

Articoli/Articles

IL MEDICO E IL SUO RAPPORTO CON IL PAZIENTE
NELLA GRECIA DEI SECOLI V E IV A.C.

ALBERTO JORI
Istituto di Filologia Classica
Università degli Studi di Milano, I

*A Franco Volpi, con profonda
stima e riconoscente amicizia.*

SUMMARY

*THE DOCTOR AND HIS RELATIONSHIP WITH PATIENTS IN GREECE
IN THE FIFTH AND FOURTH CENTURIES B.C.*

Ever since the fifth century B.C. Greek doctors were well aware of the importance and implications of the doctor/patient relationship. In the fifth and fourth centuries B.C. two contrasting views developed. The first is set out in various treatises of the Corpus Hippocraticum, especially in those in which the genuine hippocratic spirit seems to be present, with significant echoes in Platonic thought. According to this, the doctor should carry on a continuous informative and persuasive dialogue with the patient. Under the alternative view, which is explained most clearly in another treatise of the Corpus entitled The Art, the medical practitioner, as the only person possessing scientific knowledge, acts only to convey instructions to ill people, without trying in any way to instal an exchange of information with them. This second model of the doctor/patient relationship has undoubtedly dominated throughout the history of western medicine, until this century in fact. Only recently has the need to involve the patient more directly in treatment been realised, as part of a humanistic approach to medicine.

1. Due teorie del rapporto medico-paziente

Nel quadro della cultura greca, e dei tentativi in essa compiuti di definire le coordinate fondamentali della *professione medica*, emerge assai per tempo una viva consapevolezza della

Key words: Corpus Hippocraticum - Dialogue - Doctor - Greek medicine.

complessità e, nel contempo, della delicatezza del problema relativo al rapporto tra terapeuta e paziente. In effetti, si perviene, in riferimento a tale questione, a un grado notevolmente elevato di consapevolezza epistemologica¹.

Significativamente, uno dei periodi in cui in Grecia si sviluppa ai livelli di maggiore intensità la riflessione sulla relazione medico-malato - considerata anche nelle sue connessioni determinanti con il ruolo professionale del terapeuta -, è costituito dall'arco di tempo che va dalla metà del V alla metà del IV sec. a.C. Si tratta dell'epoca in cui trova attuazione, sul piano duplice e correlativo delle formulazioni teoriche e della concreta pratica terapeutica, quell'opera decisiva di rifondazione della *iatriké* che viene tradizionalmente attribuita a Ippocrate e alla sua cerchia².

Nel periodo indicato, peraltro, il problema in questione non viene affrontato *esclusivamente* in ambito medico. Lungi dall'essere riservato a una ristretta comunità di specialisti, esso finisce con l'interessare vasti settori del mondo della cultura, coinvolgendo a livelli non epidermici categorie ben più ampie di quella dei terapeuti di professione³. Tale fatto va spiegato sulla base di due elementi fondamentali, solo apparentemente antitetici. Innanzitutto, la medicina ellènica dei secoli V e IV a.C., per quanto si trovi in una fase già piuttosto avanzata di specializzazione, non ha però reciso del tutto i propri legami con la filosofia e, in generale, con le altre discipline, sicché non costituisce ancora il *monopolio* di un nucleo limitato di operatori. In secondo luogo, la *iatriké*, proprio grazie al suo sforzo, coronato dal successo, di rifondazione teorica e operativa, giunge nella stessa epoca ad assumere un ruolo paradigmatico per numerosi rappresentanti dell'*intelligentzia* greca, assurgendo così al rango di vero e proprio modello epistemologico⁴. Per tale motivo, i Greci colti, pur astenendosi dal praticare concretamente l'arte terapeutica, sovente non disdegnano di riflettere e discutere su specifici problemi medici, tra i quali - per l'appunto - quello della relazione medico-malato⁵.

Nel presente contributo, ci soffermeremo sulle due concezioni relative a tale questione che nell'epoca precisata acquisiscono la maggiore consistenza epistemologica e la più vasta diffusione:

il che, peraltro, non significa che esse siano le sole di cui viene attestata la presenza nel dibattito del tempo⁶. Alla luce di quel che si è detto, non sorprende che nella formulazione tanto dell'una, quanto dell'altra, si riscontrino la confluenza e l'intersezione di apporti provenienti e da terapeuti, e da non-medici. Invero, la prima teoria del rapporto terapeuta-malato che prenderemo in esame - la indicheremo con la sigla T¹ - trova espressione non soltanto in alcuni trattati del *Corpus Hippocraticum*, ma anche in passi di Platone. Il grande filosofo - che senza dubbio costituisce il caso più rilevante, almeno per l'antichità, di intellettuale animato da un vivo interesse per la medicina, pur se ad essa fondamentalmente esterno⁷ -, fornisce infatti, a proposito del tema in esame, una testimonianza quanto mai significativa. Questa, a sua volta, si colloca in termini di sostanziale continuità con la posizione sostenuta da quegli autori del *Corpus* che si possono definire, anche se in una forma parzialmente convenzionale, ippocratici *stricto sensu*, in quanto rappresentano, verosimilmente, gli esponenti e interpreti più fedeli dello spirito ippocratico⁸. La seconda teoria che analizzeremo - utilizzando, per designarla, la sigla T² - trova invece la sua esposizione più lucida e rigorosa in un trattato del *Corpus* dal titolo *L'arte (medica)*, che risale alla fine del V secolo a.C. e il cui autore probabilmente non è un terapeuta, bensì un filosofo⁹.

La diversità e, anzi, il carattere antitetico di T¹ e T² emergono con particolare chiarezza se le due teorie vengono colte sullo sfondo delle fasi in cui si scandisce l'attività terapeutica. Il problema del rapporto medico-malato si presenta, in effetti, lungo due versanti simmetrici e complementari. Da un lato, il terapeuta deve *informarsi* sul morbo da curare, e lo può fare esaminando il corpo del paziente ma anche, eventualmente, acquisendo dall'infermo un certo numero di notizie rilevanti. Dall'altro, può apparire opportuno o persino necessario, nel quadro dell'iniziativa terapeutica, che il malato *si persuada* - o, per dir meglio, venga persuaso - dell'appropriatezza delle misure che gli sono prescritte dall'operatore. Si delineano così due dimensioni fondamentali dell'attività medica: l'informazione e la persuasione. A loro volta, esse corrispondono in linea tendenziale ai due stadi principali in cui si articola l'intervento del terapeuta: lo stadio

diagnostico e quello operativo¹⁰. Ora, in relazione a entrambe le fasi, T¹ e T² formulano delle proposte del massimo interesse.

2. L'indagine diagnostica

2. 1. Interrogare il paziente

Per quel che concerne lo stadio diagnostico, può sembrare legittima e sinanche ovvia - alla luce delle metodologie conoscitive cui fa ricorso la medicina attuale - l'ipotesi che il medico greco, non diversamente da quelli odierni (anzi, in misura a questi superiore, data la mancanza nel mondo ellènico di mezzi d'indagine sofisticati come quelli oggi disponibili), fosse orientato ad attribuire un significato rilevante o addirittura decisivo ai *dati anamnestici* che il paziente poteva comunicargli. In effetti, la raccolta di tali dati viene espressamente raccomandata da non pochi autori del *Corpus*¹¹. Conformemente a T¹, l'interrogazione del paziente o, in alternativa (oppure in via complementare), quella dei suoi familiari, costituisce un momento fondamentale dell'itinerario mediante il quale il medico può infine giungere a individuare la sede e la natura, e insieme a prevedere il probabile sviluppo successivo, di un processo morboso. Nel *Prognostico*, per esempio, si afferma che qualora il medico, esaminando l'aspetto del paziente (e in particolare il suo viso), rilevi quel quadro semeiotico che in seguito diverrà noto come *facies hippocratica*,

occorre chiedere al malato (ἐπανερόσθαι χροή) se ha trascorso notti insonni, se ha avuto evacuazioni molto liquide, o se avverte i morsi della fame. E se risponde affermativamente a taluno di questi quesiti (ἦν μὲν τι τούτων ὁμολογῆ) meno grave si considererà il male: vengono a crisi questi stati entro un giorno e una notte, se per tali ragioni il viso era così alterato. Ma se egli non conferma nessuna di esse (ἦν δὲ μηδὲν τούτων φῆ) e se non si riprende nel tempo predetto, sappi che questo è sintomo mortale. Se poi, pur durando la malattia da più di tre giorni, il viso presenta lo stesso aspetto, si pongano gli stessi quesiti che già prima ho stabilito (περὶ τε τούτων ἐπανερόσθαι περὶ ὧν καὶ πρότερον ἐκέλευσα), e s'indaghino gli altri sintomi, e quelli del corpo tutto e quelli degli occhi¹²

Il terapeuta deve dunque sollecitare il malato a rispondere a una sequenza precisa di domande: soltanto al termine di tale

scambio di informazioni gli sarà possibile formulare una valutazione del male. Ancora nel *Prognostico*, si sostiene che tra i compiti primari del medico non vi è soltanto quello, pur decisivo, di prevedere l'evoluzione delle malattie. Il terapeuta deve anche saper descrivere quanto i pazienti tralasciano di dire (δόσσα τε παραλείπουσιν οἱ ἀσθενέοντες) intorno al loro stato presente e alle circostanze trascorse: si presuppone, dunque, che all'inizio il medico ascolti con attenzione quanto i malati hanno da comunicargli (e si riservi di completare in seguito le loro esposizioni)¹³.

Un orientamento metodologico siffatto appare conforme alla logica peculiare di quella complessa forma di sapere (e di operatività) in cui la medicina consiste. E' indubbio che il terapeuta, se ha una preparazione professionale soddisfacente, si trova per ciò stesso a disporre di un complesso di nozioni che, in presenza di indizi rilevanti, gli rende relativamente agevole, o comunque concretamente possibile, *riconoscere* e *catalogare* le malattie, consentendogli in tal modo di adottare le misure opportune. Non è meno vero, tuttavia, che, per riuscire a identificare il morbo, il medico necessita pure, nella maggioranza dei casi, del contributo di quel *sapere vivente* che il malato, con i suoi ricordi e, nel contempo, con le sue sensazioni e sofferenze attuali, di fatto rappresenta. Jackie Pigeaud, esaminando l'*Antica medicina* - un trattato del *Corpus* che appare vicino, nell'impostazione generale, ai testi medici riconducibili alla *cerchia* ippocratica¹⁴ -, svolge su questo punto delle riflessioni assai acute. Com'egli osserva,

il problema è quello del sapere del medico, del sapere del malato e della verità. Il medico, infatti, dispone di un sapere; anche il malato, però, ha un sapere: il sapere ch'egli possiede è il suo vissuto; e questo sapere è insostituibile [...]. A sua volta, la verità non sta né nel medico, né nel malato. Essa consiste nel riconoscimento del vissuto come storia [...]. Il medico da solo è incapace [di giungere alla verità], e il malato non è in grado di selezionare, nel magma della sua avventura personale, l'evento significativo al quale si deve assegnare il ruolo di sintomo oppure di causa¹⁵.

In conclusione, *chi è [...] in possesso del sapere? Il malato e il medico, nella loro inscindibile unità. E dove si trova l'origine del sapere? Nel malato, in ogni caso¹⁶.*

2. 2 *L'ignoranza sterile dei malati*

Ben diverse da quelle di T¹ le indicazioni che T² formula in relazione alla fase diagnostica. Secondo l'autore dell'*Arte*, infatti, il terapeuta rinuncia *a priori* a qualsiasi (preteso) contributo informativo il malato intenda fornirgli. Il medesimo autore ritiene anzi che per il medico sia opportuno e sinanco doveroso mantenere un atteggiamento di assoluto rifiuto del dialogo con il paziente persino nei casi in cui il problema diagnostico si presenta in termini di estrema urgenza e drammaticità: quando, cioè, si debbono contrastare dei processi patologici interni, privi - pertanto - di evidenza fenomenica¹⁷. Conformemente a T², dunque, il terapeuta si guarderà bene dal sollecitare i pazienti a fargli dei resoconti accurati delle loro malattie. Non solo: giungerà a scartare come irrilevante qualsiasi dato eventualmente trasmessogli da malati che siano animati da uno zelo informativo singolarmente spiccato. Nessun elemento estraneo, proveniente dal magma torbido della non-scienza, dovrà contaminare la purezza e il rigore del sapere di cui il medico - e lui soltanto - dispone. Secondo l'autore dell'*Arte*, in effetti, i pazienti non sono se non dei testimoni *inattendibili*¹⁸. Essi, precisamente in quanto tali, risultano privi di qualsiasi valido titolo al possesso di elementi conoscitivi che possano rivelarsi utili. L'infermo è per definizione un profano, perché, se avesse posseduto delle reali conoscenze, non sarebbe neppure caduto ammalato¹⁹; se ne evince, allora, che le sue pretese informazioni - innanzitutto quelle di carattere anamnestico -, lungi dal trarre origine da un sapere autentico intorno al morbo, si radicano nella semplice *opinione (doxa)*²⁰. E' chiaro, tuttavia, che per condurre felicemente a termine la propria opera, il terapeuta ha bisogno della conoscenza rigorosa, scientifica, non dell'opinione:

Acquisire la conoscenza di queste malattie [= le malattie interne] richiede maggior fatica, e non minor tempo, che se fossero visibili agli occhi: quanto si sottrae alla vista degli occhi viene infatti dominato dalla vista dell'intelletto. Quanto poi agli inconvenienti cui vanno incontro i malati perché l'osservazione non è rapida, non se ne deve addossare la colpa a chi li ha in cura, ma alla natura: quella del malato come quella della malattia. Perché il medico, trovandosi nell'impossibilità di osservare con la vista la parte malata, o di ottenere mediante l'udito informazioni al suo

proposito, conduceva l'indagine affidandosi al ragionamento [λογισμῶ]. Anche quando i malati colpiti da mali occulti si sforzano di riferire alcunché sui loro mali ai medici che li curano, quanto riferiscono si fonda più sull'opinione che su un autentico sapere (δοξάζοντες μᾶλλον ἢ εἰδότες ἀπαγγέλλουσιν) *giacché, se avessero avuto un tale sapere, non sarebbero incappati in quelle malattie. Infatti, appartiene alla stessa sagacia (συνέσιος) il conoscere le cause delle malattie e il saperle trattare con tutte le risorse curative che impediscono al male di aggravarsi. Poiché dunque neppure da ciò che riferiscono i malati si lascia ricavare una conoscenza chiara e senza errore (τὴν ἀναμάρτητον σαφήνειαν), è giocoforza per chi cura indirizzare altrove l'esame.*²¹

Nel trattato *Sull'arte*, la *sordità* del terapeuta nei confronti del paziente viene dunque presentata come normale, ovvero abituale, ed è al tempo stesso prescritta come normativa. Per quale motivo? La tesi dell'inconsistenza, e dunque dell'inutilità, delle informazioni fornite dai malati, va posta in relazione con la prospettiva epistemologica che è sottesa a T²: conformemente ad essa, il possesso (conoscitivo e operativo) di una *téchne* implica l'esatta conoscenza dei *dià tí*, ovvero delle cause specifiche che determinano i fenomeni sui quali essa *téchne* verte²². In riferimento alla medicina, ciò comporta che, essendo gli infermi manifestamente privi di un sapere di tipo deterministico intorno alle realtà patologiche - non esclusi i morbi che interessano direttamente il loro organismo -, per i terapeuti non sarà possibile far affidamento, nel corso delle proprie indagini, su di loro e sulle loro testimonianze fallaci.

