

Articoli/Articles

CARE E CURE, COCCOLE E BISTURI
UNA RICERCA SU CLINICI E CHIRURGHI¹

ANGELA PALMIERI E LORENZO SPERANZA
Dipartimento di Giurisprudenza, Università di Brescia, I

SUMMARY

*CARING AND CURING, CUDDLES AND SCALPELS.
A SURVEY ON CLINICAL PRACTITIONERS AND SURGEONS*

Caring and curing are two different yet connected words: care refers to the care of others; cure instead refers to diagnosis and therapy. Care has always been linked to clinical practitioners, where cure has been more associated to surgeons. In this work, the historical evolution of the treatments will be emphasised and will be linked to a research done on practitioners and surgeons of a province in the South of Italy.

Results show that the working practices of the surgeons are less caring than those of the clinical practitioners; whilst for practitioners the main emphasis is on the patients, for the surgeons the emphasis is on the operating room and its dynamics based on action, speed, drama, strength and resistance.

L'argomento

Nella lingua italiana il termine 'cura' è utilizzato in un duplice senso: per indicare il percorso, medicalizzato, di diagnosi e terapia e per riferirsi all'atto (non esclusivamente, o prevalentemente, medico, ma che qui confineremo solo a tale ambito) di prendersi cura dell'altro, cercando di alleviarne sia le sofferenze del corpo sia quelle dell'anima. La lingua inglese utilizza invece - chissà se e

Key words: Care - Cure - Differentiation clinicians-surgeons - Identity

quanto più opportunamente - due parole diverse per indicare i processi citati: *cure* e *care*. Tale uso deriva dall'obiettivo di distinguere, anche a livello terminologico, due aree che sono guidate da logiche differenti: la prima (*cure*) attinge al patrimonio di conoscenze della medicina scientifica ed è quindi guidata dai principi (parsoniani) della razionalità, dell'universalità, della neutralità affettiva; la seconda (*care*) si basa su un patrimonio di conoscenze dallo statuto molto più incerto e controverso, che richiama il modello familiare di assistenza fondato su relazioni di tipo affettivo in cui rientrano elementi come la spontaneità, l'irrazionalità, l'istintualità².

In questi due ambiti si delineano figure professionali diverse in termini di pratiche lavorative e riconoscimenti sociali: generalmente le professioni sanitarie che interagiscono faccia a faccia con il paziente, si occupano di lui in modo olistico (cioè considerando l'intera ampiezza dei suoi bisogni), hanno una struttura di compiti relativamente aperta e flessibile sono considerate *caring*³. Quindi, lungo l'asse ai cui estremi si trovano, da una parte l'attività di assistenza al paziente, dall'altra l'attività di cura, troviamo rispettivamente la figura dell'infermiere e quella del medico. Considerando poi le varie specialità mediche e tenendo presente la definizione di Chambliss, potremmo avanzare un'ulteriore distinzione: i chirurghi sono meno *caring* dei clinici⁴.

Tuttavia, nell'epoca pre-moderna la medicina ha svolto essenzialmente funzioni di *care*. La *cure* era praticamente inesistente e, comunque, ben lontana dall'essere diagnosi veritiera e trattamento curativo realmente efficace. Nell'ambito delle "cure pratiche" operavano figure senza formazione specifica (come i barbieri-chirurghi - indicati anche con i termini dispregiativi di "segaossa" e "cavadenti"- gli speciali-farmacisti e i flebotomi), inferiori socialmente al medico formato nell'Università. Nell'epoca moderna il lavoro medico subisce una radicale rivoluzione grazie alle scoperte scientifiche e allo sviluppo della tecnologia applicato anche alle pratiche professionali. L'aspetto di *cure* si rafforza notevolmente e, di conseguenza, figure una volta ritenute di rango inferiore

e denigrate - perché legate ad attività manuali - cominciano ad assumere rilevanza, oltre che nell'arte medica, anche nell'immaginario collettivo⁵ e nella stratificazione professionale e sociale.

La riflessione che proponiamo in questo articolo è incentrata sul cambiamento del "personaggio" più emblematicamente legato alla dimensione di *cure*, ovvero il chirurgo, che, da " 'segaossa', insanguinato e pasticcione" che "rappresenta un comune bersaglio di commedie e pubblicazioni a stampa"⁶, diventa, grazie anche all'apporto dato dal cinema, dalla televisione, dalla letteratura e dai media, "la figura di medico più popolare fra la gente"⁷.

Il mutamento della figura del chirurgo è legato a doppio filo all'ampliamento della dimensione di *cure*. Con il progressivo affinamento dei mezzi diagnostici e terapeutici, che rivoluzionano l'intero lavoro medico, l'ambito della chirurgia diventa, infatti, per molti osservatori, quello nel quale i risultati sono più numerosi, concreti ed evidenti. In sostanza, la grande considerazione sociale di cui oggi godono i chirurghi è inquadrabile in un processo che vede la dimensione di *care* sempre più ridotta di importanza rispetto a quella di *cure*. Un processo che, a un livello sociale più ampio, è associato all'utilizzo sempre più accentuato della scienza e della tecnologia non solo in medicina, ma in tutte le sfere della vita umana.

In questo lavoro ripercorreremo le tappe salienti che hanno portato i chirurghi all'affermazione di una loro "giurisdizione"⁸ e, quindi, di una loro identità⁹. Inoltre, servendoci del materiale raccolto in una ricerca¹⁰, condotta su clinici e chirurghi di una provincia del Mezzogiorno¹¹, cercheremo di indagare la natura dei legami che portano le varie specialità mediche a sentirsi più o meno vicine alle dimensioni di *cure* oppure di *care*.

Il materiale empirico è costituito da 39 interviste in profondità. Il numero assoluto dei maschi è 21; quello delle donne è 18¹². Per ciò che riguarda l'età sono state individuate 4 fasce: dal 1927 al 1937, dal 1938 al 1948, dal 1949 al 1959, dal 1960 al 1970. Inoltre, non figurano trentenni (la

più giovane ha 40 anni, il più anziano 82), perché non volevamo sapere solo *perché si sceglie medicina*, ma anche *come si fa il medico* e, quindi, abbiamo pensato di selezionare professionisti con una certa esperienza. Il campione è stato scelto quindi, in parte, in modo che la distribuzione per sesso e età fosse dinamicamente rispettata e in parte, affinché il maggior numero di ruoli medici fosse rappresentato¹³.

In tutte le interviste la consegna iniziale è stata un invito a parlare di sé, della propria vita, evitando così “un pre-centramento su un aspetto specifico”¹⁴. Quasi sempre le domande successive non sono state introdotte nell’ordine previsto dalla traccia iniziale. Infatti, anche se nell’intervista era presente un “canovaccio” fisso - che prevedeva più o meno le stesse domande per tutti - l’intervistato è stato lasciato libero di esprimere le sue opinioni o, meglio, il suo mondo, e spesso ha diretto l’intervista insieme a chi lo interrogava (ricercatore). In sostanza, la traccia ha agito solo come guida esterna e il colloquio è andato avanti secondo le regole dei rilanci che hanno spaziato dai motivi della scelta di medicina ai modi concreti di vivere la pratica medica, dalle differenze fra clinici e chirurghi al ricordo di un episodio significativo per la scelta della professione, da quando e come ci si è sentiti medico per la prima volta al filo che lega vite private e professionali, dal rapporto coi pazienti a quello con i colleghi, dai sentimenti alle emozioni, dalle paure ai desideri, etc.

Le interviste, alcune effettuate negli ultimi tre mesi del 2008 e la maggior parte nel 2009, sono state registrate, successivamente “sbozinate” ed hanno avuto una durata variabile da poco più di un’ora a due ore e trenta. È appena il caso di aggiungere che nelle ricerche qualitative, come questa, i criteri di rappresentatività non sono cogenti come in quelle quantitative. Il problema, infatti, non è di stabilire quanto sia diffuso un certo atteggiamento in un campione statistico che riproduce i caratteri numerici dell’universo considerato, questione già risolta dalla ricerca precedente¹⁵, ma piuttosto di approfondire in cosa esso consiste e come viene vissuto e riprodotto¹⁶ dai soggetti interessati e, da qui, procedere ad ulteriori generalizzazioni.

