

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN

Storia

Ciclo XXVII

Settore Concorsuale di afferenza: **11/A3**

Settore Scientifico disciplinare: **M-STO/04**

**La sanità mediata:
il rapporto medico-paziente dentro e fuori lo schermo
televisivo**

Presentata da: **Valentina Capi**

Coordinatore Dottorato

Prof. Massimo Montanari

Relatore

Prof.ssa Maria Malatesta

Esame finale anno 2015

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1 – La scena della cura	
1.1 Due protagonisti e un terzo attore: la televisione	13
1.2 Tra informazione e sensibilizzazione: alcuni dati sull'Italia di oggi	17
1.3 L'era biomediativa	24
Capitolo 2 – Lineamenti della ricerca sui pubblici	
2.1 Antropologia e mass media: un incontro tardivo	28
2.2 Gli audience studies	31
2.3 Gli studi su mass media e sanità: molta teoria, poca pratica	35
Capitolo 3 – La medicina in televisione	
3.1 Una panoramica sull'Italia	42
3.2 Peculiarità e popolarità del medical drama	45
3.3 La fiction tra realismo e verosimiglianza	58
Capitolo 4 – <i>House M.D.</i> e la medicina (post)moderna	
4.1 Estetica e anatomia dello sguardo clinico	62
4.2 <i>House</i> e il paradosso della modernità	67
4.3 Medici e pazienti attraverso lo schermo	72
4.4 Guardare ma non toccare: la scomparsa della visita	76
Capitolo 5 – Verso un'etnografia del consumo	
5.1 Metodologia e partecipanti	85
5.2 Il consumo mediale	93
5.3 La popular culture come arena di negoziazione del sapere sulla malattia	95
5.4 Profilo degli spettatori e delle spettatrici	105
5.5 Familiarizzare con l'ambiente medico attraverso il capitale mediatico	111
5.6 Selezione strategica delle narrazioni	133
5.7 Circolarità dei modi di dire la malattia	138

Capitolo 6 – Apprendisti dottori: gli studenti di Medicina a scuola di fiction	
6.1 A lezione di medicina	143
6.2 Sviluppare competenze narrative e performative	153
6.3 Quando la fiction fa informazione	160
6.4 Sbirciare il mestiere	162
Capitolo 7 – «E quindi rimane il medico»: testimonianze di una professione che cambia	
7.1 Una relazione in evoluzione	178
7.2 Informazione di massa e comunicazione interpersonale	184
7.3 Il tempo: un bene di lusso	196
7.4 Specializzazione della medicina, dispersione della relazione	204
7.5 «Quell’aspettativa per cui nessuno vuole morire»	205
7.6 La medicina difensiva	208
Capitolo 8 – Per una nuova scena della cura	
8.1 Pratiche di relazione, prove di comunicazione	217
8.2 Formazione ai medici, educazione ai cittadini	221
8.3 Dal paradosso alla convergenza	225
Bibliografia	230
Appendice	
Dati d’ascolto della serie <i>House M.D.</i>	
Anagrafica dei telespettatori	
Interviste ai telespettatori	
Questionari telespettatori	
Questionari studenti di Medicina	
Interviste ai medici	

Introduzione

Nel corso dei decenni, le serie a tema medico hanno offerto sul piccolo schermo il racconto più diretto, popolare e durevole delle norme che regolano la gestione professionale della malattia.

Joseph Turow¹

Cosa ha a che vedere la rappresentazione con la cultura? In parole semplici, la cultura riguarda i “significati condivisi”. [...] Al di là di tutto, i significati culturali non si trovano unicamente “nella mente”. Essi organizzano e regolano le pratiche sociali, influenzano le nostre azioni e di conseguenza producono effetti reali e concreti.

Stuart Hall²

Presenza fissa nei palinsesti nazionali e internazionali da alcuni decenni, la fiction di ambientazione ospedaliera condensa ed estremizza alcuni aspetti salienti dell'epoca contemporanea e si pone dunque come un potente «laboratorio di assorbimento e diffrazione di un immaginario»³ sulla salute e sulla malattia, a lungo riservato ai professionisti della sanità. Pochi studiosi si sono occupati di indagare lo stato della negoziazione fra rappresentazioni mediatiche della sanità ed esperienze quotidiane dei contesti di cura ed autocura. Eppure «lo studio dei modi in cui le pratiche e le istituzioni sanitarie sono rappresentate nei mass media e la ricezione di queste rappresentazioni da parte dei pubblici è fondamentale per coloro che cercano di capire gli aspetti socio-culturali della medicina e le conoscenze e le pratiche legate alla salute»⁴.

Sulla base di un ricerca di campo realizzata attraverso interviste e questionari a telespettatori e operatori della sanità di Centro e Nord Italia, ho inteso evidenziare le

¹ «Over the decades, doctor series have presented the clearest, most popular and most enduring scenarios

² «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» (S. Hall, *Representation: cultural representations and signifying practices*, Sage, London, 1997, p. 3, trad. it. mia).

³ F. La Rocca, A. Malagamba, V. Susca. (a cura di), *Eroi del quotidiano: figure della serialità televisiva*, Bevivino Editore, Milano, 2010, p. 14.

⁴ D. Lupton, *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*, Sage, London, 1994, p. 19 (trad. it. mia).

modalità attraverso cui i soggetti interiorizzano e utilizzano nel proprio mondo di vita quanto viene loro offerto sugli schermi televisivi. L'obiettivo è capire se e quanto i medical dramas abbiano contribuito a ridefinire conoscenze, aspettative e pratiche dei telespettatori/pazienti rispetto a questioni concernenti la salute e al loro ruolo all'interno della relazione medico-paziente. Per far emergere le rappresentazioni e le autorappresentazioni che i protagonisti della scena della cura hanno elaborato rispetto al proprio posizionamento all'interno del rapporto medico-paziente, ho sollecitato medici e utenti a raccontare le proprie esperienze interattive, in particolare quelle che testimoniassero di cambiamenti in corso nella relazione. Se le interviste con i telespettatori si sono orientate più direttamente al racconto di esperienze di cura o autocura mediate dai medical dramas, le questioni emerse dal mio incontro con i medici sono state più generali: la comunicazione quotidiana medico-paziente, l'informazione sanitaria di massa, la fiducia/responsabilità fra medico e paziente, le aspettative sociali riguardo alla sanità. Per ciascuna area tematica ho cercato di mettere in evidenza non solo il ruolo dell'esperienza mediata e il carattere di novità che i partecipanti hanno individuato rispetto al passato, ma anche la varietà di punti di vista e di esperienze sull'argomento.

La sfida è stata quella di fare interagire sullo stesso terreno di gioco due mondi (il mondo possibile della fiction e il mondo reale), due cornici di definizione della realtà (il sapere mediatico e il sapere dell'esperienza), due ruoli che ognuno di noi si trova ad assumere nel corso della propria vita con intenzioni, modalità, sentimenti, abilità e disposizioni differenti (lo spettatore e il paziente).

Tutto ciò è stato considerato poi alla luce dei resoconti degli studenti di medicina, simbolicamente a metà tra il profano e il professionista, e dei medici, che si trovano oggi, per motivi diversi, a ricollocarsi all'interno di un rapporto in evoluzione.

Nello svolgimento della tesi, saranno quindi messe in evidenza alcune delle interferenze della televisione e della fiction nella vita quotidiana e, parallelamente, alcune modalità di costruzione sociale del sapere medico.

I ruoli di paziente e di spettatore non sono mai stati così intersecati come nell'ultimo decennio e le due figure sono sempre più spesso interpellate, nei rispettivi ambiti, in qualità di utenti (al punto che questo termine, nella vulgata così come nella stampa e in alcuni contesti istituzionali, è diventato sinonimo sia di "pazienti" che di "spettatori").

In un'epoca in cui «la morte è detta e ridetta, ma al contempo scongiurata»⁵, affinché si instauri e si preservi un senso diffuso di “sicurezza ontologica” «tutto un insieme di componenti basilari della vita umana – sostiene Giddens – deve essere relegato in disparte, in un certo senso “sequestrato” dalle routine della vita quotidiana»⁶.

La follia, la criminalità, la malattia, la morte diventano – a differenza che nelle società pre-moderne – “esperienze rare”. Ma la rarità delle esperienze dirette risulta fortemente attenuata dalla frequenza delle esperienze mediate: «Si potrebbe dire, pur senza annettere a una tale affermazione una portata generalizzante, che il contatto mediato e delocalizzato con le esperienze sequestrate include in sé le condizioni di possibilità di una neutralizzazione dell'insicurezza»⁷. La morte, come direbbe Philip Ariès, viene così addomesticata.

Rispetto a questo panorama, la malattia è precisamente ciò che re-introduce un dubbio sulla datità della propria esistenza, è un momento di crisi della presenza - nella sottolineatura di Ernesto De Martino - un confronto con un rischio. È noto che gli individui, messi di fronte a situazioni drammatiche, tentano di riparare lo strappo che ha lacerato la loro quotidianità, cercando informazioni. Secondo Giddens, questo tipo di attività costituirebbe un'opportunità di *empowerment*, da realizzarsi attraverso la riqualificazione delle abilità che i soggetti hanno perso nell'espropriazione della competenza profana per opera di sistemi esperti. È la conoscenza stessa degli esperti - ricorda Giddens - ad aver peraltro enfatizzato la percezione del rischio (nessuno si sentiva così esposto al rischio di malattia prima delle campagne di screening per la prevenzione⁸).

Sembra allora lecito ipotizzare che il successo dei medical dramas sia dovuto, oltre ad altri fattori, alla necessità di esorcizzare la malattia e la morte volendole conoscere più

⁵ G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998, p. 224.

⁶ M. Buonanno, *Come se. Realtà multiple e mondi possibili dell'immaginazione narrativa*, in M. Buonanno (a cura di), *Realtà multiple: concetti, generi e audience della fiction TV*, Liguori, Napoli, 2004, p. 31.

⁷ *Ibid.*

⁸ Questo stato di ansietà mette il cittadino in ruolo di “malato potenziale”, che è ben descritto da Deborah Lupton: «Man mano che la tecnologia medica è utilizzata in un numero sempre maggiore di contesti, viene posta maggiore enfasi sulla “scoperta” di patologie nascoste all'interno del corpo. [...] L'attuale popolarità delle procedure di analisi e di screening finalizzate a diagnosticare la malattia ai primi stadi comporta la ridefinizione delle nozioni di salute e di malattia. [...] Dopo essersi sottoposte a un esame medico, le persone precedentemente sane entrano in uno stato liminale in cui l'integrità del loro corpo è messa in discussione e lasciata in sospeso mentre aspettano i risultati del test» (D. Lupton, *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*, Sage, London, 2003 p. 106, trad. it. mia).

da vicino, per non esserne sorpresi⁹. Questi programmi, infatti, se da una parte si rivolgono alle ansie e alle preoccupazioni sulla sicurezza dell'individuo nel mondo, dall'altra, come giustamente sostiene Seale, rassicurano gli spettatori di essere circondati da un efficace servizio di salvataggio della comunità¹⁰. Il *topos* del defibrillatore, nell'azzeccata definizione di Nicola Lusuardi, resuscita i pazienti e il racconto può ripetere la resurrezione ad ogni episodio: «Il paziente può morire, ma i medici sono ancora vivi. Non si tratta solo di fare esperienza della propria morte (come qualunque teoria narrativa ci spiega riguardo al senso del raccontare storie), ma si tratta di fare esperienze di morte. Esperienza di guardarla e immedesimarsi in coloro che la attraversano, la subiscono, la combattono. [...] L'anima cerca le vie per economizzare il dolore. Per questo ha bisogno della ripetizione»¹¹. Per esorcizzare bisogna ripetere, come in un rituale, ogni volta identico e ogni volta variato, bisogna rimettere in scena e ri-assistere alla scena, secondo un procedimento fatto della stessa sostanza della serialità¹². Nel medical drama si può ravvisare allora una funzione di ricomposizione di un senso comune¹³ sulla malattia, che avviene attraverso la narrazione di storie. E la fruizione di questi prodotti potrebbe quindi essere considerata, sul piano simbolico, un primo tentativo di autocura¹⁴.

Se è fuori di dubbio che i medical dramas abbiano ampliato (entrando a far parte delle conoscenze informali) il sapere sulla medicina di cui disponevano i telespettatori prima di essere esposti ad un immaginario così preciso, fatto di figure, strumenti e terminologie specialistiche, resta da stabilire quali usi gli spettatori facciano di queste conoscenze, acquisite più o meno consciamente.

⁹ Sono molti i critici che, all'apice del successo della serie *ER* negli Stati Uniti, hanno indicato, come ragione principale dei consensi, la crescente ansietà del pubblico americano riguardo all'efficacia del sistema sanitario. Lo stesso Steven Spielberg, co-produttore della serie, aveva osservato: «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*, in "la Repubblica", 11 novembre 1994, p. 43).

¹⁰ C. Seale, *Media and Health*, Sage, London, 2002, p. 23.

¹¹ N. Lusuardi, *La rivoluzione seriale. Estetica e drammaturgia nelle serie hospital*, Dino Audino Editore, Roma, 2010, p. 33.

¹² Come osserva giustamente Milly Buonanno, c'è da chiedersi se il venir meno delle grandi narrazioni non abbia indotto a fare maggiore affidamento su uno storytelling più frammentato ma con tutta evidenza intensificato nella società contemporanea (M. Buonanno, cit., p. 22).

¹³ Intendo qui il senso comune quel meccanismo sociale finalizzato a tenere fuori portata il dubbio riguardo alle definizioni della realtà.

¹⁴ Il concetto di autocura designa «i sistemi tecnici e simbolici e l'insieme dei saperi, delle rappresentazioni e delle pratiche messe in opera nella dimensione individuale, familiare o comunitaria, per fronteggiare prima ancora del ricorso a professionisti della salute, l'insorgenza di minacce ed eventi negativi avvertiti come rischiosi per la propria salute» (G. Pizza, *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2008, p. 189).

L'ipotesi della scrivente, all'inizio della ricerca, era che i saperi negoziati a partire dalla fruizione di medical dramas fossero riutilizzati in senso tattico, in un'ottica di *empowerment* del ruolo del soggetto (il paziente/telespettatore) dentro al rapporto medico-paziente. Stando alle testimonianze raccolte, l'intenzione, in effetti, era tale. L'esito, tuttavia, sembra essere un mutamento più simbolico che pratico delle reciproche posizioni all'interno del campo della cura.

Il paziente tenta di utilizzare una terminologia precisa per porsi agli occhi del medico come un soggetto autorevole, quasi un suo pari, ma ricalcando le categorie biomediche per dire il proprio malessere non solo scatena le ire del medico "peccando di hybris", ma perde anche la possibilità di opporre alle categorie astratte della biomedicina un racconto significativo per se stesso, che lo aiuti a dare un senso alla propria malattia attraverso la narrazione. Il medico, che sente messa in discussione la propria autorevolezza e relativizzata la propria conoscenza, in un primo momento reagisce ponendosi in un'ottica difensiva o addirittura conflittuale. Ne disegna le coordinate storiche 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»¹⁵.

Lo scenario attuale ritrae dunque l'incontro medico-paziente come sempre meno sereno e sempre più costoso, non solo in termini emotivi. Poiché l'atteggiamento difensivo implica che il medico prescriva più esami per rassicurare il paziente, il risultato di tutto ciò si tradurrebbe in un aggravio di spesa da parte delle aziende sanitarie. Eppure, in un recente rapporto del Forum per la Ricerca Biomedica, si sostiene che «il numero di contatti ed i volumi di utenza che fanno ricorso al medico di medicina generale

¹⁵ 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, pp. 16-17.

rappresentano già delle conferme implicite del grado di fiducia e di autorevolezza che gli italiani concedono a questa figura professionale»¹⁶.

Come spiegare l'apparente contraddizione? Innanzitutto l'affermazione appena riportata deve essere problematizzata. Quando ci si trova in una condizione di malattia, non si può fare altro che andare dal medico. Ne consegue che il numero di contatti registrati negli ambulatori medici non può essere automaticamente assunto come indice di autorevolezza quanto piuttosto di necessità e probabilmente di mancanza di reali alternative. La scelta di rivolgersi al medico dipende poi dalla gravità della patologia, che ridefinisce in partenza una condizione di asimmetria e affidamento fra curante e curato. L'affermazione va quindi incrociata con alcuni dati ricavati dal Monitor Biomedico¹⁷, che più verosimilmente sono indice di un contesto fiduciario in cui convivono istanze diverse, non per forza in contraddizione fra loro. I dati (Figura 1) evidenziano che gli italiani, nel 50,9 % dei casi¹⁸, ritengono che la decisione sulla propria salute debba essere presa in collaborazione con il proprio medico. Solo per il 28,5% del campione degli intervistati, il medico, in quanto esperto, deve decidere autonomamente sulle cure e sulla salute del paziente e solo per il restante 20,6%, il medico deve fornire le informazioni su malattia e terapia e le decisioni devono poi essere prese dal paziente.

¹⁶ Forum per la Ricerca Biomedica, *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*, Fondazione Censis, Roma, 5 luglio 2007.

¹⁷ Monitor Biomedico 2014, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, 27 ottobre 2014, p. 13.

¹⁸ Le statistiche del Monitor Biomedico si basano su un campione nazionale di 1000 individui.

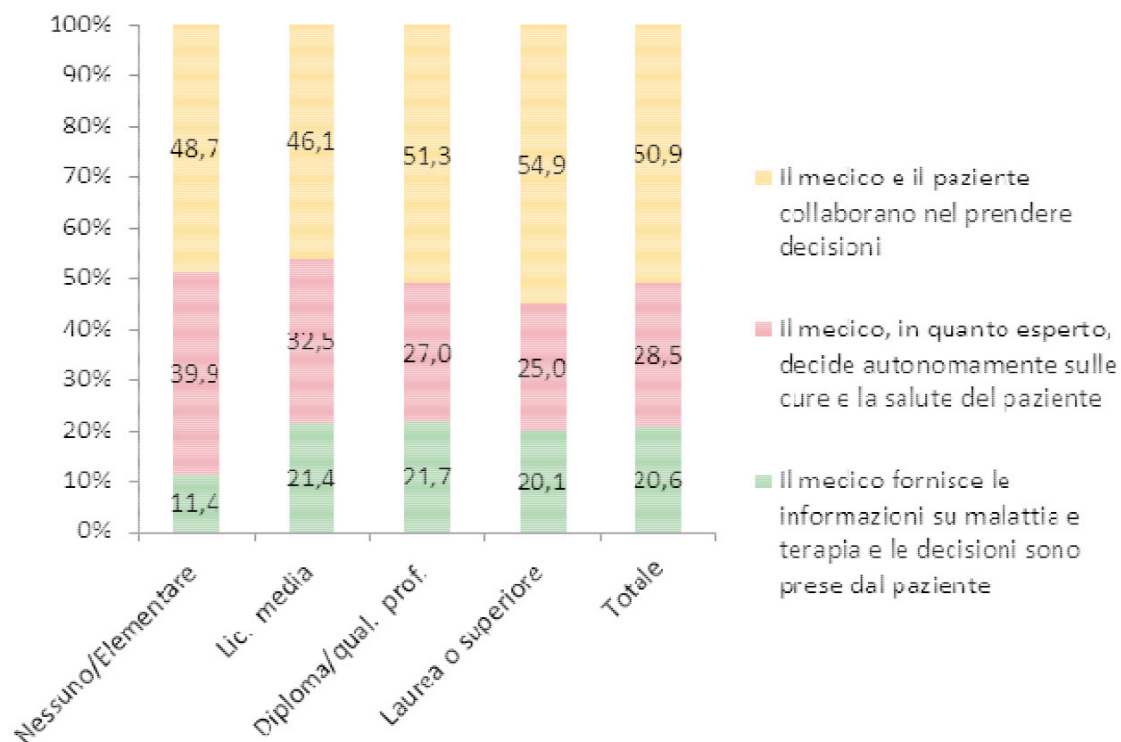


Fig. 1: Chi dovrebbe decidere in merito alle cure più appropriate quando si ha un problema di salute, per titolo di studio (val. %)

Fonte: Monitor Biomedico 2014, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, 27 ottobre 2014, p. 13.

È chiaro che questi dati testimoniano una tendenza più generale rispetto a quella solitamente rintracciata nell'erosione dell'autorevolezza del professionista della sanità¹⁹ e vanno contestualizzati in un orizzonte più ampio di quello del singolo incontro medico-paziente. Di cosa è indice questa posizione? Da una parte, certamente, del fatto che il cittadino vuole essere reso partecipe, oltre che informato, del proprio processo di cura; dall'altra, che siamo in una fase storica in cui le responsabilità riguardo alla salute vengono rimpallate tra medico e paziente. Risulta a questo proposito pertinente l'osservazione del Forum per la Ricerca Biomedica del 2007, quando sostiene: «I medici sembrano fare fatica a riformulare il loro ruolo: da una parte infatti denunciano che l'organizzazione del Sistema Sanitario richiede loro soprattutto di vigilare sui comportamenti degli assistiti, più che di decidere per loro, dall'altra che questi ultimi sembrano anch'essi sospesi tra il bisogno di una rassicurazione, che il medico in quanto

¹⁹ L'erosione dell'autorevolezza del medico è presupposta dal proporzionale aumento del potere decisionale del paziente. Ma che l'uno implichi l'altra, nei singoli casi, è tutto da dimostrare.

tale non può più offrire, e la rivendicazione di spazi di autonomia che impediscono, di fatto, al medico di intervenire nelle scelte dei pazienti»²⁰.

Stando ai resoconti dei miei intervistati, la situazione che medici e pazienti vivono quotidianamente è, con i dovuti aggiustamenti, quella appena descritta. Nei singoli casi, essa non si esprime però sotto forma di opposizione o di conflitto. Medico e paziente sembrano piuttosto impegnati in una negoziazione al rialzo, nel tentativo di far convergere le reciproche conoscenze ed esigenze verso una scelta che li soddisfi entrambi, umanamente e clinicamente. Ciò avviene perché il paziente, oltre ad essere spaventato dalla propria malattia, realizza di non aver comunque conoscenze sufficienti per poter prendere decisioni sulla propria salute in autonomia, mentre il medico si rende conto che, senza il coinvolgimento pieno del paziente nel processo di cura, ogni terapia rischia di essere vana. Alcune proposte, individuate dai partecipanti, per superare la logica difensiva che continua a contraddistinguere molte relazioni medico-paziente riguardano la necessità di fornire a cittadini e cittadine un'educazione sanitaria di base e ai professionisti della salute una formazione universitaria orientata anche alla relazione umana con i sofferenti.

In questo contesto, il medical drama è servito da filtro per affrontare la questione da una prospettiva ancora poco praticata. È chiaro che il peso del medical drama all'interno della variegata cultura mediale attuale non può essere separato dall'incidenza di tutti gli altri stimoli che ogni giorno i media e l'esperienza diretta del mondo forniscono. Inoltre, il potere dell'esperienza diretta²¹, specie per ciò che riguarda le situazioni di malattia acuta, non ha eguali nell'agire come elemento di de-strutturazione di saperi in altri modi consolidati. Tuttavia, gran parte della ricerca sul ruolo dei media nell'educazione sanitaria ha sottostimato l'uso che le persone fanno dei media per provare esperienze piacevoli piuttosto che per ricevere messaggi gravi²². È questa una lacuna dovuta al pregiudizio che alcuni prodotti dell'industria culturale contribuiscano al mero intrattenimento ("only entertainment"), che ha portato ad ignorare il fatto che prodotti come la fiction trasmettono, a vari livelli, messaggi impliciti o espliciti sulla salute e che, per converso, le campagne medialì di informazione sanitaria, mirate a diffondere istruzioni comportamentali o a cambiare credenze sedimentate, sono risultate spesso

²⁰ Forum per la Ricerca Biomedica, *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*, Fondazione Censis, Roma, 5 luglio 2007, p. 64.

²¹ Come scrivono Berger e Luckmann, fra le molteplici realtà «ve n'è una che si presenta come la realtà per eccellenza», ovvero la realtà della vita quotidiana (P. Berger, T. Luckmann, *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 2007, p. 42).

²² C. Seale, cit., p. 2.

inefficaci. Basandosi sull'assunto che il piacere, nell'assistere ad un determinato programma, è condizione necessaria per riuscire a trattenere alcune informazioni, i networks televisivi e i professionisti della sanità, negli Stati Uniti, hanno iniziato a lavorare insieme sulle sceneggiature delle serie televisive al fine di fornire un'educazione sanitaria di base al proprio pubblico. L'auspicio è che il mio, come ogni altro studio capace di rendere conto del ruolo dell'esperienza mediata nella vita di tutti i giorni possa aiutare ad «illuminare la più ampia questione (formulata da antropologi, storici e studiosi dei media) di come le culture costruiscono le esperienze personali di salute e malattia. La comprensione di questo è essenziale per gli educatori sanitari, gli erogatori di servizi per la salute e gli studiosi del comportamento della malattia»²³. Sulla scorta di queste considerazioni, recuperando la bibliografia esistente, ho provato a formulare alcune ipotesi di utilizzo dei medical dramas nell'ambito della formazione degli operatori della sanità. Dopotutto, vale la pena attrezzarsi, visto che una ineludibile intimità di media e medicina continuerà a stare al cuore delle relazioni sociali di cura nel nostro futuro²⁴.

Nel primo capitolo sono evidenziate le coordinate storico-culturali del campo, all'interno del quale ha preso vita la ricerca; vengono identificati gli attori principali e ricostruito il contesto teorico di riferimento per tutte le affermazioni a seguire.

Il secondo capitolo ripercorre le principali fasi della ricerca sui pubblici e lo stato dell'arte degli studi sulla ricezione di programmi a tema medico.

Il terzo capitolo presenta una panoramica sulla programmazione relativa alla medicina nella televisione italiana e approfondisce le caratteristiche del genere di fiction e, al suo interno, del medical drama.

Il quarto capitolo avanza uno studio di caso sulla serie *House M.D.*, con l'intento di registrare corrispondenze fra la medicina rappresentata in tv e la pratica medica raccontata da alcuni dei suoi operatori.

Il quinto capitolo si addentra nella ricerca di campo, ne delinea metodologia e partecipanti e restituisce le modalità di ricezione del medical drama attraverso le parole degli spettatori. Nel capitolo, vengono messe in luce strategie di acquisizione del capitale mediatico ed esempi di utilizzo dello stesso in contesti di cura reali,

²³ C. Seale, cit., p. IX.

²⁴ C. Hooker, H. Pols, *Health, Medicine, and the Media*, in "Health and History", vol. 8, n. 2, 2006, p. 12.

comparandoli con quelli di uno studio omologo condotto su telespettatori francesi e inglesi.

Il sesto capitolo immagina alcune modalità d'impiego del medical drama nella formazione degli studenti di medicina per l'apprendimento di competenze narrative; valuta inoltre, in via introduttiva, le motivazioni dell'iscrizione alla facoltà di medicina alla luce del successo dei medical dramas.

Il settimo capitolo restituisce i racconti delle interazioni comunicative fra medici e pazienti, presentando il punto di vista dei medici. Attraverso le parole degli intervistati, vengono analizzati alcuni dei fattori ritenuti responsabili delle recenti mutazioni nel rapporto medico-paziente.

L'ottavo capitolo censisce alcune pratiche locali, individuali o di gruppo, attivate per migliorare la comunicazione fra curanti e sofferenti e fa il punto sullo stato del rapporto medico-paziente per come esso è emerso nei racconti degli intervistati.

Capitolo 1

La scena della cura

Dr. Foreman: Hai letto la cartella clinica?

Dr. House: Ho iniziato, ma i personaggi sono piatti.

Paziente: Lei è il Dottor House?

Dr. House: Mi ha visto in televisione?

(*House M.D.*, “Brutto”, stagione 4, episodio 7)

1.1 Due protagonisti e un terzo attore: la televisione

La diade medico-paziente non è mai solo una diade, nemmeno nell'intimità della visita o nella riservatezza del colloquio fra il soggetto che ha bisogno di cure e il suo curante. Certo, medico e paziente sono i due attori protagonisti della scena della cura, al punto che non si darebbe la ragion d'essere dell'uno senza l'altro. Ma questo duo «è sempre parte di più ampie triangolazioni policentriche con un terzo attore simbolico. Quest'ultimo può essere tanto individuale quanto collettivo (come per esempio il Sistema dei media o l'Azienda ospedaliera). Tale tertium non è identificabile in astratto ma varia da resoconto a resoconto»²⁵.

Medico e paziente, infatti, prendono parte all'interazione comunicativa con un bagaglio di saperi, sensibilità, identità sociali, aspettative ed esperienze che a loro volta si sono originate dal confronto, dallo scontro o dall'essere in una determinata situazione, dentro a un determinato contesto e, più in generale, a una cultura. L'interesse che questa tesi rivolge all'incontro medico-paziente si focalizza sulle modalità relazionali che i due soggetti si sono trovati a mettere in atto all'interno di una cultura della salute, qual è quella contemporanea, profondamente mediata dai mezzi di comunicazione di massa e, in particolare, dalla televisione e da internet. Nella società del “Mediaevo”²⁶ è fuori

²⁵ S. Manghi, S. Tomelleri, *Il sapere delle relazioni. Immagini emergenti dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, in G. Guizzardi (a cura di), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna, 2004, p. 18.

²⁶ M. Morcellini (a cura di), *Il Mediaevo. Televisione e industria culturale in Italia nel XX secolo*, Carocci, Roma, 2000.

discussione il ruolo che hanno assunto i media nella costruzione sociale dell'idea di salute e di malattia²⁷. Lungi dall'arrestarsi al livello delle rappresentazioni, i discorsi, le immagini, gli stimoli e le possibilità offerte da internet e televisione hanno progressivamente riconfigurato – e continuano a rinnovare – il rapporto tra domanda e offerta di salute.

La «piazza mediatica», come ben sintetizza Sergio 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»²⁸. La scena della cura, dunque, si allarga. E come è giusto che sia in un campo così dinamico e permeabile del sociale, a nuovi – o rinnovati – attori corrispondono nuovi ruoli, nuovi diritti e nuove responsabilità.

Allo scopo di individuare alcune di queste trasformazioni, ho scelto di prendere in considerazione un particolare medium e uno specifico prodotto dell'industria mediale, per i motivi qui sinteticamente introdotti e più avanti approfonditi. Il medium sul quale si fisserà l'attenzione è la televisione²⁹, non solo perché, ancora oggi, risulta essere, in particolar modo in Italia, il più diffuso, capillare e trasversale (per tipo di pubblico) *storyteller* dell'epoca contemporanea, ma anche in quanto essa ha fornito e tuttora fornisce mezzi di definizione della realtà per larghi segmenti di popolazione.

All'interno della programmazione – e della fruizione – televisiva, il prodotto che più mi interessa interrogare è la fiction³⁰ di ambientazione ospedaliera, il cosiddetto *medical drama*, e nella fattispecie le più popolari serie televisive americane e italiane, andate in

²⁷ L'idea di salute e malattia non è mai un prodotto astratto. Prima di tutto perché, come evidenzia Mark Nichter, «le rappresentazioni permettono la governamentalità (definita come l'esercizio del potere attraverso l'informazione e la regolamentazione) legittimando specifiche istituzioni, procedure, analisi, calcoli e programmi» (M. Nichter, *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, The University of Arizona Press, Tucson, 2008, p. 4, trad. it. mia). In secondo luogo, ma non per importanza, perché «Come una malattia viene percepita dalla società nel suo complesso – e come viene percepita da ciascuna famiglia, a livello individuale – influenza l'esperienza biosociale di malattia» (*Ibid.*, p. 12, trad. it. mia).

²⁸ S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 32.

²⁹ Non si intende qui "televisione" in senso stretto, come tecnologia di trasmissione di prodotti audiovisivi, ma, come si vedrà più avanti, ci si riferisce in senso lato alla più ampia cultura visuale odierna, all'interno della quale i contenuti pensati per la trasmissione televisiva sono reperibili anche online e fruibili su varie piattaforme (computer, smartphone, tablet, etc.).

³⁰ In senso lato, per fiction si intende qui un corpus di storie d'invenzione per il piccolo schermo.

onda sulle televisioni italiane dagli anni Novanta ad oggi. Come sosteneva a ragione Milly Buonanno nel 2002, la fiction televisiva «non è che l'ultima – per ora – materia del contendere, nella tensione mai sopita fra alta a bassa cultura, fra cultura d'élite e cultura popolare»³¹. Sebbene nell'ultimo decennio la considerazione della fiction televisiva sia decisamente migliorata - specie per quanto riguarda la produzione americana, che ha dimostrato di saper creare prodotti talmente raffinati dal punto di vista visuale e narrativo da far invidia al grande schermo - è ancora parzialmente vero che «pur essendo la componente più nobile, costosa e successful dell'industria televisiva, è spesso riguardata dal pubblico intellettuale, soprattutto italiano, con un distacco ironico e superficiale che a malapena riesce a mascherare il disprezzo»³². Non interessa qui, e nemmeno è di mia competenza, esprimere un giudizio sulla “qualità” intrinseca delle serie considerate. La fiction si dimostra interessante per altri motivi. Non da ultimo, per l'ingente quantitativo di ore trasmesse ogni anno dalle reti nazionali³³, locali e satellitari, per il coinvolgimento di audience di decine di milioni di persone in tutto il mondo e per il particolare rapporto che essa intrattiene con la realtà (e dunque con i suoi spettatori). In linea del tutto introduttiva, basti per ora riflettere sul fatto che «non c'è mai stata un'epoca in cui la maggioranza della popolazione avesse regolare e costante accesso al drama, e ne facesse uso [...]. Sembra probabile che in società come la Gran Bretagna e gli Stati Uniti la maggioranza degli spettatori veda più drama in una settimana o in un fine-settimana di quanto, in epoche precedenti, ne avrebbe visto in un anno o in un'intera vita»³⁴. Considerando che l'osservazione appena riportata tiene conto dello stato di salute della fiction molto prima della vera e propria esplosione televisiva del genere, si può capire quanto sia vero che se da un lato forme e ambiti di mediazione dell'esperienza sono sempre esistiti e «l'esperienza vissuta nella situata concretezza della vita quotidiana resta ancor oggi centrale per gli individui», dall'altro «non c'è mai stata un'epoca che abbia conosciuto una simile esplosione delle esperienze mediate. Gran parte della nostra esplorazione e conoscenza del mondo passa

³¹ M. Buonanno, *Le formule del racconto audiovisivo*, Sansoni, Milano, 2002, p. 38.

³² G. Bechelloni, prefazione a M. Buonanno (a cura di), *Realtà multiple: concetti, generi e audience della fiction tv*, Liguori Editore, Napoli, 2004, p. 2.

³³ Solo sulle reti nazionali (Rai, Mediaset, La7) si contano complessivamente nel 2012 più di 12.000 ore di fiction. Nello specifico, la programmazione dei tre canali Mediaset è coperta per il 34,8% (maggioranza percentuale) da fiction (in valore assoluto: 9162 ore, di cui 6017 solo di telefilm), così come su La7 i telefilm coprono il 13,6% del monte ore annuale, secondi solo ai programmi culturali (32,8%). Fonte: Istat, *Statistiche culturali*, 20 dicembre 2013.

³⁴ R. Williams, *Television: Technology and Cultural Form*, Wesleyan University Press, Hanover, 1992, p. 56, trad. it. mia.

attraverso la mediazione dei grandi mezzi di comunicazione, la televisione in primo luogo»³⁵. E non è tutto. La fiction, contrariamente a quanto si possa credere, «è profondamente impegnata nei confronti della realtà: ne rivela le potenzialità inesplorate e le prospettive sfuggenti alla percezione, ne porta allo scoperto il rimosso, getta luce dove non arriva il nostro sguardo, anticipa l'imprevisto»³⁶. In una parola, lungi dall'essere l'opposto o il negativo della realtà, la fiction ne è il complemento, la protesi. Dominio del verosimile e del possibile, «proprio perché è narrazione della società, e ne rappresenta molti più aspetti di quanto facciano altri generi televisivi, la fiction agisce da potente "dilatatore" della gamma di situazioni sociali a cui abbiamo accesso, senza esservi fisicamente presenti»³⁷. Si rivela quindi un potente strumento in mano allo spettatore, che «non sta semplicemente consumando un prodotto della fantasia, sta esplorando possibilità, immaginando alternative»³⁸.

Nell'ambito della comunicazione pubblica della scienza, il medical drama può essere fatto rientrare, senza alcuna forzatura, all'interno di una delle quattro macro categorie individuate da Massimiliano Bucchi³⁹ per classificare l'insieme delle comunicazioni sul tema della salute.

La prima di queste categorie riguarda l'educazione sanitaria e comprende le comunicazioni in materia di tutela della salute rivolte alla più parte o alla totalità della popolazione, il cui scopo è principalmente di carattere prescrittivo (volto ad incentivare l'adozione di certi comportamenti o a disincentivarne altri) e viene realizzato da organismi istituzionali, utilizzando canali e media tradizionali (cartellonistica, spot televisivi, inserzioni su quotidiani e riviste) per un determinato lasso di tempo. La seconda, all'interno della quale vengono comunicate informazioni sulle nuove tecniche terapeutiche, indicazioni relative alla pratiche di autocura, e in generale "consigli" da parte di un medico o di un esperto, si rivolge ad un pubblico già interessato ai temi sanitari e solitamente è diffusa in contesti medialti specificamente dedicati alla salute, ad esempio sui supplementi settimanali di alcuni quotidiani: è la categoria della

³⁵ M. Buonanno (a cura di), *Realtà multiple: concetti, generi e audience della fiction tv*, Liguori Editore, Napoli, 2004, p. 28.

³⁶ *Ibid.*, p. 14.

³⁷ *Ibid.*, p. 30.

³⁸ J. B. Thompson, *Mezzi di comunicazione e modernità*, il Mulino, Bologna, 1998, p. 323, cit. in M. Buonanno (a cura di), cit., p. 28.

³⁹ Massimiliano Bucchi si rifà alla distinzione proposta da: H. P. Peters, *Mass Media as an Information Channel and Public Arena*, in "Risk: Health, Safety & Environment", vol. 5, n. 3, 1994, pp. 241-250.

Il contributo di Bucchi su questo tema è invece apparso in: M. Bucchi, *La salute e i mass media* in M. Ingrosso, *Comunicare la salute. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Franco Angeli, Milano, 2001, pp. 85-93.

divulgazione sanitaria. Come terza, l'informazione medico-sanitaria, presentata in spazi non esplicitamente dedicati alla salute e destinati ad un pubblico ampio, in cui il contenuto tecnico della comunicazione passa in secondo piano (notiziari televisivi, pagine di cronaca, etc.). Infine, vi è tutta l'area della comunicazione indiretta sui temi della salute e della cura che comprende comunicazioni che non hanno obiettivi informativi, né sono specificatamente dedicate alle tematiche sanitarie. Si tratta tuttavia di comunicazioni che «contribuiscono in modo significativo a dar forma alle concezioni, rappresentazioni e stereotipi su cui poi si sviluppa il dibattito pubblico sui temi della salute»⁴⁰ e quindi a strutturare un immaginario collettivo. In questa categoria ricadono tutti quei prodotti, dalla fiction alla pubblicità commerciale, in cui conoscenze, scenari o istituzioni sanitarie sono usati a fini narrativi⁴¹. È ovviamente in quest'ultima categoria, quella della comunicazione indiretta, che possono essere inseriti i medical dramas.

1.2 Tra informazione e sensibilizzazione: alcuni dati sull'Italia di oggi

I risultati del Monitor Biomedico 2014, indagine condotta periodicamente dal Censis e dal Forum per la Ricerca Biomedica su un campione nazionale di 1000 adulti rappresentativo per ripartizione geografica, testimoniano di un vivo interesse da parte degli italiani per i temi della salute⁴². Il 42,6% degli intervistati dichiara di prestare sempre attenzione e di essere sempre interessato ad acquisire informazioni quando si parla di salute in televisione, sui giornali o tra conoscenti. Il 39,1% sostiene di prestare attenzione soltanto quando si tratta di qualcosa che potrebbe riguardarlo e il 18,3% si dice non particolarmente interessato alle informazioni in questione. Percentuali in aumento rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti, che fanno sì che il 70,9% degli intervistati si giudichi molto o abbastanza informato sui temi della salute. I medici sono profondamente consapevoli di questo processo e delle cautele che il loro ruolo, all'interno dell'informazione sanitaria, richiede. A. A., anestesista e rianimatrice di 42 anni, racconta durante un'intervista⁴³:

⁴⁰ M. Bucchi, cit., p. 89

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Monitor Biomedico 2014, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, ottobre 2014.

⁴³ Intervista raccolta in data 25/03/14, nell'area urbana di Bologna.

L'educazione sanitaria passa anche attraverso un'informazione, o dal rafforzare delle informazioni giuste che uno ha, perché ce ne sono. Oppure smontare delle informazioni che non sono corrette. Per me il paziente informato, nella società in cui vivo, è normale, è normale che sia informato. Deve essere partecipe di quel che gli succede. Questa è la mia visione.

Ma quali sono le principali fonti di informazione sanitaria degli italiani? Al primo e al secondo posto (Figura 1) appaiono il medico di medicina generale (73,3%) e il medico specialista (27,0%), seguiti dalla televisione (19,3%) e da internet (19,2%), che relegano in una posizione di minore ascolto non solo i familiari e gli amici (14,8%) ma anche i quotidiani (8,2%), il farmacista (7,8%) e le associazioni dei pazienti (0,9%). Se da un lato l'utilizzo di internet per ottenere informazioni relative alla salute aumenta proporzionalmente all'aumentare del titolo di studio (e al diminuire dell'età anagrafica) (Figura 2), dall'altro la televisione si conferma l'enciclopedia di chi non ha un titolo di studio o è in possesso di quello elementare o della licenza di scuola media. Ma non è tutto. Ad essere rilevante rispetto al ruolo assunto dai media in questo campo è soprattutto la frequenza con cui i rispondenti dicono di tradurre almeno qualche volta in comportamenti le informazioni sulla salute acquisite attraverso i mass-media, che supera il 42% (Figura 3).

	Nessuno/ Elementare	Lic. media	Diploma/ qualifica professionale	Laurea o superiore	Totale
Medico di medicina generale	90,3	78,1	72,0	66,9	73,3
Familiari, parenti, amici, vicini, colleghi di lavoro	6,9	15,1	16,2	13,1	14,8
Farmacista	10,4	11,4	7,8	3,8	7,8
Medico specialista	49,2	24,5	24,0	29,7	27,0
Televisione	25,5	25,4	18,8	12,9	19,3
Radio	0,0	0,6	1,0	1,0	0,9
Pubblicazioni, riviste specializzate	1,4	5,0	7,5	11,4	7,3
Quotidiani con inserti salute	3,1	9,6	8,2	9,1	8,2
Associazioni dei pazienti	0,0	0,0	1,6	0,0	0,9
Internet	0,0	9,6	21,3	29,1	19,2
Altro	0,0	0,5	0,5	2,5	0,8

Fig. 1: Le fonti dalle quali i rispondenti hanno acquisito la maggior parte delle conoscenze sulla salute, per titolo di studio (val. %)

Fonte: Monitor Biomedico 2014, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, 27 ottobre 2014, p. 8.

	Fino alla licenza media	Diploma/ qualifica professionale	Laurea o superiore	Totale
Utilizza internet per la salute	20,2	44,0	62,8	41,7
<i>di cui</i>				
- lo utilizzo per informarsi sulle tematiche di salute , su patologie	75,1	76,2	84,3	78,2
- lo utilizzo per aspetti pratici (prenotare visite, esami, comunicare tramite mail con il proprio medico)	24,2	23,6	29,4	25,2
- lo utilizzo per cercare informazioni su medici e strutture a cui rivolgersi in caso di malattia	12,8	28,6	37,9	29,3
- lo utilizzo per acquistare farmaci	10,9	8,7	3,5	7,5
- frequento forum, community, altre modalità di scambio di informazioni ed esperienze tra pazienti, social network.	8,2	3,7	5,0	4,5

Fig. 2: Utilizzo di internet rispetto alla salute, per titolo di studio (val. %)
 Fonte: Monitor Biomedico 2014, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, 27 ottobre 2014, p. 10.

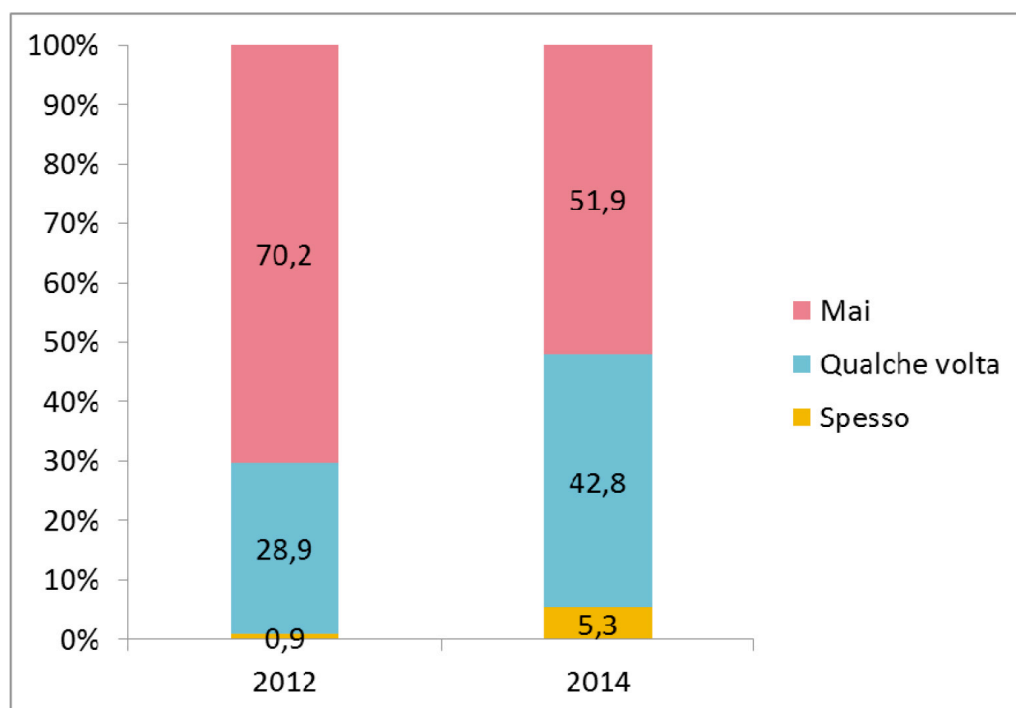


Fig. 3: Frequenza con cui si traducono in comportamenti le informazioni sanitarie ricevute sui mass media, anni 2012 e 2014 (val. %)
 Fonte: Monitor Biomedico 2014, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, 27 ottobre 2014, p. 9.

Per contestualizzare i dati appena citati all'interno di una dimensione storico-sociale ben precisa e in relazione alla ricerca da me intrapresa, occorre fare un passo indietro. Il fatto, per esempio, che il rapporto Censis del 2012 intitolato *Quale futuro per il rapporto medico paziente nella nuova sanità?* si concentri esclusivamente sui bisogni informativi e sull'interesse degli italiani per l'informazione sanitaria e che in poche pagine stabilisca un nesso causale tra l'informazione e la responsabilizzazione di pazienti (considerati soprattutto nella loro veste di utenti) è uno dei portati di quella che, nell'ambito delle teorie del mutamento sociale, viene definita "modernità riflessiva"⁴⁴. Democratizzazione, individualizzazione, de-monopolizzazione della conoscenza scientifica sono solo alcune delle trasformazioni su cui, da almeno due decenni, siamo chiamati ad interrogarci. Trasformazioni che hanno assunto forme e a loro volta originato processi diversi, a seconda del contesto storico-sociale e culturale in cui si sono sviluppate. Limitatamente al campo della ricerca, sono almeno due le trasformazioni cruciali che hanno investito la cultura occidentale: l'emergere di quella che Nikolas Rose definisce "etica somatica" e l'ormai inevitabile mediazione dell'esperienza (di pressoché qualunque esperienza) operata dai mass media⁴⁵. I due fenomeni sono ovviamente interrelati a diversi livelli. Innanzitutto, cosa si intende con "etica somatica"? Nikolas Rose, nel tracciare i contorni dello spazio della biopolitica contemporanea e quindi nell'evidenziare i processi che hanno portato ad una rimodellazione della percezione e della pratica medica e politica, non dimentica di considerare il modo in cui gli esseri umani si rapportano a se stessi all'interno di un ambiente sociale in cui la salute, a partire dalla metà del XX secolo, è diventata uno dei valori etici fondamentali. Da intendersi «non nel senso di principi morali, ma piuttosto

⁴⁴ Si vedano a questo proposito: U. Beck, A. Giddens, S. Lash, *Reflexive Modernization*, Polity Press, Cambridge, 1994 (trad. it. *Modernizzazione riflessiva*, Asterios, Trieste, 1999); A. Giddens, *Modernity and Self Identity: Self and Society in Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge, 1991 (trad. it. *Identità e società moderna*, Ipermedium Libri, Napoli, 1999); U. Beck, *Risk Society: Towards a New Modernity*, Sage, London, 1992 (trad. it. *La società del rischio*, Carocci, Roma, 2000).

⁴⁵ Il carattere di novità non risiede nella mediazione in se stessa, poiché - come ricorda Anthony Giddens - virtualmente ogni esperienza umana è mediata dalla socializzazione e in particolare dall'acquisizione di un linguaggio, ma risiede nelle caratteristiche della specifica mediazione operata da uno specifico medium. I media "propri" della nostra epoca, internet e, seppure in maniera residuale, televisione, hanno aperto a nuove modalità di comunicazione, contraddistinte da una parte dalla moltiplicazione e dall'integrazione dei mezzi di comunicazione di cui disponiamo e dall'altra da una inedita centralità dell'utente. La cosiddetta rivoluzione digitale ha in qualche modo sovvertito l'asse verticale produttore-consumatore per aprire la strada ad un asse orizzontale in cui ognuno è co-produttore di informazione. Il fattore di maggiore interesse è che, all'interno di questo panorama, le esperienze mediate non sono meno importanti nel campo della medicina e della salute che in qualsiasi altro ambito della cultura tardo (o post) moderna.

come valori per la gestione della vita»⁴⁶, attribuendo così un posto centrale all'esistenza corporea. Rose suggerisce che ci andiamo rapportando a noi stessi come individui "somatici", cioè «come esseri la cui individualità è, almeno in certa misura, radicata nella nostra esistenza carnale, corporea, e che fanno esperienza, si esprimono, giudicano e agiscono su se stessi, almeno in parte, nel linguaggio della medicina. A partire dai discorsi ufficiali di promozione della salute, attraverso i racconti di esperienza di malattie e di sofferenza offerti dai media, alle diffuse chiacchiere su diete ed esercizi, siamo testimoni di un sempre maggior rilievo conferito alla ricostruzione personale grazie all'intervento sul corpo in nome di un benessere al contempo corporeo e psicologico»⁴⁷. L'etica somatica sembra dunque rappresentare la forma più raffinata e diffusa di quella propensione soggettiva - che Edward Shorter faceva iniziare negli anni '80 - a definire malattia una qualsiasi sintomatologia organica e a cercare di guarirne prontamente. Se da un lato Shorter mette in luce come «negli anni Ottanta siamo tutti più attenti e preoccupati dei nostri sintomi e più fermamente intenzionati, per liberarcene, a ricorrere all'assistenza sanitaria»⁴⁸, dall'altro anch'egli nota come «i pazienti degli anni Ottanta manifestano i segni classici dell'alienazione dalla professione medica, cioè l'autodiagnostica e l'automedicazione, con il ricorso al medico esclusivamente come canale di erogazione delle "medicine veramente efficaci"»⁴⁹. Lo stesso autore arriva quindi a sostenere che «non si può negare che una causa importante dell'attuale ipersensibilità per i sintomi e della corsa alle cure mediche per sconfiggere quelle che sono ritenute malattie è proprio il terrorizzante fuoco di fila scatenato dai mass media»⁵⁰. Insomma, per tutta una serie di fattori, secondo Shorter, «nonostante i miglioramenti sanitari obiettivi, l'atteggiamento soggettivo nei confronti della malattia è caratterizzato da una preoccupazione crescente e da una più acuta sensibilizzazione»⁵¹. Limitatamente al ricorso ai servizi sanitari da parte degli italiani, confrontando il secondo semestre del 2012 con il semestre corrispondente del 2005, i consumi sanitari risultano in aumento per le visite mediche, stabili per gli accertamenti diagnostici e in lieve diminuzione per i ricoveri ospedalieri. Inoltre, l'incremento complessivo delle visite (pari a 6 milioni e 800 mila tra il 2005 e il 2012) è assorbito per il 52,5% dalle

⁴⁶ N. Rose, *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Milano, 2008, p. 10.

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 37-38.

⁴⁸ E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Feltrinelli, Milano, 1986, p. 165.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*, p. 173.

⁵¹ *Ibid.*, p. 168.

visite generiche e per il 47,5% da quelle specialistiche, riguardando in particolar modo gli ultrasettantacinquenni e le persone tra i 25 e i 34 anni⁵². All'interno di questo panorama, l'individuo, in parte incoraggiato dal sistema contermine (attraverso, per esempio, le campagne per la prevenzione sanitaria e la responsabilizzazione implicita nella firma del modulo per il consenso informato), in parte "attivato" dalle nuove culture della cittadinanza e dalle possibilità di informazione e partecipazione consentite dai nuovi media, è chiamato a scegliere a quale stile di vita aderire. In tal modo, la sua autonomia, tanto più forte quanto più è esteso il capitale culturale disponibile, introduce un principio di negoziazione. Osserva a proposito Gustavo Guizzardi: «A livello macro, l'autonomia del soggetto appare in forma strutturale come domanda di mercato. Si tratta di una domanda aggregata di beni di salute che sostiene non soltanto la tendenza all'investimento nella conoscenza biomedica, ma soprattutto dà origine ad una richiesta di beni forniti da saperi altri, rispetto al sapere biomedico ortodosso accreditato»⁵³. Senza arrivare a sostenere quanto teorizzato da Beck rispetto alla de-monopolizzazione delle pretese di conoscenza scientifica per cui «la scienza diventa sempre più necessaria, ma nello stesso tempo sempre meno sufficiente per la definizione socialmente vincolante della verità»⁵⁴, è chiaro però che, a causa della rapida socializzazione di informazioni biomediche, la conoscenza dell'esperto professionale viene relativizzata. Il medico non è più considerato l'unica fonte di verità, o quanto meno l'unica possibilità di accesso ad un sapere da sempre detenuto da pochi. Il paziente, infatti, al fine di guadagnare un maggior controllo sulle pratiche connesse alla sua salute, acquisisce la più ampia conoscenza possibile sulla malattia e tenta di diventare anch'egli un esperto, o pseudo tale, assumendo una posizione che sfida i presupposti relazionali gerarchici dell'incontro medico-paziente. Nei fatti, il desiderio di confrontarsi, attraverso le informazioni acquisite, con il professionista non per forza assume toni antagonisti, spesso piuttosto si esprime nella volontà di instaurare una reciprocità paritaria all'interno dell'incontro medico-paziente, finalizzata ad un dialogo e ad un ascolto più approfondito⁵⁵. (Figure 4 e 5).

⁵² Fonte: Report Istat del 24 dicembre 2013: *La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi*.

⁵³ G. Guizzardi (a cura di), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna, 2004, p. 9.

⁵⁴ U. Beck, *La società del rischio*, Carocci, Roma, 2000, p. 221.

⁵⁵ L'impressione è che sia più la retorica sulla conflittualità, che i casi effettivamente registrati o esperiti in prima persona, ad imperare non solo nei media ma anche nei resoconti di medici e pazienti.

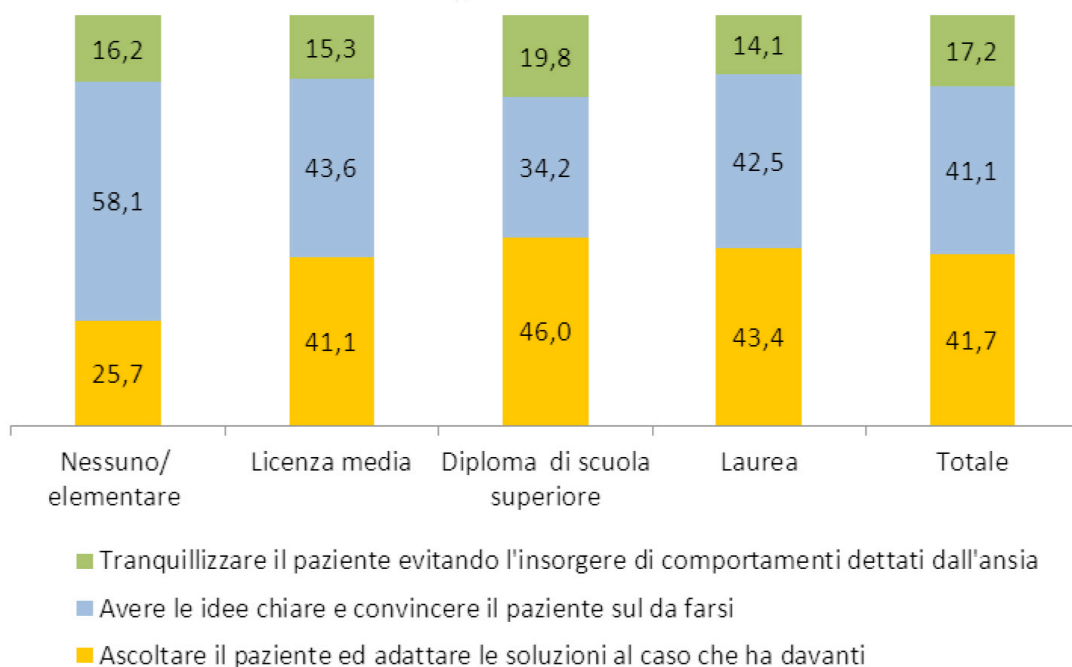


Fig. 4: L'atteggiamento che dovrebbe avere prevalentemente il medico affinché la relazione col paziente sia più efficace (val. %)

Fonte: Forum per la Ricerca Biomedica, *Quale futuro per il rapporto medico paziente nella nuova sanità?*, Fondazione Censis, Roma, 2 ottobre 2012, p. 30.

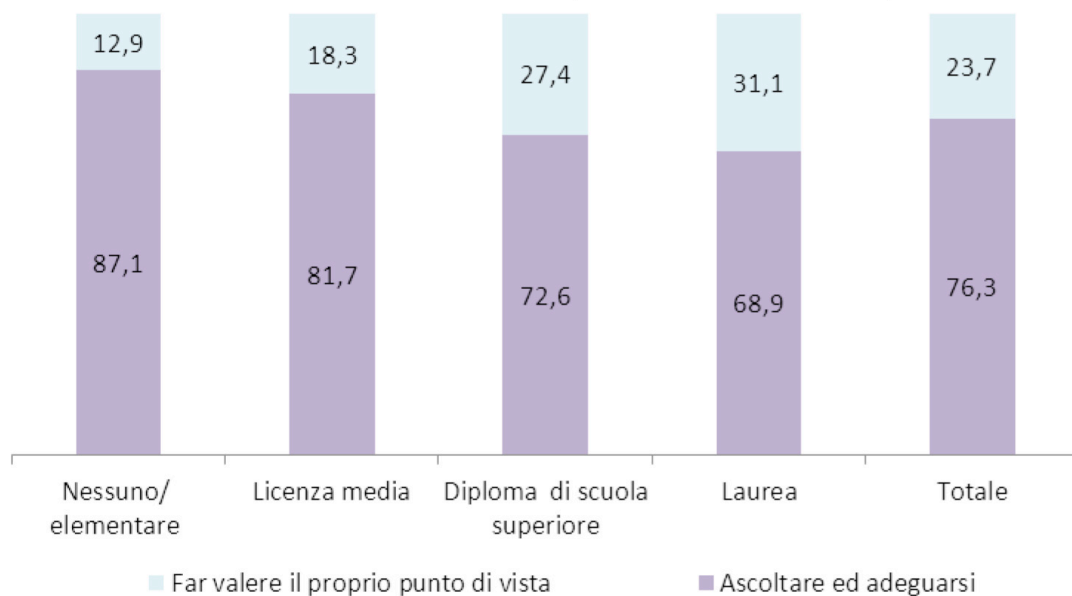


Fig. 5: L'atteggiamento che dovrebbe avere prevalentemente il paziente rispetto al medico affinché la relazione col paziente sia più efficace (val. %)

Fonte: Forum per la Ricerca Biomedica, *Quale futuro per il rapporto medico paziente nella nuova sanità?*, Fondazione Censis, Roma, 2 ottobre 2012, p. 32.

1.3 L'era biomediativa

La responsabilizzazione dei pazienti e la presa di consapevolezza individuale assumono un ulteriore aspetto “agentivo” attraverso l’accesso di massa alla rete internet. Lo sintetizza bene Nikolas Rose: «Questi esperti profani utilizzano i forum elettronici non solo per comunicarsi reciprocamente conoscenze genetiche avanzate, ma anche l’aspetto quotidiano delle cure, come gli effetti collaterali delle medicine [...]. Gli esperti profani sono quindi anche “esperti per esperienza” in quanto generano e autorizzano il loro stesso sapere, e le comunità in rete diventano strumenti di mediazione, organizzazione, raccolta e cura di conoscenza, non solo sulla malattia ma anche sulle forme di vita necessarie per convivervi»⁵⁶. Sebbene sia capitato a tutti noi, e indubbiamente quella descritta da Rose sia una tendenza generale in forte crescita, i dati relativi all’utilizzo da parte degli italiani di internet per cercare informazioni sanitarie presentano uno scenario spaccato in due: da una parte, i giovani e i detentori dei titoli di studio più elevati indicano internet come la terza fonte (dopo il medico di medicina generale e il medico specialista) per l’acquisizione della maggior parte delle conoscenze sulla salute (con un picco fra i laureati); dall’altra, gli anziani e coloro che hanno un diploma elementare o la licenza media appaiono ancora più legati ai media tradizionali e citano, come terza fonte d’informazione dopo i professionisti della sanità, la televisione. Il 41,7% del campione Censis si dimostra in linea con le tendenze generali, affermando di utilizzare internet per questioni relative alla salute. In ogni caso, se il tasso di penetrazione di internet in Italia è arrivato nel 2013 a sfiorare il 63,5% della popolazione (con un salto vertiginoso rispetto al 20,1% del 2001) - tra i giovani (14-29) la quota di utenti sfiora il 90,4% mentre tra gli anziani (65-80 anni) si assesta sul 21,1% - la televisione continua ad avere un pubblico di telespettatori che coincide sostanzialmente con la totalità della popolazione (97,4%)⁵⁷ (Figura 6).

⁵⁶ N. Rose, cit., p. 202.

⁵⁷ Fonte: Censis, *47° Rapporto Annuale sulla situazione sociale del Paese: Comunicazione e media*, Roma, 11 ottobre 2013.

	2002	2005	2007	2009	2011	2012	2013	Diff. % 2012-2013
Tv tradizionale (digitale terrestre)			93,1	91,7	94,4	95,0	95,0	0,0
Tv satellitare			27,3	35,4	35,2	36,8	45,5	8,7
lptv			6,1	5,4	2,0	4,1	3,1	-1,0
Web tv			4,6	15,2	17,8	19,0	22,1	3,1
Mobile tv			1,0	1,7	0,9	2,5	6,8	4,3
Televisione in generale	98,5	97,2	96,4	97,8	97,4	98,3	97,4	-0,9
Radio tradizionale			53,7	59,7	58,0	55,3	56,5	1,2
Autoradio			56,0	63,8	65,2	71,1	69,6	-1,5
Radio da lettore mp3			13,6	18,6	14,8	13,1	15,5	2,4
Radio da cellulare			3,6	8,1	8,4	9,8	15,2	5,4
Radio da internet			7,6	8,3	7,8	10,1	12,3	2,2
Radio in generale	65,4	70,1	77,7	81,2	80,2	83,9	82,9	-1,0
Quotidiani a pagamento			67,0	54,8	47,8	45,5	43,5	-2,0
Free press			34,7	35,7	37,5	25,7	21,1	-4,6
Quotidiani online			21,1	17,7	18,2	20,3	20,8	0,5
Quotidiani in generale	56,1	54,6	79,1	64,2	66,6	62,9	57,9	-5,0
Siti web di informazione					36,6	33,0	34,3	1,3
Settimanali	44,3	44,1	40,3	26,1	28,5	27,5	26,2	-1,3
Mensili	24,0	23,2	26,7	18,6	18,4	19,4	19,4	0,0
Libri	42,5	46,2	59,4	56,5	56,2	49,7	52,1	2,4
E-book			2,9	2,4	1,7	2,7	5,2	2,5
Cellulare basic				70,0	62,0	73,6	77,2	3,6
Smartphone				15,0	17,7	27,7	39,9	12,2
Cellulare in generale	75,3	82,5	86,4	85,0	79,5	81,8	86,3	4,5
Internet	27,8	35,6	45,3	47,0	53,1	62,1	63,5	1,4

(*) Utenti che hanno indicato una frequenza d'uso del mezzo di almeno una volta alla settimana (ovvero hanno letto almeno un libro nell'ultimo anno)

Fig. 6: L'evoluzione del consumo dei media: l'utenza complessiva, 2002-2013 (val %)
Fonte: Censis, 47° Rapporto Annuale sulla situazione sociale del Paese, *Comunicazione e media*, Roma, 11 ottobre 2013, p. 2.

Sono questi i dati che emergono dalla lettura delle abitudini della popolazione italiana registrata dal Censis. Una lettura che si spinge sino a dare un nome a questa fase storica, in cui l'utilizzo dei media è in forte crescita: l'era biomediativa. Inizia così, infatti, il decimo rapporto Censis/Ucsi sulla comunicazione, datato ottobre 2012: «I media siamo noi. Si celebra qui l'inizio dell'era biomediativa»⁵⁸. La caratteristica, che secondo il rapporto contraddistinguerebbe la più recente evoluzione dell'habitat mediatico contemporaneo, è la progressiva integrazione e personalizzazione dei mezzi di comunicazione: devices sempre più piccoli e portatili diventano centrali nella

⁵⁸ Decimo Rapporto Censis/Ucsi sulla comunicazione, *I media siamo noi: l'inizio dell'era biomediativa*, Fondazione Censis, Roma, 3 ottobre 2012, p. 1.

trascrizione virtuale e nella condivisione telematica delle biografie personali e offrono la possibilità di costruire percorsi del tutto autonomi di accesso alle informazioni. Nell'era biomediativa, «l'io è al tempo stesso soggetto e oggetto della comunicazione mediale»⁵⁹. Assumendo l'accezione che gli estensori del rapporto danno al termine “biomediativa”, ne suggerisco un utilizzo ulteriore, che consideri la particella “bio” non solo nella sua allusione alla *narrazione* delle biografie individuali attraverso i media (social network, selfies, etc.), ma alla *costruzione* o *co-produzione* delle stesse. Biomediativo diventa un termine evocativo anche rispetto all'intreccio fra la vita, intesa nella sua accezione più corporea e somatica come “cittadinanza biologica”⁶⁰ e la mediazione operata su di essa e attraverso di essa dalle nuove tecnologie della comunicazione. In questo senso, a ragione, un precedente rapporto del Forum per la Ricerca Biomedica aveva definito i media «una delle chiavi di volta di questa nuova e pervasiva “cultura della salute”»⁶¹.

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. L'arena professionale subisce o promuove un mutamento di campo rispetto ad un'arena popolare che sembra ritagliarsi spazi di autorevolezza sempre più ampi? Pare importante capire, ai fini di uno sguardo d'insieme sulla questione sollevata, se la rappresentazione televisiva di questa professione, sommandosi ad altri fattori, possa aver costituito un elemento di trasformazione della professione stessa e a che livello. In un momento storico 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»⁶², possiamo, in parte, attribuire allo scollamento tra realtà vissuta e realtà rappresentata le dilaganti false aspettative, frustrazioni, quando non addirittura controversie medico-legali che concorrono alla delegittimazione dell'autorevolezza del professionista?

⁵⁹ *Ibid.*, p. 2.

⁶⁰ Il termine è utilizzato da Nikolas Rose nel volume in Italia edito per Einaudi che è già stato ampiamente citato nel corso del testo.

⁶¹ Forum per la Ricerca Biomedica, *Comunicare la salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale*, Fondazione Censis, Roma, 25 maggio 2004, p. 1.

⁶² F. Taroni, *La resurrezione di Apollo? Letteratura e medicina nella crisi della sanità*, in M. Malatesta e D. Festi (a cura di), *Università e professioni. Formazione, saperi e professioni per un nuovo millennio*, Bonomia University Press, Bologna, 2010, p. 153.

Per segnalare alcuni fra i cambiamenti avvenuti all'interno della pratica medica – in particolar modo nella esercizio quotidiano della stessa, più che a livello istituzionale o legislativo –, saranno esaminati non solo i resoconti dei medici, ma anche quelli dei pazienti, degli studenti di medicina e di altri operatori del campo della cura.

Il professionista della sanità sarà, insomma, interpellato come solo uno dei molteplici attori o poli di una relazione che, come si è visto, assume forme sempre più complesse, spesso contraddittorie e talvolta paradossali. Dopotutto, come non manca di osservare Dottor House nel primo episodio della prima stagione della fortunata serie tv che porta il suo nome, basta poco per mischiare le carte: «Vedi, tutti pensano che sia un paziente a causa del bastone», osserva House; «Allora perché non indossi un camice bianco come tutti noi?», gli chiede il Dottor Wilson; «Perché altrimenti pensano che sia un medico».

Capitolo 2

Lineamenti della ricerca sui pubblici

2.1 Antropologia e mass media: un incontro tardivo

È il 1992 quando Ulf Hannerz, lapidario, afferma che «dal momento che una porzione notevole del flusso di significato nelle società passa attraverso i media, ci vuole davvero una disattenzione volontaria, o un'insensata dedizione alle routine etnografiche del passato, per lasciarli fuori da quello che vuole essere uno studio generale della cultura»⁶³. Sono gli anni Novanta, e un pregiudizio che potremmo definire “esotizzante” o “arcaicizzante” esclude il sistema dei mass media dai terreni d'indagine legittimi dell'antropologia. Nel corso dell'anno successivo, il 1993, Deborah Spitulnik pubblica sulla rivista «Annual Review of Anthropology» un saggio intitolato *Anthropology and Mass Media*, il cui esergo recita: «Ad oggi non c'è ancora nessuna “antropologia dei mass media”»⁶⁴. L'antropologa segnala come i suoi colleghi abbiano trascurato la centralità dei mass media nella vita del XX secolo ricordando, invece, che le relazioni tra mass media, società e cultura erano state oggetto d'indagine già da alcune decadi all'interno della sociologia, degli studi sulla comunicazione, dei cultural studies britannici, della critica letteraria e delle scienze politiche. Considerando anche solo i due punti di vista appena citati, è possibile capire perché Lila Abu-Lughod, pioniera del settore, abbia potuto parlare dei media come di un argomento quasi tabù per l'antropologia: «troppo evocativo della modernità occidentale per un ambito identificato con le tradizioni, tutto ciò che è non-occidentale e la vitalità del locale»⁶⁵.

L'emergere di un'antropologia dei media si fa tradizionalmente risalire ad una particolare congiuntura storica e teorica: la crisi del modello etnografico canonico, sancita nel 1986 dalla pubblicazione di *Writing Cultures* di James Clifford e George E. Marcus e il parallelo sviluppo di una nuova “antropologia del presente”. Complici le riflessioni sulla fine della storia, le teorie sulla globalizzazione e l'importanza attribuita,

⁶³ U. Hannerz, *La complessità culturale*, il Mulino, Bologna, 1998, p. 37.

⁶⁴ «There is as yet no “anthropology of mass media”» (D. Spitulnik, *Anthropology and Mass Media*, in «Annual Review of Anthropology», 22, 1993, p. 293, trad. it. mia).

⁶⁵ «Too redolent of Western modernity for a field identified with tradition, the non-Western, and the vitality of the local» (L. Abu-Lughod, F. Ginsburg, B. Larkin, *Media Worlds: Anthropology on New Terrain*, University of California Press, Berkeley, 2002, p. 3, trad. it. mia).

teoricamente e metodologicamente, alla riflessività, si creano in quegli anni le condizioni affinché all'antropologia sia restituito un campo di ricerca come le società industriali avanzate e tutto ciò che esse portano con sé. Scorrendo le poche pubblicazioni sul tema, si nota come, di fatto, lo sviluppo di un'antropologia dei media tarderà, per affermarsi, ancora alcuni anni, per non dire un decennio, rispetto alla cesura epistemologica del 1986⁶⁶. Sino a quel momento – ma anche molto oltre –, esplorando terreni di ricerca più classici e legittimati, l'antropologia in questo campo dà prova di aver focalizzato l'attenzione più sugli indigenous media e sulla ricezione di prodotti occidentali in Paesi non occidentali che sulle mediazioni che stavano avvenendo all'interno delle nostre case, di fronte alle nostre televisioni. Occorre però chiarire un passaggio.

Con antropologia dei media si intende prima di tutto la ricerca antropologica condotta *sulle* fonti audiovisive elettroniche e non *con*, o attraverso, le medesime⁶⁷. In secondo luogo, l'antropologia dei media è tale quando «cerca di inseguire i percorsi effettivi di senso del messaggio mediatico nella vita quotidiana»⁶⁸ e per farlo «deve disinteressarsi del messaggio *in sé*, per ricostruirne invece i percorsi produttivi (sia semiotici, sia economici), quelli interpretativi e, soprattutto, la sua funzione di innesco per “l'immaginazione come pratica sociale”»⁶⁹. L'antropologia dei media rivela l'inadeguatezza e l'incompletezza di quegli approcci che considerano i mezzi di comunicazione come se non facessero parte del sistema culturale in cui viviamo, ma costituissero una sfera autonoma contrapposta alla “realtà reale” e si limitassero a riprodurla (quando sono media buoni) o ad influenzarla (in caso di media malevoli). È stato questo uno dei motivi che hanno fatto sì che la produzione e la fruizione di prodotti culturali nati dalla stampa, dal cinema e dalla televisione rimanessero confinati in una sfera separata dalle più comuni pratiche umane, nelle quali le persone maneggiano, trasformano, scambiano oggetti e saperi. Partendo allora dal presupposto

⁶⁶ Diversa e più precoce è invece l'origine dell'antropologia visuale, pratica di ricerca che si serve di mezzi elettronici di riproduzione audiovisiva, nelle mani dell'antropologo o dei suoi interlocutori, per (rap)presentare le culture e produrre conoscenza antropologica.

