

www.sp.unipi.it

Facoltà di *Scienze Politiche*
UNIVERSITÀ DI PISA



 Partecipasalute



QUALE SALUTE PER CHI

**Sulla dimensione sociale
della salute**

**a cura di
Fedele Ruggeri**

**Prefazione di
Silvio Garattini**

**Scritti di
M. Bonetti, L. Carra,
C. Colombo, A. Liberati,
P. Mosconi, R. Satolli, S. Simi**



FRANCOANGELI/Sanità

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

QUALE SALUTE PER CHI

**Sulla dimensione sociale
della salute**

**a cura di
Fedele Ruggeri**

**Prefazione di
Silvio Garattini**

***Scritti di*
M. Bonetti, L. Carra,
C. Colombo, A. Liberati,
P. Mosconi, R. Satolli, S. Simi**

FrancoAngeli

Gli autori

Marta Bonetti, Università di Pisa

Luca Carra, Zadig editoria scientifica, Milano

Cinzia Colombo, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Silvio Garattini, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Alessandro Liberati, Centro Cochrane Italiano e Università di Modena e Reggio Emilia

Paola Mosconi, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Roberto Satolli, Zadig editoria scientifica, Milano

Silvana Simi, Cochrane Consumer Network e WHO/Patients for Patient Safety Champion.

I proventi dei diritti di autore ricavati dalla vendita del volume saranno devoluti all'Istituto Mario Negri, una fondazione privata, senza scopo di lucro, che da oltre 40 anni opera nell'interesse degli ammalati

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Silvio Garattini</i>	pag.	5
Il giuramento di Ippocrate: la dimensione sociale del rapporto di cura , di <i>Fedele Ruggeri</i>	»	9
Salute, malattie e potere , di <i>Roberto Satolli</i>	»	37
Le tensioni della ricerca scientifica in medicina , di <i>Alessandro Liberati</i>	»	61
L'informazione in medicina: come destreggiarsi , di <i>Luca Carra, Cinzia Colombo</i>	»	81
Dalla “medicina basata sulle prove” alla “medicina centrata sul paziente” , di <i>Silvana Simi</i>	»	107
Un progetto-ricerca di crescita e sviluppo centrato sul paziente: PartecipaSalute , di <i>Paola Mosconi</i>	»	127
Cittadine straniere e empowerment: analisi di un servizio di mediazione nell'area sanitaria , di <i>Marta Bonetti</i>	»	143
Riferimenti bibliografici	»	159
Abstracts	»	171

Prefazione

di *Silvio Garattini*

Questo libro è un contributo ad affrontare il problema delle incertezze che regnano intorno ai termini di salute e malattia. Si tratta di un tema difficile che gli autori hanno affrontato da diverse angolature tenendo presente che salute e malattia non riguardano solo pazienti e medici, ma coinvolgono anche la società nelle sue diverse componenti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Questa definizione, per quanto vaga e generica, implica che la salute non dipende solo dalla medicina, anche se la medicina dovrebbe avere il compito di identificare tutte le condizioni che in modo diretto o indiretto attentano al mantenimento della salute. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un bene inestimabile nel nostro Paese, dovrebbe avere la caratteristica di implementare nella pratica le conoscenze derivanti dalla ricerca biomedica. Allo stato attuale, purtroppo, il SSN mentre da un lato svolge in modo adeguato le funzioni di diagnosi, terapia e riabilitazione, dall'altro si occupa poco di dare indicazioni e realizzare iniziative per il mantenimento della salute, azione che si esplica attraverso una serie di interventi raggruppabili sotto il termine di prevenzione.

La prevenzione ha una duplice funzione: evitare le malattie e rendere sostenibile nel tempo il SSN. Non tutte le malattie piovono dal cielo! Un gran numero di malattie e di stati morbosi sono autoinflitti dai comportamenti delle persone e della società. Tutti ormai conoscono le buone abitudini di vita: non fumare, non eccedere nel consumo di alcool, praticare l'esercizio fisico, mantenere il peso ideale, privilegiare i vegetali nell'alimentazione, rispettare le regole igieniche e così via. Tuttavia, solo una minoranza le rispetta e ciò crea un grande problema perché, avendo un SSN universale e gratuito, il non seguire buone abitudini di vita determina spese ingenti che potrebbero essere evitate. Se tutti rispettassero i "doveri" nei confronti della propria salute, si potrebbero dirottare enormi risorse verso aree di salute pubblica che oggi sono "orfane".