Il “segaossa”, insanguinato e pasticcione

Fin dagli albori della civiltà la medicina si è caratterizzata come un insieme di pratiche di *care*, utili a dare consolazione e sollievo ai sofferenti, anche se lontane dall'assicurarne la guarigione.

I riti degli stregoni delle tribù primitive e le pratiche divinatorie e magiche dei medici-sacerdoti delle prime civiltà stanziali (Egitto e Mesopotamia) e della Grecia classica certamente non guarivano un corpo malato, ma davano sollievo alla psiche del sofferente e cercavano di convincerlo che le forze magiche evocate dai sacerdoti fossero in grado di scacciare gli spiriti maligni, causa dei mali. Tuttavia, è durante il cristianesimo che la dimensione di *care*, così come la conosciamo oggi, si rafforza. L'esempio che i medici cristiani cercano di seguire è quello di Saulo di Tarso (San Paolo), emulo di Cristo nel risanare il corpo e l'anima¹⁷.

I valori del cristianesimo vengono ripresi dalla cultura medioevale: il sofferente (non importa chi sia) è accolto, ospitato e assistito nei monasteri e i medici-monaci eseguono il divino comandamento di compiere opere di carità spirituale e corporale. L'idea del tempo è che solo prendendosi cura dei bisognosi e assistendo i malati si entra in rapporto con Cristo¹⁸.

È superfluo sottolineare che, anche in tale periodo, pur ricorrendo a medicinali, diete e manipolazioni proprie dell'arte medica del tempo, la cura rimane una pratica pietosa e caritatevole, capace di recare consolazione e sollievo, ma non in grado di ripristinare lo stato di salute perduto.

Nel passaggio dal mondo feudale all'età dei comuni, la pratica medica inizia a cambiare, insieme al concetto di salute, ritenuta non più dono di Dio, ma della scienza. Il medico del tempo è un dotto, laureato in filosofia e medicina. La sua formazione prevede un ambito logico-filosofico, basato soprattutto sugli scritti di Aristotele; un ambito teorico basato sulle c.d. *auctoritates*, ovvero i testi di Ippocrate, Galeno, Avicenna e Averro e,

infine, un ambito di medicina pratica che consiste nell'applicazione delle regole teoriche sui pazienti¹⁹. Il terzo ambito potrebbe essere considerato come la dimensione di *cure* del tempo. Tuttavia, il medico fisico-filosofo non solo trascura la pratica fondata su tali regole teoriche, ma, addirittura, la disprezza, perché prevede attività assimilabili alle arti meccaniche.

Sono i chirurghi che, pur non avendo mai ricevuto una formazione prolungata e formale in un'aula universitaria, operano nel campo pratico, "sporcandosi di sangue", ma svolgendo, in qualche modo, attività di *cure*. Fino alla fine del Settecento hanno imparato e perfezionato l'arte dell'incisione nell'esercito: proverbialmente²⁰ i campi di battaglia sono stati la miglior scuola di chirurgia, dove era possibile fare una vasta pratica soprattutto per le ferite causate dai proiettili di piombo che lacerano le carni e le ossa in profondità²¹. Nella vita di tutti i giorni i chirurghi facevano anche i barbieri e gli strumenti che adoperavano erano gli stessi. Molti erano girovaghi, si spostavano da un villaggio all'altro offrendo i loro differenti servizi: ad esempio il cavadenti, l'oculista esperto di cataratte, colui che asportava i calcoli vescicali, etc. A differenza del medico fisico-filosofo, che ha preso impegno giurato di non operare mai *cum ferro et igne*²², ovvero di non utilizzare mai pratiche chirurgiche (il che equivale anche ad una presa di distanza dal corpo malato e ferito e dalla cura intesa come *cure*), le varie figure di chirurgo agiscono invece direttamente sui corpi, utilizzando strumenti (anche se rudimentali, come le lame dei barbieri) per estrarre e amputare e fuoco per cauterizzare tagli e ferite. Le loro pratiche di intervento risultano, quindi, estremamente dolorose e molto rischiose: poche sono le operazioni portate a termine senza decessi per probabili infezioni²³.

Molto più frequentemente del medico fisico-filosofo, quindi, il chirurgo va incontro a numerosi fallimenti che non dipendono tanto dalla sua insufficiente abilità, ma dalla completa inesistenza di strumenti diagnostici e di sostanze anestetiche e asettiche. Forse anche per tali fallimenti egli diventa, nell'immaginario collettivo, un personaggio

macabro e buffo allo stesso tempo: è colui che si insanguina incidendo e segando corpi umani e, contemporaneamente, è un “pasticcione” che non ha studiato come i veri medici²⁴ e che, per questo, pratica cure sommarie con risultati disastrosi.

Pur non potendo vantare alcuna superiorità tecnica sul chirurgo (perché il suo campo d’azione è la medicina interna, interpretata attraverso l’esame delle urine e del polso, secondo i dettami dei grandi medici del passato e della fisica aristotelica), il medico fisico-filosofo rivendica, tuttavia, una superiorità etica e sociale: egli è un intellettuale, un uomo di lettere e di letture, che appartiene alle fila dell’aristocrazia e che, detenendo già posizioni di rendita piuttosto elevate (al contrario dei chirurghi che provengono dai ceti medio-bassi), svolge la sua professione in maniera disinteressata e nobile. Il forte riferimento alle *auctoritates*, ovvero alle teorie galeniche e ippocratiche, il culto umanista per la forma e le belle lettere²⁵, la contrapposizione tra clinici e chirurghi (e fra la medicina speculativa e quella sperimentale) caratterizzeranno la medicina per molti secoli ancora. Solo verso la fine del Settecento inizierà l’avvicinamento dei medici alla scienza e alla sperimentazione.

Il dottor Frankenstein

Con la nascita della medicina clinica²⁶ si realizzano due processi fondamentali per lo sviluppo della scienza medica: la trasformazione degli ospedali da luogo di mera cura e assistenza per i poveri a strutture che a tale funzione affiancano l’osservazione clinica sistematica e la sperimentazione scientifica, da un lato, e la diffusione della pratica autoptica, dall’altro²⁷.

Se la *care* di questo periodo perde un po’ dei suoi “connotati cristiani”, la *cure* comincia a rafforzare la sua base cognitiva e la sua efficacia: viene progressivamente consentita l’osservazione e la “profanazione” *cum ferro et igne* del corpo umano e malati e cadaveri diventano il principale materiale di studio dei medici.

In questo cambiamento di clima la figura del chirurgo diventa essenziale: è grazie alla sua abilità manuale che si può scrutare l'interno dei corpi, ricostruendo con precisione i meccanismi che hanno portato a lesioni e a malattie. La *cure* riceve, dunque, un impulso notevole dalle pratiche chirurgiche e i chirurghi cominciano a essere rivalutati nell'arte medica.

Nell'immaginario collettivo, però, la pratica chirurgica e la dissezione dei cadaveri continuano a essere associate a personaggi un po' fuori dall'ordinario in senso negativo, anche perché, fra la fine del 1700 e l'inizio del 1800, il successo della scuola medica di Edimburgo e delle scuole private di anatomia londinesi²⁸ hanno premesse e conseguenze "irrituali", ovvero il trafugamento di salme su cui praticare la dissezione. I cadaveri utilizzati per scopi didattici erano, in genere, quelli di condannati a morte ed esisteva anche un florido commercio di salme trafugate dalle sepolture. All'epoca tale pratica era tanto diffusa da far sentire alle autorità di governo l'esigenza di una regolamentazione delle esecuzioni, delle autopsie e, ovviamente, delle sepolture, che portarono all'*Anatomy Act* del 1832²⁹. Porter scrive (2004, p. 152) che, nella Edimburgo di inizio Ottocento, due trafugatori iniziano addirittura a uccidere per vendere poi i corpi delle proprie vittime ai chirurghi. E forse non è un caso se *Frankenstein* viene immaginato da Mary Shelley più o meno in questo periodo (1817): anche il giovane dottor Frankenstein si reca di notte nei cimiteri dove apre le tombe e studia la decomposizione e il percorso degenerativo dei cadaveri, acquisendo così la conoscenza medico-chirurgica che gli permetterà di generare una creatura vivente. Il fatto, poi, che la creatura "resuscitata" da Victor Frankenstein appaia deforme e sgraziata alla vista, dotata di una forza fisica smisurata e potenzialmente pericolosa, sottolinea che, proprio in un periodo in cui la fiducia nella scienza e nella medicina comincia a rafforzarsi, quelle qualità pre-moderne e "rassicuranti" (come l'altruismo, il comportamento rispettabile e il decoro), vicine all'ambito di *care* e

attribuite ai medici più che ai chirurghi, diventano essenziali affinché le nuove conoscenze scientifiche siano percepite positivamente e con fiducia dal pubblico.

