

**Carlo Flamigni  
Marina Mengarelli**

**NELLE  
MANI  
DEL  
DOTTORE  
?**

**IL RACCONTO  
E IL POSSIBILE FUTURO DI UNA  
RELAZIONE DIFFICILE**

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

**Carlo Flamigni  
Marina Mengarelli**

**NELLE  
MANI  
DEL  
DOTTORE  
?**

**IL RACCONTO  
E IL POSSIBILE FUTURO DI UNA  
RELAZIONE DIFFICILE**

**FrancoAngeli**

Grafica della copertina: Alessandro Petrini

Copyright © 2014 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 previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*A Ettore Cittadini con affetto*

*Esistono solo due cose, scienza e opinione. La prima genera conoscenza, la seconda ignoranza.*

Ippocrate



# Indice

<b>Premessa</b>	pag.	11
<b>Introduzione</b>	»	15
1. Uno sguardo indietro	»	19
<b>1. La medicina come professione</b>	»	21
1. Il medico	»	21
2. La medicina moderna	»	22
3. Il medico acrobata	»	27
<b>2. Modelli di medicina</b>	»	30
1. Il modello contrattuale	»	30
2. L'etica della cura	»	31
3. Il mito di cura	»	35
4. I cittadini-pazienti	»	38
5. La salute al letto del paziente e nell'ufficio dell'Assessore	»	42
5.1. Le critiche	»	46
6. I nuovi diritti	»	46
7. Le specializzazioni	»	48
7.1. L'aggiornamento	»	50
8. Correzioni di tiro	»	51
9. Il caso del taglio cesareo	»	53
10. L'obiezione di coscienza	»	55
<b>3. Definire la salute e la malattia</b>	»	66
1. Uno sguardo multidisciplinare	»	66
2. I concetti di salute e malattia	»	69
3. Medicina nella filosofia	»	73
4. Medicina e sociologia	»	74
5. Medicina e democrazia	»	78



<b>4. Cosa accade dell'autodeterminazione dei cittadini?</b>	pag.	83
1. Argomento vecchio e stantio?	»	83
2. Il futuro dei diritti	»	85
<b>5. Il conflitto</b>	»	88
1. Pazienti contro medici, medici contro pazienti	»	88
2. A cosa serve la conoscenza	»	93
3. Due esempi di relazioni difficili	»	98
3.1. Il caso Stamina	»	98
3.2. Il caso della sperimentazione sugli animali da laboratorio	»	104
4. La medicina in rete	»	107
5. La medicina di domani	»	117
6. La medicina narrativa	»	124
<b>6. La comunicazione</b>	»	129
1. La relazione di cura si costruisce sul dialogo	»	129
2. La comunicazione tra diseguali	»	130
3. Dove stiamo andando?	»	132
<b>7. Etica e deontologia</b>	»	136
Premessa	»	136
1. Etica descrittiva ed etica normativa	»	137
2. I giuramenti del medico	»	140
2.1. La prima versione del giuramento di Ippocrate	»	140
2.2. Il giuramento moderno	»	141
2.3. La preghiera del mattino di Maimonide	»	142
2.4. “Mi asterrò dal recar danno”	»	143
3. I galatei	»	144
4. Le Carte dei principi e dei diritti	»	145
<b>8. I codici di deontologia medica</b>	»	148
1. Le prime regole	»	148
2. I nuovi codici deontologici	»	151
3. I diritti dei cittadini malati	»	159
4. La Convenzione di Oviedo	»	165
5. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea	»	168
6. La misura del rispetto	»	171
<b>9. Il concetto di consenso informato e la sua evoluzione</b>	»	174
1. Una mortificante lentezza	»	174
2. Il bambino malato	»	175

3. Il consenso alle sperimentazioni	pag. 177
4. Gli interventi del Comitato Nazionale di Bioetica	» 180
5. Il consenso dalla teoria alla pratica	» 185
6. Il diritto alla salute nella Costituzione	» 185
<b>10. Etica dell'insegnamento in medicina</b>	» 188
<b>Conclusioni e proposte</b>	» 195
<b>Bibliografia</b>	» 201