Nondimeno, un orientamento siffatto, pur se non privo di una propria coerenza interna, finisce significativamente con l'entrare in rotta di collisione con altre tesi parimenti enunciate nell'*Arte*. In proposito - tralasciando taluni elementi di minore rilievo²³ - merita rammentare che l'autore dell'opera, per dimostrare l'esistenza della *iatriké*, fa riferimento ad alcune *sensazioni* che i malati, anche nel caso in cui non si avvalgano dell'ausilio dei terapeuti, avvertono in forma regolare e necessaria; a suo giudizio, esse forniscono agli infermi un'infallibile testimonianza dell'appropriatezza o meno, ai fini della cura, dei comportamenti di volta in volta adottati:

E questa è indubbiamente una prova relevantissima a favore della realtà dell'arte, e come essa è esistente, ed è grande, dal momento che anche coloro che non credono alla sua esistenza manifestamente si salvano per mezzo suo. E' infatti assolutamente necessario che anche quelli che non ricorrono ai servigi dei medici, e che, caduti malati, sono riusciti a guarire, sappiano di aver ottenuto la guarigione facendo o non facendo certe cose (εἰδέναι, ὅτι ἢ δρῶντες τι ἢ μὴ δρῶντες ὑγιάνθησαν). Perché è stato ricorrendo al digiuno o a una alimentazione copiosa, al gran bere o alla sete, ai bagni oppure astenendosi, agli esercizi fisici o al riposo, al sonno o alla veglia, o alla mescolanza di tutte queste cose, che essi sono guariti. Ed è non meno necessario che essi riconoscano, per il giovamento ricevutone, che cos'è che ha giovato loro, e parimenti che sappiano, se hanno ricevuto un danno, a motivo del danno subito, quale sia il fattore che ha arrecato loro un danno.²⁴

I malati che avvertono sensazioni di tal genere sono anch'essi, naturalmente, dei profani (in relazione alla medicina): anzi, è proprio su questa loro condizione epistemologica *difettiva* che si fondano il carattere probante e, correlativamente, la portata universale che l'autore intende conferire a tale sua dimostrazione dell'esistenza dell'arte²⁵. D'altra parte, come si vede, l'ignoranza radicale dalla quale gli infermi sono affetti, per quel che concerne la *iatriké*, non impedisce loro di acquisire un'esatta consapevolezza, pur se *a posteriori*, delle cause specifiche dei miglioramenti e dei peggioramenti che si verificano nel corso della malattia²⁶. Ma se ai processi patologici, e alla loro evoluzione, risulta regolarmente associata una tale dinamica gnoseologica, appare singolare che l'autore dell'Arte non riconosca ai malati il ruolo di testimoni degni di fede in relazione, invece, al fattore (o ai fattori) che ne ha (hanno) determinato la condizione morbosa. Non si spiega, cioè, perché mai secondo T² gli infermi riescano a cogliere e a formulare la verità, ancorché in forma parziale, *soltanto* quando debbono valutare il grado di appropriatezza (ovvero la portata causale) delle misure comportamentali che hanno adottato una volta caduti malati, e non quando devono individuare *la causa delle loro patologie*. E' difficile negare che in questo punto la posizione del nostro autore lasci affiorare un'intima incrinatura. In realtà, il trattatista giunge a svalutare del tutto, sul piano diagnostico, le pretese informazioni dei malati - laddove non ha problemi di sorta a richiamarsi ai dati co-

noscitivi di cui costoro dispongono, quando vuole invece dimostrare l'esistenza della medicina -, perché intende sottolineare il fatto che il sapere terapeutico, come strategia adeguata di comprensione e trattamento dei morbi, costituisce il *monopolio* di una categoria nettamente circoscritta di professionisti. Di esso, dunque, non possono assolutamente partecipare - neppure in modalità derivate - i (pazienti-)profani. In T², inoltre, domina una sfiducia sostanziale nelle pratiche verbali²⁷: anche tale fattore finisce ovviamente con il favorire la convinzione che in nessun modo le dichiarazioni rese dai malati possano veicolare contenuti dotati di reale valore conoscitivo.

Ci si domanderà quale dei due orientamenti fin qui illustrati fosse oggetto di un'approvazione e di un'applicazione più ampie, nella Grecia dell'epoca precisata. E' legittimo presumere che l'atteggiamento ispirato da T¹, volto a creare le condizioni di un proficuo dialogo medico-paziente, fosse allora più diffuso di quello prescritto da T². Non sono mancati studiosi a giudizio dei quali i terapeuti greci avrebbero in maggioranza adottato, già alla fine del V secolo a.C., la linea indicata da T²; le argomentazioni di cui costoro si sono avvalsi non sembrano, tuttavia, particolarmente persuasive, poiché si basano - oltre che sull'Arte - su pochi dati testuali, la cui forza probante appare, nel complesso, limitata²⁸.

3. Persuadere il paziente?

Le conclusioni precedenti si sostanziano di significativi elementi di conferma allorché ci si volge a considerare i termini in cui T¹ e T² ritraggono lo stadio propriamente operativo, o esecutivo, dell'iniziativa terapeutica. E' noto, al riguardo, come il medico ellénico si trovasse sovente nella necessità di imporre al paziente misure dolorose o, almeno, fastidiose²⁹. In casi siffatti, non era certo agevole convincere i malati, tendenzialmente riluttanti, a sottomettersi con docilità e fiducia alle disposizioni del terapeuta. La delicatezza delle situazioni che venivano in tal modo a prodursi emerge nitidamente, per esempio, da quanto afferma il sofista Gorgia, nell'omonimo dialogo platonico, a proposito delle esperienze da lui vissute al letto dei pazienti del fra-

tello Erodico³⁰. Sicché il medico greco, dopo aver formulato la diagnosi e aver individuato l'appropriata strategia terapeutica, doveva affrontare un problema di complessità non minore: quello di convincere il malato ad accettare le misure necessarie alla sua guarigione.

3.1. Una complessa pedagogia terapeutica

I trattati del *Corpus* in cui trova espressione T¹ sottolineano l'esigenza che il terapeuta, allorché procede alla fase applicativa della cura, svolga nei confronti dei pazienti un'opera attenta e laboriosa di persuasione: anzi, di vera e propria educazione. Ancora il *Prognostico*, per esempio, propone esplicitamente un modello di rapporto *interattivo* tra medico e paziente. L'autore ipocratico considera infatti una relazione di tal genere come altamente funzionale alla conquista della fiducia del malato, e alla correlativa acquisizione della sua piena disponibilità a farsi parte attiva del processo terapeutico:

*Per il medico - mi sembra - è cosa ottima praticare la previsione: prevedendo infatti e predicendo, al fianco del malato, la sua condizione presente e passata e futura, e descrivendo analiticamente quanto i sofferenti stessi hanno tralasciato, egli conquisterà maggior fiducia di poter conoscere la situazione dei malati, sicché essi oseranno affidargli (πιστεύοιτο ἂν μᾶλλον γινώσκειν τὰ τῶν νοσούντων πρήγματα, ὅστε τολμᾶν ἐπιτρέπειν τοὺς ἀνθρώπους σφέας ἑαυτοὺς τῷ ἰητρῷ).*³¹

Dal canto suo, l'autore dell'*Antica medicina* sollecita il medico a modulare costantemente il suo discorso a un livello di totale accessibilità alla comprensione dei pazienti. In tal modo, il terapeuta riuscirà a trasmettere alle proprie parole, oltre a un'indubbia portata conoscitiva, anche una preziosa valenza persuasiva, consentendo al malato di *strutturare* in un quadro coerente le tormentose vicende che lo assillano:

E soprattutto mi pare che si debba, allorché si parla di quest'arte [scil. della medicina], esporre nozioni che siano comprensibili per i profani (Μάλιστα δέ μοι δοκεῖ περὶ ταύτης δεῖν λέγοντα τῆς τέχνης γνωστὰ λέγειν τοῖσι δημότισιν) In effetti non si deve né indagare, né illustrare nient'altro se non le affezioni di cui costoro, per l'appunto, sono malati e soffro-

*no. Senza dubbio, non è facile per loro conoscere alla perfezione, da soli, le loro affezioni, e comprendere in qual modo insorgano e abbiano termine e sapere quali siano le cause che ne determinano lo sviluppo e il declino, in quanto sono dei profani (δημότας ἐόντας) E' facile, invece, quando queste cose sono scoperte ed esposte da un altro. Perché allora si tratta semplicemente, per ciascuno, di ricordarsi, nell'ascoltare, i fatti che gli accadono.*³²

Anche Platone parla dell'assunzione da parte dei medici del suo tempo, o almeno di non pochi fra loro, di un atteggiamento *aperto* e di un contestuale impegno persuasivo nei confronti dei pazienti. In particolare, nelle *Leggi* (720 a sgg.) il filosofo si sofferma a illustrare il comportamento dei terapeuti contemporanei, onde dimostrare, per via analogica, l'opportunità - per dir meglio, la necessità - che pure nel campo della legislazione si conduca un'opera adeguata di educazione e, insieme, di persuasione³³. Platone innanzitutto partisce i medici in due distinte categorie, determinate sulla base della rispettiva clientela. Da una parte, così, vi sono i terapeuti che s'interessano dei cittadini liberi; dall'altra, quelli incaricati della cura degli schiavi (e schiavi essi stessi)³⁴. Esaminando poi le modalità specifiche in cui si struttura, nello stadio diagnostico, la relazione medico-paziente, il filosofo pone in rilievo l'esigenza che questa s'incardini su uno scambio d'informazioni di tipo quasi circolare - a *feedback*, si potrebbe dire - tra le figure dell'operatore terapeutico e del malato. Ancora più interessanti, però, le riflessioni platoniche sulla fase esecutiva della cura. In proposito, il pensatore ateniese ricorda che il terapeuta meglio educato - ovvero quello che, lui stesso di condizione libera, si dedica alla cura di liberi cittadini - si considera tenuto a svolgere, nei confronti dei pazienti, una vera e propria attività pedagogica. Il suo obiettivo è infatti quello di istruire gli infermi circa i mali da cui essi sono colpiti, e di convincerli, per tale via, a sottoporsi di buon animo alla terapia, anche nel caso in cui questa debba comportare disagi o sofferenze:

ATENIESE - (...) Non ti sei mai accorto che mentre in ogni città vi sono fra i malati schiavi e liberi, ordinariamente sono gli schiavi che curano gli schiavi, o andando essi stessi a casa degli ammalati o attendendo negli ambulatori, e che nessuno di simili medici dà o riceve una qualche

spiegazione sui casi individuali dei diversi servi, ma ordina ciò che gli suggerisce l'esperienza, come se avesse esatte cognizioni scientifiche, con la sufficienza di un tiranno (καθάρως τύραννος ἀθαδῶς), per poi rapidamente passare ad un altro schiavo ammalato, rendendo così meno grave al padrone la cura degli ammalati? Che invece il medico libero che ordinariamente esamina e cura le malattie delle persone libere, e che studiandole fin dall'origine ed in quella che è la loro natura, e comunicando le proprie impressioni allo stesso ammalato ed ai suoi cari, mentre da un lato egli stesso impara qualcosa da parte dei pazienti, dall'altro, entro le sue possibilità, si fa maestro dell'ammalato, cui nulla prescrive senza averlo prima in certo qual modo convinto, e cui allora, per via di persuasione metodicamente rendendolo docile e preparandolo, cerca a poco a poco di restituire la salute?³⁵

Senza dubbio, affiorano nel passo degli spunti schiettamente platonici: in particolare, il contrasto - di cui si sottolineano l'esistenza e la rilevanza - tra l'esperienza schematica e grossolana (*empeiria*) che possiedono i medici-schiavi, e il sapere scientifico del quale invece dispongono i medici di condizione libera³⁶. Nella sua configurazione generale, tuttavia, l'esempio è certamente tratto dalla letteratura medica del tempo³⁷. Platone mostra dunque che il successo terapeutico dipende in misura essenziale dal costituirsi di un autentico rapporto dialogico, dalla natura e dai contenuti tecnico-professionali, tra medico e paziente. Una relazione di tal genere rappresenta infatti una precondizione indispensabile perché il trattamento terapeutico possa aderire alla concreta specificità del singolo caso morboso; nel contempo, essa funge da efficace strategia mediante la quale convincere il malato della necessità di collaborare attivamente con il medico. Le modalità espressive medesime di cui Platone si avvale per delineare questo modello dialogico - coincidente con T¹ -, suggeriscono inoltre che quello illustrato è un comportamento effettivamente adottato da molti medici del tempo³⁸.

Nel IX libro delle *Leggi*, il filosofo ritorna sul tema, chiarendone ulteriormente le implicazioni:

ATENIESE - (...) Quando sopra confrontavamo tutti coloro che sono oggetto delle attuali legislazioni a schiavi che vengono curati da schiavi, non era il nostro un ingiusto confronto. Si può essere infatti ben sicuri

che se uno di questi medici, ch'esercitano la medicina da praticoni e non scientificamente, afferrasse il colloquio che un vero e libero medico ha con un libero cittadino ammalato, mentre tien quasi un linguaggio filosofico e discute della malattia fin dalle origini, risalendo alla natura in generale del corpo, quel tale si farebbe subito le più matte risate e verrebbe fuori non con altri discorsi se non quelli che la gran maggioranza di questi cosiddetti medici hanno sempre a portata di mano: Ingenuo, tu non curi l'ammalato, ma, quasi quasi, gli dai lezioni, come se gl'importasse di divenire medico e non di guarire (οὐκ ἰατρούεις τὸν νοσοῦντα ἀλλὰ σχεδὸν παιδεύεις, ὡς ἰατρὸν ἀλλ'οὐχ ὑγιή δεόμενον γίγνεσθαι).³⁹

L'opera di persuasione che il terapeuta (quello autentico, beninteso) s'impegna ogni volta a svolgere nei confronti dei pazienti, assume in tal modo - è proprio questo suo carattere a renderla degna di riso, per i praticoni - un preciso valore pedagogico: anzi, un rilievo quasi filosofico. Lungi dal concretarsi in semplici quanto vani consigli ed esortazioni rivolti ai malati, essa infatti si struttura nei termini di un approfondimento rigoroso e graduale, che il medico effettua *assieme* al paziente, dei principî e delle cause che stanno a fondamento della realtà. E' appunto lungo un itinerario siffatto che l'infermo conquista la possibilità di accedere, entro certi limiti, alla dimensione del sapere scientifico, e di superare in tal modo quel dislivello epistemologico che all'inizio sussiste fra lui stesso e il terapeuta.

