

UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SETTIMANA DEL DOTTORATO IN STORIA
17-19 SETTEMBRE 2013

Guardare ma non toccare: lo sguardo del medico oltre lo schermo.
Auscultazione della pratica medica contemporanea

Dottoranda: **Valentina Cappi**
Dottorato in Storia – Ciclo XXVII
Tutor: prof.ssa **Maria Malatesta**
Discussant: prof. **Emmanuel Betta**

Premessa

The mass media are important in portraying medicine, health care, disease, illness and health risks in certain ways, from the soap opera's kindly doctor to the news bulletin's account of medical miracles, contributing to people's understandings of these phenomena, especially when they have little or no direct experience of them. It is clear that medicine, health care, illness and the doctor-patient relationship are cultural activities and experiences, and as such are appropriate areas of study for sociologists of culture and scholars in the field of cultural studies. Furthermore, the study of the ways in which medical practices and institutions are represented in the mass media and the reception of such representations by audiences is integral to interpretive scholarship attempting to understand the socio-cultural aspects of medicine and health-related knowledges and practices.

Deborah Lupton¹

Lo scopo della nostra ricerca è già in qualche modo sintetizzato dalla citazione in esergo. All'interno di un campo disciplinare delimitato dai cultural studies e dall'etnografia dei media da un lato e dalla storia delle professioni e dall'antropologia medica dall'altro, ci proponiamo di indagare la rappresentazione e, attraverso di essa, la storia e la percezione sociale della professione medica in Italia dagli anni '80 ad oggi, prendendo in esame i più popolari *medical dramas* andati in onda sulle televisioni italiane nello stesso periodo.

Al fine di comprendere in che modo questi racconti medialti possono aver non solo registrato, ma anche influenzato velocità e direzione dei cambiamenti avvenuti nel campo della sanità italiana, questa indagine prende avvio da un'analisi del contenuto dei prodotti di fiction², per poi rilevare nella pratica lo stato della negoziazione fra "esperienza vissuta" e rappresentazioni culturali del

¹ D. Lupton, *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*, Sage, London, 1994, p. 19

² 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), *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).

campo medico. La seconda parte della ricerca si basa principalmente su interviste ad alcuni sceneggiatori delle serie televisive italiane, ad un campione³ di medici iscritti all'Ordine dei Medici di Bologna e ad un campione di telespettatori/pazienti. Particolare attenzione - nell'analisi delle rappresentazioni e nella costruzione delle interviste - viene data alle dinamiche e all'evoluzione del rapporto medico-paziente, alle modalità di concettualizzazione e narrazione della malattia, alle pratiche messe in atto dai professionisti della sanità e ai diversi tipi di apprendimento (linguistico, spaziale, procedurale) che gli intervistati sembrano aver negoziato con la televisione⁴.

È quasi superfluo precisare che non riteniamo che i prodotti di cui ci stiamo occupando siano solo un passatempo o, come si suol dire in gergo, *only entertainment*. Certo, lo sono, e nella maggior parte dei casi questo è il primo scopo della loro produzione. Eppure la nostra ricerca ha origine da una constatazione di ordine differente, che guarda ai prodotti culturali dal punto di vista del loro uso⁵, li considera e li interroga come catalizzatori di un apprendimento sociale, come commutatori, ovvero dispositivi di mediazione dell'esperienza.

Analizzando lo stato dell'arte sull'argomento, un dato appare chiaro: la ricerca empirica in questo settore è ancora estremamente lacunosa.

Se da un lato si legge: "Fictional depiction of doctors and medical procedures in the media clearly have an impact on both the delivery of health care and patient expectations of their physicians. [...] All of this, of course, entails some risks as well as benefits"⁶, poche righe dopo, non si può fare a meno di notare che "Yet even with this blizzard of medical information from every imaginable media, few scholars focus on the mediations that occur within that process"⁷.

³ Il campione da noi selezionato non è statistico e dunque non ha l'ambizione di essere generalizzabile, ma tiene conto della stratificazione per età, genere, specializzazione e fruizione di medical dramas degli intervistati.

⁴ Per evidenziare alcuni dei possibili "usi" dei medical dramas al di fuori del loro immediato contesto di ricezione, riportiamo due brevi estratti da interviste da noi raccolte rispettivamente l'08/12/2010 e il 28/12/2010. Andrea B., 24 anni, studente, racconta un'esperienza personale: "ho fatto un incidente che ha richiesto un intervento con sintesi a vite di tutto il gomito. Avendo la bronchite il giorno dell'intervento non è stato possibile farmi l'anestesia totale, quindi ricordo ogni minuto dell'intervento, che ho visto da vigile per qualche ora. Devo dire che aver avuto modo di vedere come funzionano le dinamiche in sala operatoria, in televisione e in altre serie tv mi ha tranquillizzato. Sapevo che il chirurgo non aveva tempo per parlare con me, sapevo che è il suo lavoro e che svolge interventi ogni giorno e che la musica della radio a tutto volume che sentivo in sala era per tenere tutta l'equipe vigile e attiva, e non per farli divertire a spese di un maggiore rischio sulla mia pelle. Se non avessi visto alcune scene in televisione mi sarei maggiormente preoccupato".

Anche Sofia C., 24 anni, educatrice presso un asilo nido, riferisce: "avendo visto tante volte *E.R.*, quando sono arrivata in ospedale mi immaginavo che alla mattina, essendo anche il Sant'Orsola, come è in *E.R.*, un ospedale universitario, mi aspettavo che il medico facesse il giro ai pazienti alla mattina e che si portasse dietro tutti gli studenti e che anche gli studenti mi visitassero. [...] Questo è successo. Per mia grande sfortuna è successo, perché gli studenti sono terribili".

⁵ Del tutto condivisibile, a questo proposito, è la posizione di Horace M. Newcomb quando scrive: "In dealing with television drama, it is incumbent on us to have some theory of how drama, particularly popular entertainment, works in culture, of drama's role historically and in the new mass-mediated context, and of the way in which audiences attend to it. [...] Television drama may be a "product", but it is a product with special cultural uses" (H. M. Newcomb, *Media Institution: the creation of television drama*, in K. Bruhn Jensen, N. M. Jankowsky, *A Handbook of qualitative methodologies for mass communication research*, Routledge, London, 1991, p. 102)

⁶ L. D. Friedman (ed. by), *Cultural Sutures: Medicine and Media*, Duke University Press, Durham, 2004, p. 5

⁷ *Ivi*, p. 7

Ancora, a Deborah Lupton che scrive “the linguistic and visual representations of medicine, illness, disease and the body in elite and popular culture and medico-scientific text are influential in the construction of both lay and medical knowledges and experiences of this phenomena”⁸, fa da contraltare Lawrence Wallack quando asserisce: “With few exception, very little research had been conducted to assess the impact of health-related content on the public”⁹.

Pare dunque che ci sia un accordo, fra gli studiosi di media audiovisivi, sul fatto che le rappresentazioni mediatiche della professione medica e dell’ambiente sanitario escono dall’arena strettamente mediale per andare ad intersecare e a negoziare aspetti concreti dell’esistenza degli spettatori e non ultima la relazione medico-paziente.

Ma lo stato attuale della ricerca sembra essersi arrestato al punto così descritto da Comelles e Brigidi: “Medical dramas cannot, indeed must not, be reduced to the condition of entertainment, even when the portrayal of health, disease and care process is less rigorous. The porous boundaries between fiction and reality call for prudence in this respect. Less than rigorous content with simplistic language can have a much greater impact than more sophisticated narratives that almost fall into the documentary format. Secondly, ethnography in medical dramas opens up suggestive research perspectives in the sphere of the construction of the health, disease and care process, and in the construction of the personal and collective experience”¹⁰.

La nostra ipotesi sul perché pochi abbiano tentato di approfondire il versante empirico dell’argomento, intraprendendo ricerche di campo, è duplice. In primo luogo, va considerata la tesi di Deborah Lupton, secondo la quale “Because most social scientists have tended not to view medicine as a product or part of culture, but as an objective body of scientific knowledge external to culture (where “science” is seen as the antithesis of “culture”), the cultural studies approach has rarely been adapted to analyse biomedicine or public health institutions and practices. [...] Yet people construct their understandings of the world, including their beliefs about medicine and disease, from their interaction with cultural products as well as personal experience and discussion with doctors”¹¹. Ma questa tesi sembrerebbe oggi essere ridimensionata, almeno in ambiente accademico: la recente antropologia medica, gli studi relativi a lay e professional knowledge (ricordiamo, fra i tanti, D. Kelleher, J. Gabe, G. Williams, *Challenging Medicine*, Routledge, London, 2006; P. Wright, A. Treacher, *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1982; H. Arskey, *Expert and Lay*

⁸ D. Lupton, *op. cit.*, p. 78

⁹ C. Atkin, L. Wallack (a cura di), *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, Sage, Newbury Park, 1990, p. 34

¹⁰ J. Comelles, S. Brigidi, *Doctors and Nurses in Tv Shows – Ethnography and Media Representations in Three Countries*, paper presented in *Medical Anthropology at Home*, VII Meeting, Driebergen, 9-10 May 2012.

¹¹ D. Lupton, *op. cit.*, p. 19

Participation in the Construction of Medical Knowledge, “Sociology of Health and Illness”, vol 16, n. 4, 1994), le teorie interazioniste e costruttiviste in sociologia hanno contribuito a decostruire l’opposizione “scienza vs cultura”. Il punto ci sembra un altro, e forse più difficile da risolvere, dal momento che si presenta sottoforma di difficoltà metodologica: le ricerche sulla ricezione¹² sono sempre altamente probabilistiche, complesse e mai del tutto dimostrabili. Specie quando i dati vengono raccolti sotto forma di interviste e l’analisi qualitativa costringe dunque a limitare le proprie osservazioni ai pochi interpellati.

Un modo per ovviare parzialmente al rischio di compiere generalizzazioni improprie è quello di considerare la nostra ricerca come un case study all’interno del quale testare alcune ipotesi. D’altra parte le ricerche qualitative non hanno l’ambizione di rispettare elevati criteri di rappresentatività e possono diventare rilevanti attraverso uno stretto confronto con la teoria. Nel nostro caso, la “teoria” suggerisce che la piazza mediatica “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”¹³. Con questa ricerca, ci proponiamo dunque di offrire un contributo alla definizione dei modi in cui si configurano i ruoli del medico e del paziente all’interno del processo terapeutico e di capire che relazione intrattenga questa configurazione con la sua rappresentazione televisiva.