## *Premessa*

Partendo da punti di osservazione diversi, la medicina e la sociologia e da una certa esperienza sull'argomento, sia sul piano professionale che personale, siamo entrambi convinti che sia davvero necessario ed urgente ragionare sulle condizioni in cui si trova il rapporto tra sanitari e cittadini malati e che questa riflessione non solo debba essere comune a chi cura e a chi viene curato, ma debba essere anche inserita in un quadro di analisi più ampio, che sia in grado di tenere conto del contesto sociale e culturale nel quale questo rapporto si realizza. Ci piacerebbe che questo libro riuscisse a rendere più civile una relazione che, soprattutto negli ultimi anni, è diventata sempre più difficile e che si risolve troppo spesso in un contenzioso legale o nella formazione di risentimenti e di accuse che stentano a spegnersi e mantengono comunque un elevato livello di conflittualità.

Che le difficoltà che questa relazione incontra e la criticità delle conseguenze che ne derivano stiano indubbiamente producendo ricadute patologiche a carico di tutti i soggetti coinvolti, nel campo dei sanitari e in quello dei malati, è, purtroppo, fuori discussione.

Mentre rileggiamo queste pagine per l'ultima correzione, non riusciamo ad evitare di dover aggiungere esempi che la cronaca ci segnala come il caso, accaduto a Grosseto, a seguito di un errore di trasfusione, che ha dato luogo alla morte di un paziente o gli otto morti per un batterio killer all'Ospedale S. Giovanni di Roma. Che si tratti davvero di malasanità, terminologia ormai ubiquitaria, oppure di "normali" errori del sistema sanitario, (i casi denunciati alle assicurazioni nel 2011 superano i 30.000 e Agenas, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, dichiara che nel sistema pubblico nel 2012 le denunce sono state 12.000) lo chiariranno le indagini in corso, ma davvero non passa settimana senza che qualche situazione critica si manifesti pubblicamente.

Secondo Marcello Crivellini, Docente di Analisi e organizzazione di sistemi sanitari al Politecnico di Milano (News letter Associazione LucaCo-

scioni), i numeri sarebbero ancora più alti e raggiungerebbero i 45.000, a suo avviso “gli errori ai danni dei pazienti sono tra il 4 e il 12% dei ricoveri e almeno il 4% di tali eventi avversi porta al decesso”. In ospedale morirebbero quindi ogni giorno per errori umani e/o disorganizzazione 123 persone (Guglielmo Pepe, *la Repubblica Salute*, 10 dicembre 2013). Le pagine delle lettere dei maggiori quotidiani ospitano sempre più spesso interventi dolorosi dei lettori che illustrano situazioni davvero insopportabili e tutto lavora quindi per alimentare un clima nel quale le relazioni tra cittadini e sanitari non possono che essere sempre più tese e difficili.

Per non parlare dei casi più eclatanti che riguardano non un singolo medico e un singolo paziente ma la medicina nel suo insieme, come sistema di conoscenze e come sistema organizzativo delle cure e i pazienti considerati nel complesso, come il “caso Stamina” o il caso “sperimentazione su animali da laboratorio”, per citare i più recenti.

Che qualcuno proponga interventi di maquillage alla terminologia in uso, come ha fatto una bozza di nuovo codice deontologico, in cui si propone di abbandonare il termine paziente, e in realtà non è la prima volta che se ne parla, per abbracciare quello di “persona assistita”, non ci sembra però di aiuto (Margherita De Bac, *Corriere della Sera*, 21 agosto 2013).