⁶⁷ Per una più approfondita distinzione dei due ambiti si vedano, per esempio: V. Matera, *Etnografia della comunicazione. Teorie e pratiche dell'interazione sociale*, Carocci, Roma, 2002; F. Faeta, *Strategie dell'occhio. Saggi di etnografia visiva*, Franco Angeli, Milano, 2003; M. Fagioli, S. Zambotti, *Antropologia e media. Tecnologie, etnografie e critica culturale*, Ibis, Pavia, 2005; F. Boni, *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2006; P. Vereni, *Identità catodiche: rappresentazioni mediatiche di appartenenze collettive*, Meltemi, Roma, 2008; C. Pennacini (a cura di), *La ricerca sul campo in antropologia*, Carocci, Roma, 2010.

⁶⁸ P. Vereni, *Identità catodiche: rappresentazioni mediatiche di appartenenze collettive*, Meltemi, Roma, 2008, p. 12.

⁶⁹ *Ibid.*

che i media e i loro prodotti «sono a pieno titolo parte della cultura dell'esperienza, e come tali andrebbero trattati»⁷⁰, l'antropologia dei media «apre programmaticamente il concetto di *agency* a un nuovo spessore di senso. La dimensione attiva dello spettatore non si limita agli aspetti interpretativi ma si traduce in pratiche sociali: *active audience* significa non solo (o non tanto) che i messaggi dei media vengono attivamente interpretati dalla audience (questo dovrebbe essere considerato un truismo dentro qualunque sistema comunicativo) ma soprattutto che vengono a loro volta mediati socialmente, introdotti in circuiti comunicativi e operativi esterni alla fruizione mediatica»⁷¹.

Il panorama appena delineato riguarda il percorso compiuto dall'antropologia come disciplina verso la legittimazione e la definizione di un approccio originale all'analisi dei media, volto a ricostruire i modi in cui questi mediano tra cultura come esperienza vissuta e cultura come rappresentazione. Paradossalmente – ma forse nemmeno troppo – l'antropologia è l'ultima fra le discipline accademiche a prendere in considerazione fra i suoi “popoli”, i suoi “nativi”, le sue “comunità”, la comunità (sempre meno “immaginata”) dei pubblici⁷² – televisivi e non –. Studi sui pubblici occidentali erano infatti già in corso, sin dalla metà dagli anni Sessanta, all'interno delle discipline della comunicazione, dei cultural studies e della sociologia. Con approcci economico-politici⁷³ o culturali⁷⁴, veniva dato rilievo analitico anche alle dimensioni simboliche della televisione, alle questioni della rappresentazione e ai contesti di ricezione.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 17.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Il concetto di “pubblico” è qui inteso come la comunità di fruitori di determinati prodotti mediatici nel suo senso più ampio e sarà utilizzato in alternativa al termine “audience”. Se, come ricorda Mariagrazia Fanchi, la nozione di audience «viene definita in se stessa e in relazione a una serie di altri vocaboli: pubblico (*public*), spettatore (*spectator*), fruitore (*viewer*), consumatore (*consumer*), utente (*user*) e così via», il superamento della polarizzazione fra audience e pubblico e la scelta di parlare ancora di audience sottendono una precisa presa di posizione teorica: «il riconoscimento della varietà delle pratiche di fruizione, ma anche e più radicalmente, la volontà di riconoscere il pieno statuto di fruitore anche a chi non adotti una condotta di tipo partecipativo». (M. Fanchi, *L'audience*, Laterza, Roma, 2014, p. VI e XII).

⁷³ Si pensi, ad esempio, a: D. Altheide, *Creating Reality: How TV News Distorts Events*, Sage, Beverly Hills, 1976; P. Di Maggio, *Cultural Entrepreneurship in 19th-Century Boston: the Creation of an Organizational Base for High Culture in America*, in “Media, Culture & Society”, vol. 4, n.1, 1982, pp. 33-50; L. Grossberg, E. Wartella, C. Whitney, *MediaMaking: Mass Media in a Popular Culture*, Sage, Thousand Oaks, 1998.

⁷⁴ Fra i tanti contributi: M. Cantor, *The Hollywood TV Producer: His Work and His Audience*, Basic Books, New York, 1971; S. Hall, *Encoding/Decoding*, in S. Hall, D. Hobson, A. Lowe (a cura di), *Culture, Media, Language. Working Papers in Cultural Studies 1972-1979*, Hutchinson, London, 1980, pp. 128-139; D. Morley, *The 'Nationwide' Audience: Structure and Decoding*, BFI, London, 1980; I. Ang, *Watching Dallas: Soap Opera and the Melodramatic Imagination*, Methuen, London, 1985; J. Fiske, *Television Culture*, Routledge, London, 1987; E. Katz, D. Dayan, *Media Events: The Live*

La latitanza dell'antropologia è ancora più palese se si pensa che, sul finire degli anni Settanta, gli studi sui media entrano in una fase che viene denominata “svolta etnografica”, le cui principali coordinate sono «la rivalutazione del ruolo dell'audience come destinatario attivo della comunicazione, la nozione di consumo come pratica localizzata di costruzione di senso e l'opzione per una metodologia di tipo radicalmente qualitativo»⁷⁵. Oltre a ciò, si consideri che, oggi, i più recenti e interessanti approcci all'interno dei television studies vengono etichettati come “etnografici”, pur utilizzando - come osservano Laura Grindstaff e Joseph Turow⁷⁶ - più interviste in profondità e incontri a breve termine che non una prolungata immersione nel campo.

2.2 Gli audience studies

Con la definizione di “audience studies” non ci si riferisce a una teoria dei media vera e propria, ma ad un filone di ricerche sul consumo di prodotti culturali popolari.

Come evidenzia Saveria Capecchi, s'intende un «approccio soprattutto empirico che affonda i propri riferimenti nel tortuoso e multidisciplinare percorso dei cultural studies britannici, allargandone ulteriormente gli orizzonti»⁷⁷. La cifra degli audience studies, in sintesi, «non sta nell'aver individuato il modo “ortodosso” di fare ricerca, bensì, più a monte, nell'aver reso “visibile” l'audience, nell'averla resa oggetto di indagine empirica anziché luogo di presupposizioni indimostrate»⁷⁸. Sino alla fine degli anni Settanta, infatti, i pubblici erano stati indagati come ricettori passivi dei messaggi dei media. Nella sua fase embrionale, nei primi decenni del Novecento, la ricerca sui media aveva indagato i mezzi di comunicazione di massa, sulla scia dei successi ottenuti dai regimi totalitari, «come strumenti di persuasione e propaganda, capaci di dare forma a comportamenti, atteggiamenti e valori»⁷⁹. I messaggi dei media, secondo lo schema causale dello stimolo/risposta, raggiungerebbero gli individui in modo diretto e immediato, modificandone opinioni e comportamenti: è la cosiddetta teoria dell'ago

Broadcasting of History, Harvard University Press, Cambridge, 1992; R. Silverstone, *Television and Everyday Life*, Routledge, London, 1994.

⁷⁵ M. Fanchi, *Identità mediatiche: televisione e cinema nelle storie di vita di due generazioni di spettatori*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 9.

⁷⁶ L. Grindstaff, J. Turow, *Television Sociology in the «New TV Age»*, in “Annual Review of Sociology”, 32, 2006, p. 117.

⁷⁷ S. Capecchi, *L'audience “attiva”: effetti e usi sociali dei media*, Carocci, Roma, 2004, p. 130.

⁷⁸ C. Giaccardi, introduzione a: S. Livingstone, *La ricerca sull'audience: problemi e prospettive di una disciplina al bivio*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2000, p. 16.

⁷⁹ M. Wolf, *Gli effetti sociali dei media*, Bompiani, Milano, 1992, p. 8.

ipodermico, elaborata da Harold Lasswell. Tra gli anni Quaranta e gli anni Sessanta, si assiste a uno spostamento del fuoco dell'indagine sui cosiddetti "effetti limitati" dei media. Secondo questa prospettiva, elaborata principalmente da Paul Lazarsfeld, gli effetti dei mezzi di comunicazione contribuirebbero più al rafforzamento di opinioni già acquisite, che non alla conversione verso opinioni non ancora condivise. Inoltre, studiando le campagne elettorali americane, Lazarsfeld introduce un principio di mediazione fra i mass media e il pubblico: non solo le relazioni interpersonali, ma soprattutto i leader d'opinione sarebbero in grado di orientare il pubblico, mediando l'effetto dei mezzi di comunicazione. A metà degli anni Sessanta, la teoria degli effetti limitati viene messa in discussione, con un parallelo riemergere dell'ipotesi degli effetti forti. La teoria della coltivazione, elaborata da George Gerbner, sposta ora l'asse sui processi di socializzazione e di cambiamento a lungo termine, attribuendo agli effetti dei media un carattere graduale e cumulativo. Parallelamente, emerge, in seno alla sociologia funzionalista, grazie al contributo di Elihu Katz, un modello detto "degli usi e gratificazioni", che ribalta la prospettiva sino ad allora dominante, arrivando a considerare la ricezione una forma di attività. La teoria degli usi e gratificazioni non si chiede più che cosa facciano i media alle persone ma che cosa facciano le persone con i media. Se è possibile annoverare tra i pregi della teoria degli usi e gratificazioni il fatto di aver sottolineato l'attività dell'audience nella ricezione dei messaggi mediatici, totale disinteresse è ancora riservato al contesto relazionale dello spettatore nei confronti del prodotto mediale e alla dimensione situata del consumo. È a partire da questo momento, ovvero dagli anni Ottanta, che si è soliti datare l'inizio degli audience studies.

La storia degli audience studies può essere sintetizzata in tre fasi, registrate da Mariagrazia Fanchi, che fanno capo ad altrettante idee di consumo.

La prima fase «assume come manifesto e come bussola del lavoro di ricerca il modello della *codifica e decodifica* di Stuart Hall»⁸⁰. Proposto nel 1980, questo modello intende il consumo come un processo di interpretazione e di attribuzione di senso, mediato dal contesto socio-culturale ed economico di chi fruisce. «Le industrie culturali hanno sì il potere di rielaborare e rimodellare continuamente ciò che rappresentano, e di imporre e impiantare, con ripetizioni e selezioni, definizioni di noi stessi tali da adattarsi più facilmente alle descrizioni della cultura dominante», scrive Stuart Hall, ma «queste

⁸⁰ M. Fanchi, cit., p. 13.

definizioni non agiscono su di noi come su di una tabula rasa»⁸¹. Non esiste qualcosa in grado di imprimere i propri valori intrinseci, univocamente, sulla sensibilità umana, suggerisce Paul Willis: «ciò significherebbe attribuire un risalto ridicolo alla produzione e a ciò che si ritiene venga originariamente codificato nei manufatti. È stato dimenticato che le circostanze mutano i casi, i contesti cambiano i testi»⁸². Spettatori, ascoltatori e lettori, secondo i teorici dei cultural studies, effettuano dunque sul testo un proprio lavoro simbolico, sono produttori attivi dei propri significati. Il consumo - o la ricezione - del messaggio televisivo va allora esso stesso a configurarsi come un momento del processo di produzione in senso lato. Prima che un messaggio possa avere un effetto, soddisfare un bisogno o essere impiegato per un qualsiasi utilizzo, sostiene Stuart Hall, deve essere appropriato in quanto discorso significativo ed essere decodificato in maniera significativa. L'atto di codifica certamente stabilisce dei limiti, dei parametri all'interno dei quali la decodifica può operare. Nonostante ciò, la corrispondenza tra il momento della codifica e quello della decodifica non è mai univocamente data, ma dialetticamente costruita. È così che, secondo Stuart Hall, i processi di costruzione di senso possono essere ricondotti a tre principali tipi di lettura: la lettura dominante, la lettura negoziata e la lettura oppositiva.

Nonostante le riformulazioni, il modello di Hall si rivela, nel corso del tempo, troppo limitato, poiché, ad un certo punto, «il dispositivo di interpretazione dei testi pensato per spiegare l'esperienza di consumo risulta inadeguato a dar conto della complessità e della variabilità che connotano le pratiche concrete di fruizione»⁸³.

La seconda stagione degli audience studies si sforza allora di «ampliare e dinamicizzare i modelli di fruizione»⁸⁴: da lettura e confronto con un testo, il consumo viene ora indagato nella sua veste di pratica sociale, immersa nel quotidiano e mediata dai microcontesti relazionali e ambientali in cui è inserito chi fruisce. In questa fase - grazie ai contributi di David Morley, Thomas Lindlof, James Lull, Roger Silverstone e Francesco Casetti - il consumo emerge come «*processo di conversione delle proposte medialità in risorse*»⁸⁵ da investire nelle pratiche della vita quotidiana. Le ricerche di campo si rivolgono ora a quei contesti e a quelle situazioni sociali di fruizione

⁸¹ S. Hall, *Appunti sulla decostruzione del termine "popolare"*, in Emanuela Mora (a cura di), *Gli attrezzi per vivere*, Vita e Pensiero, Milano, 2005, p. 164.

⁸² P. Willis, *Creatività simbolica*, in Emanuela Mora (a cura di), *Gli attrezzi per vivere*, Vita e Pensiero, Milano, 2005, p. 181.

⁸³ M. Fanchi, cit., p. 15.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Ibid.*, p. 16.

considerate più “naturali” (si parla appunto di *Natural Audiences*, cfr. Lindlof, 1987) e cioè, per lo più, l’ambiente familiare. Emblematica di questa nuova modalità di condurre un’etnografia del consumo mediale è una dichiarazione di David Morley, che si pone quasi come manifesto programmatico: «Il punto di partenza per qualsiasi studio in questo settore è il nucleo domestico o la famiglia, perché è qui che si realizza il primo approccio con la televisione, ed è qui che viene intrapresa la prima articolazione dei significati. Il nucleo domestico o la famiglia, essi stessi inseriti in un più vasto contesto sociale e culturale, forniscono, attraverso le loro cornici di interazione quotidiana, i loro sistemi di relazioni e la loro cultura di legittimazione e formazione dell’identità, un laboratorio per l’indagine del consumo e della produzione del significato nel loro contesto più naturale»⁸⁶. È all’interno di questa fase, a partire dall’analisi etnografica di quasi trecento nuclei familiari⁸⁷, che James Lull, agli esordi degli anni ’90, elabora una tipologia degli usi sociali della televisione, in larga misura ancora valida. Egli distingue prima di tutto gli usi strutturali dagli usi relazionali. Suddivide quindi gli usi strutturali in ambientali e regolatori. I primi si riferiscono ai modi in cui la televisione viene utilizzata come risorsa ambientale che crea un costante rumore di sottofondo, fornendo compagnia ed intrattenimento. I secondi ascrivono alla televisione il ruolo di scandire il tempo, l’attività e la conversazione familiare. Gli usi relazionali vengono invece sussunti da Lull in quattro categorie: facilitare la comunicazione; determinare dinamiche di appartenenza o esclusione sociale; permettere l’apprendimento sociale, sia nel senso della crescita delle competenze culturali sia nel senso dell’attivazione di processi di socializzazione; favorire la competenza mediatica, quindi incrementare le capacità di dominio sociale di alcuni individui o gruppi sociali.

La tensione fra livello micro e macrosociale costituisce il presupposto da cui muove la terza fase degli studi sull’audience, che si spinge a verificare le conseguenze del consumo dei media nella sfera pubblica oltre che in quella privata. Assumono nuova rilevanza le ricerche volte a comprendere il modo in cui i media, nell’epoca della globalizzazione, arrivano a costituire «una delle risorse più vitali per la costruzione di identità e appartenenze identitarie, soprattutto grazie al fatto che permettono con una certa facilità la circolazione di tutta una serie di rappresentazioni relative alla classe, al

⁸⁶ D. Morley, *Television, audiences & cultural studies*, Routledge, London, 1992, p. 183 (trad. it. mia).

⁸⁷ J. Lull, *Inside family viewing: ethnographic research on television audiences*, Routledge, London, 1990 (trad. it.: *In famiglia, davanti alla tv*, Meltemi, Roma, 2003).

genere, alla provenienza geografica, all'età e alla sessualità»⁸⁸. Rispetto alle precedenti fasi dell'audience research, il fuoco dell'analisi è qui «integralmente centrato sul dispositivo di negoziazione (cioè sul processo di conversione della proposta mediale in risorsa sociale)» e il consumo è visto come «un complesso dispositivo negoziale che comprende processi interpretativi e pratiche d'uso e che spiega i modi in cui i prodotti mediali possono essere incorporati nella storia e nel progetto di vita di chi fruisce»⁸⁹.

Il panorama odierno è composito e frammentato ma, nel complesso, si può individuare una tendenza della ricerca sui media ad indagare, a vari livelli, il modo in cui molteplici pubblici – fruitori locali di prodotti spesso globali – si appropriano attivamente dei contenuti offerti dai media, non solo per costruire significati ma per trasformarli in esperienza. Senza trascurare gli strumenti analitici e metodologici forniti dai precedenti orientamenti teorici, la ricerca alla base di questa tesi è stata precisamente finalizzata ad indagare le modalità attraverso cui il significato di un prodotto audiovisivo viene ridefinito in rapporto all'esperienza di vita complessiva dei soggetti intervistati e reso operativo (ovvero, trasformato in esperienza) nella quotidianità.

2.3 Gli studi su mass media e sanità: molta teoria e poca pratica

È nell'ambito della teoria della coltivazione⁹⁰ che le prime ricerche sugli effetti dei media nel campo della sanità iniziano a farsi largo. George Gerbner, assieme a Gross, Morgan e Signorielli, pubblica, nel 1981, i risultati di una ricerca decennale mirata a comprendere, attraverso l'analisi del contenuto delle fiction televisive, che tipo di rappresentazione della medicina viene proposta ai telespettatori americani e a stabilire quali messaggi questi dimostrano di aver recepito⁹¹. I risultati della ricerca testimoniano che la televisione è la maggiore fonte di informazione sanitaria per gli americani dopo il medico, specie per gli individui con scolarità bassa e basso reddito. Inoltre, i telespettatori abituali sembrano riporre più fiducia nei medici saltuari nella categoria dei medici. Questa non è, contrariamente a quanto sembra, una buona notizia, secondo Gerbner e colleghi, perché la televisione parrebbe contribuire ad una

⁸⁸ F. Boni, *Media, identità e globalizzazione: luoghi, oggetti, riti*, Carocci, Roma, 2005, p. 10.

⁸⁹ M. Fanchi, cit., p. 18.

⁹⁰ La teoria della coltivazione, nella formulazione di George Gerbner, sostiene essenzialmente che la televisione, coltivando immagini del reale, produrrebbe acculturazione e sedimenterebbe sistemi di credenze, rappresentazioni mentali, atteggiamenti.

⁹¹ G. Gerbner, L. Gross, M. Morgan e N. Signorielli, *Special Report: Health and Medicine on Television*, in "The New England Journal of Medicine", vol. 305, 1981, pp. 901-904.

«sindrome in cui alti livelli di fiducia nella professione medica sembrano giustificare atteggiamenti del vivere alla giornata e una carenza di interesse nella prevenzione; se si presenta un problema, il medico di sicuro fornirà una cura»⁹². I telespettatori abituali, in aggiunta, presentano concetti e pratiche erranee in fatto di medicina ed è per questo motivo che gli studiosi arrivano a concludere che «la coltivazione della noncuranza, unita a una credenza irrealistica nella “medicina magica”, riproduce stili di vita poco sani e lascia pazienti e professionisti della sanità esposti a delusioni, frustrazioni e litigi»⁹³. Nel solco della teoria della coltivazione, fino alla metà degli anni Novanta, alcuni studiosi proseguono i lavori, fra critiche e aggiustamenti di rotta, assumendo come dato di partenza il ruolo della televisione, e in particolare della fiction, come agente di socializzazione secondaria e principale costruttore di immagini della realtà sociale. Pfau, Mullen e Garrow⁹⁴ giungono a mettere in discussione la teoria secondo cui, in assenza di esperienza diretta, gli individui sono più inclini ad accettare il ritratto dei ruoli professionali fatto dalla televisione e quando, invece, televisione ed esperienza diretta sono consonanti, si produce un effetto rinforzante. I tre studiosi sostengono che «le immagini televisive contribuiscono alla socializzazione secondaria dei ruoli professionali, *anche a scapito* dell’esperienza diretta» e asseriscono che «il mainstreaming⁹⁵ è un effetto dominante, mentre la risonanza⁹⁶ è un effetto secondario»⁹⁷. In definitiva, gli spettatori opererebbero un collage di fiction e realtà e, dal momento che la rappresentazione televisiva tende sempre più a ritrarre i medici come figure talvolta egoiste, immorali e disoneste, «la possibilità che le rappresentazioni televisive in prima serata contribuiscano ad un’erosione della percezione pubblica dei medici è una conseguenza molto seria»⁹⁸.

Tali ricerche si inseriscono in una fase degli studi sugli effetti dei media segnata dal ritorno del paradigma degli “effetti forti”, non più intesi come effetti diretti, capaci di realizzare una manipolazione del comportamento dei telespettatori, ma come effetti

⁹² *Ibid.*, p. 904, trad. it. mia.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ M. Pfau, L. Mullen e K. Garrow, *The Influence of Television Viewing on Public Perceptions of Physicians*, in “Journal of Broadcasting and Electronic Media”, vol. 39, 1995, pp. 441-458.

⁹⁵ Con “mainstreaming” si intende la creazione di una «corrente dominante di convinzioni culturali, valori e comportamenti, relativamente stabile ma non statica, che si pone in qualche modo alla base delle altre correnti di opinione, fino a comprenderle tutte» (A. Marinelli, *Introduzione*, in: A. Marinelli, G. Fatelli (a cura di), *Tele-visioni*, Meltemi, Roma, 2000, p. 13).

⁹⁶ Attraverso l’effetto di “risonanza”, «la coltivazione assume un certo rilievo tra coloro che annettono particolare importanza a un determinato problema» (M. Morgan, N. Signorielli, *Cultivation Analysis: concettualizzazione e metodologia*, in: A. Marinelli, G. Fatelli (a cura di), cit., p. 40).

⁹⁷ M. Pfau, L. Mullen e K. Garrow, cit., p. 443, trad. it. mia.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 455, trad. it. mia.

indiretti e di lungo periodo, in grado di produrre conseguenze soprattutto sulle conoscenze e sulle credenze dei telespettatori. 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 produce una distorsione rispetto alla dominanza della fonte televisiva su altre fonti di percezione e conoscenza della realtà sociale. A ciò si aggiunge il fatto che tale teoria non tiene conto dei differenti gradi di realtà attribuiti dai soggetti alle rappresentazioni televisive. Il modello della coltivazione propone, insomma, una sorta di automatismo tra la quantità di fiction consumata e l'assorbimento delle immagini di realtà che arriva, in casi limite, a spossare l'individuo di ogni altro ambito di esperienza, cancellando peraltro il momento della fruizione. Se l'onnipresenza della televisione rende difficile la separazione della sua influenza da quella di altre fonti come l'esperienza, le informazioni personali, le rappresentazioni o le immagini di altri media, si può convenire su un assunto implicito anche nella teoria della coltivazione, ovvero sul fatto che «data la sua ubiquità e il fatto che tutti guardano un po' di televisione, piccole ma coerenti variazioni negli atteggiamenti e loro relativa correlazione con l'intensità della fruizione non possono non essere significative»⁹⁹. Questi cambiamenti quasi impercettibili non avvengono, però, direttamente come risultato del rapporto dell'audience con particolari prodotti mediali, ma «quale risultato di una più o meno totale immersione in una cultura tecnologicamente trasformata e in trasformazione»¹⁰⁰. Perciò, anche se gli effetti che si tenta di rintracciare «si realizzano necessariamente in un arco lungo di tempo, durante il quale si incontrano persone, si scambiano opinioni, si integrano le informazioni ricevute»¹⁰¹, è comunque possibile assegnare al medium televisivo un ruolo particolarmente rilevante nella definizione di alcune realtà sociali. Poiché le interpretazioni della realtà sono frutto delle esperienze, dei capitali a disposizione e del contesto sociale di riferimento degli individui (in una parola, del loro habitus), situare le negoziazioni mediatiche al livello di contesti microsociali di ricezione¹⁰² può servire ad evitare scivolose generalizzazioni.

⁹⁹ R. Silverstone, *Televisione e vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna, 2000, p. 236.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 231.

¹⁰¹ A. Abruzzese, P. Mancini, *Sociologie della comunicazione*, Laterza, Roma-Bari, 2007, p. 234.

¹⁰² Il termine sarà di qui in avanti utilizzato nell'accezione specificata da Bruhn Jensen: «La ricezione è un atto sociale che serve a negoziare la definizione di realtà sociale nel contesto di un'ampia gamma di pratiche culturali e comunicative» (K. Bruhn Jensen, N. W. Jankowski (a cura di), *A Handbook of Qualitative Methodologies for Mass Communication Research*, Routledge, London, 1991, p. 137, trad. it. mia).

Nonostante riflessioni e teorizzazioni in questo ambito siano in corso da ben più di mezzo secolo, ancora nel 1991, Horace M. Newcomb osserva: «Riguardo alla fiction televisiva, dobbiamo assolutamente dotarci di qualche teoria su come la fiction, e in particolar modo l'intrattenimento popolare, agisce nella cultura, del ruolo che la fiction ha storicamente ricoperto nel nuovo contesto mediatico e delle modalità di interazione con il pubblico che ne fruisce. [...] La fiction televisiva potrà anche essere un "prodotto", ma è pur sempre un prodotto che si presta a particolari usi culturali»¹⁰³. È un'osservazione che riguarda i prodotti per la televisione nel loro complesso.

A rincarare la dose, per ciò che concerne i contenuti più direttamente attinenti alla medicina, sono negli stessi anni Charles Atkin e Elen Bratic Arkin, che notano: «Eccetto rari casi, un numero molto limitato di ricerche è stato condotto per verificare l'impatto sul pubblico dei contenuti [mediali] legati alla salute»¹⁰⁴. Sulla stessa lunghezza d'onda, e "in rappresentanza" dei cultural studies, è Deborah Lupton, la quale sostiene da una parte che «le rappresentazioni linguistiche e visuali della medicina, della malattia e del corpo nella cultura popolare, nella cultura alta e nei testi medico-scientifici influiscono sulla costruzione delle conoscenze profane e professionali sulla medicina e sulle esperienze di questi fenomeni»¹⁰⁵; dall'altra, che «Poiché la maggior parte degli scienziati sociali ha teso a non vedere la medicina come prodotto o parte della cultura, ma come un corpo oggettivo della conoscenza scientifica esterno alla cultura (dove la "scienza" è considerata l'antitesi della "cultura"), fino a poco tempo fa, l'approccio degli studi culturali raramente è stato adottato per analizzare la biomedicina o le istituzioni e le pratiche della sanità. Eppure, i soggetti costruiscono la propria comprensione del mondo, comprese le convinzioni riguardo alla medicina e alla malattia, attraverso l'interazione con i prodotti culturali così come dall'esperienza

¹⁰³ «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 the way in which audiences attended 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, cit., p. 102, trad. it. mia).

¹⁰⁴ «With few exception, very little research had been conducted to assess the impact of health-related content on the public» (C. Atkin, E. Bratic Arkin, *Issues and Initiatives in Communicating Health Information*, in C. Atkin, L. Wallak (a cura di), *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, Sage, Newbury Park, 1990, p. 34, trad. it. mia).

¹⁰⁵ «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» (D. Lupton, *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*, Sage, London, 1994, p. 78, trad. it. mia).

personale e dal dialogo con gli altri»¹⁰⁶. Analizzando lo stato dell'arte sull'argomento, quindi, un dato appare chiaro: la ricerca empirica in questo settore è ancora decisamente lacunosa. Gli studi sulle rappresentazioni televisive della sanità si sono più spesso limitati a sondare il grado di aderenza alla realtà delle procedure mostrate nelle fiction¹⁰⁷, la percezione dell'accuratezza delle questioni sanitarie trattate dalle serie tv e dai docu-dramas¹⁰⁸, la presenza e il modo in cui vengono affrontate questioni di politica sanitaria nei medical dramas¹⁰⁹, l'impatto di specifiche linee narrative su specifici pubblici¹¹⁰.

Ancora nel 2004, nell'introduzione al volume *Cultural Sutures: Medicine and Media*, si legge: «la descrizione romanzata di medici e procedure mediche nei media ha chiaramente un impatto sia sull'erogazione delle prestazioni sanitarie che sulle aspettative che il paziente ripone nei confronti degli specialisti»¹¹¹. Poche righe dopo, però, non si può fare a meno di notare la seguente constatazione: «nonostante la miriade di informazioni mediche proveniente da tutti i media, pochi studiosi si occupano delle mediazioni che avvengono all'interno di questo processo»¹¹². Parrebbe esserci un accordo sul fatto che le rappresentazioni mediatiche della medicina escono dall'arena strettamente mediale per andare ad intersecare e a negoziare aspetti concreti dell'esistenza degli spettatori, non ultima la relazione medico-paziente. Quelle appena citate sono affermazioni che oggi potrebbero sembrare auto-evidenti. Eppure, per quanto riguarda le serie televisive di ambientazione ospedaliera, le ricerche si sono

¹⁰⁶ «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”), until recently the cultural studies approach had rarely been adopted 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 discussions with others» (*Ibid.*, p. 19).

¹⁰⁷ D. Harris, H. Willoughby, *Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama*, in “Resuscitation”, vol. 80, 2009, pp. 1275-1279.

¹⁰⁸ Gatfield L., Millwood Hargrave A., *Dramatic license: fact or fiction?*, Broadcasting Standards Commission, London, 2003.

¹⁰⁹ J. Turow, R. Gans, *As seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, 2002.

¹¹⁰ Van Den Bulck J. M., *The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals*, in “European Journal of Emergency Medicine”, vol. 9, 2002, pp. 325-329; Hether H. J., Huang G., Beck V., Murphy S., Valente T., *Entertainment-Education in a Media-Saturated Environment: Examining the Impact of Single and Multiple Exposures to Breast Cancer Storylines on Two Popular Medical Dramas*, in “Journal of Health Communication”, vol. 13, 2008, pp. 808-823.

¹¹¹ «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» (L. Friedman (a cura di), *Cultural Sutures: Medicine and Media*, Duke University Press, Durham e Londra, 2004, p. 5, trad. it. mia).

¹¹² «Yet even with this blizzard of medical information from every imaginable media, few scholars focus on the mediations that occur within that process» (*Ibid.*, p. 7).

focalizzate in maniera molto più intensiva sugli aspetti produttivi o sull'analisi del contenuto che non sulla loro ricezione¹¹³. Ad oggi, le ricerche empiriche in questo ambito si contano sulle dita di una mano: *Casualty: Reception Study of a Medical Drama* (2000) e *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon* (2007) di Solange Davin; e, seppure di altro ordine, *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power* (1989) di Joseph Turow e *La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgence* (1999) di Sabine Chalvon-Demersay¹¹⁴. Quest'ultima si propone un'analisi interna alla serie *ER*, volta a sondare i punti di vista sull'opera manifestati da spettatori di diversa posizione personale, sociale, professionale. Come tiene a precisare l'autrice, la ricerca non è uno studio di ricezione, ne è solamente il preludio. L'interesse di Turow si concentra invece più sul procedimento opposto o preliminare, vale a dire «ad esplorare le dinamiche di potere che, all'interno di un'istituzione Americana, tentano di orientare la rappresentazione televisiva dell'istituzione stessa»¹¹⁵. L'istituzione in questo caso è la medicina e l'attenzione è rivolta alle serie mediche in onda in prima serata. Turow non abbandona il campo e alcuni anni dopo, nel 1996, in un articolo su *The Lancet*, formula alcune ipotesi – che rimangono tali – sulla ricezione dei medical dramas, ribadendo che «Non è stata condotta alcuna ricerca sul tipo di messaggi che spettatori con backgrounds differenti traggono da questi programmi, quando i notiziari e le esperienze personali propongono gli stessi messaggi in modo completamente diverso»¹¹⁶. Gli studi di Solange Davin sulla ricezione dei medical dramas *ER* e *Casualty* da parte dei pubblici francesi e inglesi sono le uniche ricerche empiriche che si possano reperire oggi sull'argomento.

Un'ipotesi semplice ma innegabile sul perché pochi studiosi sino ad oggi si siano addentrati nell'impresa è tutta riassumibile nelle difficoltà metodologiche. Le ricerche qualitative sulla ricezione sono sempre altamente probabilistiche, complesse e mai del

¹¹³ Ad esempio: R. Chory Assad, R. Tamborini, *Television Doctors: An Analysis of Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs*, in "Journal of Broadcasting & Electronic Media", 45, 3, 2001, pp. 499-521.

¹¹⁴ S. Davin, *Casualty: Reception Study of a Medical Drama*, Le Drac, London, 2000; S. Davin, *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon*, L'Harmattan, Paris, 2007; J. Turow, *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power*, Oxford University Press, New York/Oxford, 1989; S. Chalvon-Demersay, *La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgence*, «Réseaux», vol. 17, n. 95, 1999, pp. 235-283.

¹¹⁵ J. Turow, *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power*, Oxford University Press, New York-Oxford, 1989, p. xiii, trad. it. mia.

¹¹⁶ «There has been no research on what messages viewers with different backgrounds draw from such programmes when the news and personal experiences present them with a fundamentally different reality» (J. Turow, *Television Entertainment and the US Health-Care Debate*, in "The Lancet", 347, May 4, 1996, p. 1243, trad. it. mia).

tutto dimostrabili. Specie quando i dati vengono raccolti sotto forma di interviste, ci si trova costretti a limitare le proprie analisi ai pochi interpellati. Come ben sintetizzano Grindstaff e Turow, «i contorni della ricezione continuano a mutare man mano che numerosi studi vengono portati a termine e che altre tipologie e livelli di influenza vengono presi in considerazione»¹¹⁷. Inoltre, la ricezione di prodotti televisivi è sempre più un fenomeno fluido e sfuggente: «Non solo è inusuale entrare nelle case delle persone per osservarle mentre guardano la televisione, ma l'utilizzo della televisione non può essere facilmente separato dal resto della vita quotidiana»¹¹⁸.

¹¹⁷ «the contours of reception continue to shift as more studies are carried out and more types and levels of influence are considered» (L. Grindstaff, J. Turow, *Television Sociology in the «New TV Age*, in “Annual Review of Sociology”, vol. 32, 2006, p. 116, trad. it. mia).

¹¹⁸ «Not only is it is awkward to enter people’s homes and watch them watch television, but television use cannot easily be separated from the rest of everyday life» (*Ibid.*, p. 117).

Capitolo 3

La medicina in televisione

3.1 Una panoramica sull'Italia

Nell'introduzione al volume *Cultural Sutures: Medicine and Media* (2004), Lester D. Friedman osserva che la medicina sembra aver rimpiazzato il baseball come passatempo nazionale. Il commentatore si riferisce evidentemente al contesto americano. Il baseball, infatti, non è mai stato il principale passatempo degli italiani. Eppure Friedman si serve di questa felice battuta per constatare che, anche grazie a vecchi e nuovi media, «gli eventi medici riempiono la nostra vita sia a livello individuale che collettivo»¹¹⁹. Per capire quanto questa considerazione sia valida, oltre che per gli Stati Uniti, anche per l'Italia, vale la pena richiamare alla mente alcuni dati.

A sole tre settimane dall'inizio delle trasmissioni televisive della Rai - Radio Televisione Italiana (allora denominata, ancora per pochi mesi, Rai - Radio Audizioni Italiane), il 26 gennaio 1954, va in onda sul canale nazionale la prima puntata di un programma di divulgazione scientifica: *Conversazioni scientifiche*. Le tematiche affrontate vanno dalla dietetica ai gemelli, dalla medicina psicosomatica al sonno.

A pochi mesi di distanza, sullo stesso canale, debutta *Il dottor Antonio*, primo sceneggiato televisivo italiano, che adatta in quattro puntate l'omonimo romanzo di Giovanni Ruffini, mettendo in scena le vicende di un medico in epoca risorgimentale. Solo tre anni prima, nel 1951, faceva capolino sulla rete americana ABC la prima serie tv che è possibile definire medical drama: *City Hospital*. Il mondo della medicina, insomma, fa la sua comparsa sul piccolo schermo quasi in contemporanea con l'introduzione stessa del mezzo sia in Italia che negli Stati Uniti. E dalla metà degli anni Cinquanta in avanti sarà proposto al pubblico televisivo nelle forme e negli argomenti più svariati. I programmi relativi alla salute trasmessi dalla televisione del servizio pubblico italiano fra il 1954 e il 2005 sono 480¹²⁰. I numeri appena citati si riferiscono soltanto ai programmi di divulgazione scientifica e di approfondimento, molti dei quali

¹¹⁹ «medical events saturate our individual and communal lives» (L. Friedman (a cura di), *Cultural Sutures: Medicine and Media*, Duke University Press, Durham e Londra, 2004, p. 2, trad. it. mia).

¹²⁰ Il dato comprende le edizioni (o stagioni o cicli) successive alla prima dei programmi presi in esame. Fonte: Teche Rai, *Programmi TV per la salute*, anni 1954-2005.

peraltro furono ideati entro gli anni Novanta e, con le dovute modifiche, hanno vissuto di rendita fino ad oggi. Fra i tanti prodotti trasmessi - alcuni così longevi da superare le venti edizioni – sono da menzionare almeno quelli che hanno segnato dei passaggi significativi nella storia della televisione italiana e della medicina in tv: *Sapere* (1967-1976, Programma Nazionale); *Check up* (1977-2002, Rete 1/Rai 1), *Medicina Trentatrè* (1985- in onda, Rai 2), *Elisir* (1996 – in onda, Rai 3).

La mole di programmi di divulgazione scientifica prodotti e trasmessi dalla Rai si spiega innanzitutto con l'intento didattico-pedagogico tipico dell'offerta della Paleotelevisione¹²¹, ovvero di quella televisione del servizio pubblico che nei primi vent'anni della sua storia si era prefissa il triplice fine di informare, educare e intrattenere. L'avvento di un regime concorrenziale, che si realizza pienamente fra il 1980 e il 1984, porterà in breve tempo al rinnovamento di linguaggi, generi e formati: «da fruizione prevalentemente festiva che scandiva i tempi della quotidianità, [...] il consumo televisivo diventa un flusso organizzato secondo la logica della serialità»¹²².

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 sudamericane»¹²³.

In questo contesto, la programmazione di Fininvest/Mediaset, la più grande azienda concorrente al servizio pubblico nata sul finire degli anni Settanta, sembra attribuire un ruolo marginale ai programmi di divulgazione medica almeno fino agli anni Novanta, quando vengono prodotti alcuni programmi come *Big Bang – Lo spettacolo della vita* (1985, Canale 5), *Medicine a confronto* (1994, Rete 4), *Vivere bene* (1998, Canale 5), *Medici – Storie di medici e pazienti* (2000, Rete 4).

Il tema medico rimane una presenza fissa, al di là delle reti, dei formati e dei palinsesti, anche - o a maggior ragione - con l'avvento in Italia, negli anni Novanta, della tv satellitare prima e della tv digitale poi. Molteplici sono i canali tematici dedicati alla salute, alle malattie del corpo e della mente, alle vite di medici e pazienti: fra gli altri,

¹²¹ Il termine è stato coniato da Umberto Eco che lo utilizza per la prima volta nell'articolo *Tv, la trasparenza perduta*, inserito nel libro *Sette anni di Desiderio*, Bompiani, Milano, 1983, pp. 163-181.

¹²² F. Diodato, *Format e palinsesti*, in S. Gensini (a cura di), *Fare comunicazione: teoria ed esercizi*, Carocci, Roma, 2006, pp. 351-352.

¹²³ G. Iovane, *Come si legge una fiction*, in S. Gensini (a cura di), cit., pp. 389-390.

Doctor's Life, sul canale 440 di Sky dal 2011, si propone di «entrare a casa del medico dalla porta principale».

In palinsesto appaiono serate (mono)tematiche: Mediaset propone, nel gennaio del 2007, la “serata doc”, composta dalla messa in onda consecutiva, in prime time su Italia 1, dei medical dramas *House, M.D.*, *Grey's Anatomy* e *Nip/Tuck*. La combinazione funziona e viene riproposta, in periodo estivo, nella formula *House, M.D.*, *Royal Pains* e *Miami Medical*. Qualche anno dopo, nell'inverno del 2012, è la terza emittente italiana, La7, a mandare in onda in prima serata consecutivamente *Grey's Anatomy* e *Saving Hope*.

Il sistema mediale italiano raggiunge negli anni Duemila il suo picco massimo di saturazione per quanto riguarda i programmi a tema medico. Nel 2004 esordisce su Fox Life (Sky) la prima docu-soap interamente prodotta in Italia, dedicata alle diverse fasi della maternità: *Reparto Maternità*. Il formato funziona e nel 2010 debutta sullo stesso canale la docu-fiction *Trapianti. Destini incrociati*, prodotta da Magnolia e interamente girata nel Centro Trapianti di fegato e multiorgano dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna. Sull'onda di una produzione televisiva che dalla fiction si sposta, negli anni più recenti, sempre più verso la reality tv, viene lanciato sulla piattaforma Sky Italia nel 2005 - e poi in chiaro nel 2010 - il canale Real Time. La rete televisiva tematica, di proprietà di Discovery Italia, diventerà il canale non-fiction più visto sul digitale terrestre dopo i due tradizionali gruppi televisivi Rai e Mediaset trasmettendo, dal suo esordio, moltissime trasmissioni relative al corpo, alla salute e alla malattia. Fra queste, la docu-soap *Diario di un chirurgo*; i medical documentary *24 ore al pronto soccorso* e *24 ore in sala parto*, *Chirurgia XXL*, *Food Hospital*; le reality medical series *Malattie imbarazzanti* e *Malattie misteriose*, *Vita al pronto soccorso*, e molte altre.

Un capitolo a parte meriterebbe la programmazione di Sky che, con i suoi canali tematici dedicati alle serie televisive e moltissimi altri spazi da riempire, non solo trasmette continuamente repliche di medical dramas come *ER*, *Grey's Anatomy* (di cui al momento detiene anche l'anteprima delle nuove stagioni) e *Scrubs*, ma intrattiene i suoi spettatori anche con alcuni prodotti di fiction, sempre a tema medico, più “di nicchia” e a carattere storico o in costume. È andata in onda, ad esempio, su Sky Arte nel 2013 la miniserie inglese *Appunti di un giovane medico (A Young Doctor's Notebook)*, ispirata a *I racconti di un giovane medico* di Michail Bulgakov. Si è conclusa, invece, il 9 dicembre 2014 su Sky Atlantic la trasmissione della prima stagione di *The Knick*, attesissima serie, diretta da Steven Soderbergh e interpretata, fra

gli altri, dalla star cinematografica Clive Owen. La serie, ambientata nella New York di inizio '900, racconta le imprese quotidiane del dottor Thackery e dei suoi collaboratori al Knickerbocker Hospital, fra tecniche chirurgiche sperimentali, discriminazioni razziali e ristrettezze economiche.

Anche se le vite dei medici e dei pazienti rappresentate sul piccolo schermo appaiono sempre più immortalate nel formato della docu-fiction - quando non nel vero e proprio medical documentary -, esse sono entrate, e continuano ad entrare, nelle case di generazioni di telespettatori, grazie soprattutto alla fiction seriale, tuttora genere dominante dell'offerta televisiva nazionale e internazionale¹²⁴. In Italia, 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 «si è presto reso evidente 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»¹²⁵.

3.2 Peculiarità e popolarità del medical drama

L'ospedale, sin dai suoi esordi sul piccolo schermo, diventa - assieme ai tribunali e ai commissariati - una delle arene privilegiate della narrativa seriale per la televisione, fino ad avere in Italia un vero e proprio boom di produzioni e di ascolti fra gli anni Novanta e gli anni Duemila. La fiction di ambientazione ospedaliera, il medical drama, talvolta denominato anche hospital drama, si presenta in un formato abbastanza riconoscibile: nell'arco di episodi che durano da mezz'ora a un'ora e mezza ciascuno, vengono messe in scena le vicende professionali e private di un gruppo di medici al lavoro in un ospedale, in una clinica o in un'ambulanza. Legate al lavoro dei professionisti sono ovviamente le vicende delle loro famiglie e dei pazienti, così come le storie d'amore che si consumano negli sgabuzzini dell'ospedale. In alcuni casi - come

¹²⁴ Kristen Ostherr sostiene che sia in atto un'ulteriore fusione dei generi. Comparando documentari e medical dramas, l'autrice nota che le strategie utilizzate in questi programmi per la rappresentazione della medicina tendono a sfumare una nell'altra: la fiction sviluppa sempre più sceneggiature basate su storie vere, mentre i documentari impiegano le strutture narrative e le tecniche di montaggio sonore delle fiction per aiutare gli spettatori ad immergersi nel mondo rappresentato (K. Ostherr, *Medical Visions: Producing the Patient through Film, Television, and Imaging Technologies*, Oxford University Press, New York, 2013, p. 189).

¹²⁵ V. Innocenti, G. Pescatore, *Le nuove forme della serialità televisiva. Storia, linguaggio e temi*, Archetipolibri, Bologna, 2008, p. 31.

in *ER* (1994-2009, NBC; 1996-2009, Rai 2) - l'ospedale è rappresentato come un microcosmo sociale, al cui interno si riproducono e talvolta si esasperano le dinamiche, le norme e le relazioni in atto nella società contermina. In altri, come in *House, M.D.* (2004-2012, Fox; 2005-2012, Italia 1 e Canale 5), è il versante più squisitamente diagnostico ad essere esaltato e qui il filone medical slitta fino ad intersecarsi con il poliziesco e l'impostazione di una detection: la malattia (il colpevole da ricercare) compie il suo delitto lasciando tracce (i sintomi) sulla scena del crimine (il corpo del paziente). Frequente è infine la rappresentazione dell'arena ospedaliera attraverso i turbamenti, le difficoltà e le sfide di un gruppo di giovani neolaureati. In *Grey's Anatomy* (2005-in onda, ABC; 2005-in onda, Italia 1) così come in *Scrubs* (2001-2010, NBC e ABC; 2003-2010, MTV), il racconto connette la formazione umana e sentimentale alla formazione professionale, virando nel primo caso verso i toni più rosa della commedia (quando non della soap) e nel secondo verso il demenziale, con tinte tragicomiche.

La produzione italiana è invece contraddistinta da ritmi più lenti e toni più buonisti¹²⁶, che alternano quotidianità ospedaliera con quotidianità casalinga o vita di paese. Protagonista della fortunatissima serie *Un medico in famiglia* (1998-in onda, Rai 1), produzione italiana a partire dal format tv spagnolo *Médico de Familia* (Telecinco), è appunto la famiglia del giovane medico romano Lele Martini. Le vicende narrate nella serie, arrivata nel 2014 alla sua nona stagione, ruotano più attorno a Casa Martini che alla Asl in cui il medico lavora. Il registro assume i toni della soap opera. Allo stesso modo, *La dottoressa Giò* (1997-1998, Canale 5), serie tratta dall'omonimo film per la tv uscito due anni prima, segue le vicende della ginecologa Giorgia Basile all'interno di un ospedale pubblico romano. Il focus è ancora una volta sulla vita privata della dottoressa, legata ad una possibile maternità, più che sulla rappresentazione di un ambiente professionale. Diverso è il caso di *Medicina Generale* (2007-2010, Rai 1 e Rai 3), serie di Rai Fiction che fin dalla sigla sembrerebbe ispirarsi all'americano *ER*. Girata in un

¹²⁶ Secondo alcuni commentatori, la fiction nostrana espelle senza mezze misure 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*, miniserie andata in onda su Rai 1 nel 1992: «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» (S. Fumarola, *Benvenuti all'"Hotel Pronto soccorso"*, in "Corriere della Sera", 15 marzo 1992, p. 33).

vero nosocomio a Roma, in un intero piano dismesso del Forlanini, la serie vuole raccontare con elementi di credibilità la vita quotidiana del reparto di Medicina di un grande ospedale italiano. La narrazione non si esime dall'affrontare aspetti critici di malasanità, carenze organizzative e amministrative del sistema sanitario e forti temi di attualità. La protagonista è una donna (elemento ricorrente in varie fiction italiane a tema medico), una caposala, attorno alla quale ruotano i caratteri e le vicende di uomini e donne dell'ospedale e della sua vita. Ciascun episodio è ispirato a storie vere e la produzione ricorre a consulenti scientifici per i dettagli tecnici. La serie non ha il successo sperato e faticosamente raggiunge la seconda stagione, in mezzo a bassi ascolti e ad una mobilitazione dei medici italiani che nell'estate del 2008 accende sulla stampa vibranti polemiche di fronte ad un'invasiva offerta televisiva di serie medical. A gettare acqua sul fuoco interviene, nello stesso anno, una fiction di Canale 5 intitolata *Crimini bianchi* (2008-2009, Canale 5 e Italia1), incentrata su vicende di malasanità (diagnosi sbagliate, turni disumani, cattiva organizzazione ospedaliera, truffe). Anche questa serie non riesce a trarre popolarità dalle polemiche e viene sospesa dopo il sesto episodio.

Da tutt'altro stile e ambizione sono contraddistinte, infine, due produzioni italiane, che nascono col dichiarato intento di smitizzare il genere hospital e farne una parodia. La prima è la serie *Drammi medicali*, ideata dal regista e comico Maccio Capatonda (alias Marcello Macchia) e andata in onda per la prima volta nel 2009 su FlopTv, web tv europea dedicata alla comicità, di proprietà di Fox Channel Italy.

Drammi medicali, come si legge nella réclame ufficiale della web tv, nasce dall'ironica constatazione che «nel panorama italiano della fiction si sentiva la mancanza di un medical drama»; portando sullo schermo «secchiate di ironia surreale lanciate da una equipe medica di un ospedale italiano» racconta, con un registro demenziale, come «un drappello di medici e paramedici, miseri grandi uomini e grandi misere donne di scienza, lotta per salvare la vita dei pazienti, anche a costo della vita... dei pazienti (ovviamente)»¹²⁷.

La seconda serie italiana "sui generis" è *Boris*, prodotta dal 2007 al 2010, e trasmessa sui canali satellitari Fox e Fx e in chiaro su Cielo. Nella terza stagione, *Boris* porta in scena il dietro le quinte del set di una fittizia fiction televisiva, *Medical Dimension*, che si propone di «raccontare in maniera cruda, realistica e senza moralismi i problemi della sanità pubblica italiana» e, ovviamente, lo fa con toni grotteschi e satirici.

¹²⁷ Dalla réclame ufficiale della serie. Fonte: <http://www.floptv.tv/show/drammi-medicali/>.

Da questa rapida ricognizione di alcuni dei più noti medical dramas andati in onda sulle televisioni italiane¹²⁸ è possibile rilevare quanto varia e numerosa sia l'offerta di fiction ospedaliere proposta ai telespettatori italiani. L'attestazione della pervasività di queste serie sui canali nazionali ed internazionali emerge non solo da una banale esperienza di zapping televisivo, per cui a qualunque ora del giorno, in Italia, tra digitale e satellite, è possibile (anzi, è inevitabile) intercettare una replica di *House, M.D.* o un nuovo episodio di *Un medico in famiglia*. Una stima più precisa emerge anche dal conteggio delle serie tv catalogate come medical dramas da Wikipedia. Non si può scommettere sulla precisione assoluta di questi dati, dal momento che Wikipedia considera, all'interno della stessa categoria, fiction di diverso formato (miniserie e lunga serialità) e ne esclude altre in cui l'elemento medico, pur non essendo preponderante, è comunque presente. La stima resta indicativa: sommando le produzioni egiziane, colombiane, giapponesi, Sud coreane (queste sono ben 27!) e di moltissime nazioni tra cui ovviamente gli Stati Uniti (che, assieme al Canada, ne contano 88) e l'Italia (7), si noterà che sono 271 le serie mediche che hanno avuto al loro attivo almeno una stagione, prodotte fra il 1951 e il 2014. Inoltre, già nel 1979, quando la maggior parte delle fiction di cui si tratta in questo libro doveva ancora essere prodotta, uno studio americano¹²⁹ dimostrava che grossomodo la metà dei personaggi presenti in tutte le serie quotidianamente trasmesse in USA (non solo quelle ospedaliere) era coinvolta in questioni legate alla sanità.

Per avere un'idea della popolarità di queste fiction, si consideri che *ER* e *House, M.D.* figurano rispettivamente al primo e al secondo posto nella classifica dei telefilm d'importazione più visti in Italia negli ultimi venti anni, con oltre 6 milioni di telespettatori per puntata. La puntata di un telefilm *made in Usa* con il maggiore ascolto nella storia della televisione italiana – in chiaro – resta ancor oggi un episodio di *ER*, trasmesso il 4 dicembre 1997, con 7 milioni e 179 mila spettatori¹³⁰. Non è diversa la popolarità di questi due medical dramas negli Stati Uniti, se si pensa che 32 milioni di spettatori a settimana risulta essere la media del pubblico negli USA per *ER* durante le stagioni più seguite, mentre *House, M.D.*, distribuito in 66 Paesi, nel 2008 ottiene il

¹²⁸ Per una catalogazione più esaustiva di tutti i programmi a tema medico andati in onda sulla televisione italiana, si vedano: R. Gisotti, M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010; A. Dionisio, *Quando la medicina si fa in Tv. Benessere, salute e professione sanitaria rappresentate nel piccolo schermo*, Guida, Napoli, 2009.

¹²⁹ M. B. Cassata, T. D. Skill, S. Osei Boadu, *In Sickness and in Health*, in "Journal of Communication", vol. 29, 1979, pp. 73-80.

¹³⁰ Fonte: <http://www.telesimo.it> (cit. in: Paolo Braga, *E.R. – Sceneggiatura e personaggi*, Franco Angeli, Milano, 2008).

primato per il programma tv più seguito al mondo¹³¹. Se si considera poi un dato relativo alla produzione nazionale, *Pronto Soccorso*, miniserie in onda su Rai 1 tra il 1990 e il 1992, diretta da Francesco Massaro e interpretata da Ferruccio Amendola, è stata seguita nel corso della prima serie da 8 milioni di spettatori; *Un medico in famiglia*, in onda sullo stesso canale, ha raggiunto più di 7 milioni di telespettatori.

È evidente allora quale sia, in termini quantitativi, la diffusione di quelli che a tutti gli effetti possiamo definire prodotti culturali di largo consumo.

Non si pensi però che il medical drama, come qualunque altro genere all'interno della categoria della fiction, sia solo un contenitore teorico, un'etichetta, una classificazione a posteriori di prodotti che fra loro si assomigliano. Il genere «viene a determinare uno degli aspetti fondamentali del modo in cui i testi (letterari o audiovisivi) sono selezionati, distribuiti e interpretati»¹³². Nei confronti degli spettatori, il genere costruisce specifici sistemi di aspettative che essi mettono alla prova nel corso della visione. I generi, insomma, 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. Ciò che definisce un genere in televisione è quindi prima di tutto un repertorio di elementi: ambientazione, iconografia, narrazione, stile. Ancora più nello specifico, a strutturare il mondo possibile del testo e a qualificarlo come appartenente a un insieme più vasto (a un genere, appunto), è il particolare ruolo giocato dalla cosiddetta memoria esofora, di cui si distinguono due diverse occorrenze: la replica e il riporto. La prima «consiste nella riproposizione di un elemento enciclopedico, che viene ricordato o citato integralmente». Il secondo invece «è una citazione non letterale, un'indicazione solo accennata nel testo»¹³³. In entrambi i casi, le conoscenze attivate sono riferibili a differenti tipi di contesti: quello effettivo in cui lo spettatore è immerso e quello della serie televisiva in questione o di uno specifico episodio della serie. 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 *multistrand*). Nel terzo caso, infine, si rende necessaria la conoscenza

¹³¹ Fonte: Eurodata TV Worldwide, Agence France Presse, *House is the world's most popular TV show*, June 12 2009.

¹³² V. Innocenti, G. Pescatore, cit., p. 15.

¹³³ 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.

degli elementi particolari della serie in questione, come i personaggi e i loro caratteri»¹³⁴. Repliche e riporti hanno una funzione cruciale 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.

Il medical drama è inoltre un genere particolarmente interessante per ciò che concerne le mediazioni istituzionali cui i produttori di queste serie, volenti o nolenti, debbono far fronte prima e dopo la stesura della sceneggiatura. Come non manca di evidenziare Joseph Turow, in un racconto a tema medico, così come in ogni racconto televisivo, lo sceneggiatore e la casa di produzione hanno un potere limitato: «il processo di scrittura è plasmato dall'interno e dall'esterno dell'industria televisiva»¹³⁵. Turow prende in esempio le vicende della serie *Trapper John, M.D.*, prodotta e trasmessa negli Stati Uniti tra il 1979 e il 1986, e racconta che quando i produttori inviarono lo script dell'episodio "Game of Hearts", concernente un trapianto di cuore, al dottor Robert Jarvik, il chirurgo che creò l'impianto cardiaco in plastica e ne sperimentò per primo l'utilizzo, questo si oppose con forza ad un finale di puntata in cui il paziente avrebbe dovuto morire per le complicazioni di un trapianto di cuore artificiale. Jarvik sosteneva che, nonostante lo script fosse accurato nel rappresentare il passato della medicina, non lo era più molto nei confronti del presente e del futuro: i progressi nel campo dei trapianti di cuore stavano avvenendo molto velocemente e un trapianto riuscito male in prima serata avrebbe potuto danneggiare seriamente la fiducia dei telespettatori in questo tipo di operazione, nella società responsabile della creazione dei prototipi e, infine, nei chirurghi. I produttori, che avevano sottoposto lo script a Jarvik e colleghi per avere da loro suggerimenti atti ad affinare l'aura di realismo necessaria all'episodio, ma anche per ottenere strumentazioni necessarie alla scenografia, fecero riscrivere in fretta e furia la puntata. Fu così che, nell'episodio in questione, il paziente non fu fatto morire, a scapito di gran parte della tensione emotiva che la prima versione era stata in grado di suscitare. Turow racconta le vicissitudini del suddetto episodio a dimostrazione del fatto che la televisione è un'attività collettiva e che «raccontare storie, in televisione, è prima di tutto un gioco di potere»¹³⁶. Non è prerogativa esclusiva del medical drama quella di dover adeguare i propri contenuti a determinate circostanze, ma è pur vero che quello della medicina (e dunque anche la rappresentazione della stessa) è un campo di

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ J. Turow, *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power*, Oxford University Press, New York-Oxford, 1989, p. xiii, trad. it. mia.

¹³⁶ *Ibid.*

forze particolarmente “affollato”. Scriveva Roger Silverstone che la dialettica del gioco e del ruolo dei media nella vita sociale «è una dialettica di libertà e condizionamento, di ruoli attivi e di ruoli passivi, di pubblico e privato, e viene elaborata nell’interfaccia di forze istituzionali e azioni individuali, storicamente determinata e radicata nei contrasti d’opinione della vita quotidiana»¹³⁷. Silverstone evoca in poche righe non solo alcune delle forze e delle dinamiche coinvolte nella produzione, realizzazione e distribuzione di un qualsiasi prodotto mediale, ma riesce a fare emergere anche la natura negoziale che esso assume rispetto alla rete di significati, pratiche, saperi e istituzioni sociali in cui esso è immerso e da cui trae senso. Non si ha spazio per approfondire qui le dinamiche che intervengono sul versante produttivo delle serie prese in esame. Occorre però tenere presente che diverse mediazioni avvengono, sul prodotto televisivo, ancora prima che esso possa essere confezionato. La mediazione istituzionale è un primo step. Un secondo passaggio, oggi quasi obbligato, è l’audience testing dell’episodio pilota della serie su un campione di telespettatori - attraverso lo strumento del focus group – per rendere più “graditi” al pubblico determinati episodi o linee narrative¹³⁸.

Non entrerà, nel corso della tesi, nel merito delle diverse rappresentazioni della pratica medica offerte dalle serie televisive, se non per quanto riguarda la serie *House M.D.* che, da questo punto di vista, si dimostra la più ricca di spunti. Delineerò solo brevemente, qui di seguito, i tratti principali dei medical dramas più seguiti dai miei intervistati, contestualizzandoli all’interno del più ampio arco cronologico e produttivo del genere preso in esame.

L’impianto del medical drama, come quello di tutti i prodotti popolari, «cambia nel corso dei decenni e interpreta le istanze del contesto sociale dal quale si genera e al quale è rivolto»¹³⁹. Nei suoi primi anni di vita, rammenta Aldo Grasso, nella fiction ospedaliera c’è spazio per un solo medico, un solo eroe infaticabile e idealista. È il *Dottor Kildare* (1961-1966, NBC; a partire dal 1963, Rai 1 e Canale 5), che trionfa nel

¹³⁷ R. Silverstone, *Televisione e vita quotidiana*, Il Mulino, Bologna, 2000, p. 9.

¹³⁸ Per una ricostruzione più approfondita di questo processo, si vedano: V. Cappi, G. Manzoli, *Lo scrittore collettivo. I meccanismi di feedback nella produzione delle fiction televisive e la relazione fra pratiche di scrittura e industria culturale contemporanea*, in “Between”, vol. IV, n. 8, 2014; P. Brembilla, G. Pescatore, *La serialità televisiva americana: produzione, consumo e tipologie di prodotto*, in G. Carluccio (a cura di), *America oggi. Cinema, media, narrazioni del nuovo secolo*, Kaplan, Torino, 2014, pp. 275 – 290.

¹³⁹ N. Riccio, *Il “Medical drama”: cenni di storia ed evoluzione di un genere televisivo*, in F. Denunzio (a cura di), *Il linguaggio del Dr. House: sociologia di una fiction televisiva*, Liguori, Napoli, 2008, p. 41.

1961: «buon medico, ma anche paladino dei buoni sentimenti, sempre pronto a dire la parola giusta, a infondere coraggio e serenità anche nei momenti più disperati»¹⁴⁰.

Nella suddivisione cronologica fatta da Nadia Riccio¹⁴¹, quella che va dalla metà degli anni Cinquanta alla metà degli anni Sessanta è l'«età dell'ottimismo e della riduzione dei conflitti» per il medical drama, caratterizzata da «una descrizione dell'ambiente medico privo di conflitti, nel quale agiscono con competenza e abnegazione figure di alto profilo e sensibilità umana»¹⁴². Nel 1969 è la volta di *Marcus Welby M.D.* (1969-1976, ABC): ogni episodio offre il racconto di una guarigione che non è solo individuale ma sociale, affrontando temi scottanti dell'attualità dell'epoca. Sono gli anni della protesta (metà anni Sessanta - inizio anni Ottanta), in cui le serie televisive assorbono e restituiscono le tensioni e i conflitti che stanno attraversando la società americana. Emblematica di questo periodo è la serie *M*A*S*H* (1972-1983, CBS; a partire dal 1979, Rai 1), ambientata durante la guerra di Corea, ma volutamente evocativa del conflitto in Vietnam, che con toni grotteschi alternati a crudo realismo descrive le vicissitudini di un ospedale chirurgico da campo dell'esercito americano. Con gli anni Ottanta inizia l'epoca del riflusso, che vede le vicende ospedaliere intrecciarsi con le vite private dei medici. Ad ambientazioni esotiche fanno da contraltare ibridazioni di genere con il poliziesco o la sit-com. È così che, sull'esempio della serie poliziesca *Hill Street Blues* (1981-1987, NBC), anche il medical drama si dota di trama multipla, narrazione corale, ritmi velocizzati e accentuato realismo: «non è più solo un medico, ma un gruppo di dottori, ognuno con la sua specializzazione. Non più il luogo di lavoro come semplice sfondo, ma come vero e proprio personaggio»¹⁴³.

Sull'onda di queste nuove coordinate, nel 1994, a distanza nella messinscena di un giorno uno dall'altro, appaiono sugli schermi televisivi americani *ER* e *Chicago Hope* (1994-2000, CBS; 1996-2003, Canale 5 e Rete 4), inaugurando una stagione (1993-2000) contraddistinta da una svolta realista. *ER*, in particolare, tratteggia un nuovo modo di costruire il racconto televisivo, sia dal punto di vista narrativo che dal punto di vista della struttura dell'immagine, negli anni in cui si andava affermando la reality tv.

¹⁴⁰ A. Grasso, *Buona maestra: perché i telefilm sono diventati più importanti del cinema e dei libri*, Mondadori, Milano, 2007, p. 144

¹⁴¹ In questo paragrafo tutte le suddivisioni cronologiche e le loro denominazioni sono mutuare dal saggio di Nadia Riccio, precedentemente citato.

¹⁴² N. Riccio, cit., p. 41.

¹⁴³ A. Grasso, cit., p. 145.

Se da un lato assistiamo ad una delle prime narrazioni *multistrand*¹⁴⁴ mature, dall'altro, sul piano tecnico, *ER*, attraverso l'uso della steadycam, eredita il nuovo interesse da parte del pubblico nei confronti di un maggiore realismo.

Con il 2000 inizia, infine, la stagione delle narrazioni corali: *House M.D.*, *Grey's Anatomy* e *Scrubs* impongono alla serialità medica successiva il modello di un'equipe di dottori, le cui vicende personali arrivano spesso a prendere il sopravvento sulle storie dei pazienti. Un'ulteriore innovazione sul piano estetico, grazie alle potenzialità degli effetti speciali, inaugura una stagione di vero e proprio voyeurismo dei corpi.

ER, *Grey's Anatomy* e *House M.D.* e *Scrubs* sono i medical dramas che i miei interlocutori hanno evocato con più frequenza durante le interviste. Non sarà allora superfluo spendere preliminarmente qualche parola per tracciare le caratteristiche generali di questi quattro prodotti.

ER



ER, acronimo di Emergency Room, debutta il 29 settembre 1994 sulla rete americana NBC e in Italia, su Rai 2, l'11 gennaio 1996. La serie, creata da Michael Crichton, prodotta da Steven Spielberg e realizzata da John Wells, si conclude il 2 aprile 2009 dopo quindici stagioni. Al Cook County General Hospital di Chicago, la vita personale dei protagonisti si intreccia con i casi clinici e umani di cui è quotidianamente teatro il pronto soccorso. Le storie narrate, fa notare Aldo Grasso, presentano sempre due risvolti, uno "esterno" (i malati) e uno "interno" (il personale sanitario): «ogni malato è insieme portatore di un evento traumatico e di un discorso: mettendo in scena i tormenti

¹⁴⁴ La tecnica del *multistrand* si ha quando un racconto è caratterizzato da più linee narrative che si sviluppano contemporaneamente. Essa attribuisce al racconto narrativo una maggiore verosimiglianza, nonché un particolare riferimento ai dilemmi esistenziali: ciascun personaggio viene analizzato e presentato alternando lo sguardo tra la sua sfera professionale (linee verticali) e quella privata (linee orizzontali), simulando in tal modo ritmi di trasformazione analoghi a quelli vissuti da una persona reale.

che li affliggono, i pazienti diventano casi esemplari, ricordi incancellabili»¹⁴⁵. Ma c'è di più: in *ER* l'ospedale diventa vero e proprio protagonista e il pronto soccorso un fortino, in cui i protagonisti fronteggiano le bordate della morte e della malattia. L'ospedale diventa, insomma, un luogo, nell'accezione che Marc Augé ha dato alla parola: identitario, relazionale e storico. *ER* propone allo spettatore l'idea che l'ospedale è un organismo complesso, insieme microcosmo e macrocosmo sociale, «al cui interno si riproducono e talvolta si esasperano le dinamiche vitali, le relazioni socio-culturali, i processi economici, le norme gerarchiche o giuridiche che esistono fuori»¹⁴⁶. L'ospedale è un osservatorio della società medesima, in cui l'imprevisto irrompe attraverso il labile confine di una porta scorrevole, mettendo in comunicazione il luogo della cura con il luogo dell'alienazione e della perdizione: Chicago, la metropoli per eccellenza, che, nella serie, è quasi sempre ripresa di notte, sotto luci fredde, tempestate di neve o di pioggia, come un posto ostile. Proprio per la permeabilità e la sensibilità di questo luogo ai conflitti della società circostante, Martin Winckler evidenzia come non sia solamente la società americana a sfilare dentro ai corridoi del pronto soccorso del Cook County General Hospital, ma sia il mondo intero: «i rifugiati, i reietti, gli abbandonati, le madri che maltrattano i loro figli, le coppie che invecchiano con la paura di perdersi»¹⁴⁷. È così che *ER* parla della relazione di cura ma anche del mondo, «dei conflitti di potere, delle sperimentazioni più o meno etiche, della miseria e della violenza urbana, e anche dell'«ambiente patogeno universale» nel quale siamo tutti immersi»¹⁴⁸. *ER* è, infine, la prima serie concepita da un autore che è allo stesso tempo un medico: Michael Crichton era infatti laureato in medicina e lo script nasceva direttamente dalla sua esperienza di giovane ricercatore. Una volta realizzato l'episodio pilota (a vent'anni di distanza dalla sceneggiatura che Crichton aveva scritto per un lungometraggio su un giorno di vita nel pronto soccorso di un grande ospedale americano), Crichton volle che in sede di sviluppo delle storie, tra gli altri sceneggiatori affiancati a John Wells, ci fossero anche due medici e uno studente specializzato in medicina d'urgenza. L'obiettivo spettacolare imponeva, infatti, che la descrizione dei contenuti medici fosse precisa. Gesti esatti, parole precise e un ritmo frenetico sono le condizioni che Crichton prescrive ai produttori, e che faranno il successo della serie.

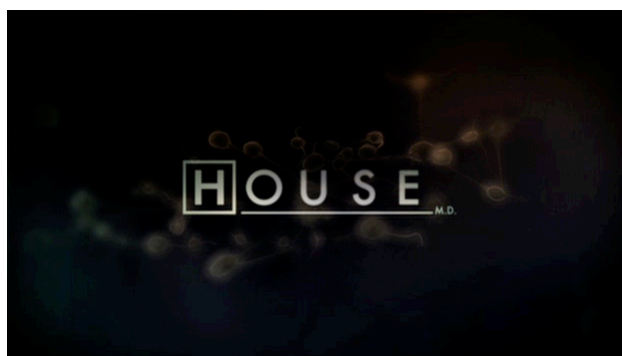
¹⁴⁵ A. Grasso, cit., p. 142.

¹⁴⁶ G. Frezza, *I luoghi della cura dal cinema alla televisione*, in F. Denunzio (a cura di), cit., p. 30.

¹⁴⁷ M. Winckler, *Les miroirs de la vie: histoire des séries américaines*, Le Passage, Paris, 2002, p. 168, trad. it. mia.

¹⁴⁸ *Ibid*, p. 174.

HOUSE, MEDICAL DIVISION



House M.D. debutta il 16 novembre 2004, sulla rete televisiva Fox, approdando in Italia il primo luglio 2005 su Italia 1, e termina il 21 maggio 2012. La serie racconta le avventure di Gregory House, un 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 capo del dipartimento di medicina diagnostica del fittizio Princeton-Plainsboro Teaching Hospital del New Jersey. I casi clinici ricostruiti sono ispirati alla rubrica “Diagnosi” del *The New York Times Magazine*, a cura di Lisa Sanders. La serie, nota Aldo Grasso, si distingue dai suoi predecessori per due strategie narrative di notevole interesse: poiché «assume su di sé tutte le storie individuali dell’*équipe* medica in modo così politicamente scorretto da ritagliarsi uno spazio inedito»¹⁴⁹ nel panorama della fiction contermine; e poiché «proprio la parte diagnostica, la più squisitamente medica, è molto più esaltata rispetto alle altre serie. Ogni puntata si risolve così in una lezione su come affrontare pazienti in condizioni critiche, con metodi più o meno ortodossi»¹⁵⁰. L’ospedale è qui attraversato dalle tensioni che l’aziendalizzazione dei luoghi preposti alla cura ha prodotto e dalle istanze spesso contrapposte di medico e paziente. Tramite la figura del protagonista «che convive perennemente con la malattia e che cerca una configurazione non istituzionale del rapporto col malato»¹⁵¹, l’ospedale «quasi si cancella davanti alla crisi vissuta della relazione fra medico e paziente»¹⁵².

GREY’S ANATOMY

¹⁴⁹ A. Grasso, cit., p. 146

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² G. Frezza, cit., p. 31.



Grey's Anatomy va in onda per la prima volta il 27 marzo 2005 sulla rete televisiva ABC; in Italia, debutta prima su Fox Life nel settembre 2005 e poi, in chiaro, su Italia 1 nel dicembre dello stesso anno. La serie, che alla sua undicesima stagione è ancora in produzione, racconta l'internato di un gruppo di giovani neolaureati dell'immaginario Seattle Grace Hospital, che hanno scelto di specializzarsi in chirurgia. «Nonostante l'argomento altamente tecnologico che costituisce l'obiettivo esterno, la chirurgia, la storia non parla dell'acquisizione di competenze tecniche quanto piuttosto della formazione emotiva dei protagonisti, come in tutti i romanzi di formazione»¹⁵³.

