

GIORGIO COSMACINI

Medico, laureato in filosofia, libero docente in radiologia. Già primario radiologo nel Policlinico Universitario di Milano, è attualmente docente di filosofia della scienza e storia della medicina nella Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Vita-Salute del San Raffaele e docente di storia del pensiero medico nella Facoltà di filosofia della stessa università. È socio onorario delle Società di Igiene e di Antropologia Medica e membro del direttivo scientifico di numerose associazioni e riviste di cultura. Autore di numerosi volumi dedicati alla storia della medicina, nel 2010 ha dato alle stampe *Testamento biologico*.

Paradigmi di medicina e modelli di sanità nell'Italia del Novecento

GIORGIO COSMACINI

1.

La storiografia della medicina moderno-contemporanea – una storiografia che ne esplori sia le scienze di base, sia la pratica professionale e il contesto socio-culturale – affonda le proprie radici teoriche nello storicismo tardo-ottocentesco che, alle soglie del XX secolo, mirò a fare della storia una scienza, in particolare una “scienza idiografica” contrapposta o giustapposta alla “scienze nomotetiche” o della natura. La distinzione risale al filosofo e storico Wilhelm Windelband (1848-1915); ma fu il filosofo e storico Wilhelm Dilthey (1833-1911), appartenente alla medesima scuola di pensiero, colui che “inventò”, per così dire, le “scienze umane”, comprensive di un universo conoscitivo etichettato anche con altri nomi: scienze dello spirito, scienze della cultura, scienze storico-sociali, sociologia, antropologia e via dicendo.

Le *scienze* – sia quelle *naturali*, sia quelle *umane* – comprendono aree di sapere che, non diversamente dai continenti geografici, hanno una loro “deriva” che le porta a spostarsi, a mutare, ad assumere forme o fasi nuove, di evoluzione o di assestamento. Ciò appare tanto più vero per l’area di un sapere – quello medico – che si colloca a cavaliere tra i due grandi gruppi di scienze, trattandosi di un *sapere naturalistico*, articolato nei tanti settori propri delle varie “scienze della natura”, e insieme *umanistico*, strutturato come “scienza dell’uomo”, nella fattispe-

cie come conoscenza e comprensione dell'uomo sano-malato, contemplante il suo oggetto in termini non settoriali, ma globali: l'organismo somato-psichico, l'individuo psico-sociale, la persona umana.

Questo sapere è consapevole del fatto che la materia delle proprie costruzioni razionali è un sapere "di confine", la cui caratteristica peculiare è proprio lo sconfinamento, l'intersezione e il reciproco arricchimento tra le scienze della natura, la prassi "basata" su tali scienze (dette appunto "di base") e la conoscenza-comprensione del contesto in continua evoluzione al quale le scienze e la prassi si applicano.

Il *sapere medico*, inoltre, è altrettanto consapevole che il metodo privilegiato di approccio a una realtà che è oggetto sia delle scienze naturali sia delle scienze umane è un *metodo* per certi aspetti di *riduzione*, quale storicamente ha prevalso nelle scienze del primo gruppo, e per altri aspetti di *integrazione*, cioè propenso a integrare gli elementi conoscitivi riferiti ai livelli di organizzazione inferiori con gli elementi conoscitivi riferiti ai livelli di organizzazione più alti.

Secondo un modo di vedere che oggi riceve sempre maggiori consensi nei campi della metodologia e dell'epistemologia, la varie forme di *analisi*, sono viste disporsi secondo una gerarchia relativamente unitaria di livelli di conoscenza, che salgono da un gradino fisico-chimico a uno cellulare, a uno di tessuti e di organi, ad altri di organismo e di popolazione, fino a livelli più elevati, di analisi psicologica, sociologica, antropologica, in vista di una sintesi unificante globale.

Tale metodo di approccio alla realtà umana secondo vari livelli di conoscenza ha dato in medicina grandi prove. Si pensi, da un lato, ai grandi acquisti conoscitivi ottenuti attraverso la riduzione della biologia alla fisica-chimica e, più in generale, tramite la riduzione dei fenomeni di livello superiore a quelli di livello inferiore: l'attività cardiocircolatoria come meccanica, la respirazione come ossidazione, la patologia come patologia cellulare o microbica, l'eredità come trasmissione di geni.

Si pensi, d'altro lato, gli altrettanto grandi acquisti conoscitivi della non-riduzione, quale ai è affermata nei campi della teoria dell'evoluzione, del mendelismo, del pavlovismo, della teoria dei sistemi e, più recentemente, dell'epidemiologia. Quest'ultima non isola una causa, ma individua più fattori di rischio che agiscono su di un piano probabilistico a diversi livelli di organizzazione. Essa impone alla medicina di affiancare allo sforzo della riduzione quello della integrazione, due metodi che debbono essere considerati non più o non tanto antitetici, quanto complementari.