L'aumento impressionante delle accuse di cattivo esercizio della professione medica, la cosiddetta “malpractice”, ha generato un modello di medicina basato prevalentemente su comportamenti difensivi, ovvero su protocolli di condotta che si ispirano a una prudenza eccessiva, messa in campo ogni qual volta una cura, utile per il cittadino malato, potrebbe creare problemi legali al medico: ne consegue la scelta prevalente di protocolli terapeutici che sono più rassicuranti per lui, ma ignorano l'interesse del suo paziente e trascurano una parte significativa degli strumenti di cura ai quali sarebbe invece opportuno rivolgersi.

Siamo quindi convinti che questa riflessione debba essere necessariamente avviata, senza perdere altro tempo nella messa a punto di nuovi modelli e di procedure originali (modelli e procedure generalmente destinati a fallire sul piano della concretezza), cercando di affrontare con obiettività non solo ciò che non funziona, ma anche le ragioni delle resistenze culturali e sociali a causa delle quali sembra che le buone regole non riescano a produrre i buoni risultati che sarebbe logico attendersi. Solo dopo una analisi realistica di questi ostacoli interni si potrà affrontare il problema della scelta delle soluzioni, operazione che deve essere fatta, a nostro parere, anche all'interno di un quadro di democrazia partecipativa, coinvolgendo i cittadini attraverso l'attivazione di progetti specifici, quali ad esempio i sondaggi deliberativi (uno strumento che alcune amministrazioni locali stanno già utilizzando). Progetti come le Consensus Conference e i Citizen Panel, sembrano in grado non solo di produrre conoscenza specifica

sui punti più delicati e controversi e forse anche di mettere in campo nuove energie da dedicare alla partecipazione politica, come già accade in altri paesi, ma anche di segnalare l'avvio, non episodico né marginale, di un percorso serio e concreto che miri al coinvolgimento diretto dei cittadini, anche se, ovviamente, non è scontato che il farlo risolva ogni problema e sedi ogni conflitto, pensarlo sarebbe ingenuo.

D'altro canto se il panorama dell'informazione abbonda di nuove metafore, utilizzate per segnalare paesaggi in continuo mutamento, intorno al cittadino che si informa, dalla "coperta informativa" al "patchwork mediale" all'"overload informativo" (Lella Mazzoli, 2013) qualcosa vorrà dire quanto alle difficoltà di maneggiare la sovrabbondanza di informazioni e l'eccesso di interpretazioni dei dati conoscitivi disponibili.

Non tutti i cittadini hanno tempo o voglia di partecipazione, perché si tratta di una attività impegnativa che presuppone un lavoro conoscitivo preliminare e un successivo e più complesso lavoro di selezione, ma tutti, pensiamo, esigono, nell'assunzione di scelte che hanno ricadute dirette sulle loro vite, trasparenza, in particolare quando si tratta di decisioni difficili che sono in grado di dar luogo a conseguenze significative e che devono essere prese in condizioni di incertezza e in presenza di posizioni conflittuali.

Nel libro troverete che alcuni temi sono presi in esame più volte, una scelta che ci è sembrata opportuna e necessaria: ad esempio il problema di quale sia il modello di medicina che deve essere privilegiato ha un'unica base teorica, ma si modifica in rapporto al contesto in cui viene esaminato, quindi viene analizzato da diversi punti di osservazione. Lo stesso è accaduto a proposito della fiducia e di altri argomenti.



## Introduzione

Le relazioni tra medico e cittadino paziente, fondate come sono su grandi asimmetrie conoscitive – tra qualcuno che sa e qualcuno che non sa, o non sa abbastanza – stanno, a nostro avviso, ulteriormente degenerando in un modo che non è poi tanto diverso da quanto accade a molte altre relazioni caratterizzate da un difetto di conoscenza di una delle due parti. Accade nel rapporto tra cittadini e amministratori e tra cittadini e rappresentanti politici e persino nel rapporto tra operatori pubblici e cittadini; accade, in sostanza, in tutti i luoghi in cui si realizzano relazioni stabilite più in base al potere di una delle parti che per confronto tra differenti prerogative. Si tratta di relazioni nelle quali il cittadino rappresenta sempre la parte debole, una debolezza che è, oltretutto, molto spesso alimentata al fine di salvaguardare un assetto di potere che appartiene alla parte forte, a “coloro che sanno”. Un meccanismo eticamente inaccettabile, che serve a rafforzare il paternalismo di Stato, quello stesso che, insieme al *familismo amorale*, ci contraddistingue nel panorama europeo.

