

Articoli/Articles

IL CRESCENTE BISOGNO DI ASSISTENZA SANITARIA
DA PARTE DELLE CLASSI MEDIE
DELL'EUROPA CENTRALE 1880-1930

EDWARD SHORTER
Hannah Chair in the History of Medicine
University of Toronto, Canada

SUMMARY

*THE GROWING NEED FOR HEALTH CARE OF THE MIDDLE
CLASSES IN CENTRAL EUROPE 1880-1930*

After 1850 medicine took on a new character, switching from a remedy for desperation to an everyday lifestyle habit. By examining the increase in recourse to medical care and the data on the availability of beds in private nursing homes, it is possible to assess the economic and social changes which took place as well as the conditions of family life and relations to disease. In this context, the role of women and their influence on the other members of the family is fundamental.

Il problema preso in esame

L'ipotesi che nello scorso secolo si sia potuto assistere ad una *medicalizzazione* della società offre il terreno su cui convergono gli interessi degli studiosi dei risvolti sociali della storia della medicina, e quelli degli storici dell'economia. Tale ipotesi si presenta in due versioni, l'una complementare all'altra: la prima

Parole chiave/key words: Middle Classes - Central Europe - Health 1880-1930.

sostiene che la trasformazione della struttura sociale porta alla comparsa di *esperti* in campo medico, le cui pretese di autorevolezza vengono legittimate dalle scienze naturali. Questi nuovi esperti esigono un'adeguata posizione sociale, che li pone al di sopra dei loro profani *pazienti*; i medici rafforzano la loro richiesta di influenza creando per loro stessi un *mercato* monopolistico, escludendo quelle figure professionali con cui si trovano in competizione e divenendo gli unici a provvedere alle cure mediche¹.

L'altra versione dell'ipotesi della medicalizzazione pone maggior enfasi sul ruolo dei pazienti rispetto a quello dei dottori, e spiega come gli individui acquisiscano a livello psicologico il bisogno di consumare servizi medico-assistenziali trasformandosi in *pazienti*. Secondo questa versione la popolazione diviene ancor più dipendente psicologicamente dal sistema sanitario quale risultato dell'interiorizzazione delle costrizioni connesse al processo di modernizzazione. Come avviene ciò? L'aura della *scienza* medica crea dipendenza da assistenza sanitaria e da cure mediche che non sono necessarie. La *salute* viene celebrata quale bene di consumo. È vero che dalla metà del diciannovesimo secolo in poi i medici e i farmaci hanno assunto un ruolo sempre più rilevante nella coscienza popolare, spesso in modi non appropriati. Per disturbi senza importanza, che in precedenza sarebbero stati stoicamente tollerati o per cui si sarebbe andati dalla *callista* o dallo *sciama* del luogo, si andava ora dal dottore; il parto non era più di competenza della levatrice ma del medico, e la richiesta di prestazioni rese da medici venne incrementata da una tormentosa ipocondria che ognuno nutriva circa il proprio stato di salute.

Così la medicalizzazione divenne un'infelice conseguenza psicologica della modernizzazione, che ridusse l'autonomia degli individui in relazione ai loro corpi. Secondo questa versione gli individui si pongono volontariamente in una condizione di sottomissione alla casta medica. Alfons Labisch, per esempio parla dell'uomo moderno appena medicalizzato quale *homo hygienicus*, ovvero quell'individuo che ha interiorizzato un concetto

di *salute* specificamente borghese, che risale all'Illuminismo. Questa interiorizzazione diviene parte della richiesta di *sempre più diverse forme di comportamento* che i moderni processi di burocratizzazione e di razionalizzazione esigono².