Abbiamo già discusso in precedenza le linee generali della ricerca e chiarito come, rispetto all’analisi delle rappresentazioni, la categoria di realismo risulti, nel nostro caso, fuorviante¹⁴. Più utile è invece il concetto di verosimiglianza, che non si riferisce a ciò che potrebbe o non potrebbe realmente accadere nella realtà, ma piuttosto a ciò che la cultura dominante ritiene possa accadere, a ciò che è generalmente accettato come credibile, appropriato, pertinente. Come illustra Stephen

¹² Usiamo il termine nell’accezione specificata da Bruhn Jensen: “Reception is a social act that serves to negotiate the definition of social reality in the context of broad cultural and communicative practices” (K. Bruhn Jensen, N. Jankowski (a cura di), *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research*, Routledge, London, 1991, p. 137).

¹³ S. Manghi, *Il medico, il paziente e l’altro*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 32

¹⁴ Interessante è il ragionamento, in qualche modo speculare al nostro benché sul terreno della pratica, che Freidson sostiene a proposito della definizione di malattia: “La confusione si manifesta solo se si insiste sull’oggettività della definizione di malattia. Per il sociologo non è assolutamente importante che la definizione sia oggettiva o meno, perché, giusta o sbagliata che sia, reale o immaginaria, essa ha comunque delle conseguenze sociali. Dal momento che il compito di decidere l’esistenza reale e la causa vera della malattia spetta al medico, il sociologo può occuparsi delle conseguenze sociali dell’attribuzione della malattia e del concetto sociale che essa rappresenta”. (E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 178)

Neale¹⁵, le convenzioni di genere producono inoltre un secondo ordine di verosimiglianza – cosa dovrebbe succedere in un western o in un medical drama - attraverso cui viene garantita la credibilità della verità del mondo finzionale che attribuiamo a quel particolare genere.

Mentre la verosimiglianza di genere permette un considerevole gioco di fantasia all'interno dei confini della credibilità del genere (ad esempio, cantare i propri problemi nei musical o utilizzare l'aglio nei film horror), la verosimiglianza culturale si riferisce alle norme, alle consuetudini, al senso comune del mondo sociale fuori dalla fiction.

Estetica e anatomia dello sguardo clinico contemporaneo

Lo “sguardo clinico” è in azione nella diagnostica, nella tassonomia delle malattie, nella percezione dei sintomi che si esprimono sul corpo del malato. Allo “sguardo estetico”, quello delle arti visive ma anche della letteratura, è invece affidata la determinazione dei “regimi scopici” di un'epoca (dall'architettura alla pittura, dalla fotografia alla grafica) e con essi la forma stessa del discorso letterario.

Michele Cometa, Salvo Vaccaro¹⁶

Il telefilm ci fa vedere quello che più o meno già sappiamo, sappiamo quali sono le conseguenze di un incidente stradale o di una persona trafitta da una lamiera. Il telefilm concretizza queste nostre immagini. La vista è un senso molto importante per noi.

(dal questionario di Stefano C.)

Abbiamo deciso di analizzare in questa sede alcuni aspetti caratterizzanti due dei medical dramas considerati nella nostra ricerca: l'americano *House M.D.* e -in maniera quasi solo accennata per ragioni di spazio- l'italiano *Medicina Generale*. Per quanto non paragonabili in termini di ascolti¹⁷ e diffusione (né di investimenti a disposizione per le rispettive produzioni), entrambi i prodotti

¹⁵ Per una discussione approfondita della distinzione tra “verosimiglianza” e “realismo”, rimandiamo ad un articolo di Stephen Neale sul concetto di genere: S. Neale, *Genre and Cinema*, in Tony Bennet et alii (a cura di), *Popular Film and Television*, BFI/Open University, London, 1981, *passim*

¹⁶ M. Cometa, S. Vaccaro (a cura di), *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007, p. 7

¹⁷ *House M.D.* ha raggiunto nei momenti di massimo successo 6,5 milioni di telespettatori in Italia, a fronte dei 4,5 milioni che hanno seguito *Medicina Generale*. *House M.D.*, inoltre, ottiene nel 2008 il primato per il telefilm più seguito al mondo (fonte: R. Gisotti R., M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010).

presentano dinamiche singolari relativamente al rapporto medico-paziente e alla pratica medica messa in atto dai professionisti, e sembrano intrattenere una relazione interessante con i contesti di cura reali cui fanno riferimento.

*House M.D.*¹⁸ debutta negli Stati Uniti il 16 novembre 2004 (e termina il 21 maggio 2012) sulla rete televisiva Fox, approdando in Italia il primo luglio 2005 su Italia 1 (e concludendosi il 3 luglio 2012). La serie racconta le avventure di Gregory House, medico eccentrico e misantropo, afflitto da un handicap alla gamba dovuto ad un errore diagnostico, alle prese con casi clinici estremamente rari. House è il primario del reparto di medicina diagnostica del fittizio Princeton-Plainsboro Teaching Hospital del New Jersey. Attorno a lui, i colleghi Lisa Cuddy, direttrice sanitaria dell'ospedale, James Wilson, primario del reparto di oncologia e i giovani assistenti Eric Foreman, specializzato in neurologia, Robert Chase, specializzato in terapia intensiva e Allison Cameron, specializzata in immunologia¹⁹.

Nella serie, ispirata alla giallistica del detective Sherlock Holmes, il filone *medical* si interseca con il poliziesco e assume l'impostazione di una detection (positivista o razionale) classica: la malattia (il colpevole da ricercare) compie il suo delitto lasciando tracce (i sintomi) sulla scena del crimine (il corpo del paziente). Parallelamente, sul versante stilistico, dettagli visivi ipertrofici guidano lo spettatore nelle profondità del corpo umano. È questo un regime di "massima visibilità dei corpi" (immagini macro di tessuti interni, con effetti sonori amplificati, alternati allo sguardo esterno sul corpo del paziente, che permettono di seguire "visivamente" il racconto sulla malattia fatto dal medico) che avvicina House a serie coeve come *CSI*, *Medical Investigation*, *Bones* o *Nip/Tuck*. Attraverso l'uso reiterato delle immagini digitali, lo sguardo in profondità è affidato in *House M.D.* all'istanza narrante. Lo sguardo del medico, potenziato da tecnologie che lo portano ad ottenere una visione da microscopio elettronico, arriva a penetrare i corpi fin dentro alle cellule malate, costruendo così per lo spettatore una sorta di visualizzazione delle spiegazioni mediche appena fornite al paziente o ai familiari.

I nuovi media hanno determinato una progressiva espansione, sia in termini quantitativi che qualitativi, della visibilità del corpo umano. Nel campo scientifico e medico, conferma Antonio Costa, l'incremento di visibilità ha permesso una grande varietà di indagini: "dalle ricerche sul corpo in movimento fatte con i metodi cronofotografici di Muybridge e Marey alle moderne tecniche di indagine ecografica ed endoscopica. Il metodo indiziario basato sullo studio dei sintomi

¹⁸ Il titolo della serie è stato ispirato da una rubrica del *New York Times* dedicata a casi clinici particolarmente problematici.

¹⁹ A partire dalla quarta stagione, al posto di questi ultimi due subentreranno i personaggi di Chris Taub, specializzato in chirurgia plastica, Remy "Tredici" Hadley, specializzata in medicina interna e Lawrence Kutner, specializzato in medicina sportiva e riabilitativa.

e sull'indagine indiretta cede il passo all'osservazione diretta dei processi fisiologici (normali o patologici). [...] Estendendo e dilatando la visibilità del corpo, essi hanno esteso e dilatato la possibilità d'osservazione e interpretazione, esposizione e ostensione del complesso sistema di segni rappresentato dal corpo, sia nella sua dimensione puramente biologica (la fisiologia del corpo e le sue dinamiche), sia nella sua dimensione sociale (funzione simbolica del corpo e delle sue estensioni)"²⁰.

È così che, secondo Costa, il dispositivo cinematografico (e quello televisivo, aggiungiamo noi) grazie ai processi di identificazione che induce, mette a frutto i poteri che gli derivano dall'articolazione dei piani di ripresa (figura intera, primo piano, dettagli) e dalla contestualizzazione del corpo nello spazio della rappresentazione. L'ingrandimento, la moda del dettaglio, la ricostruzione digitale degli organi interni durante le riprese di un'operazione chirurgica, le lastre delle radiografie, la visione da microscopio elettronico, sono "percorsi in digitale dentro l'invisibile" ormai canonici all'interno della nuova serialità americana.

Nel caso dei *medical dramas*, come evidenzia Nicola Dusi, "quello che ci viene fatto vedere appare come la spiegazione del danno, e in tal modo noi spettatori diventiamo parte del processo di comprensione del medico: non si tratta solo di condividere la sua stessa passione di capire, seguirne le prove e gli errori ed essere informati dei fatti, ma semmai di simulare l'evidenza²¹ della diagnosi. È un mostrare che diventa dimostrare"²². In quelli che ci vengono proposti come inserti scientifici in *House M.D.*, la ricostruzione in digitale assicura la massima precisione del dettaglio ma seleziona anche le cose da vedere. Infatti, se accettiamo il gioco finzionale, davanti ai nostri occhi si apre tutta una gamma di visioni legata all'universo visuale della medicina, che ci permette di vedere al di là dell'involucro, l'interno del corpo umano.