A ogni modo, *Frankenstein* a parte, sembra ormai molto lontano il tempo in cui il chirurgo, avvolto in grembiuli schizzati di sangue, esce da stanze squallide (il cui pavimento è coperto di segatura per pulire più facilmente) per annunciare la morte del paziente “sotto i ferri” o per una successiva setticemia. Così come comincia a essere un lontano ricordo il periodo in cui veniva associato ai barbieri³⁰: ora egli studia e fa pratica insieme ai clinici in un ospedale, rivendicando e ottenendo una sua “giurisdizione”³¹ e una sua identità.

In tale periodo l’aspetto di *cure* si rafforza notevolmente grazie ai progressi legati al campo chirurgico. I primi successi della chirurgia riguardano il perfezionamento di pratiche già esistenti attraverso l’introduzione di strumenti specifici, come, per esempio, il laccio emostatico per regolare il flusso sanguigno nelle amputazioni degli arti e il forcipe, utile per estrarre il neonato nei parti difficili. Poi vengono praticati i primi interventi che presentano una certa complessità, come quello eseguito dal chirurgo americano Ephraim McDowell che, nel 1809, sperimenta con successo la prima ovariectomia senza anestesia³².

Tuttavia, è grazie agli sviluppi nel campo dei farmaci anestetizzanti³³ e all’introduzione delle pratiche anti-settiche e a-settiche³⁴ che molti interventi di chirurgia, prima inimmaginabili, cominciano a essere praticati con successo a partire dalla seconda metà dell’Ottocento. A Vienna, ad esempio, Theodor Billroth diventa il pioniere della chirurgia addominale, intervenendo su varie forme di cancro all’addome e alla mammella; in America Halsted pratica la mastectomia radicale, che per lunghi anni rimase l’unica soluzione per il cancro al seno; nel 1882 l’asportazione della colecisti diviene un intervento di *routine*, così come altre operazioni -l’appendicectomia e gli interventi sull’intestino tenue e sulla prostata³⁵.

Le innovazioni tecnologiche di fine Ottocento e inizio Novecento allargano ulteriormente gli orizzonti della chirurgia perché permetteranno di scrutare e sondare, per la prima volta, l'interno del corpo umano: nel 1895 si registra la scoperta dei raggi X³⁶ e, nel 1900, si mette a punto il primo elettrocardiografo, uno strumento in grado di registrare l'attività elettrica del cuore. Più o meno nello stesso periodo due chirurghi ricevono il premio Nobel³⁷.

Agli inizi del Novecento il chirurgo, forte della sua competenza - legata agli sviluppi della scienza e della tecnologia - e dei suoi successi - visibili e concreti per i malati - non è più un "personaggio" ai margini dell'arte medica, ma si accinge a diventare la *star* della medicina moderna.

La star della medicina moderna

Alla fine degli anni Cinquanta del secolo scorso per i chirurghi si apre una nuova fase: si passa dalla chirurgia di estirpazione a quella finalizzata alla riparazione e alla sostituzione. Il *pacemaker* cardiaco costituisce l'esempio più noto di questa nuova era chirurgica³⁸. Tuttavia, il successo più rilevante di questo periodo è il "cuore artificiale", un'apparecchiatura in grado di bypassare l'organo e di conservare artificialmente la circolazione sanguigna, permettendo così di operare sul cuore non in funzione. Ma sono gli innesti e, soprattutto, i trapianti, gli esempi più "spettacolari" della chirurgia sostitutiva. Il primo trapianto viene compiuto nel 1967 da Christiaan Barnard all'Ospedale Groote Schuur di Città del Capo. Barnard trapianta il cuore di una donna a un paziente che riesce a vivere per 18 giorni. Da quel momento in poi i trapianti d'organo (anche in contemporanea) diventano una consuetudine e la probabilità di salvezza e guarigione si fa sempre più frequente³⁹.

In poco più di 150 anni la chirurgia ha registrato, quindi, cambiamenti rivoluzionari: da campo estremamente limitato (e, a volte, pericoloso) diventa ambito senza confini dove "la possibilità di tagliare

è una possibilità di guarire⁴⁰. E in un clima in cui la possibilità di guarigione dipende dal bisturi, la *cure* risulta progressivamente sempre più associata alla figura del chirurgo. In effetti, dalla scoperta dei raggi x in poi, i chirurghi, aiutati dai sempre più sofisticati strumenti di visualizzazione⁴¹ degli organi interni, diventano, dopo secoli di incertezza sui risultati delle loro pratiche, sicuri e molto ambiziosi. Se nel 1874 l'illustre chirurgo inglese Lister affermava che, "per un chirurgo accorto e umano, l'addome, il torace e il cervello rimarranno sempre interdetti alle operazioni"⁴², circa un secolo dopo, un raffinato scrittore ceco scriverà che "essere chirurgo significa aprire la superficie delle cose e vedere ciò che si nasconde all'interno"⁴³ o ancora, spingendosi oltre: "Dio, si potrebbe supporre, ha previsto l'omicidio, ma non la chirurgia. Non immaginava che qualcuno avrebbe avuto il coraggio di infilare la mano dentro un meccanismo inventato da lui, imballato con cura nella pelle, sigillato e chiuso agli occhi dell'uomo". Le parole di Milan Kundera ci danno un'idea di come il chirurgo si consideri e sia considerato nella nostra contemporaneità: un uomo⁴⁴ di scienza dal "potere" enorme che possiede delle *technicalities* straordinarie in grado di ridare vita e funzionalità perfino a organi "morti" (si pensi alla pratica degli espianti e dei trapianti). E anche quando il suo talento interviene in un campo in cui non c'è un bisogno finalizzato al ristabilimento della salute, come nella chirurgia estetica, il risultato è comunque straordinario: la realizzazione, almeno apparente, del desiderio di bellezza e di "eterna giovinezza". Questo modello di chirurgo, non si sa se più faustiano o prometeico⁴⁵, si diffonde nell'immaginario collettivo, grazie anche all'apporto della letteratura, dei media, del cinema e della televisione. Quest'ultima, in particolare, è quella che, recentemente, lo ha più celebrato, trasmettendo *fiction* caratterizzate da un realismo inedito: come *Grey's anatomy* - un *medical drama* del 2005, oggi alla sua decima stagione, che descrive dettagliatamente la giornata in ospedale di un gruppo di tirocinanti, aspiranti chirurghi, le cui storie si

intrecciano con quelle dei chirurghi che li stanno formando - e *Nip/Tuc* - serie del 2003, che si ferma alla sua quinta stagione, ambientata in una Miami ossessionata dai miti della perfezione fisica e della bellezza. Nell'immaginario collettivo contemporaneo "pasticcione" non è più un epiteto da associare al chirurgo (anzi, la parola "precisione" è spesso accompagnata dall'aggettivo "chirurgica", quando la si vuole rafforzare) e il dottor Victor Frankenstein, creatore di un essere brutto e sgraziato, ha lasciato il posto a chirurghi estetici ricchi, brillanti e seducenti - come Sean McNamara e Christian Troy, i protagonisti di *Nip/Tuck* - che, lavorando di bisturi, rappresentano la risposta all' "ossessione" (post-moderna) per l'aspetto fisico e la cura del corpo e, al contempo, la nutrono⁴⁶.

Nel ripercorrere le tappe salienti che hanno portato all'affermazione della chirurgia non abbiamo sottolineato (proprio perché il lavoro è incentrato sulla figura del chirurgo) i successi ottenuti dalla medicina clinica nello stesso periodo. Tuttavia, è utile ricordare che, anche nel campo clinico, la *cure* (che non appartiene solo al chirurgo, ma anche al clinico) diventa molto efficace, grazie agli sviluppi della biologia e della farmacologia. In particolare, fra l'Ottocento e il Novecento lo studio della microbiologia applicato all'uomo e l'introduzione di numerose tecniche di vaccinazione hanno permesso ai clinici di salvare milioni di vite da innumerevoli epidemie mortali, fra cui la peste, il vaiolo, il colera, la malaria, la tubercolosi di cui recano testimonianza molte opere letterarie. Paradossalmente, oggi che le malattie mortali sono state debellate grazie al loro lavoro, la figura dei clinici perde l'*allure* di un tempo.

