

IVAN ILLICH. NEMESI MEDICA - L'ESPROPRIAZIONE DELLA SALUTE

(IN APPENDICE: DODICI ANNI DOPO "NEMESI MEDICA").

concesso da red./studio redazionale, via Volta 43, 22100 Como, copyright 1991.

Edizione originale: "Limits to medicine - Medical Nemesis: the expropriation of health", pubblicata per la prima volta da Marion Boyars Publishers Ltd, Londra.

Ivan Illich copyright 1976.

Il saggio "Dodici anni dopo Nemesis Medica" è ripreso da "Nello specchio del passato", red./studio redazionale copyright 1992.

INDICE.

Prefazione: pagina 5.

Introduzione: pagina 7.

- Note: pagina 18.

Parte prima: LA IATROGENESI CLINICA.

Capitolo 1.

L'epidemia della medicina moderna: pagina 19.

(L'efficacia dei medici: un'illusione - Interventi inutili - Danni inflitti dai medici - Pazienti inermi).

- Note: pagina 39.

Parte seconda: LA IATROGENESI SOCIALE.

Capitolo 2.

La medicalizzazione della vita: pagina 70.

(La trasmissione politica della malattia iatrogena - La medicalizzazione del bilancio - L'invasione farmaceutica - L'imperialismo diagnostico - Lo stigma preventivo - Le cerimonie terminali - Magia nera - Maggioranze pazienti).

- Note: pagina 159.

Parte terza: LA IATROGENESI CULTURALE.

Introduzione: pagina 244.

- Note: pagina 249.

Capitolo 3.

La soppressione del dolore: pagina 257.

- Note: pagina 283.

Capitolo 4.

L'invenzione e l'eliminazione della malattia: pagina 297.

- Note: pagina 318.

Capitolo 5.

Morte contro morte: pagina 332.

(La morte come merce - L'edificante danza dei morti - La danza macabra - La morte borghese - La morte clinica - Il sindacato rivendica una morte naturale - La morte sotto terapia intensiva).

- Note: pagina 369.

Parte quarta: LA POLITICA DELLA SALUTE.

Capitolo 6.

La controproduttività specifica: pagina 398.

- Note: pagina 413.

Capitolo 7.

Contromisure politiche: pagina 414.

(L'unione dei drogati in associazioni di consumatori - Uguaglianza di accesso ai danni - Controlli pubblici sulla mafia professionale - L'organizzazione scientifica... della vita - La programmazione di un utero plastico).

- Note: pagina 458.

Capitolo 8.

Il recupero della salute: pagina 495.

(Nemesi industrializzata - Dal mito tramandato alla procedura rispettosa - Il diritto alla salute - La salute come virtù).

- Note: pagina 516.

APPENDICE: Dodici anni dopo "Nemesi medica": pagina 518.

PREFAZIONE.

Il mio pensiero sulle istituzioni sanitarie si è formato nel corso di parecchi anni in periodici colloqui con Roslyn Lindheim e John MacKnight.

La signora Lindheim, docente di architettura a Berkeley presso la University of California, sta per pubblicare "The hospitalization of space", e John MacKnight, director of Urban Studies presso la Northwestern University, lavora a un libro dal titolo "The serviced society".

Senza lo sprone di questi due amici, non avrei trovato il coraggio di sviluppare in questo libro le mie ultime conversazioni con Paul Goodman.

Parecchie altre persone hanno avuto strettamente a che fare con l'elaborazione di questo testo: Jean Robert e Jean-P.

Dupuy, che hanno illustrato la tesi economica esposta nel libro con esempi dell'inquinamento del tempo e della distorsione dello spazio provocati dai sistemi di trasporto; André Gorz, che è stato la mia principale guida in materia di politica della salute; Marion Boyars, che ha pubblicato con meravigliosa competenza la prima stesura del libro e mi ha così consentito di basare la versione finale su un ampio ventaglio di reazioni critiche.

A essi e a tutti coloro che mi hanno criticato e aiutato, e specialmente a quelli che mi hanno guidato a letture preziose, debbo profonda riconoscenza.

Questo libro non sarebbe mai stato scritto senza Valentina Borremans.

E' stata lei a raccogliere la documentazione su cui mi sono basato, a raffinare il mio giudizio e a rendere sobrio il mio linguaggio con la sua critica assidua.

Il capitolo sull'industrializzazione della morte è un sommario degli appunti da lei raccolti per il suo libro sulla storia del volto della morte.

La prima stesura di questo libro è stata scritta per la collana 'Ideas in progress' pubblicata a Londra da Marion Boyars.

L'ho poi riscritta in francese per la collezione 'Technocritique' delle Editions du Seuil e in tedesco per la 'Rowohlt Verlag'.

Traduzioni ne sono apparse in spagnolo, portoghese, olandese, svedese, norvegese, finlandese, danese, giapponese, greco, urdu e serbocroato.

Le critiche, i suggerimenti e la documentazione che ho ricevuto in seguito alla diffusione dell'abbozzo mi hanno permesso di completare il libro.

Lo dedico ai miei critici con gratitudine.

Ivan Illich.

Cuernavaca, Messico, 27 febbraio 1976.

INTRODUZIONE.

La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute.

L'effetto inabilitante prodotto dalla gestione professionale della medicina ha raggiunto le proporzioni di un'epidemia.

Il nome di questa nuova epidemia, IATROGENESI, viene da IATROS, l'equivalente greco di 'medico', e GENESIS, che vuole dire 'origine'.

La discussione sulla malattia nata dal progresso della medicina è passata ai primi posti negli ordini del giorno dei convegni sanitari, i ricercatori si concentrano sui poteri patogeni (cioè generatori di malattia) della diagnosi e della terapia, e le relazioni sul danno paradossale provocato dalle cure occupano sempre maggiore spazio nella stampa medica.

Le professioni sanitarie sono alla vigilia d'una campagna di pulizie senza precedenti.

Qua e là sorgono 'club di Cos' (così chiamati dal nome dell'isola greca sacra ai dottori) che radunano medici, rinomati farmacisti e i loro padrini industriali, così come il Club di Roma ha raccolto 'analisti' sotto l'egida della Ford, della Fiat e della Volkswagen.

Seguendo l'esempio dei loro colleghi d'altri campi, i fornitori di servizi sanitari accoppiano il bastone dei 'limiti dello sviluppo' alla carota di sempre più auspicabili attrezzature e terapie.

Viene rapidamente maturando il problema politico di stabilire un limite alla cura professionale della salute.

A vantaggio di chi opererà questa limitazione, dipenderà in gran parte da chi prende l'iniziativa di formularne l'esigenza: le popolazioni organizzate per un'azione politica diretta a contestare l'attuale potere professionale, o le professioni sanitarie tese a espandere ancora di più il loro monopolio.

Il pubblico guarda con allarme alle perplessità e incertezze manifestate dai migliori tutori della salute.

I giornali non fanno che riferire ambigui voltafaccia di luminari della medicina: i pionieri delle cosiddette conquiste di ieri mettono in guardia i loro pazienti dai pericoli connessi alle cure miracolose che hanno appena inventato.

Uomini politici che già additavano a modello la medicina socializzata scandinava, inglese o sovietica sono messi in imbarazzo da fatti recenti i quali dimostrano che i loro prediletti sistemi sono efficientissimi nel produrre la medesima assistenza patogena che produce la medicina capitalista, sia pure, quest'ultima, con minor uguaglianza di accesso.

Sulla medicina moderna incombe una crisi di fiducia.

Limitarsi a sottolinearla significherebbe dare un ulteriore contributo all'autorealizzazione di una profezia, e ad un possibile panico.

Questo libro sostiene che il panico è fuori luogo.

Un'approfondita discussione pubblica della pandemia iatrogena, che cominci con una sistematica demistificazione di tutto ciò che riguarda la medicina, non può essere pericolosa per la collettività.

Pericoloso è invece un pubblico passivo ridotto ad affidarsi alle superficiali pulizie intraprese per loro conto dai medici.

La crisi della medicina può permettere al profano di rivendicare efficacemente il proprio controllo sulla percezione, classificazione e decisione sanitaria.

La laicizzazione del tempo

di Esculapio può portare a invalidare i dogmi religiosi su cui si fonda la medicina moderna, oggi sottoscritti da tutte le società industriali, di destra come di sinistra.

La mia tesi è che il profano e non il medico ha la potenziale prospettiva e il potere effettivo per arrestare l'imperversante epidemia iatrogena.

Al lettore profano questo libro offre un quadro concettuale in cui mettere a raffronto il rovescio del progresso con i suoi benefici più propagandati.

Vi si impiega un modello di valutazione sociale del progresso tecnologico che io ho abbozzato altrove (1) dopo averlo applicato all'istruzione (2) e ai trasporti, (3) e che qui uso per la critica del monopolio professionale e dello scetticismo nel campo della sanità, dominanti in tutti i paesi organizzati in funzione di alti livelli di industrializzazione.

A mio avviso, la bonifica della medicina è una componente essenziale di quella inversione socio-economica di cui tratta la parte quarta di questo libro.

Le note, alla fine di ogni capitolo, in alcuni casi documentano le informazioni che ho utilizzato per elaborare e verificare il mio preconcetto paradigma del limite ottimale dell'assistenza sanitaria (prospettiva non necessariamente presente nella mente di chi raccoglieva i dati corrispondenti).

In qualche caso cito la mia fonte solo per una testimonianza diretta che viene incidentalmente offerta dall'autore, mentre mi rifiuto di accettare ciò che lo stesso testimonia in veste di esperto trattandosi di

'opinioni', pareri di circoli chiusi e politicamente incontrollabili, che non dovrebbero perciò influenzare le relative decisioni pubbliche.

Altre note, molto più numerose, forniscono al lettore quel genere di guida bibliografica che io avrei gradito quando, da outsider, cominciai a scavare nel campo della salute cercando di acquisire una competenza nella valutazione politica dell'efficacia della medicina.

Le note di questo tipo rinviano a strumenti di biblioteca e ad opere di consultazione che ho imparato ad apprezzare in anni di solitaria ricerca.

Vi sono comprese anche letture, da monografie tecniche a romanzi, che mi sono state utili.

Infine, mi sono servito delle note per affrontare ipotesi e questioni incidentali, accessorie o collaterali, che avrebbero distratto il lettore se fossero rimaste nel testo.

Il profano di medicina, per il quale questo libro è stato scritto, dovrà procurarsi lui stesso la competenza necessaria per valutare gli effetti della medicina sulla salute.

Fra tutti gli specialisti del nostro tempo, i medici sono infatti quelli addestrati al più alto livello di incompetenza specifica per questa ricerca indilazionabile.

La guarigione dal morbo iatrogeno che pervade la società è un compito politico, non professionale.

Deve fondarsi su un consenso di base, popolare, circa l'equilibrio tra la libertà civile di guarire e il diritto civile a un'equa assistenza.

Durante le ultime generazioni il monopolio medico sulla cura della salute si è sviluppato senza freni usurpando la nostra libertà nei confronti del nostro corpo.

La società ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di stabilire che cosa è malattia, chi è o può diventare malato e che cosa occorre fargli.

La devianza è ormai 'legittima' solo quando merita e in ultima analisi giustifica l'interpretazione e l'intervento del medico.

L'impegno sociale di fornire a tutti i cittadini una massa pressoché illimitata di prodotti del sistema medico rischia di distruggere le condizioni ambientali e culturali necessarie perché la gente viva una vita di costante guarigione autonoma.

Di questa tendenza occorre prendere atto perché si possa poi rovesciarla.

I limiti da porre alla medicina debbono essere qualcosa di diverso dall'autolimitazione professionale.

Come dimostrerò, la pretesa degli Ordini dei medici di avere essi soli i titoli per risanare la medicina si basa su un'illusione.

Il potere professionale è il risultato di una delega politica di autorità autonoma alle categorie sanitarie, sancita nel corso del nostro secolo da altri settori della borghesia di formazione universitaria: non sono quelli che lo concessero che possono ora metterlo in questione; può invalidarlo solo il riconoscimento popolare che si tratta di un potere malefico.

L'automedicazione del sistema medico non può che fallire.

Se il pubblico, gettato nel panico da cruente rivelazioni, si lasciasse indurre ad appoggiare un maggiore controllo specialistico sugli specialisti della salute, ciò non farebbe che intensificare il carattere patogeno dell'assistenza.

Bisogna ormai rendersi conto che ciò che ha fatto dell'assistenza sanitaria un'impresa generatrice di malattia è l'intensità stessa di uno sforzo ingegneristico che ha convertito la sopravvivenza umana da prestazione di organismi in risultato di manipolazione tecnica.

'Salute', dopo tutto, è semplicemente una parola del linguaggio quotidiano la quale designa l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali.

Nell'*Homo sapiens*, 'sano' è un aggettivo che qualifica azioni etiche e politiche.

Almeno in parte, la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia e la dignità.

Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile.

Il livello della salute non può che calare quando la sopravvivenza viene a dipendere oltre una certa misura dalla regolazione eteronoma (cioè diretta da altri) dell'omeostasi dell'organismo.

Oltre una certa intensità critica, la tutela istituzionale della salute (qualunque forma assuma, preventiva, curativa o ambientale) equivale a una negazione sistematica della salute.

La minaccia che la medicina attuale rappresenta per la salute della gente è analoga alla minaccia rappresentata dal volume e dall'intensità del traffico per la mobilità, alla minaccia rappresentata

dall'istruzione e dai "media" per l'apprendimento, e alla minaccia rappresentata dall'urbanizzazione per la capacità di fare le case.

In ognuno di questi casi, un grande sforzo istituzionale si è trasformato in qualcosa di controproducente. L'accelerazione del traffico che genera perdita di tempo, le comunicazioni divenute chiosose e frastornanti, l'istruzione che addestra sempre più gente a livelli di competenza tecnica sempre più elevati e a forme specializzate di incompetenza generale: sono tutti fenomeni paralleli alla produzione di malattia iatrogena da parte della medicina.

In ciascun caso un grande settore istituzionale ha allontanato la società dal fine specifico per cui quel settore era stato creato e tecnicamente apprezzato.

Non si può comprendere la iatrogenesi se non la si vede come la manifestazione specificamente medica della 'controproduttività specifica'.

La controproduttività specifica o paradossale è un indicatore sociale negativo di una diseconomia che rimane imprigionata dentro il sistema che la produce.

E' una misura della confusione diffusa dai mezzi d'informazione, dell'incompetenza alimentata dagli educatori, della perdita di tempo rappresentata da un'automobile più potente.

La controproduttività specifica è un effetto secondario non desiderato di crescenti "outputs" istituzionali, che rimane interno al sistema che ha originato il valore specifico.

E' la misura sociale di una frustrazione obiettiva.

Il presente studio della medicina patogena è stato intrapreso allo scopo d'illustrare nel campo dell'assistenza sanitaria i vari aspetti di controproduttività che si possono riscontrare in tutti i principali settori della società industriale giunta al suo stadio attuale.

Un'analisi simile potrebbe farsi per altri campi della produzione industriale; ma nel campo della medicina, attività terziaria tradizionalmente riverita e compiaciuta, è particolarmente urgente.

Una iatrogenesi intrinseca affligge ormai tutte le relazioni sociali.

E' il risultato di una colonizzazione interna della libertà da parte dell'abbondanza.

Nei paesi ricchi la colonizzazione medica ha raggiunto proporzioni patologiche: i paesi poveri si stanno rapidamente allineando. (La sirena di una sola ambulanza può distruggere i sentimenti samaritani di un'intera città cilena.) Questo processo, che chiamerò la 'medicalizzazione della vita', merita una chiara presa di coscienza politica.

La medicina potrebbe diventare un bersaglio di prim'ordine per un'azione politica che si proponga di invertire la società industriale.

Solo coloro che hanno recuperato la capacità di provvedere a salvaguardarsi reciprocamente e hanno imparato a combinare tale capacità con l'assoggettamento alle applicazioni della tecnologia contemporanea, saranno pronti a limitare il modo di produzione industriale anche negli altri principali campi.

Un sistema di tutela della salute a carattere professionale e basato sul medico, una volta cresciuto al di là dei limiti critici, diventa patogeno per tre motivi: produce inevitabilmente un danno clinico che sopravanza i suoi potenziali benefici; non può non favorire, pur se le oscure, le condizioni politiche che rendono malsana la società; tende a mistificare e ad espropriare il potere dell'individuo di guarire se stesso e di modellare il proprio ambiente.

I sistemi sanitari contemporanei hanno superato questi limiti di tollerabilità.

Il monopolio medico e paramedico sulla metodologia e sulla tecnologia dell'igiene è un esempio lampante del cattivo uso politico delle conquiste scientifiche, deviate a rafforzare la crescita industriale anziché personale.

Questa medicina non è altro che un mezzo per convincere chi è stanco e disgustato della società, che in realtà è lui che è ammalato, impotente e bisognoso di riparazione tecnica.

Esamino questa triplice azione patogena della medicina nelle prime tre parti del libro.

Nella prima si fa il bilancio dei risultati conseguiti nel campo della tecnologia sanitaria.

Molta gente già guarda con inquietudine ai medici, agli ospedali e all'industria farmaceutica e le mancano solo i dati per dar corpo ai suoi timori.

Già i medici sentono il bisogno di puntellare la loro credibilità chiedendo che molte cure ora comuni siano formalmente vietate. Le restrizioni alla prestazione medica che i professionisti ritengono ormai d'obbligo sono spesso così radicali da riuscire inaccettabili per la maggioranza dei politici.

L'inefficacia di una medicina costosa e d'alto rischio è ormai un fatto largamente dibattuto dal quale io prendo le mosse, non un problema chiave su cui voglia soffermarmi.

La parte seconda tratta gli effetti direttamente negativi per la salute esercitati dall'organizzazione sociale della medicina, e nella terza si analizza l'impatto inabilitante dell'ideologia medica sulla capacità di resistenza personale: in tre distinti capitoli descrivo la trasformazione del dolore, della menomazione e della morte da cimento personale a problema tecnico.

La parte quarta interpreta la medicina negatrice della salute come una manifestazione tipica della controproduttività della civiltà superindustrializzata, ed esamina cinque tipi di risposta politica che, utili come rimedi tattici, sono tutti vani sul piano strategico.

Questa parte distingue fra due modi in cui la persona entra in rapporto col suo ambiente e vi si adatta: il confronto autonomo (cioè autogovernato) e l'assistenza e la gestione eteronome (cioè amministrata).

Si conclude dimostrando che solo un programma politico diretto a limitare la gestione professionale della sanità può permettere alla gente di recuperare la propria capacità di salvaguardarsi la salute, e che tale programma è parte integrante di una critica e limitazione sociale del modo di produzione industriale.

NOTE.

NOTA 1. "La convivialità", Mondadori, Milano 1974.

NOTA 2. "Descolarizzare la società", Mondadori, Milano 1972.

NOTA 3. "Energy and equity", Calder & Boyars, Londra, 1974; edizione francese, "Energie et équité", Seuil, Parigi, 1973.

PARTE PRIMA.

LA IATROGENESI CLINICA.

Capitolo 1.

L'EPIDEMIA DELLA MEDICINA MODERNA.

Nel corso delle ultime tre generazioni il quadro delle malattie che affliggono le società occidentali ha subito spettacolari mutamenti. (1) La poliomielite, la difterite e la tubercolosi stanno scomparendo; una sola somministrazione di antibiotico è spesso sufficiente a guarire la polmonite o la sifilide; e si sono domate anche tante malattie un tempo sterminatrici che i due terzi di tutti i decessi sono ormai collegati ai malanni della vecchiaia.

Chi muore giovane è il più delle volte vittima di incidenti, violenza o suicidio. (2) Generalmente, questo mutato stato di salute è ritenuto equivalente a una minore sofferenza e attribuito a un'assistenza medica maggiore o migliore.

Ma benché quasi tutti credano che almeno uno dei propri conoscenti non sarebbe vivo e vegeto se non fosse stato per l'arte di un medico, in realtà non esiste alcuna prova di un rapporto diretto tra questa mutazione della patologia e il cosiddetto progresso della medicina. (3) I mutamenti sono variabili dipendenti di trasformazioni politiche e tecnologiche, che a loro volta si riflettono in ciò che i medici fanno e dicono; non hanno una relazione significativa con le attività che richiedono la preparazione, la qualifica e le costose attrezzature di cui vanno orgogliose le professioni sanitarie. (4) Per giunta, una quota crescente del NUOVO fardello di malattie degli ultimi quindici anni non è che il risultato di interventi sanitari effettuati a beneficio di individui malati o che potrebbero diventarlo.

E' cioè prodotta dai medici, IATROGENA. (5) Dopo un secolo di perseguimento dell'utopia medica, (6) e contrariamente a quanto si considera pacifico, (7) i servizi sanitari non hanno avuto un peso importante nel produrre le modifiche avvenute nella speranza di vita.

Una grande quantità dell'assistenza clinica odierna è incidentale alla guarigione delle malattie, mentre il danno procurato dalla medicina alla salute degli individui e delle popolazioni è molto rilevante.

Si tratta di fatti ovvi, ben documentati, e accuratamente sottaciuti.

L'efficacia dei medici: un'illusione.

Studiando l'evoluzione della struttura della morbosità si ha la prova che durante l'ultimo secolo i medici hanno influito sulle epidemie in misura non maggiore di quanto influivano i preti nelle epoche precedenti.

Le epidemie venivano e se ne andavano, esorcizzate da entrambi ma non impressionate né dagli uni né dagli altri.

Esse non vengono modificate dai riti celebrati nelle cliniche mediche più di quanto lo fossero dai tradizionali scongiuri ai piedi degli altari. (8) Una discussione sul futuro dell'istituzione sanitaria potrebbe utilmente partire dal riconoscimento di questo fatto.

Le malattie infettive dominanti all'inizio dell'era industriale illustrano in che modo la medicina si è fatta la sua reputazione.

(9) La tubercolosi, per esempio, raggiunse una punta massima nel corso di due generazioni.

A Nuova York, nel 1812, il tasso di mortalità era stimato superiore a 700 su 10000; entro il 1882, quando Koch cominciava a isolare e coltivare il bacillo, era già calato a 370 su 10000.

Si era ridotto a 180 quando nel 1910 venne inaugurato il primo sanatorio, benché il 'mal sottile' figurasse ancora al secondo posto fra le cause di decesso. (10) Subito dopo la seconda guerra mondiale, quando cioè gli antibiotici non erano ancora diventati d'uso comune, la mortalità per tubercolosi era scesa all'undicesimo posto con un tasso di 48.

Il colera, (11) la dissenteria (12) e il tifo hanno avuto una curva analoga, indipendente dall'azione medica: quando si arrivò a comprenderne l'eziologia e ad applicare loro una terapia specifica, avevano già perso gran parte della loro virulenza e quindi della loro importanza sociale.

Se si sommano i tassi di mortalità della scarlattina, della difterite, della pertosse e del morbillo nei ragazzi sotto i 15 anni, si scopre che quasi il 90 per cento del calo complessivo della mortalità fra il 1860 e il 1965 era già avvenuto prima che si introducessero gli antibiotici e la vaccinazione di massa. (13) In parte questa recessione si può attribuire alla diminuita virulenza dei microrganismi e al miglioramento degli alloggi, ma il fattore di gran lunga più importante è stato una maggiore resistenza individuale dovuta alla migliore alimentazione.

Nei paesi poveri, oggi, la diarrea e le infezioni delle vie respiratorie superiori sono più frequenti, durano più a lungo e determinano una mortalità più elevata là dove l'alimentazione è insufficiente, quale che sia l'assistenza medica disponibile. (14) In Inghilterra, alla metà del secolo scorso, le epidemie infettive avevano ceduto il posto alle principali sindromi di malnutrizione, come il rachitismo e la pellagra.

Queste a loro volta raggiunsero l'apogeo e poi scomparvero, sostituite dalle malattie della prima infanzia e, qualche tempo dopo, da un aumento delle ulcere duodenali nei giovani.

Quando queste diminuirono, subentrarono le epidemie moderne: affezioni coronariche, enfisema, bronchite, obesità, ipertensione, cancro (specialmente dei polmoni), artrite, diabete e i cosiddetti disturbi mentali.

Le intense ricerche fin qui svolte non hanno ancora offerto una spiegazione completa della genesi di questi cambiamenti. (15) Ma due cose sono certe: non si può attribuire al merito dell'attività professionale dei medici l'eliminazione delle vecchie forme di mortalità o di morbosità, come non le si può imputare la maggiore attesa di vita passata a soffrire delle nuove malattie.

L'analisi delle tendenze della morbosità ha dimostrato, per più di un secolo, che è l'ambiente il primo determinante dello stato di salute generale di qualunque popolazione. (16) La geografia sanitaria, (17) la storia della patologia, (18) l'antropologia medica (19) e la storia sociale degli atteggiamenti verso la malattia (20) hanno mostrato che il ruolo decisivo nel determinare come si sentono gli adulti e in quale età tendono a morire è svolta dal cibo, (21) dall'acqua (22) e dall'aria, (23) in correlazione col livello di uguaglianza sociopolitica (24) e con i meccanismi culturali che permettono di mantenere stabile la popolazione. (25) Mentre le vecchie cause di malattia regrediscono, una nuova specie di malnutrizione sta diventando l'epidemia moderna di più rapido sviluppo. (26) Un terzo dell'umanità sopravvive a un livello di denutrizione che una volta sarebbe stato letale, mentre una quantità crescente di gente ricca assorbe sempre maggiori dosi di veleni e di mutageni nei propri alimenti. (27) Alcune tecniche moderne, spesso elaborate con l'ausilio di medici, e d'efficacia ottimale quando diventano parte della cultura e dell'ambiente o sono utilizzate senza bisogno di prestazioni professionali, hanno anch'esse contribuito a modificare lo stato di salute generale, ma in misura minore.

Fra di esse si possono includere la contraccezione, la vaccinazione antivaiole dei bambini, e certe misure sanitarie non-mediche come il trattamento dell'acqua potabile e di scolo, l'uso del sapone e delle forbici da parte delle ostetriche, e l'utilizzazione di certe sostanze antibatteriche e insetticide.

L'importanza di molte di queste pratiche fu riconosciuta e affermata per la prima volta da medici (spesso coraggiosi non conformisti che ebbero a patire per i loro suggerimenti) (28) ma non per questo il sapone, le pinze, gli aghi per vaccinazione, i preparati per spidocchiarsi o i preservativi sono da catalogare fra gli 'strumenti medici'.

I più recenti slittamenti della mortalità dai gruppi d'età più giovani a quelli più anziani si possono spiegare col fatto che queste pratiche sono entrate a far parte della cultura popolare.

A differenza dei miglioramenti ambientali e delle moderne misure sanitarie non-professionali, l'intervento specificamente medico non appare mai collegato in maniera significativa a un calo della morbosità globale o ad un aumento della speranza di vita. (29) Né la densità dei medici rispetto alla popolazione né i mezzi clinici disponibili né il numero dei letti d'ospedale figurano come causa nella vistosa mutazione delle strutture generali della morbosità.

Le nuove tecniche utili per riconoscere e curare certi stati morbosi come l'anemia perniciosa e l'ipertensione, o per correggere con interventi chirurgici alcune malformazioni congenite, ridefiniscono ma non riducono la morbosità.

Il fatto che la percentuale dei medici sia più alta dove certe malattie sono diventate rare non vuol dire ch'essi siano capaci di domarle o eliminarle: (30) significa soltanto che i medici riescono più di altri professionisti a distribuirsi come preferiscono, e che tendono a concentrarsi dove il clima è sano, l'acqua pulita e la gente lavora e può pagare le loro prestazioni. (31)

Interventi inutili.

Una tecnologia imponente unita a retorici discorsi egualitari ha creato l'impressione che la medicina contemporanea sia altamente efficace.

Indubbiamente, nel corso dell'ultima generazione, un certo numero di trattamenti specifici si è dimostrato estremamente utile.

Ma quelli che sono validi per malattie diffuse, dove non vengono monopolizzati dai professionisti come ferri esclusivi del loro mestiere, hanno di solito un costo bassissimo e richiedono una quantità minima di materiali, di abilità personali e di servizi ospedalieri.

Viceversa, la maggior parte delle vertiginose somme che oggi si spendono per la medicina è destinata a un tipo di diagnosi e cure la cui efficacia è, tutt'al più, dubbia. (32) Per chiarire questo punto, distinguerò le malattie infettive da quelle non infettive.

Per quanto riguarda le prime, la chemioterapia ha avuto un ruolo rilevante nel controllo della polmonite, della gonorrea e della sifilide.

I decessi per quella che era una volta 'l'amica dei vecchi', la polmonite, da quando sono apparsi sul mercato i sulfamidici e gli antibiotici sono diminuiti dal 5 all'8 per cento l'anno.

La sifilide, la framboesia e molti casi di malaria e di tifo si possono guarire presto e facilmente.

La salita del tasso delle malattie veneree è dovuta ai nuovi costumi e non a terapie inefficaci.

La ricomparsa della malaria si spiega con lo sviluppo di zanzare resistenti agli insetticidi, non con la mancanza di farmaci. (33) L'immunizzazione ha praticamente sgominato la poliomielite paralitica, malattia dei paesi ricchi, e i vaccini hanno certamente contribuito al regresso della pertosse e del morbillo, (34) sembrando così confermare la credenza popolare nel 'progresso medico'. (35) Ma per la maggioranza delle altre malattie infettive, la medicina non può esibire risultati paragonabili.

Il trattamento farmacoterapico ha aiutato a ridurre la mortalità per tubercolosi, tetano, difterite e scarlattina, ma nel calo complessivo della mortalità o della morbosità dovute a queste malattie la chemioterapia ha avuto una parte secondaria se non forse irrilevante. (36) La malaria, la leishmaniosi e la malattia del sonno hanno certamente regredito per qualche tempo sotto l'attacco del prodotto chimico, ma ora sono di nuovo in ascesa. (37) Ancora più discutibile è l'efficacia dell'intervento medico nella lotta contro le malattie non infettive.

Un progresso effettivo è stato certamente dimostrato in alcune situazioni e per determinate condizioni.

La prevenzione parziale della carie mediante la fluorazione dell'acqua è possibile, sebbene a un costo non ancora accertato del tutto. (38) La terapia di sostituzione riduce gli effetti diretti del diabete, anche se solo nel breve termine. (39) Grazie all'alimentazione endovena, alle trasfusioni di sangue e alle tecniche chirurgiche è aumentato il numero dei ricoverati in ospedale che sopravvivono ai grandi traumi; ma i tassi di sopravvivenza per i tipi più comuni di cancro (quelli che costituiscono il 90 per cento dei casi) sono rimasti virtualmente immutati nell'arco degli ultimi venticinque anni.

E' stato invece provato il valore diagnostico dello striscio vaginale secondo Papanicolau: se gli esami vengono ripetuti quattro volte l'anno, l'intervento precoce nel caso di cancro cervicale dell'utero accresce in misura dimostrabile il tasso di sopravvivenza a cinque anni data.

La cura di alcune forme di cancro della pelle è molto efficace; mancano invece prove sicure di efficacia per la maggior parte degli altri tumori. (40) Il tasso di sopravvivenza a cinque anni nei casi di cancro alla mammella è del 50 per cento, indipendentemente dalla frequenza dei controlli medici e dal tipo di trattamento applicato. (41) Né esiste la prova che questo tasso sia diverso da quello delle donne non sottoposte a cura.

Per quanto i medici curanti e i propagandisti dell'industria sanitaria sottolineino l'importanza dell'individuazione e del trattamento precoci in questo e in parecchi altri tipi di cancro, gli epidemiologi hanno cominciato a dubitare che l'intervento precoce riesca a incidere sul tasso di sopravvivenza. (42) Quanto alle poco diffuse malattie di cuore congenite e reumatiche, la chirurgia e la chemioterapia hanno aumentato la possibilità di vita attiva per una parte di quelli che soffrono di patologie degenerative. (43) Però la cura medica delle comuni affezioni cardiovascolari (44) e il trattamento intensivo delle malattie cardiache (45) sono efficaci solo quando si combinano delle circostanze piuttosto eccezionali che sfuggono al controllo del medico.

La farmacoterapia dell'ipertensione arteriosa è efficace e giustifica il rischio di effetti collaterali in pochi casi di estrema gravità; costituisce un notevole rischio di danno serio, di gran lunga superiore a qualunque beneficio accertato, per i 1020 milioni di americani a cui sconsiderati stagnini delle arterie cercano di propinarla. (46)

Danni inflitti dai medici.

Disgraziatamente, l'inutilità di cure peraltro innocue è solo il minore dei danni che l'impresa medica proliferante infligge alla società contemporanea.

La sofferenza, le disfunzioni, l'invalidità e l'angoscia conseguenti all'intervento della tecnica medica rivaleggiano ormai con la morbosità provocata dal traffico, dagli infortuni sul lavoro e dalle stesse operazioni collegate alla guerra, e fanno dell'impatto della medicina una delle epidemie più dilaganti nel nostro tempo.

Fra i crimini che si commettono per vie istituzionali, solo l'odierna malnutrizione fa più vittime della malattia iatrogena nelle sue varie manifestazioni. (47) Nel senso più ristretto, la malattia iatrogena comprende solo stati morbosi che, se NON si fosse applicata la corretta terapia prescritta dalle norme professionali, non sarebbero insorti. (48) Stando a questa definizione, un paziente potrebbe far causa al proprio medico se quest'ultimo, nel corso del trattamento, per timore di nuocergli mancasse di somministrargli una cura consigliata.

In un senso più generale e più largamente ammesso, la patologia iatrogena comprende tutte le condizioni cliniche i cui agenti patogeni, cioè che provocano il male, sono i farmaci, i medici e gli ospedali.

Chiamerò IATROGENESI CLINICA questa moltitudine di effetti collaterali della terapeutica.

Si tratta di mali antichi come la medicina (49) e che sono sempre stati oggetto di studi. (50) I medicinali sono sempre stati virtuali veleni, ma i loro effetti secondari non desiderati sono aumentati di pari passo con la loro potenza (51) e diffusione. (52) Negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, dal 50 all'80 per cento degli adulti assorbe ogni 24 o 36 ore un prodotto chimico prescritto da un medico.

Alcuni prendono la medicina sbagliata; altri ricevono un prodotto scaduto o contaminato, oppure una contraffazione; (53) e altri ingurgitano più farmaci in pericolosa combinazione; (54) e altri ancora si fanno iniezioni con siringhe non adeguatamente sterilizzate. (55) Alcuni farmaci provocano dipendenza, altri lesioni, e altri svolgono un'azione mutagena, magari anche soltanto combinandosi con un colorante alimentare o con un insetticida.

In certi pazienti gli antibiotici alterano la normale flora batterica e determinano una superinfezione che permette a microbi più resistenti di proliferare e di invadere il soggetto.

Altri medicinali contribuiscono allo sviluppo di specie batteriche farmaco-resistenti. (56) Sottili forme di avvelenamento si sono così diffuse ancora più velocemente della stupefacente varietà di panacee prescritte per tutti i mali. (57) L'intervento chirurgico non necessario è un fatto di ordinaria amministrazione. (58) Dal trattamento medico di malattie inesistenti derivano 'non-malattie' inabilitanti, le quali non fanno che aumentare: (59) nello Stato del Massachusetts il numero dei bambini resi invalidi grazie alla cura di una non-malattia cardiaca supera quello dei bambini curati per reali affezioni cardiache. (60) La sofferenza e l'infermità inflitte dai medici hanno sempre fatto parte della pratica medica. (61) L'insensibilità professionistica, la negligenza e la mera incompetenza sono forme di

malpratica antiche come il mondo. (62) Ma da quando il medico ha cessato di essere un artigiano che esercitava un'arte su individui che conosceva di persona ed è diventato un tecnico che applica regole scientifiche a classi di pazienti, la malpratica ha assunto un carattere anonimo, quasi rispettabile. (63) Ciò che una volta era considerato un abuso di fiducia e una colpa morale ora può essere razionalizzato come una fortuita disfunzione dell'apparecchiatura o dei suoi operatori.

Nella complessa tecnologia di un ospedale, la negligenza diventa 'casuale errore umano' o 'avarizia del sistema', l'insensibilità 'distacco scientifico' e l'imperizia 'mancanza di attrezzature specializzate'.

La spersonalizzazione della diagnosi e della terapia ha cambiato la malpratica da problema etico in problema tecnico. (64) Nel 1971 nei palazzi di giustizia degli Stati Uniti hanno avuto luogo da 12000 a 15000 processi di malpratica medica.

Meno della metà di tutte le vertenze di questo tipo si è conclusa in un tempo inferiore a diciotto mesi, mentre più del 10 per cento si trascina per oltre sei anni.

Per ogni dollaro pagato a titolo di assicurazione contro questi danni, alle vittime sono andati da sedici a venti centesimi; il resto è servito a pagare avvocati e perizie mediche. (65) In queste cause, i medici sono tenuti a rispondere solo se accusati di aver agito in contrasto col codice sanitario, d'aver dimostrato imperizia nella prestazione delle cure prescritte, o d'aver mancato ai loro doveri per sete di guadagno o per indolenza.

Il problema è però che la maggior parte del danno inflitto dal medico moderno non appartiene a nessuna di queste categorie. (66) Si verifica infatti nell'ordinario esercizio svolto da uomini e donne ben preparati, che hanno imparato ad adeguarsi ai giudizi e ai metodi imperanti nella professione anche quando sanno (o potrebbero e dovrebbero sapere) quali danni arrecano.

Il dipartimento della Sanità degli Stati Uniti ha calcolato che il 7 per cento dei pazienti ospedalizzati subisce, durante il ricovero, lesioni per cui avrebbe diritto a un risarcimento, anche se pochi soltanto lo chiedono.

Inoltre, negli ospedali si registrano in proporzione più incidenti che in qualunque branca dell'industria tranne le miniere e l'edilizia di grande elevazione.

Gli incidenti sono la principale causa di morte dei bambini negli Stati Uniti e a quanto pare, in rapporto al tempo che i bambini vi trascorrono, si verificano più frequentemente negli ospedali che in qualsiasi altro posto.

Un bambino su ogni cinquanta ricoverati in ospedale subisce un infortunio che richiede un trattamento specifico. (67) Le cliniche universitarie sono relativamente più patogene, cioè, per dirla brutalmente, fanno ammalare più delle altre.

Si è anche accertato che un paziente su cinque ricoverati in un medio istituto di ricerca vi contrae una malattia iatrogena, talvolta banale, ma che di solito richiede una cura particolare e, una volta su trenta, risulta mortale.

Per la metà di questi casi, si tratta di complicazioni conseguenti a una farmacoterapia; ciò che sbrigottisce, un caso su dieci dipende da accertamenti diagnostici. (68) A onta di tutte le buone intenzioni o pretese di servire il pubblico, un ufficiale che ottenesse risultati del genere verrebbe rimosso dal comando e qualunque ristorante o locale di divertimento verrebbe subito chiuso dalla polizia.

Non c'è da stupirsi che l'industria della salute cerchi di scaricare sulla vittima la colpa del danno causato, e che il bollettino di una società farmaceutica multinazionale racconti ai suoi lettori che "la malattia iatrogena è quasi sempre di origine nevrotica". (69)

Pazienti inermi.

Gli effetti collaterali indesiderabili dei contatti tecnici col sistema medico ammessi, errati, brutali o controindicati, rappresentano semplicemente il primo livello della medicina patogena.

Questa IATROGENESI CLINICA comprende non soltanto il danno che i medici infliggono nell'intento di guarire o di sfruttare il paziente, ma anche quegli altri danni che discendono dalla preoccupazione del medico di tutelarsi da un'eventuale denuncia per malpratica.

Questi sforzi per evitare contestazioni e processi possono fare oggi più danno di qualunque altro incentivo iatrogeno.

A un secondo livello, (70) la pratica medica promuove malessere rafforzando una società morbosa che spinge la gente a diventare consumatrice di medicina curativa, preventiva, del lavoro, dell'ambiente eccetera.

Da un lato cresce il numero dei menomati che sopravvivono e sono adatti solo per una vita assistita istituzionalmente, mentre dall'altro lato una sintomatologia attestata dal sistema medico esenta gli

individui dal lavoro industriale e li elimina in tal modo dal teatro della lotta politica necessaria per rimodellare la società che li fa star male.

La iatrogenesi di secondo livello si manifesta in vari sintomi di super-medicalizzazione sociale che costituiscono quella che chiamerò la 'espropriazione della salute'.

Questo effetto di secondo livello della medicina io lo indico col nome di IATROGENESI SOCIALE e ne discuterò nella parte seconda del libro.

A un terzo livello, le cosiddette professioni sanitarie hanno, sulla salute, un ancor più profondo effetto negativo d'ordine culturale in quanto distruggono la capacità potenziale dell'individuo di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza, vulnerabilità e unicità.

Il paziente in preda alla medicina contemporanea non è che un esempio dell'umanità in preda alle sue tecniche perniciose. (71) Questa IATROGENESI CULTURALE, che analizzerò nella parte terza, è l'estremo contraccolpo del progresso sanitario e consiste nella paralisi di ogni sana capacità di reazione alla sofferenza, all'invalidità e alla morte.

Essa avviene quando si accetta una gestione della salute ricalcata sul modello ingegneristico, quando ci si sforza di produrre, come se fosse una merce, una certa cosa chiamata 'salute migliore'.

Inevitabilmente ciò si traduce in una manutenzione tecnica della vita ad alti livelli di malessere subletale.

Questo male estremo del 'progresso' medico va chiaramente distinto sia dalla iatrogenesi clinica sia da quella sociale.

Spero di riuscire a dimostrare come a ognuno dei suoi tre livelli la iatrogenesi sia ormai diventata irreversibile per via medica, essendo una caratteristica connaturata allo sforzo medico.

Gli involontari sottoprodotti fisiologici, sociali e psicologici del progresso diagnostico e terapeutico sono divenuti resistenti ai rimedi sanitari.

I nuovi apparecchi, metodi ed espedienti organizzativi che si escogitano per rimediare alla iatrogenesi clinica e sociale tendono essi stessi a diventare fattori patogeni che contribuiscono alla nuova epidemia.

I provvedimenti tecnici e burocratici che vengono presi a tutti i livelli per evitare che il malato sia danneggiato dalle cure che riceve tendono ad avvolgersi in una spirale iatrogena, con un processo analogo alla crescente distruzione generata dalle inquinanti misure che si prendono per combattere l'inquinamento. (72) Designerò questa spirale di "feedback" istituzionale negativo col suo equivalente greco classico e la chiamerò NEMESI MEDICA.

I greci nelle forze della natura vedevano delle divinità.

Per essi la nemesi era la vendetta divina che colpiva i mortali quando questi usurpavano le prerogative che gli dèi riservavano gelosamente a sé.

La nemesi costituiva l'ineluttabile castigo d'ogni tentativo d'essere eroi anziché creature umane.

Come la maggior parte dei sostantivi greci astratti Nemesi prese la forma di una divinità.

Rappresentava la risposta della natura alla HUBRIS, alla presunzione dell'individuo che cercava di acquistare gli attributi del dio.

La nostra moderna HUBRIS sanitaria ha determinato la nuova sindrome della nemesi medica. (73)

Usando il termine greco voglio sottolineare che il relativo fenomeno non rientra nel paradigma con cui burocrati, terapeuti e ideologi spiegano oggi le diseconomie e disutilità a valanga che, con assoluta mancanza d'intuito, essi hanno determinato e che tendono a chiamare 'comportamento controintuitivo dei grandi sistemi'.

Evocando miti e dèi ancestrali vorrei fosse chiaro che il quadro concettuale in cui analizzo l'attuale disfunzione della medicina non ha nulla a che fare con la logica e con l'ethos condizionati dal modo di produzione industriale.

Io credo che il ROVESCIMENTO DELLA NEMESI può venire solo dall'interno dell'uomo e non da un'ennesima fonte tecnica (eteronoma) basata ancora una volta sul presuntuoso giudizio dell'esperto e sulla mistificazione che ne consegue.

La nemesi medica resiste ai rimedi medici.

Può essere rovesciata solo con un recupero, da parte dei profani, della volontà di farsi carico di se stessi, e attraverso il riconoscimento giuridico, politico e istituzionale di questo diritto di salvaguardarsi, che stabilisce dei confini al monopolio professionale dei medici.

L'ultimo capitolo del libro propone delle direttrici per arginare la nemesi medica e fornisce dei criteri con i quali si può tenere l'impresa medica entro limiti sani.

Non suggerisco forme particolari di cura della salute o delle malattie, e non sostengo una nuova filosofia medica più di quanto indichi rimedi per la tecnica, la dottrina o l'organizzazione sanitaria.

Propongo invece un approccio alternativo all'uso dell'organizzazione e della tecnologia medica e alle burocrazie e illusioni loro alleate.

NOTE.

NOTA 1.

Erwin H. Ackerknecht, "History and geography of the most important diseases", Hafner, Nuova York, 1965.

NOTA 2.

Odin W. Anderson, "Monroe Lerner Measuring health levels in the United States, 1900-1958", Health Information Foundation Research Series numero 11, Nuova York, 1960.

Marc Lalonde, "A new perspective on the health of Canadians: a working document", Government of Canada, Ottawa, aprile 1974: coraggioso rapporto (in versione bilingue, inglese e francese) del ministro della Sanità canadese, che in una serie di diagrammi documenta, da più punti di vista, l'evoluzione della mortalità in Canada.

NOTA 3.

René Dubos "The mirage of health: utopian progress and biological change", Anchor Books, Nuova York, 1959: è stato il primo a mettere efficacemente in luce come l'illusoria ambizione di produrre una 'salute migliore' costituisca una malattia pericolosa e contagiosa, indotta dalla professione sanitaria.

Thomas MacKeown, Gordon MacLachlan (a cura) "Medical history and medical care: a symposium of perspective", Oxford University Press, Nuova York, 1971: introduzione alla sociologia dello pseudo-progresso sanitario.

John Powles, "On the limitations of modern medicine", in "Science, medicine and man", Pergamon, Londra, 1973, 1, 1-30: dà una selezione critica della recente letteratura in lingua inglese sull'argomento. Per la situazione negli Stati Uniti si veda Rick Carlson, "The end of medicine", Wiley Interscience, Nuova York, 1975: un saggio 'di carattere teorico, a base empirica'; per il suo processo alla medicina americana l'autore ha scelto gli aspetti su cui possedeva una documentazione completa e che poteva utilizzare con competenza.

Jean-Claude Polack "La medicina del capitale", Feltrinelli, Milano 1976: una critica delle tendenze politiche che puntano su una pura e semplice "democratizzazione dei beni di consumo sanitari".

L'autore dimostra che questi beni sono modellati da una struttura di classe borghese in modo repressivo e alienante; per fare della medicina uno strumento di liberazione politica sarà necessario "riconoscere nella malattia, dietro lo schema deformante dell'intervento medico, tutto ciò che in essa è protesta contro l'ordine sociale e, nel suo farsi cosciente, lo minaccia".

NOTA 4.

Daniel Greenberg "The 'war on cancer': official fiction and harsh facts", 'Science and Government Report', volume 4, primo dicembre 1974.

Accurato rapporto, rivolto al grande pubblico, che dimostra come i proclami dell'American Cancer Society, secondo cui il cancro è curabile e si sarebbero fatti progressi in tal senso, "ricordano le previsioni ottimistiche sul Vietnam prima del diluvio".

NOTA 5. "Dizionario medico", Istituto per la collaborazione culturale, Venezia-Roma 1960, su voce 'iatrogenico': "Di origine medica; detto dei disturbi autosuggestivi indotti nel paziente dalle parole e dagli atteggiamenti del medico durante l'esame clinico". "Lessico universale italiano", Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma 1972, su voce 'iatrogeno': "Che è in rapporto a una terapia medicamentosa: malattia (o accidente) iatrogena, la complicazione dovuta all'effetto tossico o comunque nocivo di una determinata terapia".

NOTA 6.

Heinrich Schipperges "Utopien der Medizin: Geschichte und Kritik der artztlichen Ideologie des 19. Jh.", Muller, Salisburgo 1966.

Un'utile guida alla letteratura storica è Richard M. Burke "A historical chronology of tuberculosis", seconda edizione, Thomas, Springfield, 3, 1955.

NOTA 7.

Per un'analisi dei fattori e delle strutture che determinano la diffusione epidemica della disinformazione di tipo moderno in tutta una comunità scientifica, vedi Derek J. de Solla Price, "Little science, big science", Columbia University Press, Nuova York, 1963.

NOTA 8.

Sul carattere sacerdotale della pratica medica vedi "Cléricalisme de la fonction medicale. Médecine et politique.

Le 'sacerdoce' médical.

La relation thérapeutique.

Psychanalyse et christianisme", 'Le Semeur', supplemento 2, 1966-67.

NOTA 9.

J.

N. Weisfert, "Das Problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman", 'Deutscher Journalistenspiegel', 3 (1927): 57982.

La tubercolosi come tema letterario nel teatro e nella narrativa del secolo diciannovesimo..

E. Ebstein, "Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur", 'Zeitschrift für Bucherfreunde', 5 (1913).

NOTA 10.

René e Jean Dubos, "The white plague: tuberculosis, man and society", Little, Brown, Boston, 1953.

Sugli aspetti sociali, letterari e scientifici della tubercolosi nel secolo diciannovesimo; analisi della sua incidenza.

NOTA 11.

C.E.

Rosenberg "The cholera years: the United States in 1832, 1849 and 1866", University of Chicago Press, Chicago, 1962.

L'epidemia del 1832 a Nuova York fu sentita come un dilemma morale, da cui si cercò scampo nel digiuno e nella preghiera.

Durante il colera del 1866, la cultura che aveva generato gli slums di Nuova York aveva anche prodotto il cloruro di calce.

NOTA 12.

W. J. van Zijl, "Studies on diarrheal disease in seven countries", 'Bulletin of the World Health Organization', 35 (1966): 249-61.

La diminuzione delle malattie diarroiche è risultato di misure dirette a prevenire l'inquinamento dell'acqua e a migliorare le condizioni igieniche generali, mai di interventi curativi.

NOTA 13.

R. R. Porter, "The contribution of the biological and medical sciences to human welfare", Presidential Address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971 (edito dall'Association, Londra 1972), pag. 95.

NOTA 14.

N. S. Scrimshaw, C.E.

Taylor e John E. Gordon, "Interactions of nutrition and infection", World Health Organization, Ginevra, 1968.

NOTA 15.

John Cassel, "Physical illness in response to stress", in 'Antologia A 7', ciclostilato, CIDOC (Centro intercultural de documentaciòn), Cuernavaca, 1971.

NOTA 16.

Tra le prime affermazioni dell'importanza preminente dell'ambiente, una delle più nette è J. P. Frank, "Akademische Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten", Pavia, 1790, edizione reprint Barth, Lipsia, 1960.

Thomas MacKeown, R.G.

Record, "Reasons for the decline in mortality in England and Wales during the nineteenth century", 'Population Studies', 16 (1962): 94-122.

Edwin Chadwick, "Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain", 1842, a cura di M.W.

Flinn, Aldine, Chicago, 1965, concludeva, un secolo e mezzo fa, che "le misure primarie, più importanti e al tempo stesso più pratiche, e che rientrano nella sfera di competenza della pubblica amministrazione, sono la raccolta delle acque, l'eliminazione di tutti i rifiuti dalle case, vie e strade, e il miglioramento delle forniture d'acqua potabile".

Max von Petterkofer, "The value of health to a city: two lectures delivered in 1873", traduzione inglese, Johns Hopkins, Baltimore, 1941, calcolava un secolo fa il costo della salute per la città di Monaco in termini di salari medi perduti e spese sanitarie originarie.

I servizi pubblici, affermava, in particolare un migliore sistema di acquedotti e fognature, ridurrebbero il tasso di mortalità, morbosità e assenteismo, e ciò ne ripagherebbe il costo.

La ricerca epidemiologica ha confermato pienamente queste intuizioni umanistiche: Delpit-Morando, Radenac e Vilain, "Disparités régionales en matière de santé", 'Bulletin de statistique du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale', numero 3, 1973; Warren Winkelstein junior, "Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources", 'International Journal of Epidemiology', 1, numero 1 (1972): 69-74; F. Fagnani, "Santé, consommation médicale et environnement: problèmes et méthodes", Mouton, Parigi, 1973.

NOTA 17.

N.D.

MacGlashan (a cura), "Medical geography: techniques and field studies", Barnes and Noble, Nuova York, 1973.

Jacques May, Donna MacLelland (a cura) "Studies in medical geography", 10 volumi, Hafner, Nuova York, 1961-71.

Daniel Noin, "La géographie démographique de la France", PUF, Parigi, 1973.

J. Vallin, "La mortalité en France pour tranches depuis 1899", PUF, Parigi, 1973.

L.D.

Stamp, "The geography of life and death", Cornell University Press, Ithaca, Nuova York, 1965.

E. Rodenwaldt et al.

"Weltseuchenatlas", Amburgo, 1956.

John Melton Hunter, "The geography of health and disease", 'Studies in Geography' numero 6, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1974.

NOTA 18.

Erwin H. Ackerknecht, "Therapeutics: from the primitives to the twentieth century", Hafner, Nuova York, 1973: un semplice sguardo d'insieme.

J.F.D.

Shrewsbury, "A history of the bubonic plague in the British Isles", Cambridge Univ.

Press, Londra, 1970: un esempio fuori del comune di storia scritta da un batteriologo ed epidemiologo.

NOTA 19.

Per una introduzione alla letteratura vedi Steven Polgar, "Health and human behaviour: areas of interest common to the social and medical sciences", 'Current Anthropology', 3 (aprile 1962):159-205.

Polgar dà una valutazione critica di ogni lavoro citato e in molti casi riporta le repliche dei colleghi al suo giudizio.

Dello stesso vedi anche la voce "Health" nella "International encyclopedia of the social sciences", Macmillan, Nuova York 1968, 6: 330-6; Eliot Freidson, "The sociology of medicine: a trend report and bibliography", 'Current Sociology', 1961-62, numeri 10-11, pagine 123-92.

NOTA 20.

Paul Slack, "Disease and the social historian", 'Times Literary Supplement', 8 marzo 1974, pagine 233-4, rassegna critica.

Catherine Rollet, Agnès Souriac, "Epidémies et mentalités: le choléra de 1832 en Seine-et-Oise", 'Annales.

Economies, sociétés, civilisations', 1974, n. 4, pagine 935-65.

NOTA 21.

Alan Berg, "The nutrition factor; its role in national development", Brookings Institution, Washington D.C., 1973.

Hans J. Teuteberg, Gunter Wiegelmann, "Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung", Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1972: studia le conseguenze dell'industrializzazione sulla quantità, qualità e distribuzione degli alimenti nell'Europa del diciannovesimo secolo.

Col passaggio dalla sussistenza basata su un numero limitato di derrate a regimi alimentari o industrializzati o selettivi, i modi regionali tradizionali di mangiare, digiunare e sopravvivere alla fame andarono distrutti.

Una ricca miniera di informazione bibliografica male organizzata.

Sulla scia di Marc Bloch e di Lucien Febvre, la ricerca più utile sul significato dell'alimentazione in rapporto alle strutture di potere e ai livelli di salute è stata in parte già fatta; per un orientamento sui metodi seguiti si veda Guy Thuillier "Note sur les sources de l'histoire régionale de l'alimentation au dix-neuvième siècle", 'Annales.

Economies, sociétés, civilisations', 1968, numero 6, pagine 1301-19, e, dello stesso, "Au dixneuvième siècle: l'alimentation en Nivernais", 'Annales', 1965, numero 6, pagine 1163-84.

E' un capolavoro il libro di Francois Lebrun "Les hommes et la mort en Anjou aux dixseptième et dixhuitième siècles: essai de démographie et psychologie historiques", Mouton, Parigi 1971; vedi inoltre A. Poitrineau "L'alimentation populaire en Auvergne au dixhuitième siècle", in 'Enquetes', pagine 323-31.

Owsei Temkin, "Nutrition from classical antiquity to the baroque", Human Nutrition Monograph 3, Nuova York, 1962.

Sulla trasformazione del pane in un prodotto fabbricabile a macchina, vedi Siegfried Giedion "L'era della meccanizzazione, Feltrinelli, Milano, 1967, specialmente le parti 4:2 e (sulla carne) 4:3.

Anche Fernand Braudel "Le superflu et l'ordinaire: nourriture et boissons", in "Civilisation matérielle et capitalisme", Colin, Parigi, 1967, pagine 134-98.

NOTA 22.

I.D.

Carruthers, "Impact and economics of community water supply: a study of rural investment in Kenya", Wye College, Ashford, Kent, 1973: esamina l'effetto dell'approvvigionamento idrico sulla salute.

Sul miglioramento della disponibilità d'acqua nelle campagne durante il diciannovesimo secolo, Guy Thuillier "Pour une histoire régionale de l'eau en Nivernais au dixneuvième siècle", 'Annales', 1968, numero 1, pagine 49 e seguenti.

Il facilitato accesso all'acqua cambiò l'atteggiamento delle persone verso il proprio corpo: Guy Thuillier "Pour une histoire de l'hygiène corporelle.

Un exemple régional: le Nivernais", 'Revue d'histoire économique et sociale', 46, numero 2 (1968): 232-53; Lawrence Wright "Clean and decent: the fascinating history of the bathroom and the water closed and of sundry habits, fashions and accessories of the toilet principally in Great Britain, France and America", University of Toronto Press Toronto, 1967.

Si svilupparono nuovi modi di fare il bucato: Guy Thuillier, "Pour une histoire de la lessive au dixneuvième siècle", 'Annales', 1969, numero 2, pagine 355-90.

NOTA 23.

Lester B. Lave, Eugene P. Seskin "Air pollution and human health", 'Science', 169 (1970): 723-33.

Jean-Paul Dessaive e altri "Médecins, climat et épidémies à la fin du dixhuitième siècle", Mouton, Parigi 1972.

NOTA 24.

Per un'argomentazione sintetica e ben documentata a sostegno di questo punto vedi Emanuel de Kadt "Inequality and health", University of Sussex, gennaio 1975; la versione originale di questo saggio, più ampia, fu scritta nel 1972 come capitolo introduttivo di un libro, "Salud y bienestar", che avrebbe dovuto uscire a Santiago del Cile nel 1973.

John Powles, "Health and industrialization in Britain: the interaction of substantive and ideological change", redatto per un 'Colloquio sull'adattabilità dell'uomo alla vita urbana', primo Congresso mondiale sulla medicina e biologia dell'ambiente, Parigi, 1-5 luglio 1974.

C.

Ferrero, "Health and levels of living in Latin America", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 43 (ottobre 1965): 281-95.

Un calo della mortalità non è prevedibile per effetto di maggiori stanziamenti in assistenza medica, ma grazie a una diversa distribuzione delle risorse all'interno del settore sanitario, combinata col mutamento sociale.

NOTA 25.

Emily R. Coleman, "L'infanticide dans le haut moyen age", 'Annales.

Economies, sociétés, civilisations', 1974, numero 2, pagine 315-35.

Fa ritenere che l'infanticidio nel Medioevo abbia avuto una sua rilevanza sul piano demografico.

Ansley J.

Coale, "The decline offertility in Europe from the French Revolution to World War Second", in S. J. Behrman e altri "Fertility and family planning", University of Michigan Press, Ann Arbor, 1970.

La fecondità coniugale era dappertutto in declino prima che crescesse la percentuale della popolazione che si sposava.

La discriminazione contro gli illegittimi, unita alle restrizioni che limitavano i matrimoni, deve aver agito da freno sullo sviluppo della popolazione.

L'ipotesi trova sostegno in J.

L.

Flandrin "Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien", 'Annales', 1969, numero 6, pagine 1370-90.

Durante i secoli diciassettesimo e diciottesimo, i dati demografici relativi alla Francia, mentre fanno pensare che nei rapporti coniugali non si usassero pratiche contraccettive, indicano bassissime percentuali di nascite illegittime.

Per un verso la contraccezione nel matrimonio era considerata quasi un'eresia, per un altro verso la concezione fuori del matrimonio dava scandalo.

Durante il diciannovesimo secolo, secondo Flandrin, il comportamento sessuale dei coniugi cominciò a modellarsi su quello che si usava seguire fuori del matrimonio.

Nelle campagne la pratica della contraccezione si affermò probabilmente dapprima tra le famiglie benestanti in cui i rischi di mortalità infantile si erano ridotti: vedi M. Leridon "Fécondité et mortalité infantile dans trois villages bavarois: une analyse de données individualisées du dix-neuvième siècle", 'Population', 5 (1969): 997-1002.

In Inghilterra i medici mentre ne contrastavano la diffusione, a quanto sembra l'applicavano invece efficacemente nella loro vita privata: J. A. Banks "Family planning and birth control in Victorian times", relazione letta alla Second Annual Conference of the Society for the History of Medicine, Leicester University, 1972.

La Chiesa cattolica sollevò il problema della contraccezione, sembra solo per quanto riguardava la borghesia industriale: vedi John Thomas Noonan "Contraception: a history of its treatment by the Catholic theologians and canonists", Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1965.

Philippe Ariès "Les techniques de la mort", in "Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le dix-huitième siècle", Seuil, Parigi, 1971, pagina 373.

NOTA 26.

Finora, nel mondo, la fame e la malnutrizione sono aumentate con lo sviluppo industriale. "Si dice che da un terzo a una metà del genere umano ogni sera va a letto affamato.

Nell'età della pietra la frazione doveva essere molto minore.

La nostra è un'era di fame senza precedenti.

Oggi, nell'epoca della massima potenza tecnica, l'inedia è diventata un'istituzione".

Marshall Sahlins "Stone age economics", Aldine, Chicago, 1972, pagina 23.

NOTA 27.

J. E. Davies, W.F.

Edmundson "Epidemiology of D.D.T.", Future, Mount Kisco, Nuova York, 1972.

Un esempio istruttivo, che viene dal Borneo, del paradosso della lotta contro le malattie: gli insetticidi usati nei villaggi per combattere i vettori di malaria si accumularono anche negli scarafaggi, che sono per lo più resistenti; i gechi, cibandosene, caddero in letargo e vennero mangiati dai gatti; i gatti morirono, si moltiplicarono i topi, e con i topi si profilò la minaccia di un'epidemia di peste bubbonica. Fu necessario far intervenire l'esercito, che lanciò dei gatti col paracadute sui villaggi della giungla ('Conservation News', luglio 1973).

NOTA 28.

Un bell'esempio delle persecuzioni mediche contro gli innovatori è offerto da G. Gortvay, I. Zoltan I. "Semmelweis: his life and work", Akademiai Kiado, Budapest, 1968, biografia critica del primo ginecologo che adottò misure antisettiche nei suoi reparti.

Nel 1848 egli ridusse di 15 volte la mortalità da febbre puerperale; dopo di che fu licenziato e messo al bando dai suoi colleghi, offesi dall'idea che i medici potessero essere portatori di morte.

La figura di Semmelweis rivive nel romanzo di Morton Thompson "Tu partorirai con dolore", Dall'Oglio, Milano, 1952.

NOTA 29.

Charles T. Stewart junior "Allocation of Resources to health", 'Journal of Human Resources', 6, numero 1(1971):103-21.

Classifica le risorse dedicate alla salute in cure, prevenzione, informazione e ricerca.

In tutti i paesi dell'emisfero occidentale la prevenzione (per esempio l'acqua potabile) e l'educazione hanno un rapporto significativo con l'attesa di vita, che non ha invece nessuna delle 'variabili terapeutiche'.

NOTA 30.

Reuel A. Stallones, in "Environment, ecology and epidemiology", Pan-American Health Organization Scientific Publication, numero 231, Washington, 30 settembre 1971, mostra che negli Stati Uniti c'è una forte correlazione positiva fra un'alta percentuale di medici rispetto alla popolazione globale e un alto tasso di affezioni coronarie, mentre la correlazione è fortemente negativa per le malattie vascolari cerebrali.

Stallones osserva che questo fatto non attesta assolutamente un'influenza dei medici sull'uno o sull'altro fenomeno.

La morbosità e la mortalità fanno parte integrante dell'ambiente umano e non sono in rapporto con gli sforzi che si compiono per dominare una particolare malattia.

NOTA 31 Alain Letourmy, François Gibert "Santé, environnement, consommations médicales: un modèle et son estimation à partir des données de mortalité.

Rapport principal", CEREBE (Centre de recherche sur le bien-tre), Parigi, giugno 1974.

Confronta i tassi di mortalità di diverse regioni della Francia: non rivelano alcun rapporto con la densità medica, mentre una forte relazione appare col contenuto grasso dei condimenti tipici di ciascuna regione e, un po' meno, col consumo di alcolici.

NOTA 32.

Su quest'argomento lo studio esemplare sembra attualmente quello di A. L. Cochrane "Effectiveness and efficiency: random reflections on health services", Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

Vedi anche 'British Medical Journal', 1974, 4:5.

A.

Querido "Efficiency of medical care", International Publications, Nuova York, 1963.

33.

Jacques M. May, "Influence of environmental transformation in changing the map of disease"; in M. Taghi Farvar e John P. Milton (a cura) "The careless technology", Natural History Press, Garden City, N.Y., 1972, pagine 19-34.

Secondo May la resistenza delle zanzare agli insetticidi da una parte, e dall'altra la resistenza dei parassiti agli agenti chemioterapici, hanno forse creato un problema insolubile per l'adattamento umano.

NOTA 34.

Henry J. Parish, "A history of immunization", Livingstone, Edinburgh 1965.

Si veda l'introduzione storica per la letteratura sull'argomento.

L'efficacia della prevenzione nei riguardi di una particolare malattia va distinta dal suo contributo al volume della morbosità: J.H.

Alston, "A new look at infectious disease", Pitman, Londra, 1967, fa vedere come le vecchie malattie infettive vengano sostituite da altre nuove senza che si riduca il volume globale.

Keith Mellanby, "Pesticides and pollution", Collins, Nuova York, 1967, espone in maniera facilmente comprensibile come i meccanismi tecnici escogitati per ridurre un'infezione ne favoriscono altre.

NOTA 35.

República de Cuba, Ministerio de la Salud pública, "Cuba: organización de los servicios y nivel de salud", L'Avana, 1974, introduzione di Fidel Castro.

Un quadro suggestivo del mutamento avvenuto nella struttura della mortalità e della morbosità nel giro di un decennio, durante il quale le principali malattie infettive hanno sensibilmente risentito in tutta l'isola gli effetti di una campagna di sanità pubblica.

Nguyen Khac Vien "25 années d'activités médico-sanitaires", 'Etudes vietnamiennes' (Hanoi), numero 25, 1970.

NOTA 36.

G. O. Sofoluwe, "Promotive medicine: a boost to the economy of the developing countries", 'Tropical and Geographical Medicine', 22 (giugno 1970): 250-4.

Nel trentennio fra il 1935 e il 1968 la maggior parte delle misure curative usate per le malattie parassitarie, per le infezioni della pelle e dell'apparato respiratorio e per la diarrea ha lasciato "nel complesso immutata la struttura della morbosità".

NOTA 37.

In Farvar e Milton (a cura) "The careless technology", citato, diversi autori ne danno precisa dimostrazione per la malaria, la filariosi (Hamon), la schistosomiasi (van der Schalie) e le infezioni genito-urinarie (Farvar).

38.

Bruce Mitchel, "Fluoridation bibliography", Council of Planning Librarians Exchange Bibliography numero 268, Waterloo, Ontario, marzo 1972.

Copre il dibattito sulla fluorazione in Canada e soprattutto l'analisi sociologica del comportamento della popolazione.

NOTA 39.

C. L. Meinert e altri "A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes". 2: Mortality results, 1970, 'Diabetes', 19, supplemento 2 (1970): 789-830.

G. L. Knatterud e altri, "Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes", 'Journal of the American Medical Association', 217 (1971): 777-84.

Cochrane, "Effectiveness and efficiency", citato, commenta i due studi.

Da essi risulta che la somministrazione di tolbutamide e di fenformina è decisamente svantaggiosa nel trattamento del diabete maturo e che l'insulina non offre alcun vantaggio rispetto a una dieta adeguata.

NOTA 40.

H. Oeser, "Krebsbekämpfung: Hoffnung und Realität", Thieme, Stoccarda, 1974.

Finora, che io sappia, è la più utile introduzione per il medico generico e per il profano a una valutazione critica della letteratura mondiale sull'efficacia della cura del cancro.

Vedi anche N. E. MacKinnon "The effects of control programs on cancer mortality", 'Canadian Medical Association Journal', 82 (1960): 1308-12.

K. T. Evans, "Breast cancer symposium: are physical methods of diagnosis of value?", 'British Journal of Surgery', 56 (1969): 784-6.

NOTA 41.

Edwin F. Lewison, "An appraisal of long-term results in surgical treatment of breast cancer", 'Journal of the American Medical Association', 186 (1963): 975-8. "Ciò che colpisce di più nel trattamento chirurgico del cancro alla mammella è la straordinaria somiglianza e la stupefacente uniformità dei risultati finali a lungo termine malgrado l'ampia varietà di tecniche terapeutiche, sia da noi sia all'estero".

Lo stesso può dirsi tuttora.

NOTA 42.

Robert Sutherland, "Cancer: the significance of delay", Butterworth, Londra, 1960, pagine 196-202.

Inoltre Hedley Atkins e altri, "Treatment of early breast cancer: a report after ten years of clinical trial", 'British Medical Journal', 1972, 2: 423-9, e anche pagina 417.

D. P. Byar e Veterans Administration Cooperative Urological Research Group, "Survival of patients with incidentally found microscopic cancer of the prostate: results of clinical trial of conservative treatment", 'Journal of Urology', 108 (dicembre 1972): 908-13.

Un confronto casuale di quattro trattamenti (placebo, estrogeni, placebo più orchietomia, estrogeni più orchietomia) non rivela alcuna differenza significativa tra di essi, né a paragone con la prostatectomia radicale.

Per un'ampia rassegna di analoghe ricerche sul cancro in vari siti, vedi sopra, nota 40.

NOTA 43.

Ann G. Kutner, "Current status of steroid therapy in rheumatic fever", 'American Heart Journal', 70 (agosto 1965): 1479.

Rheumatic Fever Working Party of the Medical Research Council of Great Britain and Subcommittee of Principal Investigators of the American Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease, American Heart Association, "Treatment of acute rheumatic fever in children: a cooperative clinical trial of A.C.T.H., cortisone and aspirin", 'British Medical Journal', 1955, 1555-74.

NOTA 44.

Albert N. Brest, "Treatment of coronary occlusive disease: critical review", 'Diseases of the Chest', 45 (gennaio 1964): 40-45.

Malcolm I. Lindsay, Ralph E. Spiekerman "Reevaluation of therapy of acute myocardial infarction", 'American Heart Journal', 67 (aprile 1964): 559-64.

Harvey D. Cain e altri "Current therapy of cardiovascular disease", 'Geriatrics', 18 (luglio 1963): 507-18.

NOTA 45.

H.G.

Mather e altri, "Acute myocardial infarction: home and hospital treatment", 'British Medical Journal', 1971, 3:334-8.

NOTA 46.

Combined Staff Clinic, "Recent advances in hypertension", 'American Journal of Medicine', 39 (ottobre 1965): 634-8.

NOTA 47.

Fra i testi base vedi Robert H. Moser "The disease of medical progress a study of iatrogenic disease", terza edizione, Thomas, Springfield, Illinois, 1969; David M. Spain, "The complications of modern medical practices", Grune and Stratton, Nuova York, 1963; H.P.

Kummerle, N. Goossens, "Klinik und Therapie der Nebenwirkungen", Thieme, Stoccarda, 1973 (prima edizione 1960); R. Heintz, "Erkrankungen durch Arzneimittel: Diagnostik, Klinik, Pathogenese, Therapie", Thieme, Stoccarda, 1966; Guy Duchesnay, "Le risque thérapeutique", Doin Parigi, 1954; P.F. D'Arcy, J.P.

Griffin, "Iatrogenic disease", Oxford University Press, Nuova York, 1972.

NOTA 48.

Sull'evoluzione della giurisprudenza americana riguardo a questo tipo di danni vedi M. N. Zald, "The social control of general hospitals", in B.S.

Georgopoulos (a cura) "Organization research on health institutions", University of Michigan, Institute for Social Research, Ann Arbor, 1972.

Vedi anche Angela Holder, "Medical malpractice law", Wiley, Nuova York, 1974.

NOTA 49.

Erano già conosciuti e studiati dagli arabi.

Al-Razi, il protomedico dell'ospedale di Baghdad, vissuto dall'865 al 925, si occupò di studi sulla iatrogenesi, secondo quanto riferisce AlNadim in "al-Fihrist", capitolo 7, sezione 3.

Al tempo di Al-Nadim (935) si conservavano ancora tre sue opere e una lettera sull'argomento: 'Gli errori nell'intento dei medici; Sulla somministrazione di purghe ai malati febbricitanti prima che sia maturo il tempo; La ragione per cui i medici ignoranti, le persone comuni e le donne delle città riescono meglio degli uomini di scienza a curare certe malattie, e i pretesti che i medici adducono per giustificarsi'; e la lettera 'Perché un bravo medico non ha il potere di guarire tutti i mali, non rientrando ciò nel campo del possibile'.

NOTA 50.

Vedi anche Erwin H. Ackerknecht, "Zur Geschichte der iatrogenen Krankheiten", 'Gesnerus', 27 (1970): 57-63.

Distingue tre ondate, o periodi, a cominciare dal 1750 quando il corpo sanitario cominciò a ritenere importante lo studio della iatrogenesi.

Dello stesso, "Zur Geschichte der iatrogenen Erkrankungen des Nervensystems", 'Therapeutische Umschau/Revue thérapeutique', 27, numero 6 (1970): 345-6, sintetico schizzo della presa di coscienza, da parte dei medici, degli effetti collaterali esercitati dai farmaci sul sistema nervoso centrale, a partire da Avicenna (980-1037) riguardo al mercurio.

NOTA 51.

L. Meyler, "Side effects of drugs", Williams and Wilkins, Baltimora, 1972 'Adverse Reactions Titles', repertorio bibliografico mensile di titoli tratti da circa 3400 riviste biomediche di tutto il mondo; si pubblica ad Amsterdam dal 1966. 'Allergy Information Bulletin', edito dalla Allergy Information Association, Weston, Ontario.

NOTA 52.

P. E. Sartwell, "Iatrogenic disease: an epidemiological perspective", 'International Journal of Health Services', 4 (inverno 1974): 89-93.

NOTA 53.

Pharmaceutical Society of Great Britain, "Identification of drugs and poisons", presso la Society, Londra, 1965, informa sull'adulterazione e l'analisi dei medicinali.

Margaret Kreig, "Black market medicine", Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1967, documentata indagine sul sempre maggior numero di prodotti contraffatti e privi di efficacia venduti regolarmente nelle farmacie americane e indistinguibili per la loro confezione e presentazione dai prodotti di marca autentici.

NOTA 54.

Morton Mintz, "By prescription only", Beacon Press, Boston, 1967 (per maggiori particolari su questo libro vedi sotto, nota 96, parte 2, capitolo 2).

Solomon Garb, "Undesirable drug interactions", 1974-75, edizione riveduta, Springer, Nuova York 1975.

Comprende notizie sull'inattivazione, l'incompatibilità, il potenziamento e il legame alle proteine plasmatiche, nonché per quanto riguarda le interferenze sull'eliminazione, sulla digestione e sugli accertamenti diagnostici.

NOTA 55.

B. Opiu, H. Horn, "Verhutung iatrogenen Infektionen bei Schutzimpfungen", 'Deutsches Gesundheitswesen', 27/24 (1972): 1131-6.

Sulle infezioni associate con le misure di immunizzazione.

NOTA 56.

Harry N. Beaty, Robert G. Petersdorf, "Iatrogenic factors in infectious disease". 'Annals of Internal Medicine', 65 (ottobre 1966): 641-56.

NOTA 57.

Ogni anno negli Stati Uniti un milione di persone, cioè dal 3 al 5 per cento di tutte quelle che entrano in ospedale, vengono ricoverate principalmente a causa di una reazione negativa a medicinali.

Nicholas Wade, "Drug regulation: F.D.A. replies to charges by economists and industry", 'Science', 179 (1973): 775-7.

NOTA 58.

Eugene Vayda, "A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales", 'New England Journal of Medicine', 289 (1973): 1224-9, mostra che la percentuale delle operazioni chirurgiche in Canada nel 1968 fu, rispetto all'Inghilterra, 1 virgola 8 volte maggiore per gli uomini e 1 virgola 6 per le donne.

La frequenza di interventi discrezionali come l'asportazione delle tonsille e delle adenoidi, delle emorroidi, e l'erniotomia inguinale, fu più che doppia.

Per la colecistectomia il tasso fu oltre cinque volte più elevato.

Probabilmente i fattori che influiscono di più sono i diversi sistemi di pagamento delle prestazioni e il numero dei posti-letto e dei chirurghi disponibili.

Charles E. Lewis, "Variations in the incidence of surgery", 'New England Journal of Medicine', 281 (1969): 880-4, ha riscontrato variazioni da 1 a 3 e da 1 a 4 fra le percentuali regionali di sei tipi di intervento chirurgico comuni negli Stati Uniti; l'indicatore predittivo rilevante, riguardo all'incidenza dell'intervento chirurgico, è risultato essere il numero dei chirurghi disponibili.

Vedi anche James C. Doyle, "Unnecessary hysterectomies: study of 6248 operations in 35 hospitals during 1948", 'Journal of the American Medical Association', 151 (1953): 360-5.

James C. Doyle "Unnecessary ovariectomies: study based on the removal of 704 normal ovaries from 546 patients", 'Journal of the American Medical Association', 148 (1952): 1105-11.

Thomas H.

Weller, "Pediatric perceptions: the pediatrician and iatrogenic infectious disease", 'Pediatrics', 51 (aprile 1973): 595-602.

NOTA 59.

Clifton Meador, "The art and science of nondisease", 'New England Journal of Medicine', 272 (1965): 92-5.

Per il medico abituato a trattare solo con entità patologiche, termini come 'non-malattia' o 'entità non-morbosa' suonano estranei e difficili da comprendere.

Questo articolo presenta, in tono ironico, una classificazione delle non-malattie e gli importanti principi terapeutici che discendono da tale concetto.

Probabilmente la patologia iatrogena ha origine tante volte dalla cura di nonmalattie quante da quella di malattie.

NOTA 60.

Abraham B. Bergman, Stanley J. Stamm, "The inorbidity of cardiac nondisease in school children", 'New England Journal of Medicine', 276 (1967): 1008-13.

Porta un esempio particolare dal "limbo dove l'individuo si crede, o è creduto dagli altri, sofferente di una malattia che invece non ha.

Gli effetti morbosi che accompagnano certe non-malattie sono altrettanto marcati quanto quelli che accompagnano le malattie corrispondenti.

Si calcola che il grado di invalidità conseguente alle non-malattie cardiache nei bambini sia maggiore di quello causato dalle affezioni cardiache vere".

Vedi anche J. Andriola, "A note on possible iatrogenesis of suicide", 'Psychiatry', 36 (1973): 21318.
NOTA 61.

La iatrogenesi clinica ha una storia lunga.

Plinio il Vecchio, "Naturalis historia", Libro 29, 8: "Non c'è nessuna legge che castighi l'ignoranza dei medici, nessun esempio di pena capitale.

Imparano a nostro rischio e pericolo e fanno esperienza a furia di ammazzare: solo il medico può uccidere nella più assoluta impunità.

Per di più se la prendono col malato rigettando la colpa sulla sua intemperanza, e chi è rimasto vittima viene messo sotto accusa".

In realtà il diritto romano già prevedeva alcune sanzioni per i danni inflitti dai medici, "damnum iniuria datum per medicum".

La giurisprudenza considerava il medico legalmente responsabile non soltanto per ignoranza e imperizia ma anche per malaccortezza.

Il medico che avendo operato uno schiavo non ne seguiva adeguatamente la convalescenza, era tenuto a risarcire il prezzo dello schiavo e il mancato lucro del padrone per tutto il protrarsi dell'infermità.

Queste norme non tutelavano i cittadini, che però potevano rivalersi di propria iniziativa.

NOTA 62.

Montesquieu, "Lo spirito delle leggi", libro 29, capitolo 14, b: "Le leggi romane (la legge Cornelia "de sicariis; Inst. 4, tit. 3, de lege Aquilia, 7") stabilivano che i medici colpevoli di negligenza o di imperizia fossero punibili.

In tal caso la condanna era all'esilio per il medico d'un certo livello sociale, e a morte se egli era di condizione più umile.

Nel nostro ordinamento è diverso.

Le leggi romane non erano state fatte in circostanze simili alle nostre: a Roma chiunque volesse s'immischiava di medicina; i nostri medici invece sono obbligati a seguire un regolare corso di studi e a prendere certi diplomi, per cui si presume che conoscano il loro mestiere".

In questo brano il filosofo settecentesco mostra un ottimismo tutto moderno riguardo alla preparazione del medico.

NOTA 63.

In Germania, per la medicina interna, il tempo che l'assistito può passare faccia a faccia col suo medico si è ormai ridotto a 1 virgola 7 minuti a visita: Heinrich Erdmann, Heinz Gunther Overrath, e Wolfgang e Thure Uxkull, "Organisationsprobleme der arztlichen Krankenversorgung: dargestellt am Beispiel einer medizinischen Universitätsklinik", 'Deutsches Arzteblatt Arztliche Mitteilungen', 71 (1974): 3421-6. Per tutto l'insieme, il tempo era (nel 1963) di circa 3 minuti: vedi T. Geyer, "Verschwung", Medizinpolitischer Verlag, Hilchenbach, 1971, pagina 30.

NOTA 64.

Sul più vasto problema del danno non individuale ma genetico, vedi John W. Goffman, Arthur R. Tamplin, "Epidemiological studies of carcinogenesis by ionizing radiation", in "Proceedings of the sixteenth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability", University of California, luglio 1970, pagine 235-77.

E' fin troppo diffusa la convinzione che quando esista incertezza sull'importanza degli effetti cancerogeni, sia giusto continuare a esporre le persone al rischio.

Gli autori mostrano come non sia né giusto né buona misura di sanità pubblica attendere prove epidemiologiche sull'uomo prima di cessare l'esposizione.

Il discorso contro le radiazioni ionizzanti derivanti dalla produzione di energia elettrica in impianti nucleari vale per tutti i trattamenti medici in cui esista incertezza sulle possibili ripercussioni genetiche.

La competenza dei medici a stabilire livelli di tolleranza per intere popolazioni è da contestare per ragioni teoretiche.

NOTA 65.

Dati e altra bibliografia in U.S.

House of Representatives, Committee on Interstate and Foreign Commerce, "An overview of medical malpractice", 94 esimo Congresso, prima sessione, 17 marzo 1975.

NOTA 66.

Il cattivo trattamento dei pazienti è ormai pratica corrente: vedi Charles Butterworth, "Iatrogenic malnutrition", 'Nutrition Today', marzo-aprile 1974.

In America e in Canada una delle più grandi sacche di malnutrizione ignorata si trova non nelle zone rurali depresse o nei ghetti urbani, ma nelle camere private e nelle corsie degli ospedali delle grandi città: J.

Mayer, "Iatrogenic malnutrition", 'New England Journal of Medicine', 284 (1971): 1218.

NOTA 67.

George H. Lowrey, "The problem of hospital accidents to children", 'Pediatrics', 32 (dicembre 1963): 1064-8.

NOTA 68.

J. T. MacLamb, R. R.

Huntley, "The hazards of hospitalization", 'Southern Medical Journal', 60 (maggio 1967): 469-72.

NOTA 69. 'La maladie iatrogène est presque toujours à base névrotique': L. Israel, "La maladie iatrogène", in "Documenta Sandoz", senza data.

NOTA 70.

La distinzione di più livelli di iatrogenesi è stata fatta da Ralph Audy, "Manmade maladies and medicine", 'California Medicine', novembre 1970, pagine 48-53.

Egli rileva che le 'malattie' iatrogene sono soltanto una delle forme di 'malessere' prodotto dall'uomo. A seconda della loro eziologia, esse si dividono in diverse categorie: quelle derivanti da diagnosi e cure, quelle connesse ad attitudini e situazioni sociali e psicologiche, e quelle conseguenti a programmi fatti dall'uomo per dominare e sradicare le malattie.

Accanto alle entità iatrogene cliniche, Audy identifica altri stati morbosi che hanno un'eziologia sanitaria.

NOTA 71. 'Das Schicksal des Kranken verkörpert als Symbol das Schicksal der Menschheit im Stadium einer technischen Weltentwicklung': Wolfgang Jacob, "Der kranke Mensch in der technischsn Welt", 9 Internationaler Fortbildungskurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran, W. u. Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker, Francoforte, 1971.

NOTA 72.

James B. Quinn, "Next big industry: environmental improvement", 'Harvard Business Review', 49 (settembre-ottobre 1971): 120-30.

Ritiene che la difesa dell'ambiente stia aprendo all'industria tutta una serie di nuovi sbocchi dinamici e redditizi che si ripagano da soli e che finiranno per costituire un'importante aggiunta al reddito nazionale e al prodotto nazionale lordo.

Implicitamente, lo stesso ragionamento viene fatto a proposito dell'assistenza sanitaria da quelli che caldeggiavano l'assicurazione contro la malapratca medica non dovuta a colpa.

NOTA 73.

Il termine fu usato da Honoré Daumier (1810-79): vedi la riproduzione di un suo disegno intitolato "Némésis médicale" in Werner Block, "Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten", Enke, Stoccarda, 1966.

PARTE SECONDA.

LA IATROGENESI SOCIALE.

Capitolo 2.

LA MEDICALIZZAZIONE DELLA VITA.

La trasmissione politica della malattia iatrogena.

Fino a tempi non lontani la medicina si sforzava di valorizzare ciò che avviene in natura: favoriva la tendenza delle ferite a sanarsi, del sangue a coagularsi, dei batteri a farsi sopraffare dall'immunità naturale. (1) Oggi invece essa cerca di materializzare i sogni della ragione. (2) I contraccettivi orali, per esempio, vengono ordinati "per prevenire un evento normale nelle persone sane". (3) Certe terapie inducono l'organismo a interagire con delle molecole o delle macchine in modi che non hanno precedenti nell'evoluzione.