T¹ costituisce anche una risposta, stimolante quanto impegnativa, al problema della *sfera di responsabilità* del medico. Si tratta di una questione della cui importanza hanno piena consapevolezza non pochi terapeuti ellènici. Alcuni autori del *Corpus Hippocraticum* giungono a considerare il medico responsabile non soltanto del comportamento del paziente - e dunque della maggiore o minore fedeltà con cui questi si attiene alle prescrizioni -, ma persino delle sue disposizioni psichiche. Significativo, in proposito, il principio - enunciato nelle *Epidemie* - secondo cui ἡ τέχνη διὰ τριῶν, τὸ νόσημα καὶ ὁ νοσέων καὶ ὁ ἰητρός· ὁ ἰητρός ὑπηρέτης τῆς τέχνης, ὑπεναντιοῦσθαι τῷ νοσήματι τὸν νοσέοντα μετὰ τοῦ ἰητροῦ⁴⁰. Ma va rammentata pure una sezione del primo di quegli *Aforismi* in cui è condensata l'intera saggezza pratica dei medici greci: δεῖ δὲ [intendi: il terapeuta] οὐ μόνον ἑωυτὸν παρέχειν τὰ δέοντα ποιέοντα, ἀλλὰ καὶ τὸν νοσέοντα καὶ τοὺς παρεόντας καὶ τὰ ἔξωθεν⁴¹.

3.2. Il medico autoritario

Nel quadro di T², invece, si teorizza ed eleva al rango di prassi normativa la rinuncia più completa anche alla persuasione *terapeutica*. L'autore dell'*Arte* riconosce senza difficoltà che il malato è un profano, totalmente all'oscuro dei principi della medicina: a suo giudizio, anzi, lo *status* di paziente implica quello di profano. Il trattatista rileva inoltre che l'ignoranza medesima dell'infermo, associandosi all'incertezza angosciosa inevitabilmente ingenerata nel suo animo dalla condizione morbosa, determina nel malato un senso penoso di disorientamento, che certo non lo dispone a una serena accettazione e ancor meno a un'esecuzione fedele delle prescrizioni impartite dal terapeuta⁴².

Par quasi che tali constatazioni definiscano una sorta di piano di tangenza tra T² e T¹. Si è visto, tuttavia, come i sostenitori di T¹, proprio perché acutamente consapevoli dei danni, diretti e indiretti, che la desolazione spirituale e l'ansiosa irrequietezza del malato possono arrecare alla cura, arrivino a raccomandare il ricorso a una strategia educativa, attenendosi alla quale il medico possa condurre il paziente a riporre una ragionevole fiducia nella terapia e a impegnarsi, pertanto, nella sua scrupolosa esecuzione. Per parte sua, l'autore dell'*Arte*, pur raffigurando in forma non dissimile la situazione tormentosa in cui si trovano i malati, non sembra avvertire l'esigenza che il medico si adoperi per il loro *riorientamento* cognitivo. O forse anche l'avverte, restando però fondamentalmente scettico circa la possibilità che il terapeuta le dia una risposta soddisfacente. In sostanza, secondo T² i *cattivi* pazienti sono condannati a rimanere tali⁴³.

Il medico di cui parla T² si rassegnerà, pertanto, (senza, del resto, dolersene in misura eccessiva, a quanto sembra) a lasciare l'infermo imprigionato nel dominio - duplice, ma, in ultima analisi, coesteso - dell'ignoranza e del turbamento. Il paziente subirà così gli effetti devastanti sia di uno squilibrio spirituale pressoché insuperabile, sia della mancanza di coordinate concettuali grazie al cui impiego la dinamica dei processi morbosi gli possa risultare intelligibile. A giudizio di uno studioso, la situazione del malato, quale viene rappresentata nell'*Arte*, fa emergere l'esigenza precisamente di quella forma di educazione [intendi: del malato] di cui Platone tratta in Leggi 720 d-e e 857 c-d⁴⁴.

Solo che, per l'appunto, in T² tale esigenza non viene tematizzata o, in ogni caso, non è considerata passibile di una risposta soddisfacente. L'attività persuasiva prescritta al medico da T¹ assume la natura - e, si sarebbe tentati di dire, la nobiltà - di un'autentica *paideía*. Essa, infatti, mira realmente a educare il paziente, preparandolo passo a passo, mediante la trasmissione di esatte conoscenze, alle misure da porre in atto. Invece, T² scarta *a priori* la possibilità di un'opera di tal genere: il paziente non è un medico e non potrà mai diventarlo, né, pertanto, potrà mai acquistare delle nozioni scientifiche.

4. Quale modello di relazione?

In T¹ e in T² affiorano dunque prospettive assai diverse circa l'uso - o, al limite, il non-uso - del *medium* linguistico nei contesti terapeutici; questo, in relazione sia allo stadio diagnostico, sia a quello propriamente operativo dell'iniziativa medica. Da tali prospettive scaturiscono, a loro volta, due visioni quasi antitetiche del rapporto che s'instaura (o del quale comunque si ritiene auspicabile la costituzione) fra terapeuta e malato.

4.1. Informare e formare il malato

In T¹, si parte dalla constatazione dello iato che *inizialmente* sussiste fra il medico e il suo paziente. Si tratta di una frattura la quale si produce a un duplice livello: essa, infatti, investe così la dimensione epistemologica (il terapeuta possiede nozioni rigorose, scientifiche, laddove il paziente ne è in origine affatto privo), come pure la sfera psicologica (la sicurezza del medico si contrappone all'irrequietezza e al disorientamento dell'infermo). Secondo T¹, di conseguenza, uno degli obiettivi che il terapeuta deve prefiggersi, allo scopo di garantire il buon esito della cura - per conseguire il quale è necessario, tra l'altro, assicurarsi la fattiva collaborazione del paziente -, è quello di condurre il malato fuori della situazione tormentosa in cui questi inizialmente si trova. E' cioè indispensabile far evadere l'infermo da quel magma di confuse sensazioni e di emozioni tumultuose in cui il morbo e l'ignoranza, potenziandosi reciprocamente, lo hanno precipitato. Il buon terapeuta aiuterà quindi il paziente a comprendere la dinamica

del male che lo ha colpito; al tempo stesso, si studierà di trasmettergli una conoscenza sufficientemente precisa del modo in cui è possibile neutralizzare i fattori patologici in giuoco. Così, la frattura tra il medico e il malato, pur costituendo un presupposto *pragmatico* abituale dell'attività terapeutica, può - e anzi deve - essere gradualmente *rimossa* grazie a un'attività educativa ben calibrata.

In tale prospettiva, T¹ prevede che il medico nel suo rapporto con il paziente faccia largo uso della parola: rispettando, tuttavia, determinate condizioni. Il dialogare dei terapeuti avrà infatti ben poco in comune con quell'impiego spregiudicato del *lógos* che nella stessa epoca viene teorizzato (e concretamente praticato) da taluni sofisti, e soprattutto da Gorgia⁴⁵. La differenza tra i due orientamenti è efficacemente illustrata in un passo del *Gorgia* platonico (453 e sgg.). Vengono quivi distinte due forme di persuasione: la prima è connessa con l'insegnamento, e in generale con lo svolgersi di qualsivoglia attività scientifica; la seconda, invece, si trova in rapporto con la mera credenza (*πίστις*). Diversamente da quel che accade per la persuasione *scientifica*, quella *fideistica* non è garantita da solide motivazioni⁴⁶. Ora, afferma Platone, la retorica di tipo gorgiano è produttrice di quel tipo di persuasione che *fa credere* e non di quel tipo di persuasione atta ad insegnare (*πειζοῦς δημιουργός ἐστὶν πιστευτικῆς, ἀλλ'οὐ διδασκαλικῆς*)⁴⁷. Il medico che intenda ispirare la sua attività a T¹ dovrà pertanto guardarsi dall'imitare un tale modello; al contrario, egli si avvarrà della parola per ingenerare negli uditori la persuasione *scientifica*. Secondo T¹, infatti, il linguaggio è innanzitutto uno strumento o, per dirla con maggior precisione, lo strumento di trasmissione del sapere: in tale ottica, la potenza persuasiva che le parole possono acquistare viene ricondotta, come alla propria causa esclusiva, alla corretta esplicazione di siffatta funzione comunicativo-informativa.

4.2. Il silenzio del terapeuta

In T², invece, si prevede che fra terapeuta e paziente non intercorra alcun genere di relazione che non risulti dotato di un carattere *impositivo-autoritario*. L'autore dell'*Arte* ritiene infatti

che il rapporto tra i due debba sostanzialmente corrispondere a quello che sussiste tra chi si limita a impartire degli ordini - intorno alla correttezza dei quali non è legittimo avanzare dubbi di sorta -, e chi tali ordini è tenuto a eseguire, in un ruolo di assoluta subordinazione. Nel trattato, egli giunge a presentare il paziente, anche sul piano linguistico, come un *materiale di lavorazione*⁴⁸ che per di più esibisce, rispetto a quelli soggetti ad altre *téchnai*, un duplice svantaggio: spesso refrattario all'indagine, è anche, a motivo della sua stessa natura, *deperibile* e, pertanto, non *facilmente rettificabile* (*εὐεπανόρθωτος*)⁴⁹.

L'autore ippocratico inoltre ricorda che non di rado il malato disattende gli ordini del medico, e che tale comportamento può condurlo alla morte⁵⁰. Tuttavia, nella prospettiva delineata da T² è, per così dire, irrilevante che l'infermo si attenga, oppure no, alle prescrizioni del terapeuta, giacché quest'ultimo non va considerato responsabile dell'*esecuzione* della cura (quantomeno, nella misura in cui assegni al paziente il compito di porla in atto). Secondo T², in sostanza, il medico riterrà di aver adempiuto al proprio ufficio allorché avrà raggiunto, in un arco ragionevole di tempo, il livello di un'assoluta correttezza diagnostica e prescrittiva. Appaiono significative le stesse forme linguistiche in cui tale concezione viene espressa. Due, infatti, sono i verbi dei quali l'autore dell'*Arte* si avvale per illustrare l'opera e l'attitudine medesima del terapeuta, in riferimento allo stadio esecutivo della cura: *ἐπιτάσσειν*⁵¹ e *προστάσσειν*⁵². Entrambi designano un atteggiamento impositivo, di comando. In termini speculari, la funzione esclusiva del malato è quella di ubbidire agli ordini del medico: *ὑπουργεῖν*⁵³ e *πειθεσθαι*⁵⁴. Sicché la colpa più grave - in certo modo, anzi, l'unica vera colpa - che il paziente può commettere è il trasgredire⁵⁵ alle disposizioni del terapeuta: un errore destinato a rivelarsi fatale⁵⁶.

Alla luce di T², il medico vien dunque a trovarsi in una sorta di torre d'avorio. La sua è una condizione di distacco pressoché assoluto e d'incontestabile superiorità nei confronti dei profani; di conseguenza, gli è lecito assumere un atteggiamento di sostanziale indifferenza verso i processi abnormi che aggrediscono insieme il corpo e la psiche di costoro, sgretolandone gli equilibri. In T² la frattura fra medici e pazienti, fra *chi sa* e *chi non*

sa, non è soltanto presupposta quale inevitabile dato di partenza, come in T¹: viene anche istituzionalizzata e, per così dire, ipostatizzata. Lo svolgersi del processo terapeutico sembra infatti avere, tra le altre implicazioni, anche quella di *consolidarla* in tutta la sua portata, e di ribadire contestualmente la schiacciante supremazia degli esperti sui profani.

La figura del medico, quale si definisce in T², esibisce analogie non irrilevanti con quella del terapeuta di condizione e clientela schiavili cui Platone fa cenno nelle *Leggi*. L'operatore che il filosofo ateniese contrappone quivi al medico autentico adotta, in effetti, l'atteggiamento di un vero e proprio tiranno, sicché il suo rapporto con i malati si cala, come si è constatato, nelle forme di un rigido autoritarismo. Tuttavia, il terapeuta presentato da T² risulta chiuso al dialogo - e in generale a ogni modulo non imperativo di comunicazione con la propria clientela - non perché disponga esclusivamente, al modo del *medico-schiavo* platonico, di un'esperienza schematica e grossolana. La sua opzione comportamentale scaturisce anzi dalla situazione opposta: egli gode, infatti, di uno statuto elitario, posto sotto il segno di un accesso privilegiato o, per dir meglio, monopolistico al sapere scientifico. La scelta autoritaria ch'egli compie, allorché si rapporta agli infermi, non è allora se non un semplice, ma inevitabile, corollario operativo di tale condizione di esclusività.

5. Le due teorie ed il dibattito attuale

Si sono fin qui considerate nei loro tratti fondamentali la soluzione *ippocratico-platonica* (T¹) e quella *autoritaria*, teorizzata nell'*Arte* (T²), del problema relativo al rapporto tra medico e malato. E' ragionevole domandarsi, ora, quale delle due abbia finito storicamente con il prevalere. A dispetto della diffusione presumibilmente più vasta, nella Grecia dei secoli V e IV a.C., di T¹ e della prassi ad essa ispirata, è innegabile che il modello di relazione terapeuta-paziente che è risultato vincente nelle epoche successive, sino, in pratica, ai nostri giorni, è costituito da T². Si constata infatti come - in ispecie per quel che concerne lo stadio operativo della cura - la relazione suddetta abbia assunto, a partire già dal periodo ellenistico, la struttura di un'interazione dal carattere essenzialmente impositivo. Parallelamente a questa

cristallizzazione dei ruoli - del medico e del paziente -, si è andata affermando in forma via via più nitida una sfiducia sostanziale nella possibilità di realizzare un'effettiva trasmissione di conoscenze dal terapeuta al malato (e viceversa). Per molti secoli, i medici occidentali hanno nutrito l'incrollabile convinzione, del tutto conforme a T², che il loro sapere fosse per sua natura inaccessibile ai profani: ai loro occhi, di conseguenza, non aveva alcun senso l'ipotizzare il ricorso a una tecnica relazionale mediante la quale attuare una condivisione, almeno parziale, di nozioni con i soggetti in cura. Sicché il generoso progetto, connesso con T¹, di un'educazione scientifica del paziente - quel progetto che aveva trovato espressione in vari trattati del *Corpus Hippocraticum*, nonché nelle penetranti riflessioni platoniche -, è rimasto a lungo avvolto dalle nebbie dell'oblio⁵⁷.