L'anatomia di cui si parla in questa serie, e il modo in cui se ne parla, «non riguarda tanto il corpo impersonale presente nei manuali come astrazione catalogica, quanto il corpo personale, ossia la viva fisicità sofferente, carica di biografia, propria dei personaggi di un racconto»¹⁵⁴. Lo si deduce sin dalla sigla e dall'immagine promozionale sopra riportata: un letto d'ospedale è temporaneamente occupato dai corpi di due amanti protagonisti della serie. *Grey's Anatomy* propone una struttura narrativa relativamente classica, che tende a ripetersi. Per ogni episodio, la voce fuori campo della protagonista, Meredith Grey, introduce un dilemma etico o sentimentale che fa da sfondo ai problemi medici dei pazienti e ai problemi personali dei dottori protagonisti della puntata. In questo modo, le stesse storie di vita dei protagonisti vengono medicalizzate: il linguaggio della medicina è applicato ai vissuti personali anche in circostanze che esulano dal contesto sanitario.

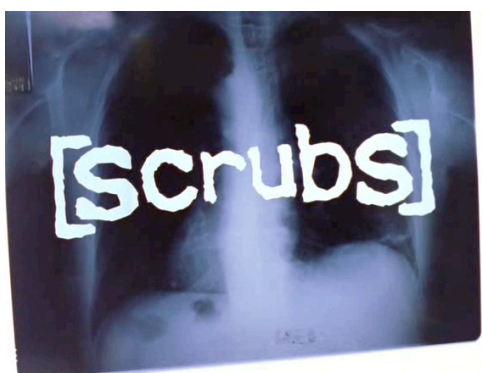
Gino Frezza nota che, con *Grey's Anatomy*, l'angolazione da microcosmo sociale dell'ospedale «viene confermata ma altresì depurata da ogni possibile rappresentazione

¹⁵³ N. Lusuardi, cit., p. 122.

¹⁵⁴ *Ibidem*, p. 118

“politica”»¹⁵⁵, poiché l'esterno sociale è, nella maggior parte dei casi, presupposto. Per contro, la mia impressione è che nelle stagioni più recenti - complice il sostegno che la sceneggiatrice e ideatrice della serie, Shonda Rhimes, non ha mai celato di rivolgere al presidente degli Stati Uniti, Barack Obama – la serie si sia fatta – più o meno esplicitamente - portatrice di una campagna per alcuni diritti civili: il matrimonio gay, i diritti delle minoranze etniche, l'eterno conflitto tra vita privata e lavoro delle donne medico.

SCRUBS



Scrubs debutta il 2 ottobre 2001 sulla rete NBC, per passare alla rete ABC nel 2010 e lì concludersi, alla sua nona stagione. In Italia viene trasmessa da MTV fra il marzo del 2003 e il novembre del 2010. La serie racconta le avventure di alcuni medici alle prime armi (o “ai primi ferri”, come recita il sottotitolo italiano) presso il Sacred Heart Hospital, in California, dove si intrecciano «le imprevedibili e surreali vicende di tre tirocinanti che ogni giorno si trovano ad affrontare la caotica realtà ospedaliera, contraddistinta da esigenti medici anziani, inservienti frustrati e improbabili pazienti»¹⁵⁶. Il titolo della serie è un gioco di parole: con il termine "scrub", infatti, si è soliti indicare, nella lingua americana, alternativamente il camice indossato da medici e infermieri, la pratica chirurgica di lavarsi accuratamente le mani prima di un intervento e una persona insignificante o di poco conto (in questo caso, un principiante, ad indicare la poca esperienza dei protagonisti nella professione medica). Le prime otto stagioni, ad eccezione di alcuni episodi, sono interamente narrate dal punto di vista di J.D., protagonista e narratore fuori campo, e le sequenze sono quasi sempre montate

¹⁵⁵ G. Frezza, cit., p. 31.

¹⁵⁶ L. Damerini, F. Margaria, *Dizionario dei telefilm*, Garzanti, Milano, 2004, p. 762.

seguendo una partitura musicale. Il carattere surreale di alcune situazioni narrate e il registro talvolta demenziale e grottesco della rappresentazione non impediscono alla serie di essere considerata fra le più credibili per quanto riguarda la ricostruzione delle dinamiche ospedaliere.

3.3 La fiction tra realismo e verosimiglianza

La popolarità delle fiction di genere hospital, l'attenzione sempre più diffusa al tema della salute e l'elevata quantità di programmi a tema medico offerta dal mezzo televisivo non possono non sollevare questioni rispetto al legame fra questi programmi e la loro circolazione sociale, o meglio, rispetto alle implicazioni della loro fruizione da parte di professionisti e profani del campo medico.

L'analisi del consumo di prodotti di fiction si rivela per diversi motivi un punto di osservazione privilegiato sullo stato della negoziazione fra rappresentazioni della sanità ed esperienza vissuta. Innanzitutto, va considerato un dato generale: la televisione «racconta la maggior parte delle storie alla maggior parte delle persone per la maggior parte del tempo e di conseguenza si configura come un distributore di immagini su larga scala che plasma le tendenze della cultura popolare. [...] È attraverso queste storie che le persone acquisiscono molte conoscenze diverse sul mondo e i suoi abitanti»¹⁵⁷. All'interno di questo panorama, sono proprio le serie tv a possedere «una speciale abilità di coinvolgere gli spettatori in modi che i notiziari e i programmi politici non fanno»¹⁵⁸ e ad avere la capacità di raggiungere spettatori che non sono interessati nello stesso modo alla stampa.

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»¹⁵⁹. Il suo potere di fascinazione, di coinvolgimento, di creazione

¹⁵⁷ «[Television] tells most of the stories to most of the people most of the time – and thus it is the wholesale distributors of images, and it forms the mainstream of our popular culture. [...] it is through these stories that people learn many different things about the world and its peoples» (N. Signorielli, *Television and Health: Images and Impact*, in C. Atkin, L. Wallack (a cura di), cit., p. 96, trad. it. mia).

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 126.

¹⁵⁹ G. Losito, *Il potere del pubblico: la fruizione di comunicazione di massa*, Carocci, Roma, 2002, p. 108.

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")¹⁶⁰. È utile, allora, ricordare in questa sede la distinzione tra *verosimiglianza* e *realismo* che Stephen Neale propose in un suo libro sul concetto di genere¹⁶¹. 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 – ad esempio: 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 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. 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 –.

Nella mia ricerca, è la categoria della verosimiglianza che ha guidato l'analisi delle rappresentazioni della sanità da una parte e la contestualizzazione delle affermazioni dei telespettatori intervistati dall'altra. L'atteggiamento che mi ha portata a relativizzare e talvolta a non curarmi del realismo dei medical dramas è speculare al ragionamento che il sociologo Eliot Freidson fece 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,

¹⁶⁰ V. Innocenti, G. Pescatore, cit., p. 35.

¹⁶¹ S. Neale, *Genre*, BFI, Londra, 1980.

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»¹⁶².

Quando si afferma che la fiction seriale, grazie ai suoi fenomeni di durata e persistenza, comincia a funzionare come una cosa reale, non ci si riferisce allora ad un "creder vero", quanto piuttosto ad una funzione d'uso. Nonostante Walter J. Ong, ad esempio, sostenga che è capacità tutta particolare della televisione, quella di palesare la presenza e di confondere il vissuto e il rappresentato, il reale e l'immaginario, lo spontaneo e il costruito, quasi tutti gli spettatori sanno benissimo che gli eventi e gli esseri che si manifestano e accadono sullo schermo non hanno la stessa consistenza ontologica degli eventi e degli esseri che abitano le loro vite. Gli spettatori usano però quegli eventi e quegli esseri 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. 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.

Fra i generi televisivi, la fiction seriale è inoltre quella che meglio si presta ad una ritualizzazione del consumo. Essa non solo esibisce un rapporto di reciprocità con la vita quotidiana a causa dei suoi contenuti¹⁶³ (la struttura narrativa è imperniata sul ricorrere costante degli stessi ambienti e degli stessi personaggi, ciascuno dei quali presenta tratti caratteriali specifici e una sua storia passata), ma implica una fidelizzazione dello spettatore che è fruitore costante e competente.

L'appuntamento settimanale, ad una determinata ora davanti alla tv, scandisce non solo il tempo della programmazione televisiva ma anche quello della programmazione "esistenziale" 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

¹⁶² E. Freidson, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 178.

¹⁶³ Gianni Losito elenca come caratteristiche generali della fiction: la ripetizione, 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. (G. Losito, cit., p. 108).

costanza; un po' perché si interseca e convive con le vicende domestiche»¹⁶⁴. A creare un'ulteriore continuità fra l'universo televisivo e i vissuti dei soggetti è infine il fatto che le audience televisive da "audience di massa" sono oggi sempre più "audience diffuse". Nelle parole di Abercrombie e Longhurst, ciò significa che «ognuno diventa spettatore in qualsiasi momento: essere membro di un pubblico non è più un evento eccezionale, né un evento quotidiano. È piuttosto parte costitutiva della vita quotidiana»¹⁶⁵.

A questo proposito è importante sottolineare due aspetti legati alla tematizzazione delle audience diffuse. Il primo è quello messo in luce da Joseph Turow e Laura Grindstaff: occorre che gli studiosi rivedano la nozione per cui la televisione sarebbe principalmente un medium domestico vincolato ad una particolare tecnologia¹⁶⁶. Dal momento che, al giorno d'oggi, le persone ricevono i programmi televisivi non solo via digitale terrestre, satellite o internet, ma possono consumarli da qualunque luogo e in qualunque momento attraverso smartphone e tablet, è sicuramente più corretto concepire il consumo televisivo come un consumo inestricabilmente immerso in un più ampio flusso mediale che, a seconda del punto di vista, è possibile denominare "video culture" (Turow e Grindstaff, 2006), "mediascape" (Appadurai, 1996)¹⁶⁷ o "ecosistema mediale" (Jenkins, 2001)¹⁶⁸.

Il secondo aspetto, legato alla scelta di intraprendere un'etnografia del consumo dei medical dramas piuttosto che di altro genere di programmi a tema medico, prende in considerazione un elemento operativo non scontato: i fan e gli spettatori di questo genere di prodotti sono facilmente rintracciabili on-line, attraverso i fan club dedicati alle serie tv o a partire dalle pagine facebook delle serie tv in oggetto¹⁶⁹.

¹⁶⁴ M. L. Bionda, F. Casetti, L. Corbetta, *I media e la famiglia*, in F. Casetti (a cura di), *L'ospite fisso: televisione e mass media nelle famiglie italiane*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1995, p. 53.

¹⁶⁵ «Everyone becomes an audience all the time: being a member of an audience is no longer an exceptional event, not even an everyday event. Rather it is constitutive of everyday life» (N. Abercrombie, B. Longhurst, *Audiences: a Sociological Theory of Performance and Imagination*, Sage, London, 1998, pp. 68-69, trad. it. mia).

¹⁶⁶ L. Grindstaff, J. Turow, cit., pp. 119-120.

¹⁶⁷ A. Appadurai, *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996.

¹⁶⁸ H. Jenkins, *Convergence? I Diverge*, in "MIT Technology Review", June 1, 2001.

¹⁶⁹ Al 29 settembre 2014, più di 44 milioni di persone avevano apposto un like alla pagina facebook di *House, M.D.* e, secondo le statistiche della pagina, 17.616 persone ne stavano parlando, al momento della visita della pagina. La maggior parte di loro ha un'età compresa tra i 18 e i 24 anni.

Capitolo 4

House M.D. e la medicina (post)moderna

4.1 Estetica e anatomia dello sguardo clinico

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 Vaccaro¹⁷⁰

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.

Stefano, telespettatore¹⁷¹

L’analisi semiotica o del contenuto dei prodotti audiovisivi, presi in considerazione dagli spettatori intervistati, non è stata centrale né determinante ai fini della ricerca alla base di questo libro. Le letture di un testo – si è già detto – possono essere tante quanti sono i suoi fruitori e l’interesse della scrivente si è orientato soprattutto a cogliere le mediazioni intervenute nella vita quotidiana degli spettatori più che le loro interpretazioni in seguito alla visione dei medical dramas.

Tuttavia, in questo capitolo, ho scelto di dare rilievo ad alcuni aspetti caratterizzanti i medical dramas menzionati dagli spettatori, focalizzando l’attenzione sull’americano

¹⁷⁰ M. Cometa, S. Vaccaro (a cura di), *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007, p. 7.

¹⁷¹ Questionario compilato da Stefano, 25 anni, studente universitario, in data 08/12/2010.

House M.D. e – con brevi rimandi - sull'italiano *Medicina Generale*. Per quanto non paragonabili in termini di ascolti¹⁷² e diffusione né di storytelling o di investimenti a disposizione delle rispettive produzioni, entrambi i prodotti mettono in scena singolari articolazioni del rapporto medico-paziente e della pratica medica contemporanea e si prestano ad essere confrontati con i racconti che alcuni medici italiani e statunitensi hanno offerto della propria professione in contesti di cura reali.

House M.D. 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 una diagnosi errata, 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 immunologia¹⁷³.

Nella serie, il filone medical si interseca con il poliziesco e assume l'impostazione di una detection, ammiccando a più riprese alla giallistica, di cui è protagonista il detective Sherlock Holmes.

Sul versante stilistico, dei dettagli visivi ipertrofici guidano lo spettatore nelle profondità del corpo umano. È un regime di “massima visibilità dei corpi” quello rappresentato in *House MD*, in cui immagini macroscopiche di tessuti interni, alternate allo sguardo esterno sul corpo del paziente, permettono di seguire “visivamente” il racconto del medico sulla malattia. Attraverso l'uso reiterato delle immagini digitali, lo sguardo del professionista, 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 dell'episodio in questione. Questo particolare “sguardo estetico” avvicina *House M.D.* a serie coeve come *CSI*, *Medical Investigation*, *Bones* o *Nip/Tuck*. L'ingrandimento, la tecnica del dettaglio, la ricostruzione digitale

¹⁷² *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*. (Fonte: R. Gisotti R., M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010).

¹⁷³ 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.

degli organi interni durante le riprese di un'operazione chirurgica, le lastre delle radiografie, la visione da microscopio elettronico sono elementi ormai canonici all'interno della serialità americana.

Nel caso dei medical dramas, 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'evidenza della diagnosi»¹⁷⁴. Quello dell'evidenza è un concetto centrale nella medicina contemporanea. Non solo perché la pratica medica in sé è basata oggi sull'evidenza clinica, ma anche perché la cosiddetta medicina basata sull'evidenza (EBM) è una particolare tipologia di pratica medica che ha avuto grande rilievo (e grandi contestazioni) tra gli anni Novanta e gli anni Duemila e continua a guadagnare larghi consensi¹⁷⁵. Definita ai suoi esordi, nel 1992, come un nuovo paradigma per la pratica medica, la EBM ambisce ad insegnare ai medici come tradurre in domande chiare e definite il bisogno di informazione durante l'incontro col paziente. Per far sì che le “evidenze” abbiano un ruolo preminente nelle decisioni terapeutiche, la EBM invita a ricercare nella letteratura medica, selezionare e applicare al paziente le informazioni pertinenti e metodologicamente più valide. Trisha Greenhalgh e Anna Donald definiscono la medicina basata sull'evidenza come «l'uso di stime matematiche del rischio di benefici e danni, derivate da ricerche di alta qualità su campioni della popolazione, per informare il processo decisionale clinico nelle fasi di indagine diagnostica o nella gestione dei singoli pazienti»¹⁷⁶. Se la medicina basata sull'evidenza rappresenta «prima ancora che un cambiamento nei comportamenti dei medici, uno spostamento della base scientifica della conoscenza medica dalla cura degli individui

¹⁷⁴ 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.

¹⁷⁵ Per un approfondimento sul tema, si vedano, in ordine sparso: D. L. Sackett, M. C. Rosenberg, J. A. Muir et al., *Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't*, «British Medical Journal», 312, 1996, p. 71; Evidence-Based Medicine Working Group, *Evidence-based Medicine. A new approach to teaching practice of medicine*, in “Journal of the American Medical Association”, vol. 268, 1992, pp. 2420-2425; G. Guyatt, D. Rennie (a cura di), *Users' Guide to the Medical Literature. Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*, McGraw-Hill Professional, New York, 2008; S. McGee, *Evidence-based physical diagnosis*, Saunders, Philadelphia, 2001; E. Parma, V. Caimi, *Medicina delle prove di efficacia e medicina generale*, in A. Liberati (a cura di) *La medicina delle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997, pp. 19-31; R.B. Haynes, P.J. Devereaux, G. Guyatt, *Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. Evidence does not make decisions, people do*, in “British Medical Journal”, vol. 324, 2002, p. 1350; M. Gupta, *A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations*, in “Journal of Evaluation in Clinical Practice”, vol. 9, 2003, pp. 111-121.

¹⁷⁶ T. Greenhalgh, A. Donald, *How to Read a Paper: The Basic of Evidence – Based Medicine*, Wiley-Blackwell, Hoboken, 2010, p. 1, trad. it. mia.

verso l'epidemiologia e la salute della popolazione»¹⁷⁷, nella pratica, essa si traduce nell'introduzione di linee guida per il coordinamento del comportamento clinico.

Le ricostruzioni digitali degli organi interni del corpo umano, che in *House M.D.* vengono proposte come inserti scientifici, assicurano la massima precisione del dettaglio ma selezionano anche le cose da vedere. È precisamente questo legame tra visione e prova di verità ad essere racchiuso nel termine inglese *evidence*. Come ricorda Salvo Vaccaro, «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»¹⁷⁸.

È chiaro che la lettura delle immagini medicali, dalle radiografie alle foto della risonanza magnetica, è una competenza che non appartiene alla stragrande maggioranza degli spettatori: «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»¹⁷⁹. La decontestualizzazione del particolare, inoltre, introduce in uno spazio di iper-realtà. Se il *corps morcelé*, il corpo in frammenti, disarticolato e assolutizzato nelle sue componenti è, secondo Antonio Costa, la configurazione dominante dell'immaginario cinematografico nell'epoca dell'iperrealismo, e trova le sue espressioni più tipiche nel cinema pornografico e nel new horror, anche nel medical drama «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. [...] 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»¹⁸⁰.

Lo spettatore è così protetto dalla brutalità dell'immagine dal vivo: egli può entrare nelle viscere e negli organi, ma in una realtà digitalizzata, semplificata. È questo uno dei grandi vantaggi che la possibilità di localizzare le cause della malattia offre: «le malattie

¹⁷⁷ W. Tousijn, *Opportunità e vincoli per una nuova logica professionale*, in L. Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli (a cura di), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna, 2008, p. 150.

¹⁷⁸ S. Vaccaro, *Lo spazio pressivo*, in M. Cometa, S. Vaccaro, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007, p. 139.

¹⁷⁹ N. Dusi, cit., p. 41.

¹⁸⁰ A. Costa, *Il cinema e le arti visive*, Einaudi, Torino, 2002, p. 358.

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»¹⁸¹. Alcune telespettatrici intervistate si sono rivelate accorte rispetto a questo effetto di iper-realtà e alla rassicurazione che ne deriva.

Ilaria, neolaureata di 23 anni con entrambi i genitori medici, commenta¹⁸²:

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.

Anche Francesca, studentessa di 25 anni, quando le viene chiesto che tipo di effetto produca su di lei il vedere corpi sofferenti sullo schermo, precisa¹⁸³:

Non passa come corpo sofferente, secondo me. Passa come corpo - oggetto, quindi da dover eliminare la parte malata. Secondo me, passa questo.

Il ricercato realismo dell'immagine digitale - 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 medialità 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 medialità e i significati derivanti dall'esperienza pregressa dei consumatori»¹⁸⁴.

Nella lettura di Giovanni Scibilia, la “retorica della costruzione” di *House M.D.* maschera sapientemente il carattere «invasivo e pervasivo» di una medicina in cui «la

¹⁸¹ L. Speranza, *Dai medici ideali a quelli reali: qualche figura in prestito dalla letteratura*, in L. Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli (a cura di), cit., p. 172.

¹⁸² Dal questionario compilato da Ilaria in data 09/12/2010.

¹⁸³ Dall'intervista a Francesca realizzata in data 07/12/2010 a Bologna.

¹⁸⁴ F. Boni, *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004, p. 102.

penetrazione senza limiti del corpo (le sonde, gli strumenti operatori, ma soprattutto la ricostruzione al computer di ciò che accade all'interno...), le continue invasioni nella sfera individuale, in modo più o meno coercitivo (ricerca di antefatti nella vita privata del pazienti, perquisizioni, interrogatori...), il contenimento fisico del corpo»¹⁸⁵ sono indicatori del fatto che «il paziente è in primis un oggetto da esplorare scientificamente, non qualcuno con cui perdersi in inutili chiacchiere»¹⁸⁶. Secondo Scibilia, tutti gli aspetti della medicalizzazione moderna sono fedelmente rappresentati in *House M.D.*, ma soprattutto vengono legittimati dagli straordinari risultati della sua pratica medica. Il regime di visione sin qui evidenziato non è prodotto solo dalle ricostruzioni in digitale, ma è costruito attraverso un intreccio di elementi a diversi livelli della rappresentazione. Fra gli altri, il posizionamento del protagonista rispetto al proprio (s)oggetto di cura e lo spazio architettonico in cui egli si trova, nella fiction, ad operare.

4.2 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 malattia.¹⁸⁷

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

¹⁸⁵ G. Scibilia, *Spacciare la medicina nera per la bianca. Doctor House e la medicalizzazione*, «Aut Aut», 340, ottobre-dicembre 2008, Il Saggiatore, Milano, p. 174.

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969, p. 15.

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 anatomiche.

Michel Foucault¹⁸⁸

Ironicamente, se si volesse mettere in immagini l'incipit di *Nascita della clinica* di Michel Foucault, ci si potrebbe servire - 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 privilegiato¹⁸⁹.

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 essa inizia a collocare lo spettatore secondo un angolo di visione del tutto coerente con quanto scritto da Foucault.

In sequenza rapida vengono proposte delle immagini che sfumano l'una nell'altra attraverso un rincorrersi fluido di dissolvenze. La prima è una "H", scritta in carattere tipografico neutro, chiusa in una cornice quadrata, ad indicare il perimetro della mente di House o forse il recinto murario dell'ospedale (Hospital), che si vedrà rappresentato poco dopo. 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, ora contemporanee, illuminate su uno scenario nero, si succedono ciclicamente in dissolvenza, restando sempre al centro dello schermo, in modo tale da consentirci di focalizzare l'attenzione sull'obiettivo, dimenticando ciò che lo circonda»¹⁹⁰. Un cervello, delle reti sanguigne, uno sterno e una colonna vertebrale. Poco prima del termine, con passo incalzante, House (rigorosamente senza camice) e i suoi assistenti avanzano verso la telecamera. Infine, un corpo senza testa, sempre su stampe antiche, chiude il cerchio rispetto all'iniziale cranio senza corpo.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 16.

¹⁸⁹ Pezzini I., Rutelli R. (a cura di), *Mutazioni audiovisive: sociosemiotica, attualità e tendenze nei linguaggi dei media*, ETS, Pisa, 2005, p. III.

¹⁹⁰ Claire Bardainne, *House - La sigla*, in F. La Rocca, A. Malagamba, V. Susca (a cura di), cit., p. 107.

Cosa stanno suggerendo 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 individuarlo. Non si vede un corpo per intero, non si vede un paziente. E in un certo senso, questa politica dello sguardo è la stessa che permea l'intera 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 al direttore sanitario 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 su questa lunghezza d'onda che si colloca anche la tesi di alcuni studiosi statunitensi. Nell'interessante articolo *The Afterbirth of the Clinic*¹⁹¹, essi desumono, dalla rappresentazione di *House M.D.*, la ricomparsa 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 una molteplicità di attori. House, che 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, "Accettazione", obbligato a svolgere parte delle moltissime ore arretrate di ambulatorio, si rivolge al Dr. Wilson commentando: «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».

House M.D., come anticipato, 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 malattie: «Questo posto è pieno di malati: se mi sbrigo li evito!», confida House a Wilson nel diciannovesimo episodio della seconda stagione ("House e Dio").

Sin dal primo episodio della prima stagione, "Una prova per non morire", l'intenzione di bypassare l'elemento umano all'interno della relazione medico - paziente è apertamente dichiarata in un dialogo emblematico tra House e i suoi assistenti:

¹⁹¹ 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, n. 2, Spring 2008, pp. 220-237.

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

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

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

Dr. Foreman: Non è per curare i malati che siamo diventati medici?

Dr. House: No, siamo diventati medici per curare le malattie. Trattare con i pazienti è quello che manda il medico in depressione.

Dr. Foreman: Stai cercando di eliminare il contatto umano dalla pratica della medicina?

Dr. House: Se non parliamo con loro, evitiamo di mentirci a vicenda. Il contatto umano è sopravvalutato.

Nella conversazione appena riportata, compaiono quasi tutti gli elementi che invitano a leggere in House l'identikit del medico moderno, disegnato 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 testimoni¹⁹². Foucault per primo scriveva: «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»¹⁹³.

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 disposizioni, la sua età, il suo modo di vivere e tutta una serie di eventi che, rispetto al nucleo essenziale, figurano come accidenti»¹⁹⁴. Per conoscere la verità del fatto patologico, il medico deve astrarre il malato»¹⁹⁵.

House evita in tutti i modi di interagire con i pazienti, non li vuole vedere, non vuole parlare con loro, non li visita se non attraverso degli schermi. Quando dice che li ascolta, si riferisce ai suoni e ai rumori dei loro organi¹⁹⁶, non certo alle loro parole.

¹⁹² M. Jay, *Parresia visuale? Foucault e la verità dello sguardo*, in M. Cometa, S. Vaccaro, *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007, p. 31.

¹⁹³ M. Foucault, cit., p. 21.

¹⁹⁴ Questo principio va in direzione opposta alla recente medicina narrativa e agli assunti dell'antropologia medica, che considerano gli stessi "accidenti" essenziali ai fini di una narrazione densa della malattia, intrisa di significati personali e sociali.

¹⁹⁵ M. Foucault, cit., p. 20.

¹⁹⁶ «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

Come Foucault, egli 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 malattia¹⁹⁷; 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»¹⁹⁸.

Un altro aspetto che avvicina House alla medicina dello sguardo – relativamente al breve periodo che si sovrappone con l'anatomia patologica - è la necessità di sperimentare sui corpi. Nel quarto episodio della prima stagione, “L'epidemia”, i medici del Princeton Plainsboro Teaching Hospital si trovano alle prese con tre neonati che presentano una sintomatologia simile:

Dr. Cuddy: Non puoi sperimentare sui bambini.

Dr. House: I medici fanno sempre esperimenti.

Dr. Cuddy: Sugli adulti, con il loro consenso.

Dr. House: Bene, otterrò il consenso dei genitori.

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

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

Avvocato: È un diritto saperlo.

Dr. House: Se lo sanno, non acconsentono. Questo va contro lo scopo.

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

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, cit., pp. 187-188).

¹⁹⁷ Una buona *compliance* del paziente non è assolutamente tenuta in considerazione come fattore coadiuvante la guarigione.

¹⁹⁸ M. Foucault, cit., p. 22.

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?»¹⁹⁹.

4.3 Medici e pazienti attraverso lo schermo

La distanza che House interpone fra sé e i pazienti non è solo una distanza simbolica: egli non si avvicina alla stanza del malato se non in casi di estrema necessità e il suo interesse per la psiche o per l'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, lontano 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»²⁰⁰.

La spazializzazione della malattia arriva ad avere nella serie televisiva una rappresentazione ben precisa, concreta, quasi geometrica: la lavagna, esattamente quel “quadro piatto su cui proiettare la classificazione dei sintomi”, è lo schermo che permette ai medici e allo spettatore di seguire l'evoluzione della diagnosi. Essa costituisce il «baricentro visivo delle sequenze di elaborazione diagnostica, superficie di “iscrizione” che, rendendolo tangibile, dota di “consistenza ottica” un processo cognitivo (Latour 1986)»²⁰¹. House utilizza, 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)»²⁰².

¹⁹⁹ M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2004, p. 286.

²⁰⁰ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1963, p. 16.

²⁰¹ 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.

²⁰² D. Gherardi, *La lavagna del dottor House*, in “Cinergie”, n. 14, Le Mani, Recco, settembre 2007, p. 26.

La lavagna è solo uno dei tanti schermi che, nella serie, costituiscono un 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 malattia²⁰³. House, addirittura, piuttosto di stare in compagnia dei pazienti, si rifugia talvolta a guardare la serie tv *General Hospital* su un vero e proprio schermo televisivo. Un caso lampante di ipertrofia dello schermo si verifica nel secondo episodio della terza stagione (“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»²⁰⁴. House ritiene dunque di aver bisogno di uno schermo più grande. Con un’iperbole perfettamente in linea con il suo carattere eccentrico, il medico (e con lui, lo spettatore) si trova allora ad osservare il cuore del bambino su un megaschermo cinematografico.

Alcune delle caratteristiche, sin qui delineate, mettono in evidenza quanto serie come *House*, *ER*, *Grey’s Anatomy*, ma anche l’italiano *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

²⁰³ Questo carattere architettonico, ricostruito all’interno della nuova serialità americana, accomuna *House* ad altri prodotti come, per esempio, *Bones* e *CSI*. In un articolo relativo alla fiction di ambientazione forense *Bones*, si possono leggere osservazioni valide in tutto e per tutto anche per *House M.D.*: «Gli spazi interni, in *Bones*, sono moderni, asettici e contengono numerosi dispositivi medici e tecnologici. La scientificità dei laboratori Jeffersonian è evidenziata dalle provette di vetro, dai microscopi elettronici, dagli schermi digitali [...]. Pareti e porte a vetro sono bene in vista e i personaggi sono ripresi mentre esaminano le prove attraverso teche di vetro, sui monitor o attraverso microscopi, sottolineando così come l’osservazione sia un’attività mirata. [...] Le tecnologie che filtrano le prove sono rappresentate come strumenti neutri dell’investigazione scientifica, strumenti oggettivi che fanno luce sul mondo materiale» (S. Kahle, *Sentimental Science, Somaticization, and Forensic Drama*, in “Critical Studies in Media Communication”, vol. 30, n. 3, August 2013, p. 247, trad. it. mia).

²⁰⁴ M. Foucault, cit., pp. 28-29.

appaiono complicate da elementi come la fallibilità, l'insicurezza, la sofferenza fisica o psicologica personale e, non ultimo, dall'aumento di ruolo e di funzione di altri operatori nel contesto della sanità.

Si assiste oggi ad una rappresentazione meno idealizzata della sanità, non tanto o non solo come luogo fisico (l'ospedale della fiction resta sempre più pulito e accessoriato di quello reale) ma come sistema: il precario equilibrio di tutti i fattori in gioco lascia intendere le difficoltà della gestione della salute nel contesto attuale. Occorre curare efficacemente 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, così come Wilson ricorda l'umanità.

È pur vero che, rispetto a ciò che avviene in serie corali come *ER*, *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 inefficace e che, dopotutto, la medicina basata sulle evidenze sia comunque da preferire agli approcci centrati sul paziente. La conflittualità di House nei confronti della medicina postmoderna²⁰⁵ 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 episodio²⁰⁶. Egli, infatti, non manca di ribadire la sua intolleranza verso il camice

²⁰⁵ Si definisce postmoderna quella medicina che realizza la reintroduzione del paziente e degli altri soggetti coinvolti nell'incontro medico, avvenuta, negli Stati Uniti, a partire dagli anni Sessanta e Settanta. «Questo periodo ha compreso la pubblicazione del libro di Henry K. Beecher "Ethics and Clinical Research" (1966) e la Carta dei Diritti del Paziente, approvata dall'American Hospital Association» (E. Rich, J. Simmons, D. Admas, S. Thorp, M. Mink, cit., p. 228, trad. it. mia). Sono piuttosto i tardi anni Settanta 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 si assiste 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.

²⁰⁶ Edward Vogler, nominato nel consiglio di amministratore del Princeton Plainsboro Hospital in seguito ad un'ingente donazione, nell'episodio 18 della prima stagione, descrive House nel modo seguente:

e seleziona i pazienti (o meglio, i casi) in base al potenziale di stimolo intellettuale che gli forniscono, non in base alle loro necessità e, men che meno, alle necessità dell'azienda ospedaliera.

Strauman e Goodier sintetizzano con grande efficacia i caratteri di questa dinamica interna a *House M.D.*: «I pazienti, spesso rappresentati come una fonte di sintomi per la lavagna bianca di House, sono alienati dalle discussioni relative alla loro malattia e la grande attenzione per la scienza, come strumento principale per la comprensione delle malattie umane, lascia poco tempo ai medici per esplorare le vite sociali e emotive dei loro pazienti. La rappresentazione visiva dell'interno del corpo umano, man mano che il processo patologico segue il suo decorso, alimenta questo tema dell'alienazione. Vediamo letteralmente la malattia agire su e, in molti casi, distruggere il corpo. I pazienti, quindi, sono corpi aggrediti dalla malattia sui quali i medici intervengono»²⁰⁷. Stando alle testimonianze degli intervistati, la situazione, talvolta, non è molto diversa nei contesti reali. Agli occhi di Sofia, anzi, il trattamento riservato ai pazienti in alcuni ospedali italiani appare di gran lunga peggiore di quello visto in televisione (in *ER* e *Grey's Anatomy* soprattutto)²⁰⁸:

Sicuramente il corpo, almeno nella mia esperienza, non viene... cioè viene 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? [...] Ti lavano davanti a tutti, con delle spugne, e non è neanche questa una cosa... e tutto 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 quindi secondo me questo divide molto il telefilm dalla realtà.

«Gregory House è il simbolo di tutto ciò che non funziona nel settore sanitario. Spreco. Insubordinazione. Medici che si pavoneggiano come se fossero re e l'ospedale fosse il loro feudo. La sanità è un business. Lo gestirò come tale».

²⁰⁷ «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» (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", vol. 32, 2011, p. 44, trad. it. mia).

²⁰⁸ Estratto dall'intervista a Sofia, 24 anni, studentessa ed educatrice presso un asilo nido, realizzata il 28/12/2010 a Bologna.

Perché nel telefilm c'è molta attenzione... i medici sono quasi degli psicologi per i pazienti e in realtà non è così.

Anche Sara, educatrice e psicologa di 34 anni, sembra essere dello stesso parere²⁰⁹:

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.

Sorprendente è la vicinanza fra queste osservazioni e quelle di uno studioso che, riferendosi ad *House M.D.*, commenta: «Invece di mettere in scena l'interiorità attraverso confessioni e discorsi psicologici, l'ontologia della persona è mappata nelle superfici esteriorizzate degli organi umani»²¹⁰.

4.4 Guardare ma non toccare: la scomparsa della visita

In un mondo postmoderno, tuttavia, l'etica medica moderna genera tensione all'interno dell'incontro medico e insoddisfazione sia per i medici che per i pazienti. Anche se le scuole di medicina continuano a formare medici a *Lo sguardo*, questi ultimi sono tenuti a comportarsi secondo un'etica postmoderna in contrasto con quello sguardo (per esempio, riconoscendo l'autonomia del paziente, condividendo l'autorità con numerose parti terze, gestendo le loro attività secondo un modello di business). [...] L'inclusione di un ampio spettro di partecipanti profani nella sanità contrasta con l'obiettivo scientifico di identificare ed eliminare la

²⁰⁹ Estratto dal questionario di Sara, 34 anni, educatrice e psicologa, compilato in data 08/02/2011.

²¹⁰ «Instead of producing interiority through psychological discourse and confession, an ontology of the self is mapped to the exteriorized surfaces of the body's organs» (S. Kahle, *Sentimental Science, Somaticization, and Forensic Drama*, in “Critical Studies in Media Communication”, vol. 30, n.3, August 2013, p. 250, trad. mia).

malattia. Questo dualismo produce una contraddizione etica.

L. Rich, J. Simmons, D. Adams, S. Thorp²¹¹

È indubitabile, e inevitabile, che il lavoro del medico, da alcuni decenni a questa parte, sia profondamente cambiato. Stretto fra esigenze contrapposte, egli deve oggi rispondere del suo operato ai molteplici attori che hanno acquisito un ruolo da co-protagonisti sulla scena della cura. Ma le difficoltà emergono anche su un fronte interno alla categoria: pare non esserci un'intesa su chi debba prendersi la responsabilità di formare i medici più giovani ad una pratica della professione che tenga conto del sapere della mediazione con i pazienti e della cura in senso lato (al di là del "risanamento dei corpi"). È questa una tendenza messa in luce da svariate testimonianze di medici italiani e statunitensi, decisamente più addolcita nella rappresentazione delle fiction *made in Italy* che in quelle *made in Usa*. Un caso particolare è rappresentato da *Medicina Generale*. La 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 e si ispira per ciascun episodio a storie vere, ricorrendo 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 malasanità, le situazioni di carenze amministrative ed economiche, le tensioni fra i medici e i direttori sanitari e fra i primi e gli infermieri. Benché debba molto ai medical dramas americani²¹², diversamente da questi, i pazienti in cura presso il reparto di *Medicina Generale* soffrono di malattie comuni e statisticamente probabili (nel corso della serie si contano un caso di SLA, alcuni di

²¹¹ «In a postmodern world, however, the modern medical ethic creates tension within the medical encounter as well as 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» (L. Rich, J. Simmons, D. Adams, S. Thorp, cit., p. 235, trad. it. mia).

²¹² La sigla della serie è ricalcata scena per scena su quella di *ER* 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.*

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 essere accessoriato al minimo: nel primo episodio si assiste, infatti, alla corsa contro il tempo della protagonista, l'infermiera Anna Morelli, alla ricerca di un defibrillatore, a quanto pare l'unico dell'ospedale, nel reparto di rianimazione. Pochissime sono le malattie rare rappresentate e ancora meno sono le scene che ritraggono interventi chirurgici, probabilmente anche a causa dei pochi mezzi a disposizione della produzione. I pazienti sono ben caratterizzati, non appaiono costruiti su un identikit fisso e, in certi casi, sono tutt'altro che ripresi in una condizione di passività: sono protagonisti della serie a tutti gli effetti, non manichini intercambiabili da aprire, operare e dimettere²¹³. È inoltre curiosa la rappresentazione di qualche 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"), telegrafico è un 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.

Paziente: a me che me importa?

Dottoressa: non le interessa sapere cosa facciamo?

Paziente: 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?

²¹³ Mi 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» (A. Broom, *Reflections on the centrality of power in medical sociology: An empirical test and a theoretical elaboration*, in "Health Sociology Review", vol. 15, n. 5, 2006, p. 503).

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. Ha 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?

Infermiera 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...

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

P: bene.

G: vada, vada!

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.*²¹⁴. Emblematica è la prima scena dell'episodio pilota, in cui il dottor Pogliani si avvicina 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, lasciano intendere, nel primo episodio della prima stagione gli sceneggiatori introducono una questione di grande attualità, in un dialogo fra il dottor Pogliani e la dottoressa Boschi:

Dottoressa Boschi: stavolta una denuncia non me la leva nessuno.

Dottor 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...

²¹⁴ Nell'episodio 18 della seconda stagione ("Un cane è per sempre"), House dichiara: «Più sintomi riusciamo a tirar fuori a forza dal paziente, più test possiamo fare. Più test facciamo, più informazioni otteniamo, più rapidamente possiamo fare una diagnosi».

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.

Medicina Generale sembra dunque 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 generazioni più giovani. Per completezza, si riportano due dialoghi esemplificativi di come è trattata la questione rispettivamente nell'episodio 8 della seconda stagione di *House M.D.* ("Sotto accusa") e nell'episodio 3 dell'ottava stagione di *Grey's Anatomy* ("Prendi il comando"):

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

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

Dr. Chase: Se avesse anche solo accennato all'ibuprofene e al sangue nelle feci...

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

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

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

La scena di *Grey's Anatomy*, sulla quale si vuole portare l'attenzione, si apre nella stanza di una degente, 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 svogliatamente concede la parola agli apprendisti. Alle sue spalle, defilata e in penombra, la sua supervisor, medico di chirurgia toracica:

Dottorressa Yang: tu! [Indicando il primo specializzando]

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

Cristina: dolori allo stomaco? Che avete fatto?

[I tre alzano di nuovo la mano contemporaneamente]

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

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

Yang: 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. Yang alza finalmente gli occhi dalla cartella e con sguardo severo si rivolge a loro]

Yang: 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 la dottoressa Yang palpa l'addome e la paziente urla "ahi!"]

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

P: di più.

Yang [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 medici e pazienti, certo è che i secondi lamentano tempi di visita troppo esigui e attenzioni scadenti, e 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. Un gastroenterologo italiano, in pensione, è convinto che «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»²¹⁵. Per un incontro riuscito, il medico non deve parlare ex-cathedra e il paziente deve collaborare: «il paziente è la miglior risorsa del medico, fa lui la diagnosi se il medico lo sa far esprimere»²¹⁶. E precisa²¹⁷:

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

²¹⁵ Intervista raccolta in: L. Speranza, *Medici in cerca d'autore*, il Mulino, Bologna, 2012, p. 131.

²¹⁶ *Ibid.*

²¹⁷ *Ibid.*, p. 125.

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.

Se «oggettivazione e riduzionismo sono il prezzo pagato per poter utilizzare le conoscenze scientifiche [...] allo scopo di ottenere straordinari risultati in termini di salute»²¹⁸, 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»²¹⁹.

Alcune testimonianze oltre a quelle già citate, raccolte tra il 2008 e il 2009 fra i medici di una provincia di medie dimensioni del Mezzogiorno italiano²²⁰, confermano questa tendenza. Commenta così un pediatra intervistato²²¹:

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.

Dello stesso parere è un medico, manager sanitario²²²:

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. [...] 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.

²¹⁸ W. Tousijn, cit., p. 148.

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ Le interviste sono state raccolte da un team di ricercatori diretti da Lorenzo Speranza, dell'Università di Brescia.

²²¹ L. Speranza, *Medici in cerca d'autore*, il Mulino, Bologna, 2012, p. 44.

²²² *Ibid.*, p. 313.

La situazione non sembra diversa dall'altra parte dell'Oceano. Abraham Verghese racconta il suo primo giorno di lavoro come medico strutturato in un ospedale universitario statunitense. Ricorda di essersi ritrovato con il personale e gli studenti «in un bunker accogliente, pieno di schermi luminosi»²²³, dove i suoi colleghi si preparavano ad aggiornarlo sui pazienti attraverso i risultati della diagnostica per immagini e di laboratorio. Verghese, invece di sedersi con loro, propone agli studenti di uscire da quella stanza per andare a visitare i pazienti.

Questa esperienza, nelle parole del medico, evidenzia una tensione crescente tra due approcci possibili nei confronti dei pazienti: l'approccio tradizionale, in cui «il paziente è un testo, un testo in cambiamento che deve essere esaminato di frequente, palpato e auscultato»²²⁴ e un approccio, in uso fra i giovani specializzandi, in cui il paziente è più che altro un “iPatient”, una cartella aperta sul computer. «Il problema alla base di questo approccio basato su cartelle cliniche al posto dei pazienti», osserva Verghese citando Alfred Korzybski, il padre della semantica generale, è che «la mappa non è il territorio»²²⁵. La stessa applicazione dello stetoscopio sullo sterno del paziente è inteso da Verghese come un rituale che, «come minimo, suggerisce una capacità di ascolto e ispira fiducia nel medico»²²⁶, rafforzando il rapporto medico-paziente. In breve, conclude il medico americano, «la capacità di trattare i pazienti è peggiorata di pari passo con lo sviluppo della tecnologia disponibile»²²⁷.

Dai brevi frammenti qui riportati appare chiaro 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)»²²⁸, è in realtà un processo complesso e 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). Se consideriamo, infatti, quanto riporta Giorgio Cosmacini

²²³ A. Verghese, *Culture Shock. Patient as Icon, Icon as Patient*, in “New England Journal of Medicine”, n. 359, dicembre 2008, pp. 2748, trad. it. mia.

²²⁴ *Ibid.*, p. 2749.

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ *Ibid.*, p. 2750.

²²⁸ G. Cosmacini, *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Raffaello Cortina, Milano, 2013, p. 88.

nel suo ultimo libro, 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»²²⁹. La spersonalizzazione e la perdita del rapporto col paziente sembrano dunque un processo congenito all'evoluzione della medicina, 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 tortuosi 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". 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 particolar modo nei momenti di scarsità di risorse (siano esse economiche o di tempo), come testimoniato dalle voci e dalle rappresentazioni dei medici del XXI secolo.

²²⁹ *Ibid.*, p. 21

Capitolo 5

Verso un'etnografia del consumo

5.1 Metodologia e partecipanti

L'uso che si è fatto, nel corso della ricerca, della fonte audiovisiva, ovvero del prodotto di fiction, è un uso relazionale, un uso cioè 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 «da un lato nel flusso storico dei contenuti che ritaglia e presenta, dall'altro nel più ampio sentire culturale di cui partecipa»²³⁰. Ho interrogato 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»²³¹. Tradizionalmente, la trasgressività rispetto alle convenzioni sociali non è una prerogativa della fiction televisiva. Come mette in evidenza Milly Buonanno, «se si presta ad essere definita una narrativa di natura "corale" (Newcomb, 2009) o narrativa del consenso (Thornburn, 1998) è perché, al pari del coro nella tragedia greca, il suo ruolo è di esprimere il punto di vista della comunità, di dar voce è ciò che è più condiviso, approvato e, appunto, consensuale»²³². Spesso, peraltro, per assecondare i bisogni e i piaceri di riconoscimento, familiarità e identità dei pubblici, il sistema di riferimento che orienta tanto i produttori quanto i fruitori è quello della prossimità culturale (le audience locali tendono ad accordare la loro preferenza a prodotti domestici). Il discorso si complica, però, a partire da quella che viene definita da Robert J. Thompson la "seconda Golden Age della serialità americana", che vede nascere, allo scadere degli anni Ottanta, prodotti di qualità destinati a differenti fasce di pubblico e che coincide con l'affermazione di alcune serie televisive di grande successo (tra le quali *ER*), con l'originalità dei loro modelli narrativi e con le peculiarità della loro promozione e diffusione su più piattaforme mediatiche. Alle soglie della terza Golden Age, ci troviamo oggi ad avere a che fare con

²³⁰ F. Colombo, R. Eugeni, *Il prodotto culturale*, Carocci, Roma, 2001, p. 360.

²³¹ *Ibid.*, p. 361.

²³² M. Buonanno, *Come se. Realtà multiple e mondi possibili dell'immaginazione narrativa* in M. Buonanno (a cura di), *Realtà multiple: concetti, generi e audience della fiction Tv*, Liguori, Napoli, 2004, p. 24.

serie televisive di raffinatezza paragonabile al prodotto cinematografico, in cui la ricostruzione dei mondi morali assume toni tutt'altro che rassicuranti, piuttosto contraddittori e altamente sfumati. Gli eroi sono più spesso anti-eroi e il politically incorrect è la cifra dominante. Mi sto ovviamente riferendo alla serialità americana (compreso *House M.D.*), che ottiene consensi sempre più numerosi anche in Italia, grazie al suo essere sapientemente costruita attorno ad un criterio di “condivisibilità culturale”, ovvero a «storie costruite con ingredienti (personaggi, linguaggi, stili narrativi) dotati di riconoscibilità universale, in quanto attingono alle basi comuni e condivise dell'esperienza umana e sono perciò capaci di “risuonare” in modo significativo attraverso culture nazionali e televisive differenti»²³³.

Rammentare tutto ciò serve a illuminare quanto la fiction televisiva agisca, in fin dei conti, come una struttura strutturante e strutturata: è un precipitato del sapere comune (si è citato, in precedenza, il modo in cui le fiction vengono testate, prima ancora di essere diffuse, per valutarne il gradimento su un pubblico campione), ma allo stesso tempo contribuisce a formare quel senso comune, in un'ottica di scambio circolare²³⁴. Non è comunque da escludere che, proprio grazie alla provenienza estera di molte fiction in onda sulle reti italiane, alcuni elementi di novità o punti di vista ai quali non ci siamo ancora adeguati possano subentrare.

Le caratteristiche della fiction, appena elencate, rendono complessa una lettura “politica” dell'attività di fruizione di questi prodotti, che non era sin dall'inizio nelle ambizioni della mia indagine. Ho tentato, volutamente, di sottrarmi dall'aderire a un'equazione tra “attività” e “resistenza” delle audiences, sorta come stortura all'interno dei cultural studies britannici. Sono, infatti, profondamente convinta che, per quanto affascinante, spesso «l'ossessione per una lettura “politica” dell'attività di fruizione dei media come resistenza ha prodotto, paradossalmente, un esito “conservatore” degli studi sull'audience»²³⁵. Come mette in luce Sonia Livingstone, questo atteggiamento ha portato da un lato a deresponsabilizzare il livello della produzione e dall'altro a far cadere in ombra le pratiche di consumo passivo, ovvero le letture “in dominanza” di un prodotto mediale e le loro conseguenze sociali. Convengo con Livingstone nel ritenere

²³³ *Ibid.*, p. 51.

²³⁴ Allo stesso modo, «la rappresentazione di medici e curanti nei media riflette i desideri comuni e le ansie verso le capacità della medicina moderna e, per converso, plasma quei desideri e quelle ansie in modo rilevante» (C. Hooker, H. Pols, *Health, Medicine, and the Media*, in “Health and History”, vol. 8, n. 2, 2006, p. 3, trad. it. mia).

²³⁵ C. Giaccardi, *Introduzione*, in S. Livingstone, *La ricerca sull'audience: problemi e prospettive di una disciplina al vivo*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2000, p. 9.

più proficuo pensare che «sia elementi strutturali che forme di azione siano in gioco tanto sul versante dei testi quanto su quello dei ricettori»²³⁶. Così come negli studi sull'audience, anche nella letteratura dell'antropologia medica un atteggiamento prevalente ha spesso teso a mettere in evidenza le forme di resistenza alla dominanza medica, probabilmente come reazione al ritardo col quale si è arrivati a considerare l'esperienza di sofferenza del paziente e il suo punto di vista. Sebbene una disposizione asimmetrica dei soggetti all'interno del rapporto di cura sia tutt'ora ineludibile, ciò non significa che il paziente si trovi sempre ad attuare forme di "resistenza". Come scrivono Biehl e Moran-Thomas «la soggettività non si esprime soltanto come resistenza, né è semplicemente espressa (o messa a tacere) dal potere. Essa prende forma e riemerge continuamente nel complesso gioco delle dimensioni corporee, linguistiche, politiche e psicologiche dell'esperienza umana, all'interno e in opposizione alle nuove infrastrutture e alle sofferenze e ingiustizie del presente»²³⁷.

La ricerca sull'audience si è progressivamente orientata al versante "micro" dell'analisi, adottando metodi qualitativi, in particolare interviste in profondità e osservazione partecipante, fattori che, lo si è detto in precedenza, hanno fatto parlare di "svolta etnografica". La considerazione che l'audience è «potenzialmente il perno essenziale per la comprensione di un'intera serie di processi sociali e culturali relativi alle questioni centrali della comunicazione pubblica (...) che sono fondamentalmente questioni di cultura»²³⁸, mi ha però guidata nell'adottare una prospettiva multilivellare e multiattoriale, se così si può dire. Da una parte, ho voluto mettere in relazione i racconti emersi dai partecipanti alla mia indagine con quelli che sembrano essere dei mutamenti sociali e culturali più generali, in atto all'interno del settore della cura. Per questo motivo, il dialogo con i dati del Censis su un campione di popolazione e con ricerche affini svolte intervistando altri medici e pazienti, mi ha permesso di contestualizzare l'indagine all'interno di una cornice di interpretazione più ampia. Dall'altra, per far emergere gli usi che i telespettatori fanno delle conoscenze apprese attraverso il medical drama, ho dovuto interpellare anche gli altri soggetti che contribuiscono a costruire e ad

²³⁶ *Ibid.*, p. 13.

²³⁷ «[S]ubjectivity does not merely speak as resistance, nor is it simply spoken (or silenced) by power. It continually forms and returns in the complex play of bodily, linguistic, political, and psychological dimensions of human experience, within and against new infrastructures and the afflictions and injustices of the present. (Biehl & Moran-Thomas 2009: 270)» (cit. in: B. J. Good, J., *Theorizing the "subject" of medical and psychiatric anthropology*, in "Journal of Royal Anthropological Institute", vol. 18, 2012, p. 516, trad. it. mia).

²³⁸ R. Silverstone, *Television and Everyday Life: Towards and Anthropology of the Television Audience* in M. Ferguson (a cura di), *Public Communication: The New Imperatives*, Sage, London, 1990, p. 173.

orientare la situazione dell'incontro medico-paziente, essi stessi coinvolti in un contesto mediato dai mezzi di comunicazione di massa: i medici, gli infermieri, gli operatori dell'Urp e, per altri motivi, gli studenti di medicina. Si vedrà, nell'ultimo capitolo, che, nei confronti di professionisti della sanità, si è scelto di adottare una prospettiva più ampia, volta a sollecitare il dialogo su questioni non per forza limitate agli effetti dei mezzi di comunicazione.

Per difficoltà di accesso al campo e in ragione degli obiettivi della ricerca, ho scelto di non includere tra i metodi d'indagine l'osservazione partecipante. Le ragioni sono molteplici. Sul versante degli spettatori, a nulla sarebbe servito coglierli nell'atto di guardare un episodio di una serie tv, come vorrebbero le ricerche sull'audience attente ai contesti "naturali" (che io definirei, piuttosto, "tradizionali") di consumo. Il problema dell'osservazione del comportamento lascia sempre aperta la questione dell'interpretazione. Lo evidenzia bene David Morley quando scrive: «Mi si può osservare mentre sto seduto, fisso di fronte allo schermo televisivo, ma questo comportamento potrebbe essere compatibile allo stesso modo con l'attrazione totale o la noia totale da parte mia, e la distinzione non necessariamente sarà facilmente accessibile attraverso gli indizi comportamentali osservati. E comunque, se tu volessi capire cosa sto facendo, sarebbe bene chiedermelo»²³⁹. Allo stesso modo, sarebbe stato impossibile, per ragioni di tempo e di accessibilità, osservare le interazioni fra i telespettatori coinvolti e i loro medici. Il rischio che non si sarebbe mai presentata l'occasione, nell'arco di tempo della ricerca, che questi si rivolgessero al loro medico era reale, così come sarebbe stato inutile, ai fini dell'indagine, osservare le interazioni dei pazienti di un qualsiasi ambulatorio medico con un solo professionista: la mia intenzione, infatti, era quella di valutare la molteplicità di pratiche e modalità di relazione messe in atto da diversi medici e telespettatori/pazienti. Da ultimo, non nego la mia propensione ad adottare più di una cautela verso quei contesti in cui l'interazione "spontanea" fra i soggetti è facilmente distorta dalla presenza del ricercatore, come indubbiamente è il caso del rapporto medico-paziente. Tutto ciò non vuole essere una giustificazione a posteriori del non utilizzo di una metodologia, ma una spiegazione preliminare al perché si è ritenuto, limitatamente alla ricerca in esame, di poter fare a meno di essa²⁴⁰.

²³⁹ D. Morley, *Verso un'etnografia dell'audience televisiva*, in A. Marienlli, G. Fatelli (a cura di), *Televisioni: l'audience come volontà e come rappresentazione*, Meltemi, Roma, 2000, p. 128.

²⁴⁰ Fare a meno dell'osservazione partecipante come consapevole strumento d'indagine non significa non aver mai avvicinato, o partecipato in prima persona, alle interazioni cui si sta facendo riferimento (il ruolo di spettatrice di medical dramas e di paziente in un contesto di cura fanno infatti parte della mia

Sin dall'inizio, la mia intenzione non era registrare dei "fatti", ma ricostruire i significati che telespettatori e medici attribuivano a determinati fatti. Ritengo che, in assenza di elementi significativi di osservazione partecipante del comportamento reale, al di là della situazione d'intervista, le storie che gli intervistati scelgono di raccontare «mentre sono per sé limitate, al tempo stesso mi indicano gli schemi di riferimento culturali e linguistici di cui gli intervistati dispongono e attraverso cui articolano le loro risposte, sebbene [...] sono limitate al livello delle risposte consapevoli»²⁴¹.

Come osserva David Silverman, gli studi che utilizzano le interviste per scoprire le percezioni dei rispondenti sollevano un'ulteriore questione analitica: «è appropriato pensare che le persone attribuiscono un solo significato alle proprie esperienze?»²⁴². La domanda, secondo Silverman, solleva la fondamentale questione metodologica se le risposte ricavate da interviste debbano essere trattate come un accesso diretto all'esperienza²⁴³ oppure come narrative costruite attivamente all'occorrenza. Silverman attribuisce lo statuto di legittimità ad entrambe le posizioni, a patto che esse siano argomentate. Il mio posizionamento, lo si sarà capito, è orientato ad abbracciare la seconda ipotesi. Consapevole, quindi, che i resoconti che ho raccolto sono rappresentazioni o autorappresentazioni del proprio e dell'altrui ruolo all'interno dell'interazione medico-paziente, e sono spesso elaborazioni ed ex-post di un significato attribuito alle azioni - in una parola, storie culturali - convergo con Morley sul fatto che «il metodo dell'intervista deve essere difeso [...] non semplicemente per l'accesso alle opinioni e alle dichiarazioni consapevoli che esso dà alla ricerca, ma anche per l'accesso che fornisce ai termini e alle categorie linguistiche con cui gli intervistati costruiscono le loro parole e la comprensione delle proprie attività»²⁴⁴.

Lo ribadisce anche Massimiliano Tarozzi: «le interviste non sono strumenti per raccogliere "fatti", ma generano interpretazioni di esperienze e collocano sempre le affermazioni nel contesto che le ha generate. [...] I dati verbali che provengono dai

esperienza umana). Come scrivevano provocatoriamente Hammersley e Atkinson, «ogni ricerca sociale assume la forma di un'osservazione partecipante: implica partecipare al mondo sociale, in qualsiasi ruolo, e riflettere sugli esiti di questa partecipazione» (M. Hammersley, P. Atkinson, *Ethnography: Principles in Practice*, Tavistock, London & New York, 1983, p. 16, trad. it. mia).

²⁴¹ D. Morley, cit., pp. 127-128.

²⁴² D. Silverman, *Come fare ricerca qualitativa*, Carocci, Roma, 2002, p. 71.

²⁴³ A onor del vero, la domanda, posta in questi termini, per quanto analiticamente trasparente, può trarre in inganno. Dubito che si possa affermare che la stessa osservazione partecipante costituisca un accesso diretto all'esperienza, quando, ad esempio, in alcuni contesti di cura l'esperienza di malattia è prima di tutto - ovviamente, non solo - un'esperienza del corpo, alla quale il ricercatore non può partecipare nel medesimo momento e forse mai nel corso di una vita.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 128.

partecipanti in effetti sono ciò che meglio esprime ciò che è importante per i partecipanti e danno conto direttamente dei processi in atto»²⁴⁵. Tarozzi aggiunge un elemento di cui sono pienamente consapevoli: il fatto che alcuni degli intervistati (fra i telespettatori) avessero chiesto di essere messi al corrente degli scopi della ricerca, potrebbe averli indotti ad attribuire un peso maggiore al medical drama come fonte di informazione sanitaria di quanto non avrebbero fatto se fossero stati interpellati in altro contesto sullo stesso argomento. Il fenomeno non si è invece verificato durante le interviste con i medici, rispetto ai quali è più facile ritenere che abbiano sottostimato, più o meno volutamente, il peso dei medical dramas nel modificare il rapporto medico-paziente, assecondando il misconoscimento e la derubricazione²⁴⁶ da sempre riservati ai prodotti popolari, fra cui a pieno titolo si annovera la fiction televisiva²⁴⁷.

Tutto ciò riporta a valutare il motivo per cui le etnografie dell'audience sono state poco praticate e le metodologie di indagine in questo campo siano tante quante le ricerche svolte. Secondo Ien Ang, ciò è accaduto perché la relazione tra la televisione e i suoi spettatori è una questione empirica, «ma l'empirico non è il dominio privilegiato delle risposte, come avrebbero voluto i positivisti. Le risposte (sempre temporanee) devono essere costruite sotto forma di interpretazioni»²⁴⁸.

Prima di ricapitolare le fasi della ricerca, mi sembra giusto concludere questa parentesi metodologica con una considerazione relativa a come debbano essere intesi i “risultati” e gli stessi “dati” presi in considerazione o costruiti nel corso dell'indagine, il che equivale a domandarsi quale tipo di conoscenza possa generare la ricerca empirica sulle audiences. Legittimamente, dal mio punto di vista, Ang invita a considerare lo stesso atto del fare ricerca come una pratica discorsiva, con la quale «possiamo solo sperare di produrre culturalmente e storicamente specifiche conoscenze, che sono il risultato di

²⁴⁵ M. Tarozzi, *Che cos'è la grounded theory*, Carocci, Roma, 2008, p. 78.

²⁴⁶ A questo proposito, scrive Milly Buonanno: «Perfino coloro che la seguono e che ne traggono piacere sono riluttanti ad ammetterlo, nel timore di apparire e di essere “etichettati” come persone di bassa levatura culturale, di poche pretese estetiche, facili prede di una narrativa di facile consumo» (M. Buonanno, cit., p. 21).

²⁴⁷ Volendo estremizzare la situazione che si è creata durante l'intervista con gran parte dei medici, si potrebbe pensare che il loro ritenere poco degni di considerazione i medical dramas sia l'effetto di un intento distintivo. Non solo il sapere medico legittimo (e legittimato dal titolo di studio, dall'ordine professionale, etc.) sta al sapere diffuso dai media (stampa, internet, televisione) come la cultura d'élite sta alla cultura popolare, ma quando il sapere medico diffuso dai media passa addirittura attraverso una fiction, da esso si deve in tutti i modi rifuggire.

²⁴⁸ I. Ang, *Wanted: Audiences. On the politics of empirical audience studies*, in E. Seiter, H. Borchers, G. Kreutzner, E. Warth (a cura di), *Remote Control: Television, Audiences & Cultural Power*, Routledge, Londra e New York, 1991, p. 106.

incontri discorsivi ugualmente specifici tra ricercatore e intervistato»²⁴⁹. La ricerca è così sempre una questione di interpretare (o, anzi, di costruire) la realtà da una particolare posizione e la sfida è quella di riuscire a raccontare delle storie sulle storie che gli intervistati hanno scelto di raccontarci. È sulla base di queste considerazioni e di una ammissione di parzialità ineludibile che la mia ricerca non ha alcuna pretesa di essere rappresentativa per tutti gli individui, e forse nemmeno per tutti coloro che sono stati intervistati e che possono, nel frattempo, avere cambiato idea. Tuttavia restituisce, nella maniera più onesta possibile, quanto emerso dall'incontro con gli intervistati e dai loro racconti.

Integrando le metodologie della grounded theory e dell'etnografia dei media, per la costruzione dei dati ho prodotto, assieme ad una parte degli intervistati, interviste semi-strutturate. Queste sono state integrate con i cosiddetti "testi sollecitati", ovvero questionari a risposte aperte e chiuse, compilati da altri partecipanti, e con conversazioni estemporanee.

La prima parte della ricerca è stata rivolta a capire se e in che modo determinati spettatori abbiano negoziato saperi, conoscenze, identità e pratiche sociali attraverso la visione di medical dramas. A partire dagli iscritti a fan club on-line delle più popolari – in termini di ascolti – serie tv ospedaliere trasmesse in Italia, sono stati selezionati i possibili partecipanti fra persone di diversa età, genere, posizione lavorativa, assiduità di consumo. Altri partecipanti sono stati reperiti fra le persone che avevano apposto un "like" sulla pagina Facebook di alcune delle serie tv in questione (in particolare, *House*, *M.D.*, *ER*, *Scrubs*, *Medicina Generale*). Infine, ho coinvolto in questo primo campione anche persone, fra i conoscenti, che dichiaravano di non essere spettatori di medical dramas. A quarantotto dei partecipanti individuati è stato inviato un questionario a domande aperte, del tutto sovrapponibile allo schema di intervista semi-strutturata che ho proposto a coloro che si sono resi disponibili per un'intervista (dieci). Le domande comprendevano una sezione dedicata alle modalità di fruizione dei medical dramas (su quale piattaforma, in quali momenti, visione solitaria o di gruppo, etc.); un'altra a sondare un più generale interesse per le questioni sanitarie e i canali di informazione utilizzati a questo scopo; in terza battuta, ho valutato la comprensione del linguaggio utilizzato e i significati attribuiti a determinate situazioni rappresentate nelle serie tv, così da sollecitare il confronto con l'esperienza personale in contesti di cura reali e da

²⁴⁹ D. Morley, cit., p. 123.

far emergere la rappresentazione di ognuno rispetto all'interazione comunicativa col proprio medico. Al termine di questa prima fase, è stato necessario allargare il campione degli intervistati. Per lo studio non è stato adottato un campionamento statistico che si riferisse all'estensione del numero dei partecipanti in relazione all'universo della popolazione. È stata adottata la logica del campionamento teorico, tipico della grounded theory, in cui esso «è una funzione del processo analitico e si presenta come un'estensione progressiva, nel corso dell'analisi, del numero e delle caratteristiche dei partecipanti. Un'estensione guidata dalle esigenze del lavoro di concettualizzazione teorica. In altri termini il campione si forma non a priori, ma nel corso della ricerca seguendo le lacune della teoria emergente, per arrivare a “saturare” le categorie raccogliendo dati presso soggetti e in contesti che presentano proprio quelle caratteristiche sulle quali la teoria emergente è ancora debole»²⁵⁰.

Partendo dall'assunto che, in seguito all'aumentato spazio di esposizione dell'ambiente ospedaliero, i telespettatori abbiano guadagnato una prospettiva “da palcoscenico laterale”²⁵¹ sul lavoro del medico, ho deciso di sondare in che modo la negoziazione fra telespettatori e medical dramas potesse avere avuto ripercussioni all'interno del rapporto medico-paziente. Per fare ciò, si è reso necessario interpellare anche coloro che ricoprono un ruolo come secondo polo all'interno della relazione: i professionisti della sanità. Per la selezione degli operatori sanitari (medici, infermieri, operatori dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico) da intervistare, ho proceduto a cascata: a partire da alcuni contatti con operatori del settore, ho potuto ottenere ulteriori nominativi di professionisti operanti in vari contesti sanitari di Centro e Nord Italia, adottando come unico criterio quello della varietà per età, genere, posizione professionale e specialità. Sono stati interpellati 11 uomini e 9 donne: un medico di base, un ginecologo, tre anestesisti e rianimatori (di cui due donne), uno psichiatra, una radiologa, un oncologo, due infermiere, uno pneumologo, due gastroenterologi, tre specializzande (rispettivamente, in ortopedia e traumatologia, pediatria e cardiologia), due responsabili Urp (di cui una donna), due specialisti di medicina interna (uno con specializzazione in gastroenterologia, l'altro in diabetologia).

Ho così realizzato venti interviste semi-strutturate basando la conversazione su questioni volutamente ampie: la motivazione nell'intraprendere la professione medica,

²⁵⁰ M. Tarozzi, *Che cos'è la grounded theory*, Carocci, Roma, 2008, p. 14.

²⁵¹ J. Meyrowitz, *No Sense of Place: the Impact of Electronic Media on Social Behaviour*, Oxford University Press, New York, 1985 (trad. it. *Oltre il senso del luogo. Come i media elettronici influenzano il comportamento sociale*, Baskerville, Bologna, 1995).

l'esperienza lavorativa quotidiana, le modalità di comunicazione con i pazienti, la fiducia percepita e quella offerta, i cambiamenti intervenuti nella pratica della professione, infine, la conoscenza dei medical dramas e il parere su questi e altri veicoli di informazione sanitaria.

Al termine delle interviste, ho ritenuto di dover ampliare ulteriormente il campione. Seguendo un'ipotesi aperta dai medici più giovani fra quelli intervistati, ho predisposto un questionario a risposte aperte e chiuse da proporre agli studenti iscritti al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Lo scopo era capire se il loro immaginario sul lavoro, quando non la motivazione ad intraprendere una determinata carriera professionale, fosse stato mediato dalla visione di alcuni medical dramas. Sono stati raccolti settanta questionari.

5.2 Il consumo mediale

D: In che modalità seguite queste serie?

R: Modalità malattia.

(dall'intervista a Monica, telespettatrice)²⁵²

Secondo alcuni autori, un'etnografia del consumo mediale dovrebbe annoverare fra le sue tecniche di ricerca l'osservazione delle dinamiche dell'ascolto nel suo contesto più "naturale" e cioè nell'ambiente familiare. Tuttavia, se il consumo dei media – come si è tentato di evidenziare – è un consumo "sociale", ciò significa che gli spettatori stessi portano il loro "bagaglio culturale" in ogni occasione di fruizione mediale, sia essa in famiglia davanti alla tv o su un treno, guardando l'ultimo episodio di *Grey's Anatomy* sul loro tablet o sul loro smartphone. Ecco perché, puntualizza Federico Boni, «non è poi così importante andare nei settings "naturali" del consumo dei media; ed ecco perché tra gli strumenti di analisi non vi è solo l'osservazione partecipante ma anche l'intervista in profondità, sia individuale che di gruppo (focus group), le storie di vita, il

²⁵² Dall'intervista a Monica, 23 anni, studentessa, realizzata a Bologna in data 12/12/2010.

La modalità di consumo alla quale si è fatto riferimento nella domanda, durante l'intervista, voleva sondare se la visione delle serie fosse avvenuta, per la spettatrice, tramite televisione o computer, in solitaria o in compagnia. Con una battuta, Monica mi fa capire, scherzosamente, che la consuetudine alla visione della serie è diventata quasi un'ossessione o una dipendenza. È interessante notare come alle sue parole faccia eco un'immagine pubblicitaria diffusa dalla produzione della serie *Grey's Anatomy* (Figura 1).

questionario»²⁵³. In questi casi, quello che l'etnografo fa, è analizzare le spiegazioni e i resoconti forniti dagli stessi attori sociali. I risultati possono non rappresentare con estrema fedeltà i comportamenti effettivi delle persone intervistate, ma che quelli raccolti siano i particolari resoconti che gli spettatori si sono sentiti di dare del proprio comportamento, rimane un fatto sociale di considerevole interesse. A ciò va aggiunto che le conoscenze pregresse (mutuate dalle interazioni sociali della vita di tutti i giorni) e le esperienze socialmente condivise dovrebbero emergere anche se l'individuo intervistato è interpellato a posteriori e non colto nell'atto di sedersi in poltrona e afferrare il telecomando. Una ricognizione di questo genere può avvenire - come suggerito e praticato da Francesco Casetti e collaboratori nel corso di una ricerca empirica sui comportamenti di consumo mediale di alcune famiglie italiane - analizzando i questionari non in una dimensione statistica, ma con l'intento di portare alla luce delle piste di lettura comuni all'interno della casistica presa in considerazione. Per fare ciò, si cercherà di far emergere quelle che, seppure sulla carta, appaiono come "pratiche di glossa". L'attività di descrizione e commento che integra qualsiasi azione svolta dagli attori sociali allo scopo di renderla più facilmente intelligibile, non è stata, in questo caso, registrata in diretta, per esempio durante lo svolgersi di una visione collettiva delle fiction in questione, ma è stata rilevata a partire da questionari e interviste. Con tutta probabilità, i dati raccolti non coincidono sempre con le motivazioni interne dei soggetti, ma lasciano intuire alcune delle modalità attraverso cui gli intervistati formano la propria competenza sociale costruendo, allo stesso tempo, il senso della realtà sociale alla luce di nuovi suggerimenti. Si è già detto che la presente indagine non ha la pretesa di restituire un ritratto rappresentativo di quanto succede nel contesto di cura dei fruitori di medical dramas: il numero di casi esaminati e le caratteristiche stesse dell'indagine non consentono di generalizzare gli orientamenti e le condotte che si è cercato di individuare. Non ho voluto tanto misurare l'ampiezza o la distribuzione di alcuni modi di pensare e di agire, quanto capire come alcuni telespettatori e telespettatrici diano senso alla propria esperienza mediale, per arrivare a cogliere le conseguenze che la fruizione dei media ha sul loro mondo di vita e di cura. Va detto, in via preliminare, che il consumo è un processo elastico e largamente indeterminato, sia a causa dei diversi tipi di potenziale di ricontestualizzazione disponibile in ogni prodotto culturale, sia perché i singoli individui dispongono di

²⁵³ F. Boni, *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004, p. 92.

risorse economiche e culturali diverse con cui intraprendere il lavoro di fruizione. L'incorporazione di saperi e pratiche nelle strutture della vita quotidiana è in larga parte mediata dai capitali a disposizione dei singoli, dal contesto socio-culturale in cui si trovano ad operare, dalle traiettorie biografiche e dal dissimile grado di potere, oltre che dal dissimile livello di consapevolezza, che colloca ognuno in una diversa posizione nello spazio sociale della fruizione, così come in quello della cura. Con l'espressione "consumo mediale" non si intende infatti la pura esposizione dei soggetti ai messaggi, bensì quel «processo che porta non soltanto a recepire, ma anche ad acquisire e a utilizzare nel proprio mondo di vita quanto è offerto sugli schermi televisivi»²⁵⁴ e che va ad inserirsi nei processi di produzione e riproduzione del senso sociale. Il consumo mediale, in altri termini, è «quella pratica – compiuta sulla base sia di un lavoro personale sia di un operare comune, e in rapporto sia a quanto è proposto sia all'ambiente sociale in cui avviene la fruizione - attraverso cui taluni soggetti e certi gruppi si impadroniscono dell'offerta mediale fino a inglobarla nella propria esistenza. In questo senso, esso può ben definirsi come la conversione di una proposta in una risorsa da spendere nella vita»²⁵⁵.



Fig. 1: Banner pubblicitario della serie *Grey's Anatomy*.

5.3 La popular culture come arena di negoziazione del sapere sulla malattia

L'idea di indagare in che modo, nella vita quotidiana di determinati telespettatori, il medical drama arrivi ad inserirsi nello spazio di negoziazione delle nozioni di salute e malattia, agendo sui modelli esplicativi profani, è nata da un'osservazione all'inizio fortuita e involontaria. Ad un certo momento - approssimativamente nel 2010 - era

²⁵⁴ F. Casetti (a cura di), *L'ospite fisso: televisione e mass media nelle famiglie italiane*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 1995, p. 20.