I trapianti implicano la completa obliterazione delle difese immunologiche programmate geneticamente. (4) Perciò il collegamento fra il bene del malato e il successo dello specialista non si può più dare per presupposto; ormai dev'essere dimostrato, e l'apporto netto della medicina al carico di malattia della collettività va calcolato dall'esterno della professione. (5) Ma qualunque accusa contro la medicina per il danno clinico che essa provoca non è che il primo passo nell'incriminazione della medicina patogena. (6) Il segno lasciato nei campi è solo un ricordo del danno ben maggiore procurato dal barone al villaggio devastato dalla sua caccia.

Iatrogenesi sociale.

La medicina pregiudica la salute non soltanto con la diretta aggressione agli individui, ma anche per l'effetto della sua organizzazione sociale sull'intero ambiente.

Quando il danno medico alla salute individuale è prodotto da un modo di trasmissione sociopolitico, parlerò di 'iatrogenesi sociale', intendendo con questo termine tutte le menomazioni della salute dovute appunto a quei cambiamenti socio-economici che sono stati resi desiderabili, possibili o necessari dalla forma istituzionale assunta dalla cura della salute.

La iatrogenesi sociale designa una categoria eziologica che abbraccia molteplici manifestazioni.

Insorge allorché la burocrazia medica crea cattiva salute aumentando lo stress, moltiplicando rapporti di dipendenza che rendono inabili, generando nuovi bisogni dolorosi, abbassando i livelli di sopportazione del disagio o del dolore, riducendo il margine di tolleranza che si usa concedere all'individuo che soffre, e addirittura abolendo il diritto di autosalvaguardarsi.

La iatrogenesi sociale agisce quando la cura della salute si tramuta in un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene 'ospitalizzata' e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti; quando la lingua in cui la gente potrebbe fare esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come una forma di devianza.

Monopolio medico.

Come il suo corrispettivo clinico la iatrogenesi sociale, da aspetto occasionale, può svilupparsi fino a diventare una caratteristica intrinseca al sistema medico.

Quando l'intensità (7) dell'intervento biomedico supera una soglia critica, la iatrogenesi clinica si trasforma da errore, infortunio o difetto, in una insanabile perversione della pratica medica.

Allo stesso modo, quando l'autonomia professionale degenera in un monopolio radicale (8) e la gente è resa incapace di far fronte al proprio ambiente, allora la iatrogenesi sociale diventa il principale prodotto dell'organizzazione medica.

Il monopolio radicale va più a fondo di quello di una ditta o di un governo.

Può assumere varie forme.

Quando una città viene costruita intorno ai veicoli, toglie valore ai piedi umani; quando la scuola ha la prelazione sull'apprendimento, svaluta l'autodidatta; quando l'ospedale diventa il centro di raccolta obbligato di tutti quelli che si trovano in condizioni critiche, impone alla società una nuova forma di agonia.

I monopoli comuni si accaparrano il mercato; i monopoli radicali rendono la gente incapace di fare da sé. (9) Il monopolio commerciale limita il flusso delle merci; il monopolio sociale, più insidioso, paralizza la produzione dei valori d'uso non commerciabili. (10) I monopoli radicali usurpano ancora di più la libertà e l'indipendenza: rimodellando l'ambiente e 'appropriandosi' di quelle sue caratteristiche generali che avevano fin lì permesso alla gente di cavarsela da sola, obbligano un'intera società a sostituire i valori d'uso con delle merci.

L'istruzione intensiva fa dell'autodidatta un candidato alla disoccupazione, l'agricoltura intensiva elimina il contadino autosufficiente, lo spieghamento di polizia sgretola la capacità d'autocontrollo della comunità.

La propagazione maligna della medicina ha risultati analoghi: trasforma l'assistenza reciproca e l'automedicazione in atti illeciti o criminosi.

Come la iatrogenesi clinica diventa incurabile dai medici quando raggiunge una intensità critica e può allora regredire solo con un ridimensionamento dell'impresa, così la iatrogenesi sociale è reversibile solo mediante un'azione politica che riduca il dominio professionale.

Il monopolio radicale si nutre di se stesso.

La medicina iatrogena rafforza una società morbosa nella quale il controllo sociale della popolazione da parte del sistema medico diventa un'attività economica fondamentale; serve a legittimare ordinamenti sociali in cui molti non riescono ad adattarsi; definisce inabili gli handicappati e genera sempre nuove categorie di pazienti.

L'individuo che è irritato, nauseato e menomato dal lavoro e dallo svago industriali può trovare scampo solo in una vita sotto vigilanza medica e viene così distolto o escluso dalla lotta politica per un mondo più sano. (11) La iatrogenesi sociale non è ancora accettata come una normale eziologia di stato morboso.

Se si ammettesse che la diagnosi spesso serve come mezzo per convertire le lagnanze politiche contro lo stress della crescita in richieste di maggiori terapie che significano solo maggiori quantità dei suoi costosi e stressanti prodotti, il sistema industriale perderebbe una delle sue principali difese. (12) Nello stesso tempo, la consapevolezza della misura in cui la cattiva salute iatrogena è trasmessa politicamente scuoterebbe le basi del potere medico molto più di qualunque catalogo delle insufficienze tecniche della medicina.

(13)

Cure indipendenti da valori?

Il problema della iatrogenesi sociale viene spesso confuso con l'autorità diagnostica del guaritore.

Per disinnescare il problema e difendere la propria reputazione, alcuni medici insistono sull'ovvio: e cioè che non si può praticare la medicina senza che si abbia una creazione iatrogena di malattia.

La medicina crea sempre la malattia come stato sociale. (14) Il guaritore ufficialmente riconosciuto trasmette agli individui le possibilità sociali di comportarsi da malati. (15) Ogni cultura ha un proprio modo di concepire la malattia (16) e quindi una sua peculiare maschera sanitaria. (17) La malattia prende i suoi caratteri dal medico, il quale assegna agli attori uno dei ruoli disponibili.

(18) Rendere la gente legittimamente malata è altrettanto implicito nel potere del medico quanto il potenziale tossico nel rimedio che funziona. (19) Lo stregone padroneggia veleni e incantesimi.

L'unico termine che avevano i greci per 'medicinale', "pharmakon", non faceva distinzione tra il potere di guarire e il potere di uccidere. (20) La medicina è un'impresa morale e inevitabilmente perciò dà contenuto al bene e al male.

In ogni società la medicina, al pari del diritto e della religione, definisce ciò che è normale, giusto o desiderabile.

La medicina ha l'autorità di etichettare come malattia legittima ciò che lamenta un individuo, di dichiararne malato un altro anche se non si lamenta, e di rifiutare a un terzo il riconoscimento sociale della sua sofferenza, della sua invalidità e persino della sua morte. (21) E' la medicina che autentica un certo dolore come 'meramente soggettivo', (22) una determinata infermità come simulazione (23) e certe morti (e non altre) come suicidio. (24) Il giudice stabilisce che cosa è legale e chi è colpevole; (25) il prete dichiara che cosa è sacro e chi ha violato un tabù; il medico decide che cosa è un sintomo e chi è malato.

Egli è un imprenditore morale, (26) dotato di poteri inquisitori per scoprire certi torti da raddrizzare. (27)

Come tutte le crociate, la medicina crea un nuovo gruppo di diversi ogni volta che fa attecchire una nuova diagnosi. (28) La morale è altrettanto implicita nella malattia quanto nel delitto o nel peccato.

Nelle società primitive è ovvio per tutti che l'esercizio dell'arte medica comporta il riconoscimento di un potere morale: nessuno chiamerebbe lo stregone se non gli riconoscesse l'abilità di discernere gli spiriti maligni da quelli buoni.

In una civiltà superiore questo potere si espande.

Qui la medicina è esercitata da specialisti a tempo pieno, i quali controllano vaste popolazioni per mezzo di istituzioni burocratiche. (29) Questi specialisti formano professioni le quali esercitano sul loro lavoro un tipo di controllo che è unico nel suo genere. (30) Diversamente dai sindacati, infatti, esse debbono la loro autonomia non alla vittoria conseguita in una lotta, ma a un mandato di fiducia.

Diversamente dalle associazioni di mestiere, le quali si limitano a stabilire chi ha il diritto di lavorare e a quali patti, esse stabiliscono anche quale lavoro bisogna fare.

Nata spesso da riforme delle facoltà di medicina (negli Stati Uniti, per esempio, alla vigilia della prima guerra mondiale), la professione medica è la manifestazione, in un settore particolare, del controllo sulla struttura del potere di classe acquisito dalle élites di formazione universitaria nel corso dell'ultimo secolo.

Soltanto i dottori oggi 'sanno' che cosa costituisce una malattia, chi è malato, e che cosa bisogna fare al malato e a quelli che essi considerano 'esposti a uno speciale rischio'.

Paradossalmente, la medicina occidentale, che ha sempre affermato di voler tenere separato il proprio potere dalla religione e dalla legge, l'ha ormai esteso al di là di ogni precedente.

In alcune società industriali la classificazione sociale è stata medicalizzata a tal punto che ogni devianza deve avere un'etichetta medica.

L'eclisse della componente esplicitamente morale della diagnosi medica ha così conferito all'autorità asclepica (31) un potere totalitario.

Si è difeso il divorzio della medicina dalla morale con l'argomento che le categorie mediche, a differenza di quelle giuridiche e religiose, poggiano su fondamenti scientifici non soggetti a giudizio morale. (32) L'etica sanitaria è stata occultata in un reparto specializzato, che aggiorna la teoria alla pratica effettiva. (33) I tribunali e la legge, quando non vengono impiegati per far rispettare il monopolio asclepico, sono trasformati in portieri dell'ospedale, addetti a selezionare tra i postulanti quelli che rispondono ai criteri stabiliti dai medici.

(34) Gli ospedali diventano monumenti di scientismo narcisistico, concretizzazioni dei pregiudizi professionali che erano di moda il giorno in cui fu posta la loro prima pietra e che spesso risultano superati il giorno dell'inaugurazione.

L'impresa tecnica del medico vanta un potere esente da valori.

In un simile contesto, è ovvio, diventa facile schivare il problema della iatrogenesi sociale di cui mi occupo.

Il danno medico mediato politicamente viene visto come inerente al mandato della medicina, e chi lo critica è considerato un sofista che cerca di giustificare l'intrusione dei profani nel territorio di competenza del medico.

Proprio per questo motivo è urgente un'analisi profana della iatrogenesi sociale.

L'affermazione che l'attività terapeutica sarebbe indipendente dai valori è ovviamente un nefasto nonsenso, e i tabù che hanno fatto scudo alla medicina irresponsabile cominciano a crollare.

La medicalizzazione del bilancio.

La misura più semplice della medicalizzazione della vita è la quota del reddito annuo tipico che viene spesa su ordine del medico.

In America, prima del 1950, essa era inferiore al reddito di un mese; ma alla metà degli anni Settanta l'acquisto di servizi medici assorbiva l'equivalente di cinque-sette settimane del salario-tipo di un operaio.

Gli Stati Uniti spendono ora intorno a 95 miliardi di dollari l'anno per assistenza sanitaria, cioè circa l'8 virgola 4 per cento del prodotto nazionale lordo del 1975, contro il 4 virgola 5 del 1962. (35) Durante gli ultimi venti anni, sempre negli Stati Uniti, mentre l'indice dei prezzi è salito di circa il 74 per cento, il costo dell'assistenza medica è aumentato del 330 per cento.

Tra il 1950 e il 1971 la spesa pubblica per assicurazioni contro le malattie è cresciuta da 1 a 10, da 1 a 8 sono cresciute le somme liquidate dalle assicurazioni private (36) e da 1 a 3 quelle sborsate direttamente dai pazienti.

(37) In termini di spesa globale altri paesi, come la Francia (38) e la Germania, (39) hanno marciato di pari passo con gli Stati Uniti.

In tutte le nazioni industriali, atlantiche, scandinave o dell'Est europeo, il tasso di crescita del settore sanitario ha progredito più rapidamente di quello del prodotto nazionale lordo.

(40) Anche scontando l'inflazione, le spese federali americane per la sanità sono aumentate, tra il 1969 e il 1974, di oltre il 40 per cento. (41) La medicalizzazione del bilancio nazionale non è d'altronde un privilegio dei ricchi: in Colombia, paese povero che notoriamente favorisce le sue classi ricche, la quota è, come in Inghilterra, superiore al 10 per cento. (42) Una parte di questo denaro ha arricchito i medici, che fino alla Rivoluzione francese vivevano al livello di artigiani; alcuni se la passavano bene, ma più numerosi erano quelli che morivano in povertà.

Il detto "pochi medici vivono bene, e muoiono bene pochi avvocati" aveva l'equivalente nella maggior parte delle lingue europee.

Ora i medici sono arrivati in cima, e nelle società capitaliste questa cima è indubbiamente alta.

Tuttavia sarebbe inesatto imputare questo gonfiamento di spesa all'ingordigia della professione medica. Una assai più consistente fetta dell'aumento è andata a un esercito di passacarte sanitari che, per restare all'esempio degli Stati Uniti, le università hanno cominciato a insignire di titoli a partire dagli anni Cinquanta: dai diplomati in supervisione infermieristica ai laureati in gestione ospedaliera fino a tutti gli svariati ranghi inferiori che vanno a ingrossare le nuove burocrazie.

Il costo che comporta l'amministrazione del paziente, dei suoi incartamenti e degli assegni che egli spicca e riceve, arriva ad assorbire fino a un quarto di ogni dollaro del suo conto. (43) Un'altra parte va poi alle banche; in alcuni casi i cosiddetti costi amministrativi 'legittimi', nel ramo delle assicurazioni contro le malattie, sono arrivati al 70 per cento delle somme versate alle compagnie assicuratrici.

Ancora più rilevante è il peso del nuovo pregiudizio favorevole alle dispendiosissime cure ospedaliere. Dal 1950 il costo di un giorno di degenza in un ospedale americano medio è aumentato del 500 per cento, (44) mentre ancor più velocemente è salito il prezzo del ricovero nelle grandi cliniche universitarie, triplicatosi nel giro di otto anni.

I costi amministrativi sono esplosi, moltiplicandosi per 7 dal 1964; le spese di laboratorio sono cresciute di 5 volte, le retribuzioni dei medici di 2 soltanto. (45) La costruzione di ospedali costa oggi più di 85000 dollari per letto, due terzi dei quali servono ad acquistare attrezzature meccaniche destinate a invecchiare in meno di dieci anni. (46) Questi ritmi d'incremento dei costi e di obsolescenza sono quasi il doppio di quelli tipici dei sistemi d'armamento moderni; il gonfiamento dei costi nei programmi del dipartimento americano della Sanità, Educazione e Assistenza supera quello del Pentagono.

Tra il 1968 e il 1970 la spesa per il Medicalid (il sistema d'assistenza sanitaria creato nel 1966) è aumentata tre volte di più del numero degli assistiti.

Negli ultimi quattro anni le somme liquidate dalle assicurazioni per ricoveri in ospedale si sono quasi raddoppiate, e gli onorari dei medici sono cresciuti con una velocità quasi doppia di quella prevista. (47) In nessun altro grande settore dell'economia civile esiste alcun precedente d'una espansione altrettanto sostenuta.

E' perciò un'ironia che proprio durante questo eccezionale boom dell'assistenza sanitaria gli Stati Uniti abbiano stabilito un altro 'primato': poco dopo l'inizio del boom, la speranza di vita degli adulti americani maschi ha cominciato a diminuire e si prevede che continuerà a calare.

Il tasso di mortalità per i maschi americani d'età compresa fra i quarantacinque e i cinquantaquattro anni è relativamente alto: su ogni 100 individui che toccano i quarantacinque, solo 90 vedranno il loro cinquantesimo compleanno, mentre in Svezia quelli che superano il decennio sono 95. (48) Tuttavia la Svezia, la Germania, il Belgio, il Canada, la Francia e la Svizzera sono ormai sulle orme degli Stati Uniti: sia la loro percentuale di mortalità per fasce di età dei maschi adulti, sia le loro spese sanitarie globali, stanno salendo in verticale. (49) La fenomenale ascesa del costo dei servizi sanitari americani è stata spiegata in vari modi.

Alcuni danno la colpa alla pianificazione irrazionale, (50) altri all'alto costo dei nuovi aggeggi che la gente vuole negli ospedali. (51) L'interpretazione attualmente più diffusa si rifà alla crescente incidenza del pagamento garantito in anticipo.

Gli ospedali accolgono pazienti ben coperti dalle assicurazioni, e anziché fornire vecchi prodotti in maniera più efficiente ed economica hanno tutto l'interesse ad adottare metodi nuovi e sempre più dispendiosi.

La causa fondamentale dell'aumento sarebbero i prodotti che cambiano e non il più elevato costo del lavoro, la cattiva amministrazione o l'insufficiente progresso tecnologico. (52) In questa visuale il mutamento dei prodotti sembra appunto dovuto all'accresciuta copertura assicurativa, che spinge gli ospedali a fornire una merce più costosa di quella che il consumatore effettivamente vuole, o di cui ha bisogno, o che sarebbe stato disposto a pagare di tasca propria.

Gli esborsi diretti dell'utente appaiono sempre più modesti, benché l'assistenza offerta dall'ospedale sia più costosa.

L'assicurazione sulle cure sanitarie dispendiose è così un processo a spirale, che conferisce ai fornitori d'assistenza il controllo di risorse crescenti. (53) Come antidoto, alcuni critici suggeriscono di suscitare una maggiore consapevolezza dei costi nei consumatori; (54) altri, non fidandosi dell'autodisciplina dei profani, propongono dei meccanismi che accrescano la consapevolezza dei costi da parte dei produttori.

(55) I medici, sostengono costoro, prescriverebbero in modo più responsabile e meno arbitrario se fossero pagati 'a quota capitaria', cioè un tanto fisso per assistito anziché a prestazione. Ma come tutti gli altri rimedi del genere, il sistema della quota capitaria accresce il fascino iatrogeno arricchendolo dell'OFFERTA DI SALUTE: la gente rinuncia alla vita pur di ottenere quante più cure possibili.

In Inghilterra il Servizio sanitario nazionale ha cercato, pur senza successo, di fare in modo che l'inflazione della spesa fosse meno afflitta dalle ciarlatanate appariscenti. (56) La legge istitutiva del 1946 stabiliva l'accesso ai mezzi di assistenza sanitaria come un diritto umano per tutti quelli che ne avessero bisogno.

Si partiva dal presupposto che questo bisogno fosse finito e quantificabile, che il luogo migliore per decidere il budget complessivo della sanità fosse l'urna elettorale, e che i medici fossero gli unici in grado di determinare i mezzi necessari per soddisfare il bisogno di ciascun paziente.

Ma i bisogni accertati dai medici curanti si sono dimostrati non meno vasti in Inghilterra che altrove, e la principale speranza di riuscita del sistema sanitario britannico era riposta nella capacità attribuita agli inglesi di razionare l'offerta.

Fin verso il 1972 essi lo fecero, secondo un autore che ha compiuto uno studio generale dell'economia sanitaria britannica. "usando mezzi a loro modo altrettanto spietati (ma ritenuti in generale più accettabili) della capacità di pagare". (57) Fino a quell'epoca la spesa per l'assistenza sanitaria fu tenuta al di sotto del 6 per cento del prodotto nazionale lordo, pari al 10 per cento della spesa pubblica.

L'attività privata si era ridotta dalla metà al 4 per cento dell'intera assistenza.

Gli oneri diretti a carico dei pazienti erano contenuti entro il livello straordinariamente basso del 5 per cento del costo.

Ma questo severo impegno egualitario ha solo impedito quegli assurdi stanziamenti per prestigiosi gingilli che, sul libero mercato americano, hanno invece offerto un facile bersaglio alle critiche.

A partire dal 1972 il Servizio sanitario britannico ha subito un cambiamento traumatico, per complesse ragioni economiche e politiche.

Il successo iniziale del sistema e il suo attuale unico dissesto rendono impossibile ogni pronostico per il futuro.

Una smedicalizzazione della sanità s'impone in Inghilterra come altrove.

Curiosamente, però, l'Inghilterra è anche uno dei pochi paesi industrializzati dove l'attesa di vita dei maschi adulti non è ancora diminuita, benché le malattie croniche di questa fascia della popolazione abbiano già mostrato un incremento simile a quello riscontrato un decennio prima al di là dell'Atlantico. Le informazioni sui costi nell'Unione Sovietica sono più difficili da ottenere.

Il numero dei medici e quello delle giornate di degenza ospedaliera pro capite sembra che si siano raddoppiati tra il 1960 e il 1972, mentre i costi sarebbero aumentati di circa il 260 per cento. (58) Il principale titolo di superiorità vantato dalla medicina sovietica continua a basarsi sulla 'profilassi insita nel sistema sociale stesso', senza che ciò tocchi il volume relativo di morbosità o di assistenza in confronto ad altri paesi industriali di sviluppo analogo. (59) Ma la dottrina secondo cui la terapeutica sarebbe scomparsa insieme allo Stato divenne ed è rimasta un'eresia dal 1932. (60) I diversi sistemi politici organizzano le patologie in differenti malattie e creano così diverse categorie di domanda, di offerta e di bisogni insoddisfatti. (61) Ma comunque venga concepita la malattia, il costo della cura aumenta con tassi comparabili.

I russi, per esempio, limitano per decreto le malattie mentali che richiedono il ricovero: ai casi del genere destinano solo il 10 per cento dei posti-letto disponibili. (62) Ma una volta raggiunto un determinato prodotto nazionale lordo, tutti i paesi industriali generano lo stesso tipo di dipendenza dal medico, qualunque sia la loro ideologia e la nosologia che ne deriva. (63) (Naturalmente il capitalismo ha dimostrato di saperlo fare a un costo sociale molto più alto). (64) Dovunque in questa metà degli anni Settanta il principale vincolo all'attività professionale è la necessità di ridurre i costi.

La quota di ricchezza nazionale che viene incanalata verso i dottori e spesa sotto il loro controllo varia da un paese all'altro e va da un decimo a un ventesimo di tutte le risorse disponibili.

Questo però non deve far credere che le somme spese per la salute del cittadino-tipo nei paesi poveri siano dovunque proporzionali al reddito medio pro capite dei paesi stessi.

La maggioranza della popolazione non riceve assolutamente nulla.

Se si esclude il denaro assegnato al trattamento dell'acqua potabile, il 90 per cento di tutte le somme destinate alla salute nei paesi in via di sviluppo viene speso non per misure igieniche ma per la cura dei malati.

Distinguendo la cura e assistenza individuale dai servizi di sanità pubblica, si trova che la prima assorbe dal 70 all'80 per cento dell'intero bilancio sanitario PUBBLICO. (65) La maggior parte di questo denaro viene spesa DAPPERTUTTO per lo stesso genere di cose.

Tutti i paesi vogliono ospedali, e molti li vogliono dotati delle più esotiche attrezzature moderne.

Il costo reale di ogni loro suppellettile è tanto maggiore quanto più un paese è povero.

I letti moderni, le incubatrici, i laboratori, i respiratori, le sale operatorie, costano in Africa ancora di più dei loro corrispondenti in Germania o in Francia, dove vengono fabbricati: nell'ambiente tropicale si guastano anche più facilmente, sono di più difficile manutenzione e sono fuori uso più di quanto non funzionino.

In termini di costo, lo stesso dicasi per i medici che sono fatti su misura per questi aggeggi.

La formazione di uno specialista in chirurgia a cuore aperto rappresenta un investimento di capitale d'entità comparabile, tanto che egli provenga dal sistema scolastico messicano quanto che sia il cugino di un colonnello brasiliano, mandato a studiare ad Amburgo con una borsa del governo. (66) Può darsi che gli Stati Uniti siano troppo poveri per fornire la dialisi renale a 15000 dollari l'anno a tutti i cittadini che pretendessero di averne bisogno, ma il Ghana è certamente troppo povero per assicurare alla sua popolazione un'equa disponibilità di medici per le cure di primo intervento.

(67) Il costo massimo socialmente critico dei prodotti distribuibili equamente varia da un posto all'altro. Ma allorché il denaro dei contribuenti viene impiegato per finanziare cure al di sopra del costo critico, il sistema dell'assistenza sanitaria diventa, inevitabilmente, strumento per un trasferimento netto di potere dalla maggioranza che paga le imposte a una ristretta minoranza, selezionata per ragioni di censo, di istruzione, di legami famigliari, o per lo speciale interesse che presenta ai fini della chirurgia sperimentale.

Quando, nei paesi poveri dell'America latina, i quattro quinti del costo reale delle cliniche PRIVATE vengono pagati con le imposte raccolte per la formazione dei medici, per le ambulanze pubbliche e per l'attrezzatura sanitaria, (68) siamo chiaramente in presenza di una forma di sfruttamento.

In questo caso la concentrazione di risorse pubbliche su alcuni è palesemente ingiusta perché la capacità di pagare in proprio una frazione del costo complessivo della cura diventa condizione per ottenere la copertura del resto.

Ma lo sfruttamento non è meno presente laddove il pubblico, attraverso il servizio sanitario nazionale, assegna ai medici il potere esclusivo di decidere chi 'ha bisogno' del loro tipo di cure, e quindi prodiga sostegno pubblico a coloro sui quali i medici fanno pratica o esperimenti.

L'acquiescenza pubblica al monopolio del medico nell'identificazione dei bisogni non fa che allargare la base su cui i medici possono appoggiarsi per piazzare le loro prestazioni. (69) Indirettamente, l'intervento terapeutico vistoso ha una grande forza di suggestione per convincere la gente che occorre pagare più tasse, onde procurarlo a tutti quelli che secondo i medici ne hanno bisogno.

Dopo che il presidente del Cile Frei ebbe inaugurato un palazzo per esibizioni mediche, il suo successore Salvador Allende si trovò costretto a prometterne altri tre.

Il prestigio di una squadretta nazionale nelle Olimpiadi mediche serve a rendere un intero paese ancora più schiavo di rapporti terapeutici che producono un effetto patogeno assai più profondo del mero vandalismo medico.

Fa più danno, ai fini della salute, la convinzione che non si possa far fronte a una malattia se non si chiama il medico, di quanto non potrebbero mai provocarne i medici stessi con le loro prestazioni.

Soltanto in Cina (almeno a prima vista) le cose sembrano andare nella direzione opposta: la medicina di primo intervento è infatti esercitata da tecnici sanitari che non hanno uno status professionale, coadiuvati da praticanti i quali lasciano il loro normale posto di lavoro quando sono chiamati ad assistere un membro della propria brigata. (70) L'alimentazione, l'igiene dell'ambiente e il controllo delle nascite hanno registrato un miglioramento senza confronti.

I risultati raggiunti nel campo della salute in Cina durante l'ultima parte degli anni Sessanta hanno comprovato, in maniera forse definitiva, un punto lungamente dibattuto: e cioè che quasi tutte le tecniche sanitarie d'efficacia dimostrabile possono essere apprese nel giro di mesi e usate competentemente da milioni di persone.

Nonostante questi successi, è tuttavia possibile che un'adesione ortodossa ai sogni della ragione occidentali di stampo marxista distrugga quello che la virtù politica, sposata al pragmatismo tradizionale, è riuscita a conseguire.

L'inclinazione verso il progresso tecnologico e verso la centralizzazione già si manifesta nell'ambito della medicina professionale.

La Cina possiede infatti non soltanto un sistema paramedico, ma anche un personale medico che per livello di preparazione è considerato di primissimo ordine dai colleghi di tutto il mondo, e che differisce solo marginalmente da quello degli altri paesi.

La maggior parte degli investimenti degli ultimi quattro anni sembra che sia stata destinata all'ulteriore sviluppo di questo qualificatissimo e ultraortodosso corpo professionale, che sta acquistando crescente autorità per poter modellare gli obiettivi sanitari globali della nazione.

La 'medicina scalza' sta perdendo il suo carattere precario, semiindipendente, di base, e viene incorporata in un'unica tecnocrazia assistenziale.

Un personale di formazione universitaria istruisce, dirige e integra il guaritore eletto localmente.

Questo sviluppo della medicina professionale, alimentato da spinte ideologiche, bisognerà che a brevissima scadenza venga consapevolmente limitato se deve servire da complemento equilibratore e non da ostacolo a una più elevata autogestione della salute. (71) Senza dati statistici comparabili, ogni affermazione sull'economia sanitaria cinese è destinata a restare nel vago; ma non c'è ragione di credere che in Cina la spesa nei settori farmaceutico, ospedaliero e della medicina professionale sia cresciuta meno che in altri paesi.

Per il momento, tuttavia, si può affermare che nei distretti rurali la medicina di tipo moderno era così scarsa che i recenti aumenti hanno inciso in misura rilevante sul livello della salute e reso più equo l'accesso alle cure. (72) In tutti i paesi la medicalizzazione del bilancio è in rapporto con ben note situazioni di sfruttamento all'interno della struttura di classe.

Non c'è dubbio che il dominio delle oligarchie capitalistiche negli Stati Uniti, (73) l'arroganza dei nuovi mandarini in Svezia, (74) la servilità e l'etnocentrismo dei professionisti moscoviti, (75) e le manovre di corridoio degli ordini dei medici e dei farmacisti, (76) come pure la nuova ondata di sindacalismo corporativo nel settore sanitario, (77) costituiscono tanti formidabili ostacoli a una distribuzione delle risorse che avvantaggi i malati anziché i loro sedicenti tutori.

Ma la ragione fondamentale per cui queste costose burocrazie sono perniciose per la salute non sta nella loro funzione strumentale, bensì nella loro funzione simbolica; esse esaltano tutte quante il concetto di prestazione di assistenza per la componente umana della mega-macchina, (78) e le critiche che rivendicano una prestazione migliore e più equa non fanno che consolidare l'impegno sociale a tener occupata la gente in lavori che la fanno ammalare.

La guerra tra i fautori delle mutue e quelli che invece vogliono un servizio sanitario nazionale, come la guerra tra chi difende e chi combatte la libera professione, sposta l'attenzione pubblica, dal danno causato dalla medicina che protegge un ordinamento sociale distruttivo, al fatto che i medici fanno meno di quanto ci si aspetta a tutela della società dei consumi.

Al di là di una certa incidenza sul bilancio, il denaro che espande il controllo medico sullo spazio, sugli orari, sull'istruzione, sulla dieta, sul disegno delle macchine e dei beni finisce inevitabilmente per scatenare un 'incubo forgiato di buone intenzioni'.

Il denaro può sempre minacciare la salute; troppo denaro la corrompe.

Al di là di un certo punto, ciò che può produrre denaro o ciò che si può comprare col denaro restringe l'ambito della 'vita' scelta autonomamente.

Non soltanto la produzione ma anche il consumo accentua la scarsità di tempo, di spazio e di scelta. (79)

Il prestigio della merce medica non può quindi che insidiare la coltivazione della salute, la quale, all'interno di un ambiente dato, dipende in larga misura dal vigore innato e congenito. (80) Quanto più tempo, fatica e sacrifici vengono spesi per produrre medicina-merce, tanto maggiore sarà il sottoprodotto, cioè la falsa idea che la società abbia una provvista di salute riposta che può essere tirata fuori e messa sul mercato. (81) La funzione negativa del denaro è quella di un indicatore della svalutazione dei beni e servizi che non si possono comprare.

Più alto è il prezzo da sborsare per carpire il benessere, tanto maggiore è il prestigio politico d'una espropriazione della salute personale.

L'invasione farmaceutica (82).

Non occorrono dottori per MEDICALIZZARE i farmaci di una società.

(83) Anche senza troppi ospedali e facoltà di medicina una cultura può diventare preda di una invasione farmaceutica.

Ogni cultura ha i suoi veleni, i suoi rimedi, i suoi placebo e i suoi scenari rituali per la loro somministrazione. (84) La maggior parte di essi è destinata ai sani più che ai malati. (85) I potenti farmaci medici distruggono facilmente la struttura, radicata nella storia, che adatta ogni cultura ai suoi veleni; di solito essi procurano più danno che beneficio alla salute, e finiscono con l'instaurare una

nuova mentalità per cui il corpo viene visto come una macchina, azionata da manopole e interruttori meccanici. (86) Negli anni Quaranta ben poche ricette scritte a Houston o a Madrid avrebbero potuto essere sbrigate in Messico, tranne che nella "zona rosa" di Città del Messico, dove accanto alle boutique e ai grandi alberghi fiorivano le farmacie internazionali.

Oggi le farmacie di villaggio messicane offrono il triplo di specialità delle farmacie statunitensi. In Thailandia (87) e in Brasile, molti prodotti che altrove sono fuori moda, oppure scarti e giacenze non consentite, vengono venduti sottocosto alle farmacie da industriali che battono varie bandiere di comodo.

Nel decennio scorso, mentre alcuni paesi ricchi cominciavano a vigilare sul danno, lo spreco e lo sfruttamento causati dalle forme LECITE di spaccio dei prodotti farmaceutici da parte dei loro medici, in Messico, in Venezuela e persino nel cuore dell'Europa i dottori trovavano più difficoltà che mai a procurarsi informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci che prescrivevano. (88) Ancora dieci anni fa, in Messico, quando la popolazione era povera, i medicinali relativamente scarsi e la maggior parte dei malati era assistita dalla vecchia nonna o dall'erborista, i prodotti farmaceutici erano accompagnati da un foglietto di spiegazioni; oggi che le medicine sono più abbondanti, potenti e pericolose e si vendono per televisione e per radio e la gente che ha fatto le scuole si vergogna della propria residua fede nel guaritore azteco, il foglietto descrittivo è stato sostituito da un'avvertenza sempre uguale che dice "da usare secondo prescrizione medica".

La finzione intesa a esorcizzare il farmaco medicalizzandolo, in realtà, non fa che confondere l'acquirente: ammonendolo a consultare un medico gli fa credere d'essere incapace di badare a se stesso. Nella maggior parte del mondo i medici non sono abbastanza ben distribuiti per poter prescrivere terapie a doppio taglio ogni volta che occorre, ed essi stessi nella maggioranza dei casi sono impreparati, o troppo ignoranti, per poter prescrivere con la necessaria cautela.

Di conseguenza la funzione del medico, specialmente nei paesi poveri, è diventata banale: il dottore si è trasformato in una volgare macchina da ricette che tutti prendono in giro, e la maggioranza della gente prende ormai le stesse medicine, altrettanto a caso, ma senza il suo benessere.

Il cloramfenicolo è un buon esempio di come il sistema della ricetta può non servire alla protezione dei pazienti e anzi favorire un cattivo uso del farmaco.

Durante gli anni Sessanta questo medicinale fu messo in commercio sotto il nome di Chloromycetin dalla Parke-Davis e produsse circa un terzo dell'utile globale della società.

A quell'epoca si sapeva già da parecchi anni che chi prende questo farmaco corre un certo rischio di morire di anemia aplastica, una malattia inguaribile del sangue.

Il tifo è quasi l'unica malattia che, entro certi precisi limiti, giustifichi veramente l'assunzione di tale sostanza.

Nonostante le forti controindicazioni cliniche, dalla fine degli anni Cinquanta ai primi dei Sessanta la Parke-Davis spese ingenti somme per propagandare il suo pezzo forte.

I medici americani prescissero cloramfenicolo a quasi quattro milioni di persone l'anno per curarle di acne, mal di gola, raffreddore, e persino inezie come la pipita infetta.

Poiché il tifo è raro negli Stati Uniti, non più di una persona su 400 tra quelle cui veniva prescritto il farmaco aveva effettivamente 'bisogno' di quella terapia.

A differenza del talidomide, che deforma, il cloramfenicolo uccide: esso toglie dalla vista le sue vittime, centinaia delle quali negli Stati Uniti morirono senza che il loro vero male fosse diagnosticato. (89)

L'autocontrollo da parte della professione su questa materia non ha mai funzionato, (90) e in fatto di medicine la memoria si è dimostrata particolarmente corta. (91) Tutt'al più si può dire che in Olanda, in Norvegia o in Danimarca l'autodisciplina è stata in certi momenti meno inefficace che in Germania o in Francia (92) o in Italia, (93) e che i medici americani hanno una particolare facilità ad ammettere gli errori passati e a schierarsi dietro nuove bandiere. (94) Negli Stati Uniti, negli anni Cinquanta, il controllo sui prodotti farmaceutici da parte degli organi di vigilanza era minimo e l'autocontrollo puramente nominale. (95) Poi, durante gli anni Sessanta, taluni giornalisti, (96) sanitari (97) e uomini politici, (98) preoccupati, lanciarono una campagna che mise a nudo la subordinazione dei medici e pubblici funzionari nei confronti delle case farmaceutiche e descrisse alcune delle principali forme di 'delitti in colletto bianco' che si commettevano in campo sanitario. (99) Un paio di mesi dopo la denuncia avvenuta in una commissione del Congresso, l'uso del cloramfenicolo negli Stati Uniti cominciò a diminuire.

La ParkeDavis fu costretta a mettere in ogni confezione rigorose avvertenze circa i rischi e i limiti dell'impiego del farmaco.

Ma queste avvertenze non furono estese alle esportazioni. (100) Il medicinale continuò a essere usato indiscriminatamente in Messico, non soltanto nelle automedicazioni ma anche su ricetta medica, generando così una razza di germi tifoidei farmaco-resistenti che si sta ora diffondendo dall'America centrale al resto del mondo.

Ci fu un medico nell'America latina, che era anche uno statista, il quale cercò di arginare l'invasione farmaceutica e non di ingaggiare semplicemente dei medici per farla apparire più rispettabile.

Durante il breve periodo in cui fu presidente del Cile, il dottor Salvador Allende (101) spinse con successo i poveri a identificare i loro bisogni sanitari e con molto meno successo obbligò la professione medica a soddisfare esigenze essenziali anziché lucrose.

Propose di vietare l'importazione dei prodotti farmaceutici che non fossero stati sperimentati su clienti paganti negli Stati Uniti o in Europa per tutta la durata dei rispettivi brevetti.

Rilanciò un progetto che mirava a ridurre la farmacopea nazionale a qualche dozzina di prodotti, più o meno gli stessi che il 'medico scalzo' cinese si porta appresso nella sua borsa nera di vimini.

Fatto degno di nota, nella prima settimana seguita al golpe militare dell'11 settembre 1973, molti tra i più dichiarati fautori d'una medicina basata sull'azione comunitaria anziché sull'importazione e sul consumo di prodotti farmaceutici vennero assassinati. (102) Il sovraconsumo di farmaci non è naturalmente limitato alle aree in cui i medici sono pochi o le popolazioni povere.

Negli Stati Uniti il volume del commercio farmaceutico si è moltiplicato per 100 nel corso di questo secolo: (103) ogni anno si consumano 20000 tonnellate di aspirina, qualcosa come 225 compresse a testa. (104) In Inghilterra, una nottata di sonno su dieci è indotta da un ipnotico e il 19 per cento delle donne e il 9 per cento degli uomini prendono un tranquillante su prescrizione medica. (105) Negli Stati Uniti i prodotti che agiscono sul sistema nervoso centrale sono il settore in più rapido sviluppo sul mercato farmaceutico e rappresentano ora il 31 per cento delle vendite complessive. (106) L'assunzione di tranquillanti regolarmente prescritti è aumentata del 290 per cento dal 1962, periodo durante il quale il consumo di alcoolici pro capite è aumentato solo del 23 per cento e di circa il 50 per cento quello presunto di oppiacei illegali. (107) Una consistente quantità di 'stimolanti' e 'sedativi' viene ottenuta in tutti i paesi circueudo il dottore.

(108) La tossicomania medicalizzata (109) ha ormai superato tutte le altre forme volontarie o più festose di raggiungimento artificiale del benessere. (110) E' di moda imputare alle società farmaceutiche multinazionali l'aumentato abuso di farmaci prescritti dal medico: i loro utili sono infatti altissimi e senza paragone il loro controllo del mercato.

Per quindici anni i profitti dell'industria farmaceutica (in rapporto sia alle vendite sia al capitale netto) sono stati costantemente superiori a quelli di tutte le altre industrie manifatturiere quotate a Wall Street. Quanto ai prezzi, la medesima confezione che si vende a 2 dollari a Chicago o a Ginevra, dove viene prodotta ma deve fare i conti con la concorrenza, è venduta a 12 dollari in un paese povero dove concorrenza non ne esiste. (111) Fenomenale poi il saggio di profitto: quaranta dollari di diazepam, una volta stampati in pillole e confezionati sotto il nome di Valium, vengono venduti per CENTOQUARANTA volte tanto, e per settanta volte di più del fenobarbital che a giudizio di quasi tutti i farmacologi ha le stesse indicazioni, gli stessi effetti e presenta gli stessi pericoli. (112) In quanto merci, i medicinali su prescrizione si comportano diversamente dalla maggioranza degli altri prodotti: raramente infatti il consumatore ultimo li acquista per propria scelta. (113) Gli sforzi promozionali del produttore sono indirizzati al 'consumatore strumentale', vale a dire il medico che prescrive il prodotto ma non lo paga.

Per propagandare il Valium la società Hoffmann-La Roche ha speso 200 milioni di dollari in dieci anni e ingaggiato circa duecento medici l'anno perché facessero degli articoli scientifici sulle sue proprietà.

(114) Nel 1973 l'intera industria farmaceutica ha speso una media di 4500 dollari per ogni medico americano a scopo di pubblicità e promozione commerciale, all'incirca l'equivalente del costo di un anno in una facoltà di medicina; nello stesso 1973 l'industria ha contribuito per meno del 3 per cento al bilancio delle facoltà mediche americane. (115) Stranamente, però, sembra che in tutto il mondo l'uso procapite di farmaci su prescrizione abbia poco a che fare con la propaganda commerciale; è invece in rapporto soprattutto col numero dei medici, anche nei paesi socialisti dove la formazione dei sanitari non è influenzata da pubblicità industriale e lo spaccio dei farmaci da parte della professione è limitato.

(116) Il consumo complessivo di medicinali nelle società industriali non dipende fondamentalmente dalla percentuale dei prodotti venduti su prescrizione, liberamente o sotto banco, né è determinato dal fatto che l'acquisto sia pagato in contanti o a carico delle mutue oppure rimborsato dalle assicurazioni.

(117) In tutti i paesi, il medico ha sempre più a che fare con due categorie di drogati: quelli ai quali prescrive farmaci, e quelli che soffrono delle loro conseguenze.

Quanto più una collettività è ricca, tanto maggiore è la percentuale dei pazienti che appartengono contemporaneamente all'una e all'altra categoria. (118) Incolpare l'industria farmaceutica per l'abuso di droghe su prescrizione è perciò altrettanto irrilevante quanto incolpare la mafia (119) per l'uso di droghe vietate.

L'odierna forma di sovraconsumo di prodotti farmaceutici (siano essi rimedi efficaci o anodini, specialità prescritte o ingredienti della dieta quotidiana, gratuiti o da pagare o rubati) si può spiegare soltanto come il risultato di una credenza che si è finora sviluppata in ogni cultura dove il mercato dei beni di consumo abbia raggiunto un volume critico.

Tale forma è coerente con l'ideologia di qualunque società orientata verso l'arricchimento senza confini, indipendentemente dal fatto che la distribuzione del suo prodotto industriale sia affidata al calcolo dei pianificatori o alle forze del mercato.

In una società del genere, la gente finisce col credere che nel campo della salute, come in tutti gli altri campi di attività, la tecnologia possa essere usata per mutare la condizione umana in funzione di qualunque disegno o quasi.

La penicillina e il D.D.T., di conseguenza, sono visti come gli antipasti che precedono un'era di pranzi a volontà.

Il malessere che nasce a ogni successiva portata di vivande miracolose viene affrontato servendo un'ennesima portata di farmaci.

Il sovraconsumo rispecchia così un'aspirazione sentimentale, sancita socialmente, al progresso di ieri. L'era dei nuovi farmaci cominciò con l'aspirina nel 1899.

Prima di allora l'agente terapeutico più importante era, senza discussione, il medico stesso. (120) Oltre all'oppio, le sole sostanze di larga applicazione che avrebbero superato degli esami di sicurezza ed efficacia erano il vaccino antivaaioloso, il chinino per la malaria e l'estratto di ipecacuana per la dissenteria.

Dopo il 1899 la marea di nuovi farmaci continuò a crescere per mezzo secolo.

Pochi tra essi risultarono più sicuri, più efficaci e più a buon mercato dei presidi terapeutici ben noti e lungamente collaudati, il cui numero aumentò con ritmo assai più lento.

Nel 1962, quando la Food and Drug Administration statunitense si mise a esaminare i 4300 medicinali su prescrizione che erano apparsi sul mercato dalla fine della seconda guerra mondiale, di essi soltanto 2 su 5 furono trovati efficaci.

Molti dei nuovi prodotti erano pericolosi, e tra quelli che rispondevano ai requisiti della F. D. A., pochi erano dimostrabilmente migliori dei medicinali che intendevano sostituire. (121) Quanto alle sostanze di cui sono composti questi medicinali, quelle che per prove sufficienti e incontestabili rappresentano un prezioso contributo alla farmacopea usata nella terapia di base sono poco più del 2 per cento.

Esse comprendono alcune nuove specie di rimedi come gli antibiotici, ma anche rimedi antichi, che nel corso dell'era farmaceutica si era arrivati a capire abbastanza da poterli usare efficacemente: per esempio la digitalina, la reserpina e la belladonna.

Circa il numero effettivo dei farmaci utili, le opinioni variano: alcuni clinici di lunga esperienza ritengono che quelli essenziali di cui si potrebbe aver bisogno in qualunque momento per il 99 per cento dell'intera popolazione non arrivino a due dozzine; altri invece che una cinquantina di prodotti sia tutto quello che occorre per il 98 per cento.

L'era delle grandi scoperte farmacologiche è ormai alle nostre spalle.

Secondo l'attuale direttore della F. D. A., l'era farmaceutica cominciò a tramontare nel 1956.

Farmaci autenticamente nuovi ne sono apparsi sempre di meno, e parecchi che brillarono temporaneamente in Germania, in Inghilterra o in Francia, dove le norme sono meno severe che negli Stati Uniti, in Svezia e in Canada, vennero presto dimenticati o sono ricordati con imbarazzo. (122) Non resta molto territorio da esplorare.

Le novità sono rappresentate o da 'pacchetti' (associazioni in rapporto fisso di dose) o da prodotti 'anch'io' (123) che i medici prescrivono perché sono sostenuti da una buona organizzazione propagandistica. (124) I diciassette anni di protezione che la legge sui brevetti assicura alle innovazioni d'una certa importanza sono scaduti per la maggior parte dei prodotti.

Ormai

chiunque può fabbricarli, purché non usi i nomi originali, che sono tutelati indefinitamente dalle leggi sui marchi di fabbrica.

Nonostante tutte le ricerche non è ancora venuto fuori alcun motivo per dubitare che i medicinali venduti sotto i loro nomi generici siano, negli Stati Uniti, meno efficaci dei loro corrispondenti forniti di marchio, i quali costano da 3 a 15 volte di più. (125) La falsa idea che la società sia prigioniera per sempre della civiltà farmaceutica è uno dei dogmi che ingombrano la politica sanitaria: si adatta infatti all'uomo industrializzato. (126) Questi ha imparato a cercare di acquistare tutto quello di cui ha voglia. Senza un mezzo di trasporto o un titolo di studio non arriva da nessuna parte; l'ambiente in cui vive gli ha reso impossibile camminare, apprendere, e sentirsi padrone del proprio corpo.

Prendere un farmaco, non importa quale e per quale motivo, è un'ultima possibilità di affermare il proprio dominio su di sé, di manipolare lui stesso il proprio corpo anziché lasciarlo manipolare dagli altri.

L'invasione farmaceutica lo porta alla medicazione, da parte sua o altrui, che riduce la sua capacità di padroneggiare un corpo di cui è ancora in grado di curarsi.

L'imperialismo diagnostico.

In una società medicalizzata l'influenza dei medici non si estende soltanto al portafogli e all'armadietto dei medicinali, ma anche alle categorie cui le persone sono assegnate.

La burocrazia medica suddivide gli individui in quelli che possono guidare l'automobile, quelli che possono assentarsi dal lavoro, quelli che debbono essere rinchiusi, quelli che possono fare il soldato, quelli che possono andare oltre frontiera, fare i cuochi o praticare la prostituzione, (127) quelli che non possono aspirare alla vicepresidenza degli Stati Uniti, quelli che sono morti, (128) quelli che sono in grado di commettere un delitto e quelli che sono responsabili di averlo commesso.

Il 5 novembre 1766 l'imperatrice Maria Teresa emanò un editto che imponeva al medico di corte di attestare l'idoneità a subire la tortura in modo da garantire, da parte dei torturati, deposizioni sane ossia 'precise': fu una delle prime leggi che stabilissero l'obbligo di un certificato medico.

Da allora, la compilazione di moduli e la firma di attestati sono venute assorbendo una fetta sempre maggiore del tempo medico. (129) Ognuno di questi vari certificati fornisce al titolare uno status speciale basato non sull'opinione civica ma su quella sanitaria. (130) Usato al di fuori del processo terapeutico, questo status medicalizzato sortisce due ovvi effetti: 1) esenta il titolare dal lavoro, dal carcere, dal servizio militare o dal vincolo matrimoniale, e 2) dà ad altri il diritto di usurpare la libertà del titolare, mettendolo in un istituto, negandogli il lavoro, eccetera.

Oltre a ciò, la proliferazione di certificati medici può conferire alla scuola, all'impiego e alla politica possibilità di nuove funzioni terapeutiche.

In una società in cui la maggioranza della gente è dichiarata deviante, l'ambiente in cui vivono tali maggioranze devianti finirà per assomigliare a un ospedale.

E ovviamente, passare la vita in un ospedale non fa bene alla salute.

Una volta che una società è organizzata in modo tale che la medicina può trasformare gli individui in pazienti perché sono ancora in pancia o neonati o in menopausa o in qualche altra 'età di rischio', inevitabilmente la popolazione cede una parte della sua autonomia ai propri terapeuti.

La ritualizzazione delle fasi della vita è un fatto tutt'altro che nuovo; (131) quella che è nuova è la loro intensa medicalizzazione.

Lo stregone o uomo di medicina (diverso dalla strega malefica) dava una forma drammatica al passaggio del membro della tribù Azandé da uno stadio della sua salute al successivo. (132) L'esperienza può essere stata dolorosa, (133) ma il rito era breve e serviva alla società in quanto ne metteva in luce le forze rigeneratrici. (134) La supervisione medica permanente è invece qualcosa di diverso: fa di tutta la vita una serie di episodi a rischio, ciascuno dei quali richiede una tutela speciale.

Dalla culla all'ufficio e dal Club Méditerranée al letto di morte, ogni fascia di età è condizionata da un ambiente il quale definisce la salute per conto di coloro che segrega.

La burocrazia igienica ferma il genitore alle porte della scuola e il minore alla soglia del tribunale, e porta via il vecchio da casa sua.

La scuola, il posto di lavoro, la casa, diventando luoghi specializzati, sono resi inadatti per i più.

Su questo ieratico scenario di devoti della salute si staglia l'ospedale, cattedrale dei tempi moderni.

Da Stoccolma a Wichita le torri del policlinico imprimono nel paesaggio la promessa di un vistoso abbraccio finale.

Per il ricco come per il povero, la vita diventa un pellegrinaggio tra test e cliniche verso la corsia dove essa ebbe inizio. (135) Il vivere è così ridotto a un 'lasso di tempo', a un fenomeno statistico che, nel bene e nel male, dev'essere pianificato e modellato con strumenti istituzionali.

Questo lasso di vita comincia a esistere con l'esame prenatale, quando il dottore decide se e come il feto dovrà essere partorito, e terminerà con un timbro su un grafico che prescriverà di sospendere la rianimazione.

Tra il parto e il termine estremo, questo fascio di interventi biomedici trova la sua migliore collocazione in una città che sia costruita come un utero meccanico.

A ogni stadio della sua vita l'individuo è reso inabile in specifico rapporto all'età.

L'esempio più ovvio, quello dei vecchi, vittime di cure impartite per una condizione incurabile.

(136) La maggior parte dei disturbi dell'uomo consiste di indisposizioni al tempo stesso acute e benigne che o si esauriscono da sole o si possono superare con qualche decina di forme d'intervento di ordinaria amministrazione. (137) Per tutta un'ampia gamma di stati morbosi, coloro che si riprendono meglio sono probabilmente quelli che meno vengono curati. "Per il malato," diceva Ippocrate, "il meno è il meglio". Il più delle volte, la cosa migliore che un medico colto e coscienzioso possa fare è convincere il paziente che egli può vivere con la sua menomazione, rassicurarlo che finirà col ristabilirsi o che nel momento in cui ne avrà bisogno ci sarà la morfina, fargli quello che avrebbe fatto la nonna, e per il resto rimettersi alla natura. (138) I nuovi trucchetti di frequente applicazione sono così semplici che l'ultima generazione di nonne li avrebbe imparati da un pezzo se non fosse stata intimidita fino all'inefficienza dalla mistificazione medica.

L'addestramento scoutistico, una serie di leggi da buoni samaritani e l'obbligo di portare la cassetta del pronto soccorso in ogni automobile eviterebbero più morti per incidenti stradali che un'intera flotta di elicotteri-ambulanze.

Gli altri interventi che fanno parte dell'assistenza di base e che, pur richiedendo l'opera di specialisti, si sono dimostrati efficaci su scala di massa, possono essere adottati più efficacemente se io o il mio vicino ci sentiamo tenuti a riconoscere quando occorrono e ad applicare le prime cure.

Per le affezioni acute, le terapie tanto complesse da richiedere uno specialista sono spesso inefficaci e ancora più spesso inaccessibili o semplicemente troppo tardive.

In Inghilterra e nel Galles, dopo un quarto di secolo di medicina socializzata, nei casi d'infarto il medico interviene mediamente quattro ore dopo l'inizio dei sintomi, quando il 50 per cento dei pazienti ha ormai cessato di vivere. (139) Il fatto che la medicina moderna è diventata molto efficace nel trattamento dei sintomi specifici non significa che rechi maggior beneficio alla salute dei pazienti.

Con qualche eccezione, i rigidi limiti del trattamento medico efficace valgono non soltanto per quanto riguarda certi stati da lungo tempo riconosciuti come patologici (reumatismi, appendicite, collasso cardiaco, malattie degenerative e molte malattie infettive) ma ancor più drasticamente per quegli stati che solo di recente hanno generato domande di assistenza medica.

La vecchiaia, per esempio, variamente considerata ora un dubbio privilegio ora una pietosa conclusione ma mai una malattia, (140) recentemente è stata messa sotto il controllo del medico.

La richiesta di assistenza geriatrica è aumentata non semplicemente perché ci sono più vecchi che sopravvivono, ma anche perché c'è più gente che rivendica il diritto a essere curata della propria vecchiaia.

La durata massima della vita non è cambiata, mentre è invece cambiata la durata media.

E' aumentata enormemente la speranza di vita alla nascita.

Sopravvivono molti più bambini, per quanto malaticci e bisognosi di ambienti e cure speciali.

Continua ad aumentare l'attesa di vita degli adulti giovani in alcuni paesi più poveri.

Nei paesi ricchi, invece, la speranza di vita degli individui tra i quindici e i quarantacinque anni ha teso a stabilizzarsi perché gli incidenti (141) e le nuove malattie della civiltà ne ammazzano tanti quanti una volta ne soccombevano alla polmonite e ad altre malattie infettive.

Circola un numero relativamente maggiore di vecchi, e questi tendono in misura crescente a essere malati, spostati e privi di aiuto.

Per quanta medicina consumino e per quante cure ricevano, la loro speranza di vita non è andata, in tutto l'ultimo secolo, oltre i sessantacinque anni.

Il fatto è che la medicina non può far molto per i mali associati alla senescenza, e ancor meno per quanto riguarda il processo e l'esperienza della senescenza stessa. (142) Non può guarire le malattie cardiovascolari, la maggior parte dei tumori, l'artrite, la cirrosi avanzata, neppure il raffreddore comune.

E' una fortuna se si riesce ad alleviare una parte dei dolori che soffrono gli anziani.

Disgraziatamente però la grande maggioranza delle cure per i vecchi che richiedono l'intervento professionale non soltanto tende ad acuire le loro sofferenze ma, quando ha successo, anche a prolungarle. (143) La vecchiaia è stata medicalizzata proprio nel momento storico in cui per ragioni

demografiche è diventata una condizione più comune: il 28 per cento del bilancio sanitario americano viene speso per quel 10 per cento della popolazione che ha più di sessantacinque anni.

Rispetto al resto della popolazione questa minoranza cresce del 3 per cento l'anno, mentre il costo pro capite della sua assistenza aumenta con un ritmo dal 5 al 7 per cento maggiore della spesa pro capite globale.

Man mano che più anziani acquistano il diritto all'assistenza professionale, si riducono le possibilità di una vecchiaia indipendente; aumentano quelli che debbono cercare rifugio presso qualche istituzione.

Contemporaneamente, man mano che più anziani vengono ammessi a trattamento terapeutico per la correzione di difetti incorreggibili o per la cura di mali incurabili, cresce a valanga il numero delle richieste di assistenza geriatrica non accolte. (144) Se una donna anziana perde la vista, il suo stato non verrà riconosciuto ufficialmente finché lei non è accolta nella 'corporazione della cecità', cioè in qualcuna delle ottocento e passa organizzazioni che negli Stati Uniti producono assistenza per i ciechi, con preferenza per i giovani e per quelli che possono essere riabilitati al lavoro.

(145) Poiché lei non è né giovane né in età lavorativa, sarà ammessa malvolentieri; nel frattempo, avrà difficoltà a inserirsi nella corporazione della vecchiaia.

Sarà così medicalizzata marginalmente da due serie di istituzioni, l'una diretta a integrarla tra i ciechi, l'altra a medicare la sua decrepitezza.

Quanto più la vecchiaia diventa soggetta a servizi d'assistenza professionale, tanta più gente viene spinta in istituti specializzati per gli anziani, mentre l'ambiente di casa, per quelli che resistono, si fa sempre più inospitale. (146) Questi istituti sembrano il dispositivo strategico odierno per disfarsi dei vecchi, che la maggior parte delle altre società ha tolto di mezzo in forme più schiette e, si potrebbe sostenere, meno odiose.

(147) Il tasso di mortalità durante il primo anno dopo il ricovero è sensibilmente più alto di quello che si registra fra i vecchi che rimangono nel loro ambiente abituale. (148) Il distacco dalla casa contribuisce a far insorgere e a rendere mortali parecchie malattie gravi. (149) E' dimostrato che alcuni vecchi cercano il ricovero con l'intenzione di abbreviare in tal modo la propria vita. (150) Lo stato di soggezione è sempre penoso, tanto più per una persona anziana.

Nella vecchiaia moderna, le condizioni di privilegio o di povertà in cui si è vissuti precedentemente toccano il culmine.

Solo chi è molto ricco e chi è molto indipendente è in grado di evitare quella medicalizzazione della fine cui devono sottostare i poveri e che diventa sempre più intensa e universale man mano che la società in cui vivono aumenta il suo prodotto lordo. (151) La trasformazione della vecchiaia in uno stato che richiede assistenza professionale ha condannato gli anziani al ruolo di una minoranza che si sentirà sempre dolorosamente priva del necessario, qualunque sia la posizione di relativo privilegio assicurata dal denaro pubblico.

Da vecchi deboli, talvolta miseri e amareggiati dall'abbandono, si tramutano in membri ufficialmente riconosciuti del più triste fra i gruppi di consumatori, quello degli anziani programmati per non ottenere mai abbastanza. (152) Quello che la catalogazione medica ha fatto all'ultima parte della vita, l'ha fatto anche al suo inizio.

Come il potere del medico dapprima si affermò sulla vecchiaia e poi finì per invadere il climaterio e i primi anni di pensionamento, così la sua iniziale autorità sulla sala-parto, che risale alla metà del secolo scorso, a poco a poco si estese all'allevamento all'asilo e alla scuola finendo per medicalizzare l'infanzia, la fanciullezza e la pubertà.

Ma mentre si comincia ad ammettere l'idea di un limite alla sempre più costosa geriatria istituzionalizzata, la limitazione dei cosiddetti investimenti sanitari nell'infanzia è ancora un argomento tabù.

I genitori della società industriale, costretti a procreare manodopera per un mondo in cui nessuno riesce a inserirsi se non è stato macinato e modellato da sedici anni di istruzione regolamentare, si sentono incapaci di occuparsi personalmente della loro prole e, disperati, li coprono di medicina. (153) Le proposte di ridurre le erogazioni mediche negli Stati Uniti dal loro attuale livello di quasi 100 miliardi di dollari al livello del 1950 che era di 10 miliardi, oppure di chiudere qualche facoltà di medicina in Colombia, non arrivano mai veramente in discussione perché chi le avanza viene subito screditato come bieco fautore dell'infanticidio o dello sterminio in massa dei poveri.

Non c'è dubbio che la mortalità infantile si è ridotta.

L'attesa di vita alla nascita, nei paesi sviluppati, è aumentata da trentacinque anni nel diciottesimo secolo a settanta anni oggi.

Ciò è dovuto principalmente alla riduzione della mortalità infantile in questi paesi: in Inghilterra e nel Galles, per esempio, il numero dei decessi infantili per ogni 1000 nati vivi è sceso da 154 nel 1840 a 22 nel 1960.

Ma sarebbe completamente sbagliato attribuire più che una di queste vite 'salvate' a un intervento curativo che presupponga qualcosa di simile alla preparazione di un medico, così come sarebbe un'illusione attribuire a una mancanza di medici il tasso di mortalità infantile nei paesi poveri, che in alcuni casi è dieci volte quello degli Stati Uniti.

L'alimentazione, l'antisepsi, i lavori pubblici e, soprattutto, un nuovo diffuso disvalore attribuito alla morte di un bambino, (154) per quanto debole o malformato, sono fattori molto più significativi e rappresentano delle modificazioni che solo in via remota hanno attinenza con l'intervento medico. Negli Stati Uniti, che come tasso globale di mortalità infantile stanno al diciassettesimo posto nella graduatoria mondiale, la mortalità infantile tra le classi povere è molto più elevata che tra i ceti ad alto reddito.

A New York City, la mortalità infantile tra la popolazione nera è più del doppio in confronto all'analogo dato per la popolazione complessiva, e probabilmente più alta che in molte regioni sottosviluppate come la Thailandia e la Giamaica. (155) L'insistente affermazione che siano necessari più medici per evitare che i bambini muoiano si potrebbe perciò interpretare come un modo per evitare la perequazione dei redditi creando nello stesso tempo maggiori impieghi per i professionisti.

Altrettanto avventato sarebbe sostenere che quelle modificazioni dell'ambiente generale che hanno invece un rapporto causale con la presenza di medici costituiscano un saldo positivo per la salute. Benché i dottori siano stati certamente pionieri dell'antisepsi, delle immunizzazioni e delle integrazioni dietetiche, hanno anche avuto a che fare con quella conversione al biberon che ha trasformato il poppante tradizionale in un 'baby' moderno e fornito all'industria lavoratrici-madri che assicurano la clientela a una formula prodotta in fabbrica.

Il danno che questa conversione provoca ai meccanismi immunitari naturali stimolati dal latte materno, e lo stress fisico ed emotivo causato dall'allattamento artificiale, sono sullo stesso piano, se non maggiori, dei benefici che una popolazione può ricavare dalle immunizzazioni specifiche. (156) Più grave ancora il contributo recato dal biberon alla minaccia di carenza proteica che incombe sul mondo.

Per fare un esempio, nel 1960 il 96 per cento delle madri cilene allattava i figli al petto fino a tutto il primo anno e oltre; poi, per un decennio, le donne cilene subirono un intenso indottrinamento politico da parte sia dei democristiani di destra sia di vari partiti di sinistra, e nel 1970 quelle che allattavano al petto oltre il primo anno erano solo il 6 per cento mentre l'80 per cento svezza i figli prima del compimento del secondo mese.

Come risultato, l'84 per cento del latte materno potenzialmente disponibile non viene più prodotto; e per compensare, fin dove possibile, questa perdita, occorrerebbe aggiungere ai supersfruttati pascoli del Cile altre 32000 mucche. (157) Mentre il biberon diventava uno 'status symbol', tra i bambini non allevati al seno comparivano malattie nuove, e poiché le madri mancano del patrimonio di cognizioni necessario per occuparsi di bambini che non si comportano come poppanti, i bambini sono diventati nuovi consumatori di attenzioni mediche e dei relativi rischi. (158) La somma globale di minorazione fisica dovuta unicamente a questa sostituzione del latte materno con 'baby food' venduto sul mercato è difficile da bilanciare con i benefici derivanti dall'intervento curativo nelle malattie infantili e dalla correzione chirurgica di difetti di nascita che vanno dal labbro leporino ai vizi cardiaci.

Naturalmente si può sostenere che la classificazione medica delle fasce d'età secondo il rispettivo accertato bisogno di merci sanitarie non è essa a generare cattiva salute, ma semplicemente riflette la pernicioso crisi della famiglia come bozzolo, del vicinato come rete di relazioni basate sul dono, e dell'ambiente come asilo di una comunità di sussistenza locale.

Indubbiamente è vero che una visione sociale medicalizzata riflette una realtà che è determinata dalla struttura produttiva a forte intensità di capitale, e che è il corrispondente contesto sociale di famiglie nucleari, enti assistenziali e natura inquinata quello che degrada la casa, il vicinato e l'ambiente.

Ma la medicina non è un semplice specchio della realtà: essa rafforza e riproduce il processo che insidia i bozzoli sociali entro cui l'uomo si è evoluto.

La classificazione medica giustifica l'imperialismo dell'"omogeneizzato" industriale sul latte materno e dell'ospizio per i vecchi sull'angolino di casa.

Facendo del neonato un paziente da tenere in clinica finché non se ne certifichi la buona salute, e definendo il lamento della nonna un bisogno di terapie anziché di comprensivo rispetto, l'impresa medica crea non soltanto una legittimazione dell'uomo-consumatore formulata in termini biologici, ma

anche nuove spinte verso un'escalation della megamacchina. (159) La selezione genetica degli individui più adatti a tale macchina è il logico passo successivo del controllo medico-sociale.

Lo stigma preventivo.

Mentre l'intervento curativo si veniva concentrando sempre su stati per i quali esso è inefficace, costoso e doloroso, la medicina cominciava a smerciare prevenzione.

Il concetto di morbosità si è esteso fino ad abbracciare i rischi prognosticati.

Dopo la cura delle malattie, anche la cura della salute è diventata una merce, cioè qualcosa che si compra e non che si fa.

Quanto più alto è lo stipendio pagato dall'azienda, quanto più elevata è la posizione che si occupa nell'apparato, tanto più conviene spendere perché una così preziosa rotella della società sia sempre ben lubrificata.

La spesa per la conservazione della forza-lavoro ad alto contenuto di capitale è la nuova misura di status per le classi alte.

Per essere all'altezza dei Brambilla oggi bisogna consumare "check-up" come si dice con un termine inglese che fa ormai parte del vocabolario quotidiano italiano, francese, serbo, spagnolo, malese e ungherese.

Ci si tramuta in pazienti senza essere malati.

La medicalizzazione della prevenzione diventa così un altro grande sintomo di iatrogenesi sociale.

Essa tende a trasformare la mia responsabilità personale per il mio futuro in gestione del mio essere da parte di qualche agenzia.

Solitamente il pericolo rappresentato dai comuni accertamenti diagnostici è temuto ancora meno di quello derivante dalle terapie ordinarie, anche se i danni d'ordine sociale, fisico e psicologico inflitti dalla classificazione medica sono altrettanto ben documentati.

Le diagnosi eseguite dal medico e dai suoi aiutanti possono stabilire, per il paziente, dei ruoli o temporanei o permanenti.

In tutti e due i casi, esse aggiungono a una condizione biofisica uno stato sociale che discende da una valutazione presumibilmente autorevole. (160) Quando un veterinario diagnostica l'indisposizione di una vacca, di solito non influenza il comportamento del paziente; quando invece un dottore fa la diagnosi a un essere umano, lo influenza. (161) Nei casi in cui il medico adempie la funzione di guaritore, conferisce alla persona riconosciuta malata certi diritti, doveri e scusanti che hanno una legittimità condizionale e temporanea e che decadono quando il paziente guarisce; la maggior parte delle malattie non lascia traccia di devianza o di condotta abnorme sulla reputazione del paziente.

Nessuno s'interessa di un ex allergico o di un operato di appendicite, come nessuno verrà mai ricordato per aver violato le regole del traffico.

In altri casi però il medico agisce come un attuario, e la diagnosi da lui emessa può diffamare il paziente, e talora anche i suoi figli, per tutta la vita. Attribuendo una degradazione irreversibile all'identità di una persona, la segna per sempre con uno stigma incancellabile. (162) La condizione obiettiva potrà essere scomparsa da tempo, ma l'etichetta iatrogena rimane attaccata.

Come ex galeotti, tutti quelli che hanno sofferto di disturbi mentali, che hanno avuto un primo attacco di cuore, che sono passati attraverso l'alcolismo, i portatori del gene dell'anemia falciforme e, fino a poco tempo fa, gli ex tubercolotici, sono trasformati in 'diversi' per il resto della loro vita.

Il sospetto professionale basta da solo a legittimare lo stigma anche se la condizione sospettata non è mai esistita.

L'etichetta medica può proteggere il paziente da una pena solo sottoponendolo a un interminabile trattamento educativo, terapeutico e discriminatorio, che gli è inflitto nel suo presunto interesse. (163) In passato la medicina catalogava la gente in due modi, distinguendo i pazienti suscettibili di cura da quelli che erano invece senza speranza, come i lebbrosi, gli storpi, gli stravaganti e i moribondi.

In entrambi i casi, la diagnosi poteva comportare uno stigma.

Oggi la prevenzione medicalizzata crea un terzo modo di distinzione: fa del medico un mago ufficialmente autorizzato le cui profezie ledono anche quelli che sono rimasti immuni dalle sue pozioni. (164) La diagnosi può negare la nascita a un essere umano con geni cattivi, escludere un altro dalla carriera e un terzo dalla vita politica.

La caccia su scala di massa ai rischi per la salute comincia gettando grandi reti destinate a catturare tutti quelli che hanno bisogno di speciale tutela: visite mediche prenatali, cliniche per l'assistenza di bambini in buona salute, "check-up" nelle scuole e fra gli iscritti alle associazioni giovanili, campagne di

medicina preventiva organizzate da enti assistenziali; (165) recentemente si sono aggiunti 'consultori' di genetica e per il controllo della pressione sanguigna.

Gli Stati Uniti sono stati orgogliosamente all'avanguardia del mondo nell'organizzare la caccia alle malattie e, successivamente, nel metterne in dubbio l'utilità. (166) Negli ultimi dieci anni, accolte come la scala mobile che permette anche al povero di ascendere al livello dei grandi privilegiati, sono state realizzate delle apparecchiature che consentono tutta una serie di test automatizzati.

Questa catena di montaggio di complessi esami chimici e medici funziona a costi bassissimi e col semplice intervento di tecnici paraprofessionali.

Il suo scopo vuole essere di offrire a milioni di persone la possibilità di scoprire i loro bisogni terapeutici occulti, in modo ben più raffinato di quanto non fosse consentito negli anni Sessanta neppure alle più alte 'personalità' di Houston o di Mosca.

Al momento del lancio di questa operazione, la mancanza di indagini approfondite permise ai venditori di prevenzione di suscitare aspettative infondate. (E' solo da poco che si dispone dei risultati di studi comparati condotti su gruppi di popolazione che hanno goduto di servizi di controllo e di individuazione precoce; più d'una ventina di questi studi mostrano che tali accertamenti diagnostici, anche quando sono seguiti da cure mediche di alto livello, non hanno alcuna ripercussione positiva sull'attesa di vita). (167) L'ironia è che i disturbi gravi e senza sintomi apparenti che soltanto con questo tipo di indagini si riesce a scoprire fra gli adulti sono spesso malattie inguaribili, e una loro cura precoce non fa che aggravare le condizioni fisiche del soggetto.

In ogni caso, esse trasformano delle persone che si sentono bene in pazienti ansiosi di conoscere il loro verdetto.

Nell'identificazione della malattia la medicina fa due cose: 'scopre' nuovi disturbi, e attribuisce questi disturbi a concreti individui.

Scoprire una nuova specie di malattia è l'orgoglio del medico-ricercatore; (168) attribuire la patologia a Tizio, Caio o Sempronio è il primo compito del medico in quanto membro di una professione che tratta col pubblico. (169) Educato a 'fare qualcosa' e ad esprimere il suo interessamento, egli si sente attivo, utile ed efficace quando può diagnosticare una malattia.

(170) Anche se teoricamente, al primo incontro, il medico non presume nulla circa lo stato di salute del suo paziente, di solito per una forma di garanzia dall'errore egli si comporta come se attribuire al paziente una malattia fosse meglio che non notarla.

(171) La dimostrazione classica di questa propensione fu fornita da un esperimento eseguito nel 1934.

(172) Durante un controllo di mille ragazzi di undici anni di alcune scuole di Nuova York, si trovò che al 61 per cento di essi erano state asportate le tonsille. "Il rimanente 39 per cento fu esaminato da una squadra di medici, i quali trovarono che il 45 per cento di essi aveva bisogno d'essere operato alle tonsille, e scartarono gli altri.

I ragazzi scartati furono riesaminati da una seconda squadra di medici, i quali consigliarono la tonsillectomia per il 46 per cento di quelli che erano rimasti dopo il primo esame.

Quando gli ultimi scartati vennero esaminati per una terza volta, una stessa percentuale fu segnalata per la tonsillectomia, sicché dopo tre esami restavano soltanto 65 bambini per i quali non fosse stata prescritta l'asportazione delle tonsille.

Questi soggetti non vennero sottoposti a un nuovo esame perché si erano esauriti i medici esaminatori disponibili". (173) Il test fu eseguito in una clinica gratuita, dove quindi mancavano ragioni finanziarie per spiegare la tendenza.

La propensione diagnostica in favore della malattia si combina con frequenti sbagli di diagnosi.

La medicina non soltanto imputa categorie discutibili con entusiasmo inquisitorio, ma lo fa con un tasso di errore che nessun sistema giudiziario potrebbe tollerare.

In un caso le autopsie hanno dimostrato che oltre la metà dei pazienti morti in una clinica universitaria inglese con una diagnosi di collasso cardiaco specifico erano in realtà deceduti per altre cause.

In un altro esempio, un gruppo di specialisti cui venne mostrata in occasioni diverse una medesima serie di radiografie del torace cambiarono idea, complessivamente, sul 20 per cento dei casi.

I pazienti che dichiarano al dottor Bianchi di avere tosse, catarro oppure crampi allo stomaco sono sempre tre volte di più di quelli del dottor Rossi.

Fino a un quarto dei più semplici esami clinici dà risultati sostanzialmente divergenti quando lo stesso campione viene analizzato in due laboratori diversi. (174) Né sembrano maggiormente infallibili le macchine: in una gara fra apparecchiature diagnostiche e diagnostici in carne e ossa disputata su 83 casi per cui era richiesto un intervento chirurgico sul bacino, la patologia rivelò che sia l'uomo sia la

macchina avevano ragione in 22 casi, che in 37 casi giustamente l'elaboratore aveva scartato la diagnosi del medico, che in 11 casi erano esatte le conclusioni del medico e non quelle dell'elaboratore, e che in 10 casi avevano sbagliato entrambi.

(175) Al pregiudizio e all'errore di diagnosi si aggiunge poi l'aggressione gratuita. (176) Il cateterismo cardiaco, che si fa per determinare se un paziente soffre di cardiomiopatia (d'accordo, non è un esame di tutti i giorni) costa 350 dollari e uccide un paziente su cinquanta.

Tuttavia non esiste la minima prova che una diagnosi differenziale basata sui suoi risultati permetta di migliorare la speranza di vita o le condizioni generali del paziente. (177) La maggior parte degli esami è meno micidiale e d'esecuzione molto più ordinaria, ma ugualmente parecchi comportano rischi ben risaputi per l'individuo o per la sua prole, abbastanza elevati da oscurare il valore di qualunque informazione possano fornire.

Ne sono esempi molti usi abituali dei raggi X e del fluoroscopio sui giovani, l'iniezione o l'ingestione di reagenti e traccianti, e l'impiego del Ritalin per diagnosticare l'iperattività nei bambini. (178)

Frequentare una scuola dove l'insegnante è investito di poteri sanitari delegati è un rischio di prima grandezza per la salute dei bambini. (179) Persino degli esami semplici e per il resto innocui si trasformano in rischi allorché si moltiplicano.

Quando un test è associato con parecchi altri, ha una capacità di far danno notevolmente maggiore di quando viene eseguito da solo.

Spesso i test fanno da guida nella scelta della terapia; disgraziatamente, man mano che gli esami diventano più complessi e si moltiplicano, non di rado i loro risultati guidano unicamente alla scelta del tipo d'intervento cui il paziente può sopravvivere, e non necessariamente di quello che gli giova.

Il peggio è che quando uno è passato, più o meno indenne, attraverso una serie di esami di laboratorio e finalmente viene fuori qualcosa di positivo, corre allora il grandissimo rischio d'essere sottoposto a terapie che, in simili casi, sono generalmente esecrabili, dolorosissime, mutilanti e dispendiose.

Non stupisce che i medici tendano a ritardare più dei profani prima di presentarsi al proprio dottore e che siano in condizioni peggiori quando ci vanno. (180) L'esecuzione sistematica di controlli diagnostici precoci su vaste popolazioni garantisce al medico-ricercatore un'ampia base da cui attingere i casi che meglio si adattano ai sistemi di cura esistenti o che sono più utili per portare avanti le indagini, servono o no le terapie a guarire o a dare sollievo.

Ma mentre avviene questo, le persone si rafforzano nell'idea di essere delle macchine la cui durata dipende dalle visite all'officina di manutenzione, e sono così non solo obbligate ma trascinate a pagare perché la corporazione medica possa fare i suoi studi di mercato e sviluppare la sua attività commerciale.

La diagnosi, sempre, aggrava lo stress, stabilisce un'incapacità, impone inattività, concentra i pensieri del soggetto sulla nonguarigione, sull'incertezza e sulla sua dipendenza da futuri ritrovati medici: tutte cose che equivalgono a una perdita di autonomia nella determinazione di sé.

Inoltre, isola la persona in un ruolo speciale, la separa dai normali e dai sani ed esige sottomissione all'autorità di un personale specializzato.

Quando tutta una società si organizza in funzione di una caccia preventiva alle malattie, la diagnosi assume allora i caratteri di una epidemia.

Questo strumento tronfio della cultura terapeutica (181) tramuta l'indipendenza della normale persona sana in una forma intollerabile di devianza.

Alla lunga, l'attività principale di una simile società dai sistemi introvertiti porta alla produzione fantomatica di speranza di vita come merce.

Identificando l'uomo statistico con gli uomini biologicamente unici, si crea una domanda insaziabile di risorse finite.

L'individuo è subordinato alle superiori 'esigenze' del tutto, le misure preventive diventano obbligatorie, (182) e il diritto del paziente a negare il consenso alla propria cura si vanifica allorché il medico sostiene che egli deve sottoporsi alla diagnosi non potendo la società permettersi il peso d'interventi curativi che sarebbero ancora più costosi. (133)

Le cerimonie terminali.

La terapia tocca il suo apogeo nella danza macabra che si svolge intorno al paziente giunto all'ultimo stadio. (184) A un prezzo che oscilla fra 500 e 2000 dollari al giorno, (nota 185) officianti in camice bianco e verde avvolgono i resti del paziente in aromi antisettici. (186) Più l'incenso e la pira sono esotici, più la morte si fa beffe del sacerdote. (187) L'uso religioso della tecnologia medica è arrivato a

prevalere sul suo scopo tecnico, e la linea che separa il medico dal necroforo non è più distinguibile. (188) I letti si riempiono di corpi né morti né vivi. (189) Il dottore esorcizzante si considera un gestore di crisi. (190) In maniera insidiosa, fornisce al cittadino arrivato ai suoi ultimi giorni un incontro con l'ottundente sogno di potere infinito coltivato dalla società. (191) Come ogni gestore di crisi (della moneta, dello Stato o del divano) progetta strategie intimamente contraddittorie e requisisce risorse che, nella loro vacua inutilità, appaiono tanto più grottesche.

All'ultimo momento, egli promette a ciascun paziente quel diritto alla priorità assoluta per ambire alla quale i più si ritengono troppo poco importanti.

La ritualizzazione della crisi, che è un carattere generale della società morbosa, assicura al funzionario medico tre cose.

Gli dà una libertà cui normalmente soltanto i militari possono aspirare.

Sotto la pressione della crisi, il professionista che si presume abbia il comando della situazione può facilmente pretendere l'immunità dalle norme ordinarie di giustizia e di decenza.

Colui

che ha il compito di dominare la morte cessa di essere una persona comune.

Cosa più importante, tutta la sua prestazione si effettua nell'atmosfera propria della crisi. (192) Poiché formano un'isola incantata che non è di questo mondo, il tempo e lo spazio della collettività richiesti dall'impresa medica sono sacri come i loro corrispettivi religiosi e militari.

Non solo la medicalizzazione dell'agonia ritualizza sogni macabri ed estende la licenza professionale di esperire tentativi osceni: l'escalation delle cure terminali esenta il medico da qualunque obbligo di mostrare l'efficacia tecnica delle risorse che ha a sua disposizione. (193) Non esistono limiti al suo potere di chiedere sempre di più.

Infine, la morte del paziente sottrae il medico a ogni possibile controllo e critica.

Nell'ultimo sguardo del paziente e nella prospettiva coltivata per tutta la vita dai 'morituri' non c'è speranza, ma solo l'estrema aspettativa riposta nel dottore. (194) In qualunque istituzione, l'orientamento in funzione della 'crisi' giustifica ogni sorta di inefficacia. (195) La morte in ospedale è ormai endemica. (196) Negli ultimi venticinque anni la percentuale degli americani che muoiono in una clinica è cresciuta di un terzo; (197) in altri paesi l'incremento è stato ancora più accentuato.

La morte non assistita dalla presenza medica diventa sinonimo di ostinazione romantica, di privilegio, o di disastro.

Il costo degli ultimi giorni di un cittadino è aumentato, si calcola, del 1200 per cento, con un ritmo molto superiore a quello dell'assistenza sanitaria in generale.

Contemporaneamente, almeno negli Stati Uniti, il costo dei funerali si è stabilizzato: il suo tasso di crescita è in linea con l'andamento dell'indice generale dei prezzi al consumo.

La fase più elaborata delle cerimonie terminali è oggi quella che si svolge attorno al paziente moribondo ed è stata separata, sotto controllo medico, dalle esequie e dalla sepoltura della spoglia.

Con uno spostamento di prodiga spesa dalla tomba alla clinica, che rispecchia l'orrore di trapassare senza assistenza medica, (198) l'assicurato paga per partecipare al proprio rito funebre. (199) La paura della morte immedicata fu avvertita per la prima volta dalle élites settecentesche che rifiutavano l'assistenza religiosa e non credevano nell'aldilà. (200) Una nuova ondata di questa paura ha ora travolto ricchi e poveri e combinandosi col pathos egualitario ha dato luogo a una nuova categoria di beni, cioè i beni che sono 'terminalmente' scarsi perché requisiti dal medico in costose camere della morte.

Sui criteri di distribuzione di questi beni si è sviluppato tutto un nuovo ramo della letteratura giuridica (201) e morale, che studia come si possa escludere certe persone, preferirne altre e giustificare la scelta di tecniche per prolungare la vita e di modi per rendere la morte più confortevole e accettabile. (202) Nel suo insieme, questa letteratura la dice lunga sulla mentalità dei giuristi e filosofi contemporanei.

La maggioranza degli autori non si domanda nemmeno se le tecniche che sono oggetto delle loro speculazioni abbiano effettivamente dimostrato di riuscire a prolungare la vita.

Ingenuamente, vanno avanti con l'illusione che un rito corrente se costa molto denaro non può non essere utile.

In tal modo la legge e la morale incoraggiano a credere nel valore delle politiche che regolano quella cosa irrilevante che è l'uguaglianza medica in punto di morte.

La paura moderna della morte sguarnita di presidi sanitari fa apparire la vita come una corsa verso una zuffa finale, e ha spezzato in maniera unica la fiducia delle persone in se stesse.

(203) Ha spinto a credere che l'uomo ha ormai perso la capacità autonoma di riconoscere quando è arrivata la sua ora e di farsi carico della propria morte. (204) Rifiutando di riconoscere il punto in cui

non è più utile come guaritore (205) e di tirarsi indietro allorché la morte compare sul volto del paziente, (206) il medico si è trasformato in un agente di evasione o di sfacciata dissimulazione. (207) Non volendo morire da solo, il paziente è caduto in uno stato di patetica soggezione.

Ha ormai perso la fede nella propria capacità di morire, cioè nella forma estrema che la salute può assumere, e ha fatto un grosso problema del diritto di essere ammazzato in forma professionale. (208) Nell'orientamento culturale che porta alla morte in clinica si intrecciano varie aspettative non vagliate. Si crede che il ricovero in ospedale riduca la sofferenza, o aiuti a sopravvivere più a lungo.

Ma né l'una né l'altra cosa ha molte probabilità di avverarsi.

Dei pazienti ammessi con affezioni letali nella media clinica inglese, alla fine del primo giorno ne sono morti già il 10 per cento, dopo una settimana il 30 per cento, dopo un mese il 75 ed entro il terzo mese il 97 per cento. (209) Nelle case di cura terminale, il 56 per cento era deceduto a una settimana dal ricovero.

Nei casi di cancro all'ultimo stadio non c'è differenza, quanto ad attesa di vita, fra quelli che restano a casa e quelli che muoiono in clinica.

Solo un quarto dei malati di cancro all'ultimo stadio arriva ad aver bisogno di assistenza specializzata a domicilio, e soltanto durante le ultime settimane; per più della metà, le sofferenze si limitano a un senso di debolezza e di disagio, e i dolori, quando ci sono, di solito possono essere alleviati. (210) Ma restando a casa essi evitano l'esilio, la solitudine e il trattamento indegno che li aspettano, tranne eccezioni, in tutti gli ospedali. (211) Gli oppiacei non sono disponibili a richiesta.