Se gli individui oltre che diritti hanno anche doveri nei confronti del SSN, non vanno dimenticate le responsabilità della società che si traducono

in responsabilità politiche. È noto, da una vasta letteratura internazionale, che i “poveri” –cioè gli appartenenti a classi socio-economiche meno abbienti– si ammalano di più e muoiono prima degli appartenenti alle classi più elevate. Non solo la povertà, ma anche il divario nello stesso paese fra classi più ricche e più povere, è un importante fattore di rischio. La garanzia di eguale accesso ai servizi è un compito dello Stato, che invece non risolve il problema del divario fra Nord e Sud (ad esempio in termini di mortalità infantile) e non permette un equo accesso alle vaccinazioni e agli screening validati. La permanenza di vaste aree inquinate in alcune regioni d’Italia è un altro elemento di rischio per molte malattie.

La prevenzione è molto difficile da realizzare perché non vende nulla; anzi, riduce molte vendite e questo è in contrasto con la logica di una società consumistica. Succede così che nella mentalità di molti la prevenzione, e quindi lo stato di salute, si identifichino con l’assunzione di integratori alimentari, di cibi fortificati con vitamine o aminoacidi, di prodotti naturali più o meno omeopatici, di improbabili farmaci anti-vecchiaia, anti-ossidanti, anti-radicali liberi e chi più ne ha più ne metta! Evidentemente il consumismo esce dalla porta e rientra dalla finestra.

Il dilatarsi del concetto di salute comporta anche un cambiamento del concetto di malattia. L’industria della salute cerca di aumentare il suo fatturato reclutando nuovi ammalati attraverso varie modalità. Anzitutto modificando i parametri della normalità. Una volta il livello “normale” di colesterolo ematico o meglio la soglia per iniziare a preoccuparsi era di 240 mg/dl. Con il tempo questa soglia si è abbassata fino ad arrivare al concetto di ottenere il livello di colesterolo più basso possibile. Se questo concetto viene preso alla lettera nessuno potrà sfuggire ad un trattamento con un farmaco ipocolesterolemizzante.

Analoghe modifiche sono avvenute anche per quanto riguarda la glicemia, la pressione arteriosa e la densità ossea, tutti parametri che una volta abbassati possono far reclutare milioni di nuovi pazienti, che verranno trattati come ammalati pur essendo sani.

Anche il settore della diagnosi allarga le sue maglie attraverso la moltiplicazione di una serie di test che, se giustificati nel campo della ricerca, sono inutili nella pratica clinica corrente. Il frequente ricorso alle tecniche di imaging –risonanza magnetica nucleare, tomografia, PET e così via– potrebbe spesso essere evitato privilegiando algoritmi diagnostici.

Un’altra modalità per dilatare il concetto di malattia è l’invenzione o la promozione di malattie che non richiedono interventi terapeutici. La dilatazione del concetto di disturbi erettili trova giustificazione nella propaganda per aumentare la vendita di farmaci attraverso la confusione che si crea artificialmente fra malattie della sfera sessuale e (iper) “performance” sessuali. La grande promozione dei farmaci antidepressivi dipende dal confondere la depressione con gli stati depressivi. La prima è una grave malattia che va

curata, i secondi sono conseguenze di avvenimenti della vita –perdita di persone care, rovesci finanziari, disoccupazione– che non richiedono una medicalizzazione. Eppure la stragrande maggioranza delle prescrizioni di farmaci antidepressivi avviene impropriamente per curare stati depressivi.

Tutte queste storture note con il termine di medicalizzazione ricevono grande impulso da un'informazione asimmetrica, che si basa sul marketing invece che sulle conoscenze mediche, che fa leva sulla creduloneria invece che sullo spirito critico, che magnifica i benefici e invece ignora i rischi e gli effetti collaterali inevitabilmente associati a ogni intervento medico. I continui annunci di scoperte mirabolanti, a cui non corrispondono reali progressi terapeutici, sono fonte di gravi disillusioni per gli ammalati e i loro familiari e minano alla base la fiducia che il pubblico ripone nella scienza. Ricercatori e opinionisti medici hanno grande responsabilità quando avallano informazioni distorte.

Il medico ospedaliero e del territorio dovrebbe essere il mediatore dell'informazione nei confronti del paziente. Ma anche il medico si trova in difficoltà perché, di fronte all'aumentare delle conoscenze, sommerso da una miriade di informazioni, non sempre riesce a cogliere ciò che serve alla sua pratica. Il tempo per studiare tende a ridursi perché viene impegnato da un crescente lavoro burocratico e, senza un continuo aggiornamento, l'assistenza all'ammalato rischia di essere insufficiente.