²⁵⁵ *Ibid.*

diventato impossibile - almeno per chi scrive - non notare che diverse persone nello spazio sociale esprimevano il loro malessere usando un linguaggio medico-scientifico altamente specifico. Dove avevano potuto apprendere quel linguaggio, quel modo di esprimersi? E perché si sentivano autorizzati ad utilizzarlo? Preso atto che quelle persone non erano medici o studenti di medicina e che non provenivano da famiglie coinvolte in professioni sanitarie, il nesso più evidente fra di loro si dimostrò l'essere – o l'essere state – assidue fruitrici di medical dramas.

La relazione fra la popolarità di alcune serie televisive e la loro capacità di penetrare non solo l'immaginario ma anche la vita quotidiana degli spettatori era stata messa bene in evidenza da Stuart Hall, interpellato riguardo alla serie *Dallas*: «Ad un certo punto, il programma ottenne un tipo di popolarità diverso da quello che si basava sul mero numero degli spettatori. Ebbe ripercussioni sulla cultura nel suo complesso e il coinvolgimento degli spettatori divenne di ordine differente. Ad un certo punto, non si poteva più evitare di parlare della popolarità di *Dallas*, dal momento che le persone iniziarono ad usare categorie tratte dalla serie per interpretare le proprie esperienze»²⁵⁶.

Il concetto di popolarità è un concetto-ponte per la sua risonanza sia nei media e cultural studies che nell'antropologia medica. È noto l'enorme dibattito che i cultural studies come disciplina hanno sviluppato attorno ai termini “popolare” e “cultura popolare”²⁵⁷. Basti qui ricordare che ogni testo (sia esso scritto o audiovisivo) e ogni lettura, come osservava giustamente John Fiske, «hanno una dimensione sociale e dunque politica, che ritroviamo da una parte nella struttura stessa del testo e dall'altra nella relazione del lettore [o del telespettatore, n.d.r.] al testo»²⁵⁸. La cultura popolare, proprio per il tipo di mediazione che instaura fra testo e lettore, rappresenta il campo in cui singoli individui o gruppi sociali negoziano una definizione dei propri interessi, dei propri saperi, delle proprie rappresentazioni sociali. Lo sintetizza con grande efficacia Christine Gledhill: «spostare la domanda sulla soap opera come pratica significativa vuol dire capire quali

²⁵⁶ «At a certain moment the programme achieved a kind of popularity other than merely in terms of numbers of viewers. It had repercussions on the whole culture, the involvement of the viewers became of a different order. At a certain moment you could no longer avoid talking about the popularity of *Dallas* when people started using categories from it to help interpret their experiences» (I. Ang, M. Simons, *Interview with Stuart Hall*, «Skrien», 116, March 1982, p. 14, trad. it. mia).

²⁵⁷ Non si ha qui lo spazio sufficiente a ripercorrere il dibattito, lungo e articolato. In questo caso, oltretutto, parlare dei prodotti dei media come prodotti culturali “popolari” potrebbe da un certo punto di vista risultare ridondante. Come sostiene Wendy Griswold «la cultura è pubblica, e ogni cultura deve essere in qualche misura popolare; la cultura impopolare, come un programma televisivo che non riesca ad attirare un pubblico, semplicemente scompare» (W. Griswold, *Sociologia della cultura*, il Mulino, Bologna, 1997, p. 125).

²⁵⁸ J. Fiske, *British Cultural Studies and Television Criticism*, in R. Allen (a cura di), *Channels of Discourse: Television and Contemporary Criticism*, Methuen, London, 1987, p. 273 (trad. it. mia).

sono i meccanismi istituzionali, discorsivi e formali che permettono alla soap opera ed altri programmi televisivi di fiction di funzionare come siti di negoziazione di significati e identità, luoghi di lotta culturale sulle rappresentazioni, luoghi per la costruzione del reale e la produzione di piaceri popolari»²⁵⁹.

Meno nota è forse la suddivisione in arene proposta da Arthur Kleinman per ogni sistema medico inteso come sistema sociale e culturale. Secondo l'antropologo americano, la maggior parte dei sistemi medici comprende tre arene sociali all'interno delle quali si fa esperienza della malattia e la si affronta: l'arena familiare (in originale, *popular arena*), quella professionale (*professional arena*) e quella popolare (*folk arena*). Queste arene «contengono, e collaborano a costruire, forme distinte di realtà sociale. Esse cioè organizzano particolari sottosistemi di credenze socialmente legittimate, di aspettative, ruoli, relazioni, situazioni di transazione e via dicendo»²⁶⁰.

Se la folk arena si riferisce agli specialisti non professionisti e quella professionale è costituita dalla medicina professionale scientifica, la popular arena comprende principalmente il contesto familiare della malattia e della cura, ma include anche la rete sociale e le attività della comunità. Kleinman stima che, sia nelle società occidentali che in quelle non occidentali, il 70-90% delle malattie venga gestito esclusivamente in questo ambito.

Le rappresentazioni di salute e malattia mediate dalla televisione hanno penetrato negli ultimi decenni in maniera vigorosa la popular arena. Se si considera che è all'interno di questa sfera che vengono esaminate le decisioni su chi consultare e se aderire alla cura, si può a buona ragione sostenere che anche l'utilizzo di internet rientri - in maniera oggi più preponderante della televisione - in questo settore (e forse in parte anche nella folk arena). La popular arena si configura, insomma, come quello spazio sociale in cui televisione e internet hanno guadagnato sempre più autorevolezza per ciò che concerne questioni relative alla salute, talvolta erodendo lo spazio decisionale da sempre concesso al contesto strettamente familiare. Lo confermano anche i dati elaborati dal

²⁵⁹ «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» (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, trad. it. mia).

²⁶⁰ A. Kleinman, *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica: i testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, p. 10. Nell'edizione originale: A. Kleinman, *Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, in "Social Science and Medicine", vol. 12, 1978, p. 87.

Censis in merito a quali fonti utilizzano gli italiani per acquisire conoscenze sulla salute: la voce “Familiari, parenti, amici, vicini, colleghi di lavoro” risulta essere la quinta scelta dopo il medico di medicina generale, il medico specialista, televisione e internet. L’“intrusione” dei media si spinge oltre, disseminando un unico linguaggio - quello biomedico - in Paesi differenti e in diversi contesti di cura. In linea teorica, nessuna delle tre arene rimane intoccata dalla pervasività dei media. Anche l’arena professionale - di riflesso, per reazione, o in certi casi perché direttamente interpellata - riorganizza ruoli, relazioni e strategie negoziali per rispondere ad un contesto sociale e culturale mutato sotto l’influenza dei media.

I sociologi Gabe e Bury, all’inizio degli anni Novanta, avevano incluso i media fra le sfide cui sarebbe stata sottoposta la medicina contemporanea, sostenendo che, nei confronti della stessa, i media agirebbero come portatori e amplificatori di una posizione di sfida e di messa in discussione della base di conoscenze del medico e della sua pratica professionale²⁶¹. I due, analizzando tre diversi programmi televisivi, giungono alla conclusione che la copertura mediatica relativa alla salute e alla medicina non sia, al tempo in cui scrivono, più così affetta da dominanza medica come sosteneva Anne Karpf quando dichiarava «the box is doctored»²⁶². Bury e Gabe, al contrario, sostengono che «una visione più critica della conoscenza e delle terapie mediche, l’ascesa del managerialismo e le concomitanti divisioni emergenti all’interno della medicina stessa, demoliscono drasticamente l’esercizio della dominanza medica»²⁶³. Aggiungono, inoltre, che «in termini di potere e influenza sociale, c’è stato uno spostamento generale dai gruppi professionali, inclusa la medicina, verso i media»²⁶⁴.

Le conclusioni avanzate dai due studiosi britannici sono condivisibili con le dovute specificazioni. Da una parte, non è errato ipotizzare che l’autorevolezza dei professionisti della sanità possa, in alcuni periodi più che in altri, diminuire proporzionalmente alle campagne più o meno volontariamente denigratorie diffuse dai media. Dall’altra, ad essere “challenging”, più che i messaggi trasmessi dalla tv, sono al limite gli usi che gli utenti fanno degli stessi.

²⁶¹ M. Bury, J. Gabe, *Television and Medicine: Medical Dominance or Trial by Media*, in J. Gabe, D. Kelleher, G. Williams (a cura di), *Challenging Medicine*, Routledge, Londra, 1994, p. 66.

²⁶² A. Karpf, *Doctoring the Media*, Routledge, London, 1988, p. 71.

²⁶³ «a more critical view of medical knowledge and treatments, the rise of managerialism and the concomitant divisions emerging within medicine itself cut across the exercise of medical dominance» (M. Bury, J. Gabe, cit., p. 81, trad. it. mia).

²⁶⁴ «there has been a general shift in power and social influence from professional groups, including medicine, towards the media» (*Ibid.*, p. 82).

All'inizio del 2014, quando sono state svolte le interviste ai medici per questo studio, diversi fra gli intervistati, dimostrandosi indignati e un po' spaventati, hanno voluto richiamare l'attenzione sulla messa in onda martellante di una pubblicità che, sulle principali reti televisive italiane, invitava i cittadini vittime di presunta malasanità a denunciare i medici. La pubblicità incitava ad alzare la voce con "Obiettivo risarcimento", nomen omen dello staff di avvocati e medici legali della "Controassicurazione" in questione. Commenta a questo proposito uno dei medici intervistati²⁶⁵:

Il rapporto medico-paziente è un rapporto obbligato per molte cose, nel senso che comunque uno che sta male ha bisogno. E arrivarci con diffidenza quando hai bisogno non è produttivo, nel senso che... quella pubblicità comunque è una cosa inquietante, cioè è un'istigazione innanzitutto alla speculazione [...] è un'istigazione ai medici a porsi in un'ottica di difesa, difensiva, cioè, perché se io mi aspetto che, durante la mia gestione di un malato, posso essere giudicata, e spesso poi si è giudicati da persone che non sono competenti su quel campo, che si affidano a delle consulenze, quindi tu cosa fai nel tuo lavoro? Devi dare le prove che stai facendo bene? Cioè è incredibile, perché tu non fai il tuo lavoro, cioè mentre stai facendo il tuo lavoro devi anche giustificare il tuo lavoro. Ed è controproducente. Questo perché? Perché siamo ancora [...] nel momento in cui ci si deve difendere. Secondo me più in là si ritornerà ad una situazione di maggiore equilibrio.

Anche Camilla, giovane anestesista e rianimatrice di 32 anni, che esercita la professione fra Roma e Latina, osserva²⁶⁶:

Tutto questo poi logicamente rende ancora più difficile la comunicazione. Adesso comunque è un momento storico drammatico. Perché le persone non hanno nessuna fiducia in noi, nella nostra professionalità, nelle nostre capacità. Quindi sono molto aggressive, c'è la denuncia facile. Il fatto che i media poi diano un'immagine quotidiana della sanità italiana come una cosa terrificante [...] e dei medici come gente a cui non interessa nulla... poi appunto le avrai sentite, no, le pubblicità "Hai subito un torto? Chiamaci, ti aiuteremo a denunciare". Noi viviamo

²⁶⁵ Dall'intervista a A. A., 42 anni, medico anestesista e rianimatore, realizzata in data 25/03/2014 a Bologna.

²⁶⁶ Intervista realizzata in data 14/03/14 via Skype.

in un clima di terrore. Cioè, io come tutti i miei colleghi. Parliamo quotidianamente di assicurazioni, avvocati, avvisi di garanzia. Poi, se uno legge i dati, scopre che negli ultimi trent'anni, quindi da che è iniziata la possibilità di denunciare i medici in Italia, il 99,8% delle denunce contro i medici si sono risolte con un'assoluzione. Non con una prescrizione, con un'assoluzione.

Posizioni non diverse sono quelle suscitate al tempo dell'uscita di *Crimini bianchi*, serie tv italiana in onda nel 2008 su Canale 5 e incentrata su vicende di malasanità: «Dato il potere della televisione – paventa il presidente dell'A.M.A.M.I., Associazione medici accusati di malpractice ingiustamente, Maurizio Maggiorotti – 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»²⁶⁷. Da qui l'invito agli organismi di categoria ad attivarsi presso il Garante per le telecomunicazioni per bloccarne la messa in onda. La serie scatena una sequela di proteste che rimbalzano sulla stampa cartacea e in televisione. Interviene Luigi Frati, allora presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza di Roma e Prorettore dell'Ateneo: «È inopportuno, fuorviante, oltretutto copiato da certe serie americane. Non fa giustizia delle tante vite salvate, degli atti di abnegazione e sacrificio che tutto il personale sanitario compie giornalmente, ben oltre ciò che è richiesto dai loro contratti»²⁶⁸.

Più bipartisan sembra essere invece Lorenzo Sommella, direttore sanitario dell'ospedale San Filippo Neri di Roma. Incitando a fare attenzione ai messaggi che si lanciano ai telespettatori perché «la criminalizzazione e la spettacolarizzazione dei medici nuocciono profondamente al rapporto con i malati», Sommella ammette anche che «l'umore dei medici è diverso a seconda delle serie, e so per certo che alcuni colleghi guardano *ER* come a un'occasione di aggiornamento, per via delle ricostruzioni moderne e realistiche dei problemi»²⁶⁹.

Si può capire la preoccupazione destata dall'offerta di fiction, se si considera il potere che esse paiono aver esercitato con la loro popolarità. L'influsso di *ER* – scrivono Gisotti e Savini - «è stato tale che si ascrive a questa serie tv la riforma del Pronto Soccorso degli ospedali italiani sul modello organizzativo di *ER*, come l'introduzione

²⁶⁷ E. Costantini, *Fiction sulla malasanità e i medici si ribellano: non mandatela in onda*, in "Corriere della Sera", 23 settembre 2008, p. 60.

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ R. Gisotti, M. Savini, *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010, p. 80.

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»²⁷⁰. Non è stato possibile verificare la tesi appena citata, certo è che la disseminazione di frammenti mediali se non addirittura di habitus ispirati ai medical dramas è sempre più fitta²⁷¹. Si pensi, ad esempio, all'abitudine dei medici, osservabile in qualunque corsia di ospedale, di portare il fonendoscopio attorno al collo – modo di fare tipico del dottor Carter in *ER* – piuttosto che nel taschino del camice, come alcuni medici sostengono essere stata la norma prima del successo della serie televisiva. È questa un'abitudine che viene immortalata anche in un poster promozionale di un'assicurazione sanitaria di Poste Italiane, che ritrae un gruppo di medici (con fonendoscopio attorno al collo) in una posa quasi sovrapponibile ad un fotogramma della sigla di *ER* (Figura 2).



Figura 2: Poster promozionale di un'assicurazione sanitaria di Poste Italiane.

²⁷⁰ R. Gisotti, M. Savini, cit., p. 61.

²⁷¹ È chiaro che, ad uno stadio così avanzato, come quello attuale, di compenetrazione tra realtà ospedaliera e loro rappresentazioni mediali, si rischia di domandarsi se sia nato prima l'uovo o la gallina. Le considerazioni qui riportate si basano su osservazioni, conversazioni informali e interviste raccolte fra alcuni medici di Centro e Nord Italia.

Si sprecano poi i casi degli open day delle Facoltà di Medicina in Italia, in cui gli studenti delle quarte e quinte superiori vengono accolti nell'Aula Magna della loro futura università con la proiezione sul maxischermo della foto di qualche famoso dottore della tv nel suo camice bianco, solitamente il Dr. Doug Ross (George Clooney) di *ER* o il Dr. Derek Shepherd (Patrick Dempsey) di *Grey's Anatomy*. È proprio una foto di quest'ultimo in camice bianco che Repubblica on-line riporta a testimonianza di quello che viene definito uno “strafalcione” all'open day dell'Università di Firenze. Il 30 novembre 2013, il quotidiano, nella sezione di cronaca locale fiorentina, riporta la fotografia della diapositiva proiettata sul maxischermo durante la convention. Sopra alla foto del Dr. Shepherd campeggia una didascalia, in rosso, che recita “Grais Anatomy”. Al di là dell'errore ortografico, è chiaro che chi ha predisposto la presentazione voleva giocare sull'assonanza fra “Grey's Anatomy”, titolo della serie tv che prende ispirazione dal cognome della protagonista, Meredith Grey, e “Gray's Anatomy”, ovvero il titolo del manuale di anatomia scritto in origine dal chirurgo e anatomista Henry Gray, in uso in quasi tutte le facoltà di medicina. Per gli appassionati della serie, l'assonanza era già nota, dal momento che gli ideatori del telefilm hanno deliberatamente ricalcato il nome della protagonista sul nome del chirurgo realmente esistito. Ammiccante al successo della serie televisiva ideata da Shonda Rhimes è anche l'Università di Bologna, che in una delle foto reperibili sul sito della Facoltà di Medicina, mette con discrezione in evidenza, nelle mani di uno studente, il volume “Anatomia del Gray” (Figura 3).



Fig. 3: Studenti della Scuola di Medicina mostrano il manuale *Anatomia del Gray*.
Fonte: www.unibo.it

Numerosi sono poi i titoli di articoli apparsi sui principali quotidiani italiani che, per

riferirsi alla categoria dei medici, utilizzano come “sineddoche” il nome di uno dei medici più famosi della televisione. Si legge allora «Bisturi e adrenalina: al pronto soccorso arrivano gli E.R. italiani»²⁷², come titolo di un articolo che annuncia l'avvenuta formazione dei primi 82 specialisti italiani in medicina d'urgenza; «Università, arriva la carica degli aspiranti doctor House»²⁷³, titola un articolo pubblicato nella cronaca locale bolognese della stessa testata, alle soglie delle prove d'ingresso alla Facoltà di Medicina. Per finire, si riporta la fotografia (Figura 4) di un collage amatoriale rinvenuto sulla parete di un autobus urbano della città di Bologna, probabilmente ad opera di qualche appassionato della serie *House M.D.*, che ravvisa nel “passeggero a ridotta capacità motoria” dottor House, anch'egli costretto ad utilizzare un bastone per camminare. La stessa operazione creativa risulta essere stata effettuata su un autobus della città di Londra²⁷⁴ (Figura 5).



Fig. 4: Figurina di Dr. House incollata su cartello segnaletico di un autobus bolognese.



Fig. 5: Figurina di Dr. House incollata su cartello segnaletico di un autobus londinese.

²⁷² M. Bocci, *Bisturi e adrenalina. Al pronto soccorso arrivano gli ER italiani*, «La Repubblica», 6 agosto 2014.

²⁷³ I. Venturi, *Università, arriva la carica degli aspiranti doctor House*, «La Repubblica», 4 settembre 2013.

²⁷⁴ La fotografia originale è reperibile, a colori, sulla pagina Flickr dell'autore Karva Javi al sito: <https://www.flickr.com/photos/karvajavi/8398501757/in/faves-7898950@N06/>

Ma i casi in cui i medical dramas arrivano ad interagire direttamente col vissuto dei telespettatori sono ancora più convincenti. C. B., infermiera di 51 anni, ritiene, per esempio, che la rappresentazione adrenalinica delle situazioni ospedaliere attragga verso le specialità d'urgenza alcuni operatori del settore sanitario, o aspiranti tali, portando a dimenticare la dimensione più routinaria dell'emergenza²⁷⁵:

Noto che la maggior parte dei miei colleghi ambisce a lavorare nel pronto soccorso e in tutte quelle realtà interne che presuppongono la gestione dell'emergenza. Io non credo che sia un caso: quasi tutte le fiction sono ambientate nei pronto soccorsi e c'è una diffusa ignoranza sui paramedici, che sono una realtà tutta americana e non certo italiana.

Vittima della stessa rappresentazione gonfiata e accattivante dell'emergenza è Ilaria, studentessa di 25 anni, che ricorda²⁷⁶:

Il sogno di diventare dottoressa [...] mi era nato proprio con *ER*. Ma poi io non volevo fare il medico di base, volevo fare il medico del pronto soccorso. Proprio quello che praticamente si vede la gente con gli occhi fuori... io volevo fare quello perché mi sembrava un lavoro dove non ci si annoia mai, dove c'è sempre... anche la tensione la vedevo come una cosa positiva.

Decisamente più orientati a sfatare il sensazionalismo messo in luce dalle serie tv sono invece altri resoconti. Tra questi, le testimonianze di alcuni medici francesi, intervistati da Sabine Chalvon-Demersay, risultano efficaci per la loro concisione: «Mi è capitato di fare intere notti di guardia senza essere disturbato»²⁷⁷, racconta un medico commentando il numero eccessivo di pazienti con malattie gravi che nei medical dramas affollano i pronto soccorsi. E ancora: «Sempre di più l'urgenza non è ciò che

²⁷⁵ Dall'intervista a C. B., 51 anni, infermiera nell'area di Pistoia, realizzata telefonicamente in data 20/05/2014.

²⁷⁶ Dall'intervista ad Ilaria, 25 anni, studentessa all'Università di Bologna, raccolta in data 13/12/2010.

²⁷⁷ «Il m'est arrivé de faire des nuits de garde entière sans être dérangé» (S. Chalvon-Demersay, cit., p. 256).

noi consideriamo come urgente, ma ciò che i pazienti considerano come urgente», commenta un suo collega²⁷⁸.

5.4 Profilo degli spettatori e delle spettatrici

Ad un livello generale, gli intervistati²⁷⁹ risultano essere per poco meno della metà lavoratori (28) o studenti (23); più di due terzi sono in possesso di una laurea, mentre un terzo possiede un diploma di scuola media superiore. Il grado di scolarità è dunque, nel complesso, medio-alto. L'età media si aggira intorno ai trent'anni e poco meno di un terzo degli interlocutori dichiara di avere familiari che esercitano professioni mediche. All'interno di questa categoria, però, molti inseriscono anche le professioni infermieristiche e annoverano parenti di secondo o di terzo grado quindi, in linea ipotetica, presenti in maniera relativa nel nucleo familiare quotidiano. I medical dramas più seguiti risultano essere *House M.D.*, *Grey's Anatomy* e *ER*. A seguire, in misura minore, *Scrubs*, *Private Practice*, *Nip/Tuck*, *Nurse Jackie*. Singole attenzioni richiamano invece *Chicago Hope*, *Terapia d'urgenza*, *Medicina generale*, *Un medico in famiglia*, *Miami Medical*, *Royal Pains*, *Hawthorne*, *Body of Proof*, *3 Libbre, a Gifted Man*, *Three Rivers*, *Mercy*, *Mental*, *United States of Tara*, *Incantesimo* e *Reparto Maternità* (che pure non sono ascrivibili in senso stretto al genere del medical drama).

Si evince, limitatamente al campione in oggetto, un consumo onnivoro di medical dramas, ovvero due terzi degli intervistati seguono uno o più medical dramas, l'altro terzo ne segue fino a tre. Vari sono i gradi di assiduità di visione: la maggioranza si dichiara "consumatore o consumatrice abituale", intendendo una fruizione pari almeno alla visione di un episodio a settimana; poco meno della metà sono invece gli spettatori "saltuari" e solo due coloro che non hanno mai visto un medical drama.

Rispetto alle consuetudini di fruizione messe in atto dagli intervistati, la televisione appare la piattaforma mediale più utilizzata. All'inizio della ricerca, prevedevo che il computer (intendendo genericamente con questo medium, sia la visione in modalità streaming²⁸⁰ che il download di prodotti di fiction attraverso programmi peer-to-peer)

²⁷⁸ «L'urgence, de plus en plus, ce n'est pas ce que nous considérons comme urgent, mais ce que les patients considèrent comme urgent» (*Ibid.*).

²⁷⁹ Gli intervistati saranno identificati per nome, età e professione. Per una tabella riassuntiva del profilo dei partecipanti e delle modalità di fruizione, si veda la tabella in appendice.

²⁸⁰ Trasmissione di dati audio e video da una sorgente tramite una rete telematica. I dati vengono riprodotti man mano che arrivano a destinazione, senza perciò la necessità di "scaricarli" in modalità "pacchetto" sul disco rigido del proprio computer.

avrebbe fagocitato il consumo televisivo, sulla base di un'ipotesi di fruizione "vincolata" ai ritmi e alla strutturazione dell'ambiente domestico dello studente universitario fuorisede, che immaginavo come interlocutore-campione (televisione - quando presente - condivisa con altri e, in generale, di importanza secondaria rispetto alle forme di socializzazione diretta; difficoltà a rispettare l'appuntamento fisso settimanale di programmazione e in orario di prime-time²⁸¹). Il venir meno di una fruizione "istituzionale", legata ad una struttura rigida e inflessibile come il palinsesto tradizionale, è peraltro uno degli effetti del processo di delocalizzazione e di digitalizzazione che Pescatore e Innocenti individuano all'interno del più ampio cambiamento nelle strutture della fruizione dei prodotti dell'industria dell'intrattenimento. Tra le ragioni menzionate, gli autori annoverano, ad esempio, il «sempre più stretto legame con le nuove tecnologie, che puntano verso una miniaturizzazione dell'hardware. In tal modo si assicura all'utente la possibilità di portare con sé, in qualsiasi situazione, le apparecchiature necessarie al consumo di prodotti di intrattenimento, consentendo una praticità di visione che si alimenta anche grazie alla struttura narrativa scalare e modulabile che contraddistingue i prodotti seriali»²⁸². Se si può convenire sul fatto che, in questo panorama, oltre alle piattaforme medial e ai contenuti che ad esse si adattano, cambiano anche gli spettatori, sempre più ingaggiati all'interno di una relazione dinamica con i prodotti d'intrattenimento, i dati da me rilevati lasciano trapelare un'ancora attuale convivenza di vecchi e nuovi media e dunque anche la permanenza di forme più canoniche di relazione con essi.

I dati raccolti mostrano, infatti, una fruizione televisiva²⁸³ esclusiva del prodotto seriale maggiore rispetto alla fruizione esclusiva tramite computer o all'utilizzo di entrambe le piattaforme. Poco meno della metà degli intervistati, inoltre, dichiara di adottare una modalità di visione in solitaria, un terzo in compagnia (famiglia, amici o partners) e i restanti le annoverano entrambe.

Incrociando i dati, relativi alla piattaforma mediale utilizzata, prima con quelli relativi all'assiduità di consumo e, successivamente, con quelli relativi alla modalità di

²⁸¹ Il "prime-time" è la fascia serale che corrisponde al momento in cui il maggior numero di telespettatori è sintonizzato sui canali televisivi. In Italia, la fascia oraria di prima serata corrisponde al periodo 21.00-23.00 ed è generalmente strutturata in blocchi di 90 minuti al netto degli spazi pubblicitari.

²⁸² G. Pescatore, V. Innocenti, cit., p. 70.

²⁸³ Va ricordato, per precisione, che chi ha fruito dei medical dramas attraverso la piattaforma Sky può disporre - a partire dal 2012 - di un servizio on-demand, che permette di vedere i programmi prescelti in qualsiasi orario della giornata.

fruizione, si nota innanzitutto una corrispondenza tra piattaforma mediale utilizzata e assiduità di fruizione. Se, infatti, la maggioranza degli intervistati dichiara di fruire dei prodotti di fiction in questione ancora nella “vecchia” modalità televisiva (in chiaro o su Sky), occorre notare che larga parte di questi telespettatori sono consumatori saltuari. Scelgono dunque il medical drama più per la contingenza dell’offerta complessiva che per interesse reale nei confronti del prodotto, o per una curiosità vaga nei confronti di prodotti molto diffusi (e dunque, poco evitabili, in determinate serate, nella fascia di prime-time) all’interno dei palinsesti delle reti televisive, o infine perché affiancati nella visione da qualcuno che ha invece appositamente scelto il prodotto da fruire. I fruitori di medical dramas su computer sono invece consumatori abituali e per lo più solitari, che praticano un consumo finalizzato, scelto personalmente e individualizzato. La tipologia di consumo varia anche in ragione della serie tv prescelta: la fruizione di *Grey’s Anatomy* e di *House M.D.* si sposta dalla piattaforma televisiva al download sul computer nel corso dell’esperienza spettatoriale degli intervistati. I motivi dichiarati sono la possibilità di seguire gli episodi in lingua originale e di avere a disposizione più puntate da visionare in serie, senza dover attendere la pausa settimanale per conoscere l’esito di alcune delle vicende narrate. Quest’ultima motivazione è addotta per lo più dalle telespettatrici di *Grey’s Anatomy*. La ragione è plausibilmente da rintracciarsi nel fatto che *Grey’s Anatomy* è il medical drama più contaminato dalle modalità narrative della soap-opera; intraprendendo la strada della “serializzazione della serie” attraverso la creazione di *storylines* relative al privato e ai sentimenti fra protagonisti, che non si esauriscono nel corso del singolo episodio, questa fiction pare riuscire più di altre a costruire uno spettatore fedele e appassionato.

Enrico, 24 anni, studente di ingegneria biomedica, dice di aver visto sia *Grey’s Anatomy* che *House M.D.*²⁸⁴:

dal loro inizio fino all’attuale programmazione americana. [...] Inizialmente le vedevo tramite tv, poi con sky e in seguito, negli ultimi tre anni, tramite download da internet perché le seguo in lingua poco dopo la programmazione americana.

Francesca, invece, 26 anni, in cerca di prima occupazione, rispetto al consumo di *Grey’s Anatomy* e di *Private Practice*, dice²⁸⁵:

²⁸⁴ Dal questionario, compilato in data 09/12/2010.

²⁸⁵ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

quando inizio poi voglio arrivare alla fine, quindi ne scarico in quantità industriali. [...] Magari, se non da appena iniziati, iniziavo da una stagione e poi recuperavo le altre.

Monica, 23 anni, studentessa di semiotica, ricorda²⁸⁶:

Dott. House l'ho visto... ecco, quello l'ho visto in televisione quando l'hanno trasmesso in Italia. Lo vedevo in prima serata a casa, in televisione, con i miei. E dopo, vabbè, appassionandomi mi sono messa a guardarlo in streaming, sempre in italiano però. Ho provato in inglese, ma non ce la potevo fare.

Diverso è il discorso per quanto riguarda la fruizione di *ER* che, per la maggior parte degli intervistati, pare essere avvenuta tramite il medium televisivo. Si può facilmente spiegare questa particolarità considerando che *ER* debuttò sugli schermi italiani nel 1996, quando un buon numero di intervistati aveva mediamente tredici anni, dunque il consumo era quello collettivo familiare tipico dell'orario dei pasti e del prime-time; oltre a ciò, va tenuto presente che, nel 1996, le modalità di visione in streaming tramite computer non erano ancora disponibili e la consuetudine del download di file audio/video da internet doveva ancora prendere avvio: il primo browser con caratteristiche simili a quelle attuali del World Wide Web venne realizzato nel 1993 e Napster, il primo sistema di file-sharing in modalità peer-to-peer, risale “solo” al 1999. Di *ER*, Sofia, 24 anni, supplente come educatrice nido, dice²⁸⁷:

L'ho seguito fin dall'inizio, quindi tantissimo tempo fa, quando ero piccola; l'ho sempre guardato in televisione, all'inizio con mia mamma, quando ero più piccola, poi dopo sempre a casa ma con Alessandro, sempre in televisione.

Anche Caterina, 25 anni, studentessa di antropologia, dice di averlo visto da piccola, in compagnia della mamma, e precisa²⁸⁸:

²⁸⁶ Dall'intervista a Monica, realizzata in data 12/12/2010 a Bologna.

²⁸⁷ Dall'intervista a Sofia, realizzata in data 28/12/2010 a Bologna.

²⁸⁸ Dall'intervista a Caterina, realizzata in data 12/12/2010 a Bologna.

Guardavo proprio quando era iniziato e quindi proprio c'erano quelle cose da tv in famiglia. Mia mamma lo guardava e io lo guardavo con lei la sera, perché andavo a scuola e poi guardavo. [...] Io e un sacco di miei compagni di classe anche, perché avevano i genitori che guardavano e quindi guardavano anche loro. [...] Data la nostra età, era un po' il riflesso... ovvero, tua mamma quel giorno decide che alla tv si guarda quello e tu ti adegui, tanto la sera non esci.

Marzia, 26 anni, studentessa di scienze politiche, nel tentativo di fare un conto a ritroso degli anni che ha passato da telespettatrice di *ER*, afferma addirittura: «*ER* lo guardo da sempre»²⁸⁹. Anche Francesca dice di aver seguito *ER* «sin da bambina, più o meno un paio di volte alla settimana»²⁹⁰.

Nel complesso, non sembrano esserci particolari filtri nella scelta di inserire alcuni medical dramas all'interno della propria dieta mediatica²⁹¹. Chi non esibisce motivi di disturbo²⁹², pare aver iniziato ad avvicinarsi al medical drama per caso, facendo zapping in televisione o su suggerimento di amici o famigliari. Pochi sono i casi di coloro che sono stati costretti ad assistervi dal contesto domestico della fruizione, mentre all'incirca un terzo degli intervistati dichiara di aver iniziato a guardarli per un preciso interesse verso la tematica ospedaliera. Altre motivazioni addotte sono state l'evasione, la curiosità, il relax, il divertimento, un interesse verso il plot e la sua costruzione, le vicende sentimentali dei protagonisti, il richiamo di attori conosciuti.

A conferma di quanto sostenuto in precedenza a proposito delle dinamiche della verosimiglianza, pare che l'accuratezza o meno dei medical dramas nella ricostruzione di sintomatologia e trattamenti non sia considerata dagli intervistati un fattore inibente rispetto al confronto con la propria esperienza della realtà ospedaliera. Anzi, da alcuni commenti emerge che ciò che viene mostrato nei medical dramas viene percepito come

²⁸⁹ Dal questionario, compilato in data 14/12/2010.

²⁹⁰ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

²⁹¹ Per "dieta mediatica" si intende una «linea di scelte individuali che privilegia alcuni generi o contenuti mediatici fino a rappresentare un insieme di comportamenti di consumo dotati di senso, rispondenti a particolari motivazioni e attese, coerenti con gli interessi e le capacità cognitive e culturali del pubblico fruitore». (R. Porro in G. Losito, *Il potere del pubblico: la fruizione di comunicazione di massa*, Carocci, Roma, 2002, p. 25).

²⁹² Mi riferisco, ad esempio, ad un questionario - compilato da Marzia, giornalista di 40 anni, in data 08/02/2011 - che riporta solo la dichiarazione: «Detesto le serie in questione forse perché mi turbano i luoghi che abitano, le malattie che assistono, il dolore (fisico) che esibiscono». Andrea, 25 anni, operatore sociale, riferisce invece, in merito allo stesso tema, che alcune scene «ogni volta, per tv o dal vivo, mi impressionano comunque. Penso anche magari vedere la stessa scena quaranta volte a fila, non so se mi aiuta a togliermi un po' l'impressione, ad abituarli magari a queste cose. Non penso». Poi aggiunge: «Però poi li guardo lo stesso e volentieri. Perché mi diverte, mi incuriosisce. Un po' come con gli incidenti stradali, che tutti si fermano a guardare» (Dall'intervista ad Andrea, realizzata in data 22/12/2010 a Bologna).

“realità fiduciaria”. Pochi, alla domanda «Ritieni accurata, nella serie, la ricostruzione della sintomatologia e del relativo trattamento di alcune malattie?» rispondono con un secco «no» o «non sono un medico». Viviana, cameriera di 27 anni, ammette: «Non saprei dire se è accurata, ma di sicuro è credibilissima ai miei occhi»²⁹³. Le fa eco Maria, 32 anni, coordinatrice didattica, che afferma: «Non essendo un’esperta in materia, penso di sì»²⁹⁴. E i casi simili sono molti. Ilaria, 23 anni, disoccupata, osserva: «Penso che sia abbastanza accurata, non mi pongo mai il dubbio che non sia accurata»²⁹⁵. Rossella, 34 anni, responsabile di ufficio stampa, commenta: «Se non è proprio accurata (non ho le conoscenze mediche complete per dirlo) è almeno essenziale»²⁹⁶. Camilla, 21 anni, studentessa di medicina, è più accorta: «La sintomatologia è spesso accurata, ma l’iter diagnostico e terapeutico appare spesso molto più semplice di quanto non sia nella realtà»²⁹⁷. C’è chi ha visto nei medical dramas patologie che conosce da vicino. Viola, ad esempio, disoccupata di 26 anni, racconta: «Mi è capitato di vedere rappresentate in più di una di queste serie, casi di malattie che conosco (tumori, Alzheimer) e ne ho sempre trovato la rappresentazione piuttosto credibile»²⁹⁸. All’opposto, Stefano, studente venticinquenne, ricorda²⁹⁹:

Tempo fa era stata fatta una puntata sulla sindrome di Charge. Io conoscevo bene questa sindrome perché ho un caro amico che ne è affetto; e il modo in cui questa sindrome era trattata all’interno della fiction era davvero molto semplicistico: gli autori si sono sforzati di far vedere tutte le difficoltà che una persona affetta da questa sindrome ha. Purtroppo è venuto fuori un calderone di informazioni (tutte vere, ma date in modo irregolare e confusionario) e alla fine è emerso un quadro non reale.

Catia, giornalista di 49 anni, riesce a valutare l’accuratezza dei medical dramas in base ad una propria esperienza di malattia³⁰⁰:

²⁹³ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

²⁹⁴ Dal questionario, compilato in data 30/12/2010.

²⁹⁵ Dal questionario, compilato in data 09/12/2010.

²⁹⁶ Dal questionario, compilato in data 23/12/2010.

²⁹⁷ Dal questionario, compilato in data 21/01/2011.

²⁹⁸ Dal questionario, compilato in data 12/02/2011.

²⁹⁹ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

³⁰⁰ Dal questionario, compilato in data 10/02/2014.

Con vari distinguo, ritengo la ricostruzione di sintomi e trattamento abbastanza accurata (e anche le traduzioni italiane spesso sono buone), su tutti *House* e *ER*. Io soffro di ipotiroidismo acquisito con varie complicanze, e di deficit della proteina S, e talvolta ho riconosciuto i sintomi di queste patologie nelle serie in questione. Anche se (ma forse mi illudo e domani schiatto) vengono sempre drammatizzate rispetto alla gravità che percepisco io rispetto alla mia situazione.

Allo stesso modo, Lorenza, giornalista di 37 anni, dichiara: «Riconosco vari gradi di plausibilità. Per esempio, l'ernia ombelicale strozzata di *Nurse Jackie* era abbastanza realistica, lo era molto meno la diagnosi e la cura del mpcos in *Dr. House*; parliamo di totale mancanza di aderenza alla realtà per altre patologie come l'endometriosi»³⁰¹. Infine, Luca, educatore di 29 anni, puntualizza³⁰²:

Credo che oggi gli sceneggiatori scrivano in modo accurato, informandosi, servendosi di fonti sicure come medici specializzati. *Dr. House* in questo senso fa qualcosa di più, la volontà di mettere al centro la malattia con una sintomatologia precisa (l'equipe di *House* scrive tutto su una lavagnetta, così lo spettatore legge e capisce meglio).

5.5 Familiarizzare con l'ambiente medico attraverso il capitale mediatico

La teoria del “knowledge-gap” o degli “scarti di conoscenza” aveva attribuito ai media il potere di accentuare le disparità culturali esistenti nel tessuto sociale, mediante l'incremento del differenziale di conoscenza tra gruppi dominanti e gruppi con minori capitali a disposizione. Sebbene alla televisione fosse stato attribuito un possibile ruolo intermedio di “livellatore” delle conoscenze, è oggi più facile sostenere che essa costituisca invece un potente mezzo di democratizzazione degli accessi all'informazione. Sostiene Joshua Meyrowitz che lo spettatore medio può oggi accedere ad informazioni che, oltre ad essere difficilmente comprensibili se codificate attraverso medium più esclusivi (ad esempio, i libri specializzati)³⁰³, si disperderebbero tra le varie

³⁰¹ Dal questionario, compilato in data 30/11/2013.

³⁰² Dal questionario, compilato in data 10/12/2010.

³⁰³ È questo, secondo Walter J. Ong, a distinguere 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

specializzazioni. Generalmente, infatti, «l'esperto in un determinato campo può rivolgere messaggi ad altri esperti dello stesso campo semplicemente scrivendo in una complessa stenografia comprensibile solo dopo lunghi anni di formazione e di letture. Nei testi "avanzati" si usano frasi e termini specialistici, nomi e citazioni in lingua straniera, sprovvisti di spiegazioni o non inseriti in un contesto»³⁰⁴, con l'esito che difficilmente gli individui riescono a superare i confini del proprio "campo". Meyrowitz prende i testi di medicina come esempio di informazioni generalmente contenute solo nei libri "avanzati". Secondo il sociologo statunitense, tali informazioni possono essere presentate attraverso la televisione in una forma accessibile al grande pubblico: «Per esempio, in un programma di mezz'ora diffuso recentemente si davano istruzioni particolareggiate sulla rianimazione cardio-polmonare. Con parole, immagini e azioni si illustravano gli interventi di rianimazione in casi d'emergenza su persone colpite da attacchi cardiaci. Il medico, invitato a intervenire al programma, sottolineava spesso che, al contrario di quanto si è sempre pensato, per intervenire in casi del genere non occorre una formazione o delle conoscenze particolari. Il medico sosteneva che era tanto semplice, che anche un bambino avrebbe potuto imparare – e di fatto, sua figlia di otto anni ne era già capace»³⁰⁵. Continua Meyrowitz: «non voglio sostenere che un programma televisivo sulla rianimazione cardio-polmonare equivalga alla lettura di un testo specialistico di medicina [...] ma attraverso la televisione, il tema che in un libro comporta complesse codificazioni e decodificazioni può essere presentato in modo più semplice ed essere recepito in modo più diretto»³⁰⁶. A ciò va aggiunta la teoria più nota di Meyrowitz, secondo la quale ciò che accade con la televisione 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, sostiene Meyrowitz, «produce

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).

³⁰⁴ J. Meyrowitz, *Oltre il senso del luogo: come i media elettronici influenzano il comportamento sociale*, Baskerville, Bologna, 1998, p. 125.

³⁰⁵ *Ibid.*, p. 127.

³⁰⁶ *Ibid.*

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»³⁰⁷. Anche secondo Piero Vereni i flussi mediatici provocano un mutamento di campo, rendendo disponibili immaginari che i singoli possono riconfigurare all’interno dei loro progetti di vita. Vereni propone di definire “capitale mediatico” quella «quota di immaginazione come pratica sociale resa disponibile dal sistema complesso dei flussi di immagini e informazioni che attraversano i campi precostituiti del sociale»³⁰⁸. La questione, così limpidamente esemplificata da Meyrowitz, è in realtà molto complessa. In primo luogo - lo menziona anche il Forum per la Ricerca Biomedica in vari rapporti - l’accesso alle informazioni rappresenta «un aspetto essenziale della possibilità stessa per il cittadino di aumentare le proprie capacità di autodeterminazione anche in un campo fondamentale come quello della salute»³⁰⁹. È chiaro che con “capacità di autodeterminazione” si intende qui sia la responsabilizzazione del cittadino rispetto alle proprie scelte in tema di salute, sia l’*agency*, la capacità di agire sul mondo, che un cittadino informato può mettere in atto con molta più precisione di un cittadino inconsapevole. In secondo luogo, i dati mettono in luce una situazione spuria, in cui i cittadini italiani si definiscono molto o abbastanza informati sui temi della salute, tuttavia meno della metà di loro considera l’informazione soddisfacente³¹⁰ (Figura 6). Il dato³¹¹ risulta interessante per due motivi. Testimonia innanzitutto di un’evidente scontentezza, che viene attribuita soprattutto alla superficialità del trattamento delle informazioni nei media e all’inefficace modalità con cui vengono esposte e rese fruibili al pubblico, tanto da risultare scarsamente comprensibili o contraddittorie. Secondariamente, l’insoddisfazione dei cittadini per la qualità dell’informazione depone a favore di un’acculturazione sui temi della salute che

³⁰⁷ *Ibid.*, pp. 76-77.

³⁰⁸ P. Vereni, cit., p. 61.

³⁰⁹ Forum per la ricerca biomedica, *Comunicare la salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale*, Fondazione Censis, Roma, 25 maggio 2004, p. 1.

³¹⁰ Forum per la ricerca biomedica, *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*, Fondazione Censis, Roma, 5 luglio 2007, p. 11.

³¹¹ Il dato disponibile risale al 2007. È quindi lecito pensare che la situazione sia cambiata. Tuttavia, confrontando dati simili, rilevati dallo stesso Centro Studi, si nota che nell’arco di 5 o 10 anni, dal 2004 in poi, le variazioni ci sono ma non sono tali da invertire i risultati. Considero quindi il dato in oggetto non tanto come significativo in sé ma come indicativo di una tendenza.

ad un primo stadio è già avvenuta e che, complice probabilmente la maggiore scolarizzazione generale, ora non si accontenta più di informazioni superficiali.

	Nessuno / licenza elementare	Licenza media	Diploma di scuola media superiore	Laurea	Totale
Sui temi della salute e della malattia (cause, sintomi, farmaci, nuove terapie e strumenti diagnostici ecc.)...					
Sono soddisfacenti	21,5	16,9	25,7	23,0	22,4
Non sono soddisfacenti	78,5	83,1	74,3	77,0	77,6
perché:					
<i>sono poco comprensibili</i>	31,3	26,2	19,7	15,6	22,4
<i>spesso non concordano</i>	11,8	12,0	11,9	10,4	11,8
<i>non mi fido</i>	9,0	7,6	6,2	7,4	7,3
<i>sono poco approfondite</i>	10,4	25,7	24,1	26,6	22,8
<i>sono poco reperibili, trovarle richiede uno sforzo non indifferente</i>	16,0	11,6	12,4	17,0	13,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sulle caratteristiche dei servizi (ospedali, laboratori, specialisti, centri diagnostici) a cui eventualmente rivolgersi in caso di malattia...					
Sono soddisfacenti	21,7	19,3	22,0	18,0	20,8
Non sono soddisfacenti	78,3	80,7	78,0	82,0	79,2
perché:					
<i>sono poco comprensibili</i>	27,9	21,0	14,2	21,1	18,8
<i>spesso non concordano</i>	12,6	9,9	12,0	10,5	11,2
<i>non mi fido</i>	9,8	10,3	10,0	6,0	9,6
<i>sono poco approfondite</i>	15,4	25,1	22,1	24,1	22,3
<i>sono poco reperibili, trovarle richiede uno sforzo non indifferente</i>	12,6	14,4	19,7	20,3	17,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Figura 6: Opinioni circa le informazioni sanitarie oggi disponibili, per titolo di studio (%)
Fonte: Forum per la ricerca biomedica, *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*, Fondazione Censis, Roma, 5 luglio 2007, p. 11.

L'esito di questi processi non è scontato, poiché, nonostante la sovraesposizione dei cittadini alle informazioni che circolano, la maggioranza di loro «non sembra disporre autonomamente delle conoscenze necessarie per sapere davvero come muoversi, e continua a trovare nella relazione con il medico di medicina generale l'unico momento di reale indirizzo»³¹². Non sempre, insomma, le informazioni che circolano sono veramente utili o utilizzabili. La situazione, che emerge dai resoconti dei miei interlocutori, è molto simile a quella appena descritta. La fiction ha contribuito alla formazione e all'accumulazione di un capitale mediatico, usato il più delle volte non

³¹² *Ibid.*, p. 4.

come strumento di trasformazione del reale, ma come riserva di informazione, talvolta puramente nozionistica, in modo più strategico che tattico.

Per sondare l'acquisizione di una prospettiva "da palcoscenico laterale", nel corso delle interviste ho chiesto ai telespettatori se, per esempio, la ricostruzione minuziosa del microcosmo ospedaliero fatta nei medical dramas avesse aiutato a rendere quell'ambiente più accessibile per loro, nella pratica quotidiana. L'opinione generale è che, in qualche modo, i medical dramas aiutino, per esempio «perché lo fanno credere più rassicurante»³¹³ o perché «già il fatto che avvicini le persone ad un dato ambito immagino renda il pubblico più sensibile e a suo agio in determinate circostanze»³¹⁴. Marisa, impiegata trentottenne, nota: «Di fatto le serie tv rivelano lati della personalità dei medici protagonisti che possono aiutare a dare un'immagine "più umana" della figura del medico. Cosa che a volte nella realtà si fa fatica a riconoscere, specie per chi, come me, non ha proprio una simpatia viscerale per gli ambienti medici e ospedalieri»³¹⁵. Dello stesso parere è Francesco, 37 anni, ingegnere elettronico, che commenta³¹⁶:

il telespettatore si abitua a vedere ambienti medici e personale medico: fa sentire il paziente più a suo agio in un ambiente che normalmente non fa parte della nostra quotidianità.

Ilaria, studentessa venticinquenne, riporta esempi più pragmatici della sua esperienza³¹⁷:

Sicuramente ho rivisto nella realtà o comunque mi hanno aiutato a decifrare alcuni momenti della realtà magari proprio legati all'ospedale, più che altro alcune nozioni, alcuni oggetti, cioè la flebo, non so, alcune cose che io ho visto spesso, che poi erano ricorrenti in *ER*, dove comunque vedi la gente assistita nei soliti modi. Molto spesso, appunto, soluzione salina, emogas, tutte quelle robe tipo l'emoglobina... adesso non mi ricordo, però c'erano proprio gli esami di routine, quelle cose che poi quando le senti ti salta un campanello e dici «ah io questa cosa l'ho sentita miliardi di volte» e ovviamente sai anche più o meno cosa sono e a cosa servono queste cose.

³¹³ Dal questionario di Sofia, 21 anni, studentessa di medicina veterinaria, compilato in data 09/12/2010.

³¹⁴ Dal questionario di Viviana, 27 anni, cameriera, compilato in data 08/12/2010.

³¹⁵ Dal questionario, compilato in data 25/01/2014.

³¹⁶ Dal questionario, compilato in data 12/01/2011.

³¹⁷ Dall'intervista a Ilaria, realizzata in data 13/12/2010 a Bologna.

Anche Sofia, 24 anni, supplente educatrice nido, pur sostenendo che i medical dramas possano essere forieri di false aspettative, poiché lasciano spiazzati al confronto con la realtà, ricorda una circostanza personale³¹⁸:

In piccole cose può aiutare, per esempio sicuramente avendo visto tante volte *ER*, quando sono arrivata in ospedale mi immaginavo che alla mattina, essendo anche il Sant'Orsola come è in *ER* 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. [...] E anche questo mi spiazzò fino ad un certo punto. Cioè, appunto, mi aspettavo che ci fossero delle studentesse, non mi aspettavo che mi visitassero prima dell'operazione, però, insomma, ecco su questo mi ha preparato. Sì, su questo sì.

Svariati sono poi gli intervistati che si interrogano su quanto queste serie televisive possano aiutare ad accorciare le distanze fra il professionista e il profano durante il loro incontro, a partire dalla riduzione di quel divario di conoscenze che li colloca l'uno rispetto all'altro in posizioni diverse e non raramente di reciproca incomprensione. Vera, impiegata di 29 anni, osserva³¹⁹:

Secondo me questi telefilm rendono più vicini solo i pazienti al mondo medico... ma molto meno il medico al paziente. Spesso mi sono sentita dire dai medici «non pensare che sia come nei film... non è assolutamente veritiero».

Ilaria, 23 anni, disoccupata, osserva³²⁰:

La gente comune può rendersi conto delle difficoltà del medico e della sua professione, ma allo stesso tempo ho l'impressione che le serie diano un'immagine sbagliata di quello che uno si può aspettare dalla medicina, nel senso che le persone si immaginano che il medico saprà sempre dire qual è la causa della malattia, anche se in realtà è sempre difficile ricevere una chiara risposta sull'entità della malattia.

³¹⁸ Dall'intervista a Sofia, realizzata in data 28/12/2010 a Bologna.

³¹⁹ Dal questionario, compilato in data 11/12/2010.

³²⁰ Dal questionario, compilato in data 09/12/2010.

Simile è il commento di Raffaella, 32 anni, consulente nel settore bancario³²¹:

In un certo modo, mostrando i ritmi di vita spesso intensi dei medici, potrebbero aiutare a far comprendere al paziente che, in certe situazioni, attese e risposte vaghe possono essere normali, in particolare là dove spesso queste serie puntano a mostrare la mancanza di organico degli ospedali, piuttosto che di fondi per ricerche e macchinari.

Secondo Caterina, studentessa di 25 anni, i medical dramas possono, in minima parte, aiutare a decostruire il rigido ruolo solitamente attribuito al professionista della sanità³²²:

Essendo la figura del medico, appunto, una figura abbastanza autoritaria nell'immaginario collettivo, o comunque che detiene un certo sapere che difficilmente tu puoi controbattere se non hai studiato le stesse cose, nel momento in cui il telefilm ti fa vedere sì quell'aspetto là, ma anche magari un aspetto di relazione umana o di cosa più vicina a te stesso, allora magari tu da spettatore riesci anche, cioè, entri più in familiarità con la figura del medico e quindi poi anche quando, immagino, interagisci con il tuo medico, hai forse nel tuo immaginario anche una visione del medico che [...] fuoriesce semplicemente dal suo ruolo istituzionale.

Rossella, 34 anni, responsabile di un ufficio stampa, mette invece in evidenza un "effetto collaterale" di queste serie televisive: «Credo che, più che altro, aumentino la consapevolezza e facciano crescere nel paziente le aspettative di efficienza, bravura ed empatia dell'ospedale e dei medici»³²³. L'empatia del medico è uno degli elementi di discrepanza fra fiction e realtà individuato da molti intervistati, fra cui Caterina, che sostiene che la fiction «crea delle aspettative nel momento in cui poi vai dal tuo medico e ti aspetti di venir trattato, curato e accolto nella stessa maniera»³²⁴. Speculare è l'osservazione di Francesca, 26 anni, in cerca di prima occupazione, che per certi versi le trova controproducenti³²⁵:

³²¹ Dal questionario, compilato in data 12/12/2010.

³²² Dall'intervista a Caterina, realizzata in data 12/12/2010 a Bologna.

³²³ Dal questionario, compilato in data 23/12/2010.

³²⁴ Dall'intervista a Caterina, realizzata in data 12/12/2010 a Bologna.

³²⁵ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

La gente vede *Dr. House* e pensa che, nonostante si tratti di un tossicodipendente antipatico e inumano, sia una fortuna capitare tra le sue mani, poi capita di andare in ospedale, essere trattati con poca cura e non essere nemmeno “miracolati”, questo può scatenare un forte senso di frustrazione a mio parere. Secondo me il caso dei due medici picchiati dai famigliari del ragazzo morto in sala operatoria a Roma ne sono un esempio.

Anche Fabrizio, imprenditore di 31 anni, considera entrambi i lati della medaglia³²⁶:

Sicuramente possono accorciare le distanze, ma non è detto che lo facciano solo in positivo: vedere il medico non più come un guru ma come un essere umano coi suoi problemi porta più facilmente a dubitare della sua competenza e delle motivazioni dietro ad alcune delle sue indicazioni (tempo disponibile, voglia, soldi, questioni politiche, ecc.).

Lucia, studentessa ventiquattrenne pensa invece che i medical dramas creino delle distanze³²⁷:

Secondo me queste serie tv per chi ci sta a guardare immedesimandosi tanto, creano distanza. Del tipo «guarda un po'... il mio medico però non fa così». Cioè, io quello che vedo anche quando vado dal mio medico, le poche volte che vado, vedo questo, che la gente fa: «no, io però ho visto che da *Dr. House* si parlava così e allora dovremmo fare in questo modo perché io ho gli stessi sintomi di – che ne so – Mary», che era la protagonista di ieri. E allora queste situazioni qua, in cui insomma si improvvisano medici quando non lo sono. E allora il medico deve aumentare la sua credibilità. E fa fatica, da questo punto di vista. [...] Perché sono medici fenomeni, supereroi e uno si guarda e dice «però il mio medico non è così».

Diana, infermiera di 22 anni ed Elena, studentessa di 26, sottolineano invece gli aspetti positivi dei medical dramas. La prima dichiara: «se appassionano penso che quel che possono fare sia inibire un po' le paure della gente e il timore nei confronti degli

³²⁶ Dal questionario, compilato in data 20/01/2011.

³²⁷ Dall'intervista a Lucia, realizzata in data 10/01/2011 a Bologna.

ospedali e del personale sanitario»³²⁸. La seconda è dello stesso parere e vede nella passione per queste serie un intento apotropaico³²⁹:

Il tema della salute è proprio una cosa che il 90% delle persone è terrorizzata, non vuole averci niente a che fare. Cioè, [...] comunque l'istituzione sanitaria è sempre collegata a sofferenza, a morte, a pippe di mille tipi... per dire, devi fare file lunghissime, ti fanno male, stai male, roba che ti ricoverano, cioè, per cui uno cerca in ogni caso comunque di tenersi anche inconsciamente distaccato da questo [...] Secondo me queste serie sono seguitissime un po' per sfatare, perché cioè alla fine secondo me quando tu hai tanta paura di qualcosa hai in parte voglia di conoscere, e hai voglia un po' di sfatare questo mostro, questa cosa.

Nelle parole degli intervistati, i medical dramas sono ritenuti efficaci anche per quanto riguarda l'avvicinamento o l'apprendimento del linguaggio tecnico della medicina. Luca, 29 anni, educatore, pensa che queste serie tv «rendano più familiari e quotidiani termini molto di settore»³³⁰. Vera, avvocato trentaduenne, è dello stesso parere³³¹:

Certo è possibile che forniscano un livello di erudizione generale maggiore, credo che bene o male il telespettatore avvinto dalla trama incameri più o meno consapevolmente maggiori informazioni ed un linguaggio medico più appropriato.

Francesca racconta come la dimestichezza con alcuni termini tecnici, guadagnata anche attraverso la fruizione di medical dramas, abbia portato la sua famiglia a responsabilizzarla rispetto alla gestione della salute di un parente nel contesto domestico³³²:

Credo che rendano dei concetti e dei termini altrimenti molto oscuri, più comprensibili ad una persona senza un'educazione medica. Io, per esempio, mi sono ritrovata a mio agio ascoltando e leggendo referti medici, capendo di cosa mi stava parlando un medico e molte volte sono riuscita a porre domande adeguate. Quando mia nonna faceva la dialisi peritoneale, per esempio, io sono stata scelta come “responsabile” della tecnica di medicazione e di allacciamento con la

³²⁸ Dal questionario, compilato in data 31/12/2010.

³²⁹ Dall'intervista a Elena, realizzata in data 20/01/2011 a Bologna.

³³⁰ Dal questionario, compilato in data 10/12/2010.

³³¹ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

³³² Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

macchina, a me fu affidato il compito di imparare direttamente dagli infermieri specialisti e poi di passare le informazioni ai miei famigliari per la gestione della terapia che era casalinga.

Monica, studentessa di semiotica, ritiene che attraverso le serie tv «ci si faccia un minimo di cultura»³³³:

Mentre prima solo il chirurgo sapeva quello che si sarebbe trovato davanti, il fatto che sia andato in televisione e in internet, continuamente, alla portata di tutti, sai che – che ne so – se usi il bisturi fai un taglietto piccolo. Cioè lo sai e lo vedi anche, quindi comincia a diventare una cosa un po' più pubblica, forse più conoscibile anche dagli altri.

Anche Caterina è dello stesso parere e aggiunge un aspetto ludico alla scoperta di nuovi termini e di nuove procedure³³⁴:

Secondo me ad un certo punto entri, cioè familiarizzi con il lessico, vedi che lo usano quindi magari non so, la tac all'inizio non sai bene cos'è, poi sai che, in quei casi, la prima cosa che si fa nel processo diagnostico indifferentemente è la tac piuttosto che... e dici «ah adesso lui farà questo» ed effettivamente succede e allora dici «Grande! Vedi? Ho imparato alla fine, ho seguito».

Dai primi risultati, emersi a partire dalle interviste e dai questionari, è del tutto possibile attribuire ai medical dramas un ruolo di socializzazione secondaria³³⁵ o informale rispetto al sapere sulla malattia e ai luoghi preposti alla cura. Il sapere acquisito va ad integrare piuttosto che a sostituire le conoscenze ottenute nell'ambiente familiare e in quello scolastico. È convinta di ciò anche Solange Davin, che nel suo studio sui telespettatori francesi di *ER* perviene a raccogliere testimonianze sovrapponibili a quelle raccolte fra i pubblici italiani. Non tutti i medical dramas sono ritenuti ugualmente istruttivi o fonti di informazioni affidabili. *ER* è ritenuto il più verosimile ed accurato

³³³ Dall'intervista a Monica, realizzata in data 12/12/2010 a Bologna.

³³⁴ Dall'intervista a Caterina, realizzata in data 12/02/2010 a Bologna.

³³⁵ Mi riferisco al processo sociale di trasmissione e interiorizzazione dell'insieme di valori, norme, ruoli, aspettative e credenze della società contermina. La socializzazione secondaria, in particolare, riguarda l'insieme di pratiche e conoscenze che permettono l'acquisizione di competenze specialistiche e la differenziazione dei ruoli sociali. Nella letteratura sociologica, i media, assieme al gruppo dei pari, all'ambiente di lavoro e a molti altri agenti sociali, vengono fatti rientrare in questa seconda fase del processo.

dai telespettatori. Gli intervistati riescono a riconoscere le diversità che presenta il sistema sanitario americano (rappresentato) rispetto al loro, ma questo invece di essere motivo di confusione, diventa il punto di partenza per riflettere sul proprio e su un sistema ideale. Inoltre, la maggior parte dei telespettatori dimostra di saper distinguere le informazioni genericamente acquisite dalla serie tv dalla effettiva replicabilità e attualizzazione pratica di quelle competenze. Fra i medici, sorprendentemente, *Scrubs* è il più citato per la sua capacità di rappresentare situazioni al limite dell'assurdo ma del tutto sovrapponibili a quelle esperite in una vera corsia d'ospedale. M. N., ventottenne specializzanda in cardiologia, confida di aver sperimentato il suo primo giorno di lavoro in ospedale proprio come viene descritto dal protagonista della serie³³⁶:

Scrubs è [...] molto veritiera. Loro hanno una realtà migliore della nostra, sono più organizzati, però *Scrubs* [...] ti fa vedere come lo specializzando viene trattato di merda. Ed è proprio così. [...] Oppure il primo giorno, prima puntata di *Scrubs*, lui entra e dice: «bene, adesso ho una laurea in mano, sei anni e... non so niente». Che è la verità, cioè che tu arrivi là e non è che sai gestire un reparto, eppure ti mettono veramente... ti buttano nella mischia.

A. A., anestesista e rianimatrice di 42 anni, racconta di aver vissuto in prima persona, fra le corsie dell'ospedale, episodi "surreali", in bilico fra la tragedia e la commedia, e di aver capito attraverso di essi la verosimiglianza di *Scrubs*³³⁷:

Scrubs ad esempio è il mio, io mi ci identifico benissimo. Innanzitutto perché fa vedere una quotidianità che negli altri non è... cioè, una quotidianità mentale. Questo ragazzo che sta tante ore in ospedale, come ci stiamo effettivamente noi... cose che nelle altre fiction non vengono menzionate perché prendono più la via un po' dei supereroi. In realtà tu vivi la tua quotidianità stando in ospedale tantissime ore, che sono quasi la gran parte della tua vita, e lì si intreccia la tua vita con cose che possono essere allegre, un'ironia che capisci soltanto tra colleghi perché se la riporti nel mondo reale, la gente ti guarda come dire «Che c'è da ridere?». E anche questa sorta un po' di... surrealismo. Io mi ci ritrovo, mi ci ritrovo tantissimo, perché effettivamente è così. È così. Che si intrecciano la tua vita, i tuoi sentimenti,

³³⁶ Dall'intervista a Marianna, realizzata in data 16/02/2014 a Bologna.

³³⁷ Dall'intervista ad Angelina, realizzata in data a 25/03/2014 a Bologna.

le tue imbranataggini anche. Perché siamo così. Ho degli episodi in cui mi ritrovo proprio come lui, cioè uguale, uguale.

Anche secondo M. G., anestesista nell'area di Roma e Latina, *Scrubs* restituisce la surrealtà del mondo ospedaliero: «chi lavora dentro un ospedale sa che l'ospedale è un posto di pazzi, perché comunque è un posto in cui si incrocia tanta umanità, in cui nello stesso momento qualcuno nasce e qualcuno muore, qualcuno riceve una notizia fantastica e qualcuno una terribile»³³⁸.

La fiction, oltre che una proposta da interpretare in quanto testo audiovisivo, si conferma una risorsa da utilizzare. Fra gli usi più frequenti³³⁹, emerge, per esempio, quello di fornire repertori di espressioni da reimpiegare nelle conversazioni quotidiane.

Alessio, informatico libero professionista di 26 anni, non ha dubbi sul luogo in cui ha appreso una parola nuova del lessico medico³⁴⁰:

Ecco una cosa che ho imparato dalle serie TV: il suffisso –tomia di solito indica l'asportazione della parte del corpo in questione. Immagino quindi che [la tracheotomia] si tratti dell'asportazione della trachea. L'avrò sicuramente vista in qualche episodio, ma non saprei dire come si fa.

I medical dramas dimostrano di saper fornire immagini di realtà che confermano, integrano, correggono le mappe cognitive degli individui. Più di un telespettatore francese dichiara, ad esempio, di aver scoperto, attraverso la visione di *ER*, cose che non sapeva esistessero: «un cancro può causare la frattura di una gamba, non lo sapevo assolutamente»³⁴¹, afferma uno. «Non sapevo che fosse possibile effettuare un massaggio cardiaco interno»³⁴², nota un altro. Davin riporta l'osservazione di un'infermiera che racconta: «nella mia famiglia tutti lo guardano. Sono contenti di farsi un'idea di ciò che io faccio al lavoro»³⁴³. Fra i telespettatori italiani è Sofia, studentessa

³³⁸ Dall'intervista a M. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice nell'area di Roma e Latina, realizzata in data 03/09/2014 via Skype.

³³⁹ Per un elenco più completo degli usi che vengono riconosciuti ai testi mediali, si veda: F. Casetti, F. Di Chio, *Analisi della televisione: strumenti, metodi e pratiche di ricerca*, Bompiani, Milano, 1999, pp. 253-254.

³⁴⁰ Dal questionario, compilato in data 03/12/2013.

³⁴¹ «un cancer peut causer une jambe cassée, je ne savais pas cela du tout» (S. Davin, *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon*, L'Harmattan, Paris, 2007, p. 110, trad. it. mia).

³⁴² «Je ne savais pas qu'il était possible de faire un massage cardiaque» (*Ibid.*, p. 111).

³⁴³ «dans ma famille tout le monde le regarde. Ils sont ravis d'avoir une idée de ce que je fais au travail!» (*Ibid.*, p. 110).

ventiquattrenne e educatrice all'asilo nido, a sostenere che le serie tv le abbiano mostrato scorci sul lavoro dei professionisti della sanità altrimenti inimmaginabili³⁴⁴:

Tutto lo stress, i turni terribili che fanno... uno non se l'immagina neanche che un chirurgo possa stare tre giorni consecutivi a lavorare, eppure succede. E a meno che tu non abbia un parente chirurgo, tu lo apprendi attraverso questi telefilm. Io almeno, prima di vederli non me lo immaginavo neanche.

Suo malgrado anche Catia, giornalista di 49 anni, dopo aver visto un episodio di un medical drama che paventava scenari poco rosei per una malattia di cui è affetta, si ritrova a dubitare di essere stata messa a debita conoscenza sul decorso della malattia. Commenta così, in diretta, su facebook³⁴⁵:

Quando in una serie tv parlano della malattia che tu hai da anni, [...] nella serie che non è *House, M.D.* - che io già preferirei -, scappa fuori uno con la tua malattia e tutti, pure l'insergente dell'ospedale [...], si mettono a scuotere la testa con l'aria allegra della tragedia da coro greco e in più parte una musica triste in sottofondo. Ecco, dal profondo del mio cuore sale una domanda martellante: ma che cazzo sapete che m'avete tenuto nascosto?

Le fiction ospedaliere mettono inoltre a disposizione schemi di spiegazione degli eventi quotidiani, spesso a partire dal modo in cui trattano "casi esemplari".

Ilaria, studentessa in antropologia culturale di 25 anni, ricorda di aver capito quale soluzione stessero somministrando alla nonna, appena ricoverata in ospedale, perché aveva visto diverse volte la stessa procedura in *ER*³⁴⁶:

È stato, penso, all'ospedale che mio padre aveva detto «l'hanno reidratata» e io ho visto subito che aveva il canalino, insomma, il tubicino e ho pensato subito che fosse la soluzione salina perché mille volte avevo sentito... alla fine io ho guardato soprattutto *ER*, alle medie o al liceo lo seguivo tantissimo.

³⁴⁴ Dall'intervista realizzata in data 28/12/2010.

³⁴⁵ Dalla bacheca facebook di Catia, in data 05/04/2013.

³⁴⁶ Dall'intervista ad Ilaria, realizzata in data 13/12/2010 a Bologna.

Andrea, studente di psicologia ventiquattrenne, si ritrova invece coinvolto in prima persona in un'operazione chirurgica e dichiara di non essersi sentito del tutto spaesato nell'ambiente della sala operatoria, dopo averne viste rappresentate le dinamiche nelle serie tv³⁴⁷:

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.

Rispetto alla stessa situazione, seppure in linea ideale, altri spettatori non ritengono di poter essere tranquillizzati. È così che Giorgia, libera professionista di 30 anni, commenta: «per quanto riguarda gli ospedali italiani, forse l'unica cosa che spererei è che mentre i medici stanno operando non si perdano in chiacchiere o in litigi come viene mostrato nella serie»³⁴⁸. La questione è meno scontata di quanto si possa pensare e assume toni paradossali. Da una parte, la realtà dà prova di superare la fiction, come svela un aneddoto citato da Paolo Cornaglia Ferraris e raccontato da Bernie S. Siegel³⁴⁹, dall'altra la fiction dimostra di saper svolgere un pericoloso effetto naturalizzante. L'aneddoto in questione recita: «Ricordo di essermi trovato anni fa in una sala operatoria con un paziente cui era stata praticata l'anestesia spinale. Sentendo soltanto parlare di sport, chiese lamentosamente: "Non c'è nessuno che voglia dire qualcosa a proposito di me e della mia operazione?". Immaginate in che situazione si può trovare una persona affetta da una grave forma di cancro sentendo un chirurgo preoccuparsi per una partita di calcio o una dottoressa lamentarsi di non fare in tempo ad andare dal parrucchiere»³⁵⁰. Perché, allora, la fiction si dimostra "pericolosa" rispetto a queste

³⁴⁷ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

³⁴⁸ Dal questionario, compilato in data 04/12/2013.

³⁴⁹ L'aneddoto è contenuto nel libro: B. S. Siegel, *Amore, medicina e miracoli*, Mondadori, Milano, 1994.

³⁵⁰ Bernie S. Siegel cit. in: P. Cornaglia-Ferraris, *Pigiama e camici: cosa sta cambiando nella sanità italiana*, Laterza, Roma-Bari, 2000, p. 154.

situazioni? Perché, nel momento stesso in cui rende familiare un ambiente, ma soprattutto un modo di fare, un'immagine dell'interazione medico-paziente improntata alla riparazione dell'organo malato piuttosto che alla cura della persona, la fiction rischia di naturalizzare questa configurazione del rapporto curante-curato, e dunque di legittimarla anche agli occhi del paziente più reattivo. Come ricorda Giovanni Bechelloni, infatti, «la comunicazione di massa condivide con altri oggetti di ricerca, come la cultura, il fatto di essere strettamente intrecciata alla quotidianità con la conseguenza che si deve tener conto dell'“effetto di naturalizzazione” delle conoscenze che la riguardano»³⁵¹.

“Casi esemplari” sono anche le vicende di pazienti che permettono agli sceneggiatori della serie di affrontare questioni etico-sanitarie spinose o malattie di particolare attualità per la cronaca e sulle quali più di un interlocutore afferma di essersi soffermato a riflettere. Raffaella, 34 anni, consulente nel settore bancario, ammette³⁵²:

Personalmente mi colpiscono laddove si parla di donazione degli organi, ecco, forse quello, come anche le scelte di rianimazione o meno, pur condividendolo già in linea di principio, le serie tv mi fanno propendere ancora di più per quella scelta.

Manuela, studentessa di 24 anni, esamina diversi aspetti della questione³⁵³:

Ritengo che queste serie televisive possano servire ad accrescere la consapevolezza di quanto il sistema sanitario e le sue attività siano complesse, del fatto che ognuno deve attenersi a un insieme di norme scritte o non di comportamento e che ognuno svolge uno specifico ruolo che è fondamentale per il funzionamento dell'intero “circuitto”. Dato che vengono trattate spesso questioni delicate relative alla donazione di organi, al testamento, all'eutanasia, ritengo che trasmettere dei segnali di questo tipo ai telespettatori costituisca un ottimo modo di indurre una riflessione riguardo a queste tematiche per la via indiretta dell'intrattenimento e non attraverso i dibattiti televisivi o le discussioni che affrontano direttamente o specificatamente questi argomenti.

³⁵¹ G. Bechelloni, *Televisione come cultura: i media italiani tra identità e mercato*, Liguori, Napoli, 1995, p. 176.

³⁵² Dal questionario, compilato in data 12/12/2010.

³⁵³ Dal questionario, compilato in data 13/12/2010.

Sofia, educatrice nido, a proposito di un caso di endometriosi messo in scena in uno dei medical dramas da lei seguiti, commenta³⁵⁴:

Mi ha fatto anche piacere questa cosa. Perché l'endometriosi è una malattia che non viene riconosciuta, soprattutto in Italia. Si sta tanto male per l'endometriosi ma non viene riconosciuta dallo Stato, dalle istituzioni, soprattutto quando ti devi mettere in malattia o hai problemi nel lavoro, no? Non puoi chiedere per esempio il fuori-scuola, faccio un esempio dal mio lavoro, per l'endometriosi. Che è una cosa grave. E quindi mi ha fatto piacere che un telefilm, che comunque viene ascoltato da tante persone anche in Italia, parlasse di una malattia di cui soffrono tantissime donne, che crea tanti problemi e di cui nessuno parla mai. Questo mi ha fatto molto piacere.

