

UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SUMMER SCHOOL DEL DOTTORATO IN STORIA
25-27 SETTEMBRE 2012

L'ospedale in tv:
la rappresentazione della sanità attraverso la fiction televisiva in Italia
dal 1980 ad oggi

Dottoranda: **Valentina Cappi**
Dottorato in Storia - Ciclo XXVII
Indirizzo: Storia e Geografia d'Europa

Tutor: prof.ssa **Maria Malatesta**

Discussant: prof.ssa **MariaGrazia Fanchi**

1. Medici attraverso lo schermo

What does representation have to do with culture? To put it simply, culture is about “shared meanings”. [...] Above all, cultural meanings are not only “in the head”. They organize and regulate social practices, influence our conduct and consequently have real, practical effects.

Stuart Hall¹

Over the decades, doctor series have presented the clearest, most popular and most enduring scenarios on the home screen about the norms that guide the professional handling of illness.

Joseph Turow²

USA, 1994. I break pubblicitari della NBC (National Broadcasting Company), una delle maggiori emittenti radiotelevisive statunitensi, trasmettono con insistenza un trailer.

Una voce fuori campo, quella del popolare attore Don LaFontaine, annuncia la novità in arrivo: “*Coming this fall... NBC presents... the honest story about the heroes... who every day must be heroes*”. Gli eroi di cui si parla sono medici. La serie tv pubblicizzata si intitola “E.R”.

Italia, 2010. La casa editrice milanese Bevivino Editore pubblica una raccolta di saggi intitolata “Eroi del quotidiano. Figure della serialità televisiva”³. In copertina sono riportati, con i caratteri originali dei loro loghi promozionali, i titoli di quindici fra le più popolari serie tv d’epoca recente. Quattro di queste sono da ascrivere al genere medical: *Dr. House*, *Scrubs*, *Grey’s Anatomy*, *In Treatment*.

¹ S. Hall, *Representation: cultural representations and signifying practices*, Sage, London, 1997, p. 3

² J. Turow, *Television entertainment and the US health-care debate*, in “The Lancet”, vol. 347, May 4, 1996, p. 1240

³ F. La Rocca, A. Malagamba, V. Susca. (a cura di), *Eroi del quotidiano: figure della serialità televisiva*, Bevivino Editore, Milano, 2010

Undici anni intercorrono fra i due microeventi che abbiamo preso in considerazione per ricostruire il discorso⁴ creatosi attorno ai medical dramas e al loro contesto culturale di produzione, diffusione e ricezione.

Due elementi saltano agli occhi per la loro immutata reiterazione: la rappresentazione dei medici - i protagonisti delle serie tv in oggetto - come eroi e la quotidianità delle loro imprese. Quotidianità, come vedremo, non solo all'interno del pronto soccorso, ma anche nei salotti dei telespettatori⁵.

Da oltre vent'anni, se si considera solamente la nuova serialità americana⁶, numerose serie televisive di ambientazione ospedaliera popolano i canali delle televisioni nazionali ed internazionali. Tra queste, *E.R. – Medici in prima linea* e *Dr. House - Medical Division* figurano rispettivamente al primo e al secondo posto della classifica dei telefilm d'importazione più visti in Italia negli ultimi dieci anni, con oltre 6 milioni di telespettatori per puntata⁷. La puntata di telefilm made in Usa con il maggiore ascolto nella storia della televisione italiana resta ancor oggi un episodio di *E.R.*, trasmesso il 4 dicembre 1997, con 7 milioni e 179 mila spettatori⁸.

Se consideriamo poi un dato relativo alla produzione nazionale, *Pronto Soccorso*, miniserie in onda su Rai1 diretta da Francesco Massaro e interpretata da Ferruccio Amendola, è stata seguita nel corso della prima serie da 8 milioni di spettatori e *Un medico in famiglia*, serie interpretata da Giulio Scarpati in onda sullo stesso canale, ha raggiunto più di 7 milioni di telespettatori. È evidente quale sia, in termini quantitativi, la diffusione di quelli che a tutti gli effetti possiamo definire prodotti culturali di largo consumo.

L'attenzione della fiction televisiva per l'ambientazione ospedaliera non è un fatto recente, come non lo è, nei palinsesti delle reti italiane, l'interesse per tutto ciò che ruota attorno alle

⁴ Tutti i contenuti mediali sono una serie di discorsi “anche nel senso foucaultiano del termine, cioè di modi di parlare o di pensare prodotti socialmente e socialmente controllati e sanzionati, che si incontrano e vanno a interagire con i discorsi dello spettatore (quelli attraverso cui lo spettatore stesso attribuisce senso alla propria esperienza sociale), generando il processo di negoziazione tra i significati dei messaggi mediali e i significati derivanti dall'esperienza pregressa dei consumatori” (F. Boni, *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004, p. 102).

⁵ La televisione presenta un universo contiguo alla realtà quotidiana: “spesso ciò che mostra non assomiglia alle esperienze effettivamente vissute dallo spettatore; nondimeno il mondo che si affaccia sul piccolo schermo in qualche maniera gli appartiene: un po' perché appare con regolarità e costanza; un po' perché si interseca e convive con le vicende domestiche” (M. L. Bionda, F. Casetti, L. Corbetta, *I media e la famiglia*, in F. Casetti (a cura di), *op. cit.*, p. 53).

⁶ Con “nuova serialità” ci riferiamo ai modelli narrativi e alle modalità di produzione e diffusione di serie tv che l'industria culturale americana inizia a lanciare sul mercato a partire grossomodo dagli anni '80 e di cui elencheremo i caratteri salienti più avanti nel testo.

⁷ 32 milioni di spettatori a settimana risulta essere la media del pubblico negli USA per *E.R.*, mentre *House M.D.* nel 2008 ottiene il primato per il telefilm più seguito al mondo (fonte: Gisotti R., Savini M., *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010).

⁸ Fonte: www.telesimo.it (cit. in P. Braga, *E.R. – Sceneggiatura e personaggi*, Franco Angeli, Milano, 2008)

tematiche della sanità⁹. L'ospedale – in principio attraverso le soap opera, poi attraverso il medical drama - entra nelle case dei telespettatori statunitensi nei primi anni '50 e, solo pochi anni dopo in Italia con lo sceneggiato televisivo “Il dottor Antonio”¹⁰, diventando una delle arene privilegiate della narrativa seriale per la televisione assieme ai tribunali e ai commissariati.

La popolarità delle fiction di genere hospital, l'attenzione sempre più diffusa al tema della salute, l'elevata quantità di programmi a tema medico offerta dal mezzo televisivo (dall'intrattenimento alla fiction, dai rotocalchi d'informazione o d'inchiesta ai reality, dalle rubriche specialistiche a vocazione divulgativa, ai talk show e agli approfondimenti monografici) unitamente ad un serrato dibattito fra specialisti e profani in merito all'“uso” che di questi prodotti viene fatto, non possono non porci questioni rispetto al legame fra questi programmi e la loro circolazione sociale, o meglio, rispetto alle implicazioni della loro fruizione da parte di profani e professionisti del campo medico.

L'ipotesi - motivata da una nostra precedente ricerca su un limitato campione di telespettatori¹¹, dai più recenti studi dei teorici della coltivazione¹² e da una prima analisi dei feedback che alcuni medici italiani hanno affidato alla stampa nazionale¹³ - è che la fruizione di medical dramas possa essere stato uno dei fattori che nell'ultimo mezzo secolo hanno provocato mutamenti nel rapporto medico-paziente e più in generale nel rapporto del cittadino con l'istituzione sanitaria.

⁹ A sole tre settimane dall'inizio delle trasmissioni Rai, il 26 gennaio 1954 va in onda sul canale nazionale la prima puntata del programma *Conversazioni scientifiche*. La scienza medica verrà proposta al pubblico televisivo italiano nelle forme e negli argomenti più disparati, senza mai lasciar cadere l'intento “educativo” tipico dell'offerta della paleotelevisione (ricordiamo, fra i tanti, *Rapporto sulla salute in Italia* del 1963, *Medicina oggi* del 1970 e *Check up*, introdotto nel 1977), ma anzi affiancando ai programmi di approfondimento scientifico, talk-show, docu-fiction, fiction e altri generi di intrattenimento. Scrive Roberta Gisotti (2010): “In controtendenza con una programmazione Rai in crisi d'identità sul finire degli anni '80, i temi di medicina, salute e benessere continuano a essere rilanciati con trasmissioni per pubblici mirati e all'interno dei vari generi, coniugando intrattenimento e informazione, spettacolo e servizio pubblico”.

¹⁰ Una delle prime serie tv che potremmo definire medical drama, *City Hospital*, debutta nel 1952 sulla rete americana CBS, mentre *Il dottor Antonio*, “padre” di tutti gli sceneggiati italiani, tratto da un romanzo di Giovanni Ruffini, debutta in Italia nel 1954, primo anno delle trasmissioni televisive nel nostro Paese.

¹¹ Interrogando un contesto micro-sociale di ricezione di alcuni fra i più popolari medical dramas, sono emerse modalità di appropriazione del prodotto audiovisivo che confermano alla fiction di ambientazione ospedaliera una funzione d'uso, oltre che di rappresentazione, rispetto alla formazione di una competenza sociale in campo medico. Non sembra azzardato sostenere che i significati elaborati a partire da rappresentazioni verosimili del sistema medico americano abbiano travalicato l'ambito dell'intrattenimento individuale per entrare a far parte di quelle conoscenze informali che vanno a costituire i modelli esplicativi profani di narrazione e denominazione delle esperienze di malattia. Le modalità e i risultati ottenuti nel corso della suddetta ricerca sono confluiti nella Tesi di laurea magistrale in Antropologia culturale ed etnologia: “Negoziare il malessere attraverso il piccolo schermo: fruizione mediatica e uso popolare dei medical dramas”, discussa dalla scrivente a marzo 2001 presso l'Università di Bologna (relatore prof. Ivo Quaranta, correlatore prof. Gaetano Mangiameli).

¹² In particolare Gerbner (1988) e Morgan e Signorielli (1990).

¹³ Per il momento abbiamo preso in considerazione gli articoli sul tema apparsi su *Corriere della Sera* e *La Repubblica* dal 1984 ad oggi.

Ricerche su come i media possano aver mutato l'approccio profano ai contesti di cura sono in corso da anni¹⁴ e alcuni studi italiani, in questo senso, paiono particolarmente convincenti perché supportati da estese ricerche di campo.

Sergio Manghi, ad esempio, individua quattro processi della contemporaneità che avrebbero coinvolto “l'identità del medico stabilizzatasi nel corso della modernità, e con essa il corrispondente sapere delle relazioni [...] nel vortice dei rapide trasformazioni, insieme tecnologiche, sociali e culturali”¹⁵: la diffusione di conoscenze mediche presso un numero crescente di persone, tramite giornali, trasmissioni televisive e siti internet; l'aumentata sensibilità collettiva verso il diritto alla salute; l'accelerato progresso scientifico e tecnologico; la riorganizzazione dei sistemi sanitari secondo criteri aziendalistici.

La “piazza mediatica”, continua Manghi, “estende e insieme trasforma in profondità lo spazio pubblico nel quale avviene la negoziazione quotidiana dei significati del sapere biomedico, degli eventi terapeutici e degli stessi ruoli che i diversi attori si attribuiscono reciprocamente nel processo di cura. [...] Questo processo inarrestabile va trasformando in profondità l'identità del paziente e i suoi atteggiamenti verso i sistemi sanitari. Il sapere biomedico appare sempre più come un campo di conoscenze secolarizzato, desacralizzato, nel quale anche i profani si sentono legittimati a prendere la parola paritariamente”¹⁶.

La scena della cura, dunque, si allarga. Nuovi criteri operativi e nuove figure professionali sono chiamati a far fronte ad una domanda di guarigione e di buona salute che aumenta di decennio in decennio, parallelamente a progressi tecnico-specialistici che – largamente rappresentati soprattutto nella fiction - arrivano bene presto a costituire un'icona potente dell'immaginario collettivo. Fanno eco a queste considerazioni le parole di due medici intervistati tra il 2001 e il 2002 in provincia di Parma da un'equipe di ricerca diretta da Alberto Melucci e Gustavo Guizzardi¹⁷:

“Io faccio il medico di famiglia dall'87. Sicuramente dall'87 ad oggi le cose sono cambiate notevolmente, nella richiesta di salute. Si sta perdendo di vista anche il buon senso. Ormai si pensa che sia possibile fare tutto, capire tutto. Poi non c'è controllo sull'informazione, per cui chiunque può dire qualsiasi cosa” dice il primo.

“Sì adesso è in atto questo grande cambiamento”, chiosa il secondo: “Prima il paziente subiva di più. Adesso molti si informano, in modo a volte errato, presumendo di saperne di più del

¹⁴ Meyrowitz (1998), Bury (1997) e Arskey (1998).