Un paziente che per mesi o anni ha dolori acuti che un narcotico potrebbe rendere tollerabili si vedrà quasi certamente negare la medicazione tanto in ospedale quanto a casa, perché non si crei un'abitudine nel suo stato incurabile ma non immediatamente letale. (212) Infine, si crede che il ricovero in ospedale accresca le possibilità di sopravvivere a una crisi: ma a parte alcune precise eccezioni, anche su questo punto per lo più ci si sbaglia.

Muoiono più persone adesso per il fatto che l'intervento d'emergenza è accentrato nell'ospedale, di quante non si riesca a salvarne grazie alle tecniche superiori che l'ospedale può fornire.

Nei paesi poveri durante gli ultimi dieci anni sono morti di colera o di diarrea molti più bambini, perché non reidratati in tempo con una semplice soluzione cacciata giù per la gola senza attendere il ricovero in un lontano ospedale per sottoporli alla complessa tecnica endovenosa. (213) Nei paesi ricchi i decessi causati dall'impiego di veicoli di soccorso cominciano a bilanciare il numero della vite salvate grazie a tali mezzi.

Il 'culto' dell'ospedale non ha alcun rapporto con il suo rendimento.

Come ogni industria in espansione, il sistema sanitario indirizza i propri sforzi là dove la domanda sembra illimitata: nel suo caso, la protezione dalla morte.

Una quota crescente del gettito di nuove imposte viene destinata alla tecnologia diretta a prolungare la vita dei pazienti all'ultimo stadio.

Complesse burocrazie scelgono un soggetto su sei, o su tre, fra gli americani che sono minacciati di blocco renale e con modi untuosi lo condizionano a desiderare il raro privilegio di morire a fuoco lento grazie a quello squisito strumento di tortura che si chiama rene artificiale. (214) Come ha osservato un medico registrando la propria esperienza di malato sottoposto a tale terapia, molto tempo e molti sforzi debbono essere dedicati a impedire che il paziente si uccida, durante l'anno o, qualche volta, i due anni che il rene artificiale può aggiungere alla vita. (215) In una società dove la maggioranza muore sotto il controllo dell'autorità pubblica, la corsia terminale si adorna delle solenni formalità che una volta caratterizzavano l'omicidio legalizzato o esecuzione.

Le sontuose cure dedicate ai comatosi prendono il posto di quello che in altre culture era l'ultimo pasto del condannato a morte. (216) Il fascino che la cura e la morte ad alto contenuto tecnologico esercitano sulla gente si può spiegare con un profondo bisogno di realizzare, con mezzi tecnici, dei miracoli.

La terapia intensiva non è che il momento culminante di un culto pubblico organizzato intorno a un clero medico che lotta contro la morte. (217) Lo zelo con cui il pubblico finanzia queste attività esprime un desiderio delle funzioni non-tecniche della medicina.

Le unità di cura intensiva delle malattie cardiache, per esempio, sono molto appariscenti e non offrono alcun vantaggio statistico dimostrato per la cura dei malati.

Richiedono tre volte più attrezzatura e cinque volte più personale dei normali reparti di medicina generale; negli Stati Uniti, il 12 per cento delle infermiere d'ospedale diplomate è adibito a questa eroica branca della medicina.

A tenere in piedi la sfarzosa impresa si provvede, come per le liturgie di un tempo, estorcendo imposte, sollecitando doni e adescando vittime sacrificali.

Si sono fatte delle indagini su grandi campioni presi a caso per raffrontare i tassi di mortalità e di guarigione dei pazienti assistiti da queste unità con quelli dei pazienti curati in casa: sinora non risulta che i primi siano stati in qualche modo avvantaggiati.

Gli stessi pazienti che hanno avuto un infarto tendono a esprimere una preferenza per la cura a domicilio; l'ospedale li spaventa, e in una crisi amerebbero stare vicini a persone conosciute.

Accurate indagini statistiche hanno confermato la loro intuizione: la mortalità più alta fra coloro che hanno goduto di cure meccaniche in ospedale è di solito da attribuire alla paura. (218)

Magia nera.

L'intervento tecnico sulla costituzione fisica e biochimica del paziente o del suo ambiente non è, né è mai stata, l'unica funzione delle istituzioni mediche. (219) L'eliminazione dei fattori patogeni e l'applicazione di rimedi (efficaci o meno) sono tutt'altro che l'unica forma di mediazione fra l'uomo e la sua malattia.

Persino nelle circostanze in cui il medico è tecnicamente attrezzato per svolgere il ruolo tecnico al quale aspira, inevitabilmente egli adempie anche funzioni religiose, magiche, etiche e politiche.

In ognuna di queste funzioni il medico d'oggi è più patogeno che guaritore o semplicemente anodino.

La magia o guarigione mediante atti cerimoniali è chiaramente una delle funzioni tradizionali importanti della medicina. (220) Nella pratica magica il guaritore manipola l'ambiente e lo scenario; in una maniera alquanto impersonale stabilisce una relazione "ad hoc" fra se stesso e un gruppo di individui.

La magia funziona se e quando la volontà del paziente e quella del mago coincidono, (221) anche se la medicina scientifica ha messo parecchio tempo a riconoscere nei suoi professionisti dei parziali maghi. Per distinguere l'esercizio professionale di magia bianca svolto dal medico dalla sua funzione di tecnico (e per risparmiargli l'accusa di ciarlataneria), venne creato il termine 'placebo'.

Ogni volta che una pillola di zucchero funziona perché è stata data dal dottore, la pillola di zucchero agisce come un placebo.

Il placebo (parola latina che vuol dire 'piacerò') fa contento non soltanto il paziente ma anche il medico che lo somministra. (222) Nelle culture progredite, la medicina religiosa è qualcosa di ben diverso dalla magia. (223) Le principali religioni rafforzano la rassegnazione alle sciagure e offrono una ragione, uno stile e uno scenario collettivo in cui la sofferenza può diventare un nobile adempimento.

Le possibilità offerte dall'accettazione della sofferenza hanno un significato diverso a seconda delle tradizioni: di karma accumulato attraverso passate incarnazioni; di invito all'Islam, la resa a Dio; o di occasione per una più stretta comunione col Salvatore sulla Croce.

La religione progredita stimola la responsabilità personale nella guarigione, manda ministri a impartire conforti talvolta pomposi e talvolta efficaci, offre santi a modello, e di solito fornisce una cornice alla pratica della medicina popolare.

Nel nostro tipo di società secolare le organizzazioni religiose conservano ormai solo una piccola parte dei loro antichi ruoli terapeutici rituali: un cattolico devoto può trarre intima forza dalla preghiera personale, alcuni gruppi marginali di recenti emigrati a Sao Paolo curano normalmente le loro ulcere con danze rituali afro-latine, e gli indiani della valle del Gange ancora cercano la salute nel canto dei Veda. Ma simili cose hanno solo un pallido riscontro nelle società che hanno superato un certo reddito pro capite.

In queste società industrializzate sono le istituzioni secolari ad amministrare le principali cerimonie produttrici di mito. (224) Quelle forme distinte di culto che sono la scuola, il trasporto e la comunicazione di massa promuovono, sotto nomi diversi, lo stesso mito sociale, che secondo Voegelin (225) è la gnosi del nostro tempo.

Essa presenta infatti sei caratteristiche comuni a una visione del mondo gnostica e al suo culto: (1) è praticata da membri di un movimento i quali sono insoddisfatti del mondo così com'è perché lo giudicano intrinsecamente male organizzato.

I suoi seguaci sono (2) convinti che salvarsi da questo mondo è possibile (3) almeno per gli eletti e che (4) tale salvezza si può realizzare entro la nostra generazione.

Essa dipende (5) da azioni tecniche che sono prerogativa (6) di alcuni iniziati i quali ne monopolizzano la speciale formula.

Tutte queste credenze religiose si ritrovano, punto per punto, alla base dell'organizzazione sociale della medicina tecnologica, che a sua volta ritualizza e celebra l'ideale del progresso che fu proprio del secolo decimonono.

Una terza importante funzione non tecnica della medicina è di natura morale più che magica, non tanto religiosa quanto secolare.

Non dipende da un accordo che lo stregone stringe col suo adepto, né dai miti cui il sacerdote dà forma, ma dal carattere che la cultura medica imprime alle relazioni interpersonali.

La medicina può essere organizzata in maniera da motivare la comunità a occuparsi in forme più o meno personali del fragile, del decrepito, dell'immaturo, dello storpio, del depresso e del maniaco.

Incoraggiando un certo tipo di carattere sociale, la medicina di una società può alleviare efficacemente la sofferenza dei malati assegnando un ruolo attivo a tutti i membri della comunità nella partecipe comprensione e nella disinteressata assistenza dei deboli. (226) La medicina può regolare i rapporti sociali basati sul dono. (227) Le culture in cui si coltivano la compassione per gli sventurati, l'ospitalità per gli invalidi, la tolleranza verso i disturbati e il rispetto dei vecchi riescono largamente a integrare la maggioranza di essi nella vita quotidiana.

I guaritori possono essere sacerdoti degli dei, legislatori, maghi, medium, barbieri-speciali o consiglieri scientifici. (228) Fino al Trecento non esiste in Europa un nome comune che copra un campo semantico sia pure approssimativamente simile a quello del moderno 'dottore'.

In Grecia l'esperto in rimedi, utilizzato soprattutto per gli schiavi, godette ben presto d'un certo rispetto, benché non fosse allo stesso livello del guaritorefilosofo o anche del maestro di ginnastica, di cui si servivano i "liber". (230) Nella Roma repubblicana i guaritori di professione erano considerati persone malfamate; si ritenevano sufficienti le leggi sull'approvvigionamento dell'acqua, sulla raccolta ed eliminazione degli scarichi e delle immondizie, e l'addestramento militare, insieme al culto ufficiale delle divinità risanatrici; gli infusi della nonna e il sanitario dell'esercito non erano degnati di particolare attenzione.

Finché Giulio Cesare non concesse la cittadinanza al primo gruppo di Asclepiadi nel 46 avanti Cristo, questo privilegio fu negato ai medici greci e ai sacerdoti guaritori. (231) Gli Arabi onoravano il medico; (232) gli Ebrei affidavano la tutela della salute alla qualità del ghetto oppure, con un senso di colpa, chiamavano il medico arabo.

(233) Le numerose funzioni della medicina si combinavano in varie maniere in diversi ruoli.

La prima professione che abbia monopolizzato la cura della salute è quella del medico del secolo ventesimo inoltrato.

Paradossalmente, più si concentra l'attenzione sul dominio tecnico della malattia, più si amplia la funzione simbolica e non-tecnica svolta dalla tecnologia medica.

Quanto meno prove esistono che una maggiore quantità di denaro accresca il tasso di sopravvivenza in una determinata branca della cancerologia, tanto più denaro affluisce alle divisioni mediche schierate in quel particolare teatro di operazioni.

Soltanto degli obiettivi estranei alla terapia (quali posti per gli specialisti, uguaglianza di accesso da parte dei poveri, consolazione simbolica per i pazienti o sperimentazione su esseri umani) possono spiegare lo sviluppo che ha avuto la chirurgia del cancro polmonare negli ultimi venticinque anni. Non solo i camici bianchi, le maschere, gli antisettici e le sirene delle ambulanze, ma intere branche della medicina continuano a ottenere finanziamenti perché sono state investite di un potere non-tecnico, per lo più simbolico.

Volente o nolente, il medico moderno è così costretto a svolgere ruoli simbolici, non-tecnici.

Funzioni non-tecniche prevalgono nell'asportazione delle adenoidi: più del 90 per cento di tutte le tonsillectomie eseguite negli Stati Uniti non sono necessarie dal punto di vista tecnico, e tuttavia dal 20 al 30 per cento dei bambini americani viene regolarmente sottoposto all'operazione.

Un bambino su mille muore in conseguenza diretta dell'intervento e 16 su mille subiscono gravi complicazioni.

Tutti perdono preziosi meccanismi immunitari.

Tutti sono sottoposti a un trauma emotivo: imprigionati in un ospedale, separati dai genitori, fanno conoscenza con l'ingiustificata e per lo più pomposa crudeltà della corporazione medica. (234) Il bambino impara a essere abbandonato nelle mani di tecnici che, in sua presenza, formulano giudizi sul suo corpo in una lingua per lui straniera; impara che la sua integrità fisica può essere violata da estranei per ragioni che essi soli conoscono; e viene indotto a sentirsi fiero di appartenere a un paese dove la previdenza sociale paga una simile iniziazione medica alla realtà della vita. (235) Non sempre la

partecipazione fisica a un rituale è indispensabile per iniziarsi al mito che attraverso quel rituale è prodotto.

I ludi medici emanano potenti suggestioni.

Mi è accaduto di trovarmi a Rio de Janeiro e a Lima mentre vi capitava in tournée il dottor Christian Barnard.

In entrambe le città il celebre campione della chirurgia riuscì a riempire per due volte nello stesso giorno il più grande stadio calcistico di folle isteriche che acclamavano la sua macabra abilità nello scambiare cuori umani.

Questo tipo di cura miracolosa ha un impatto su scala mondiale.

Il suo effetto alienante agisce anche su persone che non hanno alcuna possibilità di trovare ricovero in un ambulatorio di quartiere né tanto meno in un ospedale; tuttavia ne ricavano l'astratta assicurazione che grazie alla scienza è possibile salvarsi.

L'esperienza fatta nello stadio di Rio mi preparò alla prova che mi fu mostrata poco dopo, da cui risultava che la polizia brasiliana è stata la prima a usare apparecchi di rianimazione nella tortura dei prigionieri.

Questo abuso estremo della tecnologia medica mi sembra grottescamente coerente con l'ideologia dominante della medicina.

Non c'è dubbio che l'involontaria influenza non-tecnica che la tecnica medica esercita sulla salute della società può anche essere positiva. (236) Una iniezione di penicillina affatto superflua può ridare magicamente fiducia e appetito; (237) un intervento chirurgico controindicato può risolvere un problema matrimoniale e ridurre determinati sintomi morbosi in entrambi i coniugi; (238) non soltanto le pillole di zucchero ma anche i veleni somministrati dal dottore possono agire come potenti placebo.

Non è però questo il risultato prevalente ottenuto dall'azione collaterale non-tecnica della tecnologia medica.

Si può dire che proprio nelle aree, peraltro ristrette, in cui la medicina costosa è diventata più specificamente efficace, proprio lì i suoi effetti collaterali simbolici si vengono rilevando sempre più nefasti per la salute. (239) La magia bianca della medicina tradizionale, che sorreggeva gli sforzi del paziente per guarire, è diventata magia nera. (240) In larga misura, la iatrogenesi sociale si può spiegare come un placebo negativo, un effetto 'nocebo'. (241) Gli effetti collaterali non-tecnici degli interventi biomedici incidono sempre più negativamente sulla salute.

L'intensità dell'influsso magico nero di una pratica medica non dipende dalla sua maggiore o minore efficacia tecnica.

L'effetto del nocebo, come quello del placebo, è in gran parte indipendente da ciò che fa il medico.

Le pratiche mediche diventano **MAGIA NERA** quando, invece di mobilitare i poteri di autoguarigione del malato, lo trasformano in un flaccido e mistificato guardone della propria cura.

Le pratiche mediche diventano un **CULTO MORBOSO** quando si svolgono come dei riti che concentrano ogni aspettativa del malato sulla scienza e sui suoi funzionari, anziché incoraggiarlo a cercare una interpretazione creativa del proprio stato o a trovare un esempio degno d'ammirazione in qualche persona (morta da tempo o a lui vicina) che abbia imparato a soffrire.

Le pratiche mediche aggravano la malattia di una **DEGRADAZIONE MORALE** quando isolano l'ammalato in un ambiente professionale anziché fornire alla collettività motivazioni e discipline che accrescano la tolleranza sociale nei confronti dei disturbati.

Devastazione magica, mutilazione religiosa e degradazione morale, prodotte col pretesto di perseguire una finalità biomedica, sono altrettanti meccanismi generatori di iatrogenesi sociale.

La medicalizzazione della morte li fonde in un unico amalgama.

Il giorno che, in Grecia, in India, in Cina, aprirono bottega fuori dei templi, i medici cessarono di essere degli stregoni.

Quando affermarono di possedere un potere razionale sulla malattia, la società smarrì il senso del complesso personaggio e del suo modo integrale di operare le guarigioni, quale era stato offerto dallo sciamano-guaritore. (242) Le grandi tradizioni mediche lasciarono le guarigioni miracolose ai preti e ai re: la casta che aveva accesso agli dei sapeva come ottenere il loro intervento, e la mano che brandiva la spada aveva il potere di soggiogare non soltanto i medici ma anche gli spiriti.

Fino al diciottesimo secolo, una volta l'anno il re d'Inghilterra imponeva le mani sui malati di tubercolosi facciale, che per la scienza medica erano incurabili. (243) Gli epilettici, il cui male resisteva persino al tocco di Sua Maestà, si affidavano invece alla forza risanatrice che fluiva dalle mani del boia. (244) Col

sorgere della civiltà medica e degli ordini sanitari, i medici si distinsero dai ciarlatani e dai preti per il fatto di conoscere i limiti della propria arte.

Oggi, la corporazione medica viene reclamando il diritto di operare miracoli.

La medicina rivendica a sé il paziente anche quando l'eziologia è incerta, la prognosi sfavorevole e la terapia puramente sperimentale.

In circostanze del genere, solo puntando sul 'miracolo medico' ci si può premunire dall'insuccesso, dato che se nei miracoli si può sperare, farci assegnamento non è possibile, per definizione.

Il monopolio radicale sulla cura della salute che il medico oggi rivendica lo costringe a riassumere funzioni sacerdotali e regali che i suoi predecessori avevano abbandonato da quando si specializzarono come tecnici sanitari.

La medicalizzazione del miracolo aiuta a comprendere ancora meglio la funzione sociale delle cure terminali.

Legato con cinghie al suo lettino e controllato come un astronauta, il paziente viene esibito alla televisione, e l'eroica impresa di cui egli è oggetto costituisce per migliaia e migliaia di persone una sorta di danza della pioggia, una liturgia nel corso della quale le speranze realistiche di una vita autonoma si tramutano nell'illusione che la salute ce la porteranno i medici dallo spazio.

Maggioranze pazienti.

Ogni volta che il potere diagnostico della medicina moltiplica gli ammalati in quantità esorbitanti, la professione medica passa l'eccedenza alla gestione di altri mestieri non medici.

Con un'operazione di "dumping", i signori della medicina si liberano di quella seccatura che sono le cure di scarso prestigio e investono di un feudo medico derivato i poliziotti, gli insegnanti o i direttori del personale.

La medicina conserva la più assoluta autonomia di definire che cosa è malattia, ma cede ad altri il compito di scovare gli ammalati e di provvedere al loro trattamento.

Soltanto la medicina sa in che cosa consiste la tossicomania, anche se i poliziotti sono tenuti a sapere come va controllata.

Soltanto la medicina è in grado di accertare una lesione cerebrale, ma lascia agli insegnanti il compito di gestire i bambini menomati dal diavolo.

Quando nella letteratura medica si discute l'esigenza di ridimensionare gli obiettivi sanitari, per lo più questo ridimensionamento prende oggi la forma di un "dumping" di pazienti pianificato.

Perché mai i neonati e i moribondi, gli etnocentrici, gli insufficienti sessuali e i nevrotici, più o meno vittime del fervore diagnostico poco interessanti e che fanno perdere tempo, non dovrebbero essere respinte oltre le frontiere della medicina e trasformate in clienti di terapisti non medici quali gli assistenti sociali, i programmisti della televisione, gli psicologi, i direttori del personale e i consulenti sessuali?

(245) Questa proliferazione di mestieri 'abilitanti', che detengono un prestigio medico riflesso, ha creato uno scenario completamente nuovo per il ruolo del malato.

Qualunque società, per essere stabile, ha bisogno di registrare la devianza.

Gli individui dall'aria strana o dal contegno eccentrico costituiscono un fattore di sovversione fino a quando le caratteristiche che li accomunano non abbiano ricevuto una designazione formale e la loro condotta sconcertante non sia stata sistemata in una casella riconosciuta.

Una volta ricevuto un nome e un ruolo, gli anormali che spaventavano e disturbavano sono domati e diventano semplici eccezioni prevedibili, che si possono trattare con riguardo, evitare, reprimere o espellere.

Nella maggioranza delle società ci sono alcune persone incaricate di assegnare ruoli agli individui che non rientrano nella regola; di solito esse hanno una particolare competenza in merito alla natura della devianza (246) e a seconda della norma sociale prevalente sono loro a decidere se il deviante è posseduto da un demone, dominato da un dio, intossicato da un veleno, punito per i suoi peccati o vittima d'un sortilegio scagliato da una strega.

L'agente addetto a questa catalogazione non è necessariamente da assimilare all'autorità medica: può appartenere all'ordine politico, religioso oppure militare.

Dando un nome allo spirito sotteso alla devianza, il potere assoggetta il deviante al dominio del linguaggio e del costume e lo trasforma da minaccia in supporto del sistema sociale.

L'eziologia, dal punto di vista sociale, trova in se stessa la propria conferma: una volta stabilito che il male sacro è causato dal possesso divino, a ogni crisi dell'epilettico è il dio che parla. (247) Ogni civiltà definisce le proprie malattie. (248) Ciò che in una è stato patologico, in un'altra può essere anomalia cromosomica, delitto, manifestazione di sanità o peccato.

Ogni cultura si crea un proprio atteggiamento di fronte alla devianza.

Per il medesimo sintomo di incontenibile tendenza al furto una persona può essere giustiziata, incarcerata, esiliata, ospedalizzata, oppure ricevere elemosine o sussidi.

Qui si costringono i ladri a indossare abiti speciali, li a fare penitenza, altrove gli si mozza un dito o, ancora, li si sottopone a pratiche magiche o all'elettroshock.

Sarebbe arduo postulare un tipo di devianza specificamente 'malata' che si ritrovi con sia pur minime caratteristiche comuni in tutte le società. (249) Nella civiltà contemporanea, la forma di attribuzione dei ruoli di malato è assolutamente unica.

E' nata poco più di una generazione prima che Henderson e Parsons la analizzassero. (250) Per essa, la devianza è il particolare comportamento legittimo di certi consumatori, ufficialmente selezionati, all'interno di un ambiente industriale. (251) Pur se si potrebbe sostenere che in tutte le società certe persone vengono, per così dire, messe provvisoriamente da parte e trattate con riguardo finché non tornino in efficienza, tuttavia il contesto in cui questa esenzione opera altrove non è paragonabile a quello proprio dello Stato assistenziale.

Quando il medico odierno ASSEGNA a un cliente lo status di malato, può sì assomigliare per certi aspetti allo stregone o all'anziano della comunità; ma appartenendo anche a una professione scientifica la quale INVENTA le categorie che assegna quando tratta col pubblico, il medico moderno è completamente diverso dal guaritore primitivo. Lo stregone si occupava di guarire ed esercitava l'arte di distinguere fra loro gli spiriti maligni; non era membro di un corpo professionale e non aveva alcun potere di inventare nuovi demoni.

Le professioni 'abilitanti', invece, nei loro raduni annuali creano i ruoli di malato che poi assegnano.

I ruoli disponibili per un individuo sono sempre stati di due tipi: quelli standardizzati dalla tradizione culturale e quelli scaturiti dall'organizzazione burocratica.

In tutti i tempi l'innovazione ha significato un aumento relativo di questi ultimi, creati razionalmente.

Senza dubbio i ruoli costruiti potevano anche essere assorbiti dalla tradizione culturale, ed è indubbiamente difficile segnare una distinzione netta fra i due tipi di ruoli.

Ma nel complesso, fino a tempi recenti, il ruolo di malato tendeva a essere del tipo tradizionale. (252)

Nell'ultimo secolo però la nuova visione clinica, come l'ha chiamata Foucault, ha mutato il rapporto: il medico è venuto progressivamente perdendo il suo ruolo di moralista per assumere sempre più la parte di illuminato imprenditore scientifico.

Suo compito predominante è divenuto quello di sgravare i malati dalla responsabilità dei loro malesseri, e a questo scopo si sono stabilite nuove categorie scientifiche di malattia.

La facoltà e la clinica medica forniscono al dottore l'atmosfera in cui la malattia può diventare, ai suoi occhi, un lavoro di tecnica biologica o sociale, mentre i suoi pazienti continuano a portarsi dietro in ospedale le loro interpretazioni religiose e cosmiche, come i fedeli si portavano dietro i loro pensieri mondani andando in chiesa la domenica per la messa. (253) Ma il ruolo di malato definito da Parsons corrisponde alla società moderna solamente fino a quando i dottori agiscono come se i loro interventi servissero di regola a guarire e finché la massa del pubblico, dal canto suo, è disposta a condividere la loro rosea visione. (254) Il modello di malato descritto intorno alla metà del secolo non è invece più adeguato per definire quello che accade in un sistema medico il quale rivendica la propria autorità su persone che non sono ancora malate, su altre che non possono ragionevolmente attendersi di star bene, e infine su altre per le quali i medici non hanno cure più efficaci di quelle che potrebbero essere somministrate da una zia o da uno zio.

La selezione, effettuata da esperti, di taluni individui meritevoli di un trattamento di riguardo da parte delle istituzioni era un modo di utilizzare la medicina come fattore di stabilizzazione della società industriale: (255) comportava infatti il conferimento agli anormali del diritto ad anormali porzioni di denaro pubblico, secondo modalità facili da regolare.

Contenuto entro certi limiti, durante la prima parte del secolo ventesimo il trattamento di riguardo dei devianti servì a 'fortificare' la coesione della società industriale.

Ma al di là di un punto critico, il controllo sociale esercitato attraverso la diagnosi di bisogni illimitati ha distrutto la propria base. (256) Ormai il cittadino, finché non si prova che è sano, si presume che sia malato. (257) Nella società terapeutica trionfante, ognuno può trasformarsi in terapeuta e qualcun altro in suo cliente.

Il ruolo del dottore non è più ben definito. (258) La professione sanitaria è oggi un amalgama di servizi clinici, gestione tecnica della sanità pubblica e ricerca scientifica.

Il medico ha a che fare con clienti che in ognuno dei loro contatti con la corporazione sanitaria ricoprono contemporaneamente più ruoli: sono infatti pazienti che la medicina esamina e rimette in sesto, cittadini amministrati il cui comportamento sano è affidato alla guida di una burocrazia medica, e cavie sulle quali la scienza medica compie continui esperimenti.

Il potere asclepico di conferire il ruolo di malato è stato dissolto dalla pretesa di elargire un'assistenza totalitaria.

La salute non è più una proprietà naturale di cui si presume che ogni essere umano sia dotato fino a quando non si dimostra che è malato, ed è invece divenuta una meta perennemente lontana cui si ha il diritto di aspirare in virtù dei principi di giustizia sociale.

La comparsa di quel conglomerato che è oggi la professione sanitaria ha reso infinitamente elastico il ruolo di paziente.

Il potere del medico di attestare che un individuo è ammalato ha ceduto il posto alla presunzione burocratica del manager sanitario il quale classifica le persone secondo il grado e la categoria dei loro bisogni terapeutici, mentre l'autorità medica si è estesa alla pianificazione generalizzata della salute, all'individuazione precoce, alle terapie preventive e, in misura crescente, alla cura degli incurabili.

Prima la medicina moderna controllava un mercato di dimensioni limitate; oggi il suo mercato non ha più confini.

Si è arrivati al punto che persone non malate si assoggettano a un'assistenza professionale nell'interesse della loro salute futura.

Risultato: una società morbosa che chiede una medicalizzazione universale, e un'istituzione medica che attesta una universale morbosità.

In una società morbosa (259) prevale l'idea che una cattiva salute definita e diagnosticata è infinitamente preferibile a qualunque altra etichetta negativa, o al non avere etichetta alcuna.

E meglio che essere catalogati come devianti politici o criminali, meglio che come pigri, meglio che come assenti volontari dal lavoro.

Sono sempre di più le persone che nel subcosciente fanno di essere stanche e di star male per le mansioni che svolgono e per la passività dei loro svaghi, ma vogliono che gli si mentisca e gli si dica che la malattia fisica le esonera da ogni responsabilità sociale e politica.

Vogliono che il loro medico funga da avvocato e da prete.

Come avvocato, il medico esime il paziente dai suoi doveri normali e gli permette di attingere ai fondi assicurativi che è stato costretto a costituire.

Come prete, si fa suo complice nella creazione del mito secondo cui il paziente sarebbe soltanto una vittima innocente di meccanismi biologici e non un disertore, pigro, avido o invidioso, di una lotta sociale la cui posta è il controllo degli strumenti di produzione.

La vita sociale si riduce a un somministrare e subire terapie: mediche, psichiatriche, pedagogiche o geriatriche.

Rivendicare l'accesso alla cura diventa un dovere politico, e il certificato medico un potente mezzo di controllo sociale.

Con lo sviluppo del settore dell'economia che produce servizi terapeutici, cresce la percentuale delle persone che vengono giudicate devianti rispetto a qualche norma desiderabile e viste quindi come clienti che si possono o sottoporre a terapia, per avvicinarle allo standard di funzionamento stabilito, o concentrare in ambienti speciali appositamente concepiti per la loro devianza.

Nella prima fase storica di questo processo, osserva Basaglia, (260) i malati sono esentati dal compito di produrre; nella fase successiva dell'espansione industriale, quelli che sono catalogati come devianti e bisognosi di una terapia diventano maggioranza, e a questo punto di nuovo non corre più molta differenza fra i malati e i sani: nelle società industriali avanzate si torna a riconoscere al malato un certo grado di produttività che gli sarebbe stato negato in una fase anteriore dell'industrializzazione.

Ora che tutti tendono a essere in qualche modo dei pazienti, il lavoro salariato acquista caratteri terapeutici.

L'educazione sanitaria a vita, i consultori, gli esami e le cure di manutenzione sono incorporati nella routine della fabbrica e dell'ufficio.

Il rapporto di dipendenza terapeutica permea e colora le relazioni produttive.

L'Homo sapiens, che si destò al mito in una tribù e crebbe alla politica come cittadino, viene ora addestrato a essere un detenuto a vita di un mondo industriale. (261) La medicalizzazione porta all'estremo il carattere imperialista della società industriale.

NOTE.

NOTA 1.

Judith P. Swazey, Renée Fox, "The clinical moratorium: a case study of mitral valve surgery", in Paul A. Freund (a cura) "Experimentation with human subjects", Braziller, Nuova York, 1970, pagine 315-57.

NOTA 2.

Un'acquaforte di Francisco Goya della serie "Los caprichos" (1786) raffigura un uomo addormentato al suo tavolo di lavoro con la testa reclinata sulle braccia incrociate, circondato da mostri; sul tavolo un'iscrizione dice: "El sueño de la razón produce monstruos".

René Dubos l'ha riprodotta nel frontespizio del suo volume "The mirage of health" (citato sopra, nota 3, capitolo 1): racchiude la sua tesi, che io cerco di sviluppare in questo libro.

NOTA 3.

Morton Mintz, "The pill: an alarming report", Beacon Press, Boston, 1970.

Uno studio esemplare 'sulla' medicina ad opera di un giornalista che conosce l'arte di combinare gli studi 'di' medicina con informazioni importanti che la letteratura medica trascura, censura o vela.

NOTA 4.

Francis D. Moore, "The therapeutic innovation: ethical boundaries in the initial clinical trials of new drugs and surgical procedures", in Freund, "Experimentation with human subjects", cit., pagine 358-78.

NOTA 5.

Potrà essere utile un esempio di questa necessità di un controllo esterno sul progresso professionale.

Peter R. Breggin, "The return of lobotomy and psycho-surgery", 'Congressional Record', 118 (24 febbraio 1972): 5567-77, presenta una rassegna veramente impressionante dell'ampia letteratura sull'attuale ripresa della lobotomia negli Stati Uniti e in varie altre parti del mondo.

La prima ondata prese di mira soprattutto (due terzi) donne ricoverate negli ospedali statali, e toccò 50000 persone nei soli Stati Uniti prima del 1964.

Sono disponibili nuovi metodi per distruggere parti del cervello mediante onde ultrasoniche, coagulazione elettrica e impianto di particelle di radium.

L'intervento viene raccomandato a scopo sedativo sugli anziani, in modo da renderne meno costoso il ricovero, per il controllo dei bambini iperattivi, e per ridurre le fantasie erotiche e l'inclinazione al gioco d'azzardo.

NOTA 6.

Ogni società ha una propria 'nosologia' o classificazione delle malattie.

Sia l'estensione delle condizioni morbose sia il numero e le specie delle malattie catalogate variano con la storia.

Tra la nosologia ufficiale o medica riconosciuta in una società e il modo in cui la malattia è vista da una o più classi di quella società può esserci una grandissima discrepanza.

Vedi Michel Foucault, "Nascita della clinica", Einaudi, Torino, 1969.

Nella società contemporanea la nosologia è quasi totalmente medicalizzata; il malessere che non trova riscontro nella catalogazione medica è escluso come simulato o illusorio.

Finché la malattia iatrogena sarà considerata come nient'altro che una piccola categoria all'interno del quadro nosologico ufficiale, non sarà possibile valutare il suo apporto al volume complessivo delle malattie riconosciute.

NOTA 7.

Uso il termine 'intensità' per designare un aumento che può essere indicato con dei numeri ma non misurato direttamente.

La paura che paralizza non è quantitativamente maggiore della paura che spinge a fuggire.

Fernand Renoire, "Eléments de critique des sciences et de cosmologie", corso pubblicato dall'Institut supérieur de philosophie, Louvain, 1947, pagine 12930.

NOTA 8.

Per un'analisi più sistematica del termine 'monopolio radicale' in riferimento alle istituzioni professionali, vedi Ivan Illich, "La convivialità", cit., capitolo 3, sezione 2, pagine 89 seguenti.

NOTA 9.

John Blake (a cura), "Safeguarding the public: historical aspects of medical drug control", relazioni da una conferenza promossa dalla National Library of Medicine, Johns Hopkins, Baltimora, 1970.

Sul processo attraverso il quale la professione medica ha elaborato la propria immagine di tutore benevolo vedi L.

Edelstein, "The Hippocratic oath", Johns Hopkins, Baltimora, 1943.

NOTA 10.

Sulla distinzione classica tra valore di scambio e valore d'uso confronta Karl Marx, "Il capitale", libro 1, capitolo 1, paragrafo 4.

NOTA 11.

Michel Bosquet, "Quand la médecine rend malade: la terrible accusation d'un groupe d'experts", 'Le Nouvel Observateur', numero 519 (1974), pagine 84-118, e numero 520 (1974), pagine 90-130.

Mostra come la iatrogenesi sociale sia fondamentalmente il risultato della funzione di alibi svolta dalla professione medica, attraverso il suo monopolio sulla definizione del ruolo di malato.

NOTA 12.

Paul Ramsey, "Fabricated man: the ethics of genetic control", Yale University Press, New Haven, Connecticut, 1970, sostiene che ci sono delle cose, che noi possiamo fare, le quali non dovrebbero essere fatte.

Escludere tali cose è una condizione necessaria per salvaguardare l'uomo dalla totale subordinazione al controllo tecnico.

Ramsey arriva a questa conclusione riferendosi a specifici tipi di tecniche mediche; io sostengo lo stesso discorso, ma con riferimento all'intensità globale dell'impresa medica.

NOTA 13.

P. M. Brunetti, "Health in ecological perspective", 'Acta Psychiatrica Scandinavica', 49, fascicolo 4 (1973): 393-404, sostiene che la concentrazione del potere e la dipendenza dall'energia extrametabolica possono rendere inabitabile l'ambiente vitale per degli esseri che riescono a integrarsi nella misura in cui esercitano la propria autonomia.

La medicina viene usata per razionalizzare questo trasferimento.

NOTA 14.

Renée Fox, "Illness", in "International encyclopedia of social sciences" (1968), 7: 90-6.

Un'eccellente introduzione all'evoluzione di questo concetto.

NOTA 15.

Talcott Parsons, "Il sistema sociale", Edizioni di Comunità, Milano, 1965 pagine 437 e seguenti, contiene la formulazione classica del ruolo di malato.

Miriam Siegler, Humphrey Osmond, "Models of madness, models of medicine" (di prossima pubblicazione presso Macmillan, Nuova York), confrontano diversi modelli di devianza inabilitante e caldeggiando, per ragioni politiche, una relativa espansione del ruolo di malato parsoniano in quanto sarebbe l'unico a creare un diritto alla terapia.

A conclusioni opposte giunge un lavoro di Niels Christie di prossima pubblicazione sulla controproduttività della terapia (per il manoscritto rivolgersi all'autore presso la facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Oslo).

NOTA 16.

Forrest E. Clements, "Primitive concepts of disease", 'University of California Publications in American Archaeology and Ethnology', 32, 2 (1932): 185-252.

Le eziologie comuni si dividono in quattro categorie principali: 1) stregoneria, 2) violazione di tabù, 3) intrusione di oggetti estranei, 4) perdita dell'anima.

NOTA 17.

Eliot Freidson, "Disability as deviance", in M. B.

Sussman (a cura), "Sociology and rehabilitation", American Sociological Association, Washington, 1966, pagine 71-99.

La diagnosi professionale tende semplicemente a dare validità alla percezione profana del valore attribuito a certi individui.

NOTA 18.

Harold Garfinkel, "Conditions of successful degradation ceremonies", 'American Journal of Sociology', 61 (marzo 1956): 420-44.

Nella nostra società le cerimonie di degradazione pubblica al di fuori delle aule di giustizia sono piuttosto rare, ma la medicina ancora oggi assegna una valutazione pubblica a caratteristiche ritenute essenziali come l'autocontrollo o la sessualità.

NOTA 19.

Louis Lewin, "The untoward effects of drugs", traduzione inglese, Davis, Detroit, 1883.

Nonostante il tempo che è passato da quando fu scritto, questo libro, pieno di annotazioni storiche, è sempre una lettura affascinante.

Elenca vittime della medicina dal capitano della guardia di Nerone (cantaride) a Ottone secondo (aloe) e Avicenna (clistere di pepe).

NOTA 20.

Sul doppio significato di questo termine dai testi arcaici al corpus ippocratico vedi Walter Artelt, "Studien zur Geschichte der Begriffe 'Heilmittel' und 'Gift': Urzeit HomerCorpus Hippocraticum", Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1968.

John D. Gimlette, "Malay poisons and charm cures", Oxford University Press, Kuala Lumpur, 1971; John D. Gimlette, H.W.

Thompson, "A dictionary of Malayan medicine", Oxford University Press, Kuala Lumpur, 1971: tutti e due i volumi costituiscono un'affascinante introduzione alla stessa ambiguità di significato in un mondo completamente diverso.

NOTA 21.

Judith Lorber, "Deviance as performance: the case of illness", in Eliot Freidson, Judith Lorber (a cura), "Medical men and their work", Aldine, Chicago, 1972, pagine 414-23.

Analizza i tentativi della persona deviante per comunicare l'impressione che spera gli faccia attribuire un'etichetta piuttosto che un'altra.

NOTA 22.

Thomas S. Szasz, "The psychology of persistent pain: a portrait of l'Homme douloureux", in A. Soullairac, J. Cahn, J.

Charpentier (a cura), "Pain", atti del simposio internazionale organizzato dal laboratorio di psicofisiologia della facoltà di Scienze di Parigi, 11-13 aprile 1967, Academic Press, Nuova York, 1968.

NOTA 23.

Mark G. Field, "Structured strain in the role of the Soviet physician", 'American Journal of Sociology', 58 (1953): 493-502.

Descrive una situazione nella quale il governo impose restrizioni al rilascio di permessi per malattia, che erano molto richiesti dagli operai sottoposti a forti strapazzi.

I medici furono costretti a riadattare la definizione della malattia per equilibrare l'interesse degli operai con le esigenze del processo produttivo.

Thomas S. Szasz, "Malingering: diagnosis or social condemnation?", in Freidson e Lorber (a cura), "Medical men and their work", cit., pagine 353-68.

NOTA 24.

Edwin S. Shneidman, "Orientations towards death: a vital aspect of the study of lives", in Robert W. White (a cura), "The study of lives: essays on personality in honor of A. Murray", Atherton, Nuova York, 1963.

Per la classificazione della morte in base all'intenzione e alla legittimità e per altra letteratura sull'argomento vedi Gregory Zilboorg, "Suicide among civilized and primitive races", 'American Journal of Psychiatry', 92 (maggio 1936): 1347-69.

NOTA 25.

I farmacisti, per esempio, in America non sono condannati se avvelenano i loro clienti.

Vedi Earl R. Quinney, "Occupational structures and criminal behavior: prescription violation by retail pharmacists", 'Social Problems', 11 (1963): 179-85.

NOTA 26.

Howard S. Becker, "Outsiders: studies in the sociology of deviance", Free Press, Nuova York, 1963. Chiarisce la connessione fra l'orientamento terapeutico di una occupazione o professione e la 'imprenditorialità'.

NOTA 27.

Joseph R. Gusfield, "Social structure and moral reform: a study of the Woman's Christian Temperance Union", 'American Journal of Sociology' 61 (novembre 1955): 221-32.

I crociati della morale sono sempre ossessionati dall'idea di rendere migliori quelli che sono oggetto della loro beneficenza.

NOTA 28.

Frank Tannenbaum, "Crime and the community", Columbia University Press, Nuova York, 1938.

NOTA 29.

Wilbert Moore, Gerald W. Rosenblum, "The professions: roles and rules", Russell Sage, Nuova York, 1970.

Di questa ampia guida alla letteratura vedi specialmente il capitolo 3, sulla professionalizzazione delle mansioni.

NOTA 30.

William J. Goode, "Encroachment, charlatanism and the emerging professions: psychology, medicine and sociology", 'American Sociological Review', 25 (dicembre 1960): 902-14.

NOTA 31.

Confronta Miriam Siegler, Humphrey Osmond, "Aesculapian authority", 'Hastings Center Studies', 1, numero 2 (1973): 41-52.

NOTA 32.

Eliot Freidson, "Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge", Dodd, Mead, Nuova York, 1971, pagine 208 e seguenti.

NOTA 33.

June Goodfield, "Reflections on the Hippocratic oath", 'Hastings Center Studies', 1, numero 2 (1973): 79-92.

NOTA 34.

La decisione di far vivere una persona e di condannarne così altre a morire è un problema che non è stato affrontato molte volte dalla giurisprudenza.

In America s'è avuto il caso di alcuni marinai riconosciuti colpevoli di omicidio preterintenzionale per aver collaborato a buttare in mare 14 dei 41 passeggeri di una scialuppa di salvataggio che rischiava di affondare (U.S. contro Holmes, 1842).

Per quanto riguarda gli Stati Uniti, il silenzio finora osservato dal potere giudiziario, unendosi a quello del legislativo, sembra implicare che si preferisca lasciare le decisioni che comportano scelte di sopravvivenza a processi non soggetti al magistrato.

Si fa però sempre più insistente la richiesta che venga stabilita una norma di legge per tutelare dai pregiudizi e dall'arbitrio dei professionisti coloro che desiderano sottoporsi agli interventi che, come si dice, 'prolungano la vita'.

Vedi oltre, nota 202.

NOTA 35.

Seymour E. Harris, "The economics of American medicine", Macmillan, Nuova York, 1964.

Minuziosa esposizione del costo dei servizi, dei medicinali, di varie categorie di personale, e degli ospedali, di valore storico per il periodo 1946-61, durante il quale il costo dell'assistenza sanitaria salì del 380 per cento.

NOTA 36.

Robert W. Hetherington, Carl E. Hopkins, Milton I.

Roemer, "Health insurance plans: promise and performance", Wiley, Nuova York, 1975.

Sugli Stati Uniti incombe tutta una galassia di assicurazioni sanitarie autonome e spesso in concorrenza tra loro, che sono in parte di natura commerciale, in parte promosse da fornitori d'assistenza, e in parte ancora organizzate sulla base dell'attività medica di gruppo.

Per la maggioranza dei cittadini a tutto questo si aggiunge una certa copertura da parte della previdenza sociale.

Le reazioni dei clienti, qui analizzate, alle diverse possibilità di scelta mostra quanto poco queste differiscano tra loro.

NOTA 37.

Martin S. Feldstein, "The rising cost of hospital care", Information Resources, Washington, D.C., 1971.

Le cure ospedaliere hanno avuto un aumento di gran lunga superiore a quello degli onorari dei medici.

Il costo complessivo dell'assistenza medica è salito più in fretta del costo medio di tutti i beni e servizi in base all'indice dei prezzi al consumo.

Meno di tutti sono aumentati i medicinali; i prezzi di quelli venduti liberamente sono anzi scesi, ma il calo è stato più che compensato dai farmaci su prescrizione.

NOTA 38.

CREDOC (Centre de recherches et de documentation sur la consommation) "Evolution de la structure des soins médicaux", 1959-1972, Parigi, 1973.

NOTA 39. "Krankheitskosten: 'Die Bombe tickt'; Das westdeutsche Gesundheitswesen, 1: Der Kampf um die Kassen-MiUarden; 2: Die Phalanx der niedergelassenen Ärzte", 'Der Spiegel', numero 19 (1975), pagine 54-66; numero 20 (1975), pagine 126-42.

NOTA 40.

Un'eccellente introduzione generale all'esplosione dei costi nell'assistenza sanitaria è R. Maxwell, "Health care: the proving dilemma.

Needs vs. resources in Western Europe, the U.S. and the U.S.S.R.", MacKinsey and Co., Nuova York, 1974.

Ian Douglas-Wilson, Gordon McLachlan (a cura), "Health service projects: an international survey", Little, Brown, Boston, 1973: una comparazione internazionale che rivela "l'estrema eterogeneità organizzativa e ideologica" dei diversi sistemi.

Dappertutto "il principio razionalizzante è costituito non da un orientamento politico di sinistra o di destra, ma dalla mera necessità di assicurare un uso più efficace di risorse scarse e costose".

Nessun paese può reggere indefinitamente ad aumenti incontrollati degli stanziamenti per la cura delle malattie.

NOTA 41.

Louise Russel e altri, "Federal health spending, 1969-74", Center for Health Policy Studies, National Planning Association, Washington, D.C., 1974.

Da confrontare con B. AbelSmith, "An international study of health expenditures and its relevance for health planning", Public Health Paper numero 32, World Health Organization, Ginevra, 1967.

Basata su un questionario sottoposto ai ministeri, questa indagine sostituisce il precedente "Paying for health services" dello stesso autore e fornisce dati per lo studio delle tendenze.

Herbert E. Klarman, "The economics of health", Columbia University Press, Nuova York, 1965, dà un'analisi qualitativa della domanda, dell'offerta e dell'organizzazione negli Stati Uniti; con un'ampia guida bibliografica.

NOTA 42.

John Bryant Health and the developing world, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1969.

Un quadro dell'assistenza sanitaria nei paesi che ricevono aiuti internazionali.

NOTA 43.

Per una documentazione raccolta da amministratori di professione vedi Balfe e altri, "Resource materials on the socioeconomic and business aspects of medicine", Center for Health Services R. and D., American Medical Association, Chicago, 1971.

Per un orientamento su quanto si pubblica correntemente, soprattutto negli Stati Uniti, in materia di economia sanitaria, da rapporti scientifici ad articoli di settimanali, vedi American Medical Association, 'Medical Socioeconomic Research Sources', 12 numeri l'anno dal 1970.

NOTA 44.

Feldstein, "Rising cost of hospital care" cit.

NOTA 45.

John H. Knowles "The hospital", 'Scientific American', 229 (settembre 1973): 128-37.

Contiene tabelle e diagrammi sull'evoluzione delle spese ospedaliere.

NOTA 46.

Martin S. Feldstein, "Hospital cost inflation: study of nonprofit price dynamics", 'American Economic Review', 61 (dicembre 1971): 853-76.

Per una complementare previsione d'un ulteriore sviluppo della medicina a forte investimento di capitali, vedi Dale L. Hiestand, "Research into manpower for health services", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 44 (ottobre 1966): 146-81.

NOTA 47.

Robert F. Rushmer, "Medical engineering: projections for health care delivery", Academic Press, Nuova York, 1972, pagina 115.

NOTA 48.

Victor R. Fuchs, "Who shall live? Health, economics and social choice", Basic Books, Nuova York, 1974, pagina 15.

NOTA 49.

W.H.

Forbes, "Longevity and medical costs", 'New England Journal of Medicine', 277 (1967): 71-8.

La longevità si misura come "tempo di vita media residua".

E' rimasta quasi costante per il periodo 1947-1965, ma il tasso degli Stati Uniti a paragone con altri paesi industrializzati è sceso nettamente per gli uomini e lievemente per le donne. "Non c'è più nessuna relazione significativa (nei 30 paesi studiati) fra la quantità di denaro spesa per la salute e la longevità della popolazione".

Vedi anche P. Longone, "Mortalité et morbidité", 'Population et société', numero 43 (gennaio 1972).
NOTA 50.

Victor Cohen, "More hospitals to fill: abuses grow", 'Technology Review' ottobre-novembre 1973, pagine 14-16.

NOTA 51.

Robert F. Rushmer, "Medical engineering", cit., esprime la speranza che i futuri maggiori stanziamenti del bilancio federale creeranno un nuovo mercato per gli organi di ricambio, dai seni ortopedici ai cuori artificiali.

NOTA 52.

Feldstein, "Rising cost of hospital care", cit.

NOTA 53.

William A. Glaser, "Paying the doctor: systems of remuneration and their effects", da consultare per gli effetti delle diverse forme di pagamento sulla costosità del medico.

NOTA 54.

John e Sylvia Jewkes, "Values for money in medicine", Blackwell, Oxford, 1963, pagine 30-7, affermano: "Può darsi che man mano che diventano più maturi, gli elettori si rendano conto che in realtà tocca a loro pagare l'assistenza 'gratuita'; e altresì che una prevenzione relativamente a buon mercato perseguita mediante abitudini quotidiane più sane è più efficace che non l'acquisto di cure.

NOTA 55.

Fuchs, nel citato "Who shall live?", capitolo 3, propone di sostituire all'abilitazione individuale l'abilitazione d'istituto.

Lo Stato dovrebbe cioè rilasciare le licenze di abilitazione non ai singoli sanitari ma a istituti di cura i quali sarebbero poi liberi di assumere e utilizzare il personale come meglio ritenessero.

In tal modo si avrebbe un più efficace spiegamento di risorse e si favorirebbe una maggiore mobilità delle mansioni verso l'alto.

Ma il controllo medico sulle cure prodotte e prestate da altri si indebolirebbe.

NOTA 56.

Per una bibliografia sulla medicina socializzata in Gran Bretagna confronta Freidson, "Profession of medicine", cit., pagina 34, numero 9.

NOTA 57.

Michael H. Cooper, "Rationing health care", Halsted Press, Londra, 1975.

Un sobrio tentativo, condotto con vivacità e spirito critico, di inquadrare sotto l'aspetto economico i caratteri e i problemi dei primi 26 anni del Servizio sanitario nazionale britannico.

NOTA 58.

Y. Lisitsin, "Health protection in the USSR", Progress Publishers, Mosca, 1972.

NOTA 59.

Mark G. Field, "Soviet socialized medicine: an introduction", Free Press, Nuova York, 1967.

Una introduzione di base (ferma a 12 anni fa) al sistema sanitario sovietico.

Alle pagine 9-12 una guida ragionata alla bibliografia tedesca, inglese e francese, e al capitolo 5 cenni sul ritorno dalle priorità sociali a quelle curative.

NOTA 60.

Vedi oltre, nota 63.

NOTA 61.

John Frey, "Medicine in three societies", M.T.P., Aylesbury, Inghilterra, 1974.

NOTA 62.

Mark G. Field, "Soviet and American approaches to mental illness: a comparative perspective", 'Review of Soviet Medical Sciences', 1 (1964): 1-36.

NOTA 63.

Joachim Israel, "Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin?", 'Neue Gesellschaft', 21 (1974): 397-404.

Inventario di 15 forti tendenze verso la burocratizzazione della vita, che nella medicina assume forme in specifico rapporto con la salute e che minaccia i cittadini della Repubblica federale tedesca non diversamente da quelli dell'Unione Sovietica.

NOTA 64.

Odin W. Anderson, "Health care: can there be equity? The United States Sweden and England", Wiley, Nuova York, 1972.

Tutti e tre i sistemi si sviluppano in direzione dello stesso tipo di burocrazia, a costi comparabili, ma l'equità di accesso è molto inferiore negli Stati Uniti.

NOTA 65.

International Bank for Reconstruction and Development, "Health sector policy paper", Washington, D.C., marzo 1975.

NOTA 66.

Non bisogna trascurare che le facoltà di medicina dei paesi poveri costituiscono uno dei mezzi più efficaci per il trasferimento netto di denaro ai paesi ricchi.

O. Ozlak, D.

Caputo, "The migration of medical personnel from Latin America to the U.S.: towards an alternative interpretation", relazione presentata alla Pan-American Conference on Health and Manpower Planning, Ottawa, Canada, 10-14 settembre 1973.

Gli autori calcolano che la perdita netta annua per l'intera America latina dovuta al flusso di medici verso gli Stati Uniti è di 200 milioni di dollari, cifra pari all'intero aiuto sanitario fornito dagli Stati Uniti all'America latina durante il primo decennio dello sviluppo, cioè il periodo che cominciò con l'"Alleanza per il progresso".

Hossain A. Ronaghy, Kathleen Cahill, Timothy D.

Baker, "Physician migration to the United States: one country's transfusion is another country's hemorrhage", 'Journal of the American Medical Association', 227 (1974): 538-42, notizie sull'emigrazione di giovani iraniani dall'università in cui hanno preso la laurea.

Oscar Gish (a cura), "Doctor migration and world health", Occasional Papers on Social Administration numero 43, Social Administration Research Trust, Bell, Londra, 1971.

Stephen S. Mick, "The foreign medical graduate", 'Scientific American', 232 (febbraio 1975): 14-22.

Sono 58000 i medici immigrati che esercitano oggi negli Stati Uniti; il numero dei professionisti pienamente abilitati si è quadruplicato.

Nelle regioni medio atlantica, nord-centrale e della Nuova Inghilterra essi sono più numerosi dei medici locali.

L'India, le Filippine, l'Italia e il Canada hanno rispettivamente pagato l'intera istruzione di oltre 3000 di essi; l'Argentina, la Corea del Sud e la Thailandia, fra le altre nazioni, più di 1000 ciascuna.

Nota Bene: la preparazione di un medico peruviano costa circa seimila volte più dell'istruzione di un contadino-tipo peruviano.

NOTA 67.

Nel Ghana il Central Hospital assorbiva a un certo momento 149 dei 298 medici disponibili per i servizi sanitari ufficiali, mentre i pazienti che vi erano stati indirizzati da personale medico esterno all'ospedale non arrivavano all'uno per cento: M.J.

Sharpston, "Uneven geographical distribution of medical care, a Ghanaian case study", 'Journal of Development Studies', 8 (1972): 205-22.

NOTA 68.

Per un'utile rassegna della ricerca sociologica sulla salute in America latina vedi Arthur Rubel, "The role of social science research in recent health programs in Latin America", 'Latin American Research Review', 2 (1966): 37-56.

Dieber Zschock, "Health planning in Latin America: review and evaluation", 'Latin American Research Review', 5 (1970): 35-56.

NOTA 69.

Confronta Victor R. Fuchs, "The contribution of health services to the American economy", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 44 (ottobre 1966): 65-103.

NOTA 70.

Per un orientamento vedi Joshua Horn, "Dottore in Cina", Longanesi Milano, 1971.

Victor W., Ruth Sidel, "Medicine in China: individual and society", 'Hastings Center Studies' 2, numero 3 (1974): 23-36.

Victor Sidel, "The barefoot doctors of the People's Republic of China", 'New England Journal of Medicine', 286 (1972): 1292-1300.

A.J.

Smith, "Medicine in China", 5 articoli, 'British Medical Journal', 1974, 2: 367-70 e i quattro numeri successivi.

Carl Djerassi, "The Chinese achievement in fertility control", 'Bulletin of the Atomic Scientists', giugno 1974, pagine 17-24.

Paul T. K. Lin, "Medicine in China", 'Center Magazine' (Santa Barbara, California), maggio-giugno 1974.

M.H.

Liang e altri, "Chinese health care: determinants of the systems", 'American Journal of Public Health', 63 (febbraio 1973): 102-10.

Il libro di Horn resta il miglior rapporto in prima persona.

I lavori dei Sidel e di Smith riferiscono impressioni di medici che hanno viaggiato in Cina.

Djerassi analizza a fondo com'è considerata la contraccezione.

Lin richiama l'attenzione sui nuovi problemi creati dal recente prevalere delle malattie degenerative.

Vedi anche Ralph C. Croizier, "Traditional medicine in modern China: science, nationalism and the tension of cultural change", Harvard University Press, Cambridge, 1968.

NOTA 71.

David Lampton, "Health, conflict and the Chinese political system", Michigan Papers in Chinese Studies numero 18, University of Michigan, Center for Chinese Studies, Ann Arbor, 1974: a partire dal 1971 gruppi d'interessi concorrenti, impegnati ognuno per suo conto alla massima realizzazione dei propri valori, hanno contribuito a ristabilire nella medicina il modello burocratico pre-1968.

NOTA 72.

Strumenti per l'ulteriore studio dell'assistenza sanitaria nella Cina d'oggi: Joseph Quinn, "Medicine and public health in the People's Republic of China", U.S.

Department of Health, Education and Welfare publication numero NIH 73-67; Fogarty International Center, "A bibliography of Chinese sources on medicine and public health in the People's Republic of China: 1960-1970", U.S.

Department of H.E.W. publication numero NIH 73439, 'American Journal of Chinese Medicine', indirizzo: P.O.

Box 555, Garden City, N.Y. 11530.

NOTA 73.

Vicente Navarro, "The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America", 'International Journal of Health Services', 4, numero 1 (1974): 5-27.

La scarsità di assistenza sanitaria è coerente con la scarsità di prodotti industriali in genere, che privilegia una lumpen-borghesia imprenditoriale urbana dipendente dalle sue controparti straniere.

Questo articolo si basa su una relazione preparata per la PanAmerican Conference on Health and Manpower Planning tenutasi a Ottawa, Canada, dal 10 al 14 settembre 1973.

Una versione modificata compare nel numero della primavera 1974 di 'Politics and Society'.NOTA 74.

B.

Shenkin, "Politics and medical care in Sweden: the Seven Crowns reform", 'New England Journal of Medicine' 288 (1973): 555-59.

Per lo sfondo confronta Ronald Huntford, "The new totalitarians", Stein and Day, Nuova York, NOTA 75.

Roy A. e Zhores Medvedev, "A question of madness", Macmillan, Londra, 1972, criticano il fatto che, per la natura della società, almeno due professioni, la medicina e la legge, non siano indipendenti dalla macchina statale.

La centralizzazione totalitaria dei servizi medici, se per un verso ha introdotto il principio progressista di assistenza sanitaria gratuita per tutti, peraltro ha anche reso possibile l'uso della medicina come mezzo di controllo governativo e di regolazione politica.

NOTA 76.

Per gli Stati Uniti vedi David R. Hyde e altri, "The American Medical Association: power, purpose and politics in organized medicine", 'Yale Law Journal', 63 (maggio 1954): 938-1022.

Un'analisi critica datata ma sempre valida.

Richard Harris, "A sacred trust" Penguin, Baltimora, 1969.

Una storia dell'abile e costosa battaglia condotta dall'American Medical Association contro la legislazione sulla sanità pubblica negli anni Sessanta.

Elton Rayack, "Professional power and American medicine: the economics of the American Medical Association", World Publ., Cleveland, 1967, descrive gli intrighi e i ricatti della lobby dell'American

Medical Association per tenere sotto il suo stretto controllo le abilitazioni e la fissazione delle norme riguardanti qualunque prodotto in qualche modo connesso con la salute.

Questo controllo toglie ogni limite al potere dei medici.

NOTA 77.

Sui motivi che, in America, spingono i medici a sindacalizzarsi, vedi S. Kelman, "Towards a political economy of medical care", 'Inquiry', 8, numero 3 (1971): 30-8.

Vedi inoltre sopra, nota 74.

NOTA 78.

Lewis Mumford "Il mito della macchina", Saggiatore, Milano, 1969, sviluppa il concetto della società come megamacchina.

NOTA 79.

Oltre un certo grado di intensità, il consumo genera scarsità di tempo: Staffan B. Linder, "Harried leisure class", Columbia University Press, Nuova York 1970; l'accelerazione genera penuria di spazio: Jean Robert, "Essai sur l'accélération des dons", 'L'Arc' (Aix-en-Provence), autunno 1975; e la programmazione distrugge le possibilità di scelta: Herbert Marcuse, "Eros e civiltà", Einaudi, Torino, 1964.

NOTA 80.

René Dubos, "Man and his environment biomedical knowledge and social action", Pan-American Health Organization, Scientific Publication numero 131, Washington, D.C., marzo 1966. "Il tipo di salute che gli uomini maggiormente desiderano... è la condizione più idonea a raggiungere gli obiettivi che ciascun individuo si prefigge".

Vedi anche Heinz von Foerster, "Molecular ethology: an immodest proposal", Plenum Press, Nuova York, 1970, per una dimostrazione ricavata dalla biologia teoretica che la 'vita' non banale può essere estinta da un eccesso di programmazione.

NOTA 81.

Victor Fuchs, "Some economic aspects of mortality in developed countries", relazione presentata alla Conference on the Economy of Health and Medical Care, Tokyo, 1973, ciclostilato.

Parte dal presupposto che "la vita è prodotta in primo luogo da attività non di mercato, nelle quali tendono a specializzarsi le donne".

Il tentativo di sostituire anziché integrare queste 'attività non di mercato' con merci è letteralmente malsano.

Vedi Alan Berg, "The nutrition factor", cit., appendice C, pagina 229, sugli effetti patogeni della sostituzione di vari prodotti industriali al latte materno.

NOTA 82.

L'espressione è di J.-P.

Dupuy e S. Karsenty, "L'invasion pharmaceutique" Seuil, Parigi, 1974, il cui libro analizza l'azione convergente di tre forze: le aspettative irrealistiche delle maggioranze pazienti, la gestione medica d'un sistema tecnico che ha funzioni soprattutto simboliche, e l'attività dell'industria farmaceutica, sempre più impegnata nel lancio di pseudoinvenzioni.

NOTA 83.

Per un primo orientamento: Alfred M. Ajarni junior, "Drugs: an annotated bibliography and guide to the literature", Hall, Boston, 1973.

Scelta e commento di oltre 500 titoli di psicofarmacologia per un corso interdisciplinare sulla 'scena' americana della fine degli anni Sessanta.

U.S.

National Clearing House for Mental Health, "Bibliography of drug dependence and abuse 1928-1966", Chevy Chase, M.d., 1969.

Indispensabile per la ricerca storica.

Alice L. Brunn, "How to find out in pharmacy: a guide to sources of pharmaceutical information", Pergamon Press, Oxford, 1969.

Un semplice repertorio.

R. H. Blurn e altri, "Society and drugs", 2 volumi, Jossey-Bass, Berkeley, California, 1970.

Una biblioteca portatile sul tema società e farmaci.

NOTA 84.

G.E.

Vaillant, "The natural history of narcotic drug addiction", 'Seminars in psychiatry', 2 (novembre 1970): 486-98.

Sia per quanto riguarda la loro desiderabilità che per il loro effetto i farmaci dipendono dall'ambiente in cui vengono presi.

La scelta del farmaco è una funzione della cultura, l'abuso una funzione dell'uomo.

La ritualizzazione del consumo di droga, crea una sua sottocultura: perciò la storia della tossicomania, come quella della società, va riscritta ogni certo numero di anni.

Samuel Proger (a cura) "The medicated society", Macmillan, Nuova York, 1968, riporta documenti che fanno vedere il tipo di 'cultura della droga' che predominava negli Stati Uniti molto prima dell'L.S.D.

L'isolamento dei drogati in un loro ghetto dipende dalla misura in cui la comunità li respinge.

I portoricani di Nuova York, per esempio, non respingono i loro drogati come fanno i borghesi americani: J. P. Fitzpatrick, "Puerto Rican addicts and nonaddicts: a comparison", ricerca inedita, Institute for Social Research, Fordham University, 1975.

NOTA 85.

Hans Wiswe, "Kulturgeschichte der Kochkunst: Kochbucker und Rezepte aus zwei Jahrtausenden", Moos, Monaco, 1970.

La maggior parte delle società non fa distinzione fra la farmacopea e la dieta.

Questa rassegna di libri di cucina mostra come molti di essi furono scritti da medici, i quali tenevano spesso a ripetere che la medicina migliore non si trova in farmacia ma in cucina.

Quasi tutti contengono 'ricette' per la cura dei malati.

NOTA 86.

Sullo stato attuale delle conoscenze riguardo all'azione dei farmaci vedi Louis S. Goodman, Alfred Gilman, "The pharmacological basis of therapeutics", quarta edizione, Macmillan, Nuova York, 1970.

Sui modi di prescrizione, Karen Dunnell, Ann Cartwright, "Medicine taker, prescribers and hoarders", Routledge, Londra, 1972.

Chi prende medicinali, di che specie, per quali tipi di condizioni e sintomi? In che modo i medici incoraggiano o scoraggiano queste abitudini? Quali tipi di farmaci sono tenuti in casa e per quanto tempo? Notizie dettagliate riguardo all'Inghilterra.

Vedi anche John P. Morgan, Michael Weintraub, "A course on the social functions of prescription drugs: seminar syllabus and bibliography", 'Annals of Internal Medicine', 77 (agosto 1972): 217-22; Paul Stolley, Louis Lasagna "Prescribing patterns of physicians", 'Journal of Chronic Diseases', 22 (dicembre 1969): 395-405.

NOTA 87. 'Business in Thailand', numero speciale sull'industria farmaceutica, agosto 1974.

NOTA 88.

I medici americani possono avere facile accesso a queste informazioni da fonti come la 'Medical letter on drugs and therapeutics', un notiziario farmacologico obiettivo che viene inviato per posta quindicinalmente dalla Medical Library Association.

Da qualche anno una sua edizione italiana è curata e distribuita dalla Associazione per l'informazione sanitaria, via Venti Settembre 24, Milano.

Nulla del genere è invece disponibile in francese, tedesco o spagnolo.

Vedi anche Richard Burack "The new handbook of prescription drugs: official names, prices and sources for patient and doctor", edizione riveduta, Pantheon, Nuova York, 1970 (vedi sotto, nota 97, una descrizione di questo libro).

NOTA 89.

Le notizie sulla cloromicetina sono tratte da U.S.

Senate, Select Committee on Small Business, Subcommittee on Monopoly, "Competitive problems in the drug industry", Novantesimo Congresso, prima e seconda sessioni, 1967-68, parte 2, pagina 565.

NOTA 90.

Sui meccanismi che trasformano l'autoregolazione in licenza di commettere il massimo abuso tollerato pubblicamente, vedi Eliot Freidson, Buford Rhea, "Process of control in a company of equals", 'Social Problems', 9 (1963): 119-131.

William J.

Goode, "The protection of the inept", 'American Sociological Review', 32 (febbraio 1967): 5-19.

Mostra come l'autodisciplina consista in larga misura nella protezione dell'incapace che fa parte del gruppo e nella protezione degli interessi del gruppo dagli eccessi dell'incapace.

La modernizzazione consiste in una più efficiente utilizzazione dell'incapace a beneficio del gruppo.

Eliot Freidson, Buford Rhea, "Knowledge and judgement in professional evaluations", 'Administrative Science Quarterly', 10 (giugno 1965): 107-24.

NOTA 91.

La memoria non serve come guida per rintracciare quali farmaci sono stati prescritti o consumati in passato.

Una ricerca nel registro nazionale delle prescrizioni in Inghilterra e nel Galles ha mostrato che su 10 donne che avevano dato alla luce un bambino anormale dopo aver preso il talidomide su ricetta, 8 negavano di averlo preso, e i loro medici negavano di averlo ordinato.

Vedi A.L.

Speirs, "Thalidomide and congenital abnormalities", 'Lancet', 1962, 1: 303.

NOTA 92.

Henri Pradal, "Guide des médicaments les plus courants", Seuil, Parigi, 1974 (edizione italiana a cura di G. de Napoli Cocco, "Guida ai medicinali più comuni", Oscar Mondadori, Milano, 1976).

Pubblicato direttamente in edizione economica dal mio editore francese nel 1973, questo libro è di un medico che ha fatto molti anni di esperienza come tossicologo.

Elenca 100 prodotti farmaceutici di larga diffusione, spiegando di ognuno che cosa è, per che cosa è indicato, come viene generalmente usato o prescritto, e con quali conseguenze.

Il giorno stesso della pubblicazione, in Francia, 57 case farmaceutiche iniziarono altrettante azioni legali per far ritirare il libro dal commercio e chiesero il risarcimento degli eventuali danni.

NOTA 93.

A. Del Favero e G. Loiacono, "Farmaci, salute e profitti in Italia", Feltrinelli, Milano, 1974, descrive, fra l'altro, la servile subordinazione della classe medica italiana nei confronti dell'industria farmaceutica.

Molto documentato.

NOTA 94.

James H. Young, "Medical messiahs: a social history of health quackery in twentieth-century America", Princeton University Press, Princeton, N. J., 1967.

Il retroterra storico su cui si è affermata l'altanzosa sicurezza della medicina organizzata americana, basata sulla protezione del pubblico dai guaritori dilettanti e dall'automedicazione.

Per la storia precedente vedi James H. Young, "The toadstool millionaires: a social history of patent medicines in America before federal regulation", Princeton University Press, Princeton, N. J., 1961.

NOTA 95.

Robert S. MacCleery, "One life, one physician: an inquiry into the medical profession's performance in self-regulation", A Report to the Center for the Study of Responsive Law, Public Affairs Press, Washington, D. C., 1971.

Questa relazione preparata per un gruppo di studio promosso da Ralph Nader conclude che nella professione medica c'è una totale mancanza di controllo sulla qualità interna.

NOTA 96.

Morton Mintz, "By prescription only: a report on the roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, pharmaceutical manufacturers and others in connection with the irrational and massive use of prescription drugs that may be worthless, injurious or even lethal", seconda edizione, Beacon Press, Boston, 1967.

Pubblicato originalmente col titolo "The therapeutic nightmare" (Houghton Mifflin, Boston 1965), questo capolavoro di giornalismo investigativo dovuto a un cronista della 'Washington Post' ha fatto più di qualsiasi altro libro per porre su nuove basi la discussione intorno alla medicina negli Stati Uniti.

Da dieci anni una minoranza caritatevole si stava preoccupando del danno che la medicina capitalista faceva ai poveri; col libro di Mintz la maggioranza consumatrice di compresse prendeva coscienza di quello che faceva a lei.

NOTA 97.

Confronta il già citato libro del dottor Richard Burack, "The new handbook of prescription drugs".

Pubblicato quando era ancora difficile ottenere prove di valore giudiziario riguardo alle indebite preferenze delle commissioni di controllo, alle intese per diffondere notizie imprecise e fuorvianti sui medicinali tossici, e alla venalità di non pochi professori di medicina, questo libro fornisce dati informativi e valutazioni sull'efficacia, l'utilità, gli effetti collaterali e le applicazioni dei 200 farmaci più prescritti, commenta i loro prezzi a paragone degli equivalenti generici (di cui indica i fornitori con i relativi indirizzi) e aggiunge gustosi aneddoti su molte panacee di marca.

NOTA 98.

James L. Goddard, "The drug establishment", 'Esquire', marzo 1969.

Un servizio giornalistico chiaro e ben documentato.

NOTA 99.

Edwin Sutherland "White-collar crime", Holt, Nuova York, 1961, usa questa espressione per indicare una molteplicità di reati gravi che comportano un danno sociale evidente e che o non vengono perseguiti o sono di esclusiva competenza dei tribunali civili.

La varietà medica ha conseguenze epidemiche e si potrebbe chiamare 'delitto in camice bianco'.

NOTA 100.

Herbert Schreier e Lawrence Berger, "On medical imperialism: a letter", 'Lancet', 1974, 1, pagina 1161: "Sollecitata dalla U.S.

Food and Drug Administration, la ParkeDavis inserì vigorose avvertenze in cui si metteva in guardia dai rischi e si precisavano le indicazioni per quanto riguardava l'uso del farmaco negli Stati Uniti.

L'avvertenza non si estese allo stesso prodotto all'estero".

Vedi anche John F. Helligers, "Chloramphenicol in Japan: let it bleed", 'Bulletin of Concerned Asia Scholars', 5 (luglio 1973): 37-45.

Un più ampio controllo federale sull'esportazione dei medicinali rimedierebbe solo in parte a questa forma di imperialismo.

La vigilanza federale, che oggi abbraccia i 6 miliardi di dollari di produzione dell'industria farmaceutica, non si estende ancora ai 3 miliardi che fattura l'industria produttrice di dispositivi sanitari.

Non può quindi impedire, per esempio, che la società A. H. Robins fornisca a ditte straniere un tipo di scudo anticoncezionale che è stato ritirato dal mercato americano per il suo alto tasso d'infezione: confronta 'Hastings Center Studies', 5, numero 3 (1975): 2.

NOTA 101.

Sulla medicina in Cile sotto Allende si consulti Howard Waitzkin, Hilary Modell, "Medicine, socialism and totalitarianism: lesson from Chile", 'New England Journal of Medicine', 291 (1974): 171-7; Vicente Navarro, "What does Chile mean? An analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 52 (primavera 1974): 93-130.

Quest'ultimo articolo si basa su una relazione presentata all'International Health Seminar tenutosi nel febbraio 1974 presso l'Università Harvard.

Per una testimonianza oculare vedi Ursula Bernauer, Elisabeth Freitag, "Poder popular in Chile am Beispiel Gesundheit: Dokumente aus Elerulsvierteln", Stein/Nurnberg - Laetere/Imba, 1974.

NOTA 102.

Albert Jonsen e altri, "Doctors in politics: a lesson from Chile", 'New England Journal of Medicine', 291 (1974): 471-2.

Descrive la particolare violenza con cui i medici furono perseguitati dalla giunta militare. NOTA 103.

John M. Firestone, "Trends in prescription drugs prices", Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, D.C., 1970.

La spesa per medicinali, negli Stati Uniti, rappresenta appena il 10 per cento della spesa sanitaria globale.

L'aumento moderato del costo delle singole prescrizioni negli ultimi anni è dovuto soprattutto al maggior volume della prescrizione media.

NOTA 104.

Edward M. Brecher, Consumer Reports Editors, "Licit and illicit drugs: the Consumers Union report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens and marijuanaincluding caffeine, nicotine and alcohol", Little Brown, Boston, 1973.

NOTA 105.

D. M. Dunlop, "The use and abuse of psychotropic drugs", 'Proceedings of the Royal Society of Medicine', 63 (1970): 1279.

G.

L. Klerman, "Social values and the consumption of psychotropic medicine", in "Proceedings of the First World Congress on Environmental Medicine and Biology", North-Holland, Haarlem, 1974.

Per una forma particolarmente pernicioso di farmacodipendenza prescritta dal medico vedi Dorothy Nelkin, "Methadone maintenance: a technological fix", Braziller, Nuova York, 1973.

NOTA 106.

James L. Goddard, "The medical business", 'Scientific American', 229 (settembre 1973): 161-6.

Contiene tabelle e diagrammi che mostrano le vendite americane di medicinali, su prescrizione e senza, divise per categorie, dal 1962 al '71; i dati analitici del fatturato del 1968 per 17 primarie case farmaceutiche; l'introduzione di nuovi farmaci, combinazioni e dosaggi dal 1958 al '72.

Raggruppa i farmaci su prescrizione in 8 classi; nella sola categoria dei 'prodotti per il sistema nervoso', il fatturato complessivo supera il miliardo di dollari l'anno: a fronte di questa, altre tre categorie totalizzano ognuna 500 milioni e le rimanenti meno di 350 ciascuna.

Per un esame analitico secondo l'età e il sesso del consumatore e il tipo di medicinale, riguardante 762 milioni di prodotti per un valore di 2 milioni e mezzo di dollari prescritti a pazienti non ospedalizzati nel corso di un solo anno negli Stati Uniti, confronta B. S. H.

Harris, J. B. Hallan, "The number and cost of prescribed medicines: selected diseases", 'Inquiry', 7 (1970): 38-50.

NOTA 107. "Drug use in America: problem in perspective", Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 4 volumi, Government Printing Office, Washington, D.C., 1972-74 (stock numero 5266-0003).

National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education, "An abstract for action", MacGrawHill, Nuova York, 1970.

NOTA 108.

Mitchell Balter e altri, "Cross-national study of the extent of anti-anxiety/sedative drug use", 'New England Journal of Medicine', 290 (1974): 769-74.

NOTA 109.

Michael Balint, "Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice", Mind and Medicine Monographs, Lippincott, Filadelfia, 1970.

La prescrizione dà lustro e apparente razionalità all'idea che il progresso consista nel procurarsi una via d'uscita da ogni cosa, compresa la realtà.

Balint rileva che in due terzi dei casi in cui i farmaci erano stati prescritti ripetutamente senza alcuna giustificazione tecnica, il medico stesso aveva preso l'iniziativa di offrire il prodotto.

Harry Dowling, "How do practicing physicians use new drugs?", 'Journal of the American Medical Association', 185 (1963): 233-36.

Per paura che 'non faccia nulla', il medico generico è portato a prescrivere più di quanto è indicato dalle istruzioni sulla scatola.

Sul modo in cui si diffondono gli abusi di prescrizione, vedi Leighton E. Cluff e altri, "Studies in the epidemiology of adverse drug reactions", 'Journal of the American Medical Association', 188 (1964): 976-83.

NOTA 110.

Philippe de Félice, "Poisons sacrés, ivresses divines.

Essai sur quelques formes inférieures de la mystique", Albin Michel, Parigi, 1936, ristampa 1970.

Confronto fra lo scenario e il fine tradizionali, di solito religiosi, del consumo di droga e l'attuale uso laicizzato delle sostanze che alterano la mente.

NOTA 111.

Charles Levinson, "Valium zum Beispiel: die multinationalen Konzerne der pharmazeutischen Industrie", Rowolth, Amburgo 1974.

I prezzi imposti in India dalla Glaxo, dalla Pfizer, dalla Hoechst, dalla CIBA-Geigy e dalla Hoffmann-La Roche sono in media superiori del 357 per cento a quelli indicati nei paesi occidentali dove queste società hanno le loro sedi centrali.

NOTA 112.

I dati sono tratti da Burack, "New handbook of prescription drugs", cit.

NOTA 113.

Nella maggioranza dei paesi, la maggior parte delle informazioni sui farmaci destinate al medico proviene da manuali patrocinati dalle industrie, come, per gli Stati Uniti, il 'Physicians desk reference to pharmaceutical specialities and biologicals', pubblicato dal 1946 dalla Medical Economics, Rutherford, N. J. Questa pubblicazione annuale, nota con le iniziali P.D.R., è sostenuta dall'industria farmaceutica; le descrizioni dei farmaci sono redatte dalle stesse case produttrici, che pagano 115 dollari per ogni pollice di colonna occupato: vedi John Pekkanen, "The American connection: profiteering and politicking in the 'ethical' drug industry", Follett, Chicago, 1973, pagina 106.

Il Vidal francese riporta descrizioni in cui non si fa parola delle avvertenze che sono invece obbligatorie nel foglietto che accompagna il prodotto.

Di tipo completamente diverso sono, negli Stati Uniti, due compendi farmacologici semiufficiali, la "Pharmacopeia of the United States of America (U.S.P.) e il National formulary (N.F.).

L'U.S.P. ha prestato costante attenzione al valore terapeutico e alla tossicità.

Questi compendi NON sono fatti per guidare i medici, ma per fornire agli industriali farmaceutici le norme tecniche che i preparati debbono soddisfare per essere ammesse sul mercato interstatale negli USA.

NOTA 114.

Per farsi un'idea del numero di medici al servizio di una singola casa nella propaganda a favore di un unico prodotto si veda 'Librium: worldwide bibliography', pubblicata annualmente dal 1959 dai Laboratori Roche.

Le prime quattro annate contengono 832 titoli.

Si veda anche in 'Science', 180 (1973): 1038, i risultati di uno studio condotto dalla Federal Drug Administration americana sull'etica dei medici che sperimentano i nuovi farmaci: un quinto dei sottoposti a indagine si erano inventati i dati spediti alle case farmaceutiche, e avevano intascato i compensi.

NOTA 115.

Selig Greenberg, "The quality of mercy: a report on the critical condition of hospital and medical care in America", Atheneum, Nuova York, 1971.

Un anno di pubblicità farmaceutica costa più di quanto costerebbe il mantenere all'università per un anno tutti i medici degli Stati Uniti.

NOTA 116.

H. Friebe, "Arzneimittelverbrauchs-Studien", in H. J.

Dengler, W. Wirth (cur). "Seminar für Klinische Pharmakologie auf Schloss Reinsberg bei Gnzburg/Donau, vom 25.-29.

Oktober, 1971", berichtet von der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V., Francoforte sul Meno, pagine 228-40.

Succinta e preziosa messa a punto circa la mancanza di criteri di misura utili, che non permette di andare responsabilmente oltre questa affermazione generale.

L'autore è direttore della divisione che si occupa dell'efficacia e sicurezza dei farmaceutici presso l'Organizzazione mondiale della sanità.

NOTA 117.

World Health Organization, Regional Office for Europe, "Consumption of drugs: report on a symposium", Oslo, November 3-7, 1969.

Edizione a circolazione limitata, disponibile solo per chi rivesta una posizione professionale ufficiale attraverso l'ufficio della W.H.O. di Copenhagen.

Questo studio è il primo del genere.

Mette a confronto 22 paesi, rilevando differenze significative nei modelli di consumo farmaceutico ma enormi difficoltà nello stabilire comparazioni precise.

Le categorie terapeutiche, le valutazioni dei costi e le misure per unità farmacologica differiscono fra loro.

Dai dati raccolti è lecito dedurre che il consumo totale di medicine è largamente indipendente dal costo o dal tipo di pratica dominante, cioè privata o socializzata.

Il consumo dei medicinali su prescrizione è sicuramente in rapporto con la densità dei medici che prescrivono.

NOTA 118.

Alfred M. Freedman, "Drugs and society: an ecological approach", 'Comprehensive Psychiatry', 13 (settembre-ottobre 1972): 411-20.

NOTA 119.

Alvin Moscow, "Merchants of heroin", Dial Press, Nuova York, 1968.

Può servire come introduzione a una branca del commercio clandestino.

NOTA 120.

Per la storia dell'uso cosciente dell'effetto placebo, vedi Arthur K. Shapiro, "A contribution to a history of the placebo effect", 'Behavioral Science', 5 (aprile 1960): 109-35; Gerhard Kienle,

"Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: eine kritische Untersuchung", Schattauer, Stoccarda, 1974.

La capacità del placebo di provocare sintomi di un tipo specifico, anche quando è somministrato in una situazione d'inconsapevolezza da entrambe le parti, è discussa da Kienle nel capitolo 7.

Una miniera di bibliografia internazionale sulla sicurezza dei farmaci.

NOTA 121.

Vedi le dichiarazioni di Henry Simmons, direttore dell'Ufficio medicinali della Food and Drug Administration, in Nicholas Wade, "Drug relation: F.D.A. replies to charges by economists and industry", 'Science', 179 (1973): 775-7.

NOTA 122.

Ibidem.

NOTA 123.

Fuchs, "Who shall live?", cit.

NOTA 124.

William M. Wardell, "British usage and American awareness of some new therapeutic drugs", 'Clinical Pharmacology and Therapeutics', 14 (novembre-dicembre 1973): 1022-34.

Studia alcuni farmaci nuovi distribuiti in Inghilterra e largamente discussi nelle riviste ricevute in abbonamento da medici americani; scopre che lo specialista americano ignora l'esistenza di tali farmaci finché non vengono messi in commercio negli Stati Uniti e che le sue cognizioni al riguardo dipendono perciò dal venditore.

NOTA 125.

Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V., "Bioverfügbarkeit von Arzneistoffen", volume quarto, Umschau, Francoforte, 1974.

Speciale attenzione meritano le campagne promozionali condotte congiuntamente da case per altro verso concorrenti.

Attualmente esse puntano a esaltare la superiorità dei prodotti di marca rispetto agli equivalenti generici (per esempio dell'Aspirina Bayer rispetto all'aspirina comune) in virtù della 'biodisponibilità', cioè della maggiore e più controllata disponibilità biologica che il farmaco avrebbe, una volta introdotto nell'organismo.

Per ogni mente sgombra da preconcetti, dieci anni di ricerca hanno dimostrato che con la sola eccezione di un preparato generico di cloramfenicolo (confronta Burack, "A new handbook of prescription drugs", pagina 85), i medicamenti generici non sono affatto inferiori a quelli prodotti sotto nomi di marca.

Questa conclusione fa ormai parte delle regole cui si ispira la politica federale americana.

Tuttavia negli ultimi cinque anni le società farmaceutiche hanno patrocinato ogni anno diverse centinaia di 'relazioni di ricerca' sulle differenze di 'bio-disponibilità', spendendo per l'autore di ogni studio una media di 6000 dollari fra onorario, spese e costo della partecipazione a congressi.

Molti di questi autori sono capi facoltà di grandi atenei.

Le conclusioni della maggior parte dei loro studi non rivelano alcuna differenza significativa dal punto di vista sanitario.

Ma l'effetto globale di questa fantomatica ricerca è la mistificazione del medico generico, sovente indotto a prescrivere il farmaco reclamizzato per la sua alta 'biodisponibilità', senza tener conto del suo prezzo.

NOTA 126.

J.-P.

Dupuy, A. Letourmy, "Déterminants et cots sociaux de l'innovation en matière de santé", rapporto pubblicato dall'OCDE, 1974.

Gli autori portano sostegno a questa tesi.

Il raffinamento dei criteri con cui lo specialista misura l'efficacia del suo intervento oltre una certa soglia determina la comparsa di effetti collaterali indesiderati genericamente prevedibili.