Bisogna quindi stimolare lo spirito critico per liberare la medicina dai rischi dell'approssimazione e dalla tentazione del consumismo e salvaguardarne l'essenzialità che si regge su due capisaldi complementari: mantenere la salute attraverso la prevenzione e curare l'ammalato attraverso l'applicazione all'individuo delle evidenze scientifiche.

Il giuramento di Ippocrate: la dimensione sociale del rapporto di cura

di Fedele Ruggeri

1. Premessa

L'obiettivo generale a cui si è lavorato da parte di tutti gli autori è stato quello di mettere in evidenza come la salute e il rapporto di cura, con cui la si tutela e promuove, sono caratterizzati da elementi che riguardano il modo con il quale una società si organizza e si regola; per questo ci si è riferiti a *dimensione sociale della salute*. Sarà necessario, allora, portare l'attenzione su tali elementi e sulle conseguenze cui danno luogo se si vuole affrontare con coerenza la questione di cosa è salute e di quali sono le sue problematichità.

È in questo ambito che si colloca con un rilievo assolutamente centrale la questione del ruolo del paziente. Infatti, ci si può aspettare di riuscire a cogliere le ragioni dell'importanza di tale ruolo se si guarda alla cura come a un rapporto sociale. All'opposto, se si pensa alla cura, e ancor più alla ricerca relativa, come a un ambito tecnico, riservato agli specialisti, tutto interno alle loro procedure e autoreferenze, diventa difficile pensare a quel ruolo con consistenza, cosicché evocarlo non può che essere una mera allusione. In questo ultimo caso, infatti, al paziente rimarrebbe solo da tenere conto, con puntualità e per non frustrare le attese altrui, dei protocolli di trattamento che altri disporrebbero per lui, altri che ne conoscono e gestiscono ragioni e finalità in assoluta autonomia rispetto al paziente.

Tuttavia, non basta evocare in modo generale il riferimento a *dimensione sociale* della salute per averne una rappresentazione utile a entrare nel merito di cosa sia salute e di come ragionare del rapporto di cura. Occorre, piuttosto, valutare con attenzione i motivi di tale connessione e rintracciarne con scrupolo le conseguenze nel modo di fare terapia, con riguardo sia ai singoli casi che ai sistemi sanitari nel loro insieme.

Tutti i contributi presenti si dispongono proprio su tale linea. Così con il primo se ne traccia un profilo generale. A seguire si approfondisce questo profilo con riguardo a tre ambiti significativi, quello della funzione di con-

trollo e potere propria del complesso sanitario, quello delle tensioni della ricerca scientifica in medicina e quello delle distorsioni e dei veri e propri inganni della comunicazione in ambito sanitario. Infine con gli ultimi tre contributi si evidenziano le condizioni/possibilità concrete di ri-costruire per i pazienti condizioni adeguate di protagonismo. L'intenzione degli autori è stata quella di strutturare un percorso di riflessione aperto e di offrire al lettore le condizioni per discutere e approfondire.

Rinviando a ciascuno dei contributi per le notizie più circostanziate sul proprio argomento e su come viene trattato, in questo si vuole tracciare il profilo generale del rilievo di quella *dimensione*; lo si farà cominciando con il considerare il significato del cosiddetto “giuramento di Ippocrate”, evidenziando come il suo nucleo essenziale sia la relazionalità di cura e la centralità del paziente –il prossimo paragrafo–; di seguito si espliciteranno le conseguenze di ordine concettuale derivanti dal carattere propriamente sociale di tale nucleo, cosicché risulti meglio a fuoco il ruolo del paziente; si sottolineerà quindi, nel paragrafo ancora successivo, se e come quel nucleo continui ad avere consistenza in un contesto caratterizzato dalla crescita particolarmente significativa del sapere tecnico e della complessità della società; infine, seguirà il disegno delle condizioni essenziali per l'effettivo dispiegamento delle possibilità oggettivamente presenti per la centralità del paziente.