Ciò che gli studiosi di storia sociale intendono per medicalizzazione, gli storici dell'economia interpretano come *crescente elasticità* nella domanda di assistenza sanitaria. Il concetto di elasticità implica il tipo di scelta da parte del consumatore, che viene descritto dal modello di medicalizzazione quale scelta nell'adottare autorità medica e nel consumo di servizi assistenziali. Grazie ai crescenti livelli di agiatezza la gente comincia a prendere delle decisioni in merito al proprio consumo di servizi medico-assistenziali che non sono più *dettate dalla disperazione*. Si potrebbe facilmente sostenere che prima del 1850 soltanto grandi sofferenze o il pericolo di vita inducevano gran parte delle persone a chiedere l'assistenza di un medico³. Perciò prima del 1850 la visita dal medico, per lo meno tra le classi popolari, era in gran parte *dettata dalla disperazione*. Ma con un reale incremento dei redditi il senso di benessere induce la popolazione a lasciarsi influenzare nel consumo o meno di assistenza medica. Una volta assunti atteggiamenti consumistici, il suo comportamento nell'acquisto viene connesso al ciclo economico: in periodi di prosperità economica si va spesso dal medico e si acquistano medicinali in quantità nella ricerca di benessere; in periodi più difficili si tralascia di rivolgersi al medico per disturbi di secondaria importanza e per farmaci che possono essere assunti autonomamente⁴. Infatti, Michael Grossman asserisce che la gente *sceglie il proprio grado di salute nello stesso modo in cui sceglie il livello di consumo di altri prodotti*⁵. In questo modo Grossman individua il punto in cui termina il lavoro dello storico dell'economia e inizia quello dello storico della dieta. Egli scrive:

*L'analisi economica non spiega la formazione delle diverse tendenze di gusto, e perciò non può prevedere le conseguenze di cambiamenti nelle variabili del gusto nella richiesta di assistenza sanitaria*⁶.

L'esperienza compiuta in Europa nel periodo che, partendo dagli anni 70 del secolo scorso giungeva fino ai nostri anni '30, ci dà l'opportunità di esaminare l'influsso di queste *variabili del gusto*. Le persone divengono più sensibili nei riguardi del loro corpo? E la famiglia? Sappiamo che nel diciannovesimo secolo nell'ambito della vita familiare il benessere di membri della famiglia, che in precedenza avevano assunto un ruolo subordinato a quello paterno, diviene il centro di un interesse che non ha precedenti storici.

Questo nuovo stile di vita familiare, centrato maggiormente sulla donna e sul bambino, determina un numero più elevato di visite dal medico nonché un consumo maggiore di farmaci? E infine, cosa avviene nel rapporto medico-paziente? L'autorità sanitaria stabilisce un controllo sempre maggiore? Sono questi interrogativi di questo respiro, per rispondere ai quali è necessaria la collaborazione tra studiosi di storia sociale e di quelli di storia dell'economia.

È evidente che nel periodo preso in esame il consumo globale di assistenza medica ha conosciuto un significativo incremento in Europa centrale. In Germania per ogni 10.000 abitanti il numero di medici è salito da 3,2 nel 1876 a 7,4 nel 1931. Nello stesso periodo il numero di letti ospedalieri per ogni 10.000 abitanti aumentò da 25 a 91⁷. Secondo i dati forniti da Walther G. Hoffman, in Germania il consumo individuale di servizi medico-assistenziali (senza considerare i contributi pagati dai datori di lavoro a fini assistenziali a iniziare dal 1885) nel complesso passò da 213 milioni di marchi nel 1850 (secondo il valore stabile del marco nel 1913) a 2149 milioni di marchi nel 1931⁸. Il numero di ricoveri ospedalieri per ogni 10.000 abitanti salì da 44 nel 1853 a 603 nel 1931, con un incremento pari a quattordici volte il valore iniziale⁹. È palese quindi che il tasso di consumo di assistenza sanitaria aumentò decisamente nella seconda metà del diciannovesimo secolo e nei primi tre decenni del ventesimo.

Per poter meglio comprendere i meccanismi di tale incremento, alcune informazioni sulle classi sociali possono per lo meno fornire uno spunto iniziale. Sarebbe utile sapere in quali clas-

si si diede inizio a questa nuova domanda di cure mediche. In quali classi si diffuse più profondamente? A questo riguardo i dati sono estremamente scarsi. Reinhard Spree, osservando i bilanci familiari dei periodi 1903-1913 e 1925-1937, in rapporto alle differenti classi sociali, ha scoperto che, benché le classi medie (impiegati) spendessero una percentuale maggiore del loro bilancio familiare (3.0 %) in cure mediche di quella spesa dalle classi lavorative (1.3 %), il fattore di elasticità aumentò più rapidamente durante quegli anni nelle classi inferiori che nelle famiglie di ceto medio. Questa maggiore elasticità da parte della classe lavoratrice porta Spree alla conclusione che:

*L'igienizzazione e la medicalizzazione delle classi inferiori tedesche durante i primi tre decenni del ventesimo secolo ha fatto evidenti progressi*¹⁰