¹⁵ S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro*, Franco Angeli, Milano, 2005, pp. 31-33

¹⁶ *Ibidem*, p. 32

¹⁷ I risultati della ricerca sono confluiti nel volume *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche* pubblicato nel 2004 per il Mulino, a cura di Gustavo Guizzardi.

medico perché hanno letto l'enciclopedia, perché hanno visto la tal trasmissione o il sito internet. E allora pensano di saperne più del medico e hanno molta paura di essere imbrogliati”.

Considerazioni generali quelle che abbiamo riportato, che chiamano in causa il potere di vecchi e nuovi media: la carta stampata, la televisione, internet; eppure non possiamo che convenire con Vincenzo Romania quando scrive che “la convergenza tra una tendenza interna al linguaggio televisivo e alcune dinamiche di base proprie del campo medico fa sì che il racconto scientifico si trasformi in televisione in un sapere pratico, primo stadio per la costruzione di un atteggiamento che può essere interiorizzato (e poi forse attuato) dallo spettatore”¹⁸.

Da decenni la cultura dei media, grazie soprattutto alla sua dimensione pervasiva, fornisce mezzi di definizione della realtà per larghi segmenti di popolazione. Studiare come i media contribuiscono alla costruzione sociale della realtà, implica focalizzare l'attenzione analitica sull'impatto che le rappresentazioni simboliche dei media hanno nella percezione soggettiva della realtà sociale.

È in questo senso che la nostra ricerca va ad intersecare quell'ambito di studi reso legittimo dai *cultural studies* volto ad indagare le produzioni dei media come uno dei campi in cui singoli individui o gruppi sociali negoziano una definizione dei propri interessi, dei propri saperi, delle proprie rappresentazioni sociali.

La nostra ricerca vuole infatti ricostruire ed interrogare la rappresentazione¹⁹ e attraverso di essa, la storia e la percezione sociale della professione medica in Italia prendendo in esame i più popolari medical drama andati in onda sulle televisioni italiane dagli anni '80 ad oggi. Al fine di comprendere in che modo questi racconti mediatici possono aver non solo registrato ma anche influenzato²⁰ velocità e direzione dei cambiamenti avvenuti nel campo della sanità

¹⁸ V. Romania, *Le medicine in vetrina. Rappresentazione televisiva dei saperi medici*, in G. Guizzardi (a cura di), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna, 2004, p. 223

¹⁹ Ci rifacciamo qui alla definizione di “rappresentazione” di Gregory S. Jay come “a complex set of cultural practices, made up both of textual systems of knowledge and material or economic arrangements for the (re)production of knowledge. Representations may be said to be powerful in both senses, deriving their force from the conceptual and affective rhetoric of their use of signs and from the distribution of value and force determined by the institutions housing and producing them. The struggle for representation goes on in both arenas and is often shaped by how we understand the relationship between them” (G. S. Jay, *Knowledge, Power, and the Struggle for Representation*, in *College English*, vol. 56, n. 1, January 1994, p. 11)

²⁰ Scrive John Tomlinson: “La relazione dialettica tra “esperienza vissuta” e rappresentazioni culturali (mediatiche) non consente una semplicistica analisi nelle sue parti costitutive: certo, le persone sono perfettamente in grado di distinguere tra la loro “vita reale” e le cose che si vedono in televisione o leggono nei libri. Ma se ci riflettiamo, ci deve essere uno scambio continuo (e una costante mediazione) tra questi livelli di esperienza. È altrettanto implausibile pensare alla vita reale come un'esperienza assolutamente immediata e completamente separata dalle rappresentazioni culturali, quanto pensare alla televisione come fosse “il mondo

italiana, la nostra indagine partirà da un'analisi del contenuto dei prodotti di fiction²¹, per poi “inseguire i percorsi effettivi di senso del messaggio mediatico nella vita quotidiana”²² indagando lo stato della negoziazione fra “esperienza vissuta” e rappresentazioni culturali del campo medico. Per fare ciò, utilizzeremo gli strumenti del questionario ma soprattutto dell'intervista semi-strutturata ad un campione di professionisti della sanità (medici, infermieri e direttori sanitari), agli sceneggiatori delle serie in questione (quando possibile), ad un campione di fruitori di medical drama e, come gruppo di controllo, ad un campione di persone che non abbiano seguito le fiction in televisione ma si siano rapportati nel corso della loro vita recente all'istituzione sanitaria.

2. La fiction come fonte

Già da parecchi decenni gli storici hanno sentito la necessità di allargare ai media e ai loro prodotti l'attenzione riservata alle fonti. La prima elaborazione di una metodologia adatta alle fonti audiovisive può essere fatta risalire alla fine degli anni Sessanta, benché gli autori della Nouvelle Histoire, come Lucien Febvre e Marc Bloch, avessero fin dagli anni Trenta, allargato il territorio in cui lo storico poteva operare. La nuova tendenza metodologica, ribadita e sottolineata da Jacques Le Goff, per il quale «tutto è fonte per lo storico», è quella di

reale”. (J. Tomlinson, *Media Imperialism*, in L. Parks, S. Kumar (a cura di), *Planet Tv. A global television reader*, New York University Press, New York, 2003, p. 131)

²¹ Le serie tv che intendiamo analizzare sono: le statunitensi *St.Elsewhere* (1982-1988, trasmessa in Italia da Rete 4 dal 1985 con il titolo *A cuore aperto*, per poi passare a Rai Tre dal 1988 con il titolo *Sant'Eligio notte e giorno*), *E.R.* (1994-2009, trasmessa in Italia su Rai 2 col titolo *E.R – Medici in prima linea*), *Chicago Hope* (1994-2000, trasmessa in Italia su Rete 4 dal gennaio 1996, poi su Canale 5), *Strong Medicine* (2000-2007, trasmessa in Italia dal 2003 al 2007 con il titolo *Squadra Med – Il coraggio delle donne*), *Scrubs* (2001-2010, trasmessa in Italia su MTV dal 2003 al 2010), *House M.D.* (2004-2012, trasmesso in Italia dal 2005 su Italia 1 e dal 2007 su Canale 5), *Grey's Anatomy* (2005-oggi, trasmessa in Italia su Italia 1), *Nurse Jackie* (2009-oggi, trasmessa in Italia su Cielo dal 2010); le italiane *Amico mio* (in onda dal 1993 al 1994 su Rai 2), *Pronto Soccorso* (miniserie in onda su Rai 1 nel 1990), *La dottoressa Giò* (in onda su Rete 4 nel 1997), *Una donna per amico* (in onda su Rai Uno nel 1998), *Un medico in famiglia* (trasmessa da Rai 1 dal 1998 e ora alla sua settima serie), *Nati Ieri* (in onda su Rete 4 nel 2006), *Medicina Generale* (in onda su Rai 1 nel 2007), *Boris* (2007-2012 trasmessa su Cielo dal 2009 al 2011), *Terapia d'urgenza* (in onda su Rai Due nel 2008), *Crimini bianchi* (in onda su Canale 5 nel 2008).

²² P. Vereni, *Identità catodiche: rappresentazioni mediatiche di appartenenze collettive*, Meltemi, Roma, 2008, p. 12

annettere nell'ambito della ricerca documenti di varia e spesso insolita estrazione.

Aldo Grasso²³

Da anni genere “forte” nel panorama complessivo dell’offerta nazionale ed internazionale, la fiction televisiva si presenta oggi più che mai come un “luogo simbolico privilegiato per l’individuazione di rappresentazioni della realtà, di costellazioni normative, di riduzioni stereotipiche della complessità sociale”²⁴.

Ciò che ai nostri occhi rende i medical dramas sufficientemente interessanti da essere presi in considerazione come fonti audiovisive per una ricerca storico-antropologica è il “secondo grado” di popolarità che questi prodotti della serialità televisiva sembrano aver raggiunto. Una popolarità che non è più solamente numerica (per quanto i dati in questo senso parlino da sé²⁵) ma che ha iniziato ad avere ripercussioni sulla cultura nel suo complesso producendo un cambiamento d’ordine nel coinvolgimento degli spettatori. È questo ciò che Stuart Hall individua come sintomo della popolarità, che si manifesta quando le persone cominciano ad usare categorie prese in prestito dalle fiction per aiutarsi ad interpretare le proprie esperienze²⁶.

In altri termini, come sintetizza con grande efficacia Christine Gledhill, “to turn the question of soap opera as a signifying practice means to understand what are the institutional, discursive and formal mechanisms which enable soap opera and other popular fictional tv programmes to function as sites for the negotiation of meanings and identities, sites of cultural struggle over representation, sites for the construction of the real, and for the production of popular pleasures”²⁷.

²³ A. Grasso, *La storia in diretta*, in A. Grasso (a cura di), *Fare storia con la televisione*, Vita e Pensiero, Milano, 2006, p. 13

²⁴ G. Losito, *Il potere del pubblico*, Carocci, Roma, 2002, p. 57

²⁵ La presenza di serie tv sui teleschermi italiani è aumentata nel corso delle ultime stagioni del 20%, soprattutto su Italia 1 e Rai 2. Dal 2000 il numero di ore dedicate ai telefilm in prime time è aumentato per le reti Mediaset dal 9% a quasi il 27% sul totale della programmazione della fascia, mentre Rai passa dall’8% al 9%. Sulle reti satellitari a pagamento, insieme a cinema e sport, i telefilm sono il genere di maggior traino, al punto che Fox li utilizza per riempire ben tre canali. (Fonte: Laura Casarotto in *Link Focus – Telefilm*, RTI, 2007). A partire dagli anni ’90 anche la fiction italiana, dopo alcuni anni di crisi, trova le condizioni per un rilancio produttivo e piuttosto repentinamente si passa dalle 129 ore offerte da Rai e Mediaset nella stagione ’95-’96 alle oltre 600 programmate dai due broadcaster in ciascuna delle successive tre stagioni. Tra il ’95 e il 2003 si stima siano andati in onda su Rai e Mediaset circa 360 titoli di fiction in prima visione (Fonte: F. Lucherini, *La lunga serialità in Italia*, in “Script”, n. 34, anno XIII, nuova serie, sett-di 2003, Dino Audino, Roma, p. 49).

²⁶ S. Hall, cit. in I. Ang, *Watching Dallas*, Methuen&co., London, 1985, p. 5, trad. nostra

²⁷ C. Gledhill, *Genre and gender: the case of soap opera*, in S. Hall (a cura di), *Representation: cultural representations and signifying practices*, Sage, London, 1997, p. 350

L'uso che intendiamo fare della fonte audiovisiva, del prodotto di fiction, è perciò un uso relazionale, se così si può dire, un uso che non mira a scandagliare la fonte in sé (posto che esista una fonte "in sé") ma la concepisce come nodo di una doppia rete, radicata inestricabilmente "da un lato nel flusso storico dei contenuti che ritaglia e presenta, dall'altro nel più ampio sentire culturale di cui partecipa"²⁸. Interrogheremo perciò la fiction in modo indiziario, leggendo il prodotto "non come un tutto, ma anzi come un catalogo di tracce esofore, che rimandano cioè a un "fuori" del prodotto stesso che è la società intera, e in particolare i suoi soggetti individuali e collettivi"²⁹.

È stato Carlo Ginzburg, fra gli storici, a richiamare alla mente solo pochi anni fa la lettura che Erich Auerbach aveva fatto degli scritti di Voltaire e Stendhal "non come documenti storici, ma come testi impregnati di storia", e a suggerire che "la finzione, nutrita dalla storia, diventa materia di riflessione storica"³⁰.

Che il suo uso sia finalizzato all'intrattenimento, alla divulgazione o all'informazione, la fiction non costituisce dunque un "a parte" rispetto al mondo circostante, ma anzi si presenta come un interessante laboratorio di assorbimento e diffrazione dell'immaginario³¹ sociale. Esibendo un rapporto di reciprocità e di complicità con la vita quotidiana, essa si configura ad un tempo come riverbero e matrice della stessa, permettendoci di analizzarla come un racconto mediatico "da cui si profila un caleidoscopio in grado di riflettere gli aspetti essenziali del nostro tempo, svelando gli assi simbolici e affettivi attorno a cui esso prende corpo"³².

2.1. Caratteri della fonte: la fiction tra verosimiglianza e finzioni di genere³³

Il termine *fiction* suggerisce una separazione dalla vita reale. E in un certo senso questo è vero. Le storie sono per definizione solamente storie: esse non sono la vita reale. È questo un elemento che porta spesso alla denigrazione delle fiction popolari³⁴ come "solo" o "puro"

²⁸ F. Colombo, R. Eugeni, *Il prodotto culturale*, Carocci, Roma, 2001, p. 360

²⁹ *Ibidem*, p. 361

³⁰ C. Ginzburg, *Il filo e le tracce: vero falso finto*, Feltrinelli, Milano, 2006, p. 11

³¹ F. La Rocca, A. Malagamba, V. Susca. (a cura di), *Eroi del quotidiano: figure della serialità televisiva*, Bevivino Editore, Milano, 2010, p. 14

³² *Ibid.*, p. 11

³³ Si è scelto in questa sede di analizzare i caratteri generali della fiction come fonte e non un prodotto di fiction in particolare per ragioni di spazio e perché i tratti evidenziati in questa sezione costituiscono un'analisi preliminare necessaria e comune a tutti i prodotti che prenderemo in esame nel corso della ricerca.