Se si tentasse di affrontare a loro volta questi effetti secondari con misure diagnostiche e curative specifiche, il nuovo intervento medico non farebbe che rafforzare la iatrogenesi. NOTA 127.

Sulla certificazione delle prostitute vedi William W.

Sanger, "The history of prostitution", American Medical Press, Nuova York, 1858.

NOTA 128.

Per la storia dei certificati medici di morte vedi U.S.

National Office of Vital Statistics, "First things and last: the story of birth and death certificates", U.S. Public Health Service publication numero 724, Washington, D.C., 1960.

NOTA 129.

Office of Health Economics, "Off sick", Londra, gennaio 1971. pagina 17.

Vi si calcola che dal 15 al 30 per cento delle visite presso lo studio del medico non hanno altro scopo se non quello di ottenere un certificato.

Nel 58 per cento dei casi, l'ultimo giorno di inabilità al lavoro indicato sui permessi di assenza per malattia coincide con un sabato.

NOTA 130.

La prevaricazione della "expertise" sul principio giuridico che non considera valide le valutazioni espresse da corpi chiusi, non controllabili dalla collettività, non è, naturalmente, un fenomeno limitato alla medicina: è una caratteristica comune della secolarizzazione e della nascita delle professioni. Nelle aule di tribunale e fuori, essa sgretola la fiducia in ciò che l'uomo comune vede e sente, minando sia il processo giudiziario sia quello politico.

Sulle idee dell'autore riguardo alla espropriazione del linguaggio, della scienza e delle procedure giuridiche da parte delle professioni, vedi Ivan Illich, "La convivialità", cit., pagine 137-57.

NOTA 131.

Franz Boll, "Die Lebensalter: ein Beitrag zur antiken Ethologie und zur Geschichte der Zahlen", 'Neue Jahrbucher fur das klassische Altertum, Geschichte und deutsche Literatur', 16, numero 31 (1913): 89-145.

NOTA 132.

Vedi E.E.

Evans-Pritchard, "Witchcraft, oracles and magic among the Azandé", Oxford University Press, Nuova York, 1937, per la distinzione fra lo stregone e la strega.

Affinata, essa è applicata alla cultura occidentale da Jeffrey B. Russell, "Witchcraft in the Middle Ages", Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1972.

L'elemento demonologico che trasforma la maga in un'eretica si ritrova di solito trapiantato al livello dei tribunali.

NOTA 133.

Victor W. Turner, "Betwixt and between: the liminal period in 'Rites de passage'", in American Ethnological Society "Symposium on new approaches to the study of religion: proceedings, 1964", University of Washington Press, Seattle, 1965, pagine 4-20.

Con la medicalizzazione della vita, ciò che nelle società del passato si presentava come fatto 'imminare' è divenuto la situazione quotidiana dell'uomo amministrato.

NOTA 134.

Arnold van Gennep, "Rites de passage" (edizione originale francese 1909).

La recente critica dell'autore da parte di Lévi-Strauss non ha messo in questione la sua idea fondamentale, cioè che i periodi di iniziazione affermano e simboleggiano la continua funzione di preservazione della salute esercitata dalla cultura.

NOTA 135.

Per la letteratura sulla sottile penetrazione dell'ospedale negli interstizi della città moderna confronta Gerald F. Pyle, "The geography of health care", in John Melton Hunter "The geography of health and disease", Studies in Geography numero 6, University of North Carolina Press, Chapel Hill, N.C., 1974, un'analisi spaziale a uso dei pianificatori della salute.

Per un intero libro dedicato all'impatto architettonico dell'ospedale sulla nostra società vedi Roslyn Lindheim "The hospitalization of space", in preparazione presso la casa editrice Marion Boyars, Londra. L'autrice dimostra come la riorganizzazione dei moduli spaziali al servizio del medico ha impoverito gli aspetti non-medici, di sostegno alla salute e risanatori, presenti nell'ambiente sociale e fisico dell'uomo moderno.

NOTA 136.

Per un orientamento sui lavori sociologici dedicati ai vecchi e alla vecchiaia, vedi James E. Birren, Yonina Talmon, Earl F. Cheit, "Aging: 1.

Psychological aspects; 2.

Social aspects; 3.

Economic aspects", in "International encyclopedia of the social sciences" (1968),1:1/6-202.

Sulla letteratura tedesca vedi l'antologia curata da Volkmar Boehlau "Wege zur Erforschung des Alterns", volume 189 della serie Wege der Forschung, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1973.

Sulla vecchiaia nella Francia contemporanea, Michel Philibert "L'échelle des ages", Seuil, Parigi, 1968.

NOTA 137.

John H. Dingle, "The ills of man", 'Scientific American', 229 (settembre 1973): 77-82.

Lo studio arriva a questa 'conclusione' fondandosi su larghe basi.

Considera il 'disturbo' da quattro diverse prospettive: 1) la gente, 2) i medici, 3) i pazienti, 4) i compilatori delle statistiche sulla vita, e da tutti e quattro i punti di vista la conclusione sembra reggersi. NOTA 138.

Max Neuburger, "The doctrine of the healing power of Nature throughout the course of time", traduzione inglese di L. J.

Boyd stampata in proprio, Nuova York 1932.

Per una letteratura più recente, Joseph Schumacher, "Antike Medizin: die naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischen Antike", Gruyter, Berlino, 1963.

NOTA 139.

J. F. Partridge, J. S. Geddes, "A mobile intensive-care unit in the management of myocardial infarction", 'Lancet', 1967, 2: 271.

NOTA 140.

Simone de Beauvoir, "La terza età", Einaudi, Torino, 1971.

Una monumentale trattazione della vecchiaia nel corso della storia, dalla prospettiva dell'anziano d'oggi. Vedi anche Jean Améry "Über das Alter: Revolte und Resignation", Klett, Stoccarda, 1968, una fenomenologia della vecchiaia contemporanea, di estrema finezza.

NOTA 141. 'World Health Statistics Report' numero 27, settembre 1974.

Una comparazione fra 27 paesi industrializzati mostra che per la fascia d'età dai 15 ai 44 anni gli incidenti furono la principale causa di morte nel 1971 (tranne che in Inghilterra e nel Galles).

Nella metà dei paesi era dovuto a essi più del 30 per cento di tutti i decessi.

NOTA 142.

David Jutman, "The hunger of old men", 'Trans-Action', 12 novembre 1971, pagine 55-56.

NOTA 143.

A.N.

Exton-Smith, "Terminal illness in the aged", 'Lancet', 1961, 2: 305-8.

La maggior parte del dolore e delle sofferenze è associata a processi che portano indirettamente alla morte.

L'impiego degli antibiotici, se può certo scongiurare o ritardare complicazioni come la broncopolmonite, che sarebbero altrimenti fatali, spesso aggiunge poco tempo e molta sofferenza a una vita.

NOTA 144.

Rick Carlson in "The end of medicine", cit., sviluppa molto bene tutto questo punto.

Vedi anche H. Harmsen, "Die sozialmedizinische Bedeutung der Erhöhung der Lebenserwartung und der Zunahme des Anteils der Bejahrten bis 1980", 'Physikalische Medizin und Rehabilitation', 9, numero 5 (1968): 119-21.

NOTA 145.

Robert A. Scott, "The making of blind men", Russel Sage, Nuova York, 1969: essere accettati fra i ciechi e comportarsi come una persona cieca sono cose che per molti versi non dipendono dal grado di menomazione visiva, ma soprattutto da un buon rapporto clientelare con uno degli enti che si occupano della 'cecità'.

NOTA 146. Roslyn Lindheim, "Environments for the elderly: futureoriented design for living?", 20 febbraio 1974, ciclostilato.

Descrive in che modo i vecchi sentono lo spazio.

NOTA 147.

Sull'eliminazione sociale dei vecchi la fonte principale resta John Koty, "Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern", Hirschfeld, Stoccarda, 1934.

Non ho visto Fritz Paudler, "Die Alten- und Krankentümgung als Sitte bei den indogermanischen Völkern", Heidelberg, 1936.

Completo rinvio alla letteratura in Will-Eich Peuckert (a cura) "Altentümgung" in "Handwörterbuch der Sage", Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1961.

NOTA 148.

A. Jores, H. G. Puchta, "Der Pensionierungstod: Untersuchungen an Hamburger Beamten", 'Medizinische Klinik', 54, numero 25 (1959): 1158-64.

NOTA 149.

David Bakan, "Disease, pain and sacrifice: toward a psychology of suffering", Beacon Press, Boston, 1971.

Queste malattie comprendono l'asma, il cancro, l'insufficienza cardiaca congestizia, il diabete mellito, il lupus disseminato, l'emorragia uterina funzionale, il morbo di Raynaud, l'artrite reumatoide, la tirotossicosi, la tubercolosi e la colite ulcerosa.

Vedi ibidem per la letteratura su ognuna.

NOTA 150.

Elisabeth Markson, "A hiding place to die", 'TransAction', 12 novembre 1972, pagine 48-54: una relazione fine e patetica.

Vedi anche Jutman, "The junger of old men", cit.

I vecchi hanno sempre fatto un favore, morendo a richiesta: David Lester, "Voodoo death: some new thoughts on an old phenomenon", 'American Anthropologist', 74 (giugno 1972): 386-90.

Ci sono sempre stati modi di spingerli al suicidio: J. Wisse, "Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvolkern", Thieme, Zutphen, 1933.

NOTA 151.

Peter Townsend, "The last refuge: a survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales", Routledge, Londra, 1962.

Integra un precedente lavoro dell'autore; valuta le possibilità di dimora offerte dalla legge inglese sull'assistenza nazionale del 1948 e mette in luce le iniquità di trattamento.

Anne-Marie Guillemard, "La retraite, une mort sociale.

Sociologie des conduites en situation de retraite", Mouton, Parigi, 1972.

Uno studio socioeconomico che rivela come la discriminazione di classe sia fortemente accentuata tra i pensionati francesi.

NOTA 152.

A. Eardley, J. Wakefield, "What patients think about the Christie Hospital", University Hospital of South Manchester, 1974.

Di anno in anno le richieste avanzate dalle persone d'una certa età dopo i 70 diventano più specifiche e costose.

NOTA 153.

Il 'baby' è una categoria sociale di recente formazione: il primo stadio nello sviluppo dell'uomo-consumatore.

Sul processo che ha lentamente trasformato il poppante in un 'baby' e sul contributo dato a questo processo dalla medicina, vedi Luc Boltanski, "Puericultura e morale di classe", Guaraldi, Firenze, 1971.

NOTA 154.

La cultura della fanciullezza in quanto tale, caratteristica di una fascia d'età distinta dall'adulta e dall'infantile, è di origine sociale, come quella del 'baby'.

Vedi Philippe Ariès, "Padri e figli nell'Europa medievale e moderna", Laterza, Bari, 1968, specialmente per quanto riguarda la profonda modificazione che si ebbe tra il diciassettesimo e il diciannovesimo secolo nel modo di considerare la morte di un fanciullo.

NOTA 155.

John Bryant, "Health and the developing world", Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1969.

NOTA 156.

Sulla relativamente assai maggiore resistenza alla malaria, alle infezioni e alle malattie da carenza da parte dei bambini allattati al seno, vedi "Milk and malaria", 'British Medical Journal', 1952, 2:1405 e 1953, 2:1210.

O. Mellander, B.

Vahlquist, "Breast feeding and artificial feeding", 'Acta Paediatrica', 2, supplemento (1958): 101.

Per una rassegna della letteratura, l'editoriale "Breast feeding and polio susceptibility", 'Nutrition Review', maggio 1965, pagine 131-3.

Leonardo J. Mata, Richard Wyatt, "Host resistance to infection", 'American Journal of Clinical Nutrition', 24 (agosto 1971): 97686.

NOTA 157.

Per maggiori dati circa le ripercussioni del biberon sulla nutrizione mondiale, vedi Alan Berg, "The nutrition factor: its role in national development", cit.

Un bambino allattato al seno per i primi due anni di vita riceve l'equivalente nutritivo di 525 litri di latte di mucca, il cui costo è pari al reddito annuo medio di un indiano.

NOTA 158.

Il volto della malnutrizione mondiale moderna si rispecchia nelle due forme che assume la malnutrizione infantile.

Il passaggio dal seno al biberon introduce il bambino cileno a una vita di denutrizione endemica; lo stesso passaggio inizia il bambino inglese a una vita di superalimentazione generatrice di malattia e dipendenza: vedi R. K. Oates, "Infant feeding practices", 'British Medical Journal', 1973, 2: 762-4.

NOTA 159.

Sulla vita come continuo addestramento a sopravvivere nella megamacchina, vedi Lewis Mumford, "Il mito della macchina", cit.

NOTA 160.

Thomas J. Scheff, "Per infermità mentale.

Una teoria sociale della follia", Feltrinelli, Milano, 1974.

Pur occupandosi principalmente di problemi psichiatrici, mette in rilievo la differenza analitica tra la malattia mentale che fa parte del sistema sociale e il comportamento corrispondente.

NOTA 161.

Freidson, "Profession of medicine", cit., pagina 223.

NOTA 162.

Erving Goffman, "Stigma: l'identità negata", Laterza, Bari 1970.

Vedi anche Richard Sennet, "Two on the aisle", 'New York Review of Books', 1 novembre 1973, che sottolinea come l'obiettivo centrale di Goffman sia la descrizione della coscienza indotta dal vivere in una città moderna.

La vita contemporanea stigmatizza ineluttabilmente; sui meccanismi vedi H. P. Dreitzel, "Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiderl and der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens", Enke, Stoccarda, 1972.

NOTA 163.

Wilhelm Aubert, Sheldon Messinger, "The criminal and the sick", 'Inquiry', 1 (1968): 137-60.

Discute le diverse forme che il controllo sociale può assumere, a seconda della maniera particolare in cui lo stigma intacca l'identità morale.

NOTA 164.

Fred Davis, "Passage through crisis: polio victims and their families", Bobbs-Merrill, Indianapolis 1963.

Mette in relazione la transitorietà non solo con la gravità ma anche con la classe sociale: una 'menomazione permanente' viene diagnosticata al povero più facilmente che al ricco.

NOTA 165.

C. M. Wylie, "Participation in a multiple screening clinic with five-year follow-up", 'Public Health Reports', 76 (luglio 1961): 596-602.

Il rapporto rivela risultati deludenti.

NOTA 166.

G. S. Siegel, "The uselessness of periodic examination", 'Archives of Environmental Health', 13 (settembre 1966): 292-5.

"L'esame sanitario periodico degli adulti, così come fu concepito originariamente e come è attualmente praticato, resta, dopo i cinquanta anni di vigoroso impulso che ha avuto in America, una forma di accertamento medico scientificamente non dimostrata.

Non abbiamo alcuna prova decisiva che una popolazione che gode di tale assistenza viva più a lungo, meglio, più sana o più felice in ragione di essa, né abbiamo prove in contrario".

NOTA 167.

Paul D. Clote, "Automated multiphasic health testing: an evaluation", studio indipendente in collaborazione con John MacKnight, Northwestern University, 1973; ripreso in Antologia A 8, CIDOC, Cuernavaca, 1974.

Recensisce la letteratura sull'argomento.

NOTA 168.

J. Schwartz, G. L. Baum, "The history of histoplasmosis", 'New England Journal of Medicine', 256 (1957): 253-8.

Descrive la costosa scoperta di una 'malattia' incurabile che non uccide né danneggia e sembra essere endemica dovunque l'uomo entri a contatto con bestiame, animali da cortile, gatti o cani.

NOTA 169.

Freidson, "Profession of medicine", cit., pagine 73 e seguenti, fa la distinzione che io qui applico. Il medicoricercatore, che come professione pratica la scienza, deve fare i conti con i suoi colleghi e con la loro disposizione ad accettare la sua 'invenzione' di una nuova malattia.

Il medico curante, che come professione pratica visite, dipende da un pubblico istruito che accetta il suo diritto esclusivo alla diagnosi.

NOTA 170.

Parsons, "Il sistema sociale", cit., pagine 475 e seguenti.

L'autore chiarisce questo punto rifacendosi a Pareto.

NOTA 171.

Thomas J. Scheff, "Decision rules, types of error and their consequences in medical diagnosis", 'Behavioral Science', 8 (1963): 97-107.

NOTA 172.

American Child Health Association, "Physical defects: the pathway to correction", Nuova York, 1934, capitolo 8, pagine 80-96.

NOTA 173.

Harry Bakwin, "Pseudodoxia pediatrica", 'New England Journal of Medicine', 232 (1945): 691-97.

NOTA 174.

Per riferimenti e altra bibliografia confronta L.H.

Garland, "Studies on the accuracy of diagnostic procedures", 'American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine', 82 (luglio 1959): 25-38.

Vedi anche A. L. Cochrane, L.H.

Garland, "Observer error in the interpretation of chest films: an international comparison", 'Lancet', 263 (1952): 505-9.

Induce a pensare che i diagnostici americani propendono per il reperto positivo più dei loro colleghi britannici.

A. L. Cochrane, P. J. Chapman, P. D. Oldham, "Observers' errors in taking medical histories", 'Lancet', 260 (1951): 1007-9.

NOTA 175.

Osler Peterson, Ernest M. Barsamian, Murray Eden, "A study of diagnostic performance: a preliminary report", 'Journal of Medical Education', 41 (agosto 1966): 797-803.

NOTA 176.

Maurice Pappworth, "Cavie umane.

La sperimentazione sull'uomo", Feltrinelli, Milano. 1971.

Nel 1967 il dottor Pappworth dette alle stampe, in America, questo suo rapporto su una serie di indagini diagnostiche sperimentali, descritte recentemente sulle più rispettabili riviste mediche, che comportavano forti rischi di lesioni permanenti o di morte e che spesso venivano eseguite su individui non malati, bambini, donne incinte, minorati mentali e vecchi.

L'autore fu attaccato, sotto l'accusa di rendere un cattivo servizio alla sua professione, di minare la fiducia della gente nei medici, e di pubblicare in una edizione popolare cose che, sotto il profilo 'etico', si potevano dire solo in pubblicazioni riservate ai medici.

L'aspetto forse più sconcertante in queste 'ricerche' è l'inesorabile ripetizione di identiche indagini altamente rischiose al solo scopo di progredire nella carriera accademica.

NOTA 177. "Un simile accertamento fornisce tante informazioni quante se ne ottengono misurando la pressione del sangue di un paziente un'unica volta nella vita, o esaminando la sua urina una volta ogni venti anni.

E' una pratica ridicola, assurda e non necessaria... e che non ha assolutamente alcun valore ai fini diagnostici o terapeutici".

Maurice Pappworth, "Dangerous head that may rule the heart", 'Perspective', pagine 67-70.

NOTA 178.

L'ipercinesia nei bambini è non di rado opera del Ritalin; è una diagnosi determinata dal trattamento.

Vedi Roger D.

Freeman, "Review of medicine in special education: medicalbehavioral pseudorelationships", 'Journal of Special Education', 5 (inverno-primavera 1971): 93-99.

NOTA 179.

Alexander R. Lucas, Morris Weiss, "Methylphenidate hallucinosis", 'Journal of the American Medical Association', 217 (1971): 1079-81.

Il Ritalin viene usato per il controllo della disfunzione cerebrale minima nei bambini delle scuole. Gli autori contestano la liceità morale dell'impiego di un potente agente dai gravi effetti collaterali, alcuni ben precisati e altri incerti, per la terapia di massa di una condizione a sua volta mal precisata. Vedi anche Barbara Fish, "The one-child-one-drug myth of stimulants in hyperkinesis", 'Archives of General Psychiatry', 25 (settembre 1971): 193-203.

Notevole danno permanente è stato probabilmente arrecato a bambini iperattivi curati con anfetamine per una condizione forse dovuta a stress biochimico derivante da avvelenamento da piombo: D. Bryce-Smith, H. A. Waldron, "Lead, behavior and criminality", 'Ecologist', 4, numero 10 (1975).

NOTA 180.

Barbara Blackwell, "The literature of delay in seeking medical care for chronic illnesses", Health Education monograph numero 16, Society for Public Health Education, San Francisco, 1963.

NOTA 181.

Philip Rieff, "Triumph of the therapeutic: uses of faith after Freud", Harper Torchbook, Nuova York, 1968 (traduzione italiana "Gli usi della fede dopo Freud", ISEDI, Milano, 1972), sostiene che l'ospedale ha preso il posto della chiesa e del parlamento come istituzione archetipa della cultura occidentale.

NOTA 182.

Come i poliziotti nell'attività di prevenzione del crimine, così i medici godono ormai del beneficio del dubbio se danneggiano il paziente.

William A. Westley, "Violence and the police", 'American Journal of Sociology', 59 (luglio 1953): 34-41, rilevò che un terzo della popolazione di una piccola città industriale, alla domanda "Quando secondo voi è legittimo che un poliziotto maltratti una persona?", rispondeva che era giusto usare la violenza semplicemente per imporre il rispetto della polizia.

NOTA 183.

Joseph Cooper, "A non-physician looks at medical utopia", 'Journal of the American Medical Association', 197 (1966): 697-9.

NOTA 184.

Orville Brim e altri (a cura) "The dying patient", Russell Sage, Nuova York, 1960.

Un'antologia con bibliografia per ogni contributo.

Tratta innanzi tutto la serie di analisi e decisioni tecniche che impegnano i professionisti della salute quando si trovano dinanzi al compito di stabilire le circostanze "nelle quali deve avvenire la morte di un individuo".

Fornisce poi una serie di consigli su ciò che si può fare per rendere questo processo tecnico "un po' meno ingrato e spiacevole per il paziente, per i suoi famigliari e, soprattutto, per il personale interessato".

NOTA 185.

Benché il costo delle cure terminali intensive sia quasi certamente raddoppiato proprio negli ultimi quattro anni, è ancora utile consultare Robert J. Glaser, "Innovation and heroic acts in prolonging life", in Brim e altri, "The dying patient" cit., capitolo 6, pagine 102-28.

NOTA 186.

Richard A. Kalish, "Death and dying: a briefly annotated bibliography", in Brim e altri "The dying patient", cit., pagine 327-80.

Una rassegna bibliografica ragionata della letteratura in lingua inglese sul decesso, limitata prevalentemente ai titoli riguardanti l'attività professionale, il processo decisionale e la tecnologia ospedaliera d'oggi.

Per titoli integrativi vedi Austin H. Kutscher junior, Austin H. Kutscher, "A bibliography of books on death, bereavement, loss and grief, 1953-68", Health Sciences Publishing Corp., Nuova York, 1969.

NOTA 187.

L'aumento della spesa sanitaria non riesce più a migliorare l'attesa di vita media di intere popolazioni nei paesi ricchi, dagli USA alla Cina.

Può accrescere in misura significativa solo lo spazio di vita dei giovanissimi nella maggior parte dei paesi più poveri.

Ce ne siamo occupati nel primo capitolo.

La capacità della medicina di influire sul tasso di sopravvivenza di piccoli gruppi, scelti in base a una diagnosi medica, è qualcosa di diverso.

Gli antibiotici hanno accresciuto enormemente la possibilità di sopravvivere alla polmonite; la reidratazione orale, la probabilità di sopravvivere alla dissenteria e al colera.

Siffatti interventi efficaci sono, nella stragrande maggioranza, del tipo semplice ed economico. La loro somministrazione sotto il controllo del medico può essere diventata ormai una misura culturalmente ovvia e obbligatoria per un europeo o un americano, ma non lo è ancora, per esempio, per un messicano.

Una terza questione è la capacità della cura medica di accrescere le possibilità di sopravvivenza di una percentuale d'individui ancora più ristretta: cioè quelli affetti da patologie acute che si possono guarire grazie a cure ospedaliere rapide e complesse, e quelli sofferenti di forme degenerative in cui una tecnologia sofisticata può ottenere una remissione.

Per questo gruppo vale la regola: quanto più il trattamento è costoso, tanto minore è il suo valore in termini di speranza di vita aggiunta.

Un quarto gruppo sono i malati all'ultimo stadio: qui il denaro tende a prolungare l'agonia solo facendola cominciare prima.

NOTA 188.

Per le espressioni con cui gli americani si riferivano al cadavere subito prima che i medici invadessero il campo degli impresari di pompe funebri, vedi Jessica Mitford "Il sistema di morte americano", Rizzoli, Milano, 1964.

NOTA 189.

Sotto nuovi nomi, lo ZOMBIE è diventato un argomento importante nelle dispute medico-legali, a giudicare dall'inflazione di studi dedicati ai contrastanti diritti della morte e della vita sul corpo. Institute of Society, Ethics and the Life Sciences: Research Group on Ethical, Social and Legal Issues in Genetic Counseling and Genetic Engineering, "Ethical and social issues in screening for genetic disease", 'New England Journal of Medicine', 286 (1972): 1129-32.

Una buona sintesi delle opinioni correnti circa i criteri per stabilire che la morte è avvenuta.

Gli autori separano accuratamente questo problema da ogni tentativo di definire la morte.

Alexandre Capron, Leon R. Kass, "A statutory definition of the standards for determining human death: an appraisal and a proposal", 'University of Pennsylvania Law Review', 121 (novembre 1972): 87-118.

Introduce agli aspetti legali dell'intrusione del medico nel campo del becchino.

NOTA 190.

Questa diffusione di titoli di legittimità per la gestione istituzionale delle crisi ha un potenziale politico enorme perché prepara il terreno a crisi irreversibili della cosa pubblica.

Come Weber poté sostenere che la ricchezza dei protestanti fu una conseguenza non voluta dell'ansia generata dalla dottrina della predestinazione, così uno storico moralista alla Tawney potrebbe sostenere che la disposizione al tecnofascismo è l'involontario risultato di una società che votò a favore di cure terminali pagate dalla previdenza sociale.

NOTA 191.

Con la 'ritualizzazione' la crisi, da pressante occasione d'integrazione personale (Erikson), si trasforma in una situazione di stress (Robinson, per qualche discussione) nella quale un apparato burocratico viene messo in moto per conseguire un obiettivo che, per la sua stessa natura, non può porsi.

In simili circostanze, le funzioni mistificanti dell'istituzione debbono per forza prevalere.

Ciò non può non avvenire quando la medicina si pone di fronte alla morte in termini programmatici.

La confusione è accentuata dall'uso di termini come 'morire' o 'decisione', i quali designano un'azione che sgorga dall'intimità, in un contesto che ne è privo.

Erik Erikson, "Psychoanalysis and ongoing history: problems of identity, hatred and nonviolence", 'American Journal of Psychiatry', 122 (settembre 1965): 241-53.

James Robinson, "The concept of crisis in decision-making", Symposi Studies Series numero 11, National Institute of Social and Behavioral Science, Washington, D.C., 1962.

NOTA 192.

Valentina Borremans, Ivan Illich, "Dying policy", manoscritto preparato per la "Encyclopedia of bio-ethics", Kennedy Institute, Washington, D.C., di prossima pubblicazione.

Gli autori hanno accettato di dare al loro articolo il titolo proposto dai direttori dell'enciclopedia proprio per mettere in luce il fatto che l'unione del verbo intransitivo to die, 'morire', col termine burocratico policy, 'direttiva, linea programmatica', costituisce il massimo affronto alla lingua e alla ragione.

NOTA 193.

Colui che esige e ottiene il potere in una situazione di emergenza, sospende e può al limite annullare la valutazione razionale.

Il medico che afferma la sua esclusiva capacità di giudicare e risolvere le crisi individuali si colloca, simbolicamente, nei paraggi della Casa Bianca.

NOTA 194.

Per le idee dell'autore sulla distinzione fra speranza e aspettativa come modi opposti di guardare al futuro, vedi Ivan Illich, "The dawn of Epimethean man", articolo scritto per una miscellanea in onore di Erich Fromm.

L'aspettativa è un affidamento, ottimistico o pessimistico, a un mezzo tecnico istituzionalizzato; la speranza, una fiduciosa disposizione a essere sorpresi dall'altro.

Confronta Ivan Illich, "Descolarizzare la società", cit., capitolo 7.

NOTA 195.

La 'crisi' diventa così il pretesto di cui l'esecutivo si serve per accrescere il suo potere in rapporto inverso ai servizi che rende.

Diventa altresì, in sempre nuove combinazioni (crisi dell'energia, crisi dell'autorità, crisi Est-Ovest), un tema inesauribile di ricerca lautamente finanziata, svolta da scienziati che sono pagati per dare alla 'crisi' il contenuto scientifico che giustifica il finanziatore.

Vedi Renzo Tomatis, "La ricerca illimitata", Feltrinelli, Milano, 1975.

NOTA 196.

Mi riferisco a tutte le morti che avvengono in ospedale, e non soltanto a quel 10 per cento del totale che sono "associate a un intervento diagnostico o terapeutico che è ritenuto causa concomitante, precipitante o primaria del decesso": Elihu Schimmel, "The hazards of hospitalization", 'Annals of Internal Medicine', 60 (gennaio 1964): 100-16.

NOTA 197.

Monroe Lerner, "When, why and where people die" in Brim e altri "The dying patient", cit., pagine 5-29.

Analizza questa evoluzione nel periodo 1955-67 per causa di morte, colore, e regione degli USA.

NOTA 198.

Erwin H. Ackerknecht, "Death in the history of medicine", 'Bulletin of the History of Medicine', 42 (1968): 1923.

Alle élites dell'illuminismo la morte sembrò diversa e di gran lunga più spaventosa che alle generazioni precedenti.

La morte apparente fu temuta come una sorta di inferno secolarizzato e divenne un grosso problema medico.

S'introdussero 'prove di vitalità' consistenti in squilli di tromba nelle orecchie del morto (professor Hufeland) e in scosse elettriche (Creve).

Con le "Recherches physiologiques sur la vie et la mort" di Bichat (1800) il movimento anti-morte apparente in medicina cessò di colpo com'era iniziato con l'opera di Lancisi nel 1707.

Vedi sotto, nota 41 del capitolo 5.

NOTA 199.

Tutte le società, pare, hanno distinto delle fasi attraverso cui il vivente passa nella tomba.

Me ne occupo nel capitolo 5, dove mostro come il rinnovato interesse per la tassonomia della decadenza sia coerente con altre regressioni della società contemporanea a fascino primitivi.

NOTA 200.

Margot Augener, "Scheintod als medizinisches Problem im 18.

Jahrhundert", 'Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften', numero 6 e 7, 1967.

La paura secolarizzata dell'inferno, fra i ricchi illuminati, aveva il suo centro nell'orrore di poter finire sepolti vivi.

Fra l'altro portò alla fondazione di società filantropiche per il soccorso delle vittime di annegamento e di incendi.

Vedi sotto, nota 41 capitolo 5.

NOTA 201. "Scarce medical resources", editoriale, 'Columbia Law Review' 69 (aprile 1969): 690-2.

Basato su interviste con varie decine di esperti americani, descrive e valuta da un punto di vista legale i criteri correnti di esclusione e di scelta.

Dà per scontata l'efficacia delle tecniche di cui presume ci sia larga richiesta.

NOTA 202.

Sharmon Sollito, Robert M. Veatch, "Bibliography of society, ethics and the life sciences", Hastings Center Publications, Hastings-on-Hudson, N.Y. 1974.

J. R. Elkinton, "The literature of ethical problems in medicine", parti 1, 2 e 3, 'Annals of Internal Medicine', 73 (settembre 1970): 495-8; (ottobre 1970): 662-6; (novembre 1970): 863-70.

Sono introduzioni reciprocamente complementari alla letteratura morale. NOTA 203.

Herman Feifel, "Physicians consider death", in "Proceeding of the American Psychological Association Convention", edito dall'Association, Washington, D.C., 1967, pagine 201-2.

Sembra che fra i medici la paura della morte sia considerevolmente maggiore che fra i malati fisici e le normali persone sane.

Se ne potrebbe ricavare la tesi che i medici siano oggi portatori di paura contagiosa.

NOTA 204. "Euthanasia: an annotated bibliography", Euthanasia Educational Fund, 250 West 57th Street, Nuova York, N.Y., 10019.

NOTA 205.

Il diritto di guarire (intendendo il guarire come un'attività intransitiva che dev'essere esercitata dal paziente) può entrare in conflitto con l'affermazione del diritto del medico a guarire (attività transitiva). Per le origini di un diritto medico a guarire, che corrisponderebbe a un dovere professionale, vedi Ludwig Edelstein, "The professional ethics of the Greek physician", 'Bulletin of the History of Medicine', 30 (settembre/ottobre 1956): 391-419.

Walter Reich, "The physician's 'duty' to preserve life", 'Hastings Center Report', 5 (aprile 1975): 14-15, solleva il problema contemporaneo della consistenza del contratto medico-paziente allorché la malattia da curabile diventa terminale e il 'patto di guarigione' cessa perciò di esistere.

NOTA 206.

Il riconoscimento della "facies hippocratica", cioè dei segni dell'approssimarsi della morte che indicavano al medico il punto in cui dovevano essere abbandonati i tentativi di cura, fino alla fine del diciannovesimo secolo faceva parte del corso di studi del medico.

Sull'argomento vedi il capitolo 5.

NOTA 207.

Fred Davis, "Uncertainty in medical prognosis, clinical and functional", 'American Journal of Sociology', 66 (luglio 1960): 41-7.

Esamina il comportamento del medico quando una diagnosi sfavorevole di menomazione o di morte diventa certa, e scopre una diffusa tendenza a coltivare l'incertezza mediante la dissimulazione o l'evasività.

La dissimulazione ingrassa i medici alla dottor Knock, che profferiscono diagnosi clinicamente inconsistenti per rendersi simpatici spacciando placebo che non hanno alcuna giustificazione.

L'evasività, o la mancata comunicazione di una diagnosi clinicamente accertata, tiene al buio il paziente e i suoi famigliari, gli fa scoprire la verità in 'maniera naturale', risparmia al medico perdita di tempo... e scenate, e gli consente di proseguire cure che il paziente rifiuterebbe se sapesse che non possono guarirlo.

Spesso l'incertezza è coltivata in virtù di una congiura tra medico e paziente per evitare di ammettere l'irreparabile, categoria questa che non si concilia col loro ethos.

NOTA 208.

Sissela Bok e altri, "The dilemmas of euthanasia", 'Bioscience', 23 (agosto 1973): 461-78.

Spesso non si tiene conto che l'eutanasia, cioè la conclusione della vita mediante un intervento medico, non poteva costituire un problema importante prima che si medicalizzasse l'assistenza terminale.

Attualmente, la letteratura giuridica e morale che si occupa della legittimità e dello status etico di questi contributi professionali all'accelerazione della morte è, per lo più, di valore limitatissimo, in quanto non mette in questione lo status giuridico ed etico della medicalizzazione, che per prima ha creato il problema.

H. L. Hart "Law, liberty and morality", Stanford University Press, Stanford, California, 1963,

sostenendo che la legge dovrebbe assumere una posizione neutrale, va forse più a fondo di tutti in questo dibattito.

Da un lato la parodia dell'etica prende la forma di imposizione coatta di prodotti medici letteralmente a qualunque prezzo: Freeman afferma che "lasciar morire un paziente senza sottoporlo a interventi è un mezzo inaccettabile di alleviare le sofferenze" non soltanto per quanto riguarda il paziente ma anche per la sua famiglia (John Freeman, "Whose suffering?" e Robert E. Cooke, "Is there a right to die... quickly?", 'Journal of Pediatrics', 80, maggio 1972, 904-8).

Da un altro lato, persino coloro che sono favorevoli all'automedicazione terminale con analgesici muovono dal presupposto che, in questo come in ogni altro consumo di farmaci, il paziente deve attenersi alle decisioni che un altro prende per lui.

NOTA 209.

John Hinton, "Dying", Penguin Books, Baltimora, 1974.

NOTA 210.

Institute of Medicine of Chicago, "Terminal care for cancer patients", Central Service for the chronically ill, Chicago, 1950.

NOTA 211.

David Sudnow, "Passing on: the social organization of dying", Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1967.

Presentato nella prefazione come "una lettura salutare per il profano il cui contatto con la fase terminale della vita umana si limita a incontri occasionali", questo libro dovrebbe far passare qualunque voglia di assistenza professionale.

NOTA 212.

Exton-Smith, "Terminal illness in the aged", cit.

NOTA 213.

Per un sommario di parecchi studi, vedi International Bank for Reconstruction and Development, "Health sector policy paper", Washington, D.C., marzo 1975, pagina 34.

NOTA 214. "I reni artificiali richiedono dei miglioramenti, com'è dimostrato dal fatto che spesso i pazienti uremici stanno soggettivamente peggio per un certo periodo dopo la dialisi anche se i loro esami ematici sono apparentemente quasi normali.

La causa può essere la non eliminazione dal sangue di un 'fattore uremico' sconosciuto o più probabilmente l'involontaria eliminazione di un fattore necessario, oppure forse qualche sottile danno procurato al sangue dall'apparecchio dialitico".

Rushmer, "Medical engineering", cit., pagina 314.

NOTA 215.

C. H. Calland "Iatrogenic problems in end-stage renal failure", 'New England Journal of Medicine', 287 (1972): 334-8.

Resoconto autobiografico di un medico sottoposto a questo trattamento terminale.

NOTA 216.

Hans von Hentig, "Vom Ursprung der Henkersmahlzeit", Mohr, 1958.

La medicalizzazione della morte ha enormemente accresciuto la percentuale delle persone la cui morte avviene sotto controllo burocratico.

In questo enciclopedico studio della colazione offerta al condannato dal suo giustiziere, Hentig conclude che esiste un bisogno profondamente sentito di prodigare favori alle persone che muoiono secondo modalità stabilite pubblicamente.

Di solito questo favore prende la forma di un pasto sontuoso.

Ancora durante la prima guerra mondiale i soldati delle due parti si scambiavano sigarette, e il comandante di plotone, prima dell'assalto, offriva di che fumare un'ultima volta.

Oggi il trattamento terminale in guerra, in carcere e in ospedale è stato spersonalizzato.

La cura intensiva del morente può anche essere vista come un dono funebre per l'insepolto.

NOTA 217.

Stephen P. Strickland, "Politics, science and dread disease: a short history of the United States medical research policy", Commonwealth Fund Series, Harvard University Press, Cambridge, N.J., 1972.

Descrive com'ebbe inizio, nel 1927, la politica di ricerca sanitaria del governo americano, con la proposta di un senatore di offrire una taglia di 5 milioni di dollari a chi fosse riuscito a catturare il peggiore degli assassini, cioè il cancro.

Fa quindi la storia del boom della ricerca sul cancro, per la quale il governo americano spende oggi, annualmente, più di mezzo miliardo di dollari.

NOTA 218.

H. G. Mather e altri, "Acute myocardial infarction: home and hospital treatment", 'British Medical Journal', 1971, 3:334-8.

NOTA 219.

Ha argomentato questa tesi John Powles: vedi "On the limitations of modern medicine", in "Science, medicine and man", cit., 1:1-30.

Una quota crescente del fardello di malattie contemporaneo è prodotta dall'uomo; l'intervento di tipo ingegneristico sulla malattia, come strategia, non fa grandi progressi.

Se si continua a insistere su tale linea strategica, la sola spiegazione possibile è che essa serve a scopi non-tecnici.

I risultati decrescenti nel campo della medicina sono un esempio particolare di una più ampia crisi nel rapporto dell'uomo industriale col suo ambiente.

NOTA 220.

M. Bartels, "Die Medizin der Naturvölker", Grieben, Lipsia, 1893.

Un classico sull'elemento magico nella medicina dei popoli primitivi.

NOTA 221.

William J. Goode, "Religion and magic", in Goode (a cura), "Religion among the primitives", Free Press, Nuova York, 1951, pagine 50-4.

NOTA 222.

Sulla storia degli studi medici circa l'effetto placebo e sulla evoluzione del termine, vedi Arthur K. Shapiro, "A contribution to a history of the placebo effect", 'Behavioral Science', 5 (aprile 1960): 109-35.

NOTA 223.

La differenza fra l'eliminazione magica, l'interpretazione religiosa o la socializzazione etica del dolore, da una parte, e dall'altra la sua manipolazione e il suo controllo giuridico, meriterebbe un'analisi molto più dettagliata.

Io uso queste distinzioni solo per chiarire che (1) la tecnica sanitaria ha effetti non-tecnici (2) alcuni dei quali non si possono considerare diseconomie (esternalità) economiche o sociali (3) perché influiscono in modo specifico sui livelli di salute. (4) Queste funzioni latenti correlate alla salute hanno una struttura complessa, a più strati, e (5) il più delle volte rovinano la salute.

NOTA 224.

Per miti intendo qui determinati modelli di comportamento che hanno la virtù di generare tra i partecipanti una cecità o tolleranza per il divario fra la razionalizzazione rafforzata dalla celebrazione del rito e le conseguenze sociali prodotte da tale celebrazione, le quali sono in diretta contraddizione col mito.

Per un'analisi vedi Max Gluckman, "Order and rebellion in tribal Africa", Free Press, Nuova York, 1963.

NOTA 225.

Eric Voegelin, "Il mito del mondo nuovo", Rusconi, Milano, 1970.

NOTA 226.

Il precetto sociale della compassione, del sostentamento e della celebrazione è stato l'aspetto più efficace della medicina primitiva; vedi Erwin H. Ackerknecht, "Natural diseases and rational treatment in primitive medicine", 'Bulletin of the History of Medicine', 19 (maggio 1946): 467-97.

NOTA 227 Richard M. Titmuss, "The gift relationship", Pantheon, Nuova York, 1971, confronta il mercato di sangue umano nei sistemi sanitari americano (commerciale) e britannico (socializzato), mostra l'immensa superiorità dell'Inghilterra nel campo delle trasfusioni di sangue, e sostiene che la maggiore efficacia del modo inglese dipende dal più basso livello di commercializzazione.

NOTA 228.

Nella lingua inglese un nome comune per tutte le specie di guaritori non comparve prima del tempo di Chaucer: Vern L.

Bullough, "Medical Study at medieval Oxford", 'Speculum', 36 (1961): 600-12.

NOTA 229. "The term 'doctor'", 'Journal of the History of Medicine and Allied Sciences', 18 (1963): 284-7.

NOTA 230.

Louis Cohn-Haft, "The public physician of ancient Greece", Smith College, Northampton, Mass., 1956.

NOTA 231.

Adalberto Pazzini, "Storia della medicina", 2 volumi, Società editrice libraria, Milano, 1947.

NOTA 232.

Per la medicina araba in generale si consulti Lucien Leclerc, "Histoire de la médecine arabe: Exposé complet des traductions du grec; Les sciences en Orient, leur transmission à l'Occident par les traductions latines", 2 volumi, 1876 (edizione reprint Franklin, Nuova York, 1971); Manfred Ullmann, "Die Medizin im Islam", Brill, Leida, 1970, una guida esauriente.

Ma vedi anche il giudizio di Ibn Khaldun: "The Muqaddimah: an introduction to history", traduzione inglese di Franz Rosenthal, Bollingen Series 63, 3 volumi, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1967.

Per una rassegna critica dei contributi arabi all'immagine occidentale del medico, vedi Heinrich Schipperges, "Ideologie und Historiographie des Arabismus", 'Sudhoffs Archiv', supplemento 1, 1961. NOTA 233.

Jacob Marcus, "Communal sick care in the German ghetto", Hebrew Union College Press, Cincinnati, 1974.

Questo libro spiega le ragioni del senso di colpa per il ricorso a estranei.

NOTA 234.

S. D. Lipton, "On psychology of childhood tonsillectomy", in R. S. Eissler e altri (a cura), "Psychoanalytic study of the child", International University Press, Nuova York, 1962, 17:363-417; ristampato in Antologia A 8, CIDOC, Cuernavaca 1974.

NOTA 235.

Julius A. Roth, "Ritual and magic in the control of contagion", 'American Sociological Review', 22 (giugno 1957): 310-14.

Descrive come i medici arrivano a credere nella magia.

La credenza nel pericolo di contagio da parte dei malati di tubercolosi ha determinato una serie di procedure ritualizzate e di pratiche irrazionali.

Per esempio, la norma che obbliga i pazienti a portare maschere protettive viene fatta osservare rigorosamente quando vanno nel laboratorio di radiologia ma non quando vanno al cinema o a riunioni.

NOTA 236.

Arthur K. Shapiro, "Factors contributing to the placebo effect: their implications for psychotherapy", 'American Journal of Psychotherapy', 18, supplemento 1 (marzo 1964): 73-88.

NOTA 237.

Otto Lippross, "Logik und Magic in der Medizin", Lehmann, Monaco 1969, pagine 198-218.

Lippross sostiene, e documenta questa sua convinzione, che il modo più efficace di guarire dipende dalla capacità del medico di trovare il metodo più adatto alla sua personalità.

NOTA 238.

Henry K. Beecher, "Surgery as placebo: a quantitative study of bias", 'Journal of the American Medical Association', 176 (1961):1102-7.

Da tempo è noto che la chirurgia può avere effetti di placebo sul paziente.

Qui io sostengo che effetti simili possono essere trasmessi per via sociopolitica mediante interventi molto appariscenti.

NOTA 239.

Gerhard Kienle, "Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: eine kritische Untersuchung", Schattauer, Stoccarda, 1974, chiarisce questo punto ma riferendosi solo al settore della tecnologia sanitaria riguardante la farmacologia.

NOTA 240.

Henry K. Beecher, "Nonspecific forces surrounding disease and the treatment of disease", 'Journal of the American Medical Association', 179 (1962): 437-40: "Qualunque paura può uccidere, ma una diagnosi paurosa può quasi garantire la morte da diagnosi".

Walter B. Cannon, "Voodoo death", 'American Anthropologist', 44 (aprile-giugno 1942): 169-81.

Le vittime della magia haitiana hanno sinistre e persistenti paure, le quali provocano un'intensa azione del sistema simpatico-adrenale e un'improvvisa caduta della pressione sanguigna che determinano la morte.

NOTA 241.

R. C. Pogge, "The toxic placebo", 'Medical Times', 91 (agosto 1963): 778-81.

S. Wolf, "Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects: the pharmacology of placebos", 'Journal of Clinical Investigation', 29 (gennaio 1950): 100-9.

G. Herzhaft, "L'effet nocebo", 'Encéphale' 58 (novembre-dicembre 1969): 486-503.

NOTA 242.

Erwin Ackerknecht, "Problems of primitive medicine", in William A. Lessa e Evon Z. Vogt, "Reader in comparative religion", Harper and Row, Nuova York, 1965, capitolo 8, pagine 394-402.

Ackerknecht offre un importante correttivo al pregiudizio parsoniano secondo cui tutte le società incorporano nel guaritore uno specifico tipo di potere.

Egli mostra come il guaritore primitivo e il medico moderno siano antagonisti più che colleghi: entrambi si occupano delle malattie, ma sotto tutti gli altri aspetti sono diversi.

NOTA 243.

Marc Bloch, "I re taumaturghi: studi sul carattere sovranaturale attribuito alla potenza dei re particolarmente in Francia e in Inghilterra", Einaudi, Torino, 1973.

NOTA 244.

Werner Danckert, "Unehrliche Leute: die verfeimten Berufe", Francke Berna, 1963.

Studia i poteri che la tradizione attribuiva ai reietti e ai marginali come i carnefici, i becchini, le prostitute e i mugnai.

NOTA 245.

Dominique Wolton, "Le nouvel ordre sexuel", Seuil, Parigi 1974, descrive il risultato della rivoluzione sessuale in Francia: una nuova 'sessuocrazia' composta da medici, militanti, educatori e farmacisti ha secolarizzato e scolarizzato la sessualità e "assoggettando la coscienza del corpo a una gestione ortopedica ha riprodotto l'assistito persino in questo campo untimo".

NOTA 246.

Henry E. Sigerist, "Civilization and disease", University of Chicago Press, Chicago, 1970.

NOTA 247.

Per riferimenti complementari confronta note 14-17 di questo capitolo.

NOTA 248.

T. F. Troels-Lund, "Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alter Zeiten", Lipsia, 1901, è uno dei primi studi sulle mutevoli frontiere della malattia nelle diverse culture.

Walther Riese, "The conception of disease: its history, its versions and its nature", Philosophical Library, Nuova York, 1953, tenta una epistemologia filosofica.

Per orientarsi sulla discussione più recente si veda David Mechanic, "Medical sociology: a selective view", Free Press, Nuova York, 1968, specialmente pagine 33 e seguenti.

NOTA 249.

A titolo di esempio di una società che non conosce il ruolo asclepico, vedi Charles O. Frake, "The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao", 'American Anthropologist', 63 (1961):113-32. Nella sfera delle decisioni concernenti la malattia, i Subanun riconoscono le differenze di sapere e di abilità individuali, ma non esiste fra loro una figura formale di diagnosta e neppure, per quello che è il loro modo di vedere, di guaritore.

NOTA 250.

Lawrence J. Henderson, "Physician and patient as a social system", 'New England Journal of Medicine', 212 (1935): 819-23, fu forse il primo a sostenere che il medico esonera il malato dall'obbligo di rispondere moralmente della propria malattia.

Per la formulazione classica del moderno ruolo di malato, quasi esente da responsabilità morale, vedi Talcott Parsons, "Illness and the role of the physician" (originale 1948), in Clyde Kluckhohn, Henry Murray (a cura), "Personality in nature, society and culture", edizione riveduta, Knopf, Nuova York, 1953.

NOTA 251.

David Robinson, "The process of becoming ill", Routledge, Londra, 1971, mette in luce una debolezza di fondo della maggior parte degli studi finora dedicati al ruolo di malato: essi si basano su individui che sono ormai diventati dei pazienti, come se la malattia avesse inizio con la presentazione dei sintomi a un professionista.

Nella loro maggioranza gli individui, per la massima parte del tempo che si sentono male, non sono dei pazienti.

Nel libro si studia empiricamente il comportamento da malati dei non-pazienti.

NOTA 252.

La distinzione fra la GUARIGIONE INTRANSITIVA da parte del paziente e la GUARIGIONE TRANSITIVA procuratagli da altri va maggiormente approfondita.

Quest'ultima, che è un servizio prestato al paziente, può essere fornita in due modi radicalmente diversi. Può essere il prodotto di una istituzione e dei suoi funzionari che attuano direttive generali, oppure il risultato di un'interazione personale, spontanea, entro un quadro culturale.

La distinzione è stata elaborata da Jacques Ellul, "The technological society", Random House, Nuova York, 1964.

Il concetto di 'valori istituzionalizzati' formulato da Ellul è stato oggetto di analisi in un convegno: "Katallagete (Riconciliatevi)", 'Journal of the Committee of Southern Churchmen', 2 (inverno-primavera 1970): 1-65.

La fenomenologia della cura personale è stata trattata da Milton Mayeroff, "On caring", Harper and Row, Nuova York, 1971.

NOTA 253.

Renée Fox, "Experiment perilous: physicians and patients facing the unknown", Free Press, Glencoe, capitolo 3, 1959, studia dei pazienti all'ultimo stadio che hanno acconsentito a essere usati come soggetti di esperimenti medici.

Nonostante le prevalenti spiegazioni logiche e razionali dei loro mali, anch'essi li vedono in termini religiosi, cosmici e soprattutto morali.

NOTA 254.

La malattia si associa alla crescita del tenore di vita e delle aspettative.

Nei primi sei mesi del 1970 in Inghilterra andarono perdute, per controversie sindacali, 5 milioni di giornate lavorative, cifra che era stata superata solo due volte dall'epoca dello sciopero generale del 1926.

Per contro, più di 300 milioni di giornate andarono perse a causa di assenze per malattia attestate dal medico.

Office of Health Economics, "Off sick", Londra, 1971.

NOTA 255.

Clarence Karier, "Testing for order and control in the corporate liberal State", 'Educational Theory', 22 (primavera 1972), mette in luce il ruolo che ha avuto la Fondazione Carnegie nell'elaborazione di tecniche di valutazione scolastica che possono essere utilizzate a fini di controllo sociale là dove le scuole non sono più in grado di svolgere questo compito.

Secondo Karier, i test effettuati fuori delle aule scolastiche sono uno strumento di discriminazione più potente di quelli che si svolgono in una situazione pedagogica.

Analogamente, si può sostenere che l'esame medico diventa un mezzo di classificazione e di discriminazione sempre più potente, man mano che si accumula la massa degli accertamenti cui non può seguire nessuna cura rilevante.

Una volta che il ruolo di paziente diventa universale, la catalogazione medica si tramuta in un'arma di controllo sociale totale.

NOTA 256.

Siegler e Osmond, "Aesculapian authority", cit.

Secondo gli autori, il primo a parlare di autorità asclepiea è stato T. T.

Paterson nelle sue "Notes on Aesculapian authority", manoscritto inedito, 1957.

Essa comprende tre ruoli: l'autorità sapienziale di consigliare, istruire e dirigere; l'autorità morale, che fa dell'atto medico qualcosa di giusto e non semplicemente di buono; e l'autorità carismatica, per cui il medico può appellarsi a una sorta di potere supremo e che spesso sovrasta la stessa coscienza del paziente e la "raison d'état" (ragion di stato).

I pedagoghi, gli psicologi, i leader di movimenti e i guaritori antitradizionali tendono sempre più a richiamarsi a questa triplice autorità sulla base delle loro specifiche tecniche, ingrossando così le file dei sanitari ortodossi e contribuendo a una cancerosa espansione del ruolo asclepieo.

NOTA 257.

Franco e Franca Basaglia, "La maggioranza deviante.

L'ideologia del controllo sociale totale", Einaudi, Torino, 1971.

A partire dagli anni Sessanta il cittadino privo di uno status definito dal medico ha finito col costituire un'eccezione.

Un presupposto fondamentale del controllo politico, oggi, sta nel condizionare gli individui a credere di avere bisogno di tale status nell'interesse della salute non soltanto propria ma anche altrui.

NOTA 258.

Nils Christie, "Law and medicine: the case against role blurring", 'Law and Society Review', 5 (febbraio 1971): 357-66.

Ricerca di un criminologo sul conflitto fra due imperi professionali monopolistici.

La medicina tende a convergere con l'istruzione e con l'imposizione della legge.

La medicalizzazione di tutte le diagnosi nega al deviante il diritto ad avere valori suoi: colui che accetta il ruolo di paziente implica, con questa sottomissione, che una volta riacquistata la salute (che nella nostra società non è altro se non una diversa fattispecie di ruolo di paziente) si adeguerà.

La medicalizzazione del suo malessere ha come risultato la castrazione politica della sua sofferenza.

In proposito vedi Jesse R. Pitts, "Social control: the concept", in "International encyclopedia of social sciences" (1968), 14:391. NOTA 259.

H.

Huebschmann, "La notion d'une société malade", 'Présence', numero 94 (1966), pagine 25-40.

NOTA 260.

Basaglia, "La maggioranza deviante", cit.

NOTA 261.

Michel Foucault, "Sorvegliare e punire.

Nascita della prigione", Einaudi, Torino, 1976.

Sulla nascita della società panterapeutica in cui sono estinti i ruoli carichi di morale.

PARTE TERZA.

LA IATROGENESI CULTURALE.

Introduzione.

Abbiamo visto finora due modi in cui il predominio della cura medicalizzata diventa ostacolo a una vita sana: primo, la iatrogenesi clinica, che si verifica quando la capacità organica di reazione e di adattamento viene sostituita da una gestione eteronoma; e, secondo, la iatrogenesi sociale, che insorge quando l'ambiente è privato di quelle condizioni che permettono agli individui, alle famiglie e alle comunità di tenere sotto controllo i propri stati interni e gli spazi in cui vivono.

La iatrogenesi culturale rappresenta un terzo modo di negazione della salute da parte della medicina.

Essa ha inizio quando l'impresa medica distrugge nella gente la volontà di soffrire la propria condizione reale. (1) E' un sintomo di questa iatrogenesi il fatto che la parola 'sofferenza' è diventata quasi inservibile per indicare una risposta umana realistica: evoca infatti superstizione, sadomasochismo, oppure la degnazione del ricco nei confronti del povero.

La medicina organizzata professionalmente è venuta assumendo la funzione di un'impresa morale dispotica tutta tesa a propagandare l'espansione industriale come una guerra contro ogni sofferenza.

Ha così minato la capacità degli individui di far fronte alla propria realtà, di esprimere propri valori e di accettare il dolore e la menomazione inevitabili e spesso irrimediabili, la decadenza e la morte.

Godere buona salute significa non soltanto riuscire a fronteggiare la realtà, ma anche gioire di questa riuscita; significa essere capaci di sentirsi vivi nel piacere e nel dolore; significa aver caro ma anche arrischiarsi di sopravvivere.

La salute e la sofferenza come sensazioni vissute e consapevoli sono fenomeni propri degli uomini, che in ciò si distinguono dalle bestie. (2) Solo nelle favole i leoni SOFFRONO e soltanto degli animali che ci sono cari si dice che meritano compassione quando non stanno bene.

(3) Nell'uomo la salute conferisce apertura alla mera esecuzione istintuale. (4) Essa è qualcosa di più d'un semplice complesso di comportamenti concreti fatto di costumi, usanze, tradizioni o gruppi di abitudini; implica una prestazione raccordata a una serie di meccanismi di controllo: progetti, ricette,

regole e istruzioni, che tutte insieme governano il comportamento personale. (5) Salute e cultura sono in gran parte la stessa cosa.

Ogni cultura modella una sua particolare "Gestalt" di salute e un suo particolare tipo di atteggiamenti nei confronti del dolore, della malattia, della menomazione e della morte, ciascuno dei quali è una diversa specie di quella interpretazione umana tradizionalmente detta l'arte di soffrire. (6) La salute di ogni persona è una responsabile interpretazione di un copione sociale. (7) Il senso che la persona ha del proprio corpo, e con esso la sua salute, sono determinati dalla relazione che essa ha con i lati dolci e amari della realtà e dal modo in cui si comporta verso i propri simili quando vede che soffrono, sono infermi o in preda all'angoscia.

Il senso del corpo non è un'esperienza statica ma un dono di cultura che si rinnova di continuo. (8) In maniera recisa, a Giava si dice: "Essere umani vuol dire essere giavanesi".

I bambini piccoli, i sempliciotti, i malati, gli individui rozzi e quelli sfacciatamente immorali sono considerati "ndurung djawa" (non ancora giavanesi).

L'adulto 'normale', capace di comportarsi secondo le elaboratissime regole dell'etichetta, educato alle delicate percezioni estetiche connesse alla musica, alla danza, al teatro e alla tessitura, e sensibile alle sottili suggestioni del divino che risiede nella calma della coscienza introversa di ognuno, costui è "ampun djawa" (già giavaneese).

Essere uomini non vuol dire semplicemente respirare ma altresì regolare il proprio respiro con tecniche tipo yoga in modo da udire nell'inspirazione e nell'espiazione la voce concreta di Dio che pronuncia il suo nome, "hu Allah". (9) La salute colta è definita dallo stile con cui ciascuna società si esprime nell'arte di vivere, di far festa, di soffrire e di morire. (10) Tutte le culture tradizionali derivano la loro funzione igienica da questa capacità di dotare l'individuo dei mezzi che gli permettono di tollerare il dolore, di comprendere l'infermità o la menomazione, e di dare un senso all'ombra incombente della morte.

La cura della salute, in tali culture, è sempre in primo luogo un programma di regole per mangiare, (11) bere, (12) lavorare, (13) respirare, (14) far l'amore, (15) far politica, (16) far ginnastica, (17) cantare, (18) sognare, (19) far la guerra, soffrire.

L'azione terapeutica consiste per la maggior parte in un modo tradizionale di consolare, assistere e confortare il prossimo finché non si rimetta in salute, e la cura degli ammalati è soprattutto una forma di tolleranza nei confronti di chi soffre.

Le culture che sopravvivono sono appunto quelle che forniscono un codice vitale, coerente con la costituzione genetica di un dato gruppo, con la sua storia e col suo ambiente, e adatto alle peculiari esigenze nascenti dal confronto con i gruppi vicini.

In senso contrario a queste funzioni si muove l'ideologia diffusa dalla medicina cosmopolita del nostro tempo. (20) Essa scalza dalle radici i vecchi programmi culturali e impedisce che ne sorgano di nuovi capaci di offrire un modello per l'autoconservazione e per la sofferenza.

Quando una cultura si medicalizza, in qualunque parte del mondo, la struttura tradizionale delle usanze, che possono diventare esercizio consapevole nella pratica personale della virtù dell'igiene, viene progressivamente paralizzata da un sistema meccanico, un codice medico in forza del quale gli individui si rimettono alle istruzioni emanate dai loro custodi sanitari. (21) La medicalizzazione dà luogo a un prolifico programma burocratico basato sull'idea che non occorra affatto che ciascuno affronti personalmente il dolore, la malattia e la morte. (22) L'impresa medica moderna rappresenta un tentativo di fare per conto degli altri quello che gli altri, grazie al loro patrimonio genetico e culturale, erano prima in grado di fare da soli.

La civiltà medica è pianificata e organizzata allo scopo di sopprimere il dolore, eliminare la malattia e annullare il bisogno di un'arte di soffrire e di morire.

Questo progressivo appiattimento della prestazione personale, virtuosa, costituisce un obiettivo nuovo che mai prima d'ora aveva fatto da guida per la vita sociale.

Il soffrire, il guarire e il morire, attività essenzialmente intransitive che ognuno apprende dalla cultura, vengono ora rivendicate dalla tecnocrazia alla sua gestione e considerate come disfunzioni dalle quali le popolazioni vanno liberate per mezzo di strumenti istituzionali.

Gli obiettivi della civiltà medica metropolitana sono così antitetici a ogni programma sanitario culturale che essa incontra sulla via della progressiva colonizzazione.

NOTE.

NOTA 1.

F. J. J.

Buytendijk, "Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung", Springer, Berlino 1956.
Attraverso un confronto con altre specie, arriva a descrivere l'uomo come un organismo fisiologicamente e psicologicamente autostrutturantesi.

Per un orientamento in inglese sulla letteratura tedesca in questo campo vedi H. O. Pappe, "On philosophical anthropology", 'Australasian Journal of Philosophy', 39 (1961): 47-64.

NOTA 2.

Adolf Portmann, "Zoologie und das neue Bild des Menschen", Rowohlt, Amburgo, 1956.

L'uomo non possiede meccanismi evolutivi congeniti che lo guidino a un equilibrio; la sua disponibilità creativa conferisce al suo ambiente ("Umwelt") caratteristiche diverse da quelle che esso ha per altre specie: trasforma l'habitat in casa.

NOTA 3.

Peter Sedgwick, "Illness, mental and otherwise: all illnesses express a social judgement", 'Hastings Center Studies', 1, numero 3 (1973): 19-40.

NOTA 4.

Viktor von Weizsacker, "Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen", quarta edizione, Thieme, Stoccarda, 1968 (prima edizione 1940).

NOTA 5.

Henry E. Sigerist, "A history of medicine", volume 1, "Primitive and archaic medicine", Oxford University Press, Nuova York, 1967.

Erwin H. Ackerknecht, "Primitive medicine and culture patterns", 'Bulletin of the History of Medicine', 12 (novembre 1942): 545-74.

Sigerist afferma: "La cultura, primitiva o meno, ha sempre una determinata configurazione...

La medicina di una tribù primitiva si colloca in quello schema.

Ne è una espressione, e non può essere compresa appieno se la si studia a parte".

Ackerknecht esemplifica questa integrazione di cultura e medicina in tre tribù: i Cheyenne, i Dobuan e i Thonga.

Per un'analisi classica della stessa integrazione vedi E. E.

Evans-Pritchard: "Witchcraft, oracles and magic among the Azandé", cit., parte 4, 3.

Io qui sostengo che la salute e la mia capacità di rimanere responsabile del mio comportamento nella sofferenza sono in diretto rapporto tra loro: a un esonero da tale responsabilità corrisponde un declino della salute.

NOTA 6.

Non è facile studiare la cultura medica senza essere impacciati da una camicia di forza.

F. L. Dunn, "Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems", ciclostilato, University of California, s.d., segnala un'importante tendenza presente nella maggior parte delle ricerche pubblicate sulle culture mediche: egli sostiene che il 95 per cento della letteratura etnografica (e anche antropologica) sul comportamento giovevole alla salute e sulle credenze a esso sottese si occupa dell'aspetto curativo e non della preservazione e dell'espansione della salute.

Per la letteratura sulla cultura medica vista coi paraocchi del tecnico comportamentista: Marion Pearsall, "Medical behavioral science: a selected bibliography of cultural anthropology, social psychology and sociology in medicine", University of Kentucky Press, Lexington, 1963.

Vedi anche Steven Polgar, opere citate sopra nella nota 19 del capitolo 1.

Elfriede Grabner Volksmedizin: "Probleme und Forschungsgeschichte", Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1974, offre una antologia di studi critici sulla storia dell'etnomedicina.

NOTA 7.

Sulla unicità culturale della salute: Ina-Maria Greverus, "Der territoriale Mensch: ein literaturanthropologischer Versuch zum Heimatphnomen", Athenum, Francoforte, 1972.

W. E. Muhlmann, "Das Problem der Umwelt beim Menschen", 'Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie' 44 (1952): 153-81.

Arnold Gehlen, "L'uomo nell'era della tecnica", Sugar, Milano, 1967.

P. Berger, B. Berger, H. Kellner, "The homeless mind", Vintage Books, Nuova York, 1974.

NOTA 8.

Herbert Plugge, "Der Mensch und sein Leib", Niemeyer, Tubinga, 1967.

F. J. J.

Buytendijk, "Mensch und Tier", Rowohlt, Amburgo, 1958.

F. J. J.

Buytendijk, "Prolegomena to an anthropological physiology", Duquesne University Press, Pittsburgh, Pa., 1974.

NOTA 9.

Clifford Geertz, "The impact of the concept of culture on the concept of man" in Yehudi A. Cohen (a cura) "Man in adaptation: the cultural present", Aldine Chicago, 1968.

Dello stesso Geertz vedi anche "The interpretation of culture", Basic Books, Nuova York, 1973, e confronta la critica che ne fa Mary Douglas: "The self-completing animal", in 'Times Literary Supplement', 8 agosto 1975, pagine 886-7.

NOTA 10.

Erwin H. Ackerknecht, "Natural diseases and rational treatment in primitive medicine", cit., è una rassegna datata ma ancora eccellente della letteratura sulle funzioni delle culture mediche.

Ackerknecht fornisce una serie convergente di prove che la medicina nelle culture primitive svolge un ruolo sociale e ha un carattere olistico e unitario che non si ritrovano nella medicina moderna.

NOTA 11.

Hans Wiswe, "Kulturgeschichte der Kochkunst: Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden", cit., Fred Binder, "Die Brotnahrung: Auswahl-Bibliographie zu ihrer Geschichte und Bedeutung", Donau Schriftreihe numero 9, Deutsches Brotmuseum E.V., Ulma, 1973.

Ludwig Edelstein, "Ancient medicine: selected papers", a cura di C. Lilian e Owsei Temkin, Johns Hopkins, Baltimora, 1967: vedi il capitolo sulla dietetica nell'antichità.

NOTA 12.

Salvatore P. Lucia, "Wine and the digestive system: a select and annotated bibliography", Fortune House, San Francisco, 1970.

NOTA 13.

Lucien Febvre, "Travail: évolution d'un mot et d'une idée", 'Journal de psychologie normale et pathologique', 41, numero 1 (1948): 19-28.

NOTA 14.

Richard B. Onians, "The origins of European thought about the body, the mind, the soul, the world, time and fate", 1951, edizione reprint Arno, Nuova York 1970.

H. E. Sigerist "Disease and music", in "Civilization and disease", University of Chicago Press, Chicago, 1943, capitolo 11, pagine 212 e seguenti.

NOTA 15.

Gunter Elsasser, "Ausfall des Coitus als Krankheitsursache in der Medizin des Mittelalters", in Paul Diepgen e altri (a cura), "Abhandlung zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften", numero 3, Berlino 1934.

Robert H.

van Gulik, "Sexual life in ancient China", Humanities Press, Atlantic Highlands, N. J., 1961.

NOTA 16.

Werner Jaeger, "Paideia.

La formazione dell'uomo greco", La Nuova Italia Firenze, 1959, volume 3, capitolo 1, 'La medicina greca come paideia', pagine 3-76.

NOTA 17.

Edward N. Gardiner, "Athletics of the ancient world", Oxford University Press Nuova York, 1930.

M. Michler, "Das Problem der westgriechischen Heilkunde", 'Sudhoffs Archiv', 46 (1962): 141 e seguenti.

NOTA 18.

Fridolf Kudlien, "Stimmübungen als Therapeutikum in der antiken Medizin", 'Ärztliche Mitteilungen', 44 (1963): 2257-8; un sunto di questo articolo in L. Heyer-Grote, "Atemschulung als Element der Psychotherapie", Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1970.

Johanna Schmidt, "Phonaskoi", in Pauly-Wissowa, "Real-Encyclopedie" (1941), 20, parte 1: 522-6.

NOTA 19.

A.W.

Gubser, "Ist der Mittagsschlaf schädlich?", 'Schweizerische Medizinische Wochenschrift', 97, numero 7 (1967): 213-16.

Jane Belo, "Trance in Bali", prefazione di Margaret Mead, Columbia University Press, Nuova York, 1960.

Kilton Steward, "Dream theory in Malaya", 'Complex: The Magazine of Psychoanalysis and Related Matters', 6 (1951): 21-33.

NOTA 20.

Ibn Khaldun, "The Muqaddimah", traduzione inglese, cit.

Scrivendo verso la fine del quindicesimo secolo Ibn Khaldun osservò il conflitto fra l'arte medica richiesta dalla cultura sedentaria e dal suo lusso, e la medicina beduina, che si basava invece soprattutto sulla tradizione e sull'esperienza individuale.

Vedi specialmente 2:373-7 e 3:149-51.

NOTA 21.

F. N. L. Poynter (a cura) "Medicine and culture", Proceedings of a historical Symposium organized jointly by the Wellcome Institute of the History of Medicine, London, and the Wenner-Gren Foundations for Anthropological Research, Nuova York, Wellcome Institute, Londra, 1969: confronta per il conflitto tra la medicina dei paesi avanzati e varie tradizioni.

Sull'uso di un unico ospedale per creare la nuova categoria della 'malattia mentale' nel Senegal, vedi Danielle Storper-Perez, "La folie colonisée", Maspero, Parigi, 1974.

NOTA 22.

L'idea occidentale che la salute in astratto sia una proprietà dell'uomo non poteva svilupparsi se non parallelamente all'idea di umanità.

Secondo Carlyle, i due concetti compaiono per la prima volta in forma esplicita nel brindisi di Alessandro vittorioso alla "homo-ousia" (identità di natura) degli uomini.

Associata con l'idea di progresso, l'utopia dell'umanità sana finì col prevalere sull'ideale di concreti e specifici modelli di funzionamento propri di ciascuna tribù o polis.

Su questo vedi H.

C.

Baldry, "The unity of mankind in Greek thought", Cambridge University Press, Cambridge, 1965, Max Muehl, "Die antike Menschheits-idee in ihrer geschichtlichen Entwicklung", Dietrichsche Verlagsbuchhandlung, Lipsia, 1928.

Sidney Pollard, "The idea of progress: history and society", Basic Books, Nuova York, 1968, esamina l'ideologia del progresso dell'umanità in relazione alla storia concreta e ai risvolti politico-economici del pensiero filosofico.

NOTA 23.

Per studiare questo scontro nella storia latinoamericana, vedi, sull'etnomedicina, Erwin H. Ackerknecht, "Medical practices", in Julian Haynes Steward "Handbook of South American Indians", volume 5, "The comparative ethnology of South American Indians", 1949, edizione reprint Scholarly Press, Saint Clair Shores, Michigan, 1973, pagine 625-43.

Sulla colonizzazione medica, vedi Percy M. Ashburn, "The ranks of death: a medical history of the conquest of America", Coward MacCann, Nuova York, 1947: un'opera importante, che getta luce tanto sulla storia della medicina quanto sulla conquista.

Francisco Guerra, "Historiografía de la medicina colonial hispanoamericana", Abastecedora de impresos, Messico, 1953, è un lavoro bibliografico più che storico, ma indispensabile.

Non esiste nessuno studio d'insieme sull'imperialismo dell'ideologia sanitaria europea nell'America latina, per un primo orientamento vedi Gonzalo Aguirre Beltrán: "Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial", Instituto Nacional Indigenista, Messico, 1963.

Capitolo 3.

LA SOPPRESSIONE DEL DOLORE.

Quando la civiltà medica cosmopolita colonizza una cultura tradizionale, trasforma l'esperienza del dolore. (1) Il medesimo stimolo nervoso, che chiamerò 'sensazione di dolore', si traduce in una esperienza diversa a seconda non soltanto della personalità ma anche della cultura.

Tale esperienza, distinta dalla sensazione dolorosa, implica una prestazione precipuamente umana detta SOFFERENZA. (2) Ora, la civiltà medica moderna tende a trasformare il dolore in un problema tecnico e in tal modo spoglia la sofferenza del suo intrinseco significato personale. (3) L'individuo diventa incapace di accettare la sofferenza come una componente inevitabile del suo consapevole confronto con la realtà e impara a vedere in ogni malessere il segno di un proprio bisogno di protezione o riguardo.

Le culture tradizionali affrontano il dolore, e l'infermità e la morte, interpretandole come sfide che esigono una risposta dall'individuo stesso che si trova in difficoltà; la civiltà medica le trasforma invece in richieste avanzate dagli individui all'economia, cioè in problemi che si possono amministrare o estrarre dal quadro esistenziale. (4) Le culture sono sistemi di significati, la civiltà cosmopolita è un sistema di tecniche.

La cultura rende tollerabile il dolore integrandolo in una situazione carica di senso; la civiltà cosmopolita distacca il dolore da ogni contesto soggettivo o intersoggettivo per annientarlo.

La cultura rende sopportabile il dolore interpretandone la necessità; soltanto il dolore che si considera rimediabile non si può sopportare.

Numerosissime virtù altro non sono che i diversi aspetti di quella forza d'animo che tradizionalmente permetteva alla gente di accogliere come una prova le sensazioni dolorose e di modellare in conseguenza il proprio comportamento.

La pazienza, la sopportazione, il coraggio, la rassegnazione, l'autocontrollo, la perseveranza, la mansuetudine esprimono ciascuna una diversa sfumatura delle risposte con le quali le sensazioni dolorose venivano accettate, trasformate nell'esperienza del soffrire e sopportare. (5) Il dovere, l'amore, il fascino, la routine, la preghiera, la compassione erano alcuni dei mezzi grazie ai quali il dolore veniva sostenuto con dignità.

Le culture tradizionali rendevano ognuno responsabile del suo comportamento sotto l'impatto del male fisico o morale. (6) Il dolore era riconosciuto come una componente inevitabile della realtà soggettiva del proprio corpo, nella quale ognuno si trova costantemente e che viene costantemente modellata dalle reazioni coscienti che ognuno le oppone. (7) La gente sapeva di dover guarire da sola, (8) di dover fare i conti da sola con la propria emicrania, col proprio difetto o con la propria afflizione.

Il dolore patito dagli individui aveva l'effetto di stabilire un limite all'abuso dell'uomo da parte dell'uomo.

Le minoranze sfruttatrici potevano vendere alcol o predicare religioni per intontire le loro vittime, e gli schiavi potevano dedicarsi al blues o a masticare coca; ma al di là di un punto critico di sfruttamento, le economie tradizionali fondate sulle risorse del corpo umano non potevano più reggersi.

Qualunque società che infliggesse disagi e dolori tanto intensi da divenire culturalmente 'insoffribili', non poteva che finire.

Oggi una parte crescente dell'intera massa di dolori è prodotta dall'uomo, è un effetto collaterale delle strategie con cui si persegue l'espansione industriale.

Il dolore non è più sentito come un male 'naturale' o 'metafisico': è una maledizione sociale, e per impedire che le 'masse' maledicano la società quando sono colpite dal dolore, il sistema industriale elargisce loro una medicina che lo sopprime.

Il dolore si traduce così in accresciuta domanda di farmaci, ospedali, servizi medici e altre forme di cura professionalizzata e impersonale, nonché in sostegno politico a un'ulteriore crescita dell'istituzione medica, senza riguardo per il suo costo umano, sociale o economico.

Il dolore è cioè diventato un problema di economia politica, il che scatena un processo a valanga: tramutato in consumatore di anestesia, l'individuo non può che chiedere sempre maggiori dosi di prodotti e servizi che gli procurino artificialmente insensibilità, stordimento, incoscienza.

Le culture tradizionali e la civiltà tecnologica partono da assunti opposti.

In ogni cultura tradizionale la psicoterapia, i sistemi di credenze e i farmaci necessari per contrastare la maggior parte del dolore sono incorporati nel comportamento quotidiano e riflettono la convinzione che la realtà è aspra e la morte ineluttabile. (9) Nella distopia del ventesimo secolo, la necessità di sopportare una realtà dolorosa, interna o esterna, è vista come un difetto del sistema socioeconomico e il dolore è considerato un'emergenza accidentale da affrontare con interventi straordinari.

La sensazione del dolore è provocata da messaggi che affluiscono al cervello; l'esperienza che ne deriva dipende, per qualità e quantità, dalla dotazione genetica (10) e da almeno quattro fattori funzionali, oltre che dalla natura e dall'intensità dello stimolo, e cioè: la cultura, l'ansia, l'attenzione e l'interpretazione.

Tutti e quattro questi fattori sono a loro volta modellati da determinanti sociali: l'ideologia, la struttura economica, il carattere della società.

E' la cultura che stabilisce se deve essere la madre o il padre oppure l'una e l'altro insieme a gemere quando nasce il bambino. (11) Sono le circostanze e le abitudini a determinare il livello di ansia del sofferente e l'attenzione che egli dedica alle sue sensazioni corporee. (12) L'addestramento e le convinzioni acquisite decidono il significato che si attribuisce alle sensazioni fisiche e influenzano il grado in cui si avverte il dolore. (13) Spesso la superstizione popolare riesce meglio della religione colta

a procurare un sollievo magicamente efficace. (14) Le prospettive aperte dal fatto doloroso determinano il modo in cui esso viene sofferto: un trauma subito mentre si è vicini all'orgasmo sessuale o al punto culminante di un atto d'eroismo spesso non viene neppure sentito.

I soldati americani feriti sulla spiaggia di Anzio, i quali speravano che grazie alle loro mutilazioni avrebbero lasciato il fronte e sarebbero tornati a casa con una medaglia, rifiutavano le iniezioni di morfina che avrebbero invece considerato indispensabili se lesioni analoghe fossero state loro inflitte dal dentista o in una sala operatoria. (15) Quando una cultura si medicalizza, le determinanti sociali della sofferenza agiscono in maniera distorta.

Mentre per la cultura il dolore è un 'disvalore' intrinseco, intimo e incommunicabile, per la civiltà medica è soprattutto una reazione organica, sistemica, che si può verificare, misurare e regolare.

Soltanto il dolore percepito a distanza da una terza persona costituisce una prova diagnostica che richiede una cura specifica.

Questa obiettivazione e quantificazione del dolore arriva al punto che nei trattati di medicina si parla di malattie, operazioni o stati dolorosi anche quando il paziente da parte sua non avverte alcun dolore.

Il dolore diventa oggetto di controlli da parte del medico anziché occasione per chi lo soffre di vivere responsabilmente la propria esperienza. (16) E' la professione a decidere quali sono i dolori autentici, quali hanno una base somatica e quali una psichica, quali sono immaginari e quali simulati. (17) La società riconosce questa valutazione professionale e vi si attiene.

La compassione diventa una virtù obsoleta.

La persona che soffre trova intorno a sé un contesto sociale sempre meno capace di dare senso all'esperienza che spesso la schiaccia.

La storia della medicalizzazione del dolore è ancora da scrivere.

Alcune monografie erudite riguardano i momenti degli ultimi due secoli e mezzo nei quali cambiò l'atteggiamento dei medici verso il dolore, (18) e qualche riferimento storico si può trovare in saggi che si occupano dell'atteggiamento contemporaneo. (19) La corrente esistenziale della medicina antropologica ha raccolto osservazioni preziose sullo sviluppo del dolore moderno descrivendo l'evoluzione della percezione corporea nell'era tecnologica. (20) Il rapporto tra l'istituzione medica e l'ansia dei suoi pazienti è stato esplorato da alcuni psichiatri (21) e, occasionalmente, dalla medicina generale.

Ma la visione medica del dolore fisico in senso stretto è un campo di ricerca ancora vergine.

Su questo terreno lo storico ha da fare i conti con tre problemi particolari.

Il primo è la profonda trasformazione che si è avuta nel rapporto tra il dolore e gli altri mali di cui può soffrire l'uomo.

Il dolore ha cambiato posizione rispetto all'afflizione, al senso di colpa, al peccato, all'angoscia, alla paura, alla fame, all'infermità.

Quello che noi chiamiamo dolore in una clinica chirurgica è qualcosa che per le generazioni precedenti non aveva un nome particolare.

E' come se il termine si fosse ormai ridotto a designare quella parte della sofferenza umana su cui il medico può esercitare la sua competenza o il suo controllo.

Non esiste alcun precedente storico di una situazione come la nostra in cui l'esperienza del dolore fisico personale è determinata dal programma terapeutico inteso a distruggerlo.

Il secondo problema è quello della lingua.

L'oggetto tecnico che la medicina contemporanea designa con il termine 'dolore' ancora oggi non ha un equivalente semplice nel linguaggio corrente.

Nella maggior parte delle lingue il vocabolo di cui si sono impadroniti i medici significa anche afflizione, dispiacere, angoscia, vergogna, senso di colpa.

Se è ancora relativamente facile usare l'inglese "pain" e il tedesco "Schmerz" in modo che suggeriscano un senso fisico preciso anche se non esclusivo, la maggioranza dei sinonimi indogermanici copre un ventaglio di significati assai più ampio: (22) il dolore corporeo può essere designato con l'equivalente di 'lavoro pesante', 'fatica', 'prova', o di 'supplizio', 'pena', 'resistenza', 'agonia', o, più generalmente, di 'acciacco', 'malessere', 'stanchezza', 'fame', 'tutto', 'ferita', 'angustia', 'tristezza', 'disturbo', 'confusione', 'oppressione'.

La litania è tutt'altro che completa: essa dimostra che la lingua può distinguere parecchie specie di 'mali', che hanno tutti un riflesso corporeo.

In alcune lingue il dolore fisico è 'male' senz'altro, per esempio in francese e in italiano: quando il medico gli domanda quale dolore accusa, il paziente italiano (e quello francese) gli mostra il punto e dice: "Mi fa male qui" ("J'ai mal là").

D'altra parte l'italiano (e il francese) sa distinguere il male dalla sofferenza: può "soffrire dappertutto" ("je souffre dans toute ma chair") senza "aver male" da nessuna parte ("je n'ai mal nulle part").

Se il concetto di dolore corporeo ha subito un'evoluzione nell'uso medico, non è dal mutevole significato di un singolo termine che lo si può ricavare.

Un terzo ostacolo a una storia del dolore è costituito dall'eccezionalità del suo status assiologico ed epistemologico.

(23) Nessuno comprenderà mai il "mio dolore" così come io lo intendo, a meno che non soffra lo stesso mal di testa, cosa che è impossibile trattandosi di un'altra persona.

In questo senso 'dolore' indica una crisi nella netta distinzione tra l'organismo e l'ambiente, tra lo stimolo e la risposta. (24) Non designa una certa categoria di esperienza che permetta a te e a me di comparare i nostri mal di testa, e tanto meno significa una certa entità fisiologica o medica, un caso clinico caratterizzato da determinati segni patologici.

Non è il "dolore allo sternocleidomastoideo" che è percepito come un disvalore sistematico dallo scienziato di medicina.

Per questo tipo eccezionale di disvalore che è il dolore si ha un tipo di certezza anch'esso eccezionale. Come il "mio dolore" appartiene in una forma tutta sua unicamente a me, così io sono completamente solo nei suoi confronti.

Non posso farne partecipi gli altri.

Non ho alcun dubbio circa la realtà dell'esperienza dolorosa, ma che cosa provo non posso dirlo realmente a nessuno.

Che altri abbiano dei 'loro' dolori lo suppongo, benché non possa percepire quel che intendono quando me ne parlano.

Dell'esistenza del loro dolore sono certo soltanto nel senso che sono certo della compassione che provo per loro.

E tuttavia, più la mia compassione è profonda, più è profonda la mia certezza che l'altro è completamente solo in quel che sente.

Anzi, io riconosco i segni manifestati da qualcuno che prova dolore, anche quando la sua sofferenza va al di là delle mie possibilità di aiuto o di comprensione.

La consapevolezza di questa solitudine estrema è una caratteristica peculiare della compassione che abbiamo per il dolore corporeo, e la distingue da qualunque altra esperienza, per esempio dalla compassione che si prova per chi è angosciato, triste, offeso, oppure storpio.

Manca assolutamente, nella sensazione del dolore corporeo, quella distanza fra causa nociva ed esperienza dolorosa che si trova in altre forme di sofferenza.

Nonostante l'impossibilità di comunicare il dolore corporeo, la percezione della sua presenza in un altro è un fatto così fondamentalmente umano che non si può mettere tra parentesi.

Il paziente non può concepire che il suo medico non si renda conto del suo dolore, come il torturato non riesce a pensarlo del suo aguzzino.

La certezza che noi condividiamo l'esperienza del dolore è di un tipo tutto speciale, maggiore della certezza che abbiamo in comune con altri l'appartenenza al genere umano.

C'è stato chi ha trattato i propri schiavi come oggetti, e tuttavia riconosceva che quell'oggetto era capace di soffrire il dolore.

Gli schiavi sono più che cani, ai quali si può far male ma che non possono soffrire.

Wittgenstein ha dimostrato che la nostra certezza particolare, radicale, dell'esistenza del dolore in altri può coesistere con una inestricabile difficoltà a spiegare come possa avvenire questa comunione di ciò che è unico. (25) Ora, la mia tesi è che il dolore corporeo, vissuto come disvalore intrinseco, intimo e incommunicabile, include nella nostra coscienza la situazione sociale nella quale si trovano coloro che soffrono.

Il carattere della società forma in una certa misura la personalità di chi soffre e determina così il modo concreto in cui egli vive come dolore i propri mali fisici.

In questo senso dovrebbe essere possibile indagare la progressiva trasformazione dell'esperienza del dolore che si è avuta con la medicalizzazione della società.

L'atto di soffrire il dolore ha sempre una dimensione storica.