Non è chiaro se Spree abbia detto l'ultima parola sulla complessa questione riguardante quale classe divenne la più medicalizzata: la classe media, con la sua accentuata sensibilità per le malattie psicosomatiche¹¹, o la classe lavorativa, il cui indiscutibile bisogno di cure era maggiore probabilmente a causa di una più povera alimentazione e di una maggiore vulnerabilità alle malattie infettive. Nella presente relazione esploreremo l'elasticità nel consumo di cure sanitarie da parte della classe media in relazione alle cliniche private. I dati, che riguardano soltanto la classe media, non vogliono in alcun modo porre in discussione le conclusioni espresse da Spree ma piuttosto accrescerne il valore. Questo intervento intende sostenere due punti essenziali: 1) che una complessa dinamica di trasformazioni all'interno della famiglia rimane alla base di gran parte del comportamento del ceto medio in fatto di malattie, ed in particolare di malattie psicosomatiche; e 2) che le necessità della classe media per quanto riguarda l'assistenza sanitaria erano abbastanza flessibili a seconda del reddito (non verrà preso in esame se lo fossero più o meno di quelle della classe lavoratrice).

La richiesta e la disponibilità di letti in cliniche private

È difficile entrare in possesso di indici quantitativi relativi al consumo di servizi medico-assistenziali. In particolare, gli indici relativi ad ogni classe sono molto difficili da elaborare. In questa relazione si intende proporre un indicatore dell'uso di servizi medici da parte di cittadini benestanti e facoltosi: il numero di letti disponibili in cliniche private o sanatori, strutture sanitarie a carattere privato accessibili soltanto a coloro che potevano permettersi di pagare le rette¹². La disponibilità di letti era in rapporto diretto alla domanda, in quanto le cliniche private erano tutte in competizione l'una con l'altra riguardo a pazienti attenendosi a regole di mercato.

È evidente che nel periodo pre-bellico, a prezzi di dieci marchi e più al giorno, i sanatori erano alla portata soltanto del ceto medio. Tuttavia, come si osservava nel 1901 in un opuscolo di una clinica, il concetto di classe media si estendeva anche agli strati più bassi della scala sociale.

Il sanatorio non è affatto destinato esclusivamente ai ricchi... per la persona mediamente benestante, persino per il meno abbiente il sanatorio comporta spesso un risparmio¹³.

Una degenza in un sanatorio di durata media poteva protrarsi per cinque settimane a 70 marchi la settimana, per cui ad una famiglia sarebbe costato almeno 350 marchi ricoverare un suo membro per una cura in una rispettabile clinica privata. Quante famiglie potevano permettersi una cura del genere? In Prussia nel 1890 soltanto il 7,4 per cento della popolazione disponeva di un reddito annuo superiore a 2000 marchi (che corrispondeva a condizioni economiche modeste, o *medie*)¹⁴. Una famiglia con un reddito di 4000 marchi all'anno poteva sì permettersi una spesa di 350 marchi per cure private, ma solo con grande difficoltà. Queste cifre stanno a significare che in termini assoluti la clientela delle cliniche private appartenente ai ceti elevati era considerevole, tuttavia essa rappresentava meno di un decimo della popolazione totale.

Benché non vi sia in tali cliniche private un registro generale dei posti letto, è possibile elaborare un'esauriente serie di dati raccogliendo informazioni relative alle diverse cliniche fornite in vari elenchi nominativi di ospedali e in guide su infrastrutture sanitarie durante gli anni. La presente relazione attinge a tale raccolta generale di dati, tuttavia esprime delle valutazioni su una parte dei dati riportati in essa: le cliniche private di comunità il cui nome inizia con una lettera dell'alfabeto.

Per questo intervento sono state selezionate per il periodo 1880-1930 alcune cliniche private appartenenti a comunità presenti in Germania, Austria e Svizzera il cui nome inizia con la lettera *B*. Il campione, composto di centinaia di cliniche presenti nelle città *B* è stato ulteriormente ridotto in due modi¹ includendo solamente sanatori *generici* e quelli destinati a idroterapia e alle malattie nervose e mentali, e trascurando cliniche specializzate nella cura della tubercolosi, o in ostetricia e ginecologia, chirurgia generale, in trattamenti otorinolaringoiatrici e in oftalmologia²; includendo soltanto quelle cliniche di cui potevano essere raccolte informazioni sul numero di letti, o di stanze questo tipo di informazione era spesso omesso negli elenchi nominativi. In base a questi criteri di selezione sono state individuate in totale 110 cliniche private, in comunità che definiremo *B* che vanno da Berlino con i suoi numerosi sobborghi, a Baden Baden, Blankenburg im Harz e Berna. Delle 100 cliniche, quelle di Berlino e dintorni rappresentano il 40 per cento del totale.