Ilaria, studentessa di 25 anni, riferisce che ad esserle rimasto impresso, dopo tanti anni dal momento della fruizione della serie tv, è un aspetto relativo alla prevenzione, che veniva sottolineato in più episodi di *ER*³⁵⁵:

Mi ricordo che c'era qualche puntata in cui si parlava di prevenzione, sia di prevenzione che di contraccezione e in effetti lì io ero molto interessata. Ovviamente se avessero detto una castroneria assurda rispetto a quelle che erano già le mie informazioni, avrei detto «aspetta che provo ad informarmi meglio, magari prendo un terzo... chiedo a qualcun altro o mi informo in modo diverso». Però no, direi che l'ho presa per vera. E secondo me era dovuto anche a come mi hanno venduto l'informazione, a come me l'hanno impacchettata. Mi pare che fosse un personaggio che mi piaceva particolarmente che dava un consiglio ad una ragazzina riguardo a come proteggersi, forse l'infermiera... Carol! Che aveva aperto quella specie di ambulatorio... e lei lì aveva spesso ragazzine che chiedevano questo genere di consigli. Addirittura credo che facesse tipo focus group, degli incontri con le pazienti. Per cui mi ricordo spesso che in quella fase del telefilm si parlava di prevenzione, di sessualità e quella parte mi interessava particolarmente... comunque ero una ragazzina e quell'argomento per me era abbastanza interessante. [...] Però in effetti quel messaggio lì mi è particolarmente rimasto e qualche informazione proprio devo dire l'ho presa per vera. Non mi

³⁵⁴ Dall'intervista a Sofia, realizzata in data 28/12/2010 a Bologna.

³⁵⁵ Dall'intervista ad Ilaria, realizzata in data 13/12/2010 a Bologna.

ricordo adesso sinceramente [...] però ricordo vagamente la sensazione di dire proprio «ah ok, questa cosa me la devo ricordare».

La fruizione di medical dramas viene considerata efficace non solo per l'acquisizione di informazioni a livello linguistico, cognitivo e spaziale/ambientale, ma anche per l'interiorizzazione di comportamenti adeguati in situazioni di emergenza.

Ilaria, ventitreenne disoccupata, ammette³⁵⁶:

Sicuramente è un sapere molto vago, ma se penso a ciò che so di medicina, credo che l'80% derivi dalle serie che ho visto. Certe informazioni su come comportarsi in caso di emergenza (non tirare mai fuori il coltello dalla ferita, per esempio) derivano dalla visione delle serie.

Lo stesso esempio viene menzionato da Lorenza, giornalista di 37 anni, che sostiene con forza che i medical dramas «forniscono informazioni base che però non sono note a tutti, per esempio: non muovere le vittime degli incidenti alla schiena, non estrarre coltelli e altri oggetti inseriti in profondità nelle ferite»³⁵⁷. Anche i telespettatori inglesi dichiarano di avere appreso questo genere di informazioni: «potresti trovarti di fronte ad un collasso diabetico. L'unico motivo per cui lo riconosci, se non ne hai avuta esperienza, è quello che hai visto in tv e la tua risposta sarà collegata a quello che vedi»³⁵⁸, afferma un uomo di più di 55 anni dalla città di Slough. Lo stesso spettatore fornisce un altro esempio: «mettere un fazzoletto sopra alla bocca di qualcuno per fargli la respirazione bocca a bocca. Non lo sapevo. L'ho visto in *Casualty*»³⁵⁹. Sara, educatrice e psicologa trentaquattrenne, dice di aver trovato utili alcune informazioni «soprattutto rispetto a ciò che può causare una patologia e a ciò che la aggrava»³⁶⁰. Allo stesso modo Alessandro, un suo coetaneo educatore, sostiene di aver imparato «che l'uso di certe sostanze provoca danni o che uno stile di vita sbagliato può portare a certe patologie»³⁶¹. Così, Margherita, studentessa di 19 anni, ritiene che «per quanto riguarda le patologie più semplici e non urgenti [queste serie] forniscono informazioni che

³⁵⁶ Dal questionario, compilato in data 09/12/2010.

³⁵⁷ Dal questionario, compilato in data 30/11/2013.

³⁵⁸ L. Gatfield, A. Millwood Hargrave, *Dramatic License: fact or fiction?*, Broadcasting Standards Commission, London, 2003, p. 26, trad. it. mia.

³⁵⁹ *Ibid.*, p. 27.

³⁶⁰ Dal questionario, compilato in data 08/02/2011.

³⁶¹ Dal questionario, compilato in data 08/02/2011.

possono aiutare a comprendere il perché in precise condizioni ci vengano prescritte determinate medicine»³⁶². Anche Francesco, ingegnere di 37 anni, commenta³⁶³:

Per le questioni strettamente mediche alcune informazioni possono essere utili, ad esempio nelle sindromi da avvelenamento spesso sono indicati alcuni agenti patogeni magari legati ad una scarsa pulizia di casa, oppure il concetto che le diete monoalimento causano degli scompensi per la carenza di certe vitamine.

A questo proposito è necessario fare alcune precisazioni. Prima di tutto, che la conoscenza in fatto di informazione sanitaria non sempre ha un effetto diretto sul comportamento, che invece può essere modificato per motivazioni non legate alla salute. In secondo luogo, stando a ciò che emerge dai dati raccolti, le conoscenze apprese dai medical dramas vengono messe in secondo piano quando ci si trova in situazioni di emergenza o di fronte a malattie croniche o gravi, in cui il sapere dell'esperienza e l'affidamento quasi totale al medico professionista surclassano qualsiasi altra forma di concettualizzazione del malessere. È questo un dato confermato anche dall'ultimo rapporto Censis sulla salute.

Ciononostante, analizzando i discorsi degli intervistati, è possibile notare che emergono pallide tracce di un apprendimento sociale, di cui il prodotto audiovisivo risulta essere un catalizzatore. Alcuni spettatori addirittura tematizzano la cosa, e lo fanno su posizioni discordanti. Alessio, informatico libero professionista di 26 anni, riconosce: «È possibile che sappia riconoscere qualche parola in più, ma è altrettanto improbabile che mi servirà usare tali parole nella vita quotidiana»³⁶⁴. Allo stesso modo, uno spettatore intervistato da Davin afferma: «Ho ottenuto delle informazioni sulla sostituzione dell'anca, ma non ho veramente appreso molto»³⁶⁵. Elena, studentessa di scienze biologiche ventiseienne, non è dello stesso parere³⁶⁶:

Secondo me, una volta che impari una parola specifica per una determinata cosa, diventa difficile non usarla. [...] Cioè, come invece che chiamare lividi, chiamo ematomi o petecchie le varie cose. È un po' come quando leggi un libro e scopri la

³⁶² Dal questionario, compilato in data 01/12/2013.

³⁶³ Dal questionario, compilato in data 12/01/2011.

³⁶⁴ Dal questionario, compilato in data 03/12/2013.

³⁶⁵ «J'ai recueilli des informations sur le remplacement de la hanche mais je n'ai pas vraiment appris grand-chose» (S. Davin, *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon*, L'Harmattan, Paris, 2007, p. 116, trad. mia).

³⁶⁶ Dall'intervista ad Elena, realizzata in data 20/01/2011 a Bologna.

parola nuova che ti piace e dopo la metti in tutte le frasi, cerchi di girare la frase in modo da utilizzarla. Come un po' un vestito nuovo alla fine. Perché è bello, impari una cosa in più e la usi.

Come lei, anche più di una telespettatrice francese afferma di essere affascinata dai termini medici: «ho un'insaziabile curiosità. Non smetto mai di fare qualunque genere di domanda ai miei amici che studiano medicina»³⁶⁷.

A parole, e limitatamente ai resoconti raccolti, i telespettatori si dimostrano perfettamente coscienti della distanza fra gli ospedali rappresentati e quelli vissuti. Essi ritengono di non esserne tratti in inganno e di sapere che «certe cose nella realtà italiana non sono possibili»: «Credo che la differenza più eclatante sia l'accessibilità alle risorse» afferma Chiara, 25 anni, studentessa «nei telefilm spesso appare normale avere in tempi brevi e senza problemi burocratici o di spesa consulenze specialistiche o indagini diagnostiche o possibilità terapeutiche che in realtà non sono così facilmente accessibili»³⁶⁸. Alessio, libero professionista di 26 anni, osserva: «È assurdo credere che tutti gli infermieri e i medici siano davvero così ambiziosi, appassionati e pieni di energie come sembra in tv. I veri esseri umani si stancano, si spazientiscono e spesso non vanno al di là del minimo sindacale (a volte nemmeno quello) quando devono curare gratuitamente uno sconosciuto»³⁶⁹.

A elencare una lunga serie di discrepanze fra fiction e realtà è Marco, bibliotecario di 30 anni, che osserva³⁷⁰:

La principale differenza che noto è la differenza nel numero di personale: c'è sempre abbondanza di personale, mentre nella realtà la mia esperienza è di una cronica e significativa carenza di personale [...]; rispetto a *ER* c'è meno frenesia. In queste serie non ci sono suore e preti che vengono a chiedere se va tutto bene, nella realtà sì. Non conosco gli ospedali americani, ma da un punto di vista architettonico le strutture che mi è capitato di frequentare sono piuttosto simili, a volte anche messe meglio di quelle rappresentate dalle serie.

³⁶⁷ «fascinée par les termes médicaux»: «j'ai une curiosité incroyable. Je n'arrête pas de poser toutes sortes de questions à mes amis étudiants en médecine» (*Ibidem*, p. 115).

³⁶⁸ Dal questionario, compilato in data 13/12/2010.

³⁶⁹ Dal questionario, compilato in data 01/12/2013.

³⁷⁰ Dal questionario, compilato in data 05/12/2013.

Anche la rappresentazione degli specializzandi risulta, per qualcuno, troppo eroica: «primari giovanissimi, laureandi che non hanno bisogno di consultare nemmeno dei libri ma che sanno già tutto, negli ospedali non manca mai nulla, tutti hanno il posto letto assicurato»³⁷¹, evidenzia Sofia. Eppure, qualcuno crede che possa accadere, come racconta C. L., specializzanda in pediatria³⁷²:

Si sa cos'è un medico specializzando a volte dalle serie televisive [...] mi è capitato, una volta, che io mi lamentavo del fatto che siamo molto poco autonomi, che dal punto di vista legale non possiamo lavorare in autonomia, che mi dicessero: «ah ma allora non siete come gli specializzandi di *Grey's Anatomy* che operano da soli?». Ecco, questo mi è capitato.

C'è, ovviamente, anche chi, fra gli spettatori sostiene di non aver imparato molto, di guardare queste serie per divertirsi o per rilassarsi, perché gli interessano di più le storie d'amore fra i medici che non l'aspetto diagnostico. Tutti però sostengono di essersi informati, a partire da alcune suggestioni della fiction, almeno una volta nel corso delle puntate, riguardo ad alcune malattie, su internet o su un'enciclopedia. È questo un esempio di apprendimento indiretto. Lo confermano anche i telespettatori francesi: «mi fa venire voglia di saperne di più. Mi piacerebbe che un medico commentasse e spiegasse le parole e i gesti»³⁷³, riporta una fra le tante testimonianze di questo genere. I dati sembrano smentire alcune delle ipotesi che Joseph Turow, fra i primi, fece a proposito dell'impatto dei medical dramas sui telespettatori³⁷⁴. Prima fra tutte, l'ipotesi che queste rappresentazioni rendano più difficile e confusa per gli spettatori la comprensione del dibattito sulla sanità reale. Come si è visto, fra le testimonianze raccolte, è più forte la spinta ad informarsi meglio che non a ritenere che le cose funzionino così come sono mostrate sullo schermo. Giorgia, trent'anni, libera professionista, ricorda: «ho cercato qualche termine su Wikipedia mentre guardavo la puntata»³⁷⁵. Anche Catia, giornalista di 49 anni, afferma: «mi è capitato molto spesso di documentarmi a posteriori»³⁷⁶. Così Stefano, studente di 25 anni³⁷⁷:

³⁷¹ Dal questionario a Sofia, studentessa di 21 anni, compilato in data 09/12/2010.

³⁷² Dall'intervista a Camilla, 28 anni, realizzata in data 21/03/2014.

³⁷³ «cela me donne envie d'en savoir plus. J'amerais qu'un médecin commente et explique les gestes et le mots» (S. Davin, cit., p. 115, trad. it. mia).

³⁷⁴ J. Turow, *Television Entertainment and the US Health-Care Debate*, «The Lancet», 347, May 4, 1996, pp. 1240-43.

³⁷⁵ Dal questionario, compilato in data 04/12/2013.

³⁷⁶ Dal questionario, compilato in data 10/02/2014.

Io penso che questi telefilm [...] possono offrire la possibilità di informarsi su varie tematiche, di approfondire alcune curiosità; hanno un potenziale educativo solo se non sono prese così come escono dalla TV, sono educative se vanno a stimolare la curiosità del telespettatore.

In secondo luogo, è smentita l'ipotesi che gli spettatori, non conoscendo molto del backstage politico e della struttura di un sistema sanitario, possano attribuire ai medici più responsabilità e potere politico riguardo a decisioni che in realtà vengono prese da altre figure. Anche questa, limitatamente agli intervistati – che, per quanto riguarda lo studio italiano, possiedono una scolarizzazione medio-alta -, è un'ipotesi che vacilla. I telespettatori si rendono conto di ciò e anzi si può dire che alcune volte siano venuti a conoscenza della complessità della struttura organizzativa e gerarchica di un ospedale proprio a partire dalle serie tv. Elisa, ventiduenne disoccupata, osserva³⁷⁸:

I ruoli del personale e il funzionamento dei reparti, che penso siano uguali ai nostri ospedali, sono caratteristiche che non vengono trascurate in questi telefilm. È sempre presente la figura del direttore dell'ospedale e dei capi reparto, che chiariscono bene le loro funzioni e anche lo svolgimento di pratiche burocratiche di cui non ero a conoscenza.

Con questi esempi non intendo sostenere che gli spettatori e le spettatrici da me intervistati sappiano discernere in maniera chiara le informazioni sanitarie che ricevono o conoscano e comprendano il dibattito politico in atto sulla sanità italiana. Queste considerazioni esulano dalla mia ricerca. Tuttavia, ritengo di poter affermare, sulla base dei dati che ho raccolto, che se una confusione si crea, non è dovuta ai medical dramas, quanto al fatto che questi fanno parte di una più ampia e variegata offerta mediale di programmi a tema medico, che spesso propongono messaggi fra loro contraddittori.

Sono invece del tutto dimostrabili alcune delle osservazioni fatte da Sabine Chalvon-Demersay e sostenute da Solange Davin, motivo che indurrà a trarre determinate conclusioni in un'ottica comparativa. Secondo l'analisi di Sabine Chalvon-Demersay - che si focalizza esclusivamente su *ER* - la serie, attraverso i meccanismi di realismo, identificazione e idealizzazione, nonché attraverso l'unità di luogo, riuscirebbe ad

³⁷⁷ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

³⁷⁸ Dal questionario, compilato in data 03/12/2013.

invertire le percezioni spontanee dei telespettatori fino a rendere familiare il mondo ospedaliero, seminando un'impressione di sicurezza; mentre quello della vita ordinaria sarebbe percepito come pericoloso e ostile. È precisamente questa "impressione di sicurezza" che emerge negli stessi termini, in contesto italiano, dall'intervista di Viviana, cameriera ventisettenne³⁷⁹:

Chiaramente il sapere veicolato non è professionale né particolare, ma è come se desse un senso di sicurezza d'area, non saprei come definirla, per cui l'illusione di sapere paradossalmente spingerebbe le persone ad avvicinarsi di più, creando una sorta di leggerissima e frammentaria competenza.

Un telespettatore francese si spinge ancora oltre, intravedendo un potenziale empowerment nella presa di confidenza con l'ambiente ospedaliero³⁸⁰:

Se stiamo vivendo qualcosa di simile, il nostro comportamento può esserne influenzato. Per esempio, non sarete così forzatamente sottomessi all'autorità del medico. Direte «ne so qualcosa» e sarete più sicuri di voi stessi.

Allo stesso modo, secondo la sociologa francese, l'ermetismo utilizzato nella sceneggiatura non allontanerebbe gli spettatori ma contribuirebbe al processo di familiarizzazione con l'universo medico descritto dalla serie. E ciò avverrebbe proprio perché la rappresentazione degli aspetti più tecnici (vocabolario, gesti, manovre di cura, trattamenti, diagnosi) corrisponde alla volontà di non mettere la serie al livello del pubblico, ma di mettere piuttosto il pubblico al livello della serie. La ripetizione, tipica del prodotto seriale, indubabilmente favorisce questo processo di "appaesamento" con un nuovo linguaggio, fino ad una relativa familiarità, almeno percepita o supposta. Lo evidenzia bene Martina, studentessa di 27 anni, quando dice: «è un sapere che tu puoi accumulare nel corso del tempo, perché magari il termine ti risuona o perché magari capita l'episodio in cui un pochino ti viene spiegato»³⁸¹. A questo proposito, Elisa, ventiduenne disoccupata, afferma³⁸²:

³⁷⁹ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

³⁸⁰ «Si nous vivons quelque chose de similaire, cela peut conditionner notre comportement. Par exemple vous ne serez pas forcément aussi soumise à l'autorité du médecin. Vous allez dire 'je suis là' et être plus sûre de vous» (S. Davin, cit., p. 111, trad. it. mia).

³⁸¹ Dall'intervista a Martina, realizzata in data 02/12/2013.

³⁸² Dal questionario, compilato in data 03/12/13.

Probabilmente non capirei tutto, ma sicuramente riuscirei a decifrare il linguaggio medico-specialistico molto meglio di quanto non facessi prima di incominciare a guardare questi telefilm. [...] Indubbiamente ho imparato molte cose dalle serie in tv, ma soprattutto riguardo a malattie rare e situazioni mediche estreme. Parlando della medicina di base, ho appreso quasi tutto dall'esperienza personale o da internet.

Molto simili fra loro sono, a questo riguardo, le testimonianze di un'insegnante francese³⁸³ e delle intervistate italiane precedentemente citate:

Ho l'impressione che si inizi a capirci qualcosa, mentre il mondo della medicina è veramente molto ermetico e le poche volte che sono stata all'ospedale, non ci capivo niente e, invece, ho iniziato a capire. [...] Ho l'impressione di comprendere molto meglio : lo si clampa, gli si mette dell'O2 negativo.

La familiarizzazione di un universo straniero è il principale effetto sortito dai medical dramas. Come testimoniano gli intervistati, ciò permette da una parte di dissipare alcune paure legate alla scarsa conoscenza dell'universo ospedaliero e allo stupore di ritrovarsi là e dall'altra di attenuare il timore legato alla difficoltà di capire. L'esclusività del sapere medico viene così relativizzato per lasciare spazio ad un'appropriazione di quello stesso sapere da parte dei telespettatori/pazienti.

5.6 Selezione strategica delle narrazioni

Il "racconto" dell'esperienza del malessere non si radica unicamente nel vissuto individuale della malattia. Esso si configura come un resoconto storico-culturale di una serie di emozioni, credenze, scelte operative che, a posteriori o durante il malessere, vengono elaborate dal soggetto, sofferente o guarito, per rappresentare l'evento della malattia e la sua incidenza nella propria vicenda

³⁸³ «J'ai l'impression que justement on commence à comprendre quelque chose alors que le monde de la médecine est très très hermétique et que les rares fois où je suis allée à l'hosto, j'y pigeais rien net là, j'ai commencé à comprendre. [...] J'ai l'impression que je comprends beaucoup mieux: on le clampe, on met de l'O2 négatif» (*Ibid.*, p. 249).

biografica. Pertanto la narrazione mette in gioco non solo la dimensione individuale del malessere ma, contestualmente, è connessa alla produzione di significati culturali, alle relazioni sociali, alla profondità storica e ai rapporti economico-politici.

Giovanni Pizza³⁸⁴

Fra i diversi soggetti sociali coinvolti nel discorso esplicativo (la ricerca della cause), interpretativo (la comprensione dei significati) e narrativo (la formulazione espressiva di un racconto) generato dall'irruzione del malessere, si crea uno spazio di negoziazione che coinvolge tutti i soggetti agenti nel campo biomedico (medici, infermieri, pazienti, familiari, etc.) all'interno di una dialettica egemonica, per cui essi devono orientare la propria capacità di agire in un campo regolato da rapporti di forza. All'interno di questo spazio di negoziazione, i soggetti concettualizzano, rappresentano, nominano il malessere attingendo ad una "cassetta degli attrezzi" che deriva dal loro repertorio culturale. Le interviste raccolte mostrano che la maggior parte degli intervistati, per descrivere il proprio malessere, si sforza di utilizzare, nel dialogo con il medico, una terminologia "tecnica", cioè un linguaggio vicino alle categorie biomediche di definizione della malattia. Ciò viene giustificato come un modo per tentare di velocizzare il processo diagnostico, per aiutare la comprensione allo specialista, ma soprattutto per guadagnare autorevolezza di fronte allo stesso. Enrico, 24 anni, studente di ingegneria biomedica, rivela³⁸⁵:

Cerco di utilizzare una terminologia medica in caso di bisogno, poiché ritengo che possa portare la persona che ho di fronte ad avere un "comportamento" più adeguato nei miei confronti: avere di fronte una persona che "ne capisce qualcosa" penso possa aiutare a non farmi liquidare con qualche frase banale o di circostanza. Un minimo di conoscenza, come in qualsiasi ambito, allontana dall'ignoranza e spesso si evitano rogne o situazioni spiacevoli.

Andrea, studente e coetaneo di Enrico, è dello stesso parere³⁸⁶:

³⁸⁴ G. Pizza, *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2008, p. 87.

³⁸⁵ Dal questionario, compilato in data 09/12/2010.

³⁸⁶ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

Utilizzare il mio linguaggio – non ospedaliero – mi sono reso conto che porta a far capire al medico la situazione, ma ad essere comunque meno credibile e meno degno di avere una spiegazione concreta di quello che avverrà sul mio corpo o come agirà la terapia prescritta. Ritengo che dimostrare al medico di capire ciò che sta dicendo sia alla base di un rapporto medico-paziente meglio seguito, a tutto vantaggio della soddisfazione di entrambi rispetto all'altro.

Sofia, 24 anni, supplente educatrice nido, spiega perché, secondo lei, utilizzare termini tecnici aiuta ad essere più rispettati³⁸⁷:

In parte li utilizzo per farmi capire meglio, per essere più veloce, perché spesso i termini tecnici medici spiegano in maniera più sintetica un problema che a parole diventerebbe molto più lungo, e poi insomma non per mettermi al loro livello, però insomma avvicinarmi. Perché spesso i medici, c'è da dire, è un problema, che tendono a farti sentire molto più piccolo di loro. Nel senso che utilizzando molti termini tecnici – e io fortunatamente ne ho due molto bravi che non sono così, però ne ho conosciuti altri che insomma utilizzano i termini tecnici – e il loro sapere per farti sentire... insomma, per sminuirti, ecco. Allora magari può essere anche un meccanismo di difesa che utilizzo per far capire che non sono una sprovveduta, che con me devono anche avere un certo tipo di... rispetto, ecco.

Serena, 25 anni, studentessa, per paura di non essere capita, addirittura si prepara prima di incontrare il medico³⁸⁸:

Cerco di esprimermi in termini medici consultando fonti di informazioni su internet prima di recarmi all'appuntamento dal medico; ho infatti sempre paura che il medico non capisca abbastanza bene il mio malessere e quindi non sappia aiutarmi o peggio ancora mi dia una terapia non efficace.

Anche Francesca, 26 anni, in cerca di prima occupazione, ritiene che esprimersi con un linguaggio più tecnico possa essere d'aiuto alla formulazione di una diagnosi³⁸⁹:

³⁸⁷ Dall'intervista a Sofia, realizzata in data 28/12/2010 a Bologna.

³⁸⁸ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

³⁸⁹ Dal questionario, compilato in data 08/12/2010.

Cerco di utilizzare una terminologia il più precisa possibile. Credo di averla appresa sia dalla tv, che dalle letture di approfondimento che dall'istruzione superiore. [...] Se uno sa descrivere in maniera chiara ed efficace quello che sente, può risultare un aiuto per la diagnosi medica.

È dello stesso parere Rossella, 34 anni, ufficio stampa, quando afferma³⁹⁰:

Magari mi faccio intendere lo stesso, ma se conosco un termine medico che aiuta a definire meglio il sintomo lo uso, perché penso che il dottore riesca ad arrivare più velocemente alla diagnosi.

Di parere opposto sono altri intervistati, come Marco, studente lavoratore di 27 anni, che riferisce³⁹¹:

Credo che tutti dovrebbero essere più pazienti e meno dottori. C'è chi studia per capire i nostri sintomi, e trarre soluzioni da un telefilm non sempre può essere utile, anche perché si possono creare casistiche di panico per delle sciocchezze.

Chiara, studentessa in medicina di 25 anni, è d'accordo con Marco ma per altri motivi³⁹²:

Penso che essere precisi nel descrivere i propri sintomi, senza trascurare nemmeno quelli che non riteniamo importanti, o dei quali ci vergogniamo, possa aiutare in modo decisivo il medico nel comprendere la patologia. Penso che non sia compito del paziente esprimersi con un linguaggio medico e specialistico, ma sia il medico a dover adattare il proprio linguaggio, il lessico e il modo di esprimere i concetti al paziente che si ha di fronte.

Lucia, studentessa ventiquattrenne, ritiene che utilizzare un termine tecnico per spiegare la propria situazione possa far ottenere più "attenzioni" da parte del medico. Al contempo, però, osserva³⁹³:

³⁹⁰ Dal questionario, compilato in data 23/12/2010.

³⁹¹ Dal questionario, compilato in data 30/12/2010.

³⁹² Dal questionario, compilato in data 13/12/2010.

³⁹³ Dall'intervista a Lucia, realizzata in data 10/01/2011 a Bologna.

Non è che sono io che devo cercare le parole giuste: allora faccio il medico di me stessa e allora ce la faccio.

Anche Fabrizio, 31 anni, imprenditore, mette in guardia³⁹⁴:

Penso che l'uso di un linguaggio medico da parte di un non medico non aiuti particolarmente a farsi intendere, e anzi, possa addirittura fuorviare il medico.

Martina, studentessa di 27 anni, ritiene invece che il linguaggio appreso dalle serie tv possa essere «una specie di scoglio, di piccola àncora, che io posso utilizzare per far sì che il mio medico mi aggiunga altre informazioni», perché «la serie televisiva mi mostra il linguaggio e ciò che c'è attaccato, per cui quando magari il mio medico utilizza qualche tecnicismo che io là per là non capisco, gli posso fare qualche domanda»³⁹⁵. Se l'uso di un gergo specialistico da parte del medico è in molti casi lamentato come una forma di esclusione dal rapporto medico-paziente, lo stesso gergo viene appropriato dal paziente e riutilizzato in direzione opposta, cioè per tentare di scavare un via d'accesso a quel rapporto, mostrandosi agli occhi dello specialista meno sprovveduto e dunque “più degno di ascolto”. Era lecito pensare, all'inizio di questa ricerca, che un tale uso del sapere appreso potesse essere applicato in senso tattico, potesse insomma divenire l'arte del più debole. Scriveva Michel De Certeau: «sia pure all'interno della colonizzazione che li “assimilava” esteriormente, il loro uso dell'ordine dominante riusciva a farsi gioco del suo potere, in mancanza di mezzi per respingerlo, gli sfuggivano senza sottrarvisi. La forza della loro differenza derivava dai modi di consumo»³⁹⁶.

Al pari della costruzione di frasi proprie con un vocabolario e una sintassi ricevuti, «gli utenti giocano con l'economia culturale dominante operando, al suo interno, innumerevoli e infinitesimali trasformazioni della sua legge in funzione dei loro interessi e di regole loro proprie»³⁹⁷. Sotto questo profilo, torna alla mente anche la dinamica di consumo della cultura di massa evidenziata da John Fiske: la gente può prendere elementi di cultura di massa dal supermarket culturale, ma quando cucina

³⁹⁴ Dal questionario, compilato in data 20/01/2011.

³⁹⁵ Dall'intervista a Martina, realizzata in data 02/12/2013 a Bologna.

³⁹⁶ M. De Certeau, *L'invenzione del quotidiano*, Lavoro, Roma, 2001, p. 7.

³⁹⁷ *Ibid.*, p. 8.

(produce significati) essa mischia questi beni acquistati al supermarket con qualunque cosa abbia in dispensa a casa, individualizzando e trasformando il prodotto finale.

De Certeau dice di più, suggerendo che l'astuzia di una riappropriazione nel testo dell'altro «rende il testo abitabile come un appartamento in affitto: trasforma la proprietà dell'altro in luogo occupato, per un momento, da un passante»³⁹⁸.

Le conoscenze e le categorie imposte possono dunque essere oggetto di manipolazioni da parte di chi le usa senza averle create. È questo, che, secondo De Certeau, definisce la tattica come azione calcolata che determina l'assenza di un luogo proprio: «nessuna delimitazione di esteriorità le conferisce un'autonomia. La tattica ha come luogo solo quello dell'altro. Deve pertanto giocare sul terreno che le è imposto così come lo organizza la legge di una forza estranea. [...] è movimento all'interno del campo visivo del nemico»³⁹⁹.

Non è mia intenzione suggerire che medico e paziente siano nemici, tutt'altro. È però vero che, solitamente, il paziente, a causa dell'asimmetria informativa, della condizione di necessità in cui versa, e per il fatto che spesso e volentieri si trova a dover richiedere cure in un luogo che non gli è proprio (lo studio del medico o l'ospedale) è, all'interno del rapporto medico-paziente, in una posizione subordinata rispetto a quella del professionista che invece, fino a prova contraria, ricopre una posizione di “dominanza”. In questo senso si sostiene che il paziente deve giocare, con le arti del più debole, in un terreno che gli è imposto.

5.7 Circolarità dei modi di dire la malattia

La televisione installa a domicilio un
enciclopedismo magico.

Michel de Certeau⁴⁰⁰

Nella “tradizione” dell'antropologia medica centrata sul significato, nei lavori di Byron J. Good e Arthur Kleinman soprattutto, la malattia non è considerata semplicemente come un'entità, uno stato fisiologico. La malattia è anche un modello esplicativo e, in quanto tale, le rappresentazioni sono parte della sua stessa essenza. Questo non

³⁹⁸ *Ibid.*, p. 19.

³⁹⁹ *Ibid.*, p. 73.

⁴⁰⁰ M. De Certeau, *La presa della parola e altri scritti politici*, Meltemi, Roma, 2007, p. 173.

significa, spiega Byron J. Good, negare la significanza della biologia, ma assumere che «la biologia, le pratiche sociali e il significato interagiscono nell'organizzazione della malattia quale oggetto sociale ed esperienza vissuta»⁴⁰¹.

Nella convinzione che attribuire un nome all'origine del dolore significhi afferrare il potere di alleviarlo («riuscire a dare i nomi alle cose mi ha aiutata ad elaborare», afferma Lucia, studentessa ventiquattrenne⁴⁰²), Byron J. Good affida alle narrazioni della malattia «non solo lo scopo di descrivere le origini della sofferenza, ma di raffigurarne la sede e l'origine e quindi di essere una soluzione alla situazione»⁴⁰³. Ogni narrazione del malessere, ovvero ogni modalità di espressione della sofferenza personale, prende forma attraverso modalità di comunicazione dei sintomi che tradiscono la cultura medica dei pazienti e delle loro famiglie. I resoconti degli intervistati, limitatamente a determinate situazioni, dimostrano l'inadeguatezza della rigidità del modello secondo cui il medico parla della malattia «in un linguaggio settoriale fatto di comportamenti e funzioni biologiche» mentre i pazienti e le famiglie, anche quando fanno propri determinati termini specialistici, «parlano della malattia nel linguaggio culturalmente ampio dell'esperienza»⁴⁰⁴. Lo stesso Arthur Kleinman ipotizzava, nei primi anni Ottanta, che il diffondersi del modello biomedico della patologia nella cultura popolare potesse trasformare le credenze e le aspettative relative alla sanità di quel settore, «in modo tale che la gente comune, in particolare di classe media colta, si trovi a gestire un modello più meccanicistico e meno psicosociale della realtà clinica, e sia pertanto più interessata a informazioni e interventi tecnici, e meno a spiegazioni socialmente significative e a interventi psicosociali»⁴⁰⁵.

Vi sono letture differenti della mediazione prodotta da un sapere scientifico e tecnico che entra nella cultura popolare (a mio avviso, anche attraverso i medical dramas) “contaminando” la lingua comune delle parole e delle pratiche. Il sociologo britannico Mike Bury, per esempio, sostiene che uno dei quattro fattori-chiave che avrebbero condotto il paziente a riacquisire il diritto d'espressione della propria esperienza di sofferenza attraverso la narrazione sia proprio l'enorme espansione, avvenuta negli ultimi decenni nelle società tardoindustriali, dell'informazione sulla malattia e sulla medicina, via mass-media, stampa medica divulgativa, internet e le stesse medicine non

⁴⁰¹ B. J. Good, *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, p. 84.

⁴⁰² Dall'intervista a Lucia, realizzata in data 10/01/2011 a Bologna.

⁴⁰³ B. J. Good, cit., p. 185.

⁴⁰⁴ A. Kleinman, cit., p. 16.

⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 17.

convenzionali e i gruppi di self-help. Ciò avrebbe prodotto, nelle parole di Bury, «un accesso crescente (anche se non sempre corretto) da parte dei profani all'informazione un tempo gelosamente custodita dai professionisti nel tempio della biomedicina. Riducendo inevitabilmente l'autorità medica come fonte di conoscenza, questo processo ha enormemente ampliato lo spettro di possibili narrazioni mediche (anche alternative) oggi disponibili al paziente. E, come sempre, il confronto ha fatto in buona parte venir meno quella fiducia ingenua nell'autorità professionale che aveva caratterizzato il modello paternalistico di relazione medico-paziente»⁴⁰⁶.

Mi trovo, limitatamente ai casi presi in esame nel corso della mia ricerca, a dover in parte confutare la tesi di Bury. È vero che i media di massa hanno allargato l'accesso ad un'informazione prima detenuta da soli specialisti, ma questo capitale mediatico accumulato non ha aperto la strada al moltiplicarsi delle narrazioni della malattia. Esso pare aver fornito al telespettatore/paziente un vademecum nozionistico ed enciclopedico del sapere medico che ha anzi sortito l'effetto di ridurre alle categorie biomediche i codici culturali utilizzati per rappresentare determinati sintomi. Le narrazioni elaborate dai miei interlocutori, stando a quanto essi affermano, appaiono molto meno personali ed idiosincratiche di quelle che si è soliti attribuire a chi non parla il linguaggio della biomedicina. Viene addirittura da pensare che lo spazio della narrazione, come pratica culturale di produzione di senso, venga progressivamente sottratto al territorio della malattia. E paradossalmente ciò sembra avvenire per mano di chi, invece, dovrebbe trarre giovamento da un'introduzione del linguaggio dell'esperienza nella comprensione della malattia. Questo certamente accade anche a causa di una consuetudine creatasi nel tempo, che ha portato ad una "selezione culturale" delle narrazioni che sono socialmente legittimate ad articolare il senso della sofferenza.

In questo processo, la cultura registrata dai mass-media non solo oggettiva espressioni e significati che nascono dall'esperienza vissuta, ma pare costruire un universo simbolico che si sovrappone a tale esperienza, rischiando di soffocarla. È certamente solo in minima parte opera dei medical dramas se possiamo rintracciare una sorta di riduzionismo biomedico che viene riproducendosi e legittimandosi non solo da e nell'arena professionale della medicina, ma anche in quella familiare e popolare. Resta vero, però, che l'utilizzo del sapere medico-popolare appreso da questi prodotti di

⁴⁰⁶ M. Bury, cit. in G. Giarelli, *La svolta narrativa: l'incontro clinico come negoziazione di significati*, in G. Giarelli, B. J. Good, M. J. Del Vecchio Good, M. Martini, C. Ruozi (a cura di), *Storie di cura: medicina narrativa e medicina delle esperienze*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 41.

fiction e filtrato dalla televisione, pare autorizzare⁴⁰⁷ ancora di più lo schema teoretico dominante d'interpretazione dei sintomi della malattia. Byron J. Good definisce "modello empirista di ragionamento clinico" il modello di ragionamento in cui i sintomi di una malattia acquisiscono il loro significato in relazione a condizioni fisiologiche. Questo modello troverebbe le sue radici epistemologiche nella teoria empirista del linguaggio, che sostiene che in un linguaggio il significato viene associato ai termini base attraverso un'associazione convenzionale tra elementi del linguaggio e un dato elemento del mondo. La sequenziale ricerca di entità che sono "cause dirette" della malattia è proprio ciò che distingue la razionalità diagnostica (potentemente rappresentata in *House M.D.*), ovvero il processo di conversione di evidenze osservate in nomi/classificazioni di malattie⁴⁰⁸. La clinica, scrive Foucault, «senza posa invocata per il suo empirismo, la modestia della sua attenzione e la cura con cui lascia giungere silenziosamente le cose sotto lo sguardo, senza impacciarle con alcun discorso, deve la sua reale importanza al fatto di essere una riorganizzazione in profondità non solo del discorso medico, ma della possibilità stessa di un discorso sulla malattia»⁴⁰⁹.

Da ciò si possono trarre alcune conclusioni: la prima è che la conflittualità fra modelli biomedici e modelli profani (popolari) è meno radicale di quanto non appaia e, più che un'opposizione, è una dialettica di circolarità. La seconda, come dimostra questo studio se messo a confronto con quelli di Solange Davin e Sabine Chalvon-Demersay, è che i pubblici interpellati sull'argomento, siano essi francesi, italiani o britannici, hanno fornito interpretazioni molto simili e dichiarato di aver acquisito simili competenze. La stessa Davin aveva iniziato la sua ricerca dalla supposizione che telespettatori britannici e francesi avrebbero dato interpretazioni differenti dei medical dramas. L'ipotesi, spiega Davin, traeva la sua origine dal fatto che in Francia esistono relativamente pochi medical dramas e quelli che sono stati trasmessi hanno suscitato un interesse assai modesto, mentre in Gran Bretagna i medical dramas sono tanto numerosi quanto

⁴⁰⁷ Scriveva Pierre Bourdieu: «Poiché ogni linguaggio che gode dell'ascolto di tutto un gruppo è un linguaggio autorizzato, investito dell'autorità di un gruppo, esso autorizza ciò che designa nel momento stesso che lo esprime, attingendo la sua legittimità dal gruppo sul quale esercita la sua autorità e che contribuisce a produrre come tale, offrendo un'espressione unitaria alle sue esperienze». (P. Bourdieu, *La parola e il potere*, Guida, Napoli, 1988, p. 123).

⁴⁰⁸ Questo "riduzionismo" risponde ad un'esigenza di "sintesi" di cui alcuni medici riconoscono i limiti. E. R., oncologo, 57 anni, intervistato in data 19/02/2014 afferma: «Chiaramente noi ci organizziamo, perché la medicina fa questo, per classificarle, per curarle al meglio perché è impossibile curare in modo diverso ognuna di queste persone, però alla fine, nella loro storia, vediamo che, se guardiamo le cartelle di questi pazienti, è una storia diversa. Non c'è mai la stessa cosa, non succede mai la stessa cosa: è simile ma non identica».

⁴⁰⁹ M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969, p. 14.

popolari⁴¹⁰. Eppure l'antropologa francese si trova a dover ammettere che «malgrado questa discrepanza, la ricerca di variazioni interculturali si è rivelata vana: gli informatori affrontano le stesse tematiche e i loro commenti si fanno eco dalle due sponde della Manica»⁴¹¹. È questo un elemento che anche Sabine Chalvon-Demersay prende con forza in considerazione, quando scrive che «stabilire un nesso logico e univoco tra un tipo di analisi e un'appartenenza culturale è un'attitudine che schiaccia tutti gli altri possibili fattori d'interpretazione»⁴¹². Come i telespettatori francesi e inglesi, così anche i partecipanti italiani allo studio appena presentato provenivano da differenti contesti geografici e famigliari, possedevano diversi gradi di scolarizzazione e diversa consuetudine con l'ambiente ospedaliero e con la visione dei medical dramas. Le realtà cliniche, costruite culturalmente all'interno delle arene sociali, differiscono, secondo Kleinman, non solo nelle diverse società, ma anche nei diversi settori o arene dello stesso sistema medico, e spesso nei diversi agenti di cura all'interno dello stesso settore. Questo è vero, così come è vero che esistono tante modalità di rappresentare la malattia quanti sono gli individui e ancora di più quanti sono gli individui in diversi momenti della vita o in circostanze contingenti. Ma è anche vero che la televisione, attraverso i medical dramas, sta contribuendo a diffondere dei percorsi elettivi di descrizione della malattia e di costruzione di un sapere su di essa, che travalicano le frontiere e gli immaginari nazionali. A ben vedere, tutto ciò è una conferma che le audience “diffuse” sono sia locali che globali⁴¹³: locali nella pratica concreta, globali in quell'immaginazione – non circoscritta nello spazio e nel tempo – che è una risorsa cruciale per chi si pone davanti e oltre lo schermo.

⁴¹⁰ S. Davin, *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon*, L'Harmattan, Paris, 2007, p. 7.

⁴¹¹ *Ibid.* (trad. it. mia).

⁴¹² S. Chalvon-Demersay, cit., p. 240.

⁴¹³ N. Abercrombie, B. Longhurst, cit., p. 76.

Capitolo 6

Apprendisti dottori: gli studenti di Medicina a scuola di fiction

6.1 A lezione di medicina

Al momento vanno in onda così tanti serial e serie mediche che, se ne guardi una selezione sapientemente curata, sarai presto in grado di svolgere da solo i tuoi stessi interventi.

J. Moir⁴¹⁴

Gli spettatori e le spettatrici, come si è visto nel capitolo precedente, ritengono di aver appreso dai medical dramas nozioni, conoscenze generiche in fatto di medicina e alcuni termini del lessico medico specialistico. In generale, essi ritengono di sapersi ora collocare in un'interazione comunicativa a sfondo medico meglio di quanto non riuscissero a fare prima di iniziare a vedere le serie tv di ambientazione ospedaliera. Questo risultato è anche – ma non solo – un prodotto dell'architettura narrativa di medical dramas come *House M.D.* Francesca Bottega, nella sua tesi di laurea *La relazione “rappresentata” fra medico e paziente. Analisi del medical drama House M.D.*, rileva che la messa in scena del caso clinico e le strategie di cui si avvale la narrazione mostrano un'intenzione a tratti pedagogica: «lo sviluppo dell'episodio prevede la trattazione del caso clinico attraverso una modalità lineare e ben comprensibile, mediante una progressione cronologica degli accadimenti. [...] Al termine dell'episodio, uno spettatore che ha prestato attenzione allo sviluppo del caso clinico è riuscito a farsi un'idea di quello che i medici hanno messo in pratica e perché. Viene realizzata una messa in scena che affianca e accompagna il pubblico durante l'evolversi della malattia e diversamente dalle altre fiction mediche, in cui il linguaggio tecnico non viene “tradotto” per i profani e in cui le procedure mediche rimangono

⁴¹⁴ «At the moment there are so many medical series and serials being aired that if you watch a cleverly planned selection, you will soon be able to conduct your own operations» (J. Moir, *Oh, what a lovely ward!*, in “The Observer”, 11 febbraio 1996, p. 18, trad. it. mia).

quasi dei riti inspiegabili agli occhi dei non-medici, si sceglie di fornire tutti gli strumenti necessari per permettere a chiunque di entrare nel mondo della medicina»⁴¹⁵. Bottega descrive quindi le modalità adottate dalla serie *House M.D.* per «proporre lezioni di medicina divulgative»⁴¹⁶, analizzando l'episodio pilota della prima stagione, “Una prova per non morire”. Riporto qui di seguito, riassumendola leggermente, la descrizione che Bottega fa delle scene prese in considerazione, e che mi ha gentilmente concesso di inserire nella tesi⁴¹⁷.

Rebecca, la paziente attorno alla quale ruota il primo episodio della serie, è una maestra. La si vede, nella prima scena, in classe con i bambini a cui insegna. Improvvisamente, la donna scandisce suoni che non hanno senso, un primo piano mostra la bocca che non è più in grado di emettere parole comprensibili e pochi istanti dopo cade a terra con le convulsioni. Subito dopo la sigla, House e il suo team discutono davanti alla tac del cervello della paziente, facendo quindi intendere al pubblico che la stranezza a cui aveva appena assistito era causata da un problema a questo organo. I medici decidono per una risonanza magnetica con contrasto, perché House è convinto non possa essere un cancro.

Foreman e Cameron, i suoi assistenti, una volta entrati nella stanza adibita al test, spiegano alla paziente, con parole semplici e chiare, in cosa consiste l'esame:

Foreman: vede, questo gadolinio iniettato in vena si distribuisce nel cervello e funge da contrasto per le immagini della risonanza magnetica. (08:35/42:12)



Screenshot 1

⁴¹⁵ F. Bottega, *La relazione “rappresentata” fra medico e paziente. Analisi del medical drama House M.D.*, Tesi di laurea in Comunicazione e marketing sociale, Università di Bologna, a.a. 2009/2010, pp. 107-108.

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 108.

⁴¹⁷ La descrizione dell'intera sequenza è reperibile in: F. Bottega, cit., pp. 109-114.

La spiegazione è limpida: il primo piano sulla siringa (Screenshot 1) fa capire che il gadolinio è il liquido che verrà iniettato, ma non c'è la sicurezza che tutti a casa sappiano come agisce effettivamente il liquido di contrasto, ed ecco che allora interviene Cameron che propone un paragone preso in prestito dalla quotidianità:

Cameron: insomma, si illuminerà come un albero di Natale. (08:43/42:12)

I medici passano poi a chiarire quali potrebbero essere gli effetti del liquido.

Foreman: potrebbe avvertire un lieve stordimento. (08:46/42:12)

Rebecca viene quindi preparata per la risonanza, lo spettatore ha la possibilità di osservare il macchinario con attenzione, come il lettino venga fatto scorrere all'interno e come debba essere bloccata la donna per non avere risultati falsati.



Screenshot 2

Le telecamere seguono la paziente all'interno della macchina (Screenshot 2), la percezione che si ha è di claustrofobia e, infatti, immediatamente interviene un medico:

Cameron: senta Rebecca, so che avrà una sensazione di claustrofobia lì dentro, ma deve rimanere immobile. (10:45/42:12)

Ai fini della risoluzione del caso, non è certamente rilevante una descrizione nei dettagli della preparazione della paziente e della visione del macchinario con tale precisione. E allora perché dilungarsi in queste spiegazioni? Perché, appunto, quando si vuole insegnare qualcosa che l'altra persona vede per la prima volta, lo si fa soffermandosi su ogni passaggio, permettendo a colui che deve imparare di memorizzare e di riflettere per imprimere tutti gli elementi nella memoria. All'interno della scena, vengono riservati trentacinque secondi solo per la preparazione della paziente, attraverso l'utilizzo di primi piani e spiegazioni elementari.

Subito dopo intuiamo che Rebecca non si sente bene: si potrebbe ipotizzare a causa della paura di rimanere in uno spazio tanto angusto, ma tale congettura viene subito

allontanata dalla mente degli spettatori. Il primo piano va ancora una volta sulla bocca della donna, spalancata, i suoni indicano l'impossibilità di respirare e per chiarire cosa sta accadendo la telecamera entra nella cavità orale e scende. Lo spettatore vede due membrane che si avvicinano fino ad attaccarsi (Screenshot 3), la telecamera esce immediatamente e la conseguenza che si nota è la perdita di sensi della donna (Screenshot 4).



Screenshot 3



Screenshot 4

La domanda dello spettatore sorge spontanea e immediata: perché sta accadendo tutto ciò? Ha visto come si comporta il corpo, ma non ne conosce la ragione. La spiegazione arriva immediata:

Cameron: tirala fuori subito, può essere una reazione allergica al gadolinio, rischia di morire. (11:38/42:12)

Ecco a cosa stava assistendo il pubblico, ad una reazione allergica causata dal liquido di contrasto: la fiction non si è limitata a dedicare a tale contrattempo una fugace battuta di un medico, ma permette allo spettatore di assistere a come essa si verifichi all'interno dell'organismo e come si manifesti esternamente, non solo attraverso le immagini ma anche grazie ai suoni. La narrazione è lineare, precisa, comprensibile, viene rappresentata una reazione allergica di un paziente e il relativo intervento del medico, permettendo al pubblico di osservare ogni passaggio come se fosse presente nella sala.

La prima diagnosi che House propone è la vasculite cerebrale. Anche questo passaggio viene puntualizzato attraverso dialoghi realizzati in modo che il pubblico possa capire chiaramente di che cosa si tratti e quale sia la terapia adatta:

House: datele degli steroidi in dosi molto elevate. (16:18/42:12)

Foreman: cerchi un appiglio per vasculite cerebrale? (16:29/42:12)

Cameron: una infiammazione dei vasi sanguigni nel cervello è rara. (16:32/42:12)

Perché Cameron precisa che cosa sia la vasculite cerebrale? Sono tutti medici le persone che stanno parlando, non serve ribadire il concetto a loro, ma tale “traduzione” è fondamentale per il pubblico che, non avendo competenze tecniche, ha bisogno di una spiegazione.

Dopo un rapido miglioramento, che lascia credere che la diagnosi sia esatta, compare un nuovo sintomo: Rebecca non vede più e l’attimo successivo ha un attacco di convulsioni. I dottori intorno, compreso House, fanno domande alle quali certamente sanno rispondere: sono i quesiti che potrebbe fare una qualsiasi persona che voglia comprendere le condizioni di Rebecca.

Cameron: che cosa la aspetta? (24:39/42:12)

Foreman: qualsiasi cosa sia sta penetrando chiaramente il tronco cerebrale. Presto non sarà in grado di muoversi, diventerà cieca del tutto e il centro respiratorio si indebolirà. (24:40/42:12)

House: quanto tempo abbiamo? (24:50/42:12)

Foreman: se è un tumore, diciamo un mese o due. Se è un’infezione, diciamo qualche settimana; se è vascolare, si risolverà in tempi più brevi, forse una settimana. (24:51/42:12)

Che cosa la aspetta? Quanto tempo abbiamo? Domande per nulla tecniche che vanno alla ricerca invece di spiegazioni non tanto per il medico quanto per il pubblico a casa, che altrimenti non avrebbe il polso della situazione.

Il momento in cui lo spettatore viene maggiormente affiancato nella comprensione del caso è al termine dell’episodio, quando viene scandagliata con chiarezza la malattia e tutte le alterazioni che ha causato all’organismo.

House: dove c’è prosciutto, c’è maiale e ci può essere la neurocisticercosi. (29:43/42:12)

Chase: la taenia solium! Crede che abbia un verme nel cervello? (29:47/42:12)

House: forse, può avercelo da anni. (29:50/42:12)

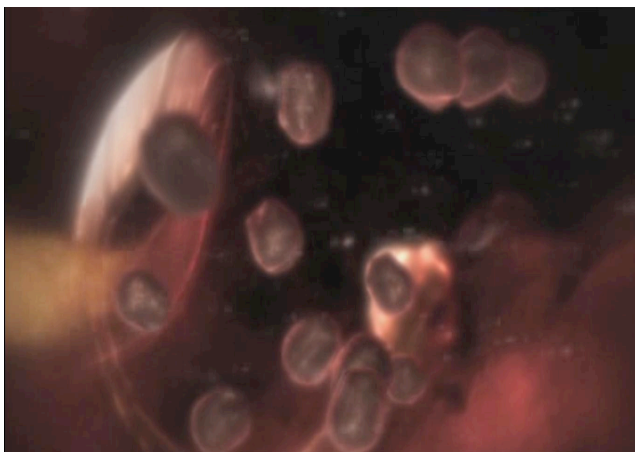
Chase, dopo il termine scientifico, utilizza parole alla portata di chiunque, definendo la taenia un verme che si annida nel cervello.

House, nel suo studio, apre un testo di medicina, e illustra, attraverso figure e testo, un caso tipico di neurocisticercosi ai suoi colleghi, come se fossero persone a cui si deve spiegare qualcosa di cui non sono a conoscenza.



Screenshot 5

House: Ecco un caso tipico. Se il maiale non è ben cotto si ingoiano larve di taenia solium, che si aggrappano all'intestino con i loro piccoli uncini (Screenshot 5) e una volta lì vivono, crescono, si riproducono (Screenshot 6). (30:19/42:12)



Screenshot 6

Chase: si riproducono? C'è una sola lesione ed è nella zona intestinale. (30:31/42:12)

House: infatti questo non è un caso tipico, certo. Una taenia solium può produrre venti, trenta uova al giorno (Figura 6). Indovinate dove finiscono. (30:35/42:12)

Foreman: escono. (30:42/42:12)

House: non tutte. A differenza delle larve, l'uovo può penetrare le pareti intestinali ed entrare nel flusso sanguigno. E dove va il flusso sanguigno? (30:44/42:12)

Cameron: dappertutto. (30:51/42:12)

House: finché la taenia è sana l'organismo non si accorge di ospitarla, intanto lei indisturbata alza una parete contro le difese immunitarie. (30:53/42:12)

Foreman: hai detto mentre la taenia è sana. Allora cosa facciamo? Chiamiamo il veterinario per curare il vermetto? (31:04/42:12)

House: troppo tardi. Sta morendo e mentre muore questo parassita perde il controllo delle difese dell'ospite. Il sistema immunitario si sveglia aggredisce la taenia e tutto comincia a gonfiarsi. Questo è deleterio per il cervello. (31:09/42:12)



Screenshot 7



Screenshot 8

Ogni passaggio è accompagnato dalle immagini: ci troviamo immersi in una lezione, tanto che la *taenia* viene inquadrata sia sul libro che la descrive (Screenshot 7), sia, qualche scena più avanti, viva e in movimento nella gamba di Rebecca, attraverso un'immagine digitale (Screenshot 8). Le domande del team sono utili a precisare quei punti che la spiegazione di House lascia in ombra. Niente è lasciato in sospeso e le incertezze di comprensione vengono fugate attraverso una narrazione lineare.

Infine, il pubblico può osservare la terapia necessaria per la cura:

Chase: albendazolo. (36:41/42:12)

Rebecca: due pillole? (36:44/42:12)

Chase: già, ogni giorno per due mesi a stomaco pieno. Possibili effetti collaterali: mal di stomaco, nausea, vertigini, febbre, non è esclusa la perdita di capelli. Comunque continuerai a prenderle anche con tutti questi disturbi insieme. (36:46/42:12)

Il caso è stato perciò rappresentato proprio come in una lezione di medicina: teoria e immagini abbinata per permettere allo "studente" di comprendere a fondo. Sintomi, conseguenze della malattia, diagnosi, effetti collaterali e descrizione della terapia.

Ho voluto riportare la descrizione, abilmente ricostruita da Bottega, di alcune scene di *House M.D.*, per chiarire in che modo gli spettatori vengono resi partecipi ed edotti del

processo diagnostico e terapeutico messo in atto dai medici. Come osserva Jason Jacobs, «il pubblico è "addestrato" dalla serie tv ad abituarsi a "come funzionano le cose qui" – all'interno del genere, in questo programma - quasi nello stesso modo in cui gli studenti di medicina devono inserirsi e sintonizzarsi con le regole e la comunità dell'ospedale in cui studiano»⁴¹⁸. È curioso, peraltro, il modo in cui questo (presunto) addestramento è ironicamente recepito dal pubblico. Ne è testimonianza una vignetta, circolata sul social network Facebook, che al 2 marzo 2015 contava 74.392 “likes” e 14.325 condivisioni da parte degli utenti. A ulteriore testimonianza della popolarità dei medical dramas in oggetto alla mia ricerca (Figura 1).

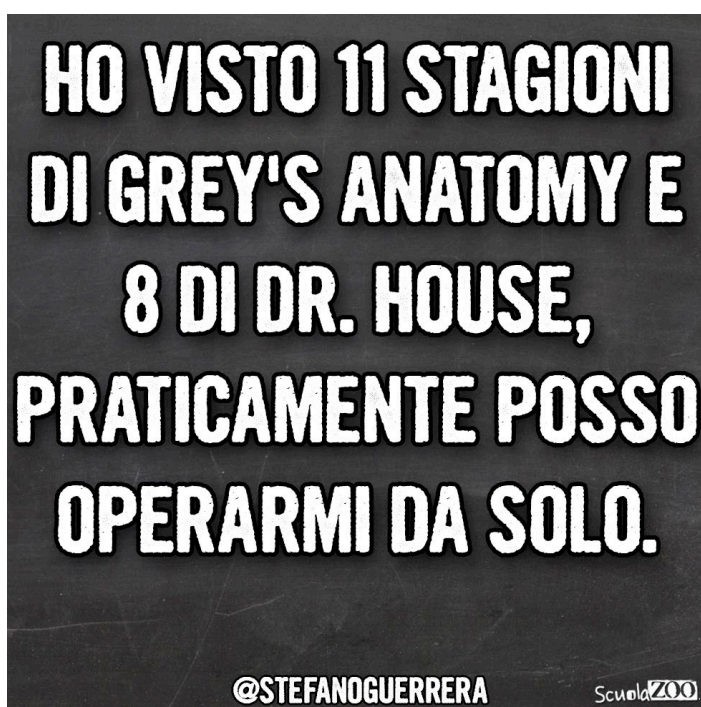


Figura 1

La dimensione dell'apprendimento, per gli spettatori, non può, per forza di cose, arrivare oltre una certa soglia; è invece invocata da alcuni professionisti della sanità come un momento in cui essi possono ripassare e “rispolverare” quanto studiato. C. B., 51 anni, infermiera presso un ospedale di Pistoia, dice di averlo sperimentato

⁴¹⁸ «The audience is “trained” by the drama to accustom themselves with “how things work around here” - in the genre, in this show - in much the same way medical students have to be attuned and acculturated to the laws and community of the hospital they study in» (J. Jacobs, *Body Trauma Tv: the New Hospital Dramas*, BFI, London, 2003, p. 76, trad. it. mia).

personalmente, e che una sorta di aggiornamento, fatto attraverso i medical dramas, le è stato confermato anche da alcuni colleghi⁴¹⁹:

ho lavorato i primi dieci anni fuori dall'ospedale, cioè al Sert e al carcere, e poi sono rientrata in ospedale, e quindi non avevo la manualità che avevo acquisito durante il tirocinio della scuola. E quindi mi sono messa a guardare questi programmi, convinta che potessero darmi un aiuto, perché effettivamente non sono fatti male. Per vedere se ci fosse una sorta, diciamo, di sostegno, per quanto mi riguardava, per riacquisire la manualità, la veduta, diciamo, il modo di fare il mio lavoro. M'allenavo, in pratica, mi sono allenata per questa cosa. [...] Sono stata nove mesi in sala operatoria [...] e ho verificato proprio che – e quello lo potevo notare solo dopo essere stata nove mesi in sala operatoria – che tante cose che loro, durante queste operazioni, dicevano, erano vere. Cioè, il tipo di filo che viene usato per le suture, aveva lo stesso nome di quello che io avevo imparato a conoscere in sala operatoria.

Anche C. L., specializzanda in pediatria presso un ospedale di Ferrara, ritiene che, per gli studenti di medicina, il confronto con la fiction possa essere utile⁴²⁰:

per me era utile, perché mi ripassava, mi faceva ripassare delle patologie rare, difficili, che non mi sarei ricordata. Mi ricordo una puntata, dove alla fine uno aveva una malattia che si chiamava psittacosi, che è causata da un particolare germe trasmesso dagli uccelli, dai volatili; e io mi ricordo questa malattia solo perché l'ho vista lì, e quindi mi ricordo che può essere causata dal tale germe.

Una situazione simile a quella raccontata da C. L. è stata riportata come caso di cronaca da alcuni quotidiani nazionali e internazionali. «“Ho fatto come il Dr House”. Così un medico tedesco salva un uomo», titola La Stampa il 12/02/2014, raccontando il “caso disperato” di un uomo di 55 anni, passato da un medico all'altro e operato inutilmente che continuava a peggiorare finché al caso non si è interessato un cardiologo di Marburg, Jürgen Schäfer, «con una predilezione per i casi difficili e una grande

⁴¹⁹ Dall'intervista a C. B., 51 anni, infermiera presso un ospedale di Pistoia, realizzata in data 20/05/2014 via Skype.

⁴²⁰ Dall'intervista a C. L., 28 anni, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

passione per Dr House»⁴²¹. Visitando l'uomo, ormai in fin di vita, riporta l'articolo, «Schäfer si ricorda di una puntata in cui Dr. House curava un paziente da un avvelenamento da cobalto e si rende conto che i sintomi sono incredibilmente simili. È sufficiente una verifica e Schäfer è confermato nei suoi sospetti: l'uomo presenta dosi altissime di cobalto nel sangue e nei tessuti. Dovute, come emerge da ulteriori verifiche, ad una protesi all'anca che si era spezzata anni prima, rilasciando dosi tossiche del pericoloso metallo nel suo corpo»⁴²².

La notizia, da prendere con le dovute cautele, non sorprende però se si considera che, in alcune serie più che in altre, gli sceneggiatori sono affiancati da consulenti medici per assicurare precisione ad ogni atto medico ricostruito in televisione. Neal Baer, medico e sceneggiatore di *ER*, tiene a precisare, in un'intervista, di aver perseguito l'onestà scientifica del suo lavoro: «La gente trae informazioni mediche dalla televisione, e io sento il dovere di essere accurato. Sì, ci prendiamo licenze drammaturgiche, e sì, le procedure sono espletate molto più velocemente, ma non usiamo i farmaci sbagliati, e non diciamo alla gente cose non vere»⁴²³. Anche Yuri Macrino, chirurgo plastico e consulente medico per il doppiaggio italiano di *Grey's Anatomy*, racconta il lavoro che ha dovuto fare sulla sceneggiatura della serie: «Prima la lettura del copione originale e della sua traduzione, poi la visione del girato e infine le correzioni necessarie per rendere comprensivo e adeguato al pubblico italiano, l'inglese medico e le varie situazioni tecniche descritte nel Serial. Anche le posizioni gerarchiche e la carriera in un ospedale americano sono diverse dalle nostre e ho dovuto adattare al contesto italiano. Ammetto anche di aver dovuto riprendere i libri in mano per i casi clinici descritti in alcune puntate. È stato un lavoro maniacale»⁴²⁴. La consapevolezza che quanto trasmesso sugli schermi televisivi viene interpretato e talvolta riutilizzato dagli spettatori in circuiti esterni a quello strettamente mediale, ha portato le case di produzione di alcuni medical dramas, nonché gli studiosi di scienze sociali, ad interrogarsi da una parte sul potenziale benefico di messaggi volti alla prevenzione sanitaria all'interno delle serie tv e dall'altra sul potenziale educativo per gli studenti di medicina.

⁴²¹ T. Mastrobuoni, «*Ho fatto come il Dr House*». Così un medico tedesco salva un uomo, in «La Stampa», 12 febbraio 2014.

⁴²² *Ibid.*

⁴²³ S. Littwin, *Dr. Writegood. Neal A. Baer thanks medical school and his family of doctors for his expertise*, in «Written by», settembre/ottobre 2003, pp. 37-41.

⁴²⁴ D. Sgambelluri, *Intervista a Yuri Macrino – Consulente medico di Grey's Anatomy*, on-line, http://guide.supereva.it/doppiaggio_e_doppiatori/interventi/2007/01/282122.shtml

6.2 Sviluppare competenze narrative e performative

Nei Paesi anglosassoni si sta diffondendo una fiorente letteratura su come utilizzare film e medical dramas nella formazione dei professionisti della sanità⁴²⁵. I percorsi sino ad ora codificati sono riconducibili a tre modalità. La prima consiste nell'utilizzo di materiale audiovisivo dall'esplicito contenuto educativo, costruito appositamente ai fini della formazione medica. Nel secondo caso, il cinema e la televisione diventano un specchio in cui i professionisti della sanità riflettono sul ruolo bio-psico-sociale che ad essi è riservato nella società e sui modi in cui vengono considerati dai pazienti mentre attraversano esperienze di malattia o diversi stadi della vita. Il terzo modo, ancora poco praticato, dovrebbe essere quello di utilizzare film e medical dramas per insegnare agli aspiranti medici a comprendere le dimensioni sociali, politiche, economiche e scientifiche della medicina e della pratica clinica. Entrare in contatto con le esperienze di medici, pazienti, familiari e comunità attraverso una narrazione per immagini, offrirebbe l'opportunità di alimentare l'abilità a leggere, ascoltare e comprendere le storie e le narrazioni che i pazienti producono nella realtà concreta dell'incontro medico-paziente.

Non nego di essere stata piuttosto perplessa verso questo genere di sperimentazione, nata in seno alle medical humanities, disciplina che talvolta sembra partire dall'assunto che al medico occorra insegnare come rapportarsi con altri esseri umani. Ritengo offensivo, per i destinatari dell'operazione, pensare che qualcuno possa insegnare loro la dote dell'umanità, come se essi non fossero umani. Si è scritto, peraltro, che il distacco fra medico e paziente, in alcune situazioni più che in altre, è, in fin dei conti, una strategia difensiva, indispensabile all'esercizio della professione. Nella chirurgia, in particolar modo, può essere utile astrarre la persona e la soggettività del sofferente, per operare sul corpo senza lasciarsi sopraffare dalle emozioni. La sala operatoria, puntualizza Sergio Manghi, richiede «un'elevata "oggettivazione funzionale" del paziente e del contesto immediato d'intervento. Anche in questo caso, i saperi che orientano il processo interattivo nella scena della cura [...] sono saperi relazionali di

⁴²⁵ Due antologie, in particolare, fanno il punto della letteratura su questo tema: M. Alexander, A. Pavlov (a cura di), *Cinemedication: a comprehensive guide to using film in medical education*, Radcliffe Publishing, Abingdon, 2005; M. Alexander, P. Lenahan, *Cinemedication: using film and other visual media in Graduate and Medical Education*, Radcliffe Publishing, Abingdon, 2014.

ordine emotivo-relazionale»⁴²⁶. È questo un atteggiamento che viene confermato anche da due mie intervistate. A. A., anestesista e rianimatrice, mi racconta che il suo rapporto con i pazienti è molto diverso a seconda della situazione contingente, talvolta opposto. Nella rianimazione, dove il paziente «ti arriva fra capo e collo», in condizioni molto critiche, «per necessità, hai un rapporto all'inizio frettoloso, nel senso che tu cerchi di capire, quindi ti concentri sulla patologia, cerchi di capire come aggredire la malattia. A discapito di quello che può essere in qualche modo il rapporto umano, che viene subito dopo»⁴²⁷:

tu ti concentri su quello che in quel momento devi fare e diventi una macchina in quel momento. Per necessità. Così quando vai in urgenza in sala operatoria, che vai su un paziente che sta molto male, tu non interagisci molto in quel momento con la persona, interagisci in quel momento con la gravità della malattia. [...] Tu arrivi su un brutto incidente fuori, o arrivi nella stanza del malato, che sta perdendo sangue. Tu in quel momento non vedi la moglie, non vedi il fratello, non vedi neanche lui. Tu vedi quello che devi fare, e fai quello. In quel momento tu vedi quella cosa lì, vedi i tuoi collaboratori accanto e diventa un lavoro meccanico. Cioè, ti estranei da tutto il resto. E in quel momento il rapporto è deficitario. Lo recuperi quanto tu ti senti più tranquillo rispetto a quello che stai facendo. Per necessità⁴²⁸.

Per rendere conto della complessità e della diversità delle situazioni in cui uno stesso medico viene a trovarsi, sempre A. A. mi spiega che l'anestesista, per il tipo di lavoro che fa, è «uno che deve innanzitutto proteggere il paziente dall'insulto chirurgico [...], che deve stare mesto, nel senso che deve aiutare l'altro, anche rassicurarlo»⁴²⁹, e che «ha il compito di accompagnarlo nel sonno, quindi devi essere, devi entrare in empatia in pochi minuti con questa persona. Sia perché è il tuo lavoro, [sia perché] tu dopo non puoi risvegliare un paziente che hai portato in un territorio di paura prima di addormentarlo, perché ti si sveglia con la paura»⁴³⁰. Dall'altra parte, C. P., specializzanda in ortopedia e traumatologia racconta⁴³¹:

⁴²⁶ S. Manghi, cit., p. 17.

⁴²⁷ Dall'intervista a A. A., anestesista e rianimatrice, 41 anni, realizzata in data 25/03/2014 a Bologna.

⁴²⁸ *Ibid.*

⁴²⁹ *Ibid.*

⁴³⁰ *Ibid.*

⁴³¹ Dall'intervista a C. P., 27 anni, specializzanda, realizzata in data 23/01/2014 a Bologna.

La sala operatoria, la chirurgia distrugge, deflagra qualsiasi intimità, perché da una parte il paziente è spogliato, riempito di tubi, di cateteri, in una stanza fredda, su un lettino scomodo e si trova catapultato lì, dopo che magari pensava di andare al cinema in motorino e non ti ha mai vista prima, c'è gente che lo tocca, che lo depila, etc., i fari puntati in faccia tipo concerto di Vasco Rossi; dall'altra parte, perché io mi concentro sulla gamba, per me l'importante in quel momento è quello, quel pezzo. Il resto è materia inanimata, potrebbe essere un manichino, perché io sono concentrata su quella parte e non penso a niente di tutto il resto. Ho iniziato a 24 anni a fare espiantri di ossa e tendini dai cadaveri e mentre andavo in là in macchina piangevo perché poteva essere là un amico, mia mamma, perché alla fine si espianta da gente così giovane o che era sana, che non aveva malattie. Ma poi, quando ti danno la lama in mano, non pensi più ad altro, non senti la fame, non senti la sete, non senti la pipì... io fumo e non sento il bisogno di fumare.

Ovviamente, nella chirurgia, come a maggior ragione in tutte le altre branche della medicina, l'incontro fra medico e paziente non è limitato all'intervento di manipolazione del corpo, ma implica un'interazione comunicativa che precede, segue o accompagna l'atto più tecnico. È in questi momenti - sempre meno frequenti, per ragioni che vedremo nel capitolo successivo - che curante e curato possono intensificare la conoscenza dei propri punti di vista e dedicarsi all'ascolto reciproco, a costruire una relazione che soddisfi i bisogni dell'uno e dell'altro.

A cosa può essere utile, dunque, proporre ad un medico in formazione la visione di un medical drama? Martin Willis mette in luce come questi prodotti audiovisivi siano essi stessi un particolare esempio di medicina narrativa, che sta rapidamente contagiando altre modalità di narrazione della malattia⁴³². I medical dramas sarebbero oggi, a tutti gli effetti, parte di un continuum di pratiche di narrazione, che includono racconti riflessivi sulla formazione e la pratica medica, annotazioni cliniche, racconti di fiction, non-fiction e serie televisive popolari. Ciò che rende questi prodotti dell'industria culturale particolarmente adatti alle pratiche di formazione è il fatto che essi «stimolano un coinvolgimento emotivo, uno sforzo cognitivo e un'immaginazione morale adatti per

⁴³² M. Willis, in un saggio che non è ancora stato pubblicato, nota come la rubrica settimanale della rivista *The Lancet*, nata nel 1995 e intitolata *Case Report* si sia progressivamente plasmata attorno alla forma del racconto seriale: ogni settimana, un caso clinico viene raccontato ai lettori attraverso una narrazione in terza persona, che ri-immagina la situazione originale in cui il paziente in questione si è presentato al cospetto del medico e le modalità attraverso cui questo è arrivato ad una diagnosi e a una terapia.

un'educazione più sensibile alle questioni etiche»⁴³³. In sintesi, il medical drama stimolerebbe quella che Rita Charon per prima ha definito “competenza narrativa”⁴³⁴, che gli esseri umani utilizzano per assimilare, interpretare e reagire alle narrazioni.

I motivi per cui questo particolare tipo di narrazione potrebbe ottemperare allo scopo sono molteplici: prima di tutto, un racconto romanzato, proprio perché non è la nostra vita, ci pone in una posizione morale favorevole alla comprensione e ci mostra come sarebbe assumere quella posizione nella vita; ci invita a valutare un'intera serie di possibilità e a selezionarne una rilevante per il caso specifico, senza le pressioni, la scarsa lucidità e l'emotività che complicano le decisioni nella vita reale⁴³⁵. L'elemento finzionale «permette il libero esercizio dell'immaginazione morale e il vedere le cose da una prospettiva differente, il valutare i pro e i contro delle diverse alternative, sapendo che in quel particolare momento non è in gioco la vita di nessuno»⁴³⁶. È il coinvolgimento emotivo permesso dal carattere finzionale del medical drama a rendere le questioni etiche, o più strettamente di educazione sanitaria, memorabili: «Molte campagne promozionali in ambito sanitario sono fallite per questa ragione: la loro eccessiva trasparenza le ha rese poco interessanti e facili da dimenticare»⁴³⁷. Lo conferma, fra le righe, una spettatrice fra le mie intervistate. Martina, studentessa di 27 anni, afferma: «quelle cose tipo *Medicina 33* mi annoiano»⁴³⁸ e, rispetto al potenziale di educazione sanitaria della fiction, racconta, con una punta di critica implicita: «Mio padre, già all'epoca, quando ce le fece vedere, ci diceva: “ragazze, se metà dei medici sapesse già solo quello che c'è nelle cassette di *Esplorando il corpo umano*, avremmo una sanità migliore”»⁴³⁹.

Non è difficile, inoltre, prevedere che «la natura irrisolta e tormentata di alcune delle questioni etiche rappresentate, così come il complesso ritratto che viene fatto della professionalità [medica], può più facilmente stimolare gli spettatori ad una riflessione

⁴³³ T. Arawi, *Using medical drama to teach biomedical ethics to medical students*, in “Medical Teacher”, vol. 32, n. 5, 2010, p. 205, trad. it. mia.