2. Il “giuramento” e il sociale: Ippocrate rivisitato

Innanzitutto va precisato che la prospettiva conoscitiva con cui si fa riferimento al “giuramento” non è quella di uno studio storico-archeologico ma, piuttosto, quella dell'analisi sociologica. In altri termini, non interessa la precisa ricostruzione della sua vicenda storica ma, partendo da una sua versione accreditata e affidabile, si tratta di ragionare del tipo di costruito societario e relazionale che è rappresentato e veicolato da esso. Questo riferimento al tipo di socialità che traspare da un documento letterario, di per sé altrimenti orientato con riguardo ai suoi propri contenuti, ha bisogno di qualche precisazione.

In questa direzione è necessario specificare che si cerca di cogliere indizi utili a ricostruire dei modelli di regolazione sociale; invece, non si pretende affatto di avere indicazioni conoscitive su un tipo particolare di esperienza societaria. In altre parole, non si tratta di descrivere conoscitivamente i caratteri di un dato sistema di relazionalità, ma di cercare di capire se è possibile ricavare dalla sua considerazione elementi, e di quale natura, per capire il funzionamento di aspetti importanti di come una società si regola, i meccanismi di regolazione sociale possibili: se si vuole, un profilo certa-

mente teorico, teso però a definire le possibilità di una conoscenza empirica consapevolmente critica e più soddisfacente¹.

Ciò detto, se ne riproduce di seguito il testo e lo si fa evidenziando con il corsivo le espressioni su cui si ritiene di utile attirare l'attenzione e sulle quali si svilupperanno le considerazioni successive; anche la suddivisione del suo corpo con l'uso delle interlinee serve a distinguere i nuclei più rilevanti in cui si articola la lettura del documento, risultano così sei blocchi tematici che per orientarsi opportunamente è possibile richiamare con i numeri dall'uno al sei:

Affermo con giuramento per Apollo medico ed Esculapio, Igea e Panacea e ne siano testimoni tutti gli Dei e le Dee che, per quanto me lo consentiranno le mie forze e il mio pensiero, adempirò questo mio giuramento.

Considererò come padre colui che mi iniziò e mi fu maestro in questa arte, e con gratitudine lo assisterò e gli fornirò quanto possa occorrergli per il nutrimento e per le necessità della vita; considererò come miei fratelli i suoi figli e, se essi vorranno apprendere questa arte, insegnerò loro senza compenso e senza obbligazioni scritte e farò partecipi delle mie lezioni e spiegazioni di tutta intera questa disciplina tanto i miei figli quanto quelli del mio maestro, e così i discepoli che abbiano giurato di volersi dedicare a questa professione e nessun altro all'infuori di essi.

Prescriverò agli infermi la dieta opportuna che a loro convenga per quanto mi sarà permesso dalle mie cognizioni e li difenderò da ogni cosa ingiusta e dannosa. Giammai, mosso dalle premurose insistenze di alcuno, propinerò medicinali letali né commetterò mai cosa di questo genere. Per lo stesso motivo mai ad alcuna donna suggerirò prescrizioni che possano farla abortire ma serberò casta e pura da ogni delitto sia la vita sia la mia arte.

Non opererò i malati di calcoli, lasciando tal compito agli esperti di quella arte.

In qualsiasi casa entrato, baderò soltanto alla salute degli infermi, rifuggendo ogni sospetto di ingiustizia e di corruzione e soprattutto da desiderio di illecite relazioni con donne o con uomini sia liberi che schiavi. Tutto quello che duran-

¹ Il riferimento metodologico doveroso è al "tipo ideale" come modello logico di funzionamento di un determinato processo sociale così come delineato da uno dei classici del pensiero sociologico: M. Weber, *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Milano, Mondadori, 1974 e in particolare i due saggi dal titolo *L'«oggettività» conoscitiva della scienza sociale e della politica sociale* (cfr. specificamente p. 110) –a– e *Alcune categorie della sociologia comprendente* –b–. Un lavoro di ricerca sistematico nella direzione appena indicata è G. A. Gilli, *Origini dell'eguaglianza*, Torino, Einaudi, 1988. Nella direzione detta non è necessario indicare una fonte specifica del giuramento, comunque di esso sono presenti molte versioni e tutte facilmente rintracciabili, dal momento che ciò che conta è il suo carattere di modello logico.

te la cura e anche all'infuori di essa avrò visto e avrò ascoltato sulla vita comune delle persone e che non dovrà essere divulgato *tacerò come cosa sacra*.

Che io *possa*, se avrò con ogni scrupolo osservato questo mio giuramento senza trasgredirlo, vivere a lungo e felicemente nella piena stima di tutti e *raccogliere copiosi frutti* della mia arte. Che se invece violerò e sarò quindi spergiuro, *possa capitarmi tutto il contrario*.