Un esempio può valere a confermarlo. Dopo che la ricerca ha passato molti anni a verificare l'ipotesi monocausale del cancro, fortemente condizionata dall'idea meccanicistica di cercare e trovare il guasto dentro la macchina organica avaria-

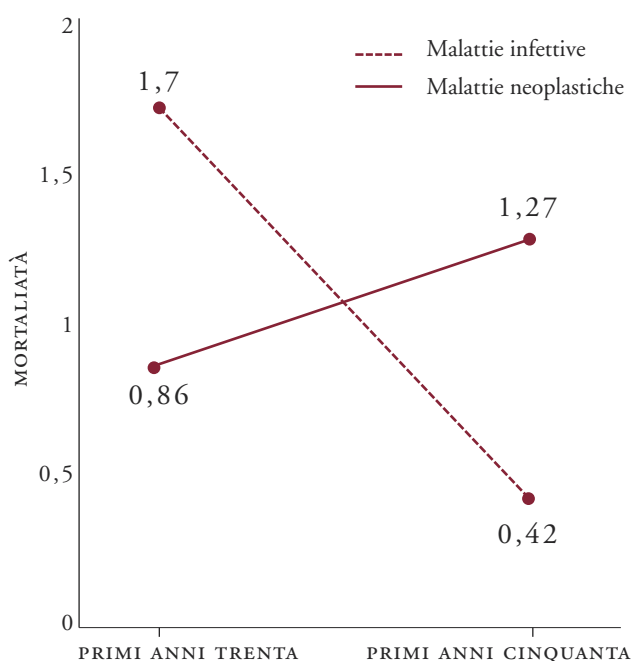
ta, oggi essa è decisamente orientata a considerare le malattie tumorali come il prodotto di una serie di fattori disposti a vari livelli di interazione, da quello molecolare a quello ambientale.

2.

Nei decenni centrali del Novecento la patologia va incontro a una *svolta epidemiologica* di grande rilevanza. Nel diagramma della mortalità, la linea discendente delle malattie infettive incrocia la linea ascendente della malattie metaboliche-degenerative in un punto cruciale, di svolta. Le malattie dell'uomo cambiano volto: a quelle infettive, sradicate dagli antibiotici protagonisti di una vera *rivoluzione terapeutica*, subentrano l'aterosclerosi con le sue complicanze (trombosi coronariche e cerebrovascolari) e i tumori con le loro molte varietà. Eponimi o prototipi delle malattie cardiovascolari e tumorali, "infarto" e "cancro" sono, a metà Novecento, le malattie del presente subentrate alle malattie del passato.

La rivoluzione farmacoterapica è un evento fortemente positivo in un clima di fiducia e di certezze. Due certezze, l'una di vecchia data, l'altra di recente acquisizione, fanno spicco su tutte: la certezza eziologica, circa gli agenti biologici causali delle malattie debellate, e la certezza terapeutica, circa i farmaci che le debellano. Ambedue queste certezze muovono dalla concezione dualistica della malattia riportata in auge dagli antibiotici: qui l'organismo sano, là il microrganismo patogeno, qui l'agente infettante, là il farmaco anti-infettivo risanatore. Sullo sfondo di tale concezione, supportata in primo piano dai farmaci, tendono a entrare in dissolvenza altre forme di rimedio, altri mezzi di cura. Tende a dissolversi la considerazione o cognizione dell'importanza eziopatogenetica dei fattori socio-economici. Sfuma, nell'ottica medica, la percezione di cause e concause quali il tipo di alimentazione, il modo di lavoro, il rischio della fabbrica, l'igiene della città. Stenta a delinearsi, nella stessa ottica, la visione dei nuovi *fattori di rischio* responsabili di malattie tutt'altro che debellate, anzi addirittura in crescita. Tuttavia la transizione dalle vecchie alle nuove epidemie sottintende il passaggio

SVOLTA EPIDEMIOLOGICA



FONTE: G. Cosmacini, Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea, Laterza Roma Bari 1994

dalla causalità monofattoriale di questo o quell'agente eziologico infettante (il bacillo della tubercolosi, il plasmodio della malaria, la spirocheta della sifilide) alla causalità multifattoriale dei fattori di rischio insieme convergenti del determinare questa o quella affezione cardiovascolare o tumorale. L'antica idea di causa pretende d'essere sostituita dal moderno concetto di fattore di rischio. La svolta epidemiologica della patologia e infatti tutt'uno con la *svolta epistemologica* dell'epidemiologia.

Nel panorama medico-sanitario della seconda metà del Novecento si configura un *nuovo paradigma di malattia* che fa riferimento ai comportamenti, agli stili di vita e ai condizionamenti ambientali non meno che ai fattori genetici, biologici, biomolecolari. Con maggiore inerzia si configura altresì un *nuovo paradigma di medicina*. Quest'ultima – s'è detto – è anche scienza dell'uomo: in quanto tale, essa è un'antropologia. "Antropologia medica" è una categoria definitoria che non soltanto ha l'accezione propria dell'antropologia culturale (di un confronto, pure su salute e malattia, tra culture diverse e distanti), ma anche ha l'intenzione, più o meno unanimamente condivisa, di una visione dell'uomo assistito, sano o malato, volta compensare un'ottica con prevalente o preponderante attenzione alle scienze naturali. Da qui l'esigenza, più o meno avvertita, di un paradigma di medicina aggiornato, *duale e plurale*, che da un lato non allenti il rapporto antropologico interpersonale tra il medico e il paziente e dall'altro non recida il legame antropologico relazionale tra i medici, gli assistiti e la società di cui, gli uni e gli altri, sono parte integrante e spesso determinante. L'esigenza è quella di una *svolta antropologico-medica* consensuale alle due svolte anzidette. Mentre le scienze naturali di base, sempre più approfondite dalla ricerca scientifica e sempre più allargate dall'applicazione tecnologica, consentono una maggiore approssimazione alla realtà fisiopatologica della malattia e sovente la riparazione delle disfunzioni nocive, l'antropologia medica, ove non sia distanziata o distaccata, consente una maggiore approssimazione alla realtà umana e interumana del malato, valorizzando la soggettività di quest'ultimo, non meno importante dell'oggettivazione delle sue condizioni morbose.