5.1. La riscoperta dell'ippocratismo

A partire dalla metà del secolo scorso, tuttavia, taluni ambienti scientifici hanno avvertito nuovamente l'esigenza di elaborare una *strategia pedagogica*, conformandosi ai cui principî il medico potesse condurre i malati a intendere la natura delle loro patologie e, in parallelo, a prendere coscienza delle misure necessarie per sanarle. Né è stata priva di importanza, in relazione alla rinascita di tale modello *dialogico*, la contemporanea riscoperta dell'autentico *spirito ippocratico*⁵⁸.

E' appunto in termini di sostanziale continuità con T¹ che oggi s'insiste con convinzione sempre maggiore sulla necessità che tra l'operatore terapeutico e il malato si crei un solido rapporto di fiducia e comprensione reciproche. Nel quadro di tale rapporto - visto come una componente, o dimensione, irrinunciabile dell'attività medica -, il terapeuta deve aiutare l'infermo a *ristrutturare* il suo campo percettivo e concettuale: un processo, questo, la cui attuazione ovviamente richiede non già la mera trasmissione di informazioni estrinseche, bensì l'interpretazione puntuale di elementi *interni* al vissuto del paziente⁵⁹. E' palese, d'altro canto, che una ristrutturazione cognitiva come quella cui si è fatto cenno, rappresenta l'auspicabile esito di una relazione medico-malato la quale può realizzarsi, e acquisire autentica efficacia, *solo in una situazione di comunicazione verbale*⁶⁰.

5.2. Una persistente rigidità di ruoli

Che, tuttavia, rimanga parecchia strada da percorrere in tale direzione, sembrano confermare le osservazioni di un'attenta studiosa del problema: ancor oggi,

l'immagine che gli operatori della sanità, e in particolare i medici, sembrano avere dei loro pazienti è quella di una torma di discolti disordinati e indisciplinati. (I malati) sono percepiti molto negativamente, dal momento che i loro atteggiamenti costituiscono spesso motivo di insoddisfazione per il medico. (Ne conseguono la) svalutazione a priori della credibilità dei pazienti e [la] convinzione che sia un diritto/dovere del medico gestire il rapporto in modo asimmetrico e sostanzialmente autoritario.⁶¹

Il colloquio tra medico e malato, anziché assumere un vero carattere dialogico, si svolge frequentemente a senso unico⁶²: di fatto, quello che il terapeuta conduce, con piglio inflessibile pur se a volte non direttamente avvertibile come tale, è un monologo, mediante il quale egli si studia di *indottrinare* i pazienti. In sostanza, gli operatori *trattano (o vivono) i malati come degli eterni minorenni*⁶³, e non li ritengono persone raziocinanti⁶⁴. Per la verità, un tale atteggiamento non costituisce una peculiarità dei soli medici (odierni). Secondo lo psicologo americano Carl Rogers, infatti, attualmente in tutte le situazioni professionali accade che l'operatore sia orientato a concepire la propria relazione con il cliente nei termini di un'interazione tra un soggetto che *sa* e uno che *non sa*: a giudizio del medesimo studioso, si tratta di una risposta al timore del professionista di trovarsi coinvolto in un rapporto troppo diretto e personale con il cliente⁶⁵. E' vero, però, che i tratti essenziali di tale schema relazionale si presentano in forme singolarmente marcate proprio nel quadro dell'attività terapeutica. Questo, già nella fase iniziale:

In generale, (...) quando il malato presenta la sua offerta di malattia o le sue richieste di assistenza, se queste rispondono a dei modelli teorici che gli operatori sanitari hanno in mente, a esempio se i sintomi presentati dal malato sono identici a quelli che il medico conosce come sintomi di malattie classiche, o rientrano negli schemi altrettanto classici sulle necessità, e di conseguenza sulle richieste, tipiche della sua malattia che

hanno in mente gli altri operatori, allora i due interlocutori si ritrovano su una porzione di territorio comune, e le offerte del malato verranno accettate, in caso contrario il malato verrà guardato con sospetto e non ascoltato. (...) E la visita medica si svolge come un interrogatorio durante il quale il medico descrive al cliente quali siano i sintomi della malattia da cui potrebbe essere affetto e chiede al cliente di dichiarare se li ha o meno, ma se il cliente sosterrà di averne altri, o semplicemente ne menzionerà alcuni non compresi nell'elenco del medico, egli li scarcerà come poco significativi o inessenziali; dei disturbi a latere, insomma, senza importanza. Ma può anche succedere che, se il sintomo non rientra nel quadro classico, l'operatore lo definisca irrazionale e si innervosisca col paziente.⁶⁶

Quando procede alla fase prescrittiva, e passa a indicare al paziente le misure che ritiene necessarie per la cura, il terapeuta finisce poi quasi sempre con l'avvalersi di un linguaggio *privato*, anziché di uno *pubblico*. Di conseguenza, le sue prescrizioni risultano scarsamente intelligibili per il malato: non tanto a motivo della terminologia tecnica eventualmente utilizzata, quanto per il fatto che le affermazioni del professionista si richiamano a modelli culturali e sociali di riferimento diversi e lontani da quelli degli interlocutori⁶⁷. Ci troviamo, come si constata, in un orizzonte che esibisce non poche analogie con T².

Taluno potrebbe sostenere che una frattura siffatta tra terapeuta e paziente è giustificata, o persino resa inevitabile - nonostante che entrambi siano impegnati in una stessa battaglia contro la malattia -, dall'ampiezza e complessità medesime delle nozioni di cui attualmente dispone la medicina: esse sarebbero incomprensibili per qualsiasi malato che non fosse egli stesso un medico. Per legittimare il distacco professionale in questione, si potrebbe ricorrere pure alla considerazione che le informazioni eventualmente fornite dall'infermo posseggono ai nostri giorni un'importanza diagnostica decisamente inferiore a quella che detenevano in passato: a partire dalla scoperta dei raggi X, infatti, la medicina è entrata in possesso di risorse tecnologiche sempre più sofisticate, atte a consentirle di conoscere con precisione l'interno del corpo anche in assenza di notizie trasmesse verbalmente⁶⁸.

Non è difficile, tuttavia, replicare a entrambe le osservazioni.

Quanto alla prima, non vi è dubbio che il patrimonio conoscitivo di numerose discipline scientifiche, e tra queste della medicina, si è enormemente accresciuto a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso; non è meno vero, peraltro, che nella moltitudine dei *profani* sono andati aumentando di pari passo la possibilità, il desiderio e, anzi, la consapevole esigenza di attingere un certo livello di informazione in relazione, almeno, alle acquisizioni più rilevanti della scienza moderna⁶⁹. Alla seconda osservazione si può rispondere che, se il ruolo del malato è oggi forse meno significativo di un tempo sul piano della *trasmissione di informazioni* utili per la diagnosi, non è invece certamente diminuita l'importanza dell'*istanza persuasiva*. La medicina contemporanea, infatti, nel momento stesso in cui pone in luce la profondità della relazione esistente tra psiche e corpo - palese soprattutto, ma non esclusivamente, in quelle malattie funzionali di origine psicosomatica (appartenenti alla sfera definita, in inglese, della *illness without disease*) che costituiscono tuttora per i terapeuti un'ampia terra incognita⁷⁰ -, finisce con il confermare il rilievo centrale che va riconosciuto, ai fini del risanamento, all'atteggiamento del paziente. Questi va dunque informato, persuaso, tranquillizzato, non ridotto a mero oggetto da manipolare: non vi è medico che non conosca l'efficacia anche terapeutica di una parola rassicurante e, più in generale, dell'esibizione di un interesse autentico per il malato.

5.3. Per un nuovo umanesimo medico

Viene allora da chiedersi se nel determinare l'adozione da parte del terapeuta di un atteggiamento di sostanziale *chiusura* verso il paziente non abbiano rivestito - e non rivestano tuttora - un ruolo di maggiore importanza fattori diversi da quelli precedentemente menzionati. Si può pensare, ad esempio, a un certo *orgoglio di casta*, o anche all'inconscio tentativo di *esorcizzare* la malattia e la sofferenza, che il medico oggettiva e cristallizza nel corpo estraneo del malato⁷¹. In aggiunta a tali fattori - e a un livello, se si vuole, più essenziale -, è possibile ipotizzare che all'atteggiamento in questione sia sottesa, particolarmente nell'epoca attuale, una forma di tendenziale riduzionismo: nella *fisicizzazione* del malato, e nella sua parallela frantumazione in

una molteplicità di organi da esaminare e curare separatamente, sembra trovare espressione il tentativo della medicina di sottrarsi alla propria natura, e al proprio destino, di arte (*téchne*) relativa all'uomo, a *tutto* l'uomo.

Eppure, è legittimo affermare che oggi sono presenti non pochi elementi atti a favorire una rinascita della prassi dialogica, quale strategia terapeutica e insieme educativa, mirante - tra l'altro - all'umanizzazione non solo del malato, ma anche del medico. Com'è stato autorevolmente sostenuto,

*la scienza medica [...] può [...] recuperare e attualizzare valori perduti e già suoi, oppure trovarne nuovi e più stabili, etico-politici, non solo di bioetica, ma anche di etica della polis. Tra questi è l'impegno primario in una educazione e auto-educazione sanitaria capace di identificare, criticare, combattere, ridurre, eliminare i comportamenti sociali che costituiscono oggi le cause più rilevanti di morbidità, o i fattori più significativi di rischio, o le fonti maggiori d'inquinamento, di dissipazione, di sperpero.*⁷²

Senza dubbio, si tratta di un compito impegnativo, che richiede grande rigore e altrettanta creatività, e al tempo stesso una fedeltà sostanziale allo *spirito* della *iatriké* ellènica. Pure, vale la pena di porsi un obiettivo siffatto, perché solo per tale via si riuscirà a dare una risposta al problema del significato che la medicina possiede per l'uomo, in un mondo dominato dalla tecnica⁷³. Una medicina che voglia recuperare e riproporre, anche sul piano etico-politico, la sua dimensione umanistica, non corre alcun rischio di perdere la propria dignità epistemologica, o di veder ridursi la propria efficacia. Al contrario, è precisamente nel suo quadro che il terapeuta può davvero qualificarsi come professionista la cui opera coinvolge l'intera comunità: come *demiourgós*, dunque, quale appunto lo definivano - nell'accezione pregnante del termine - gli antichi Greci⁷⁴.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

Mi si consenta di ringraziare, per i loro preziosi consigli, la prof.ssa Luciana Angeletti e i proff. Francesco Adorno, Giorgio Cosmacini, Antonio Garzya e Mario Vegetti. Sono grato anche alla prof.ssa Jill Challinor per l'aiuto che mi ha generosamente fornito.

1. Cfr. JOUANNA J., *Ippocrate* [tit. or.: *Hippocrate*], trad. it. L. Rebaudo, Torino, 1994, p. 125 sgg. Sul dibattito fiorito nella medicina ippocratica intorno a tale problema, si veda ora pure il bel saggio di DEBRU A., *Médecin et malade dans la médecine hippocratique: interrogatoire ou dialogue?*, in: DEMONT P. (a cura di), AA.VV., *Médecine antique*. Amiens, 1991, p. 35 sgg.
2. Non intendiamo affrontare in questa sede l'annoso, anzi secolare problema relativo all'esistenza e agli eventuali caratteri di una scuola ippocratica. Basti dire che attualmente appare superata la visione tradizionale, imperniantesi su una rigida distinzione e contrapposizione tra scuole - come quelle di Cos e di Cnido - caratterizzate, come si presumeva, da scelte dottrinali e metodologiche affatto diverse e sinanche antitetiche. Si è imposta, infatti, la constatazione che la medicina greca nei secoli V e IV a.C. aveva una struttura essenzialmente policentrica, comportante l'assenza di barriere tra i vari centri terapeutici: il che peraltro non significa, ovviamente, che sia illegittimo parlare di una cerchia ippocratica (a patto di evitare di concepire quest'ultima nei termini di un'istituzione dotata di dottrine ufficiali e immutabili). Su tali recenti sviluppi della *hippokratische Frage* esiste una letteratura ormai piuttosto ampia: si possono ricordare SMITH W.D., *Galen on Coans versus Cnidians*. Bulletin of the History of Medicine 1973; XLVII: 569-578; KUDLIEN F., *Bemerkungen zu W.D. Smith's These über die knidische Ärzteschule*. In: JOLY R. (a cura di), AA.VV., *Corpus hippocraticum. Actes du Colloque hippocratique de Mons (22-26 septembre 1975)*. Mons, 1977, pp. 95-103; KOLLESCH J., *Die Stellung der knidische Heilkund in der wissenschaftlichen Medizin der Griechen*. In: AA.VV., *Corpus hippocraticum*, cit., pp. 106-122 e, più di recente, ID., *Knidos als Zentrum der frühen wissenschaftlichen Medizin im antiken Griechenland*. Gesnerus 1989; XLVI: 11-28; DI BENEDETTO V., *Cos e Cnido*. In: M.D. GRMEK e F. ROBERT (a cura di) AA.VV., *Hippocratica. Actes du Colloque hippocratique de Paris (4-9 septembre 1978)*, Paris, 1980, pp. 97-112; LONIE I.M., *Cos versus Cnidus and the Historians*. History of Science 1978; XVI: 42-75 e 77-92; JOLY R., *Hippocrates and the School of Cos. Between Myth and Skepticism*. In: RUSE M. (a cura di), AA.VV., *Nature Animated II*. Dordrecht, 1983, pp. 29-47; GRESEMANN H., *Knidische Medizin*, pt. 2^a: *Versuch einer weiteren Analyse der Schicht A in den pseudohippokratischen Schriften 'De Mulieribus I und II'*. Stuttgart, 1987; LANGHOLF V., *Medical Theories in Hippocrates. Early Texts and the 'Epidemics'*. Berlin, 1990; particolare attenzione va riservata a: THIVEL F., *Cnide et Cos? Essai sur les doctrines médicales dans la Collection hippocratique*. Paris, 1981; DI BENEDETTO V., *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*. Torino, 1986 e JOUANNA J., *Ippocrate*, op. cit. n.1; ci si consenta infine di rinviare al nostro *Medicina e medici nell'antica Grecia. Saggio sul 'Peri téchnes' ippocratico*. Bologna, 1996 (in particolare, p. 2 sgg.).
3. Peraltro, in relazione al mondo ellenico è tutt'altro che agevole delimitare in termini univoci la categoria dei medici professionisti, distinguendola da altre classi di operatori: cfr. LLOYD G.E.R., *Magia ragione esperienza. Nascita e forme della scienza greca* (tit. or.: *Magic, Reason and Experience. Studies in the Origin and Development of Greek Science*). Trad. it. U. Santini e F. Cumiberto, Torino, 1982, p. 35 sgg.; ID., *Smascherare le mentalità* (tit. or.: *Demystifying Mentalities*), trad. it. G. Rossi, Roma-Bari, 1991, p. 38 sgg. e p. 59; JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit. n.1, p. 80 sgg.
4. Cfr. CAMBIANO G., *Platone e le tecniche*. Roma-Bari, 1991 [1^a ed.: Torino, 1971], p. 35 sgg. e KUBE J., *TEKNH und APETH. Sophistisches und platonisches Tugendwissen*. Berlin, 1969, p. 48 sgg. E' stato autorevolmente affermato che l'arte medica rappresentò, soprattutto tra la seconda metà del V secolo e la prima del IV, il tipo di indagine esattamente scientifico (ADORNO F., *La filosofia antica*. Milano, 1981^o, vol. I, p. 87).