Diversi problemi di misurazione menzionati nelle note limitano l'esattezza di questo indice, e variazioni di piccola entità di periodo in periodo dovrebbero essere valutate con cautela, ma complessivamente quest'epoca vide una crescita impressionante nella disponibilità di letti in cliniche private. La quantità di letti nelle 110 cliniche prese in considerazione aumentò da circa 1300 nel 1880 a quasi 5000 entro il 1910 (vedi Tabella 1). Con gli sconvolgimenti dovuti alla guerra e all'inflazione, il numero di letti in cliniche private diminuì nei primi anni venti, per poi aumentare di nuovo a quasi 4000 entro il 1930. Espres-

sa in forma di indice (con 1880 pari a 100) la disponibilità di letti in strutture sanitarie private aumentò fino ad arrivare ad un indice di 341 entro il 1910, per ridursi a 257 intorno al 1920 ed infine risalire a 291 entro il 1930. È chiaro quindi che la domanda di assistenza privata da parte di persone appartenenti alle classi medio-alte in Europa centrale crebbe nettamente negli ultimi decenni del diciannovesimo secolo e nella *belle époque* dell'inizio del ventesimo. La prima guerra mondiale pose termine a questo felice periodo di sviluppo, benché non provocasse la distruzione completa dell'assistenza sanitaria privata¹⁵.

Tabella 1: Cliniche private presenti in comunità il cui nome inizia con la lettera B di Germania, Austria e Svizzera, 1880-1930: numero di letti.

	Numero di letti					
	1880	1890	1900	1910	1920	1930
Per malattie mentali	872	1590	1905	2248	1383	1416
Per idroterapia/malattie nervose	430	990	1625	1529	1291	1435
Per malattie organiche/medicina generale	42	177	559	802	781	1066
TOTALE	1344	2757	4089	4579	3455	3917
	Indice (1880 = 100)					
	1880	1890	1900	1910	1920	1930
Per malattie mentali	100	182	218	258	159	162
Per idroterapia/malattie nervose	100	230	378	356	300	334
Per malattie organiche/medicina generale	100	421	1330	1909	1859	2538
TOTALE	100	205	304	341	257	291

Vedi appendice per le fonti e le note alla Tabella 1.

In relazione al tipo di cure offerte, vengono presentate nella Tabella 1 tre diverse categorie: cliniche per malattie mentali, cliniche di idroterapia (Wasserheilstalten (stabilimenti idroterapici, n.d.t.) e per psiconevrosi, e sanatori di tipo generico

chiaramente per malattie organiche. Pazienti con malattie infettive venivano esclusi da tutti e tre i tipi di cliniche. Quest'intera fascia di assistenza privata era in realtà indirizzata a pazienti il cui male presentava una qualche forma di componente psicogena o neurogena¹⁶.

È interessante osservare come le cure psichiatriche fossero preponderanti rispetto agli altri tipi. L'aumento nel numero di ospedali psichiatrici, sia con reparti *aperti* per la cura di psiconevrosi sia con reparti *chiusi* per le malattie psichiatriche gravi, aveva trovato avvio all'inizio del diciannovesimo secolo. Entro il 1880 il numero di posti letto presso cliniche psichiatriche nel gruppo di comunità B era pari al doppio di quelli in cliniche per malattie nervose e organiche.

Tuttavia in questo periodo la malattia mentale rimase fortemente stigmatizzata, nonostante fosse enorme la richiesta di assistenza psichiatrica da parte di famiglie che desideravano sbarazzarsi di congiunti affetti da tendenze maniacali o suicide. Quale risultato dell'avversione popolare verso tutto ciò che veniva etichettato come *psichiatrico* o *mentale* durante il periodo 1880-1930, l'aumento ebbe luogo più nel settore delle malattie nervose ed organiche che in quello delle malattie psichiatriche. Le malattie nervose non venivano annoverate tra le malattie mentali. Mentre l'indice di ammissioni alle 43 cliniche psichiatriche salì da 100 nel 1880 a soltanto 258 nel 1910, la disponibilità di letti nelle 37 cliniche per malattie nervose arrivò da 100 ad un indice di 356; nelle 30 cliniche per malattie organiche questo indice aveva subito fino al 1910 un incremento pari a diciannove volte il valore iniziale. Evidentemente le famiglie agiate destinavano i loro marchi, franchi e scellini non alle cliniche psichiatriche, indispensabili ma socialmente non gradite, ma verso forme di assistenza più accettabili da un punto di vista sociale, come le cliniche per la cura delle malattie *di nervi* e sanatori di tipo generico.