Quella di *familismo amorale* è una definizione che dobbiamo a Edward C. Banfield (2008), un sociologo americano che negli anni '50 svolse una ricerca empirica in un minuscolo paese della Basilicata. Le sue conclusioni furono che la piccola realtà sociale da lui osservata era “ammalata” di un genere di familismo che si poteva definire amorale perché era caratterizzato da un ripiegamento sul nucleo familiare e dalla concentrazione esclusiva su valori, interessi e obiettivi ad esso connessi. Non vi sembra di aver già sentito qualcosa di simile o magari di averlo visto in qualche film? Oggi i sociologi definiscono, con questo termine, un genere di comportamento che non solo produce il contrario del senso civico, ma è anche giudicato responsabile del mancato radicamento dell'etica pubblica nel nostro paese, perché è il segnale di un atteggiamento fortemente egoista che “*massimizza i vantaggi materiali e immediati della famiglia nucleare supponendo che tutti gli altri si comportino allo stesso modo*” (Banfield, *op. cit.*). Si



trattava di un argomento piuttosto delicato, tanto da dover esser maneggiato con qualche cautela, gli italiani avrebbero potuto offendersi. Qualcosa è ulteriormente mutato in questo quadro, ma non in meglio, considerato il fatto che molti sociologi ritengono che il familismo sia addirittura degenerato in una forma ancora meno virtuosa, passando dall'amoralità degli anni '50 alla immoralità di questi ultimi venti anni, producendo ulteriori elementi di debolezza democratica e rafforzando il clima di sfiducia collettiva.

Nei contesti di relazione, invece, che si tratti di giochi tra bambini o di situazioni più complesse, la fiducia è un atteggiamento fondamentale, una carta da mettere sul tavolo, persino una strategia, la cui mancanza può implicare costi sociali significativi.

La crisi della relazione medico-paziente – che a ben guardare coinvolge, nella medicina contemporanea, anche molti altri soggetti (operatori sanitari, amministratori e politici), essendo il medico parte di un sistema delle cure vasto e molto differenziato – ci sembra, in sostanza, solo una faccia, particolarmente delicata e complessa, di una sindrome neo-paternalista, molto italiana, molto pervasiva, che riguarda tutte le relazioni sociali che nelle democrazie si realizzano tra singoli cittadini e sistemi di gestione.

Questa sindrome prevede, in sostanza, che l'autodeterminazione dei cittadini sia un fatto secondario e rinunciabile, una variabile dipendente da altro – ad esempio dal sapere e dal potere medico – e non rappresenti, invece, l'unico scenario possibile per l'esercizio della medicina contemporanea e della democrazia.

Come italiani, veniamo ogni giorno a conoscenza di nuove e aspre relazioni conflittuali tra i cittadini e i loro rappresentanti politici, tra i cittadini e i gestori dei sistemi amministrativi, tra il singolo e chiunque sia messo nelle condizioni di esercitare un potere, di qualsiasi genere esso sia, da qualsiasi autorità sia generato e da qualsiasi istituzione sia autorizzato. Come risultato di tutte queste difficoltà – che oltretutto si sovrappongono, componendo una sorta di millefoglie indigeribile, che non può che creare malessere in entrambe le parti, negli operatori che ritengono di avere diritto di esercitare le loro prerogative e il loro potere e nei cittadini che si ritengono oggetto di soprusi – si verifica costantemente una diminuzione grave (forse è il caso di dire patologica) della fiducia: della fiducia nelle istituzioni e nelle figure che le rappresentano, nelle relazioni tra semplici cittadini, nell'esistenza di qualcosa (la giustizia, la politica) che possa rimettere ordine, consentendo a tutti di convivere meglio. Si tratta oltretutto di un fenomeno difficile da comprendere e da spiegare perché si verifica all'interno di un sistema che, almeno in teoria, dovrebbe essere dotato di regole certe e governato da equità e da giustizia sociale, come la Costituzione ricorda a chiunque si prenda la pena di consultarla. D'altro canto anche a proposito del concetto di democrazia le analisi e le discussioni so-