3.

La seconda metà del Novecento, inaugurata in medicina dalla rivoluzione terapeutica degli antibiotici, è segnata anche dall'approdo di quella che gli storici chiamano *seconda rivoluzione biologica* (la "prima" essendo la rivoluzione metodologica ed epistemologica compiuta dalla iatrosica galileiana). Tale biologia rivoluzionaria, principiata a metà Ottocento coi nomi di Louis Pasteur (teoria dei germi), Rudolf Virchow (patologia cellulare) e Claude Bernard (medicina sperimentale), è approdata, dopo la descrizione strutturale del Dna da parte di James

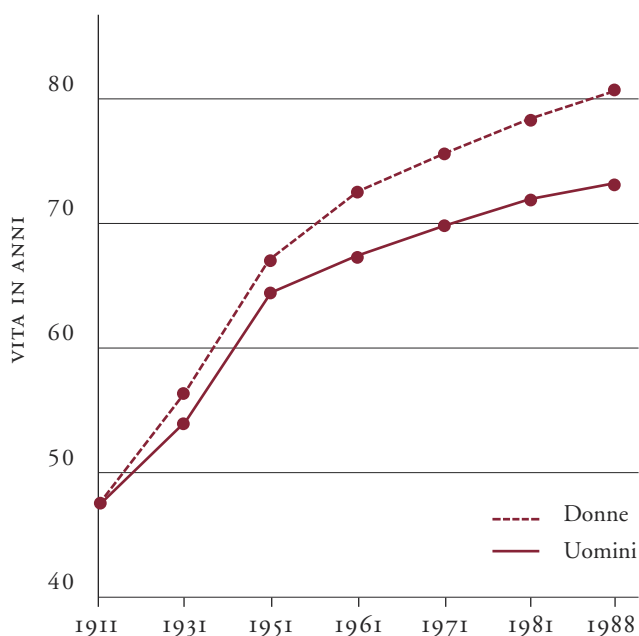
Watson e Francis Crick (*Nature* 25 aprile 1953), all'avvento delle *biotecnologie*, nonché, dopo l'ingresso in medicina dell'elettronica e dell'informatica, al decollo delle *tecnologie biomediche*.

Nel campo biotecnologico l'avanzamento delle ricerche ha favorito l'imporsi del *paradigma fisico-chimico* come modello esplicativo sia della riproduzione cellulare, attraverso i geni collocati nei cromosomi, sia dell'informazione che tali geni trasmettono e sulla quale si basa il riprodursi della vita. Si parla di "rivoluzione copernicana" della medicina, nasce la *medicina molecolare*. Quest'ultima è detta occuparsi "a fondo" dell'uomo sano-malato nel senso che ne disegna il profilo genetico per poi trarre dalla "carta d'identità genetica" le informazioni relative ai suoi geni, ai pregi e difetti di questi e alle loro capacità o incapacità di utilizzare vantaggiosamente le eventuali correzioni dei loro "vizi d'origine". Si prospetta la

sostituzione dei geni viziati o malati con una loro copia sana. Si tratta di puntare su una terapia genica fondata su manipolazioni che aggiungano geni estranei contando sulla loro capacità di contenere, contrastare o annullare gli effetti nocivi dei cosiddetti "geni deleteri" o "geni del male".

Grazie alle biotecnologie, la *rivoluzione anagrafica* che nel corso del XX secolo si è realizzata nel quasi *raddoppio della speranza di vita alla nascita* (passata da poco più di 40 anni a poco meno di 80) trae dalla medicina anche l'assicurazione o la promessa di un corpo umano ancor più longevo di quello attuale, peraltro con organi e tessuti sempre più attempati; ma a questo proposito la medicina promette di essere anche "rigenerativa", capace di interventi non più "straordinari", ma "ordinari", che potranno di volta in volta sostituire gli organi logorati da questa o quella malattia o semplicemente usurati dall'inarrestabile volgere degli anni. Per attuare tutto ciò, e per farlo su larga scala onde non creare disuguaglianze intollerabili nel campo della salute, è necessario disporre di tessuti in quantità e varietà sufficienti, il che non può essere realizzato se non attraverso "cellule staminali" più o meno totipotenti, in grado di fornire pezzi di ricambio alla mac-

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA. ITALIA. 1911-1988



FONTE: C. La Vecchia Tendenze nella salute degli italiani nel corso del secolo

china organica per il programmato “ringiovanimento”.

Siamo di nuovo, da un lato, alle manipolazioni dell'ingegneria genetica; e siamo, dall'altro, agli sviluppi più avanzati delle tecnologie biomediche, decollate a partire dagli anni Settanta del Novecento. Il *computer* ha rivoluzionato la fabbrica, l'ufficio, la casa; perché mai non avrebbe dovuto rivoluzionare l'ospedale, la clinica, il laboratorio, l'ambulatorio? Emblematica, la tac (tomografia assiale computerizzata) ha introdotto nelle cose e nelle parole della medicina l'elemento di novità, la “macchina intelligente” che ha segnato un'ulteriore, decisiva immissione di intelligenza artificiale nello strumentano del medico, pur non sostituendo l'intelligenza naturale e culturale di quest'ultimo.