Ogni volta che io provo un dolore, avverto che si pone una domanda.

Concentrarsi sull'evoluzione di tale domanda è il modo migliore per studiare la storia del dolore. Che il dolore lo senta io stesso o che io veda i gesti di un altro che mi dice di star soffrendo, in questa percezione è sempre insito un interrogativo.

La domanda che esso pone è altrettanto inerente al dolore fisico quanto la sua solitudine.

Il dolore è il segno di qualcosa che non trova risposta; esso rimanda a qualcosa di aperto, che nel momento successivo passa a domandare: "Cos'è che non va? Per quanto tempo ancora? Perché bisogna... perché debbo... perché mi tocca...

perché mi capita di soffrire questo dolore? Perché esiste questo tipo di male, e perché colpisce proprio me?".

Un osservatore scientifico che trascurasse questo aspetto referenziale del dolore non vedrebbe altro che riflessi condizionati.

Si troverebbe a studiare una cavia, non un essere umano.

Ogni medico sincero sa che, restando sordo a questa domanda carica di valore che risuona nel lamento del paziente, può riconoscere nel dolore il sintomo di uno specifico disturbo fisico, ma non entra in contatto con la sofferenza che ha spinto il paziente a cercare aiuto.

Purtroppo, uno dei risultati della formazione superspecializzata dei medici è proprio lo sviluppo di questa capacità di obiettivare il dolore.

Il tipo di studi che essi fanno li porta a concentrarsi sugli aspetti del dolore che possono essere manipolati da agenti esterni: la stimolazione nervosa periferica, la trasmissione, la reazione allo stimolo o addirittura il livello di ansia del paziente.

L'interesse si limita alla gestione dell'entità sistemica, che è il solo oggetto aperto alla verifica operativa. Il risvolto personale della sofferenza sfugge a questo controllo sperimentale e viene perciò ignorato nella maggior parte degli esperimenti che si fanno sul dolore. (26) Di solito per provare gli effetti antalgici di un intervento farmacologico o chirurgico ci si serve di animali; una volta elaborate le risultanze della sperimentazione animale, se ne verifica la validità sulle persone.

Finché queste ultime vengono utilizzate come campioni ed esaminate in condizioni sperimentali simili a quelle in cui si studiano gli animali, l'intervento antidolorifico dà di solito risultati più o meno analoghi nella cavia come nell'uomo.

Ma non appena lo stesso intervento si applica a persone che soffrono 'realmente', i suoi effetti non corrispondono più a quelli che si erano ottenuti in situazione sperimentale.

Nel laboratorio una persona si sente esattamente come un topo; ma quando la sua vita è investita dal dolore, non può fare a meno di soffrire, bene o male, anche se vuol reagire come un topo.

Vivendo in una società che dà grande valore all'anestesia, tanto il medico quanto il suo potenziale cliente vengono rieducati a soffocare l'interrogativo inerente a ogni dolore.

La domanda sollevata dall'intima esperienza dolorosa si tramuta in una vaga ansia che si può sottoporre a cura.

L'esempio limite di questa espropriazione del dolore l'offrono i pazienti lobotomizzati, i quali "si adeguano al livello degli animali domestici". (27) La persona lobotomizzata continua a percepire il dolore ma ha perso la capacità di soffrirne; l'esperienza del dolore è ridotta a un disagio fisico che ha un nome clinico.

Perché un dolore vissuto costituisca una sofferenza nel senso pieno del termine, bisogna che sia inserito in un quadro culturale. (28) Per permettere agli individui di trasformare il dolore corporeo in una esperienza personale, ogni cultura fornisce almeno quattro sottoprogrammi in rapporto fra loro: parole, droghe, miti e modelli.

La cultura dà al dolore la forma di una domanda che si può esprimere con parole, grida e gesti, nei quali è spesso riconoscibile il disperato tentativo di partecipare l'estrema solitudine con cui si vive confusamente l'esperienza dolorosa: l'italiano geme e il prussiano digrigna i denti.

Ogni cultura fornisce inoltre la propria farmacopea psicoattiva, insieme a costumi che stabiliscono in quali circostanze si possono assumere le droghe e con quale rituale. (29) I rajput musulmani preferiscono l'alcol e i bramini la marijuana, (30) pur vivendo gli uni accanto agli altri negli stessi villaggi dell'India occidentale. (31) Per i Navaho un rimedio sicuro è la peyote (32) e per i Huichole i funghi, (33) mentre le popolazioni dell'altopiano peruviano hanno imparato a sopravvivere con l'aiuto della coca. (34) L'uomo ha avuto un'evoluzione non soltanto nella capacità di SOFFRIRE il suo dolore, ma anche nelle arti di gestirlo: (35) la coltivazione del papavero (36) ha probabilmente preceduto la semina dei cereali durante la media età della pietra.

Il massaggio, l'agopuntura e l'incenso analgesico erano noti fin dall'alba della storia. (37) Spiegazioni religiose e mitiche del dolore si sono avute in tutte le culture: per i musulmani esso è "kismet", (38) destino voluto da dio; per gli indù è "karma", (39) un fardello che ci si porta dietro dalla precedente incarnazione; per i cristiani, un contraccolpo santificante del peccato. (40) Infine, le culture hanno sempre fornito un esempio su cui modellare il contegno nel dolore: il Buddha, il santo, il guerriero, la vittima.

Il dovere di soffrire secondo il loro stile distoglie l'attenzione da una sensazione che altrimenti assorbirebbe ogni energia, e incita chi soffre a sopportare il supplizio con dignità.

L'ambiente culturale non procura soltanto la grammatica e la tecnica, i miti e gli esempi da utilizzare nella sua caratteristica 'arte di soffrire bene', ma anche le istruzioni su come integrare questo repertorio. La medicalizzazione del dolore, invece, ha provocato l'ipertrofia di uno solo di questi modi (l'intervento tecnico) e accentuato la decadenza degli altri.

Soprattutto, ha reso o incomprensibile o scandalosa l'idea che l'abilità nell'arte di soffrire possa essere la maniera più efficace e più universalmente valida di affrontare il dolore.

La medicalizzazione priva ogni cultura della capacità di integrare con tutto il resto il suo programma per far fronte al dolore.

La società determina non soltanto il modo in cui avviene l'incontro tra il medico e il paziente, ma anche quello che ciascuno di essi pensa, sente e fa a proposito del dolore.

Finché il medico si considerava anzitutto un guaritore, il dolore aveva il ruolo di un passo verso il recupero della salute.

Nei casi in

cui non riusciva a sanare, il medico non aveva alcuno scrupolo a dire al suo paziente di usare analgesici per alleviare così l'inevitabile sofferenza.

Come l'ottimo dottor Oliver Wendell Holmes, il quale sapeva che contro il dolore la natura offriva rimedi assai migliori di quanto la medicina non sapesse dire "[a eccezione dell']oppio, che il Creatore stesso sembra prescrivere, poiché sovente vediamo crescere il rosso papavero in mezzo ai campi di grano quasi fosse stabilito che dovunque c'è fame da saziare debba esserci anche dolore da lenire; [a eccezione di] alcuni specifici che non fu la nostra arte di medici a scoprire; [a eccezione del] vino, che è un alimento, e dei vapori che producono il miracolo dell'anestesia...

Sono fermamente convinto che se l'intera materia medica, quale è oggi usata, si potesse buttare in fondo al mare, sarebbe tanto meglio per l'umanità, e tanto peggio per i pesci". (41) L'ethos del guaritore consentiva al medico di affrontare l'insuccesso con la stessa dignità che l'uomo comune aveva appreso dalla religione, dalla tradizione popolare e dal libero accesso agli analgesici. (42) Il funzionario della medicina attuale si trova in una posizione diversa: egli mira in primo luogo al trattamento, non alla guarigione.

E' attrezzato non a comprendere gli interrogativi che il dolore suscita in colui che soffre, ma a degradare tali dolori in un elenco di disturbi che si possa raccogliere in un dossier.

Si vanta di conoscere la meccanica del dolore, e in tal modo elude l'invito del paziente alla compassione. Una fonte degli atteggiamenti europei verso il dolore si trova certamente nell'antica Grecia.

I discepoli di Ippocrate (43) distinguevano parecchie specie di disarmonia, ognuna delle quali provocava un tipo particolare di dolore.

Il dolore era perciò un utile strumento di diagnosi; rivelava al medico quale specie di armonia doveva ritrovare il paziente.

Nel corso della cura il dolore poteva anche sparire, ma non era certo questo l'obiettivo principale dell'intervento medico.

Mentre i cinesi cercarono molto presto di curare la malattia eliminando il dolore, nessun orientamento del genere si affermò nell'Occidente classico.

Per i greci la felicità disgiunta dal dolore non era neppure concepibile.

Il dolore era il riflesso dell'evoluzione sull'anima, il suo modo di viverla.

L'uomo, col suo corpo, faceva parte di un universo in perpetuo declino, e la sua anima sensibile, di cui parla Aristotele, era perfettamente coestesa al corpo.

In questa visione non c'era posto per alcuna distinzione fra il senso e l'esperienza del dolore.

Il corpo non era stato ancora separato dall'anima, né la malattia dal dolore.

Le parole che indicavano il dolore corporeo erano tutte ugualmente valide per la sofferenza dell'anima.

Visto questo retaggio greco, sarebbe un errore credere che la rassegnazione al dolore sia dovuta esclusivamente all'influenza ebraica o cristiana.

Quando nel secondo secolo avanti Cristo duecento ebrei tradussero in greco il "Vecchio Testamento", per indicare il 'dolore' tredici diverse parole ebraiche furono rese con un unico termine greco. (44) Lo considerassero o no strumento del castigo divino, per gli ebrei il dolore era comunque una sciagura. (45) Nelle "Scritture" e nel "Talmud" esso non è mai visto come un'esperienza desiderabile. (46) E' vero che il dolore riguardava organi specifici, ma tali organi erano anche ritenuti sedi di specifiche emozioni; la categoria medica moderna del dolore fisico è completamente estranea al testo ebraico.

Nel "Nuovo Testamento" il dolore è intimamente intrecciato col peccato. (47) Mentre per il greco classico il dolore non poteva non accompagnarsi al piacere, per il cristiano era una conseguenza della sua dedizione alla gioia. (48) Nessuna cultura o tradizione ha il monopolio della rassegnazione realistica. Una ricerca sulla storia del dolore nella cultura europea dovrebbe allargarsi al di là di queste radici classiche e semitiche per trovare le ideologie che sorreggevano l'accettazione personale del dolore. Nell'interpretazione dei neoplatonici, il dolore era effetto di qualche deficienza delle gerarchie celesti; per i manichei, il frutto della cattiveria di un demiurgo, malefico architetto dell'universo; per i cristiani, conseguenza della perdita dell'integrità originale provocata dal peccato di Adamo.

Ma per quanto si combattessero sulle questioni di dogma e di morale, per tutte queste religioni il dolore aveva il gusto amaro di un male cosmico, era la manifestazione di una debolezza della natura, di una volontà diabolica, o di una meritata maledizione divina.

Questo atteggiamento unifica e caratterizza tutte le culture mediterranee postclassiche fino al diciassettesimo secolo.

Come disse un alchimista del Cinquecento, il dolore è l'"amara tintura aggiunta allo spumeggiante infuso del seme del mondo".

Sin dalla nascita ognuno era chiamato a imparare l'arte di vivere in una valle di lacrime.

Il neoplatonico spiegava l'amarezza della realtà con una mancanza di perfezione, il cataro con uno sfregio, il cristiano con una ferita di cui egli era ritenuto responsabile.

Affrontando la concretezza della vita, che nel dolore aveva una delle sue principali espressioni, l'individuo poteva ergersi in eroica sfida o stoicamente rifiutare ogni sollievo; poteva accogliere l'occasione per purificarsi, far penitenza o compiere un sacrificio, o tollerare contro voglia l'inevitabile cercando di alleviarlo.

All'azione tutta umana del SOFFRIRE IL DOLORE si applicava l'oppio, l'agopuntura o l'ipnosi, sempre in combinazione col linguaggio, col rituale e col mito.

Un solo approccio era impensabile, almeno nella tradizione europea: l'idea che il dolore non richiedesse d'essere sofferto, alleviato e interpretato dalla persona colpita, ma potesse essere eliminato, sempre idealmente, mediante l'intervento di un prete, di un politico o di un medico.

Ci sono tre motivi che spiegano perché l'idea della soppressione tecnica, professionale, del dolore è rimasta estranea a tutte le civiltà europee. (49) Primo: il dolore era concepito come il riflesso umano di un universo imperfetto, non come una semplice disfunzione meccanica di qualche suo sottosistema.

Il significato del dolore era cosmico e mitico, e non individuale e tecnico.

Secondo: il dolore denotava una corruzione insita nella natura, e l'uomo dal canto suo era una parte di quel tutto.

Non si poteva escludere l'uno senza l'altro; il dolore non era pensabile come qualcosa di distinto dal disturbo.

Il medico poteva lenire gli spasimi, ma eliminare la necessità di soffrire avrebbe voluto dire sopprimere il paziente.

Terzo: il dolore era un'esperienza dell'anima, e questa era presente in tutto il corpo.

La sofferenza era un'esperienza del male non mediata.

Non poteva esserci una fonte di dolore distinta dal dolore che si soffriva. (50) La lotta contro il dolore, inteso come problema personale da comprendere e patire, non cominciò se non quando il corpo e l'anima vennero separati a opera di Cartesio.

Questi costruì un'immagine del corpo in termini di geometria, di meccanica o di orologeria, simile a una macchina che poteva essere riparata da un ingegnere.

Il corpo divenne un apparecchio posseduto e diretto dall'anima, ma da una distanza quasi infinita.

L'esperienza corporea viva, quella che i francesi indicano con la "chair" e i tedeschi con "der Leib", fu ridotta a un meccanismo inerte che l'anima poteva guardare dall'alto. (61) Per Cartesio il dolore è un segnale, col quale il corpo reagisce in autodifesa per proteggere la sua integrità meccanica; queste reazioni al pericolo vengono trasmesse all'anima, che le appercepisce come dolorose.

Il dolore si riduce a un comodo mezzo di apprendimento: insegna all'anima come evitare ulteriore danno al corpo.

Leibniz riassume questo nuovo modo di vedere quando cita, approvandola, una frase di Régis, a sua volta discepolo di Cartesio: "Il grande ingegnere dell'universo ha fatto l'uomo nel modo più perfetto possibile, e per la sua conservazione non ha potuto inventare dispositivo migliore che fornirlo d'un senso del dolore". (52) Istruttivo il commento che Leibniz dedica a questa frase.

Comincia dicendo che in linea di principio sarebbe stato ancora meglio se Dio avesse usato un rinforzo positivo anziché negativo, ispirando piacere ogni volta che un uomo si scosta dal fuoco che potrebbe divorarlo; però, conclude, Dio avrebbe potuto riuscire su questa via solo operando miracoli, e poiché per principio Dio evita i miracoli, "il dolore è un espediente necessario e brillante per garantire il funzionamento dell'uomo".

In capo a due generazioni dal tentativo cartesiano di formulare un'antropologia scientifica, il dolore è diventato utile.

Da esperienza della precarietà della vita, si è trasformato in una spia di specifiche avarie. (53) Alla fine del secolo scorso, divenuto un regolatore delle funzioni corporee, soggetto alle leggi della natura, il dolore non aveva più bisogno di spiegazioni metafisiche. (54) Aveva ormai perso il diritto a qualunque rispetto mistico e poteva essere sottoposto a studi empirici aventi lo scopo di eliminarlo.

Intorno al 1853, appena un secolo e mezzo dopo che il dolore era stato interpretato come una semplice salvaguardia fisiologica, a La Crosse nel Wisconsin esisteva in commercio un medicinale che, diceva l'etichetta, "uccideva il dolore". (55) Si era formata una nuova sensibilità, che era scontenta del mondo non perché fosse triste o peccaminoso o povero di lumi o minacciato dai barbari, ma perché pieno di sofferenza e di dolore. (56) Il progresso della civiltà divenne sinonimo di riduzione del volume complessivo della sofferenza.

Da allora, la politica fu concepita come un'attività diretta non tanto a massimizzare la felicità quanto a ridurre al minimo il dolore.

Il risultato è una tendenza a vedere nel dolore un accadimento essenzialmente passivo, che colpisce alcuni poveretti perché la borsa degli strumenti della corporazione medica non viene usata in loro favore.

In questo contesto sembra ormai razionale fuggire il dolore, letteralmente a qualsiasi prezzo, piuttosto che fronteggiarlo.

Sembra ragionevole eliminare il dolore, anche a costo di perdere l'indipendenza.

Sembra mentalità illuminata considerare inesistenti tutti i problemi non-tecnici sollevati dal dolore, anche se ciò significa trasformare dei pazienti in animali domestici. (57) Man mano che l'analgesia indotta saliva di livello, è venuta parallelamente declinando la capacità di apprezzare le gioie e i piaceri semplici della vita.

In una società anestetizzata occorrono stimoli sempre più forti perché si abbia il senso d'essere vivi. La droga, la violenza e l'orrore diventano degli stimolanti che, in dosi sempre più potenti, riescono ancora a suscitare un'esperienza dell'io.

La diffusa anestesia accresce la domanda di un'eccitazione ottenuta col rumore, con la velocità, con la veemenza, per distruttive che siano.

Questa aumentata soglia dell'esperienza a base fisiologica, che è tipica di una società medicalizzata, rende oggi difficilissimo ammettere che la capacità di soffrire può essere un segno di buona salute. Sentirsi ricordare che la sofferenza è un'attività responsabile è cosa quasi inaudita per il consumatore, educato a trovare il piacere nell'asservimento ai prodotti industriali; ed egli giustifica il suo stile di vita passivo definendo 'masochismo' qualunque partecipazione personale nel confronto col dolore inevitabile.

Tuttavia, mentre respinge come masochismo l'accettazione della sofferenza, il consumatore di anestesia tende a cercare un senso della realtà in sensazioni sempre più forti.

Tende a cercare un significato alla propria esistenza e potere sugli altri sottoponendosi a dolori per cui non servono diagnosi mediche e ad ansie per cui non c'è rimedio: la vita febbrile del manager, l'autocastigo della corsa dei topi, l'intensa esposizione alla violenza e al sadismo attraverso il cinema e la televisione.

In una società del genere l'auspicio di un rinnovato stile nell'arte di soffrire, che includa l'utilizzazione competente delle nuove tecniche, è inevitabilmente destinato a essere frainteso come un desiderio morboso di dolore, cioè come oscurantismo, romanticismo, dolorismo o sadismo.

Spinta al limite, la manipolazione del dolore potrebbe sostituire alla sofferenza una nuova specie di orrore: l'esperienza dell'insensibilità artificiale.

In uno studio sugli abitanti di Hiroshima che si trovarono vicino al 'punto zero' della bomba, Lifton ha descritto l'effetto della morte in massa sui superstiti.

(58) Circondati da una folla di feriti e di moribondi, gli scampati semplicemente smisero di provare qualunque sensazione; caddero in uno stato di torpore, senza più alcuna capacità di reazione emotiva. Dopo un po' questa paralisi emotiva sfociò in una depressione che, a vent'anni dalla bomba, continuava ancora a manifestarsi, secondo Lifton, in un profondo senso di colpa o di vergogna per essere sopravvissuti senza aver provato alcun dolore nel momento dell'esplosione.

Queste persone vivono un interminabile incontro con la morte che le ha risparmiate, e soffrono d'una enorme crisi di fiducia in quella più grande matrice umana che sorregge la vita di ogni singolo uomo. Hanno patito il loro passaggio anestetizzato attraverso quell'evento come qualcosa di altrettanto mostruoso quanto la morte di chi era accanto a loro, cioè come un male troppo oscuro e schiacciante per poter essere affrontato, ovvero sofferto. (59) Ciò che la bomba ha fatto a Hiroshima potrebbe aiutarci a capire l'effetto cumulativo che si crea in una società dove il dolore è stato 'espropriato' per via medica. Il dolore che viene soffocato perde il suo carattere referenziale e genera un orrore residuo privo di significato, che non pone interrogativi.

La sofferenza che le culture tradizionali insegnavano a sopportare produceva talvolta angosce insostenibili, straziate imprecazioni e furibonde bestemmie; pure, trovava in se stessa il proprio limite. La nuova esperienza che ha preso il posto della sofferenza dignitosa è una conservazione artificialmente prolungata, opaca, spersonalizzata.

La soppressione del dolore trasforma sempre più l'individuo in un insensibile spettatore della decadenza del proprio io.

NOTE.

NOTA 1.

Per una finissima analisi fenomenologica della modernizzazione dell'esperienza del dolore, vedi Peter Berger, "Policy and the calculus of pain in Pyramids of sacrifice: political ethics and social change", Basic Books New York, 1974, capitolo 5.

NOTA 2.

F. J. J.

Buytendijk, "Pain, its modes and functions", University of Chicago Press Chicago, 1962.

Rudolf Bilz, "Palaanthropologie", volumi 1 e 2, "Studien ber Angst und Schmerz", Suhrkamp, Francoforte sul Meno, 1971.

NOTA 3.

Victor Weizscker, "Arzt und Kranker", volume 1, Khler, Stoccarda, 1949.

NOTA 4.

Thomas S. Szasz, "Pain and pleasure", Basic Book, Nuova York, 1957.

NOTA 5.

Per un'analisi della reazione al dolore da parte degli scrittori e filosofi contemporanei, vedi Ida Cermak, "Ich klage nicht: Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schpferischer Menschen", Amalthea, Vienna, 1972.

Nel tardo Medioevo era quasi impossibile riconoscere, dal comportamento di una persona sofferente, se all'origine di ciò che essa provava c'era afflizione, compassione, orgoglio ferito o dolore fisico: Wilhelm Scherer, "Der Ausdruck des Schmerzes und der Freude in der mittelhochdeutschen Dichtung der Bltezeit", Strasburgo, 1908.

NOTA 6.

Quando gli artisti della Grecia classica ritraevano il dolore, erano interessati solo indirettamente dal suo risvolto fisiologico e cercavano soprattutto di rappresentare il modo più o meno personale in cui questo era vissuto: Ernst Hannes Brauer, "Studien zur Darstellung des Schmerzes in der antiken bildenden Kunst Griechenlands und Italiens", prolusione inaugurale all'università di Breslavia, Niekowsky, Breslavia, 1934.

Per analoghe conclusioni riguardo al teatro attico, Karl Kiefer, "Krperlicher Schmerz auf der attischen Bhne", prolusione inaugurale, Carl Winter's Universitätsbuchhandlung, Heidelberg, 1908.

NOTA 7.

Confronta 60 rappresentazioni plastiche di esseri umani sofferenti in Friedrich Schulze-Maizier, H. Moehle, "Schmerz", Metzner, Berlino, 1943.

Anche in F. Garnaud "La douleur dans l'art", 'Aesculape', 1957, parecchie tavole in una serie di fascicoli.
NOTA 8.

Victor Weizscker, "Zum Begriff der Arbeit: eine HabeasCorpus Akte der Medizin?", in Edgar Salin (a cura) "Synopsis: Festgabe fr Alfred Weoer", Schneider, Heidelberg, 1948, pagine 707-61.

Una descrizione fenomenologica della sofferenza come "Leistung", cioè come un'attività della persona sofferente che suscita rispetto in tutte le società e che è di solito considerata come una 'prestazione' che, pur diversa dal lavoro, ha una qualifica sociale analoga a esso.

Vedi anche Albert Gorres (a cura) "Der Kranke, Argernis der Leistungsgesellschaft", Patmos, Dusseldorf, 1971.

Benché non arrivi fino allo stesso punto, Everett Hughes, "Men and their work", Free Press, Nuova York 1958, offre una base per una interpretazione analoga.

NOTA 9. "Bilz Die Menschheitsgeschichtlich altesten Mythologeme", in "Studien ber Angst und Schmerz", cit., pagine 276-94.

NOTA 10.

Asenath Petrie, "Individuality in pain and suffering", University of Chicago Press, Chicago, 1967.

Gli individui differiscono nell'intensità con cui modulano l'esperienza: mentre alcuni riducono, altri accrescono ciò che percepiscono, compreso il dolore.

Questo tipo di reazione è, in parte, determinato geneticamente.

Vedi anche B. B.

Wolff, M. E. Jarvik, "Relationship between superficial and deep somatic threshold of pain, with a note on handedness", 'American Journal of Psychology', 77 (1964): 589-99.

NOTA 11.

Per la persona che si presume soffra al momento del parto, e per il punto del corpo dove si presume che abbia origine il dolore, vedi Grantly Dick-Read, "Rivelazioni sul parto.

Maternità senza paura", Idelson, Napoli, 1951.

Contiene molte notizie sull'effetto della cultura al livello della paura e sul rapporto tra la paura e l'esperienza del dolore.

NOTA 12.

Henry K. Beecher, "Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs", Oxford University Press, Nuova York, 1959.

Gli oppiacei esercitano la loro azione principale non sullo stimolo doloroso, che è trasmesso attraverso il sistema nervoso, ma sulla sovrastruttura di dolore psicologica.

Essi abbassano il livello di ansia.

In molte persone si possono ottenere gli stessi effetti con dei placebo.

E' possibile alleviare forti dolori postoperatori in circa il 35 per cento dei pazienti dando loro pastiglie di zucchero o salate anziché analgesici.

Poiché solo il 75 per cento trova sollievo in simili circostanze con forti dosi di morfina, l'azione della droga si spiega forse per il 50 per cento con l'effetto placebo.

Vedi anche Harris Hill e altri, "Studies on anxiety associated with anticipation of pain: 1. Effects of morphine", 'A.

M. A. Archives of Neurology and Psychiatry', 67 (maggio 1952): 612-19.

NOTA 13.

R. Melzack, T. H. Scott, "The effect of early experience on the response to pain", 'Journal of Comparative and Physiological Psychology', 50 (aprile 1957):155-61.

Per un'analisi fenomenologica vedi Victor E. von Gebattel, "Imago hominis: Beitrge zu einer personalen Anthropologie", seconda edizione, Otto Muller, Salisburgo, 1968; Jacques Sarano, "La douleur", Editions de l'épi, Lione, 1965.

NOTA 14.

Thomas Keith, "Religion and the decline of magic: studies in popular beliefs in the sixteenth and seventeenth centuries in England", Weidenfeld, Londra, 1971.

Sull'importanza e l'utilità pratica della religione e della superstizione nel lenire la sofferenza, nell'Inghilterra dell'inizio dell'era moderna.

NOTA 15.

Beecher, "Measurement of subjective response", cit., pagine 164 e seguenti.

NOTA 16.

Per un'informazione su quest'argomento si consulti James D. Hardy e altri, "Pain sensations and reactions", 1952, edizione reprint Hafner, Nuova York, 1967; Harold G., Stewart Wolff, "Pain, American Lectures in Physiology Series", seconda edizione, Thomas, Springfield, 3, 1958; Benjamin L. Crue, "Pain and suffering: selected aspects", Thomas, Springfield, 3, 1970.

NOTA 17.

Thomas S. Szasz, "The psychology of persistent pain: a portrait of l'Homme douloureux", cit.

NOTA 18.

Richard Toellner, "Die Umbewertung des Schmerzes im 17.

Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen", 'Medizinhistorisches Journal', 6 (1971): 707-61.

Ferdinand Sauerbruch, Hans Wenke, "Wesen und Bedeutung des Schmerzes", Junker und Dunnhaupt, Berlino, 1936.

Thomas Keys, "History of surgical anesthesia", edizione riveduta, Dover, Nuova York, 1963.

NOTA 19.

Kenneth D.

Keele, "Anatomies of pain", Thomas, Springfield, 3, 1957.

Hermann Buddensieg, "Leid und Schmerz als Schpfermacht", s.e., Heidelberg, 1956.

NOTA 20.

Gebattel, "Imago hominis", cit.

Sarano, "La douleur", cit.

Karl E. Roths Schuh, "Physiologie: der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert", Alber, Friburgo, 1968: una guida inestimabile alla storia della fisiologia dal sedicesimo secolo, che si avvicina il più possibile a una storia della percezione medica del dolore.

Dello stesso autore, "Von Boerhaave bis Berqer: die Entwicklung der kontinentalen Psychologie im 18. und 19.

Jahrhundert mit besonderer Beruecksichtigung der Neurophysiologie", Fischer, Stoccarda, 1964.

NOTA 21.

H. Merskey, F. G. Spear, "Pain: psychological and psychiatric aspects", Bailliere, Tindall and Cassel, Londra, 1967, analizza importanti lavori e tenta una chiarificazione dell'uso del dolore nell'attività sperimentale.

NOTA 22.

Vedi Carl Darling Buck, "A dictionary of selected synonyms in the principal Indo-European languages: a contribution to the history of ideas", University of Chicago Press, Chicago, 1949, per i seguenti quattro campi semantici: pain-suffering, 16.31; grief-sorrow, 16-32; emotion-feeling, 16.12; passion, 16.13.

Vedi anche W. Frenzen "Klagebilder und Klagegebarden in der deutschen Dichtung des hofischen Mittelalters", dissertazione all'Università di Bonn, Triltsch, Wurzburg, 1938.

Georg Zappert, "Uber den Ausdruck des geistigen Schmerzes im Mittelalter: ein Beitrag zur Geschichte der Forderungs-Momente des Ruhrenden in Romantischen", in "Denkschriften der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Philosphisch-historisch Classe", Vienna, 1854, 5:73-136.

NOTA 23.

Robert S. Hartman, "The structure of value: foundation of scientific axiology", Southern Illinois University Press, Carbondale, 1967, specialmente pagine 255 e seguenti.

Si distingue fra il "mio dolore", un disvalore intrinseco riguardo al quale esiste una certezza assolutamente unica; il "tuo dolore", un disvalore estrinseco per il quale io posso provare compassione; e "il tipo di dolore di cui si ritiene che soffra una terza persona", come le emicranie di pazienti non specificati, per il quale io posso tutt'al più chiedere una generica simpatia.

Il dolore di cui andrebbe scritta la storia è l'esperienza personalizzata del dolore intrinseco: includendo cioè nell'esperienza del dolore la situazione sociale in cui il dolore si manifesta.

NOTA 24.

David Bakan, "Disease, pain and sacrifice: toward a psychology of suffering", Beacon Press, Boston, 1968, studia il dolore come crisi del "telos" e della "distalità". "Il dolore, non avendo altro luogo se non l'io cosciente, è, quasi alla lettera, il prezzo che l'uomo paga per il possesso di un io cosciente...

Se non c'è un organismo desto e conscio, non c'è nulla che si possa ragionevolmente chiamare dolore".

NOTA 25.

Ludwig Wittgenstein, "Philosophical investigations", Oxford University Press, Oxford, 1953, pagine 89 e seguenti.

NOTA 26.

A. Soullairac, J. Cahn e J. Charpentier (a cura) "Pain", cit., specialmente pagine 119-230.

NOTA 27.

Vedi Szasz, "Psychology of persistent pain", cit.

NOTA 28.

Mark Zborowski, "Cultural components in responses to pain", in E. Gartly Jaco, "Patients, physicians and illness", Free Press, Nuova York, 1958, pagine 256-68.

NOTA 29.

B. Holmstedt, "Historical survey", in "Ethnopharmacologic search for psychoactive drugs", National Institute of Mental Health, Washington, D.C., 1967, pagine 3-31.

NOTA 30.

Sull'alcol in generale, vedi Salvatore P. Lucia, "A history of wine as therapy", MacGraw-Hill, Nuova York, 1963, che illustra le funzioni sociali dell'alcol come inebriante.

E. R.

Bloomquist, "Marihuana", Glencoe Press, Beverly Hills, California, 1968, sull'inquadramento ambientale e sulla diffusione dell'uso della marijuana a partire dall'antichità.

NOTA 31.

G. M. Carstairs, "Daru and Bhang, cultural factors in the choice of intoxicant", 'Quarterly Journal of Studies on Alcohol', 15 (giugno 1954): 220-37.

NOTA 32.

Robert L. Bergman, "Navajo peyote use: its apparent safety", 'American Journal of Psychiatry', 128 (dicembre 1971): 695-9.

Quando i membri della Native American Church nel corso delle loro cerimonie fanno uso della peyote, su ogni 10 000 dosi consumate si verifica meno di un incidente di 'viaggio' .

W.

La

Barre, "The peyote cult", Shoestring Press, Hamden, Connecticut, 1964.

Accurata storia dell'uso della peyote fra gli amerindi, con un'ampia bibliografia.

NOTA 33.

R.G.

Wasson, "Soma: divine mushroom of immortality", Harcourt Brace, Nuova York, 1969.

NOTA 34.

H. Blyed-Prieto, "Coca leaf and cocaine ad diction: some historical notes", 'Canadian Medical Association Journal', 93 (1965): 700-4.

NOTA 35.

Robert Burton, "The anatomy of melancholy", 3 volumi, Dutton, Nuova York, 1964 (edizione originale 1621).

Classico trattato sulla chemioterapia rinascimentale, che "eleva la mente dagli abissi della disperazione" per mezzo del papavero, del giusquiamo, della mandragora, delle solanacee, della noce moscata, eccetera.

NOTA 36.

Vedi la voce "Opium" della "Encyclopaedia Britannica" (1911), 20:130-7.

Geografia storica della coltivazione del papavero e storia del suo uso, presentate in una prospettiva vittoriana.

NOTA 37.

Peter Graystone, "Acupuncture and pain theory: a comprehensive bibliography", Biomedical Engineering Services, Vancouver, 1975.

Da integrare con Billy, "Miriam Tam Acupuncture: an international bibliography", Scarecrow Press, Metuche, N. Y., 1973.

NOTA 38.

Per bibliografia confronta W. Montgomery, "Watt Free will and predestination in early Islam", Luzac, Londra, 1948.

Vedi anche Duncan B. Macdonald, "Religious attitude and life in Islam", 1909, edizione reprint AMS Press, Nuova York, 1969.

NOTA 39.

H. H.

Rowley, "Submission in suffering and other essays on Eastern thought", University of Wales Press, Cardiff, 1951.

E.

M.

Hoch, "Bhaya, Shoka, Moha: Angst, Leid und Verwirrung in den alten indischen Schriften und ihre Bedeutung für die Entstehung von Krankheiten", in Wilhelm Bitter (a cura), "Abendindische Therapie und östliche Weisheit", Klett, Stoccarda, 1968.

NOTA 40.

John Ferguson, "The place of suffering", Clarke, Cambridge, 1972.

Densa storia della tradizione classica ed ebraica sulla quale si sviluppò l'atteggiamento cristiano nei confronti della sofferenza.

NOTA 41.

Oliver Wendell Holmes, "Medical essays", Boston, 1883.

NOTA 42.

Jacques Sarano, "L'échec et le médecin", in Jean Lacroix (a cura), "Les hommes devant l'échec", PUF, Parigi, 1968, capitolo 3, pagine 69-81.

NOTA 43.

Per uno studio esauriente del valore diagnostico attribuito al dolore nella letteratura ippocratica, vedi A. Souques, "La douleur dans les livres hippocratiques: diagnostiques rétrospectifs", 'Bulletin de la Société française de l'histoire de médecine', 31 (1937): 209-14, 279-309; (1938): 178-86; 33 (1939): 37-8, 131-44; (1940): 53-9, 79-93.

NOTA 44.

Sull'evoluzione dei termini usati nella Bibbia per indicare il dolore e la sofferenza, vedi in Gerhard Kittel, "Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament", Kohlhammer, Stoccarda, 1933, le seguenti voci: "lype" (Bultmann); "asthenés" (Stahlin); "pascho" (Michaelis); "nosos" (Oepke).

NOTA 45.

Immanuel Jakobovitz, "Attitude to pain", in "Jewish medical ethics", Bloch, Nuova York, 1967, pagina 103.

NOTA 46.

Julius Preuss, "Biblisch-talmudische Medizin: Beitrag zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt", terza edizione, Karger, Berlino, 1923.

Friedrich Weinreb, "Vom Sinn des Erkrankens", Origo, Zurigo, 1974: il termine ebraico equivalente a 'malattia' ha la stessa radice di quello che significa 'ordinario'.

NOTA 47.

Friedrich Fenner, "Die Krankheit im Neuen Testament: eine religiöse und medizin-geschichtliche Untersuchung", Untersuchungen zum Neuen Testament, numero 18, 1930, dissertazione presso l'Università di Jena.

NOTA 48.

Harold Rowley, "Servant of the Lord, and other essays on the Old Testament", seconda edizione, Allenson, Naperville, 3, 1965.

Christopher R. North, "Suffering servant in Deutero-Isaiah: a historical and critical study", seconda edizione, Oxford University Press, Nuova York, 1956.

NOTA 49.

Confronta sopra, nota 18.

NOTA 50.

K. E.

Rothschuh, "Geschichtliches zur Physiologie des Schmerzes", in "Documenta Geigy: Problems of pain", Basilea, 1965, pagina 4.

Si riteneva che il dolore fosse 'percepito attraverso la facoltà sensoria della "sentiens anima"; lo si concepiva come un'appropriatezza dell'anima, diffusa in tutto quanto il corpo'.

NOTA 51.

Herbert Plagge, "Der Mensch und sein Leib", cit.

NOTA 52.

Gottfried Wilhelm Leibniz, "Essais de théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal", Garnier-Flammarion, Parigi 1969, numero 342.

NOTA 53.

Il dolore viene a essere considerato qualcosa di misterioso e che non si può affrontare senza sussidi tecnici.

Sull'atteggiamento dei romantici verso il dolore e sull'uso dei narcotici, vedi Alethea Hayter, "Opium and the romantic imagination", University of California Press, Berkeley, 1969; anche M. H. Abrams, "The milk of paradise", Harper and Row, Nuova York, 1970.

Evitare il dolore diventa preoccupazione dominante: Robert Mauzi "L'idée du bonheur dans la littérature et la pensée française au dix-huitième siècle", Colin, Parigi, 1960, specialmente pagine 300-10 sulla comparsa della convinzione che il dolore sia l'unico vero male.

NOTA 54.

Charles Richet, voce "Douleur" in "Dictionnaire de physiologie", Félix Alcan, Parigi, 1902, 5:173-93. In questa sua opera manualistica in cinque volumi, Richet analizza il dolore come un fatto fisiologico e psicologico, senza considerarne né il significato diagnostico né le possibilità di cura, arrivando a concludere che è "soverainement utile" (sovranamente utile) perché ci distoglie dal pericolo.

Ogni nostro abuso è immediatamente punito col dolore, la cui intensità è nettamente superiore al piacere procurato dall'abuso. NOTA 55.

Mitford M. Matthews (a cura), "A dictionary of Americanisms on historical principles", University of Chicago Press, Chicago, 1966, alla voce "pain-killer".

NOTA 56.

Kenneth Minogue, "The liberal mind", Methuen, Londra, 1963.

NOTA 57.

Victor E. Frankl, "Homo patiens: Versuch einer Pathodizee", Deuticke, Vienna, 1950.

NOTA 58.

Robert J. Lifton, "Death in life: survivors of Hiroshima", Random House, Nuova York, 1969.

NOTA 59.

Terrence Des Pres, "Survivors and the will to bear witness", 'Social Research', 40 (inverno 1973): 668-90, svolge una critica costruttiva del lavoro di Robert Lifton.

A suo avviso, i superstiti dei campi di concentramento sentono l'imperioso bisogno di rendere significativa una esperienza inaudita che essi hanno vissuta: il dolore come fatto assolutamente privo di senso.

Questo loro messaggio, secondo Des Pres, è profondamente urtante perché dalla metà del diciannovesimo secolo la sofferenza altrui è stata caricata di un valore morale: Kierkegaard predicava la salvezza attraverso il dolore, Nietzsche celebrava l'abisso, Marx esaltava i calpestati e gli oppressi.

Il superstite del lager, negando con la sua esperienza questa trasfigurazione, si rende colpevole agli occhi della società di distruggere il mito della funzione nobilitante del dolore.

Capitolo 4.

L'INVENZIONE E L'ELIMINAZIONE DELLA MALATTIA.

La Rivoluzione francese dette origine a due grandi miti: uno, che i medici potevano surrogare il clero; l'altro, che grazie al cambiamento politico la società avrebbe riacquisito la sua salute originaria. (1) La malattia divenne una questione pubblica.

In nome del progresso, cessava d'essere un fatto che riguardava il malato. (2) Nel 1792, per parecchi mesi, l'Assemblea nazionale di Parigi discusse come sostituire i medici che traevano lucro dalla cura dei malati con una burocrazia terapeutica incaricata di amministrare un male che era destinato a scomparire con l'avvento della libertà, dell'uguaglianza e della fraternità.

Il nuovo clero sarebbe stato mantenuto con i beni confiscati alla Chiesa.

Esso doveva convertire la nazione a un modo di vita sano che rendesse meno necessarie le cure mediche. Ogni famiglia doveva riacquistare la capacità di assistere i propri membri e ogni villaggio di provvedere agli ammalati privi di parenti.

Un servizio sanitario nazionale avrebbe avuto il compito di sovrintendere alla salute e di promuovere leggi dietetiche e regolamenti che obbligassero i cittadini a utilizzare le conquistate libertà in direzione d'una vita frugale e di piaceri sani.

Ufficiali sanitari avrebbero vigilato sull'osservanza di tali norme da parte dei cittadini, e appositi tribunali di sanità presieduti da magistrati-medici avrebbero perseguito i ciarlatani e i profittatori.

Ancora più radicali le proposte formulate da un 'Comitato per l'eliminazione della mendicizia': per contenuto e stile, assomigliano ai manifesti delle Guardie rosse e delle Pantere nere che rivendicano al popolo il diritto di gestire direttamente la propria salute.

L'assistenza di base, si affermava, spetta unicamente alla comunità dei vicini.

Il modo migliore d'impiegare la spesa pubblica per la cura dei malati è di destinarla a integrare gli introiti degli infelici.

Gli ospedali, se proprio necessari, dovranno essere specializzati: per i vecchi, gli incurabili, i matti, l'infanzia abbandonata.

La malattia è un sintomo di degradazione politica e sarà eliminata allorché il governo della cosa pubblica verrà risanato.

L'identificazione degli ospedali con focolai di pestilenza era corrente e si spiega facilmente.

Essi erano sorti per iniziativa cristiana, sul finire dell'antichità, come dormitori per viaggiatori, vagabondi e derelitti.

I medici cominciarono a farvi apparizioni regolari al tempo delle crociate, sull'esempio degli arabi. (3)

Verso la fine del Medioevo, come istituti di carità per il ricovero degli indigenti, divennero parte integrante del paesaggio architettonico urbano. (4) Fino al tardo Settecento l'ingresso in ospedale era considerato il tipico viaggio senza speranza di ritorno. (5) Nessuno vi andava per rimettersi in salute.

Malati, pazzi, invalidi, epilettici, incurabili, trovatelli e mutilati appena operati erano ammassati tutti insieme, senza distinzione di età e di sesso; (6) le amputazioni venivano eseguite nei corridoi tra i pagliericci.

I degenti ricevevano un po' di cibo, cappellani e pii laici venivano a offrire consolazione e i medici facevano visite a titolo di carità.

Il costo delle medicine rappresentava meno del 3 per cento del magro bilancio, che per più della metà se ne andava per il piatto di minestra; le suore tiravano avanti con un misero obolo.

Al pari delle carceri, gli ospedali erano considerati un'ultima stazione: (7) non li si concepiva come strumenti terapeutici, suscettibili di migliorare le condizioni dei ricoverati. (8) Si comprende che alcuni estremisti andassero oltre le raccomandazioni fatte dal Comitato di mendicizia.

Ci fu chi chiese l'abolizione pura e semplice di tutti gli ospedali, affermando che "sono posti inevitabilmente destinati ad ammassarvi i malati e a generare miseria, e che stigmatizzano il paziente.

Se una società continua ad avere bisogno di ospedali, vuol dire che la sua rivoluzione è fallita". (9) E' evidente l'eco di un mal inteso Rousseau in questo desiderio di riportare la malattia al suo 'stato di natura', (10) di ripristinare nella società la 'malattia selvaggia', che si limita da sé, può essere sopportata con virtù e stile e si può curare nelle case stesse dei poveri, come si erano fino allora curate le malattie dei ricchi.

La malattia si complica e diventa incurabile e insostenibile allorché lo sfruttamento spezza la famiglia; (11) essa diventa maligna e degradante solo con l'avvento dell'urbanesimo e con l'incivilimento.

Secondo i seguaci di Rousseau la malattia che si vedeva negli ospedali era prodotta dall'uomo, come tutte le forme di ingiustizia sociale, e si sviluppava fra gli egoisti e fra coloro che essi avevano ridotto in miseria. "Nell'ospedale, la malattia subisce una completa degenerazione; si trasforma in 'febbre delle prigioni', caratterizzata da spasmi, temperatura indigestione, orina pallida, respiro depresso, e porta infine alla morte: se non all'ottavo o all'undicesimo giorno, certamente entro il tredicesimo". (12) E' questo tipo di discorso che per la prima volta fece della medicina un problema politico.

I progetti miranti a instaurare una società in buona salute cominciano con l'appello a una ristrutturazione sociale che elimini i mali prodotti dalla civiltà.

Il "miraggio della salute", come l'ha chiamato Dubos, assume, all'inizio, la forma di un programma politico.

L'idea di effettuare interventi biomedici sull'individuo o sul suo ambiente era del tutto assente dal dibattito pubblico del decennio della Rivoluzione.

Solo con la Restaurazione il compito di eliminare la malattia venne affidato alla professione medica.

Dopo il Congresso di Vienna, gli ospedali si moltiplicarono e le scuole di medicina conobbero un grande sviluppo. (13) Altrettanto fiorirono le scoperte nel campo della patologia; fino allora la malattia era un fatto essenzialmente non-tecnico: intorno al 1770 il medico generico conosceva in pratica soltanto la peste e il vaiolo; (14) nel 1860, invece, anche l'uomo della strada poteva citare almeno una dozzina di malattie con la loro specifica denominazione medica.

L'improvvisa comparsa del medico nelle vesti di salvatore e taumaturgo non era dovuta al fatto che le nuove tecniche avessero dato prova d'essere efficaci, bensì al bisogno di un rituale magico che prestasse credibilità a un disegno nel quale la rivoluzione politica aveva fallito.

Perché la 'malattia' e la 'salute' potessero accampare diritti sulle risorse pubbliche, occorreva che da concetti generali fossero tradotti in termini operativi.

I disturbi dovevano diventare malattie oggettive che infestavano l'umanità, che si potevano trapiantare e coltivare in laboratorio, e che potevano essere sistemate in cliniche, bilanci, archivi e musei.

La malattia fu così resa suscettibile di gestione amministrativa: un ramo della élite fu incaricato dalla classe dominante di provvedere autonomamente alla sua vigilanza ed eliminazione.

L'oggetto della cura medica, definito da una ideologia politica nuova anche se non dichiarata, acquisì lo status di una entità esistente separatamente sia dal medico sia dal malato. (15) Noi tendiamo a dimenticare quanto sia recente l'origine delle malattie quali entità a sé stanti.

Ancora a metà dell'Ottocento trovava generale consenso questo detto attribuito a Ippocrate: "Per giudicare la salute e la malattia non troverai nessun peso né forma né calcolo cui riferirti.

Nell'arte medica non esiste certezza se non nei sensi del medico".

La malattia era ancora sofferenza personale riflessa nell'occhio del medico. (16) La trasformazione di questa immagine medica in una entità clinica costituisce per la medicina un evento paragonabile all'impresa compiuta da Copernico in astronomia: l'uomo cessava di stare al centro del suo universo e ne veniva catapultato fuori.

Giove diventava Prometeo.

La speranza di portare la medicina al grado di perfezione che Copernico aveva dato all'astronomia risale al tempo di Galileo.

Fu Cartesio a tracciare le coordinate per la realizzazione del progetto.

La sua descrizione del corpo umano, facendone un meccanismo d'orologeria, stabiliva una nuova distanza non solo fra il corpo e l'anima, ma anche fra il male del paziente e lo sguardo del medico.

In questa cornice, il dolore diventava una spia rossa e la malattia un guasto meccanico.

Era ormai possibile una tassonomia delle malattie.

Come si classificavano i minerali e le piante, così il medico-tassonomista poteva isolare le malattie e raccogliercle in categorie.

Erano state gettate le basi logiche perché la medicina si desse un nuovo scopo.

Anziché l'uomo sofferente, al centro del sistema medico si collocava la malattia, che poteva essere sottoposta (a) a verifica operativa per mezzo di misure, (b) a studi ed esperimenti clinici, e (c) a valutazione sulla base di norme tecniche.

L'antichità non aveva un metro per la malattia. (17) I primi a tentare di applicare la misurazione negli atti medici furono i contemporanei di Galileo, ma con scarso successo. Da quando Galeno aveva insegnato che l'urina era secreta dalla vena cava e che la sua composizione indicava direttamente la natura del sangue, i medici assaggiavano e fiutavano l'urina e l'osservavano alla luce del sole e della luna.

Gli alchimisti del Cinquecento, dopo che ebbero imparato a misurare con discreta precisione il peso specifico, sottoposero allo stesso metodo l'urina dei malati; alle variazioni del suo peso si attribuivano decine di significati diversi.

Partendo da questo primo modello i medici cominciarono a ricavare conseguenze diagnostiche e curative da ogni nuova misurazione che imparavano a eseguire. (18) L'uso delle misure fisiche aprì la strada alla credenza che le malattie esistessero di per sé, indipendentemente dalla percezione che ne ha il medico o il paziente.

L'impiego della statistica rafforzò tale credenza, 'dimostrando' che le malattie erano presenti nell'ambiente, pronte ad attaccare e infettare gli uomini.

La prima indagine clinica con uso di statistiche, che fu eseguita negli Stati Uniti nel 1721 e pubblicata l'anno dopo a Londra, forniva puri e semplici dati i quali indicavano che il vaiolo stava devastando il Massachusetts e che chi era stato vaccinato veniva risparmiato dai suoi attacchi.

L'indagine fu diretta dal dottor Cotton Mather, noto ai posteri più per la sua furia di inquisitore al tempo dei processi contro le streghe di Salem che per la sua ardente difesa della prevenzione antivaiolosa. (19)

Nel Seicento e nel Settecento i medici che ricorrevano a strumenti di misura nei loro esami rischiavano d'essere presi per ciarlatani dai loro colleghi.

Al tempo della Rivoluzione francese i medici inglesi consideravano ancora con sospetto la termometria clinica, che acquistò diritto di cittadinanza, accanto all'abitudine di sentire il polso, solo attorno al 1845, quasi trent'anni dopo che Laennec aveva per la prima volta usato lo stetoscopio.

Man mano che l'interesse del medico si spostava dal malato al male, l'ospedale diventava un museo della malattia.

Le sale rigurgitavano di poveri venuti a offrire lo spettacolo del proprio corpo a ogni medico che fosse disposto a curarlo. (20) Verso la fine del Settecento ci si cominciò a rendere conto che l'ospedale era il posto ideale per studiare e comparare 'casi'.

I medici presero a frequentare gli ospedali per esercitarsi a scoprire, nel guazzabuglio dei pazienti, più 'casi' della medesima malattia; acquisivano 'la visione del capezzale', l'occhio clinico.

Durante i primi decenni dell'Ottocento, l'atteggiamento medico verso l'ospedale passò per una nuova fase.

Fino allora la preparazione dei medici avveniva soprattutto a mezzo di lezioni cattedratiche, dimostrazioni e discussioni; ora il 'capezzale' divenne la clinica, il luogo dove i futuri dottori venivano addestrati a osservare e riconoscere le malattie. (21) L'approccio clinico dette origine a un nuovo linguaggio che parlava di malattie in presenza dell'oggetto, e a un ospedale riorganizzato e suddiviso secondo le malattie per meglio mostrarle agli studenti. (22) Dopo essere stato un luogo per esercitazioni diagnostiche, l'ospedale si tramutò così in un istituto didattico.

Presto sarebbe diventato un laboratorio per la sperimentazione di cure e, al volgere del secolo, una sede di trattamento terapeutico.

Oggi il lazzaretto si è trasformato in un'officina di riparazione a compartimenti stagni.

Tutto questo avvenne per fasi.

Durante l'Ottocento la clinica fu il luogo in cui si riunivano i portatori di malattia e le malattie venivano identificate e inventariate.

La percezione medica della realtà divenne ospedaliera assai prima che la pratica medica si basasse sull'ospedale.

L'istituto specializzato auspicato dai rivoluzionari francesi nell'interesse del paziente divenne una realtà perché i medici avevano bisogno di redigere un catalogo della malattia.

Per tutto l'800, la patologia consisté soprattutto nella classificazione delle anomalie anatomiche; solo verso la fine del secolo i discepoli di Claude Bernard cominciarono a definire e a catalogare anche la patologia delle funzioni. (23) Al pari della malattia, anche la salute acquisì uno status clinico, divenendo assenza di sintomi clinici; e la buona salute fu associata agli standard clinici della normalità. (24) Non sarebbe mai stato possibile associare la malattia all'anormalità se, nello spazio di due secoli, non si fosse gradualmente affermato in tutti i campi il valore degli standard universali.

Nel 1635, su sollecitazione del cardinale Richelieu, il re di Francia costituiva un'accademia dei quaranta letterati francesi ritenuti più illustri, allo scopo di difendere e perfezionare la lingua francese.

Di fatto, gli accademici imposero la lingua della nascente borghesia, che contemporaneamente si veniva assicurando il controllo dei mezzi di produzione in pieno sviluppo.

La lingua della nuova classe dei produttori capitalisti divenne norma per tutte le classi.

L'autorità dello Stato spingeva il proprio diritto di dettar legge sino a regolare i mezzi di espressione.

I cittadini imparavano ad assoggettarsi al potere normativo di una élite in campi che fino allora non erano mai stati toccati né dai canoni della Chiesa né dai codici giuridici nazionali.

Le trasgressioni delle leggi della grammatica avevano ora in sé la loro sanzione: mettevano il parlante al proprio posto, ossia lo privavano dei privilegi di classe e professionali.

Il cattivo francese era quello che stava al di sotto dello standard accademico, così come presto la cattiva salute sarebbe stata quella che non corrispondeva alla norma clinica.

In latino "norma" significa 'squadra', la squadra del falegname.

In inglese la parola "normal", fin verso il 1840, significava (come tuttora il suo corrispondente italiano) 'che forma un angolo retto alla base'; nel decennio successivo passò a designare la conformità a un tipo comune; in America, negli anni Ottanta del secolo scorso, prese a significare lo stato o condizione abituale non solo delle cose ma anche delle persone.

In Francia la parola era già stata trasposta dalla geometria alla società (la "Ecole normale" era la scuola in cui si formavano gli insegnanti dell'Impero) ed ebbe la sua prima connotazione medica intorno al 1840 da Auguste Comte.

Questi esprimeva la speranza che, una volta conosciute le leggi relative allo stato normale dell'organismo, sarebbe stato possibile intraprendere lo studio della patologia comparata. (25) Durante

l'ultimo decennio dell'Ottocento, le norme e gli standard divennero i criteri fondamentali per la diagnosi e la terapia.

Perché questo avvenisse, non era necessario che tutti i fenomeni anormali fossero considerati patologici; bastava che la malattia, in quanto deviazione da uno standard clinico, legittimasse l'intervento medico, fornendo un orientamento per la terapia. (26) L'epoca della medicina ospedaliera, che dall'inizio al tramonto sarà durata non più di un secolo e mezzo, si avvia ora a conclusione. (27) La misurazione clinica si è diffusa in tutta la società.

La società è diventata una clinica, e tutti i cittadini sono diventati dei pazienti la cui pressione sanguigna viene costantemente sorvegliata e regolata perché stia 'entro' i limiti normali.

I gravi problemi di personale, di risorse finanziarie, di diritto d'accesso, di capienza e di gestione che affliggono gli ospedali dappertutto si possono interpretare come i sintomi di una nuova crisi del concetto di malattia.

E che si tratti proprio di una crisi lo dice il fatto che essa ammette due soluzioni opposte, entrambe le quali rendono superato l'ospedale attuale.

La prima è un'ulteriore medicalizzazione patogena della cura della salute, che estenda ancora di più il controllo clinico della professione medica sulla popolazione non degente.

La seconda è una smedicalizzazione critica e scientificamente fondata del concetto di malattia.

Per risolvere questa crisi nella maniera sana l'epistemologia è molto più importante della biologia o della tecnologia medica.

Tocca a essa chiarire lo status logico e la natura sociale della diagnosi e della terapia, anzitutto nel campo della malattia fisica, cioè non mentale.

Ogni malattia è una realtà creata socialmente.

Il suo significato e la risposta che essa ha suscitato hanno una storia. (28) Lo studio di questa storia ci consentirà di capire sino a che punto siamo prigionieri dell'ideologia medica in mezzo alla quale siamo cresciuti.

Numerosi autori hanno recentemente contestato lo status di 'malattia' della devianza mentale. (29)

Paradossalmente, essi hanno reso più (e non meno) difficile sollevare lo stesso problema a proposito della malattia in generale.

Leifer, Goffman, Szasz, Laing e altri hanno tutti rivolto la loro attenzione alla genesi politica della malattia mentale e al suo uso per fini politici.

(30) Per chiarire il loro punto di vista, contrappongono tutti la 'irreale' malattia mentale alla 'reale' malattia fisica: secondo loro il linguaggio delle scienze naturali, che ora si applica a tutte le condizioni studiate dai medici, è invece valido solo per la malattia fisica.

Questa infatti è limitata al corpo e si trova racchiusa in un contesto anatomico, fisiologico e genetico.

L'esistenza 'reale' di queste condizioni può essere confermata da misurazioni ed esperimenti, senza alcun riferimento a sistemi di valori.

Niente di tutto questo si applica invece alla malattia mentale, il cui status di malattia riposa interamente sul giudizio psichiatrico.

Lo psichiatra agisce come rappresentante di un ambiente sociale, etico e politico.

Le misurazioni e gli esperimenti riguardo a queste condizioni 'mentali' si possono eseguire solo all'interno di un quadro ideologico che trae la propria sostanza dal pregiudizio sociale generale dello psichiatra.

La larga diffusione della malattia viene addebitata alla vita che si conduce in una società alienata, ma si pensa che una ricostruzione politica, mentre potrebbe eliminare gran parte della malattia psichica, a quelli che sono malati nel fisico assicurerebbe soltanto delle cure migliori e più eque.

Questa posizione antipsichiatrica, che negando il carattere patologico della devianza mentale finisce col legittimare lo status non-politico della malattia fisica, è minoritaria in Occidente, mentre sembra costituire una dottrina quasi ufficiale nella Cina d'oggi, dove la malattia mentale è vista come un problema politico.

I devianti psicotici sono infatti affidati a responsabili maoisti.

Bermann (31) riferisce che i cinesi sono contrari alla pratica revisionista russa di spolicizzare la devianza dei nemici di classe chiudendoli in clinica e curandoli come se avessero una malattia infettiva.

Secondo loro, è possibile ottenere dei risultati soltanto col metodo opposto: cioè con la rieducazione politica intensiva di coloro che, forse inconsciamente, sono ora nemici di classe.

L'autocritica li renderà politicamente attivi e, quindi, sani.

Anche qui l'insistenza sul carattere essenzialmente non-clinico della devianza mentale rafforza l'idea che la malattia d'altro tipo sia un'entità materiale. (32) Le società industriali avanzate hanno tutto l'interesse a salvaguardare la legittimità epistemologica delle entità morbose.

Finché la malattia è qualcosa che s'impadronisce degli uomini, qualcosa che questi 'prendono' o da cui sono 'colti', le vittime di questo processo naturale possono essere esentate da ogni responsabilità per la loro condizione.

Possono essere compatite, non incolpate, per il modo querulo, abietto o sprovveduto con cui soffrono la loro realtà soggettiva; possono tramutarsi in un capitale duttile e lucroso se accettano supinamente la loro malattia perché 'così vanno le cose'; e possono essere scaricate di ogni responsabilità politica per la mano che danno ad accrescere lo stress patogeno dell'industria superintensiva.

Una società industriale avanzata genera malati perché rende gli uomini incapaci di controllare il proprio ambiente e, quando essi crollano, sostituisce una protesi 'clinica' alle RELAZIONI spezzate.

Contro un simile ambiente gli uomini si ribellerebbero se la medicina non spiegasse il loro scombussolamento biologico come un difetto della loro salute, invece che come un difetto del modo di vivere che viene loro imposto o che essi impongono a se stessi. (33) L'assicurazione di personale innocenza politica che la diagnosi offre al paziente serve come una mascherina igienica che giustifica un ulteriore asservimento alla produzione e al consumo.

La diagnosi medica di entità morbose a sé stanti che prenderebbero forma nel corpo dell'individuo è un modo surrettizio e amorale di gettare la colpa sulla vittima.

Il medico, che fa anche lui parte della classe dominante, stabilisce che è l'individuo a non sapersi adattare a un ambiente costruito e amministrato da altri professionisti, anziché accusare i suoi colleghi di creare ambienti ai quali l'organismo umano non può adattarsi.

L'entità malattia si può quindi considerare come la materializzazione di un mito politicamente conveniente, che assume sostanza nel corpo dell'individuo quando questo corpo si ribella alle richieste che gli vengono fatte dalla società industriale.

In ogni società la classificazione della malattia (nosologia) rispecchia l'organizzazione sociale.

Il male che la società produce viene battezzato dal dottore con nomi che sono molto cari ai burocrati.

La 'incapacità di apprendimento', la 'ipercinesia' o la 'disfunzione cerebrale minima' spiega ai genitori perché i loro bambini non imparano, servendo da alibi all'intolleranza o all'incompetenza della scuola; la pressione alta serve da alibi per lo stress che aumenta, la malattia degenerativa per l'organizzazione sociale che produce degenerazione.

Più la diagnosi è persuasiva, più appare preziosa la terapia, più è facile convincere le persone che esse hanno bisogno dell'una e dell'altra, e meno è probabile che esse si rivoltino contro la crescita industriale. I lavoratori sindacalizzati chiedono la terapia più costosa possibile, se non altro per il perfido piacere di riprendersi una parte del denaro che hanno versato per tasse e assicurazioni, e illudendosi che in questa maniera si creerà maggiore uguaglianza.

Prima che la malattia fosse considerata essenzialmente una anomalia organica o del comportamento, chi si ammalava poteva ancora trovare negli occhi del medico un riflesso della propria angoscia e un qualche riconoscimento dell'unicità della sua sofferenza.

Oggi, ciò che vi trova è lo sguardo fisso di un contabile di biologia assorto in un calcolo costi/ricavi.

Il suo malessere gli viene sottratto per diventare materia prima di un'impresa istituzionale.

La sua condizione è interpretata secondo una serie di regole astratte in una lingua che lui non può comprendere.

Gli si insegna che esistono certe entità ostili che la medicina combatte, ma dicendogli solo quel tanto che il dottore ritiene necessario per ottenere la collaborazione del paziente.

Il linguaggio diventa proprietà esclusiva del medico: il malato rimane privo di parole significative con cui esprimere la sua angoscia, che viene così ulteriormente aggravata dalla mistificazione linguistica.

(34) Quando il linguaggio riguardante il corpo non era ancora dominato dal gergo scientifico, il repertorio del parlare comune in questo campo era straordinariamente ricco. (35) La lingua dei contadini ha trasmesso gran parte di questo tesoro fino al nostro secolo.

(36) Proverbi e detti fornivano istruzioni belle e pronte. (37) S'è fatto un confronto tra il modo di esporre i disturbi al medico da parte dei babilonesi e dei greci e le espressioni usate dagli operai tedeschi; oggi come nell'antichità, il paziente balbetta, annaspa e parla di ciò che "lo stringe" o che egli "ha preso"; ma mentre per l'operaio dell'industria la fonte della sua sofferenza è una scialba 'cosa' che fa male, i suoi predecessori avevano molti nomi pittoreschi ed espressivi per indicare i demoni (38) che li mordevano o li pungevano.

Infine, il crescente infeudamento del parlare socialmente corretto al linguaggio speciale di una professione d'élite fa della malattia uno strumento di dominio classista.

Il laureato e il burocrate diventano così colleghi del loro medico nella cura che egli dispensa, mentre l'operaio viene messo al suo posto come un suddito che non parla la lingua del suo padrone. (39) Non appena l'efficacia della medicina venga valutata in linguaggio corrente, si vede subito che la maggior parte delle diagnosi e delle cure efficaci non va oltre il livello di comprensione raggiungibile da qualunque profano.

Infatti gli interventi diagnostici e terapeutici che statisticamente risultano più utili che dannosi presentano, nella stragrande maggioranza, due caratteristiche: richiedono mezzi materiali estremamente economici, e possono essere dosati e predisposti per l'uso personale diretto o per l'impiego nell'ambito della famiglia.

Nella medicina canadese, per esempio, il prezzo dei mezzi sanitari significativamente giovevoli per la salute è così basso, che sarebbe possibile fornirli all'intera popolazione indiana spendendo la stessa quantità di denaro che oggi l'India spreca per la cosiddetta 'medicina moderna'.

Le capacità richieste per l'applicazione dei sussidi diagnostici e terapeutici più generalmente usati sono così elementari, che un'attenta osservanza delle istruzioni da parte dei diretti interessati garantirebbe probabilmente un impiego efficace e responsabile più di quanto non potrebbe mai fare la pratica medica. La maggior parte di ciò che resta potrebbe essere svolta da dei 'medici scalzi' non professionisti profondamente impegnati sul piano personale, probabilmente meglio che dai medici, psichiatri, dentisti, ginecologi, fisioterapisti o oculisti di professione.

Quando si discutono le prove che dimostrano quanto è semplice la medicina moderna realmente efficace, l'interlocutore medicalizzato suole obiettare che il malato, in preda all'inquietudine, non ha la serenità necessaria per curarsi razionalmente da solo, e che persino i medici, quando si ammalano i loro bambini, si rivolgono a qualche collega; d'altra parte, dei dilettanti malintenzionati potrebbero ben presto organizzarsi in modo da monopolizzare un sapere medico raro e prezioso.

Sono obiezioni assolutamente valide nel quadro di una società dove la regola è andare incontro alle aspettative del consumatore, dove le risorse sanitarie sono predisposte sul modello ospedaliero, e dove domina la mitologia dell'efficienza medica.

Non sarebbero più valide in un mondo orientato verso il perseguimento efficace di obiettivi personali, che un uso austero della tecnologia mettesse alla portata pressoché di tutti.

NOTE.

NOTA 1.

In questo capitolo cito liberamente documenti riportati in Michel Foucault, "Nascita della clinica", Einaudi, Torino, 1969.

NOTA 2.

Walter Artelt, "Einführung in die Medizinhistorik: ihr Wesen ihre Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel", Enke, Stoccarda, 1949.

Eccellente introduzione alla metodologia della storia della medicina e ai suoi strumenti.

NOTA 3.

Heinrich Schipperges, "Die arabische Medizin als Praxis und als Theorie", 'Sudhoffs Archiv', 43 (1959): 317-28, dà una prospettiva storiografica.

NOTA 4.

Sull'evoluzione dell'ospedale come elemento architettonico dello sviluppo urbano si consulti la vecchia opera monumentale di Henry Burdett, "Hospitals and asylums of the world: their origin, history, construction, administration... and legislation", 4 volumi, Churchill, Londra, 1893.

Vedi anche Dieter Jetter, "Geschichte des Hospitals", volume 1, Westdeutschland von den Anfängen bis 1850, Steiner, Wiesbaden, 1966: ne sono previsti vari volumi.

NOTA 5.

Fernando da Silva Coreia "Origines e formacao das misericórdias portuguesas", Torres; Lisbona 1944.

Le prime duecento pagine trattano l'ospedale nell'antichità e durante il Medioevo in Oriente e in Europa. Jean Imbert, "Histoire des hôpitaux français: contribution à l'étude des rapports de l'église et de l'état dans le domaine de l'assistance publique: les hôpitaux en droit canonique", Vrin, Parigi, 1947.

Guida ben documentata alle fonti riguardanti l'ospedale medievale e il passaggio dell'assistenza pubblica dalla Chiesa all'amministrazione laica.

F. N. L. Poynter (a cura), "The evolution of hospitals in Britain", Pitman, Londra, 1964; a pagine 255-79 bibliografia ragionata della storia ospedaliera inglese.

Per gli ospedali nel Nuovo Mondo vedi Josefina Muriel de la Torre, "Hospitales de la Nueva Espana" (volume 1), "Fundaciones de los siglos 17 y 18" (volume 2), pubblicazioni dell'Instituto de historia, Universidad Nacional, serie 1, numeri 35 e 62, Messico, 1956 e 1960.

NOTA 6.

Sulla storia del letto d'ospedale confronta F. Boinet, "Le lit d'hpital en France: étude historique", Foulton, Parigi, 1945; James N. Blyth, "Notes on beds and bedding: historical and annotated", Simpkin Marshall, Londra, 1873.

Di carattere più generale, ma anche di più piacevole lettura, Laurence Wright, "Warm and snug: the history of the bed", Routledge, Londra, 1962.

Sul buon comportamento del ricoverato vedi l'opera di Norbert Elias citata oltre, nota 28.

NOTA 7.

Marcel Fosseyeux, "L'Htel-Dieu aux dixseptième et dixhuitième siècles", Levrault, Parigi, 1912.

NOTA 8.

Sull'origine e l'evoluzione dell'idea: David Rothman, "The discovery of the asylum", Little, Brown, Boston, 1971.

Milton Kotler, "Neighborhood government: the local foundations of political life", Bobbs-Merril, Indianapolis, 1969, illustra chiaramente l'esempio di Boston.

Vedi anche Foucault, "Nascita della clinica", cit.

NOTA 9.

Ai principi cristiani si prescriveva di non infliggere come pena il carcere a vita perché troppo crudele. Le prigionie potevano servire per tenervi i criminali fino al processo, all'esecuzione capitale o alla mutilazione giudiziaria.

Andreas Perner, "Von Straff und Peen aller und jeder Malefitz handlungen ain kurtzer Bericht", Ingolstadt, 1544.

NOTA 10.

Per una documentazione sul pensiero di Rousseau intorno alla medicina, che fu ricco e attentamente sfumato, vedi Gerhard Rudolf, "J.

J. Rousseau und die Medizin", 'Sudhoffs Archiv', 53 (1969): 30-67.

Rousseau fu probabilmente fraineso sulla medicina più ancora che sull'educazione.

NOTA 11.

Sul sogno della salute 'selvaggia' confronta Edward Dudley e Maximilian E. Novak (a cura), "The wild man within: an image in Western thought from the Renaissance to Romanticism", Pittsburgh University Press, Pittsburgh, 1972.

NOTA 12.

Jacques-René Tenon, "Mémoires sur les hpitaux", Parigi, 1788, pagina 451; citato in Foucault, "Nascita della clinica", cit., pagina 30.

NOTA 13.

Brian Abel-Smith, "The hospitals, 1800-1948: a study in social administration in England and Wales", Heinemann, Londra, 1964.

Accurata documentazione sui cambiamenti economici e professionali.

Leonard K. Eaton, "New England hospitals, 1790-1833", University of Michigan Press, Ann Arbor 1957.

Vedi specialmente il saggio bibliografico, pagine 239-46.

NOTA 14.

Francois Millepierres, "La vie quotidienne des médecins au temps de Molière", Hachette, Parigi, 1964. Divulgativo ma attendibile.

NOTA 15.

Jean-Pierre Peter, "Malades et maladies à la fin du dixhuitième siècle", in Jean-Paul Dossaive e altri, "Médecins, climat et épidémies à la fin du dixhuitième siècle, Mouton, Parigi, 1972, pagine 135-70: "Durante la Rivoluzione francese l'ospedale, come il laboratorio, anch'esso scoperto intorno al 1770, avrebbe avuto un ruolo maieutico nella venuta al mondo di queste idee già da tempo concepite".

NOTA 16.

Helmut Vogt, "Das Bild des Kranken: die Darstellung usserer Veranderungen durch innere Leiden und ihre Heilmassnahmen von der Renaissance bis zu unserer Zeit", Lehmann, Monaco, 1960.

Più di 500 riproduzioni di immagini artistiche di ammalati a partire dall'età del Rinascimento; permette uno studio della percezione.

Per uno studio medico dell'ergotismo nel passato, in base alla sua rappresentazione nella pittura, vedi Veit Harold Bauer, "Das Antonius Feuer in Kunst und Medizin", Springer, Heidelberg, 1973; bibliografia a pagine 118-25; postfazione di Wolfgang Jacob pagine 127-9.

La pittura e le arti plastiche offrono un inestimabile complemento alla storia del rapporto paziente-medico: Eugen Hollander, "Die Medizin in der klassischen Malerei", quarta edizione, Enke, Stoccarda, 1950, e, dello stesso, "Plastik und Medizin", Enke, Stoccarda, 1912.

NOTA 17.

W. Muri, "Der Massgedanke bei griechischen Ärzten", 'Gymnasium', 57 (1950): 183-201.

H. Laue, "Mass und Mitte: eine Problemgeschichtliche Untersuchung zur fruehen griechischen Philosophie und Ethik", Osnabruck, Munster, 1960.

La misura nell'antichità era riferita alla virtù e alla proporzione, non alla verifica operativa.

Sul campo semantico indo-germanico preistorico che comprende e la misura e la medicina, vedi Emile Benveniste, "Médecine et la notion de mesure", in "Le vocabulaire des institutions indoeuropéennes", volume 2, "Pouvoir, droit, religion", 1969, pagine 123-32 [traduzione italiana "Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee", Einaudi, Torino, 1976].

NOTA 18.

Sulla storia delle misurazioni si vedano gli atti di due convegni: Harry Woolf (a cura), "Quantification: a history of the meaning of measurement in the natural and social sciences", BobbsMerril, Indianapolis, 1961, e Daniel Lerner, "Quantity and quality: the Hayden Colloquium on scientific method and concept", Free Press, Nuova York, 1961.

Si veda in particolare, in Woolf, l'articolo di Richard Shryock, "The history of quantification in medical science", pagine 85-107.

Per l'applicazione della misura quantitativa ad aspetti non-medici dell'uomo, vedi S. S.

Stevens, "Measurement and man", 'Science', 127 (1958): 383-9 e, dello stesso, "Handbook of experimental psychology", Wiley, Nuova York, 1951.

NOTA 19.

Richard H. Shryock, Otho T. Beall, "Cotton Mather: the first significant figure in American medicine", Johns Hopkins University Press, Baltimora, 1954.

NOTA 20.

Quando la malattia diventa un'entità distinta dall'uomo e oggetto in sé di trattamento medico, anche altri aspetti dell'uomo diventano a un tratto separabili, usabili, spendibili.

L'uomo che ha perduto o venduto la propria ombra è un motivo letterario tipico del diciannovesimo secolo (A. von Chamisso, "La storia meravigliosa di Peter Schlemil", 1814).

Un dottore demoniaco può togliere all'uomo la sua immagine riflessa (E. T. A. Hoffmann, "La storia del riflesso perduto", in "Le avventure di una notte di San Silvestro", 1815).

Nel "Cuore di pietra" di W. Hauff (in "La locanda dello Spessart", 1828) l'eroe scambia il suo cuore con uno di pietra per salvarsi dalla rovina.

Durante le due generazioni successive, nella letteratura si venderà l'appetito, il nome, la giovinezza, i ricordi.

NOTA 21.

Su questa evoluzione in Francia, vedi Maurice Rochoix, "Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours", Fédération hospitalière de France, Saintes, 1959, l'unica storia ben documentata della pubblica assistenza ai malati in Francia.

Jean Imbert, "Les hpitaux en France", collana 'Que saisje?', PUF, Parigi, 1958, sull'adattamento dell'ospedale francese al mutare della tecnica medica durante il diciannovesimo secolo.

Naturalmente confronta anche Foucault, "Nascita della clinica", cit.

NOTA 22.

Sulla storia del concetto di malattia, P. Diepgen, G.B.

Gruber, H. Schadewaldt, "Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik", in "Prolegomena einer allgemeinen Pathologie", Springer, Berlino, 1969, 1:1-50.

Emanuel Berghoff, "Entwicklungsgeschichte des Krankhritbegriffes, in seinen Hauptzgen dargestellt", seconda edizione, volume 1 dei Wiener Beitrage zur Geschichte der Medizin, Maudrich, Vienna, 1947.

Pedro Lain Entralgo "El médico y el enfermo", Guadarrama, Madrid, 1970.

NOTA 23.

Mirko D. Grmek, "La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard", in Alexandre Koyré, "Mélanges A.

Koyré.

L'aventure de la science", Hermann, Parigi, 1964, 1:208-27.

NOTA 24.

Georges Canguilhem, "Le normal et le pathologique", PUF, Parigi, 1972, è una tesi di dottorato sulla storia dell'idea di normalità nella patologia del diciannovesimo secolo (finita nel 1943 e con un poscritto del 1966).

Sulla storia della 'normalità' nella psichiatria vedi Michel Foucault, "Storia della follia", Rizzoli, Milano, 1966.

NOTA 25.

Per la storia delle idee mediche nel diciannovesimo secolo vedi Pedro Lain Entralgo, "La medicina hipocrática", Revista de Occidente, Madrid, 1970.

Werner Leibbrand, "Heilkunde: eine Problemsgeschichte der Medizin", Alber, Friburgo, 1953.

Fritz Hartmann, "Der rztliche Auftrag: die Entwicklung der Idee des abendlndischen Arzttums aus ihren weltanschaulichanthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit", Musterschmidt, Gttingen, 1956.

M. Merleau-Ponty, "L'oeil de l'esprit", 'Les Temps modernes', numero 184-5 (1961), pagine 193 e seguenti, e dello stesso "Fenomenologia della percezione", Saggiatore, Milano, 1965.

Werner Leibbrand, "Spekulative Medizin der Romantik", Claassen, Amburgo, 1956.

Hans Freyer, "Der Arzt und die Gesellschaft", in "Der Arzt und der Staat", Thieme, Lipsia, 1929.

René Flop-Miller, "Kul turgeschichte der Heilkunde", Bruckmann, Monaco, 1937.

K. E. Hrag Rothsuh, "Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklrung, Sinngebung", collana Wege der Forschung numero 362, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1976: 18 contributi critici storicamente importanti dei secoli diciannovesimo e ventesimo all'epistemologia della malattia, fra cui C.W.

Hufeland, R. Virchow, R. Koch e F. Alexander.

Richard Toellner pubblicherà un volume parallelo, "Erfahrung und Denken in der Medizin".

NOTA 26.

Su questo sviluppo, specialmente per quanto dipese dall'influenza di Virchow, vedi Wolfgang Jacob, "Medizinische Anthropologie im 19.

Jh.: Mensch, Natur, Gesellschaft.

Beitrag zu einer theoretischen Pathologie", in "Beitrgte aus der allgemeinen Medizin", numero 20, Enke, Stoccarda, 1967.

NOTA 27.

Janine Ferry-Pierret, Serge Karsenty, "Pratiques médicales et système hospitalier", CEREBE, Parigi, 1974, un'analisi economica delle crescenti disutilità marginali per la cura della salute che sono derivate dal predominio dell'ospedale nell'assistenza sanitaria (reso possibile da una percezione della malattia imperniata sull'ospedale).

Una serie di prospettive sociologiche sull'ospedale contemporaneo in Eliot Freidson (a cura), "The hospital in modern society", Free Press, Nuova York, 1963.

Vedi anche Johann J. Rhode, "Soziologie des Krankenhauses: zur Einfhrung in die Soziologie der Medizin...", Enke, Stoccarda, 1962, forse la più completa analisi sociologica dell'ospedale.

NOTA 28.

Sulla storia della percezione del corpo nelle culture europee vedi Norbert Elias, "Über den Prozess der Zivilisation: soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen", volume 1, "Wandlungen des Verhaltens in der Weltlichten des Abendlandes"; volume 2, "Wandlungen der Gesellschaft Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation", Francke, Berna, 1969 (traduzione francese Calmann-Levy, Parigi, 1973).

NOTA 29.

Un esempio: D. L. Rosenhan, "On being sane in insane places", 'Science', 179 (1973): 250-58. "Otto finti pazienti, dopo essersi fatti ricoverare in istituti psichiatrici (dicendo che sentivano voci), si ritrovarono bollati indelebilmente da una diagnosi di schizofrenia, nonostante la loro successiva condotta normale.

L'ironia è che soltanto gli altri ricoverati sospettarono che essi fossero normali; il personale, nell'ambiente ospedaliero, non era in grado di riconoscere il comportamento normale".

NOTA 30.

Thomas S. Szasz "Il mito della malattia mentale", Saggiatore, Milano, 1966.

Idem, "I manipolatori della pazzia.

Studio comparato dell'Inquisizione e del Movimento per la salute mentale in America", Feltrinelli, Milano, 1972.

Ronald Leifer, "In the name of mental health: social functions of psychiatry", Aronson, Nuova York, 1969.

Erving Goffman, "Asylums.

Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza", Einaudi, Torino, 1968.

R. D. Laing, A. Esterson, "Normalità e follia nella famiglia", Einaudi, Torino, 1970.

NOTA 31.

Gregorio Bermann, "La salute mentale in Cina.

Medicina e politica nella rivoluzione cinese", Einaudi, Torino, 1972.

NOTA 32.

Peter Sedgwick, "Illness, mental and otherwise: all illnesses express a social judgement", cit., rileva come gli eventi non costituiscano stato morboso e malattia se non dopo che l'uomo ha etichettato l'uno e l'altra come devianze e quindi come condizioni soggette al controllo sociale.

Sedgwick si propone di trattare il problema epistemologico della malattia in generale in un libro di prossima pubblicazione presso Harper and Row.

NOTA 33.

Albert Gorres, "Sinn und Unsinn der Krankheit: Hiob und Freud", in Gorres (a cura), "Der Kranke, Argernis der Leistungsgesellschaft", cit., pagine 74-88.

NOTA 34.

B. L. Whorf, "Linguaggio, pensiero e realtà", Boringhieri, Torino, 1970, descrive la barriera linguistica che la terminologia tecnica crea fra il gruppo professionale e la clientela estranea a esso.

K. Engelhardt e altri, "Kranke im Krankenhaus", Enke, Stoccarda, 1973.

Durante la degenza in ospedale, i pazienti subiscono un intenso e progressivo abbindolamento; quando vengono dimessi, meno d'un terzo di essi ha capito per quale malattia è stato curato e meno di un quarto a quale terapia è stato sottoposto.

M. B. Korsch, V. F. Negrete, "Doctor-patient communication", 'Scientific American', 227 (agosto 1972): 66-9.

Nell'ospedale pediatrico di Los Angeles, il 20 per cento delle madri non comprende di cosa soffrono i loro bambini, il 50 per cento non afferra le origini della loro malattia, e il 42 per cento non segue i consigli che riceve, spesso perché non riesce a capirli.

Raoul Carson in "Les vieilles douleurs", edizione riveduta, Julliard, Parigi, 1960, conferma in maniera più intuitiva che lo stesso vale per i suoi pazienti francesi.

NOTA 35.

Sul lessico della malattia nel Mediterraneo antico vedi Nadia van Brock, "Recherches sur le vocabulaire médical du grec ancien: soins et guérison", Klincksieck, Parigi, 1961.

Hermann Grapow, "Kranker, Krankheiten und Arzt: vom gesunden und kranken Agypter, von der Krankheiten, vom Arzt und von der arztlichen Tätigkeit", Akademie-Verlag, Berlino, 1956, 7:168.

Georges Contenau, "La médecine en Assyrie et en Babylonie", Librairie Maloine, Parigi, 1938.

Per il vocabolario della Bibbia riguardo alla malattia, vedi sopra la nota 44, parte 3, capitolo 3.

NOTA 36.

Max Hofler, "Deutsches Krankheitsnamen-Buch", Piloty und Lohle, Monaco, 1899.

Monumentale raccolta delle espressioni popolari tedesche riguardanti gli organi, le loro funzioni e le malattie nell'uomo e negli animali domestici, nonché di quelle concernenti rimedi, naturali o magici; 922 fitte pagine.

NOTA 37.

Otto E. Moll, "Sprichwörter-Bibliographie", Klostermann, Francoforte sul Meno, 1958, elenca 58 raccolte di proverbi in tutte le lingue riguardanti 'salute, malattia, medicina, igiene, stupidità e pigrizia' (pagine 534-7).

Viceversa, per una storia del linguaggio medico vedi Johannes Steudel, "Die Sprache des Arztes: Ethymologie und Geschichte medizinischer Termini" (ne ho visti solo degli estratti).

NOTA 38.

Dietlinde Goltz, "Krankheit und Sprache", 'Sudhoffs Archiv', 53, numero 3 (1969): 225-69.

NOTA 39.

Durante l'Ottocento fra i nuovi ceti medi si diffuse un senso di colpa o di vergogna nei riguardi delle malattie, mentre l'alta borghesia e la nobiltà prendevano pretesto dal loro bisogno di continua assistenza per sottoporsi a 'cure' alla moda, specialmente nelle stazioni termali.

Nelle grandi località termali la 'stagione' svolgeva una funzione politica analoga a quella degli odierni incontri al vertice.

Vedi Walter Ruegg, "Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts", e Johannes Steudel, "Therapeutische und soziologische Funktion der Mineralbäder im 19.

Jahrhundert", entrambi in Walter Artelt, Walter Ruegg (a cura), "Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19.

Jahrhunderts: Vorträge eines Symposiums vom 1. - 3.

April 1963 in Frankfurt a.M.", Studien zur Medizingeschichte des 19.

Jahrhunderts, volume 1, Enke, Stoccarda, 1967.

R. H. Shryock, "Medicine and society in the nineteenth century", 'Cahiers d'histoire mondiale', 5 (1959):11646.

Luc Boltanski, "La découverte de la maladie: la diffusion du savoir médical", ciclostilato, Centre de sociologie européenne, Parigi, 1968.

Basato su abbondanti dati empirici, questo saggio raccoglie testimonianze sulla diffusione della civiltà medica a seconda delle varie classi e mostra l'origine economica della 'resistenza' del povero alle sofferenze mettendola a confronto con la 'lotta contro il dolore' borghese.

Un modo per esplorare le reazioni alla medicalizzazione della malattia è quello di studiare la storia dell'umorismo avente per oggetto il medico.