⁴³⁴ R. Charon, *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust*, in “Journal of American Medical Association”, n. 286, 2001, pp. 1897-1902.

⁴³⁵ M. Nussbaum, *Love's Knowledge: Essays on philosophy and literature*, Oxford University Press, Oxford, 1990.

⁴³⁶ T. Arawi, cit., p. 208, trad. it. mia.

⁴³⁷ J. Collee, *Medical fiction should be accurate, but need not be didactic*, in “British Medical Journal”, vol. 318, 1999, pp. 955, trad. it. mia.

⁴³⁸ Dall'intervista a Martina, realizzata in data 02/12/2013 a Bologna.

⁴³⁹ *Ibid.*

morale, piuttosto che plasmare le loro opinioni in una particolare direzione»⁴⁴⁰. Così, i telespettatori, come gli studenti di medicina - che si avvicinano al momento in cui dovranno consigliare i pazienti in merito a una terapia piuttosto che ad un'altra - attraverso i medical dramas possono essere esposti ad una gamma di scenari in cui si trovano quotidianamente i pazienti. Come si è già detto, il valore aggiunto è che «i medical dramas offrono il vantaggio di mostrare gli scenari che si presentano ai pazienti in modo più coinvolgente di quanto non faccia un'illustrazione individuale di dati clinici. Essi contestualizzano la malattia e la sofferenza all'interno di archi narrativi strutturati tramite una ricca caratterizzazione e una profondità emozionale e psicologica»⁴⁴¹. Per dare un'idea del valore pedagogico che possono offrire alcuni episodi di *Scrubs*, Jeffrey Spike, in un articolo dall'evocativo titolo *Television Viewing and Ethical Reasoning: Why Watching Scrubs Does Better Job Than Most Bioethics Classes*, prende in esame il settimo episodio della terza stagione della serie, "I miei quindici secondi", in cui viene trattata, con grande leggerezza ed efficacia, la questione del poco tempo che i medici dedicano ad ascoltare i pazienti. Spike racconta che l'episodio in questione era stato realizzato dopo che alcuni studi avevano dimostrato che, negli Stati Uniti, la maggior parte dei medici interrompe i pazienti dopo solo 12-18 secondi dall'inizio della visita. L'autore commenta: «questo è un serio fallimento della relazione medico-paziente, ed è una questione che la formazione medica deve affrontare»⁴⁴². A tutti gli educatori e i mentori degli studenti di medicina, Spike suggerisce, invece di una lezione di etica, di far vedere e commentare un episodio di *Scrubs* come quello appena citato, in cui un cronometro, in sovrainpressione nella parte bassa dello schermo, si attiva quando un paziente inizia a parlare e si ferma quando il medico lo interrompe per "reindirizzare la conversazione sulla giusta via" o addirittura per farlo uscire dalla stanza. Se, all'inizio dell'episodio, il protagonista della serie, JD, afferma che 15 secondi sembrano indelicati, ma che questi sono tutto il tempo che serve a un medico per avere le informazioni dal paziente, alla fine, dopo aver quasi perso il paziente per essersi concentrato sul prescrivergli esami piuttosto che comunicare con lui, è costretto ad ammettere che, talvolta, quei 15 secondi, ti impediscono di ascoltare tutto il necessario. E lo spettatore, così come lo studente di medicina, è in grado di

⁴⁴⁰ M. Czarny, R. Faden, J. Sugarman, *Bioethics and professionalism in popular television medical dramas*, in "Journal of Medical Ethics", vol. 36, n. 4, 2010, p. 206, trad. it. mia.

⁴⁴¹ K. Goodman, *Imagining doctors: medical students and the TV medical drama*, in "American Medical Association Journal of Ethics", vol. 9, n. 3, 2007, p. 182, trad. it. mia.

⁴⁴² J. Spike, *Television Viewing and Ethical Reasoning: Why Watching Scrubs Does Better Job Than Most Bioethics Classes*, in "The American Journal of Bioethics", vol. 8, n. 12, 2008, p. 11, trad. it. mia.

cogliere il fatto che 15 secondi sono davvero nulla ed è più rischioso che impegnativo dedicare così poco tempo al dialogo fra curante e curato.

Vi sono ovviamente alcuni limiti intrinseci al formato attuale del medical drama: i casi clinici sono introdotti e risolti nello spazio di un episodio di un'ora, e questo comporta necessariamente una «schematizzazione della complessità, dell'ambiguità e dell'incertezza che contraddistingue la pratica medica reale»⁴⁴³. Inoltre, l'impostazione drammatica di queste serie tv spinge a rappresentare casi clinici ai limiti delle considerazioni etiche, quindi a sensazionalizzare problemi e focalizzare l'attenzione su questioni in voga nel discorso pubblico (ottemperando alla cosiddetta funzione di "agenda setting" dei media) ma lontani dai problemi più comuni in cui ci si può imbattere più frequentemente in un contesto di cura. Una trattazione a parte, inoltre, meriterebbero tutte quelle sfide alla bioetica professionale rappresentate da una popolazione eterogenea e multiculturale, rispetto alla quale, per forza di cose, le "etiche" si moltiplicano e assumono prospettive differenti a seconda del caso specifico. Non che nelle serie tv i differenti modi di intendere la malattia e le terapie correlate non siano rappresentati, ma lo sono spesso in modo stereotipato e semplicistico.

Tuttavia, come mette in evidenza Kevin Goodman, i medical dramas possono essere utili anche per un altro motivo. Considerando il fatto che il ruolo del medico è anche un ruolo performativo⁴⁴⁴ e che gli studenti di medicina «diventano medici completamente sviluppati quando imparano le regole della condotta professionale nell'interazione con pazienti e colleghi»⁴⁴⁵, attraverso il medical drama essi possono osservare come si performa in maniera convincente un'identità professionale e quali atteggiamenti, invece, è meglio non estrinsecare. Insomma, dalla metà degli anni Duemila si è aperto un dibattito sul fatto che la nozione di "curriculum informale" degli studenti di medicina potrebbe essere estesa ad includere e a problematizzare non solo le situazioni che ad essi si presentano durante la pratica clinica del tirocinio o della specializzazione, ma anche le situazioni cui sono esposti nella clinica della rappresentazione televisiva. Il suggerimento è formulato, fra gli altri, da Czarny e colleghi, della Johns Hopkins University che, dopo aver condotto un'indagine sulle abitudini televisive degli studenti

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 183.

⁴⁴⁴ Qualcuno si spinge persino a sostenere che «se la medicina si presta così facilmente alla fiction televisiva, è forse perché la professione medica stessa è costruita su fantasie sociali riguardanti l'autorità e le funzioni dei medici» (M. O'Connor, *The role of television drama ER in medical student life: entertainment or socialization?*, in "Journal of American Medical Association", vol. 280, 1998, pp. 844-845).

⁴⁴⁵ K. Goodman, cit., p. 185.

di medicina e di infermeria, hanno dimostrato che per molti di questi studenti, la visione di medical dramas rappresentava un'attività sociale facilitante la formazione di nuove opinioni e percezioni. Una specie di tirocinio indiretto volto, come nel caso degli spettatori profani, a prepararsi a controllare il caos che regna in una corsia d'ospedale. È chiaro che la natura e la tipologia di apprendimento maturabile dall'esperienza reale di un contesto clinico e dall'esperienza mediata sono di diverso ordine: l'essere presenti ad una situazione fa tutta la differenza, così come l'essere presenti col proprio corpo a contatto con altri corpi. Tuttavia, se è vero che «nel suo agire e interagire quotidiano, il medico viene orientato momento per momento da *immagini* dell'interazione comunicativa che esso è venuto incorporando nel corso della sua formazione personale e professionale, e che continua a coltivare e trasformare nel vivo degli eventi interattivi ai quali prende parte»⁴⁴⁶, si può assumere che i modelli di interazione proposti dai medici nella fiction televisiva entrino a far parte di quella “sociologia implicita” dell'interazione comunicativa che viene poi proiettata dal medico (al pari di ogni altro attore sociale) sui contesti della cura, «per procurarsene una descrizione, posizionarsi al loro interno, interpretare le parole altrui, intenzioni e comportamenti, compiere previsioni, formulare giudizi, attivare strategie d'azione, e così via»⁴⁴⁷.

Per concludere, occorre mettere in evidenza un limite oggettivo dei medical dramas, che fa sì che, ad oggi, tutto ciò di cui si è parlato in quest'ultimo paragrafo sia relativo più che altro a sperimentazioni intraprese in singoli corsi di laurea o di specializzazione, quando non limitato a semplici suggerimenti metodologici. Il grosso limite, croce e delizia della fiction, è il fatto che essa, essendo fiction, si permette e anzi necessita di licenze poetiche per narrare storie che spesso, pur di suscitare l'attenzione del pubblico, perdono in accuratezza e precisione. Cioè che rende la fiction adatta ad un'educazione etica (quando non sanitaria) dello spettatore e del medico, ovvero il suo potere di intrattenimento e dunque di esemplificazione e memorizzazione, è precisamente ciò che la rende pericolosa o vana dal punto di vista pratico, perché la spettacolarizzazione esige una certa dose di fantasia.

⁴⁴⁶ S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro: un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 7.

⁴⁴⁷ *Ibid.*

6.3 Quando la fiction fa informazione

Porsi il problema dell'utilità della fiction in questo settore non è superfluo, se si considera il potenziale informativo e formativo che questi prodotti possono avere, specie sui pubblici più giovani, quelli cioè che sono più suscettibili di modificare il proprio comportamento e la cui formazione di opinioni è ancora largamente in evoluzione. Negli Stati Uniti, infatti, *House M.D.* e *Grey's Anatomy* sono state le serie più apprezzate dal pubblico di età compresa fra i 18 e i 25 anni, durante la stagione televisiva 2008-2009⁴⁴⁸. In Italia, *House M.D.* registra i dati di ascolto più alti fra i telespettatori di età compresa tra i 20 e i 24 anni⁴⁴⁹ ed è lecito pensare che anche *Grey's Anatomy* conquisti grossomodo la stessa platea.

Alle soglie del Duemila, uno studio sui telespettatori di *ER*⁴⁵⁰ dimostrò che la conoscenza relativa alla contraccezione di emergenza era cresciuta del 17% nel week end successivo alla messa in onda di un episodio contenente il caso di una paziente vittima di uno stupro, che si era rivolta all'ospedale per avere informazioni su quali opzioni avesse per prevenire una possibile gravidanza indesiderata. Fra coloro che, intervistati anche prima della messa in onda dell'episodio, sapevano già che una donna poteva avere delle opzioni in questo senso, il numero di coloro che dopo l'episodio nominarono il metodo contraccettivo menzionato nella serie, subì una crescita del 23%. Due mesi dopo, queste informazioni dimostrarono di non essere state trattenute e la consapevolezza generale dei mezzi contraccettivi tornò ai livelli pre-messa in onda dell'episodio. Gli studiosi traggono allora le seguenti conclusioni: le audiences recepiscono delle informazioni sanitarie dalle serie tv ma la ripetizione del messaggio è la chiave per aumentare la comprensione e la trattenuta a lungo termine di una determinata informazione. Ciò significa che il medical drama è un mezzo appropriato per far passare informazione sanitaria ma che si dovrebbe incoraggiare l'accuratezza della stessa. Il rischio di cattive imitazioni o di disinformazione è presente, benché sia altresì dimostrato che gli spettatori non accettano ciecamente le informazioni che gli vengono presentate, specie se queste sono in contraddizione con la loro esperienza diretta del problema. Una delle strategie testate per superare questi limiti è stata quella

⁴⁴⁸ Fonte: W. Kwong, M. Chow, *Television and the World of Medical Dramas: What Really Matters?*, in "University of Toronto Medical Journal", vol. 88, n. 1, 2010, p. 13.

⁴⁴⁹ Si vedano i dati d'ascolto della serie *House M.D.*, allegati in appendice. Fonte: Direzione Marketing RTI.

⁴⁵⁰ M. Brodie, U. Foehr et al., *Communicating Health Information Through the Entertainment Media*, in "Health Affairs", vol. 20, n. 1, 2001, pp. 192-199.

di disseminare messaggi sanitari simili fra loro in più medical dramas per amplificarne l'effetto e il potere di memorizzazione. Interessante, al riguardo, è uno studio, pubblicato nel 2008⁴⁵¹, volto a valutare l'impatto di due linee narrative riguardanti i rischi che un risultato positivo al test sulla mutazione del gene BRCA1 evidenzia per lo sviluppo di un tumore al seno. Entrambe le storie⁴⁵² mostravano la scelta della protagonista di sottoporsi a una mastectomia preventiva per ridurre il rischio di sviluppare il cancro e sottolineavano l'importanza di sottoporsi a screening mammografici preventivi, le implicazioni di una storia familiare di tumori al seno e l'utilità di avere un secondo parere medico riguardo alla terapia consigliata. A distanza di tre settimane, nel 2005, furono dunque mandati in onda due episodi sullo stesso tema, uno in *ER* e l'altro in *Grey's Anatomy*. I risultati di un'indagine su 599 donne dimostrarono che mentre la singola linea narrativa aveva avuto un impatto modesto sui comportamenti e le conoscenze delle spettatrici, l'esposizione combinata aveva invece sortito degli effetti: non solo esse dimostravano di avere sviluppato una maggiore conoscenza dei rischi insiti nella mutazione al gene BRCA1, ma anche di aver maturato una disposizione positiva verso la possibilità di una mastectomia preventiva, di aver colto l'importanza di ricevere un secondo consulto medico e di avere intenzione di pianificare, se non di aver già pianificato, una mammografia come risultato dell'aver visto gli episodi in questione. Prima di trarre delle conclusioni, vorrei rapidamente menzionare un altro studio, utile a contestualizzare la discussione. Van den Bulck ha voluto testare l'impatto della fiction televisiva sulle aspettative di sopravvivenza che il pubblico belga riponeva nella rianimazione cardio-polmonare⁴⁵³. Per prima cosa, il ricercatore ha potuto osservare che gli studenti di scuola secondaria intervistati esprimevano sorpresa nel vedere che il defibrillatore usato in ospedale non assomigliava a quello mostrato nelle fiction televisive, il che suggerisce che essi dovevano parte della loro conoscenza sul tema a questa fonte. In secondo luogo, riguardo alle aspettative, la ricerca ha mostrato una leggera ma significativa correlazione fra il guardare medical dramas e il sovrastimare le chances di sopravvivenza della messa in atto della procedura da parte di medici e infermieri, rappresentata in maniera talvolta semplicistica nei

⁴⁵¹ H. Hether, G. Huang et al., *Entertainment-Education in a Media-Saturated Environment: Examining the Impact of Single and Multiple Exposure to Breast Cancer Storylines on Two Popular Medical Dramas*, in "Journal of Health Communication", vol. 13, 2008, pp. 808-823.

⁴⁵² Ideate in occasione di un panel per gli sceneggiatori televisivi sui nuovi argomenti della genetica, organizzato nel 2005 dalla Hollywood, Health & Society presso la University of Southern California.

⁴⁵³ J. M. Van den Bulck, *The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals*, in "European Journal of Emergency Medicine", 9, 2002, pp. 325-329.

medical dramas⁴⁵⁴. L'implicazione di questi risultati è tutt'altro che scontata. Per prima cosa, un'elevata percezione del tasso di sopravvivenza può influire anche sulla percezione delle proprie chances di sopravvivenza in una determinata situazione, e ciò, sostiene l'autore, «è particolarmente rilevante nei sistemi legislativi in cui i pazienti devono prendere delle decisioni riguardanti l'ordine di non essere rianimati (DNR) o opzioni simili»⁴⁵⁵. In secondo luogo, le rappresentazioni della procedura in auge nei medical dramas potrebbero portare a credere che l'insuccesso della rianimazione possa essere dovuto a malpractice sanitaria e condurre ad azioni legali contro gli ospedali e i medici che vi lavorano. Gli studi appena citati chiarificano i motivi per cui, per alcuni osservatori, la mancanza di dettagli scientifici precisi nelle fiction è allarmante⁴⁵⁶.

Personalmente, sono più propensa a vedere le potenzialità che la diffusione di messaggi sanitari accurati potrebbe esprimere, piuttosto che nel vederne i limiti.

La questione implica un secondo ordine di problemi, testimoniato anche dai medici da me intervistati, ovvero il fatto che i messaggi sulla rianimazione “cardio-polmonare”, così come la stragrande maggioranza dell'informazione sanitaria in tv, sono presentati in un contesto di «vuoto informativo»⁴⁵⁷. Ciò significa che se le informazioni fornite dalla trasmissione televisiva non sono in rapporto con altre informazioni mediche elementari in possesso del pubblico, esse difficilmente rappresentano il primo passo verso una conoscenza più complessa.

6.4 Sbirciare il mestiere

«Come si fa a non vederle?! Quegli orrori!», commenta uno dei medici da me intervistati appena nomino un medical drama⁴⁵⁸. È vero, i medical dramas sono molti e sono disseminati su tutti i canali televisivi. Sono spettacolari perché «la medicina può

⁴⁵⁴ Harris e Willoughby stimano che, sebbene il tasso di successo immediato della procedura rappresentato nelle serie non differisca molto da quello reale, i pazienti che in televisione vi vengono sottoposti sono relativamente giovani (36 anni di media), contro ad una media di età compresa fra i 65 e i 75 anni fra i pazienti reali. Inoltre, la fiction non mostra che molte delle persone che sopravvivono sul momento all'evento, non sopravvivono al ricovero ospedaliero e coloro che riescono ad uscirne, vanno incontro a seri danni cerebrali e a lunghe sequele post-operatorie. (D. Harris, H. Willoughby, *Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama*, in “Resuscitation”, n. 80, 2009, pp. 1275-1279).

⁴⁵⁵ J. M. Van den Bulck, cit. p. 327.

⁴⁵⁶ W. Kwong, M. Chow, cit., p. 13.

⁴⁵⁷ J. Meyrowitz, cit., p. 127.

⁴⁵⁸ Dall'intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

essere spettacolare»⁴⁵⁹ e il pubblico che li segue con maggiore costanza è un pubblico giovane, poco più che ventenne, curioso e in formazione. Colleghiamo tutti gli elementi e la domanda sorge spontanea: come si rapporta alla fiction ospedaliera quel gruppo di persone, simbolicamente a metà strada fra lo spettatore profano e il professionista della sanità, rappresentato dagli studenti di Medicina iscritti ai primi anni di corso di laurea? Alcune testimonianze e molte ipotesi indimostrate mi hanno motivata a proporre un questionario agli studenti di Medicina al primo anno⁴⁶⁰ presso l'Università di Bologna, per verificare se e in che modo gli apprendisti medici avessero deciso di intraprendere questo percorso accademico in seguito al fascino di cui la televisione ammanta i professionisti della sanità. È questa un'idea che anche Federico Toth, nel suo volume *Professione medico*, prende in considerazione, pur affermando: «non si intende certo sostenere che gli studenti si iscrivano a Medicina solo perché suggestionati dall'attuale offerta televisiva. Sappiamo tuttavia quale potente mezzo sia la televisione: non appare allora azzardato ipotizzare che essa possa aver in qualche misura contribuito a rendere la professione medica tanto attraente»⁴⁶¹. Toth avanza questa “provocazione” dopo aver messo in relazione il numero – in progressivo aumento – degli studenti iscritti al test di Medicina con la messa in onda delle più popolari serie televisive d'ambientazione ospedaliera. Non mi sembra inutile riportare, allora, alcuni dati elencati nel suo libro: «La serie *E.R.* è stata trasmessa in Italia a partire dal gennaio 1996. In quell'anno gli iscritti al test di ammissione a Medicina furono circa 25.000, numero rimasto grossomodo costante fino ai primi anni Duemila. La prima stagione di *Scrubs* è andata in onda in Italia nella primavera del 2003: in quell'anno le domande a Medicina salirono a oltre 37.000. Due anni più tardi fu la volta di *Grey's Anatomy*, e le domande superarono quota 50.000. A partire dall'autunno 2006 è infine approdata sui teleschermi italiani la serie *Dr. House*, e l'anno successivo le domande hanno superato quota 58.000, crescendo costantemente, fino ad arrivare a 78.000 nel 2010. Facendo i conti, in meno di un decennio le domande al test di ammissione a Medicina sono più che triplicate»⁴⁶². In Italia non sono, ad oggi, state fatte ricerche sistematiche sulle

⁴⁵⁹ *Ibid.*

⁴⁶⁰ Hanno risposto al questionario anche quattro studenti iscritti al secondo anno di corso e due iscritti al terzo.

⁴⁶¹ F. Toth, *Professione medico*, Il Mulino, Bologna, 2012, p. 9.

⁴⁶² *Ibid.*, p. 8.

motivazioni che hanno spinto gli studenti uscenti dalle scuole superiori ad iscriversi al test di Medicina, nel periodo del boom di serie televisive a tema medico⁴⁶³.

Il terreno delle motivazioni è piuttosto scivoloso e spesso si è costretti a limitarsi alle motivazioni coscienti degli intervistati. Inoltre, quella di aver aderito ad un lavoro così socialmente “nobile” solo per avere visto una serie tv può facilmente essere interpretata, dai diretti interessati, come una motivazione un “futile” e dunque più degna di essere taciuta. Tuttavia, per quanto riguarda altri paesi europei – nello specifico, la Gran Bretagna e la Francia - Solange Davin cita due studi⁴⁶⁴ che sostengono la tesi che il numero di uomini che hanno intrapreso la professione infermieristica sarebbe aumentato rapidamente dopo la comparsa degli infermieri nella serie *Casualty*⁴⁶⁵, così come il numero di studenti di diritto, dopo la messa in onda della serie *LA LAW*⁴⁶⁶. Se la relazione tra educazione alla salute e cambiamenti nelle abitudini non si risolve in una diretta catena di effetti causali, allo stesso modo è difficile stabilire un collegamento lineare fra esposizione e passione per i medical dramas e decisione di intraprendere la carriera professionale rappresentata. In alcuni casi dichiarati, è capitato di intervistare giovani medici che dicevano di sapere per certo che alcuni loro colleghi avessero intrapreso la carriera perché sedotti dal fascino televisivo di questo percorso professionale. È il caso di C. L., specializzanda in pediatria presso un’azienda ospedaliera di Ferrara, che afferma⁴⁶⁷:

io ho cominciato a pensare alla medicina che ero alle medie, perché per caso ho visto il film *Il grande cocomero*. [...] mi aveva colpito molto la storia e mi aveva colpito molto la specialità, che io non conoscevo. E lì ho iniziato a pensare alla possibilità di fare Medicina. [...] Di gente, fra tutti i medici che hanno scelto Medicina perché hanno visto *Dr. House*, ce n’è un’infinità, gente che poi magari va avanti ma gente che poi molla ai primi anni. Ho un’amica, invece, che in specialità aveva pensato di poter fare Medicina interna. Me l’aveva detto proprio così: «perché vorrei essere come Dr. House». Ecco, poi alla fine ha fatto ginecologia.

⁴⁶³ L’unica ricerca sulle motivazioni della scelta della professione medica in Italia è stata condotta da Speranza, Tousijn e Vicarelli, confluita nel volume: *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, il Mulino, Bologna, 2008.

⁴⁶⁴ S. Davin, *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon*, L’Harmattan, Paris, 2007, nota 22, p. 121.

⁴⁶⁵ J. Hallam, *Gender and Professionalism in Television’s Medical Melodramas*, in N. Moody, J. Hallam (a cura di), *Medical Fictions*, John Moores University Press, Liverpool, 1998.

⁴⁶⁶ M. Winckler, *Les miroirs de la vie*, Le Passage, Paris, 2002.

⁴⁶⁷ Dall’intervista a C. L., 28 anni, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

Fra i miei intervistati, un'altra dottoressa, anestesista e rianimatrice di 33 anni, C. G., ricorda: «A 14 anni è arrivata la grande “tranva” della mia vita, cioè è cominciato *ER* e io lì ho pensato che sì, io volevo fare il medico, quello che arrivava e salvava le vite»⁴⁶⁸. Alla prova dei fatti, però, la maggior parte delle altre persone interpellate non ha dato la stessa interpretazione sulla propria motivazione. Anche fra i telespettatori francesi, la testimonianza riportata da Davin è in qualche modo indiretta, ovvero quella di una madre che racconta le motivazioni di una figlia: «Mia figlia ha appena iniziato a studiare medicina, in parte a causa della serie, e non è l'unica»⁴⁶⁹.

Resta il fatto che, da un'analisi dei questionari da me sottoposti agli studenti di medicina, la netta maggioranza dei partecipanti ha dichiarato di aver avuto modo di farsi un'idea rispetto al lavoro del medico, prima di iscriversi all'università, attraverso le serie tv di ambientazione ospedaliera. Solo in seconda battuta, tramite l'esperienza dell'ambiente ospedaliero, quando hanno assistito un familiare malato e in terza, quando sono stati malati in prima persona (Grafico 1, fine capitolo).

L'occupazione del medico viene così immaginata con «tante responsabilità, tanto lavoro, impegno notevole per tutto il giorno, ma novità e stimoli continui»⁴⁷⁰ per colui o colei che «deve fare esami ai pazienti, o prescriberne, fare diagnosi e stabilire una cura e prognosi»⁴⁷¹. Quello del professionista della sanità è ritenuto un lavoro «probabilmente stressante, con turni che si prolungano ben oltre il termine ufficiale. Capi stressati, colleghi stressati, pazienti doloranti e stressati, i loro famigliari preoccupati e stressati. E in tutto questo devo rimanere vagamente tranquillo: perché se mi stresso anch'io, vuol dire che ho sbagliato mestiere»⁴⁷². «Mi immagino un lavoro altamente sfiancante e denso di responsabilità, con orari poco flessibili nei confronti della vita privata, rapporti che rischiano di divenire meccanicizzati con i pazienti e sicuramente arrivismo tra i colleghi», commenta una studentessa di 21 anni, iscritta al primo anno della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Le fa eco un'altra studentessa, che scrive: «Immagino una professione totalizzante, a stretto contatto con i pazienti e

⁴⁶⁸ Dall'intervista a C. G., realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

⁴⁶⁹ «Ma fille a juste commencé à étudier la médecine en partie à cause de la série et elle n'est pas la seule!» (S. Davin, cit., p. 116, trad. it. mia).

⁴⁷⁰ Dal questionario di una studentessa di Potenza, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre impiegato, madre casalinga).

⁴⁷¹ Dal questionario di uno studente di Bologna, 20 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre ingegnere, madre segretaria di scuola).

⁴⁷² Dal questionario di uno studente di Bologna, 21 anni, iscritto al terzo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre termotecnico, madre architetto).

colleghi, in una continua ricerca di soluzioni»⁴⁷³. «Di certo mi aspetto che non sarà un meccanicistico cerca i sintomi -> trova la malattia -> trova la cura, certo questo rimarrà il ragionamento di fondo, ma dovendo interagire sempre con esseri umani l'interazione con il paziente è forse la parte più importante del lavoro»⁴⁷⁴, spiega un altro studente.

L'immaginario sul lavoro medico che gli studenti da me raggiunti sembrano possedere è, in sintesi, quello di una professione totalizzante, che lascia poco spazio a se stessi e alla propria vita privata e costringe a passare molto tempo in ospedale. Significativo, a questo proposito, è il primo pensiero che salta in mente a una dottoressa da me intervistata quando parla di *Grey's Anatomy* come un telefilm «dove si vedono questi specializzandi che vivono praticamente 24 ore al giorno in ospedale e stanno sempre lì, consumano praticamente la loro vita lì dentro... comunque gli specializzandi ci stanno veramente tanto in ospedale»⁴⁷⁵.

In ospedale, il contatto con i pazienti e con gli altri colleghi è sentito, dagli studenti, come tanto necessario quanto faticoso, ma si conviene sul fatto che al paziente occorre riservare attenzioni «anche umane» («bisogna curare il malato che prima di tutto è una persona, con tutte le problematiche, anche relazionali, che questo comporta»⁴⁷⁶). È un lavoro che richiede «grande responsabilità, dedizione e molta passione»⁴⁷⁷ e che pretende una formazione perenne, perché il buon medico «deve avere a cuore l'imparare a conoscere come poter aiutare»⁴⁷⁸.

Le motivazioni addotte più frequentemente per la scelta di questo percorso di studi sono: la passione o l'interesse per le materie insegnate, la consapevolezza di poter impiegare le proprie conoscenze per il bene delle persone, la ricerca di «una facoltà e una professione che non smettessero mai di insegnarmi e stimolarmi»⁴⁷⁹, la «volontà di essere il più utile possibile nella cura dell'uomo»⁴⁸⁰, l'utilità sociale e quella personale

⁴⁷³ Dal questionario di una studentessa di Reggio Emilia, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre magazziniere, madre bancaria).

⁴⁷⁴ Dal questionario di uno studente piemontese, 20 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre disoccupato, madre insegnante).

⁴⁷⁵ Dall'intervista a C. P., radiologa, 51 anni, realizzata in data 03/04/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁴⁷⁶ Dal questionario di una studentessa di Rimini, 21 anni, iscritta primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre impiegato e sindaco, madre impiegata).

⁴⁷⁷ Dal questionario di uno studente proveniente dall'Albania, 19 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (genitori insegnanti).

⁴⁷⁸ Dal questionario di uno studente di Teramo, 19 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (madre medico ospedaliero).

⁴⁷⁹ Dal questionario di una studentessa di Bologna, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre tabaccaio, madre impiegata).

⁴⁸⁰ Dal questionario di uno studente di Rimini, 20 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre professore universitario, madre casalinga).

della professione. Non mancano, ovviamente, le risposte di chi afferma: «sono cresciuto in una famiglia di medici e sin da piccolo ho desiderato di farlo anche io»⁴⁸¹, o di chi ha «un interesse morboso per quello che è al di sotto della pelle»⁴⁸², di chi «sin da bambina ho sempre voluto fare il medico senza avere un vero motivo razionale»⁴⁸³ e chi «per il lato tecnico, scientifico, razionale, empirico, sperimentale [...] Il principale motivo che mi ha spinto a scegliere medicina è la curiosità, non la gente»⁴⁸⁴. C'è, infine, chi cerca «la sfida con se stessi»⁴⁸⁵ e chi aveva più di una ragione per intraprendere questo percorso: «la voglia di aiutare gli altri e di poter fare qualcosa per gli altri, le esperienze personali, le serie televisive e la professione di medico esercitata da familiari e amici»⁴⁸⁶. Per un'analisi quantitativa delle motivazioni esplicite, si rimanda ai Grafici 2 e 3 a fine capitolo⁴⁸⁷.

Il 91% degli studenti intervistati ritiene che i mass media influenzino l'atteggiamento dei pazienti nei confronti dei medici, mentre solo il 31% ritiene che sia influenzato l'atteggiamento dei medici verso i pazienti (Grafici 4 e 5). Secondo i primi, i media «forniscono informazioni sparse, che fanno credere a tutti di essere competenti e in grado di discutere una diagnosi. Tuttavia, hanno innalzato la competenza media del paziente (e dei suoi famigliari), almeno quel minimo per poter capire meglio quello che dicono i medici»⁴⁸⁸. Inoltre, trasmettendo ed enfatizzando i servizi «riguardo la malasanità, le truffe o i casi in cui i medici vengono portati in tribunale a causa di errori che hanno commesso, i pazienti "perdono" un po' la fiducia nei medici e si fanno anche l'idea che, se il medico sbaglia, deve per forza pagare, anche se magari ha fatto del suo

⁴⁸¹ Dal questionario di uno studente della provincia di Pesaro-Urbino, 23 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre medico ospedaliero).

⁴⁸² Dal questionario di una studentessa di Chieti, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre centralista d'ospedale, madre contabile).

⁴⁸³ Dal questionario di una studentessa della provincia di Forlì-Cesena, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre elettricista, madre professoressa).

⁴⁸⁴ Dal questionario di una studentessa di Bologna, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre giornalista zootecnico, madre impiegata).

⁴⁸⁵ Dal questionario di uno studente di Bologna, 20 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre anestesista in libera professione).

⁴⁸⁶ Dal questionario di una studentessa di Arezzo, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre medico di base).

⁴⁸⁷ I risultati espressi sono in valore assoluto nella prima colonna (su un totale di 70 partecipanti al questionario) e in valore percentuale nella seconda. Ove la somma risultasse superiore al 100% (equivalente a 70 persone) erano possibili più risposte.

⁴⁸⁸ Dal questionario di uno studente di Bologna, 21 anni, iscritto al terzo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre termotecnico, madre architetto).

meglio per aiutare una determinata persona»⁴⁸⁹. Un altro fenomeno che viene imputato ai media è «l'aspettarsi dai dottori risultati immediati e totalmente rosei, che fanno ai loro occhi del medico, al riscontro reale dei fatti, una persona incapace o poco efficiente, generando un diffuso malcontento e una diffidenza che non è, in questo caso, giustificata»⁴⁹⁰. Lo stesso studente mette in evidenza anche un altro problema, ovvero quello di «tutti coloro che decidono di sentirsi malati perché l'hanno visto in televisione (magari da un attore in un film) intasando il servizio pubblico inutilmente». Non manca chi segnala i lati positivi delle rappresentazioni televisive della professione medica, che talvolta «danno ai pazienti strumenti per capire meglio la patologia, visto che spesso i medici spiegano in “medichese” le cose»⁴⁹¹ e «umanizzando i medici, dimostrano la loro normalità»⁴⁹².

Le motivazioni, invece, sostenute da coloro che dichiarano che i media influenzino l'atteggiamento dei medici verso i pazienti riguardano il fatto che questi mettono «troppa pressione sulla figura del medico»⁴⁹³, spingono «a considerare i pazienti casi clinici»⁴⁹⁴ e che «ci sarà sicuramente qualcuno che non ha saputo resistere alla tentazione di cucirsi addosso la figura di Dr. House o altri personaggi così carismatici»⁴⁹⁵.

Il 96% degli studenti di medicina afferma di sapere di cosa trattano le serie tv ospedaliere e l'88% di seguirle correntemente o di averle seguite (Grafici 6 e 7). I titoli più citati sono *House, M.D* (34 menzioni), *Grey's Anatomy* (32 menzioni), *Scrubs* (31 menzioni) e *ER* (16 menzioni). L'84% pensa che i telefilm creino false aspettative (Grafico 12). Tra queste, le più citate sono: «una cura verso qualsiasi patologia»⁴⁹⁶,

⁴⁸⁹ Dal questionario di una studentessa di Bologna, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (madre insegnante, padre chimico).

⁴⁹⁰ Dal questionario di una studentessa di Bologna, 21 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna.

⁴⁹¹ Dal questionario di una studentessa di Mantova, 22 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (genitori impiegati).

⁴⁹² Dal questionario di una studentessa della provincia di Forlì-Cesena, 21 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre impiegato, madre casalinga).

⁴⁹³ Dal questionario di uno studente di Catania, 20 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre medico di base).

⁴⁹⁴ Dal questionario di uno studente di Pesaro, 21 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre impiegato, madre maestra).

⁴⁹⁵ Dal questionario di uno studente della provincia di Forlì-Cesena, 21 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre geologo, madre dirigente).

⁴⁹⁶ Dal questionario di uno studente di Rimini, 20 anni, iscritto al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre professore universitario, madre casalinga).

«ospedali sempre bellissimi e dottori che si occupano di uno/due pazienti alla volta»⁴⁹⁷, «la presunta semplicità di un mestiere in realtà molto complesso e destabilizzante»⁴⁹⁸, «l'assoluta organizzazione sanitaria che questi telefilm mostrano, insieme alla falsa credenza di un'onniscienza riguardo a patologie e possibilità di terapia»⁴⁹⁹.

È evidente che, negli studenti intervistati, prevale l'atteggiamento a considerare i media come fattori malevoli per la professione medica. La televisione, in particolare, è considerata assolutamente efficace nel manipolare le aspettative e nel creare un immaginario poco verosimile nei telespettatori (Grafico 8), mentre da essa resterebbero tutto sommato immuni i medici, interessati, al limite, di riflesso, dagli effetti sui pazienti. Gli studenti, nel 46% dei casi, ritengono che i medical drams non abbiano un potenziale educativo o informativo relativamente a questioni sanitarie (Grafico 9), e che però possano far capire meglio agli spettatori le difficoltà del lavoro del medico (Grafico 10).

Occorre precisare che le opinioni degli studenti, sino ad ora riportate, sono motivate da posizioni puramente teoriche, poiché essi non hanno ancora avuto modo, all'interno del loro corso di studi, di sperimentare un incontro medico-paziente - nel ruolo di medici - o di frequentare l'ambiente ospedaliero. Sembra dunque esserci un pregiudizio, motivato probabilmente dalla vulgata e dagli stessi media, sugli effetti nefasti della televisione sul rapporto medico-paziente e sulle difficoltà che si presentano oggi nel lavoro che questi giovani si apprestano ad intraprendere. Se le motivazioni esplicite tendono ad escludere o sottostimare l'influenza delle serie tv nella scelta di iscriversi alla Facoltà di Medicina, è pur evidente quanto l'immaginario che gli studenti hanno sulla professione sia, nel complesso, sovrapponibile a quello rappresentato nei medical dramas: turni di lavoro estenuanti, rapporti intensi con i colleghi, problematiche assunzioni di responsabilità, alti livelli di stress e impegno costante per "la ricerca di soluzioni" oltre che per la cura dei pazienti. Non si può negare che tutti questi elementi contraddistinguano realmente la professione e che siano prefigurabili anche da chi non ha mai assistito a un medical drama. I miei risultati, così come sono, sembrano perciò poco adatti per trarre delle conclusioni, dal momento che la stragrande maggioranza

⁴⁹⁷ Dal questionario di una studentessa di Rovigo, 20 anni, iscritta al secondo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre commerciante, madre impiegata).

⁴⁹⁸ Dal questionario di una studentessa di Biella, 20 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna.

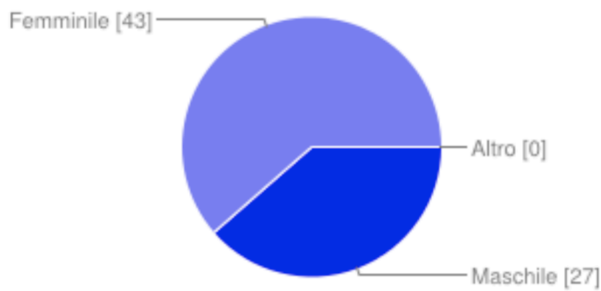
⁴⁹⁹ Dal questionario di una studentessa di Salerno, 21 anni, iscritta al primo anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna (padre infermiere, madre casalinga).

degli studenti ha dichiarato di seguire i medical dramas e dunque non è stato possibile valutare l'immaginario elaborato sul lavoro del medico da parte di chi non è stato telespettatore di queste serie. Da questo punto di vista, la ricerca meriterebbe un approfondimento che, per ragioni di tempo, non è stato fin qui possibile effettuare.

Elaborazione dei dati ottenuti tramite la compilazione del questionario da parte di 70 studenti iscritti ai primi anni della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna

Caratteristiche dei partecipanti

Sesso



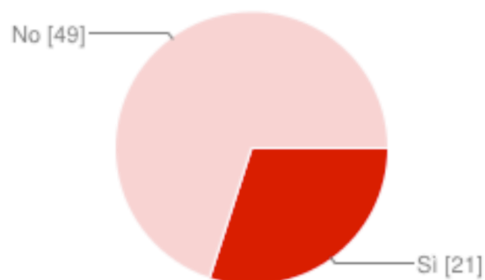
Maschile	27	39%
Femminile	43	61%
Altro	0	0%

Anno di corso



Primo	65	93%
Secondo	4	6%
Terzo	1	1%

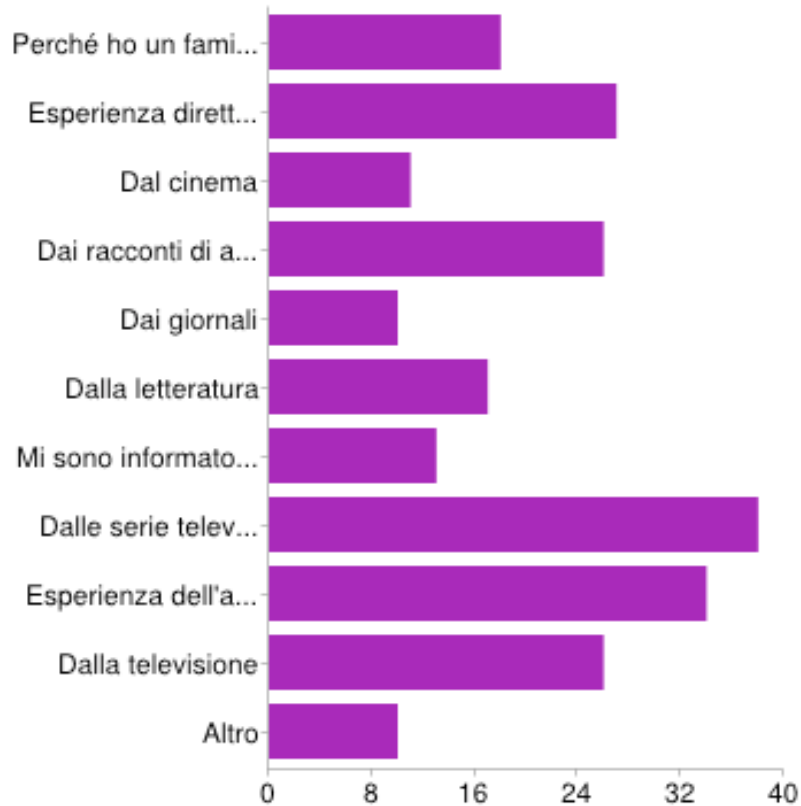
Ha familiari che esercitano o hanno esercitato la professione medica?



Si	21	30%
No	49	70%

Grafico 1

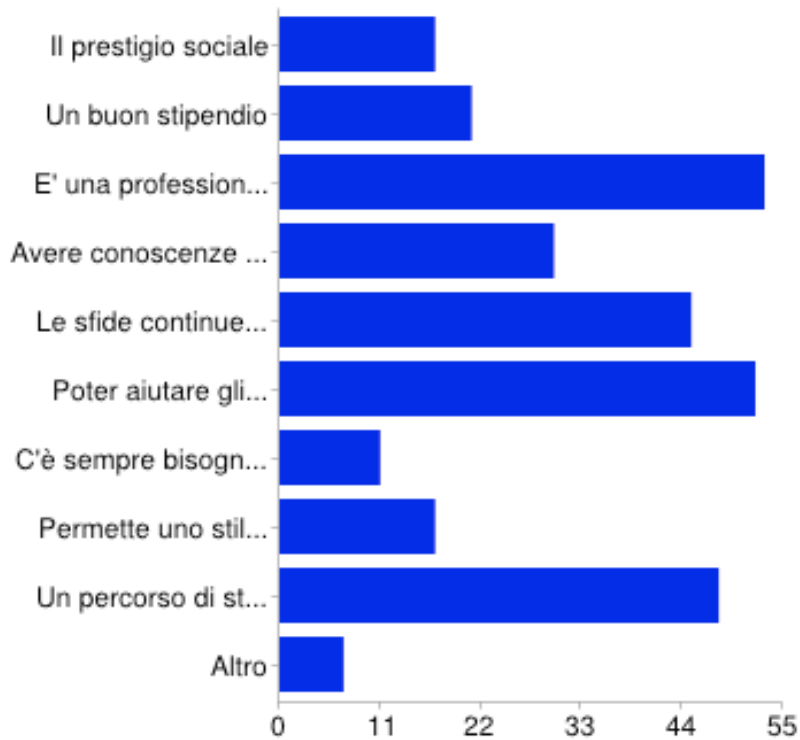
Attraverso quale canale ha avuto modo di farsi un'idea rispetto al lavoro del medico, prima di iscriversi alla Facoltà di Medicina?



Perché ho un familiare medico	18	26%
Esperienza diretta dell'ambiente ospedaliero quando sono stato malato	27	39%
Dal cinema	11	16%
Dai racconti di amici di professione medici	26	37%
Dai giornali	10	14%
Dalla letteratura	17	24%
Mi sono informato su internet	13	19%
Dalle serie televisive di ambientazione ospedaliera	38	54%
Esperienza dell'ambiente ospedaliero quando ho assistito un familiare malato	34	49%
Dalla televisione	26	37%

Grafico 2

Qual è il maggiore appeal che ha per lei il lavoro del medico?



Il prestigio sociale	17	24%
Un buon stipendio	21	30%
È una professione socialmente utile	53	76%
Avere conoscenze che altri non hanno	30	43%
Le sfide continue che il lavoro presenta	45	64%
Poter aiutare gli altri	52	74%
C'è sempre bisogno di un medico, dunque sarà facile trovare lavoro	11	16%
Permette uno stile di vita agiato	17	24%
Un percorso di studio interessante	48	69%
Altro	7	10%

Grafico 3

Se dovesse riassumere, quale di queste motivazioni è stata determinante nella sua scelta di studiare Medicina?



Perché mi piacevano le materie in programma	50	71%
Perché volevo aiutare il prossimo	50	71%
Perché è una tradizione di famiglia	1	1%
Ho accolto un suggerimento di amici e/o genitori	11	16%
Per lo stipendio che la professione prevede	12	17%
Per il prestigio sociale	12	17%
Lo avevo visto in televisione e mi è sembrato un lavoro	9	13%
Perché ho avuto un lutto o una grave malattia in famiglia e ho deciso che avrei voluto curare le persone	14	20%
E' una facoltà che prevede il test d'ingresso e volevo mettermi	4	6%
Perché ho pensato che avrei trovato lavoro facilmente	7	10%
Altro	16	23%

Grafico 4

Ritiene che i mass media influenzino l'atteggiamento dei pazienti nei confronti dei medici?

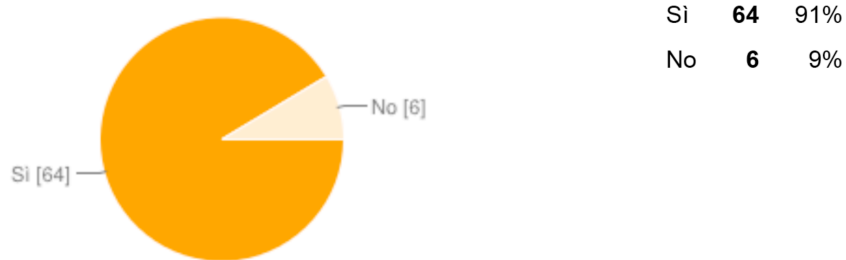


Grafico 5

Ritiene che i mass media influenzino l'atteggiamento dei medici verso i pazienti?

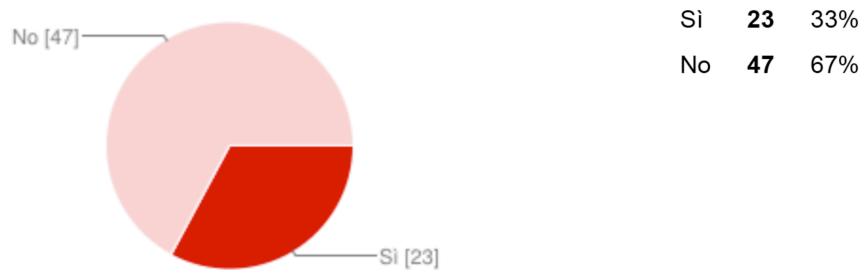


Grafico 6

Sa di cosa trattano le serie televisive d'ambientazione ospedaliera?

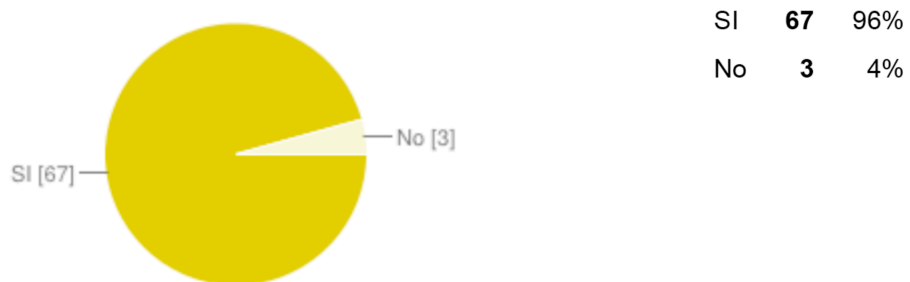
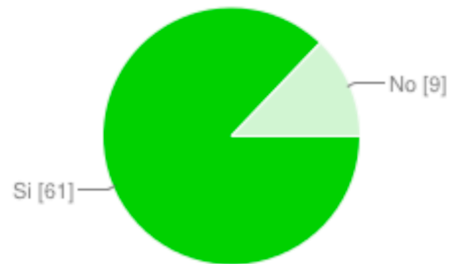


Grafico 7

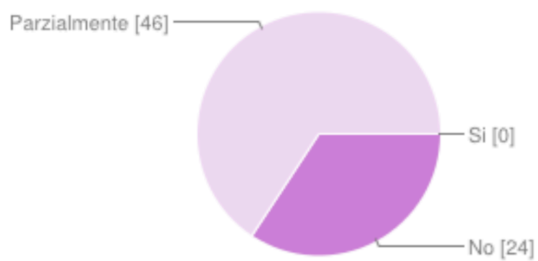
Le ha mai viste o seguite?



Si	61	87%
No	9	13%

Grafico 8

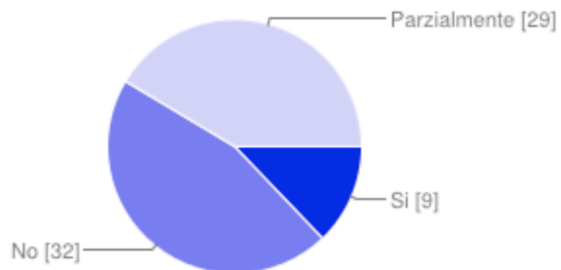
Ritiene che i telefilm a tema medico restituiscano una rappresentazione verosimile del lavoro del medico?



Si	0	0%
No	24	34%
Parzialmente	46	66%

Grafico 9

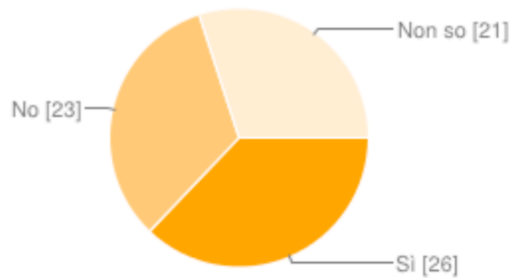
Ritiene che queste serie abbiano un potenziale informativo/educativo rispetto a questioni sanitarie?



Si	9	13%
No	32	46%
Parzialmente	29	41%

Grafico 10

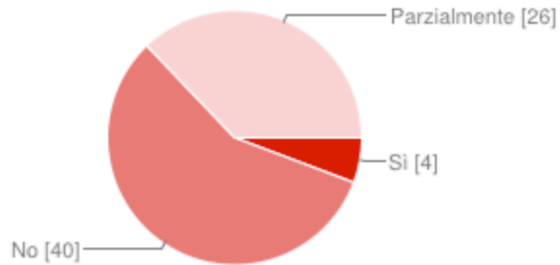
Pensa che questi telefilm possano far capire meglio ai pazienti le difficoltà del lavoro del medico?



Si	26	37%
No	23	33%
Non so	21	30%

Grafico 11

Ritiene che questi telefilm possano in qualche modo insegnare ai telespettatori quali sono le procedure di routine che vengono svolte negli ospedali?



Si	4	6%
No	40	57%
Parzialmente	26	37%

Grafico 12

Ritiene che i telefilm a tema medico creino false aspettative nei telespettatori, alla prova del confronto con contesti di cura reali?



Si	59	84%
No	11	16%

Capitolo 7

«E quindi rimane il medico»:

testimonianze di una professione che cambia

7.1 Una relazione in evoluzione

Sono ormai lontani i tempi in cui Roy Porter scriveva che la storia della cura è per eccellenza la storia dei medici o la storia della medicina. Una storia, quest'ultima, che ha ricostruito la nascita della chirurgia, dei primi trapianti d'organo, del professionalismo medico, delle corporazioni, della clinica e che è stata, come ben sintetizza Porter⁵⁰⁰, storia dell'epilessia ma non degli epilettici, lasciando il malato in una muta preistoria. L'urgenza e la tenacia che nell'85 muovevano Porter e altri eminenti studiosi a ritenere necessaria una storia della medicina dal basso, dal punto di vista del paziente, non si può dire sia caduta nel nulla, complice probabilmente la svolta postmoderna e riflessiva che investì tutte le scienze umane e sociali di lì a pochi mesi. L'antropologia medica, ad esempio, è oggi ricca di nomi e vissuti di sofferenti, di storie di vita e di malattia. E non ha mancato, talvolta, di cadere nell'errore opposto, tralasciando i nomi e i vissuti dei medici che, con i pazienti interpellati, avevano avuto a che fare. Ma questo è un altro discorso: quando una disciplina si sviluppa come disciplina critica, assume su di sé la missione di portare alla luce i soggetti, le pratiche, le modalità che i rapporti di forza e le dinamiche di potere in atto nella società hanno a lungo adombrato. Negli ultimi decenni, più specificamente, il fuoco dell'attenzione si è spostato ad indagare modalità, tipologie, esperienze e problemi del rapporto tra medico e paziente. Dalla "tormentata" storia di questo incontro, raccontata nel libro di Edward Shorter⁵⁰¹, si è passati oggi ad interrogare la scena della cura in una dimensione più allargata, in cui il medico e il paziente convivono con "l'altro"⁵⁰², sia esso il sistema dei media, lo Stato, i numerosi operatori della sanità, i familiari, etc., riconoscendo che

⁵⁰⁰ R. Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from below*, in "Theory and Society", vol. 14, n. 2, 1985, p. 182.

⁵⁰¹ E. Shorter, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano, 1986.

⁵⁰² S. Manghi, *Il medico, il paziente e l'altro: un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano, 2005.

«l'intervento dei medici è solo un'arma nell'arsenale terapeutico»⁵⁰³. Medici e pazienti sono quindi, nella loro relazione “aperta”, esaminati da punti di vista sempre più relazionali e interdisciplinari, come testimonia, tra gli altri, il volume a cura di Maria Malatesta in imminente uscita⁵⁰⁴.

All'interno di questa letteratura, secondo Louis-Courvoisier e Mauron, «è oggi un luogo comune dichiarare l'insoddisfazione dei pazienti verso la relazione medico-paziente»⁵⁰⁵. Inoltre, continuano i due studiosi, «l'indagine storica ha mostrato che questo problema non è realmente nuovo»⁵⁰⁶ e che la distanza semantica fra il linguaggio medico e quello del paziente non fornisce una spiegazione soddisfacente del perché i pazienti si lamentino in particolar modo del fatto che il medico utilizza termini incomprensibili, visto che, durante l'Illuminismo, l'élite della società era in grado di capire il discorso medico ma dava prova di lamentarsi comunque. Il problema è che condividere un discorso non implica condividere una percezione. La differenza tra il punto di vista “aperto” («un misto di conoscenza e ignoranza»⁵⁰⁷) del paziente e quello “chiuso” («il modo scientifico di percepire la realtà»⁵⁰⁸) del medico, scrivono Louis-Courvoisier e Mauron, si genera per due ragioni: «la prima è che la pratica medica implica l'interpretazione di un singolo caso e dell'esperienza individuale del malato nei termini di qualche forma di conoscenza medica generalizzata, che è necessariamente universale, astratta e anonima: in breve, è assoluta. La seconda è che nessun dottore può realmente mettersi nei panni del paziente»⁵⁰⁹: vivere il dolore sul proprio corpo costituisce un tipo di percezione, analizzarlo è un'altra faccenda. A questo proposito, ho trovato particolarmente significativa un'esternazione di una delle dottoresse intervistate che, dopo essersi sfogata sul fatto di non riuscire a capire alcuni modi di fare dei pazienti, è stata invitata a riflettere sul suo comportamento quando si è trovata ad essere a sua volta paziente. L'effetto è stato un cortocircuito:

⁵⁰³ R. Porter, cit., p. 182.

⁵⁰⁴ M. Malatesta (a cura di), *Doctors and Patients. History, Communication and Representation from the Antiquity until Today*, Brill-Rodopi, Leiden, 2016 (in pubblicazione).

⁵⁰⁵ M. Louis-Courvoisier, A. Mauron, “*He found me very well; for me, I was still feeling sick*”: *The strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries*, in “*Medical Humanities*”, vol. 28, 2002, p. 9.

⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 10.

⁵⁰⁷ *Ibid.*

⁵⁰⁸ *Ibid.*

⁵⁰⁹ *Ibid.*, p. 12.

Non potrò mai avere il punto di vista di un paziente. Mai. Io non mi riesco a mettere nei loro panni. Secondo me nessun medico si riesce a mettere nei loro panni. Quindi io, ovviamente, critico il paziente. Io critico il paziente che chiama, io critico il paziente che... poi cerco, non so, di fare un po' un passo indietro e di dire: «ma tu, M., pensa se fossi al loro posto»... però io non avrò mai il loro punto di vista⁵¹⁰.

Quando faccio notare a M. N. che anche lei, probabilmente, una volta o l'altra si è ritrovata nel ruolo di paziente, ribatte:

Però... io quando sono paziente, fortunatamente quelle poche cose che ho avuto, allora prima di tutto mi agito più del normale, perché comincio a pensare a qualsiasi cosa. E poi non sopporto essere paziente. Cioè proprio non è il mio ruolo. Non sopporto. Ovviamente cosa succede? Che da una parte ti vorresti curare tu, dall'altra sei nervoso perché ti devi curare tu. [...] Tu chiedi consiglio al tuo medico, o al tuo amico che è più specialista, però il tuo amico sa benissimo che la terapia te la puoi fare anche tu, quindi non ti dà una terapia come se la desse a una persona che non è medico. Cioè, quindi non ti segue come se fossi un paziente, ti segue in maniera un po' approssimativa. Perché? Perché sa che lo sei anche tu. E quindi a me questa cosa innervosisce molto, perché da una parte dico no, non voglio essere, non sono una paziente. Dall'altra, però, voglio fare la paziente, cioè dico: non posso avere io la responsabilità di me⁵¹¹.

M. N., a parole, dimostra non solo di capire le esigenze di un paziente che, preoccupato, si agita, vuole essere seguito in maniera non approssimativa e vuole che qualcuno si prenda cura di lui, ma si spinge oltre e mi spiega che, per converso, è difficile anche spiegare qual è il punto di vista del medico sul paziente, quasi a sancire un'incommensurabilità fra i due punti di vista:

io so che se mi lamento di un paziente, non è che mi posso lamentare con la persona *x*, perché secondo me non mi capisce. Se invece lo dico a un mio collega, mi capisce. [...] secondo me un medico capisce bene un altro medico. Secondo me, una persona che non è medico non riesce a capire i problemi che ha un

⁵¹⁰ Dall'intervista a M. N., specializzanda in cardiologia, 27 anni, realizzata in data 16/02/2014 a Bologna.

⁵¹¹ *Ibid.*

medico nei confronti... con le persone. Cioè, il rapporto medico-paziente, il rapporto medico con tutti i pazienti è molto difficile. E secondo me solo un medico può capirlo, perché sa come sono le persone nel letto di ospedale. [...]

È un lavoro pesante, che secondo me è pesante perché [...] molta parte è appunto il rapporto con i pazienti, che diventa pesante. Perché le persone, ripeto, si mostrano senza veli, non so come dire, non tutti. [...] il problema è trattare con le persone e la sofferenza delle persone. Quindi questo secondo me... la sofferenza cambia, deforma un po' la personalità. In meglio o in peggio. Può anche cambiarla in meglio. Però a volte la cambia in peggio. E quindi noi dobbiamo saper trattare con le persone in maniera complessa⁵¹².

Più vicina alla descrizione che Le-Courvoisier e Mauron danno dell'interpretazione "tipicamente medica" della malattia è ciò che un altro intervistato, fra le righe, afferma di praticare quando gli si presenta un paziente «che ha già un'idea di quello che lui pensa di avere e vuole portare il medico a confermare la sua idea»⁵¹³: «è una situazione pericolosissima questa, dal punto di vista del rapporto medico-paziente, perché se il medico non è attento, casca in questa trappola. Con questo non voglio dire che non bisogna seguire il paziente, però a volte bisogna anche filtrare la storia del paziente, per cercare, un attimo, appunto, di oggettivizzare il più possibile, nel rispetto, diciamo, della soggettività, della storia del paziente»⁵¹⁴.

Allora, come sottolineano Mead e Bower, «per capire la malattia e alleviare la sofferenza, la medicina dovrebbe per prima cosa capire il significato personale che la malattia ha per il paziente»⁵¹⁵. Anzi, ancora prima di ciò, il medico dovrebbe prendere coscienza dei principi e dei valori culturali che guidano la sua pratica e riconoscerli come tali, ovvero come situati e culturalmente costruiti, al pari di quelli del paziente. L'antropologia medica (e nella fattispecie, gli approcci narrativi proposti da Good, Mattingly e Garro) mette infatti in luce oggi come la prospettiva del paziente non debba essere assunta «come un "qualcosa" che deve essere tenuto in considerazione o rispetto alla quale avviare una negoziazione, ma come un prodotto da realizzare

⁵¹² *Ibid.*

⁵¹³ Dall'intervista a D. F., 64 anni, gastroenterologo, realizzata in data 27/03/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵¹⁴ *Ibid.*

⁵¹⁵ N. Mead, P. Bower, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, in "Social Science and Medicine", vol. 51, 2000, pp.1087–1110.

intersoggettivamente e le narrazioni come il processo attraverso cui farlo»⁵¹⁶. Medico e paziente devono allora «impegnarsi nel comune processo di co-costruzione di un significato per l'esperienza di malattia, alla cui luce poter operare una possibile scelta. Questo processo non lo si realizza attraverso il consenso informato o applicando meccanicamente principi bioetici, ma è un processo che va co-costruito con il paziente. Si tratterà pertanto di creare un'alleanza fra professionisti della salute, pazienti e familiari per elaborare insieme, con le rispettive competenze, cosa sia meglio fare alla luce di un processo di ricostruzione del significato venuto meno»⁵¹⁷.

Per far emergere le rappresentazioni e le autorappresentazioni che i protagonisti della scena della cura hanno elaborato rispetto al proprio ruolo all'interno dell'incontro medico-paziente ho sollecitato, attraverso la modalità dell'intervista narrativa, venti operatori del campo della sanità⁵¹⁸ a «raccontare le loro esperienze interattive, in particolare quelle che testimoniassero di cambiamenti in corso, in conseguenza delle trasformazioni in atto»⁵¹⁹ nella società e nella sanità italiana. La prospettiva adottata ha permesso di prendere in considerazione i resoconti degli individui e il loro punto di vista sull'azione, per come essi, ovviamente, li hanno ricostruiti ex-post, nel contesto situato dell'intervista. A partire da domande volutamente ampie, si è cercato di far emergere alcune «ricostruzioni ideali di situazioni concrete»⁵²⁰, modelli di comportamento messi in atto nel rapporto con i pazienti, esperienze di vita e di cura, situazioni e incontri con i pazienti percepiti come significativi e problematici. È chiaro che «quello che gli attori in gioco credono accada a se stessi e agli altri non è da confondersi con quello che sta realmente accadendo nel contesto della cura»⁵²¹ e che, dunque, quello che si è cercato di portare alla luce in questa ricerca sono le «immagini

⁵¹⁶ I. Quaranta, *Culture, health and communication in the doctor/patient relationship: theory and practice*, in M. Malatesta (a cura di), *Doctors and Patients. History, Communication and Representation from the Antiquity until Today*, Brill-Rodopi, Leiden, 2016 (in uscita).

⁵¹⁷ *Ibid.*

⁵¹⁸ Riporto qui il profilo degli intervistati, già anticipato nel paragrafo sulla metodologia della ricerca. Per la selezione dei partecipanti, oltre alla reperibilità, è stato adottato come unico criterio quello della varietà per età, genere, posizione professionale e specialità. Sono stati interpellati: un medico di base, un ginecologo, tre anestesisti e rianimatori (di cui due donne), uno psichiatra, una radiologa, un oncologo, due infermiere, uno pneumologo, due gastroenterologi, tre specializzande (rispettivamente, in ortopedia e traumatologia, pediatria e cardiologia), due responsabili Urp (di cui una donna), due specialisti di medicina interna (uno con specializzazione in gastroenterologia, l'altro in diabetologia).

⁵¹⁹ S. Manghi, cit., p. 8.

⁵²⁰ L. Speranza, *Medici per passione, per caso e per professione*, in L. Speranza, W. Tousjin, G. Vicarelli (a cura di), cit., p. 18.

⁵²¹ S. Manghi, cit., p. 16.

dell'interazione comunicativa»⁵²² che orientano l'agire e l'interagire dei diversi individui nel contesto della cura.

Agli intervistati è stato chiesto di raccontare la propria esperienza in riferimento ad alcune aree tematiche individuate, nella letteratura sul tema, come snodi significativi all'interno delle trasformazioni in atto nel rapporto medico-paziente. La decisione di non concentrare l'attenzione solo sui medical dramas come potenziali fattori di un mutamento nel rapporto medico-paziente è stata dettata, in prima battuta, dalla necessità di non suggerire agli interlocutori delle interpretazioni pre-confezionate. In seconda battuta, si è rivelato chiaro che per i medici le fiction non costituivano un argomento di particolare interesse. Esse sono state da loro prese in considerazione solo all'interno del più ampio discorso sulla diffusione dell'informazione biomedica di massa o per il loro potere di creare aspettative riguardo alla sanità.

Le aree tematiche sulle quali, invece, si è principalmente orientata la conversazione sono state: la comunicazione quotidiana con il paziente, l'informazione sanitaria di massa, la fiducia/responsabilità fra medico e paziente, le aspettative sociali riguardo alla sanità, l'autonomia professionale. Accanto a questi nodi discorsivi, sono emersi, in misura diversa, altri fattori o fenomeni percepiti come problematici per il rapporto medico-paziente, riassumibili in cinque categorie: la medicina difensiva, l'impatto della crisi economica, la tendenza alla specializzazione della medicina, le questioni di genere e di generazione nel rapporto con i pazienti e con i colleghi⁵²³, le modalità di gestione individuale o collettiva di un rinnovato rapporto fra medico e paziente.

⁵²² *Ibid.*

⁵²³ Non ho avuto modo, nel corso del capitolo, di affrontare per esteso la questione del genere, legata a quella generazionale. Le configurazioni emerse rispetto all'argomento sono state essenzialmente due. La prima è l'esperienza comune, fra le donne medico intervistate, di non sentire riconosciuto il proprio ruolo di professioniste quando alcuni pazienti si rivolgono a loro con l'appellativo "Signorina". Gli esempi sono ricorrenti. C. P., 51 anni, radiologa, riporta: «tu esci da un'ecografia e ti chiedono: "scusi signorina dov'è il bagno?". E anche donne giovani, che insomma, capisco le persone anziane che magari pensano che la donna, all'interno dell'ospedale, possa fare solo l'infermiera o l'ausiliaria. Però le donne giovani, magari più giovani di te, o tue coetanee, che non gli possa venire in mente che tu stai facendo il tuo lavoro di medico e che a un maschio non lo chiederebbero mai dov'è il bagno o la carta igienica... questo ti dà fastidio». La situazione è ancora più estrema per le specializzande, che vivono gioie e dolori della giovinezza. Secondo M. N., 27 anni, specializzanda in cardiologia, la donna giovane «è un mix letale», mentre «l'uomo con il capello bianco... professore direttamente! Cioè quello è il professore senza neanche passare dal via. Mentre invece la donna giovane è signorina». La seconda configurazione ricorrente è quella per cui medici, uomini e donne, affermano che le donne sono più capaci di esprimere il proprio malessere e più consapevoli del proprio corpo di quanto non siano gli uomini. Quindi il ragazzo maschio «si dimostra sicurissimo di sé, anche un po' spaccone, però quando si arriva al dunque, la fisiologia ti dice che aveva una gran paura [...] e invece una donna, una ragazza che ha paura, te la sviscera tutta» (Dall'intervista a A. A., anestesista e rianimatrice, 42 anni). La donna, secondo R. B., 53 anni, pneumologo, è «più coraggiosa» verso la malattia e «è più originale anche nel suo modo di affrontare la malattia, poi molte sono mamme quindi curano le malattie anche dei loro figli, hanno doppi

Per ciascuna area tematica si è cercato di mettere in evidenza non solo il carattere di novità che i partecipanti hanno individuato rispetto al passato, ma anche la varietà di punti di vista e di esperienze sull'argomento. Nel corso del capitolo, dunque, enucleerò alcuni degli elementi relazionali percepiti come più significativi dagli intervistati - benché questi sfumino gli uni negli altri e si sovrappongano continuamente - per arrivare a gettare luce su alcune esperienze locali e sperimentali di risoluzione dei problemi, che mi sono state raccontate.

7.2 Informazione di massa e comunicazione interpersonale

Una delle interviste, con R. B., pneumologo all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, mi porta subito al cuore dei problemi che l'informazione mediatica sta causando nel settore della cura. È una mattina frenetica, perché R. B., fra le altre cose, deve fornire una consulenza per un programma televisivo, il cui ultimo servizio a tema sanità, in onda nei giorni immediatamente precedenti l'intervista, ha destato scandalo nella comunità scientifica e creato non pochi problemi all'attività dei medici. R. B., con precisione filologica, mi legge le e-mail che ha ricevuto nelle ultime ore da alcuni colleghi, così come dai produttori del programma in questione, il famoso programma di Italia 1 *Le Iene*. Il programma, da sempre caratterizzato da uno stile irriverente, attraverso servizi d'inchiesta, reportage e provocazioni satiriche richiama l'attenzione su alcuni casi di attualità italiana e internazionale. Il 5 marzo 2014 manda in onda un servizio riguardante la storia di un paziente affetto da tumore polmonare, operato e recidivato, dopo chemioterapia, a livello cerebrale con un'unica lesione, trattata con gamma knife, cioè con radioterapia. A distanza di anni, come si evince dalla storia, il paziente è vivo e in salute, con dimostrazione della regressione completa della lesione cerebrale. Tale situazione, nel servizio televisivo, viene attribuita meno alla cura di radioterapia eseguita che a una *conversione* dello stile di vita del paziente, secondo i principi della dieta vegana. A riprova di questo, il curatore del servizio ha intervistato

ruoli, tripli ruoli. [...] conoscono anche il loro corpo, perché è un corpo che cambia ogni mese col ciclo». Secondo M. S., 63 anni, medico di base, «in medicina generale c'è un matriarcato assoluto»: «Abitualmente le donne hanno riflettuto comunque di più sul loro stato. [...] E poi tenga presente che in un ambulatorio di medicina generale vengono quasi sempre solo le donne. I maschi vengono pochissimo. Con la scusa del lavoro, con la scusa del...vengono le femmine per i maschi. E quindi veicolo, interpretano, veicolano l'interpretazione. Oppure accompagnano, gestiscono».

una dottoressa, nutrizionista dell'Ospedale San Raffaele di Milano, che ha confermato in maniera inequivocabile che un sano regime dietetico è responsabile della guarigione di alcuni tumori, in concomitanza alla terapia tradizionale o *in sostituzione* alla stessa. Il messaggio di fondo, quindi, è che una patologia polmonare potenzialmente mortale possa essere addirittura guarita, non solo curata, in base a principi dietetici, e che quanto la tecnica e la scienza oggi possono offrire non sia in grado di controllare, far regredire o scomparire la malattia in questione.

Come risultato di ciò, mi spiega R. B., tre pazienti di un suo collega, che sono nelle stesse condizioni del soggetto presentato nel servizio, sono rimasti profondamente turbati e il mattino seguente alla messa in onda hanno iniziato a manifestare dei dubbi riguardo a quanto era posto in essere per la loro salute, chiedendosi se «non sia sufficiente uno spaghetti alla zuccina piuttosto che un percorso consolidato e dimostrato, con tutti i limiti che le cure ancora oggi hanno»⁵²⁴. Viste le rimostranze di alcuni medici, che avevano constatato in prima persona gli effetti del servizio de *Le Iene*, e l'eco dello stesso, che a distanza di giorni dava prova di non essersi ancora sopita, i produttori decidono di mandare in onda un servizio di riparazione.

La vicenda è emblematica della situazione che ho descritto nei capitoli precedenti e che qui trova una conferma: i telespettatori non solo si informano – volenti o nolenti - attraverso la televisione, ma “spendono” nei loro contesti di cura le conoscenze apprese nel circuito mediale, chiedendo maggiori informazioni ai propri curanti, talvolta volendo ri-negoziare le proprie terapie o rifiutandosi di riceverle. I problemi che si originano dalla diffusione dell'informazione biomedica su tutti i mezzi e le piattaforme della comunicazione di massa sono molteplici. M. S., medico di base nella città di Bologna, ne individua almeno due, la confusione che un surplus di informazioni produce nei cittadini e la creazione di false aspettative⁵²⁵:

Credono tutti di sapere tutto perché leggono tre cose su internet. E poi si confondono, poi alcuni lo ammettono. Oppure perché glie lo dice la televisione, il giornale, i giornali femminili, che sparano sempre delle certezze, che non è vero che ci siano le certezze.

⁵²⁴ Dall'intervista a R. B., 52 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

⁵²⁵ Dall'intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

La televisione mostra delle cose che non sono vere. Anche in maniera surrettizia: la pubblicità, ad esempio. [...] C'è una pubblicità in cui, dunque: «ho un'ora di tennis, un'ora di pallacanestro, devo andare all'happy hour, quindi non posso ammalarmi», cioè devo guarire entro due giorni, entro un giorno, e quindi prendo la *x* medicina. Beh, quello sarà un messaggio del cacchio? Tu non puoi far passare questo, perché molta gente ci crede dentro di sé e pensa che non ci si può ammalare, oppure, se ci si ammala, si guarisce nel giro di due ore.