La *rivoluzione (bio)tecnologica* ha scosso la società, la cultura, la medicina nei paesi a modernizzazione avanzata. In campo chirurgico, dopo la trapiantologia, annovera, tra l'altro, le protesi vascolari (e ossee), gli impianti di pace-maker, le pompe infusorie della chemioterapia, i cateteri peridurali della terapia antidolore. Tutto questo apparato terapeutico non esaurisce o esaudisce, peraltro, tutto quanto il bisogno di cura del paziente cardiopatico, del malato di cancro, dell'uomo terminale. In tale contesto di alta tecnologia è importante, come e forse più che in passato, la figura del medico curante, mediatore unificante fra la tecnica con le sue procedure e l'uomo con le sue necessità.

Anche in campo farmaco terapeutico, la rivoluzione annovera farmaci sempre nuovi, più sicuri ed efficaci, somministrati anche con sistemi tecnologicamente sofisticati (cerotti transdermici, capsule a rilascio controllato) od ottenuti mediante interventi della tecnica sulla natura vivente (produzione in laboratorio di “organismi geneticamente modificati”). Anche in tale contesto la figura del medico curante ha una importanza primaria, in quanto impedisce al paziente di commettere un grave errore: quello di credere di poter compensare la perdita di fiducia nel proprio “medico di fiducia” con il fideismo, creduto vicariante, nel farmaco “guaritore”. Non va dimenticato che spesso è il medico la prima e la miglior medicina. Nell'ambito della tecnologia più avanzata, si è oggi giunti alle *nanotecnologie* comprendenti microtrapianti, protesi miniaturizzate, interventi guidati da “nano vettori” o “nanosonde” che assumono la funzione nuovissima di “inviati speciali”, esploratori delle parti più interne e minute dell'intero corpo umano. È lecito chiedersi: le diagnosi sempre più mirate e precise e le terapie sempre più perfezionate e specializzate consentono alla medicina il salto epistemologico da *tèchne* perennemente ippocratica ad avveniristica scienza esatta?

4.

È tradizione medica consolidata richiamarsi periodicamente alla *tèchne* ippocratica quale *terminus a quo* della medicina occidentale e *terminus ad quem* di ogni

ripensamento attuale della professione medica. Il termine è greco-antico, traslato sovente – per assonanza ma impropriamente – in “tecnica” o “tecnologia”. L’originaria *tèchne iatriké* o “arte medica” aveva una sua struttura metodologica ed epistemologica, teoretica ed etica, articolata nel dialogo, nella maieutica della memoria (anamnesi), nella semeiotica sensoriale (sguardo e tocco), nella prassi al letto dell’ammalato (clinica) e in una concezione generale della natura, ivi compresa la natura umana, che era insieme cosmologica (ambientale) e antropologica (umorale e temperamentale, somatica e psichica), quest’ultima ispirata da un *éthos* ancorato allo *iusiurandum* (norma deontologica, patto giuridico, dettato morale): il “giuramento di Ippocrate”.

Quella *tèchne* originaria era dunque un’attività non neutra, globale (onnicomprensiva e onnipervasiva), strutturalmente diversa dalla tecnica o tecnologia odierna che per statuto è neutra, settoriale (specifica e specialistica). Con riferimento a tale distinzione, la medicina, dagli anni Cinquanta del Novecento in poi (ma, a ben vedere, anche da prima), ha conosciuto un cambiamento strutturale – scientifico, tecnico, etico, pratico – tanto complessivo quanto radicale, manifestato nei suoi tanti modi d’essere relazionali: con la società, la mentalità, le istituzioni, lo Stato e, beninteso, anzitutto con il paziente. Dalla “ricostruzione post-bellica” (ma anche dal ventennio compreso tra le due guerre mondiali) fino ai giorni nostri, due processi di trasformazione tanto complessi quanto profondi hanno investito la professione medica: da un lato la *tecnologizzazione* della medicina, dall’altro la sua *socializzazione*.

La tecnologizzazione ha contribuito ad accrescere e ad arricchire il matrimonio di efficienza ed efficacia della medicina, nel contempo inserendo tra medico e paziente l’apparato strumentale e professionale della specializzazione e della super-specializzazione. La socializzazione ha interagito portando la relazione “privata” tra medico e paziente nell’ampio campo della dimensione “pubblica”, nel contempo inserendo come terza presenza – collettrice della domanda ed erogatrice dell’offerta di salute – la società civile e lo Stato.

Il *duplice* processo è stato ed è anche un *doppio progresso*. La tecnologizzazione della medicina, ispirata a criteri di scientificità o quanto meno di applicazione della scienza alla tecnica e da questa alla pratica professionale, ha portato o mirato alla promozione di quest’ultima dall’empirismo ed eclettismo ancora presenti nella prima metà del Novecento a una tecnoprassi rigorosa, uniformata e protocollare. La socializzazione della medicina, ispirata a criteri di equità sociale o quanto meno di uguaglianza dei cittadini di fronte alla malattia, ha portato o mirato alla promozione della salute per tutti, a partire dai più aventi bisogno, cioè dei più fragili per condizioni naturali e dei più deboli per condizioni sociali.