Materiale concernente la caricatura si può trovare in U.S.

National Library of Medicine, "Caricatures from the Art Collection", a cura di Sheila Durling,

Washington, D.C., 1959; Helmut Vogt, "Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart",

Lehmann, Monaco, 1960; Curt Proskauer, Fritz Witt, "Pictorial history of dentistry", Dumont, Colonia,

1970; A. Weber, "Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours", Editions Hippocrate, Parigi, 1936.

Capitolo 5.

MORTE CONTRO MORTE.

La morte come merce.

In ogni società, l'immagine dominante della morte determina l'idea prevalente della salute. (1)

Anticipazione socioculturale d'un evento certo di data incerta, tale immagine è modellata dalle strutture istituzionali, da miti profondamente radicati e dal carattere sociale predominante.

L'immagine della morte che una società si crea rivela il grado d'indipendenza dei suoi membri, il tipo delle loro relazioni personali, la misura della loro autonomia e del loro attaccamento alla vita. (2)

Dovunque sia penetrata la civiltà medica metropolitana, si è instaurata un'immagine nuova della morte.

Questa immagine, nella misura in cui deriva dalle nuove tecniche e dall'ethos corrispondente, è di carattere soprannazionale.

In se stesse però quelle tecniche non sono culturalmente neutre; hanno assunto la loro forma concreta dentro alle culture occidentali ed esprimono un ethos occidentale.

Con la civiltà medica si è diffusa l'immagine della morte propria dell'uomo bianco; dando un contributo di prim'ordine alla colonizzazione culturale.

L'immagine di una 'morte naturale', cioè di una morte assistita medicalmente e che ci coglie in buone condizioni di salute e in età avanzata, è un ideale piuttosto recente. (3) Nel corso di cinquecento anni essa è passata per cinque fasi distinte, e sta ormai entrando in una sesta.

Ogni fase ha avuto la sua espressione iconografica: 1) la 'danza dei morti' nel quindicesimo secolo; 2) la danza guidata da uno scheletro, o 'danza della Morte', nel Rinascimento; 3) il trapasso del vecchio dissolto nella sua camera da letto, sotto l'Ancien Régime; 4) il medico che lotta contro gli spettri vaganti della consunzione e della peste, nel diciannovesimo secolo; 5) il medico che s'interpone fra il paziente e la sua morte, nella prima metà del secolo ventesimo; e 6) la morte sotto cura ospedaliera intensiva.

A ogni fase di questa evoluzione l'immagine della morte naturale ha suscitato una diversa serie di risposte, che prendevano un carattere medico sempre più accentuato.

La storia della morte naturale è storia della medicalizzazione della lotta contro la morte. (4)

L'edificante danza dei morti.

A cominciare dal quarto secolo, la Chiesa prese a combattere una tradizione pagana per cui folle nude e frenetiche, che brandivano spade, si riunivano nei cimiteri a danzare sulle tombe.

Ma il reiterarsi dei divieti ecclesiastici testimonia che essi non erano molto ascoltati, e per quasi mille anni i sagrati e i cimiteri

cristiani continuarono a essere periodicamente piste di danze.

La morte era un'occasione per riaffermare la vita.

Danzare con i morti sulle loro tombe era un modo di proclamare la gioia di essere vivi, e fornì lo spunto a molte canzoni e poesie erotiche.

(5) Verso la fine del quattordicesimo secolo, però, il senso di quelle danze sembra modificarsi: (6) da incontro dei vivi con i trapassati si trasforma in una esperienza introspettiva, in un'occasione di meditazione.

La prima 'danza dei morti' fu dipinta sul muro di un cimitero parigino nel 1424.

L'originale del Cimetière des Innocents non esiste più ma ne restano buone copie che ci permettono di ricostruirlo: il re, il contadino, il papa, lo scriba e la ragazza danzano ognuno con un cadavere.

Ciascun partner è, nell'abbigliamento e nella figura, il riflesso del compagno.

Nella forma del corpo, 'Ognuno' si porta appresso la propria morte e danza con lei tutta la vita.

Sullo scorcio del Medioevo, l'uomo ha di fronte a sé una morte che è insita in lui; (7) ogni morte reca il simbolo corrispondente al rango della sua vittima: una corona per il re, un forcone per il contadino.

Mentre prima, sulle tombe, si danzava con gli antenati, ora si passa a raffigurare un mondo in cui ognuno, per tutta la vita, danza abbracciato alla propria mortalità.

La morte non è rappresentata come una figura antropomorfa, ma come una macabra coscienza dell'io, un costante ricordo della tomba spalancata.

Non è ancora lo scheletro al suono della cui musica uomini e donne danzeranno per tutto l'autunno del Medioevo, bensì il riflesso dell'invecchiamento e dello sfacelo di ciascuno. (8) E' l'epoca in cui lo specchio (9) viene prendendo importanza nella vita quotidiana, e, colto nello 'specchio della morte', il 'mondo' (10) acquista un mordente allucinante.

Con Chaucer e Villon, la morte diventa altrettanto intima e sensuale quanto il piacere e il dolore.

Nelle società primitive, la morte era il frutto dell'intervento di un agente esterno.

Non le si attribuiva una personalità.

Era l'esito della volontà malefica di qualcuno: qualcuno che poteva essere il vicino invidioso che ti guarda di malocchio, oppure una strega, o l'antenato che torna a prenderti, o il gatto nero che ti attraversa la strada. (11) Per tutto il Medioevo cristiano e islamico, la morte fu sempre concepita come il risultato di un deliberato intervento personale di Dio.

Al capezzale del moribondo non compare una figura di 'morte', ma solo un angelo e un demonio che si contendono l'anima che viene fuori dalla bocca del morente.

Solo col secolo quindicesimo maturano le condizioni perché questa visione si trasformi (12) e appaia quella che sarà poi chiamata la 'morte naturale'.

La danza dei morti ne rappresenta i prodromi.

La morte può ora costituire una parte intrinseca e ineluttabile della vita umana, non è più il risultato prodotto da una decisione esterna.

Diventa autonoma, e per tre secoli coesiste, come entità distinta, con l'anima immortale, la divina provvidenza, gli angeli e i diavoli.

La danza macabra.

Nelle sacre rappresentazioni o 'moralità' (13) la morte appare sotto nuove vesti e in un nuovo ruolo.

Con la fine del quindicesimo secolo cessa di essere una semplice immagine riflessa e si pone alla testa delle 'ultime quattro cose', precedendo il giudizio, il paradiso e l'inferno. (14) Non è neppure più uno dei quattro cavalieri dell'Apocalisse, come nei bassorilievi romanici, o la Megera-vampiro che afferra le anime, come nel Camposanto di Pisa, o un semplice nunzio che esegue gli ordini di Dio.

E' diventata una figura indipendente che reclama ogni individuo, uomo, donna o bambino, dapprima come messaggera divina, poi, ben presto, in virtù dei propri diritti sovrani.

Nel 1538 Hans Holbein il Giovane (15) pubblicava il primo libro illustrato sulla morte, destinato a un immenso successo: una serie di xilografie intorno al tema della danza macabra. (16) Sbarazzati dalla loro putrida carne, i danzatori di Holbein sono ridotti a nudi scheletri.

La raffigurazione quattrocentesca dell'uomo avvinto alla propria mortalità è diventata rappresentazione del suo frenetico dissolvimento nella stretta della morte, dipinta come una forza della natura.

L'immagine speculare dell'io intimo, impregnata della 'nuova devozione' dei mistici tedeschi, ha lasciato il posto a una morte raffigurata come l'imparziale esecutrice di una legge che travolge e falcia tutti.

Da incontro di ogni momento della vita, la morte si è mutata nell'evento di un istante.

Durante il Medioevo l'eternità era stata, insieme con la presenza di Dio, immanente alla storia.

Adesso, la morte diventa il punto in cui termina il tempo lineare dell'orologio e l'uomo incontra l'eternità.

Il mondo terreno non è più un segno sensibile della presenza divina; con Lutero è divenuto un luogo di corruzione, la cui salvezza verrà da Dio.

La proliferazione degli orologi simboleggia questo cambiamento avvenuto nelle coscienze; Man mano che predomina il tempo divisibile, che ci si preoccupa di misurarlo con esattezza e ci si rende conto della simultaneità degli eventi, si crea una nuova cornice per la definizione dell'identità personale.

Anziché nella completezza di tutta una vita, l'identità di una persona è ora vista in rapporto a una sequenza di eventi.

La morte non è più la conclusione di un tutto, ma una rottura della sequenza. (17) Nei primi cinquant'anni della xilografia gli scheletri predominano nei frontespizi dei libri come oggi le donne nude sulle copertine delle riviste.

La morte regge la clessidra o batte le ore all'orologio della torre. (18) Molti battagli di campane erano a forma d'osso.

Il nuovo meccanismo, che può rendere il tempo d'uguale lunghezza, sia di giorno sia di notte, sottopone altresì gli uomini a una legge uguale per tutti.

Con la Riforma, la sopravvivenza "post mortem" ha cessato di essere una continuazione trasfigurata della vita di quaggiù diventando o uno spaventoso castigo sotto forma dell'inferno o un dono divino, assolutamente immeritato, in paradiso.

La grazia interiore si è trasformata in giustificazione per mezzo della sola fede.

Così, durante il sedicesimo secolo, la morte cessa di essere concepita sostanzialmente come una transizione all'altro mondo, e l'accento batte sulla fine della vita terrena. (19) La fossa del sepolcro è in primo piano rispetto alle porte del paradiso o dell'inferno e l'incontro con la morte è diventato più certo dell'immortalità, più giusto del re, del papa e persino di Dio.

La morte non è più la meta ma la fine della vita.

Il carattere definitivo, incumbente e intimo della morte personale non aveva a che fare soltanto col nuovo senso del tempo, ma anche con l'emergere di un nuovo sentimento dell'individualità.

Sul cammino che portava il pellegrino dalla Chiesa Militante di quaggiù alla Chiesa Trionfante dei cieli, la morte era sentita, per tanti aspetti, come un evento che concerneva l'una e l'altra comunità.

Ora invece ognuno aveva di fronte la propria morte, personale e definitiva.

Divenuta dunque la morte una forza naturale, si cercava di dominarla, imparando l'arte o capacità di morire.

L'"Ars moriendi", che fu uno dei primi libri del genere 'fateo da soli' a essere stampato e messo in commercio, ottenne così per due secoli una grande fortuna nelle sue varie versioni.

Molti imparavano a leggere compitandone le pagine.

La versione più diffusa fu pubblicata da Caxton presso la tipografia di Westminster nel 1491: prima del 1500 se ne erano già tirate, su matrici di legno o con caratteri mobili, più di cento edizioni, dal titolo "Art and Craft to knowe ye well to dye" (Arte e capacità d'imparare a morir bene).

Di formato piccolo, stampato in netti caratteri gotici, faceva parte di una collana che si proponeva di insegnare al "perfetto gentiluomo" il "comportamento nobile e devoto", dal modo di usare il coltello a tavola a quello di condurre una conversazione, dall'arte di versare lacrime e di soffiarsi il naso all'arte di giocare a scacchi, di pregare, e di morire.

Il libro non insegnava a prepararsi a una morte remota mediante una vita virtuosa, né ammoniva il lettore ricordandogli il fatale declino delle forze fisiche e il costante pericolo di morte.

Era un 'manuale pratico' nel senso moderno del termine, una guida completa all'operazione di morire, un metodo da imparare quando si era in buona salute e da tenere sulla punta delle dita per poterlo usare in quell'ora ineluttabile.

L'opera non si rivolgeva ai monaci o agli asceti, ma agli uomini "carnali e secolari" che non potevano disporre dell'assistenza del clero.

Servi da modello a istruzioni di tipo analogo, spesso redatte in tono assai meno prosaico, di autori come Savonarola, Lutero e Jeremy Taylor.

L'uomo si sentiva responsabile dell'atteggiamento che il suo volto avrebbe avuto nella morte. (20) Come hanno mostrato gli studi di Knstler, proprio intorno a questo periodo nella raffigurazione pittorica del volto umano si affermava una tendenza senza precedenti: il ritratto occidentale dell'espressione, che cerca di rappresentare molto di più della mera sembianza dei lineamenti.

I primi ritratti, in effetti, raffigurano dei principi e vennero eseguiti immediatamente dopo la loro morte, a memoria, per rendere presente la personalità individuale e atemporale del defunto signore al momento dei suoi solenni funerali.

Gli umanisti del primo Rinascimento volevano ricordare i loro morti non come spettri o spiriti, santi o simboli, ma come una presenza storica, personale, che continuava. (21) La devozione popolare, dal canto suo, manifestava una curiosità di tipo nuovo per la vita dell'aldilà.

Si moltiplicavano sia i 'racconti dell'orrore' fantastici popolati di morti, sia le rappresentazioni artistiche del purgatorio. (22) Il gusto grottesco del Seicento per le anime e gli spettri sottolinea la crescente ansia di una cultura che sente incombere la chiamata della morte più che il giudizio di Dio. (23) In molte regioni del mondo cristiano la danza della morte diventa un tema decorativo corrente negli atrii delle chiese.

Gli spagnoli importano lo scheletro in America, dove si fonde con l'idolo della morte azteco.

La loro progenie meticcia, (24) rimbalzando in Europa, influenza il volto della morte in tutto l'impero asburgico, dai Paesi Bassi al Tirolo.

Dopo la Riforma, la morte europea diventa macabra e tale rimane.

Contemporaneamente, si moltiplicano le pratiche della medicina popolare che vogliono aiutare l'individuo ad affrontare con dignità il proprio trapasso.

Si inventano nuovi procedimenti superstiziosi per stabilire se il malessere da cui si è colpiti impone di prepararsi alla morte e se va invece curato.

Se il fiore gettato nella vasca del santuario non resta a galla, è inutile sprecare soldi in rimedi.

Si cerca di essere pronti per l'arrivo della morte, d'imparare bene i passi dell'ultima danza.

Numerosissimi i rimedi contro i dolori dell'agonia, ma per lo più la decisione di somministrarli spetta ancora al moribondo, il quale gioca un nuovo ruolo e lo svolge consapevolmente.

I bambini possono dare una mano ai genitori che muoiono, purché non li trattengano con i loro pianti.

E' il moribondo che dice quando vuol essere tolto dal letto e depresso sulla terra che presto lo inghiottirà, e quando bisogna dare inizio alle preghiere.

Dal canto loro gli astanti sanno che debbono tenere le porte aperte per facilitare l'ingresso della morte, che debbono evitare ogni rumore affinché lei entri senza tema, e che debbono infine distogliere rispettosamente lo sguardo dal moribondo per lasciarlo solo durante questo privatissimo evento. (25) Di regola, nei secoli quindicesimo e sedicesimo, il povero che muore non è assistito né dal prete né dal medico. (26) In linea di massima la letteratura medica del tempo attribuisce al terapeuta due opposti uffici: aiutare la guarigione o, viceversa, favorire una morte facile e rapida.

E' suo compito riconoscere la "facies hippocratica", (27) cioè quei tratti tipici i quali indicano che il paziente è già preda della morte.

Che aiuti a guarire o ad andarsene, il medico si sforza di collaborare strettamente con la natura.

La questione se la medicina riuscirà mai a 'prolungare' la vita è oggetto di appassionati dibattiti nelle scuole mediche di Palermo, di Fez e persino di Parigi.

Molti dottori arabi ed ebrei le negano assolutamente questo potere e giudicano blasfemo un simile tentativo di interferire nell'ordine della natura. (28) Lo zelo del medico temperato dalla rassegnazione del filosofo traspare chiaramente dagli scritti di Paracelso: (29) "La natura conosce i limiti del suo corso. Secondo il termine da lei stessa fissato, conferisce a ogni sua creatura la durata di vita che le spetta, in modo che le sue energie si consumino nel tempo intercorrente fra l'istante della sua nascita e la sua fine predeterminata..."

La morte di un uomo non è che la fine della sua fatica quotidiana, un'esalazione di respiro, l'esaurimento del suo innato potere balsamico di autoguarigione, l'estinzione della luce razionale della natura, e una grande separazione dei tre: corpo, anima e spirito.

La morte è un ritorno alla matrice".

Senza escludere la trascendenza, la morte è diventata un fenomeno naturale, che si spiega senza più bisogno d'accusarne un agente malefico.

La nuova immagine della morte contribuiva a ridurre il corpo umano allo stato di oggetto.

Prima d'allora il cadavere era una cosa completamente diversa da qualunque altra: lo si considerava quasi come una persona.

La legge gli riconosceva una personalità: il morto poteva citare in giudizio i vivi ed esserne citato, e i procedimenti penali contro i defunti erano comuni.

Papa Urbano ottavo, che era morto avvelenato dal suo successore, fu esumato, solennemente giudicato per simonia, sottoposto al taglio della mano destra e gettato nel Tevere.

Un uomo impiccato per furto poteva poi essere decapitato per tradimento.

Il morto poteva anche essere citato come testimone.

La vedova aveva la facoltà di ripudiare il marito defunto, deponendo sulla sua bara le chiavi e la borsa che gli erano appartenute.

Ancora oggi del resto l'esecutore testamentario agisce per conto del defunto e si parla di 'profanazione' d'una tomba o di secolarizzazione d'un cimitero quando lo si destina a giardino pubblico.

Solo con la comparsa della morte naturale il cadavere perse gran parte della sua personalità giuridica.

(30) L'avvento della morte naturale aprì inoltre la strada alla nuova mentalità circa la morte e la malattia, che si sarebbe diffusa sul finire del secolo diciassettesimo.

Durante il Medioevo il corpo umano era sacro; ora invece il medico interveniva sul cadavere col suo bisturi. (31) L'umanista Gerson aveva definito la dissezione "una profanazione sacrilega, un'inutile crudeltà esercitata dai vivi a danno dei morti". (32) Ma nello stesso momento in cui la Morte spuntava di persona davanti a Ognuno nelle 'moralità', il cadavere compariva per la prima volta come materiale didattico nell'anfiteatro dell'università rinascimentale.

Quando, nel 1375 a Montpellier, ebbe luogo la prima dissezione pubblica autorizzata, la nuova pratica scientifica fu dichiarata oscena e per molti anni lo spettacolo non poté ripetersi.

Una generazione più tardi, fu permessa una sola dissezione all'anno entro i confini del Sacro Romano Impero.

Anche all'università di Bologna si sezionava un cadavere all'anno, poco prima di Natale; la cerimonia si apriva con una processione, era accompagnata da esorcismi e durava tre giorni.

Durante il quindicesimo secolo l'università di Lérida in Spagna ottenne il diritto a disporre ogni tre anni della salma di un criminale, da sezionare alla presenza di un notaio designato dall'Inquisizione.

In Inghilterra, nel 1540, le facoltà universitarie furono autorizzate a farsi consegnare dal boia quattro cadaveri l'anno.

La mentalità ebbe un'evoluzione così rapida che nel 1561 il Senato di Venezia poteva ordinare al boia di attenersi alle istruzioni del dottor Falloppio in modo da fornirgli cadaveri adatti a essere 'notomizzati'.

Nel 1632 Rembrandt dipingeva la "Lezione d'anatomia del dottor Tulp". La dissezione pubblica diventava uno dei temi preferiti dai pittori e, nei Paesi Bassi, un fatto consueto durante le fiere.

Era il primo passo verso la ripresa televisiva e cinematografica degli interventi chirurgici.

Il medico aveva fatto grandi progressi nella conoscenza dell'anatomia nonché nella dimostrazione della sua abilità, ma non altrettanto era progredito il suo potere di guarire.

I rituali medici aiutavano a orientare, rimuovere o placare la paura e l'angoscia generate da una morte che era divenuta macabra.

Le tavole anatomiche di Vesalio rivaleggiavano con la "Danza macabra" di Holbein, un po' come oggi i libri sulla sessualità rivaleggiano con 'Playboy' e 'Playmen'.

La morte borghese.

La morte barocca faceva da contrappunto a un oltremondo organizzato sul modello aristocratico. (33) Sulle volte delle chiese si potevano vedere dei giudizi universali che raggruppavano in zone distinte i selvaggi, i popolani e i nobili, ma la danza della morte dipinta in basso mostrava la Grande Falciatrice che vibrava la sua lama senza far distinzione di rango o di carica.

E proprio perché l'uguaglianza macabra annullava i privilegi mondani, essi ne erano tanto più giustificati. (34) Ma col sorgere della famiglia borghese (35) l'uguaglianza davanti alla morte ebbe fine: chi poteva permetterselo cominciò a pagare per tenerla lontana.

Francesco Bacone fu il primo a parlare del prolungamento della vita come di un nuovo dovere dei medici.

Egli assegnava alla medicina tre compiti, "il primo dei quali è la preservazione della salute, il secondo la cura delle malattie, il terzo il prolungamento della vita", ed esaltava questa "terza parte della medicina... che per quanto nuova e ancora imperfetta, è la più nobile di tutte".

La professione medica però non mostrò alcuna intenzione di volersi dedicare a questo compito fino a quando, circa un secolo e mezzo più tardi, non comparve una numerosa clientela che era pronta a pagare perché si facesse il tentativo.

Si trattava di un nuovo tipo di ricco che non voleva morire stando a riposo e desiderava proseguire nella sua attività fino a quando la morte non sopravvenisse per esaurimento naturale.

Non accettava l'idea della morte se non a patto che lo cogliesse in buone condizioni di salute e ancora valido per quanto avanti negli anni.

Montaigne aveva già deriso questo modo di pensare trovandolo eccessivamente presuntuoso: "E' l'ultima specie di morte, e la più difficile..."

Che fantasia è mai quella d'aspettarsi di morire per quella mancanza di forze che l'estrema vecchiaia ci arreca, e di proporsi tale fine per la nostra durata... come se fosse contro natura vedere un uomo rompersi il collo per una caduta, affogare in un naufragio, venir colto dalla peste o da una pleurite...

Piuttosto si deve chiamare naturale quella morte che è generale, comune e universale". (36) Ai suoi tempi quelli che la pensavano in tal modo erano pochi; presto il loro numero sarebbe cresciuto.

Il predicatore che si aspettava di andare in cielo, il filosofo che negava l'esistenza dell'anima e il mercante che voleva vedere ancora una volta raddoppiarsi il suo capitale, erano tutti concordi nel ritenere che l'unica morte conforme alla natura era quella che li sorprendesse al tavolo da lavoro. (37)

Non esistono prove che alla metà del Settecento la speranza di vita della maggioranza dei sessantenni fosse aumentata, ma non c'è dubbio che i nuovi apporti della tecnologia permettevano alle persone anziane e ricche di rimanere sulla breccia continuando a fare ciò che avevano fatto nell'età di mezzo.

I benestanti potevano restare attaccati ai posti perché le loro condizioni di vita e di lavoro erano migliorate.

La rivoluzione industriale cominciava a creare possibilità d'impiego per i deboli, i malaticci e i vecchi. Il lavoro sedentario, fin lì raro, si veniva affermando sempre di più. (38) Lo slancio dello spirito d'iniziativa e del capitalismo favoriva l'imprenditore che aveva avuto il tempo d'accumulare capitale ed esperienza.

Le strade erano migliorate: un generale sofferente di gotta poteva ora dirigere una battaglia senza scendere dalla carrozza e decrepiti diplomatici erano in grado di viaggiare da Londra a Vienna o a Mosca.

La centralizzazione degli Stati nazionali richiedeva un corpo di funzionari e una borghesia sempre più vasti.

La nuova e ristretta classe dei vecchi aveva una maggiore probabilità di sopravvivere perché la sua vita in casa, per strada e sul lavoro era diventata fisicamente meno spossante.

Invecchiare diventava un modo di capitalizzare la vita.

Gli anni passati dietro il banco, in negozio o a scuola, cominciavano a fruttare interessi sul mercato.

Per la prima volta i figli delle classi medie, dotati o no, venivano adesso mandati a scuola, consentendo così ai vecchi di restare ai loro posti.

La borghesia, che poteva permettersi di eliminare la 'morte sociale' evitando di andare a riposo, inventava la 'fanciullezza' per tenere sotto controllo i propri giovani. (39) Di pari passo con la posizione economica, migliorava l'apprezzamento per la persona fisica del vecchio.

Nel Cinquecento "il vecchio con moglie giovinetta corre a morte molto in fretta", e nel Seicento "se il vecchio la fanciulla vuole amare, già con la morte s'appresta a danzare".

Alla corte di Luigi quattordicesimo il vecchio dissoluto era ancora un personaggio ridicolo; al tempo del Congresso di Vienna era divenuto oggetto d'invidia.

Morire corteggiando l'amante del proprio nipote era ormai simbolo di una fine augurabile.

Prendeva forma un nuovo mito, quello del valore sociale della vecchiaia.

Mentre le popolazioni nomadi e quelle primitive che vivevano di caccia o di raccolta usavano uccidere i loro vecchi, e mentre i contadini li confinavano in qualche bugigattolo, (40) adesso il patriarca era visto come un ideale letterario.

Gli si attribuiva saggezza unicamente a causa della sua età.

Divenne prima tollerabile e poi giusto che gli anziani accudissero con zelo ai riti considerati necessari per tener su i loro corpi cadenti.

Non c'erano ancora medici preparati a questo compito, che esulava dalle competenze del farmacista o dell'erborista, del barbiere o del cerusico, del dottore laureato o del ciarlatano ambulante.

Ma fu questa peculiare domanda che contribuì a creare un nuovo tipo di sedicente guaritore. (41) In passato soltanto il re e il papa erano obbligati a restare al potere sino all'ultimo giorno.

Solo essi consultavano le facoltà di medicina: gli arabi di Salerno nel Medioevo e i professori di Padova e di Montpellier nel Rinascimento.

Avevano anche dei medici di corte, che però prestavano al sovrano le stesse cure che i barbieri praticavano ai plebei: lo salassavano e lo purgavano, e in più lo proteggevano dai veleni.

I monarchi né si proponevano di vivere più a lungo dei comuni mortali, né pretendevano che i loro medici personali conferissero una dignità speciale agli anni del loro declino fisico.

Viceversa, per la nuova classe dei vecchi la morte era il prezzo assoluto da pagare in cambio di un valore economico assoluto. (42) Il trafficante d'età avanzata voleva un medico che tenesse lontana la morte; all'approssimarsi della fine, esigeva che il medico lo desse formalmente per 'spacciato' e che gli si servisse l'ultimo pasto con la bottiglia speciale tenuta in serbo per l'occasione.

Si creava così il ruolo del 'valetudinario', e con signorile decrepitezza si gettavano le settecentesche fondamenta della potenza economica del medico d'oggi.

La capacità di sopravvivere più a lungo, il rifiuto di mettersi da parte prima dell'ultima ora, e il ricorso all'assistenza medica anche per uno stato incurabile, contribuirono nell'insieme a far nascere un nuovo concetto di condizione morbosa, che era il tipo di salute a cui poteva aspirare la vecchiaia.

Negli anni immediatamente antecedenti alla Rivoluzione francese questa salute era riservata ai ricchi e ai potenti; nel giro di una generazione, la malattia cronica diventò di moda tra i giovani e gli snob, le stimate della consunzione (43) furono considerate un segno di saggezza precoce e il bisogno di soggiornare in climi caldi un indice di genio.

La cura medica delle indisposizioni prolungate, per quanto potessero risolversi in una morte prematura, era diventata un marchio di distinzione.

Viceversa, un giudizio opposto si poteva dare delle indisposizioni dei poveri, e i mali di cui essi erano sempre morti si potevano definire malattie non curate.

Non importava affatto che la cura medica per questi mali non avesse alcun effetto sull'esito della malattia; la mancanza di tale cura cominciò a significare che i poveri erano condannati a morire d'una morte innaturale, idea questa che corrispondeva perfettamente all'opinione che i borghesi avevano dei poveri, gente ignorante e improduttiva.

Da allora la capacità di morire di morte 'naturale' divenne prerogativa di un'unica classe sociale: quella di coloro che potevano permettersi di morire nella condizione di pazienti.

La salute divenne il privilegio di attendere la morte 'a tempo debito', qualunque prestazione medica fosse necessaria a questo scopo.

La morte medievale teneva in mano una clessidra; nelle stampe antiche lo scheletro e lo spettatore sghignazzavano quando la vittima rifiutava di morire.

Ora la borghesia s'era impadronita dell'orologio e pagava i medici perché dicessero alla morte quando era il momento di colpire. (44) L'illuminismo attribuiva al medico un potere nuovo, senza sapere se avesse o no acquisito un diverso controllo sull'esito dei mali pericolosi.

La morte clinica.

La Rivoluzione francese segnò una breve battuta d'arresto nella medicalizzazione della morte.

Secondo i suoi ideologi la morte 'prematura' non poteva infierire in una società fondata sul triplice ideale rivoluzionario.

Ma quando il medico comincia a portare le lenti cliniche, la morte gli appare in una nuova prospettiva. Mentre i mercanti del Settecento avevano determinato la visione della morte con l'aiuto dei ciarlatani da essi impiegati e retribuiti, adesso sono i clinici che cominciano a plasmare le idee del pubblico.

Abbiamo visto come la morte, da chiamata di Dio, si trasformasse in un evento 'naturale' e poi in una 'forza della natura'; quindi, con una ulteriore mutazione, si era convertita in un fenomeno 'prematuro' allorché colpiva chi non fosse vecchio e vegeto.

Ora essa è l'esito di malattie specifiche, attestate dal medico. (45) Degradata a figura metaforica, il suo posto è stato preso dalle malattie omicide.

La forza generale della natura già celebrata come 'la' morte, si è trasformata in una legione di cause specifiche responsabili del decesso clinico.

Sono molte 'le' morti che vagano ora per il mondo.

Una quantità di incisioni provenienti da biblioteche di medici della fine dell'Ottocento mostra il dottore che lotta al capezzale del paziente contro malattie personificate.

La speranza del medico di riuscire a controllare il decorso di specifiche malattie ha fatto nascere il mito di una sua potestà sulla morte.

I nuovi poteri attribuiti alla professione hanno dato origine al nuovo status del clinico. (46) Mentre il medico di città diventava un clinico, quello di campagna diveniva dapprima sedentario e poi membro della élite locale.

Al tempo della Rivoluzione apparteneva ancora alla categoria degli ambulanti.

Dopo le guerre napoleoniche, i chirurghi dell'esercito messi in congedo tornarono a casa ricchi d'una vasta esperienza e bisognosi di sistemazione.

Formati sui campi di battaglia, questi ex militari non tardarono a diventare i primi guaritori a residenza stabile, in Francia, in Italia e in Germania.

La gente semplice non si fidava completamente dei loro sistemi e i borghesi rispettabili erano urtati dalla grossolanità dei loro modi, ma clientela tuttavia non ne mancava, data la fama di cui godevano tra i reduci delle guerre napoleoniche.

Mandavano i figli alle nuove facoltà di medicina che si aprivano allora in molte città, e questi al loro ritorno crearono la figura del medico di campagna, che sarebbe rimasta immutata fino alla seconda guerra mondiale.

Il ruolo di medico di famiglia presso una borghesia largamente fornita di mezzi garantiva loro un reddito regolare.

Alcuni ricchi di città o di provincia per ragioni di prestigio preferivano farsi curare da clinici famosi, ma una concorrenza assai più preoccupante per il medico di provincia, nel primo Ottocento, era ancora quella dei praticoni d'un tempo, la levatrice, il cavadenti, il veterinario, il barbiere, e talvolta anche l'infermiera pubblica.

Intorno alla metà del secolo, malgrado la novità del suo ruolo e le resistenze che incontrava sia in alto sia in basso, il medico di campagna europeo era ormai entrato a far parte della borghesia.

Guadagnava abbastanza facendo il lacché al signorotto locale, era amico di famiglia degli altri notabili, ogni tanto andava a visitare i malati d'umile condizione, e indirizzava i casi complicati al suo collega clinico di città.

Mentre l'idea della 'morte a tempo debito' s'era originata nella nascente coscienza di classe del borghese, quella della morte 'clinica' ebbe origine nella nascente coscienza professionale del nuovo medico di scuola scientifica.

Da allora la morte a tempo debito accompagnata dai relativi sintomi clinici divenne l'ideale della medicina borghese, (47) e presto sarebbe entrata a far parte delle aspirazioni dei sindacati.

Il sindacato rivendica una morte naturale.

E' nel nostro secolo che la morte del valetudinario tra cure prestate da medici specialisti viene considerata per la prima volta un diritto civile.

L'assistenza medica ai vecchi entra negli accordi sindacali.

Il privilegio capitalistico del decesso per esaurimento naturale su una poltrona direttoriale dà luogo alla richiesta proletaria di servizi sanitari per i pensionati.

Alla speranza borghese di restare abbarbicati al posto facendo una vita di vecchi libidinosi subentra il sogno di una vita sessuale attiva, garantita dalla previdenza sociale, in un tranquillo villaggio per pensionati.

La cura a vita, per qualunque condizione clinica, diventa presto un'esigenza inderogabile per poter arrivare a una morte naturale.

L'assistenza medica istituzionale a vita è ormai un servizio che la società deve a tutti i suoi membri.

La 'morte naturale' fa il suo ingresso nei dizionari.

Una delle maggiori enciclopedie tedesche, pubblicata nel 1909, la definisce per mezzo del suo contrario: "La morte anormale è l'opposto della morte naturale in quanto è conseguenza di una malattia, di una violenza o di disturbi meccanici e cronici".

Un apprezzato dizionario delle idee filosofiche afferma che "la morte naturale interviene senza essere preceduta da malattia, senza una causa specifica definibile".

E' questa macabra e allucinante idea della morte quella che s'intreccia con l'idea del progresso sociale.

La rivendicazione, giuridicamente fondata, dell'uguaglianza davanti alla morte clinica diffonde tra la classe operaia le contraddizioni dell'individualismo borghese.

Il diritto alla morte naturale viene formulato come richiesta di un uguale consumo di servizi medici, anziché come liberazione dai mali del lavoro industriale o come nuova libertà e concreto potere d'aver cura di sé.

Questa concezione sindacale della "morte clinica uguale per tutti" è quindi l'esatto contrario dell'ideale proposto nel 1792 a Parigi davanti all'Assemblea nazionale: è un ideale profondamente medicalizzato.

Innanzitutto, questa nuova immagine della morte giustifica nuovi livelli di controllo sociale. La società è diventata responsabile d'impedire la morte di ogni suo membro; l'intervento terapeutico, efficace o meno, può mutarsi in un dovere. Qualunque decesso che avvenga senza cure mediche può interessare la giustizia. L'incontro con un medico diventa ineluttabile quasi quanto l'incontro con la morte. Conosco una donna che ha tentato di uccidersi senza riuscirci. Fu portata all'ospedale in coma, con una pallottola nella colonna vertebrale. Battendosi eroicamente il chirurgo riuscì a tenerla in vita, e giudica un successo il suo caso: la donna vive, ma è completamente paralizzata; lui non ha più da temere che ritenti il suicidio. La nostra nuova immagine della morte è inoltre coerente con l'ethos industriale. (48) La buona morte è ormai irrevocabilmente quella del consumatore-tipo di cure mediche. Come all'inizio del secolo l'uomo fu definito un alunno, che nasceva in stato di stupidità originale e che aveva bisogno di otto anni di scuola prima di poter entrare nella vita produttiva, così oggi egli riceve alla nascita il marchio di paziente che ha bisogno d'ogni specie di terapie se vuole vivere in modo corretto. Come il consumo d'istruzione obbligatorio è ormai un espediente per attenuare la preoccupazione riguardo al lavoro, così il consumo di medicina è diventato un modo per ovviare all'insalubrità delle condizioni di lavoro, alla sporcizia delle città e al logorio nervoso dei trasporti. (49) Perché preoccuparsi dell'ambiente micidiale quando ci sono i medici, industrialmente attrezzati per salvare vite umane? Infine, la "morte sotto cura obbligatoria" favorisce la ricomparsa delle illusioni più primitive riguardo alle cause della morte. Come abbiamo visto, gli uomini primitivi non muoiono di morte loro, non hanno in se stessi la propria finitezza, sono ancora vicini all'immortalità soggettiva dell'animale. Per loro la morte richiede sempre una spiegazione soprannaturale, qualcuno cui imputarla: la maledizione di un nemico, l'incantesimo di un mago, la rottura del filo nelle mani delle Parche, o Iddio che ha mandato il suo angelo di morte. La morte europea, nella danza con la sua immagine speculare, si palesò un agente indipendente dalla volontà altrui, una forza inesorabile della natura che gli uomini e le donne dovevano affrontare da soli. L'incombere della morte era uno squisito e continuo momento della fragilità e delicatezza della vita; nel tardo Medioevo, la scoperta della morte 'naturale' fu una delle principali fonti della poesia e del teatro europei. Ma questa stessa imminenza della morte, una volta percepita come una minaccia estrinseca proveniente dalla natura, costituì una grossa sfida per il tecnico che veniva emergendo. Se l'ingegnere civile aveva imparato a governare la terra e il pedagogo divenuto educatore a governare il sapere, perché il medico-biologo non avrebbe dovuto governare la morte? (50) Quando il medico arrivò a fraporsi tra l'umanità e la morte, quest'ultima smarì l'immediatezza e l'intimità acquisite quattro secoli prima. La morte che aveva perso volto e forma non aveva più una PROPRIA dignità. Il cambiamento avvenuto nel rapporto medico-morte è ben visibile nell'iconografia dedicata a questo tema. (51) All'epoca della 'danza dei morti', la figura del medico compare di rado. Nell'unica immagine da me trovata in cui la morte tratti il medico da collega, essa tiene con una mano un vecchio e con l'altra solleva un flacone di urina, e sembra chiedere al medico una conferma della sua diagnosi. Al tempo della 'danza della morte', il medico è il principale bersaglio delle ironie dello scheletro. Nel periodo precedente, quando era ancora rivestita di un po' di carne, la morte invitava il medico a verificare, guardando la propria immagine riflessa in lei, ciò che credeva di sapere sull'interno del corpo umano. Più tardi, ridotta a puro scheletro, essa si burla dell'impotenza del medico, scherza sui suoi onorari o rifiuta di versarglieli, offre rimedi perniciosi quanto quelli da lui prescritti e lo tratta come qualsiasi altro mortale trascinandolo nella danza. La morte barocca sembra che s'intrometta continuamente nelle attività del medico, prendendosi gioco di lui mentre spaccia i suoi prodotti in una fiera, interrompendo le sue consultazioni, trasformando le boccette dei suoi medicinali in clessidre, o sostituendosi a lui nella visita al lazzaretto. Nel Settecento compare un motivo nuovo: la morte sembra divertirsi a fargli dispetti per le sue diagnosi pessimistiche, lasciando in vita i malati che il medico ha spacciato e trascinando lui nella tomba. Fino all'Ottocento è sempre la morte che conduce il gioco rispetto al medico o al malato. I due contendenti stanno ai due capi del letto su cui giace il paziente.

Soltanto dopo che la malattia clinica e la morte clinica hanno avuto un notevole sviluppo troviamo le prime immagini in cui l'iniziativa appartiene al medico, che si frappone tra il paziente e la morte.

Bisogna attendere fino a dopo la prima guerra mondiale per vedere il medico che lotta con lo scheletro liberando una giovane donna dalla sua stretta o strappandogli la falce dalle mani.

Verso il 1930 un uomo sorridente in camice bianco si getta su uno scheletro piagnucoloso e lo schiaccia come una mosca fra due tomi del "Lexicon of Therapy" di Marle.

In altre immagini, il medico tiene per i polsi una giovane donna che la morte ha già afferrato per i piedi e respinge quest'ultima con la mano tesa in un gesto vendicatore.

Max Klinger raffigura invece il medico che strappa le penne a un gigante alato.

Altri lo rappresentano nell'atto di chiudere lo scheletro in una gabbia o addirittura di sferrargli un calcio nello scarno sedere.

Non è il paziente ma il medico che ora lotta contro la morte. (52) Come nelle culture primitive, c'è di nuovo qualcuno a cui dare la colpa se la morte trionfa.

Questo qualcuno non è più una persona con la faccia di uno stregone, di un antenato o di un dio, ma il nemico sotto la specie di una forza sociale.

Oggi che la protezione dalla morte è compresa nella previdenza sociale, il colpevole si nasconde all'interno della società.

Può essere il nemico di classe che nega al lavoratore sufficiente assistenza medica, il dottore che si rifiuta di fare una visita notturna, la multinazionale che aumenta il prezzo dei prodotti farmaceutici, il governo capitalista o revisionista che ha perso il controllo dei suoi stregoni, o l'amministratore che dopo aver fatto studiare i giovani medici all'università di Delhi li lascia emigrare a Londra.

La tradizionale caccia alle streghe, che si scatenava alla morte del capotribù, si modernizza.

Per ogni morte prematura o clinicamente ingiustificata, si può sempre trovare la persona o l'ente irresponsabile che ha ritardato o impedito l'intervento medico.

Gran parte dei progressi compiuti dalla legislazione sociale durante la prima metà del Novecento sarebbe stata impossibile senza l'uso rivoluzionario che si è fatto di questa immagine della morte di stampo industriale: non sarebbe stato possibile suscitare né il sostegno necessario per promuovere tale legislazione, né sensi di colpa abbastanza forti per imporne l'attuazione.

Ma la rivendicazione di un accadimento medico uguale per un uguale tipo di morte è altresì servita a consolidare la dipendenza dei nostri contemporanei da un sistema industriale che non conosce limiti alla sua espansione.

La morte sotto terapia intensiva.

Non si possono comprendere appieno le radici strutturali profonde della nostra organizzazione sociale se in esse non vediamo un multiforme esorcismo contro ogni specie di mala morte.

Le nostre principali istituzioni rappresentano un gigantesco programma di difesa che nel nome della 'umanità' fa guerra agli agenti e ai gruppi portatori di morte. (53) Si tratta di una guerra totale.

Non soltanto la medicina, ma l'assistenza sociale, gli aiuti internazionali, i programmi di sviluppo, sono tutti impegnati in questa lotta.

Partecipano alla crociata le burocrazie ideologiche di tutti i colori.

La rivoluzione, la repressione, persino le guerre civili e internazionali sono giustificate se hanno lo scopo di abbattere chi sia accusabile di produrre e tollerare senza motivo la malattia e la morte. (54)

Curiosamente, la morte divenne il nemico da sconfiggere proprio mentre entrava in scena la megamorte.

Non è nuova soltanto l'immagine della morte 'non necessaria', ma anche la nostra immagine della fine del mondo. (55) La morte (la fine del MIO mondo) e la fine del mondo sono strettamente apparentate; il nostro modo di concepire sia l'una sia l'altra è stato profondamente influenzato dalla situazione atomica.

L'apocalisse non è più una semplice congettura mitologica ed è invece diventata un'eventualità reale.

Anziché dipendere dalla volontà divina o dalla colpevolezza del genere umano o dalle leggi della natura, Armagedon è ormai la possibile conseguenza di una decisione diretta dell'uomo.

Anche il cobalto, come la bomba all'idrogeno, crea l'illusione di un governo della morte.

I riti sociali medicalizzati non sono che un aspetto del controllo sociale giustificato dalla guerra senza soluzione contro la morte.

Secondo Malinowski, (56) nelle popolazioni primitive la morte minaccia la coesione e quindi la sopravvivenza dell'intero gruppo.

Scatena infatti un'esplosione di paura e forme irrazionali di difesa.

Solo tramutando l'evento naturale in un rito sociale si riesce a mantenere la solidarietà del gruppo.

La morte di un suo membro diventa così l'occasione di una celebrazione straordinaria.

Il dominio dell'industria ha spezzato e spesso distrutto quasi tutti i vincoli di solidarietà tradizionali. I riti impersonali della medicina industrializzata creano un surrogato di unità del genere umano. Essi legano tutti gli individui a un identico schema di morte 'desiderabile' proponendo come obiettivo dello sviluppo economico il decesso in clinica.

Il mito del progressivo avanzamento di tutti verso lo stesso tipo di morte attenua il senso di colpa di 'chi ha', trasformando la brutta morte di 'chi non ha' in una conseguenza dell'attuale sottosviluppo, cui bisogna porre rimedio con un'ulteriore espansione delle istituzioni sanitarie.

Ovviamente, la morte medicalizzata (57) ha nelle società ad alto sviluppo industriale una funzione diversa che nei paesi prevalentemente agricoli.

In una società industriale, l'intervento medico nella vita quotidiana non cambia l'immagine dominante della salute e della morte, ma semmai la corrobora.

Diffonde tra le masse l'immagine della morte che si è fatta l'élite medicalizzata e la riproduce per le generazioni future.

Ma quando la 'prevenzione della morte' si effettua in un contesto culturale diverso, dove non ci sono consumatori che si preparano religiosamente al letto della clinica, lo sviluppo della medicina centrata sulla clinica costituisce inevitabilmente una forma di intervento imperialistico.

Viene imposta una certa immagine sociopolitica della morte; la gente viene privata di quella che era la sua visione tradizionale della salute e della morte.

L'idea che ha di se stessa, e che dà coesione alla sua cultura, si dissolve e gli individui, atomizzati, possono essere così incorporati nella massa internazionale dei consumatori di cure fortemente 'socializzati'.

L'aspettativa della morte medicalizzata porta i ricchi a versare premi d'assicurazione illimitati e attira i poveri in una trappola mortale tutta d'oro.

Le contraddizioni dell'individualismo borghese sono rafforzate dall'incapacità di affrontare la morte con un qualunque atteggiamento realistico.

(58) Questa importanza della morte in relazione alla salute mi fu spiegata da un doganiere che incontrai al confine tra l'Alto Volta e il Mali.

Gli avevo chiesto come facessero a capirsi tra loro le popolazioni che stanno lungo il Niger, dato che quasi ogni villaggio ha una parlata diversa.

Secondo lui non era una questione di lingua: "Finché tagliano il prepuzio ai figli come facciamo noi, e muoiono alla maniera nostra, ci si capisce benissimo".

Ho visto molte volte ciò che succede nei villaggi messicani quando vi arriva la previdenza sociale.

Per una generazione, la popolazione continua a seguire le sue usanze; sa come sbrigliarsi con la morte, l'agonia e il dolore. (59) Ma l'infermiera e il dottore, convinti di saperlo meglio, cominciano a insegnarle che esiste un pantheon maligno di morti cliniche, ciascuna delle quali può essere cacciata via, a una certa tariffa.

Invece di migliorare e modernizzare le capacità di autosalvaguardarsi che la gente già possiede, inculcano l'ideale della morte ospedaliera.

Con le loro prestazioni spingono i contadini a un'incessante ricerca della buona morte conforme al modello internazionale, una ricerca che ne farà dei consumatori perpetui.

Come tutti gli altri grandi rituali della società industriale, la medicina nella pratica assume la forma di un gioco.

La principale funzione del medico diventa quella di arbitro.

Egli è l'agente o rappresentante del corpo sociale, e ha il dovere di far sì che tutti giochino secondo le regole. (60) Queste, naturalmente, vietano di abbandonare il gioco e di morire in una maniera che non sia stata specificata dall'arbitro.

La morte non avviene ormai più se non nei modi previsti dalla profezia autorealizzatrice dello stregone.

(61) Con la medicalizzazione della morte l'assistenza sanitaria è diventata una religione mondiale monolitica, (62) i cui dogmi sono oggetto d'insegnamento in scuole obbligatorie e le cui norme etiche vengono applicate per una ristrutturazione burocratica dell'ambiente: la sessualità è diventata una materia di programma e spartire il proprio boccone di pane è sconsigliato in nome dell'igiene.

La lotta contro la morte che impronta di sé lo stile di vita dei ricchi, è tradotta dagli enti di sviluppo in una serie di regole che tutti i poveri della terra dovranno rispettare.

Solo una cultura sviluppatasi in società altamente industrializzate poteva dar luogo alla commercializzazione dell'immagine della morte che ho descritto. (63) Nella sua forma estrema, la 'morte naturale' è oggi quel punto in cui l'organismo umano rifiuta ogni altra applicazione terapeutica.

Una persona muore quando l'elettroencefalogramma piatto indica che le sue cellule cerebrali sono definitivamente inattive: non esala il suo ultimo respiro, non muore perché il suo cuore ha smesso di battere.

La morte approvata dalla società è quella che avviene quando l'uomo è diventato inutile non solo come produttore ma anche come consumatore.

E' l'istante in cui il consumatore, educato con grandi spese, dev'essere infine cancellato come una perdita secca.

Morire è la forma estrema di resistenza del consumatore. (64) Tradizionalmente, la persona più protetta contro la morte era quella che la società aveva condannato alla pena capitale.

L'eventualità che l'uomo rinchiuso nel braccio della morte s'impiccasse da solo era sentita come una minaccia dalla società; sarebbe stato un oltraggio per l'autorità se egli si fosse tolto la vita prima del termine prescritto.

Oggi, l'uomo più protetto dalla possibilità di stabilire la scena della propria morte è il malato in condizioni critiche.

La società, agendo attraverso il sistema medico, decide quando e dopo quali offese e mutilazioni dovrà morire. (65) La medicalizzazione della società ha posto fine all'epoca della morte naturale.

L'uomo occidentale ha perso il diritto di presiedere all'atto di morire.

La salute, cioè il potere di reagire autonomamente, è stata espropriata fino all'ultimo respiro.

La morte tecnica ha prevalso sul morire. (66) La morte meccanica ha vinto e distrutto tutte le altre morti.

NOTE.

NOTA 1.

Robert G. Olson, "Death", in "Encyclopedia of philosophy", a cura di P. Edwards, Macmillan, Nuova York, 1967, 2:307-9, offre una breve e chiara introduzione alla conoscenza della morte e della paura della morte.

Herman Feifel (a cura), "The meaning of death", MacGraw-Hill, Nuova York, 1959, ha dato, negli Stati Uniti, un impulso fondamentale alla ricerca psicologica sulla morte.

Robert Fulton (a cura), "Death and identity", Wiley, Nuova York, 1965, è una notevole antologia di brevi contributi che nell'insieme riflettono lo stadio raggiunto nel 1965 dalla ricerca in lingua inglese.

Paul Landsberg, "Essai sur l'expérience de la mort, suivis de Problème moral de suicide", Seuil, Parigi, 1951, è un'analisi classica.

José Echeverría, "Réflexions métaphysiques sur la mort e le problème du sujet", J. Vrin, Parigi, 1957, è un lucido tentativo di definire una fenomenologia della morte.

Christian von Ferber, "Soziologische Aspekte des Todes: ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie", "Zeitschrift für evangelische Ethik", 7 (1963): 338-60, è un articolo importantissimo; una vigorosa argomentazione perché il problema della morte torni a essere una importante questione pubblica.

Secondo l'autore, la morte repressa, resa privata e oggetto d'esclusiva competenza di professionisti rafforza nella società la struttura di classe basata sullo sfruttamento.

Vedi anche Vladimir Jankelevitch, "La mort", Flammarion, Parigi, 1966, e Edgar Morin, "L'homme et la mort", Seuil, Parigi, 1970.

NOTA 2.

Per lo studio, nel nostro contesto generale, dell'immagine della morte nell'antichità, sono utili i seguenti lavori: Fielding H. Garrison, "The Greek cult of the dead and the Chthonian deities in ancient medicine", 'Annals of Medical History', 1 (1917): 3553.

Alice Walton, "The cult of Asklepios", Cornell Studies in Classical Philology numero 3, 1894; edizione reprint Johnson Reprint Corp., Nuova York, 1965.

Ernst Benz, "Das Todesproblem in der stoischen Philosophie", Kohlhammer, Stoccarda, 1929.

Ludwig Wachter, "Der Tod im Alten Testament", Calwer, Stoccarda, 1967.

Jocelyn Mary Catherine Toynbee, "Death and burial in the Roman world", Thames and Hudson, Londra, 1971.

K. Sauer, "Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-römischen Geschichtsschreibung", Franconforte, 1930.

J. Kroll, "Tod und Teufel in der Antike", 'Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen', 56 (1926).

Hugo Blummer, "Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst", 'Neue Jahrbücher des klassischen Altertums', 1917, pagine 499-512.

NOTA 3.

Questo capitolo si basa largamente sui magistrali saggi di Philippe Ariès: "Le culte des morts à l'époque moderne", 'Revue de l'Académie des sciences morales et politiques', 1967, pagine 2540; "La mort inversée: le changement des attitudes devant la morte dans les sociétés occidentales", 'Archives européennes de sociologie', 8, numero 2 (1967); "La vie et la mort chez les français d'aujourd'hui", 'Ethnopsychologie', 27 (marzo 1972): 3944; "La mort et le mourant dans notre civilisation", 'Revue française de sociologie', 14 (gennaio-marzo 1973); "Les techniques de la mort", in "Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le dix-huitième siècle", 1948, Seuil, Parigi, 1971, pagine 373-98.

Una sinossi ne è stata pubblicata prima in traduzione inglese: Philippe Ariès, "Western attitudes towards death: from the Middle Ages to the present", Johns Hopkins, Baltimora, 1974; poi raccolta, insieme a quasi tutti i saggi sopra citati e ad altri sullo stesso tema, in Philippe Ariès, "Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours", Seuil, Parigi, 1975.

NOTA 4.

In questo capitolo mi occupo, soprattutto, dell'immagine della 'morte naturale'.

Uso questa espressione perché la trovo largamente usata fra il secolo sedicesimo e l'inizio del ventesimo. L'oppongo alla 'morte primitiva', che è provocata dall'intervento di un agente maligno, fantastico, soprannaturale o divino, e alla 'morte contemporanea', che il più delle volte è ritenuta un risultato dell'ingiustizia sociale, la conseguenza della lotta di classe o della dominazione imperialistica.

M'interessa della immagine di questa morte naturale, e della sua evoluzione nei cinque secoli durante i quali fu comune alle civiltà occidentali.

Dell'idea di affrontare da questa visuale l'argomento sono debitore a Werner Fuchs, "Le immagini della morte nella società moderna", Einaudi, Torino, 1973.

Sul mio disaccordo con l'autore vedi sotto, nota 54.

NOTA 5.

Thomas Ohm, "Die Gebetsgebarden der Volker und das Christentum", Brill, Leida, 1948, pagine 372 e seguenti, specialmente pagine 389-90, raccoglie testimonianze relative alle danze che si tenevano nei cimiteri e alla lotta delle autorità ecclesiastiche contro di esse.

Una storia medica della coreomania religiosa in Occidente: E. L. Backman, "Religious dances in the Christian Church and in the popular medicine", Stoccolma, 1948, traduzione inglese Allen and Unwin, Londra, 1952.

Una bibliografia sugli aspetti religiosi della danza: Emile Bertaud, "Danse religieuse", in "Dictionnaire de spiritualité", fascicoli 18-19, pagine 21-37.

A. Schimmel Tanz: "1.

Religionsgeschichtlich", in "Die Religion in Geschichte und Gegenwart", Tubinga, 1962, 6:61214.

Per la storia delle danze nelle o attorno alle chiese cristiane vedi L. Gougaud, "La danse dans les églises", 'Revue d'histoire ecclésiastique', 15 (1914): 5-22, 229-45.

J. Baloch Tanze in "Kirche und Kirchhofen", 'Niederdeutsche Zeitschrift für Volkskunde', 1928.

H. Spanke, "Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters", 'Neuphilosophische Mitteilungen', 31 (1930).

Precedenti germanici delle danze cimiteriali cristiane: Richard Wolfram, "Schwerttanz und Mannerbund", Barenreiter, Kassel, 1937, stampato solo in parte.

Werner Danckert, "Totengraber, in Unehrlliche Leute: die verfehmtten Berufe", Francke, Berna, 1963, pagine 50-6.

NOTA 6.

Johan Huizinga, "L'autunno del Medio Evo", Sansoni, Firenze, 1953, capitolo 11, 'L'immagine della morte', pagine 187 e seguenti NOTA 7.

Gerhart B. Ladner, "The idea of reform: its impact on Christian thought and action in the age of Fathers", Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1959.

Confronta pagina 163 per le due correnti all'interno della Chiesa, a partire dal quarto secolo, circa la relazione della morte con la natura.

Secondo Pelagio la morte non era un castigo per il peccato, e Adamo sarebbe morto anche se non avesse peccato.

In questo egli divergeva dalla dottrina agostiniana, secondo cui Adamo aveva ottenuto l'immortalità come dono speciale di Dio, e ancor più da quei Padri della Chiesa greci secondo i quali Adamo, prima della trasgressione, aveva un corpo spirituale o 'resurrezionale'.

NOTA 8.

Fin lì il defunto appariva senza età sul suo monumento funebre; ora è raffigurato come un cadavere putrefatto.

Kathleen Cohen, "Metamorphosis of a death symbol: the transi-tomb in the late Middle Ages and the Renaissance", University of California Press, Los Angeles, 1973.

Le tombe lugubri intese ad ammonire i vivi cominciano ad apparire negli ultimi anni del secolo quattordicesimo: J.P.

Hornung, "Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes", dissertazione, Università di Friburgo, 1902.

L'incontro fra i vivi e i morti acquista importanza in un nuovo genere letterario: Stefan Glixelli, "Les Cinq Poèmes des trois morts et des trois vifs", H. Champion, Parigi, 1914; J.S.

Egilsrud, "Le dialogue des morts dans les littératures française, allemande et anglaise", L'Entente linotypiste, Parigi, 1934; Kaulfuss-Diesch, ""Totengesprache", in "Reallexikon der deutschen Literaturgeschichte", 3:379 e seguenti; e trova una nuova espressione visiva: Karl Kunstle, "Die Legende der drei Lebenden und der drei Toten", Herder, Friburgo, 1908; Willy Rotzler, "Die Begegnung der drei Lebenden und der drei Toten: ein Beitrag zur Forschung über mittelalterliche Vergänglichkeitsdarstellung", Keller, Winterthur, 1961; Pierre Michault, "Pas de la mort", Société des bibliophiles de Belgique, 1869; Albert Freybe, "Das memento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung und Volksglauben, deutscher Sprache, Dichtung und Seelsorge", Perthes, Gotha, 1909.

Il fatto che intorno al 1500 la morte assuma forti tratti scheletrici e una nuova autonomia non significa che non avesse mai avuto aspetti antropomorfi, nella leggenda e nella poesia se non nell'arte: Paul Geiger, "Tod: 4.

Der Tod als Person", in "Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens", W. de Gruyter, Berlino, 1927-42, 8:976-85.

NOTA 9.

L'unico grande libro sullo specchio nella pittura è G. F.

Hartlaub, "Zauber des Spiegels: Geschichte und Bedeutung des Spiegels in der Kunst", Piper, Monaco, 1951; il capitolo 7, sezione 3, "Spiegel der Vanitas", studia in particolare lo specchio come momento della transitorietà.

Vedi anche G. F.

Hartlaub, "Die Spiegel-bilder des Giovanni Bellini", 'Pantheon', 15 (novembre 1942): 235-41, interpretazione dell'uso dello specchio in Bellini per raffigurare la nuova intensa consapevolezza dell'ambiguità dell'anatomia umana.

Heinrich Schwarz, "The mirror in art", 'Art Quarterly', 15 (1952): 96-118, specificamente sulla 'vanità'.

NOTA 10.

Wolfgang Stammer, "Frau Welt: eine mittelalterliche Allegorie", Freiburger Universitätsreden, 1959: il 'mondo' rappresentato nell'arte medievale come una figura femminile, mezzo angelo e mezzo demone, simboleggia il potere dei beni terreni, la bellezza della natura, ma anche la corruzione di tutto ciò che è umano.

NOTA 11.

Per una bibliografia sugli atteggiamenti delle popolazioni primitive verso la morte, vedi Edgar Herzog, "Psyche and death: archaic myths and modern dreams in analytical psychology", Putnam, Nuova York, 1967.

La morte primitiva è sempre concepita come risultato dell'intervento di un agente esterno.

Ai fini del mio discorso, la natura di questo agente non ha importanza.

Benché datato, Robert Hertz, "Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort", 'L'Année sociologique', 10 (1905-1906): 48-137, resta il miglior repertorio per la vecchia letteratura su questo tema.

Da integrare con E. S.

Hartland e altri, "Death and the disposal of the dead", in "Encyclopaedia of religion and ethics", 1925-32, 4:411-511.

Rosalind Moss, "The life after death in Oceania and the Malay Archipelago", 1925, University Microfilms, Ann Arbor, 1972, fa vedere come le forme di sepoltura tendano a influenzare le credenze circa la causa della morte e la natura dell'aldilà.

Hans Kelsen, "Seele und Recht", in "Aufstze zur Ideologiekritik", Luchterhand, Neuwied-Berlin 1964, suggerisce che sotteso al controllo sociale c'è il timore universale del potere omicida degli antenati.

Confronta anche le seguenti opere di James George Frazer: "Man, God and immortality", Macmillan, Londra, 1972; "The belief in immortality and the worship of the dead", volume 1, "The belief among the

aborigines of Australia, the Torres Straits Islands, New Guinea and Melanesia", 1911, edizione reprint Barnes and Noble, Nuova York, 1968; "The fear of the dead in primitive religion", Biblo and Tannen, Nuova York, 1933.

Inoltre Claude Lévi-Strauss "Il pensiero selvaggio", Saggiatore, Milano 1964, pagine 43-44, 211-19, 257-63.

Sigmund Freud, "Totem e Tabù", Boringhieri, Torino, 1969.

NOTA 12.

Robert Bossuat, "Manuel bibliographique de la littérature française du Moyen Age", Librairie d'Argences, Melun, 1951: "Danse macabre", numero 3577-80, 7013.

NOTA 13.

Sull'evoluzione del motivo di 'Ognuno' vedi H. Lindner, "Hugo von Hofmannsthals 'Jederman' und seine Vorgänger", dissertazione, University di Lipsia, 1928.

NOTA 14.

Alberto Tenenti, "Il senso della morte e l'amore della vita nel Rinascimento", Einaudi, Torino, 1957, e, dello stesso, "La vie et la mort à travers l'art du quinzième siècle", Colin, Parigi, 1962.

NOTA 15.

Hans Holbein the Younger, "The dance of death: a complete facsimile of the original 1538 edition of Les Simulachres et histoires faces de la mort", Dover, Nuova York, 1971.

NOTA 16.

Walter Rehm, "Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik", Niemeyer, Tubinga, 1967, documenta una grande modificazione dell'immagine della morte nella letteratura intorno all'anno 1400 e poi ancora verso il 1520.

Vedi anche Edelgard Dubruck, "The theme of death in French poetry of the Middle Ages and the Renaissance", Humanities Press, Atlantic Highlands, N. J. 1965, e L. P. Kurtz "The dance of death and the macabre spirit in European literature", Insitute of French Studies, Nuova York, 1934.

Per la nuova immagine della morte della nascente borghesia sul finire del Medioevo vedi Erna Hirsch, "Tod und Jenseits im Spätmittelalter: zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Brgertums", dissertazione, Università di Marburgo, Berlino, 1927.

Specificamente sulla danza della morte: Hellmut Rosenfeld, "Der mittelalterliche Totentanz: Entstehung, Entwicklung, Bedeutung, Bohlau", Munster-Colonia, 1954, illustrato, e dello stesso, "Der Totentanz in Deutschland,

Frankreich und Italien", 'Littérature moderne', 5 (1954): 62-80.

Questi lavori di Rosenfeld costituiscono la migliore introduzione alla ricerca e contengono una dettagliata bibliografia delle opere moderne; per le opere più vecchie, integrare con H. F. Massman, "Literatur der Totentanze", Weipel, Lipsia, 1840.

Vedi anche Gert Buchheit, "Der Totentanz, seine Entstehung und Entwicklung", Horen, Berlino, 1928; Wolfgang Stammer, "Die Totentanze des Mittelalters", Stobbe, Monaco, 1922; e James M. Clark, "The dance of death in the Middle Ages and the Renaissance", Jackson, Glasgow, 1950.

I tre volumi della "Geschichte der Totentnze" di Stephen P. Kosaky ("1, Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems; 2, Danse macabre, Einleitung.

Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit; 3, Der Totentanz von heute"), Bibliotheca Humanitatis Historica numero 1, 5 e 7, Magyar Tarténiti Muzeum, Budapest, 1936-44, contengono una miniera di notizie, citazioni da testi antichi e circa 700 illustrazioni (molto rimpicciolate e riprodotte male) della danza della morte fino alla seconda guerra mondiale.

J. Saugnieux, "L'iconographie de la mort chez les graveurs français du quinzième siècle", 1974, e "Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires", fascicolo 30, Bibliothèque de la Faculté des Lettres de Lyon, Les Belles Lettres Parigi, 1972.

Dietrich Briesenmeister "Bilder des Todes", W. Elf, Unterscheidheim 1970: riproduzioni chiarissime e riunite per temi.

Si consultino le iconografie classiche dell'arte cristiana occidentale: Karl Knstle, "Ikonographie der christlicher Kunst", 2 volumi, Herder, Friburgo, 1926-28; Emile Male, "L'art religieux à la fin du Moyen Age en France: étude sur l'iconographie et sur ses sources d'inspiration", Colin, Parigi, 1908, volume 1, capitolo 2: "La mort", pagina 346 (vedi anche gli altri tre volumi).

Confrontare con l'iconografia orientale (monte Athos): Dionysios of Fournà, "Manuel d'iconographie chrétienne, grècque et latine", with introduction and notes by A. N. Didron, trans. by P. Durand from a

Byzantine manuscript (1845), edizione reprint B. Franklin, Nuova York, 1963. - T. S. R. Boase, "Death in the Middle Ages: mortality, judgement and remembrance", MacGraw-Hill, Nuova York 1972.

NOTA 17.

Vedi Helmuth Plessner, "On the relation of time to death", in Joseph Campbell (a cura), "Papers from the Eranos Yearbooks", volume 3, "Man and time", Bollingen Series 30, Princeton University Press, Princeton, N. J., 1957, pagine 233-63, specialmente pagina 255.

Per l'influsso del tempo sull'immagine della morte in Francia, vedi Richard Glasser, "Time in French life and thought", University Press, Manchester, 1972, in particolare pagina 158 e il capitolo 3, "The concept of time in the later Middle Ages", pagine 70-132.

Per il crescente influsso della coscienza del tempo sul senso della finitezza e della morte, vedi Alois Hahn, "Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit: eine soziologische Untersuchung", Enke, Stoccarda, 1968, specialmente pagine 21-84.

Joost A. M. Keerlo, "The time sense in psychiatry", in J. T. Fraser (a cura) "The voices of time", Braziller, Nuova York, 1966, pagine 235-52.

Siegfried Giedion, "Spazio, tempo, architettura", Hoepli, Milano, 1974.

NOTA 18.

Jurgis Baltrusaitis, "Le Moyen Age fantastique", Colin, Parigi, 1955.

NOTA 19.

Martin, Lutero interpretazione del Salmo 90: "Werke", 40/3: 485 e seguenti NOTA 20.

La reazione alla morte 'naturale' fu una profonda modifica del comportamento nell'ora del trapasso.

Per la letteratura coeva, vedi Mary Catherine O'Connor, "The Art of dying well: the development of the Ars moriendi", AMS Press, Nuova York, 1966.

L. Klein, "Die Bereitung zum Sterben: Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrhunderts", dissertazione, Università di Gottinga, 1958.

Sui costumi vedi Placidus Berger, "Religioses Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland", 'Zeitschrift f. Missionswissenschaft und Religionswissenschaft', 5 (1948):108-248.

Vedi anche Manfred Bambeck, "Tod und Unsterblichkeit: Studien zum Lebensgefühl der französischen Renaissance nach dem Werke Ronsarde", dissertazione (inedita), Università di Francoforte, 1954.

Hildegard Reifschneider, "Die Vorstellung des Todes und des Jenseits in der geistlichen Literatur des 12.

Jh.", dissertazione (inedita), Università di Tubinga, 1948.

Eberhard Klass, "Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos: ein Beitrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte", dissertazione, Università di Greifswald, 1931.

NOTA 21.

Gustav Knstler, "Das Bildnis Rudolf des Stifters, Herzogs von Osterreich, und seine Funktion", estratto da 'Mitteilungen der Osterreichischen Galerie 1972', Kunsthistorisches Museum, Vienna, 1972, sul primo ritratto del genere.

NOTA 22.

G. e M. Vovelle, "La mort et l'au-delà en Provence d'après les autels des mes du purgatoire: quinzième-vingtième siècles", 'Cahiers des Annales', 29 (1970): 1602-34.

Howard R.

Patch, "The Other World according to descriptions in medieval literature", Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1950.

NOTA 23.

Per il 'giudizio' nella storia delle religioni, vedi Sources Orientales, "Jugement des morts", Seuil, Parigi, 1962; Leopold Kretzenbacher, "Die Seelenwaage: zur religisen Idee vom Jenseitsgerichtsgericht auf der Schicksalwaage in Hochreligionen, Bildkunst und Volksglaube", Landesmuseum fr Karten, Klagenfurt, 1958.

NOTA 24.

Merlin H. Forster (a cura), "La muerte en la poesia mexicana: prólogo y selección de M. H. F.", Editorial Diogenes, Messico, 1970.

Emir Rodriguez Monegal, "Death as a key to Mexican reality in the works of Octavio Paz", ciclostilato, Yale University, s.d. (circa 1973).

NOTA 25.

Queste usanze sono sopravvissute in certe regioni agricole.

Arnold van Gennep, "Manuel de folklore français contemporain", volume 1, "Du berceau à la tombe", Picard, Parigi, 1943-46.

Lenz Kriss-Rettenbeck, "Tod und Heilserwartung, in Bilder und Zeichen religiösen Volksglaubens", Callwey, Monaco, 1963, pagine 49-56.

Vedi nel volume 8 del "Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens", W. de Gruyter, Berlino, 1936-37, le voci di Paulin Geiger su "Sterbegelaute, Sterben, Sterbender, Sterbekerze, Tod, Tod ansagen, Tote (der), Totenbare".

Albert Freybe, "Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Ertartung", Bertelsmann, Gtersloh, 1909, pagine 5-86.

NOTA 26.

Sulla funzione del prete cattolico al letto di morte si veda, per una prima introduzione, C. Ruch, "Extrême onction", in "Dictionnaire de théologie catholique", 1939, 5/2: 1927-85, e la voce dello stesso titolo, di Henri Rondet, in "Dictionnaire de spiritualité", 1960, 4:2189-2200.

NOTA 27.

Magnus Schmid, "Zum Phänomen der Leiblichkeit in der Antike, dargestellt an der 'Facies hippocratica'", 'Sudhoffs Archiv', supplemento 7, 1966, pagine 168-77. Karl Sudhoff, "Eine kleine deutsche Todesprognostik", 'Archiv für Geschichte der Medizin', 5 (1911): 240, e "Abermal eine deutsche Lebens- und Todesprognostik", ibidem, 6 (1911): 231.

NOTA 28.

Joshua O. Leibowitz, "A responsum of Maimonides concerning the termination of life", 'Koroth' (Gerusalemme), 5 (settembre 1963): 1-2.

NOTA 29. "Paracelsus Selected writings", traduzione inglese Norbert Guterman, Bollingen Series 28, Princeton University Press, Princeton, N. J., 1969.

NOTA 30.

Heinrich Brunner, "Deutsche Rechtsgeschichte", Von Duncker und Humboldt, Berlino, 1961, 1:254 e seguenti.

Paul Fischer, "Strafen und sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Rechte", Nolte, Dsseldorf, 1936.

H.

Fehr, "Tod und Teufel im alten Recht", 'Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte', 67 (1950): 50-75.

Paul Geiger, "Leiche", in "Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens", W. de Gruyter, Berlino, 1932-33, volume 5.

Karl Knig, "Die Behandlung der Toten in Frankreich im späteren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350-1550)", dissertazione (inedita), Università di Lipsia, 1921.

Hans von Hentig, "Der nekrotrope Mensch: vom Totenglauben zur morbiden Totennahe", Enke, Stoccarda, 1964.

Paul J.

Doll, "Les droits de la science après la mort", 'Diogenès', numero 75 (luglio-settembre 1971), pagine 124-42.

NOTA 31.

Il contrasto appare chiaramente quando si confronti Loren C. MacKinney, "Medical illustrations in medieval manuscripts", University of California Press, Berkeley, 1965, con Millard Meiss, "Painting in Florence and Siena after the Black Death: the arts, religion and society in the mid-fourteenth century", Princeton University Press, Princeton, N. J., 1951.

Libera dall'esigenza di rappresentare la fede, l'arte mostra ora la figura umana, le sue azioni, e persino le cose morte che la circondano, intimamente intrecciate nella riproduzione dell'attimo fuggente.

NOTA 32.

Maurice Bariety, Charles Coury, "La dissection", in "Histoire de la médecine", Fayard, Parigi, 1963, pagine 409-11.

NOTA 33.

Hermann Bauer, "Der Himmel in Rokoko: das Fresko im deutschen Kirchenraum in 18. Jahrhundert", Pustet, Monaco, 1965.

NOTA 34.

Sul motivo della morte nella letteratura dei secoli diciassettesimo e diciottesimo: Richard Sexau, "Der Tod in deutschen Drama des 17. und 18.

Jahrhundert: von Griphius bis zum Sturm und Drang", Francke, Berna, 1906; Friedrich-Wilhelm Eggebert, "Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17.

Jahrhunderts", Lipsia, 1931; W.M.

Thompson, "Der Tod in der englische Lyrik des 17.

Jahrhunderts", Priebatsch, Breslavia, 1935.

NOTA 35.

Ariès, "La mort inversée", cit.: "L'uomo del tardo Medioevo e del Rinascimento (contrapposto a quello del primo Medioevo, dell'età di Orlando, che sopravvive nei contadini di Tolstoj) teneva a partecipare alla propria morte perché in essa vedeva un momento eccezionale, il momento che dava forma definitiva alla sua personalità.

Egli era il padrone della sua vita solo in quanto era padrone della sua morte. La sua morte apparteneva a lui, e a lui solo.

Ma a partire dal diciassettesimo secolo si comincia ad abdicare alla sovranità assoluta sulla propria vita e di conseguenza sulla morte.

La si divide con la famiglia, fino allora esclusa dalle decisioni gravi che il morente doveva prendere in vista della fine e che prendeva, in piena consapevolezza, da solo" (in "Essais sur l'histoire de la mort en Occident", cit., pagina 171).

NOTA 36.

Michel de Montaigne, "Saggi", Mondadori, Milano 1970, libro 1, capitolo 57.

NOTA 37.

G. Peignot, "Choix de testaments anciens et modernes", 2 volumi, Renouard, Parigi, 1829.

M. Vovelle, "Mourir autrefois: attitudes collectives devant la mort aux dixseptième et dixhuitième

siècles", Julliard-Gallimard, Parigi, 1974, e "Piété baroque et déchristianisation en Provence au dixhuitième siècle: les attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments", Plon, Parigi 1974.

Frederick Pollock, Frederic W. Maitland, "The last will", in "The history of the English law before the time of Edward the first", Cambridge University Press, 1968, volume 1, capitolo 6, pagine 314-56.

NOTA 38.

Ariès, "Les techniques de la mort", cit.

NOTA 39.

Ariès, "Padri e figli nell'Europa medievale e moderna", cit., capitolo 2.

NOTA 40.

La soppressione dei vecchi è stato un costume diffuso fino a tempi recenti.

John Koty, "Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvorkern", Hirschfeld, Stoccarda, 1934.

WillEich Peuckert, voce "Altenttung" in "Handwörterbuch der Sage: Namens des Verbandes der Vereine für Volkskunde", Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1961.

J. Wisse, "Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvorkern", Thieme, Zutphen 1933.

L'infanticidio fu praticato in misura abbastanza rilevante da influenzare le curve demografiche fino al nono secolo: Emily R. Coleman, "L'infanticide dans le haut Moyen Age", 'Annales.

Economies, sociétés, civilisations', 1974, numero 2, pagine 315-35.

NOTA 41.

Erwin H. Ackerknecht, "Death in the history of medicine", cit.

La morte rimase un problema marginale nella letteratura medievale dall'antichità greca fino a Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) nel primo decennio del diciottesimo secolo.

Poi, tutt'a un tratto, i 'segni della morte' acquistarono un'importanza straordinaria.

La morte apparente divenne uno dei mali più temuti dagli illuministi: Margot Augener, "Scheintod als medizinisches Problem im 18.

Jahrhundert", cit.

Proprio tra i "philosophes", cioè tra la minoranza che negava assolutamente la sopravvivenza dell'anima, si sviluppò un timore secolarizzato dell'inferno che poteva toccare a chi fosse stato sepolto in stato di morte solo apparente.

Alcuni filantropi, allo scopo di aiutare coloro che correvano questo rischio, fondarono, come s'è già accennato, società per il soccorso degli annegati e dei grandi ustionati, e furono messe a punto prove di reazione per accertarsi che la morte fosse effettiva: Elizabeth Thomson, "The role of the physician in human societies of the eighteenth" century, 'Bulletin of the History of Medicine', 37 (1963): 43-51.

Con la Rivoluzione francese l'isteria per la morte apparente scomparve improvvisamente com'era apparsa all'inizio del secolo.

I medici cominciarono a interessarsi di rianimazione un secolo e mezzo prima che si ricorresse a loro nell'intento di prolungare la vita dei vecchi.

NOTA 42.

Theodor W. Adorno, "Minima moralia", Einaudi, Torino, 1954.

NOTA 43.

E. Ebstein, "Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur", 'Zeitschrift fr Bueherfreunde', 5 (1913).

NOTA 44.

Alfred Scott Warthin, "The physician of the dance of death", 'Annals of Medical History', n.s., 2 (luglio 1930): 35071; 2 (settembre 1930): 453-69; 2 (novembre 1930): 697-710; 3 (gennaio 1931): 75-109; 3 (marzo 1931): 134-65.

Tratta esclusivamente la figura del medico nella danza della morte.

Werner Block, "Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten", Enke, Stoccarda 1966, studia l'incontro del medico con la morte dentro e fuori di una danza formale.

NOTA 45.

Vedi sopra, nota 128, capitolo 2.

NOTA 46.

Richard H. Shryock, "The development of modern medicine: an interpretation of the social and scientific factors involved", Knopf, Nuova York, 1947.

NOTA 47.

Hildegard Steingiesser, "Was die Arzte aller Zeiten vom Sterben wussten", Arbeiten der deutschenordischen Gesellschaft fr Gesehichte der Medizin, University Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, Greifswald, 1936.

NOTA 48.

Bernard Ronze, "L'antitragique ou l'homme qui perd sa mort", 'Etudes' novembre 1974, pagine 511-28, sostiene che il tentativo di programmare la morte finisce col distruggere la capacità umana di speranza e angoscia, di solitudine e trascendenza.

NOTA 49.

Siegfried Giedion, "L'era della meccanizzazione", cit.: sulla meccanizzazione e la morte vedi pagine 226 e seguenti NOTA 50.

Alfred Adler, "Ein Beitrag zur Psychologie der Berufswahl", in Alfred Weber e Carl Furtmuller (a cura), "Heilen und Bilden", Fischer, Francoforte 1973.

NOTA 51.

Vedi specialmente le opere citate di Block, "Der Arzt und der Tod"; "Warthin, The physician of the dance of death"; Briesenmeister "Bilder des Todes".

NOTA 52.

Ho scelto questi esempi fra le centinaia di riproduzioni raccolte da Valentina Borremans a Cuernavaca, tutte riguardanti i tratti e i gesti della morte antropomorfa.

NOTA 53.

Per una bibliografia sulla morte nella società contemporanea confronta sopra, note 184, 186, 189, 203, 208 del capitolo 2.

Inoltre John MacKnight, "A bibliography of 255 items of suggested readings for a course on death in modern society in a theological perspective", ciclostilato, 1973, che elenca scritti cristiani contemporanei sulla morte nella società industriale.

John Riley junior, Robert W. Habenstein, "Death: 1.

Death and bereavement; 2.

The social organization of death", in "International encyclopedia of the social sciences" (1968), 4: 1928.

Joel J. Vernick, "Selected bibliography on death and dying", U.S.

Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, 1971: integra i lavori di Kalish e di Kutscher già citati.

NOTA 54.

Werner Fuchs, "Le immagini della morte nella società moderna", cit., nega che la morte sia repressa nella società moderna.

La tesi di Geoffrey Gorer, "Death, grief and mourning", Doubleday, Nuova York, 1965 secondo cui la morte ha preso il posto del sesso come principale tabù, gli sembra infondata e fuorviante.

La tesi della rimozione della morte, dice Fuchs, è generalmente sostenuta da chi, per profonda avversione al mondo industriale, vuole dimostrare come in ultima analisi l'industria sia impotente di fronte alla morte.

I discorsi sulla morte repressa sono abbondantemente sfruttati per tessere apologie del divino e della vita ultraterrena.

Il fatto che l'uomo debba morire viene addotto come prova che non riuscirà mai a dominare con le sue forze la realtà.

Per Fuchs, tutte le teorie che negano la sostanza della morte sono relitti del passato primitivo; egli considera scientifiche solo quelle che coincidono con la sua visione di una struttura sociale moderna. La sua immagine della morte contemporanea si basa su uno studio da lui fatto del linguaggio degli annunci mortuari tedeschi.

A suo avviso, quella che viene chiamata 'rimozione' della morte deriva dal fatto di non accettare realmente l'idea, che peraltro si afferma sempre più, che la morte è una fine incontestabile e definitiva.
NOTA 55.

L'approccio irrazionale di una società nei confronti della morte si rispecchia nella sua incapacità di affrontare l'apocalisse: Klaus Koch, "Ratlos vor der Apokalypik", Mohn, Gtersloh, 1970.

NOTA 56.

Bronislaw Malinowski, "Death and the reintegration of the group", in "Magic, science and religion", Doubleday, Nuova York, 1949, pagine 47-53.

NOTA 57.

Eric J. Cassel, "Dying in a technical society", 'Hastings Center Studies', 2 (maggio 1974): 31-36: "C'è stato uno slittamento della morte dall'ordine morale all'ordine tecnico...

Non credo che gli uomini fossero intrinsecamente più morali nel passato quando l'ordine morale predominava su quello tecnico".

NOTA 58.

Edgar Morin, "L'homme et la mort", Seuil, Parigi, 1970, sviluppa quest'argomento.

NOTA 59.

Dora Ocampo, "Cuando la tristeza se mezcla con la alegría", manoscritto, Messico, novembre 1974.

NOTA 60.

L'umanità industrializzata esige un trattamento terapeutico continuo dalla culla alla bara.

Una nuova specie di terapia dell'ultimo stadio è suggerita da Elisabeth Kubler-Ross in "On death and dying", Mcmillan, Nuova York, 1969; secondo l'autrice, il morente passa per varie fasi tipiche, e un trattamento appropriato potrebbe agevolare questo processo ottenendo un "morituri" perfettamente organizzato.

Paul Ramsey, "The indignity of 'death with dignity'", 'Hastings Center Studies', 2 (maggio 1974): 47-62: i moralisti dei primi anni Settanta sono sempre più concordi nel ritenere che bisogna tornare ad accettare la morte e che tutto quello che si può fare per il morente è di tenergli compagnia nell'ora del trapasso; ma al fondo di questo consenso c'è un'interpretazione della vita umana sempre più terrena, naturalistica e antiumanistica.

Robert S. Morison, "The last poem: the dignity of the inevitable and necessary.

Commentary on Paul Ramsey", ibidem, pagine 62-6: critica l'idea di Ramsey secondo cui chiunque non sia capace di parlare da moralista cristiano dovrebbe tuttavia farlo in nome di un "ipotetico denominatore comune".

NOTA 61.

David Lester, "Voodoo death: some new thoughts on an old phenomenon", 'American Anthropologist', 74 (giugno 1972): 386-90.

NOTA 62.

Pierre Delooz, "Who believes in the hereafter?", in André Godin (a cura) "Death and presence", Lumen Vitae, Bruxelles, 1972, pagine 17-38, mostra come in Francia oggi gli oratori religiosi effettivamente distinguono la credenza in Dio dalla credenza nell'aldilà.

Paul Danblon, André Godin, "How do people speak of death?", ibidem, pagine 39-62, analizza colloqui con 60 personaggi pubblici di lingua francese: le analogie di fondo delle loro espressioni, dei loro modi di sentire e dei loro atteggiamenti riguardo alla morte sono molto più forti delle rispettive differenze dovute alle diverse fedi o pratiche religiose.

Joseph F. Fletcher, "Antidysthanasia: the problem of problem of prolonging death", 'Journal of Pastoral Care', 18 (1964): 77-84, polemizza contro il prolungamento irresponsabile della vita, dal punto di vista

di un cappellano d'ospedale: "Sarei d'accordo con Pio dodicesimo e con almeno due arcivescovi di Canterbury, Lang e Fischer, quando rivolgendo la loro attenzione a questo problema hanno ritenuto che la base per decidere se esista una 'ragionevole speranza' debba essere il sapere tecnico del medico, la sua esperienza e le sue 'dotte congetture'.

Tale decisione infatti esorbita dalla competenza del profano...

Ma una volta stabilito che la condizione è disperata, non posso consentire che sia prudente o equo nei confronti del corpo medico addossargli il peso di decidere da solo se lasciar andare o no il paziente".

La tesi è corrente, e mostra che persino le Chiese difendono il giudizio professionale.

Questa convergenza, sul piano di fatto, tra la pratica cristiana e quella medica è in netto contrasto con l'atteggiamento della teologia cristiana nei riguardi della morte.

Ladislau Boros, "Mysterium mortis: der Mensch in der letzten Entscheidung", Walter, Friburgo, 1962; Karl Rahner, "Zur Theologie des Todes", Herder, Friburgo, 1963.

NOTA 63.

Daniel Maguire, "The Freedom to die", 'Commonweal', 11 agosto 1972, pagine 423-8: lavorando in modo creativo e in forme a cui ancora non si è pensato, la 'lobby' dei morenti e dei malati gravi potrebbe diventare una forza risanatrice nella società.

Jonas B. Robitscher, "The right to die: do we have a right not to be treated?", 'Hastings Center Report', 2, 4 (settembre 1972): 1144.

NOTA 64.

Orville Brim e altri (a cura), "The dying patient", cit.: confronta sopra, nota 184 del capitolo 2.

In questa antologia il macabro si tramuta in un nuovo genere di oscenità a gestione professionale.

Vedi in particolare ibidem, pagine 191-208, David Sudnow, "Dying in a public hospital".

NOTA 65.