Come nota giustamente Dusi, appare evidente che la lettura delle immagini medicali, dalle radiografie alle foto della risonanza magnetica, è una competenza che non ci appartiene: "Il nostro stesso stupore ci porta a dire che siamo in realtà di fronte all'alterità del corpo interno e alla sua illeggibilità, perché nella complessità di un paesaggio di carne e sangue solo l'occhio esperto saprebbe riconoscere gli organi, e tanto più le loro anomalie formali, cromatiche e cinetiche"²³. Notiamo infine che se il *corps morcelé*, il corpo in frammenti, disarticolato e assolutizzato nelle sue componenti sembra essere, secondo Costa, la "configurazione dominante dell'immaginario

²⁰ A. Costa, *Il cinema e le arti visive*, Einaudi, Torino, 2002, p. 349

²¹ "Il legame tra prova di verità e visione è racchiuso nel termine inglese *evidence*. [...] L'evidenza è, secondo Foucault, una strategia veritativa che attua una esclusione dal campo visivo di ciò che sfugge non tanto alla immediata percezione, quanto al residuo di invisibilità scartato dalla mossa di messa-in-evidenza". (S. Vaccaro, *Lo spazio pensivo*, in M. Cometa, S. Vaccaro, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007, p. 139)

²² N. Dusi, *Dr. House: l'ambizione di capire*, in M. P. Pozzato, G. Grignaffini (a cura di), *Mondi seriali: percorsi semiotici nella fiction*, RTI, Cologno Monzese, 2008, p. 39

²³ *Ivi*, p. 41

cinematografico nell'epoca dell'iperrealismo, che trova le sue espressioni più tipiche nel cinema pornografico e nel new horror”, possiamo oggi scovare organi sessuali, viscere, muscoli, tessuti, liquidi organici, sacche purulente e piaghe, anche nel *medical drama*. Come osserva Costa, la decontestualizzazione del particolare introduce in uno spazio di iper-realtà: “il corpo si espande sullo schermo offrendo allo sguardo dello spettatore i recessi più nascosti, le più intime pieghe dei tessuti. Il corpo dilaga sullo schermo lasciando ben pochi margini per qualsivoglia contesto, ridotto in ogni caso a quanto basta per dare maggior rilievo alla visione iperrealistica del dettaglio, dell'*insert*, dell'effetto speciale. Cinema pornografico e new horror sono accomunati dalla dimensione del corpo “beante”, corpo spalancato allo sguardo vampiresco della cinepresa che nel momento in cui lo restituisce a un grado di inusitata visibilità lo priva di ogni realtà”²⁴.

Lo spettatore è così protetto dalla brutalità dell'immagine dal vivo²⁵: entriamo nelle viscere e negli organi, ma in una realtà digitalizzata, semplificata.

Molti dei nostri intervistati si sono rivelati accorti rispetto a questo effetto di iper-realtà.

Riportiamo due brevi stralci estrapolati rispettivamente dal questionario di Ilaria P.²⁶ e dall'intervista a Francesca P.²⁷, telespettatrici.

“Penso che il fatto che spesso, durante le operazioni, non si veda la persona, ma solo il quadrato di pelle su cui si opera renda l'operazione surreale, come se non fosse una persona sul tavolo operatorio, ma solo un busto distaccato dal resto del corpo. Questo mi fa sentire distaccata dall'operazione, come se non riguardasse una persona (e quindi un mio simile, e quindi un possibile me), ma semplicemente un agglomerato di organi”.

Ancora, Francesca P. commenta:

D: “ma secondo te, pensando al fatto che questi sono anche telefilm piuttosto violenti, che mostrano corpi squarciati, il vedere il corpo sofferente che... [effetto produce]?”

R: “non passa come corpo sofferente secondo me. Passa come corpo-oggetto, quindi da dover eliminare la parte malata. Secondo me passa questo. Poi non so se sono io che la vedo in questo modo”

D: “e secondo te passa questo perché questo è il punto di vista medico o perché?”

²⁴ A. Costa, *op. cit.*, p. 358

²⁵ È questo uno dei due grandi vantaggi che la possibilità di localizzare le cause della malattia offre: “le malattie diventano circoscrivibili e la loro rappresentazione è più rassicurante dal momento che il malato viene salvaguardato a scapito di una sua parte, su cui si può agire in modo specifico mediante farmaci appropriati e, soprattutto, attraverso la chirurgia” (L. Speranza, *Dai medici ideali a quelli reali: qualche figura in prestito dalla letteratura*, in L. Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli (a cura di), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, il Mulino, Bologna, 2008, p. 172)

²⁶ Compilato il giorno 09/12/2010 da Ilaria P., laureata, disoccupata, di anni 23, con genitori medici.

²⁷ Intervista realizzata in data 07/12/2010 da Francesca P., studentessa di anni 25.

R: “ma perché secondo me noi siamo abituati, parlo anche di me, a vedere... quando vediamo un corpo, una persona, sotto le mani di un medico, automaticamente noi lo vediamo come un oggetto, non più come una persona. E questo pure per me. Tipo a me non fa schifo vedere budella, cose di fuori, sangue...”

D: “non ti fa schifo in televisione o dici anche nella realtà?”

R: “no, anche nella realtà”

D: “ti è capitato di assistere a situazioni del genere?”

R: “no, forse no. Però non sono una tipa schifiltosa”.

Se il continuo re-intervenire sul reale e sul verosimile e la visione potenziata costituiscono alcune delle dominanti stilistiche degli odierni *medical dramas*, va ricordato che questo ricercato realismo –la fedeltà apparente della rappresentazione alla cosa o al concetto rappresentato- è, come direbbe Stuart Hall, l’effetto, la conseguenza di una specifica articolazione del linguaggio sul reale, il risultato di una pratica discorsiva. Tutti i contenuti mediali sono una serie di discorsi “anche nel senso foucaultiano del termine, cioè 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”²⁸.

La “retorica della costruzione” di *House M.D.* maschera sapientemente, secondo Giovanni Scibilia, “il carattere invasivo e pervasivo” di una medicina in cui la penetrazione senza limiti del corpo (le sonde, gli strumenti operatori, ma soprattutto la ricostruzione al computer di ciò che accade all’interno) è solo uno dei tanti indicatori del fatto che “il paziente è in primis un oggetto da esplorare scientificamente, non qualcuno con cui perdersi in inutili chiacchiere. [...] Tutti gli aspetti della medicalizzazione moderna sono fedelmente rappresentati in questo spazio ma, soprattutto, vengono legittimati dagli straordinari risultati della pratica House”²⁹.

Rari, peraltro, sono i casi in cui si mettono in evidenza le vulnerabilità dei media digitali e (anche se più di frequente³⁰) il ruolo cruciale degli esseri umani nel costruire e calibrare queste tecnologie.

Il regime di visione che abbiamo sin qui evidenziato non è prodotto solo dal bio-medical imaging, ma viene reso operativo attraverso un intreccio di elementi a diversi livelli della rappresentazione.

²⁸ F. Boni, *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004, p. 102

²⁹ G. Scibilia, *Spacciare la medicina nera per la bianca. Doctor House e la medicalizzazione*, in “Aut Aut”, n. 340, ottobre-dicembre 2008, Il Saggiatore, Milano, p. 174

³⁰ Ricordiamo, a onor del vero, che nella prima puntata della prima stagione di *House M.D.*, assistiamo a un dialogo in cui Dr. House mette in discussione l’affidabilità di alcuni esami di laboratorio:

Wilson: I tre markers per i tumori al cervello più frequenti sono negativi. □

House: Non mi fido di quel laboratorio, era meglio mandarlo ad un liceale con il kit del piccolo chimico.

Fra tutti, prenderemo qui in esame il posizionamento del protagonista rispetto al proprio (s)oggetto di cura e lo spazio architettonico in cui egli si trova, nella fiction, ad operare.

House e il paradosso della modernità

Per i nostri occhi ormai frusti, il corpo umano definisce, per diritto naturale, lo spazio d'origine e di ripartizione della malattia: spazio le cui linee, i volumi, le superfici e i cammini sono fissati, secondo una geometria ormai familiare, dall'atlante anatomico. Tuttavia questo ordine del corpo solido e visibile non è per la medicina che uno dei tanti modi di spazializzare la malattia³¹.

Lo spazio della configurazione della malattia e lo spazio della localizzazione del male del corpo, non sono stati sovrapposti, nell'esperienza medica, che per un breve periodo: quello che coincide con la medicina del XIX secolo e coi privilegi accordati all'anatomia patologica. Epoca che segna la sovranità dello sguardo, poiché nello stesso campo percettivo, seguendo le stesse continuità o le stesse faglie, l'esperienza legge d'un sol colpo le lesioni visibili dell'organismo e la coerenza delle forme patologiche; il male s'articola esattamente sul corpo, e la sua distribuzione logica si fa d'acchito per masse anatomiche³².

Michel Foucault

Se volessimo mettere in immagini l'incipit di *Nascita della clinica* di Michel Foucault, potremmo probabilmente servirci - senza apportare sostanziali modifiche - della sigla di *House M. D.*.

La sigla si configura semioticamente come il momento “d'apertura di un contratto comunicativo [...], un posizionamento dello spettatore su un asse di lettura privilegiato”³³.

Quella di *House M.D.*, ad una prima occhiata, sembrerebbe non rivelare molto, se non, appunto, una “geometria ormai familiare” del corpo umano, da atlante anatomico. Eppure inizia a collocare lo spettatore secondo un angolo di visione del tutto coerente con quanto scritto da Foucault.

³¹ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969, p. 15

³² *Ivi*, p. 16

³³ N. Dusi, *La variante interna. Modularità e ripetizione nell'epitesto audiovisivo*, in “Mutazioni audiovisive”, ETS, 2004, p. III.

In sequenza rapida ci vengono proposte delle immagini che sfumano l'una nell'altra attraverso un rincorrersi fluido di dissolvenze; la prima, su sfondo nero, è una "H", scritta in carattere tipografico neutro, chiusa in una cornice quadrata, ad indicare forse il perimetro della mente di *House* o il recinto murario dell'ospedale (*Hospital*). Vi si sovrappone l'immagine radiografica di un cranio e dopo pochi millesimi di secondo, ecco apparire il primo piano di Gregory House. In successione, immagini mediche, ora datate, presentate sullo sfondo di carta invecchiata come fossero le stampe di un atlante anatomico, ora digitali, radio o ecografie: un cervello, delle reti sanguigne, uno sterno e una colonna vertebrale. Sono immerse in uno sfondo nero, sicché non vediamo nulla di ciò che sta intorno ad esse. Poco prima del termine, con passo incalzante, vediamo House (rigorosamente senza camice) e i suoi assistenti avanzare verso la telecamera. Infine, un corpo senza testa, sulle stesse stampe antiche, chiude il cerchio rispetto all'iniziale cranio senza corpo.