Il progresso tecnologico, con uno svolgimento secondo proporzione prima arit-

metica e infine esponenziale, culmina – come s'è visto – in un'approfondita penetrazione diagnostico-terapeutica nella fisiopatologia dell'organismo umano. Il progresso sociale, prima con una crescente espansione della mutualità e poi con un'adeguata riforma della sanità approda – come si vedrà – alla instaurazione del servizio sanitario pubblico e agli aggiustamenti ulteriori delle leggi e delle norme che lo regolano.

Il duplice approdo non è stato privo d'incidenti di percorso e non è privo d'inconvenienti attuali. Oggi la professione medica fa i conti con una crisi interna – di crescita come quella puberale, o presenile come quella climaterica? – nel cui ambito il medico talora o spesso vede nel paziente non tanto una *totalità*, cioè un organismo complesso un'unità psicosomatica, un soggetto umano implicato in situazioni patogene, quanto piuttosto una *somma* oggettuale di organi, dei quali alcuni malati e altri no; e nel cui ambito il malato, in speculare simmetria, talora o spesso vede nel medico non tanto un punto di riferimento *generale* per i suoi problemi di salute quanto piuttosto un punto di smistamento verso questo o quell'esperto *speciale*, quali appunto i vari specialisti, d'apparato (come i cardiologi), di patologia (come gli oncologi), di metodo (come i radiologi).

Fermo restando il valore insostituibile della *medicina specialistica*, viene altrettanto fermamente ribadito che la *medicina generale* esercitata dal medico “generalista” – così detto per differenziarlo dal medico “specialista” senza svalutarlo a “generico” – è una medicina fondamentale, fatta di prestazioni che hanno un connotato saliente: quello di corrispondere ai bisogni e ai diritti dell'assistito, gli uni e gli altri appartenenti alla “civiltà dell'uomo”, cui la “civiltà della macchina” dev'essere finalizzata e non sostituita.

Gli assistiti di oggi, diversamente dai loro simili di mezzo secolo fa, sanno che la medicina, generale e specialistica, mette a loro disposizione grandi risorse, che essi caricano di legittime attese e anche di giuste pretese, fondate le une sul bisogno, le altre sul diritto. Essi, talora o sovente, ritengono che i bisogni e i diritti possano e debbano essere esauditi tutti all'interno di una tecnologia di adeguato livello; al contrario, non poche attese e pretese possono e debbono trovare soddisfazione all'interno di un'antropologia relazionale di livello altrettanto adeguato, cioè all'interno di un rapporto che l'odierna crisi professionale rischia d'impovertire.

Il rischio di depauperamento è tanto maggiore quanto più si è arricchita la consapevolezza, da parte degli assistiti, del diritto di sapere attraverso l'informazione e di porre attraverso il *consenso* l'autonomia del proprio ruolo, basata su di una nuova e diversa fisionomia identitaria.

5.

C'è peraltro da rilevare che la popolazione degli assistiti, come è proprio degli insiemi multipli e complessi, non è omogenea e riducibile a uno stereotipo. Accanto ai *nuovi pazienti* che pretendono un'informazione esaustiva, associata all'esigenza di una partecipazione decisionale, o che propendono per una decisione completamente autonoma, dopo debita informazione, esistono tuttora *pazienti d'antico regime* – si passi l'espressione – che all'informazione attribuiscono un'importanza tutto sommato marginale, preferendo dare al medico la delega di decidere per il meglio.

Ogni medico d'ambulatorio e di territorio sa quel che chiedono gli assistiti: taluni vogliono capire, sapere; talaltri vogliono invece non sapere, ignorare; taluni pazienti cercano il medico, talaltri lo fuggono; taluni vogliono essere riconosciuti malati, anche se forse propriamente non lo sono, talaltri rifiutano invece, anche ostinatamente, di riconoscere e accettare la propria fragilità; c'è chi è esigente, "impaziente", e chi, invece, si fa scrupolo di non disturbare il dottore, proprio come il "paziente" di cinquant'anni fa o di ancor più antica memoria, condizionato dalla figura extra-ordinaria di un medico altalenante tra paternalismo e autoritarismo.

È questo l'universo dei "pazienti" e degli "impazienti" che riassume e compendia l'evoluzione novecentesca degli assistiti, con i quali si confronta oggi quotidianamente, sul campo, la professione medica. È un universo composito dove domina, consapevole o inconscia, svelata o celata, l'esigenza umana di non essere lasciati soli e di trovare assistenza (*ad-sistere* significa "stare continuativamente accanto") in quei momenti cruciali dell'esistenza che sono le malattie, le disabilità, le fragilità, le paure. In tali momenti la figure di riferimento non è solo quella di un tecnico, ma quella di un professionista completo, capace non soltanto di sapere e di fare, ma pure di comprendere e di condividere.

Essere medico, oggi, significa, tra l'altro, esercitare una professione meno semplice che in passato. Oggi vuoi dire anche corrispondere alla richiesta impegnativa di mediare tra la macchina e l'uomo, subordinando l'una all'altro e senza interrompere mai il rapporto interumano tra medico e paziente che la macchina, inserita fra i due, di fatto sospende come una sorta di diaframma. Vuol dire evitare che i segnali forniti dalla macchina stessa – dati di laboratorio e bioimmagini – rimangano cifre e simulacri senza diventare parametri della realtà umana che a essi è sottesa. Solo una costante afferenza all'umanità del paziente, da un lato, e, dall'altro, al "medico della persona", generalista o specialista ch'egli sia, preserva la professione dal rischio che una tecnologia positivamente applicata favorisca un'antropologia negativamente gestita.