³⁴ In questo caso, parlare dei prodotti dei media come prodotti culturali "popolari" è in qualche modo ridondante: come sostiene Wendy Griswold "la cultura è pubblica, e ogni cultura deve essere in qualche misura popolare; la

intrattenimento. Ma la proposizione ormai dilagante di fiction nella forma seriale in televisione offre “un’esperienza finzionale che le audiences incontrano come parte di una routine in cui fiction e vita quotidiana si intersecano”³⁵.

Con il termine *fiction* si denomina, in generale, quell’area espressiva o macro-genere che include testi che propongono contenuti immaginari in forma narrativa: romanzi, drammi e commedie, film, telefilm, sceneggiati e così via.

La *fiction* televisiva è quella prodotta espressamente per la televisione, con riferimento alle peculiarità tecniche ed espressive del mezzo, alle dinamiche dell’ascolto e del gradimento da parte del pubblico, alle esigenze di mercato. Nei suoi formati più diffusi, essa presenta alcune caratteristiche che la identificano come realtà testuale audiovisiva autonoma e dotata di una sua specificità in relazione non soltanto ai contenuti, ma anche agli aspetti strutturali e formali. Per quanto riguarda le strutture narrative e l’articolazione temporale delle vicende narrate, le caratteristiche più generali che la contraddistinguono, come evidenzia Gianni Losito³⁶, sono: la ripetizione³⁷, ovvero la reiterata presentazione in testi diversi degli stessi elementi (sia formali, sia di contenuto); la serializzazione, ovvero la successione di testi legati tra loro dalla continuità delle vicende narrate o dall’appartenenza allo stesso nucleo tematico e/o narrativo; la dilatazione, ovvero il prolungamento – virtualmente indefinito, in alcuni generi - della successione.

Quanto alla presenza, all’interno della *fiction*, di un universo di comportamenti, valori e norme sociali in cui convivono istanze diverse, essa risponde a una fondamentale esigenza dei suoi fruitori reali, ossia “la richiesta di una rappresentazione verosimile – non vera e non falsa - della realtà: una rappresentazione con la quale sia possibile confrontare la propria esperienza individuale e sociale per scoprire, di volta in volta, quanto se ne discosta. [...] Una rappresentazione, dunque, che non ignori le emergenze e gli accidenti della vita e che però ristabilisca nella finzione l’ordine infranto nella realtà, che esorcizzi il fantasma della paura,

cultura impopolare, come un programma televisivo che non riesca ad attirare un pubblico, semplicemente scomparire” (W. Griswold, *Sociologia della cultura*, il Mulino, Bologna, 1997, p. 125)

³⁵ C. Gledhill, *Genre and gender: the case of soap opera*, in S. Hall (a cura di), *Representation: cultural representations and signifying practices*, Sage, London, 1997, p. 341

³⁶ G. Losito, *op. cit.*, p. 108

³⁷ Forse proprio perché fra i generi televisivi la *fiction* seriale è quella che meglio si presta ad una ritualizzazione del consumo (la struttura narrativa è imperniata sul ricorrersi costante degli stessi ambienti e degli stessi personaggi, ciascuno dei quali presenta tratti caratteriali specifici e una sua storia passata), essa implica una fidelizzazione dello spettatore che è fruitore costante e competente. D’altro canto, come fanno notare Fanchi e Perego, “il livello di coinvolgimento nella visione determina anche una continuità fra l’universo televisivo e i vissuti dei soggetti” (M. Fanchi, R. Perego, *Generi televisivi e strategie d’interpretazione dei testi*, in F. Casetti (a cura di), *L’ospite fisso: televisione e mass media nelle famiglie italiane*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1995, p. 147)

che celebri il primato dei valori certi e rassicuranti e l'affermazione dei buoni sentimenti"³⁸. La *fiction*, in tutti i casi, fonda la sua specificità sulla presenza di un'istanza narrativa. In particolare, la *fiction* di stampo seriale costituisce un macrogenere del racconto audiovisivo, che può essere poi suddiviso in sottocategorie in relazione al formato (ossia al tipo di serialità che articola) e in base al genere narrativo.

La classificazione dei testi all'interno di categorizzazioni che riescano di facile uso e applicazione agli spettatori sarebbe "una delle spinte che muove alla costituzione di definizioni di genere, poiché il genere viene a determinare uno degli aspetti fondamentali nel modo in cui i testi (letterari o audiovisivi che siano) sono selezionati, distribuiti ed interpretati"³⁹. Per gli spettatori, il genere funziona infatti come un informante: li guida relativamente al testo che si apprestano a consumare.

Possiamo allora definire il genere come un sistema di regole al quale si fa riferimento – in modo esplicito e/o implicito - per realizzare i processi comunicativi, e tale riferimento avviene dal punto di vista sia della creazione dei testi sia della loro fruizione.

I generi, dunque, agiscono come modelli di produzione per la fonte e come sistemi di attese per il destinatario. Non sono solo legati ai testi, ma all'insieme dello spazio culturale in cui i prodotti vengono ideati, distribuiti e consumati. "Il genere western nel cinema americano, ad esempio, non è dato solo dall'uso di cavalli, cowboy e praterie del West, ma è un luogo comune in cui industria culturale e pubblico condividono il modo di raccontare storie, la costruzione di divi, infine la creazione di un immaginario fatto di pistoleri, cactus e saloon. Girare un western significa perciò per chi lo scrive, dirige, produce e interpreta tener presente un insieme di formule, di regole, che da parte sua il pubblico riconosce immediatamente come appartenenti al genere western"⁴⁰. Ciò che definisce un genere in televisione è quindi prima di tutto un repertorio di elementi: ambientazione, iconografia, narrazione, stile.

All'interno della macro-categoria della serialità, va ricordata la distinzione effettuata da Umberto Eco tra serie e serial. Il serial è un racconto articolato in un numero variabile di parti distinte – le puntate - interdipendenti e intervallate nel tempo. La serie si caratterizza invece per la sua articolazione in segmenti – gli episodi - tendenzialmente autoconclusivi e marcati dalla presenza di un titolo, in larga misura autosufficienti.

Una caratteristica importante di molta serialità televisiva americana contemporanea è infine la disposizione del prodotto a "serializzarsi", a tendere cioè sempre più verso la struttura della

³⁸ *Ivi*

³⁹ G. Pescatore, V. Innocenti, *Le nuove forme della serialità televisiva: storia, linguaggio e temi*, Archetipolibri, Bologna, 2008, p. 15

⁴⁰ G. Grignaffini, *I generi televisivi*, Carocci, Roma, 2004, p. 45

soap opera. Mentre il serial sospendeva sistematicamente il racconto e la serie tendeva invece a chiuderlo, cosicché ogni nuovo episodio non fosse la continuazione di quello precedente ma l'inizio di una nuova storia, assistiamo oggi a molte serie che avvicinano la loro struttura sempre più a quella del serial, aggiungendo un elemento di progressione temporale e di parziale apertura narrativa.

In Italia, evidenziano Pescatore e Innocenti, la scelta di inserire in palinsesto questa tipologia di programmi è stata dettata certamente dalla necessità di coprire le ore di programmazione giornaliera, ma anche perché ci si rese presto conto che questi prodotti erano in grado di catalizzare l'attenzione del grande pubblico, "in virtù della loro capacità di riprodurre la realtà senza deformarla, fornendo uno strumento valido all'intrattenimento, ma anche alla rielaborazione, alla discussione e al commento di temi e problemi della vita sociale quotidiana"⁴¹.

Non è un caso allora che proprio la fiction sia, in termini di ascolto, il macrogenere dominante nella narrazione televisiva, quello più pervasivamente presente nella quotidianità di gran parte del pubblico. Secondo Ien Ang, è precisamente "questa costruita illusione di realtà che sta alla base del piacere. [...] L'apparente trasparenza del racconto produce un sentimento di diretto coinvolgimento, perché rassicura lo spettatore sul fatto di poter agire esattamente come accadeva nella storia"⁴². La serialità, infatti, attribuisce un particolare privilegio al ruolo giocato dalla memoria esofora, quella memoria, cioè, che ha il compito di strutturare il mondo possibile del testo e di qualificarlo come appartenente a un insieme più vasto (a un genere). Come evidenziano Fausto Colombo e Massimo Scaglioni, si distinguono due diverse occorrenze della memoria esofora: la replica e il riporto. "La prima consiste nella riproposizione di un elemento enciclopedico, che viene ricordato o citato integralmente. Il secondo è invece una citazione non letterale, un'indicazione solo accennata nel testo.

In entrambi i casi le conoscenze attivate sono riferibili a differenti tipi di contesti: quello effettivo in cui anche lo spettatore è immerso, oppure quello della forma seriale televisiva, oppure quello costituito dalla serie di cui l'episodio/puntata fa parte. Nel primo caso, ci si richiama semplicemente a una certa cultura di base (sapere, per esempio in cosa consiste il lavoro del medico a fronte di una serie *medical*). Nel secondo caso, ci si richiama alla consuetudine con la retorica del telefilm (procedure come il *cliffhanger* o la narrazione

⁴¹ G. Pescatore, V. Innocenti, *op. cit.*, p. 31

⁴² I. Ang, *Watching Dallas*, Methuen&Co., London, 1985, p. 40 (trad. nostra)

multistrand). Nel terzo caso, infine, si rende necessaria la conoscenza degli elementi particolari della serie in questione, come i personaggi e i loro caratteri”⁴³.

Repliche e riporti hanno una funzione centrale nel rapporto fra lo spettatore e il testo, perché da un lato portano il mondo nel testo, dall’altro decretano l’appartenenza del testo stesso a un genere, evidenziando la sua congruenza prima con la serie, poi con il suo tipo e infine con l’universo contestuale su cui si delimita.

La fiction, dunque, “legge il reale, ne amplifica alcuni dettagli, ne narcotizza altri, ne dilata altri ancora: così facendo ci invita a leggerlo e consumarlo nello stesso modo. Può perciò proporsi come un serbatoio di proposte esegetiche, che possono divenire offerte a cui si aderisce completamente, traducibili in pratiche e stili di vita, in modelli non solo accettati, ma continuamente ricercati e perfezionati”⁴⁴. Il suo potere di fascinazione, di coinvolgimento, di creazione e di adesione, spiegano Pescatore e Innocenti, emerge dall’articolazione e da una particolare declinazione della categoria del verosimile, la cui efficacia deriva dalla modulazione di una dimensione simulatoria (del reale) e una dimensione narrativa (del “come se”)⁴⁵.

Pare importante, allora, ricordare in questa sede l’utile distinzione tra *verosimiglianza* e *realismo* che Stephen Neale propose in un suo articolo sul concetto di genere⁴⁶.

Se “realismo” è il termine più comunemente utilizzato per valutare se una fiction costruisce un mondo che possiamo riconoscere come il nostro, è pur vero che nella fiction la “realtà” è sempre ri-costruita e dunque quella del “realismo” è una categoria altamente problematica. “Verosimiglianza”, suggerisce Neale, non si riferisce invece a ciò che potrebbe o non potrebbe realmente accadere, ma piuttosto a ciò che la cultura dominante ritiene possa accadere, a ciò che è generalmente accettato come credibile, appropriato, pertinente.

Le convenzioni di genere producono poi un secondo ordine di verosimiglianza – cosa dovrebbe succedere in un western o in una soap opera - attraverso cui la credibilità della verità del mondo finzionale che attribuiamo a un particolare genere è garantita.

C’è allora, secondo Neale, da fare una distinzione tra verosimiglianza culturale e verosimiglianza generica. Mentre la verosimiglianza generica permette un considerevole gioco di fantasia all’interno dei confini della credibilità del genere (cantare i propri problemi

⁴³ F. Colombo, M. Scaglioni, *Quel che resta della fiction: le incerte formule della memoria dello spettatore*, in M. P. Pozzato, G. Grignaffini (a cura di), *Mondi seriali: percorsi semiotici nella fiction*, RTI, Cologno Monzese, 2008, p. 248

⁴⁴ G. Pescatore, V. Innocenti, *op. cit.*, p. 35

⁴⁵ *Ivi*

⁴⁶ S. Neale, *Genre and Cinema*, in Tony Bennet et alii (a cura di), *Popular Film and Television*, BFI/Open University, 1981, *passim*

nei musical o utilizzare l'aglio nei film horror), la verosimiglianza culturale si riferisce alle norme, ai costumi, al senso comune del mondo sociale fuori dalla fiction.

Differenti generi, conclude Neale, producono differenti relazioni tra verosimiglianza culturale e generica.

In difesa della sua verosimiglianza, il medical drama, secondo Paolo Braga, adotterebbe quattro "armi": il livello drammatico dei contenuti, l'incompetenza medica del pubblico, una retorica che ne piloti l'attenzione, innesti di realismo su una base di iperrealismo⁴⁷.