5. Al riguardo, va tenuto presente pure come, tra la fine del V e gli inizi del IV sec. a.C., venisse elaborato in Grecia l'ideale del *pepaideuménos*, ovvero dell'uomo dotato di una cultura generale atta a consentirgli di valutare con competenza l'attività (e i discorsi) dei vari operatori tecnici. In considerazione sia del ruolo vitale della medicina - annoverata tra le *téchnai* indispensabili al singolo e alla collettività (cfr. HEINIMANN F., *Eine vorplatonische Theorie der τέχνη*. Museum Helveticum 1961; XVIII: 3 (ora anche in CLASSEN C.J. (ed.), AA.VV. *Sophistik*. Darmstadt, 1976, pp. 127-169), p. 109) -, sia della stessa portata tendenzialmente universale della *iatriké* - infatti, pressoché tutti prima o poi ricorrono ad essa e ai suoi rappresentanti -, era inevitabile che si avvertisse l'esigenza che ogni persona colta disponesse di un certo numero di nozioni intorno all'arte terapeutica (in proposito, si veda LLOYD G.E.R., *Magia*, op. cit., p. 68; sia inoltre lecito rinviare al nostro *Le 'pepaideuménos' et la médecine*. In: VAN DER ELJK PH.J., HORSTMANSHOFF H.F.J. e SCHRJVERS P.H. (eds.), AA.VV., *Ancient Medicine in its Socio-cultural Context. (Papers Read at the Congress Held at Leiden University, 13-15 April 1992)*. Amsterdam-Atlanta, 1995, vol. II, p. 411 sgg.).
6. Verso la fine del V secolo a.C., infatti, affiorò, in un contesto parzialmente extra-medico, anche un'altra teoria del rapporto medico-paziente: essa scaturiva da una visione profondamente originale del ruolo della medicina e del suo rapporto con la retorica. La teoria in questione, che emerge già, a livello embrionale, con la riflessione e l'opera di Empedocle, trova la sua piena espressione per opera dei sofisti Gorgia e Antifonte (si vedano MONDOLFO R., *La comprensione del soggetto umano nell'antichità classica*. Firenze, 1958, p. 169; ZEPPi S., *Studi sulla filosofia presocratica*. Firenze, 1962, p. 125 e, più recentemente, FURLEY W.D., *Antiphon der Athener: ein Sophist als Psychotherapeut?* Reinisches Museum für Philologie 1992; CXXXV, 3-4:198-216).
7. Platone, per la verità, affrontò con notevole impegno e con rilevante originalità di apporti anche i più complessi dibattiti medico-specialistici del suo tempo: basti pensare alle dottrine medico-fisiologiche esposte nel *Timeo*; sicché l'esteriorità del pensatore nei confronti della *iatriké* è soltanto relativa (o, per dir meglio, va riferita essenzialmente al versante operativo dell'arte terapeutica). In ogni caso, egli seguì con estrema attenzione, in ogni fase della sua attività, le contemporanee discussioni su temi medici, dalle quali seppe via via attingere spunti e suggestioni fecondi: si vedano SCHUHL P.-M., *Platon et la médecine*. Revue des Études Grecques 1960; LXXXIII: 73-79; JOLY R., *Platon et la médecine*. Bulletin de l'Association Guillaume Budé 1961; 435-451 e ID., *Le renversement platonicien. Logos, Episteme, Polis*. Paris, 1974, p. 233 sgg.; HERTER H., *Die Trieffkunst des Arztes in hippokratischer und platonischer Sicht*. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin 1963; XLVII: 247-290; JOUANNA J., *Le médecin modèle du législateur dans les Lois*. Ktema 1978; III: 77-91, e soprattutto la magistrale indagine di VEGETTI M., *La medicina in Platone*. Venezia, 1995; ci si consenta altresì di rinviare al nostro *Platone e la svolta dietetica della medicina greca. Erodico di Selimbria e le insidie della 'techne'*. Studi Italiani di Filologia classica 1993; T.S., vol. XI, 1-2: 157 sgg.
8. Si tratta degli autori delle opere seguenti: il *Prognostico*, il *Regime delle malattie acute*, le *Epidemie I e III*, le *Articolazioni e fratture*, il *Morbo sacro*, le *Ferite nella testa*, il *Giuramento* e gli *Aforismi*. Sul carattere fondamentalmente unitario dei testi menzionati, si vedano DEICHGRÄBER K., *Die Epidemien und das Corpus Hippocraticum*. Berlin, 1971²; VEGETTI M., in: *Opere di Ippocrate*, Torino, 1976², p. 78 sgg. e JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit., pp. 67-69; cfr. anche il nostro *Medicina e medici*, op. cit., p. 11 sgg.
9. In proposito, ci si consenta di rinviare alle nostre *Note per un'attribuzione del 'Peri*

1. Cfr. JOUANNA J., *Ippocrate* [tit. or.: *Hippocrate*], trad. it. L. Rebaudo, Torino, 1994, p. 125 sgg. Sul dibattito fiorito nella medicina ippocratica intorno a tale problema, si veda ora pure il bel saggio di DEBRU A., *Médecin et malade dans la médecine hippocratique: interrogatoire ou dialogue?*, in: DEMONT P. (a cura di), AA.VV., *Médecine antique*. Amiens, 1991, p. 35 sgg.
2. Non intendiamo affrontare in questa sede l'annoso, anzi secolare problema relativo all'esistenza e agli eventuali caratteri di una scuola ippocratica. Basti dire che attualmente appare superata la visione tradizionale, imperniantesi su una rigida distinzione e contrapposizione tra scuole - come quelle di Cos e di Cnido - caratterizzate, come si presumeva, da scelte dottrinali e metodologiche affatto diverse e sinanche antitetiche. Si è imposta, infatti, la constatazione che la medicina greca nei secoli V e IV a.C. aveva una struttura essenzialmente policentrica, comportante l'assenza di barriere tra i vari centri terapeutici: il che peraltro non significa, ovviamente, che sia illegittimo parlare di una cerchia ippocratica (a patto di evitare di concepire quest'ultima nei termini di un'istituzione dotata di dottrine ufficiali e immutabili). Su tali recenti sviluppi della *hippokratische Frage* esiste una letteratura ormai piuttosto ampia: si possono ricordare SMITH W.D., *Galen on Coans versus Cnidians*. Bulletin of the History of Medicine 1973; XLVII : 569-578; KUDLIEN F., *Bemerkungen zu W.D. Smith's These über die knidische Ärzteschule*. In JOLY R. (a cura di), AA.VV., *Corpus hippocraticum. Actes du Colloque hippocratique de Mons (22-26 septembre 1975)*. Mons, 1977, pp. 95-103; KOLLESCH J., *Die Stellung der knidische Heilkund in der wissenschaftlichen Medizin der Griechen*. In: AA.VV., *Corpus hippocraticum*, cit., pp. 106-122 e, più di recente, ID., *Knidos als Zentrum der frühen wissenschaftlichen Medizin im antiken Griechenland*. Gesnerus 1989; XLVI; 11-28; DI BENEDETTO V., *Cos e Cnido*. In: M.D. GRMEK e F. ROBERT (a cura di) AA.VV., *Hippocratica. Actes du Colloque hippocratique de Paris (4-9 septembre 1978)*, Paris, 1980, pp. 97-112; LONIE I.M., *Cos versus Cnidus and the Historians*. History of Science 1978; XVI; 42-75 e 77-92; JOLY R., *Hippocrates and the School of Cos. Between Myth and Skepticism*. In: RUSE M. (a cura di), AA.VV., *Nature Animated II*. Dordrecht, 1983, pp. 29-47; GRESEMANN H., *Knidische Medizin*, pt. 2^a: *Versuch einer weiteren Analyse der Schicht A in den pseudohippokratischen Schriften 'De Mulieribus I und II'*. Stuttgart, 1987; LANGHOLF V., *Medical Theories in Hippocrates. Early Texts and the 'Epidemics'*. Berlin, 1990; particolare attenzione va riservata a: THIVEL F., *Cnide et Cos? Essai sur les doctrines médicales dans la Collection hippocratique*. Paris, 1981; DI BENEDETTO V., *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*. Torino, 1986 e JOUANNA J., *Ippocrate*, op. cit. n.1; ci si consenta infine di rinviare al nostro *Medicina e medici nell'antica Grecia. Saggio sul 'Peri téchnes' ippocratico*. Bologna, 1996 (in particolare, p. 2 sgg.).
3. Peraltro, in relazione al mondo ellenico è tutt'altro che agevole delimitare in termini univoci la categoria dei medici professionisti, distinguendola da altre classi di operatori: cfr. LLOYD G.E.R., *Magia ragione esperienza. Nascita e forme della scienza greca* (tit. or.: *Magic, Reason and Experience. Studies in the Origin and Development of Greek Science*). Trad. it. U. Santini e F. Cuniberto, Torino, 1982, p. 35 sgg.; ID., *Smascherare le mentalità* (tit. or.: *Demystifying Mentalities*), trad. it. G. Rossi, Roma-Bari, 1991, p. 38 sgg. e p. 59; JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit. n.1, p. 80 sgg.
4. Cfr. CAMBIANO G., *Platone e le tecniche*. Roma-Bari, 1991 [1^a ed.: Torino, 1971], p. 35 sgg. e KUBE J., *TEKNH und APETH. Sophistisches und platonisches Tugendwissen*. Berlin, 1969, p. 48 sgg. E' stato autorevolmente affermato che l'arte medica rappresentò, soprattutto tra la seconda metà del V secolo e la prima del IV, il tipo di indagine esattamente scientifico (ADORNO F., *La filosofia antica*. Milano, 1981^o, vol. I, p. 87).

5. Al riguardo, va tenuto presente pure come, tra la fine del V e gli inizi del IV sec. a.C., venisse elaborato in Grecia l'ideale del *pepaideuménos*, ovvero dell'uomo dotato di una cultura generale atta a consentirgli di valutare con competenza l'attività (e i discorsi) dei vari operatori tecnici. In considerazione sia del ruolo vitale della medicina - annoverata tra le *téchnai* indispensabili al singolo e alla collettività (cfr. HEINIMANN F., *Eine vorplatonische Theorie der τέχνη*. Museum Helveticum 1961; XVIII; 3 (ora anche in CLASSEN C.J. (ed.), AA.VV. *Sophistik*. Darmstadt, 1976, pp. 127-169), p. 109) -, sia della stessa portata tendenzialmente universale della *iatriké* - infatti, pressoché tutti prima o poi ricorrono ad essa e ai suoi rappresentanti -, era inevitabile che si avvertisse l'esigenza che ogni persona colta disponesse di un certo numero di nozioni intorno all'arte terapeutica (in proposito, si veda LLOYD G.E.R., *Magia*, op. cit., p. 68; sia inoltre lecito rinviare al nostro *Le 'pepaideuménos' et la médecine*, in: VAN DER ELJK P.H.J., HORSTMANSHOFF H.F.J. e SCHRJVERS P.H. (eds.), AA.VV., *Ancient Medicine in its Socio-cultural Context. (Papers Read at the Congress Held at Leiden University, 13-15 April 1992)*. Amsterdam-Atlanta, 1995, vol. II, p. 411 sgg.).
6. Verso la fine del V secolo a.C., infatti, affiorò, in un contesto parzialmente extra-medico, anche un'altra teoria del rapporto medico-paziente: essa scaturiva da una visione profondamente originale del ruolo della medicina e del suo rapporto con la retorica. La teoria in questione, che emerge già, a livello embrionale, con la riflessione e l'opera di Empedocle, trova la sua piena espressione per opera dei sofisti Gorgia e Antifonte (si vedano MONDOLFO R., *La comprensione del soggetto umano nell'antichità classica*. Firenze, 1958, p. 169; ZEPPi S., *Studi sulla filosofia presocratica*. Firenze, 1962, p. 125 e, più recentemente, FURLEY W.D., *Antiphon der Athener: ein Sophist als Psychotherapeut?* Reinisches Museum für Philologie 1992; CXXXV, 3-4:198-216).
7. Platone, per la verità, affrontò con notevole impegno e con rilevante originalità di apporti anche i più complessi dibattiti medico-specialistici del suo tempo: basti pensare alle dottrine medico-fisiologiche esposte nel *Timeo*; sicché l'esteriorità del pensatore nei confronti della *iatriké* è soltanto relativa (o, per dir meglio, va riferita essenzialmente al versante operativo dell'arte terapeutica). In ogni caso, egli seguì con estrema attenzione, in ogni fase della sua attività, le contemporanee discussioni su temi medici, dalle quali seppe via via attingere spunti e suggestioni fecondi: si vedano SCHUHL P.-M., *Platon et la médecine*. Revue des Études Grecques 1960; LXXXIII; 73-79; JOLY R., *Platon et la médecine*. Bulletin de l'Association Guillaume Budé 1961; 435-451 e ID., *Le renversement platonicien. Logos, Episteme, Polis*. Paris, 1974, p. 233 sgg.; HERTER H., *Die Trieffkunst des Arztes in hippokratischer und platonischer Sicht*. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin 1963; XLVII; 247-290; JOUANNA J., *Le médecin modèle du législateur dans les Lois*. Ktema 1978; III; 77-91, e soprattutto la magistrale indagine di VEGETTI M., *La medicina in Platone*. Venezia, 1995; ci si consenta altresì di rinviare al nostro *Platone e la svolta dietetica della medicina greca. Erodico di Selimbria e le insidie della 'techne'*. Studi Italiani di Filologia classica 1993; T.S., vol. XI, 1-2: 157 sgg.
8. Si tratta degli autori delle opere seguenti: il *Prognostico*, il *Regime delle malattie acute*, le *Epidemie I e III*, le *Articolazioni e fratture*, il *Morbo sacro*, le *Ferite nella testa*, il *Giuramento* e gli *Aforismi*. Sul carattere fondamentalmente unitario dei testi menzionati, si vedano DEICHGRÄBER K., *Die Epidemien und das Corpus Hippocraticum*. Berlin, 1971²; VEGETTI M., in: *Opere di Ippocrate*, Torino, 1976², p. 78 sgg. e JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit., pp. 67-69; cfr. anche il nostro *Medicina e medici*, op. cit., p. 11 sgg.
9. In proposito, ci si consenta di rinviare alle nostre *Note per un'attribuzione del 'Peri*