Un approccio medico prevalentemente o esclusivamente riservato alla realtà fi-

siopatologica, settoriale o particellare, dell'individuo – espressa in termini morfofunzionali, biochimici, biomolecolari – porta a privilegiarne le componenti somatiche, organiche, fisico-chimiche a scapito di quelle personali psicologiche e antropologiche. La rinuncia, a essere anche psicologo riduce il paziente a somatologo e riduce la professione a tecnica del corpo scisso. Consensualmente la rinuncia ad approfondire la condizione antropologico-sociale dei propri assistiti comporta l'ipertrofia *ex vacuo* degli aspetti tecnici rispetto a quelli relazionali.

Oggi il paziente è portato sovente a credere negli esami e a confidare nei farmaci che il medico prescrive più che nelle visite e nelle cure che il medico effettua. Talora le cure del medico si riducono alle terapie assecondanti “il desiderio di assumere medicinali”, peculiare “caratteristica che distingue l'uomo dagli animali”, come ebbe ad affermare con ironia il grande clinico statunitense William Osler (1849-1919) prevedendo nel 1913 con largo anticipo il futuro consumismo farmaceutico e aggiungendo che “è proprio questo uno dei maggiori ostacoli contro cui dobbiamo lottare”.

Nelle parole di Osler è presagita l'ambiguità oggi esistente tra il farmaco come efficace e insostituibile presidio terapeutico, talora o spesso “salvavita”, e il farmaco come prodotto d'industria e oggetto di commercio, soggiacente alle leggi del mercato e del profitto economico. Il consumismo odierno coinvolge non solo i farmaci, ma anche gli anzidetti esami di laboratorio e radiologici, tra l'altro contribuendo a dilatare la spesa sanitaria nell'ottica di una ideologia produttivistica che peraltro non produce salute.

Contro tale consumismo, preconizzando il destino Dei *medici futuri* in un “discorso” con tale titolo pubblicato sulla rivista *Il Policlinico* nel 1920, metteva in guardia il maggior clinico medico italiano del primo Novecento, Augusto Murri (1841- 1932); e a lui faceva eco trentacinque anni dopo il maggior clinico medico italiano di metà Novecento, Cesare Frugoni (1841-1978), stigmatizzando il fatto “che il malato viene a noi recando sulle braccia montagne di radiografie e di reperti di laboratorio”.

Il rischio era che, diceva Frugoni, “tra la coscienza e la sensibilità del medico si interponga il fattore inanimato di innumerevoli menti che, mentre sono di immensa utilità pratica agli aspetti della diagnosi, diminuiscono i contatti fra curanti e pazienti”. Il retrospettivo flash-back illumina sulla situazione prospettica odierna e induce a riflettere su questo dato di fatto; che l'innovazione tecnologica in medicina ha lo scopo non di aumentare la produttività della tecnica, ma di accrescere la produzione di salute e il soddisfacimento dei bisogni umani. Perciò la cultura di supporto deve essere più ampia della sola cultura tecnologica; deve essere ampliata a una cultura antropologica della salute, adeguata a una realtà tanto tecnologicamente avanzata quanto umanamente e socialmente complessa.

6.

L'impennata conoscitiva e operativa delle bioscienze, con le loro ripercussioni in medicina, porta a riflettere non solo sugli aspetti tecnici di tale avanzamento, con i vantaggi e i rischi correlati, ma anche sulle inferenze etico-pratiche nella professione, cioè sulle implicazioni di questa pure nel campo etico-sociale.

Si è visto sussistere il rischio che l'apparato tecnico inserito nel rapporto interumano interferisca a sfavore nella qualità del rapporto; non diversamente si veda la sussistenza del rischio simmetrico che l'inserzione nel rapporto dello Stato, o della sua versione privato-sociale, lasci spazio al burocratismo e al consumismo sanitario. Inoltre si constati come il permanere a lungo di una "cultura della malattia", considerante la salute a partire dalla sua negazione – come "assenza di malattia" –, abbia consegnato in passato la sanità a un perdurante *modello di assicurazione contro le malattie* e abbia ostacolato l'emergere nel presente di una "cultura della salute" considerante invece quest'ultima in positivo – come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" – conformemente al *modello di prevenzione e promozione della salute* elaborato dall'Organizzazione mondiale della Sanità nel 1948, dopo la ritrovata pace planetaria.

Trent'anni dopo, nel 1978, la legge 833 del 23 dicembre ha istituito il servizio sanitario nazionale sostitutivo del sistema assicurativo preesistente. Con un altro flash-back retrospettivo si può rivedere tale preesistente sistema, vantato negli anni Trenta del Novecento come "modernizzazione corporativa", nella sua realizzazione sotto forma di mutue aziendali e di categoria, sorte dalla contribuzioni paritetiche di lavoratori e datori di lavoro.