Per alcuni, come per C. P., specializzanda in ortopedia e traumatologia, è la televisione il mezzo che contribuisce maggiormente a creare nei cittadini delle aspettative e delle convinzioni che per il medico è sempre più difficile controllare⁵²⁶:

Il problema sono i programmi televisivi, come su Rai 3, i programmi sulla medicina in cui, ovviamente, le emittenti televisive mettono insieme i migliori professionisti in quel campo e quindi fanno vedere al pubblico di massa quelli che sono i migliori trattamenti in quel momento; che è una cosa positiva, perché si espande l'informazione: meglio che la gente sia informata piuttosto che sia ignorante. Però questa cosa ha portato a un incremento del 200.000% dei pazienti che vengono già con delle idee chiare su quello che vogliono, perché hanno letto, hanno sentito, si sono informati e poi hanno deciso che vogliono farsi fare quella cosa. Vai te a smontare uno che, tu sei a Bologna, lui viene da Catanzaro, prende un aereo per venire da te perché vuole quel tipo di intervento. Vai tu a fargli capire che per te non è una cosa giusta. Non è facile.

Internet è un altro strumento che comporta grandi rischi per i soggetti che non ne sanno interpretare le informazioni e che può seminare il panico, assieme alla sfiducia nel medico curante, come racconta C. L., specializzanda in pediatria presso un ospedale di Ferrara⁵²⁷:

Oggi ci è capitata una mamma di una bambina con un problema, un'encefalite. Non ha chiesto granché e questa è una cosa che... - non l'ho vista personalmente, me la raccontava una mia collega - che non aveva chiesto granché negli ultimi giorni. Ieri è andata a cercare in internet, oggi è tornata in ospedale piangendo per

⁵²⁶ Dall'intervista a C. P., 27 anni, specializzanda in ortopedia e traumatologia, realizzata in data 23/01/2014 a Bologna.

⁵²⁷ Dall'intervista a C. L., 27 anni, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

le cose che aveva letto in internet. E aveva letto, ovviamente, le cose più terribili, che sono, ovviamente, complicità che ci possono essere, però sono rare, non erano molto probabili nel suo quadro, di sua figlia. E lì è molto difficile riprendere il genitore, riportarlo alla situazione reale. [...] molto spesso la gente si fida molto di più di quello che trova in internet piuttosto che di quello che tu gli dici, perché dicono «internet non mente, non ha interesse a...».

Anche i giornali continuano a fornire dei rimedi per l'auto-cura e, nelle parole di G. M., diabetologo presso l'ospedale Sant'Orsola di Bologna, il contatto con il medico è solo l'ultima tappa di un processo che i soggetti intraprendono, dopo aver sperimentato varie sconfitte⁵²⁸:

Difficilmente lavoriamo su pazienti vergini. Cioè, i pazienti che vengono da noi di solito hanno già sperimentato, o individualmente, o in gruppo, la volontà di cambiare, hanno guardato *Viver sani e belli* e hanno preso giù l'ultima dieta, hanno fatto la dieta proteica, hanno fatto la dieta chetogena, hanno fatto tutte queste diete alla moda che si trovano da qualunque parte, e hanno fallito sistematicamente.

Tornano alla mente, a questo proposito, le parole di Roy Porter, quando scriveva che dovremmo smettere di vedere il dottore come l'agente delle cure primarie: «la gente si cura prima di andare dal medico. Ciò che noi abitualmente chiamiamo cure primarie sono, nei fatti, delle cure secondarie, una volta che il sofferente è diventato paziente, che è entrato nell'arena medica»⁵²⁹. Resta il fatto che l'informazione - o la pseudoinformazione - biomedica di massa è uno dei fattori che i professionisti della sanità individuano più spesso come caratteristici del “nuovo” rapporto medico-paziente e spesso problematico, come dimostra il racconto di R. D. G., internista e gastroenterologo⁵³⁰:

Il rapporto medico-paziente oggi è chiaramente messo in crisi da tante situazioni. [...] Una volta era, invece, un rapporto molto schietto e diretto. C'era il medico e

⁵²⁸ Dall'intervista a G. M., 66 anni, realizzata in data 24/02/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵²⁹ R. Porter, cit., p. 192.

⁵³⁰ Dall'intervista a R. D. G., 55 anni, realizzata in data 06/06/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

c'era il paziente. Il paziente si rivolgeva al medico. E tutto quanto finiva lì. Al massimo, i più eruditi, sfogliando un giornale, potevano cogliere qualche cosa che poteva essere loro più utile per poter, però, sempre aiutare la figura del medico nel risolvere il loro problema. [...] Invece oggi, molto spesso, troviamo dei pazienti che mettono in atto delle vere e proprie sfide nei confronti nostri, perché dicono «ah, ma io su internet...», «ah, ma io in televisione...», «ah, ma io per radio...», «ah, ma io ho letto...», «ah, ma perché il giornale...», magari di diffusione, divulgativo, il più banale che esista. [...] Questo chiaramente non sempre facilita il nostro compito o, per lo meno, lo rende certamente molto competitivo, molto competitivo.

Cosa comporta, dunque, e come viene gestita dal medico l'“intrusione” dei mezzi di comunicazione nel campo della sanità? L'opinione più condivisa dai miei intervistati è che «l'informazione va benissimo. Però deve essere una corretta informazione»⁵³¹; la maggior parte dei medici, infatti, dichiara di preferire trattare con persone informate:

preferisco le persone informate, perché c'è probabilmente da parlare di più, ma ci si intende. Perché con le persone non informate c'è la questione, non da poco, del teorico consenso informato. Io dovrei accertarmi che abbiano davvero capito quello che gli dai, e questo non sempre... con le straniere è così: gli dai un prodotto, han capito, non hanno capito? Lo prendono bene, non lo prendono bene? Non lo sai. Con la persona informata fai presto a ragionare: queste sono le opzioni, queste sono le scelte, [...] c'è anche questa possibilità, facciamo questa scelta con questi rischi... è concordata, in qualche modo⁵³².

L'operazione in cui tutti i medici dicono di impegnarsi quotidianamente è quella di «smontare delle informazioni sbagliate»⁵³³, cioè, quando si ha un colloquio, «cercare di resettare, cercare di capire che cosa la persona sa e cercare di dire la tua, dare il tuo contributo»⁵³⁴. Le informazioni sbagliate sono come una malattia, nelle parole di R. B.: «le patologie croniche sono le più difficili da curare, quindi anche le informazioni più sbagliate e cronicizzate, chiaramente, sono quelle più difficili da scardinare. Perché ti hanno ormai condizionato per anni, certi comportamenti, certe scelte, certe rinunce,

⁵³¹ Dall'intervista a A. A., anestesista e rianimatrice, 42 anni, realizzata in data 25/03/2014 a Bologna.

⁵³² Dall'intervista a G. F., ginecologo, 64 anni, realizzata in data 10/03/2014 presso un poliambulatorio di Bologna.

⁵³³ *Ibid.*

⁵³⁴ *Ibid.*

certi amori, certi odi, è difficile, insomma»⁵³⁵. Avere a che fare con un paziente informato piuttosto che con uno non informato è come «prendere un computer usato o uno nuovo: in uno devi installare tutto da zero e nell'altro togliere i virus»⁵³⁶, ma «spesso ci sono tutte e due le cose: quando uno arriva qua, non è mai completamente a zero»⁵³⁷. È una procedura complessa, nella quale si investono molte risorse mentali ed emotive, come spiega C. P., specializzanda in ortopedia⁵³⁸, e che talvolta non va a buon fine:

Se vai da un medico, è perché vuoi sentire un parere. Molti pazienti un parere se lo sono già fatto, per cui se tu non gli dai la risposta che loro si erano già messi in testa di sentire, ne escono insoddisfatti. [...] Quando tu dai una risposta diversa da quella che loro vogliono, vanno giù di testa. Perché loro volevano magari, a tutti i costi, essere operati, perché nella loro mente di ignoranti – ignoranti nel senso che non conoscono l'argomento – si sono fatti, hanno letto... il dramma è internet, capito? Cioè, in questo, internet ha cambiato completamente il rapporto medico-paziente. [...] Devi prima distruggere quello che loro si sono fatti come idea e poi ripartire da zero. Con alcuni è facile, con alcuni si riesce a fare. Con altri no, per cui tu magari hai investito 40 minuti, hai speso tutte le tue capacità, i tuoi studi, la tua volontà, la tua onestà [...] però alla fine cosa ho come risultato? Una persona delusa. Perché? Perché chissà per quale motivo si era fatta... quindi è difficile, non è sempre detto che la buona volontà del medico dia un risultato efficace nel malato.

I medici intervistati, in generale, si dimostrano però accorti del fatto che il problema dell'informazione, per chi la confeziona come per chi ne è destinatario, risiede più che altro nell'utilizzo che se ne fa; occorre allora imparare a conoscerla e a gestirla in modo positivo e strategico:

non è solo la tv, non è solo internet, la comunicazione nel mondo globale segue delle regole e bisogna saperla usare. Bisogna saperci convivere, stare molto attento a quello che dici, come dicevamo prima, quello che dici rimane per

⁵³⁵ Dall'intervista a R. B., pneumologo, 52 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

⁵³⁶ *Ibid.*

⁵³⁷ *Ibid.*

⁵³⁸ Dall'intervista a C. P., 27 anni, specializzanda in ortopedia e traumatologia, realizzata in data 23/01/2014 a Bologna.

sempre, però hanno una capacità di forza straordinaria. [...] È una tecnica, se poi ci metti dell'empatia, del cuore, è meglio, però è una tecnica, scrivere, comunicare la salute, è un'arte, ecco⁵³⁹.

Secondo R. B., fervido sostenitore di un utilizzo proattivo dei mezzi di comunicazione di massa, i medici dovrebbero anzi imparare ad utilizzarli più spesso per divulgare informazioni corrette, perché certe volte, proprio per il fatto che attraverso di essi è possibile raggiungere molte persone, si può essere veramente d'aiuto⁵⁴⁰ e allora comunicare attraverso i media diventa un servizio pubblico:

non posso esimermi, non posso rifiutarmi di farlo; chi lo fa, secondo me è di fronte a un grosso limite, è come non fare ricerca. [...] Se io ti dimostro che tu, una volta che hai smesso di fumare, poi per tre minuti inquinai ancora, e quindi stai fuori a fumare, poi facciamo un filmato alle *Iene* e tu fai del bene a decine di migliaia di persone; se no, rimani dentro al tuo laboratorio, pubblichi sulla rivista scientifica, ok, ti fai il curriculum, però non lo scopre nessuno [...] quindi tu fai l'articolo sulla rivista scientifica, però magari poi fai smettere di fumare centinaia di donne perché hanno sentito la domanda al programma di quiz di *Amadeus*, capisci?

Insomma, i pazienti, nelle parole dei medici, hanno dei bisogni informativi sempre più numerosi, ma nella ricerca di informazioni devono essere guidati e istruiti a selezionare ed interpretare le fonti più appropriate: «Quando c'è un mare di informazione, il problema è quello di scegliere l'informazione pertinente e scientificamente basata sui fatti; e questo non è semplice, soprattutto se c'è un coinvolgimento emotivo fortissimo. [...] Non è facile quando il mare delle informazioni è amplissimo, però, appunto, non si può tornare indietro. Il mare è quello, bisogna navigare nelle informazioni, quindi dare ai pazienti gli strumenti, ad esempio, per scegliere i siti»⁵⁴¹, afferma R. M., responsabile URP all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Il problema dell'informazione sanitaria, a livello pratico, riguarda anche l'informazione ufficiale che le aziende ospedaliere e il Ministero si preoccupano di diffondere, perché le strutture sanitarie

⁵³⁹ Dall'intervista a R. B., pneumologo, 52 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

⁵⁴⁰ *Ibid.*

⁵⁴¹ Dall'intervista a R. M., 61 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

stanno diventando sempre più complesse e il cittadino si trova di fronte ad un'informazione che non è destinata al suo caso specifico e che dunque può spiazzarlo e addirittura far ritardare un suo passaggio dall'esperto medico:

è difficile muoversi all'interno del settore sanitario e, nonostante carte dei servizi, siti istituzionali disponibili, solitamente la domanda del paziente è orientata al suo caso, invece i siti e i documenti che noi prepariamo sono orientati a spiegarvi chi siamo noi, per cui [chi è] il presidente, capo dipartimento, mail, per cui è una visione che è molto difficile da far incontrare. Io, invece, ho un tumore al seno, voglio sapere chi sono i miei riferimenti diagnostici, poi terapeutici, poi d'intervento chirurgico⁵⁴².

L'individualizzazione che contraddistingue oggi l'informazione tout court e la tecnologia (sempre più on-demand e offerta al cliente in base ad un suo profilo di gusto e di interessi) non sembra essere ancora pienamente realizzata per quanto riguarda il settore sanitario. Se, in absentia, la tecnologia permette di raggiungere, guidare e monitorare alcune situazioni anche a distanza (è il caso del programma di educazione allo stile di vita via web, contro l'obesità, di cui mi parla il diabetologo G. M.), in praesentia, l'"ospedale su misura del paziente" «spesso e volentieri rivela soltanto una teoria, perché non sempre viene fatto su misura loro»⁵⁴³:

il paziente dovrebbe essere al centro dell'attenzione, della cura, ma non sempre si può fare, perché comunque c'è l'organico che non è abbastanza numeroso, ci sono delle circostanze particolari, etc. E però questa cosa è stata pubblicizzata e secondo me le persone si sentono autorizzate, trovando questa formula, "l'ospedale su misura del paziente", anche ad andare oltre. [...] Cioè, di base non c'è un'informazione reale e accurata, per quanto riguarda le persone, su cosa significa questo ospedale su misura del paziente. È vero che lui deve essere al centro delle cure, però è anche vero che devono mettere noi nelle condizioni di lavorare. Ti faccio un esempio: da noi hanno tolto il pass, sempre in virtù di questa decisione europea di fare l'ospedale più a misura del paziente. Hanno tolto il pass e quindi

⁵⁴² *Ibid.*

⁵⁴³ Dall'intervista a C. B., 51 anni, infermiera presso un ospedale di Pistoia, realizzata in data 20/05/2014 via Skype.

noi, praticamente, dalla mattina alla sera abbiamo sempre e comunque persone esterne, parenti, amici, sempre e in continuazione. E ci fanno lavorare male⁵⁴⁴.

Spesso, quindi, un'informazione poco chiara è fornita, a causa della stratificazione e della burocratizzazione di certi protocolli delle aziende ospedaliere, dagli stessi uffici che dovrebbero essere preposti ad orientare il cittadino. E. C., impiegata presso l'URP di un ospedale di Legnago, mi racconta i passaggi che talvolta un malato deve compiere per riuscire a prenotare una prestazione radiologica⁵⁴⁵:

ci sono delle prestazioni radiologiche che non vengono prenotate al CUP, però nell'informativa che noi diamo è che, se tu hai bisogno di qualsiasi cosa, chiami il Centro Unico di Prenotazione. Quindi la persona chiama il Centro Unico di Prenotazione, il Centro Unico di Prenotazione gli dà il numero del centralino per quel tipo di esame radiologico, il numero del centralino prova a mettersi in contatto con la radiologia, la radiologia non risponde e allora il centralino le dà il numero diretto. La persona da casa, quindi, ha già fatto due telefonate. Prova a fare la terza, magari è occupato, perché rispondono solo da un certo orario a un certo orario. E riprova e riprova e riprova. Dopo qualche giorno, riesce a prendere la linea e scopre che bisogna che vada lì di persona. [...] Cioè, ci sono tante cose che danno ragione alla Radiologia di vedere la persona, però è inutile fargli fare tutto questo giro, capito?

Le modalità individuate dai miei intervistati per fare sì che i pazienti possano orientarsi all'interno di un sistema sempre più complesso, in cui l'informazione è molta, ma molto poco trasparente, sono essenzialmente tre: dedicare più tempo alla conoscenza e al dialogo con il paziente, affidarsi ad altri operatori sanitari che fungano da interfaccia fra medici e pazienti per le questioni meno urgenti, predisporre un servizio di counseling, individuale o di gruppo, a supporto dei pazienti.

Nell'esperienza di C. B., infermiera, i pazienti, di norma, considerano lei e i suoi colleghi «spesso e volentieri come un tramite per qualche domanda al dottore. Cioè, quando c'è il dottore, la visita medica, loro mediamente gli dicono la metà delle cose che vorrebbero dirgli; appena il dottore va via, ci chiamano: “ma io non gli ho detto

⁵⁴⁴ *Ibid.*

⁵⁴⁵ Dall'intervista a E. C., 54 anni, impiegata URP presso un ospedale di Legnago, realizzata in data 23/02/2014.

questo, [...] ma io ho bisogno di questo” [...] perché comunque noi siamo sempre lì, cioè, ci vedono, noi siamo 24 ore su 24 lì, il medico fa la visita e poi va via. Irraggiungibile»⁵⁴⁶.

C. B. mi racconta che, nella sua esperienza, la professione infermieristica è ancora molto sottovalutata dal punto di vista intellettuale⁵⁴⁷: «l’infermiere, ancora, in Italia, non è vista come una professione, come posso dire, culturale [...] a noi non ce la danno questa dimensione intellettuale, di professionisti che possono, ecco, fare indagine sul campo e proporre anche dei risultati»⁵⁴⁸. L’infermiere, nelle parole della mia intervistata, è quindi anche poco impiegato per ricoprire ruoli che sarebbero utili alle aziende ospedaliere, riguardo all’orientamento e alla informazione dei pazienti:

noi infermieri avremmo - e stiamo iniziando a muoverci - una voce in capitolo, perché una parte del nostro compito è quello della prevenzione e dell’educazione. Recentemente ho letto che proprio per aiutare le persone a cercare, ad avere delle fonti certificate sanitarie, hanno fatto proprio un sito, dove sono gli infermieri che immettono le notizie e che ovviamente non sono notizie così date dal primo che capita, con l’assicurazione, diciamo, di adesione alla realtà. E quindi secondo me noi potremmo fare molto per questo aspetto, cioè aiutare le persone a capire quali sono le fonti giuste, perché effettivamente c’è un mare magnum incredibile, che crei della confusione è comprensibile.

In alcuni ospedali, questa strada è già praticata. Lo esemplifica E. R., oncologo, che lavora presso l’Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia⁵⁴⁹:

Se i pazienti vengono qui con delle domande specifiche [...] noi siamo in grado di guidarli [...] tra l’altro, abbiamo aperto un ufficio, dove c’è un’infermiera esperta in health literacy, che aiuta chi lo vuole. È poco usato, [...] però li aiuta ad andare nei siti giusti, a trovare le informazioni che vogliono trovare e a spiegarle anche.

⁵⁴⁶ Dall’intervista a C. B., 51 anni, infermiera presso un ospedale di Pistoia, realizzata in data 20/05/2014 via Skype.

⁵⁴⁷ Per introdurre il discorso, C. B. si serve del paragone con le infermiere della serie *ER*, in cui queste si possono confrontare con il dottore sulle terapie, e osserva: «loro sì, hanno molta più autonomia, sono molto più riconosciute e hanno molto più campo d’azione rispetto a noi» (Dall’intervista a C. B., 51 anni, infermiera presso un ospedale di Pistoia, realizzata in data 20/05/2014 via Skype).

⁵⁴⁸ Dall’intervista a C. B., 51 anni, infermiera presso un ospedale di Pistoia, realizzata in data 20/05/2014 via Skype.

⁵⁴⁹ Dall’intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l’Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

In altri casi, infermieri e medici di altre discipline possono collaborare affinché i pazienti si sentano liberi di chiedere informazioni e ricevere assistenza di diverso tipo dagli uni o dagli altri. Lo spiega R. B., pneumologo⁵⁵⁰:

mi avvalgo molto dell'aiuto di psicologi, di infermieri, io ho lavorato anche, due anni, nelle cure palliative, assistenza domiciliare ai malati terminali e mi ha aiutato molto andare a casa delle persone. All'inizio mi spaventava a morte, poi dopo ho imparato e ho imparato molto a fidarmi anche degli infermieri, perché quello che viene detto agli infermieri o agli psicologi anche nel counseling è spesso molto diverso rispetto a quello che viene detto al medico, perché se tu mi dici che hai la nausea, io ti do l'antinausea, ti do il Plasil; se lo dici all'infermiere, magari dice: «cos'hai mangiato?». E quindi bisogna collaborare. Noi dobbiamo sempre dare le medicine, e quindi molte cose non ci vengono dette o vengono ingigantite perché vuoi delle medicine, e quindi mi piace lavorare insieme ad altre realtà, [...] lo psicologo, il nutrizionista, l'infermiere, il ricercatore, l'esperto di polveri sottili, nel rispetto delle reciproche competenze.

Anche il medico di base si assume la responsabilità e gli oneri di questo compito: «uno dei compiti della medicina generale, non tanto degli specialisti, è quello di fare educazione sanitaria [...] È il medico che deve fare educazione sanitaria, anche laddove c'è la presunzione da parte del paziente di sapere tutto perché ha letto su internet»⁵⁵¹. M. S. rammenta, però, alcuni dei fattori che spesso impediscono al medico di adempiere allo scopo: il tempo, la pazienza, le parole giuste, che spesso non sono quelle del linguaggio scientifico. Occorre allora trovare il tempo per spiegare ai pazienti in modo chiaro di cosa si sta parlando e «siccome tu sei in una posizione di forza, tu medico, devi tu adattarti, capire dove c'è bisogno di scendere»⁵⁵², perché «altrimenti fai un lavoro inutile, perché non vieni seguito: è come andare in guerra con le truppe che non ci sono. Uno si volta indietro, così: “ah ma non c'è più nessuno”. Eh, non c'era mai stato nessuno. Erano rimasti tutti là perché non avevano capito che bisognava andare

⁵⁵⁰ Dall'intervista a R. B., pneumologo, 52 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

⁵⁵¹ Dall'intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

⁵⁵² *Ibid.*

avanti»⁵⁵³. La posizione comune, fra gli intervistati, è che debba essere il medico ad avvicinarsi al paziente, a «scendere» col suo linguaggio, perché è giusto, e facilita la relazione, se il paziente si esprime con «parole semplici, ma che siano molto ben usate [...] che mi riveli realmente ciò di cui ha bisogno»⁵⁵⁴. Anche in questo, a detta dei medici, il rapporto con i pazienti è cambiato molto:

io sono di Bologna, sono nato a Bologna, mi ricordo che quando ho cominciato a fare il medico, ad esempio, una delle cose che mi ha dato una grande facilità di rapporto con i pazienti è stata il fatto che parlavo un po' di dialetto, allora immediatamente, di fronte a delle persone semplici, che erano le persone che poi frequentavano e che venivano in ospedale, il fatto di parlare il dialetto creava una specie di rapporto quasi di cameratismo e di simbiosi. Ecco, oggi questa cosa non è più possibile. C'è molta più formalità o informalità formale, cioè gli infermieri danno del "tu", però è un "tu" che non è un "tu" com'era una volta. [...] Secondo me è diventato più difficile fare il medico adesso. È diventato molto più difficile. Un po' perché sono aumentate le conoscenze e per stare aggiornati si diventa matti: anche su uno si settorializza molto, finisce per diventare veramente un problema stare sul pezzo. [...] L'altro punto forse è proprio una modifica del costume⁵⁵⁵.

L'impressione degli intervistati è che, nella maggioranza dei casi, il linguaggio che utilizzano oggi i pazienti sia comunque «diretto, più semplice, da uomo della strada, insomma, con l'uso di termini tecnici spesso distorti ma abbastanza contenuti e limitati»⁵⁵⁶. I problemi possono crearsi, piuttosto, con quella minoranza che utilizza termini tecnici e che, in genere, «appartiene a due categorie»:

o quello che è già andato su internet, ha già studiato, ha già fatto e quindi vuole, in qualche maniera, cercare un rapporto alla pari per superare il problema, o, in campo nostro, spesso questi pazienti, quelli che usano termini tecnici, sono quelli che hanno già girato molti medici e spesso sono pazienti, quelli che noi definiamo con patologia funzionale, cioè con patologia che non ha una causa ben precisa,

⁵⁵³ *Ibid.*

⁵⁵⁴ Dall'intervista a R. D. G., 55 anni, gastroenterologo, realizzata in data 06/06/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵⁵⁵ Dall'intervista a G. M., 66 anni, diabetologo, realizzata in data 24/02/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵⁵⁶ Dall'intervista a D. F., 64 anni, gastroenterologo, realizzata in data 27/03/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

che non vuol dire che sia un malato immaginario, ma che hanno già girato e non hanno trovato una soluzione soddisfacente alle loro esigenze⁵⁵⁷.

Dedicare più tempo alla conoscenza e al dialogo con il paziente è uno dei modi ritenuti più efficaci non solo per guidare il paziente verso una scelta o un'adesione consapevole alle terapie, ma anche per evitare o smorzare le tensioni che spesso si creano tra i due soggetti. La messa in pratica di una relazione di questo genere è però resa difficile da alcuni fattori, fra i quali l'alto grado di specializzazione, che rende i contatti sempre più frammentari, e il poco tempo a disposizione da dedicare a ogni paziente.

7.3 Il tempo: un bene di lusso

In *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient*, Norman Cousins definisce “merce rigorosamente razionata” il tempo nella medicina: «Il tempo è la vera cosa che i pazienti chiedono ai medici: tempo per essere ascoltati, tempo per farsi spiegare le cose, tempo per essere presentati personalmente dal medico curante agli specialisti o agli altri sanitari, la cui stessa presenza sembra rispecchiare qualcosa di nuovo e terribile. Eppure è proprio il tempo l'unica cosa che sembra sfuggire alla volontà e al controllo dei medici»⁵⁵⁸. Anche nelle parole dei miei intervistati, il tempo è una di quelle variabili che potrebbero ridare serenità al rapporto medico-paziente. Eppure, per motivi diversi, specialisti e medici di base si accorgono che questo è un bene che non sempre ci si può permettere. C. P. è l'unico medico, tra i miei intervistati, che esercita in una branca chirurgica, quella dell'ortopedia e traumatologia. Mi spiega che nella pratica quotidiana, al suo ospedale, non arrivano i grossi traumi, piuttosto persone che, per avere una qualità della vita migliore, si fanno operare o installare delle protesi. La sua posizione è chiara: «un bravo medico fa le cose al meglio nel minor tempo possibile, perché non ci si può trattenere più di tanto, perché è una macchina complessa, se tu ti intrattieni, si deve intrattenere lì anche l'infermiera e il tecnico di laboratorio e fai scalare tutto e tutti; e poi non sei lì per fare delle chiacchiere»⁵⁵⁹. Inoltre, si evince dalle sue parole, nei

⁵⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁵⁸ N. Cousins, *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient: Reflections on Healing and Regeneration*, Bantam, New York, 1981, p. 137.

⁵⁵⁹ Dall'intervista a C. P., 27 anni, specializzanda in ortopedia e traumatologia, realizzata in data 23/01/2014 a Bologna.

reparti di chirurgia il malato non è al centro e, con tutto il lavoro che c'è da fare, occorre razionare oculatamente il tempo della giornata:

non si può pensare di, come dire, investire... cioè, tu col paziente ci stai quello che ci devi stare, che devi considerare che è un tempo relativo, perché il paziente quando viene in ricovero è già stato visto in ambulatorio, una, due o tre volte dal medico che gli propone il ricovero. Per cui [...] arriva già che sa quello che gli toccherà, sa già... al massimo devi un po' gestire la sua ansia e fargli qualche domanda sulla sua storia, un po' di anamnesi, di esame obiettivo. [...]

Col malato ci stai quanto puoi, però dipende anche dalla mole, cioè noi abbiamo 36 letti, quindi 36 malati, non sono due, cioè non sono pochi, per cui il giro visita per noi è molto più veloce, rispetto a un reparto di medicina interna, a un reparto come può essere un reparto in cui non ci sia la chirurgia, in cui un malato è il centro del problema. Da noi c'è tutta la parte prima, cioè loro entrano per essere operati, è un reparto chirurgico, per cui perdi tempo a spiegare al paziente. [...]

al massimo, se ha delle domande, tu gli rispondi volentieri e passi del tempo, però quando tu ne hai 36 da gestire e hai davanti solo 12 ore, nel senso... se dovessi passare due ore con ogni malato, finisci di fare le cose alle 5 di mattina. [...]

Sta alla coscienza del medico, però sta anche alla coscienza del medico non rallentare il lavoro delle altre 50 persone che girano, perché in reparto non ci sei solo tu: ci sono i tuoi colleghi, gli infermieri, gli os, c'è il primario che vuol fare il giro, cioè, non ci sei solo tu. Ci sei tu e altre 20 persone che contemporaneamente fanno lo stesso turno, per cui ci vuole anche il rispetto delle altre figure professionali⁵⁶⁰.

Dal canto suo, A. A., anestesista e rianimatrice, mi racconta che il chirurgo deve essere necessariamente schematico e sicuro di sé (sottinteso: anche con i pazienti), mentre l'anestetista si deve mettere in discussione e, in caso di imprevisti durante un'operazione, sottoporre mentalmente a giudizio l'operato di tutti per capire cosa c'è che non sta andando per il verso giusto. A. A. spiega che, proprio per proteggersi dall'imprevisto, i carrelli degli anestesisti hanno un ordine maniacale: «io, ad esempio, metto gli oppioidi sempre in una siringa da due e mezzo, metto gli ipnotici in una siringa da venti, metto il curaro sempre in una siringa da cinque e poi i salvavita li metto di traverso, gli altri sono dritti. Questo perché? Perché già fai un lavoro in cui si

⁵⁶⁰ *Ibid.*

intersecano le varie vie, quando allunghi la mano per prendere una cosa, deve essere lì dove tu l'hai lasciata, e deve essere quella. Cioè, che siano le tre del mattino, che siano le otto del mattino quando hai appena montato, è la tua sicurezza, cioè il fatto che tu hai un ordine nella confusione»⁵⁶¹. Eppure, o proprio per questa propensione al controllo di tutti i fattori in gioco, prima di entrare nel caos della sala operatoria, A. A. ritiene indispensabile ritagliarsi un momento per conoscere il paziente, prima di tutto perché «qualunque sia il suo intervento, ha bisogno di essere ascoltato [...] e ha il diritto di sapere qualsiasi cosa gli venga in mente in quel momento»⁵⁶² e poi perché «è la tua fonte di informazione, al di là degli esami e delle cose, il racconto del paziente... ti guida»⁵⁶³. L'anestesista sottolinea anche l'importanza di vedere il paziente fuori dalla sala operatoria, in una saletta separata: «è una cosa che riesci a fare su quel letto, non sul letto operatorio. Perché se tu ce l'hai già sul letto operatorio, non vedi più tante cose. Banalmente, anche proprio la cute, che temperatura ha, che espressione ha... cioè, è tutto alterato dal fatto di entrare in sala operatoria, quindi hanno più paura, hanno freddo»⁵⁶⁴.

Nelle specialità a minore o a bassa complessità medico-chirurgica, invece, ad essere elevata è la complessità relazionale e per riuscire a districarsi in essa, oltre alla chiarezza del linguaggio, l'unico fattore necessario è il tempo. G. F., ginecologo, lo mette bene in evidenza: «i tempi che ci sono stati dati piano piano si sono ridotti. E quindi spesso la richiesta è anche piuttosto evidente, la richiesta di aiuto e bisogno, ma non ci sono gli spazi per rispondere»⁵⁶⁵. Anche per C. L., specializzanda in pediatria, il fatto che spesso vengano compromesse la qualità della cura e il rapporto umano con le persone è «una questione di tempo e di quantità del personale»:

in Pediatria capita raramente che ci siano dei colloqui con questa modalità, cioè il paziente e il medico strutturato chiusi in una stanza da soli a parlare, anche perché, anche per questioni logistiche, noi non abbiamo una stanza in Pediatria in cui parlare con i genitori. L'unica stanza che abbiamo è lo studio medici, a cui hanno

⁵⁶¹ Dall'intervista a A. A., anestesista e rianimatrice, 42 anni, realizzata in data 25/03/2014 a Bologna.

⁵⁶² *Ibid.*

⁵⁶³ *Ibid.*

⁵⁶⁴ *Ibid.*

⁵⁶⁵ Dall'intervista a G. F., ginecologo, 64 anni, realizzata in data 10/03/2014 presso un poliambulatorio di Bologna.

accesso decine di persone in continuazione e non è possibile occuparlo per un'ora perché si blocca l'attività del reparto⁵⁶⁶.

Non sono riuscita ad evincere, dalle risposte dei medici, se la gestione del tempo che essi dedicano ad ogni paziente è discrezionale o deve rispettare delle linee guida. A seconda del contesto, ospedaliero o ambulatoriale (non ho volutamente considerato i tempi della libera professione, che sono ovviamente più dilatati), ogni medico sembra adottare un criterio a metà fra ciò che è “raccomandato” o “raccomandabile” secondo la struttura in cui lavora e ciò che, in cuor suo, ritiene di dover offrire a un determinato paziente. C'è consenso sul fatto che il paziente «chiede solo una cosa»: «chiede di essere capito, di essere ascoltato, di essere possibilmente curato»⁵⁶⁷. Ecco perché «questo è in contrasto con quelle che sono le indicazioni delle varie aziende ospedaliere, oppure universitario-ospedaliere, che dicono: “un paziente deve essere visitato in venti minuti, quaranta minuti, cinquanta...”». Il paziente può essere visitato in cinque minuti come forse, certe volte, non bastano due ore. Dipende molto da quello che il paziente ti racconta, ti dice, ti manifesta»⁵⁶⁸. Per qualcuno, il colloquio fra medico e paziente si è ridotto non solo da quando «si ha la necessità, per l'aziendalizzazione, di curare più velocemente il paziente, di spendere meno»⁵⁶⁹, ma anche a causa di esami e strumentazioni che aumentano:

[negli] anni '80 non c'erano tutti questi devices, quindi a un certo punto lui [il medico] doveva parlare, parlare, parlare, parlare. Man mano che la medicina è progredita e la scienza è progredita, io comincio a parlare di meno e ad agire di più, attraverso altre formulazioni, esami, consulti e quant'altro, effettivamente riducendo un po' il colloquio⁵⁷⁰.

Per mantenere un rapporto chiaro e rispondere in maniera esaustiva alle richieste dei pazienti serve tempo, talvolta molto più di quello concesso dagli orari di ambulatorio:

⁵⁶⁶ Dall'intervista a C. L., 27 anni, specializzanda in pediatria, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

⁵⁶⁷ Dall'intervista a R. D. G., 55 anni, gastroenterologo, realizzata in data 06/06/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ Dall'intervista a G. M., 75 anni, anestesista e rianimatore in pensione, realizzata in data 18/02/2014 presso lo studio privato del figlio, a Bologna.

⁵⁷⁰ *Ibid.*

perché bisogna spiegare, quindi siccome [...] nei sistemi sanitari nazionali europei, una visita media, la durata media di una visita, sono dagli 8 ai 10 minuti, lei in 8 minuti deve farsi raccontare, individuare il problema, fare le richieste e convincere anche il paziente... eh, cioè, diventa dura, quindi vuol dire che sforzi. Ma se sforzi, vuol dire che alla fine della giornata hai un'ora, due, tre in più di lavoro. E non tutti sono disponibili a farlo. Anche perché quando vai a casa, la moglie dice: «tu chi sei?», «chi è lei che entra qua?». Perché non ti riconosce più, che è vero⁵⁷¹.

Anche chi cerca di andare incontro alle diverse esigenze dei pazienti, si ritrova incapace di rispondere adeguatamente: «io lavoro un po' per appuntamento e un po' no, come libero accesso, in modo da favorire un po' tutti, un po' alla mattina e un po' al pomeriggio [...] pensavamo di attenuare un po' il lavoro, invece si è riempito tutto, perché lei lo sa che nella sanità è così [...] non è che dando più offerta cala il lavoro, no, si coprono tutti i buchi perché la richiesta è costantemente affannosa»⁵⁷². Per farmi capire quanto il medico lavori oggi sotto la pressione di ritmi sempre più incalzanti, M. S., medico di medicina generale, racconta⁵⁷³:

A me capita che io sono qui nell'orario sbagliato, faccio conto alle 8 di sera nel giorno in cui non faccio ambulatorio, e il telefono squilla. E ogni tanto io lo tiro su e gli dico «ma scusi ma perché lei telefona a quest'ora qui, che io non ci dovrei essere?» «Ah, ho provato». E perché, in banca prova a fare così? O dall'avvocato prova a fare così, a vedere se c'è? No, perché con il medico si può fare tutto, perché c'è questa scusa della necessità, che in realtà spesso non c'è. Io non posso camminare per strada normalmente, perché sicuramente, siccome sono molto conosciuto, sicuramente qualcuno mi ferma e non per salutarmi, ma per dire: «già che sono qua, ho male qui», cioè è un delirio essere medici. È un delirio. Però è un lavoro bellissimo.

Per ovviare alla scarsità di tempo dedicata alla visita media, medici e pazienti provano a servirsi di altri strumenti di comunicazione, ad esempio il telefono e la mail. Se, per alcuni, questa modalità non fa altro che comportare un ulteriore carico di lavoro, talvolta senza arrecare reali benefici, per altri può essere una modalità valida di

⁵⁷¹ Dall'intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

⁵⁷² *Ibid.*

⁵⁷³ *Ibid.*

comunicazione, a patto che essa venga quantificata al pari delle altre ore di lavoro. «Il telefono è molto tosto», spiega M. S. «io riceverò al giorno 60/70 telefonate, in cui non è che senti solo, ma devi dare dei consigli al volo, devi prendere tempo, oppure dire “venga da me” [...]. Il telefono ha questa difficoltà: che non si vede il linguaggio non verbale, non vedo l’espressione, ci sono solo quelle della voce, per cui quello conta molto, sa, per vedere quanto il paziente è spaventato, quanto è ansioso rispetto alle sue patologie, quanto invece è comunicativo»⁵⁷⁴.

Il mezzo elettronico non può dunque sostituire la visita, né ambisce a farlo; può però essere utile per dei consulti rapidi, che fanno sentire il paziente meno solo e più seguito: «molte volte ci chiamano da casa: abbiamo un telefono disponibile, anche per le stupidaggini, però a volte per loro non lo è una stupidaggine. Per noi, ci metto cinque secondi a dirgli “stia tranquillo, non è nulla”»⁵⁷⁵.

Il problema dell’utilizzo di questi mezzi, sempre più frequente nel sistema attuale, è che il tempo dedicato a questi consulti rientra in un lavoro “extra” non retribuito:

le dietiste sono massacrate perché continuano a ricevere un sacco di mail, per cui il lavoro, che una volta era un lavoro come quello che stiamo facendo noi, cioè face to face, sta diventando sempre più... anche perché se uno abita a Parma non ha senso farlo venire per chiedermi qualcosa. Me lo chiede per mail e io gli rispondo per mail. Il problema è che tutto questo non è contabilizzato nel sistema sanitario, e si dovrà andare verso un sistema che contabilizzi anche questo, perché io comincio ad avere le dietiste che non sanno più come fare, perché loro spendono un’ora, due ore al giorno a tutta questa cosa. E non ha un ritorno economico questo, perché non viene contabilizzato in termini di spesa o servizio prodotto⁵⁷⁶.

E. C., che lavora come impiegata presso l’Ufficio Relazioni col Pubblico di un’azienda ospedaliera di Legnago, racconta che la stragrande maggioranza delle lamentele che i pazienti quotidianamente segnalano ha proprio a che fare con la comunicazione:

Se c’è un medico che ha con il paziente un momento di attenzione - non è che deve essere un parlatore, eh, piuttosto un ascoltatore - se la persona si sente

⁵⁷⁴ *Ibid.*

⁵⁷⁵ Dall’intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l’Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

⁵⁷⁶ Dall’intervista a G. M., diabetologo, 66 anni, realizzata in data 24/02/2014 presso l’Ospedale Sant’Orsola di Bologna.

ascoltata, anche se il medico sbaglia, difficilmente la persona, poi, ha una reazione del tipo: «adesso ti chiedo il conto dell'errore che hai commesso». [...] non ho mai trovato nessuno che sia venuto a dirmi: «perché non mi hanno fatto il gesso e invece c'avevo una frattura?» se non c'è stato anche «mi ha appena guardato, non s'è neanche seduto»⁵⁷⁷.

Le esigenze dei pazienti, di essere ricevuti e ascoltati al momento opportuno e di avere delle risposte dal proprio medico, si sono inasprite, nelle parole degli intervistati, a causa della crisi economica. Da questo punto di vista, alcuni medici si rendono conto che i pazienti, senza darlo a vedere, hanno bisogno di un ascolto più approfondito, perché la richiesta di cura investe altri aspetti della loro vita, non strettamente limitati alla salute. A. A. descrive così ciò che le è capitato di osservare⁵⁷⁸:

la categoria che vedo ultimamente, nell'ultimo periodo, un po' più rappresentata nei ragazzi della fascia media, [è quella in cui] c'è quasi una negazione della patologia per problemi che sono o lavorativi o... arrivano e la prima cosa che ti chiedono è «quanto tempo devo stare dentro?», che ti dà molte informazioni, ti dice che in quel momento lui non si può occupare della sua malattia. Quindi è una cosa tua, tu te la devi risolvere il più velocemente possibile. Non vuol sapere niente, [...] uno entra e ti dice «tra quanti giorni posso essere fuori?» per varie motivazioni, [...] alcune sono anche molto comprensibili, nel senso che uno [...] ha il lavoro a termine e lo licenziano...

Secondo E. C., il paziente ha le sue ragioni nell'aver meno pazienza: «“tanto il paziente è paziente, deve avere pazienza”. Sì, è vero, però ha una vita questo qui. Adesso, nelle condizioni in cui siamo nella società, avere un permesso anche per curarsi non è facile [...] insomma, uno magari cerca di farlo fuori dall'orario di lavoro oppure di prendersi proprio il tempo stretto necessario»⁵⁷⁹. Le esigenze dell'utenza sono cambiate e la crisi ha modificato la stessa tipologia e quantità di utenza. Lo nota tutti i giorni G. F., ginecologo, che mi spiega come una volta, al consultorio, le pazienti erano donne che sceglievano il servizio pubblico per ragioni precise, che «sapevano quello che

⁵⁷⁷ Dall'intervista a E. C., 54 anni, impiegata URP presso un ospedale di Legnago, realizzata in data 23/02/2014.

⁵⁷⁸ Dall'intervista a A. A., anestesista e rianimatrice, 42 anni, realizzata in data 25/03/2014 a Bologna.

⁵⁷⁹ Dall'intervista a E. C., 54 anni, impiegata URP presso un ospedale di Legnago, realizzata in data 23/02/2014.

volevano»; poi «l'arrivo delle donne straniere ha cambiato un pochino tutto. Adesso, di nuovo, la cosa è la crisi, perché la crisi ha portato a far tornare nei servizi pubblici persone che magari erano abituate ad andare nel privato»⁵⁸⁰. La crisi, economica e sociale, ha portato, secondo M. S., molte più persone a rivolgersi ai medici⁵⁸¹:

la religione zoppica per cui il prete [non si coinvolge] più, i rapporti amicali nelle città moderne sono ridotti al minimo, e quindi rimane il medico, che fa da tampono alle ansie legate anche all'aspetto sociale, quindi in questo periodo che c'è crisi, economica e generale, noi siamo assaltati, perché tra le malattie somatizzate per l'ansia, tra le malattie vere, tra l'ansia "oddio oddio", tra gente che è talmente sola che viene qui a raccontare i suoi problemi dicendo «se non lo dico a lei, a chi lo dico?», che è veramente drammatico, perché vuol dire che non hanno un amico, un'amica, un qualcuno con cui parlare, ecco il nostro lavoro è aumentato molto.

Lo stesso lavoro dei medici è reso più difficile dai tagli alla sanità: «io vivo tutti i giorni il grande problema di non avere purtroppo la possibilità di una comunicazione adeguata con i parenti dei pazienti. Perché i tagli al personale, i tagli continui che noi viviamo tutti i giorni limitano la tua capacità di intervento e di organizzazione. Quindi tu arrivi la mattina che dovresti fare le cose che mediamente fanno tre o quattro persone. [...] quindi poi la cosa che sacrifichi è spesso il colloquio con i parenti. E spesso non hai neanche uno spazio adeguato, una struttura adeguata, non hai supporto psicologico, né per te né per i parenti»⁵⁸².

La crisi, insomma, si configura, nei racconti degli intervistati, come un momento in cui medico e paziente si trovano a basare la loro relazione su presupposti diversi da quelli ordinari, che però solo il medico attento è in grado di cogliere e di poter accogliere. D'altronde, la crisi economica si ripercuote anche sulle possibilità stesse di assistenza del personale ospedaliero: «sicuramente si potrebbe fare di più, ma adesso so anche che ci sono, per dirti, delle infermiere, che [...] su tre che vanno in pensione, ne riprendono

⁵⁸⁰ Dall'intervista a G. F., ginecologo, 64 anni, realizzata in data 10/03/2014 presso un poliambulatorio di Bologna.

⁵⁸¹ Dall'intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

⁵⁸² Dall'intervista a C. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice presso Roma e Latina, realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

una di media, magari anche su più reparti [...] sono tutti un po' tirati per i capelli da questo punto di vista»⁵⁸³.

7.4 Specializzazione della medicina, dispersione della relazione

I pazienti non lamentano solo il poco tempo che viene loro dedicato, ma anche il modo in cui i medici si relazionano a loro, attraverso un linguaggio poco comprensibile e una presa in carico che spesso non va oltre l'osservazione sbrigativa della parte dolente. Gli intervistati ritengono che questo modo di fare sia derivato, fra le altre cose, da un'eccessiva specializzazione, che ha portato la medicina, e la pratica medica, a frammentarsi in micro settori, perdendo di vista una presa in carico olistica del malato. G. M. ritiene che i medici abbiano una loro "colpa" rispetto a tutto ciò e che si siano persi delle occasioni: «il fatto che il rapporto medico-paziente sia stato appunto molto parcellizzato - lo specialista, il super-specialista, il medico di medicina generale - ha creato anche una serie di conflitti, all'interno della classe medica, per cui diventa abbastanza difficile la gestione globale del problema»⁵⁸⁴. I pazienti sarebbero «vittime della complessità», nelle parole di R. M.: se possono avere un guadagno per il fatto che molti specialisti sono all'opera su vari fronti per migliorare la qualità della loro vita, per converso «questo rischia di spezzettare il paziente in 100.000 atti medici senza una guida che accompagni il paziente, senza il vecchio clinico che si faceva carico del paziente, che si faceva carico della comunicazione [...], cioè con una serie di attenzioni che sembravano più della vecchia scuola, perché adesso il diagnosta deve solo dirti com'è il tumore, però subito poi ti passa il chirurgo e il chirurgo fa l'intervento, però poi bisogna parlare col patologo»⁵⁸⁵. E. C. ha ben presente questa situazione, perché il suo ufficio è il luogo in cui tutti questi problemi vengono a galla, e mi descrive con estrema vividezza la situazione, quasi si identificasse nei pazienti di cui tutti i giorni raccoglie le lamentele. Anche lei conferma la sensazione, forse nostalgica, che una volta

⁵⁸³ Dall'intervista a E. C., 54 anni, impiegata URP presso un ospedale di Legnago, realizzata in data 23/02/2014.

⁵⁸⁴ Dall'intervista a G. M., diabetologo, 66 anni, realizzata in data 24/02/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵⁸⁵ Dall'intervista a R. M., responsabile URP, 61 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

il medico, meno preparato su alcune questioni specialistiche, fosse però più a contatto col paziente e dunque sapesse aiutarlo in modi diversi⁵⁸⁶:

l'ortopedico, è già una specialità, giusto? Ma poi c'è quello della schiena, quello della mano, quello del gomito, quello del piede, quello della caviglia, quello fra la mano e il gomito e il polso. Cioè, e sembra quasi che, al di là del polso, non possa darti un minimo di considerazione. Tutta questa specializzazione [...] fa perdere un po' l'idea che comunque il mio polso è attaccato a questa mano e a questo gomito. [...] «Perda questi 30 chili e vedrà che il ginocchio va bene». Questo lo so anch'io però aiutami un attimo, no? [...] Vai lì che hai male al ginocchio, neanche te lo guardano, ti fanno subito fare una radiografia o una risonanza magnetica [...] Insomma, dovrebbe essere un po' riappropriarsi della figura del medico com'era un po' più un tempo, ecco. [...] ora, per l'amor del cielo, magari avranno fatto tanti errori, però sapevano di ogni famiglia che cosa mangiavano quasi, capito? [...] E quindi potevano intervenire in tanti modi, ecco. Adesso, chiaramente, ci si muove molto di più, c'è tutta questa grande specializzazione e questa specializzazione, però, ti fa vedere il singolo settore, capito? La mano, la mano e basta.

Su questa questione, il medico di medicina generale da me intervistato tiene a ribadire la «differenza abissale» che la sua relazione quotidiana con i pazienti, «olistica e complessiva», presenta rispetto a quella sperimentata dai colleghi ospedalieri: «qui quando uno entra, è una festa, si ride, si scherza, “come va la famiglia?”, si fanno le battutacce orrende [...] è tutto un rapporto diverso; l'ospedaliero non sa neanche cos'è, e d'altra parte non è il suo lavoro: l'ospedaliero deve risolvere un problema acuto. Te lo mando, tu lo risolvi e me lo rimandi. Io gestisco una vita»⁵⁸⁷.

7.5 «Quell'aspettativa per cui nessuno vuole morire»

Una delle difficoltà che i medici si trovano a dover fronteggiare nel rapporto con i pazienti è dovuta alle aspettative sempre più alte che i cittadini sembrano riporre nella medicina, nella scienza e nella tecnica. A detta di molti, a ciò contribuisce in maniera

⁵⁸⁶ Dall'intervista a E. C., 54 anni, impiegata URP presso un ospedale di Legnago, realizzata in data 23/02/2014.

⁵⁸⁷ Dall'intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

determinante l'esposizione mediatica delle nuove scoperte, delle terapie sperimentali, non ultima la realtà ospedaliera rappresentata nei medical dramas: «uno si aspetta di andare al pronto soccorso e di essere gestito in dieci minuti e non, invece, come si legge sui giornali, di stare otto ore in una sala d'attesa. Le nostre realtà sono quelle, voglio dire»⁵⁸⁸. Nel parere di G. M., anestesista e rianimatore in pensione, le fiction «sono un po' utili da un lato, pericolose dall'altro, perché realizzano quell'aspettativa per cui nessuno vuole morire, nessuno vuol star male, nessuno vuol essere trattato da un medico che non sia J. R. [ER] o dal pronto soccorso che non funziona. Poi, quando vai al pronto soccorso e vai col codice bianco o hai da aspettare quattro ore...»⁵⁸⁹. All'innalzamento delle aspettative ha certamente contribuito l'«evoluzione quasi rocambolesca» dei devices, dell'attrezzatura, della scienza medica: «la scienza medica si è evoluta in maniera terrificante e, in parallelo, si è evoluta anche l'aspettativa di quelli che vogliono, ma sono pochi, non tanti, l'ospedale a cinque stelle, tutto che sia a disposizione e soprattutto i risultati: “io sono entrato zoppo e voglio uscire che faccio i cento metri”»⁵⁹⁰. Su questo, tutti i medici concordano: i cittadini sempre meno accettano l'idea di non poter essere in alcuni casi curati, o addirittura guariti, e tendono ad espellere la morte dal loro orizzonte di attesa: «il problema è che si pretende l'immortalità e gli esempi ipertrofizzati di malasanità – anche gli episodi veri, sia ben chiaro – hanno messo a durissima prova il rapporto fra medico e paziente»⁵⁹¹. G. M., diabetologo, lo spiega attraverso un esempio di vita italiana⁵⁹²:

negli ultimi trenta-quarant'anni [...] questa esplosione della ricerca scientifica [...] ha fatto sì che si sia snaturato anche il rapporto tra paziente e malattia. Cioè il paziente sempre più va verso il concetto che la malattia è guaribile: «Come? Con tutte le ricerche, le cose della scienza, etc.?». Poi ci sono stati alcuni esempi molto lampanti di persone che hanno in qualche modo sbandierato la loro longevità, ci sono ancora, in realtà, basta pensare a Berlusconi, no? Che [...] ha sbandierato il concetto dell'immortalità: «sì, ho fatto il mausoleo ad Arcore, ma l'ho fatto perché chissà poi chi dovrà entrarci, no io camperò in eterno». E questo

⁵⁸⁸ Dall'intervista a D. F., gastroenterologo, 64 anni, realizzata in data 27/03/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁵⁸⁹ Dall'intervista a G. M., 75 anni, anestesista e rianimatore in pensione, realizzata in data 18/02/2014 presso lo studio privato del figlio, a Bologna.

⁵⁹⁰ *Ibid.*

⁵⁹¹ *Ibid.*

⁵⁹² Dall'intervista a G. M., 66 anni, realizzata in data 24/02/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

è un concetto, però, che è entrato nella psiche delle persone, così come è entrato nella psicologia delle persone che la medicina è onnipotente [...] così come è entrato nella psicologia delle persone il concetto che la morte va esorcizzata, non si muore più in casa, bisogna andare a morire il più lontano possibile, guai a far vedere un morto a un bambino [...]. Quindi [c'è] questa negazione della morte. E questo credo che abbia un significato. Di fatto, forse anche un rapporto diverso con la religione, perché poi anche questo è significativo. Spesso io faccio un esempio che per me è molto calzante, non so poi quanto lei sia religiosa o meno e non mi interessa saperlo, però i nostri nonni nelle giaculatorie avevano questa cosa: «dalla morte improvvisa liberami o Signore»; adesso, se lei parla con chiunque, dice «un bel colpo secco è la cosa migliore», no? Quindi vuol dire che è cambiata proprio la prospettiva della vita, ecco.

È cambiata la prospettiva della vita e dunque anche quella della morte. E la medicina, che si trova nel mezzo fra le due, nella parole dei medici, assume per i pazienti una concezione per cui essa è «fondamentalmente una specie di bacchetta magica»:

tu ti trovi quotidianamente a spiegare che, cioè, a me dispiace molto che il loro parente novantatreenne stia morendo, ma, forse, a 93 anni, fa anche parte dell'ordine delle cose. [...] Cioè: «ma com'è possibile che mio padre/mia madre stia morendo di polmonite?» «Guardi, la polmonite è una cosa seria. Se colpisce una persona anziana, colpisce una persona che ha un calo delle difese immunitarie, è una cosa che può portare purtroppo alla morte». E, in generale, io constato una mancanza di capacità di accettazione del dolore, della malattia e della morte⁵⁹³.

È difficile, nelle parole dei medici, riuscire a far accettare ai pazienti l'idea che la medicina non è una scienza esatta. «Non è un luogo comune», mi spiega C. G., «Io mi sono trovata a viverlo. Il fatto che tu dai il più banale e sicuro dei farmaci a diecimila pazienti. Diecimila e uno prende quel farmaco e muore. E io mi sono trovata di fronte un ragazzo a cui abbiamo dovuto fare un trapianto urgente di fegato e che poi è morto per aver preso una tachipirina»⁵⁹⁴. A sperimentare questa difficoltà è anche C. L., specializzanda in pediatria, che afferma: «nessuno capisce che la medicina non è una

⁵⁹³ Dall'intervista a C. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice nell'area di Roma e Latina, realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

⁵⁹⁴ *Ibid.*

scienza esatta. La medicina è una scienza, ma estremamente difficile, estremamente imprecisa, perché si basa su esseri umani che sono tutti diversi e ci sono cose imprevedibili»⁵⁹⁵.

Nei fatti, come racconta M. N., specializzanda in cardiologia, questa “fede cieca” nella medicina porta i pazienti addirittura a minimizzare i rischi di alcune malattie:

secondo me, adesso, col fatto che l'infarto viene curato, ecco, adesso c'è l'angioplastica che, diciamo, è una cosa meno invasiva, adesso le persone non si rendono più conto che cosa sia l'infarto. E allora minimizzano un po'. Cioè, non si rendono conto che di infarto si muore. E che loro alla fine sono dei miracolati. Perché adesso, col fatto che chiami subito l'ambulanza, l'ambulanza viene, ti fa l'elettrocardiogramma e lo trasmette al cardiologo, il cardiologo lo referta e tu quindi in pochissimo tempo vieni in ospedale... prima questa cosa non c'era, quindi le persone, la maggior parte morivano. Adesso [...] non si rendono conto di quello che hanno avuto⁵⁹⁶.

7.6 La medicina difensiva

Aspettative elevate o malriposte, rappresentazioni mediatiche della medicina idealizzate, impietose o distorte, poco tempo a disposizione per un dialogo aperto fra medico e paziente e non ultima la crisi economica avrebbero portato i pazienti a mettere in discussione la fiducia attribuita all'istituzione sanitaria, spingendo sempre più il medico a porsi in un'ottica difensiva:

Adesso è un momento storico drammatico. Perché le persone non hanno nessuna fiducia in noi, nella nostra professionalità, nelle nostre capacità. Quindi sono molto aggressive, c'è la denuncia facile. Il fatto che i media poi diano un'immagine quotidiana della sanità italiana come una cosa terrificante [...] e dei medici come gente a cui non interessa nulla [...] noi viviamo in un clima di terrore⁵⁹⁷.

⁵⁹⁵ Dall'intervista a C. L., 27 anni, specializzanda in pediatria, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

⁵⁹⁶ Dall'intervista a M. N., specializzanda in cardiologia, 27 anni, realizzata in data 16/02/2014 a Bologna.

⁵⁹⁷ Dall'intervista a C. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice nell'area di Roma e Latina, realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

La maggior parte dei medici intervistati ritiene che i propri pazienti, alla fine, si fidino e si affidino a loro, ma che sia calata drasticamente la fiducia nei confronti della categoria, dell'istituzione. «La sensazione che io ho» racconta C. L., specializzanda in pediatria, «è che adesso ci sia, da una parte, una fiducia cieca nella medicina, cioè la medicina è una scienza esatta che risolverà qualsiasi mio problema, nel momento in cui porto mio figlio dal dottore; e dall'altra, una grande sfiducia nei confronti dei medici»⁵⁹⁸.

Inoltre, di fronte al rischio di avere a che fare con pazienti che, per i più disparati motivi, si dimostrano aggressivi, tutti dicono di mettere in pratica forme di difesa, prima fra tutte la prescrizione di esami spesso superflui:

oggi, per pararsi il sedere, noi prescriviamo una marea di esami inutili, inutili proprio, cioè a chiunque arrivi in pronto soccorso con un banale mal di testa, oggi si fa la tac. Perché se poi, per caso, non becchi in tempo quello che aveva un aneurisma che stava scoppiando, finisci in galera. Però non è un sistema corretto perché in realtà tutti gli studi dicono che il costo non giustifica il beneficio⁵⁹⁹.

Tra pazienti che «scrivono in Regione, o cose così, per farti capire che sanno i canali dove far arrivare questa cosa. O minacciano di far arrivare il Gabibbo, piuttosto che Striscia la notizia»⁶⁰⁰ e pazienti che «sono molto, molto aggressivi [...] hai proprio la sensazione di doverteli ingraziare [...] basta una parola di traverso o una cosa, che ti dicono subito che vanno all'URP, ma anche per delle cose banali»⁶⁰¹ i medici dicono di avere «paura di tutto»:

Non ti nascondo che prima di fare una cosa un pochettino più pericolosa, ci pensi. Cioè non vai più così... non pensi soltanto a quello che dovrebbe essere il tuo intervento senza essere condizionata dal fatto «vabbè se poi gli faccio il contrasto che lui ha mangiato e magari gli viene una reazione allergica e c'è scritto sul foglio che bisogna essere digiuni [...]» tu hai sempre un po' paura di muoverti,

⁵⁹⁸ Dall'intervista a C. L., 27 anni, specializzanda in pediatria, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

⁵⁹⁹ *Ibid.*

⁶⁰⁰ Dall'intervista a E. C., 54 anni, impiegata URP presso un ospedale di Legnago, realizzata in data 23/02/2014.

⁶⁰¹ Dall'intervista a C. P., radiologa, 51 anni, realizzata in data 03/04/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

perché le persone sicuramente sono più aggressive, sono molto condizionate da quello che sentono in tv, dalle pubblicità, e quindi vengono qua, pretendono, e pretendono anche di non morire⁶⁰².

La radiologia, mi spiega la dottoressa C. P., «per il discorso che fioccano le denunce a destra e a manca», è «strasfruttata»:

vengono chiesti un sacco di esami inopportuni, tu dovresti, come radiologo, in un certo senso, limitare o discutere le proposte, ma non lo fai, perché il paziente tu non lo visiti e quindi non sei in grado assolutamente, e non te la senti neanche di caricarti di questa responsabilità, perché non hai il quadro clinico, non hai gli esami del sangue, non hai neanche più la competenza, perché ormai, dopo che hai fatto per vent'anni sempre il radiologo, perdi anche quello che è il lavoro del clinico. E quindi alla fine fai lo stesso una cosa, anche se magari dissentisci e pensi che sia una cosa inutile. Però capita spessissimo. E questo soprattutto per motivi medico-legali, perché, se no, non si giustifica un accanimento diagnostico in uno del '19 che praticamente non sa neanche dov'è⁶⁰³.

Anche C. L., specializzanda in pediatria, dichiara di trovarsi tutti i giorni, assieme ai colleghi, ad adottare strategie difensive:

quasi tutti i giorni, diciamo, questo esame glielo facciamo perché così se succede qualcosa noi siamo tutelati, perché così siamo sicuri che non ci possono dire niente, non ci possono denunciare perché noi quegli esami glieli abbiamo fatti. Cioè, lo spreco di risorse che c'è perché vengono fatti esami inutili, in più, per tutelarsi dal punto di vista legale è uno dei grossissimi problemi del nostro sistema sanitario. E questo c'è, tantissimo, però è vero che le denunce arrivano e arrivano per delle sciocchezze. L'ultima è stata in Pronto Soccorso, una domenica pomeriggio [...]: c'era un papà che aveva portato una bambina con una congiuntivite, quindi un Codice Bianco perché con una congiuntivite non si va in Pronto Soccorso. Si va dal pediatra e, se non c'è il pediatra, si va dalla guardia medica. Ha aspettato due ore, dopodiché non era ancora stato visto, ha portato via la bambina. Il giorno dopo ha scritto una lettera al giornale, è stata pubblicata su,

⁶⁰² *Ibid.*

⁶⁰³ *Ibid.*

non so, *La Nuova Ferrara*, una lettera molto, molto forte e ha denunciato il medico, ecco. Assolutamente impropria⁶⁰⁴.

La cosiddetta “medicina difensiva” fa riferimento a «tutte le pratiche mediche finalizzate non tanto a formulare una corretta diagnosi o a fornire un effettivo beneficio al paziente, quanto piuttosto a evitare una denuncia per *malpractice*⁶⁰⁵»⁶⁰⁶. È possibile distinguere due forme di medicina difensiva: una “positiva”, che si realizza quando i professionisti, per paura di essere citati in giudizio, tendono a prescrivere esami e visite in eccesso rispetto a quelli ritenuti necessari; una “negativa”, messa in pratica quando i medici si astengono dall’effettuare procedure o interventi particolarmente rischiosi, sempre per paura di incappare in sequele medico-legali. Fra i miei intervistati, tutti dimostrano di praticare una medicina difensiva positiva, mentre nessuno dichiara di essersi trovato a rifiutare un intervento ad un paziente. È questa una tendenza generale, che comporta almeno tre generi di conseguenze. La prima è di ordine economico: uno studio condotto dall’Ordine dei medici di Roma nel 2010⁶⁰⁷ imputava alle varie forme di medicina difensiva un costo pari all’11,8% dell’intera spesa sanitaria. «Se prendiamo per buona tale stima», osserva Federico Toth, «staremmo parlando di circa 16 miliardi di euro l’anno: una cifra enorme»⁶⁰⁸. Non solo, infatti, esami e risarcimenti spese pesano sulle casse della sanità, ma la seconda conseguenza della medicina difensiva è il costante aumento dei premi assicurativi a carico di strutture sanitarie e personale.

Come mi spiega un’intervistata, la situazione è piuttosto stringente: «nel momento in cui a me arriva un avviso di garanzia, nel 99,8% dei casi, come ti dicevo prima, io verrò assolta. Nel frattempo, la mia assicurazione professionale mi disdice la polizza. In Italia, ci sono due assicurazioni che assicurano i medici, quindi una volta che mi hai disdetto una polizza, io devo sperare che quell’altra mi dia una polizza. E una volta che mi arriva un secondo avviso di garanzia, io non ho più un’assicurazione professionale»⁶⁰⁹.

Federico Toth, nel suo volume sulla sanità in Italia, menziona il decreto Balduzzi (convertito nella legge n. 189 del 2012) come uno dei provvedimenti messi in campo

⁶⁰⁴ Dall’intervista a C. L., 27 anni, specializzanda in pediatria, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

⁶⁰⁵ Con “medical malpractice” si intende «ogni forma di cattiva condotta da parte del professionista sanitario che, per scarsa abilità o negligenza, arrechi danno a un proprio paziente» (F. Toth, *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2014, p. 107).

⁶⁰⁶ F. Toth, *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2014, p. 109.

⁶⁰⁷ A. Piperno, *Chi si difende da chi? E perché? I dati della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva*, Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Roma, 2010.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 110.

⁶⁰⁹ Dall’intervista a C. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice nell’area di Roma e Latina, realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

per cercare di interrompere la spirale perversa della medicina difensiva. Il decreto Balduzzi prevede che, in caso di colpa lieve dell'operatore sanitario (danno provocato da negligenza o dall'omissione di diligenza), se questo si è attenuto a linee-guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non dovrà rispondere in sede penale, quanto piuttosto con un risarcimento del danno. Stando a quanto mi è stato raccontato dagli intervistati, ritengo che gli effetti collaterali delle posizioni sottese a questo decreto non siano da sottovalutare. Il decreto costituisce certamente una tutela maggiore per l'operatore sanitario, ma può produrre un irrigidimento nell'aderenza ai protocolli e alle linee-guida che, come dimostra Marc Berg nel suo saggio *Problems and Promises of the Protocol*⁶¹⁰, non è detto vada a vantaggio di una pratica clinica attenta al caso specifico o alle necessità dei diversi pazienti. Il decreto, più che una soluzione (in ogni caso, soluzione tampone), sembrerebbe un incitamento ulteriore ad una medicina di tipo legalitario. Il timore, insomma, è che l'aderenza ai protocolli, nel momento in cui solleva il medico dal dover rispondere dei suoi atti (così come è avvenuto con la somministrazione selvaggia del modulo per il Consenso Informato), impedisca al curante di ottemperare alle contingenti e molteplici esigenze della situazione di malattia del curato. Insomma, applicare un ricettario di soluzioni preconfezionate non implica certo un maggiore investimento nel rapporto medico-paziente né uno stimolo a sviluppare più evolute capacità empatiche o cliniche da parte dell'operatore della sanità. La questione è controversa ed è emersa solo a latere in alcune delle interviste, mostrando posizioni anche molto diverse fra loro. G. M., dopo aver ribadito che, al momento, le linee guida e i protocolli sono delle linee d'indirizzo, osserva⁶¹¹:

fare delle linee guida un decalogo è la cosa più sbagliata che si possa fare. Perché le linee guida vanno poi calate nella realtà del singolo paziente. Secondo me, sono importanti perché danno un frame nel quale muoversi, ma è fondamentale che la persona possa poi, all'interno delle linee guida, muoversi in scienza e coscienza secondo quello che ritiene più attuabile. Questo però crea sicuramente una difficoltà, perché, in una medicina di rivincita, anche di rivalsa economica sul medico, se il medico si è attenuto alle linee guida passi, se il medico in qualche

⁶¹⁰ M. Berg, *Problems and Promises of the Protocol* in "Social Science & Medicine", vol. 44, n. 8, 1997, pp. 1081-1088.

⁶¹¹ Dall'intervista a G. M., diabetologo, 66 anni, realizzata in data 24/02/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

modo ha derogato dalle linee guida perché, in scienza e coscienza, facendo una valutazione, ha deciso che nel dato paziente si poteva fare, bisognava fare qualcosa di diverso o era più indicato fare qualcosa di diverso, finisce per rischiare.

Se poi vengono male interpretate dai medici legali, le linee guida rischiano di diventare un «tranello»:

Io una volta andai in tribunale perché, di fronte a una paziente di cui non avevo capito niente, e che è morta in due ore, quindi, anche se avessi capito... la perizia del medico legale recitava che rilevava una certa, no, una grave inadempienza da parte dei medici che l'avevano osservata perché, anche se l'emorragia cerebrale che c'era era fatale ed era massiccia, bla bla bla, e non lasciava adito a nessuna possibilità di recupero da parte della paziente, i medici non avevano fatto tutte quelle cose, assolutamente inutili sotto il profilo della salvezza della paziente, che comunque avrebbero reso più accettabile ai famigliari la morte del congiunto. Di fronte a questa cosa io mi sono interrogato e ho detto: «ma insomma, io insegno all'università a fare le cose che servono, non a fare le cose che non servono!»⁶¹².

Per qualcuno, l'antidoto alla medicina difensiva va pensato in funzione della tutela del medico, e quindi «non è tornare a quando il medico era padrone, ma a quella situazione che si era creata negli anni '80-'90 con il consenso informato»⁶¹³, in cui «il medico mostra le difficoltà in cui è costretto ad agire e il paziente si assume il rischio e, in caso, accetta l'esito negativo»⁶¹⁴. La maggiore libertà d'azione e serenità professionale deve essere quindi praticata «sempre nel rispetto dei protocolli e delle linee guida, sia ben chiaro: il medico deve essere ispirato da scienza e coscienza, ovvero aderire ad una società scientifica che gli richiede il continuo aggiornamento e che prevede procedure regolamentate uguali per tutti. Ci vuole poi l'esercizio del ragionamento continuo e il riferimento ai protocolli operativi, altrimenti si crea il caos. Questo è un modo per tutelarsi»⁶¹⁵.

⁶¹² *Ibid.*

⁶¹³ Dall'intervista a G. M., 75 anni, anestesista e rianimatore in pensione, realizzata in data 18/02/2014 presso lo studio privato del figlio, a Bologna.

⁶¹⁴ *Ibid.*

⁶¹⁵ *Ibid.*

La quasi totalità dei medici da me intervistati, tuttavia, assume su di sé la responsabilità di intrattenere con i pazienti un atteggiamento più disteso e di complicità e ritiene che la soluzione al problema, nei singoli casi, vada cercata a livello individuale: «io credo che l'investimento sia umano, però gli investimenti umani sono sempre i più costosi, perché sono investimenti che richiedono tanto tempo e hanno spesso dei ritorni dopo anni»⁶¹⁶.

Se c'è un problema di sfiducia «io mi faccio dei problemi, devo cercare di capire dove ho sbagliato io, dove hanno sbagliato i miei colleghi. Spesso arrivano pazienti in queste condizioni, devi raccattare i cocci, però il problema è nostro. [...] io penso che con quello che abbiamo studiato, veniamo pagati forse poco, però veniamo pagati per risolvere anche questi problemi qua»⁶¹⁷, afferma R. B., pneumologo. E continua: «bisogna condividere col paziente, non lasciar fare tutto a lui. Allora cosa è venuto a fare? Vieni da me e dico “fai tu”? [...] Poi si può sbagliare o no, ma tu hai degli strumenti... intanto non lo stai soffrendo questo problema, e poi ne sai più di me. Condividi con me, informarmi, ma non puoi far decidere a me. Lo trovo un po' codardo, però ormai la medicina difensiva è quasi sempre così».

È dello stesso parere E. R., oncologo, che ritiene che 99 volte su 100 le cause legali che si sono svolte perché i pazienti sono rimasti scontenti dei trattamenti, dipendono da relazioni sbagliate e da sbagliate modalità di gestione del consenso informato:

Ma quello che c'è scritto nel foglio e la firma che c'è, è irrilevante. [...] E in molti casi di questi c'era la firma, e danno ragione al paziente. Giustamente. Tu vieni, vai in sala operatoria, vengono lì, ti dicono: «firmi qui. Se no, non la operiamo, firmi qui». Dico: sarà mica un consenso quello lì? Hai firmato, c'è scritto, però... cioè, se tu come medico non ti poni in questa logica che l'unica è essere sufficientemente consapevole, che la tua informazione, il tuo consenso, sia stato veramente condiviso, cioè ha capito e ha capito quello che gli hai proposto, perché se non ha capito, è carta straccia. O il paziente non è in grado di capire, e allora capisci che non è in grado di capire e ti devi trovare un testimone che faccia da supporto a lui, di cui lui si possa fidare, che va al di là anche del tutore

⁶¹⁶ Dall'intervista a M. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice nell'area di Roma e Latina, realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

⁶¹⁷ Dall'intervista a R. B., pneumologo, 52 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

giudiziario, altrimenti devi avere una relazione che sia efficace. Per essere efficace deve essere condivisa e consapevole⁶¹⁸.

Nel racconto di E. R., un momento cruciale nella medicina italiana e internazionale, che ha cambiato l'atteggiamento dei medici verso i pazienti, almeno per quanto riguarda l'oncologia, è stato il caso Di Bella⁶¹⁹. Per quanto «un caso disgraziato, perché chiaramente ha portato alla ribalta un metodo che era sostanzialmente sbagliato, perché non dava quei risultati che loro dicevano di dare»⁶²⁰, però «una cosa l'hanno fatta, cioè hanno imposto un nuovo paradigma e hanno detto: c'è anche il paziente»⁶²¹:

quello è stato un momento che ci ha messo tutti, tutte le oncologie, sulla corda. E ha fatto capire, diciamo, che un cambiamento era necessario nel rapporto con i pazienti, nel far comprendere il perché di certe cose e non di altre, quindi coinvolgerli nelle loro decisioni, sostanzialmente essere coinvolti nelle decisioni per la loro vita, per la loro salute, in modo consapevole. Altrimenti è evidente che questi qua, se non capivano il perché di certe scelte, andavano a cercare qualcos'altro che gli desse maggiori probabilità, maggiore sicurezza e quindi anche persone che, come tanti - purtroppo ci sono ancora - vendono, dietro compensi di un certo livello, vendono delle fantasie, alla fine, poi creando dei grossi problemi, perché poi queste persone non si curano con le cure giuste.