Come prima osservazione merita notare la forma di apertura –il brano 1– che si concretizza in quella solenne del giurare, con la chiamata a testimonianza dell'universo divino: ciò significa, da una parte, un rilievo particolare per i temi indicati e, dall'altra, la gravità dei comportamenti che si vuole evitare. In tale modo si intende assicurare che nei casi considerati non potranno valere eccezioni, né il da farsi potrà dipendere dalla discrezionalità dei comportamenti contrattuali e dalla possibilità di accordarsi. Si può dire che le relazioni che si stabiliscono in occasione di un rapporto di cura sono di particolare importanza e delicatezza ed esigono uno scrupolo speciale nel comportamento del terapeuta; di ciò va data garanzia alle persone interessate (ogni singolo *infermo*) e va fatto con un impegno che è al di sopra di ogni opportunità e negoziabilità.

La circostanza che anche in chiusura –brano 6– si ripeta tale formula dà il senso e la misura dell'importanza dell'impegno che si è inteso prendere. Sempre in questo ultimo brano, però, è molto interessante notare quale è il senso di ciò che è inteso: “*possa [...] raccogliere copiosi frutti della mia arte*”. Si richiama questo tratto per sottolineare che il riferimento non è a un dovere assoluto ma semplicemente al tornaconto, sia morale che materiale, di chi presta aiuto.

Questo è un aspetto molto significativo perché allontana, per un verso, ogni idea di un bene superiore (giustizia, altruismo) ed evidenzia con una forza disarmante, per un altro, che nelle relazioni, anche di cura, sono di norma in gioco interessi molto diversi.

Come dire che si sta ragionando di una situazione relazionale per la quale si deve tenere fermo che:

a) non vale, non è sufficiente, il mero scambio contrattuale (tanto è vero che occorre giurare), ci si trova davanti infatti a qualcosa di molto importante e delicato;

b) non c'è una legge superiore o un bene assoluto da rispettare, anzi gli interessi in gioco sono, o sono assunti come, parziali e particolari; infine

c) i protagonisti della relazione non hanno le stesse dotazioni, queste sono distribuite in modo asimmetrico (*infermo* e terapeuta).

L'ultimo carattere indicato può essere facilmente intuito, però non si è fatta alcuna osservazione precisa nel suo merito, dal momento che ci si è limitati a prendere atto della formula del giuramento; è necessario invece

considerare direttamente il suo contenuto per cogliere la natura del problema. In tale direzione sono molto utili gli altri quattro brani.

In modo macroscopico si può dire che tutti e quattro mettono a fuoco rapporti rilevanti dal punto di vista di come si definisce la relazione di cura. Tuttavia, si distinguono due coppie di brani: il 2 e il 4 hanno a che fare con i rapporti fra coloro che condividono una “arte” o “disciplina”, mentre il 3 e il 5 riguardano i rapporti fra chi presta la cura e chi la riceve.

È importante notare che tutti e quattro sono relativi a situazioni asimmetriche. Nel 3 e nel 5 la cosa è evidente e diretta (i rapporti sono fra attori *infermi* e attori che, oltre a non esserlo, sono in grado di restituire *fermezza* ai primi). Nel 2 e nel 4 la cosa è, forse, meno diretta, ma non meno consistente: l’obiettivo è in modo esplicito quello di creare condivisione nella maniera più intensa possibile; tuttavia, i termini della situazione sono quelli che polarizzano fra l’essere già o meno a parte di una “arte” e “disciplina”. Il 4 rinforza questa situazione nel senso che fissa la differenza fra arti distinte.

Si può dire allora che tutti e quattro i brani:

a) focalizzano la condizione di asimmetria, cioè le diversità di dotazioni che la concretizzano e che devono essere gestite;

b) mirano a garantire la cooperazione necessaria ed essenziale fra i soggetti presenti, soggetti che sono diversi;

c) garantiscono questa cooperazione attraverso due profili specifici di trattamento della diversità, la quale è comunque presente e strutturante;

d) lo fanno, però, secondo due modalità distinte e divergenti –2-4/3-5–.

Merita notare che lo scenario appena ricostruito rappresenta il cuore del problema (sia pratico che teorico) proprio delle scienze sociali: come è possibile la cooperazione fra attori diversi, animati da interessi parziali e distinti, una cooperazione necessaria per la loro esistenza ed essenziale per dare sostanza al loro stare insieme e rendere possibile il relativo sviluppo? Può essere molto interessante considerare come differiscono le modalità di risposta corrispondenti alle due coppie di brani.