Era proprio questa struttura paritetica, celebrata come metodo o *modello corporativo* di collaborazione sociale, a dare ambiguità a un sistema che presentava, quali contraddizioni tra il dire e il fare, molte pecche: una lenta evoluzione, elogiata, come processo graduale favorito da saggezza politica; una complicazione macroscopica, elogiata come coerenza di parti giustapposte; una disomogeneità strutturale e funzionale, elogiata come variata risposta ai diversi bisogni delle varie categorie di lavoratori; una frammentazione particellare, elogiata come calibrato adattamento alle tante particolarità del paese. Questo sistema lento, complicato, disomogeneo, frammentato faceva sì che nell'Italia degli anni Trenta ogni provincia, ogni zona, ogni ambiente di lavoro, ogni spazio familiare avesse una propria particolare realtà assicurativo-assistenziale, in pochi luoghi privilegiata e in moltissimi disastata, e inoltre con un terzo dei cittadini "scoperti", privi cioè di ogni forma di assicurazione e di assistenza.

Ciascuna realtà aveva il suo apparato tecnico, i suoi quadri burocratici, i suoi costi di gestione, i suoi gradi di efficienza, i suoi livelli di efficacia. Era, con le debite eccezioni, un coacervo di organismi perlopiù disfunzionanti, finalizzati più

spesso ad automantenersi che a erogare prestazioni: una congerie di centri di potere, concorrenziali fra loro e talora segnati da abusi e da sperperi. Il tutto era tale da dar luogo al tentativo, operato in *articulo mortis* dal fascismo, di fondere le diverse gestioni in un unico ente, istituito nel gennaio 1943, divenuto poi l'Istituto Nazionale Assicurazione Malattie.

La citata legge del 1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale, ha inteso operare un netto stacco e un decisivo salto di qualità. L'inadeguatezza del sistema precedente, caratterizzato da dispersione di strutture, da difformità di prestazioni, da sperequazioni sociali, protrattesi in forma viziosa anche negli anni postbellici della "ricostruzione" e del "miracolo economico", richiedevano da tempo tale innovazione. E il nuovo, da realizzarsi nelle neostrutture previste e auspicabilmente con il concorso di medici nuovi, era ciò che si riteneva avviato con la istituzione del nuovo servizio.

Il *modello multifunzionale* ispiratore del nuovo servizio era chiaramente enunciato dalle legge istitutiva, facente riferimento "alla promozione, al mantenimento e al ricupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'egualianza dei cittadini": un modello e un impegno degni di un paese civilmente avanzato. Non è un caso che entrambi coincidessero con un momento alto della cultura sanitaria internazionale, essendo la legge varata tre mesi dopo le conclusioni della Conferenza di Alma-Ata (6-12 settembre 1978) convocata congiuntamente dall'Unicef e dall'Organizzazione Mondiale della sanità.

7.

La legge di *riforma sanitaria* ha ricevuto il massimo, quasi unanime, consenso politico e parlamentare. Ha ottenuto un consenso plebiscitario da parte del "paese reale" desideroso di uscire dal sistema delle mutue. Essa ha iscritto il "progetto sanità", cioè la salvaguardia del diritto dei cittadini alla tutela della salute, in una "ipotesi di società" basata su principi di equità sociale. Tuttavia la sua importanza, per quanto largamente condivisa, non ha coinciso con il suo successo.

Tra le varie e non poche motivazioni, qui si fa cenno, anche con intento autocritico, a quelle inerenti al mondo medico. Ai medici è riservato un ruolo molto importante nell'attuazione della riforma. Essi ne sono gli operatori primari, sono i primi ordinatori della spesa sanitaria. Anche o soprattutto da essi dipendono i costi della sanità in esami e medicinali. Loro è il colpito di dimostrare che i procedimenti di diagnosi e terapia vanno correlati ai fattori di salute, secondo nuovi protocolli in grado di portare congiuntamente a un miglioramento della salute e a uno sgravio della spesa.

Molti sono i medici coinvolti solo attraverso una burocratizzazione espansa del

loro operare; in non pochi si manifesta una presa di distanza dal servizio sanitario nazionale. Quest'ultimo, a chi si fa interprete dell'opinione pubblica nel criticare la sua risposta spesso carente alla domanda di efficienza ed efficacia, appare disegnato in base a una concezione astrattamente egualitaria, tipica degli anni Settanta. Peraltro, se nell'Italia che cambia ogni rilucente medaglia ha il suo rovescio, è vero anche il contrario: la "riforma sanitaria" è socialmente più equa, eticamente più giusta e praticamente migliore della pre-riforma.

Il decennio successivo è teatro di grandi cambiamenti, non solo nella tecnologia – come s'è visto –, ma anche nello Stato e nel mercato. "Meno Stato e più mercato" è uno degli slogan dominanti. Il clima ideologico tende, con molte buone ragioni, a mettere in stato d'accusa le degenerazioni nefaste della riforma; tende altresì, con ragioni meno buone, a demonizzare la riforma in se medesima. Tende a far gettar via, con l'acqua sporca della lottizzazione amministrativa e gestionale di molte unità sanitarie locali, il prodotto di un concepimento lindo, disceso da istanze etico-sociali ed etico-mediche sacrosante.

Un altro degli slogan dominanti nello scorcio del Novecento è che "la salute non ha prezzo, ma la sanità ha il suo costo". Due sono le concezioni che a questo punto si fronteggiano. L'una è quella di coloro che sostengono la necessità di un ritorno allo spirito riformatore originario, addossando le inefficienze e gli sprechi all'incompleta o distorta applicazione dei contenuti programmatici della legge di riforma. L'altra è la concezione di quanti sostengono invece che un servizio sociale come quello sanitario non dev'essere oggetto di monopolio pubblico, onde evitare i guasti già sperimentati, ma deve dare ampio spazio al privato e alla sussidiarietà che esso può offrire.