Cosa ci stanno dunque indicando i creatori della sigla?

Che la malattia ha un luogo ben preciso, all'interno del corpo, e che il medico col suo sguardo (in questo caso, potenziato dalla moderna strumentazione di diagnostica per immagini) ha il compito di individuarla. Non vediamo un corpo per intero, non vediamo un paziente. E in un certo senso questa politica dello sguardo è la stessa che ritroviamo nel corso di tutta la serie. House sembra infatti incarnare in tutto e per tutto il medico della modernità così come viene descritto da Foucault. Egli si trova però, contemporaneamente, incalzato dalle istanze della medicina post-moderna che lo vorrebbero rispettoso dei protocolli, oculato rispetto alle linee guida per il controllo dei costi, subordinato ai manager sanitari e soprattutto al servizio ("in ascolto") del paziente.

Il rapporto con i colleghi è conflittuale, proprio perché molti di loro sono portatori dei valori e delle logiche della medicina post-moderna. È grossomodo su questa lunghezza d'onda che si colloca anche la tesi di alcuni studiosi statunitensi. Nell'interessante articolo "The Afterbirth of the Clinic"³⁴, essi desumono dalla rappresentazione di *House M.D.* la rinascita nostalgica del medico moderno e teorizzano una parabola della biomedicina tale per cui questa, ancora immersa nella modernità, sarebbe forzata ad entrare in un mondo postmoderno in cui la cura ha assunto caratteri aziendalistici e i sistemi sanitari contemplanò al loro interno molti più attori³⁵: pazienti, famiglie, amministratori sanitari, compagnie farmaceutiche, avvocati, manager, etc. È un'idea interessante, che i quattro studiosi sostengono con lucidità e che in parte qui si condivide. House, lo abbiamo

³⁴ L. E. Rich, J. Simmons, D. Adams, S. Thorp, *The Afterbirth of the Clinic: a Foucauldian perspective on "House M.D." and American medicine in the 21st century*, in "Perspectives in Biology and Medicine", vol. 51, num. 2, Spring 2008, pp. 220-237

³⁵ Va da sé che House, se non ha alcun interesse a parlare con il paziente, ne ha ancora meno ad informare i suoi familiari. Così, nel primo episodio della seconda stagione, dal titolo "Acceptance" - "Accettazione", obbligato a svolgere parte delle moltissime ore arretrate di ambulatorio, si rivolge a Wilson dicendo: "Là fuori troverò un ragazzino con il moccio al naso: ci vogliono trenta secondi per visitarlo e venticinque minuti per parlare con la madre, preoccupata che abbia un tumore o una meningite".

evidenziato, riassume in sé l'approccio moderno (tardo XIX, inizio XX secolo) alla medicina, in cui la diagnostica consiste in uno sforzo di comunicazione direttamente con le malattie³⁶.

Sin dal primo episodio della prima stagione ("Pilot" – "Una prova per non morire") quest'intenzione è apertamente dichiarata in un dialogo emblematico tra House e il suo assistente³⁷:

Foreman: Shouldn't we be speaking to the patient before we start diagnosing?

House: Is she a doctor?

Foreman: No, but...

House: Everybody lies.

Cameron: Dr. House doesn't like dealing with patients.

Foreman: Isn't treating patients why we became doctors?

House: No, treating illnesses is why we become doctors. Treating patients is what makes most doctors miserable.

Foreman: So you're trying to eliminate the humanity from the practice of medicine?

House: If we don't talk to them, they can't lie to us, and we can't lie to them. Humanity is overrated.

Nella conversazione appena riportata, compaiono quasi tutti gli elementi che ci portano a leggere in *House* l'identikit del medico moderno fatto da Foucault.

A fronte del "tutti mentono" pronunciato da House, sappiamo che l'episteme scientifica moderna si basava sulla testimonianza dei sensi, soprattutto della vista, piuttosto che sulla veridicità dei testimoni³⁸. Foucault per primo scriveva che "Paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi"³⁹.

Per la medicina dello sguardo, la narrazione del paziente è superflua, anzi, fuorviante. Il paziente porta con sé una perturbazione che allontana il medico dalla malattia: "La perturbazione primaria è portata con e dal malato stesso. Alla pura essenza nosologica, che fissa ed esaurisce irrisidualmente il suo posto nell'ordine delle specie, il malato aggiunge, come altrettante perturbazioni, le sue

³⁶ Nell'episodio n. 19 della seconda stagione ("House vs God" – "House e Dio"), House confida a Wilson: "Questo posto è pieno di malati: se mi sbrigo li evito!".

³⁷ In italiano la conversazione è stata tradotta nel modo seguente:

Foreman: Non dovremmo parlare alla paziente per fare una diagnosi? □

House: È un medico? Non mi va di sentire bugie. □

Cameron: Il dottor House non ama trattare con i pazienti. □

Foreman: Non è compito del medico curare il malato? □

House: No, curare la malattia è il compito del medico. Trattare con i pazienti è quello che manda il medico in depressione. □

Foreman: Vogliamo eliminare il contatto umano nella pratica della medicina? □

House: Se non parliamo con loro evitiamo di mentirci a vicenda: il contatto umano è una balla.

³⁸ M. Jay, *Parresia visuale? Foucault e la verità dello sguardo*, in M. Cometa, S. Vaccaro, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007, p. 31

³⁹ M. Foucault, *op. cit.*, p. 21

disposizioni, la sua età, il suo modo di vivere e tutta una serie di eventi che, rispetto al nucleo essenziale, figurano come accidenti⁴⁰. Per conoscere la verità del fatto patologico, il medico deve astrarre il malato”⁴¹.

House evita in tutti i modi di interagire con i pazienti, non li vuole vedere, non vuole parlare con loro, non li visita. Quando dice che li ascolta, si riferisce ai suoni e ai rumori dei loro organi⁴², non certo alle loro parole.

Sembra sapere che anche il medico costituisce una perturbazione: “la conoscenza delle malattie è la bussola del medico; il successo della guarigione dipende da un’esatta conoscenza della malattia⁴³; lo sguardo del medico non si rivolge inizialmente al corpo concreto, all’insieme visibile, alla pienezza positiva che gli sta di fronte, il malato. [...] Il ruolo paradossale della malattia consiste soprattutto nel neutralizzarli, nel mantenere tra loro la massima distanza affinché la configurazione ideale della malattia, tra i loro due silenzi, e il vuoto che si scava tra l’uno e l’altro, divenga forma concreta, libera, totalizzata infine in un quadro immobile, simultaneo, senza spessore né segreto, in cui spontaneamente il riconoscimento s’apre sull’ordine delle essenze”⁴⁴.

Un altro aspetto che avvicina *House* alla medicina dello sguardo – al breve periodo che si sovrappone con l’anatomia patologica - è la necessità di sperimentare sui corpi⁴⁵, tanto che a lui, anche nella vulgata, ci si riferisce come al “medico sadico”.

Nel quarto episodio della prima stagione (“Maternità” – “L’epidemia”) assistiamo al seguente dialogo:

Cuddy: Non puoi sperimentare sui bambini. □

House: I medici fanno sempre esperimenti. □

Cuddy: Sugli adulti, con il loro consenso. □

House: Bene, otterrò il consenso dei genitori. □

Avvocato: Il consenso informato. Devono sapere che l’altro avrà una cura diversa. □

House: Questo non è possibile: non è corretto che un paziente conosca la cura di un altro paziente. □

⁴⁰ Questo principio va in direzione opposta alla nuova medicina narrativa e agli assunti dell’antropologia medica che considera gli stessi “accidenti” essenziali ai fini di una narrazione densa della malattia, intrisa di significati personali e sociali.

⁴¹ M. Foucault, *op. cit.*, p. 20

⁴² “Lo stetoscopio, distanza solidificata, trasmette eventi profondi ed invisibili lungo un asse tra tattile ed uditivo. La mediazione strumentale all’esterno del corpo autorizza un distacco che ne misura una distanza morale; la proibizione di un contatto fisico consente di fissare un’immagine virtuale di ciò che si verifica lontano sotto la zona visibile. La lontananza del pudore è, per ciò che è nascosto, uno schermo di proiezione” (M. Foucault, *op. cit.*, pp. 187-188)

⁴³ Una buona *compliance* del paziente non è assolutamente tenuta in considerazione come fattore coadiuvante la guarigione.

⁴⁴ M. Foucault, *op. cit.*, p. 22

⁴⁵ Nell’episodio n. 18 della seconda stagione (“Sleeping dogs lie” – “Un cane è per sempre”), *House* dichiara: “The more symptoms we can force out of (a patient), the more tests we can do. The more tests we do, the more information we get, the quicker we make a diagnosis”.

Avvocato: È un diritto saperlo.□

House: Se lo sanno non acconsentono, questo va contro lo scopo.□

Avvocato: Resta un loro diritto.□

House: Altri due bambini intanto sono sintomatici. Mi rimetto al suo acume legale: cos'ha la precedenza, sei bambini che muoiono o un modulo di autorizzazione firmato?□

Avvocato: Non può farlo!□

Cuddy: Fa' come meglio credi.

Dal canto suo, Foucault scriveva: “L’ospedale è un luogo di osservazione e di dimostrazione (preuve), ma anche di purificazione e di prova (épreuve). La domanda centrale da porsi è dunque la seguente: l’ospedale, struttura destinata ad accogliere la malattia, deve essere uno spazio di conoscenza (connaissance) o un luogo di prova?”⁴⁶.

Medici e pazienti dentro e fuori lo schermo

La distanza che House interpone fra sé e i pazienti non è solo teorica, è molto pratica: egli non si avvicina alla stanza del malato se non in casi di estrema necessità e la sua esplorazione della psiche o dell’identità del paziente ha il solo scopo di scovare informazioni necessarie a fare una diagnosi quanto più precisa possibile. La maggior parte del tempo speso ad occuparsi del paziente (o meglio, della sua malattia) avviene infatti nella stanza delle diagnosi differenziali, ben lontana dal letto del paziente.