La verosimiglianza è esattamente il punto di volta fra la realtà e la sua rappresentazione, passaggio obbligato per ogni nostra incursione in un campo o nell'altro, ciò che ad esempio ci permetterà di analizzare il pronto soccorso come un luogo ad un tempo fisico, sociale e immaginato⁴⁸.

Sebbene verosimiglianza e realismo non possano essere nettamente separabili nella pratica, la distinzione è utile perché ci suggerisce come e perché il realismo sia sempre una questione di contesto, mentre il concetto di verosimiglianza si riferisca alle percezioni normative della realtà – ciò che è generalmente accettato come tale -.

Quando diciamo che la fiction seriale, grazie ai suoi fenomeni di durata e persistenza, comincia a funzionare come una cosa reale, non ci riferiamo allora solo ad un "creder vero", quanto piuttosto ad una funzione d'uso. Nonostante Walter J. Ong, ad esempio, ci dica che è capacità tutta particolare della televisione, quella di rendere presente la presenza e di confondere il vissuto e il rappresentato, il reale e l'immaginario, lo spontaneo e il costruito⁴⁹, quasi tutti gli spettatori sanno benissimo che gli eventi e i personaggi che si manifestano e accadono sullo schermo non hanno la stessa consistenza ontologica degli eventi e delle persone che abitano le loro vite. Gli spettatori usano però quegli eventi e quelle persone come pezzi d'esistenza reale, li fanno entrare nelle loro giornate (nelle conversazioni, nelle interazioni quotidiane) in funzioni del tutto simili a quelle riservate alle cose del mondo reale.

⁴⁷ P. Braga, *E.R. – Sceneggiatura e personaggi*, Franco Angeli, Milano, 2008, p. 66

⁴⁸ Citiamo a questo proposito un interessantissimo studio di alcuni geografi culturali (J. Lepofsky, S. Nash, B. Kaserman, W. Gesler, *I'm not a doctor but I play one on TV: E.R. and the place of contemporary health care in fixing crisis*, in "Health & Place", n. 12, 2006, pp. 180-194) che hanno analizzato il modo in cui *E.R.* fornisce una rappresentazione della crisi nei luoghi della sanità ragionando su tre scale d'intervento: i corpi, l'arena sanitaria (personale medico, attrezzature, etc.) e le relazioni dell'ospedale con la città circostante.

⁴⁹ È questo, secondo Ong, che distingue la televisione come sistema aperto dal sistema relativamente chiuso della scrittura e della stampa. Effettivamente tutti i media domestici precedenti la televisione –la stampa, la radio e il telefono- erano ancora un'espressione della cultura alfabetica, mentre la televisione appartiene ad una dimensione linguistica diversa, di natura iconica e pregrammaticale: si passa cioè dal linguaggio fortemente esclusivo della scrittura fonetica (la parola), a quello inclusivo dell'audiovisivo (l'immagine). (W. J. Ong, *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*, Il Mulino, Bologna, 2008, passim)

In altri termini, li usano come risorse relazionali ed esperienziali, come merce di scambio tra individui e come modelli di interpretazione di situazioni della realtà.

3. La fiction oltre la fiction: i feedback dei professionisti

Sono a grandi linee quelle appena elencate le funzioni che anche la teoria della coltivazione⁵⁰ di George Gerbner, sul finire degli anni '70, attribuiva al mezzo televisivo e, in particolare, ai generi di fiction: la funzione di agenti di socializzazione e di principali costruttori di immagini e rappresentazioni mentali della realtà sociale.

L'analisi delle correlazioni tra i resoconti delle abitudini del consumo televisivo e le percezioni dell'ambiente sociale e culturale ha mostrato però, negli anni, che la teoria della coltivazione produceva una distorsione rispetto alla dominanza della fonte televisiva su altre fonti di percezione e conoscenza della realtà sociale, oltre al fatto, per esempio, che non teneva conto dei differenti gradi di realtà attribuiti dai soggetti alle rappresentazioni televisive.

Il modello della coltivazione proponeva, insomma, una sorta di automatismo tra la quantità di *fiction* consumata e l'assorbimento delle immagini di realtà che arrivava, in casi limite, a spossare l'individuo descritto dalla teoria di ogni altro ambito di esperienza, cancellando peraltro il momento della fruizione.

Ben coscienti di non vivere in mondi costituiti da influenze distinte esperite in serie, ma in universi di stimoli sovrapposti, contraddittori e mutevoli entro i quali i media sono un'agenzia secondaria di socializzazione - che va ad integrare piuttosto che a sostituire le conoscenze ottenute nell'ambiente familiare e in quello scolastico - riteniamo però che la teoria della coltivazione, con le dovute cautele, ci possa aiutare a capire come la televisione - e il medical drama attraverso di essa - ha contribuito ad ampliare la conoscenza profana dell'ambiente medico.

Se è vero che l'aumentata quantità del sapere circolante sulla medicina ha ampliato l'accesso popolare ad un capitale fortemente esclusivo accrescendo il patrimonio di sapere astratto (e di quello cristallizzato dentro immagini) in possesso dei singoli, non è chiaro quale posizione si trovi ad assumere oggi, in questo panorama, il professionista della sanità.

⁵⁰ La teoria della coltivazione, nella formulazione di Gerbner, sostiene essenzialmente che la televisione, coltivando immagini del reale, produrrebbe acculturazione e sedimenterebbe sistemi di credenze, rappresentazioni mentali, atteggiamenti.

L'arena professionale subisce o promuove un mutamento di campo rispetto ad un'arena popolare che pare ritagliarsi spazi di autorevolezza sempre più ampi, o quanto meno pare erodere quelli di un'istituzione da sempre considerata roccaforte di un sapere inaccessibile ai non-addetti ai lavori⁵¹? La ricerca in corso si propone di sondare le evoluzioni attraversate dalla professione medica e dalle politiche delle aziende ospedaliere in un'epoca in cui persino un medico arriva a sostenere che “la professione medica ha raggiunto uno dei livelli più bassi della sua storia nella considerazione pubblica, tanto da indurre alcuni a includere i medici [...] in un paradossale rovesciamento di ruolo con i loro pazienti”⁵².

Ora, quello che accade con l'avvento della televisione, spiega Meyrowitz, è la creazione di un nuovo spazio di visibilità, intermedio alle situazioni di comportamento sociale di ribalta e retroscena che, distinte fino ad allora, avevano reso possibile un controllo strategico delle informazioni da parte di alcuni gruppi. La televisione, diffondendo attraverso un codice fortemente inclusivo un patrimonio di informazioni prima riservate alle arene professionali, avrebbe messo in discussione quelle autorità che si fondavano sulla gestione esclusiva del sapere. Lo spostamento, in un senso o nell'altro, della linea di confine tra comportamenti da scena e da retroscena “produce cambiamenti corrispondenti nella natura della rappresentazione. [...] Il nuovo comportamento prodotto dalla fusione delle situazioni può essere definito di “spazio intermedio”, che si instaura quando i membri del pubblico assumono una prospettiva “da palcoscenico laterale”. Essi vedono cioè alcune parti del retroscena tradizionale e alcune parti della scena tradizionale; vedono l'attore passare dal retroscena alla scena e viceversa”⁵³.

Se, grazie all'aumentato spazio di esposizione dell'ambiente ospedaliero e del lavoro medico creato dai *medical dramas*, gli attori sociali non sono più in grado di mantenere separati i loro comportamenti da retroscena da quelli da scena, essi “non perdono solo alcuni aspetti della loro privacy, ma in parte anche la capacità di rappresentare i loro ruoli da scena. [...] Per adattarsi, il bravo attore riadatta il suo ruolo sociale in modo da renderlo coerente con le

⁵¹ Scrive Maria Malatesta: “La consapevolezza dei pazienti, più avveduti e informati grazie all'aumento dell'istruzione superiore e dell'accesso alle informazioni facilitato dalle nuove tecnologie, ha messo profondamente in discussione quella asimmetria informativa che costituì in passato uno dei capisaldi del potere professionale. Il consumerismo non ha avuto come unico effetto il controllo da parte del cliente dell'agire professionale, come ben sanno i medici; esso ha contribuito anche a spazzare via il modello del professionista onnisciente depositario di un linguaggio esoterico sul quale in passato le professioni liberali avevano costruito la loro “specialità” e differenza rispetto alle altre occupazioni”. (M. Malatesta, *Crisi delle professioni intellettuali e sfide formative*, in M. Malatesta e D. Festi (a cura di), *Università e professioni*, Bonomia University Press, Bologna, 2010)

⁵² F. Taroni, *La resurrezione di Apollo? Letteratura e medicina nella crisi della sanità*, in M. Malatesta e D. Festi (a cura di), *op. cit.*, p. 153

⁵³ *Ibidem*, pp. 76-77

nuove informazioni disponibili al pubblico”⁵⁴. In quest’ottica, ciò che in potenza sembrerebbe poter aiutare ad accorciare le distanze tra medico e paziente, nella pratica sembra piuttosto condurre ad una delegittimazione dell’autorevolezza del professionista che deve perciò riconquistarla, marcando la propria estraneità al modello medico proposto in televisione. Sono infatti molto più numerosi i pareri di chi sostiene che questi *medical dramas* possano, nel momento in cui mostrano alcune dinamiche da retroscena, non approssimare lo spettatore ma anzi sfiduciarlo nei confronti dell’istituzione ospedaliera reale.

Non raggiungendo l’idealità rappresentata, lo scollamento fra realtà vissuta e realtà rappresentata produrrebbe false aspettative, frustrazioni, quando non addirittura controversie medico-legali.

Un articolo apparso sul quotidiano nazionale *la Repubblica* il 13 maggio 2010⁵⁵, stima che dal 1994 ad oggi, le richieste di risarcimento danni per casi reali o presunti di “malpractice sanitaria”, siano aumentate del 200%.

A fronte di una diminuzione degli esposti nei confronti delle strutture sanitarie, crescono quelli contro i medici. “I pazienti non si fidano più troppo di chi li ha in cura e cercano informazioni online. Eppure basterebbe qualche minuto in più durante la visita per ridurre la conflittualità tra il malato e chi lo cura”, riporta l’articolo. “Non è un caso che il 29,5% degli italiani cerchi in rete informazioni sulla salute. E, sempre più “competenti”, i pazienti mettono in atto comportamenti di controllo sfidando l’autorità del medico che non è più considerato “infallibile”. Sono alcuni dati del Monitor biomedico 2009 presentati da Maria Concetta Vaccaro del Censis sullo stato dei rapporti medico-paziente, all’interno dei quali il medico è percepito come un esecutore tecnico di un sapere complesso di cui però non ha più l’esclusiva. Assistiamo perciò ad uno sbilanciamento nel rapporto medico-paziente che invece di favorire forme più ugualitarie d’interazione (è questo che secondo Meyrowitz dovrebbe produrre un mezzo di comunicazione che tende a fondere i mondi informativi, più che a separare le conoscenze dei vari individui in una società), accentua una distanza che non agevola né l’uno né l’altro polo della relazione.

Da una parte, il medico vede venir meno – per una serie articolata di motivi - la “responsabilità fiduciaria” che, secondo Parsons, più dello scarto di conoscenze starebbe alla base della gerarchia asimmetrica tra medico e paziente⁵⁶.

⁵⁴ J. Meyrowitz, *op. cit.*, p. 77

⁵⁵ *In corsia non corre buon sangue: quadruplicate le denunce dal 1994*, La Repubblica online, 13 maggio 2010

⁵⁶ Quella della responsabilità fiduciaria è, secondo Parsons, una questione che va al di là della competenza nel senso più tecnico, ma che implica “un’importante componente di autorità morale, fondata sul comune assunto di agenti del sistema sanitario e malati, che la salute è cosa buona e la malattia è cosa negativa, e che il bilancio

Dall'altra, il "paziente" non trova in questo nuovo assetto della relazione uno spazio di parola, di azione o di ascolto (fattore che il nostro campione di intervistati nella ricerca precedente aveva individuato come potenziale vettore di miglioramento della relazione medico-paziente) maggiore.

L'avvicinarsi sulle nostre televisioni di serie tv d'ambientazione ospedaliera che presentano modelli virtuosi di sanità e professionisti al limite dell'eroismo ci pone quindi delle questioni di non immediata intelligibilità se pensiamo alla delegittimazione che il campo medico ha avuto e continua ad avere negli ultimi tempi.

Come si rapporta il bombardamento mediatico di figure di medici ritratti eroicamente, preparati e infallibili (e di ospedali tecnologici e iperaccessoriati) con la crisi del modello del professionista onnisciente e la scarsità di risorse delle strutture ospedaliere italiane che è sotto gli occhi di tutti almeno da una decina d'anni?

Qual è il rapporto tra delegittimazione dell'autorevolezza del professionista e costruzione sociale di un immaginario che invece sembra ricordarci lo statuto speciale, quasi semi-divino di chi opera nel settore preposto alla cura?