La questione dell'alleanza terapeutica fra medico e paziente è ancora, e sarà sempre, un luogo caldo della pratica medica. Da una parte, i medici si rendono conto che i pazienti vogliono essere più informati e più coinvolti, ma non sempre vogliono poi assumersi la responsabilità di scegliere un trattamento piuttosto che un altro. Dall'altra, anche per le terapie più banali e meno invasive, il paziente deve essere reso consapevole del percorso terapeutico e talvolta incitato ad intraprenderlo, perché la paura o l'incomprensione gli precludono spesso una scelta consapevole. In questo gioco di equilibri, la strategia adottata è quella della negoziazione. «La contrattazione con il

⁶¹⁸ Dall'intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

⁶¹⁹ Con "caso Di Bella" ci si riferisce al caso di cronaca, che ha suscitato grande attenzione da parte dei mass media italiani, relativo alla terapia alternativa per il trattamento dei tumori ideata dal medico Luigi Di Bella fra il 1997 e il 1998. Una sperimentazione, condotta nel 1999 dal Ministero della Salute, sancì la sostanziale "inattività", cioè l'inefficacia terapeutica, del cosiddetto "multitratamento Di Bella".

⁶²⁰ Dall'intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

⁶²¹ *Ibid.*

paziente è diventata un elemento assolutamente di prim'ordine», afferma M. S., medico di base⁶²²:

Mentre prima c'era un'azione un po' paternalistica: il medico diceva «l'ho detto io, quindi si fa», adesso no, bisogna convincere il paziente, cioè bisogna renderlo alleato. Questo per tutto, anche per prendere l'aspirina, è uguale. Cioè se il paziente non viene informato e non si viene a patti, magari neanche per raggiungere il 100%, però concordare: «ma se io le do questo, lei li prende gli altri due? Me lo assicura?». Eh, allora, capito, tu magari rinunci a una perfetta soluzione farmacologia, pur di recuperare la compliance del paziente. [...] Se invece tu dici «questo è da prendere», «ma veramente..», «no è da prendere, punto e chiuso», quello esce, caccia via il tutto e non prende proprio un bel niente. Allora tu hai fallito sul piano della comunicazione ma anche nel raggiungimento dei fini.

C. L., specializzanda in pediatria, mette bene in luce le difficoltà dei pazienti nell'operare delle scelte consapevoli⁶²³:

a volte, ci sono certi trattamenti che hanno tantissimi effetti collaterali, per patologie molto gravi, e magari tu, in quei casi lì, assolutamente devi, tu devi... cioè, il consenso informato, tu devi decidere con il paziente. E tu mi esponi tutte le cose e, arrivato a quel momento, il paziente ti dice: «non sono un medico, decida lei quello che è meglio», quando magari, fino a cinque minuti prima, ti aveva tartassato con pretese, richieste, cose assurde.

⁶²² Dall'intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

⁶²³ Dall'intervista a C. L., 27 anni, specializzanda in pediatria, realizzata in data 21/03/2014 a Ferrara.

Capitolo 8

Per una nuova scena della cura

8.1 Pratiche di relazione, prove di comunicazione

Le soluzioni e le strategie che gli intervistati intravedono per un rasserenamento del rapporto medico-paziente e per una relazione di cura sostenibile dal punto di vista umano sia per il curante che per il sofferente sono di diverso tipo. La variabilità individuale è ovviamente altissima⁶²⁴ ed è per questo motivo che vorrei piuttosto concludere la ricognizione delle interazioni comunicative fra medico e paziente segnalando alcune pratiche sperimentali di gruppo che sono emerse dai resoconti degli intervistati. La ricerca di una medicina «fatta di ascolto, di risposte ai bisogni, di utilizzo di farmaci e tecnologie che funzionano e che sono importanti, però sempre nell'umanità dell'ascolto, nella relazione come fondamento» è ciò che ha spinto l'URP dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano a organizzare dei corsi di informazione e supporto psicologico ai pazienti. I corsi nascono, fra le altre cose, da due considerazioni, di cui mi parla R. M., responsabile dell'URP. La prima riguarda il fatto che, nel campo dell'oncologia, per anni si sono scelte, nella comunicazione al pubblico, delle «scorciatoie che poi pesano sui pazienti», come le campagne pubblicitarie basate sulla diagnosi precoce dei tumori. La diagnosi precoce è importantissima, ma «è passato un messaggio per cui si dice: “se il tumore vince, vuol dire che abbiamo sbagliato qualcosa. Non hai fatto la diagnosi precoce o perché non hai seguito le indicazioni oppure hanno sbagliato quelli che te l'hanno diagnosticata”»⁶²⁵. In conseguenza di ciò, racconta R. M., «tantissime delle donne che vengono, ad esempio, ai nostri incontri dicevano: "io non credo più nella prevenzione perché io ho sempre fatto la mammografia eppure il tumore ce l'ho qui e adesso devo fare la chemio". E spiegarle che la mammografia salva un gruppo di donne e un gruppo di persone è fondamentale, è

⁶²⁴ Voglio menzionare, tra le strategie individuali, quella messa in atto da D. F., gastroenterologo presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, che ha deciso di proporre ai pazienti di scrivere dei diari. La scrittura si è rivelata una modalità di espressione efficace, all'interno del rapporto, per il medico «per capire meglio il rapporto cibo-sintomo, e per, quindi, capire meglio anche il paziente» e per il paziente, che in questo modo può forse prendere più consapevolezza del proprio problema (Dall'intervista a D. F., gastroenterologo, 64 anni, realizzata in data 27/03/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna).

⁶²⁵ Dall'intervista a R. M., responsabile URP, 61 anni, realizzata in data 20/03/2014 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

tutto. Però non tutte, è solo un piccolo gruppo che dalla mammografia ha un beneficio e allora val la pena che lo facciamo tutti, però senza mettere poi in conto che “ho fatto la mammografia, non avrò mai un tumore”»⁶²⁶. Inoltre, molti dei pazienti sono soli a combattere la loro malattia. R. B. nota una grande differenza con il passato:

io sono vecchio e ho visto i pazienti di anni fa che arrivavano protetti da una famiglia che faceva un bozzolo intorno al paziente e gli filtrava anche il rapporto col medico, no? Nel senso che entravano prima del paziente dal medico e dicevano: «guardi che mia mamma non sa niente, guardi che lei non deve toccare questi argomenti, guardi che non deve...» e quindi gli facevano proprio un bozzolo. La situazione adesso è ribaltata! Adesso è la paziente oncologica che dice: «ah, con mio marito non posso parlare perché sviene, se gli dico i miei problemi». Una paziente mi aveva raccontato: «quando ho detto a mia mamma che avevo un tumore, mi ha risposto “io così vecchia e tu mi dici queste cose! Non dovevi dirmele”». Adesso è il paziente che si fa carico delle angosce e soprattutto delle angosce di morte della società. E deve farsene carico lui perché, intorno a lui dicono: «eh no, io non so cosa dirti, non so cosa fare». E questo è un problema grossissimo⁶²⁷.

Per questi e altri motivi, è nata l'idea di organizzare dei momenti di incontro di gruppo, aperti ai pazienti e anche «ai parenti o alle persone significative che li stanno accompagnando durante la malattia, partecipando, a tutti gli effetti, al percorso psicoterapeutico»⁶²⁸. Il rischio era grande, nella parole di R. M., perché, in genere, «se tu metti un gruppo di pazienti a parlare fra di loro, spesso, più che auto-aiuto, è una comunicazione continua di angosce, ansie e sfughe. [...] per cui di solito è disastroso [...] e infatti molti sono terrorizzati dalle sale d'attesa». Invece «guidandoli, per esempio in questi incontri noi diciamo “adesso, invece di raccontarci la malattia, come si è manifestata, come l'hai presa, che cosa stai facendo, mi racconti, in questa fase della malattia, che cosa hai trovato che ti ha aiutato veramente. Quali sono le tue armi, le tue certezze”. [...] E allora a questo punto la gente comincia a raccontare»⁶²⁹.

⁶²⁶ *Ibid.*

⁶²⁷ *Ibid.*

⁶²⁸ *Ibid.*

⁶²⁹ *Ibid.*

Parallelamente a questi incontri dedicati ai pazienti, l'URP ha organizzato dei corsi di formazione per medici e infermieri, in cui sono stati coinvolti anche dei pazienti per «parlare della relazione con il medico»:

un conto è dire: «la teoria della comunicazione... come si danno le cattive notizie», ci sono degli acronimi molto precisi, molto belli fatti da chi si occupa di comunicazione per i medici, però [un altro conto è] sentire una paziente che dice: «Cavoli, non mi guardava negli occhi. Ho capito che non c'era proprio più niente da fare perché non mi guardava negli occhi». E tutta una serie di cose: «Ha risposto al telefono mentre mi stava dicendo una cosa che buttava all'aria la mia vita». Cioè, una serie di cose che vedevamo entrare negli operatori sanitari, medici e infermieri, con una profondità e con una penetranza che la teoria non riesce a dare, no? Per cui far parlare i pazienti con i medici di come hanno vissuto la comunicazione è molto forte⁶³⁰.

Un'altra modalità di mettere in relazione medici e pazienti, in corso di sperimentazione presso lo stesso URP è quello di farli partecipare assieme ad una conferenza, che «propone un setting completamente diverso. Il paziente non è sdraiato, il medico è in piedi»:

Nella conferenza il paziente è più cittadino. C'ha magari sua moglie di fianco, ci sono altri pazienti, per cui riguarda sempre la sua situazione, però c'è un atteggiamento molto diverso e lo sente il paziente e lo sente anche il medico che, nella conferenza, a parlare e dialogare con i pazienti è molto diverso e, fra l'altro, i medici lo scoprono anche come piacevole. Ricordo una chemioterapista che m'ha detto: «Cavolo, ma che bello. Ho potuto parlare per due ore degli effetti collaterali della chemio. Io di solito gli devo parlare di tutta 'sta roba in 15 minuti, invece in una conferenza vuol dire parlare con calma, con tranquillità, rispondere alle domande che loro ti fanno». È molto tranquillizzante, perché la sofferenza di dire tutto in 15 minuti è una sofferenza del paziente ma anche del medico che si trova, in quei 15 minuti, appunto, a giocare una relazione importantissima e tutta in quei 15 minuti. Magari in quel momento è stanco, magari in quel momento ha ricevuto una telefonata dal suo capo che l'ha fatto incazzare eppure si gioca tutto in quella relazione in quei 15 minuti. E, quindi, avere delle altre occasioni di

⁶³⁰ *Ibid.*

comunicazione, di una presa in carico dell'istituzione rispetto alla relazione medico-paziente è [...] una necessità⁶³¹.

Anche all'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, dove si ritiene che sia il medico a doversi spingere in direzione del paziente, è stato realizzato un sistema di «formazione alla relazione» per tutti gli operatori, suddivisi in alcuni gruppi. «Si cerca di spingere, di lavorare su questi aspetti, perché sono fondamentali», mi racconta E. R., oncologo presso la struttura⁶³²:

ne va della qualità di vita dei pazienti e degli operatori, perché un operatore che non è in grado di mettersi in relazione è in continua sofferenza, burn-out continuo, perché non è in grado di gestire le emozioni, le sue prima di tutto. Tutte le volte che a uno devi [...] dare una brutta notizia, devi prima di tutto essere tu in grado di sostenere questa notizia. E se non ci lavori sopra, su questi aspetti, tutte le volte che devi fare questa cosa, soffri tantissimo.

La necessità che i medici si “formino” anche in questo senso deriva dalla presa di coscienza che «se il medico non si è messo in gioco, quindi non ha, lui per primo, accettato questo nuovo modo di mettersi in relazione, questo diciamo non dico mettersi alla pari, ma mettersi di fronte, non far finta di niente [...]»⁶³³ non può «capire fino in fondo se quella scelta che ha fatto il paziente, che tu forse non condividi, è una scelta che lui ha fatto in modo consapevole. [...] Se lui fa una scelta emozionale, sbagliata per sé, tu devi essere in grado di capirlo e aiutarlo a fare un'altra scelta»⁶³⁴.

Su un altro versante, quello della modifica dello stile di vita, finalizzato alla prevenzione o alla gestione delle malattie del metabolismo «il rapporto tra il medico e il paziente è un rapporto che spesso viene giocato sulla capacità di motivare il paziente a modificare lui qualcosa delle cose che sta facendo, quindi non tanto a imporre al paziente una nuova terapia»⁶³⁵. Questo, secondo G. M., diabetologo, è un processo difficile, perché non è ancora stato compreso nella dinamica generale del rapporto

⁶³¹ *Ibid.*

⁶³² Dall'intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

⁶³³ *Ibid.*

⁶³⁴ *Ibid.*

⁶³⁵ Dall'intervista a G. M., 66 anni, diabetologo, realizzata in data 24/02/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

medico-paziente, dove più spesso si crea una situazione in cui «il paziente si reca dal medico perché vuole una soluzione definitiva al problema, cosa che nelle malattie croniche non esiste; il medico impone al paziente una soluzione che ritiene definitiva e che fa parte della sua educazione, che è quella di prescrivere un farmaco»⁶³⁶.

Un approccio diverso alla relazione è difficile perché «presuppone un colloquio molto più prolungato, un intervento più esteso e anche molto più intrusivo nella vita della persona» al fine di «fargli toccare con mano come la sua malattia, o la sua condizione, richieda comunque una sua attiva partecipazione»⁶³⁷. Per cercare di rendere meno difficile la partecipazione, dopo un primo contatto diretto, G. M. mi spiega che tipo di lavoro svolgono presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna per «avviare il paziente a dei percorsi educativi di gruppo, che presuppongono la partecipazione di un team»:

accanto ai medici, c'è una pedagoga, che segue la gestione del gruppo, c'è uno psicologo, che serve a condividere, a fare in modo che il paziente percepisca in maniera più specifica il rapporto col cibo, ad esempio, o il rapporto con l'attività fisica; e poi ci sono delle dietiste che illustrano invece delle cose molto tecniche, però sempre in maniera esperienziale, mai in maniera – diciamo – cattedratica. Quindi invitiamo il paziente a testarsi su certe cose e la volta successiva c'è una specie di rivisitazione di quello che è stato fatto, quali sono stati i problemi, quali sono state le soddisfazioni che ne hanno derivato⁶³⁸.

8.2 Formazione ai medici, educazione ai cittadini

L'impressione che ho avuto nel raccogliere questi frammenti di esperienze di cura è che non solo i pazienti sentano la necessità di avere un incontro più approfondito e duraturo col proprio medico, ma che anche i medici si rendano conto che questa modalità di rapporto è necessaria, oggi più che mai, per una maggiore compliance del paziente e che essi, in prima persona, devono formarsi per poter rispondere alle nuove esigenze della cura. L'ostacolo più grosso, in questo senso, riguarda le possibilità di formazione, che l'università, così come la maggior parte delle aziende ospedaliere, sembra non offrire. Una formazione e un'educazione che dovrebbe riguardare, in maniera diversa, tanto i medici quanto i pazienti. È così che commenta C. G., dopo avermi confessato la

⁶³⁶ *Ibid.*

⁶³⁷ *Ibid.*

⁶³⁸ *Ibid.*

necessità che ha sentito, lavorando per un periodo in un centro trapianti, di avere un supporto psicologico per sé e per poterlo quindi fornire ai pazienti: «il counseling è una cosa che in Italia non si sa dove stia di casa [...] io penso che sia una parte un pochino trascurata della formazione medica. Nel senso che tutte le università di medicina in vari Paesi puntano a formare bravi medici. Diciamo che difficilmente formano anche dei bravi comunicatori. [...] sicuramente il medico deve essere formato al counseling, specie in un reparto come la terapia intensiva»⁶³⁹.

Sono medici in formazione e medici praticanti da anni che notano le lacune prodotte da questa situazione: «lei tenga presente che la comunicazione - se va a qualsiasi congresso “ah, la comunicazione medico-paziente, medico-medico, è importantissima” - non la insegnano all’università: non c’è nessun corso di comunicazione universitario, non solo, ma di comunicazione nel senso “come comunicare una cattiva notizia a una persona senza darle una pugnalata inavvertita”, niente, non esiste [...] ognuno si arrangia. Secondo me è sbagliato, crea molti problemi questo fatto di non saper comunicare [...] Fa solo del male»⁶⁴⁰, commenta M. S., medico di base.

A tutt’oggi, infatti, come mettono in evidenza Calamusa e Carducci, «non esistono le condizioni pubbliche a formare il medico e l’operatore del settore al difficile e speciale compito di comunicatore sanitario intrattenendo rapporti efficaci e costanti con i pazienti, gli assistiti, i cittadini, volti a miglioramento delle conoscenze d’interesse specifico. Del resto ancor oggi, non esistendo nessun dettame in materia, tutto viene delegato alla capacità e alla sensibilità del singolo, perché nessuna istituzione dà indicazioni, in special modo al giovane medico, per come comportarsi con il cliente-paziente che ha in cura»⁶⁴¹.

Questa nuova consapevolezza nei confronti del paziente e della famiglia è a macchia di leopardo, secondo E. R., oncologo: «in ogni ospedale c’è il medico che ha questa consapevolezza e il medico che non ce l’ha. Punto. Perché non c’è questo? Perché non c’è un training nella formazione del medico. All’università non esiste questo problema. Non esiste. [...] Prima di tutto, cominciamo a cambiare le strutture dove vengono

⁶³⁹ Dall’intervista a C. G., 32 anni, anestesista e rianimatrice nell’area di Roma e Latina, realizzata in data 14/03/2014 via Skype.

⁶⁴⁰ Dall’intervista a M. S., medico di medicina generale, 64 anni, realizzata in data 04/03/2014 presso il suo ambulatorio, a Bologna.

⁶⁴¹ A. Calamusa, A. Carducci, *Il valore delle parole nella comunicazione sulla salute: analisi dei linguaggi*, in M. Ingrosso (a cura di), *Comunicare la salute: scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 162.

formati i medici e gli operatori!»⁶⁴². La mancanza di una formazione adeguata alla relazione è sottolineata da tutti, anche da chi, come G. M., è ormai in pensione:

mi autoaccuso anch'io: si riempie di troppi nozionismi, di troppe conoscenze scientifiche e di poche note etiche e deontologiche. [...] E quindi anche l'università di Medicina, deve essere un po' resettata in termini non solo di scienza ma anche di coscienza, di coscienza in termini generali, che non possono derivare solamente dall'Ordine dei medici, dal giuramento di Ippocrate o quant'altro. Sono cose che uno le deve sentire, e per sentirle uno le deve insegnare e per insegnarle deve farlo da esempio. E lì, ci sono troppe cose da aggiustare. Non è tutta colpa del paziente, è anche colpa del medico. E a monte del medico, chi c'è? C'è l'università, l'insegnamento. E a monte del paziente chi c'è? La società.⁶⁴³

Ciò che manca, per una relazione più consapevole fra medico e paziente, non è solo una formazione universitaria alla relazione, specifica per gli operatori della salute. È anche una formazione e un'educazione sanitaria di base per i cittadini e le cittadine, «la più banale, per dire che se hai l'influenza devi fare certe cose, se ti fai una ferita devi farne altre, elementi minimi di comportamento rispetto a un pronto soccorso, rispetto a quello che devi fare se uno non respira, invece noi andiamo a scuola, parlo di elementari, medie e superiori, senza che esista questo aspetto»⁶⁴⁴. E. R. è convinto dell'urgenza di fornire una cultura medica di base agli individui:

questa cultura prima era tramandata di famiglia in famiglia perché c'erano dei rimedi, prima della medicina tecnologica c'erano dei rimedi e la gente si arrangiava con quelli e funzionavano. [...] Adesso non abbiamo più quella, perché nessuno sta più dietro a mangiare le pappe, quelle robe lì, però nessuno ha insegnato quegli strumenti minimi per poter gestire le cose elementari, di tutti i giorni, per non essere spaventati dalla prima febbre, per non andare al pronto soccorso per ogni cavolata che uno ha, e mandare in tilt regolarmente il sistema

⁶⁴² Dall'intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

⁶⁴³ Dall'intervista a G. M., 75 anni, anestesista e rianimatore in pensione, realizzata in data 18/02/2014 presso lo studio privato del figlio, a Bologna.

⁶⁴⁴ Dall'intervista a E. R., oncologo, 57 anni, realizzata in data 19/02/2014 presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

sanitario, perché poi la gente ignorante, quindi che non sa che cosa si deve aspettare da una cosa o da un'altra, cosa fa? [...] Forse le persone sarebbero un po' più equilibrate, non avrebbero paura del primo raffreddore, di un taglietto oppure non fanno una stupidaggine tipo mettere le mani umide attorno all'elettricità o cose di questo genere, perché sai, ne muoiono a fottii di gente per stupidaggini, per ignoranza. [...] Allora, o la gente si cura da sola, guardano le riviste, guardano internet, ognuno che c'ha un problema cerca di arrangiarsi, oggi come oggi. Ci sono tante patologie di "minor" entità, che vengono curate così, di fatto, con dei rimedi che si basano sulla pubblicità, sul coso, prendi quello, prendi quell'altro e la gente prova. Se ci fosse quell'educazione minima, farebbe sì che le persone, non dico che si debbano curare da sole, anzi, però possano attingere a quell'informazione nel posto giusto, avere anche una consulenza adeguata e curarsi bene⁶⁴⁵.

La questione è all'ordine del giorno in tutta Europa e negli Stati Uniti e lo dimostra il fatto che un report, pubblicato nel 2011 dal Massachusetts Institute of Technology, apra il dibattito affermando: «contrariamente all'opinione comune, uno dei maggiori problemi nel fornire uniformemente cure eccellenti non è la carenza di denaro, ma la carenza di conoscenze, sia dalla parte dei medici che da quella dei pazienti»⁶⁴⁶. Il report, sulla base di statistiche internazionali, arriva ad individuare nella promozione dell'"alfabetizzazione sanitaria" la soluzione all'impennata dei costi sanitari e propone di dare inizio al "secolo del paziente". Se il Diciannovesimo è stato il secolo della professionalizzazione della medicina e del raggiungimento di condizioni di igiene indispensabili, e il Ventesimo è stato il secolo dei medici, della clinica e dell'industria farmaceutica, «è ora necessaria una terza rivoluzione nel settore della cura»: «Mentre la prima rivoluzione ha portato l'acqua potabile, la terza dovrebbe portare informazione trasparente. [...] I cittadini hanno il diritto di avere conoscenze di base e la responsabilità di basare le loro decisioni riguardo alla salute sulle migliori informazioni disponibili»⁶⁴⁷. Il paziente deluso, che fa causa ai medici e spinge le spese investite per la medicina difensiva ad aumentare vertiginosamente, è solo l'ultimo anello di una

⁶⁴⁵ *Ibid.*

⁶⁴⁶ G. Gigerenzer, J. A. Muir Gray (a cura di), *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*, The MIT Press, Cambridge, 2011.

⁶⁴⁷ *Ibid.*, p. 26.

catena di informazioni errate o tendenziose⁶⁴⁸. Pazienti più consapevoli e medici più consapevoli, uniti per una migliore cura, è la soluzione avanzata dagli autori del report.

8.3 Dal paradosso alla convergenza

Si è potuto osservare, nel corso della ricerca, che i pazienti, al pari dei medici, manifestano una grande variabilità di atteggiamenti e di comportamenti. Per questo motivo, «sull'effettivo cambiamento della relazione individuale tra medico e paziente sono stati sollevati molti dubbi»⁶⁴⁹. Tuttavia, tra i medici intervistati, nessuno si è sentito di dire che, in generale, il rapporto con i pazienti fosse rimasto invariato rispetto all'inizio della propria pratica come medico, nemmeno di quello sperimentato all'inizio degli anni '90, prima della diffusione di internet e dell'informazione biomedica di massa. L'impressione generale è quella di un rapporto che si fa sempre più complesso e impegnativo da gestire, esposto al rischio costante di deterioramento, incomprensione e aggressività. I pazienti si dimostrano più esigenti e bisognosi di informazione, talvolta costringendo i medici a riguadagnarsi, con il dialogo e l'ascolto, una fiducia che non è più data per scontata. Emblematico, a questo riguardo, è il racconto di una radiologa: «ci sono anche quelli che vengono lì e non ti danno gli esami precedenti perché ti vogliono mettere alla prova e vedere se tu capisci che magari, non so, gli hanno tolto l'utero. «Ah l'ha visto?!» Dici: ma vai a quel paese, collabora un attimo con me, che non hai più l'utero lo vedo, però...»⁶⁵⁰.

La scena della cura sembra assumere tinte paradossali: da un lato, «il paziente chiede, vuole sapere, vuole capire se ci sono alternative, perché è stata fatta quella scelta»⁶⁵¹, dall'altro «la richiesta è che il medico si coinvolga e che si prenda la responsabilità»⁶⁵². Ad aver alimentato le tensioni sarebbe stata, fra le altre cose, «la ricerca spasmodica di un risultato positivo»⁶⁵³, motivata dal rapido progresso tecnologico della scienza e della

⁶⁴⁸ *Ibid.*, p. 7.

⁶⁴⁹ W. Tousijn, *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumerista e alla sfida manageriale*, in L. Speranza, W. Tousijn, G. Vicarelli (a cura di), cit., p. 77.

⁶⁵⁰ Dall'intervista a C. P., radiologa, radiologa, 51 anni, realizzata in data 03/04/2014 presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

⁶⁵¹ Dall'intervista a G. F., ginecologo, 64 anni, realizzata in data 10/03/2014 presso un poliambulatorio di Bologna.

⁶⁵² *Ibid.*

⁶⁵³ Dall'intervista a G. M., 75 anni, anestesista e rianimatore in pensione, realizzata in data 18/02/2014 presso lo studio privato del figlio, a Bologna.

tecnologia medica, dall'oggettivo miglioramento delle condizioni di vita, da rappresentazioni mediatiche della medicina idealizzanti o apocalittiche.

Se l'informazione biomedica di massa ha aumentato le «aspettative orizzontali nella regolazione dell'interazione comunicativa»⁶⁵⁴, spingendo i pazienti stessi ad avvalersi di «linguaggi che oggettivizzano»⁶⁵⁵ condizioni e processi corporei, sono aumentate, nello stesso tempo, anche aspettative verticali e ri-sacralizzanti nei confronti della medicina. Si è perciò creato un effetto paradossale, in cui i presupposti relazionali gerarchici, che in passato regolavano il rapporto medico-paziente, sono stati messi in discussione, senza essere però ribaltati: i pazienti, a causa delle proprie (insufficienti) conoscenze, del poco tempo riservato loro durante la visita medica e della situazione di paura in cui spesso vengono a trovarsi, non sono in grado di prendere autonomamente le decisioni per la propria salute, restituendo – malvolentieri – al medico la responsabilità di prendere una decisione. Il medico, dal canto suo, non solo si trova a dover «obbedire simultaneamente a due tipi differenti di logiche comunicative, entrambe irrinunciabili, ma al tempo stesso irriducibili l'una all'altra: una che obbedisce a un codice di uguaglianza (cittadino-cittadino, persona-persona) e una che obbedisce a un codice di differenza (accudimento-affidamento, esperto-profano)»⁶⁵⁶, ma spesso rivela di non avere gli strumenti emotivi per far fronte a questa situazione, e dunque reagisce andando in burn-out o, più spesso, attuando comportamenti difensivi. All'interno di questo contesto, estremamente precario e in continua evoluzione, alcune aziende ospedaliere e alcuni medici, a livello individuale, iniziano a promuovere attività di formazione del personale e di incontro fra medici e pazienti, pratiche di relazione integrative e alternative rispetto alle più consuete situazioni istituzionali di incontro, scontro o sfida.

Stando ai resoconti degli intervistati non si può sostenere che ci sia stata un'inversione di ruoli rispetto all'autorità o al potere negoziale che curante e curato si trovano ad assumere all'interno della relazione, ma che sia in atto – ora in forme più consapevoli e ricercate, dopo un momento di disorientamento e tensione creato dall'impennata del consumerismo sanitario – un processo di convergenza fra i poli, all'interno del campo della cura. Con convergenza intendo la tendenza del polo “tradizionalmente forte” della relazione a sporgersi nella direzione del polo “tradizionalmente debole”, a trovare un

⁶⁵⁴ S. Manghi, cit., p. 32.

⁶⁵⁵ *Ibid.*, p. 25.

⁶⁵⁶ *Ibid.*, p. 91.

linguaggio comune, lontano dagli specialismi; viceversa, il profano si avvicina al centro della relazione, grazie a conoscenze più accurate. Quando i due poli mettono in atto queste strategie in un'ottica di rivalsa, ovvero quando il medico adotta un atteggiamento difensivo e il paziente si appropria del gergo specialistico, la frizione è forte, perché assume i toni dell'espropriazione. Quando invece, i due, si trovano a comunicare ad un livello semplicemente umano, e soprattutto si dedicano all'ascolto, lasciando perdere tecnicismi o pretese di erudizione, il dialogo è efficace e va a soddisfazione di tutti. È come se l'uomo della strada e l'esperto si incontrassero in campo neutro, in una zona di frontiera che ha a che fare più col loro essere cittadini e cittadine del mondo, uomini e donne, che non con l'essere, in quel mondo, medico e paziente, curante o curato. È in quella sede che può avvenire una co-costruzione di significati della malattia e di strategie di cura. Con questo non voglio dire che si stia raggiungendo un equilibrio, ancora molto lontano, ma che le esperienze che mi sono state raccontate vanno in questa direzione, una direzione che appare come l'unica sostenibile, dal punto di vista umano ed economico. La medicina difensiva, originata e praticata nel segno dell'opposizione e della rivendicazione, non ha infatti fatto altro che lasciare tutti più poveri e scontenti. La recente crisi economica ha giocato un ruolo cruciale nel rendere evidente l'insostenibilità di questa "soluzione". L'auspicio, allora, è che la stessa scarsità di risorse stia iniziando a configurarsi come un momento propizio per la scoperta di risorse altre, fino ad oggi snobbate o messe in secondo piano. Fra le risorse "altre", oltre a quelle relazionali, includo anche il contributo di professioni da sempre ritenute "ausiliarie", come quelle infermieristiche o di counseling. Queste, nei resoconti da me raccolti, lungi dal voler mettere in discussione l'attuale gerarchia delle professioni sanitarie, sono in attesa di essere valorizzate in un'ottica di collaborazione.

Un dato è chiaro: le preoccupazioni sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale sono fondate. Come mette in evidenza Federico Toth, la domanda di servizi sanitari tenderà a lievitare (per via dell'invecchiamento della popolazione, dei costi dell'innovazione tecnologica e della conseguente formazione specialistica del personale), mentre le risorse deputate al finanziamento facilmente subiranno un'ulteriore decurtazione⁶⁵⁷. Come la riforma del 1978 (legge n. 833), che portò all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale quando il Paese non si era ancora ripreso dallo shock petrolifero e dalle stragi terroristiche, e la riforma del 1992-1993 (d.lgs. n.

⁶⁵⁷ F. Toth, cit., p. 115.

502/1992 e d.lgs. n. 517/1993), che venne realizzata durante una delle peggiori crisi del dopoguerra, fra l'ondata speculativa contro la lira da una parte e le stragi di mafia e lo scandalo Tangentopoli dall'altra, così il sistema attuale, provato dalla crisi economica e da pratiche poco virtuose, dovrà essere rivisto. La storia insegna che potrebbe essere il momento buono per trarre vantaggio dalle sventure e basare un nuovo ordinamento dalla sanità, in quella che viene chiamata la "società dell'informazione", proprio su formazione e informazione dei cittadini (siano essi medici o pazienti), per relazioni di cura più trasparenti, consapevoli e umane.

Bibliografia

- ABERCROMBIE N., LONGHURST B., *Audiences: a Sociological Theory of Performance and Imagination*, Sage, London, 1998.
- 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.
- AIME M., *Il mestiere dell'antropologo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.
- ALEXANDER M., LENAHAN P., *Cinemeducation: Using Film and Other Visual Media in Graduate and Medical Education*, Radcliffe Publishing, Abingdon, 2014.
- ALEXANDER M., PAVLOV A. (a cura di), *Cinemeducation: A Comprehensive Guide to Using Film in Medical Education*, Radcliffe Publishing, Ashland, 2005.
- ALLEN R. (a cura di), *Channels of Discourse: Television and Contemporary Criticism*, Methuen, London, 1987.
- ALTHEIDE D., *Creating Reality: How TV News Distorts Events*, Sage, Beverly Hills, 1976.
- AMMANITI M., STERN D. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma-Bari, 1991.
- ANDERSON B., *Comunità immaginate*, Manifesto Libri, Roma, 1996.

- ANG I., SIMMONS M., *Interview with Stuart Hall*, in “Skrien”, vol. 116, 1982, pp. 10-14.
- ANG I., *Watching Dallas: Soap Opera and the Melodramatic Imagination*, Methuen, London, 1985.
- APPADURAI A., *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996.
- ARAWI T., *Using medical drama to teach biomedical ethics to medical students*, in “Medical Teacher”, vol. 32, n. 5, 2010, pp. 205-210.
- ARIÈS P., *Storia della morte in occidente*, Rizzoli, Milano, 1978.
- 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.
- ATKIN C., WALLACK L. (a cura di), *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*, Sage, Newbury Park, 1990.
- ATKINSON P., *The Ethnographic Imagination. Textual Constructions of Reality*, Routledge, London, 1990.
- ATKINSON P., *The Ethnography of a Medical Setting: Reading, Writing, and Rhetoric*, in “Qualitative Health Research”, vol. 2, n. 4, 1992, pp. 451-474.
- ATTALI J., *Vita e morte della medicina. L'ordine cannibale*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- AUGÉ M., *Nonluoghi. Introduzione ad un'antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano, 1993.

- AUGÉ M., *Il senso degli altri. Attualità dell'antropologia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.
- BACHELARD G., *La poetica dello spazio*, Dedalo, Bari, 2006.
- BAILEY S., “Professional Television”: *Three (Super)Texts and a (Super)Genre*, in “The Velvet Light Trap”, n. 47, 2011, pp. 45-61.
- BARRA L., *Palinsesto. Storia e tecnica della programmazione televisiva*, Laterza, Roma-Bari, 2015.
- 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.
- BAZZICALUPO L., ESPOSITO R. (a cura di), *Politica della vita. Sovranità, biopotere, diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2003.
- BECELLONI, G., *L'immaginario quotidiano: Televisione e cultura di massa in Italia*, Rai/ERI, Torino, 1984.
- BECELLONI, G., *Televisione come cultura: i media italiani tra identità e mercato*, Liguori, Napoli, 1995.
- BECHI A., BELLIENI C., *Dr. House MD – Follia e fascino di un cult movie*, Cantagalli, Siena, 2009.
- BECK U., GIDDENS A., LASH S., *Reflexive Modernization*, Polity Press, Cambridge, 1994.
- BECK U., *Risk Society: Towards a New Modernity*, Sage, London, 1992.
- BENNET T. et al. (a cura di), *Popular Film and Television*, BFI/Open University, 1981.

- 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, 2010, pp. 21-23.
- BERGER P., LUCKMANN T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 2007.
- BERRIDGE V., LOUGHLIN K., *Medicine, the Market and Mass Media: Producing Health in the Twentieth Century*, Psychology Press, New York, 2005.
- BERTAZZONI A., *Etica, comunicazione e salute. Tutela della persona e principio di autonomia in sanità*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- 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.
- BLITRIS, *La filosofia del Dr. House*, Ponte alle Grazie, Milano, 2007.
- BOCCI M., *Bisturi e adrenalina. Al pronto soccorso arrivano gli ER italiani*, in “La Repubblica”, 6 agosto 2014.
- BONI F., *Etnografia dei media*, Laterza, Roma, 2004.
- BONI F., *Media, identità e globalizzazione: luoghi, oggetti, riti*, Carocci, Roma, 2005.
- BONI S., *Vivere senza padroni: antropologia della sovversione quotidiana*, Elèuthera, Milano, 2006.
- BONI S., *Culture e poteri: un approccio antropologico*, Elèuthera, Milano, 2011.
- BONI S., *Homo comfort: il superamento tecnologico della fatica e le sue conseguenze*, Elèuthera, Milano, 2014.

- 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., *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- BOURDIEU P., *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- BOURDIEU P., *Sulla televisione*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- BOURDIEU P., *La parola e il potere*, Guida Editori, Napoli, 1988.
- BRAGA P., *Dal personaggio allo spettatore: il coinvolgimento nel cinema e nella serialità televisiva americana*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- BRAGA P., *ER - Sceneggiatura e personaggi: analisi della serie che ha cambiato la tv*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- BRIGGS C., *Anthropology, Interviewing and Communicability*, in "Current Anthropology", vol. 48, n. 4, 2007, pp. 551-580.
- BRIGGS A., BURKE P., *Storia sociale dei media*, il Mulino, Bologna, 2010.
- BRODIE M., FOEHR U., RIDEOUT V., BAER N., *et al.*, *Communicating Health Information Through the Entertainment Media*, in "Health Affairs", vol. 20, n. 1, 2001, pp. 192-199.
- BROOM A., *Reflections on the centrality of power in medical sociology: An empirical test and a theoretical elaboration*, in "Health Sociology Review", vol. 15, n. 5, 2006, pp. 496-505.
- BUONANNO M., *Le formule del racconto audiovisivo*, Sansoni, Milano, 2002.
- BUONANNO M. (a cura di), *Realtà multiple: concetti, generi e audience della fiction TV*, Liguori Editore, Napoli, 2004.

- 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.
- BURRAGE M., TORSTENDAHL R. (a cura di), *Professions in Theory and in History: Rethinking the Studies of Professions*, Sage, London, 1990.
- 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.
- BURY M., *Illness narratives: fact or fiction?*, in "Sociology of Health and Illness", vol. 23, n. 3, 2001, pp. 263-285.
- CALDWELL J., *Televisuality: Style, Crisis and Authority in American Television*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1995.
- CALDWELL, J. T., *Production Culture. Industrial Reflexivity and Critical Practice in Film and Television*, Duke University Press, Durham and London, 2008.
- CANEVACCI M., *Antropologia del cinema*, Feltrinelli, Milano, 1982.
- CANEVACCI M., *Antropologia della comunicazione visuale*, Sapere 2000, Roma, 1990.
- CANGUILHEM G., *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino, 1998.
- CANTOR M., *The Hollywood TV Producer: His Work and His Audience*, Basic Books, New York, 1971.

- CAPPI V., MANZOLI G., *Lo scrittore collettivo. I meccanismi di feedback nella produzione delle fiction televisive e la relazione fra pratiche di scrittura e industria culturale contemporanea*, in “Between”, vol. IV, n. 8, 2014.
- CAPUZZO P., *Culture del consumo*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- CARDINI D., *La lunga serialità televisiva*, Carocci, Roma, 2004.
- CARINI S., *Il testo espanso: il telefilm nell'età della convergenza*, V&P, Milano, 2009.
- CARLUCCIO G. (a cura di), *America oggi. Cinema, media, narrazioni del nuovo secolo*, Kaplan, Torino, 2014.
- CASCIO T., MARTIN L., *House and Psychology: humanity is overrated*, Wiley, Hoboken, 2011.
- CASSETTI 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.
- CASSATA M. B., SKILL T. D., OSEI BOADU S., *In Sickness and in Health*, in “Journal of Communication”, vol. 29, 1979, pp. 73-80.
- CHALVON-DEMERSAY S., *La confusion des conditions. Une enquête sur la série télévisée Urgence*, in “Réseaux”, vol. 17, n. 95, 1999, pp. 235-283.
- CHARON R., *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust*, in “Journal of American Medical Association”, vol. 286, n. 15, 2001, pp. 1897-1902.
- CHARON R., MONTELLO M. (a cura di), *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*, Routledge, New York, 2002.
- CHELI E., *La realtà mediata. L'influenza dei mass media tra persuasione e costruzione sociale della realtà*, Franco Angeli, Milano, 2002.

- CHORY-ASSAD R., TAMBORINI R., *Television Doctors: An Analysis of Physicians in Fictional and Non-Fictional Television Programs*, in “Journal of Broadcasting & Electronic Media”, vol. 45, n. 3, 2001, pp. 499-521.
- CIGOLI V., MARIOTTI M. (a cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità: l'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- 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.
- COLLEE J., *Medical fiction should be accurate, but need not be didactic*, in “British Medical Journal”, vol. 318, 1999, pp. 955-956.
- COLOMBO F., EUGENI R., *Il prodotto culturale*, Carocci, Roma, 2001.
- COLT H., QUADRELLI S., FRIEDMAN L. (a cura di), *The Picture of Health: Medical Ethics and the Movies*, Oxford University Press, Oxford, 2011.
- COMAN M., ROTHENBUHLER E. (a cura di), *Media Anthropology*, Sage, London, 2005.
- COMAROFF J., COMAROFF J., *Ethnography and Historical Imagination*, Westview Press, Boulder, 1992.
- COMETA M., COGLITORE R., MAZZARA F. (a cura di), *Dizionario degli studi culturali*, Meltemi, Roma, 2004.
- COMETA M., VACCARO S. (a cura di), *Lo sguardo di Foucault*, Meltemi, Roma, 2007.
- CONRAD P., *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2007.

- CONTI F., SILEI G., *Breve storia dello stato sociale*, Carocci, Roma, 2005.
- CORNAGLIA-FERRARIS P., *Camici e pigiami: le colpe dei medici nel disastro della sanità italiana*, Laterza, Roma-Bari, 1999.
- CORNAGLIA-FERRARIS P., *Pigiama e camici: cosa sta cambiando nella sanità italiana*, Laterza, Roma-Bari, 2000.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma, 1994.
- COSMACINI G., *Medici nella storia d'Italia: per una tipologia della professione medica*, Editori Laterza, Roma, 1996.
- 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.
- COSTANTINI E., *Fiction sulla malasanità e i medici si ribellano: non mandatela in onda*, in "Corriere della Sera", 23 settembre 2008.
- COUSINS N., *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient: Reflections on Healing and Regeneration*, Bantam, New York, 1981.
- CRAWFORD R., *Healthism and the medicalization of everyday life*, in "International Journal of Health Services", vol. 19, 1980, pp. 365–88.
- CRESPI F., *Manuale di sociologia della cultura*, Editori Laterza, Roma-Bari, 1998.
- CRICHTON M., *Casi di emergenza*, Garzanti, Milano, 1995.
- CZARNY M., FADEN R., NOLAN M., BODENSIEK E., SUGARMAN J., *Medical and Nursing Students' Television Viewing Habits: Potential Implications for Bioethics*, in "The American Journal of Bioethics", vol. 8, n. 12, 2008, pp. 1-8.

- CZARNY M., FADEN R., SUGARMAN J., *Bioethics and professionalism in popular television medical dramas*, in “Journal of Medical Ethics”, vol. 36, n. 4, 2010, pp. 203-206.
- DAL LAGO A., GIORDANO S., *Fuori cornice: l'arte oltre l'arte*, Einaudi, Torino, 2008.
- DAMERINI L., MARGARIA F., *Dizionario dei telefilm*, Garzanti, Milano, 2004.
- DANS P. E. (a cura di), *Doctors in the Movies: Boil the Water and Just Say Aah*, Medi-Ed Press, Lansing, 2000.
- DAVIN S., *Casualty: Reception Study of a Medical Drama*, Le Drac, London, 2000.
- DAVIN S., *Healthy Viewing: the reception of medical narratives*, in “Sociology of Health & Illness”, vol. 25, n. 6, 2003, pp. 662-679.
- DAVIN S., *Urgences et ses spectateurs: la médecine dans le salon*, L'Harmattan, Paris, 2007.
- DE CERTEAU M., *L'invenzione del quotidiano*, Lavoro, Roma, 2001.
- DE CERTEAU M., *La presa della parola e altri scritti politici*, Meltemi, Roma, 2007.
- DEL POZZO D., *Ai confini della realtà: cinquant'anni di telefilm americani*, Lindau, Torino, 2002.
- 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.
- DI MAGGIO P., *Cultural Entrepreneurship in 19th-Century Boston: the Creation of an Organizational Base for High Culture in America*, in “Media, Culture & Society”, vol. 4, n. 1, 1982, pp. 33-50.

- 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.
- DUNCAN ROSS A., *The Medicine of ER: An Insider's Guide to the Medical Science Behind America's #1 TV Drama*, Harper Perennial, New York, 1997.
- ECO, *Opera aperta*, Bompiani, Milano, 1962.
- ECO U., *Apocalittici e integrati*, Bompiani, Milano, 1964.
- ECO U., *Sette anni di desiderio*, Bompiani, Milano, 1985.
- ECO U., *I limiti dell'interpretazione*, Bompiani, Milano, 1990.
- EISENBERG L., *Disease and Illness. Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness*, in “Culture, Medicine and Psychiatry”, vol. 1, n. 1, 1977, pp. 9-23.
- ELIAS N., *La société des individus*, Fayard, Paris, 1991.
- EMBER C., EMBER M. (a cura di), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2004.
- ESPOSITO R., *Bios: biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino, 2004.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, *Evidence-based Medicine. A new approach to teaching practice of medicine*, in «Journal of the American Medical Association», vol. 268, 1992, pp. 2420-2425.

- 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.
- FANCHI M., *L'audience. Storia e teorie*, Laterza, Roma-Bari, 2014.
- FEATHERSTONE M., *Cultura del consumo e postmodernismo*, SEAM, Roma, 1994.
- FERGUSON M. (a cura di), *Public Communication: The New Imperatives*, Sage, London, 1990.
- FISKE J., *Television Culture*, Routledge, London, 1987.
- FORTIER B., FOUCAULT M., THALAMY A., *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*, Pierre Mardaga, Bruxelles-Liège, 1979.
- FORUM PER LA RICERCA BIOMEDICA, *Comunicare la salute: i media e le patologie ad alto impatto sociale*, Fondazione Censis, Roma, 25 maggio 2004.
- FORUM PER LA RICERCA BIOMEDICA, *Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana*, Fondazione Censis, Roma, 5 luglio 2007.
- FOUCAULT M., *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969.
- FOUCAULT M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2004.
- FOX R. C., *The Sociology of Medicine: a participant observer's view*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989.

- FRANK A. W., *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago, 1997.
- FRECCERO C., *Televisione*, Bollati Boringhieri, Torino, 2013.
- FREIDSON E., *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- FREIDSON E., *Professionalismo. La terza logica*, Edizioni Dedalo, Bari, 2002.
- FRIEDMAN L. D. (ed. by), *Cultural Sutures: Medicine and Media*, Duke University Press, Durham, 2004.
- 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.
- GABE J., KELLEHER D., WILLIAMS G. (a cura di), *Challenging Medicine*, Routledge, Londra, 1994.
- GATFIELD L., MILLWOOD HARGRAVE A., *Dramatic License: Fact or Fiction?*, Broadcasting Standards Commission, London, 2003.
- 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., *Special Report: Health and Medicine on Television*, in "The New England Journal of Medicine", vol. 305, n. 15, 1981, pp. 901-904.

- GERBNER G., GROSS L., MORGAN M., SIGNORIELLI N., *The "mainstreaming" of America: Violence profile no. 11*, in "Journal of Communication", vol. 30, 2010, pp. 10-29.
- GHERARDI D., *La lavagna del Dottor House*, in "Cinergie", n. 14, Le Mani, Recco, 2007.
- GIARELLI G., *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- 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.
- GIARELLI G., VENNERI E., *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- GIDDENS A., *Modernity and Self Identity: Self and Society in Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge, 1991.
- GIGERENZER G., MUIR GRAY J. A. (a cura di), *Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020*, The MIT Press, Cambridge, 2011.
- GILMAN S., *Representing Health and Illness: Thoughts for the Twenty-First Century*, in "Medical History", vol. 55, 2011, pp. 295-300.
- GINZBURG C., *Miti emblematici*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1986.
- GINZBURG C., *Il filo e le tracce. Vero, falso, finto*, Feltrinelli, Milano, 2006.
- GISOTTI R., SAVINI M., *Tv buona dottoressa? La medicina nella televisione italiana dal 1954 ad oggi*, Rai-Eri, Roma, 2010.
- GLASSER B., *Medicinema - Doctors in Films*, Radcliffe Medical Press, Ashland, 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, Dino Audino Editore, Roma, marzo-agosto 2007, 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.
- GOOD B. J., *Theorizing the "Subject" of Medical and Psychiatric Anthropology*, in "Journal of Royal Anthropological Institute", vol. 18, 2012, pp. 515-535.
- GOODMAN K., *Imagining doctors: medical students and the Tv medical drama*, in "American Medical Association Journal of Ethics", vol. 9, n. 3, 2007, pp. 182-187.
- 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., *Prima lezione sulla televisione*, Laterza, Roma-Bari, 2011.
- GRASSO A., SCAGLIONI M., *Che cos'è la televisione: il piccolo schermo fra cultura e società*, Garzanti, Milano, 2005.
- GRASSO A., SCAGLIONI M. (a cura di), *Televisione convergente. La tv oltre il piccolo schermo*, Cologno Monzese, Link, 2010.
- GREENHALGH T., DONALD A., *How to Read a Paper: The Basic of Evidence – Based Medicine*, Wiley-Blackwell, Hoboken, 2010.
- GRIGNAFFINI G., *I generi televisivi*, Carocci, Roma, 2004.

- GRINDSTAFF L., TUROW J., *Television Sociology in the «New TV Age»*, in “Annual Review of Sociology”, vol. 32, 2006, pp. 103-125.
- GRISWOLD W., *Sociologia della cultura*, Il Mulino, Bologna, 1997.
- GROSSBERG L., WARTELLA E., WHITENEY C., *MediaMaking: Mass Media in a Popular Culture*, Sage, Thousand Oaks, 1998.
- 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.
- GUPTA A., FERGUSON J., *Anthropological Locations: Boundaries and Grounds of a Field Science*, University of California Press, Berkeley, 1997.
- GUPTA M., *A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations*, in “Journal of Evaluation in Clinical Practice”, vol. 9, 2003, pp. 111-121.
- GUYATT G., RENNIE D. (a cura di), *Users' Guide to the Medical Literature. Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*, McGraw-Hill Professional, New York, 2008.
- HAHN R., KLEINMAN A., *Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions*, in “Annual Review of Anthropology”, vol. 12, 1983, pp. 305-333.
- HALL S. (a cura di), *Representation: cultural representations and signifying practices*, Sage, London, 1997.
- HALL S., *Politiche del quotidiano: culture, identità e senso comune*, Il Saggiatore, Milano, 2006.
- HALL S., EVANS J., *Visual culture: the reader*, Sage, London, 2007.

- HALL S., HOBSON D., LOWE A. (a cura di), *Culture, Media, Language. Working Papers in Cultural Studies 1972-1979*, Hutchinson, London, 1980.
- HAMMERSLEY M., ATKINSON P., *Ethnography: Principles in Practice*, Tavistock, London & New York, 1983.
- HAMMOND M., MAZDON L. (a cura di), *The Contemporary Television Series*, Edinburgh University Press, Edinburgo, 2005.
- HANDLER R., *Cultural Theory in History*, in "The American Historical Review", vol. 107, n. 5, 2002, pp. 1512-1520.
- HANNERZ U., *La complessità culturale: l'organizzazione sociale del significato*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- HARPER G., MOOR A. (a cura di), *Signs of Life: Cinema and Medicine*, Wallflower Press, New York, 2005.
- HARRIS D., WILLOUGHBY H., *Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama*, in "Resuscitation", vol. 80, 2009, pp. 1275-1279.
- HAYNES R. B., DEVEREAUX P. J., GUYATT G., *Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. Evidence does not make decisions, people do*, in "British Medical Journal", vol. 324, 2002, p. 1350.
- HENDERSON S., PETERSEN A., *Consuming Health: the Commodification of Health Care*, Routledge, London, 2002.
- HERITAGE J., MAYNARD D. W. (a cura di), *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge University Press, Cambridge, 2006.
- HETHER H. J., HUANG G., BECK V., MURPHY S., VALENTE T., *Entertainment-Education in a Media-Saturated Environment: Examining the Impact of Single and*

- Multiple Exposures to Breast Cancer Storylines on Two Popular Medical Dramas*, in “Journal of Health Communication”, 13, 2008, pp. 808-823.
- HOLTZ A., *I casi del Dr. House*, Sperling & Kupfer, Milano, 2007.
- HOLTZ A., *House M.D. vs. Reality: Fact and Fiction in the Hit Television Series*, Berkley Trade, Cincinnati, 2011.
- HOOKER C., POLS H., *Health, Medicine, and the Media*, in “Health and History”, vol. 8, n. 2, 2006, pp. 1-13.
- HUDSON R. A., *Sociolinguistica*, il Mulino, Bologna, 1980.
- INGROSSO M., *Comunicare la salute: scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- INNOCENTI V., PESCATORE G., *Le nuove forme della serialità televisiva. Storia, linguaggio e temi*, Archetipolibri, Bologna, 2008.
- 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., *Convergence? I Diverge*, in “MIT Technology Review”, 1 giugno 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.
- JENSEN K. B., JANKOWSKI N. M. (a cura di), *A Handbook of qualitative methodologies for mass communication research*, Routledge, London, 1991.

- JODELET D. (a cura di), *Le rappresentazioni sociali*, Liguori Editore, Napoli, 1992.
- JORM C., *Reconstructing Medical Practice: Engagement, Professionalism and Critical Relationship in Health Care*, Gower, Farnham, 2013.
- KAHLE S., *Sentimental Science, Somaticization, and Forensic Drama*, in “Critical Studies in Media Communication”, vol. 30, n.3, August 2013, p. 241-255.
- KARPF A., *Doctoring the Media*, Routledge, London, 1988.
- KATZ E., DAYAN D., *Media Events: The Live Broadcasting of History*, Harvard University Press, Cambridge, 1992.
- KELLEHER D., GABE J., WILLIAMS G., *Challenging Medicine*, Routledge, London, 2006.
- KING M., WATSON K., *Representing Health: Discourses of Health and Illness in the Media*, Palgrave Macmillan, New York, 2005.
- KLEINMAN A., BENSON P., *Anthropology in the Clinic: the Problem of Cultural Competency and How to Fix It*, in “Plos Medicine”, vol. 3, n. 10, 1006, pp. 1973-1976.
- KLEINMAN A., *Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, in “Social Science and Medicine”, vol. 12, 1978, pp. 85-93.
- KLEINMAN A., *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkeley, 1995.
- KWONG W., CHOW M., *Television and the World of Medical Dramas: What Really Matters?*, in “University of Toronto Medical Journal”, vol. 88, n. 1, 2010, pp. 13-14.
- 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.
- LANARO S., *Storia dell'Italia repubblicana*, Marsilio, Venezia, 1992.
- LEAVITT J., NUMBERS R. L. (a cura di), *Sickness and Health in America: Readings in the History of Medicine and Public Health*, University of Wisconsin Press, Madison, 1997.
- 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.
- LIBERATI A. (a cura di), *La medicina delle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.
- 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.
- LITWIN S., *Dr. Writegood. Neal A. Baer thanks medical school and his family of doctors for his expertise*, in "Written by", settembre/ottobre 2003, pp. 37-41.
- LIVINGSTONE S., *Making Sense of Television*, Pergamon Press, Oxford, 1990.
- LIVINGSTONE S., *La ricerca sull'audience: Problemi e prospettive di una disciplina al bivio*, Rubettino, Soveria Mannelli, 2000.
- LIVOLSI M., *La realtà televisiva: come la tv ha cambiato gli italiani*, Laterza, Roma-Bari, 1998.
- LOSITO G., *Il potere del pubblico: la fruizione di comunicazione di massa*, Carocci, Roma, 2002.

- LOUIS-COURVOISIER M., MAURON A., *“He found me very well; for me, I was still feeling sick”*: *The strange worlds of physicians and patients in the 18th and 21st centuries*, in “Medical Humanities”, vol. 28, 2002, pp. 9-13.
- LUCHERINI F., *La lunga serialità in Italia: una breve storia*, in “Script”, n. 34, anno XIII, nuova serie, Dino Audino, Roma, settembre-dicembre 2003, pp. 46-55.
- 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, Dino Audino, Roma, marzo-agosto 2007, 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, Dino Audino, Roma, inverno 2008-primavera 2009, pp. 96-117.
- LULL J., *Inside family viewing: ethnographic research on television audiences*, Routledge, London, 1990 (trad. it.: *In famiglia, davanti alla tv*, Meltemi, Roma, 2003).
- LULL J., *Media, communication, culture: a global approach*, Polity Press, Cambridge, 1995.
- LUPTON D., *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Society*, Sage, London, 2003.
- LUSUARDI N., *Il concept di una serie, un punto di vista, innanzitutto*, in “Script”, n. 34, anno XIII, nuova serie, Dino Audino, Roma, sett-dic 2003, pp. 56-59.
- LUSUARDI N., *House, ovvero nella “casa” degli orrori. Perché House doveva chiamarsi così*, in “Script”, n. 46/47, anno XVI, nuova serie, Dino Audino, Roma, inverno 2008-primavera 2009, pp. 125-138.
- LUSUARDI N., *La differenza seriale. Quello che il cinema non sarà mai capace di raccontare*, in “Script”, n. 46/47, anno XVI, nuova serie, Dino Audino, inverno 2008-primavera 2009, Roma, pp. 7-16.

- LUSUARDI N., *La rivoluzione seriale. Estetica e drammaturgia nelle serie hospital*, Dino Audino, Roma, 2010.
- MALATESTA M. (a cura di), *Society and the Professions in Italy 1860-1914*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995.
- MALATESTA M. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 10: I professionisti*, Einaudi, Torino, 1996.
- MALATESTA M., *Professionisti e gentiluomini*, Einaudi, Torino, 2006.
- MALATESTA M. (a cura di), *Atlante delle professioni*, Bononia University Press, Bologna, 2009.
- MALATESTA M., FESTI D. (a cura di), *Università e professioni*, Bononia University Press, Bologna, 2010.
- MALATESTA M., *Professional Men, Professional Women: the European Professions from the 19th Century until Today*, Sage, London, 2011.
- MANGHI S., *Il medico, il paziente e l'altro: un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- MANZOLI G., *Da Ercole a Fantozzi. Cinema popolare e società italiana dal boom economico alla neotelevisione (1958-1976)*, Carocci, Roma, 2012.
- MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 1999.
- MARINELLI A., FATELLI G., *Tele-visioni: l'audience come volontà e come rappresentazione*, Meltemi, Roma, 2000.
- MASTROBUONI T., "Ho fatto come il Dr House". Così un medico tedesco salva un uomo, in "La Stampa", 12 febbraio 2014.
- MATERA V., *Etnografia della comunicazione. Teorie e pratiche dell'interazione sociale*, Carocci, Roma, 2002.

- 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.
- MACLACHLAN M., *Culture and Health: a Critical Perspective Towards Global Health*, John Wiley & Sons, Chichester, 2006.
- McQUAIL D., *Sociologia dei media*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- McCABE, J., AKASS, K. (a cura di), *Quality TV. Contemporary American Television and Beyond*, I. B. Tauris, London, 2007.
- McGEE S., *Evidence-based physical diagnosis*, Saunders, Philadelphia, 2001.
- MEAD N., BOWER P., *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, in "Social Science and Medicine", vol. 51, 2000, pp.1087–1110.
- MENDUNI E., *Televisione e società italiana (1975-2000)*, Bompiani, Milano, 2002.
- MEYROWITZ J., *No Sense of Place: the Impact of Electronic Media on Social Behaviour*, Oxford University Press, New York, 1985 (trad. it. *Oltre il senso del luogo: come i media elettronici influenzano il comportamento sociale*, Baskerville, Bologna, 1995).
- 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.
- MOL A., *The body multiple: ontology in medical practice*, Duke University Press, Durham e Londra, 2002.

- MOL A. M., *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Routledge, London, 2008.
- MONITOR BIOMEDICO, *Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Fondazione Censis, Roma, 27 ottobre 2014.
- MONTELEONE F. (a cura di), *Cult Series vol. I - Le grandi narrazioni televisive nell'America di fine secolo*, Dino Audino Editore, Roma, 2005.
- MONTELEONE, F. (a cura di), *Cult Series vol. II - Le grandi narrazioni televisive nell'America di fine secolo*, Dino Audino Editore, Roma, 2005.
- MOODY N., HALLAM J. (a cura di), *Medical Fictions*, John Moores University Press, Liverpool, 1998.
- MOORES S., *Il consumo dei media: un approccio etnografico*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- MORA E. (a cura di), *Gli attrezzi per vivere: forme della produzione culturale tra industria e vita quotidiana*, V&P, Milano, 2005.
- MORCELLINI M. (a cura di), *Il Mediaevo. Televisione e industria culturale in Italia nel XX secolo*, Carocci, Roma, 2000.
- 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., *The 'Nationwide' Audience: Structure and Decoding*, BFI, London, 1980.
- MORLEY D., *Television, Audiences & Cultural Studies*, Routledge, London, 1992.
- MORRIS D. B., *Illness and Culture in the Postmodern Age*, University of California Press, Berkeley, 1998.
- MOSCOVICI S., *Le rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna, 1989.

- NEALE S., *Genre*, BFI, Londra, 1980.
- NEWCOMB H. (a cura di), *Encyclopedia of Television*, Routledge, New York, 2004.
- NICHTER M., *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, The University of Arizona Press, Tucson, 2008.
- NUSSBAUM M., *Love's Knowledge: Essays on philosophy and literature*, Oxford University Press, Oxford, 1990.
- O'CONNOR M., *The role of television drama ER in medical student life: entertainment or socialization?*, in "Journal of American Medical Association", vol. 280, 1998, pp. 844-845.
- ONG W. J., *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- ORTNER S., *Anthropology and Social Theory. Culture, Power, and the Acting Subject*, Duke University Press, Durham and London, 2006.
- OSTHERR, K., *Medical Visions: Producing the Patient through Film, Television, and Imaging Technologies*, Oxford University Press, New York, 2013.
- 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, Dino Audino, settembre-dicembre 2003, Roma, pp. 85-90.
- PAVLOV A., DAHLQUIST G., *Teaching Communication and Professionalism Using a Popular Medical Drama*, in "Family Medicine", vol. 42, n. 1, 2010, pp. 25-27.

- PECCHIOLI M. (a cura di), *Neotelevisione: elementi di un linguaggio catodico globale*, Costa&Nolan, Milano, 2005.
- PENNACINI C. (a cura di), *La ricerca sul campo in antropologia*, Carocci, Roma, 2010.
- PETERS H. P., *Mass Media as an Information Channel and Public Arena*, in “Risk: Health, Safety & Environment”, vol. 5, n. 3, 1994, pp. 241-250.
- PETERSEN A., WADDELL C. (a cura di), *Health Matters. A Sociology of Illness, Prevention and Care*, Open University Press, Buckingham, 1998.
- 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 “Journal of Broadcasting Electronic Media”, vol. 39, 1995, pp. 441-458.
- PIPERNO A., *Chi si difende da chi? E perché? I dati della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva*, Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Roma, 2010.
- PIZZA G., *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2008.
- POPPER K. R., CONDRY J., *Cattiva maestra televisione*, Reser, Milano, 1994.
- PORTER R., *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, in “Theory and Society”, vol. 14, n. 2, marzo 1985, pp. 175-198.
- PORTER R., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Carocci, Roma, 2004.
- POZZATO M. P., GRIGNAFFINI G. (a cura di), *Mondi seriali: percorsi semiotici nella fiction*, RTI, Cologno Monzese, 2008.

- QUARANTA I., *Corpo, potere e malattia: antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, Meltemi, Roma, 2006.
- QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica: i testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- QUARANTA I., RICCA M., *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- RAPPORTO CENSIS/UCSI SULLA COMUNICAZIONE (X), *I media siamo noi: l'inizio dell'era biomediativa*, Fondazione Censis, Roma, 3 ottobre 2012.
- RAPPORTO CENSIS/UCSI SULLA COMUNICAZIONE (XI), *L'evoluzione digitale della specie: sintesi per la stampa*, Fondazione Censis, Roma, 11 ottobre 2013.
- 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, Dino Audino, Roma, marzo-agosto 2007, 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.
- REMOTTI F., *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*, Laterza, Roma-Bari, 2011.
- 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, 2008, pp. 220-237.
- ROMBI R., *Giulio Scarpati: "Sono figure assicuranti"*, in "La Repubblica", 18 agosto 2008, p. 21.

- ROSE N., *La politica della vita: biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Torino, 2008.
- SACKETT D. L., ROSENBERG M. C., MUIR J. A. *et al.*, *Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't*, in "British Medical Journal", vol. 312, 1996, pp. 71-72.
- SACKS O. W., *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Adelphi, Milano, 1992.
- SANDERS L., *Ogni paziente racconta la sua storia: l'arte della diagnosi*, Einaudi, Torino, 2009.
- SANTAMBROGIO A., *Il senso comune. Appartenenze e rappresentazioni sociali*, Laterza, Roma – Bari, 2006.
- SAPORI A., *Come eri bello Dottor Kildare!*, in "La Repubblica", 20 agosto 1987, p. 26.
- SCAGLIONI M., BARRA L. (a cura di), *Tutta un'altra fiction. La serialità pay in Italia e nel mondo. Il modello Sky*, Carocci, Roma, 2013.
- SCIBILIA G., *Spacciare la medicina nera per la bianca. Doctor House e la medicalizzazione*, in "Aut Aut", n. 340, Il Saggiatore, Milano, ottobre-dicembre 2008, pp. 170-176.
- SEALE C., *Media and Health*, Sage Publications, London, 2003.
- SEITER E., *et al.*, *Remote Control: Television, Audiences & Cultural Power*, Routledge, Londra e New York, 1991.
- SERLIN D. (a cura di), *Imagining Illness: Public Health and Visual Culture*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 2011.
- SHORTER E., *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Feltrinelli, Milano, 1986.
- SIEGEL B. S., *Amore, medicina e miracoli*, Mondadori, Milano, 1994.

- SIGNORIELLI N., *Mass Media Images and Impact on Health*, Greenwood Press, Westport, 1993.
- SILVERMAN D., *Communication and Medical Practice: Social Relations in the Clinic*, Sage, London, 1987.
- SILVERMAN D., *Come fare ricerca qualitativa*, Carocci, Roma, 2002.
- SILVERSTONE R., *Television and Everyday Life*, Routledge, London, 1994 (trad. it. *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.
- SPERANZA L., *I poteri delle professioni*, Rubettino, Soveria Mannelli, 1999.
- SPERANZA L., *Medici in cerca d'autore*, il Mulino, Bologna, 2012.
- SPERANZA L., TOUSIJN W., VICARELLI G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, il Mulino, Bologna, 2008.
- SPIKE J., *Television Viewing and Ethical Reasoning: Why Watching Scrubs Does Better Job Than Most Bioethics Classes*, in "The American Journal of Bioethics", vol. 8, n. 12, 2008, pp. 11-13.
- SPITULNIK D., *Anthropology and Mass Media*, in "Annual Review of Anthropology", vol. 22, 1993, pp. 293-315.
- STARR P., *The Social Transformation of American Medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basic Books, New York, 1984.

- STIEGLER B., DERRIDA J., *Ecografie della televisione*, Raffaello Cortina, Milano, 1997.
- STRAUMAN E., GOODIER B. C., *Not Your Grandmother's Doctor Show: a Review of Grey's Anatomy, House and Nip/Tuck*, in "Journal of Medical Humanities", vol. 29, 2008, pp. 127-131.
- STRAUMAN E., GOODIER B. C., *The Doctor(s) in House: an analysis of the evolution of the television doctor-hero*, in "Journal of Medical Humanities", vol. 32, 2011, pp. 31-46.
- STRAUSS A., *Negotiations, Varieties, Contexts, Processes and Social Order*, Jossey-Bass, London, 1978.
- TARONI F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001.
- TAROZZI M., *Che cos'è la grounded theory*, Carocci, Roma, 2008.
- TAYAL U., *How viewers get facts from fiction*, in "British Medical Journal", vol. 327, n. 7410, August 2003, p. 347.
- THOMPSON J. B., *Mezzi di comunicazione e modernità*, il Mulino, Bologna, 1998.
- THOMPSON R. J., *Television's Second Golden Age. From Hill Street Blues to ER*, Syracuse University Press, Syracuse, 1997.
- THOMPSON T. L., DORSEY A., MILLER K. I., PARROT R. (a cura di), *Handbook of Health Communication*, Lawrence Erlbaum Associates, London, 2003.
- TIMMERMANS S., ANGELL A., *Evidence-Based Medicine, Clinical Uncertainty, and Learning to Doctor*, in "Journal of Health and Social Behaviour", vol. 42, n. 4, 2001, pp. 342-359.
- TOTH F., *Professione medico*, Il Mulino, Bologna, 2012.
- TOTH F., *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2014.

- TULLOCH J. *Television Drama: Agency, Audience and Myth*, Routledge, Londra e New York, 1990.
- TURKLE S., *Life on the Screen. Identity in the Age of the Internet*, Simon & Schuster, New York, 1997.
- 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.
- TUROW J., GANS R., *As seen on TV: Health Policy Issues in TV’s Medical Dramas*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, 2002.
- VAN DEN BULCK J. M., *The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals*, in “European Journal of Emergency Medicine”, vol. 9, 2002, pp. 325-329.
- VENTRIGLIA G., *Andare oltre gli attuali orizzonti della fiction italiana*, in “Script”, n. 34, anno XIII, nuova serie, Dino Audino, Roma, settembre-dicembre 2003, pp. 11-13.
- VENTURI I., *Università, arriva la carica degli aspiranti doctor House*, in “La Repubblica”, 4 settembre 2013.
- VERENI P., *Identità catodiche: rappresentazioni mediatiche di appartenenze collettive*, Meltemi, Roma, 2008.
- VERGHESE A., *Culture Shock. Patient as Icon, Icon as Patient*, in “New England Journal of Medicine”, vol. 359, 2008, pp. 2748-2751.
- VICARELLI G. (a cura di), *Il paradigma perduto? Medici nel duemila*, in “Società e salute”, a. III, n. 1, Franco Angeli, Milano, 2004.

- VICARELLI G., *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, il Mulino, Bologna, 2008.
- VICARELLI G., *Cura e salute: prospettive sociologiche*, Roma, Carocci, 2013.
- VIOLI P., *Significato ed esperienza*, Bompiani, Milano, 1997.
- WAGNER R., *L'invenzione della cultura*, Ugo Mursia Editore, Milano, 1992.
- WAINWRIGHT, P., RAPPORT, F., *The nature of self and how it is experienced within and beyond the health care setting*, in "Medical Humanities", vol. 31, 2005, pp. 57-59.
- WILCE J. M., *Medical Discourse*, in "Annual Review of Anthropology", vol. 38, 2009, pp. 199-215.
- WILLIAMS R., *Television: Technology and Cultural Form*, Wesleyan University Press, Middletown, 1992 (trad. it. *Televisione: tecnologia e forma culturale*, Editori Riuniti, Roma, 2000).
- WILSON L., *Grey's Anatomy 101: Seattle Grace, Unauthorized*, BenBella Books, Dallas, 2007.
- WINCKLER M., *Les miroirs de la vie: histoire des séries américaines*, Le Passage, Paris, 2002.
- WINCKLER M., *Les miroirs obscurs: grandes séries américaines d'aujourd'hui*, Au Diable Vauvert, Vauvert, 2005.
- WOLF M., *Gli effetti sociali dei media*, Bompiani, Milano, 1992.
- WOLF M., *Teorie della comunicazione di massa*, Bompiani, Milano, 1995.
- WRIGHT P., TREACHER A. (a cura di), *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1982.

YOUNG A., *Anthropologies of Illness and Sickness*, in “Annual Review of Anthropology”, vol. 11, 1982, pp. 257-85.

Ringraziamenti

Sono molte le persone a cui devo riconoscenza, che mi hanno accompagnata con amore e intelligenza in questi tre anni.

Per prima ringrazio la professoressa Maria Malatesta, che mi ha sostenuta e consigliata con grande disponibilità e affetto.

Sono grata anche a Ivo Quaranta e Gaetano Mangiameli, che hanno seguito gli inizi di questa ricerca. Sono molto riconoscente a Mariagrazia Fanchi, Lorenzo Speranza e Emmanuel Betta, che nel corso del lavoro mi hanno fornito preziosi suggerimenti. Un grande grazie a Francesca Roversi Monaco, Alessandra Cantagalli, Giacomo Manzoli, Daniela Rigato e Paolo Capuzzo per l'incoraggiamento e l'interessamento che mi hanno mostrato nel procedere della ricerca. Devo riconoscenza a Sandra Bosi, Davide Festi, Claudia Pancino, Martina Giacomini e a tutti coloro che mi hanno messo a disposizione i loro contatti affinché potessi realizzare le interviste.

Ringrazio tutte le amiche e gli amici che mi sono stati vicini. Tra questi, Gianluigi Di Giangirolamo, Elisa Farinacci, Pietro Liuzzo, Alfredo Mignini, Omar Bortolazzi e Vincenzo Lagioia, fidi e insostituibili compagni di viaggio. Un ringraziamento speciale all'amica Manuela Marolla, che mi ha aiutata con dedizione nei compiti ingrati che una tesi prevede, a Laura Antonioli, Stefania Marassi, Simonetta Molinari, agli amici e alle amiche antropologhe e a mia sorella Marianna per il sostegno caloroso. Un immenso grazie a mia mamma Raffaella, che ha vegliato su tutto il percorso ed è stata attenta lettrice di ogni capitolo.

Un sentito grazie, infine, a tutti coloro che, con la loro generosa disponibilità, hanno reso possibile questa ricerca: gli spettatori e le spettatrici di medical dramas, i medici e le infermiere intervistati.