Alle soglie del Duemila, dove si conclude il presente saggio retrospettivo, il problema dei problemi appare quello di contenere i "conti della spesa" in una sanità stretta nella forbice congiunturale di una tecnologia medica sempre più costosa ed espansa e di risorse economiche sempre più ingessate e ristrette. La questione della limitatezza di tali risorse s'è fatta cruciale. A fronte di interventi biomedici sempre più onerosi e complessi, tali da non avere talora più limiti, stanno risorse limitate al punto che si rende indispensabile e doveroso chiedersi e dire quali sono i modi e i mezzi più efficienti ed efficaci per utilizzarle, e come possono essere ripartite secondo equità onde evitare l'insorgere di inaccettabili squilibri distributivi.

Alle soglie del Novecento, donde ha preso avvio questo excursus sommario, Benedetto Croce, nell'ambito della sua "tetralogia dello spirito", scrisse il libro *Filosofia, della pratica*, pubblicato nel 1909, che può valere anche per la pratica medica con riferimento al sottotitolo: *economica ed etica*. È il binomio di una problematica, fattasi critica, che influisce e influirà sugli orientamenti della medici-

na, sui dibattiti della bioetica e sulle scelte della politica. È anche la duplice faccia di una stessa pregiata moneta da investire nella promozione della salute individuale e collettiva.

8.

Per continuare nella metafora, si può dire che una moneta di tal pregio ha caratterizzato gli investimenti che gli Ordini dei Medici hanno fatto nei cento anni della loro storia istituzionale. Preceduti da lunga e travagliata gestazione, gli Ordini nacquero nel clima di costruzione materiale e morale dell'Italia del Novecento, interpreti della binomiale parola d'ordine d'allora: scienza e umanità. Sensibili a un'istanza di "medicina sociale", i medici considerarono la loro funzione in seno alla società legata non solo al loro sapere e al loro fare scientifico-tecnico, ma anche al loro dovere di elevarsi dall'impegno contro l'*illegalità*, a legittima difesa dei propri interessi e diritti, all'impegno contro l'*immoralità*, a nobile difesa e patrocinio dei ceti meno abbienti, più malati e più deboli, e a salvaguardia degli interessi sanitari dell'intera popolazione.

Un codice deontologico unificato, cioè condiviso da tutti gli Ordini, fu abbozzato già nel 1912, ma il comune impegno poi si arenò nelle secche della delegittimazione ordinistica, tant'è che nel 1929 gli organi dirigenti degli Ordini cessarono di essere espressione di libere elezioni democratiche per essere nominati dall'autorità politica, finché questa decise di sopprimere gli Ordini stessi, assorbiti dai sindacati di regime.

Passata, dieci anni dopo, la bufera della guerra, i soppressi Ordini provinciali furono ricostituiti. Essi si ripromisero il recupero il potenziamento delle istanze originarie. Ma il nuovo Codice deontologico unificato, noto come "Codice Frugoni" dal nome del clinico medico presidente della commissione incaricata di redigerlo, fu approvato non prima del 1958, in tarda sincronia con la tardiva istituzione in Italia del Ministero della Sanità.

Una nuova parola d'ordine binomiale – *scienza e coscienza* – precedeva l'enunciazione di due concetti fondamentali: il primo è che "il rapporto fra il medico e il malato è essenzialmente fondato sulla fiducia"; il secondo è che "la tutela della salute collettiva impegna l'opera del medico come quella della salute individuale e secondo gli stessi principi".

Il "Codice Frugoni" venne in seguito più volte rivisto e aggiornato finché un nuovo testo, varato il 15 luglio 1989 in tempi di bioetica ormai consolidata, formulava nuovi enunciati – o nuove parole d'ordine – quali il *consenso valido*, il dovere dell'*informazione nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche* e l'*assistenza ai morenti*. Il "consenso informato", le "istanze etiche di fine vita" e tutte le altre nate e nascenti via via dall'avanzamento delle biotecnologie e delle tec-

nologie biomediche venivano demandate a una commissione permanente, insediata allo scopo di apportare con tempestività adeguate variazioni alla normativa deontologica.

L'ulteriore svolgimento esula dalla storia del Novecento ed entra nella cronaca più recente, aperto a recepire temi e problemi di crescente attualità come il rischio, la responsabilità, la multiculturalità, la comunicazione, la formazione, la medicina sempre più declinata al femminile. Non sono più parole d'ordine, ma impegni programmatici ben precisi.

BIBLIOGRAFIA

Giorgio Cosmacini, *Medicina e sanità nel ventesimo secolo. Dalla "spagnola" alla seconda guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1989.

Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari 1994.

Giorgio Cosmacini, *Sanità*, in *Dizionario storico dell'Italia unita*, a cura di Bruno Bongiovanni e Nicola Tranfaglia, Laterza, Roma-Bari 1996.

Giorgio Cosmacini, *Malattia e sanità*, in *Guida all'Italia contemporanea*, diretta da Massimo Firpo, Nicola Tranfaglia, Pier Giorgio Zunino, III. *Politica e Società*, Garzanti, Milano 1998.

Giorgio Cosmacini, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Cortina, Milano 2000.