David Sudnow, nel suo studio di questa organizzazione sociale, riferisce: "Fu notata un'infermiera che da qualche minuto cercava di chiudere le palpebre a una paziente.

Spiegò che la donna stava per morire, e lei tentava di far rimanere abbassate le palpebre.

Dopo vari tentativi infruttuosi ci riuscì, e con un sospiro di soddisfazione disse: 'Ora sono a posto'.

Quando le fu chiesto perché l'aveva fatto, rispose che gli occhi di un paziente debbono stare chiusi dopo che è morto, in modo che il corpo sembri quello di una persona addormentata.

Ottenere questo, spiegò, era più difficile una volta che i muscoli e la pelle cominciavano a irrigidirsi, e perciò lei cercava sempre di chiuderglieli prima della morte.

In questa maniera si sveltivano le operazioni quando veniva il personale incaricato di comporre il corpo. Era un gesto di riguardo verso quegli operai che preferivano maneggiare i cadaveri il meno possibile" ("Dying in a public hospital", cit., pagine 192-3).

NOTA 66.

Brillat-Savarin, "Méditation 26, de la mort", in "Physiologie du gout".

Brillat-Savarin era al capezzale della sua prozia novantatreenne quando essa morì. "Era in possesso di tutte le sue facoltà e non ci si sarebbe accorti del suo stato se non per l'appetito diminuito e per l'affievolimento della voce. 'Sei qui, nipote mio?' 'Sì zia, ai vostri ordini.

Penso che vi farebbe bene prendere un po' di buon vino vecchio'. 'Dammelo, amico mio, il liquido va sempre giù'.

Le feci inghiottire mezzo bicchiere del mio vino migliore.

Si rianimò immediatamente e volgendo verso di me gli occhi un tempo bellissimi, 'Grazie', disse, 'di quest'ultimo favore.

Se mai arriverai alla mia età, vedrai che la morte diventa un bisogno proprio come il sonno'.

Furono le sue ultime parole; mezz'ora dopo s'era addormentata per sempre".

PARTE QUARTA.

LA POLITICA DELLA SALUTE.

Capitolo 6.

LA CONTROPRODUTTIVITA' SPECIFICA.

Si potrà vincere la iatrogenesi unicamente se si comprende che essa è solo un aspetto del rovinoso dominio dell'industria sulla società, un esempio di quella controproduttività paradossale che viene emergendo in tutti i principali settori industriali.

Al pari dell'accelerazione che fa perdere tempo, dell'istruzione che istupidisce, della difesa militare che si autodistrugge, dell'informazione che disorienta, dei piani urbanistici che creano disordine, la medicina patogena è il risultato di una sovrapposizione industriale che paralizza l'azione autonoma.

Per cogliere con precisione questa controproduttività specifica dell'industria contemporanea, occorre distinguere chiaramente la sovrapproduzione frustrante da altre due specie di pesi economici con cui si tende a confonderla, e cioè l'utilità marginale decrescente e l'esternalità negativa.

Se la particolare frustrazione in cui consiste la controproduttività non viene tenuta distinta dalla crescita dei prezzi e dai costi sociali opprimenti, la valutazione sociale di qualunque impresa tecnica, si tratti della medicina, del trasporto, dei "media" o dell'istruzione, resterà limitata a un calcolo del costo/ricavo e ben lontana da una critica radicale dell'efficacia strumentale di questi vari settori.

I costi diretti rispecchiano gli oneri della rendita, le spese di manodopera e materiali, e altre remunerazioni.

Il costo di produzione di un chilometro/passeggero comprende tanto le spese che si sono sostenute per costruire e tenere in esercizio il veicolo e la strada, quanto il profitto che va a quelli che detengono il controllo del trasporto: l'interesse imposto dai capitalisti che possiedono gli strumenti di produzione, e i diritti pretesi dai burocrati che monopolizzano il capitale di conoscenze che viene utilizzato nel corso dell'operazione.

Il prezzo è la somma di queste varie rendite, indipendentemente dal fatto che venga pagato di tasca propria dal consumatore o da un ente pubblico che acquista per conto del privato.

La ESTERNALITA' NEGATIVA è la denominazione dei costi sociali che non sono compresi nel costo monetario; è il termine comune per indicare gli oneri, le privazioni, le scomodità e i danni che io impongo agli altri per ogni chilometro/passeggero che percorro.

La sporcizia, il rumore e la bruttezza che la mia automobile apporta alla città; il danno causato dagli scontri e dall'inquinamento; la degradazione dell'intero ambiente per l'ossigeno che io brucio e i veleni che diffondo; la crescente dispendiosità delle forze di polizia; e altresì la discriminazione a scapito dei poveri connessa al traffico: sono tutte esternalità negative che fanno parte di ogni chilometro/passeggero.

Alcune si possono rendere facilmente INTERNE caricandole sul prezzo d'acquisto, per esempio i danni provocati dagli incidenti, che vengono pagati attraverso l'assicurazione. Altre esternalità che adesso non figurano nel prezzo di mercato potrebbero essere trasferite all'interno in maniera analoga: il costo della terapia del cancro causato dai tubi di scappamento potrebbe essere caricato su ogni litro di carburante, e destinato all'individuazione e al trattamento chirurgico del cancro o alla prevenzione mediante sistemi antiinquinamento e maschere antigas.

Ma la maggior parte delle esternalità non si può quantificare e scaricare all'interno: se il prezzo della benzina venisse aumentato in modo da ridurre l'impoverimento delle riserve petrolifere e dell'ossigeno atmosferico, ogni chilometro/passeggero diverrebbe più costoso e avrebbe ancora di più un carattere di privilegio; diminuirebbe il danno ambientale ma aumenterebbe l'ingiustizia sociale.

Al di là di un certo grado d'intensità della produzione industriale, le esternalità non si possono ridurre ma solo spostare.

La controproduttività è qualcosa di diverso sia dal costo individuale sia da quello sociale; è distinta dall'utilità decrescente ottenuta per unità monetaria e da tutte le forme di disservizio esterno.

Si verifica ogni volta che, paradossalmente, l'uso di una istituzione toglie alla società quelle cose che l'istituzione era destinata a fornire.

E' una forma di frustrazione sociale intrinseca, incorporata.

Il prezzo di una merce o di un servizio è la misura di ciò che l'acquirente è pronto a spendere per quello che riceve; le esternalità indicano ciò che la società è disposta a tollerare per consentire questo consumo; la controproduttività segna il grado della dissonanza cognitiva dominante che deriva dall'operazione: è un indicatore sociale del funzionamento intrinsecamente controintenzionale di un settore economico.

L'intensità iatrogena dell'impresa medica contemporanea è solo un esempio particolarmente doloroso delle frustrazioni generate dalla sovrapproduzione, le quali si manifestano, in eguale misura, sotto forma di accelerazione del traffico che si risolve in perdita di tempo; di staticità nelle comunicazioni; di addestramento a una perfetta incompetenza nell'istruzione; di radicamento come risultato dello sviluppo urbanistico; di supernutrizione distruttiva.

Questa controproduttività specifica è un effetto collaterale indesiderato della produzione industriale, che non si può scaricare all'esterno del particolare settore economico che lo produce.

Fondamentalmente essa non è dovuta né a errori tecnici né a sfruttamento di classe bensì alla distruzione, provocata dal regime industriale, delle condizioni ambientali, sociali e psicologiche che sono necessarie per lo sviluppo dei valori d'uso non-industriali e nonprofessionali.

La controproduttività è il risultato di una paralisi delle capacità pratiche autonome, indotta dal modo di vita industriale.

La distorsione industriale del nostro comune senso della realtà ci ha reso ciechi al grado di contraddittorietà raggiunto dall'impresa contemporanea.

Viviamo in un'epoca in cui l'apprendere è pianificato, l'abitare standardizzato, lo spostamento motorizzato, la comunicazione programmata, e in cui per la prima volta nella storia dell'umanità gran parte delle derrate alimentari che si consumano proviene da mercati lontani.

In una società così intensamente industrializzata, la gente è condizionata a RICEVERE le cose anziché FARLE; è educata ad apprezzare ciò che si può comprare e non ciò che essa stessa può creare.

Vuol essere istruita, trasportata, curata, guidata, anziché apprendere, muoversi, guarire, trovare la propria strada.

Si assegnano funzioni personali a istituzioni impersonali.

L'azione di guarire non è più considerata compito del malato.

Dapprima diventa la mansione di singoli riparatori del corpo, e poi subito da prestazione personale si trasforma nell'"output" di un ente anonimo, Nel corso del processo, la società viene riordinata in funzione del sistema d'assistenza e diventa sempre più difficile per la persona provvedere alla propria salute.

Beni e servizi ingombrano i campi della libertà.

Le scuole producono istruzione, i veicoli a motore locomozione, e la medicina produce assistenza.

Questi "outputs" sono articoli che hanno tutte le caratteristiche di merci.

I loro costi di produzione si possono aggiungere o sottrarre al prodotto nazionale lordo, la loro scarsità si può misurare in termini di valore marginale e se ne può stabilire il prezzo in equivalenti monetari.

Per la loro stessa natura questi prodotti creano un mercato.

Come l'istruzione scolastica e il trasporto motorizzato, la cura medica è il risultato di una produzione di merci ad alta intensità di capitale; i servizi prodotti sono fatti per altri, non con altri né per chi li produce. A causa della nostra visione del mondo ormai industrializzata, spesso si trascura che ognuna di queste merci continua a essere in concorrenza con un valore d'uso non commerciabile che gli individui producono liberamente, ciascuno per proprio conto.

L'essere umano impara osservando e facendo, si muove sulle proprie gambe, guarisce, si prende cura della propria salute e contribuisce alla buona salute degli altri.

Tutte queste attività hanno dei valori d'uso che non sono alienabili su un mercato.

L'apprendimento dotato di valore, il movimento corporeo, l'azione di guarire, per la maggior parte non figurano nel prodotto nazionale lordo.

La gente impara la lingua materna, si muove, fa figli e li alleva, recupera l'uso di ossa rotte, prepara il cibo locale, e fa queste cose con maggiore o minore competenza e piacere.

Queste sono tutte attività ricche di valore che il più delle volte non si fanno né possono essere fatte per denaro, ma che possono essere svalorziate se c'è troppo denaro in giro.

La realizzazione di un concreto obiettivo sociale non si può misurare in termini di "outputs" industriali, né mediante la loro loro somma né con la curva che indica la loro distribuzione e i loro costi sociali.

L'efficacia di ciascun settore industriale è determinata dal rapporto fra la produzione di merci da parte della società e la produzione autonoma di valori d'uso corrispondenti.

Una società riesce a conseguire alti livelli di mobilità, di alloggio, di alimentazione nella misura in cui i prodotti venduti sul mercato si combinano con l'azione spontanea e inalienabile.

Quando la maggior parte dei bisogni della maggioranza della gente è soddisfatta con un modo di produzione domestico o comunitario, lo scarto fra l'aspettativa e la gratificazione tende a essere esiguo e stabile.

Imparare, spostarsi, curare una malattia sono il frutto di iniziative estremamente decentrate, di "inputs" autonomi cui corrispondono degli "outputs" complessivi che hanno in se stessi il proprio limite.

Nel quadro di una economia di sussistenza, l'attrezzatura disponibile per la produzione determina dei bisogni che si possono soddisfare impiegando la medesima attrezzatura.

La gente, per esempio, sa su che cosa può contare quando si ammala.

Nel villaggio stesso o nella vicina città c'è qualcuno che conosce tutti i rimedi dimostratisi efficaci in passato, e al di là di questo si estende il regno imprevedibile del miracolo.

Fin verso la fine del secolo scorso, anche nei paesi occidentali, la maggioranza delle famiglie provvedeva direttamente alla maggior parte delle terapie allora note.

Imparare, spostarsi, guarire erano per lo più attività che ognuno svolgeva in proprio, e gli strumenti necessari venivano prodotti nell'ambito della sua famiglia o del villaggio.

Naturalmente, la produzione autonoma può essere integrata da "outputs" industriali che per forza di cose sono progettati e spesso fabbricati al di fuori del controllo diretto della comunità.

L'attività autonoma può essere resa più efficace e insieme più decentrata utilizzando strumenti di fabbricazione industriale come le biciclette, le macchine da stampa, i registratori o le attrezzature radiologiche.

Ma può anche essere ostacolata, svalorizzata e bloccata da un ordinamento della società che sia del tutto a favore dell'industria.

La sinergia tra il modo di produzione autonomo e quello eteronomo assume allora un'impronta negativa. L'ordinamento della società in favore della produzione tecnica di merci ha due aspetti sostanzialmente distruttivi: gli individui vengono educati a consumare anziché ad agire, e nello stesso tempo si restringe il loro raggio d'azione.

Lo strumento divide il lavoratore dal suo lavoro.

Chi soleva servirsi della bicicletta per i suoi spostamenti quotidiani viene espulso dalla strada a causa degli intollerabili livelli del traffico, e il paziente che era abituato a curarsi da solo i suoi disturbi trova che i rimedi di ieri sono disponibili esclusivamente su prescrizione del medico e quindi in gran parte inottenibili.

Il lavoro salariato e il rapporto clientelare si espandono mentre la produzione autonoma e il rapporto basato sul dono deperiscono.

Nell'attuazione degli obiettivi sociali, l'efficacia dipende dal grado in cui i due modi di produzione fondamentali si integrano o si ostacolano a vicenda.

La possibilità di arrivare a conoscere e a dominare efficacemente un dato ambiente fisico e sociale dipende dall'istruzione formale degli individui e, insieme, dalle opportunità e motivazioni che essi hanno di imparare in un modo non programmato.

Una circolazione è efficace quando la gente può raggiungere presto e comodamente il punto in cui deve recarsi.

L'efficacia delle cure dipende dalla misura in cui il dolore e la disfunzione sono resi tollerabili ed è favorita la ripresa.

La soddisfazione efficace di questi bisogni va nettamente distinta dall'efficienza con cui si fabbricano e si mettono sul mercato i prodotti industriali, come dalla somma dei titoli di studio, dei chilometri/passeggero, delle unità abitative o delle prestazioni sanitarie effettuate.

Al di là di una certa soglia, questi "outputs" diventano tutti necessari unicamente come rimedi; prendono il posto di attività personali rimaste paralizzate da precedenti "outputs" industriali.

I criteri sociali idonei a stabilire l'efficace soddisfazione dei bisogni non hanno nulla a che fare con gli strumenti di misura che si usano per valutare la produzione e la distribuzione dei beni industriali.

Poiché la misurazione quantitativa non registra la parte svolta dal modo autonomo nella realizzazione dei maggiori obiettivi sociali, non può indicare se la loro efficacia complessiva sta aumentando o diminuendo.

Il numero dei laureati, per esempio, potrebbe essere inversamente proporzionale alla competenza generale.

Ancora meno la misurazione tecnica può indicare chi trae beneficio dalla crescita industriale e chi ci scapita, quali sono i pochi che ottengono di più e possono fare di più, e quali invece ricadono nella maggioranza che paga il suo limitatissimo accesso ai beni industriali con la perdita della possibilità di agire autonomamente.

Solo il giudizio politico può fare il bilancio.

Le persone più colpite dall'istituzionalizzazione controproducente non sono, di solito, quelle più povere in termini monetari.

Le tipiche vittime della spersonalizzazione dei valori sono coloro che si trovano senza potere in un ambiente che è fatto per i locupletati dall'industria.

Tra questi impotenti ci possono essere delle persone che nella loro cerchia sociale sono relativamente benestanti, oppure gli ospiti delle istituzioni totali benigne.

La dipendenza inabilitante li riduce allo stato di povertà che è proprio dell'era moderna.

Le politiche intese a porre rimedio a questo nuovo senso di privazione non soltanto sono vane ma aggravano il danno: promettendo maggiori beni di consumo invece di proteggere l'autonomia, intensificano la dipendenza inabilitante.

I poveri del Bengala e del Perù riescono ancora a sopravvivere con impieghi occasionali e con occasionali tuffi nell'economia di mercato: vivono grazie all'eterna arte di arrangiarsi.

Riescono ancora a far bastare le provviste, alternano i periodi grassi a quelli magri, intrecciano rapporti di dono per cui barattano o si scambiano in altra maniera beni e servizi che né sono fatti per il mercato né vi hanno alcun valore.

Nelle campagne, mancando la televisione, sono contenti di stare in case costruite secondo i modelli tradizionali.

Attirati o spinti in città, si accampano ai margini del mondo in vetrocimento, dove mettono su un'economia precaria con rottami utilizzabili come materiali da costruzione per baracche.

Tanto più si trovano esposti alla fame estrema quanto più vengono a dipendere da prodotti alimentari che si acquistano sul mercato.

Dato un numero sufficiente di generazioni, durante tutta la sua evoluzione l'Homo sapiens ha mostrato un'elevata capacità di elaborare una grande varietà di forme culturali, ognuna intesa a mantenere la popolazione complessiva di una regione entro i limiti delle risorse che si potevano spartire o scambiare formalmente nel suo ambito circoscritto.

La distruzione su scala mondiale e omogenea delle capacità delle popolazioni locali di far fronte in comune alle proprie esigenze si è avuta con l'imperialismo e con quelle sue varianti contemporanee che sono lo sviluppo industriale e la moda della compassione.

Quando un paese sottosviluppato viene invaso da nuovi strumenti di produzione organizzati in vista dell'efficienza finanziaria anziché dell'efficacia locale e di un controllo professionale anziché profano, è inevitabile che la tradizione e l'apprendimento autonomo vengano squalificati e che si crei il bisogno di terapie somministrate da insegnanti, medici e assistenti sociali.

Costoro (mentre la strada e la radio plasmano secondo modelli industriali le vite di quelli che toccano) sviliscono le loro abilità manuali, il loro modo di abitare o di curarsi, assai prima di annientare le capacità che rimpiazzano.

Tanta gente che trae sollievo dal massaggio azteco non vorrebbe più ammetterlo perché lo considera ormai superato.

Il letto comune di famiglia diventa disonorevole molto prima che i suoi occupanti lo trovino scomodo.

Dove i piani di sviluppo hanno funzionato, spesso la loro riuscita è stata dovuta all'imprevista capacità di ricupero dispiegata dall'economia dei baraccati.

La persistente capacità di produrre generi alimentari su terreni marginali e nei cortili urbani ha salvato più d'una campagna di produttività, dall'Ucraina al Venezuela.

La capacità di assistere i malati, i vecchi e i pazzi senza bisogno di infermiere o guardiani ha protetto la maggioranza delle crescenti disutilità specifiche apportate dall'arricchimento simbolico.

La povertà, nell'economia di sussistenza, anche quando questa sussistenza è limitata da una considerevole soggezione al mercato, non sopprime però l'autonomia: la gente rimane in grado di occupare abusivamente una striscia di terra lungo la strada maestra, di contestare le esclusive professionali, di raggirare i burocrati.

Quando la cognizione dei bisogni personali è il risultato di una diagnosi tecnica, la dipendenza diventa inabilità dolorosa.

Ancora una volta può servire da paradigma la condizione dei vecchi negli Stati Uniti.

Li si è educati a sentire bisogni pressanti che nessun livello di privilegio RELATIVO potrebbe mai soddisfare.

Più denaro pubblico si spende per sorreggere la loro fragilità, più acutamente essi avvertono la loro debolezza.

Nello stesso tempo è venuta meno la loro capacità di provvedere a se stessi, man mano che scomparivano in pratica quelle condizioni sociali che permettevano loro di agire con una certa autonomia.

Sono un esempio della specializzazione della povertà che può derivare dalla superspecializzazione dei servizi.

La sorte degli anziani negli Stati Uniti non è che un caso-limite della sofferenza provocata da un'espropriazione quanto mai costosa, da un'indigenza mantenuta con grandi spese.

Avendo imparato a considerare la vecchiaia uno stato simile alla malattia, si sono create delle esigenze economiche illimitate per pagare terapie interminabili, che di solito sono inefficaci, spesso menomanti e dolorose, e il più delle volte richiedono la reclusione in un ambiente particolare.

Nei ghetti di lusso dove si ritirano i ricchi di quel mondo si manifestano in forma caricaturale cinque facce della povertà modernizzata dal regime industriale: l'incidenza delle malattie croniche aumenta man mano che meno gente muore in giovane età; aumenta il numero delle persone che soffrono per danni clinici causati da interventi sanitari; i servizi medici crescono più lentamente di quanto si allarghi e preme la domanda da loro stimolata; la gente trova nel proprio ambiente e nella propria cultura sempre meno risorse che l'aiutino a sopportare la sofferenza, ed è così costretta a dipendere da servizi medici per una più ampia serie di inezie; la gente perde la capacità di vivere con la menomazione o col dolore e deve affidare ogni suo disagio alla gestione tecnica di personale specializzato.

L'effetto cumulativo del sovrasviluppo che si è avuto nell'industria della salute ha fiaccato la capacità della gente di reagire alle prove e di far fronte alle modificazioni del corpo o dell'ambiente.

Il fatto che l'ultraespansione medica abbia un potere distruttivo non significa, ovviamente, che la vigilanza sulle condizioni igieniche, la vaccinazione e il controllo dei portatori d'infezione, una ben distribuita educazione sanitaria, un'architettura sana e macchinari sicuri, una competenza generale nel pronto soccorso, un largo ed equo accesso alle cure mediche di base e a quelle dentarie, come pure certi gruppi di servizi assortiti con giudizio, non possono tutti rientrare in una cultura veramente moderna che promuova l'autonomia e la capacità di badare a se stessi.

Finché l'intervento tecnico nel rapporto fra gli individui e l'ambiente resta al di sotto di una certa intensità, per quanto riguarda il raggio della libertà d'azione dell'individuo, questo intervento può esaltare la capacità dell'organismo di affrontare e creare il proprio futuro.

Ma al di là di un certo livello, la gestione eteronoma della vita, inevitabilmente, dapprima restringe, poi mutila e infine paralizza le reazioni importanti dell'organismo, e quella che voleva essere cura della salute si tramuta in una forma specifica di negazione della salute. (1)

NOTE.

NOTA 1.

Sugli effetti patogeni dell'assegnazione dei ruoli, particolarmente nella società industriale contemporanea, vedi l'opera già citata di H. P. Dritz, "Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens".

Capitolo 7.

CONTROMISURE POLITICHE.

Quindici anni fa, chi avesse affermato che la medicina poteva costituire in se stessa un pericolo per la salute, non avrebbe trovato ascolto.

All'inizio degli anni Sessanta il Servizio sanitario nazionale britannico godeva ancora reputazione in tutto il mondo, specialmente tra i riformatori americani. (1) Creato da Albert Beveridge, il Servizio si basava sul presupposto che in ogni popolazione esiste una somma di morbosità nettamente delimitata che, se curata con equità sociale, alla fine non può che ridursi. (2) Beveridge aveva perciò calcolato che il costo annuo del Servizio sarebbe sceso man mano che la terapia riduceva il tasso di malattia. (3) I pianificatori della sanità e gli economisti dell'assistenza non immaginarono mai che, con la nuova definizione della salute data dal Servizio, il campo delle cure mediche si sarebbe allargato, e che solo una restrizione degli stanziamenti avrebbe impedito che si espandesse indefinitamente.

Non ci si aspettava che presto, in una indagine regionale, solo 67 persone su mille sarebbero risultate perfettamente sane e che la metà delle altre sarebbe stata indirizzata a un medico, mentre secondo un altro studio, su ogni sei persone esaminate, una sarebbe stata trovata affetta da malattie serie in numero variabile da uno a nove. (4) Né i pianificatori sanitari prevedevano che la soglia di tolleranza nei confronti della realtà quotidiana si sarebbe abbassata con la stessa rapidità con cui si distruggeva la capacità di autocurarsi, e che un quarto di tutte le visite mediche gratuite sarebbe stato motivato dal non curabile raffreddore comune.

Tra il 1943 e il 1951, il 75 per cento delle persone interrogate nei sondaggi dichiarava di aver sofferto qualche male nel corso del mese precedente. (5) Nel 1972, il 95 per cento dei soggetti esaminati per uno studio sosteneva di essere stato male nelle due settimane precedenti l'intervista, e in un'altra indagine, (6)

nella quale il 5 per cento non accusava sintomi di sorta, il 9 per cento affermava di aver sofferto più di sei sintomi diversi nelle ultime due settimane.

Meno che mai i pianificatori della salute erano preparati alle nuove malattie che sarebbero divenute endemiche in virtù dello stesso processo che rendeva la medicina almeno in parte efficace. (7) Non prevedevano che ci sarebbe stato bisogno di ospedali speciali destinati ad alleviare i dolori terminali, per lo più sofferti da operati di cancro vittime di interventi erronei o inefficaci, (8) o che sarebbero stati necessari altri letti d'ospedale per le persone affette da malattie indotte medicalmente. (9) Gli anni Sessanta videro anche l'ascesa e la caduta di un consorzio multinazionale per l'esportazione di ottimismo nel terzo mondo, che si espresse nel Peace Corps, nell'Alleanza per il progresso, negli aiuti israeliani all'Africa centrale, e nelle ultime fiammate di zelo medico-missionario.

La convinzione dell'Occidente che le sue medicine potessero guarire i mali dei Tropici non industrializzati era allora al culmine.

La cooperazione internazionale aveva appena vinto grandi battaglie contro le zanzare, i microbi e i parassiti, vittorie sostanzialmente di Pirro per le malattie tropicali. (10) Non si sospettava ancora il ruolo che avrebbe avuto lo sviluppo economico e tecnologico nella diffusione e nell'aggravamento della malattia del sonno, della bilharziosi e persino della malaria. (11) Quelli che scorgevano profilarsi all'orizzonte la fame mondiale e nuove pestilenze erano trattati come profeti di sciagure (12) o come romantici; (13) la 'rivoluzione verde' era ancora vista come la fase iniziale di un mondo più sano e più equo (14).

Sarebbe parso incredibile che nel giro di dieci anni la minaccia di gran lunga più importante per l'uomo moderno sarebbe stata costituita dalla MALNUTRIZIONE nella sua duplice forma. (15) Non si prevedeva la nuova denutrizione ipercalorica delle popolazioni povere, (16) e neppure che la causa principale delle malattie epidemiche dei popoli ricchi sarebbe stata identificata nella supernutrizione. (17) Negli Stati Uniti le nuove frontiere non erano state ancora ostruite da programmi burocratici in concorrenza l'uno con l'altro. (18) Le speranze di una salute migliore si appuntavano ancora sull'uguaglianza di accesso alle organizzazioni pubbliche incaricate di eliminare specifiche malattie. La iatrogenesi era ancora un tema da paranoici.

Ma col 1975 gran parte di questo quadro era cambiata. (19) Una generazione addietro, i bambini dell'asilo dipingevano il dottore come una figura paterna in camice bianco; (20) oggi, con la stessa facilità lo dipingono come un marziano o un Frankenstein. (21) Le curve statistiche sanitarie e le risorse pubbliche che finiscono nelle tasche dei medici danno alimento a continui scandali, e un'inedita apprensione diffusa tra i pazienti ha costretto le società mediche e farmaceutiche a triplicare le loro spese per pubbliche relazioni. (22) Iniziative come quelle di Ralph Nader hanno aperto gli occhi dei consumatori al prezzo e alla qualità dei prodotti sanitari.

Il movimento ecologico ha suscitato una certa consapevolezza che la salute dipende dall'ambiente (da ciò che si mangia e dalle condizioni in cui si lavora e si alloggia) e gli americani sono arrivati a capire che la loro salute è minacciata dagli antiparassitari, (23) dagli additivi (24) e dalle micotossine (25), come da altri pericoli dovuti alla degradazione ambientale.

Il movimento femminista ha messo in rilievo il ruolo fondamentale che ha il dominio del proprio corpo per la cura della salute. (26) Alcune comunità di quartieri depressi hanno preso su di sé la responsabilità dell'assistenza sanitaria di base e cercano di sganciare i loro componenti dalla soggezione a enti estranei. Sono stati ampiamente documentati i caratteri di classe della percezione del corpo, (27) del linguaggio, (28) dei concetti, (29) dell'accesso ai servizi sanitari, (30) della mortalità infantile (31) e della reale morbosità specificamente cronica, (32) mentre si cominciano a mettere in luce le origini (33) e i pregiudizi (34) particolari di classe dei medici.

L'Organizzazione mondiale della sanità, intanto, avanza verso una conclusione che avrebbe scandalizzato la maggior parte dei suoi fondatori: in una sua recente pubblicazione si sostiene infatti che la professionalizzazione dell'assistenza di base sarebbe da sola il passo più importante per migliorare il livello di salute delle popolazioni. (35) Gli stessi medici cominciano a guardare con sospetto a quello che fanno i loro colleghi. (36) Quando ad alcuni di essi, nel New England, è stato chiesto di esprimere un giudizio sulle cure che i loro pazienti avevano ricevuto da altri medici, la maggioranza si è detta insoddisfatta; a seconda del metodo usato nella valutazione paritaria, si è ritenuto che avessero ricevuto cure ADEGUATE fra l'1 virgola 4 e il 63 per cento dei pazienti. (37) Sempre più di frequente i pazienti si sentono dire dai loro dottori che la medicazione precedente li ha danneggiati e che la cura prescritta adesso è resa necessaria dagli effetti della prima, somministrata in alcuni casi per un estremo tentativo di salvezza, ma molto più spesso a scopo dimagrante, per una leggera ipertensione, per un'influenza, per

una puntura di zanzara o semplicemente per concludere con reciproca soddisfazione la visita del medico. (38) Nel 1973 un alto funzionario uscente del dipartimento della Sanità degli Stati Uniti poteva dire che l'80 per cento del denaro pubblico che passava per il suo ufficio non produceva alcun beneficio dimostrabile per la salute e che gran parte del resto serviva per rimediare a danni iatrogeni.

Il suo successore dovrà vedersela con questi dati se vorrà conservare la fiducia della gente. (39) I pazienti non sono più insensibili, e un numero crescente di movimenti e di organizzazioni comincia a chiedere che le cose cambino.

Le critiche si basano su cinque tipi principali di argomenti e mirano a cinque tipi di riforme. 1) La produzione di rimedi e assistenza serve ormai soltanto i propri interessi.

Costituendo associazioni per la difesa dei consumatori e aprendo la gestione degli ospedali al controllo degli utenti si costringerebbero i medici a migliorare le loro prestazioni. 2) La distribuzione dei rimedi e l'accesso ai servizi di assistenza sono ineguali e arbitrari; dipendono o dal censo e dalla posizione del paziente, o dai pregiudizi sociali e medici dominanti per cui, per esempio, ci si interessa delle malattie cardiache più che della malnutrizione.

Nazionalizzando l'industria della salute si regolerebbero le inclinazioni nascoste della clinica. 3) La struttura organizzativa della corporazione medica perpetua l'inefficienza e il privilegio, mentre l'abilitazione professionale di specialisti favorisce una visione della malattia sempre più ristretta e settoriale.

Combinando il pagamento per quota capitaria con l'abilitazione d'istituto anziché individuale si salvaguarderebbero, a un tempo, l'interesse del paziente e il controllo sul medico. 4) L'egemonia di un'unica dottrina medica priva la società dei benefici che potrebbero venirle dalla concorrenza fra diverse scuole.

Concedendo maggiori riconoscimenti pubblici alle 'medicine parallele' si controbilancerebbe e si integrerebbe l'azione della medicina 'ortodossa'. 5) La medicina attuale si preoccupa soprattutto dell'individuo, malato o sano che sia.

Destinando maggiori mezzi agli interventi sulle popolazioni e sugli ambienti si utilizzerebbero meglio le risorse finanziarie disponibili per la salute.

In una certa misura, tutte queste proposte potrebbero tenere a freno i costi sociali provocati dalla supermedicalizzazione.

Indubbiamente, unendosi fra loro i consumatori sono in grado di ottenere di più in cambio del proprio denaro; le burocrazie dell'assistenza hanno il potere di ridurre le ineguaglianze; delle modifiche nel sistema delle abilitazioni e nelle forme di remunerazione possono difendere i cittadini non soltanto dai ciarlatani dilettanti ma, in alcuni casi, anche dall'abuso professionale; il denaro trasferito dalla produzione di organi di ricambio alla riduzione dei rischi industriali procura più 'salute' per ogni soldo che s'investe.

Ma tutte queste politiche, a meno di non applicarle con precise cautele, tendono a ridurre le ESTERNALITÀ create dalla medicina a prezzo di un ulteriore aumento del controprodotto paradossale della medicina, cioè del suo effetto negativo sulla salute.

Tendono tutte, infatti, a stimolare una maggiore medicalizzazione.

Pongono tutte quante il perfezionamento dei servizi medici al di sopra di quei fattori che migliorerebbero e uguaglierebbero le opportunità, la competenza e la fiducia di poter badare autonomamente alla propria salute; negano la libertà civile di vivere e di guarire, sostituendole la promessa di un più cospicuo diritto sociale a essere curati da professionisti.

Nei cinque paragrafi che seguono tratterò alcune di queste possibili contromisure e ne valuterò i rispettivi meriti.

L'unione dei drogati in associazioni di consumatori.

Quando la gente prende coscienza della propria soggezione all'industria medica, tende a restare vittima dell'idea che non possa ormai più liberarsi.

La prospettiva di vivere ammalata senza un medico la spaventa, allo stesso modo che si sentirebbe immobilizzata senza più un'automobile o un autobus.

In questo stato d'animo, è pronta a organizzarsi per la difesa del consumatore e a chiedere conforto ai politici, che combatteranno i soprusi dei produttori di medicina. (40) La necessità di questa autodifesa è ovvia, i pericoli impliciti tutt'altro che chiari.

La triste verità, per quanto riguarda i paladini del consumatore, è che né il controllo dei costi né la garanzia della qualità potranno assicurare che sia la salute a giovare di una medicina che risponde alle norme attuali.

I consumatori che si uniscono per costringere la General Motors a produrre automobili accettabili hanno cominciato a sentirsi in grado di guardare sotto il cofano e di stabilire dei criteri per valutare il costo d'un sistema di scarico più pulito.

Quando invece si uniscono per ottenere migliori cure mediche, credono ancora (sbagliando) di essere incompetenti a decidere che cosa occorre per il buon funzionamento dei propri intestini e reni e si affidano ciecamente al medico pressoché per qualunque riparazione.

Il confronto interculturale delle regole non serve come guida.

Le prescrizioni di vitamine sono sette volte più frequenti in Inghilterra che in Svezia, la cura della gammaglobulina otto volte più diffusa in Svezia che in Inghilterra.

Gli americani operano, in media, due volte più spesso degli inglesi; i chirurghi francesi amputano quasi fino al collo.

La media delle degenze in ospedale varia non secondo la patologia ma secondo il medico: per le ulcere gastriche, da sei a ventisei giorni; per l'infarto al miocardio, da dieci a trenta giorni.

La degenza media negli ospedali francesi è il doppio che negli Stati Uniti.

In Germania si asporta l'appendice e si diagnosticano decessi per appendicite tre volte più frequentemente che in qualsiasi altro paese. (41) Titmuss (42) ha riassunto i motivi che rendono difficile il calcolo costi/benefici in medicina, specie in un'epoca in cui la cura medica viene perdendo le caratteristiche che possedeva quando consisteva quasi completamente nel rapporto personale medicopaziente.

Il consumo di cure è aleatorio e imprevedibile; molti consumatori non le desiderano, non sanno di averne bisogno, e non possono sapere in partenza quanto verranno loro a costare.

Non sono in grado di apprendere dall'esperienza.

Per sapere se sono stati serviti bene debbono rimettersi alla parola del fornitore, e il prodotto che hanno ricevuto non può essere né restituito né riparato.

La pubblicità dei risultati è quasi inesistente e i confronti di qualità scoraggiati dal produttore.

Una volta deciso l'acquisto, il consumatore non può cambiare idea a metà cura.

Il produttore di medicina, essendo lui a stabilire in che cosa consiste il male, ha il potere di scegliersi i clienti nonché di mettere sul mercato certi prodotti che verranno imposti al consumatore, all'occorrenza, con l'intervento della polizia: può persino spacciare l'internamento coatto per gli invalidi e l'ospizio per i ritardati mentali.

Su parecchi di questi punti, la facoltà (dove esiste) di ricorrere in giudizio contro la cattiva pratica professionale ha mitigato il senso d'impotenza del profano, (43) ma nella sostanza ha anche rafforzato la determinazione del paziente a insistere nelle cure ritenute idonee dall'opinione MEDICA aggiornata.

Ciò che complica ulteriormente le cose è che in medicina non esiste il consumatore classico, 'normale'.

Chi può dire quanto valgono per lui o per lei certe cure, in termini di denaro o di sofferenza? Di più: chi può dire se per la sua salute sia meglio rivolgersi al medico oppure a un'agenzia di viaggi, o se non sia ancora meglio smettere di lavorare al turno di notte? La famiglia che rinuncia a un'automobile per trasferirsi in un appartamento del centro può calcolare quale influenza avrà sulla sua disponibilità di tempo la sostituzione della benzina con un affitto più caro; ma la persona che, appreso d'aver il cancro, preferisce un intervento chirurgico a una vacanza nelle Bahama, non sa quale effetto avrà la sua scelta sui giorni di grazia che le rimangono.

La 'economia della salute' è una strana disciplina, che ricorda un po' la dottrina teologica delle indulgenze in auge prima di Lutero.

Tu puoi fare il conto di quello che i frati raccolgono, osservare i santuari che costruiscono, partecipare alle liturgie che celebrano, ma se vuoi sapere quanto giovi all'anima, dopo la morte, il commercio della remissione delle pene del purgatorio non puoi far altro che una congettura.

I modelli economici che sono stati elaborati per spiegare la disponibilità dei contribuenti a sostenere spese sanitarie sempre più alte costituiscono altrettanti congetture scolastiche su quella nuova religione ecumenica che è la medicina.

Per dare un esempio: è possibile considerare la salute come un capitale durevole che serve a produrre un bene denominato 'tempo in buona salute'. (44) Gli individui ereditano un capitale iniziale, che possono accrescere con investimenti nella capitalizzazione della salute mediante l'acquisto di cure mediche oppure mediante una buona alimentazione e una casa adeguata.

Il 'tempo in buona salute' è un articolo richiesto per due motivi.

In quanto bene di consumo, rientra direttamente nella funzione di utilità dell'individuo: la gente preferisce essere in buona salute anziché malata.

Ma esso entra sul mercato anche come bene di investimento.

Come tale, determina la quantità di tempo che un individuo può dedicare al lavoro e allo svago, al guadagno e alla ricreazione.

Il 'tempo in buona salute' si può quindi considerare un indicatore decisivo di ciò che l'individuo vale per la comunità in quanto produttore. (45) Gli indirizzi da dare alla produzione di 'salute' e le teorie sul suo valore monetario dividono i seguaci delle opposte fazioni accademiche un po' come il realismo e il nominalismo dividevano i teologi medievali. (46) Ma per quello che interessa il consumatore, essi si limitano a dire, in maniera tortuosa, ciò che qualunque muratore messicano sa perfettamente: solo nei giorni in cui si sente abbastanza bene per lavorare egli può procurare fagioli e tortillas ai suoi bambini e bersi una tequila con gli amici. (47) La credenza in un rapporto causale tra la parcella del medico e la salute (che da un altro punto di vista si chiamerebbe superstizione modernizzata) è un presupposto tecnico fondamentale per l'economista sanitario. (48) Si sono usati vari sistemi per riconoscere in sede pubblica il valore economico delle specifiche attività svolte dai medici.

Gli Stati socialisti si addossano il finanziamento di tutte le cure e lasciano alla professione medica di stabilire che cosa occorre, come dev'essere fatto, chi può farlo, quanto dovrebbe costare e chi ne beneficerebbe.

Per questi investimenti in capitale umano, la politica sovietica sembra ispirata più schiettamente che quella di altri paesi da calcoli impiego/prodotto. (49) La maggior parte degli Stati assistenziali interviene nell'organizzazione dei rispettivi mercati sanitari con leggi e incentivi, benché solo negli Stati Uniti si sia varata una legislazione in virtù della quale sono dei comitati di produttori a decidere quali cure offerte sul 'mercato libero' debbano essere ritenute 'di buona qualità' dallo Stato.

Firmata dal presidente Nixon alla fine del 1973, la Public Law 92-603 sottopone al controllo obbligatorio di appositi organi professionali i costi e la qualità dei servizi forniti dal Medicaid e dal Medicare, cioè dal settore dell'industria sanitaria finanziata con denaro pubblico, che già dal 1970 occupava il secondo posto nel bilancio nazionale subito dopo il complesso militar-industriale.

Severe sanzioni pecuniarie sono previste per i medici che rifiutassero di aprire i loro registri agli ispettori federali in cerca di prove di superconsumi ospedalieri, frodi o cure inadeguate.

La legge incarica la

professione medica di definire lo schema-tipo per la diagnosi e il trattamento d'un lungo elenco di lesioni, disturbi e stati di salute, affidando così alla sua tutela quello che è il più costoso programma del mondo per la produzione medicalizzata di salute mediante strumenti legislativi intesi a proteggere il consumatore.

(50) Per quanto riguarda la merce, la nuova legge garantisce lo standard fissato dall'INDUSTRIA PRODUTTRICE.

NON si domanda se la sua distribuzione abbia un rapporto positivo oppure negativo con la salute della gente.

Tutti i tentativi di esercitare un controllo politico razionale sulla produzione di assistenza medica sono regolarmente falliti.

Il motivo sta nella natura stessa di quel prodotto che oggi si chiama 'medicina', un pacco che si compone di sostanze chimiche, apparecchiature, edifici e specialisti, e che viene consegnato al cliente.

Chi stabilisce le dimensioni di questo pacco è il fornitore, non il suo cliente o il potere politico.

Il paziente è ridotto a un oggetto (il suo corpo) da riparare; non è più un soggetto che si aiuta a guarire.

Se gli si consente di partecipare al processo di riparazione, è per affidargli il lavoro di ultimo apprendista fra una gerarchia di meccanici professionisti. (51) Spesso non gli si dà neanche tanta fiducia da lasciargli prendere una pillola senza il controllo di un'infermiera.

L'argomento che l'assistenza sanitaria istituzionale (curativa o preventiva) cessa a un certo punto di avere effetto 'positivo' sulla salute può essere usato, in maniera distorta, per trasformare la clientela dei medici in clientela di qualche altra istituzione egemonica, fornitrice di altri servizi: case di riposo, assistenti sociali, consulenti professionali, scuola. Quella che era iniziata come una difesa dei consumatori dall'inadeguatezza delle prestazioni mediche, finisce col fornire alla professione medica prima la sicurezza di una domanda continua e poi il potere di delegare alcune di quelle prestazioni ad altre branche industriali: ai produttori di alimenti, di materassi, di vacanze o di istruzione.

La difesa dei consumatori si tramuta così ben presto in una crociata per convertire a ogni costo persone autonome in clienti. (52) Se non disavvezza il cliente dal suo bisogno di chiedere e prendere sempre più assistenza, la difesa dei consumatori non fa che rafforzare la collusione tra chi dà e chi prende, e ad ogni

modo può avere un ruolo unicamente tattico e transitorio in qualunque movimento politico che miri a una limitazione della medicina nell'interesse della salute.

I movimenti per la tutela dei consumatori possono tradurre in linguaggio politico informazioni sull'inefficienza della medicina che ora sono sepolte in riviste mediche specializzate, ma possono recare contributi sostanziali solo se si sviluppano in leghe per la difesa delle libertà civili e se, andando oltre il controllo della qualità e dei costi, si assumono la difesa della libertà non vigilata di prendere o lasciare le merci.

Ogni forma di dipendenza diventa rapidamente un ostacolo alla capacità autonoma e reciproca di curarsi, di battersi, di adattarsi e di guarire; quel che è peggio, blocca la gente impedendole di trasformare quelle condizioni di vita e di lavoro che la fanno ammalare.

Il controllo sul lato produttivo del complesso medico può favorire una salute migliore solo se porta, perlomeno, a una molto consistente riduzione del suo "output" globale, e non a semplici perfezionamenti tecnici delle merci offerte.

Uguaglianza di accesso ai danni.

Il problema politico più comune e ovvio, riguardo alla salute, nasce dall'accusa che l'assistenza medica è distribuita in maniera iniqua, favorendo i ricchi rispetto ai poveri, (53) i gruppi influenti rispetto a quelli che non hanno potere.

Mentre il livello delle prestazioni mediche fornite ai membri delle élites tecniche non varia significativamente da un paese all'altro, diciamo dalla Svezia e dalla Cecoslovacchia all'Indonesia e al Senegal, il valore dei servizi prestati al cittadino comune varia secondo i paesi con un rapporto da uno a mille e anche più. (54) In molti paesi poveri, i pochi eletti sono socialmente predestinati a ricevere molto più della maggioranza, non tanto perché sono ricchi quanto perché figli di militari o di burocrati o perché vivono vicino all'unico grande ospedale.

Nei paesi ricchi i membri di varie minoranze sono sottoprivilegiati non perché, in termini di denaro pro capite, ricevano necessariamente meno di quanto loro spetti, (55) ma perché ricevono assai meno di quello di cui sono stati educati ad aver bisogno.

Il baraccato non può andare dal medico ogni volta che ne ha bisogno, e quel che è peggio, i vecchi, se sono poveri e rinchiusi in un 'istituto', non se ne possono liberare.

Per queste e simili ragioni, i partiti politici traducono il desiderio di salute in richieste di eguale accesso ai servizi medici. (56) Di solito non mettono in discussione il tipo di beni prodotti dal sistema medico bensì insistono che i loro elettori hanno diritto a tutte le prestazioni di cui godono i privilegiati. (57) Nei paesi poveri, è chiaro che le maggioranze povere hanno meno accesso dei ricchi all'assistenza medica: (58) i servizi disponibili per i pochi assorbono la maggior parte del bilancio sanitario e privano la maggioranza di qualunque tipo di assistenza.

In tutta l'America latina, tranne Cuba, tra la quinta parte più povera della popolazione, soltanto un bambino su quaranta conclude i cinque anni di scuola obbligatoria; (59) un'analoga percentuale di poveri può sperare d'essere ricoverata in ospedale se si ammala gravemente.

In Venezuela un giorno d'ospedale costa dieci volte il reddito giornaliero medio; in Bolivia, quaranta volte. (60) Nell'intera America latina i ricchi formano quel 3 per cento della popolazione che è composto da diplomati, dirigenti sindacali, funzionari di partiti politici, e membri di famiglie che hanno accesso ai servizi medici o per denaro o semplicemente per relazioni.

Questi eletti ricevono cure costose, spesso da medici di loro scelta.

La maggior parte dei medici, che provengono dalla stessa classe sociale dei loro pazienti, ha ricevuto una formazione a livello internazionale con borse di studio governative. (61) Malgrado questa ineguaglianza d'accesso alle cure ospedaliere, non sempre la disponibilità di servizi medici è in rapporto col reddito personale.

Nel Messico circa il 3 per cento della popolazione beneficia dell'Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), un ramo particolare del sistema di previdenza sociale che detiene tuttora un primato per come unisce l'assistenza personale a una raffinatissima tecnologia d'avanguardia.

Questo gruppo fortunato è costituito da dipendenti dello Stato, i quali ricevono un trattamento veramente uguale, siano ministri o fattorini, e possono contare su cure di alta qualità perché partecipano a un'operazione dal valore soprattutto dimostrativo.

I giornali possono così far sapere al maestro di scuola del più remoto villaggio che la chirurgia messicana non è meno attrezzata di quella di Chicago e che i chirurghi che lo operano sono all'altezza dei loro colleghi di Houston.

Quando un alto funzionario viene ricoverato, può dargli noia il fatto di dover dormire per la prima volta in vita sua accanto a un operaio, ma si sente anche fiero dell'alto grado di impegno socialista di cui dà prova il suo paese offrendo lo stesso servizio al capo e al guardiano notturno.

L'uno e l'altro tipo di paziente finisce così per passar sopra al fatto che sono entrambi degli sfruttatori privilegiati, che per fornire a un 3 per cento letti, attrezzature, terapie tecniche e una complessa gestione amministrativa si spende un terzo dell'intero bilancio sanitario del paese.

Nei paesi sottosviluppati, per poter dare a tutti i poveri un uguale accesso a una medicina di qualità uniforme, bisognerebbe rinunciare alla maggior parte delle attuali forme di preparazione e di attività delle professioni sanitarie.

Tuttavia la prestazione di un'assistenza di base efficace per l'intera popolazione non costa tanto da non poter essere assicurata a chiunque, purché nessuno possa ottenere di più, qualunque ragione sociale, economica, medica o personale adduca per chiedere cure speciali.

Se nei paesi poveri si desse la precedenza all'equità, con un tipo d'assistenza limitata agli elementi fondamentali della medicina veramente efficace, intere popolazioni verrebbero incoraggiate a prender parte alla smedicalizzazione della moderna cura della salute e acquisterebbero fiducia e capacità pratica di curarsi autonomamente, proteggendo così i loro paesi dalla malattia iatrogena sociale.

Nei paesi ricchi, l'economia della salute è alquanto diversa. (62) A prima vista, l'interesse dei poveri sembrerebbe richiedere ulteriori incrementi del bilancio sanitario globale. (63) Tuttavia, quanto più si viene a dipendere dalle prestazioni di servizi istituzionalizzati, tanto più è difficile identificare l'equità con l'uguaglianza di accesso e di benefici. (64) Quando, infatti, si realizza l'equità: allorché uguali somme di denaro sono disponibili per l'istruzione sia del ricco sia del povero? Oppure essa richiede che il povero ottenga la stessa 'istruzione', anche se per conseguire questo risultato uguale bisognerà spendere per lui molto di più? Oppure il sistema d'istruzione, perché sia equo, deve garantire che il povero non sia umiliato e ferito più del ricco col quale gareggia sulla scala degli studi? O le possibilità di apprendimento sono eque solo quando tutti i cittadini hanno in comune lo stesso tipo di ambiente favorevole a imparare? Questa battaglia tra l'equità e l'uguaglianza nell'accesso all'assistenza istituzionale, già in corso per quanto riguarda l'istruzione, si viene ora accendendo anche a proposito della medicina. (65) A differenza che nell'istruzione, però, nel campo della salute, la controversia si può risolvere facilmente sulla base dei dati disponibili.

Negli Stati Uniti la spesa pro capite per assistenza sanitaria, anche per la fascia più povera della popolazione, indica che si è superata da un pezzo la linea oltre la quale l'assistenza diventa iatrogena. Nei paesi ricchi, il bilancio complessivo dell'assistenza ai poveri, laddove essa serve a rimpiazzare ciò che aiuta a salvaguardarsi da soli, è ormai più che abbondante.

Un maggiore accesso, anche se limitato a coloro che oggi ricevono di meno, non farebbe che egualizzare la diffusione delle illusioni e dei danni generati dalle prestazioni professionali.

La salute si presenta sotto due aspetti: libertà e diritti.

Innanzitutto, la salute designa la sfera di autonomia entro la quale una persona domina i propri stati biologici e le condizioni del suo ambiente immediato.

In questo senso, la salute equivale al grado di libertà vissuta.

In primo luogo la legge dovrebbe garantire l'equa distribuzione della salute intesa come libertà, distribuzione che a sua volta dipende da condizioni ambientali che solo l'iniziativa politica organizzata può realizzare.

Oltre un certo livello di intensità, le cure sanitarie, per quanto equamente distribuite, soffocano la salute intesa come autonomia.

In questo senso fondamentale, la cura della salute è un problema di libertà ben regolata.

E' implicita in questo concetto una posizione di privilegio per le libertà inalienabili di fare certe cose, ed è qui che la libertà civile va tenuta distinta dai diritti civili.

La facoltà di agire senza restrizioni da parte dell'autorità ha un ambito più largo dei diritti civili che lo Stato può sancire per assicurare che i cittadini abbiano uguali poteri di ottenere certi beni o servizi.

Normalmente le libertà civili non costringono altri a realizzare i miei desideri: una persona può pubblicare la sua opinione liberamente per quanto dipende dall'autorità, ma ciò non implica che un qualunque giornale abbia il dovere di stampare quella opinione; una persona può avere bisogno di bere vino per il suo tipo di culto, ma nessuna moschea è tenuta ad accoglierla tra le sue mura per farlo.

Nello stesso tempo lo Stato, come garante delle libertà civili, può emanare leggi che tutelino l'uguaglianza dei diritti, senza la quale i suoi membri non godrebbero delle loro libertà personali.

Tali diritti conferiscono significato all'uguaglianza, mentre le libertà civili danno forma alla libertà.

Un modo sicuro per annullare la libertà di parlare, la libertà di apprendere o la libertà di guarire è quello di delimitarle stravolgendo i diritti civili in doveri civili.

Le libertà dell'autodidatta sono mutilate in una società superscolarizzata così come la libertà di curare la salute può essere soffocata dalla supermedicalizzazione.

Qualunque settore dell'economia può avere uno sviluppo tale che per amore di più costosi livelli d'uguaglianza si annullano le libertà.

Ci riferiamo qui ai movimenti che cercano di rimediare agli effetti della medicina socialmente iatrogena attraverso il controllo politico e giuridico della gestione, destinazione e organizzazione delle attività mediche.

Nella misura in cui la medicina è un servizio pubblico, però, nessuna riforma può risultare efficace se non dà la priorità a due ordini di limiti.

Il primo riguarda il volume di cure istituzionali che ogni individuo può pretendere: nessuna persona deve ricevere un'assistenza così ampia che per curare lei si tolga ad altri la possibilità di cure individualmente assai meno costose, qualora questi altri, fondandosi sul proprio giudizio (e non in base alla semplice opinione di un esperto), richiedano le medesime risorse pubbliche per motivi di analoga urgenza.

Viceversa, nessuna assistenza dovrà essere imposta a un individuo contro la sua volontà: nessuna persona, senza il suo consenso, potrà essere presa, rinchiusa, ricoverata, curata o comunque molestata in nome della salute.

Il secondo ordine di limiti riguarda l'impresa medica nel suo complesso.

Qui il concetto di salute come libertà deve servire a contenere l'"output" globale dei servizi sanitari entro limiti sub-iatrogeni che massimizzino la sinergia dei modi autonomo ed eteronomo di produzione della salute.

Probabilmente nelle società democratiche queste limitazioni non si possono attuare senza garanzie di qualità, cioè senza uguaglianza di accesso.

In tal senso, la politica dell'equità costituisce probabilmente un fattore essenziale di un efficace programma a favore della salute.

Viceversa, la preoccupazione dell'equità risulterà vana se non è collegata a restrizioni della produzione globale, e se non è utilizzata come contrappeso allo sviluppo dell'assistenza medica istituzionalizzata. (66)

Controlli pubblici sulla mafia professionale.

Una terza categoria di rimedi politici contro la medicina malsana verte direttamente sul MODO in cui i medici svolgono la loro attività.

Come la tutela del consumatore e la regolamentazione legislativa dell'accesso, anche questo tentativo di sottoporre l'organizzazione sanitaria al controllo dei profani ha inevitabili effetti negativi per la salute qualora da tattica ad hoc si tramuti in strategia generale.

Negli Stati Uniti la produzione e la distribuzione di assistenza sanitaria approvata da medici impiega quattro milioni e mezzo di uomini e donne, divisi in duecento occupazioni. (Solo l'8 per cento è costituito da medici, le cui entrate nette dopo le detrazioni per affitti, spese di personale e acquisto di materiali rappresentano il 15 per cento dell'intera spesa per la sanità, mentre il loro reddito medio nel 1973 è stato di 50000 dollari).

(67) Nel totale indicato non sono compresi gli osteopati, i chiropratici e altri che possono anche essere forniti d'una preparazione specializzata di livello universitario e aver bisogno di una licenza d'abilitazione per esercitare, ma che, a differenza dei farmacisti, degli optometristi, dei tecnici di laboratorio e di altrettanti tirapiedi del medico, non producono cure dello stesso prestigio. (68) Ancora più lontani dall'establishment, e pertanto esclusi da queste statistiche, ci sono poi migliaia di prestatori di cure non ortodosse, che vanno dagli erboristi che lavorano per corrispondenza ai massaggiatori e agli insegnanti di yoga. (69) Dei molti che vantano specifiche competenze e che sono più o meno integrati nella corporazione ufficiale, le categorie abilitate negli Stati Uniti sono una trentina. (70) Non c'è Stato dell'Unione dove non sia richiesta una licenza di abilitazione per almeno quattordici specie di professionisti. (71) Queste licenze vengono rilasciate al termine di regolari corsi d'istruzione e talvolta dopo aver superato un esame; in rari casi, per essere ammessi a esercitare in proprio occorre dare dimostrazione di perizia o esperienza. (72) La prosecuzione dell'esercizio non è mai subordinata a un'attività competente o ben riuscita.

Il rinnovo è automatico, di solito dietro pagamento di una tassa; solo in quindici dei cinquanta Stati è permesso contestare l'abilitazione di un medico per motivi di incompetenza. (73) Mentre nelle frange le richieste di titoli specialistici conoscono alti e bassi, le specializzazioni riconosciute dall'American Medical Association hanno avuto un incremento costante, raddoppiandosi negli ultimi quindici anni: la metà dei medici curanti americani sono specialisti in qualcuna delle sessanta categorie esistenti, e si prevede che entro il 1980 la proporzione salirà al 55 per cento. (74) All'interno di ciascuna specializzazione si è costituito un feudo con propri tecnici, infermiere, riviste, congressi e talvolta anche gruppi organizzati di pazienti che premono per maggiori stanziamenti pubblici. (75) Il costo della cura coordinata dello stesso paziente da parte di più specialisti cresce in progressione geometrica a ogni competenza che si aggiunge, nella stessa misura in cui crescono il rischio di errori e la probabilità di danni dovuti all'imprevista combinazione di terapie diverse.

Man mano che il numero dei rapporti da paziente oltrepassa il totale dei componenti la popolazione, si moltiplicano senza limiti le occupazioni connesse all'informazione medica, alle assicurazioni e alla difesa del paziente.

Naturalmente i medici signoreggiano su questi feudi, e stabiliscono quale lavoro spetta alle varie pseudo-professioni.

Ma col riconoscimento di una certa autonomia molti di questi gruppi specializzati di paggi, uscieri, valletti e scudieri della medicina hanno anche conquistato un certo potere di valutare essi stessi la qualità del proprio lavoro.

Conquistando il diritto all'autovalutazione secondo criteri specifici che rispondono alla sua particolare visione delle cose, ogni nuova specializzazione crea un nuovo ostacolo che impedisce alla società in generale di valutare quanto il suo lavoro contribuisca effettivamente alla salute dei pazienti.

La medicina organizzata ha praticamente cessato di essere l'arte di guarire i malati curabili, e il conforto dei malati senza speranza si è trasformato in un grottesco sacerdozio che si occupa della salvezza dell'umanità seguendo leggi tutte sue.

I programmi politici che promettono ai cittadini un controllo sull'impresa medica tendono a trascurare il fatto che per conseguire il loro scopo debbono regolamentare non un'industria ma una chiesa.

Oggi si avanzano e si dibattono decine di strategie concrete per fare dell'industria sanitaria qualcosa che serva di più la salute e meno se stessa: decentramento dell'assistenza; servizio sanitario nazionale; lavoro di gruppo degli specialisti; programmi diretti a preservare la salute più che a curare le malattie; pagamento di un compenso fisso annuo per ogni paziente (quota capitaria) invece dell'onorario a prestazione; abolizione dei regolamenti restrittivi sull'impiego del personale sanitario; più razionale organizzazione e utilizzazione del sistema ospedaliero; sostituzione dell'abilitazione individuale con l'abilitazione di istituti o dipartimenti obbligati a determinati standard di prestazioni; costituzione di cooperative di pazienti per bilanciare o sostenere il potere medico professionale.

Non c'è dubbio che ognuna di queste proposte migliorerebbe l'efficienza della medicina, ma a prezzo di un ulteriore declino della capacità collettiva di provvedere efficacemente alla salute.

Accrescere l'efficienza con una maggiore mobilità del personale verso l'alto e una più larga attribuzione di responsabilità verso il basso non può che rafforzare l'integrazione dell'industria terapeutica e, con essa, la polarizzazione sociale.

Mentre la formazione dei professionisti di livello medio diventa più costosa, si va rarefacendo il personale di servizio dei livelli più bassi.

La modestia delle paghe, il crescente disdegno per le mansioni di tipo servile, l'aumento dei malati cronici (e il conseguente tedio crescente della loro assistenza), la scomparsa della motivazione religiosa per quanto riguarda le suore e i frati, le nuove possibilità che si offrono alle donne in altri campi, sono tutti fattori che contribuiscono a una crisi della manodopera.

In Inghilterra quasi due terzi dell'intero personale ospedaliero di basso livello provengono dall'estero, di solito dalle ex colonie; in Germania, dalla Turchia e dalla Jugoslavia; in Francia dal Nordafrica; negli Stati Uniti dalle file delle minoranze razziali.

La creazione di nuovi gradi, titoli, ruoli, carriere e specializzazioni al livello inferiore è un rimedio indubbiamente efficace.

L'ospedale non fa che rispecchiare l'economia del lavoro propria di una società ad alto sviluppo tecnologico: specializzazione transnazionale in cima, burocrazie in mezzo, e in fondo un nuovo sottoproletariato composto da emigrati e dalla clientela professionalizzata. (76) La moltiplicazione degli specialisti paraprofessionali riduce ulteriormente ciò che il diagnosta fa per la persona che cerca il suo aiuto, mentre la moltiplicazione degli ausiliari generici tende a ridurre ciò che la gente non autorizzata

può fare per gli altri e per se stessa. (77) L'abilitazione d'istituto (78) permetterebbe certo un più efficace spiegamento di personale, un più razionale assortimento di forza-lavoro sanitaria e maggiori possibilità di progresso: senza dubbio migliorerebbe notevolmente la fornitura di prestazioni quali quelle dentarie, ortopediche e ostetriche.

Ma se diventasse il modello per tutta quanta l'assistenza sanitaria, equivarrebbe alla creazione di una Fiat medica. (79) Il controllo profano su una tecnocrazia medica in sviluppo non è diverso dalla professionalizzazione del paziente: l'uno e l'altra esaltano il potere medico e ne accrescono l'effetto di "nocebo".

Finché il pubblico s'inchina al monopolio professionale nell'attribuzione del ruolo di malato, non può controllare le occulte gerarchie di salute che moltiplicano il numero dei pazienti. (80) Il clero medico può essere controllato solo se per mezzo della legge si limita e si revoca la sua prerogativa di decidere che cosa è malattia, chi è malato e che cosa bisogna fargli. (81) Un'errata imputazione di responsabilità per la iatrogenesi sarebbe il più serio ostacolo politico al controllo pubblico sulla cura della salute. Indulgere alla moda radicaleggiante di mettere in berlina il medico sarebbe la maniera più sicura per disinnescare qualunque crisi politica alimentata dalla nuova coscienza della salute.

Se i medici dovessero diventare vistosi capri espiatori, il buon paziente sarebbe sollevato da ogni colpa per la sua cupidigia terapeutica.

Il diletto della scuola ha salvato lo spirito dell'istituzione l'ultima volta che il sistema educativo è entrato in crisi.

La stessa strategia potrebbe ora salvare il sistema medico e conservarlo sostanzialmente quale è. Tutto a un tratto negli anni Settanta le scuole persero, negli Stati Uniti, la loro posizione di vacche sacre. Spinto dallo Sputnik, dal conflitto razziale e dalle nuove frontiere, il pallone scolastico era salito al di sopra di tutti gli altri bilanci non militari ed era scoppiato.

Per qualche tempo, il programma occulto del sistema scolastico si trovò esposto alla vista.

Divenne un discorso ovvio che a un certo punto della sua espansione il sistema scolastico riproduce inevitabilmente una società classista meritocratica e dispone ordinatamente gli individui secondo i diversi livelli di torpore altamente specializzato a cui sono stati educati nel corso di riti graduati, distinti per età, competitivi e obbligatori.

La vanificazione di un sogno costoso aveva portato molti a capire che nessuna somma di istruzione obbligatoria può preparare equamente i giovani alle gerarchie industriali, e che ogni preparazione efficace dei ragazzi a un sistema socioeconomico disumano costituisce un'aggressione sistematica ai danni delle loro persone.

A questo punto il nuovo modo di vedere la realtà avrebbe potuto svilupparsi in una rivolta radicale contro un sistema di produzione a forte intensità di capitale e contro le idee che lo sorreggono.

Ma invece di mettere sotto accusa la "hubris" pedagogica, il pubblico concesse ai pedagoghi maggiore potere di fare esattamente quello che desideravano.

Gli insegnanti scontenti concentrarono la critica sui loro colleghi, sui metodi didattici, sull'organizzazione del sistema e sul finanziamento delle sue istituzioni, indicando in tutte queste cose gli ostacoli a una istruzione efficace.

La derisione della scuola ha permesso agli insegnanti di idee 'avanzate' di mutarsi in una nuova razza di educatori degli adulti.

La derisione della scuola non soltanto ha salvato ma, momentaneamente, ha fatto salire lo stipendio e il prestigio del professore.

Mentre prima del punto di crisi l'insegnante limitava la sua aggressione pedagogica a un gruppo di età inferiore ai sedici anni, che gli veniva esposto durante le ore di lezione nell'edificio scolastico perché fosse iniziato a un numero ristretto di materie, adesso il neomercante di sapere considera sua classe il mondo intero.

Mentre l'insegnante vincolato ai programmi poteva squalificare solo quei non-studenti che osavano imparare da soli una materia scolastica, il nuovo gestore della 'politicizzazione', della 'educazione sessuale', della 'formazione' ricorrente e a vita pretende di degradare agli occhi del pubblico ogni tipo di comportamento che non abbia il suo crisma.

L'irrisione della scuola degli anni Sessanta potrebbe facilmente costituire il modello della prossima guerra medica.

Seguendo l'esempio degli insegnanti i quali affermano che la loro classe è il mondo, oggi alcuni medici alla moda partiti in crociata (82) saltano sul carro del diletto della medicina e cercano di convertire la

frustrazione e l'ira pubblica per le cure mediche in richiesta di una nuova élite di sovrintendenti scientifici che come loro corsia dirigano il mondo. (83)

L'organizzazione scientifica... della vita.

La concezione della medicina come scienza applicata è all'origine di un quarto tipo di contromisure nei confronti della iatrogenesi, le quali inevitabilmente accrescono il potere irresponsabile della professione sanitaria, e quindi il danno che la medicina provoca.

Si sostiene, da parte di chi propone un più alto standard scientifico nella ricerca medica e nell'organizzazione sociale, che la medicina patogena è dovuta all'eccessivo numero di cattivi medici che si lasciano circolare nella società.

Un gruppo decisionale meno numeroso, selezionato con maggior cura, meglio preparato, tenuto sotto più stretto controllo dai suoi pari, e che avesse un più efficace comando su quello che si fa e per chi e come, garantirebbe un'utilizzazione a vantaggio della popolazione delle poderose risorse oggi disponibili per gli scienziati della medicina. (84) Questa idolatria della scienza trascura il fatto che la ricerca condotta come se la medicina fosse una scienza qualunque, la diagnosi fatta come se i pazienti fossero 'casi' e non persone autonome, e la terapia applicata da ingegneri della sanità, sono proprio i tre approcci che confluiscono a determinare l'attuale endemica negazione della salute.

Come scienza, la medicina si trova su una linea di confine.

Il metodo scientifico contempla esperimenti eseguiti su modelli.

La medicina, invece, fa i suoi esperimenti non su dei modelli ma sui pazienti medesimi.

Ma sul vissuto significativo della guarigione, della sofferenza e della morte, la medicina non ci dice più di quanto l'analisi chimica ci dica riguardo al valore estetico di una ceramica. (85) Inseguendo l'ideale della scienza applicata, la professione medica ha in gran parte cessato di perseguire gli obiettivi propri di un sodalizio artigiano che mette a frutto la tradizione, l'esperienza pratica, la dottrina e l'intuito, e ha finito per svolgere un ruolo che una volta era riservato al clero, usando i principi scientifici a mo' di teologia e i tecnici a mo' di accoliti. (86) Come impresa, la medicina si occupa ormai non tanto dell'arte empirica di guarire il malato curabile, quanto della ricerca razionalistica diretta a salvare l'umanità dall'assalto del male, dai ceppi della menomazione e addirittura dalla necessità di morire. (87)

Trasformandosi da arte in scienza, il corpo medico ha perso i suoi caratteri di una associazione di artigiani che applicano a beneficio di malati in carne e ossa le regole fissate per guidare i membri del mestiere.

E' diventato un apparato ortodosso di amministratori burocratici che applicano principi e metodi scientifici a serie di 'casi' medici.

In altri termini, la clinica è ormai un laboratorio.

Pretendendo di saper prevedere gli esiti senza considerare la prestazione umana di chi deve guarire e la sua integrazione col proprio gruppo sociale, il medico contemporaneo ha assunto la tipica posa del ciarlatano d'una volta.

Come membro della professione il singolo medico è un elemento inscindibile di una squadra scientifica. La sperimentazione è il metodo della scienza, e lo schedario che egli tiene fa parte, gli piaccia o no, del corredo di dati di un'impresa scientifica.

Ogni cura non è che la ripetizione di un esperimento, che ha una probabilità di successo definita statisticamente.

Come in ogni operazione che costituisca una vera applicazione scientifica, l'insuccesso è attribuito a qualche specie di ignoranza: insufficiente conoscenza delle leggi che valgono nella situazione particolare, difetto di competenza personale da parte dello sperimentatore nell'attuazione dei metodi e dei principi, o ancora sua incapacità di padroneggiare quella variante sfuggente che è il paziente.

Ovviamente, in un'attività medica di questo genere, quanto meglio si domina il paziente tanto più sarà prevedibile l'esito.

E quanto più l'esito sarà prevedibile in riferimento a un'intera popolazione, tanto più si dimostrerà efficace l'organizzazione.

I tecnocrati della medicina tendono a promuovere gli interessi della scienza, non a favorire i bisogni della società. (88) I medici curanti nel loro insieme sono una burocrazia adibita alla ricerca.

La loro responsabilità primaria è verso la scienza in astratto o, nebulosamente, verso la loro professione. (89) La loro responsabilità personale per il cliente particolare è stata riassorbita in un vago senso di potere che si estende a tutti i compiti e a tutti i clienti di tutti i colleghi.

La scienza medica applicata dagli scienziati della medicina fornisce il trattamento corretto, e non importa se ne risulterà la guarigione o subentrerà la morte o non ci sarà alcuna reazione da parte del paziente: quel trattamento è legittimato da tabelle statistiche, le quali prevedono con una precisa frequenza tutti e tre gli esiti.

Nel caso concreto il singolo medico potrà ancora ricordarsi che se ha avuto un buon risultato nell'applicazione della sua arte, deve alla natura e al paziente altrettanta gratitudine quanta il paziente ne deve a lui.

Ma solo un alto grado di assuefazione alla dissonanza cognitiva gli permetterà di proseguire nei ruoli divergenti di guaritore e di scienziato. (90) Le proposte che cercano di combattere la iatrogenesi eliminando le ultime tracce di empirismo dall'incontro fra il paziente e il sistema medico sono espressione di una novella crociata di spirito inquisitorio. (91) Usano il credo scienziata per svalutare il giudizio politico.

Mentre la misura della scienza è la verifica operativa in laboratorio, la misura della politica è il confronto di avversari che si appellano a una giuria la quale applica l'esperienza passata a un problema attuale così come è sentito da persone reali.

Negando ogni legittimazione pubblica alle entità che non sono misurabili per mezzo della scienza, la richiesta di una pratica medica pura, ortodossa, comprovata, mette al riparo questa pratica da ogni valutazione politica.

La preferenza religiosa data al linguaggio scientifico rispetto a quello del profano è uno dei principali baluardi del privilegio professionale.

L'imposizione di questo linguaggio al discorso politico sulla medicina svuota facilmente tale discorso di ogni efficacia.

La spprofessionalizzazione della medicina non implica la messa al bando del linguaggio tecnico come non richiede l'esclusione della competenza autentica, e non è neppure in contrasto con la pubblica critica e denuncia della cattiva pratica medica.

Implica bensì una pregiudiziale contro la mistificazione della gente, contro il reciproco accreditamento di presunti guaritori, contro il sostegno pubblico di una corporazione medica e delle sue istituzioni, e contro la discriminazione legale a opera e per conto di persone che i singoli o le comunità hanno scelto e designato come loro guaritori.

La spprofessionalizzazione della medicina non significa rifiuto di stanziamenti pubblici per scopi curativi, bensì significa contrarietà all'esborso di questo pubblico denaro su prescrizione o sotto il controllo di membri della corporazione.

Non significa l'abolizione della medicina moderna.

Significa che nessun professionista deve avere il potere di approfondire per qualunque suo paziente un complesso di risorse terapeutiche maggiore di quello che ogni altro possa pretendere per il proprio.

Infine, non significa noncuranza per le esigenze particolari che si presentano in particolari momenti della vita: quando si nasce, ci si spezza una gamba, si diventa invalidi o si affronta la morte.

La proposta che i medici non siano abilitati da un gruppo di potere non vuol dire che le loro prestazioni non debbano essere valutate, ma che questo giudizio può essere dato più efficacemente da clienti istruiti che dai loro colleghi.

Il rifiuto di finanziamenti diretti per gli arnesi tecnici più costosi della magia medica non significa che lo Stato non debba proteggere i singoli dallo sfruttamento dei sacerdoti dei culti medici; significa soltanto che il denaro dei contribuenti non deve servire a instaurare riti del genere.

Spprofessionalizzare la medicina vuol dire smascherare il mito secondo cui il progresso tecnico imporrebbe di risolvere i problemi umani mediante l'applicazione di principi scientifici, il mito del vantaggio che si ricaverebbe da una maggiore specializzazione del lavoro e dal moltiplicarsi di manipolazioni arcane, e il mito che la crescente dipendenza dal diritto di accedere a istituzioni impersonali sia meglio della fiducia dell'uno nell'altro.

La programmazione di un utero plastico.

Abbiamo visto finora quattro tipi di critiche correntemente rivolte alla struttura istituzionale del complesso medicoindustriale.

Ognuna di esse si traduce in un particolare tipo di proposta politica, e tutte finiscono per rafforzare l'assoggettamento degli individui a burocrazie mediche, in quanto concepiscono la cura della salute sotto forma di pianificazione e ingegneria della terapeutica. (92) Le strategie che suggeriscono si esprimono in interventi chirurgici, chimici o in direzione del comportamento, operati sulla vita di chi è malato o potrebbe diventarlo.

Una quinta categoria di critici rifiuta invece questi obiettivi.

Continuando pur sempre a considerare la medicina come un'impresa ingegneristica, questi critici affermano che le strategie mediche falliscono perché si concentrano troppo sulla malattia e non abbastanza sulla modificazione dell'ambiente che fa ammalare gli individui.

La ricerca di alternative all'intervento di tipo clinico punta per lo più sulla programmazione ingegneristica dei sistemi professionali che compongono l'ambiente sociale, psicologico e fisico.

I 'determinanti non-medici dello stato di salute', come vengono definiti, riguardano in gran parte l'intervento pianificato sull'ambiente. (93) I terapeuti-ingegneri spostano la loro azione, dal paziente attuale o potenziale, al sistema più vasto di cui si suppone che faccia parte.

Anziché manipolare il malato, ridisegnano l'ambiente in modo da ottenere una popolazione più sana. (94) L'assistenza sanitaria concepita come programmazione igienica dell'ambiente opera secondo categorie diverse da quelle della scienza clinica.

Il suo obiettivo centrale è la sopravvivenza, non la salute in quanto opposto della malattia; è l'effetto dello stress su popolazioni o individui, non la reazione di specifiche persone; è il rapporto fra una nicchia del cosmo e la specie umana che con essa si è evoluta, non il rapporto tra gli scopi perseguiti dalle persone e la loro capacità di realizzarli. (95) La medicina ecologica parte dal presupposto che, in generale, gli individui sono il prodotto più del loro ambiente che della loro dotazione genetica.

Questo ambiente, a causa dell'industrializzazione, si sta rapidamente deteriorando.

L'uomo, benché abbia dimostrato finora una straordinaria capacità di adattamento, è tuttavia sopravvissuto con un'altissima dose di guasti sub-letali.

Dubos (96) teme che l'umanità riesca ad adattarsi alle tensioni derivanti dalla seconda rivoluzione industriale e dalla sovrappopolazione come sopravvisse in passato alle carestie, alle pestilenze e alle guerre.

Egli parla con preoccupazione di questo genere di sopravvivenza perché l'adattabilità, se è una risorsa per sopravvivere, è anche un pesante handicap: le cause di malattia più comuni sono infatti delle logoranti esigenze di adattamento.

Il nuovo progetto sanitario, trascurando i sentimenti e la salute delle persone, si concentra unicamente sulla programmazione di sistemi che riducano al minimo i rischi di collasso.

Col passaggio dalla medicina concentrata sul paziente a una medicina concentrata sull'ambiente, due conseguenze prevedibili ed entrambe sinistre sarebbero la perdita del senso delle distinzioni fra le varie categorie di devianza, e una nuova legittimazione della terapia totale. (97) Le cure mediche, la sicurezza industriale, l'educazione sanitaria e il ricondizionamento psichico non sono che nomi diversi di una medesima ingegneria dell'uomo necessaria per adattare le popolazioni a sistemi programmati.

Man mano che il sistema dell'assistenza sanitaria si rivela incapace di soddisfare le richieste che gli vengono poste, certi stati che oggi sono classificati come malattie potrebbero rapidamente tramutarsi in manifestazioni di devianza criminale e di comportamento asociale.

La terapia del comportamento che viene applicata ai detenuti negli Stati Uniti (98) e la reclusione dei dissidenti politici in ospedali psichiatrici nell'Unione Sovietica (99) indicano dove potrebbe portare l'integrazione delle professioni terapeutiche: a un progressivo offuscamento dei confini tra le terapie somministrate in nome della medicina, dell'educazione o di una ideologia. (100) È venuto il momento non solo di un bilancio pubblico della medicina, ma anche di una pubblica liberazione dall'incantesimo dei mostri che sono stati generati dal sogno pansanitario dell'ingegneria ambientale.

Se la medicina d'oggi mira a rendere superflua per gli uomini la capacità di sentire e di guarire, l'ecomedicina promette di soddisfare la loro alienata aspirazione a sopravvivere in un utero plastico.

NOTE.

NOTA 1.

Charles E. A. Winslow, "The cost of sickness and the price of health", World Health Organization, Ginevra, 1951.

Daniel S.

Hirshfield, "The lost reform: the campaign for compulsory health insurance in the United States from 1932 to 1943", Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1970, descrive i falliti sforzi della minoranza non assicurata dei vecchi, dei poveri e dei malati cronici per mobilitare la maggioranza abbastanza soddisfatta a sostegno di leggi in loro favore.

Mostra come i vecchi problemi, gli atteggiamenti nei loro confronti e il modo di affrontarli restino in gran parte immutati negli anni Settanta.

Dal libro risulta che il dibattito sulla politica sanitaria non è mai andato oltre il paradigma industriale della medicina come impresa biologica e sociale.

NOTA 2.

Sulla storia della legislazione assistenziale vedi Henry E. Sigerist, "From Bismarck to Beveridge: developments and trends in social security legislation", 'Bulletin of the History of Medicine', 13 (aprile 1943): 365-88.

Per una valutazione alquanto ingenuamente entusiastica dell'analogia legislazione sovietica vedi Henry E. Sigerist, "Socialized medicine in the Soviet Union", 1937: edizione riveduta, intitolata "Medicine and health in the Soviet Union", Citadel Press, Nuova York, 1947.

NOTA 3.

Office of Health Economics, "Prospects in health", Publication numero 37, Londra, 1971.

NOTA 4.

R. G. S. Brown, "The changing National Health Service", Routledge, Londra, 1973, e S. Israel, G. Teeling Smith, "The submerged iceberg of sickness in society", 'Social and Economic Administration', 1 (1967), 1.

Per ogni caso di diabete, reumatismo o epilessia noto al medico, pare che ce ne sia un altro non diagnosticato.

Per ogni caso accertato di disturbo psichiatrico, bronchite, pressione sanguigna alta, glaucoma o infezione delle vie urinarie, è probabile che ce ne siano cinque non rilevati.

I casi di anemia non curata superano probabilmente di otto volte quelli curati.

NOTA 5.

W. P. D. Logan, E. Brooke, "Survey of sickness, 1943-51", H.M.S.O., Londra, 1957.

NOTA 6.

Karen Dunnell, Ann Cartwright, "Medicine takers, prescribers and hoarders", Routledge, Londra, 1972.

NOTA 7.

Era il periodo dello "screening" di massa, alla caccia di tutte le disfunzioni che potevano essere scoperte dagli educatori, dagli economisti o dai medici.

Si considerava ancora un 'progresso' il fatto che su 1709 persone esaminate più del 90 per cento risultasse sofferente di qualche malattia.

J. E. Shental, "Multiphasic screening of the well patient", 'Journal of the American Medical Association', 172 (1960): 1-4.

NOTA 8.

Frank Turnbull, "Pain and suffering in cancer", 'Canadian Nurse', agosto 1971, pagine 28-31.

Turnbull sostiene che il trattamento chirurgico o radiologico, se può provocare una recessione dei sintomi primari che avrebbero forse portato a una morte indolore, può anche consentire lo sviluppo della fase secondaria che è invece più dolorosa.

NOTA 9.

Valutati al 12-18 per cento di tutti i posti-letto americani.

NOTA 10.

M. Thagi Farvar, John P. Milton (a cura), "The careless technology", cit.

Le relazioni scientifiche raccolte in questo volume, e presentate a un convegno tenuto nel 1968, mostrano come l'idea sorta nel dopoguerra di revisionare da un giorno all'altro le società tradizionali si sia dimostrata non solo virtualmente irrealizzabile, ma sconsigliabile per le gravi conseguenze che ne derivano per l'organismo umano.

NOTA 11.

Charles C. Hughes, John M. Hunter, "Disease and development in Africa", 'Social Science and Medicine', 3, numero 4 (1970): 443-88.

Importante rassegna della letteratura sugli effetti patologici delle iniziative di sviluppo.

Ralph J. Audy, "Aspects of human behavior interfering with vector control", in "Vector control and the recrudescence of vector-borne diseases", atti di un simposio tenuto durante la decima riunione del PAHO Advisory Committee on Medical Research, 15 giugno 1971, PanAmerican Health Organization scientific publication numero 238, Washington, D.C., 1972, pagine 67-82.

NOTA 12.

René Dumont, "La faim du monde", testo integrale di una conferenza tenuta a Liegi l'8 novembre 1965, seguito dalle risposte alle 25 domande dibattute, Cercle d'éducation populaire, Liège-Bruxelles, 1966.

Appassionato urgente appello alla solidarietà mondiale.

Ripreso in R. Dumont e Bernard Rosier, "La prossima carestia mondiale", Jaca Book, Milano, 1967.

Per un complemento da destra a questa visione di sinistra confronta William e Paul Paddock, "Famine 1975! America's decision: who will survive?", Little, Brown, Boston, 1967.

Tra i primi a ridimensionare i sogni del decennio, tipo l'idroponica, la desalinizzazione, gli alimenti sintetici e la coltivazione degli oceani, gli autori sono anche convinti che la riforma agraria, l'irrigazione e i fertilizzanti non possono scongiurare la carestia.

Prevedono una crescente dipendenza del mondo dai prodotti americani e propongono un "trriage", cioè una selezione da parte degli Stati Uniti di coloro che debbono essere mantenuti in vita.

NOTA 13.

Marshall Sahlins, "Stone age economics", cit., evidenzia come la fame istituzionalizzata degli anni Sessanta costituisca un fenomeno senza precedenti, e accumula prove a sostegno della sua tesi secondo cui nella tipica cultura dell'età della pietra la percentuale degli individui che concludevano la loro giornata malnutriti e affamati era molto più bassa di oggi.

NOTA 14.

George Borgstrom, "The Green Revolution", in "Focal points", Macmillan, Nuova York, 1972, parte 2, pagine 172-201: analisi e valutazione d'una serie di illusioni riguardo alla 'rivoluzione verde', molte delle quali vengono continuamente ribadite da fuorvianti dichiarazioni degli enti internazionali.

Sui pericoli di depauperamento genetico confronta National Academy of Sciences, "Genetic vulnerability of major crops", Washington, D.C., 1972.

Dai tempi del paleolitico ogni società umana ha sviluppato una ricca varietà di cereali e di altre colture alimentari.

Le specie che sono sopravvissute sono quelle preferite dalle popolazioni che si nutrono prevalentemente di granaglie e legumi.

Benché inferiori agli ibridi artificiali quanto a resa per ettaro, queste razze sono adattabili, non hanno bisogno di fertilizzanti, irrigazione e antiparassitari, e posseggono un alto potenziale di futuro adattamento.

Intere popolazioni di questi ricchi miscugli genetici sono state estinte dalla sostituzione con gli ibridi. Il danno provocato nel giro di un decennio è irreparabile e foriero di conseguenze imprevedibili.

NOTA 15.

Per una introduzione allo stato della discussione sull'alimentazione mondiale vedi Alan Berg, "The nutrition factor: its role in national development" cit.

La preziosa bibliografia va estratta dalle note a piè di pagina.

Vedi inoltre J. Hemardinquer, "Pour une histoire de l'alimentation", 'Cahiers des Annales', numero 28, Colin, Parigi, 1970.

NOTA 16.

Su una conseguenza dell'esportazione del dottor Spock ai Tropici vedi A.E.

Davis, T.D.

Bolin, "Lactose tolerance in Southeast Asia", in Farvar e Milton, "The careless technology", cit.

NOTA 17.

Adelle Davis, "Let's eat right to keep fit", Harcourt Brace, Nuova York, 1970.

Illustra con una buona documentazione il declino qualitativo della dieta americana parallelo allo sviluppo dell'industrializzazione e il riflesso di tale declino sulla salute.

NOTA 18.

Per un orientamento sulla controversia confronta Edward M. Kennedy, "In critical condition: the crisis in America's health care", Pocket Books, Nuova York, 1973.

Un riassunto del dibattito in Stephen Jonas, "Issues in National Health Insurance in the United States of America", 'Lancet', 1974, 2:143-6.