È una rappresentazione onesta, verosimile, attendibile e consona alla nostra esperienza, quella che viene fatta degli ospedali nella fiction televisiva? Qual è il rapporto tra la malasànità che emerge nelle denunce giornalistiche e la buona sanità nei programmi dedicati?

Molti sono gli studiosi (Arkin 1990; Meyrowitz 1985; Pfau, Mullen, Garrow 1995; Giddens 1991; Gerbner 1974) che asseriscono che il genere di intrattenimento può essere in certi casi più efficace delle news⁵⁷ anche nell'offrire sguardi all'interno di certe istituzioni e nel fornire alle persone un'idea del funzionamento delle stesse.

Sebbene applicate raramente al campo della sanità, le ricerche dei teorici della coltivazione in questo settore sembrano alimentare la prospettiva per cui la televisione aiuterebbe le persone a relazionarsi anche con il sistema medico.

La natura modellizzata delle immagini televisive, spesso fruite lungo tutto il corso di una vita, condurrebbe molte persone a sviluppare nelle istituzioni aspettative motivate dalla rappresentazione che delle stesse viene fatta in tv. Applicato alla medicina, sostiene Joseph Turow⁵⁸, questo significherebbe che il potere dell'intrattenimento televisivo influenza le aspettative dei telespettatori rispetto alle norme che guidano l'azione dei diversi specialisti

dovrebbe, per quanto possibile, essere alterato nella direzione di massimizzare i livelli di salute e minimizzare l'influenza della malattia" (T. Parsons, *The sick role and the role of the physician reconsidered*, cit. in R. C. Fox, *The sociology of medicine: a participant observer's view*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989, p. 26).

⁵⁷ Non dimentichiamo, comunque, che anche quello rappresentato dalle news è un mondo costruito, un discorso nel senso Foucaultiano del termine.

⁵⁸ J. Turow, *Television entertainment and the US health-care debate*, in "The Lancet", vol. 347, May 4, 1996

della medicina, siano essi medici, infermieri, tecnici e amministratori e ne orienterebbe le decisioni nell'accogliere o discutere le cure o, in generale, nell'atteggiamento con cui i telespettatori si rapportano ad esse e a chi è socialmente legittimato a fornirglielle.

Gli esiti di questo processo turbano alcuni professionisti della sanità e suscitano nell'estate del 2008 - subito dopo la messa in onda della fiction Rai *Medicina generale*, che vuole raccontare la vita del reparto di Medicina di un grande ospedale romano -, non poche polemiche sulla stampa italiana: "Vibrate proteste partono dalla associazioni del personale medico e paramedico di fronte a un'invasiva offerta di serie medical, italiane e estere, che vanno a rappresentare un settore strategico nella vita del paese, com'è quello della sanità, sovente afflitto da difficoltà organizzative e amministrative, percorso da scandali, eppure miracolosamente presente ogni giorno nel prestare cure" riportano le autrici di "Tv Buona dottoressa?"⁵⁹. "Medici contro le fiction: basta con gli eroi in corsia", titola il pezzo di Margherita De Bac sul Corriere della Sera, il 18 agosto 2008, raccogliendo il disagio che viene diffondendosi nella classe medica all'annuncio di un'ondata montante di fiction medical nei palinsesti della tv pubblica e generalista.

"C'è il rischio di alimentare un'idea di onnipotenza del medico ospedaliero e quindi false aspettative nei cittadini", dice Massimo Cozza, direttore del servizio psichiatrico del Sant'Eugenio di Roma, già segretario Cgil Medici. "I luoghi rappresentati in queste fiction – osserva- non corrispondono alla realtà delle strutture ospedaliere, che nella maggioranza dei casi dovrebbero essere ammodernate. La spettacolarizzazione in nome dell'audience esaspera la realtà". A pensare che le fiction non aiutino a migliorare il sistema sanità è anche Mario Falconi, allora presidente dell'Ordine dei medici di Roma, medico di famiglia a Ostia, già segretario della federazione di categoria: "Un grande pronto soccorso romano, per esempio, è un caos, c'è una pressione spaventosa – dice - ma oggi sembra l'unica soluzione per essere sottoposti immediatamente a esami clinici e ricevere farmaci altrimenti a pagamento"⁶⁰.

"In nome dell'audience non si può ridurre la sanità alla stregua di un serial killer. Se lo fanno le reti commerciali nulla da dire – distingue Luigi Frati, preside della facoltà di Medicina all'Università La Sapienza di Roma e prorettore dell'ateneo - ma non accetto che le reti pubbliche si adeguino a questa falsa visione della sanità che disegna medici eroi o assassini"⁶¹.

⁵⁹ R. Gisotti, M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010, p. 74

⁶⁰ Fonte: Mario Reggio, *Non fidatevi dei medici eroi della tv: camici bianchi accusano le fiction*, Corriere della Sera, 18 agosto 2008, p. 21

⁶¹ *Ibid.*

Si può capire la preoccupazione destata dall'offerta di fiction, se si considera il potere che esse paiono in effetti aver esercitato con la loro popolarità: l'influsso di *E.R.*, scrive Roberta Girelli, "è stato tale che si ascrive a questa serie tv la riforma del Pronto soccorso degli ospedali italiani sul modello organizzativo di *E.R.*, come l'introduzione dei codici di diverso colore assegnati ai pazienti al momento dell'accettazione o anche le strisce colorate che disegnano i vari percorsi interni alle strutture sanitarie"⁶². Lorenzo Sommella, direttore sanitario dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma, azzarda: "L'umore dei medici è diverso a seconda delle serie e so per certo che alcuni colleghi guardano a *E.R.* come a un'occasione di aggiornamento, per via delle sue ricostruzioni moderne e realistiche dei problemi"⁶³. Indicative sono infine alcune proteste suscitate dall'uscita di *Crimini bianchi*, serie italiana in onda nel 2008 su Canale 5, ambientata a Roma e incentrata su vicende di malasanità (diagnosi sbagliate, cattiva organizzazione ospedaliera, sprechi, baronie mediche), vicende peraltro già ben presenti sulla stampa e i telegiornali nazionali.

"Dato il potere della televisione – paventa il presidente dell'A.M.A.M.I., Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente, Maurizio Maggiarotti - il pubblico italiano sarà ulteriormente condizionato da questa fiction, che getterà fango sull'intera categoria, causando un'impennata di cause contro i medici: un florido giro d'affari per avvocati e avvocaticchi"⁶⁴. Da qui l'invito agli organismi di categoria ad attivarsi presso il Garante per le telecomunicazioni per bloccare la messa in onda. Difende le sue scelte editoriali il produttore della serie: "*Crimini bianchi* – assicura Valsecchi - non è contro i medici, ma solo una serie che intende puntare il dito sui casi di malasanità, su coloro che commettono errori e non vogliono ammetterlo, sui troppi interessi che ruotano intorno, su primari e primarietti raccomandati, sulla politica che dovrebbe fare un passo indietro"⁶⁵. Rincarica la dose il presidente di Medusa, Carlo Rossella: "Oggi la gente, varcata la soglia dell'ospedale, non sa come ne uscirà"⁶⁶.

⁶² R. Girelli, *op. cit.*, p. 61

⁶³ www.adnkronos.com/IGN, News Festival della Salute, 28 settembre 2008.

⁶⁴ E. Costantini, *Fiction sulla malasanità e i medici si ribellano: non mandatela in onda*, *Corriere della Sera*, 23 settembre 2008, p. 60

⁶⁵ A. Vitali, *Affari, sprechi, errori in corsia nella fiction lo scandalo malasanità*, *La Repubblica*, 22 settembre 2008,

⁶⁶ Anche rispetto al successo di *E.R.* molti critici indicano come ragione principale dei consensi la crescente ansietà del pubblico americano riguardo all'efficacia del sistema sanitario. Steven Spielberg, produttore della serie, disse: "La gente ha paura di recarsi al pronto soccorso, teme di non ricevere le cure necessarie, e trovarsi oltretutto nelle mani di dottori privi di pietà. In *E.R.* vedono invece che pur nel caos della sala di emergenza, chi arriva riceve cure decenti, che i medici sono stanchi, però al momento della verità ce la mettono tutta" (Fonte: S. Bizio, *Al pronto soccorso firmato Spielberg*, *la Repubblica*, 11 novembre 1994, p. 43).

A fronte di questi pareri, ci sembra utile condurre una ricerca che, limitatamente ad un campione di intervistati, possa problematizzare le supposizioni che differenti parti sociali paventano riguardo agli effetti dei medical dramas.

Come sottolinea Joseph Turow, non sono ancora state condotte ricerche su quali messaggi vengono recepiti attraverso questi programmi da spettatori con differenti backgrounds, quando le news e l'esperienza personale presentano loro una realtà fondamentale differente.

Ci proponiamo perciò di sondare, nella pratica, le ipotesi che Turow⁶⁷ – unico studioso ad essersi interessato direttamente di questi temi - formula in merito alla questione e che riportiamo brevemente qui di seguito.

La prima ipotesi è che il ritratto ideale della medicina presentato in tv frustri e amareggi le persone, dal momento che la versione drammatizzata appare più accogliente di quella esperita in contesti reali. La seconda ipotesi, che non esclude la prima, è che il ritratto della medicina nella forma dell'entertainment renda più difficoltoso per il pubblico capire il dibattito reale intorno alla sanità: le esperienze personali, in conflitto con decenni di immagini televisive sedimentatesi nell'immaginario dei telespettatori, potrebbero creare confusione.

La terza possibilità è che le immagini della sanità presentate in tv incoraggino alcuni spettatori a non permettere che politici e medici facciano valere la scarsità di risorse come giustificazione della diminuzione della qualità delle cure⁶⁸.

Secondo Turow, l'American Medical Association si muove come se stesse scommettendo sull'ultima possibilità. Il diretto potere dei medici dell'AMA sugli show televisivi inizia a sbiadire nei primi anni '70. Gli sceneggiatori di medical drama ancora oggi consultano medici, ma questi non hanno fatto o non hanno voluto fare da tramite per portare sullo schermo la nuova realtà della sanità americana⁶⁹. Probabilmente i direttori dell'AMA pensano che le immagini utopiche dell'autorità dei professionisti nei medical drama aiutino i medici

⁶⁷ J. Turow, *Television entertainment and the US health-care debate*, in "The Lancet", vol. 347, May 4, 1996, p. 1243

⁶⁸ Scrive, infatti, il New York Times che "data l'attuale sfiducia verso il sistema sanitario, il pubblico americano è pronto ad applaudire il medico di E.R. sensibile e iper-attivo, e che si fa in quattro guadagnando solo 35 mila dollari l'anno". (Fonte: S. Bizio, *Al pronto soccorso firmato Spielberg*, la Repubblica, 11 novembre 1994, p. 43)

⁶⁹ Questa tendenza sembrerebbe confermata anche nella fiction italiana, che espelle del tutto dalla rappresentazione la situazione in cui versano alcuni ospedali italiani. Incisiva è una recensione di Silvia Fumarola sul *Corriere della Sera* al debutto di *Pronto Soccorso 2*: "Il pronto soccorso sembra installato su Marte: arrivano sì e no quattro malati, accolti come ospiti d'onore. Oltre ad ottenere una medicazione, si possono confidare dubbi e amarezze al dottor Aiace, Claudio Amendola può addirittura ospitare una ragazza senza casa in una bella camerata deserta, mentre Barbara De Rossi porta tutti i giorni il suo bambino in quel paradiso di pronto soccorso per fargli ritrovare la voglia di parlare e di vivere. Nessun accenno all'emergenza Sanità, ai malati respinti, alla situazione degli ospedali italiani". (Fonte: S. Fumarola, *Benvenuti all'"Hotel Pronto soccorso"*, *Corriere della Sera*, 15 marzo 1992, p. 33)

nel loro tentativo di ottenere un maggiore potere politico ed economico all'interno della nuova arena sanitaria. A lungo andare, però, secondo Turow, questa rappresentazione porterebbe i telespettatori ad attribuire ai medici molto più potere sulle questioni sanitarie di quanto effettivamente non ne abbiano; non conoscendo molto dei retroscena politici e della struttura delle aziende sanitarie, il pubblico potrebbe incolpare con maggiore frequenza i medici per decisioni che sono stati invece altri soggetti a prendere o a corroborare. Domandarsi come i programmi d'intrattenimento abbiano influenzato le aspettative verso i professionisti della sanità potrebbe allora portare a una nuova comprensione delle difficoltà, delle attese e delle insoddisfazioni che il pubblico rivolge ad un'istituzione in rapido cambiamento. Inoltre, è oggi una questione di particolare interesse per le medical humanities americane capire quanto la fiducia riposta nei medici e nell'istituzione ospedaliera aumenti l'efficacia della terapia e la compliance del paziente nei confronti della cura.

In questo senso, i medical dramas hanno avuto un ruolo importantissimo nell'"umanizzazione" della figura del professionista della sanità e dunque nella riduzione della distanza che il ruolo canonico del medico prevedeva nei confronti del paziente.