La prima coppia di brani configura una situazione connotata da un processo di costruzione identitaria. L’identità non è un connotato pre-sociale ma, all’opposto, discende dalla volontà di relazione, volta a condividere un corredo: “considererò come padre colui che [...] mi fu maestro [...] considererò come miei fratelli i suoi figli [...]”. L’appartenenza familiare vuole indicare la consistenza del legame, ma non ne rappresenta il contenuto proprio. Peraltro, i figli sono certamente in grado di orientarsi in altro modo (“se essi vorranno”). L’elemento generativo è la volontà, la scelta; il contenuto è la condivisione del repertorio professionale –“arte”–; lo strumento per creare tale identità è l’insegnamento generoso e severo, al quale attenersi con scrupolo assoluto.

Non si può dire, comunque, che la prima coppia non configuri una situazione di *asimmetria* (padre/figlio, maestro/discepolo); essa però è finalizza-

ta a creare identità; tale creazione non è definitiva e può squilibrarsi²; tuttavia, il processo di costruzione dell'identità è la ragion d'essere della stessa distribuzione differenziata di risorse e il prodotto a cui si vuole giungere attraverso tale differenziazione. Ne deriva un vincolo particolarmente consistente (un impegno totalizzante e la condizione di reciproco servizio) e una relazionalità fra uguali. In tale senso è come se l'essere diversi fosse tolto, negato alla sua stessa radice.

La seconda coppia riflette una situazione fortemente *asimmetrica* (terapeuta/infermo): quanto più divaricate sono le due posizioni (l'essere infermo e l'essere capace di trattare l'infermità) tanto più forte è questa asimmetria; quanto più l'asimmetria è forte tanto più è necessario che l'intervento di chi è portatore della capacità sostenga nel suo insieme l'esistenza dell'altro termine, nel senso che l'infermità espone al rischio di non esserci (morire) e, soprattutto, a quello di essere trattati come se non ci si fosse (subire prevaricazione).

È come se l'essenza della finalità del giurare non fosse quella di rendere possibile la guarigione ma piuttosto quella di garantire che nessuno si approfitti dell'infermità, in negativo, e, in positivo, che l'*infermo* torni a essere padrone, dominus, di se stesso e delle sue cose. Ecco la rilevanza del "[...] li difenderò da ogni cosa ingiusta e dannosa [...]". Rispetto ad essa il riferimento strettamente tecnico-professionale a "[...] per quanto mi sarà permesso dalle mie cognizioni [...]" è incidentale, sicuramente secondario, o dato per scontato: in tutti e due i casi non è esso ad avere rilievo.

L'insistenza in questa direzione presente nel brano 5 è dura, come se il rischio più prossimo da cui si vuole salvaguardare l'*infermo* fosse quello di essere prevaricato dallo stesso terapeuta: "[...] baderò soltanto alla salute degli infermi, rifuggendo ogni sospetto di ingiustizia e di corruzione [...] da desiderio di illecite relazioni con donne e con uomini sia liberi che schiavi [...] quello che durante la cura e anche all'infuori di essa avrò visto

² Merita richiamare sul punto il brano a p. 127 del già cit. saggio di Weber –a–: “[...] nessuno di quei sistemi concettuali [...] è qualcosa di diverso da un tentativo di recare ordine, sulla base della situazione attuale del nostro sapere e delle formazioni concettuali a nostra disposizione, nel caos di quei fatti che abbiamo compreso nell’ambito del nostro *interesse*. L’apparato concettuale che il passato ha sviluppato [...] sta in continua contrapposizione con ciò che noi possiamo e *vogliamo* ottenere dalla realtà in una nuova conoscenza. In questa lotta si compie il progresso del lavoro delle scienze della cultura. Il suo risultato è un continuo processo di trasformazione di quei concetti con cui cerchiamo di penetrare la realtà”. Fatto salvo che il riferimento finale a “scienze della cultura” sembri limitare la portata del giudizio generale, riferimento che perciò meriterebbe una verifica e una considerazione particolari, e assumendo tuttavia che tale limitazione non sia fondata, si coglie bene l’andamento alternato fra fasi di condivisione e fasi di nuova messa in discussione, proprio in funzione della a-simmetria che si viene a creare di continuo e che suscita reazioni (la “contrapposizione” e il “*vogliamo*”) tali da modificare l’assetto relazionale e, nello specifico, quello proprio delle conoscenze scientifiche.

e avrò ascoltato sulla vita comune delle persone e che non dovrà essere divulgato tacerò come cosa sacra”.