no numerose e la crisi della rappresentanza non è certamente in via di soluzione.

Senza la fiducia (che, ai giorni nostri non può che essere critica, informata e meritata) si vive peggio. Ma la fiducia deve anche essere un valore condiviso, un obiettivo collettivo da difendere attraverso un sistema fatto di regole accettate e rispettate da tutti, per evitare che il circolo vizioso della diffidenza si instauri e possa indebolire l'intero sistema delle relazioni sociali.

Senza la fiducia come valore sociale condiviso, i deboli sono sempre più fragili ed esposti.

Si dice che gli italiani, quando debbono affrontare un qualsiasi tipo di problema, siano storicamente e culturalmente sollecitati a cercare soluzioni eccezionali, vie di uscita di emergenza, “passerelle”, e siano invece molto poco propensi ad affrontare a viso aperto ciò che deve essere modificato. È per lo meno possibile che ciò dipenda dalla, storicamente fondata, scarsa fiducia nelle istituzioni (perché dovrebbero proteggere proprio noi, semplici cittadini? Dove mai esiste il “diritto di avere diritti” del quale hanno parlato Hanna Arendt e Stefano Rodotà di recente? Perché ci dovremmo fidare? e di chi?). La responsabilità di questa distorsione “democratica”, che fa dei cittadini italiani forse una popolazione, ma non certo una comunità nazionale in senso compiuto, è un peso che dobbiamo certamente condividere con chi ci ha governato e con chi ha disegnato i percorsi e le regole della nostra convivenza sociale; ma si tratta di responsabilità che non possiamo eludere, perché, come è noto a tutti noi, tra governati e governanti c'è molto in comune, certamente molto più di quanto ci piacerebbe pensare.

La questione dei diritti, quindi, riemerge e rappresenta una possibile via di normalizzazione delle nostre storiche diversità e della nostra resistenza alla normalità democratica.

In questo tempo, così assorbito dai problemi dettati dalla globalizzazione dei mercati, dell'economia e della finanza, la questione dei diritti ci propone una visione prospettica (se non addirittura una “nuova antropologia”, come è solito scrivere Stefano Rodotà) che mette al centro l'autodeterminazione delle persone.

Questo libro intende anzitutto proporsi come un semplice strumento di aiuto per entrambe le parti, per chi chiede sollievo per le proprie sofferenze alla medicina e per chi ha fatto della medicina la propria professione; almeno nelle intenzioni, vorrebbe anche invitare entrambe le parti ad esercitarsi nell'uso di qualche piccola virtù. Virtù piccole, certamente virtù minori: sappiamo bene che chiunque si richiamasse agli antichi, mitici valori tradizionali della professione medica – al coraggio, al sacrificio, alla disponibilità a mettere a repentaglio la propria vita per quella di un altro – si esporrebbe al ridicolo. Piccole virtù che, per chi è responsabile della cura,

sono, ad esempio, la chiarezza, l'onestà intellettuale, l'attenzione, la disponibilità all'ascolto, l'empatia, la capacità di mettersi nei panni dell'altro e la compassione per il prossimo; per il cittadino paziente, significano invece l'impegno ad accettare per intero, senza ambiguità e inutili astuzie, la responsabilità dell'autodeterminazione. Virtù che implicano il fatto che occorre essere consapevoli della necessità della conoscenza – in particolare nel settore che deriva dalla scienza e dalla medicina – e forse persino della sua iscrizione, in quanto “bene comune”, nei “nuovi” diritti di cittadinanza: la partecipazione attiva del cittadino nelle scelte che lo riguardano, quella che gli analisti chiamano *empowerment*, è un fatto ineluttabile, un evento attraverso il quale ognuno deve veder crescere la propria competenza e la propria consapevolezza, elementi indispensabili per la gestione della propria salute.