Sarebbe interessante interrogarsi su quanto abbia giovato a questo scopo la sdrammatizzazione operata attraverso l'ironia medica di alcune serie tv, come *Dottori in allegria* (in originale, *Doctor in the House*, serie britannica trasmessa tra il 1969 e il 1970) o i più recenti *Scrubs* e *Boris*, senza considerare che Hugh Laurie, l'attore che interpreta *Dr. House* nell'omonimo telefilm, è stato per l'audience Usa - fino al suo debutto nella serie medical - un attore comico.

4. Perché partire dagli anni '80

È ancora Joseph Turow, pioniere di una ricerca⁷⁰ condotta raccogliendo più di un centinaio di interviste fra produttori, sceneggiatori, registi di medical drama e collezionando materiali d'archivio sulle stesse, a far notare che "unfortunately, there has been no further research to quantify how contemporary TV compares with the TV of the early 1980s when it comes to health-care presentations"⁷¹. Turow si riferisce al contesto statunitense, mentre in Italia la ricerca in questo senso è quasi del tutto assente. Importanti mutamenti hanno percorso la società e il sistema sanitario statunitense negli ultimi quarant'anni ma la rappresentazione

⁷⁰ Confluita nel volume pubblicato per la Oxford University Press nel 1989, dal titolo "Palying doctor: television, storytelling and medical power".

⁷¹ J. Turow, *Television entertainment and the US health-care debate*, in "The Lancet", vol. 347, May 4, 1996, p. 1242

televisiva sembra non averli recepiti, o meglio, aver evitato di affrontarli fino ad espellerli dal terreno della rappresentazione per precisi motivi politici.

Questa tesi di Turow ci rammenta il potere simbolico della rappresentazione come luogo di regolazione e di classificazione sociale. L'identità (per quanto "falsa evidenza", processo sempre in corso), ricordava Bourdieu, è un'immagine che si costruisce attraverso la lotta di rappresentazioni, di definizione continua in cui tutti agiamo e siamo agiti, classifichiamo e siamo classificati. E le lotte di classificazione sono lotte di definizione di confini e di legittimazione di gerarchie: si lotta per decidere chi è dentro e fuori una categoria sociale, una certa identità, un'istituzione.

Una rappresentazione del sistema medico in cui il professionista della sanità risulti l'eroe incontrovertibile, l'unico "amministratore" della salute, è una rappresentazione che espelle il malato, così come tutti gli altri operatori⁷² assolutamente indispensabili ai fini della gestione della cura in un ospedale, dal processo di cura.

È questa la dinamica delle relazioni medico-paziente oggi dominante?

Stando al ritratto che Umberto Veronesi, uno degli oncologi italiani più conosciuti e ospitati nelle trasmissioni televisive nazionali, traccia della medicina contemporanea, non parrebbe: "Il nuovo millennio ha inaugurato l'era della medicina del dialogo, del rapporto paritario fra medico e paziente, fra cittadino e ricercatore, lasciando alle spalle l'epoca paternalistica o supertecnica della scienza medica, che relegava il paziente e i suoi familiari in una posizione di debolezza e smarrimento, proprio nel momento critico della malattia"⁷³, scrive Veronesi.

È questo un aspetto che, grazie alle interviste che ci proponiamo di effettuare a diverse figure del personale sanitario, la nostra ricerca prioritariamente si prefigge di sondare.

Il ritratto della sanità Usa operato dai medical drama sarebbe dunque scollato rispetto alle politiche sanitarie governative e corporative portate avanti nel corso degli ultimi decenni del '900. Le controversie su finanziamenti e distribuzione delle cure sanitarie, ad esempio, trovano raramente uno spazio negli show d'intrattenimento. Nel 1983, ricorda Turow, la questione dei costi della sanità era invisibile sia nelle news sia nei programmi

⁷² "Entriamo in scena solo se abbiamo una storia sentimentale col chirurgo o per recitare frasi banali, per lo più in dialetto, con la sigaretta in mano", protesta l'infermiera Annalisa Silvestro, presidente della Federazione degli infermieri italiani (Fonte: R. Gisotti, M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010, p. 76). Dal canto suo, *Dr. House* è una serie che ci riporta ad un passato della medicina e del racconto televisivo: rispetto ad altri medical drama di epoca recente, il protagonista della serie torna ad essere un unico personaggio che assume su di sé tutte le storie individuali dell'équipe medica cancellando quella dimensione corale della narrazione che da *Hill Street giorno e notte* in poi aveva messo in primo piano un gruppo di dottori, ognuno con la sua specializzazione.

⁷³ U. Veronesi, prefazione a R. Gisotti, M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010, p. 4

d'intrattenimento, anche se accese negoziazioni stavano avvenendo nello stesso periodo alla camera del Congresso e nel settore privato. Solo quando Bill Clinton, nel corso della campagna elettorale del 1992, pose come questione nazionale la necessità di una ristrutturazione della sanità, il dibattito intorno alla scarsità delle risorse della sanità cominciò ad entrare nell'agenda giornalistica. Sono questi gli anni in cui il messaggio diventa chiaro e frequente anche nella fiction. *E.R.*, che debutta nel 1994, non si fa scrupoli a denunciare l'insufficiente copertura assicurativa fornita dai due programmi pubblici di assistenza sanitaria: *Medicare* e *Medicaid*⁷⁴. Frequentissimi sono i casi in cui i dottori del pronto soccorso del Cook County General Hospital di Chicago si lamentano di aver inutilmente salvato la vita ad un paziente che dovrà essere dimesso e abbandonato al suo destino perché, non essendo assicurato, non potrà pagarsi medicine e trattamenti; o ancora, i casi in cui medici e infermiere si assumono la responsabilità di disattendere i protocolli della propria azienda ospedaliera per curare malati arrivati alla porta del pronto soccorso in condizioni critiche ma senza copertura assicurativa. Un altro messaggio strettamente connesso a quello appena evidenziato è infatti una denuncia, molto presente in *E.R.* ma ancora di più in *Dr. House*, della logica manageriale che regola il sistema sanitario statunitense e che impone di sottostare all'imperativo dei conti in ordine, del bilancio in attivo, della massima efficienza e del calcolo costi-benefici nello stabilire quali pazienti seguire e quali no. La riorganizzazione su criteri aziendalistici delle strutture sanitarie è un fenomeno che si verifica anche in Italia a partire dal 1993: l'introduzione del concetto di aziendalizzazione avviene con il decreto legislativo 502/92 (riordino della disciplina in materia sanitaria), integrato poi nel 1993 e nel 1999. Il principio di aziendalizzazione che regge questo decreto prevede l'autonomia delle strutture sanitarie dal punto di vista organizzativo, contabile, gestionale e tecnico e che la gestione delle aziende ospedaliere venga improntata secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità. Come menzionato in precedenza, l'aziendalizzazione produce importanti mutamenti non solo nella gestione degli ospedali ma anche nella regolazione dei rapporti

⁷⁴ Medicaid è, assieme a Medicare, uno dei due programmi pubblici di protezione sociale del sistema sanitario americano -basato prevalentemente sul settore privato, sia sul versante del finanziamento, tramite le assicurazioni, sia su quello dell'offerta e della produzione dei servizi- istituiti nel 1965 dall'amministrazione Johnson. Medicaid, in particolare, è un programma gestito dai singoli Stati e rivolto a fornire assistenza ad alcune fasce selezionate di popolazione (famiglie con bambini, donne in gravidanza, anziani e disabili), mentre Medicare è il programma nazionale di assistenza agli anziani (ultrasessantacinquenni), universalistico e indipendente dal reddito. A fronte di una domanda di servizi sanitari continuamente crescente, nel 1973 le compagnie assicurative, per contenere i costi, svilupparono le Health Management Organizations, ossia organizzazioni integrate fra le stesse compagnie e i fornitori di servizi sanitari, mutando profondamente il panorama sanitario americano e l'assetto proprietario degli ospedali.

medico-paziente. Ci sembra dunque interessante intraprendere uno studio analogo a quello appena accennato, in contesto italiano.

Per concludere, teniamo a precisare perché l'arco cronologico che va dagli anni '80 ad oggi è utile ai fini della nostra osservazione. I motivi sono almeno tre.

1) Risale al 23 dicembre 1978 la fondazione del Sistema Sanitario Nazionale italiano. La legge n. 833, firmata dal Ministro della Sanità Tina Anselmi, intende rendere gratuitamente accessibili a tutti i cittadini un vasto insieme di prestazioni sanitarie (medico-generaliste, infermieristiche, domiciliari e ambulatoriali, ospedaliere e farmaceutiche), operando un netto stacco nei confronti del sistema assistenziale preesistente (nel 1977 le mutue erano state sciolte e trasferite alle Regioni le competenze in materia di assistenza ospedaliera) e superando il principio in base al quale avevano diritto all'assistenza soltanto gli iscritti ai diversi enti mutualistici⁷⁵. Il SSN si presenta ora universalistico e solidaristico, fornendo assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzione di genere, residenza, età o reddito. Le cellule del SSN sono le USL, organismi macroeconomici e multifunzionali configurati come aziende. Nel 1978, a tutela dei diritti del malato, viene fondato anche il Tribunale per i diritti del malato e gli anni '80, in generale, vedono la ripresa di uno sviluppo economico che porta l'Italia ad assestarsi fra i sette paesi più industrializzati del mondo. È in questo contesto che si inseriscono le nuove scoperte e applicazioni della bionica e dell'ingegneria genetica, grazie alle quali la medicina accentuerà sempre di più il carattere di prassi clinica mediata da strumenti e tecnologie. È il periodo dell'intensificarsi della lotta contro i tumori e l'AIDS, degli sviluppi della chemioterapia ma anche dei progressi dell'ostetricia e della pediatria: iniziano ad essere infatti disponibili ecografie e amniocentesi.

Senza entrare in questa sede nel merito delle successive riforme e riordinamenti in materia di sanità, è dunque chiaro perché non competa alla nostra ricerca risalire più indietro nel tempo: la sanità in Italia prima degli anni '80 aveva caratteri completamente differenti da quelli che possiamo riconoscere – e vedere rappresentati in tv - ancora oggi nel Servizio Sanitario Nazionale.

2) Sul finire degli anni '70 si assiste ad un cambiamento cruciale nella storia della televisione italiana, che apre la strada alla nascita delle emittenti private e al cambio di indirizzo dalla rete pubblica. Con la legge di riforma televisiva (n. 103/75) del 1975, che riafferma il principio del monopolio statale per le trasmissioni nazionali, ma apre

⁷⁵ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma, 1994, p. 269

timidamente il settore al mercato concorrenziale e affida il controllo della radiotelevisione non più al governo ma al parlamento, si assiste in breve tempo al passaggio dalla Paleo alla Neotelevisione⁷⁶.

Se nel primo trentennio della propria vita la televisione italiana si era distinta per aver privilegiato un rapporto didattico-pedagogico con il pubblico (perseguendo il triplice fine di “informare, educare, intrattenere”), gli anni Ottanta aprono la strada al rinnovamento di linguaggi, generi e formati.

Cambia la mission della televisione e con essa il rapporto con il telespettatore. Con l'avvento di un regime concorrenziale, fare televisione significa ora primariamente intrattenere, gli indici di qualità fanno spazio alle misurazioni quantitative dell'audience e da fruizione prevalentemente festiva che scandiva i tempi della quotidianità, il consumo televisivo diventa un flusso organizzato secondo la logica della serialità. Con la neotelevisione, la fase dell'ideazione dei programmi si sposta sempre di più dall'emittente a un'azienda esterna. L'organizzazione dei palinsesti subisce un mutamento radicale e si assiste all'esplosione del genere di fiction: le emittenti private, su tutte, saccheggiano i magazzini dei network americani per coprire, con costi contenuti, la programmazione quotidiana, riversando sul piccolo schermo centinaia di ore di telefilm e soap operas statunitensi e telenovelas sudamericane⁷⁷.

- 3) La serialità televisiva americana, già in corso di distribuzione in Italia, entra negli anni '80 in quella che Robert J. Thompson ha definito la “seconda Golden Age” della televisione americana. Dopo una Golden Age in cui la televisione americana, tra la fine degli anni Quaranta e la fine del decennio successivo, si afferma come medium di massa e costruisce tipologie di programmi e format di grande impatto che ancora oggi restano in auge, la seconda Golden Age vede nascere prodotti di qualità destinati a differenti fasce di pubblico, andando a coincidere con l'affermazione di alcune serie televisive di grande successo, con l'originalità dei loro modelli narrativi e con le peculiarità della loro promozione e diffusione su più piattaforme mediatiche. Si apre così una nuova stagione della serialità e più in generale della televisione americana che arriva fino ad oggi e che negli anni Novanta è all'apice del suo splendore, grazie anche alla nascita di nuovi network e canali via cavo, e alla possibilità di reperire questo genere di prodotti anche su internet.