Mentre la richiesta di cure per malattie fatali quali la tubercolosi non è particolarmente suscettibile al prezzo, quella di cure per turbe non mortali come quelle del comportamento, tende

al contrario ad essere elastica in rapporto ai prezzi. In tempi di ristrettezze economiche venne meno la volontà delle famiglie di ospedalizzare i loro congiunti in ciò che erano essenzialmente degli alberghi per cure mediche. A parte il pagamento di grandi somme di denaro a costose cliniche a Baden bei Wien, Baden-Baden, o le montagne dello Harz, potevano essere individuati altri metodi per il trattamento di donne malate di *isteria* o di uomini colpiti da *esaurimento nervoso*. Il grande incremento nella dotazione di letti in strutture private nel periodo che va dal 1880 al 1914, assieme alla stagnazione successiva, fa pensare che gli aumenti dei redditi reali nel periodo prebellico venivano in parte destinati alla parte *elastica* dell'assistenza medica.

Ulteriori considerazioni

Quali indagini ulteriori dobbiamo compiere per mettere in luce gli aspetti oscuri della trasformazione economica e sociale che riguardano la classe sociale, la vita familiare e il comportamento nei confronti delle malattie? Una questione chiave e quella del ruolo della donna nella famiglia. Nell'esatto momento in cui la sensibilità del ceto medio verso le sensazioni corporee aumentava, la famiglia stessa diventava un'unità più privata, più raccolta¹⁷. È possibile che questi due tipi di *prise de conscience* siano in rapporto tra loro, in quanto una maggiore sensibilità verso gli altri può accrescere la consapevolezza che ognuno ha delle proprie sensazioni corporee. Questa accentuata sensibilità può persino accrescere la volontà di ciascuno di interpretare certi tipi di sensazioni quale sintomo di malattia, il che è l'essenza della malattia psicosomatica.

Qui entrano in gioco le donne, sia come responsabili delle cure mediche delle loro famiglie, sia come le principali vittime di affezioni psicosomatiche. Un mezzo fondamentale nella medicalizzazione in particolare di donne era il loro rapporto con il medico curante. L'internista Adolf Kussmaul, per esempio, quan-

d'era un giovane medico negli anni '40 del secolo scorso, comprese il ruolo centrale delle donne: egli, insieme a diversi altri colleghi, aveva seguito il ginecologo Franz Karl Naegele a consulto in casa di una ricca famiglia a Heilbronn.

Naegele venne accolto con grandi onori. Le signore della casa erano desiderose di fare la conoscenza del noto ginecologo, ed egli fece ricorso all'intero repertorio delle sue buone maniere. Incantata, una delle due signore mi trasse in disparte e disse che tra tutti i consiglieri privati di questo mondo questo era il più affascinante. Non appena fummo soli, egli mi rivolse questa domanda: Adesso mi dica, ho fatto un buon lavoro? Ho fatto del mio meglio per essere gradito alle signore, però solo per far piacere a loro. Lei (Dottor Kussmaul) dovrebbe osservare come deve cominciare per farsi strada. Mi creda, senza il consenso delle donne, un medico non riesce a nulla!¹⁸.

Tali medici erano ben consapevoli che nella famiglia dal nuovo sentimentalismo le donne incarnavano i valori della vita domestica ed erano il fondamento dell'esercizio della professione del medico di famiglia.

Nel diciannovesimo secolo e all'inizio del ventesimo le donne sembrano aver avvertito i sintomi di malattie psicosomatiche molto più spesso degli uomini, divenendo le fruitrici principali di queste cliniche private esclusive.