Comunque, richiamare la clinica o, meglio, la figura del clinico, in questo contesto, ci serve per delineare meglio l'identità del chirurgo. Se, come scrive Alberto Melucci (1982, p. 68), l'identità è un "sistema di relazioni" che comprende la "capacità di un attore di riconoscersi per quello che è [...] e la capacità di distinguersi da altri e di far riconoscere questa diversità", allora l'identità dei chirurghi non

può costruirsi senza l'“affermazione della (loro) differenza” rispetto ad altre figure mediche. In breve, non può costruirsi senza il confronto con i clinici⁴⁷.

La ricerca su clinici e chirurghi

Care e *cure*, relazione e competenza, non sono dimensioni che si escludano necessariamente l'una con l'altra, al contrario, sarebbe auspicabile che fossero tenute assieme da tutti i medici. Tuttavia, esistono specialità che, “per tradizione”, risultano legate maggiormente all'uno o all'altro aspetto, caso classico i clinici-internisti⁴⁸ e i chirurghi. I primi tendono a mantenere e a rivendicare un forte legame con la dimensione di *care*; i secondi sono portati a sottolineare un legame, si è quasi tentati di dire “di sangue”, con quella di *cure*⁴⁹.

Le 39 interviste in profondità, raccolte nella già citata ricerca condotta su clinici e chirurghi di una provincia del Mezzogiorno, costituiscono un buono “spartito” su cui provare a leggere il significato di questi legami. In linea generale, per i tutti clinici intervistati la *care* costituisce una parte importante delle loro pratiche mediche e, infatti, in cima ai loro processi di identificazione vi è, costitutivamente, il rapporto con i pazienti, che risente fortemente delle aspettative altruistiche con cui l'immaginario collettivo struttura l'identità dei medici⁵⁰.

Io mi sento decisamente medico, sono vicino al paziente ... la chirurgia no. I chirurghi sono freddi, sono distaccati, no, no, io mi coinvolgo, i pazienti me li coccolo (corsivo di chi scrive, da cui deriva il titolo del saggio), chirurgo no. Io con il paziente ci parlo tantissimo, è un rapporto bellissimo, il chirurgo è freddo, distaccato, il chirurgo guarda quell'organo, quella ferita, quell'intervento, e lì finisce, non esiste il paziente nella sua totalità, esiste la colecisti, il calcolo al rene, no, no, il paziente non è un organo, è un organismo (medico di pronto soccorso).

C'è una differenza profonda tra medicina e chirurgia, perché dal punto di vista umano la medicina ti obbliga a un rapporto da cui la chirurgia può anche prescindere. I chirurghi sono persone che amano poco parlare

con i pazienti, li vedono solo addormentati ... Io, invece, sono molto empatica con i pazienti e con le famiglie... Ritengo che la professione del medico, e soprattutto del neurologo, deve comprendere non solo la conoscenza, l'utilizzo di farmaci e di terapie, ma pure il sostegno. Dire: "Non ho più niente da fare per lei" è una cosa disumana. I pazienti sono importantissimi, sia per quello che posso dare io, sia per quello che mi trasmettono loro...il paziente è la persona intorno alla quale tu fai ruotare tutto (neurologa).

Con l'aiuto della mia doppia identità di laico (la dimensione di cure, nota degli AA.) ed ex chierichetto (la dimensione di cure, nota degli AA.) ho rivestito il ruolo di medico facendolo nel modo migliore e più umano possibile, dando calore e tranquillità all'ammalato con dei sorrisi e qualche pacca sulla spalla ... Credo che un medico bravo che, però, non sorride e non comunica con l'ammalato, sia una contraddizione in termini (internista).

Io mi sento sia medico che chirurgo. Gioca a favore del medico il fatto che mi piace parlare con la gente, entrare nella loro vita, chiacchierare anche del più e del meno; ecco, questa è una cosa che mi piace, il chirurgo non lo fa (ginecologa).

I clinici tendono a sottolineare di considerare i pazienti nella loro totalità (corpo e anima) e non hanno timore, come afferma la ginecologa, di "entrare nella loro vita" né di condividere con loro paure e speranze, dolori e gioie, come fa la neurologa. Sembra quasi di sentire James Kildare, il capostipite di una tipologia cinematografica di medici dai buoni sentimenti, che svolge il suo lavoro nelle immaginarie corsie del Blair General Hospital con impegno e competenza, ma, allo stesso tempo, è sensibile e si interessa alle questioni personali dei propri pazienti, a differenza del suo primario che, invece, ama sottolineare: "il nostro lavoro è tenere in vita le persone, non dire loro come vivere"⁵¹.

Per i chirurghi, invece, ciò che conta sono i risultati del bisturi, della mano. In cima alle loro pratiche e, quindi, ai loro processi di

identificazione, vi è, infatti, l'enfatizzazione della sala operatoria e delle sue dinamiche improntate ad azione, velocità, dramma, forza e resistenza fisica⁵².

Mi sono iscritto a medicina con l'idea e con il programma di fare il chirurgo... perché si vedono i risultati. Non credo nelle pillole e negli sciroppi. Credo in quello che può essere un risultato utile, valido, visibile al momento (chirurgo).

Mi sento più chirurgo che medico. La chirurgia, rispetto alla medicina, è la risoluzione drastica del problema, quando può, ovviamente, è immediata, la tocchi con mano, è come il discorso del bianco e nero, non esiste il grigio... Noi abbiamo bisogno comunque della medicina per il trattamento medico, perché la differenza fra i chirurghi attuali e quelli medievali, i famosi barbieri, è proprio questa. Allora, il chirurgo acculturato ha certamente anche del medico... nel post operatorio spesso collaboriamo con i medici, però, ecco, c'è questo approccio diverso. Per definizione la branca medica ha dei tempi che sono certamente più lunghi, una terapia medica dura quel che dura, invece la guarigione chirurgica avviene nel momento in cui tu fai l'intervento (chirurga pediatrica).

La chirurgia è interessante perché riesci a risolvere un problema con la tua manualità e perché, in alcuni momenti, richiede genialità e fantasia ... devi risolvere il problema di una vita che hai davanti, che hai addormentato e sta lì e ci sono dei momenti in cui te lo devi inventare l'intervento ed è proprio questo che è bello... non mi interessano le cose statiche; mi piace molto muovermi, mi piace anche il ragionamento deduttivo, però deve essere veloce, perché stare un pomeriggio a ragionare su un caso, ecco, questo un po' mi annoia. Quindi, a ben pensarci, mi sento un po' più chirurgo che medico. Oggi mi mancherebbe moltissimo la sala operatoria; in questo, forse, rispetto a tante altre donne ginecologhe, sono patologica: la sala operatoria per me è come una specie di droga, nel senso che io sto benissimo in sala, non mi tiro mai indietro al lavarmi per qualunque tipo d'intervento. Nella sala operatoria, quando si opera, l'atmosfera è bella, bella! A me piace molto: prima, dopo e negli intervalli si scherza molto e su tutto, si diventa anche pesanti negli scherzi perché fa parte del gioco alleggerire l'atmosfera (ginecologa).

In quegli anni c'era un primario chirurgo il quale, quando c'era un fegato che non gli piaceva o cose del genere, mi chiamava e diceva: 'Fammi una biopsia sul fegato a cielo aperto' ... Essere chirurgo o essere medico sono due modi diversi di auto-compiacersi: il medico è abituato a tormentarsi, a riflettere, probabilmente si diverte più a lungo e quando arriva alle sue conclusioni va quasi in estasi; di conseguenza, quello dell'internista è un piacere prolungato, probabilmente più sofferto. Per il chirurgo, al contrario, l'auto-compiacimento è, per così dire, molto più intenso e più breve, perché si realizza a conclusione del suo atto eroico in sala operatoria. Secondo me la chirurgia può fare tutto e chiaramente risolve i problemi, magari pagando dei prezzi, ma li risolve; l'internista dà una risposta a gran parte degli eventi acuti, ma per un'altra buona parte ha solo il compito di cronicizzarli e renderli meno infausti; per cui, secondo me, il chirurgo ha un ruolo più decisivo dell'internista, anche se in ultima istanza sono complementari (gastroenterologo).