⁷⁶ Il termine è coniato da Umberto Eco nel 1983 in un articolo intitolato “Tv, la trasparenza perduta”, pubblicato nel 1985 per Bompiani nella raccolta di saggi “Sette anni di desiderio”.

⁷⁷ F. Diodato, *Format e palinsesti*, in S. Gensini (a cura di), *Fare comunicazione: teoria ed esercizi*, Carocci, Roma, 2006, pp. 351-352

All'interno di questo periodo di grande espansione dell'informazione televisiva e dell'intrattenimento dedicati alla salute – intesa in senso ampio - la fiction italiana non rimane immune da cambiamenti direttamente o indirettamente riconducibili al nuovo ambiente televisivo internazionalizzato e americanizzato.

Da qui inizia la nostra ricerca, in un terreno che quasi nessuno in Italia ha ancora battuto, alla scoperta di forme ed usi del medical drama non solo americano ma anche di quello made in Italy e alla conferma, smentita o diversa articolazione dell'ipotesi di Umberto Veronesi, secondo cui “l'informazione scientifica è troppo importante e necessaria; è meglio per il medico correre il rischio di un paziente troppo informato, autonomo e intraprendente piuttosto che trovarsi di fronte una persona che non ha consapevolezza e si sente persa e incapace di aderire a un progetto di cura. Meglio quindi un eccesso di comunicazione che il silenzio”⁷⁸.

⁷⁸ U. Veronesi, prefazione a R. Gisotti, M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010, p. 4

Bibliografia

- ABRUZZESE A., MANCINI P., *Sociologie della comunicazione*, Laterza, Bari, 2007.
- ABRUZZESE A., MICONI A., *Zapping: sociologia dell'esperienza televisiva*, Liguori, Napoli, 2001.
- ABU-LUGHOD L., *Dramas of nationhood: the politics of television in Egypt*, University of Chicago Press, Chicago and London, 2005.
- ABU-LUGHOD L., GINSBURG F. D., LARKIN B., *Media Worlds: anthropology on new terrain*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2002.
- AGAMBEN G., *Che cos'è un dispositivo*, Nottetempo, Roma, 2006.
- AMMANITI M., STERN D. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma-Bari, 1991.
- ANG I., *Watching Dallas*, Methuen&Co., London, 1985.
- ARIÈS P., *Storia della morte in occidente*, Rizzoli, Milano, 1978.
- ARKIN C., ARKIN EB., *Issues and initiatives in communicating health information to the public* in Atkin C., Wallack L. (a cura di), *Mass communication and public health: complexities and conflicts*, Sage Publications, Newbury Park, 1990.
- ARSKEY H., *RSI and the Experts: the Construction of Medical Knowledge*, Routledge, London, 1998.
- ASKEW K., WILK R., *The anthropology of media: a reader*, Blackwell, Oxford, 2002.
- ASTOLFI C., BISCAGLIA L., IUSO A., LUPO A., NATALUCCI G., *Medico o dottore? Ti racconto la mia malattia*, Edizioni Panorama della Sanità, Roma, 2008.
- ATTALI J., *Vita e morte della medicina. L'ordine cannibale*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- BACHELARD G., *La poetica dello spazio*, Dedalo, Bari, 2006.
- BARTHES R., *Miti d'oggi*, Einaudi, Torino, 1974.
- BAUDRILLARD J., *Il delitto perfetto*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- BAUMAN Z., *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari, 2007.
- BECHI A., BELLINI C., *Dr. House MD – Follia e fascino di un cult movie*, Cantagalli, Siena, 2009.
- BERG M., *Problems and Promises of the Protocol*, in "Social Science & Medicine", vol. 44, n. 8, 1997, pp. 1081-1088.
- BERGER E., *From Dr. Kildare to Grey's Anatomy: TV Physicians Change Real Patient Expectations*, in "Annals of Emergency Medicine", vol. 56, n. 3, settembre 2010, pp. 21-23.

- BERGER P., LUCKMANN T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- BETRI M. L., PASTORE A. (a cura di), *L'arte di guarire: aspetti della professione medica tra medioevo ed età contemporanea*, Clueb, Bologna, 1993.
- BIZIO S., *Al Pronto Soccorso firmato Spielberg*, in "La Repubblica", 11 novembre 1994, p. 43.
- BONI F., *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004.
- BONI F., *Media, identità e globalizzazione: luoghi, oggetti, riti*, Carocci, Roma, 2005.
- BOROFSKY R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma, 2000.
- BOSIO A. C., *Nei panni del medico: la pratica medica e le sue rappresentazioni secondo il medico generico ambulatoriale*, Franco Angeli, Milano, 1986.
- BOURDIEU P., CHARTIER R., *Il sociologo e lo storico*, Edizioni Dedalo, Bari, 2011.
- BOURDIEU P., *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- BOURDIEU P., *La parola e il potere*, Guida Editori, Napoli, 1988.
- BOURDIEU P., *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- BOURDIEU P., *Sulla televisione*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- BRAGA P., *ER - Sceneggiatura e personaggi: analisi della serie che ha cambiato la tv*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- BRIGGS A., BURKE P., *Storia sociale dei media*, il Mulino, Bologna, 2010.
- BUONANNO M. (a cura di), *La posta in gioco: la fiction italiana, l'Italia nella fiction. Anno diciannovesimo*, Rai-Eri, Roma, 2008.
- BUONANNO M., *La fiction italiana. Narrazioni televisive e identità nazionale*, Laterza, Roma, 2012.
- BURKE P., *La storia culturale*, il Mulino, Bologna, 2006.
- BURY M., GABE J., ELSTON M. A. (a cura di), *Key Concepts in Medical Sociology*, Sage, London, 2004.
- BURY M., *Health and Illness in a Changing Society*, Routledge, New York, 1997.
- CANEVACCI M., *Antropologia del cinema*, Feltrinelli, Milano, 1982.
- CANEVACCI M., *Antropologia della comunicazione visuale*, Sapere 2000, Roma, 1990.
- CARDINI D., *La lunga serialità televisiva*, Carocci, Roma, 2004.
- CARINI S., *Il testo espanso: il telefilm nell'età della convergenza*, V&P, Milano, 2009.
- CASETTI F. (a cura di), *L'ospite fisso: televisione e mass media nelle famiglie italiane*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1995.

- CASSETTI F., DI CHIO F., *Analisi della televisione: strumenti, metodi e pratiche di ricerca*, Bompiani, Milano, 1999.
- CHORY-ASSAD R., TAMBORINI R., *Television Doctors: An Analysis of Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs*, in “Journal of Broadcasting & Electronic Media”, n. 45 (3), 2001, pp. 499-521.
- CIPOLLA C. (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- CLIFFORD J., MARCUS G., *Scrivere le culture: poetiche e politiche dell’etnografia*, Meltemi, Roma, 1997.
- COLOMBO F., EUGENI R., *Il prodotto culturale*, Carocci, Roma, 2001.
- COMETA M., COGLITORE R., MAZZARA F. (a cura di), *Dizionario degli studi culturali*, Meltemi, Roma, 2004.
- COSMACINI G., *Medici nella storia d’Italia: per una tipologia della professione medica*, Editori Laterza, Roma, 1996.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità nell’Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma, 1994.
- COSTA A., *Il cinema e le arti visive*, Einaudi, Torino, 2002.
- CRESPI F., *Manuale di sociologia della cultura*, Editori Laterza, Roma-Bari, 1998.
- DAL LAGO A., GIORDANO S., *Fuori cornice: l’arte oltre l’arte*, Einaudi, Torino, 2008.
- DE CERTEAU M., *L’invenzione del quotidiano*, Lavoro, Roma, 2001.
- DE CERTEAU M., *La presa della parola e altri scritti politici*, Meltemi, Roma, 2007.
- DENUNZIO F. (a cura di), *Il linguaggio del Dr. House: sociologia di una fiction televisiva*, Liguori Editore, Napoli, 2008.
- DERRIDA J., *Limited Inc.*, Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- DESTRO A., *Complessità dei mondi culturali*, Patron, Bologna, 2003.
- DIONISIO A., *Quando la medicina si fa in tv: benessere salute e professione sanitaria rappresentate nel piccolo schermo*, Alfredo Guida Editore, Napoli, 2009.
- DIPOLLINA A., *Basta serial medici. Vorremmo i filatelici*, in “La Repubblica”, 27 febbraio 2007, p. 53.
- DORFLES G., *Nuovi riti, nuovi miti*, Skira, Milano, 2003.
- DOUGLAS M., *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna, 1993.
- DOUGLAS M., *Questioni di gusto*, il Mulino, Bologna, 1999.
- ECO U., *Apocalittici e integrati*, Bompiani, Milano, 2008.
- ECO U., *I limiti dell’interpretazione*, Bompiani, Milano, 1990.

- ECO U., *Sette anni di desiderio*, Bompiani, Milano, 1985.
- ELIAS N., *La société des individus*, Fayard, Paris, 1991.
- FAETA F., *Strategie dell'occhio: saggi di etnografia visiva*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- FAGIOLI M., ZAMBOTTI S., *Antropologia e media: tecnologie, etnografie e critica culturale*, Ibis, Como, 2005.
- FANCHI M., *Identità mediatiche: televisione e cinema nelle storie di vita di due generazioni di spettatori*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- FANCHI M., *Spettatore*, il Castoro, Milano, 2005.
- FEATHERSTONE M., *Cultura del consumo e postmodernismo*, SEAM, Roma, 1994.
- FORTIER B., FOUCAULT M., THALAMY A., *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles-Liège, 1979.
- FOUCAULT M., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969.
- FOX R. C., *The Sociology of Medicine: a participant observer's view*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989.
- FUMAROLA S., *Benvenuti all'Hotel Pronto Soccorso*, in "La Repubblica", 15 marzo 1992, p. 33.
- GABE J., BURY M., ELSTON M. A., *Key concepts in medical sociology*, SAGE, London, 2004.
- GEERTZ C., *Antropologia interpretativa*, Il Mulino, Bologna, 1988.
- GEERTZ C., *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- GENSINI S. (a cura di), *Fare comunicazione: teoria ed esercizi*, Carocci, Roma, 2006.
- GERBNER G. (a cura di), *Violence and Terror in the Mass Media*, Greenwood Press, Westport, 1988.
- GERBNER G., GROSS L., MORGAN M., SIGNORIELLI N., *The "mainstreaming" of America*, Violence profile no. 11, in "Journal of Communication", 30, 2010, pp. 10-29.
- GHERARDI D., *La lavagna del Dottor House*, in "Cinergie", n. 14, settembre 2007, Le Mani, Recco.
- GIARELLI G., GOOD B. J., DEL VECCHIO GOOD M. J., MARTINI M., RUOZI C. (a cura di), *Storie di cura: medicina narrativa e medicina delle esperienze*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- GIDDENS A., *Modernity and self-identity*, Polity Press, Cambridge, 1991.
- GINZBURG C., *Il filo e le tracce. Vero, falso, finto*, Feltrinelli, Milano, 2006.
- GINZBURG C., *Miti emblemici spie*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1986.

- GISOTTI R., SAVINI M., *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010.
- GLAVIANO G., *A proposito di Grey's Anatomy: pensieri e parole di Shonda Rhimes, creatrice della serie*, in "Script", n. 43, anno XV, nuova serie, marzo-agosto 2007, Dino Audino, Roma, pp. 49-57.
- GOFFMAN E., *Asylum: le istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino, 1968.
- GOFFMAN E., *Frame Analysis*, Armando Editore, Roma, 2001.
- GOOD B. J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999.
- GRASSEN C., *Imparare a guardare: sapienza ed esperienza della visione*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- GRASSO A. (a cura di), *Fare storia con la televisione*, Vita e Pensiero, Milano, 2006.
- GRASSO A., *Buona maestra: perché i telefilm sono diventati più importanti del cinema e dei libri*, Mondadori, Milano, 2007.
- GRASSO A., SCAGLIONI M., *Che cos'è la televisione: il piccolo schermo fra cultura e società*, Garzanti, Milano, 2005.
- GRIGNAFFINI G., *I generi televisivi*, Carocci, Roma, 2004.
- GRISWOLD W., *Sociologia della cultura*, Il Mulino, Bologna, 1997.
- GUIZZARDI G. (a cura di), *La scienza negoziata: scienze biomediche nello spazio pubblico*, il Mulino, Bologna, 2002.
- GUIZZARDI G. (a cura di), *Star bene: benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna, 2004.
- HALL S., EVANS J., *Visual culture: the reader*, Sage, London, 2007.
- HALL S., *Politiche del quotidiano: culture, identità e senso comune*, Il Saggiatore, Milano, 2006.
- HALL S., *Representation: cultural representations and signifying practices*, Sage, London, 1997.
- HANNERZ U., *La complessità culturale: l'organizzazione sociale del significato*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- HOLTZ A., *I casi del Dr. House*, Sperling & Kupfer, Milano, 2007.
- HUDSON R. A., *Sociolinguistica*, il Mulino, Bologna, 1980.
- JACOBS J., *Body Trauma Tv: The New Hospital Dramas*, BFI, London, 2003.
- JAY G. S., *Knowledge, Power, and the Struggle for Representation*, in "College English", vol. 56, n. 1, gennaio 1994, pp. 9-29.