A Merano, per esempio, una stazione termale del Sud Tirolo che nel 1926 possedeva ancora gran parte di quella sua atmosfera austriaca ormai trascorsa, vi erano diversi sanatori per pazienti sofferenti di malattie organiche e nervose. Dei diciannove pazienti alloggiati al sanatorio Martinsbrunn, tredici erano donne, come lo erano nove dei dodici pazienti del sanatorio Waldpark¹⁹. Entrambe le cliniche provvedevano alle necessità di pazienti affetti da *esaurimento*, *malattie del sistema nervoso* e così via, linguaggio cifrato per indicare disturbi psicosomatici. Merano era un esempio del tutto tipico della forte presenza femminile nel mondo delle *malattie croniche* e delle *riconvalenze* delle cliniche private e delle stazioni termali. Non si ca-

da in errore: queste non erano donne *passive* che si lasciavano martirizzare in modo remissivo da mariti autoritari e da prepotenti medici maschi, ma delle consumatrici coscienti di sé che sapevano esattamente cosa volevano. Ernst Beyer, medico in un sanatorio, nel 1906 così scriveva:

Nel sanatorio privato l'ammalata si sente sempre nei confronti del medico come la datrice di lavoro; ella crede di poter avanzare delle pretese, perchè paga per ciò, e quando le prescrizioni non le vanno più, se ne può andare e cercare un altro sanatorio²⁰.

Voler ridurre, come hanno fatto alcuni studiosi, la complessa vita delle donne del diciannovesimo secolo ad una caricatura della *passività*, fa violenza all'intera rete di interessanti relazioni tra uomini e donne, e tra dottori e pazienti. Per poter fare dei progressi nella comprensione della trasformazione delle forme di consumo di assistenza sanitaria nella famiglia borghese, noi studiosi in prima linea dobbiamo comprendere il mutamento del ruolo delle donne nel diciannovesimo secolo. Come riuscirono le donne ad acquisire questo nuovo potere nel tenere i cordoni della borsa delle cure mediche?²¹ Perchè esse diventarono più attente non solo ai loro stessi disturbi, ma anche a quelli di altri componenti della famiglia? Quale ruolo assunse per queste donne non solo il consumo di beni e servizi in genere, ma anche il consumo di cure mediche in particolare? Questi interrogativi richiedono studi ulteriori.

Ringraziamenti

Sono grato a Reinhard Spree per alcuni riferimenti bibliografici e per alcuni consigli critici su una precedente stesura. La traduzione è di Monica Stellin.

Appendice Tabella 1: Fonti

Le principali fonti di dati sul numero di letti sono: A(lbert) Guttstadt, *Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich*. (Berlin, 1900); *Adressen- und Auskunftsbuch über die Kranken-, Heil-, Pflege-, Erziehungs- Wohlfahrts-Anstalten Deutschlands*. 5^a ed. (Leipzig, 1929). Altri elenchi nominativi includono Emil Fuhrmann *Ärztliches Jahrbuch für Österreich 1910*, (Vienna, 1910). Per la Germania: Verband der Ärzte in Deutschland, *Verzeichnis der Ärzte im Deutschen Reiche*. 2^a ed. (Leipzig, 1908), 4^a ed. (1910), e 7^a ed. (1913); dopo la prima guerra mondiale a questa pubblicazione venne dato il nuovo titolo *Ärztliches Handbuch nebst Verzeichnis der Ärzte im Deutschen Reich*, 9^a ed. (1921), e 10^a ed. (1924/25).

Ulteriori informazioni sulle cliniche presenti nella categoria *psichiatrico-neurologica* della gamma sono state raccolte dalle guide Laehr per la famiglia: Heinrich Laehr, *Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes, neue Auflage* (Berlin, 1882); l'edizione successiva con un titolo identico e senza indicazione dell'edizione fu pubblicata a Berlino nel 1891; inoltre Hans Laehr, *Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland. Deutsch-Österreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern*. 6^a ed. (Berlin, 1907), e Hans Laehr, stesso titolo, 7^a ed. pubblicata a Berlino nel 1912.

Tra le altre guide consultate ricordiamo Paul Berger, *Führer durch die Privat-Heilanstalten Deutschlands. Österreichs und der Schweiz*. 6^a ed., (Berlin, 1898-99); H(ugo?) Neumann, *Handbuch der Heil-, Pflege- und Kuranstalten (Privat-Anstalten)* (Berlin, 1901). Per quanto riguarda l'Austria sono state aggiunte, oltre alle precedenti, le cliniche elencate in *Offizielles Jahrbuch 1909 des Zentralverbandes der Kur-Heilanstalts-Besitzer resp. Leiter in Osterreich*. (Vienna, 1909). (Fritz) Eichelberg, *Jahrbuch der ärztlich geleiteten Heilanstalten und Privatkliniken Deutschlands 1927* (Berlin, n.d.); Eichelberg, *Jahrbuch der ärztlich geleiteten Heilanstalten und Privatkliniken Deutschlands. 1933/34*. 10^a ed. (Berlin, n.d.). La prefazione è datata febbraio 1933. Le cliniche