Ancora una volta, Foucault sembra fornire una pista di lettura: “Prima di essere presa nello spessore del corpo, la malattia riceve un’organizzazione gerarchizzata in famiglie, generi e specie. Apparentemente non si tratta che di un quadro (tableau) che consente di render sensibile all’apprendimento e alla memoria il campo rigoglioso delle malattie”⁴⁷.

La spazializzazione della malattia arriva ad avere nella serie una rappresentazione ben precisa, concreta, quasi geometrica: la lavagna, esattamente quel “quadro piatto su cui proiettare la classificazione dei sintomi”, schermo che permette ai medici e allo spettatore (che dalla lettura delle immagini digitali, avevamo detto, resta escluso, se non per un atto di fiducia) di seguire le evoluzioni della diagnosi. La lavagna costituisce il “baricentro visivo delle sequenze di elaborazione diagnostica, superficie di “iscrizione” che, rendendolo tangibile, dota di “consistenza ottica” un processo cognitivo (Latour 1986)”⁴⁸.

⁴⁶ M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2004, p. 286

⁴⁷ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1963, p. 16

⁴⁸ G. Tozzi, S. Perna, *House M.D. la visione intensificata*, in F. Denunzio (a cura di), *Il linguaggio del Dr. House*, Liguori Editore, Napoli, 2008, p. 112

House usa infatti la lavagna “come un filologo usa lo *stemma codicum* per risalire all’originale perduto di una dinastia di testi traditi. [...] Al metodo abducente House abbina la pratica dell’anamnesi allargata, ossia un’anamnesi scettica che attacca la referenzialità dei testi (le cartelle ed i referti del paziente), giudicando altrettanto poco attendibili le dichiarazioni dei pazienti (e dei loro parenti)”⁴⁹.

La lavagna è solo uno dei tanti schermi che fanno da filtro fra il medico e i pazienti: le lavagne luminose e i computer dei laboratori, le lenti dei microscopi, i monitor delle sale operatorie, le pareti di vetro delle camere e le partizioni tra i corridoi, il tavolo di vetro nella sala delle diagnosi differenziali, gli scaffali a vista sono tutti oggetti che mettono una distanza ma allo stesso tempo permettono di “vedere attraverso”, di intravedere, di seguire, dalla “giusta distanza”, il decorso della malattia⁵⁰. Addirittura House, piuttosto di stare in compagnia dei pazienti, si rifugia talvolta a guardare su un vero e proprio schermo televisivo la serie tv *General Hospital*.

Un caso lampante di ipertrofia dello schermo si verifica nel secondo episodio della terza stagione (“Cane and Able” – “Caino e Abele”), quando House scruta la pulsazione del cuore di un bambino su un monitor perché ritiene che l’origine di alcuni sintomi risieda lì. Ebbene, il problema che gli impedisce di “scovare il colpevole” sembra essere legato alla qualità delle immagini. Come scriveva Foucault, la percezione medica deve “strutturarsi come uno sguardo attraverso una lente che, applicata alle diverse parti di un oggetto, ne mette in risalto altre che senza di essa non si sarebbero scorte. [...] Medico e malato sono stretti in una prossimità sempre più grande, e legati, il medico da uno sguardo che spia, preme sempre più e penetra, il malato dall’insieme delle qualità insostituibili e mute che, in lui, tradiscono – cioè mostrano e celano le belle forme ordinate della malattia”⁵¹.

Così House ritiene di aver bisogno di uno schermo più grande. Con un’iperbole perfettamente in linea con il carattere eccentrico di House, il medico (e con lui, lo spettatore) si trova allora ad osservare il cuore del bambino su un megaschermo cinematografico.

⁴⁹ D. Gherardi, *La lavagna del dottor House*, in “Cinergie” n. 14, settembre 2007, Le Mani, Recco, p. 26

⁵⁰ Sembra che questo carattere dell’architettura contemporanea nelle serie (qualcuno li ha chiamati “mondi dell’extratitido”), accomuni *House* a, per esempio, *Bones*. Leggiamo allora in un articolo: “The interior spaces on *Bones* are modern, clinical, and contain numerous technological and medical devices. The scientificity of the Jeffersonian labs are highlighted by glass specimen cases, electron microscopes, digital displays, scientized images of evidence, examining tables, large images (of presumably magnified body tissue) mounted on walls. [...] As in *CSI*, glass walls and doors are prominent and characters are shown looking at the evidence through glass cases, on monitors, through microscopes, thus highlighting observation as a purposeful activity (Lury 2005). The technology that mediate evidence are shown as neutral features of scientific investigation – value-free tools that illuminate the material world. Accordingly, images on *Bones* function as objects of truth” (S. Kahle, *Sentimental Science, Somaticisation, and Forensic Drama*, in “Critical Studies in Media Communication”, Routledge on-line, 2013, p. 7)

⁵¹ M. Foucault, *op. cit.*, pp. 28-29

Alcune delle caratteristiche sin qui delineate mettono in evidenza quanto serie come *House, E.R.*, *Grey's Anatomy*, ma anche il nostro *Medicina generale*, abbiano oltrepassato, o meglio, reso più complessa, la tradizionale rappresentazione del medico eroe, dedito anima e corpo al suo lavoro, attento e compassionevole. Le vite lavorative appaiono complicate da elementi come la fallibilità, l'insicurezza, la sofferenza fisica o psicologica personale, periodi di sregolatezza e non ultimo, dall'aumento di ruolo e di funzione di altri lavoratori nel contesto della sanità.

Assistiamo inoltre ad una rappresentazione molto meno idealizzata della sanità, non tanto o non solo come luogo fisico (l'ospedale) ma come sistema: il precario equilibrio di tutti i fattori in gioco lascia intendere le difficoltà della gestione della salute oggi. Occorre curare bene ma suddividere le risorse, non fare troppi esami per non sperperare soldi, negoziare (spesso, litigare) le direttive degli amministratori sanitari, le loro linee guida e protocolli, salvo poi, per salvare delle vite, doverli infrangere. Solo presi tutti assieme, i protagonisti di queste serie, lasciano intravedere un ritratto più completo ed equilibrato del medico che tutti conosciamo. Nel caso di *House M.D.*, ad esempio, Cameron rappresenta la dottoressa compassionevole e prodiga di cure e attenzioni, che fornisce supporto fisico e psicologico ai pazienti, mentre Chase incarna l'umiltà e l'ammissione delle limitatezze dell'umano (e dunque del medico) così come Wilson ricorda l'umanità.

È pur vero che, rispetto a ciò che avviene in serie corali come *E.R.*, *Grey's Anatomy* o *Medicina Generale*, il personaggio di House occupa e domina il ruolo centrale al punto che le prospettive degli altri protagonisti sono relegate in secondo piano. A fronte del successo della pratica clinica di House, sembra dunque che il modello del medico affettuoso e compassionevole risulti inefficiente o inefficace e che, dopotutto, la medicina basata sulle tecnologie salvi più vite di quanto non facciano gli approcci centrati sul paziente. Ovviamente, benché nella serie i due approcci sembrano incompatibili e contrapposti, nella pratica nulla vieta che si integrino a beneficio del paziente.

La conflittualità di House nei confronti di una medicina postmoderna⁵² è dunque spiegata se si considera che questa esige la re-introduzione del paziente, piuttosto che la sua sottrazione dal processo di cura, e richiede al medico un comportamento codificato (da protocolli e vincoli di bilancio) e il rispetto di un'etica professionale che House smentisce sin dal primo episodio, evidenziando la sua intolleranza⁵³ verso il camice e selezionando i pazienti (o meglio, i casi) in base

⁵² Se negli stati uniti leggiamo "We define postmodern medicine as the reintroduction of the patient and other stakeholders into the medical encounter that has occurred since the 1960s and 1970s. This era has included the publishing of Henry K. Beecher's "Ethics and Clinical Research" (1966), the adoption of a Patient's Bill of Rights by the American Hospital Association" (E. Rich, J. Simmons, D. Admas, S. Thorp, M. Mink, *op. cit.*, p. 228), sono piuttosto i tardi anni '70 a portare l'Italia sulla stessa lunghezza d'onda. La nascita del Tribunale italiano per i diritti del malato risale infatti all'anno 1980, periodo in cui assistiamo anche alla diffusione nel settore sanitario del consumerismo organizzato, di un movimento dei consumatori e, in parte come risposta ai fenomeni di cui sopra, alla diffusione di meccanismi istituzionali di empowerment e di tutela del paziente-consumatore.

⁵³ Edward Vogler, nominato nel consiglio di amministratore del Princeton Plainsboro Hospital in seguito ad un'ingente donazione, nell'episodio n. 18 della prima stagione parla di House nel modo seguente: "Gregory House is a symbol of

al potenziale di stimolo per il suo cervello, non in base alle loro necessità né, men che meno, alle necessità dell'azienda ospedaliera⁵⁴. Senza contare il fatto che House si occupa di un paziente alla volta, al massimo due, e mal sopporta i casi banali, infatti ha ore e ore di ambulatorio arretrate⁵⁵.

Strauman e Goodier sintetizzano mirabilmente i caratteri di questa dinamica interna a *House M.D.*: “the patients, often depicted as a source of symptoms for House’s white board, are alienated from discussions about their illness, and the intense focus on science as the primary means to understand human illness leaves little time for physicians to explore the social and emotional lives of their patients. The visual representation of the interior of the human body as the disease process takes its course furthers this theme of alienation. We literally see the disease acting on and, in many cases, destroying the body. Patients, thus, are bodies assaulted by disease on which physicians act”⁵⁶.