William R.

Roy, "The proposed Health Maintenance Organization Act of 1972", Science and Health Communications Group Sourcebook Series, volume 2, Washington, D.C., 1972: un deputato del Kansas spiega e difende il progetto di legge da lui presentato al Congresso e passa in rassegna le opinioni in contrasto.

NOTA 19.

Una previsione eccellente, anche se ormai datata, è Michael Michaelson, "The coming medical war", 'New York Review of Books', 1 luglio 1971.

Vedi anche Robert Bremner, "From the depths: the discovery of poverty in the U.S", New York University Press, Nuova York, 1956, introduzione alle origini del movimento per l'assistenza sociale negli Stati Uniti.

NOTA 20.

Barbara Myerhoff, William R. Larson, "The doctor as cultural hero: the routinization of charisma", 'Human Organization', 24 (autunno 1965): 188-91.

Gli autori pronosticavano che presto il medico sarebbe apparso sotto una luce sempre più prosaica, perdendo così il potere psicologico che tradizionalmente gli permetteva di conquistare la fiducia del paziente e di agire come guaritore.

NOTA 21.

Michel Maccoby, comunicazione personale all'autore.

NOTA 22.

John Pekkanen, "The American connection: profiteering and politicking in the 'ethical' drug industry", cit.

Rapporto sulla deliberata manipolazione del potere pubblico, dei centri d'influenza e delle personalità politiche da parte della Pharmaceutical Manufacturers Association americana e della lobby farmaceutica, al fine di salvaguardare i profitti sviluppando a dismisura la produzione e la vendita dei medicinali e nascondendone metodicamente i rischi dietro la pubblicità, la propaganda e la sistematica corruzione di clinici altolocati. NOTA 23.

Paul R., Anne H. Ehrlich, "Population, resources, environment: issues in human ecology", Freeman, San Francisco, 1972, specialmente il capitolo 7 sugli ecosistemi in pericolo, fornisce una buona introduzione alla letteratura sull'argomento.

Samuel Epstein, Marvin Legator (a cura), "The mutagenicity of pesticides: concepts and evaluation", MIT Press, Cambridge, Mass., 1971, riporta molti dati specifici.

Harrison Wellford, "Sowing the wind: report on the politics of food safety", Ralph Nader's Study Group Reports, Grossman, Nuova York, 1972: sulla concentrazione degli antiparassitari nei prodotti alimentari; il loro abuso minaccia l'agricoltore più ancora del consumatore: ne distrugge la salute, accresce il costo di produzione e a lungo termine tende ad abbassare le rese.

J. L. Radomski, W. B. Deichman, E. E.

Clizer, "Pesticide concentration in the liver, brain and adipose tissue of terminal hospital patients", 'Food and Cosmetics Toxicology', 6 (1968): 209-20, un'analisi quantitativa estremamente impressionante.

NOTA 24.

James S. Turner, "The chemical feast: a report on the Food and Drug Administration", Ralph Nader's Study Group Reports, Grossman, Nuova York, 1970.

Da questa indagine si rileva che la tendenza descritta da A. Davis in "Let's eat right to keep fit" si sta accelerando e che il danno causato alla salute dalla cattiva nutrizione è aumentato nel corso degli anni Sessanta.

Degli oltre 2000 additivi alimentari in uso, meno della metà è stato sottoposto a controlli di sicurezza.

NOTA 25.

Arturo Aldama, "Los cereales envenenados: otra enfermedad del progreso", Documento CIDOC I/V 74/58, Cuernavaca, 1974.

NOTA 26.

Boston Women's Health Book Collective, "Noi e il nostro corpo.

Scritto dalle donne per le donne", Feltrinelli, Milano, 1974: si può considerare una guida esemplare per una parziale autogestione della salute, redatta da un gruppo di donne che nel fondo resta tuttavia allineato ai principi basilari di una società medicalizzata.

NOTA 27.

Luc Boltanski, "Consummation médicale et rapport au corps", relazione finale d'una ricerca finanziata dalla Délégation générale à la recherche scientifique et technique, Centre de sociologie européenne, Parigi, 1969.

Sociologia del corpo: uno studio pionieristico dei determinanti sociali che agiscono nel rapporto dell'individuo col proprio corpo in dipendenza dalla sua classe sociale.

NOTA 28.

Liselotte von Ferber, "Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben", volume 43 della collana 'Schriftenreihe: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene', Gentner, Stoccarda, 1971: sulle caratteristiche di classe del

linguaggio usato nella medicina generale tedesca.

NOTA 29.

Charles Kadushin, "Social class and the experience of ill health", 'Sociological Inquiry', 34 (1964): 67-80, contesta il dogma sociologico di un nesso tra condizione socio-economica ed evenienza di malattie croniche.

David Mechanic, "Medical sociology: a selective view", Free Press, Nuova York, 1968, pagine 259 e seguenti, fornisce argomenti contrapposti e letteratura; vedi anche pagina 245 sulla mortalità infantile e pagina 253 sulla condizione socio-economica.

NOTA 30.

Raymond S. Duff, August B. Hollingshead, "Sickness and society", Harper and Row, Nuova York, 1961.

S. H. King, "Perceptions of illness and medical practice", Russell Sage, Nuova York, 1962.

NOTA 31.

David Mechanic, "Medical sociology", cit.: vedi specialmente pagine 267-8 per una introduzione alle statistiche dell'U.S.

National Health Service sulla relazione fra stato socioeconomico e uso dei servizi sanitari.

Bisogna guardarsi dal prendere questi dati alla lettera: confronta David Mechanic, M.

Newton, "Some problems in the analysis of morbidity data", 'Journal of Chronic Diseases', 18 (giugno 1965): 569-80.

Lee Rainwater, W.L.

Yancey, "The Moynihan Report and the politics of controversy", MIT Press, Cambridge, Mass., 1967, esamina la complessità dei nessi fra mortalità infantile e privazione socioeconomica.

NOTA 32.

Barbara Blackwell, "The literature of delay in seeking medical care for chronic illnesses", cit.: vedi specialmente pagine 14-17 sui motivi personali, fisici e sociali che portano a ritardare il ricorso al medico.

René Lenoir, "Les exclus", Seuil, Parigi, 1974, mette in luce le forme istituzionali con cui in Francia si creano degli emarginati bisognosi, esclusi dai vari sistemi di previdenza.

NOTA 33.

G. Kleinbach, "Social class and medical education", tesi, Department of Education, Harvard, University, 1974.

Charles F.

Schumacher, "The 1960 Medical School graduate: his biographical history", 'Journal of Medical Education', 36 (1961): 401 e seguenti: la metà dei laureati in medicina del 1960 erano figli di professionisti o di dirigenti.

NOTA 34.

Howard Becker e altri, "Boys in white: student culture in Medical School", 1961, edizione reprint William C. Brown, Dubuque, Iowa, 1972.

NOTA 35.

Kenneth W. Newell (a cura), "Health by the people", World Health Organization, Ginevra, 1975.

NOTA 36.

Sull'affermazione della medicina sociale come disciplina, vedi anzitutto Thomas MacKeown, C.R.

Lowe, "An introduction to social medicine", Blackwell Scientific Publications, OxfordEdulburgh 1966, pagine introduttive 9-13.

Si veda poi Gordon MacLachlan (a cura), "Portfolio for Health", 2, Nuffield Provincial Hospitals Trust e Oxford University Press, Nuova York-Toronto, 1973.

Per la letteratura tedesca nel settore, Hans Schaefer, Maria Blohmke, "Sozialmedizin: Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin", Thieme, Stoccarda, 1972.

Per l'Europa orientale, Richard E., Shirley B. Weinerman, "Social medicine in Eastern Europe: the organization of health services and the education of the medical personnel in Czechoslovakia, Hungary and Poland", Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1969.

Per l'Italia vedi Giovanni Berlinguer, "Medicina e politica", De Donato, Bari, 1976.

NOTA 37.

Robert H. Brook, Francis A. Appel, "Quality-of-care assessment: choosing a method for peer review", 'New England Journal of Medicine', 288 (1973):1323-9.

Le valutazioni più negative risultavano dai giudizi collettivi basati sul principio dell'unanimità, distinti da quelli formulati secondo criteri individuali scelti dal singolo revisore.

Robert H. Brook, Robert Stevenson junior, "Effectiveness of patient care in an emergency room", 'New England Journal of Medicine', 283 (1970): 904-6.

NOTA 38.

Jean-Pierre Dupuy, "Le médicament dans la relation médecin-malade", 'Projet', numero 75 (maggio 1973), pagine 532-46.

NOTA 39.

Arnold I. Kisch, Leo G. Reeder, "Client evaluation of physician performance", 'Journal of Health and Social Behavior', 10 (1969): 51-8.

Mentre di regola si presume che il controllo qualitativo sull'attività professionale non possa essere affidato che all'autovigilanza (per cattiva che possa essere) i risultati di uno studio condotto a Los Angeles hanno mostrato che la valutazione delle prestazioni mediche da parte dei pazienti corrispondeva esattamente con tutta una serie di criteri qualitativi riguardo all'assistenza medica generalmente accettati come validi dai professionisti della sanità.

NOTA 40.

Per alcuni esempi di rapporti pubblici su ricerche nel campo sanitario per la difesa dei consumatori, vedi Robert S.

MacCleery, "One life, one physician", cit.

Vedi inoltre Joseph Page, Mary-Win O'Brien, "Bitter wages: the report on disease and injury on the job", Ralph Nader's Study Group Reports, Grossman, Nuova York, 1973, un atto d'accusa contro la medicina del lavoro quale era praticata negli Stati Uniti fino al 1968.

La smaccata occultazione dei danni subiti sul lavoro ha contribuito a far credere che la loro causa principale sia la trascuratezza dei lavoratori.

NOTA 41.

Per maggiori dati e rinvii vedi Michael H. Cooper, "Rationing health care", Halsted Press, Londra, 1975, e International Bank for Reconstruction and Development, "Health sector policy paper", Washington, D.C., marzo 1975.

Da notare anche che il numero medio delle giornate passate da un paziente in ospedale varia notevolmente fra paesi con prodotto lordo analogo, anche quando si tratta di paesi poveri: nel Senegal è di 24 giorni, in Thailandia di 5,8.

NOTA 42.

Richard M. Titmuss, "The culture of medical care and consumer behaviour", in F. N. L. Poynter (a cura), "Medicine and culture", cit., capitolo 8, pagine 129-35.

NOTA 43.

Sull'effetto che i procedimenti per cattiva pratica professionale hanno sulla percezione del corpo, da parte del paziente, come una forma di capitale investito, vedi N. Hershey, "The defensive practice of medicine: myth or reality?", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 50 (1972): 69-98.

NOTA 44.

Michael Grossman, "On the concept of health capital and the demand for health", 'Journal of Political Economy', 80 (marzoapr. 1972): 223-55.

NOTA 45.

P. E. Enterline, "Sick absence in certain Western countries", 'Industrial Medicine and Surgery', 33 (ottobre 1964): 738.

NOTA 46.

Per un orientamento sulla letteratura confronta Kathleen N. Williams (a cura) "Health and development: an annotated indexed bibliography", Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Department of International Health, Baltimora, 1972: 931 titoli riguardanti la salute, comunque misurata, e il suo presunto rapporto con lo sviluppo economico.

Costruito come uno strumento di lavoro per lo stanziamento di risorse sanitarie, è particolarmente prezioso per i riferimenti e i sommari di studi eseguiti nell'Europa orientale.

NOTA 47.

Herbert Pollack, Donald R. Sheldon, "The factor of disease in the world food problem", 'Journal of the American Medical Association', 212 (1970): 598-603.

Gli individui ammalati consumano più alimenti per unità di lavoro svolto e producono anche meno lavoro.

Nell'uno e nell'altro modo, le malattie endemiche contribuiscono alla scarsità di cibo nel mondo.

NOTA 48.

Ralph Audy, "Health as quantifiable property", 'British Medical Journal', 1973, 4:486-7.

Audy è uno dei rari autori che vanno al di là dell'economia banale e sviluppano un modello per l'analisi dimensionale dell'uomo in relazione al suo ambiente.

Egli considera la salute una proprietà continua che può essere potenzialmente misurata in termini di capacità dell'individuo di 'riprendersi dalle sfide ad adattarsi'.

La rapidità e il successo della ripresa dipendono dal grado di protezione offerta dai 'bozzoli' abituali dell'individuo e dalla 'salute' della società in generale.

NOTA 49.

Confronta Williams, "Health and development", cit., capitolo sull'economia sanitaria sovietica.

NOTA 50.

Claude Welch, "Professional Standards Review Organizations: pros and cons", 'New England Journal of Medicine', 290 (1974): 1319 e seguenti; idem, 289 (1973): 291-5.

David E.

Willet, "P.S.R.O. today: a lawyer's assessment", 'New England Journal of Medicine', 292 (1975): 340-3, e il commento redazionale a pagina 365.

NOTA 51.

Tom Dewar, "Some notes on the professionalization of the client", Documento CIDOC I/V/73/37, Cuernavaca, 1973.

NOTA 52.

Robert J. Haggerty, "The boundaries of health care", 'Pharos', luglio 1972, pagine 106-11.

NOTA 53.

Health Policy Advisory Committee, "The American health empire: power, profits and politics", a cura di Barbara e John Ehrenreich, Random House, Nuova York, 1970.

Dalla fine degli anni Sessanta il Health Policy Advisory Center (17 Murray Street, New York 10007) ha svolto un ruolo importante nella denuncia delle disfunzioni tecniche e organizzative insite nel sistema sanitario americano in conseguenza del suo carattere di sfruttamento capitalistico.

Il 'Health-PAC Bulletin', che si pubblica presso lo stesso indirizzo, è una preziosa testimonianza dell'evoluzione di questa critica.

Gli Ehrenreich rappresentano probabilmente quello che era il pensiero del loro gruppo all'epoca della pubblicazione.

Essi rilevano che l'integrazione della professione medica, delle industrie sanitarie e delle burocrazie assistenziali sviluppa in ciascuno di questi organismi caratteristiche tipiche di ogni impresa transnazionale.

Queste caratteristiche comuni le amalgamano in un 'complesso' che opera in modo da consolidare reazioni infantili, razziste e sessiste in coloro che privilegia con sottile o grossolana arbitrarietà.

L'eliminazione del movente del profitto e una larga partecipazione dei sani e dei malati alla presa delle decisioni dovrebbe rendere il sistema responsabile, equo e più efficace per la cura della salute.

NOTA 54.

Nell'Alto Volta (Africa centrale), per l'intera assistenza sanitaria erogata nel paese, medicinali compresi, si spendono annualmente circa 25 milioni di dollari.

Il doppio di questa somma viene invece speso dal governo per trasportare alcuni malati a Parigi e ricoverarli negli ospedali della capitale francese.

La cifra equivale all'intero aiuto per tutti gli scopi non militari, di 50 milioni di dollari, versato annualmente dalla Francia alla sua ex colonia.

Dal sempre impeccabilmente informato giornale umoristico dei burocrati francesi, 'Le Canard enchainé', 1 gennaio 1975.

NOTA 55.

Nathan Glazer, "Paradoxe of health care", 'Public Interest' (inverno 1971): 62-77: le famiglie americane a basso reddito ricevono, in dollari per assistenza sanitaria, non di meno ma di più della fascia di popolazione con reddito immediatamente superiore.

NOTA 56.

Se si vuol conoscere uno schema utile alla creazione di bisogni si veda Jonathan Bradshaw, "A taxonomy of social need", in Gordon MacLachlan (a cura), "Problems and progress in medical care: essays on current research", Oxford University Press, Nuova York, 1972, 7:69-82.

Per chiarire e rendere esplicito che cosa si fa quando dei burocrati addetti a un servizio sociale studiano come soddisfare un bisogno sociale, Bradshaw distingue dodici situazioni diverse a seconda della presenza o assenza di 4 fattori di bisogno: 1) bisogno normativo, definito dalla scienza dell'esperto o del professionista; 2) bisogno sentito, definito dalla privazione; 3) bisogno espresso, o richiesta; 4) bisogno comparativo, ottenuto studiando le caratteristiche della popolazione che gode di un servizio (coloro che, avendo caratteristiche analoghe, non usufruiscono del servizio, sono allora definiti bisognosi).

Vedi anche Kenneth Boulding, "The concept of need for health services", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 44 (ottobre 1966): 202-23.

Per il testamento di Richard M. Titmuss a questo riguardo, vedi "Social policy: an introduction", Pantheon Books, Nuova York, 1975, specialmente il capitolo 10, "Values and choices", pagine 132-141. NOTA 57.

Kadushin, "Social class and the experience of ill health", cit.

Gli appartenenti alla classe superiore sono generalmente più abili nello sfruttare l'assistenza sanitaria a carico della collettività, grazie alla loro maggiore esperienza e, in certi casi, alla loro capacità di utilizzare piccoli versamenti per acquisire il titolo ad ampi diritti.

NOTA 58.

Jesús M. de Miguel, "Framework for the study of national health systems", comunicazione presentata all'ottavo congresso mondiale di sociologia, agosto 1974, ciclostilato.

Cerca di collegare le differenze regionali all'interno dei paesi con l'analisi delle differenze tra un paese e l'altro.

Vedi la tavola 1 per una crono-tipologia della ricerca comparata sui sistemi sanitari dal 1930.

Kerr L. White e altri, "International comparisons of medical-care utilization", 'New England Journal of Medicine', 277 (1967): 516-22, rileva le difficoltà metodologiche implicite nella misurazione simultanea di una variabile dipendente quale la 'utilizzazione' in contesti così diversi fra loro come l'Inghilterra, la Jugoslavia e gli Stati Uniti.

NOTA 59.

David Barkin, "Access to and benefits from higher education in Mexico", stesura preliminare per osservazioni, documento CIDOC A/E 285, Cuernavaca, 1970.

NOTA 60.

Arnoldo Gabaldón, "Health service and socio-economic development in Latin America", 'Lancet', 1969, 1:739-44.

Gunnard Adler-Karlsson "Unequal access to health within and between nations", relazione scritta per il simposio organizzato dall'istituto Gottlieb Duttweiler sul tema 'I limiti della medicina', Davos, 24-26 marzo 1975, ciclostilato.

NOTA 61.

Joseph ben David, "Professions in the class system of present-day societies: a trend report and bibliography", 'Current Sociology', 12 (1963-64): 247-330.

NOTA 62.

Per una rappresentazione visiva semplificata, Elizabeth L.

White, "A graphic presentation on age and income differentials in selected aspects of morbidity, disability and utilization of health services", 'Inquiry', 5, numero 1(1968): 18-30.

Un'analisi più particolareggiata e aggiornata in R. Anderson, John F. Newman, "Societal and individual determinants of health care in the U.S.A.", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 51 (inverno 1973): 951-24. 63.

Sul legame tra povertà e cattiva salute negli Stati Uniti vedi John Kosa e altri (a cura) "Poverty and health: a sociological analysis", Commonwealth Fund Books, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1969, raccolta di scritti in favore dell'assicurazione sanitaria federale.

Herbert T. Birch, Joan Dye Gussow, "Disadvantaged children: health, nutrition and school failure", Harcourt Brace, Nuova York, 1970: benché gli autori credano nel valore di una maggiore assistenza medica per i poveri, il libro dimostra che nella discriminazione a danno dei bambini poveri i fattori che non hanno rapporto con le cure sono di gran lunga i più importanti.

NOTA 64.

Il rapporto della mortalità con le cure sanitarie e con le variabili ambientali è esaminato in un'analisi della regressione da Richard Auster e altri, "The production of health: an exploratory study", 'Journal of Human Resources', 4 (autunno 1969): 411-36.

Se l'istruzione e l'assistenza sanitaria sono regolate, all'alto reddito si accompagna una mortalità elevata.

Probabilmente ciò denota, nei gruppi più ricchi, alimentazione sfavorevole, mancanza di esercizio fisico e tensione psicologica.

Fattori avversi associati con l'aumento del reddito possono annullare gli effetti vantaggiosi di un miglioramento quantitativo e qualitativo dell'assistenza sanitaria.

I rischi particolari cui sono esposti i super-ricchi non sono un fatto completamente nuovo: S. Gilfillan, "Roman culture and systemic lead poisoning", 'Mankind Quarterly', 5 (gennaio 1965): 55-9.

L'analisi di ossa provenienti da cimiteri romani del terzo secolo ha rivelato alte concentrazioni di piombo.

L'avvelenamento fu probabilmente dovuto al piombo usato per sigillare le anfore nelle quali si importava il vino dalla Grecia.

NOTA 65.

Rashi Fein, "On achieving access and equity in health care", 'Milbank Memorial Fund Quarterly', 50 (ottobre 1972): 34.

NOTA 66.

Emanuel De Kadt, "Inequality and health", cit. sottolinea più lucidamente di quasi tutti gli altri autori il punto che io voglio chiarire: "Le ideologie professionali che puntano al mantenimento di alti livelli di assistenza medica tengono in piedi un sistema sanitario che trascura le esigenze elementari della maggioranza per concentrarsi sulle condizioni complesse e costose di una piccola minoranza" (pagine 5 e 24).

NOTA 67.

Sull'impresa sanitaria al servizio della specializzazione vedi, per gli Stati Uniti, Rosemary Stevens, "American medicine and the public interest", Yale University Press, New Haven, Connecticut, 1973.

Per il parallelo in Germania, Hans-Heinz Eulner, "Die Entwicklung der medizinischen Spezialfcher an den Universitten des deutschen Sprachgebietes", in "Studien zur Medizingeschichte des 19 Jh.", Enke, Stoccarda, 1970.

NOTA 68.

Howard Freeman, Sol Levine, Leo Reeder, "Handbook of medical sociology", Prentice-Hall, Englewood Cliggs, N. J., 1963, pagine 216-17, per informazioni sul rapporto numerico tra chiropratici abilitati e medici (1 su 10), sui primi colleges universitari per medici (1765), dentisti (1868) e optometristi (1901).

NOTA 69.

Michael Marien, "The psychic frontier: toward new paradigms for man.

Guide to 200 books, articles and journals", bozza, marzo 1974, World Institute Council, 777 United Nations Plaza, New York 10017: guida bibliografica ragionata, spesso con cenni sul contenuto e giudizi, a circa 200 libri, riviste e bollettini, tutti riguardanti modi sostitutivi per star bene in salute o guarire; a chi non è iniziato può dare un'idea del ventaglio dal dottrinario al serio e al pomposo.

Academy of Parapsychology and Medicine, "The dimensions of healing: a symposium", presso l'Academy, Los Altos, California, 1972.

Sheila Ostrander, Lynn Schroeder, "Psychic discoveries behind the Iron Curtain", Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J. 1970, e Bantam, Nuova York, 1971.

NOTA 70.

Henry E. Sigerist, "The history of medical licensure", 'Journal of the American Medical Association', 104 (1935):1057-60, sul passaggio dal pluralismo di mansioni all'egemonia professionale del nuovo medico la cui competenza nella diagnosi e nella terapia 'scientifiche' era garantita dalla frequenza di una facoltà di medicina uscita indenne dal rapporto Flexner.

NOTA 71.

Ronald Akers, Richard Quinney, "Differential organization of health professions: a comparative analysis", 'American Sociological Review', 33 (febbraio 1968): 104-21.

Sull'organizzazione interna degli ordini dei medici, dentisti, optometristi e farmacisti, e sulla rispettiva coesione, ricchezza e potenza.

NOTA 72.

William L. Frederick, "The history and phylosophy of occupational licensing legislation in the United States", 'Journal of the American Dental Association', 58 (marzo 1959): 18-25.

NOTA 73.

U.S.

Department of Health, Education and Welfare, "Medical malpractice", rapporto della commissione ministeriale d'indagine sul cattivo esercizio della medicina, 16 gennaio 1973.

NOTA 74.

Health Services Research Center, Institute for Interdisciplinary Studies, Medical manpower specialty distribution project 1975-80", bozza preliminare, 1971.

NOTA 75.

Per studi sul contenimento di un'ulteriore proliferazione vedi William J. Goode, "The theoretical limits of professionalization", in Amitai Etzioni (a cura), "The semiprofessions and their organization", Free Press, Nuova York, 1969, pagine 266-313.

Secondo Goode, benché le tecniche continuino a moltiplicarsi, sono tuttavia meno numerose quelle che per il loro esercizio richiedono quella fiducia da parte del cliente sulla quale si fonda l'autonomia professionale.

Un'ulteriore specializzazione delle competenze potrebbe perciò concentrare nuovamente il potere professionale in un minor numero di mani.

Vedi anche Wilbert Moore, Gerald W. Rosenblum, "The professions: roles and rules", Russel Sage, Nuova York, 1970, capitolo 3.

Harold Wilensky, "The professionalization of everyone?", 'American Journal of Sociology', 70 (settembre 1964):137-58: il processo di professionalizzazione non è estensibile ad arbitrio, perché la burocratizzazione minaccia l'ideale del servizio prestato con dedizione ancor più intensamente di quanto non limiti l'autonomia di colui che svolge il servizio.

NOTA 76.

Sulla crisi della professione infermieristica negli Stati Uniti, vedi National Commission for the Study of Nursing Education, "An abstract for action", MacGraw-Hill, Nuova York, 1970.

NOTA 77.

Il tecnico sanitario autonomo e indipendente, non soggetto alla gerarchia medica, è ancora tabù: Oscar Gish (a cura), "Health, manpower and the medical auxiliary: some notes and an annotated bibliography", Intermediate Technology Development Group, Londra, 1971.

Gish cerca di distinguere fra il professionista costoso, prestigioso, fortemente specializzato, col suo lungo addestramento e la sua facilità a staccarsi dalla comunità; l'infermiera paraprofessionale, dotata d'una preparazione accademica e teorica; e l'ausiliario sanitario, che possiede le capacità che sono richieste il più delle volte. NOTA 78.

Victor Fuchs, "Who shall live? Health economics and social choice", cit.

Nathan Hershey e Walter S. Wheeler, "Health personnel regulation in the public interest: questions and answers on institutional licensure", pubblicato dalla California Hospital Association a uso del settore dell'assistenza sanitaria, 1973.

NOTA 79.

S. Kelman, "Towards a political economy of medical care", 'Inquiry', 8, numero 3 (1971): 30-8.

Secondo Kelman, il predominio del capitale finanziario nel settore sanitario potrebbe preludere a un declino dell'autonomia del professionista, essendo questi costretto a sindacalizzarsi; l'abilitazione d'istituto, che trasformerebbe in un impiegato persino il direttore di clinica, non farebbe che accentuare questa tendenza.

Confronta sopra nota 75.

NOTA 80.

Corinne Lathrop Gilb, "Hidden hierarchies: the professions and government", Harper and Row, Nuova York, 1966: sulle strategie impiegate dai medici, dagli avvocati e dagli educatori americani per acquistare potere politico organizzando associazioni professionali e pretendendo come un diritto ciò che, in origine, era stata una prerogativa onorifica.

NOTA 81.

L'idea che le professioni si basano su una concessione di potere da parte della collettività è di Eliot Freidson, "Professions of medicine: a study of the sociology of applied knowledge", Dodd, Mead, Nuova York, 1971, che io seguo da vicino.

Per orientarsi sullo stato della discussione, oltre a Freidson si veda Howard S. Becker, "The nature of profession" in Henry Nelson (a cura), "Education for the professions", National Society for the Study of Education, Chicago, 1962, capitolo 2, pagine 27-46.

NOTA 82.

Howard S. Becker, "Outsiders: studies in the sociology of deviance", Free Press, Nuova York, 1963, pagina 177, rileva che la conseguenza più ovvia di una vittoriosa crociata contro qualche male è la creazione di una serie di nuove regole e di un corpo di funzionari incaricati di farle rispettare. "Come i

movimenti politici radicali si trasformano in partiti organizzati e impetuose sette evangeliche diventano posati culti religiosi", così, sostengo io, persone che sono partite col proposito di realizzare sogni di distribuzione della salute si tramutano in un corpo professionale di guardiani.

NOTA 83.

Vicente Navarro, "Social policy issues: an explanation of the composition, nature and functions of the present health sector of the United States", Johns Hopkins University, saggio basato su una relazione presentata alla conferenza annuale dell'Academy of Medicine di Nuova York, 25-26 aprile 1974.

Navarro sostiene che i valori prevalenti nel settore della sanità sono certo modellati dalla corporazione sanitaria, ma rispecchiano la distruzione del potere economico e politico all'interno della società.

Il potere di modellare i valori sanitari dà ai professionisti all'interno del settore un'influenza dominante sulla struttura dei servizi assistenziali, ma nessun controllo effettivo.

Questo controllo si esercita attraverso la proprietà dei mezzi di produzione, riproduzione e legittimazione, che è posseduta dall'élite capitalistica.

Navarro non sembra rendersi conto che io sono perfettamente d'accordo con lui su questo punto, mentre sono meno ingenuamente ottimista circa l'indifferenza politica di ogni e qualunque tecnica usata nella prestazione dell'assistenza sanitaria.

Io sostengo che la dialisi, i trapianti e il ricorso alla terapia intensiva per la maggior parte delle malattie croniche, ma anche semplicemente l'intensità in genere del nostro sforzo medico, sottopongono inevitabilmente a sfruttamento qualunque società decida di includerli nel repertorio del proprio sistema d'assistenza sanitaria.

Vedi Vicente Navarro, "The industrialization of fetishism or the fetishism of industrialization: a critique of Ivan Illich", Johns Hopkins University, gennaio 1975.

Per la tesi che le ideologie mediche modellano un sistema di assistenza che tuttavia non controllano, vedi anche Massimo Gaglio, "Medicina e profitto: tesi di discussione per operai, studenti e tecnici", Edizioni Sapere, Milano, 1971, e Aloisi e altri, "La medicina e la società contemporanea", atti del convegno promosso dall'Istituto Gramsci, Roma, 28-30 giugno 1967, Editori Riuniti, Roma 1968.

NOTA 84.

Philip Selby, "Health in 1980-1990: a predictive study based on an international inquiry", 'Perspectives in Medicine', volume 6 (1974): previsione, basata su uno 'scenario' delfico, in cui si tratteggia un'utopia conforme ai desideri della settantina di burocrati della sanità intervistati.

NOTA 85.

A causa di questo fatto, la 'innocenza' propria della ricerca scientifica manca nella medicina.

Hans Jonas, "Philosophical reflections on experimenting with human subjects", in Paul A. Freund (a cura), "Experimentation with human subjects", Braziller, Nuova York, 1969, pagine 1-28.

Benché tratti principalmente le forme estreme di sperimentazione, questo saggio permette di capire chiaramente il rapporto fra esperimento e assistenza.

NOTA 86.

Harris L. Coulter, "Divided legacy.

A history of the schism in medical thought": volume 1, "The patterns emerge: Hippocrates to Paracelsus"; volume 2, "Progress and regress: J. B.

Van Helmont to Claude Bernard"; volume 3, "Science and ethics in American medicine: 1800-1914", MacGrath, Washington, D.C., 1973.

Vasto e ben documentato tentativo di disegnare la storia della medicina empirica in costante tensione con la tradizione razionalistica.

NOTA 87.

Henry E. Sigerist, "Probleme der medizinischen Historiographie", 'Sudhoffs Archiv', 24 (1931):1-18.

La storia della medicina si può scrivere come storia dei tipi di malattia, delle ideologie mediche o delle attività sanitarie, le prime due visuali vengono spesso trascurate.

NOTA 88.

La tesi è espressa con forza da Gerald Leach, "I padroni della vita", Mondadori, Milano, 1971; confronta edizione riveduta, "The biocrats", Penguin, Londra, 1972.

NOTA 89.

Talcott Parsons, "Research with human subjects and the 'professional complex'", in "Freund Experimentation with human subjects", cit., pagine 116 e seguenti.

All'interno del complesso professionale medico, Parsons distingue: 1) ricerca, intesa alla creazione di nuovo sapere; 2) assistenza, che utilizza il sapere per interessi umani pratici; e 3) insegnamento, che trasmette il sapere.

E' diritto dei profani, egli sostiene, da riconoscere formalmente, che i danni derivanti dalle tensioni irrisolte all'interno del complesso siano ridotti al minimo.

NOTA 90.

Dopo che il paziente è stato danneggiato o è morto, il medico cercherà di 'irrigidire' la decisione che ha portato a questo risultato, riducendo la dissonanza cognitiva.

L'argomento in favore dell'alternativa da lui scelta si presenta sempre più forte man mano che egli 'rimuove' gli argomenti favorevoli all'alternativa scartata.

Egli si comporta come una massaia: prima che questa esca a far la spesa, quanto più un cibo è costoso tanto meno è probabile che esso arrivi in tavola; una volta che è entrata nel supermercato e ha deciso cosa comprare, quanto più alto è il prezzo pagato tanto più è probabile che il cibo venga consumato. Confronta Leon Festinger, "Conflict, decision and dissonance", Stanford Studies in Psychology numero 3, Stanford University Press, Stanford, California, 1964.

Sul conflitto di ruoli fra il medico in quanto consigliere e il medico in quanto scienziato, Eliot Freidson, "Professional dominance: the social structure of medical care", Aldine, Chicago, 1972.

NOTA 91.

Allan Hoffman, David Rittenhouse Inglis, "Radiation and infants", recensione del libro "Low-level radiation" di Ernest J.

Sternglass, 'Bulletin of the Atomic Scientists', dicembre 1972, pagine 45-52.

I due recensori prevedono che quando saranno largamente note le prove adottate da Sternglass sul pericolo della radioattività di basso livello, non potrà non aversi un contraccolpo anti-scientifico da parte del pubblico.

Questo riterrà di essere stato cullato in un senso illusorio di sicurezza dall'infondato ottimismo dei portavoce delle istituzioni scientifiche.

Gli autori auspicano pertanto che si trovi il modo per prevenire una simile reazione e proteggere la comunità scientifica dalle sue eventuali conseguenze.

NOTA 92.

Thomas M. Dunay, "Health planning: a bibliography of basic readings", Council of Planning Librarians, Exchange Bibliography, ciclostilato, Monticello, Ill., 1968, dice: "Sul tema della pianificazione sanitaria la letteratura delle fonti è ormai così vasta che fornirne una bibliografia completa è diventato un problema immane.

Questa difficoltà è stata parzialmente superata mediante la compilazione di bibliografie distinte... molte delle quali sono incluse in questo corpus unificato di testi-base a uso di chi si accosta per la prima volta al tema".

Vedi anche National Library of Medicine (8600 Rockville Pike, Bethesda, Md.), 'Selected references on environmental quality as it relates to health', periodico, si pubblica dal 1971; National Institute of Environmental Health Science (Triangle Park, Londra), 'Environmental Health', dal 1971; National Library of Medicine, 'Environmental Biology and Medicine' dal 1971; 'Current Bibliography of Epidemiology', American Public Health Association, 1740 Broadway, N.Y. 10019.

NOTA 93.

Come esempio di questo approccio vedi Monroe Lerner e altri, "The nonhealth service's determinants of health levels: conceptualization and public policy implications", rapporto di un comitato di studio finanziato dalla fondazione Carnegie alla Medical Sociology Section della American Sociological Association, 29 agosto 1973, ciclostilato.

Questo documento fornisce una base concettuale per estendere il mandato delle burocrazie sanitarie a tutte quelle materie tradizionalmente esorbitanti dalla sua sfera, sostenendo che esse rientrano nei poteri inerenti al mandato.

Dovendo stabilire i limiti del suo campo, il comitato arrivò alle seguenti conclusioni: 1) esso comprende i fattori che si ripercuotono sui livelli di salute o che sono percepiti in questo senso, e non i concetti, le misure dei livelli di salute o le circostanze esterne alla salute che agiscono a livello socioculturale; 2) riguarda selettivamente i fattori che influenzano le popolazioni a rischio, 3) riguarda l'opera di prevenzione, conservazione e adattamento in rapporto con le malattie croniche e con l'invalidità, ma solo in quanto non sia intesa come 'assistenza medica'; 4) riguarda la cattiva salute causata accidentalmente dal contatto col sistema che provvede all'assistenza personale.

Vedi anche "The sources of health: an annotated bibliography of current research regarding the nontherapeutic determinants of health", Center for Urban Affairs, North-western University, Evanston, Idaho, 1973.

NOTA 94.

Hugh Iltis, Orié Loucks, Peter Andrews, "Criteria for an optimum human environment", 'Bulletin of the Atomic Scientists', gennaio 1970, pagine 2-6.

George L. Engel, "A unified concept of health and disease", 'Perspectives in Biology and Medicine', 3 (estate 1960): 459-85.

NOTA 95.

Per un'analisi teorica delle forme di salute specificate in questi termini, vedi Aaron Antonovsky, "Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine", 'Social Science and Medicine', 6 (ottobre 1972): 537-44.

L'autore invoca una quarta categoria nell'armamentario concettuale della medicina moderna, cioè il riconoscimento del collasso.

Finora, dice, per dominare la malattia, la medicina ha elaborato tre grandi concetti.

Dapprima si scoprì che le malattie potevano essere prevenute con interventi sanitari pubblici sull'ambiente, in particolare mediante il controllo degli approvvigionamenti alimentari e idrici.

La seconda conquista venne col concetto di immunizzazione, preparante l'individuo a resistere.

Entrambi gli approcci si basano sull'immagine dell'agente pericoloso.

Una terza conquista si ebbe col riconoscimento della genesi multipla: si soccombe a una data malattia quando un dato agente in un dato ambiente interagisce con un dato organismo ospite; il compito della medicina è di riconoscere e governare questi elementi 'dati'.

Secondo Antonovsky, neppure Dubos va esplicitamente oltre questo concetto della causalità multipla, anche se sottolinea l'esigenza di migliorare la capacità dell'uomo di adattarsi allo stress che costituisce una minaccia in determinate malattie.

Antonovsky suggerisce dunque un ulteriore concetto, il collasso, avanzando una definizione che vorrebbe rendere operativo questo concetto globale.

A tale scopo propone una serie di specificazioni relative a quattro fattori che sono comuni a qualunque malattia: 1) il dolore può essere assente, lieve, moderato o forte; 2) l'impedimento può essere assente, fastidioso, moderato o grave; 3) il carattere acuto o cronico può essere valutato in sei modi: stato né acuto né cronico, lieve-cronico ma non degenerativo, acuto ma non minaccioso per la vita, serio-cronico ma non degenerativo, serio-cronico-degenerativo, acuto e minaccioso per la vita; 4) a giudizio della professione medica la malattia può non richiedere aiuto, sorveglianza o terapia.

Si vengono così a stabilire 288 possibili tipi di collasso.

Secondo l'autore, "sorge un problema radicalmente nuovo: qual è l'eziologia del collasso? C'è qualche nuova costellazione di fattori che costituisce un potente indicatore predittivo di collasso?" NOTA 96.

René Dubos, "Man and his environment: biomedical knowledge and social action", Pan-American Health Organization scientific publication numero 131, Washington, D.C., 1966.

Alexander Mitscherlich, "Psychosomatische Anpassungsgefährdungen", in "Das beschädigte Leben: Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen.

Ein Symposium geleitet und herausgegeben von Alexander Mitscherlich", Piter, Monaco, 1969, pagine 35-46.

A che punto il medico diventa il complice immorale di un ambiente distruttivo? S. V. Boyden (a cura), "Cultural adaptation to biological maladjustment: the impact of civilization on the biology of man", Australian National University Press, Canberra, 1970.

NOTA 97.

Per riferimenti vedi Robert Harris, "Health and crime abstracts 1960-1971", Houston Project for the Early Prevention of Individual Violence, University of Texas School of Public Health, Houston, 1972.

William Morrow e altri, "Behavior therapy bibliography 1951-1969, annotated and indexed", University of Missouri Studies numero 54, University of Missouri Press, Columbia, 1971.

NOTA 98.

David J. Rothman e altri, "An historical overview: behavior modification in total institutions", 'Hastings Center Report', 5 (febbraio 1975):17-24.

Roy G. Spece junior, "Conditioning and other technologies used to 'treat?', 'rehabilitate?', 'demolish?' prisoners and mental patients", 'Southern California Law Review', 45, numero 2 (1972): 616-84.

Esame dello stato giuridico, secondo la legge americana, delle terapie che mirano ad alterare il comportamento.

NOTA 99.

Per un resoconto autobiografico di particolare finezza, diffuso attraverso il "samizdat" e pubblicato nell'originale in 'Grani', numero 79, 1971, vedi G. M. Simanov, "Memorie dalla Casa rossa", in Autori Vari, "Terra nuova sotto la Stella rossa", Jaca Book, Milano, 1971.

NOTA 100.

D. A. Begelman, "The ethics of behavioral control and a new mythology", 'Psychotherapy', 8, numero 2 (1971): 165-9.

Capitolo 8.

IL RECUPERO DELLA SALUTE.

La causa di gran parte delle sofferenze è sempre stata l'uomo.

La storia dell'umanità è tutta una lunga cronaca di schiavitù e di sfruttamento, per lo più tramandata dalle narrazioni epiche dei vincitori o dai canti elegiaci delle loro vittime.

La guerra è sempre al centro di questa cronaca, la guerra e il saccheggio, la carestia e la pestilenza che venivano sulla sua scia.

Ma solo con l'era contemporanea gli effetti collaterali indesiderati delle cosiddette imprese pacifiche cominciano a gareggiare con la guerra quanto a capacità di seminare distruzione nel campo fisico, sociale e psicologico.

L'uomo è l'unico animale la cui evoluzione sia stata condizionata dall'adattamento su più di un fronte.

Quando non soccombeva ai predatori o alle forze della natura, egli doveva ancora affrontare gli usi e gli abusi degli altri membri della sua specie.

In questa lotta con gli elementi e con i suoi simili, egli si formò un carattere e una cultura, i suoi istinti si indebolirono e il suo territorio si trasformò in una casa.

Gli animali reagiscono alle modificazioni del loro ambiente naturale adattandosi con l'evoluzione.

Soltanto nell'uomo questa sfida diventa conscia e la risposta a situazioni difficili e minacciose assume la forma di un'azione razionale e di un'abitudine consapevole.

L'uomo può organizzare i suoi rapporti con la natura e con i propri simili, ed è in grado di sopravvivere anche quando la sua impresa fallisca parzialmente.

E' l'animale capace di sopportare le prove con pazienza e di imparare comprendendole.

E' l'unico essere che sappia e debba rassegnarsi ai propri limiti una volta che li ha conosciuti.

Se riesce a salvaguardarsi è perché reagisce coscientemente alle sensazioni dolorose, alla menomazione e infine alla morte.

La capacità di ribellarsi e quella di perseverare, di resistere ostinatamente e di rassegnarsi, sono tutte parti integranti della sua vita e della sua salute. Ma la natura e il prossimo sono soltanto due delle tre frontiere su cui l'uomo deve difendersi.

Un terzo fronte da cui può venire una minaccia fatale è sempre stato riconosciuto.

Per restare in condizioni vitali, l'uomo deve anche sopravvivere ai sogni, che finora erano modellati e insieme tenuti a freno dal mito.

Oggi la società deve elaborare dei programmi per fronteggiare i desideri irrazionali dei suoi membri più dotati.

Prima, era il mito ad adempiere la funzione di porre dei limiti alla materializzazione dei sogni cupidi, invidiosi, omicidi.

Il mito prometteva all'uomo comune la sicurezza su questa terza frontiera, purché egli rimanesse entro la sua barriera.

Garantiva invece la rovina a quei pochi che cercavano di aggirare gli dei.

L'uomo comune moriva di malattia o di violenza; solo chi si ribellava alla condizione umana diventava preda di Nemese, la gelosia degli dei.

Nemese industrializzata.

Prometeo non era Ognuno ma un eroe.

Spinto da un'ambizione estrema ("pleonexia"), oltrepassò le barriere dell'uomo ("aitia e mesotes") e nella sua sconfinata presunzione ("hubris") rubò il fuoco al cielo. (1) Attirò quindi fatalmente Nemese su di sé.

Fu messo in ceppi e incatenato a una rupe del Caucaso.

Per tutto il giorno un'aquila gli divorava il fegato, e ogni notte, spietatamente, divinità riparatrici tornavano a trapiantarglielo tenendolo in vita.

Il castigo inflittogli da Nemese era di quelli riservati ai semidei, non agli uomini.

La sua sofferenza disperata e senza fine ricordava per l'eternità che l'eroe non può sfuggire alla vendetta cosmica.

Oggi l'aspetto sociale della nemese è cambiato.

Con l'industrializzazione del desiderio e la tecnicizzazione delle relative risposte rituali, la "hubris" è divenuta un fenomeno di massa.

Il progresso materiale senza fine è diventato l'obiettivo di Ognuno.

La "hubris" industriale ha infranto la cornice mitica che poneva limiti alle fantasie irrazionali, ha fatto sembrare razionali le risposte tecniche a sogni insensati e ha tramutato l'aspirazione a valori distruttivi in una cospirazione tra fornitore e cliente.

La nemese che si abbatte ora sulle masse è l'ineluttabile contraccolpo del progresso industriale, la nemese moderna è il mostro in cui si è materializzato il sogno industriale imperante.

E' presente dovunque ci sia scolarizzazione universale, trasporto di massa, lavoro salariato industriale, medicalizzazione della salute.

Il mito tramandato non costituisce più un limite per l'azione.

Se la specie vuole sopravvivere alla fine dei suoi miti tradizionali, deve imparare a dominare razionalmente e politicamente i suoi sogni di cupidigia, d'invidia, di pigrizia.

Il mito da solo non serve più.

Alla barriera mitologica dovrà sostituirsi una limitazione politica della crescita industriale.

E' in sede politica che bisognerà fissare i limiti del modo di produzione industriale, partendo dalla ricerca e dall'individuazione delle condizioni materiali necessarie per garantire la sopravvivenza, l'equità e l'efficacia.

La nemese è diventata strutturale ed endemica.

Imprese che avrebbero dovuto proteggere la gente comune dall'ostilità dell'ambiente e dalle ingiustizie commesse a suo danno dalla élite, producono come risultato indiretto una crescente miseria dovuta all'uomo.

La fonte principale della sofferenza, dell'invalidità e della morte, oggi, è la vessazione programmata, anche se non intenzionale.

I malesseri più diffusi, lo smarrimento e l'ingiustizia di cui soffriamo sono in gran parte conseguenze non volute di strategie intese a produrre una migliore istruzione, migliori alloggi, una migliore alimentazione, una migliore salute.

Una società che valuta l'insegnamento pianificato più dell'apprendimento autonomo non può che insegnare a stare al proprio posto prestabilito.

Una società che per la locomozione si affida al trasporto programmato non può che fare lo stesso.

Al di là di un certo livello, l'energia impiegata nel trasporto immobilizza e asservisce la maggioranza dei passeggeri anonimi e offre vantaggi solo per l'élite.

Nessun nuovo tipo di carburante, di tecnologia o di controllo pubblico può impedire che la crescente mobilitazione e accelerazione della società produca, in misura sempre maggiore, tormento, paralisi programmata e ineguaglianza.

Lo stesso vale per l'agricoltura.

Quando il capitale investito nella coltivazione e nella lavorazione di generi alimentari supera un certo livello, dilaga la malnutrizione.

I risultati della 'rivoluzione verde' devastano allora il fegato dei consumatori più radicalmente dell'aquila di Zeus.

Non c'è ingegneria biologica che dopo questo punto possa evitare la denutrizione e l'intossicazione da cibi.

Ciò che sta avvenendo nel Sahel subsahariano è solo una prova generale della carestia che guadagna terreno in tutto il mondo.

Non è che l'applicazione di una legge universale: quando col modo industriale si produce più di una certa quota di valore, le attività di sussistenza si paralizzano, declina l'equità e diminuisce la soddisfazione globale.

Non si tratterà della carestia sporadica che una volta veniva al seguito della siccità e della guerra, o della penuria occasionale cui si poteva rimediare con la buona volontà e con spedizioni d'emergenza.

La fame imminente è un sottoprodotto dell'inevitabile concentrarsi dell'agricoltura industrializzata nei paesi ricchi e nelle regioni fertili di quelli poveri.

Paradossalmente, il tentativo di combattere la carestia con un ulteriore sviluppo dell'agricoltura industrialmente efficiente non fa che accrescere la portata della catastrofe riducendo l'impiego delle terre marginali.

La carestia non potrà che acuirsi finché la tendenza oggi dominante, di una produzione alimentare a forte intensità di capitale eseguita dai poveri per i ricchi, non verrà sostituita da un nuovo tipo di autonomia agricola, regionale, a forte intensità di lavoro.

Oltre un certo livello di "hubris" industriale, deve incominciare la nemesi, perché il progresso, come la scopa dell'apprendista stregone, non si può più togliere di mezzo.

I difensori del progresso industriale sono o ciechi o disonesti quando pretendono di saperne calcolare il costo.

Non è possibile conteggiare, compensare o liquidare i danni conseguenti alla nemesi.

L'esborso immediato per lo sviluppo industriale poteva sembrare ragionevole, ma le rate dell'interesse composto sulla crescita della produzione oggi maturano sotto forma di sofferenze che esorbitano da qualunque misura o prezzo.

Quando ai membri di una società si chiede di pagare ogni volta di più per delle necessità stabilite industrialmente (nonostante sia evidente che ogni acquisto procura loro un di più di sofferenze) l'"Homo oeconomicus", teso dietro a vantaggi marginali, si trasforma in "Homo religiosus", che sacrifica se stesso sull'altare dell'ideologia industriale.

A questo punto, il comportamento sociale comincia ad assomigliare a quello del drogato.

Le aspettative diventano irrazionali e prendono la forma di un incubo.

La sofferenza che ci si infligge da soli supera ogni offesa provocata dalla natura e tutti i danni inferti dal prossimo.

La "hubris" ispira un comportamento di massa autodistruttivo.

La nemesi classica era il castigo che colpiva l'abuso temerario del privilegio; la nemesi industriale è il compenso che si riceve per la partecipazione d'obbligo al perseguimento di sogni standardizzati, non tenuti a freno né dal mito né dall'autodisciplina razionale.

La guerra e la fame, la pestilenza e le catastrofi naturali, la tortura e la pazzia continuano a essere compagne dell'uomo, ma la nemesi che oggi le governa dà loro una nuova "Gestalt".

Quanto maggiore è il progresso economico di una comunità, tanto più è rilevante la parte che ha la nemesi industriale nel dolore, nel deterioramento, nella discriminazione e nella morte.

Quanto più l'affidamento alle tecniche si traduce in dipendenza, tanto più aumentano lo spreco, la degradazione e la patogenesi che richiedono ancora altre tecniche per essere combattute, e tanto più vasta è la forza-lavoro impegnata nell'eliminazione dei rifiuti, nella gestione degli scarti e nell'assistenza delle persone rese letteralmente sovrabbondanti dal progresso.

Le reazioni al disastro imminente prendono ancora la forma di programmi scolastici più perfezionati, di servizi sanitari più numerosi e di metodi di trasformazione dell'energia più efficienti e meno inquinanti, e si insiste a cercare delle soluzioni in una migliore ingegneria dei sistemi industriali.

La sindrome corrispondente alla nemesi è stata individuata, ma si continua ad attribuirne le cause a difetti tecnologici aggravati da una gestione egoistica, sia questa nelle mani di Wall Street o del Partito. Ancora non ci si rende conto che la nemesi è la materializzazione di una risposta sociale a un'ideologia profondamente errata; non si comprende ancora che è un'illusione delirante alimentata dalla struttura rituale, non-tecnica, delle nostre grandi istituzioni industriali.

Come i contemporanei di Galileo si rifiutavano di guardare al telescopio i satelliti di Giove perché temevano che ne restasse scossa la loro visione geocentrica del mondo, così i nostri contemporanei rifiutano di guardare in faccia la nemesi perché si sentono incapaci di impennare le loro costruzioni socio-politiche sul modo di produzione autonomo anziché su quello industriale.

Dal mito tramandato alla procedura rispettosa.

I popoli primitivi hanno sempre riconosciuto la potenza della dimensione simbolica; hanno avvertito come una minaccia il tremendo, il terrificante, il misterioso.

Questa dimensione poneva limiti non soltanto al potere del re e del mago, ma anche a quello dell'artigiano e del tecnico.

Secondo Malinowski solo la società industriale ha consentito che gli strumenti disponibili venissero utilizzati al massimo della loro efficienza; in tutte le altre società, una base fondamentale dell'etica era il riconoscimento di limiti sacri all'uso della spada e dell'aratro.

Ora, dopo parecchie generazioni di tecnologia sfrenata, la finitezza della natura torna a turbare la nostra coscienza.

Si fanno calcoli per scandagliare i limiti dell'universo.

Sarebbe tuttavia sciocco, in questo momento di crisi, fissare le barriere dell'azione umana sulla base di qualche ideologia ecologica a sé stante, che traduca in termini moderni la mitica sacralità della natura.

La fabbricazione di un'eco-religione sarebbe la caricatura dell'antica "hubris".

Solo un largo accordo sulle procedure atte a garantire in maniera equa l'autonomia dell'uomo post-industriale porterà a riconoscere i limiti necessari dell'azione umana.

Sinora, un presupposto comune a tutti i sistemi etici era che l'atto dell'uomo si compie nel quadro della condizione umana.

E poiché ogni sistema presumeva, tacitamente o esplicitamente, che tale condizione umana fosse più o meno data una volta per tutte, il campo d'azione dell'uomo era rigorosamente circoscritto.

Nella nostra epoca industrializzata, però, non soltanto l'oggetto ma la natura stessa dell'azione umana è nuova. (2) Di fronte a noi non abbiamo più gli dei ma le forze cieche della natura, e anziché tener conto dei limiti dinamici di un universo che siamo arrivati ormai a conoscere, agiamo come se questi limiti non costituissero delle soglie critiche per l'azione umana.

Tradizionalmente, l'imperativo categorico poteva circoscrivere e convalidare l'azione come veramente umana; fissando direttamente dei limiti all'azione di ognuno, esigeva il rispetto di una eguale libertà per gli altri.

La scomparsa di una 'condizione umana' normativa introduce una novità non solo nell'atto umano, ma anche nell'atteggiamento dell'uomo verso il quadro in cui agisce.

Se si vuole che l'azione resti umana anche dopo che il quadro ha perso il suo carattere sacro, occorre che essa trovi un fondamento etico in un nuovo imperativo.

Quest'ultimo non può che riassumersi nei seguenti termini: "Agisci in modo che l'effetto della tua azione sia compatibile con la permanenza della vita autenticamente umana".

Applicato molto concretamente, ciò potrebbe voler dire: "Non accrescere il livello della radioattività se non sei sicuro che questo atto non si ripercuoterà sui figli dei tuoi figli".

Ovviamente un imperativo del genere non si potrà formulare finché la 'vita autenticamente umana' sarà considerata un concetto infinitamente elastico.

E' possibile, senza restaurare la categoria del sacro, arrivare a quell'etica che sola consentirebbe all'umanità di accettare la rigorosa disciplina di questo nuovo imperativo? Altrimenti, si potrebbero escogitare razionalizzazioni per qualunque atrocità: "Perché non si dovrebbe aumentare la radioattività di fondo? I nostri nipoti ci avranno fatta l'abitudine!".

In qualche caso, la paura potrebbe certo aiutare a conservare un minimo di ragionevolezza, ma solo quando le conseguenze fossero abbastanza palesi e imminenti.

I reattori nucleari autofertilizzanti potrebbero non essere realizzati per timore che nel giro di un anno la mafia se ne serva a scopo di estorsione o che i loro operatori muoiano prematuramente di cancro.

Ma finora soltanto la paura del sacro, col suo veto incondizionato, si è rivelata superiore ai calcoli dell'interesse egoistico e alla consolazione offerta dall'incertezza riguardo alle conseguenze remote.

Si potrebbe tornare a invocarla come ordine che la vita autenticamente umana va rispettata sia oggi sia in futuro.

Questo ricorso al sacro, però, è impensabile nella crisi che stiamo attraversando.

Il ricorso alla fede offre certo una scappatoia ai credenti, ma non può costituire la base di un imperativo etico, perché la fede o c'è o non c'è; e se manca, il fedele non può farne colpa a chi non crede.

La storia recente ha dimostrato che i tabù delle culture tradizionali non servono a impedire un sovrasviluppo della produzione industriale.

I tabù erano legati ai valori di una società particolare e al suo modo di produzione, e appunto questi sono andati irrevocabilmente perduti nel corso dell'industrializzazione.

Non è necessario, probabilmente non è attuabile, e certamente non è auspicabile basare la limitazione delle società industriali su un sistema condiviso di idee a sé stanti tendenti al bene comune e fatte rispettare con la forza della polizia.

E' possibile trovare la necessaria base dell'azione etica senza bisogno di imporre nessuno dei dogmi ecologici ora in voga.

Questa alternativa a una nuova ideologia o religione ecologica si basa su un accordo interno ai valori di fondo e alle regole procedurali.

Si può dimostrare che oltre un certo punto della crescita della produzione industriale in qualunque grande campo di valori, le utilità marginali non sono più distribuite equamente e nello stesso tempo comincia a scemare l'efficacia globale.

Se il modo di produzione industriale si espande al di là di una certa fase e continua a urtarsi col modo autonomo, la sofferenza personale aumenta e comincia la dissoluzione sociale.

Nell'intervallo (fra il punto di sinergia ottimale tra produzione industriale e produzione autonoma, e il punto di massima egemonia industriale tollerabile) diventano necessarie le procedure politiche e giuridiche per far regredire l'espansione industriale.

Se queste procedure sono dirette con spirito di illuminato interesse egoistico e desiderio di sopravvivere, nel contesto di un'equa distribuzione del prodotto sociale e di un'equa partecipazione al controllo collettivo, come risultato si dovrebbe arrivare a riconoscere la capacità di carico dell'ambiente e la misura ottimale del complemento industriale dell'azione autonoma necessario per perseguire efficacemente gli obiettivi personali.

Le procedure politiche impiegate sul valore preminente della sopravvivenza nell'equità distributiva e partecipatoria sono l'unica alternativa razionale possibile a una gestione sempre più totalitaria esercitata nel nome dell'ecologia.

Il recupero dell'autonomia personale sarà così il frutto di un'azione politica tesa a consolidare un risveglio etico.

Si vorrà limitare il trasporto perché ci si vorrà muovere efficientemente, liberamente e con equità; si limiterà la scolarizzazione perché si vorrà che tutti abbiano uguale possibilità, tempo e interesse di apprendere NEL mondo invece che nozioni INTORNO AL mondo; si limiteranno le terapie mediche perché si vorrà conservare la possibilità e il potere di guarire.

Si riconoscerà che solo la limitazione disciplinata del potere può assicurare una soddisfazione equamente distribuita.

Il recupero dell'azione autonoma non deriverà dal conseguimento di qualche nuovo obiettivo comune, ma dall'uso di procedure legali e politiche che permettano agli individui e ai gruppi di risolvere i conflitti nascenti dal loro tendere a obiettivi diversi.

Una mobilità migliore non dipenderà da un nuovo sistema di trasporto, ma dall'esistenza di condizioni che rendano più apprezzabile la mobilità personale controllata personalmente.

Migliori possibilità di apprendere non dipenderanno da una migliore distribuzione di più abbondanti informazioni intorno al mondo, ma dalla limitazione delle attività produttive a forte intensità di capitale, a vantaggio di condizioni di lavoro interessanti.

Una salute migliore non dipenderà da qualche nuova norma terapeutica, ma dal grado di propensione e di competenza a impegnarsi nella cura di sé.

Il recupero di questo potere dipende dal riconoscimento delle nostre attuali illusioni.

Il diritto alla salute.

Un danno crescente e irreparabile accompagna l'attuale espansione industriale in tutti i settori.

Nella medicina questo danno si manifesta come iatrogenesi.

La iatrogenesi è clinica quando il dolore, la malattia e la morte sono il frutto di cure mediche; è sociale quando le politiche sanitarie rafforzano un'organizzazione industriale che genera malessere; è culturale e simbolica quando un comportamento e una serie di illusioni promossi dalla medicina restringono l'autonomia vitale degli individui insidiando la loro capacità di crescere, di aver cura l'uno dell'altro e di invecchiare, o quando l'intervento medico mutila le possibilità personali di far fronte al dolore, all'invalidità, all'angoscia e alla morte.

La maggior parte dei rimedi oggi suggeriti dai sociologi e dagli economisti per ridurre la iatrogenesi implica un ulteriore aumento di controlli medici.

I presunti rimedi generano mali iatrogeni di second'ordine su ciascuno dei tre livelli critici: permettono alla iatrogenesi clinica, sociale e culturale di autorafforzarsi.

Gli effetti iatrogeni più profondi della tecnostuttura medica derivano da quelle funzioni non-tecniche su cui poggia la crescente istituzionalizzazione dei valori.

Le conseguenze tecniche della medicina istituzionale, fondendosi con quelle nontecniche, generano una nuova specie di sofferenza: la sopravvivenza anestetizzata, impotente e solitaria in un mondo trasformato in una corsia d'ospedale.

La nemesi medica è quella che prova l'individuo spogliato d'ogni capacità autonoma di affrontare la natura, i vicini e i sogni, e conservato tecnicamente dentro a sistemi ambientali, sociali e simbolici.

La nemesi medica non è misurabile, ma se ne può condividere l'esperienza.

L'intensità con cui si avverte dipende dal grado d'indipendenza, di vitalità e di ricchezza di rapporti di ciascuno.

La percezione della nemesi porta a una scelta.

O i confini naturali dello sforzo umano vengono considerati, riconosciuti e tradotti in limiti determinati politicamente, o come alternativa all'estinzione si accetta la sopravvivenza obbligata in un inferno pianificato e tecnicizzato.

Fino a tempi recenti la scelta fra la politica della povertà volontaria e l'inferno dell'ingegneria dei sistemi non trovava posto nel linguaggio degli scienziati e dei politici.

Oggi il crescente confronto con la nemesi medica presta un nuovo significato all'alternativa: o la società decide di sottoporre i vari beni che produce alle medesime rigorose limitazioni, tali da garantire eguale libertà a tutti i suoi membri, (3) o dovrà accettare controlli gerarchici senza precedenti per fornire a ciascun cittadino quello che le burocrazie assistenziali diagnosticeranno essergli di bisogno.

In parecchi paesi l'opinione pubblica è ormai pronta a una revisione del proprio sistema sanitario.

Benché ci sia un serio pericolo che l'attuale frustrante medicalizzazione della vita finisca con l'uscirne rafforzata, il prossimo dibattito potrebbe tuttavia risultare fruttuoso se l'attenzione si focalizzasse sulla nemesi medica, se si considerasse problema centrale il recupero della responsabilità personale nella cura della salute, e se come obiettivo principale degli interventi legislativi si ponesse la limitazione dei monopoli professionali.

Più che limitare le risorse dei medici e delle istituzioni che li impiegano, tali misure legislative dovrebbero tassare la tecnologia medica e l'attività professionale fino a quando i mezzi sanitari che possono essere usati direttamente dai profani non siano realmente disponibili per chiunque voglia avvalersene.

Anziché moltiplicare gli specialisti autorizzati a concedere uno dei tanti ruoli di malato a chi soffre per effetto delle proprie condizioni di vita e di lavoro, le nuove leggi dovrebbero garantire alla gente il diritto di tirarsi fuori e di organizzare un modo di vivere meno distruttivo in cui essa sia più padrona del proprio ambiente.

Più che restringere l'accesso ai farmaci e ai trattamenti pericolosi, inutili o che creano dipendenza, le nuove leggi dovrebbero spostare tutto il peso del loro uso responsabile sulla persona malata e sul suo parente prossimo.

Anziché sottomettere a sempre più numerosi guardiani l'integrità fisica e mentale dei cittadini, queste leggi dovrebbero sancire il diritto di ognuno a definire la propria salute, subordinatamente ai soli limiti imposti dal rispetto dei diritti del prossimo.

Anziché accrescere il potere di abilitazione dei colleghi di specialità e degli organismi ministeriali, le nuove leggi dovrebbero dare una voce al pubblico nell'elezione dei guaritori agli incarichi sanitari pagati dal contribuente.

Anziché sottoporre le loro prestazioni a organi di controllo professionali, le nuove leggi dovrebbero farli valutare dalla comunità che servono

La salute come virtù.

La salute designa un processo di adattamento.

Non è frutto dell'istinto, ma il risultato di una reazione autonoma, e tuttavia plasmata dalla cultura, alla realtà creata socialmente.

Esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire, e di attendere serenamente la morte.

La salute abbraccia anche il futuro, e perciò comprende l'angoscia e le risorse interiori per vivere con essa.

La salute esprime un processo di cui ognuno è responsabile, ma solo parzialmente nei riguardi altrui. Essere responsabili può significare due cose.

Un individuo è responsabile di ciò che ha fatto, e responsabile verso un altro individuo o gruppo.

Solo quando si senta soggettivamente responsabile o tenuto a rispondere nei confronti di un'altra persona le conseguenze di un suo insuccesso non saranno la critica, la censura o la punizione, ma rammarico, rimorso e vero pentimento. (4) I conseguenti stati di dispiacere e preoccupazione sono segni di ripresa e di guarigione, e fenomenologicamente sono qualcosa di completamente diverso dai sentimenti di colpa.

La salute è un compito, e come tale non è paragonabile all'equilibrio fisiologico degli animali.

La riuscita in questo compito personale è in gran parte il risultato dell'autocoscienza, dell'autodisciplina e delle risorse interiori con cui ognuno regola il proprio ritmo e le proprie azioni quotidiane, la propria alimentazione, la propria attività sessuale.

La nozione di ciò che è consigliabile, il modo di regolarsi più adeguato, l'impegno a valorizzare la salute altrui, tutto questo si apprende dall'esempio dei pari o degli anziani.

Queste attività personali sono plasmate e condizionate dalla cultura in cui l'individuo cresce: modelli di lavoro e di svago, di celebrazione e di riposo, di produzione e di preparazione dei cibi e delle bevande, di rapporti familiari e di attività politica.

I modelli di salute lungamente collaudati, coerenti con un'area geografica e con una determinata tecnica, dipendono in larga misura da una prolungata autonomia politica.

Dipendono dalla diffusa responsabilità per ciò che attiene le abitudini sane e l'ambiente sociobiologico. Dipendono cioè dalla stabilità dinamica di una cultura.

Il livello della sanità pubblica corrisponde alla misura in cui i mezzi e la responsabilità di far fronte alla malattia sono distribuiti fra l'intera popolazione.

Questa capacità di salvaguardarsi può essere accresciuta ma non certo sostituita dall'intervento medico o dalle caratteristiche igieniche dell'ambiente.

La società che sa ridurre al minimo l'intervento professionale offre le migliori condizioni per la salute.

Quanto maggiore è il potenziale autonomo di adattamento a sé, agli altri e all'ambiente, tanto meno sarà necessaria o tollerata una gestione tecnica dell'adattamento.

Un mondo in cui la salute è ottimale e diffusa è ovviamente quello dove l'intervento medico è minimo e soltanto occasionale.

Gli individui sani sono quelli che vivono in case sane con un'alimentazione sana in un ambiente parimenti adatto per nascere, crescere, lavorare, guarire e morire; sono sorretti da una cultura che favorisce l'accettazione consapevole di una limitazione demografica, della vecchiaia, del ristabilimento incompleto e della morte sempre incombente.

La gente sana non ha bisogno se non d'una minima interferenza burocratica per unirsi in matrimonio, far figli, vivere la comune condizione umana e morire.

La fragilità, l'individualità e le connessioni dell'uomo, vissute consciamente, fanno dell'esperienza del dolore, della malattia e della morte una parte integrante della sua vita.

La capacità di far fronte a questo trio in maniera autonoma è fondamentale per la sua salute.

A misura che intervengono altri nella gestione della sua intimità, egli rinuncia alla propria autonomia e la sua salute NON PUO' NON deperire.

Il vero miracolo della medicina moderna è di natura diabolica.

Consiste nel far sopravvivere non soltanto degli individui ma intere popolazioni a livelli di salute personale disumanamente bassi.

La nemesi medica è il "feedback" negativo di un'organizzazione sociale che, partita con l'intento di migliorare e uguagliare le possibilità per ognuno di salvaguardarsi autonomamente, ha finito per distruggerle.

NOTE.

NOTA 1 Sull'uso politico della gelosia divina vedi Svend Ranulf, "The jealousy of the gods and criminal law in Athens", 2 volumi, Levin & Munksgaard, Copenhagen, 1933-34.

Sulla "hubris" che provoca la "nemesi", vedi David Grene, "Greek political theory: the image of man in Thucydides and Plato" (originalmente "Man in his pride"), University of Chicago Press, Phoenix Books, Chicago, 1965; e E. R. Dodds, "The Greeks and the irrational", University of California Press, Berkeley, 1951, specialmente il capitolo 2.

NOTA 2.

Riprendo questo argomento, in parte, testualmente da Hans Jonas, "Technology and responsibility: reflections on the new task of ethics", 'Social Research', 40 (1972): 31-54.

NOTA 3.

The Honorable James MacRuer "Ontario Royal Commission Inquiry into civil rights", Queen's Printer, Toronto, 1968, 1969, 1971.

Sulle professioni e attività autonome vedi capitolo 79.

La concessione dell'autogoverno è una delega di funzioni legislative e giudiziarie che si può giustificare solo come mezzo di salvaguardia di interessi pubblici.

NOTA 4.

Alfred Schutz, "Some equivocations in the notion of responsibility", in *Collected papers*, 2, *Studies in social theory*, Nijhoff, L'Aia, 1964, pagine 274-6.

APPENDICE.

DODICI ANNI DOPO "NEMESI MEDICA".

Intervento su "Salute e guarigione in America".

Pennsylvania State University, gennaio 1985.

Dodici anni fa scrissi "Nemesi medica".

Il libro cominciava con la seguente affermazione: "La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute".

Ascoltandola oggi reagirei chiedendomi: "E allora?".

Nutro il sospetto che attualmente il principale fattore patogeno sia il perseguimento di un ideale salutistico.

Ed è ancora più importante sapere che questo tentativo ha una storia.

Come questione pubblica, tale atteggiamento appare per la prima volta con l'emergere dello stato nazionale.

In esso la gente venne a costituire una risorsa, una 'popolazione'.

La salute diventò una norma qualitativa anzitutto per gli eserciti, poi, nel corso del diciannovesimo secolo, per i lavoratori, più tardi per le madri.

In Prussia e in Francia la polizia medica era incaricata di vigilare sull'applicazione di questa norma.

Ma la ricerca della salute fu anche intesa come un diritto personale, la realizzazione fisica del diritto jeffersoniano al perseguimento della felicità.

Il sogno valetudinario di una laboriosa senescenza, insieme con la domanda economica di lavoratori efficienti e di fertili riproduttori, si fusero nell'idea di salute.

Ciò che inizialmente si era presentato come un dovere e un diritto, finì per trasformarsi in un bisogno perentorio.

Oggi collocherei proprio la fenomenologia storica di questo nuovo bisogno al centro dell'indagine.

Per molti nostri contemporanei, la ricerca della salute è ormai diventata consustanziale all'esperienza dei loro corpi.

Da quando scrissi "Nemesi medica" è cambiato il carattere simbolico delle cure per la salute.

Attualmente gli americani spendono più denaro per i professionisti della salute che per il cibo e la casa.

Siamo di fronte a un significativo paradosso: la medicina, la psicologia, le condizioni ambientali e gli ordinamenti sociali influiscono sempre di più sul modo di pensare e sentire della gente, mentre i concetti e le teorie a cui i professionisti fanno appello vengono messi pubblicamente in discussione.

Come conseguenza, le somme versate per programmi di benessere olistico di ogni genere sono aumentate più rapidamente delle spese mediche.

L'ideale salutistico fa la sua comparsa fra le righe di ogni annuncio pubblicitario e ispira le immagini di tutti i mass-media.

Gli stanziamenti di fondi per la sicurezza, l'ecologia, l'applicazione delle leggi, l'educazione e la protezione civile vengono approvati solo se possono essere messi in relazione a interventi di difesa globale della salute.

L'importanza relativa dell'istituzione medica entro il settore sanitario appare perciò ridimensionata.

Una curiosa mescolanza di pratiche di autoterapia, ostinate e meticolose, unita a un entusiasmo ingenuo per le tecnologie sofisticate, rende ancora più frustranti gli sforzi e le attenzioni personali dei medici.

Ho la netta impressione che l'odierno contributo della medicina sia un fattore di second'ordine nel perseguimento patogeno dell'ideale salutistico.

In "Nemesi medica" ho cercato di esaminare lo spettro degli effetti indotti da agenti di natura medica.

Con intenzione retorica, ho definito tali effetti 'iatrogeni'. Volevo richiamare l'attenzione del pubblico sull'efficacia dell'intervento medico alla fine degli anni Cinquanta e negli anni Sessanta.

La mia conclusione rasentava l'ovvio: solo una piccola percentuale delle guarigioni, del lenimento del dolore, delle riabilitazioni, del conforto morale e della prevenzione era attribuibile a iatrogenesi.

Molti di questi risultati si verificano senza, o malgrado, l'intervento medico.

Inoltre, la stessa iatrogenesi della malattia è comparabile in importanza con la iatrogenesi del benessere.

Ciò che sembrava scioccante allora, adesso è un luogo comune.

Negli USA il ministro della sanità, nelle sue previsioni per il 1986, stima tra 80000 e 100000 i pazienti che saranno seriamente danneggiati dall'ospedalizzazione.

Tuttavia, questa sorta di danno accidentale arrecato agli individui era marginale rispetto all'argomento centrale del mio libro.

Allora intendevo far luce sugli effetti istituzionali, sociali e culturali del sistema medico.

Al centro della mia analisi stava la riconfigurazione iatrogena del dolore, della malattia, dell'infermità e della morte, così come questi fenomeni sono esperiti dal soggetto.

Le limitazioni culturali e l'impatto simbolico connessi a queste esperienze, in quanto mediati dalla medicina, erano l'oggetto del mio interesse.

Non sono scontento di quanto ho pubblicato, ma mi spiace di non aver individuato un effetto simbolico iatrogeno ancor più profondo: la iatrogenesi del corpo stesso.

Mi sfuggì fino a che punto, attorno alla metà del secolo, l'esperienza dei nostri corpi e dei nostri Io fosse divenuta il risultato di attenzioni e concetti medici.

Non riconobbi che, oltre alla percezione della malattia, dell'invalidità, del dolore e della morte, la stessa rappresentazione mentale del corpo era diventata iatrogena.

Perciò la mia analisi fu carente sotto due aspetti: non chiarificai la "gestalt" storica della percezione del corpo tipica di quel periodo, né il ruolo svolto dalla medicina nel configurare tale "gestalt".

E poiché non ero consapevole della natura iatrogena del corpo vissuto, non esplorai la sua metamorfosi: l'apparire di una rappresentazione mentale del corpo congruente a uno stile di vita "high-tech", post-professionale.

Per guadagnare una prospettiva su questa metamorfosi contemporanea, la storia del corpo è diventata per me una condizione importante dello studio delle forme di vita negli anni Ottanta.

Sono giunto alla storia del corpo attraverso l'insegnamento della storia medievale.

Nei miei corsi sul dodicesimo secolo ho focalizzato l'attenzione sull'emergenza di talune idee, temi e concetti che non hanno un equivalente nell'antichità, ma che nella nostra epoca sono vissuti come certezze.

Una di queste è ciò che chiamiamo l'Io. "A circa settanta centimetri dal mio naso / sta la frontiera della mia persona" scrive W. H. Auden in una delle sue poesie.

Se qualcuno non è sicuro di questa distinzione tra se stesso e gli altri, non può sentirsi a proprio agio nella società occidentale.

E' opinione condivisa che questo senso dell'Io faccia la sua comparsa in Europa al tempo delle crociate e delle cattedrali, del contado e dei comuni; ben note sono anche le forme che la coscienza dell'Io ha assunto successivamente, nonché gli elementi di contrasto che rivela rispetto a differenti culture.

Si è prestata invece scarsa attenzione al fatto che l'Io occidentale venga esperito come 'carne e sangue', che la nascita della consapevolezza dell'Io abbia reso possibile in Europa una serie di esperienze affatto peculiari.

In collaborazione con un collega che ha studiato la percezione del corpo agli inizi del diciottesimo secolo, ho cominciato a elaborare i concetti necessari per una fenomenologia storica del corpo.

E in breve tempo ho potuto conoscere altri ricercatori che affrontano le stesse questioni in diversi periodi e contesti.

Nella misura in cui la storia del corpo prende forma, possiamo giungere a comprendere come ogni momento storico si incarni in un corpo specifico di quell'epoca.

Solo ora iniziamo a decifrare l'insieme dell'esperienza soggettiva come incarnazione peculiare dell'"ethos" di un'età.

Attraverso questi studi ho imparato a vedere il corpo occidentale come incarnazione progressiva dell'Io.

Il mio incontro con la storia del corpo è avvenuto allorché ricercavo un elemento comune che potesse aiutarmi a interpretare i mutamenti disparati verificatisi durante la transizione dalla visione romanica del mondo a quella gotica.

Tentavo di spiegare come l'odore di santità fosse potuto scomparire tra il 1100 e il 1180; come, per contro, da un certo momento in poi, la semplice vista delle reliquie potesse procurare guarigioni; le circostanze in base alle quali i corpi delle povere anime assumevano le loro sembianze nel purgatorio.

Perché le figure zoomorfe che popolavano gli interni delle chiese romaniche si trasformarono in gargolle, appollaiate all'esterno delle cattedrali gotiche, pronte a prendere il volo? Come mai la figura di Cristo con le braccia aperte e la veste regale divenne, attorno al 1200, quella di un corpo denudato e martirizzato, appeso a una croce? Come spiegare il fatto che san Bernardo, nella sua croce di formazione

spirituale degli abati dei numerosi monasteri riformati secondo la regola cistercense, li esortasse a nutrire i giovani monaci con il puro latte di Cristo? E, in aggiunta a ciò, ma più importante per le sue enormi conseguenze sociali, ho cominciato a comprendere il contesto in cui si è sviluppata la moderna idea del sesso e del matrimonio: uomini e donne erano dotati di corpi 'umani' che ogni Io poteva dare all'altro.

I legami di parentela così creati tra le rispettive famiglie non erano più basati sulla volontà degli anziani, ma su un contratto legale tra individui che si scambiano dei diritti sopra i propri corpi.

Mi sono accorto che esisteva allora una precisa consapevolezza del corpo come "locus" primario dell'esperienza.

Questo corpo, specifico di un periodo, sebbene soggetto a profonde trasformazioni, talvolta in intervalli relativamente brevi, era simile, ma senza dubbio distante, rispetto al corpo dipinto, scolpito e descritto. L'intuizione e la comprensione di ciò mi hanno suggerito il genere di critica necessario per "Nemesi medica".

Al centro del mio ragionamento avevo collocato l'arte di vivere, la capacità e la volontà, culturalmente definite, di vivere il proprio tempo, ovvero di sopportare o di soffrire e di godere la propria epoca.

Come filosofo ero interessato a promuovere e proteggere quest'arte e le sue tradizioni in un periodo di medicalizzazione intensiva della vita quotidiana.

Ho cercato di dimostrare che l'arte di vivere ha un lato luminoso e uno oscuro: si può parlare di arte del gioire e di arte del soffrire.

Su questo punto fui criticato da alcuni che ponevano in discussione i presupposti sulla base dei quali avevo ridefinito in modo soggettivo il concetto di cultura.

Poiché avevo sottolineato gli aspetti positivi di una cultura che è a un tempo modello e prodotto dell'arte del soffrire, i miei critici sostennero che parlavo come un romantico masochista o come un predicatore desideroso di reprimere ogni aspettativa di progresso.

Viceversa, altri plaudirono al mio tentativo di radicare il concetto di cultura nel tessuto di senso della sofferenza personale.

La storia del corpo, comunque, mi ha reso consapevole del limite effettivo della mia analisi.

Godimento e sofferenza sono concetti astratti.

Essi designano forme opposte di incarnazione culturale delle sensazioni.

Il godimento si riferisce all'incarnazione culturale del piacere; la sofferenza alla topologia della frustrazione, della depressione, dell'angoscia o del dolore.

Fino a poco tempo prima avevo considerato il corpo come un dato naturale, esterno al dominio dello storico.

Non avevo ancora compreso la differenza, che può essere grande, tra il corpo vissuto e altri oggetti meno effimeri che lo storico deve esaminare in relazione al loro uso e significato.

La sorpresa suscitata dal fatto di non trovare un corpo come il mio nel dodicesimo secolo mi ha condotto a riconoscere nel 'corpo' iatrogeno degli anni Sessanta il risultato di una costruzione sociale, avvenuta nell'arco di una sola generazione.

Sono convinto che il sistema medico non potrebbe 'generare' un corpo, anche se si prendesse cura di qualcuno dal concepimento fino alla morte cerebrale.

In ogni epoca i corpi esistono solo entro un contesto.

Essi costituiscono l'"equivalente sentito" di un'età, per quanto quest'ultima possa essere esperita da un gruppo particolare.

In quasi tutti i periodi, le donne sembrano possedere tipi di corpi differenti da quelli degli uomini, i servi da quelli dei loro signori.

I primi riparatori dei nuovi mulini a vento che apparvero nel tredicesimo secolo, i meccanici itineranti, venivano evitati in egual misura dalla popolazione urbana e rurale, a motivo della loro inusuale sensibilità tattile.

Nella sociogenesi dei nostri corpi, i trasporti giocano un ruolo altrettanto importante della medicina.

Corpi che richiedessero 'spedizioni' quotidiane erano impensabili alcune generazioni or sono.

Noi diciamo che "andiamo da qualche parte" quando guidiamo o voliamo.

I manuali di ingegneria parlano di "autotrasporto" quando usiamo i nostri piedi anziché l'ascensore.

Riteniamo di avere diritto a stampelle "high-tech", mentre ci sentiamo defraudati se dobbiamo ripiegare sull'uso dei nostri piedi.

Posso comprendere il corpo degli americani all'epoca della guerra in Vietnam come qualcosa che appartiene alla specie dell'"Homo transportandus", e caricaturizzarlo con l'immagine del consumatore di valium terrorizzato dal cancro.

Ma, in seguito ai miei studi, penso che i termini più appropriati a descrivere la nostra situazione siano quelli che fanno esplicito riferimento alla transizione ora in atto: la dissoluzione del corpo iatrogeno in uno adattato da e per l'alta tecnologia.

Scegliendo l'aggettivo 'iatrogeno', volevo richiamare l'attenzione sulla particolare relazione stabilitasi tra l'istituzione medica e la percezione del corpo.

Una relazione che oggi si sta dissolvendo davanti ai miei occhi, mentre qualcosa di diverso sta prendendo forma.

Attorno alla metà di questo secolo, l'apparato medico è giunto a esercitare un influsso senza precedenti sulla costruzione sociale dei corpi.

I designer facevano riferimento alle norme mediche nel creare nuovi mobili o auto; le scuole e i media inondavano l'immaginazione con fantasie mediche e/o psichiatriche; le strutture dei sistemi di assistenza e sicurezza sociale addestravano chiunque al ruolo di paziente.

Abbiamo così sperimentato un momento storico particolare nel quale un'istituzione, la medicina, si è protesa verso il monopolio della costruzione sociale della realtà corporea.

Di solito la genesi del vissuto corporeo non è attribuibile a un solo agente istituzionale.

Quando la peste colpì Firenze, nel 1622-1623, non fu predisposto alcun 'sistema di difesa della salute'.

Nel suo pregevole studio, Giulia Calvi descrive come l'intera città reagì alla sfida posta dal flagello.

Barbieri e cerusici, insieme con fabbricanti di candele e venditori di sali aromatici, magistrati e becchini, cappellani dei santuari per i casi disperati e commercianti d'incenso, ognuno diede la propria particolare risposta all'epidemia.

Ogni gilda fu mobilitata in modo tale da diventare un 'anticorpo' rispetto alla calamità.

La carne di ogni fiorentino, uomo o donna, angosciato o contagiato, veniva trattenuta, interpretata e riflessa da specchi differenti.

Nessun corpo professionale poteva catturare in un unico specchio la carne sofferente.

Nessun 'potere' era autorizzato a istituire il corpo vissuto in quanto tale.

L'offerta d'appalto avanzata dalla medicina, verso la metà del ventesimo secolo, per esercitare un monopolio del genere, è stata senz'altro priva di precedenti, anche se, di fatto, ha avuto breve durata.

Credo che l'istituzione medica abbia accantonato questa pretesa negli ultimi dieci anni.

Il potere professionale sulla definizione della realtà, dopo aver raggiunto il suo apogeo, è ora in declino.

In questo momento un confuso intreccio di "high-tech" e di erboristeria, di bioingegneria e di pratica autonoma determina il nostro modo di esperire la realtà, inclusa quella del corpo.

Venti anni fa era normale riferirsi al 'corpo che possiedo' come al 'mio corpo'.

Sappiamo che, nel linguaggio ordinario, questo riferimento alla proprietà è post-cartesiano.

Esso è apparso per la prima volta in tutte le lingue europee con il diffondersi dell'INDIVIDUALISMO POSSESSIVO, un fenomeno ben descritto da C. B.

Macpherson.

Oggi invece incontro frequentemente giovani che sorridono se qualcuno non si 'identifica' con il proprio corpo: costoro parlano del corpo che essi 'sono' ma, paradossalmente, si riferiscono a questo come al 'mio sistema'.

Durante gli anni Sessanta la professione medica aveva assunto un'importanza preminente nel determinare ciò che il corpo era e come avrebbe dovuto 'sentire'.

Negli anni Settanta essa ha cominciato a condividere con altri agenti istituzionali il potere di oggettivare le persone.

Dallo sforzo di oggettivare la gente come corpi o psiche è sorto un nuovo modello, che genera persone le quali si oggettivano da sé e si concepiscono come 'produttori' dei propri corpi.

Non si tratta, per ora, che della componente di una nuova matrice epistemologica in fase di formazione.

Può essere di un genere tale da produrre persone che si percepiscono come collaboratori di un complesso programma di computer e come parti del suo testo.

Di fronte a ciò, nulla mi sembra più importante, oggi, di una chiara distinzione tra la moda corrente del culturismo ("body building") e l'arte tradizionale di incarnare ("embodying") una cultura.