austriache della fine degli anni '20 sono state catalogate soltanto in una fonte: *Adressbuch des gesamten Heil- und Gesundheitswesens inkl. Rettungswesen für Österreich 1926/27* (Salzburg, n.d.). Oltre alle guide che trattavano l'Europa centrale nel suo complesso, si veda riguardo alla Svizzera Felix Barth, et al., a cura di, *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch* voll. per il 1929 e il 1939 (entrambi i volumi pubblicati a Basilea).

Note alla Tabella 1:

1. La serie di dati include tutte le cliniche private che sono esistite per un certo lasso di tempo durante il periodo 1880-1930, per le quali vi siano almeno due indicazioni. Gran parte delle cliniche esistettero soltanto per una frazione di quei cinquant'anni. Dati riguardanti anni non disponibili, in particolare il 1920, sono stati interpolati ed estrapolati.

2. Le cliniche psichiatriche del campione possono essere documentate un po' eccessivamente perché i dati forniti dagli elenchi Laehr di cliniche psichiatriche includono quasi immancabilmente il numero di letti.

3. Tra i particolari problemi delle cliniche di Berlino e dintorni vanno ricordati: (a) l'eliminazione di *asili privati* che accoglievano principalmente pazienti in soprannumero dalle grandi case di ricovero pubbliche come quella di Dalldorf e (b) l'eliminazione di colonie di *terza classe* finanziate con denaro pubblico da autentiche case di ricovero per il ceto medio.

4. In generale ritroviamo le stesse tendenze per tutti e tre i tipi di cliniche eccetto che a Berlino e sobborghi, quindi le conclusioni non sono il risultato di circostanze specifiche riguardanti Berlino. Tuttavia, il numero di posti letto in sanatori per malattie organiche o generici fuori di Berlino continuò a crescere costantemente durante il periodo 1880-1930, mentre il numero di letti in tali tipi di sanatori diminuì a Berlino dopo il 1900. Le ragioni di ciò non sono chiare.

5. Alcune fonti danno il numero di *stanze* e non di posti letto. In questi casi il numero di stanze è stato moltiplicato per 1,40 (un rapporto stanza/letti determinato in base all'analisi di dati su cliniche austriache dove venivano fornite entrambe le informazioni).

NOTE E BIBLIOGRAFIA

1. Per questa versione si veda SPREE R., *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1971; tradotta in inglese col titolo di *Health and Social Class in Imperial Germany: A Social History of Mortality, Morbidity, and Inequality*. Oxford, Berg, 1988, in particolare le pp. 160-177; e HUERKAMP C., *Der Aufstieg der Ärzte im 19 Jahrhundert* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1985.
2. LABISCH A., *Die soziale Konstruktion der Gesundheit und des Homo Hygienicus zur Soziogenese eines sozialen Gutes*. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 1985; 10: 60-81. Secondo la concezione di Labisch, la salute quale bene di consumo diviene il mezzo con cui il proletariato viene soggiogato al mondo industriale organizzato scientificamente e viene trasformato in manodopera per l'industria. (p. 77).
3. Si veda la descrizione del medico e del paziente *tradizionali* in: SHORTER E., *Doctors and Their Patients: A Social History*. New Brunswick, Transaction Publishers, 1991, pp.26-74.
4. von KNORRING E. dimostra l'esistenza di una crescente elasticità nella richiesta di assistenza sanitaria (Gesundheits-und Körperpflege) in Germania nel periodo 1850-1959, specialmente dopo il 1899. *Strukturwandlungen des privaten Konsums im Wachstumsprozess der deutschen Wirtschaft seit der Mitte des 19. Jahrhunderts*, in Walther G. Hoffmann, (a cura di), *Untersuchungen zum Wachstum der deutschen Wirtschaft*. Tübingen, Mohr, 1971, pp. 167-191, in particolare le pp. 173, 184.
5. Parafrasi di Victor F. FUCHS dell'argomentazione di Grossmann, nella prefazione a GROSSMANN M., *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. New York, National Bureau of Economic Research, Columbia University Press, 1972, p. ix.
6. *Ibid.*, p. xiv.