Stando alle testimonianze dei nostri intervistati, la situazione, talvolta, non è molto diversa nei contesti reali. Agli occhi di Sofia C., anzi, il trattamento riservato ai pazienti in un ospedale bolognese appare di gran lunga peggiore di quello visto in televisione:

“sicuramente il corpo, almeno nella mia esperienza, non viene... cioè vieni considerata appunto come un corpo, non come... cioè, faccio degli esempi: ti devi denudare davanti a tutti gli altri pazienti; nella mia camera erano in sei, in sei signore, sicuramente erano tutte donne, però erano anche tutte anziane, erano persone che io non conoscevo, ok? Devi fare la pipì davanti a tutti, sotto un lenzuolo, con una padella. E non è semplice; e le infermiere si aspettano che tu lo faccia tranquillamente questa cosa, anzi insistono anche in maniera abbastanza brusca su questa cosa. Ti lavano davanti a tutti, con delle spugne, e non è neanche questa una cosa... e tutto già viene fatto senza un’attenzione precisa verso la persona, ma semplicemente considerandoti un corpo. Un corpo da pulire, un corpo da curare, ma non come corpo anche unito alla persona e alla sensibilità di una persona. E

everything wrong with the health care industry. Waste. Insubordination. Doctors preening like they’re kings, and the hospital is their own private fiefdom. Health care is a business. I’m going to run it like one”.

⁵⁴ Un altro fondamentale elemento della medicina postmoderna è il ripudio dell’oggettività come desiderabile o possibile. A dimostrazione di quanto detto poco sopra, nel primo episodio della seconda stagione un paziente si chiede perché tutti i test siano stati inconcludenti e l’assistente di House, Cameron, risponde che “la diagnostica è più un’arte che una scienza”.

⁵⁵ Anche questo è un atteggiamento già descritto da Foucault: “la medicina della specie s’avvia verso una rinnovata attenzione all’individuale [...] La pratica ospedaliera soffoca le qualità dell’osservazione e spegne il talento dell’osservatore col numero di cose da osservare. La percezione medica non deve rivolgersi né alle serie né ai gruppi; essa deve strutturarsi come uno sguardo attraverso una lente che, applicata alle diverse parti di un oggetto, ne mette in risalto altre che senza di essa non si sarebbero scorte”. (M. Foucault, *op. cit.*, p. 28)

⁵⁶ E. C. Strauman, B. C. Goodier, *The Doctor(s) in House: an analysis of the evolution of the television doctor-hero*, in *Journal of Medical Humanities*, n. 32, 2011, p. 44

quindi secondo me questo divide molto il telefilm dalla realtà. Perché nel telefilm c'è molta attenzione... i medici sono quasi degli psicologi per i pazienti e in realtà non è così"⁵⁷.

Anche Sara B. sembra essere dello stesso parere:

“negli ospedali spesso la parte più “umana” o la sofferenza psicologica per una malattia fisica viene completamente dimenticata, non c'è spazio di ascolto per i pazienti cronici, si pensa che l'unica cosa da curare sia il corpo, si focalizzano solo sull'organo da curare e dimenticano che dietro l'organo malato c'è una persona; ancora non c'è molta apertura da parte dell'ambiente medico sul fatto che un supporto di tipo psicologico a volte è importante, anzi necessario”⁵⁸.

Incredibile è la vicinanza fra queste osservazioni e quelle di uno studioso che, riferendosi ad *House M.D.* scrive: “Instead of producing interiorly through psychological discourse and confession, an ontology of the self is mapped to the exteriorized surfaces of the body's organs”⁵⁹.

La reintroduzione della voce del paziente altera dunque il processo diagnostico e la negoziazione diventa un fattore centrale nel medical decision making. Questa dimensione è ovviamente esacerbata quando il paziente possiede alcune conoscenze specifiche in fatto di medicina. In modo particolare, quando il paziente è il medico. Nella seconda stagione, dopo essere stato colpito da un colpo di arma da fuoco, House richiede informazioni sull'operazione cui verrà sottoposto e sui trattamenti che verranno predisposti per curargli la gamba. “They don't like to release patients' operative notes”, gli dice Cameron, proprio perché il medico, quando si trova ad essere nel ruolo di paziente, viene trattato con lo stesso metro di misura. Essere un paziente, in *House M.D.*, ha sempre significato essere estromesso dall'intero processo di cura nonostante la conoscenza che sarebbe stato possibile portare al caso. A ulteriore conferma di ciò, nell'episodio n. 20 della seconda stagione (“Euphoria” – “Euforia”), House si trova a curare un medico, e di fronte alle ripetute richieste di delucidazioni e tentativi di intromissione di questo, gli ordina: “eat your meals, take your temperature every half-hour and any meds I command you to take”.

Se nel mondo postmoderno non è possibile escludere così radicalmente il paziente dal processo terapeutico, è vero che i numerosi nuovi attori sulla scena della cura rischiano di affollare il campo e complicare la messa in atto dei trattamenti. Medici dentro e fuori dallo schermo lamentano

⁵⁷ Estratto dall'intervista a Sofia C., 24 anni, educatrice presso un asilo nido, realizzata il 28/12/2010.

⁵⁸ Estratto dal questionario di Sara B., 34 anni, educatrice e psicologa, compilato in data 08/02/2011.

⁵⁹ S. Kahle, *Sentimental Science, Somaticisation, and Forensic Drama*, in “Critical Studies in Media Communication”, Routledge on-line, 2013, p. 10

soprattutto l'introduzione di linee guida e protocolli da parte dagli amministratori sanitari, che diminuirebbero l'autorità e la libertà della loro pratica, e l'obbligo di adempiere a impegni burocratici che ridurrebbero il tempo a disposizione per la visita dei pazienti.

A questo proposito, e a dimostrazione dei cambiamenti introdotti con l'aziendalizzazione delle strutture ospedaliere⁶⁰, nel secondo episodio della prima stagione di *Medicina Generale*⁶¹ ("Madri"), assistiamo al seguente dialogo fra il primario del reparto di Medicina Generale, il dottor Bergamini, e un infermiere di lunga data, Angelo De Sanctis:

Bergamini: vede De Santis, trent'anni di esperienza sul campo non fanno necessariamente di lei un valido caposala. A volte lei è un po' rozzo, scorbutico, anche poco diplomatico.

De Sanctis: che c'è venuto apposta a offendere?

B: sono venuto a spiegarle. È lei che me l'ha chiesto. Le sto dicendo quello che penso.

D: sono rozzo, non ho diplomazia? A parte il fatto che lo dice lei, ma dove sta scritto che uno deve aver studiato in un collegio svizzero per diventare caposala?

B: cosa stanno diventando gli ospedali lo vede anche da sé, no? Io faccio il burocrate, il ragioniere, l'informatico, il confronto bilancio-preventivi, i consuntivi, passo ore al telefono col direttore sanitario, poi se incontro la figlia del [letto n.] 45 al massimo scopro che di suo padre so quanto mi è costato. Non è molto no?

D: se vuole ie batto le mani professò; il guaio è che io la conosco troppo bene.

B: su una cosa aveva ragione: che la Morelli è un po' troppo giovane, sì, è vero. Ma i giovani ci sono cresciuti con la mentalità aziendale, e la Morelli al corso era la più brava di tutti. Le ho dato da risolvere come esercizio delle grane di bilancio che avevo qui in reparto. Ci ha messo due minuti.

D: i giovani saranno pure cresciuti con la mentalità aziendale, ma lei che ne sa della mia? Doveva bandire il concorso, ci doveva mettere a confronto. Io lo so che l'avrei vinto.

Guardare ma non toccare, ovvero la scomparsa della visita

In a postmodern world, however, the modern medical ethic creates tension within the medical encounter as well as

⁶⁰ La riorganizzazione su criteri aziendalistici delle strutture sanitarie è un fenomeno che si verifica 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.

⁶¹ *Medicina Generale*, serie di produzione italiana andata in onda su Rai 1 tra 2007 e 2008 (prima stagione) e tra 2009 e 2010 (seconda stagione), racconta la vita quotidiana dell'omonimo reparto di un grande ospedale romano. Girata all'interno di un vero nosocomio di Roma, il Forlanini, si ispira per ciascun episodio a storie vere e ricorre a consulenti scientifici per la trasposizione dei dettagli tecnici. "Meno sanguinolenta di *E.R.*, meno cinica di *Dr. House*, meno ironica di *Grey's Anatomy*", come la definiscono Gisotti e Savini, la serie introduce nella narrazione elementi di novità e di grande credibilità all'interno del genere *medical*. Non sono rari infatti gli episodi rappresentati di malasania, le situazioni di carenze amministrative ed economiche, le tensioni fra i medici e i direttori sanitari e fra i primi e gli infermieri.

dissatisfaction for physicians and patients alike. Although medical schools continue to train physicians in *Le regard*, physicians are expected to behave according to a postmodern ethic that may place them at odds with that regard (for example, recognizing patient autonomy, sharing authority with various third parties, and managing their practices using a business model). [...] The inclusion of a broad spectrum of lay participants in health care works at cross-purposes with the scientific goal of disease identification and elimination. This duality produces an ethical contradiction in the American medical system.⁶²

L. Rich, J. Simmons, D. Adams, S. Thorp

È indubitabile (e del tutto comprensibile) che il lavoro del medico, da alcuni decenni a questa parte, sia profondamente cambiato. Stretto fra esigenze contrapposte, il medico deve oggi rispondere del suo operato ai molteplici attori che hanno acquisito un ruolo da co-protagonisti sulla scena della cura. Ma la questione appare spinosa: sembrerebbe che nuovi e vecchi medici si stiano “rimpallando” le responsabilità rispetto ad una formazione alla pratica medica che non tiene conto del sapere della mediazione con i pazienti né della cura in senso lato (al di là del “risanamento dei corpi”).

È questa una tendenza confermata da innumerevoli testimonianze di medici italiani e statunitensi che viene invece addolcita nelle rappresentazioni delle fiction *made in Italy*. Riteniamo che questo scollamento – sui grandi numeri, tutto da dimostrare -, al di là di una precisa intenzione di idealizzazione della pratica medica contemporanea, possa essere dovuto al fatto che gli imperativi e i vincoli (economici e logistici, pratici ed ideologici) dell’industria televisiva italiana abbiano prodotto delle distorsioni nella (rap)presentazione delle questioni legate all’arena della Sanità.

Un caso particolare, lo abbiamo accennato, è rappresentato da *Medicina Generale*.