Perciò non sembra eccessivo dire che la vera posta in gioco non è la guarigione ma la capacità di esserci e di durare dell'*infermo* e, di conseguenza e in definitiva, la possibilità stessa della relazione di cura.

Quanto appena evidenziato è un punto molto delicato dello scenario della cosiddetta epoca classica, nella quale comincia a mostrarsi il ruolo delle tecniche e questo ruolo si presenta in una tensione essenziale con la cittadinanza e con le condizioni di esistenza della società civile; quasi come se la presenza delle prime –le tecniche– rappresentasse un rischio mortale per l'esistenza delle seconde³. Ora, per quanto si tratti di questione di grande rilievo sia conoscitivo che teorico, qui non interessa dirimere i vari interrogativi che la sostanziano; è importante, invece, fissare ciò che può essere indicato come un anello di passaggio: il delinearci di una forma di cooperazione societaria non più basata sull'identità fra i vari attori ma, all'opposto, sulla loro diversità. Il criterio dello stare insieme societario non è, nel secondo caso, l'autosufficienza dei singoli attori ma la loro dipendenza reciproca, in funzione del raccordo possibile e utile fra i differenti caratteri e capacità di cui sono portatori.

Il punto è che i portatori di tecniche, come sapere specializzato e operativo, sono così potenti e/o gli infermi sono così in difficoltà che, senza un impegno preciso e specifico dei primi, i secondi non possono non temere di essere prevaricati; ma se si comportano coerentemente con questo timore la conseguenza sarà che i primi non saranno mai coinvolti in quanto portatori di quel sapere: se questo avviene le ragioni tecniche dell'infermità non saranno trattate (e risolte) e la cooperazione basata sulla divisione del lavoro (fra saperi distinti e autoreferenti) non si renderà possibile. Per questo sopra si è detto che la posta in gioco non è la semplice guarigione (questa potrebbe anche non verificarsi: “[...] per quanto mi sarà permesso dalle mie cognizioni [...]”), ma la stessa relazione di cura in quanto cooperazione societaria.

Se non si ragionasse così sarebbe un po' strano che lo scrupolo a giurare riguardi ambiti poco significativi rispetto al sistema malattia/salute, come risulta dal riferimento a evitare *ingiustizia, corruzione e illecite relazioni*. Nella medesima direzione sembra rilevante che chi giura si impegni allo stesso modo e senza differenza nei confronti di uomini e donne, e persino di schiavi. Forse, merita appena precisare che non ci si trova davanti al superamento del maschilismo e all'abolizione della schiavitù; basta, invece, tenere fermo che per ogni schiavo e donna c'è comunque una pertinenza

³ Si tratta della problematica su cui insiste il lavoro di Gilli sopra citato; merita notare che uno scenario simile, dal quale si ricava però la sostanziale emarginazione dei portatori delle tecniche è presente in A. Aymard, *Gerarchie del lavoro e autarchia individuale nella Grecia arcaica*, in R. Mondolfo, *Polis, lavoro e tecnica*, Milano, Feltrinelli, 1988.

nei confronti di un capofamiglia rispetto al cui ruolo il giurare vuole essere garanzia di non interferenza.

Si può dire allora che la seconda coppia di brani –3-5– è connotata dal riferirsi a un processo di organizzazione e accettazione societaria della diversità: non c'è più da costruire identità, c'è all'opposto da regolare la presenza della diversità (quasi stimolarla), di modo che essa risulti utile e sia gestita, evitando che diventi motivo di tensioni distruttive del tessuto societario. L'asimmetria non è più un problema, dal momento che chi di volta in volta è più dotato si dispone al servizio di chi di volta in volta risulta più debole e bisognoso di aiuto; ciò, è opportuno ribadirlo, non per una particolare scelta morale, né per una qualche coincidenza di interessi e finalità, ma solo perché merita tenere in vita e sviluppare la relazionalità e serve, insieme, che essa sia caratterizzata da diversità anche ragguardevoli.

In questo senso lo scenario che si ha davanti è quello di una forma di socialità nuova nella sua regolazione interna: non è una società più giusta; forse è più inclusiva, ma solo e nella misura in cui è in grado di produrre risultati migliori per tutti e per ciascuno; in questo senso e in questa misura, certamente, una società capace di sviluppare la propria esistenza e quella dei suoi componenti attraverso la cooperazione.