- JEDLOWSKI P., *Il sapere dell'esperienza*, Il Saggiatore, Milano, 1994.
- JEDLOWSKI P., *Storie comuni: la narrazione nella vita quotidiana*, Mondadori, Milano, 2001.
- JENKINS H., *Cultura convergente*, Apogeo, Milano, 2007.
- JENKINS H., McPHERSON T., SHATTUC J. (a cura di), *Hop on pop – The politics and pleasures of popular culture*, Duke University Press, Durham&London, 2002.
- LA CECLA F., *Surrogati di presenza: media e vita quotidiana*, Mondadori, Milano, 2006.
- LA ROCCA F., MALAGAMBA A., SUSCA V. (a cura di), *Eroi del quotidiano: figure della serialità televisiva*, Bevivino Editore, Milano/Roma, 2010.
- LACEY N., *Media institutions and audiences: key concepts in media studies*, Palgrave, New York, 2002.
- LALLI P. (a cura di), *Cosa resta dell'informazione*, Homeless Book, Faenza, 2003.
- LEPOFSKY J., NASH S., KASERMAN B., GESLER W., *I'm not a doctor but I play one on TV: E.R. and the place of contemporary health care in fixing crisis*, in "Health & Place", n. 12, 2006, pp. 180-194.
- LINK, *Focus Idee per la televisione: Telefilm*, LINK, RTI, 2007.
- LIPOVETSKY G., SERROY J., *L'écran global: culture-médias et cinéma à l'âge hypermoderne*, Seuil, Paris, 2007.
- LIPPI D., BALDINI M., *La medicina: gli uomini e le idee*, Clueb, Bologna, 2005.
- LIVINGSTONE S. M., *Making sense of television*, Pergamon Press, Oxford, 1990.
- LIVOLSI M., *La realtà televisiva: come la tv ha cambiato gli italiani*, Laterza, Roma-Bari, 1998.
- LOSITO G., *Il potere del pubblico*, Carocci, Roma, 2002.
- LUCHERINI F., *Gli eroi delle serie hospital ovvero come dalla tipologia del protagonista deriva la struttura della serie*, in "Script", n. 43, anno XV, nuova serie, marzo-agosto 2007, Dino Audino, Roma, pp. 58-83.
- LUCHERINI F., *Grey's Anatomy. La vita quotidiana non è mai stata così eccitante*, in "Script", n. 46/47, anno XVI, nuova serie, inverno 2008-primavera 2009, Dino Audino, Roma, pp. 96-117.
- LUCHERINI F., *La lunga serialità in Italia: una breve storia*, in "Script", n. 34, anno XIII, nuova serie, sett-dic 2003, Dino Audino, Roma, pp. 46-55.
- LULL J., *In famiglia, davanti alla tv*, Meltemi, Roma, 2003.
- LULL J., *Media, communication, culture: a global approach*, Polity Press, Cambridge, 1995.

- LUSUARDI N., *House, ovvero nella “casa” degli orrori. Perché House doveva chiamarsi così*, in “Script”, n. 46/47, anno XVI, nuova serie, inverno 2008-primavera 2009, Dino Audino, Roma, pp. 125-138.
- LUSUARDI N., *Il concept di una serie, un punto di vista, innanzitutto*, in “Script”, n. 34, anno XIII, nuova serie, sett-dic 2003, Dino Audino, Roma, pp. 56-59.
- LUSUARDI N., *La differenza seriale. Quello che il cinema non sarà mai capace di raccontare*, in “Script”, n. 46/47, anno XVI, nuova serie, inverno 2008-primavera 2009, Dino Audino, Roma, pp. 7-16.
- LUSUARDI N., *La rivoluzione seriale*, Dino Audino, Roma, 2010.
- MALATESTA M., FESTI D. (a cura di), *Università e professioni*, Bononia University Press, Bologna, 2010.
- MALATESTA M., *Professionisti e gentiluomini*, Einaudi, Torino, 2006.
- MALATESTA M. (a cura di), *Atlante delle professioni*, Bononia University Press, Bologna, 2009.
- MANGHI S., *Il medico, il paziente e l'altro: un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- MATTINGLY C., GARRO L. (a cura di), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles, 2000.
- MATTINGLY C., *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
- MC QUAIL D., *Sociologia dei media*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- MEYROWITZ J., *Oltre il senso del luogo: come i media elettronici influenzano il comportamento sociale*, Baskerville, Bologna, 1998.
- MICONI A., *Una scienza normale: proposte di metodo per la ricerca sui media*, Meltemi, Roma, 2005.
- MILLER D. (a cura di), *Material cultures: why some things matter*, Routledge, London, 1998.
- MILLER D., *Material culture and mass consumption*, Basil Blackwell, Oxford, 1987.
- MOORES S., *Il consumo dei media: un approccio etnografico*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- MORA E., *Gli attrezzi per vivere: forme della produzione culturale tra industria e vita quotidiana*, V&P, Milano, 2005.
- MORGAN M., SIGNORELLI N. (a cura di), *Cultivation Analysis: New Directions in Media Effects Research*, Sage Publications, Newbury Park, 1990.
- MORIN E., *Lo spirito del tempo*, Meltemi, Roma, 2002.

- MORLEY D., *Television, audiences & cultural studies*, Routledge, London, 1992.
- MOSCOVICI S., *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna, 1989.
- NEALE S., *Genre and Cinema*, in Tony Bennet et alii (a cura di), *Popular Film and Television*, BFI/Open University, 1981.
- ONG W. J., *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- PANOFSKY E., *Il significato nelle arti visive*, Einaudi, Torino, 1996.
- PANOFSKY E., *Tre saggi sullo stile: il barocco, il cinema, la Rolls-Royce*, Electa, Milano, 1996.
- PARKS L., KUMAR S. (a cura di), *Planet TV. A global television reader*, New York University Press, New York, 2003.
- PARSONS T., *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1996.
- PASCOLINI P. (intervista a), *Come ho scritto Un medico in famiglia*, in "Script", n. 34, anno XIII, nuova serie, sett-dic 2003, Dino Audino, Roma, pp. 85-90.
- PECCHIOLI M. (a cura di), *Neotelevisione: elementi di un linguaggio catodico globale*, Costa&Nolan, Milano, 2005.
- PESCATORE G., INNOCENTI V., *Le nuove forme della serialità televisiva: storia, linguaggio e temi*, Archetipolibri, Bologna, 2008.
- PEZZINI I., RUTELLI R. (a cura di), *Mutazioni audiovisive. Sociosemiotica, attualità e tendenze nei linguaggi dei media*, ETS, Pisa, 2005.
- PFAU M., MULLEN L., GARROW K., *The influence of television viewing on public perceptions of physicians*, in "J Broadcast", n. 39, 1995, pp. 441-458.
- PIZZA G., *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2008.
- POPPER K. R., CONDRY J., *Cattiva maestra televisione*, Reset, Milano, 1994.
- PORTER R., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Carocci, Roma, 2004.
- POZZATO M. P., GRIGNAFFINI G., *Mondi seriali: percorsi semiotici nella fiction*, RTI, Cologno Monzese, 2008.
- QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- REAGAN L.J., TOMES N., TREICHLER P.A., *Medicine's moving pictures: medicine, health and bodies in American film and television*, University of Rochester Press, Rochester, 2007.
- REALI S., *Tutti amano il Dr. House*, in "Script", n. 43, anno XV, nuova serie, marzo-agosto 2007, Dino Audino, Roma, pp. 84-95.
- REGGIO M., *Non fidatevi dei medici eroi della tv: i camici bianchi accusano le fiction*, 18 agosto 2008, p. 21.

- REMOTTI F., *Luoghi e corpi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- ROMBI R., *Giulio Scarpati: "Sono figure assicuranti"*, in "La Repubblica", 18 agosto 2008, p. 21.
- SACKS O. W., *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano, 1992.
- SAPORI A., *Come eri bello Dottor Kildare!*, in "La Repubblica", 20 agosto 1987, p. 26.
- SEALE C., *Media and Health*, Sage Publications, London, 2003.
- SILVERSTONE R., *Televisione e vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna, 2000.
- SOBCHACK V. (a cura di), *The persistence of History. Cinema, Television and the Modern Event*, Routledge, New York, 1996.
- SOBCHACK V., *Meta-morphing: visual transformation and the culture of quick-change*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 2000.
- SONTAG S., *Davanti al dolore degli altri*, Mondadori, Milano, 2003.
- SORESINA M., *I medici tra Stato e società: studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- STIEGLER B., DERRIDA J., *Ecografie della televisione*, Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- STRAUSS A., *Negotiations, Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, Jossey-Bass, London, 1978.
- THOMPSON R. J., *Television's second golden age*, Syracuse University Press, New York, 2007.
- TUROW J., *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power*, Oxford University Press, New York, 1989.
- TUROW J., *Television entertainment and the US health-care debate*, in "The Lancet", vol. 347, May 4, 1996.
- VENTRIGLIA G., *Andare oltre gli attuali orizzonti della fiction italiana*, in "Script", n. 34, anno XIII, nuova serie, settembre-dicembre 2003, Dino Audino, Roma, pp. 11-13.
- VERENI P., *Identità catodiche: rappresentazioni mediatiche di appartenenze collettive*, Meltemi, Roma, 2008.
- VIOLI P., *Significato ed esperienza*, Bompiani, Milano, 1997.
- WAGNER R., *L'invenzione della cultura*, Ugo Mursia Editore, Milano, 1992.
- WILLIAMS R., *Televisione: tecnologia e forma culturale*, Editori Riuniti, Roma, 2000.
- WINCKLER M., *Les miroirs de la vie*, Le passage, Paris-New York, 2002.
- WOLF M., *Gli effetti sociali dei media*, Bompiani, Milano, 1992.
- WOLF M., *Teorie della comunicazione di massa*, Bompiani, Milano, 1995.

Fonti

Amico mio, ideato da Massimo De Rita e Achille Manzotti, trasmesso da Rai 2 dal 1993 al 1994 e da Canale 5 nel 1998.

Boris, ideato da Luca Manzi, Fox 2007-2010, trasmesso su Cielo dal 2009 al 2011.

Chicago Hope: ideato da David E. Kelley, CBS 1994-2000, trasmesso in Italia da Canale 5 dal 1996 al 1998 e da Rete 4 dal 1998 al 2003.

Crimini bianchi, regia di Alberto Ferrari, trasmesso da Canale 5 e Italia 2 dal 2008 al 2009.

E.R.: ideato da Michael Crichton, NBC 1994-2009, trasmesso in Italia da Rai 2 col titolo *E.R. – Medici in prima linea* dal 1996 al 2009.

Grey's Anatomy, ideato da Shonda Rhimes, ABC 2005-oggi, trasmesso in Italia da Italia 1 dal 2005 ad oggi.

House M.D., ideato da David Shore, Fox 2004-2012, trasmesso in Italia da Italia 1 dal 2005 da Canale 5 dal 2007 al 2012.

La dottoressa Giò, regia di Filippo De Luigi, trasmesso da Rete 4 dal 1997 al 1998.

Medicina Generale, regia di Renato De Maria, Luca Ribuoli, trasmesso da Rai 1 dal 2007 al 2010.

Nati Ieri, diretto da Carmine Elia, Luca Miniero, Paolo Genovese, trasmesso da Canale 5 e Rete 4 dal 2006 al 2007.

Nurse Jackie, ideato da Evan Dunsky, Li zBrixius, Linda Wallem, Showtime 2009-oggi, trasmesso in Italia da Cielo dal 2010 ad oggi.

Pronto Soccorso, regia di Francesco Massaro (miniserie), trasmessa da Rai 1 nel 1990.

Scrubs, ideato da Bill Lawrence, NBC e ABC 2001-2010, trasmesso in Italia da MTV dal 2003 al 2010.

St.Elsewhere: ideato da Joshua Brand e John Falsey, NBC 1982-1988, trasmesso in Italia da Rete 4 dal 1985 con il titolo *A cuore aperto* e dal 1998 da Rai Tre con il titolo *Sant'Eligio notte e giorno*.

Strong Medicine, ideato da Whoopi Goldberg, Lifetime 2000-2006, trasmesso in Italia da Canale 5 dal 2003 al 2007 con il titolo *Squadra Med – Il coraggio delle donne*.

Terapia d'urgenza, regia di Gianpaolo Tescari, Lucio Gaudino, Carmine Elia, trasmesso da Rai 2 dal 2008 al 2009.

Un medico in famiglia, diretto da Anna Di Francisca, Riccardo Donna, Elisabetta Marchetti, etc., trasmesso da Rai 1 dal 1998 ad oggi.

Una donna per amico, regia di Rossella Izzo, Alberto Manni, Marcantonio Graffeo, trasmesso da Rai Uno dal 1998 al 2001.