Ciò che caratterizza la chirurgia, rispetto alla medicina, è, innanzitutto, un atteggiamento non passivo, perché il chirurgo la mattina si alza molto presto, entra in sala operatoria alle sette e vive delle ore di intensa emozione e di coscienza rispetto al medico, che certamente è uguale al chirurgo, però ha un'attività più statica: la percussione, l'ascoltazione, il risultato degli esami di laboratorio, il controllo della febbre. Nel chirurgo, invece, c'è un'attività molto più dinamica, non parlo di coscienza né di ansie né di scariche di adrenalina, perché le avrà pure l'internista, però c'è una fattività manuale ... χείρ è la mano, chirurgia vuol dire proprio questo, lavoro della mano, il chirurgo vede immediatamente quello che c'è da vedere, se ne rende conto 'in tempo reale', come si direbbe oggi, non aspetta il risultato, lo vede. Il medico dice: 'ha un'emorragia', il chirurgo la vede l'emorragia, mette il dito in quell'arteria che sanguina e interviene per fermarla (chirurgo ortopedico).

Dai discorsi dei chirurghi il paziente come persona sembra quasi assente: essi si concentrano sui risultati e vedono “un fegato non bello”, “l'emorragia”, “un'arteria che sanguina”, non “una persona con problemi di fegato o che sanguina”. Più efficacemente, con le parole di un intervistato, potremmo dire che “il chirurgo guarda quell'organo, quella ferita, quell'intervento, e lì finisce. Non esiste il paziente nella sua totalità, esiste la colecisti, il calcolo al rene”.

Tuttavia, ciò non significa affatto che il chirurgo sia una persona più cinica del clinico: è una questione di pratiche lavorative diverse. Come abbiamo visto, ripercorrendo in maniera sommaria l'evoluzione della figura del chirurgo, con l'introduzione di strumentazioni di diagnostica visuale molto potenti i medici possono scrutare e sondare l'interno del corpo umano con estrema precisione e facilità. In virtù di questo, i chirurghi non hanno bisogno di parlare con il paziente ("i chirurghi sono persone che amano poco parlare con i pazienti, li vedono solo addormentati", dice la neurologa intervistata); ritengono superfluo indagare (attraverso il colloquio) le cause dei loro malesseri. Per mezzo delle ecografie, degli endoscopi flessibili a fibre ottiche di vetro, della tomografia assiale computerizzata, di quella a emissione di positroni, della risonanza magnetica nucleare, ecc. essi "parlano" direttamente con gli organi interessati e poi agiscono col bisturi. Quello che ha da dire il paziente può essere, per loro, a volte, del tutto ininfluenza.

È una questione di cura, intesa come "care"

Sono le specialità chirurgiche quelle che, tradizionalmente, risultano meno legate alla dimensione di *care*. Ma, a pensarci bene, anche nella medicina clinica la *care* ha uno spazio sempre più ridotto: a volte perché si reputa che la competenza di un medico sia più importante dell'empatia verso i pazienti, in altri casi perché si mette in atto una forma di difesa e ciò avviene soprattutto (e paradossalmente) in quelle specialità che trattano malattie molto gravi come i tumori.

Andando avanti con gli anni mi sono reso conto che la competenza è importante e quindi, se io fossi un paziente e avessi bisogno di un medico, accetterei anche quello meno disponibile sul piano umano, ma dotato di rigore scientifico, impegnato, non pressapochista, un medico che faccia il suo lavoro senza esprimere sentimenti per me va bene. Ma io sono un medico (gastroenterologo).

Non instauro rapporti di amicizia con i pazienti, come fanno, invece, altri miei colleghi che danno loro del “tu” e li chiamano per nome. Io no, non voglio che ci sia un legame, ci resterei troppo male dopo. Forse è una forma di difesa, non è che non sia gentile o che non m’immedesimi, ma lo faccio con un certo distacco proprio per non assorbire tutti questi drammi e quello che ci sta dietro, questo però s’impara con il tempo e l’esperienza ... Noi parliamo di metastasi con la stessa leggerezza con cui si parla di un raffreddore, metastasi significa morte... alla fine, ti abitui anche alla morte (oncologa).

Anche la televisione, come già accennato, con quel suo modo particolarmente veloce di catturare e rappresentare le nuove tendenze, ha acceso i riflettori sul rapporto medico-paziente che cambia. Il medico *old style*, quello rappresentato da Kildare (che tiene in gran conto il rapporto con il paziente perché -in mancanza di strumentazioni efficaci- solo così può formulare la sua diagnosi), ha gradualmente assunto le sembianze del cinico Gregory House, oggi star indiscussa fra i numerosi *medical drama* che pullulano sul piccolo schermo. Il dottor House è il capo del dipartimento di diagnostica dell’immaginario Ospedale Princeton-Plainsboro del New Jersey, un *clinico* che ama sottolineare: “sono diventato medico per curare le malattie, non i malati” e che, forte dei nuovi e potenti strumenti diagnostici, raggiunge la consapevolezza che “i pazienti sono tutti bugiardi e non possono mentirci se noi non parliamo con loro”. House è, ovviamente, anche l’antitesi di Kildare, del medico (clinico) empatico e positivo: è diffidente nelle relazioni umane, individualista, cinico, eccentrico, non porta mai il camice e lo stetoscopio, è scontroso e antipatico con pazienti, collaboratori e dirigenti. Tuttavia, è anche un medico scrupoloso, è un brillante diagnosta, è innamorato della medicina e ha un grande senso clinico. Più semplicemente, per Gregory House la competenza (anche scientifica e tecnica) è più importante del mostrarsi disponibile sul piano umano con i pazienti e gli permette, al contempo, di non assorbire i loro drammi che gli farebbero

perdere lucidità nel lavoro⁵³. Come dice anche una delle nostre intervistate (la chirurga pediatrica): “Se ti fai vincere dalle emozioni è finita e combini grossi guai”.

Il clinico vero non esiste più, noi facevamo le 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. La medicina di oggi è tutta un'altra cosa. È fredda. È fredda e non ti appassiona. Non è bella come la medicina pionieristica. Adesso non vedo quel calore... Anche il fatto, per esempio, di non fare più le diagnosi e di affidarsi solo agli strumenti... non c'è calore (pediatra).

Il “calore” che manca è quello dato dalle attività di *care* che prevedono un rapporto profondo con il paziente: la medicina di oggi (in tutte le sue specialità) è fredda e poco appassionante perché, secondo il nostro pediatra, tende ad affidarsi *solo* agli strumenti, mettendo in secondo piano il rapporto medico-paziente (la visita medica). Il suo non è solo lo sfogo di quello che potremmo definire un clinico *old style*⁵⁴, si tratta di qualcosa di più. Se i medici (clinici o chirurghi che siano) rinunciano al loro lato *caring* (sensibilità, coinvolgimento emotivo, intuizione) perdono la possibilità di *fare meglio*.

Atul Gawande, un medico chirurgo di origine indiana che esercita al Brigham and Women's Hospital di Boston (oltre che essere Assistant Professor alla Harvard Medical School), ha scritto⁵⁵ un libro riportando le storie vere di medici e di pazienti: *Better. A Surgeon's Notes on Performance* (2007). Il libro in italiano è stato tradotto con il titolo *Con cura* (2008). Può sembrare curioso che per descrivere la pratica lavorativa di un chirurgo si adoperi l'espressione “con cura” che rimanda direttamente alle pratiche di *care*. Tuttavia, leggendo l'introduzione del libro (2008, pp. 3-5) si capisce la scelta della traduzione.