È attraverso questo stesso processo che i cittadini debbono rendersi conto dei limiti delle conoscenze della medicina e del medico, di un sapere basato sulla probabilità e non sulla verità e della loro intrinseca fallacia e ridimensionare le proprie attese, un'operazione eticamente valida e culturalmente complessa che la medicina ha tutto l'interesse a favorire. A questo punto potrebbe essere possibile persino mettere nuovamente sul tavolo la fiducia, che nelle condizioni attuali è diventata un lusso che nessuno si può permettere, ma che rappresenterebbe in ogni caso un vantaggio per entrambi gli attori. Una fiducia che potremmo definire “preventiva” e che verrebbe a sostituire l'attuale “diffidenza preventiva”, quella che rallenta e condiziona ogni tipo di relazione sociale. Ancora una operazione difficile, soprattutto considerando il fatto che il nemico giurato della fiducia è l'inganno (Onora O'Neill, 2003), che in cima ai falsi valori dei cittadini del nostro paese c'è l'astuzia e che nessuna persona di buon senso si fiderebbe di un furbo, il che rappresenta solo uno dei molti problemi che il nostro carattere nazionale ci propone.

Per nostra fortuna, l'idea di concedere ad ogni cittadino il diritto all'autodeterminazione è in ogni caso vincente, anche se ad alcuni può far comodo frenare la realizzazione del nuovo paradigma nei rapporti sociali. Questo potrebbe essere uno dei risultati positivi della realizzazione dell'Europa, l'affermazione dell'Europa dei diritti, l'Europa dei cittadini che ha la meglio sull'Europa dei sudditi, sempre che, naturalmente, l'attuale crisi finanziaria ed economica non imponga regole diverse.

**In realtà, il modo in cui si delineano i modelli ai quali debbono ispirarsi le relazioni sociali, comprese quelle di cura, rappresenta un indicatore del tipo di democrazia che un certo contesto sociale e culturale esprime.** Sono a confronto l'autodeterminazione informata dei cittadini e quella forma di neo-paternalismo disinformato che molti sanitari ancora utilizzano per parlarci della “nostra” salute, senza tener conto delle ripetute

violazioni della dignità personale che iscriversi nella categoria dei pazienti comporta, quasi fosse una sorta di pena accessoria della compromissione della salute. Non è in effetti casuale il fatto che i medici usino spesso, parlando con i pazienti, lo stesso linguaggio ipersemplificato che gli insegnanti di sostegno usano con i loro allievi meno capaci, aggiungendo una dose di supponenza e di malcelata impazienza, o che gli operatori si dimentichino di usare il Lei, cosa che farebbero d'abitudine, appena usciti dalle stanze ospedaliere, il che dice molto sul modello di medicina prevalente nel nostro paese, forse più di quanto riescano a dirci le tante analisi sofisticate e colte sulla sindrome Italia, sulla sua democrazia imperfetta, incompiuta e vacillante.

## 1. Uno sguardo indietro

Per molti secoli la cura delle malattie è stata un campo di attività riservato ai sacerdoti e prima ancora agli stregoni, che si occupavano di risolvere i problemi che derivavano dalle calamità naturali e di lenire le sofferenze degli uomini, in epoche che ignoravano pressoché del tutto la genesi delle malattie. La nascita, la malattia, la morte, la cura sono sempre stati argomenti centrali in tutte le culture e sono stati ampiamente trattati nella letteratura, nelle arti, nella storia culturale e sociale della nostra specie.