7. Bundesrepublik Deutschland, *Bevölkerung und Wirtschaft, 1872-1972*. Stuttgart: Statistisches Zenkalamt, 1972, pp 124-125.
8. HOFFMANN W.G., *Das Wachstum der deutschen Wirtschaft seit der Mitte des 19. Jahrhunderts*. Berlin, Springer, 1965, pp. 676-677. Consumo di sanità, igiene e pulizia.
9. Ibid., pp.680-681.
10. SPREE R., *Modernisierung des Konsumverhaltens deutscher Mittelund Unterschichten während der Zwischenkriegszeit*, Zeitschrift für Soziologie. 1985; 14: 400-410, in particolare 404, 407-408. Secondo Helga Schmucker, la percentuale di reddito spesa in cure mediche (Körper- und Gesundheitspflege) nelle famiglie appartenenti alle classi lavorative rimase invariata al 1,5 per cento nel periodo 1907- 1937. Si veda il suo articolo *Die langfristigen Strukturwandlungen des Verbrauchs der privaten Haushalte in ihrer Interdependenz mit den ubrigen Bereichen einer wachsenden Wirtschaft*, in *Verhandlungen auf der Tagung des Vereins für Social politik: Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Luzern 1962*. Berlin, Duncker & Humbolt, 1964, pp. 115-183, in particolare tab. 5, p. 160. Non è chiaro a quale classe appartengano le famiglie di quattro persone a reddito salariale residenti in città (Arbeitnehmerhaushalte) incluse nei dati. Ma a p. 116 l'autore parla di *Arbeiterhaushalte* (famiglie di lavoratori, n.d.t.).
11. Si veda SHORTER E., *The Making of Psychosomatic Symptoms*. New York Free Press, 1993, di prossima pubblicazione.
12. A supporto di questa sezione si veda la ricerca descritta in SHORTER E., *Private Clinics in Central Europe, 1850-1933*. Social History of Medicine, 1990; 3: 159-195. Inoltre SHORTER E., *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. New York, Free Press, 1992.
13. NEUMANN H., *Handbuch der Heil-Pflege-und Kuranstalten (Privatanstalten)*. Berlin, 1901, p.4.
14. SOMBART W., *Die deutsche Volkswirtschaft im neunzehnten Jahrhundert*. 2ª ed., Berlin, 1909, p. 605.
15. Carl-Ludwig HOLTFRERICH sostiene che le persone molto ricche (*die obersten Einkommensschichten*) nell'insieme delle classi più agiate, vennero colpite in modo durissimo dall'inflazione che seguì alla prima guerra mondiale. Anche coloro che vivevano di rendita, mantenendosi su redditi fissi provenienti da obbligazioni, subirono grandi perdite, ma altri gruppi appartenenti al ceto medio riuscirono a raggiungere un certo benessere Egli conclude affermando come il reddito fosse redistribuito all'interno della classe media, piuttosto che avere un generale *impoverimento del ceto medio* (le carte vennero nuovamente distribuite). HOLTFRERICH C.L., *Die deutsche Inflation. 1914-1923: Ursachen und Folgen in internationaler Perspektive*. Berlin, de Gruyter, 1980, pp. 272-273, 277. Ma naturalmente le persone molto benestanti erano tra i principali consumatori di cure presso sanatori.
16. SHORTER E., *Private Clinics*, op. cit.
17. Si veda SHORTER E., *The Making or the Modern Family*. New York, Basic Books, 1975.
18. KUSSMAUL A., *Jugenderinnerungen eines alten Arztes*. Stuttgart, 1922, p. 182.
19. KURZEITUNG M., 17 aprile 1926. Tra queste donne ve ne erano diverse che si accompagnavano a congiunti di sesso maschile. In tali casi è difficile determinare

- se l'uomo o la donna fosse il vero paziente. Tuttavia, anche dopo averle tolte dal conteggio, le donne erano ancora in prevalenza.
20. BEYER E., *Zur Eröffnung von Roderbirken*. Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 1906; 8: 1-95, citazione p. 92.
 21. Il ruolo chiave della casalinga è ben illustrato nella concezione di Labisch del *homo hygienicus*. Si veda op.cit., pp. 75-76.

*Relazione preparata per la conferenza *L'economia domestica nell'età contemporanea: Italia ed Europa*. Roma, 28-29 ottobre 1992

La corrispondenza va indirizzata a: E. Shorter Faculty of Medicine, University of Toronto, Fitzgerald Bldg. Room 83D, 150 College St., Toronto, Ontario, Canada M5S 1A8.