Durante l'ultimo anno della facoltà di medicina, mi occupai di una paziente che mi è rimasta impressa [...] Il mio supervisore, un chirurgo dell'ospedale, mi aveva affidato [...] una raggrinzita donna portoghese sui settant'anni che era stata ricoverata perché "non si sentiva troppo bene" [...] Una radiografia del torace lasciava ipotizzare una polmonite, forse, o forse no. Feci un prelievo di espettorato e di sangue e, secondo le istruzioni dell'internista, iniziai una terapia antibiotica per un'eventuale polmonite. Andai a vederla due volte al giorno per diversi giorni. Controllavo il battito cardiaco, auscultavo i polmoni, seguivo i test di laboratorio. Le sue condizioni erano sempre le stesse. Aveva la tosse. Non aveva febbre. Semplicemente non si sentiva bene. Supponevo che le avremmo dato degli antibiotici e l'avremmo dimessa [...]

Una mattina [...] lamentò insonnia e sudori notturni. Forse c'era una leggera accelerazione del battito cardiaco. Ma niente di più. Tienila d'occhio, mi disse il mio supervisore. Certo, dissi io [...] Decisi tra me che sarei tornato a vederla a mezzogiorno [...] Lui però tornò a vederla due volte nel corso della mattinata.

Da allora ho spesso riflettuto su quel gesto. Un atto di per sé insignificante, un piccolissimo gesto di scrupolosità. Aveva notato nella paziente qualcosa che lo preoccupava. Si era anche fatto un'opinione di me durante i giri di visita mattutini [...] Si fidava di me? No, non si fidava. Perciò andò a controllare di persona.

Non era cosa di poco conto. La donna era al quattordicesimo piano dell'ospedale. Le lezioni del mattino, la caffetteria, tutti gli altri posti dove dovevamo trovarci quel giorno erano al primo e secondo piano. Gli ascensori erano notoriamente lenti. Per di più toccava a lui tenere una delle lezioni. Avrebbe potuto aspettare che un'infermiera venisse a chiamarlo, in caso di complicazioni, come avrebbe fatto la maggior parte dei medici. O mandare un medico più giovane a vedere la paziente. Invece ci andò di persona.

La prima volta si accorse che la paziente aveva 39 di febbre e che il flusso di ossigeno attraverso la forcina nasale andava aumentato. La seconda trovò che la pressione era scesa bruscamente e la fece trasferire all'unità di terapia intensiva. Prima che io mi rendessi conto di ciò che stava

Una ricerca su clinici e chirurghi

succedendo, lui aveva già iniziato il trattamento di una polmonite fulminante e resistente ai farmaci che stava degenerando in shock settico. Grazie ai suoi controlli, la donna sopravvisse. E per la stessa ragione, il decorso fu magnifico [...].

Cosa ci vuole per essere bravi in un campo in cui è tanto facile, tanto semplice sbagliare? Quando ero studente, e poi durante la specializzazione, mi preoccupavo soprattutto di acquisire competenze. Ma ciò che quel medico aveva mostrato quel giorno era più che competenza [...]

Era cura, intesa come *care*.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

Bibliografia Generale

ABBOTT A., *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, Chicago University Press, 1988.

ABBOTT A., *Jurisdictional Conflicts: A New Approach to the Development of the Legal Professions*. American Bar Foundation Research Journal 1986; 2: 187-224.

ARMOCIDA G., *Storia della medicina dal XVII al XX secolo*. Milano, Editoriale Jaka Book, 1993, pp. 45-53.

BALDINI M., LIPPI D., *La medicina: gli uomini e le teorie*. Bologna, CLUEB, 2000.

BEAULIEU M. D., RIOUX M., ROCHER G., SAMSON L., BOUCHER L., *Family Practice: Professional Identity in Transition. A Case Study*. Social Science & Medicine 2008; 67: 1153-1163.

BICHI R., *L'intervista biografica*. Milano, Vita e Pensiero, 2002.

CAPPI V., *Pazienti e medici oltre lo schermo. Elementi per un'etnografia dei medical dramas*. Bologna, Bononia University Press, 2015.

CAPPI V., *Medici oltre lo schermo: uno studio sull'evoluzione del rapporto medico-paziente a partire dalla fiction televisiva*. Paper presentato a *Storie in corso, VIII*. Workshop nazionale dottorandi della SISSCO, Università dell'Aquila, 19-21 giugno 2013.

- CARR-SAUNDERS A. M., WILSON P. A., *Professions, International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York, Macmillan, 1954, pp. 476-480; trad. it. TOUSIJN W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*. Bologna, Il Mulino, 1979, pp. 61-69.
- CHAMBLISS D. F., *Beyond Caring. Hospitals, Nurses and Social Organization of Ethics*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
- COSMACINI G., *La religiosità della medicina*. Roma-Bari, Laterza, 2007.
- COSMACINI G., *L'arte lunga*. Roma-Bari, Laterza, 1997.
- COSMACINI G., *Medicina e Sanità in Italia nel ventesimo secolo*. Roma-Bari, Laterza, 1989.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari, Laterza, 1987.
- DAMERINI L., *Dizionario dei telefilm*. Milano, Garzanti, 2004.
- FORTI MESSINA A., *Il sapere e la clinica*. Milano, FrancoAngeli, 1998.
- FOUCAULT M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, PUF, 1963; trad. it. *Nascita della clinica*. Torino, Einaudi, 1969.
- GAWUANDE A., *Better. A Surgeon's Notes on Performance*. 2007; trad. it. *Con cura. Diario di un medico deciso a fare meglio*. Torino, Einaudi, 2008.
- HUGHES E. C., *Men and Their Work*. New York, Free Press, 1958.
- KUNDERA M., *L'insoutenable légèreté de l'être: roman*. Paris, Gallimard, 1984; trad. it. *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Milano, Adelphi, 1986.
- MALATESTA M., *Professionisti e gentiluomini*. Torino, Einaudi, 2006.
- MAOVAZ M. ET AL., *La medicina nell'università di Perugia*. Annali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma, Aracne editrice, 2011, vol. 96-98, pp. 277-358.
- MARZANO M., *Scene finali*. Bologna, il Mulino, 2004.
- MORANDINI L., MORANDINI L., MORANDINI M., *Dizionario dei film*. Bologna, Zanichelli, 2011.
- MELUCCI A., *L'invenzione del presente*. Bologna, Il Mulino, 1982.
- NERESINI F., *Sociologia della salute*. Roma, Carocci, 2001.
- PALMIERI A., *Gli stili di vita dei medici. Dal dottor Kildare al dottor House?* Milano, FrancoAngeli, 2012.
- PARSONS T., *Professions, in International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York, Free Press, 1968, pp. 536-547.
- PARSONS T., *La relazione medico-paziente*. In: MACCARARO G. A., MARTINELLI A. (a cura di), *Sociologia della medicina*. Milano, Feltrinelli, 1965, pp. 183-214.
- porter r., *Blood and Guts. A Short History of Medicine*. London and New York, W. W. Norton & Company Ltd, 2002; trad. it. BRIOSCHI G. C., MASCARINO M. (a cura di), *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*. Roma, Carocci, 2004.

- PREMUDA L., *La costituzione delle specialità*. In: GRMEK M. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*. Roma-Bari, Laterza, 1998, pp. 389-416.
- SCONOCCHIA S., *Ars et professio medici*. In: LIPPI D. e SCONOCCHIA S. (a cura di), *Ars et professio medici. Humanitas, misericordia, amicitia nella medicina di ieri e di oggi*. Bologna, CLUEB, 2003, pp. 39-110.
- shelley m., *Frankenstein or the Modern Prometheus*. 1817; trad. it *Frankenstein ovvero il Prometeo moderno*. Edizione speciale per il Corriere della Sera pubblicata su licenza di RCS Libri S.p.A., 2002.
- SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012.
- SPERANZA L., *Dai medici ideali a quelli reali: qualche figura in prestito dalla letteratura*. in: SPERANZA L., TOUSIJN W., VICARELLI G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna, Il Mulino, 2008, pp. 163-192.
- SPERANZA L., TOUSIJN W. E VICARELLI G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna, Il Mulino, 2008.
- TRÖHLER U., *Il trionfo della chirurgia*. In: GRMEK M. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. Dall'età romantica alla medicina moderna*. Roma-Bari, Laterza, 1998, pp. 355-388.
- TOUSIJN W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna, il Mulino, 2000.
- VICARELLI G. (a cura di), *Cura e salute*. Roma, Carocci, 2013.
- VICARELLI G., *Le medichesse*. In: MALATESTA M. (a cura di), *Atlante delle professioni*. Bologna, Bononia University Press, 2009, pp. 262-267.
- VICARELLI G., *Donne di medicina*. Bologna, Il Mulino, 2008.