Altrettanto certamente non è, e non vuole essere, una società di uguali, perché, all'opposto, serve che si sviluppino le “peculiarità individuali”; ciò accade per l'opportunità di realizzare sinergie e non certo per dare soddisfazione al particolarismo dei singoli. In questo senso l'espressione “divisione del lavoro sociale”, usata da uno dei classici del pensiero sociologico –Durkheim–, è quanto mai significativa dal momento che indica non solo e non tanto l'articolarsi e il coniugarsi organico fra i vari contributi operativi quanto, soprattutto, la circostanza che tale articolazione produce socialità⁴.

È così che lo stesso riferimento a *solidarietà* nel costrutto concettuale di Durkheim non rappresenta affatto una attitudine morale, o una proiezione emotiva, ma soltanto (!) la condizione di coesione sociale; la condizione cioè per la quale una relazionalità è capace di esistere, durare e riprodursi nel tempo. Merita sottolineare, continuando la lettura durkheimiana, che si distinguono due forme precise di “solidarietà” fra i termini di una relazione, e in generale fra i componenti di una società; una è rappresentata dall'essere *identici*, l'altra dall'essere *diversi* ma proprio per questo organicamente connessi.

La prima appare più coesa, tende a realizzarsi in modo spontaneo, è quasi scontata, comunque più semplice nel suo meccanismo di regolazione; ma in effetti risulta scarsamente capace di trasformarsi e perciò fragile e suscettibile al presentarsi di elementi di tensione innovativa.

⁴ Quanto indicato richiama l'elaborazione di E. Durkheim, *La divisione del lavoro sociale*, Milano, Edizioni di Comunità, 1971 (p. 145).

La seconda non è spontanea, necessita di uno sforzo di consapevolezza e definizione operativa di una certa consistenza, appare meno coesa e necessita di una struttura di regolazione sofisticata; ma è capace di fronteggiare i cambiamenti e le tensioni, fino al punto di produrli spontaneamente per migliorare i suoi risultati.

3. Il “giuramento” e il ruolo del paziente

Si deve dire dunque, alla luce del “giuramento”, che le condizioni di *solidarietà* nei due profili prospettati –le due coppie di brani– sono realizzate in modo differente, volte come sono una a produrre identità e l’altra a provocare e valorizzare diversità. Merita richiamare come sia assolutamente fuori luogo riferirsi a dimensioni di tipo morale, dal momento che si tratta di meccanismi di regolazione sociale, attraverso i quali un sistema sociale assicura la sua esistenza e regola i suoi funzionamenti.

A questo punto si può tracciare un rapido bilancio del percorso fatto fino ad ora, utile svilupparne le conseguenze. Dalla lettura del “giuramento” si ricava dunque che:

a) il suo contenuto è specificamente relazionale; volto come è a garantire al termine più debole della relazione di cura il rispetto incondizionato per la sua persona, per le sue cose e per quanto gli è pertinente; in ciò non c’è alcuna connessione significativa con i contenuti tecnici della cura;

b) la relazione di cura a cui si riferisce il giurare si presenta fortemente caratterizzata da una distribuzione di risorse assolutamente asimmetrica fra i suoi due termini, fra chi riceve e chi presta cura, l’uno è esattamente alla mercè dell’altro;

c) questa asimmetria non solo è connessa ma è proprio insita nei contenuti tecnici della cura, segnando una distanza radicale fra i due termini, distanza che si presenta come una reciproca estraneità; si deve dire, comunque, che essa non ha un carattere naturale ma è di derivazione sociale, discende da come una società si organizza e si regola;

d) tuttavia, questa estrema divaricazione di risorse non ostacola la relazionalità, non dà luogo a esiti di prevaricazione, rende possibile (quando ci sono le condizioni materiali) la concreta soluzione positiva dell’essere *infermo* e, soprattutto, rende possibile in generale una cooperazione societaria più ricca di protagonisti, contenuti ed esiti;

e) ciò accade perché il “giuramento”, l’impegnarsi a rispettare l’altro nella sua alterità e infermità, apre un gioco a somma positiva; perciò si può dire che il giurare non deriva da una condizione etica ma, invece, la costituisce, costruendo cioè in dettaglio le condizioni di una convivenza inclusiva –il diverso– e, possibilmente, più ricca di risultati.