Benché debba molto ai *medical dramas* americani (la sigla della serie è ricalcata scena per scena su quella di *E.R.* e già dalla metà della prima stagione, quando evidentemente le idee e le soluzioni stilistiche iniziavano a scarseggiare, gli episodi assumono in tutto e per tutto la struttura narrativa di quelli di *House M.D.*), i pazienti in cura presso il reparto di *Medicina Generale* soffrono di malattie comuni e statisticamente probabili (nel corso della serie contiamo un caso di SLA, alcuni di infarto o ictus e di diabete, intossicazioni alimentari, trombosi, donazioni di midollo, AIDS, tumori ai polmoni, etc.). L’ospedale, per quanto grande e al servizio di una capitale come Roma, sembra

⁶² L. Rich, J. Simmons, D. Adams, S. Thorp, *op. cit.*, p. 235

essere accessoriato al minimo: nel *pilot* assistiamo infatti alla corsa contro il tempo della protagonista, l'infermiera Anna Morelli, alla ricerca di un defibrillatore, a quanto pare l'unico dell'ospedale, riposto nel reparto di rianimazione. Pochissime sono le malattie rare rappresentate e ancora meno sono le scene che ritraggono interventi chirurgici, probabilmente per i pochi mezzi a disposizione della produzione. Come i medici denotano peculiarità caratteriali adeguate ai personali modi di ricoprire la professione, così i pazienti sono ben caratterizzati, non appaiono costruiti su un identikit fisso e, in certi casi, sono tutt'altro che rappresentati in una condizione di passività: sono protagonisti della serie a tutti gli effetti, non manichini intercambiabili da aprire, operare e dimettere⁶³. È inoltre curiosa la rappresentazione che viene fatta nella serie di più di un paziente del tutto disinteressato alle procedure in atto e assolutamente indifferente, se non contrario, ad essere informato e incluso nel processo di cura. Nel primo episodio della prima stagione ("La scelta di Anna") assistiamo a questo dialogo fra la radiologa e una paziente anziana che a causa del diabete rischia di perdere una gamba:

Dottoressa [mentre sparge il gel sulla gamba e posiziona il macchinario per l'ecoDoppler]: In questo modo signora riusciamo a vedere quanto sangue passa ancora attraverso la gamba.

Signora: a me che me importa?

D: non le interessa sapere cosa facciamo?

S: no.

Ancora, nel terzo episodio della prima stagione ("Ragioni e sentimenti"), il dottor Pogliani tenta di dialogare con un anziano paziente, detto "il generale" per il suo trascorso nell'esercito, tutt'altro che collaborativo:

Pogliani: Ho controllato la sua tac e i risultati della sua analisi neurologica. Ne vogliamo parlare?

Generale: voglio che mi curiate in fretta!

P: faremo del nostro meglio. Le capita mai di cadere?

G: normalmente no. Lei cos'è, uno di quei medici che si sono laureati nel '68?

P: no io nel '68 facevo ancora l'asilo.

P: hai mai dei momenti di perdita della lucidità?

G: meno di lei. E anche se m'avete dato due punti, sto benissimo! Ho la testa dura io. Ma cosa fa, un altro prelievo?

⁶³ Ci sembra importante ricordare che in misura molto maggiore a quanto rappresentato, nella pratica, i medici, come i pazienti, adottano forme diverse di reazione al cambiamento. Medici e pazienti sono sempre più "attori che evolvono l'uno in relazione all'altro" (L. Speranza G. Vicarelli, W. Tousijn (a cura di), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, il Mulino, Bologna, 2008, p. 84).

Morelli: può stare tranquillo per favore?

G: io sono tranquillissimo, è lei che è nervosa.

[...]

P: diamogli della Levodopa e vediamo la reazione. Vede, questo farmaco che le stiamo per...

Gen: eh t'ho già detto che non mi interessa. È lei il medico? E faccia il medico!

P: non le interessa essere coinvolto nella cura?

G: per niente. A ognuno il suo mestiere. E poi perché mi guarda con quella faccia?

P: mah perché sarebbe importante. Si chiama alleanza terapeutica ed è tutta la medicina...

G: ehhhh quante chiacchiere quante chiacchiere. Mi sto fidando di lei. Non è contento?

P: bene.

G: vada, vada!

Una situazione particolare, infine, va evidenziata. Quasi tutti i medici in *Medicina Generale* come prima cosa visitano il paziente che è stato loro assegnato. Solo in un secondo momento prescrivono esami computerizzati ed analisi, come invece spesso avviene in *House M.D.*. Emblematica di questo modo di fare è la prima scena del *pilot*, in cui il dottor Pogliani si appropinqua al letto di una paziente (stabile ma impaurita), si china sopra di lei, le stringe una mano e le chiede affettuosamente “come va?” (si badi che non le domanda “dove ha male?”, formulazione tipica del medico moderno). Eppure, in contraddizione con quanto le immagini nel corso di tutta la serie ci lasciano intendere, assistiamo sin dal primo episodio della prima stagione al seguente dialogo fra Pogliani e la dottoressa Boschi:

Boschi: stavolta una denuncia non me la leva nessuno.

Pogliani: Ti denunciano se sbagli diagnosi. Tu per adesso ancora non hai fatto niente, a parte una valanga di esami inutili.

B: ma proprio da noi lo dovevano portare questo ragazzo?

P: proviamo l'ultima carta?

B: e quale? Gli abbiamo già fatto fare tutti gli esami possibili...

P: eh ma non gli abbiamo ancora fatto fare la cosa più semplice, quella che facevano sempre i vecchi medici.

B: che cosa facevano?

P: Visitavano i pazienti. Eh? Su, dai.

Medicina Generale sembra voler problematizzare una tendenza della pratica medica contemporanea che non solo è rappresentata anche in altre serie *medical*, ma che appare realmente in atto fra i professionisti della sanità delle ultime generazioni. Riportiamo, per completezza, due dialoghi esemplificativi di come è trattata la questione rispettivamente nell'episodio n. 8 della seconda

stagione di *House M.D.* (“The mistake” – “Sotto accusa”) e nell’episodio n. 3 dell’ottava stagione di *Grey’s Anatomy* (“Take the lead” – “Prendi il comando”):

Chase [Parlando di Kyla, la paziente]: Stava bene due ore fa...

□House: Se per bene intendi che spruzzava fiotti di sangue da ogni orifizio, allora sì... sono d'accordo.

Chase: Se avesse anche solo accennato all’ibuprofene e al sangue nelle feci...□

House: Già! Ma non tutti hanno fatto medicina come te. Diarrea, sangue nelle feci, sono domande di routine!

Chase: Che nessuno fa mai! Non ho commesso un errore così grave.□

House: Un errore è grave secondo quello che ne consegue! Questa donna rischia di morire perché non hai fatto lavorare il cervello!

[La scena si apre nella camera di una paziente, distesa sul letto e in attesa di una diagnosi. In piedi, di fianco a lei, tre specializzandi timorosi in riga con le mani alzate. Ai piedi del letto, la dott.ssa Cristina Yang (che da pochi mesi non è più specializzanda) controlla la cartella del paziente e sbadatamente concede la parola agli apprendisti. Alle sue spalle, defilata e in penombra vicino alla porta, la sua supervisor, medico di chirurgia toracica]:

Cristina: tu!

Specializzando 1: Ruth Bennet, 50 anni, sostituzione della valvola mitralica, ha dolori allo stomaco.

Cristina: dolori allo stomaco? Che avete fatto?

[I tre alzano di nuovo la mano contemporaneamente]

Cristina: tu! [indicando lo specializzando di mezzo, senza nemmeno alzare gli occhi dalla cartella]

Specializzando 2: controllato gli enzimi cardiaci, fatto un’ecocardiogramma, tutto ok.

Cristina: qualcuno le ha palpato lo stomaco?

[Sia la supervisor che la paziente rivolgono uno sguardo d’attesa agli specializzandi. Loro si guardano a vicenda e uno dei tre sfoglia nervosamente il suo taccuino]

Cristina alza finalmente gli occhi dalla cartella e con sguardo severo si rivolge a loro:

Cristina: nessuno ha toccato la paziente?! Siete la classe dei dotti? Palpare l’addome del paziente è la prima cosa, prima dei test e delle analisi. Le basi, i fondamentali... è importante non saltare nessuna fase.

[Gli specializzandi annotano freneticamente sul taccuino mentre Cristina palpa l’addome e la paziente urla “ahi!”]

C: oh scusi. Le fa più male o meno quando tolgo la mano?

P: di più.

C [voltandosi verso gli specializzandi]: Visto? Le basi. Questo dovrete farlo a occhi chiusi. Portate la signora Bennet a fare una tac a triplo contrasto.

Che siano schermi, monitor, moduli da compilare o protocolli da rispettare a porre una distanza fra medico e paziente, certo è che se i secondi lamentano tempi di visita troppo esigui e attenzioni

scadenti, i primi –e fra di loro, i più anziani- si dichiarano del tutto consapevoli che molto lavoro è ancora da fare per coniugare esigenze e tempistiche di tutti i partecipanti al processo di cura. Se “oggettivazione e riduzionismo sono il prezzo pagato per poter utilizzare le conoscenze scientifiche e tecnologiche allo scopo di ottenere straordinari risultati in termini di salute”, oggi i cambiamenti sin qui evidenziati nel campo della cura vorrebbero invertire il processo: “si tratta di recuperare, in qualche modo, la soggettività del malato, creando una “nuova medicina soggettiva” che tenga conto della vita del malato e non soltanto del suo corpo”⁶⁴.

Eppure, se consideriamo quanto riporta Giorgio Cosmacini nel suo ultimo libro “La scomparsa del dottore”, già nel 1953 il clinico italiano Cesare Frugoni percepiva tale trasformazione della professione dichiarando che “tra la coscienza e sensibilità del medico e quella del malato si interpone il fattore inanimato di innumerevoli strumenti che, mentre sono di immensa utilità pratica agli effetti della diagnosi, diminuiscono fatalmente i contatti fra curanti e pazienti”⁶⁵.