1. Il paper è frutto di un lavoro comune, tuttavia i paragrafi 2, 3 e 6 sono stati scritti da Angela Palmieri e i paragrafi 1, 4 e 5 da Lorenzo Speranza. Per il termine “coccole” ringraziamo il medico di pronto soccorso, uno dei 39 intervistati nella ricerca, che l’ha usato (supra p. 201). Gli autori sono grati anche a Claudia Misasi per le sue osservazioni.
2. TOUSIJN W., *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna, il Mulino, 2000, p. 38.
3. CHAMBLISS D. F., *Beyond Caring. Hospitals, Nurses and Social Organization of Ethics*. Chicago, University of Chicago Press, 1996. MARZANO M., *Scene finali*. Bologna, il Mulino, 2004.
4. Essi non interagiscono con il paziente poiché nel momento del loro intervento è addormentato; non si occupano del paziente in modo olistico, perché, quasi per definizione, essi sono chiamati a occuparsi solo di una “parte”; i loro compiti non sono flessibili ma estremamente precisi e limitati.

5. CAPPI V., *Pazienti e medici oltre lo schermo. Elementi per un'etnografia dei medical dramas*. Bologna, Bononia University Press, 2015; CAPPI V., *Medici oltre lo schermo: uno studio sull'evoluzione del rapporto medico-paziente a partire dalla fiction televisiva*. Paper presentato a *Storie in corso*, VIII, Workshop nazionale dottorandi della SISSCO, Università dell'Aquila, 19-21 giugno, 2013; PALMIERI A., *Gli stili di vita dei medici. Dal dottor Kildare al dottor House?* Milano, Franco Angeli, 2012.
6. PORTER R., *Blood and Guts. A Short History of Medicine*. London and New York, W. W. Norton & Company Ltd, 2002; trad. it. di BRIOSCHI G. C. e MASCARINO M., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*. Roma, Carocci, 2004, pp. 143-144.
7. SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012, p. 55.
8. ABBOTT A., *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, Chicago University Press, 1988; ABBOTT A., *Jurisdictional Conflicts: A New Approach to the Development of the Legal Professions*. American Bar Foundation Research Journal 1986; 2: 187-224.
9. SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012.
10. Alla ricerca, condotta fra il 2009 e il 2010 e diretta da Lorenzo Speranza, hanno partecipato Claudia Misasi e Angela Palmieri. Le interviste effettuate sono state utilizzate da SPERANZA L. per la stesura del saggio, *Medici in cerca di autore*. Op.cit. nota 9 e da PALMIERI A. per scrivere, *Gli stili di vita dei medici. Dal dottor Kildare al dottor House?* Op. cit. nota 5.
11. Una maggiore articolazione territoriale non è sembrata indispensabile, atteso che, nel volume già pubblicato, “le opinioni dei medici non si sono rivelate molto diverse fra loro” in ragione della differente provenienza geografica (SPERANZA L., TOUSIJN W. e VICARELLI G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna, Il Mulino, 2008.) Inoltre, è opinione generale che, in medicina, siano le facoltà universitarie ad essere responsabili, in buona misura, del processo di socializzazione (HUGHES E. C., *Men and Their Work*. New York, Free Press, 1958.) e che il modello di apprendistato/internato usato influisca significativamente sul modo in cui i medici interiorizzano i ruoli professionali (BEAULIEU M. D., RIOUX M., ROCHER G., SAMSON L. e BOUCHER L., *Family Practice: Professional Identity in Transition. A Case Study*. Social Science & Medicine 2008; 67: 1153-1163). Da questo punto di vista, l'istituzione relativamente recente della facoltà di medicina nell'area geografica considerata, che ha “obbligato” in precedenza gli aspiranti medici ad andare fuori regione per laurearsi, si è tradotta, anche per i medici da noi intervistati, in un quadro molto

Una ricerca su clinici e chirurghi

- variegato di provenienze e, quindi, di modelli di socializzazione universitaria (11 laureati a Napoli, 10 a Roma, 4 a Bologna, tre a Pisa e Perugia, due a Firenze, Catanzaro e Messina, uno a Genova e Padova).
12. La percentuale di donne intervistate (46%) è volutamente superiore a quella reale per provare a riflettere la situazione attuale delle Facoltà di Medicina in cui le donne hanno superato i maschi. Abbiamo scelto tre medici legati fra di loro da stretti vincoli di parentela per provare a capire, “dal vivo”, come funzionano i meccanismi dell’auto-riproduzione e della socializzazione professionale nella stessa famiglia.
 13. Fra gli intervistati: 30 clinici -11 ospedalieri di cui 5 primari, 12 dipendenti ASL e medici di base, 5 dipendenti cliniche private di cui un direttore, 2 universitari-; 9 chirurghi, di cui 8 ospedalieri con 3 primari e 1 universitario, 1 dipendente cliniche private.
 14. BICHI R., *L'intervista biografica*. Milano, Vita e Pensiero, 2002, p. 27.
 15. SPERANZA L., TOUSIJN W. e VICARELLI G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna, Il Mulino, 2008.
 16. BICHI R., *L'intervista biografica*. Milano, Vita e Pensiero, 2002.
 17. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari, Laterza, 1987, p. 117.
 18. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari, Laterza, 1987.
 19. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari, Laterza 1987; porter r., op. cit nota 6, p. 153.
 20. Anche Ippocrate aveva scritto che colui che desidera fare il chirurgo dovrebbe andare in guerra.
 21. PORTER R., *Blood and Guts. A Short History of Medicine*. London and New York, W. W. Norton & Company Ltd, 2002, trad. it. di BRIOSCHI G. C. e MASCARINO M., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*. Roma, Carocci, 2004, pp. 137-165; PREMUDA L., *La costituzione delle specialità*. in: GRMEK M. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*. 3. *Dall'età romantica alla medicina moderna*. Roma-Bari, Laterza, 1998, p. 390.
 22. La divisione fra medici e chirurghi è presente sin dai tempi di Ippocrate. La medicina ippocratica si basava soprattutto sull’impiego di medicinali erboristici. Ciò indusse i medici ippocratici a lasciare che il bisturi fosse di esclusiva pertinenza dei chirurghi (cfr. nota 6). La distanza dei medici dalle pratiche chirurgiche si mantiene nei tempi successivi e fino al XVIII secolo alcuni colleghi universitari, per conferire la laurea, richiedevano il giuramento

- di “*non mai operare cum ferro et igne*” (COSMACINI G., *L'arte lunga*. Roma-Bari, Laterza, 1997).
23. Fra le poche operazioni estremamente rischiose effettuate in caso d'urgenza c'era il taglio cesareo. Ma, ancora alla fine del Settecento, nessuna donna sopravviveva a questi interventi.
 24. Il chirurgo non ha un'istruzione accademica, ma ha seguito un tirocinio pratico. I chirurghi erano infatti organizzati in corporazioni e colui che insegnava la chirurgia non era un *doctor*, ma un *magister* (COSMACINI G., *L'arte lunga*. Roma-Bari, Laterza, 1997; PORTER R., op. cit. nota 6).
 25. Nell'Italia del 1830 la distanza sociale tra i clinici e i chirurghi si basava ancora sulla preparazione umanistica: presso l'ateneo di Perugia, nel progetto per distribuire il corso degli studi medici stilato dopo il 1833, a proposito della preparazione degli studenti, si trova scritto che si ritiene disdicevole che i medici non conoscano a dovere le discipline umanistiche, ma “i chirurghi e i farmacisti [...] potranno esser dispensati dall'attendere allo studio della lingua greca e dell'eloquenza” (MAOVAZ M. et al., *La medicina nell'università di Perugia*. Annali della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma, Aracne editrice, 2011, voll. 96-98, pp. 277-358).
 26. Il processo che portò alla medicina clinica iniziò in Francia, precisamente a Parigi. E, come fa notare Michel Foucault (FOUCAULT M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, PUF, 1963; trad. it. *Nascita della clinica*. Torino, Einaudi, 1969.) non fu un processo esclusivamente tecnico-scientifico, ma affondò le sue radici nel pensiero che ha portato alla rivoluzione del 1789: come quest'ultima liberò la società dai vincoli dell'*ancien régime*, così la medicina clinica riuscì a liberarsi dalle pastoie della medicina settecentesca, rappresentata dalle facoltà universitarie, dalle corporazioni e dagli ordini religiosi.
 27. SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012, pp.171-172.
 28. Inizialmente è la Francia ad essere all'avanguardia nella chirurgia, divenendo il centro più ambito per aspiranti chirurghi provenienti da ogni parte d'Europa. Ma in breve tempo anche Londra ed Edimburgo (vantando chirurghi illustri come William Hunter, professore di anatomia, chirurgia, fisiologia, patologia e ostetricia) divengono un polo d'attrazione per studenti di medicina desiderosi di specializzarsi nell'arte dell'incisione (PORTER R., op. cit nota 6.)