1. Cfr. JOUANNA J., *Ippocrate* [tit. or.: *Hippocrate*], trad. it. L. Rebaudo, Torino, 1994, p. 125 sgg. Sul dibattito fiorito nella medicina ippocratica intorno a tale problema, si veda ora pure il bel saggio di DEBRU A., *Médecin et malade dans la médecine hippocratique: interrogatoire ou dialogue?*, In: DEMONT P. (a cura di), AA.VV., *Médecine antique*. Amiens, 1991, p. 35 sgg.
2. Non intendiamo affrontare in questa sede l'annoso, anzi secolare problema relativo all'esistenza e agli eventuali caratteri di una scuola ippocratica. Basti dire che attualmente appare superata la visione tradizionale, imperniantesi su una rigida distinzione e contrapposizione tra scuole - come quelle di Cos e di Cnido - caratterizzate, come si presumeva, da scelte dottrinali e metodologiche affatto diverse e sinanche antitetiche. Si è imposta, infatti, la constatazione che la medicina greca nei secoli V e IV a.C. aveva una struttura essenzialmente policentrica, comportante l'assenza di barriere tra i vari centri terapeutici: il che peraltro non significa, ovviamente, che sia illegittimo parlare di una cerchia ippocratica (a patto di evitare di concepire quest'ultima nei termini di un'istituzione dotata di dottrine ufficiali e immutabili). Su tali recenti sviluppi della *hippokratische Frage* esiste una letteratura ormai piuttosto ampia: si possono ricordare SMITH W.D., *Galen on Coans versus Cnidians*. Bulletin of the History of Medicine 1973; XLVII : 569-578; KUDLIEN F., *Bemerkungen zu W.D. Smith's These über die knidische Ärzteschule*. In JOLY R. (a cura di), AA.VV., *Corpus hippocraticum. Actes du Colloque hippocratique de Mons (22-26 septembre 1975)*. Mons, 1977, pp. 95-103; KOLLESCH J., *Die Stellung der knidische Heilkund in der wissenschaftlichen Medizin der Griechen*. In: AA.VV., *Corpus hippocraticum*, cit., pp. 106-122 e, più di recente, ID., *Knidos als Zentrum der frühen wissenschaftlichen Medizin im antiken Griechenland*. Gesnerus 1989; XLVI; 11-28; DI BENEDETTO V., *Cos e Cnido*. In: M.D. GRMEK e F. ROBERT (a cura di) AA.VV., *Hippocratica. Actes du Colloque hippocratique de Paris (4-9 septembre 1978)*, Paris, 1980, pp. 97-112; LONIE I.M., *Cos versus Cnidus and the Historians*. History of Science 1978; XVI; 42-75 e 77-92; JOLY R., *Hippocrates and the School of Cos. Between Myth and Skepticism*. In: RUSE M. (a cura di), AA.VV., *Nature Animated II*. Dordrecht, 1983, pp. 29-47; GRESEMANN H., *Knidische Medizin*, pt. 2^a: *Versuch einer weiteren Analyse der Schicht A in den pseudohippokratischen Schriften 'De Mulieribus I und II'*. Stuttgart, 1987; LANGHOLF V., *Medical Theories in Hippocrates. Early Texts and the 'Epidemics'*. Berlin, 1990; particolare attenzione va riservata a: THIVEL F., *Cnide et Cos? Essai sur les doctrines médicales dans la Collection hippocratique*. Paris, 1981; DI BENEDETTO V., *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*. Torino, 1986 e JOUANNA J., *Ippocrate*, op. cit. n.1; ci si consenta infine di rinviare al nostro *Medicina e medici nell'antica Grecia. Saggio sul 'Peri téchnes' ippocratico*. Bologna, 1996 (in particolare, p. 2 sgg.).
3. Peraltro, in relazione al mondo ellenico è tutt'altro che agevole delimitare in termini univoci la categoria dei medici professionisti, distinguendola da altre classi di operatori: cfr. LLOYD G.E.R., *Magia ragione esperienza. Nascita e forme della scienza greca* (tit. or.: *Magic, Reason and Experience. Studies in the Origin and Development of Greek Science*). Trad. it. U. Santini e F. Cuniberto, Torino, 1982, p. 35 sgg.; ID., *Smascherare le mentalità* (tit. or.: *Demystifying Mentalities*), trad. it. G. Rossi, Roma-Bari, 1991, p. 38 sgg. e p. 59; JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit. n.1, p. 80 sgg.
4. Cfr. CAMBIANO G., *Platone e le tecniche*. Roma-Bari, 1991 [1^a ed.: Torino, 1971], p. 35 sgg. e KUBE J., *TEKNH und APETH. Sophistisches und platonisches Tugendwissen*. Berlin, 1969, p. 48 sgg. E' stato autorevolmente affermato che l'arte medica rappresentò, soprattutto tra la seconda metà del V secolo e la prima del IV, il tipo di indagine esattamente scientifico (ADORNO F., *La filosofia antica*. Milano, 1981^o, vol. I, p. 87).

5. Al riguardo, va tenuto presente pure come, tra la fine del V e gli inizi del IV sec. a.C., venisse elaborato in Grecia l'ideale del *pepaideuménos*, ovvero dell'uomo dotato di una cultura generale atta a consentirgli di valutare con competenza l'attività (e i discorsi) dei vari operatori tecnici. In considerazione sia del ruolo vitale della medicina - annoverata tra le *téchnai* indispensabili al singolo e alla collettività (cfr. HEINIMANN F., *Eine vorplatonische Theorie der τέχνη*. Museum Helveticum 1961; XVIII; 3 (ora anche in CLASSEN C.J. (ed.), AA.VV. *Sophistik*. Darmstadt, 1976, pp. 127-169), p. 109) -, sia della stessa portata tendenzialmente universale della *iatriké* - infatti, pressoché tutti prima o poi ricorrono ad essa e ai suoi rappresentanti -, era inevitabile che si avvertisse l'esigenza che ogni persona colta disponesse di un certo numero di nozioni intorno all'arte terapeutica (in proposito, si veda LLOYD G.E.R., *Magia*, op. cit., p. 68; sia inoltre lecito rinviare al nostro *Le 'pepaideuménos' et la médecine*. In: VAN DER EIJK PH.J., HORSTMANSHOFF H.F.J. e SCHRIJVERS P.H. (eds.), AA.VV., *Ancient Medicine in its Socio-cultural Context. (Papers Read at the Congress Held at Leiden University, 13-15 April 1992)*. Amsterdam-Atlanta, 1995, vol. II, p. 411 sgg.).
6. Verso la fine del V secolo a.C., infatti, affiorò, in un contesto parzialmente extra-medico, anche un'altra teoria del rapporto medico-paziente: essa scaturiva da una visione profondamente originale del ruolo della medicina e del suo rapporto con la retorica. La teoria in questione, che emerge già, a livello embrionale, con la riflessione e l'opera di Empedocle, trova la sua piena espressione per opera dei sofisti Gorgia e Antifonte (si vedano MONDOLFO R., *La comprensione del soggetto umano nell'antichità classica*. Firenze, 1958, p. 169; ZEPPI S., *Studi sulla filosofia precocratica*. Firenze, 1962, p. 125 e, più recentemente, FURLEYW.D., *Antiphon der Athener: ein Sophist als Psychotherapeut?* Reinisches Museum für Philologie 1992; CXXXV, 3-4:198-216).
7. Platone, per la verità, affrontò con notevole impegno e con rilevante originalità di apporti anche i più complessi dibattiti medico-specialistici del suo tempo: basti pensare alle dottrine medico-fisiologiche esposte nel *Timeo*; sicché l'esteriorità del pensatore nei confronti della *iatriké* è soltanto relativa (o, per dir meglio, va riferita essenzialmente al versante operativo dell'arte terapeutica). In ogni caso, egli seguì con estrema attenzione, in ogni fase della sua attività, le contemporanee discussioni su temi medici, dalle quali seppe via via attingere spunti e suggestioni fecondi: si vedano SCHUHL P.-M., *Platon et la médecine*. Revue des Études Grecques 1960; LXXXIII; 73-79; JOLY R., *Platon et la médecine*. Bulletin de l'Association Guillaume Budé 1961; 435-451 e ID., *Le renversement platonicien. Logos, Episteme, Polis*. Paris, 1974, p. 233 sgg.; HERTER H., *Die Trieffkunst des Arztes in hippokratischer und platonischer Sicht*. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin 1963; XLVII; 247-290; JOUANNA J., *Le médecin modèle du législateur dans les Lois*. Ktema 1978; III; 77-91, e soprattutto la magistrale indagine di VEGETTI M., *La medicina in Platone*. Venezia, 1995; ci si consenta altresì di rinviare al nostro *Platone e la svolta dietetica della medicina greca. Erodico di Selimbria e le insidie della 'techne'*. Studi Italiani di Filologia classica 1993; T.S., vol. XI, 1-2: 157 sgg.
8. Si tratta degli autori delle opere seguenti: il *Prognostico*, il *Regime delle malattie acute*, le *Epidemie I e III*, le *Articolazioni e fratture*, il *Morbo sacro*, le *Ferite nella testa*, il *Giuramento* e gli *Aforismi*. Sul carattere fondamentalmente unitario dei testi menzionati, si vedano DEICHGRÄBER K., *Die Epidemien und das Corpus Hippocraticum*. Berlin, 1971²; VEGETTI M., in: *Opere di Ippocrate*, Torino, 1976², p. 78 sgg. e JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit., pp. 67-69; cfr. anche il nostro *Medicina e medici*, op. cit., p. 11 sgg.
9. In proposito, ci si consenta di rinviare alle nostre *Note per un'attribuzione del 'Peri*

- téchnes' pseudoippocratico*. Atti dell'Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti 1984-5; CXLIII - Classe di scienze morali, lettere ed arti, pp. 237-267. Lo Jouanna (in JOUANNAJ. (a cura di), *Hippocrate, Des vents. De l'art*. Paris, 1988, p. 182) manifesta invece la persuasione che l'autore dell'opera sia un medico.
10. Beninteso, tale partizione ha un valore essenzialmente funzionale, e viene qui adottata allo scopo di rendere più agevole l'indagine. E' infatti evidente che, in realtà, né la fase diagnostica è del tutto priva di una sua dimensione operativa - potendo comportare il ricorso a misure atte a suscitare nel corpo del paziente alcuni fenomeni organici, utili per determinare la natura della malattia -, né, d'altro canto, lo stadio prettamente terapeutico-applicativo manca di implicazioni diagnostiche - in quanto, se gli effetti delle iniziative terapeutiche originariamente adottate si rivelano insoddisfacenti, o comunque non conformi alle previsioni, può venir messa in discussione la diagnosi medesima sulla cui base si era optato per tali iniziative -.
 11. Sull'atteggiamento del medico ippocratico verso il paziente, si vedano, oltre a DEBRU A., *Médecin et malade*, op. cit. n.1, BOURGEY L., *La relation du médecin au malade dans les écrits de l'école de Cos*. In: BOURGEY J. e JOUANNA J. (eds.), AA.VV., *La Collection hippocratique et son rôle dans l'histoire de la médecine*. Colloque de Strasbourg (23-27 octobre 1972). Leiden, 1975, pp. 209-227; MÜRI W., *Arzt und Patient bei Hippokrates*. Bern, 1936; KUDLIEN F., *Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome*. Clio Medica 1970; , V. 91-121; DEICHGRÄBER K., *Medicus grattosus. Untersuchungen zu einem griechischen Arztbild*. Mainz, 1970 (Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften und der Literatur in Mainz, geistes- und sozialwissenschaftliche Klasse, vol. III); ID., *Die Patienten des Hippokrates. Historisch-prosopographische Beiträge zu den Epidemien des Corpus Hippocraticum*. Mainz, 1982 (Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften und der Literatur in Mainz, geistes- und sozialwissenschaftliche Klasse), vol. IX; KOELBING H.M., *Le médecin hippocratique au lit du malade*. In: GRMEK M.D. e F. ROBERT (eds.), AA.VV., *Hippocratica. Actes du Colloque hippocratique de Paris (4-9 septembre 1978)*. Paris, 1980, pp. 321-330, e ora J. JOUANNA, *Ippocrate*, op. cit. n.1, pp. 112-142.
 12. *Progn.* II [II, 114, 8-116, 4 Littré = 195, 4-12 Alexanderson]; trad. di M. Vegetti, in *Opere di Ippocrate*, cit.; corsivo nostro.
 13. Cfr. *ivi* I [II, 110, 2-4 Littré = 193, 2-4 Alexanderson].
 14. Per la verità, il problema del rapporto tra l'Antica medicina e i testi del *Corpus* che possono essere attribuiti alla *cerchia* ippocratica presenta aspetti di particolare complessità: ci si consenta di rinviare al nostro *Medicina e medici*, op. cit. n.2, pp. 11-13, n. 20.
 15. PIGEAUD J., *Qu'est-ce qu'être malade? Quelques réflexions sur le sens de la maladie dans 'Ancienne Médecine'*. In: AA.VV., *Corpus hippocraticum*, op. cit., p. 200; corsivo nostro.
 16. *Ibid.* (corsivo nostro). Si è giustamente osservato che per tale via la *gnome* (il pensiero, la capacità di (ri)conoscere) del malato viene ad essere omologa al *to eon*, a ciò che è (DI BENEDETTO, *Il medico*, op. cit. n.2, p. 212). Senza dubbio, la dinamica conoscitiva in questione si esprime in termini di particolare evidenza soprattutto nella fase diagnostica; essa, tuttavia, può interessare pure lo stadio schiettamente operativo dell'iniziativa terapeutica. Infatti, quanto il paziente rivela (a proposito del suo stato) durante la fase esecutiva della cura, può rivestire un'importanza considerevole in ordine al successo della terapia, poiché gli elementi informativi acquisiti *in itinere* possono talora indurre l'operatore a *correggere il tiro* e a modificare le misure adottate, qualora le sensazioni avvertite dal malato ne dovessero testimoniare l'inadeguatezza (almeno parziale). In passato, chi scrive riteneva che su ta-