Testimonianze più recenti, raccolte tra il 2008 e il 2009 fra i medici di una provincia di medie dimensioni del Mezzogiorno italiano⁶⁶, confermano questa tendenza:

“Il clinico vero non esiste più, noi facevamo la diagnosi visitando l’ammalato; per la pleurite non c’era bisogno di fare la radiografia, ce ne accorgevamo già durante la visita [...] si faceva la diagnosi al letto dell’ammalato, coadiuvandola, poi, con gli esami di laboratorio [...] la visita medica oggi non c’è più” (Medico Pediatra)⁶⁷

“So bene che questo sembrerà il solito discorso del vecchio rivolto ai giovani, ma non è così perché oggi ci sono dei medici validissimi, però alcuni passaggi del percorso sia diagnostico che terapeutico sono delegati eccessivamente agli strumenti e questa cultura della delega alla tecnologia porta alla deresponsabilizzazione, il malato non viene più visitato, il malato è un’ecografia, il malato è un numero di laboratorio, il malato, se va bene, è una lastra. Qualche giorno fa, non a caso, leggevo che hanno ingessato il braccio di un paziente e non era quello giusto: qui non siamo di fronte ad un problema di ignoranza, ma di disattenzione, disinteresse per il paziente e questo, sinceramente, mi allarma. Nel mio lavoro io avevo bisogno dei pazienti, per un medico il paziente è la cartina di tornasole, penso d’aver avuto un ottimo rapporto con loro e ho sempre curato le persone” (Medico Gastroenterologo)⁶⁸

⁶⁴ L. Speranza, G. Vicarelli, W. Tousijn, *op. cit.*, p. 148

⁶⁵ G. Cosmacini, *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un’estinzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013, p. 21

⁶⁶ Le interviste sono state raccolte da un team di ricercatori diretti da Lorenzo Speranza, dell’Università di Brescia.

⁶⁷ L. Speranza, *Medici in cerca d’autore*, il Mulino, Bologna, 2012, p. 44

⁶⁸ *Ivi*, p. 125

“La cosa più impegnativa per un medico è comunicare con il paziente, i giovani medici non hanno capito, o hanno dimenticato, che ogni discorso di qualità professionale ha una premessa: una buona comunicazione fra medico e paziente; non si deve stare *ex-cathedra*, dev’essere un rapporto interattivo, il paziente deve collaborare, il paziente è la miglior risorsa del medico, fa lui la diagnosi se il medico lo sa far esprimere” (Medico Gastroenterologo)⁶⁹

“Persino il medico di medicina generale, che è il primo con il quale si viene a contatto, è indaffarato in tutta una serie di attività burocratiche che impegnano molto del suo tempo, e, generalmente, è poco propenso ad ascoltare. Per quanto ridimensionato nell’ultimo decennio, tale atteggiamento in parte persiste e, frequentemente, non ci consente di dare quelle risposte che il paziente si aspetta. La visita è ridotta sempre più all’essenziale, ad un eccesso di tecnicismo, qualsiasi cosa si risolve nel prescrivere un esame o una prestazione, non si visita più il paziente, molte risposte si ottengono più facilmente da un’indagine, da un esame ematochimico, da un’ecografia che non dall’ascoltare il paziente e dal cercare di focalizzare ciò che ci viene esposto” (Medico Manager)⁷⁰

Riportiamo, infine, una preziosa testimonianza scritta di prima mano da un medico statunitense:

“On my first day as an attending physician in a new hospital, I found my house staff and students in the team room, a snug bunker filled with glowing monitors. Instead of sitting down to hear about the patients, I suggested we head out to see them. My team came willingly, though they probably felt that everything I would need to get up to speed on our patients – the necessary images, the laboratory results – was right there in the team room.

This ward experience highlighted for me an evolving tension between two approaches to patients. In the first way – call it the traditional way – the body is the text, a text that is changing and must be frequently inspected, palpated, percussed, and auscultated. [...]

The other way – call it the expedient way – is not formally taught, and yet residents seem to have learned it no matter where in the United States they trained. The patient is still at the center, but more as an icon for another entity clothed in binary garments: the “iPatient”. [...] iPATIENTS are handily discussed (or card-flipped) in the bunker, while the real patients keep the bed warm and ensure that the folders bearing their names stay alive on the computer. The problem with this chart-as-surrogate-for-the-patient approach is – to quote Alfred Korzybski, the father of general semantics – that the map is not the territory.

[...] Patients recognize how the perfunctory bedside visit, the stethoscope placement, through clothing, on the sternum like the blessing of a potentate’s scepter, differs from a skilled, hands-on exam. Rituals are about transformation, and when performed well, this ritual, at a minimum, suggests attentiveness and inspires

⁶⁹ *Ivi*, p. 131

⁷⁰ *Ivi* p. 313

confidence in the physician. It strengthens the patient-physician relationship. [...] In short, bedside skills have deteriorated as the available technology has evolved⁷¹.

In attesa di completare il quadro con le interviste da noi raccolte presso i medici dell'area urbana di Bologna, non possiamo non osservare che la transizione “dal medico *old style*, tipo “dottor Kildare” (per il quale resta centrale il rapporto con la realtà antropologica del paziente) al medico *new style*, tipo “doctor House” (per il quale il rapporto con il paziente, trasformato in cliente, è divenuto eccentrico, essendo la centralità riservata non più al malato, ma alla realtà fisiopatologica della sua malattia)”⁷², come la sintetizza Cosmacini, è in realtà un processo in atto probabilmente dalla nascita della clinica, un processo che non si può univocamente attribuire alle disattenzioni o alla “disumanizzazione” delle nuove generazioni di medici (poiché alcuni di coloro che criticano queste generazioni, devono pur averle formate). È un processo probabilmente congenito all'evoluzione della medicina e della clinica, che risulta via via più stridente a causa di tecnologie sempre più avanzate a disposizione dei medici, delle richieste di sistemi sanitari sempre più stratificati e complessi da amministrare, di un tessuto sociale in rapido cambiamento e di una formazione universitaria controversa e sicuramente ancora carente per quanto riguarda l'integrazione di medicina e “humanities”. In base ai dati di cui disponiamo, sembra lecito pensare che la trasformazione di cui tanto si è parlato assuma in realtà i caratteri di un sottotesto dal flusso perenne che in alcuni periodi storici appare come ineluttabile, in altri conveniente, nel nostro, contestato. Le due facce della medicina, quella basata sull'evidenza e quella centrata sulla persona convivono dunque in equilibrio precario e sembrano entrare in conflitto in momenti di crisi e di scarsità di risorse come testimoniato dalle voci e dalle rappresentazioni dei medici del XXI secolo.

⁷¹ A. Verghese, *Culture Shock. Patient as Icon, Icon as Patient*, in “New England Journal of Medicine”, n. 359, dicembre 2008, pp. 2748-2750

⁷² G. Cosmacini, *op. cit.*, p. 88

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ARSKEY H., *Expert and Lay Participation in the Construction of Medical Knowledge*, in “Sociology of Health and Illness”, vol. 16, n. 4, 1994
- ATKIN C., WALLACK L. (a cura di), *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, Sage, Newbury Park, 1990
- BONI F., *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004
- BRUHN JENSEN K., JANKOWSKI N. (a cura di), *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research*, Routledge, London, 1991
- COMETA M., VACCARO S. (a cura di), *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007
- COSMACINI G., *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013.
- COSTA A., *Il cinema e le arti visive*, Einaudi, Torino, 2002
- DUSI N., *Dr. House: l'ambizione di capire*, in M. P. Pozzato, G. Grignaffini (a cura di), *Mondi seriali: percorsi semiotici nella fiction*, RTI, Cologno Monzese, 2008
- DUSI N., *La variante interna. Modularità e ripetizione nell'epitesto audiovisivo*, in “Mutazioni audiovisive”, ETS, 2004
- FOUCAULT M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2004
- FOUCAULT M., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1963
- FREIDSON E., *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002
- FRIEDMAN L. D. (ed. by), *Cultural Sutures: Medicine and Media*, Duke University Press, Durham, 2004
- GHERARDI D., *La lavagna del dottor House*, in “Cinergie”, n. 14, settembre 2007
- GISOTTI R., SAVINI M., *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010
- JAY M., *Parresia visuale? Foucault e la verità dello sguardo*, in M. Cometa, S. Vaccaro, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007
- KAHLE S., *Sentimental Science, Somaticisation, and Forensic Drama*, in “Critical Studies in Media Communication”, Routledge on-line, 2013
- KELLEHER D., GABE J., WILLIAMS G., *Challenging Medicine*, Routledge, London, 2006
- LUPTON D., *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*, Sage, London, 1994

- MANGHI S., *Il medico, il paziente e l'altro*, Franco Angeli, Milano, 2005
- NEALE S., *Genre and Cinema*, in Tony Bennet et alii (a cura di), *Popular Film and Television*, BFI/Open University, London, 1981
- NEWCOMB H. M., *Media Institution: the creation of television drama*, in K. Bruhn Jensen, N. M. Jankowsky, *A Handbook of qualitative methodologies for mass communication research*, Routledge, London, 1991
- POZZATO M. P., GRIGNAFFINI G. (a cura di), *Mondi seriali: percorsi semiotici nella fiction*, RTI, Cologno Monzese, 2008
- RICH L. E., SIMMONS J., ADAMS D., THORP S., *The Afterbirth of the Clinic: a Foucauldian perspective on "House M.D." and American medicine in the 21st century*, in "Perspectives in Biology and Medicine", vol. 51, n. 2, Spring 2008
- SCIBILIA G., *Spacciare la medicina nera per la bianca. Doctor House e la medicalizzazione*, in "Aut Aut", n. 340, ottobre-dicembre 2008, Il Saggiatore, Milano
- SPERANZA L., *Medici in cerca d'autore*, il Mulino, Bologna, 2012
- SPERANZA L., VICARELLI G., TOUSIJN W. (a cura di), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, il Mulino, Bologna, 2008
- STRAUMAN E. C., GOODIER B. C., *The Doctor(s) in House: an analysis of the evolution of the television doctor-ero*, in "Journal of Medical Humanities", n. 32, 2011
- TOZZI G., PERNA S., *House M.D. la visione intensificata*, in F. Denunzio (a cura di), *Il linguaggio del Dr. House*, Liguori Editore, Napoli, 2008
- VERGHESE A., *Culture Shock. Patient as Icon, Icon as Patient*, in "New England Journal of Medicine", n. 359, dicembre 2008
- WRIGHT P., TREACHER A., *The problem of medical knowledge: examining the social construction of medicine*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1982