Una ricerca su clinici e chirurghi

29. Tröhler u., *Il trionfo della chirurgia*. In: GRMEK M. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*. Roma-Bari, Laterza, 1998, p. 357.
30. Incoraggiata dai suoi primi successi, la chirurgia inizia a innalzare i propri standard professionali già a partire dagli anni '30 del Settecento, quando, sia in Francia sia in Inghilterra, si separa dalla Società dei barbieri. Nella seconda metà del Settecento, poi, si pone fine alla tradizione di formare i chirurghi tramite l'apprendistato (PORTER R., op. cit. nota 6).
31. ABBOTT A., *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, Chicago University Press, 1988; abbott a., *Jurisdictional Conflicts: A New Approach to the Development of the Legal Professions*. American Bar Foundation Research Journal 1986; 2: 187-224.
32. Fra il 1843 e il 1883 un altro chirurgo americano, John Attle, asporta le ovaie di 78 donne ottenendo 64 guarigioni (PORTER R., op. cit. nota 6, p. 153).
33. Nel 1842 un medico di New York effettua l'estrazione di un dente addormentando il paziente con dell'etere (PORTER R., op. cit. nota 6, p. 153). Nel 1847 Sir James Young Simpson di Edimburgo usò per primo il cloroformio per attenuare il dolore del parto. A metà dell'800, grazie alla possibilità di utilizzare alcuni gas volatili, di etere e cloroformio, la diffusione dell'anestesia diventa un punto cardine della chirurgia moderna (TRÖHLER U., op. cit. nota 29, pp. 366-379).
34. A fine Ottocento, infine, si impone l'antisepsi, la sterilizzazione degli strumenti tramite calore, i guanti di gomma e le mascherine, riducendo drasticamente il rischio di infezioni e dei decessi post-operatori (PORTER R., op. cit. nota 6, p. 153).
35. PORTER R., op. cit. nota 6, p. 157.
36. La metodica radiografica, infatti, si era sviluppata dopo che Wihlelm C. Roentgen (1845-1923), mentre eseguiva ricerche per studiare la reazione fra elettricità e materia, si era accorto di una radiazione invisibile, proveniente da un tubo di Geissler, che produceva l'accensione di una polvere luminescente pur senza alcun passaggio di luce (BALDINI M. e LIPPI D., *La medicina: gli uomini e le teorie*. Bologna, CLUEB, 2000, pp. 321-22).
37. Due chirurghi furono fra i primi ad essere insigniti del Premio Nobel: Theodor Kocher, nel 1909, per la sua opera sulla fisiologia, patologia e chirurgia della ghiandola tiroidea, e Alexis Carrel, nel 1911, per i suoi lavori sulla suturazione dei vasi sanguigni e sui trapianti (TRÖHLER U., op. cit. nota 29, p. 380).
38. Il primo impianto di un apparato artificiale risale al 1959: si tratta del *pacemaker* cardiaco progettato in Svezia da Rune Elmqvist; hanno poi fatto seguito i cristallini per l'occhio, gli impianti cocleari, le protesi vascolari, le valvole cardiache e le articolazioni coxo-femorali (PORTER R., op. cit. nota 6, p. 161).

39. Ovviamente i successi della chirurgia sono sostenuti da altri progressi che avvengono nel campo della scienza medica biologica o clinica: come le trasfusioni ematiche che diventano sicure ed efficaci o l'uso di antibiotici sempre più specifici che bloccano le infezioni post-operatorie.
40. PORTER R., op. cit nota 6, p. 159.
41. Come l'ecografia, introdotta negli anni Cinquanta; gli endoscopi flessibili a fibre ottiche di vetro, la TAC (tomografia assiale computerizzata), la PET (tomografia ad emissione di positroni) e la RMN (risonanza magnetica nucleare), introdotti agli inizi degli anni Settanta (PORTER R., op. cit nota 6).
42. PORTER R., op. cit nota 6, p. 157; ARMOCIDA G., *Storia della medicina dal XVII al XX secolo*. Milano, Editoriale Jaka Book, 1993, p. 48.
43. KUNDERAM., *L'insoutenable légèreté de l'être: roman*. Paris, Gallimard, 1984; trad. it. *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Milano, Adelphi, 1986, p. 200.
44. È molto più probabile che il chirurgo sia un uomo, anche in tempi di femminilizzazione della medicina. Infatti, nonostante nelle Facoltà di medicina la maggioranza femminile sia ormai schiacciante (più del 64% nel 2007), la presenza delle donne medico, molto forte in specialità come pediatria (48%), ginecologia e ostetricia, ecc. è di gran lunga minoritaria nelle chirurgie (9,4%) (VICARELLI G., *Le medichesse*. In: MALATESTA M. (a cura di), *Atlante delle professioni*. Bologna, Bononia University Press, 2009, pp. 263-267). Il fenomeno è stato definito come "segregazione orizzontale e verticale" (SPERANZA L., TOUSIJN W. e VICARELLI G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna, Il Mulino, 2008, p. 23).
45. SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012.
46. PALMIERI A., *Gli stili di vita dei medici. Dal dottor Kildare al dottor House?* Milano, FrancoAngeli, 2012.
47. SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012.
48. Il termine "medicina interna" viene usato per la prima volta nel 1839, al Congresso degli scienziati italiani a Pisa, per distinguerla dalla chirurgia, all'epoca definita "medicina esterna". Gli ambiti della medicina interna sono la prevenzione, la diagnosi e la terapia non chirurgica.
49. Il distacco dalla dimensione di *care* da parte del chirurgo è stato sottolineato, fin dai tempi dell'epoca romana, da Celso, *De medicina* (VII Praef, 1-4) *Introduzione alla chirurgia. Ritratto del chirurgo ideale* (citato in: SCONOCCHIA S., *Ars et professio medici*. In: LIPPI D. e SCONOCCHIA S. (a cura di), *Ars et professio medici. Humanitas, misericordia, amicitia nella medicina di ieri e di oggi*. Bologna, CLUEB, 2003, pp. 39-110, p.93): "Quanto al chirurgo questi deve essere giovane, o almeno alquanto vicino

Una ricerca su clinici e chirurghi

alla giovinezza; di mano valida, ferma, né che mai tremi, e pronto e abile non meno con la sinistra che con la destra; di forza visiva acuta e chiara, di animo intrepido; dotato di umanità così da voler guarire quello che ha preso in cura, non in modo tale da affrettarsi mosso dalle grida di quello o più di quanto la situazione lo richieda, o in modo tale da tagliare meno di quanto sia necessario; ma da comportarsi così per tutte le necessità (dell'operazione), come se nessuna emozione derivasse a lui dalle urla del paziente”.

50. SPERANZA L., *Medici in cerca di autore*. Bologna, Il Mulino, 2012.
51. PALMIERI A., *Gli stili di vita dei medici. Dal dottor Kildare al dottor House?* Milano, FrancoAngeli, 2012.
52. SPERANZA L., nota 50.
53. PALMIERI A., nota 51.
54. PALMIERI A., nota 51.
55. Gawande è anche fra i *MacArthur Fellow* 2006, scrive sul *New Yorker* e, in Italia, su *Internazionale*. Il suo primo libro, *Salvo Complicazioni* (2005), è stato finalista del *National Book Award* del 2002.

Correspondence should be addressed to:

Lorenzo Speranza Dipartimento di Giurisprudenza, Università di Brescia, Via S. Faustino 41, 25122 Brescia. e-mail: lorenzo.speranza@unibs.it