- le sfondo concettuale andasse compreso anche il riferimento, nell'*Antica medicina*, alla αἰσθησις τοῦ σώματος - ossia alla sensazione corporea -, come all'unico criterio (pur se approssimativo, o, per dir meglio, privo di esattezza matematica) di cui il medico si trova a disporre nello stadio applicativo della cura, onde valutare il tasso di appropriatezza, nel fluire del tempo, del regime prescritto al malato (cfr. *De prisca med.* IX, 3 [128, 10-13 Jouanna]). Pensavamo pertanto, d'accordo con la maggioranza degli interpreti, che l'espressione ricordata designasse la sensazione *del malato*: si veda il nostro *Medicina e medici*, op. cit. n.2, pp. 384-387, n. 8. Attualmente, invece, condividiamo la posizione di quanti riferiscono l'espressione *al medico*: teniamo a ringraziare il prof. Thivel, che ha stimolato chi scrive ad affrontare il delicato problema interpretativo in un'ottica più adeguata. Come osserva lo studioso, [si tratta] *della sensazione del medico: senza dubbio, questi interroga il malato, ma quando sa dov'è situato il dolore, applica la mano sul punto dolorante e si studia di valutare la febbre, esamina la lingua, le espettorazioni, le feci e le urine, e questo può farlo soltanto il medico, in quanto possiede la scienza (τέχνη) medica* [lettera a chi scrive del prof. François Thivel del 19 giugno 1997].
17. Cfr. *De arte* XI, 1 [237, 4-6 Jouanna] e XII, 1 [240, 1-4 Jouanna].
 18. Cfr. *ivi* XI, 4 [237, 17-238, 1 e 238, 5-6 Jouanna].
 19. *Ibid.* [238, 1-5 Jouanna].
 20. *Ibid.* [237, 17-238, 1 Jouanna].
 21. *Ivi* XI, 2-4 [237, 9-238, 7 Jouanna].
 22. Per la medicina, in particolare, cfr. *ivi* VI, 4 [230, 18-20 Jouanna]: ἡ (...) ἰατρικὴ καὶ ἐν τοῖσι διὰ τι καὶ ἐν τοῖσι προνοεῦμένοισι φαίνεται τε καὶ φαίνεται αἰεὶ οὐοῖν ἔχουσα.. Si veda pure *ivi* XI, 4 [238, 2-5 Jouanna].
 23. Tra questi, si potrebbe ricordare, ad esempio, la scarsa opportunità *pragmatica* che sembra caratterizzare in termini ben poco felici la prescrizione di conservare un atteggiamento di *chiusura* nei confronti del malato: quest'ultimo, sentendosi quasi abbandonato a se stesso, ovviamente finirebbe con l'applicare le misure terapeutiche (o con il sottoporsi ad esse) con entusiasmo ancora minore. Oppure si potrebbe menzionare il fatto che, in ogni caso, la diffidenza del terapeuta verso dati ritenuti frutto di opinione e non di autentico sapere - come quelli forniti dai pazienti -, risulta giustificata, anche alla luce della teoria epistemologica dell'autore dell'*Arte*, soltanto entro limiti precisi. Infatti, non è illegittimo supporre che il medico abbia comunque la possibilità di analizzare e, per così dire, scomporre tali dati, con il ricorso a una strategia ermeneutica atta a neutralizzare le potenzialità fuorvianti connesse con la loro componente doxastica e a porre in luce, nel contempo, il loro nucleo di verità.
 24. *De arte* V, 3-5 [228, 12-229, 6 Jouanna].
 25. La dimostrazione in questione si trova anzi ad acquisire una portata persuasiva più rilevante, dal punto di vista del trattatista, in quanto si basa sull'esperienza concreta di malati i quali, oltre ad essere dei profani (in materia di medicina), sono addirittura convinti dell'inesistenza della *iatriké*: cfr. *De arte* V, 3 [228, 12-15 Jouanna].
 26. L'autore dell'*Arte* sostiene infatti che precisamente in virtù delle loro sensazioni - le quali rispecchiano fedelmente la realtà oggettiva - i malati, pur essendo dei profani, riescono a cogliere alcuni frammenti di quel medesimo sapere terapeutico che, per parte loro, i medici di professione posseggono in forma sistematica. Egli inoltre puntualizza che il riconoscimento, ad opera degli infermi, delle concrete implicazioni, giovevoli oppure nocive, dei moduli comportamentali via via adottati, scaturisce da un'*anánke* potente: si tratta, dunque, di una presa di coscienza *inevitabile*, i cui contenuti non possono essere revocati in dubbio, perché, in certo modo, autoevidenti (cfr. *ivi* V, 5 [229, 6-10 J.]: Τὰ γὰρ τῷ ὀφελῆσθαι καὶ τὰ τῷ βεβλάσθαι

- ὄρισμά, οὐ πᾶς ἱκανὸς γινώσκει. Εἰ τοίνυν ἐπιστήσεται ἢ ἐπαινεῖν ἢ ψέγειν ὁ νοσήσας τῶν διατημάτων τι οἷσιν ὑγιάνθη, πάντα ταῦτα τῆς ἱητρικῆς ἐστὶ.
27. Sia lecito rinviare al nostro *Medicina e medici*, op. cit.n.2, p. 359 sgg.
28. Il principale sostenitore della tesi in questione è LAIN-ENTRALGO P., di cui si vedano le *Quaestiones hippocraticae disputatae tres*, in: AA.VV. *La Collection hippocratique*, op. cit., p. 308. Oltre a citare il trattato *Sull'arte* e a far menzione della αἰσθησις τοῦ σώματος dell'*Antica medicina IX*, 3 [128, 13 Jouanna] (per cui cfr. n. 16 supra), lo studioso ricorda le *Malattie I*, I. In realtà, tuttavia, l'autore di quest'opera fa cenno solo a quanto di congetturale vien detto o fatto dal medico al malato *op-pure* dal malato nei confronti del medico (ὄσα εἰκασίη ἢ λέγεται ἢ ποιεῖται ὑπὸ τοῦ ἱητροῦ πρὸς τὸν νοσέοντα, ἢ ὑπὸ τοῦ νοσέοντος πρὸς τὸν ἱητρον [*De morbis I*, VI, 140, 10-12 Littré = 2, 13-15 Wittern]). Il Lain-Entralgo richiama pure il primo capitolo del *Regime delle malattie acute*, ove però non si afferma, come ritiene lo studioso spagnolo, che il limitarsi in termini prioritari a quel che i malati avvertono per effetto del loro male, costituisce [...] un tratto proprio a chi ignora la medicina (*Quaestiones*, cit., p. 308). L'autore del *Regime delle malattie acute* sostiene semplicemente che pure chi manchi del sapere medico - dunque, anche un profano - è in grado di descrivere ciò che hanno esposto gli autori delle *Sentenze enidie*, in quanto per far ciò è sufficiente l'interrogazione del paziente (καὶ ὁ μὴ ἱητρὸς δύναται ἄν ὀρθῶς συγγράψαι, εἰ εὐ παρὰ τῶν καμνόντων ἐκάστου πύθοιτο; invece, un vero terapeuta deve sapere anche quanto il malato non gli rivela (μὴ λέγοντος τοῦ καμνόντος: *De diaeta acut.* II, 224, Littré = 36, 5-10 Joly).
29. Cfr. per esempio Plat., *Gorg.* 456 b, ove viene chiarito quali fossero le modalità fondamentali dell'intervento terapeutico: φάρμακον πιεῖν (...) τεμεῖν (...) καῦσαι; si veda anche Id., *Prot.* 354 a. Per quel che concerne, in specie, le misure chirurgiche, le possiamo ricondurre a tre categorie fondamentali: l'infusione nel polmone (consistente nel versamento di un infuso nella trachea del paziente), l'incisione e la cauterizzazione (cfr. DI BENEDETTO V., *Il medico...* op. cit.n.2, p. 161 sgg.). Notevolmente frequente il ricorso a quest'ultima, eseguita per lo più con strumenti di ferro, oppure con bastoncini di bosso immersi nell'olio bollente (cfr. *ivi*, p. 167). La medicina greca dell'età arcaica e classica sembra dunque esibire, particolarmente in considerazione della pratica - abituale, come s'è detto - della cauterizzazione, una connotazione alquanto *violenta*, la quale appare consonante, in ultima analisi, con la testimonianza eraclitea: οἱ (...) ἱατροί, τέμνοντες, καίοντες, πάντη βασανίζοντες κακῶς τοὺς ἀρρωστούοντας, ἐπαιτέονται μηδὲν ἄξιοι μισθὸν λαμβάνειν παρὰ τῶν ἀρρωστούοντων, ταῦτ' ἀγαθὰ καὶ τὰς νόσους (DK 22 B 58). Sulla chirurgia ippocratica, si vedano BENEDETTI A., *La traumatologia al tempo di Ippocrate*. Roma, 1969; MICHLER M., *Das Spezialisierungsproblem und die antike Chirurgie*. Bern-Stuttgart-Wien, 1969; MAJNO G., *The Healing Hand: Man and Wound in the Ancient World*. Cambridge [Mass.], 1975; ROSELLI A., *La chirurgia ippocratica*. Firenze, 1975, e, in tempi più recenti, MCVAUGH M., *Strategie terapeutiche: la chirurgia*. In: GRMEK M.D. (a cura di), AA.VV., *Storia del pensiero medico occidentale*. Vol. I: *Antichità e Medioevo*. Roma-Bari, 1993, pp. 371-398, nonché JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit., pp. 157-164. Osserva felicemente quest'ultimo studioso che a definire il medico nell'immaginario greco del V secolo non è la parola efficace ma il bisturi e il ferro rovente (*ivi*, p. 157). Sicché, nonostante le delicatezze talora usate dal terapeuta verso i pazienti (cfr. *ivi*, pp. 134-135; si veda pure DEICHGRÄBER K., *Medicus graciosus*. Op. cit.), le misure adottate dalla maggioranza dei medici dovevano risultare assai spesso ben poco piacevoli.
30. Cfr. Plat., *Gorg.* 456 b: *Numerose volte sono andato con mio fratello e con altri medici da qualche ammalato, che non voleva assolutamente bere una medicina, o la-*

- sciarsi operare o cauterizzare dal medico. *Ebbene, mentre il medico era incapace di persuaderlo, io lo seppi invece persuadere con non altra arte che la retorica.* (trad. di G. Reale, in REALE G. (a cura di) PLATONE, *Tutti gli scritti*, a c. di , Milano, 1991²); in proposito, si vedano JOUANNA J., *Ippocrate*, cit., p. 158 e DI BENEDETTO V., *Il medico...* op. cit.n.2, p. 176.
31. *Progn.* I [II, 110, 1-6 Littré = 193, 1-6 Alexanderson]; trad. di M. Vegetti, in *Opere di Ippocrate*, cit.; corsivo nostro. Taluno, portando all'estremo il significato di dichiarazioni siffatte - o, per meglio dire, interpretandone in termini unilaterali la dimensione *pubblicitaria* - è giunto a negare un autentico valore scientifico all'attività prognostica dei medici greci, riducendola a mero espediente propagandistico (cfr. EDELSTEIN L.n.2, *Περί ἀέρον und die Sammlung der hippokratischen Schriften*, Berlin, 1931, p. 60 sgg.); per una critica di questa interpretazione si veda, tuttavia, DI BENEDETTO V., *Tendenza e probabilità nell'antica medicina greca*. Critica storica 1996; V: 315 sgg.
32. *De prisca med.* II, 3 [120, 3-12 Jouanna]; trad. di M. Vegetti, in *Opere di Ippocrate*, op. cit.
33. Com'è stato osservato, Platone è stato il primo pensatore greco a far riferimento in forma sistematica all'arte del medico, quale modello dell'arte del politico. JOUANNA J., *Politique et médecine. La problématique du changement dans le 'Régime des maladies aiguës' et chez Thucydide (livre VI. In: AA.VV., Hippocratica. Op. cit., p. 299; si veda pure ID., *Le médecin modèle du législateur*, cit.)*
34. Per un quadro dei rapporti esistenti, nell'antica Grecia, tra i medici e differenti categorie di pazienti - in particolare, quella degli schiavi -, cfr. JOLY R., *Esclaves et médecins dans la Grèce antique*. Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 1969; LIII: 1-14 e soprattutto KUDLIEN F., *Die Sklaven in der griechischen Medizin der klassischen und hellenistischen Zeit*. Wiesbaden, 1968; si veda pure JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit., pp. 112-116.
35. Plat., *Leg.* 720 b-d; trad. di F. Adorno, in: ADORNO F. (a cura di), *Platone, Dialoghi politici e lettere*. Torino, 1970², p. 178; corsivo nostro.
36. Cfr. CAMBIANO G., *Platone*, op. cit.n.4, pp. 78-80.
37. Ne rinveniamo una tarda eco anche in Celso: cfr. WEHRLI F., *Der Arztvergleich bei Platon*. Museum Helveticum 1951; VIII, 2-3: 178-179.
38. La diffusione di questa forma di relazione terapeuta-paziente va presumibilmente ricondotta non soltanto alla persuasione che il ricorso a moduli comunicativi di tal genere facilitasse il successo della terapia, ma anche all'intenzione dei medici di svolgere, per tale via, un'opera sottile ma efficace di convincimento: cfr. *ivi*, p. 180.
39. Plat., *Leg.* 857 c-d, trad. cit.; corsivo nostro. Come osserva lo Jaeger, *Platone scorge proprio in questa paideia medica, poggiante su una fondamentale istruzione del malato, l'ideale di una terapia scientifica* (JAEGER W., *Paideia. La formazione dell'uomo greco* (tit. or.: *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*), vol. III (*Il conflitto degli ideali di cultura nell'età di Platone*)) trad. it. A. Setti, Firenze, 1967, p. 21).
40. *Epid. I*, 11. Littré II, 636, 1-4.
41. *Aph. I*, Littré IV, 458, 2-4. Un altro passo significativo si trova in *Epid. I*, 23. Vengono qui menzionati, tra gli indizi dai quali è legittimo e sinanche doveroso trarre delle conclusioni a proposito delle malattie e della loro presumibile evoluzione, sia il regime che è stato prescritto, sia l'identità di chi lo ha prescritto: ἐκ τῶν προσφερομένων, ἐκ τοῦ προσφέροντος, ἐπὶ τὸ ὄψον γὰρ καὶ χαλεπώτερον ἐκ τούτων (I, 23 Littré II, 670, 2-4). La distinzione suggerisce che la figura del medico - con la sua personalità, o comunque con i suoi tratti comportamentali, dai quali possono derivare effetti positivi oppure negativi sul paziente -, acquisisce un'autonoma consistenza, e non può essere appiattita al livello delle misure terapeutiche (cfr. DI BE-