La medicina laica ha gradualmente, e non senza conflitti, sostituito la medicina magica e religiosa e la prima delle numerose rivoluzioni che questo campo della conoscenza ha dovuto affrontare viene fatta risalire ad Ippocrate, tra il V e il IV secolo avanti Cristo, quando la semplice osservazione della malattia è stata sostituita, come percorso per la comprensione, dall'inserimento in un quadro teorico che doveva essere nutrito dall'esperienza. In questa nuova medicina il curante diveniva tale non più per chiamata divina, ma per cultura. Perché l'osservazione diretta potesse essere utile, doveva poi essere inserita in un sistema teorico di organizzazione e di interpretazione dei dati. Vennero introdotti così i concetti di prognosi, di diagnosi, e di terapia, fu proposto per la prima volta un metodo utile per l'interpretazione dei segni (quello stesso metodo che noi chiamiamo *semeiotica*) e si affermarono idee completamente nuove (e che potremmo definire moderne), come quella dell'influenza dell'ambiente sulla salute. La medicina si affermò da questo momento come *tecnè*, come un nuovo modello di scienza destinata a sostituire la antica sapienza, la ricerca trovò nella tecnica gli strumenti per controllare le teorie che riusciva a produrre.

Nel corso dei secoli, passando attraverso le diverse culture e influenzata dagli accadimenti più significativi – le guerre, le epidemie, le crisi eco-

nomiche – indirizzata dagli sviluppi che la conoscenza medica, che possiamo già definire scientifica, metteva sul tappeto, la medicina abbandonò la magia per l'alchimia e l'astronomia, per l'anatomia; il medico cominciò a usare strumenti che lo aiutavano nella definizione delle diagnosi e finì col mettere al centro del suo intervento la malattia che era diventata la sua vera nemica; il malato, dal canto suo, doveva semplicemente professare la sua obbedienza alle indicazioni del medico. La salute divenne gradualmente un bene collettivo da proteggere e tutelare e il medico strutturò sempre di più il suo ruolo di attore sociale cruciale: in questo modo la malattia divenne sempre più apertamente un fatto sociale e politico.

La rivoluzione del sistema delle comunicazioni di massa, l'informatica applicata alla medicina, alla ricerca, alle tecnologie, trascinarono poi il medico in un villaggio scientifico globale in un contesto progressivamente sempre più complesso: divenne ben presto chiaro che il medico non poteva conoscere tutto lo scibile, che bisognava affidarsi a specialisti che condividevano le responsabilità della cura; divenne anche evidente che la salute non era un problema soggettivo e che le cure non erano un dono che un buon medico si compiaceva di elargire, ma un bene collettivo e un diritto di tutti i cittadini.

Come era inevitabile, si impadronì della scena la necessità di definire il concetto di salute e quello di malattia, definizioni che si sono succedute e si sono modificate in rapporto con l'epoca storica, col clima culturale, con l'ambiente sociale in cui queste idee venivano elaborate e proposte.

E poi, nella seconda metà del XX secolo, fece irruzione sulla scena pubblica la Bioetica, con le sue sfide complesse, riaffermando in fondo una idea di salute multidisciplinare, nella quale il medico si doveva confrontare con il mondo in cui si trovava a operare, impegnato in un difficile controllo del potere che la tecnologia gli assegnava, arbitro riluttante della vita e della morte e in un conflitto fastidioso con cittadini-pazienti sempre più autonomi, sempre più (spesso malamente) informati, sempre più esigenti. Ma la storia del medico di oggi è ancora più complessa, perché ancora più complessa è diventata la medicina, che ha visto moltiplicarsi attori e protagonisti, non tutti innocenti, non tutti immacolati. Un sistema paludoso, nel quale opera il potere delle Aziende farmaceutiche, che registra quotidianamente sprechi, piccole e grandi disonestà, interferenze politiche di ogni genere, sullo sfondo di una fiducia sempre più incerta e di una disponibilità al sacrificio praticamente svanita nel nulla.