- NEDETTO V., *Il medico...* op. cit.n.2, p. 115). Per tale via, emerge altresì l'esigenza che il terapeuta adotti l'atteggiamento appropriato nei confronti dei malati. Dal canto suo, l'autore del *Prorretico II* (cap. IV; IX, 14-20 Littré) illustra il metodo con cui il medico è in grado di accertare eventuali scarti dei pazienti dal regime prescritto: evidentemente, come osserva lo Jouanna, *la disubbidienza dei malati era oggetto di preoccupazione per i medici* (Hippocrate, *Des vents*, op. cit., p. 231, n. 4) e costoro si sentivano in certa misura responsabili di una corretta e completa esecuzione, da parte degli infermi, delle prescrizioni impartite. Sul problema, si veda JOUANNA J., *Ippocrate*. Op. cit.n.1, p. 125 sgg.
42. Cfr. *De arte VII*, 3-5 (231, 14 sgg. Jouanna).
43. Per lo Jouanna, nel quadro che viene delineato dall'autore dell'Arte, *allo stesso modo in cui vi sono dei buoni e dei cattivi medici, vi sono pure dei buoni e dei cattivi malati* (Hippocrate, *Des vents*, cit., p. 188). Peraltro, lo studioso francese conclude che, a giudizio del trattatista, *vi sono, in generale, dei buoni medici e dei cattivi malati, piuttosto che il contrario* (*ibid.*). In effetti, l'autore dell'Arte si mostra convinto che sussista una fondamentale asimmetria tra le due categorie, e che *tutti*, o quasi, i malati siano, inevitabilmente, dei cattivi pazienti [è non poco divertente, e insieme istruttivo, constatare quanto una tale visione pessimistica dei pazienti sia diffusa anche presso i medici odierni: si veda *infra*].
44. WEHRLI F., *Der Arztvergleich...* op. cit., p. 180.
45. In T¹ la parola svolge un ruolo fondamentale; non, però, quale potenza magica, atta a operare in forma esclusiva sull'emotività degli uditori, come per il sofista di Lentini (sulla cui pratica verbale cfr. SEGAL C.P., *Gorgias and the Psychology of the Logos*. Harvard Studies in Classical Philology 1962; LXVI: 99-155; DE ROMILLY J., *Magic and Rhetoric in Ancient Greece*. Cambridge [Mass.], 1975, p. 11 sgg.; VERDENIUS W.J., *Gorgias' Doctrine of Deception*. In: KERFERD G.B. (a cura di), AA.VV., *The Sophists and Their Legacy* (Proceedings of the Fourth International Colloquium on Ancient Philosophy held in Cooperation with Projektgruppe Altertumswissenschaften der Thyssen Stiftung at Bad Homburg, 29th August-1st September 1979). Wiesbaden, 1981, pp. 116-127, e soprattutto CAMBIANO G., *La nascita dei trattati e dei manuali*. In G. CAMBIANO, L. CANFORA e D. LANZA (a cura di), AA.VV., *Lo spazio letterario della Grecia antica*. Vol. I: *La produzione e la circolazione del testo*, t. I [La polis], Roma, 1992, pp. 536-537), bensì come autentico veicolo di sapere. Conformemente a T¹, alla cura si accompagna un processo formativo - e, al limite, didattico - i cui tempi di svolgimento sono, tra l'altro, piuttosto lenti: Platone ricorda che a giudizio dei medici da lui proposti ad esempio, *prima di impartire una qualsiasi prescrizione il terapeuta deve convincere il paziente della validità di quest'ultima, ovvero deve esibire i motivi per cui essa è quella appropriata* (cfr. Plat., *Leg.* 720 d-e).
46. Cfr. Plat., *Gorg.* 454 d.
47. *Ivi* 455 a; trad. di G. Reale, in *Platone, Tutti gli scritti*, cit.
48. Si consideri il confronto tra la *iatriké* e altre *téchnai* che l'autore propone in *De arte XI*, 7 [239, 6 sgg. Jouanna]. La formulazione della duplice equivalenza: *paziente = corpo da curare = materiale di lavorazione* (per il terapeuta che lo ha in cura) lascia emergere un tratto essenziale del rapporto medico-paziente, quale è andato consolidandosi a partire dall'antichità per giungere, in pratica, fino ai nostri giorni. Ancor oggi, in effetti, com'è stato acutamente rilevato, *gli operatori sanitari possono arrivare a considerare i malati più come materia di lavoro che come persone, per cui si rivolgono loro in modo anonimo* (KANIZSA S., *L'ascolto del malato. Problemi di pedagogia relazionale in ospedale*. Milano, 1988, p. 40; corsivo nostro). Dal terapeuta, inoltre, *la malattia non è [...] vissuta come l'espressione di un problema che riguarda tut-*

- ta la persona [del paziente], ma solo la sua parte malata. [...] Così il malato è sempre curato come un oggetto che presenta solo sintomi somatici* (*ivi*, p. 58; corsivo nostro).
49. *De arte XI*, 7 (239, 6-7 e 10-11 Jouanna).
50. Cfr. *ivi VII*, 5 (232, 7-10 Jouanna).
51. *Ivi VII*, 1 (231, 7 Jouanna); *VII*, 2 (231, 11 Jouanna); *VII*, 3 (231, 17 Jouanna); *VII*, 4 (232, 4-5 Jouanna); *ibid.* (232, 5 Jouanna); *ibid.* (232, 7 Jouanna); *ivi VII*, 5 (232, 8 Jouanna).
52. *Ivi VII*, 1 (231, 8 Jouanna) e *ivi VII*, 2 (231, 9-10 Jouanna).
53. *Ivi VII*, 2 (231, 10 Jouanna).
54. *Ivi VII*, 5 [232, 9 Jouanna].
55. Cfr. *ivi VII*, 1 [231, 8 Jouanna]: παραβέναι
56. Si vedano le brillanti considerazioni di J. JOUANNA, in *Ippocrate*, op. cit. n. 1, pp. 139-141.
57. Per un profilo storico generale, di lettura piacevole oltre che stimolante, si veda SHORTER E., *La tormentata storia del rapporto medico paziente* [tit. or.: *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*], trad. it. R. Petrillo, Milano, 1986 (nonostante il titolo, tratta solo dell'epoca moderna).
58. Sulla riscoperta dell'ippocratismo in età moderna, è fondamentale SMITH W.D., *The Hippocratic Tradition*. Ithaca-London, 1979, p. 31 sgg.
59. Cfr. KANIZSA S., *L'ascolto*, op. cit.n.48, pp. 64-65.
60. *Ivi*, p. 101; corsivo nostro. [Non facciamo neppur cenno al problema, che esorbita dal tema che ci siamo proposti di esaminare in questo contributo, relativo a modalità di utilizzazione *incantatoria* del linguaggio in funzione terapeutica. Tali modalità sono presenti, in certa misura, nella psicoanalisi, e sembrano configurare un piano di tangenza tra quest'ultima e talune forme *sciamaniche* di cura: cfr. LÉVI-STRAUSS C., *Antropologia strutturale* (tit. or.: *Anthropologie structurale*), trad. it. P. Caruso, Milano, 1978⁷, pp. 210-230 e LAPLANTINE F., *L'etnopsichiatria* (tit. or.: *L'etnopsychiatrie*), trad. it. A. Durante, Roma, 1974, p. 118 sgg.; sia lecito altresì rinviare al nostro *Medicina e medici*, cit., p. 408 sgg.].
61. KANIZSA S., *L'ascolto...* op. cit.n.48, p. 45-46; corsivo nostro.
62. *Ivi*, p. 51.
63. *Ivi*, p. 55.
64. *Ibid.*
65. Cfr. ROGERS C.R., *La terapia centrata sul cliente* [tit. or. del saggio centrale: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*], ed. it. a c. di A. Palmonari e J. Rombauts, trad. it. F. Carugati, M. Magistretti, T. Montevecchi, A. Palmonari e P. Ricci Bitti, Firenze, 1989, p. 81 e *passim*.
66. KANIZSA S., *L'ascolto...* op. cit.n.48, p. 57; cfr. VALSECHINI S., *Il malato e la sofferenza*. Milano, 1982, pp. 35-37.
67. Cfr. KANIZSA S., *L'ascolto...* op. cit.n.48, p. 26 sgg. La differenza tra linguaggio *pubblico* e linguaggio *privato* viene chiarita da BERNSTEIN B., *Social Structure, Language and Learning*. Educational Research 1961; III, 3: 163 sgg.
68. Con la *rivoluzione radiologica*, invero, *la nozione del corpo umano si modifica. Fino ad allora, se ne conosceva solo l'aspetto esteriore; quello interno era esplorato sul tavolo operatorio dai chirurghi, spinti dalla necessità, ma con una possibilità di accedere, per prudenza, solo in un limitato territorio, e sul tavolo delle autopsie dagli anatomopatologi. Con questo nuovo metodo di irradiazione, il corpo diventa trasparente, malato o sano che sia, e la vita e la malattia appaiono al medico senza che quest'ultimo procuri ferite al corpo esaminato.* (SOURNIA J.-CH., *Storia della medicina* [tit. or.: *Histoire de la médecine*], trad. it. G. Licinio, Bari, 1994, p. 294; corsivo nostro). Non poco significativo, al riguardo, anche il rilievo particolarissimo che re-

centemente Ernst Jünger, nel ricordare che l'anno della sua nascita (il 1895) è stato anche quello della scoperta dei raggi X, ha attribuito - con l'autorevolezza di un testimone privilegiato, quale egli è, del nostro secolo - alla scoperta medesima: essa dà i natali al secolo della tecnica. Per la prima volta è possibile guardare dentro la materia e osservare ciò che il microscopio non consentiva di vedere. [...] Un piccolo grande gesto scientifico è [...] all'origine della modernità di questo secolo. GNOLI A. - VOLPI F., *I prossimi Titani. Conversazioni con Ernst Jünger*. Milano, 1997, p. 17; corsivo nostro.

69. Il che, tra l'altro, è confermato dal crescente successo della letteratura (nonché delle trasmissioni televisive e delle rubriche giornalistiche) di divulgazione scientifica.
70. In proposito, si veda ora SHORTER E., *From Mind into the Body. The Cultural Origins of Psychosomatic Symptoms*. New York, 1994.
71. È stato suggerito, in effetti, che la spersonalizzazione e la categorizzazione dei malati rappresentino due tra le strategie più diffuse (ed efficaci) cui i medici ricorrono allo scopo di neutralizzare le ansie che i morbi dei pazienti possono ingenerare in loro (cfr. KANIZSA S., *L'ascolto...* op. cit.n.48, pp. 60, 69, 97 sgg. e 152).
72. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari, 1995, p. 432.
73. Merita citare quanto ha scritto recentemente un medico, con accenti di eloquenza sofferta e appassionata: *L'uomo che un mattino si scopre un rigonfiamento latero-cervicale, è il caso x del protocollo y del trial z, o è un uomo che vive la medesima angoscia di Don Rodrigo che si risveglia con il bubbone di peste nel cavo ascellare? E siamo proprio sicuri che, come affermano altri, il malato che viene a cercarci non sia più una persona che ci chiede aiuto, ma "un cittadino che chiede di fruire di un servizio"? Del quale "servizio" pagato il conto (pubblico o privato che sia), lui non si ricorda più di noi, noi non ci ricordiamo più di lui? E non conta il modo (gesti, parole, sguardi, atti, tempo, partecipazione, ripensamenti, insonnia, magari anche rimorsi, ecc.) con cui questo "servizio" viene offerto? E viene ricevuto? Solo l'insegnamento [...] può dare un legame imperituro di riconoscenza e di arricchimento reciproco maestro-discepolo come il rapporto medico-paziente, e fortunati coloro che si ricordano a distanza di chi li ha istruiti e di chi li ha curati. Ritorniamo all'etica, e riscopriremo l'Uomo e il modo più vero di essere Medici per l'Uomo. FIORISTA F., *In tema di etica medica*. La Ca' Granda. Vita ospedaliera e informazioni culturali. 1997; XXXVIII,1-2: 80.*
74. CHANTRAINE P., in: *Dictionnaire étymologique de la langue grecque. Histoire des mots*. Paris, 1968, *sub voce*), conferma la plausibilità dell'interpretazione del termine δημοουργός [composto da δήμιος e - οργός nel senso di artigiano che fa cose che riguardano l'insieme del popolo. Lo studioso francese mostra in tal modo di aver recepito le critiche che erano state mosse alla sua precedente proposta interpretativa. Infatti, allorché lo Chantraine aveva sostenuto che *demiourgós* andava inteso nel senso di *colui che mette la sua specialità al servizio del demos* (cfr. ID., *Trois noms grecs de l'artisan* (δημοουργός, βέλτιστος, χειρωναξ), in: AA.VV., *Mélanges de philosophie grecque offerts à Mgr. Diès*. Paris, 1956, pp. 41-42), gli era stato obiettato che in tal caso si sarebbe avuto il termine *demourgós*; *demiourgós* indica invece *colui che si occupa dei demía*, ovvero delle cose che riguardano il popolo (cfr. BADER F., *Les composés grecs du type de demiourgos*. Paris, 1965, pp. 133-140). La parola reca dunque al suo interno il riferimento a una prestazione professionale che riguarda la collettività. Importanti, a tale proposito, anche le considerazioni dello Jaeger. Questi rileva che nella letteratura medica greca un elemento centrale è rappresentato dalla distinzione/opposizione tra *idiótes* e *demiourgós*. Ora, il greco *idiotes* è preso dalla vita politico-sociale, e indica l'uomo che non serve, o in quanto non serve,

allo stato e alla comunità umana, ma attende a suoi privati affari e attività. In opposizione a ciò, il medico concepisce se stesso come "*demiourgós*", nome che del resto spetta a ogni artigiano manuale che faccia scarpe o utensili, cioè come esercente un'attività in servizio del pubblico. Come oggetto dell'attività artigiana del medico i profani sono anche spesso chiamati semplicemente "appartenenti al demos" (δημοίται) La denominazione di "*demiurgo*" abbraccia in modo evidente i due aspetti della professione medica, il sociale e il tecnico. JAEGER W., *Paideia...* op. cit.n.39, vol. III, pp. 18-19; corsivo nostro); si vedano pure DE FIDIO P., *Il demiurgo e il ruolo delle tecniche in Platone*. La Parola del Passato 1971; XXVI: 233-263, e CAMBIANO G., *Le médecin, la main et l'artisan*. In: AA.VV., *Corpus hippocraticum...* op. cit., p. 220 sgg.

Correspondence should be addressed to:
Alberto Jori, Viale Vescei, 5 - 46100 Mantova, I.