

INTRODUZIONE

1. *La metafora teatrale*

In questo libro si parla di medici e dei processi identitari che li riguardano, mentre il titolo prende spunto da una delle opere più note di Luigi Pirandello: *Sei personaggi in cerca d'autore*.

In quel dramma sei personaggi di fantasia si presentano al direttore/capocomico di una compagnia in un teatro disadorno in cui è in programma la prova mattutina di una commedia. Essi raccontano la loro vicenda («l'autore che ci credè, vivi, non volle poi, o non poté materialmente, metterci al mondo dell'arte»), che appassiona il direttore a tal punto da convincerlo a rappresentarla e ad affidare proprio ai sei personaggi il compito di interpretare sé stessi. Non è difficile cogliere un'analogia fra i personaggi di Pirandello, «creati ma non (ancora) rappresentati», e quindi in crisi di identità, e i medici, dei quali, come è stato osservato [Schneider 1994, 29; Speranza 2008a, 16], le ricerche non si sono quasi mai occupate direttamente, preferendo concentrarsi, comprensibilmente, sui malati e, sia pure meno frequentemente, sulla relazione medico-paziente. È come se, al pari dei personaggi di Pirandello evocati nel titolo, siano gli stessi medici, finora «non rappresentati», a chiedere all'autore di farlo, raccontandogli le proprie storie ed offrendosi di interpretarle, che significa, fuor di metafora, cercando di preservarle dalla «manipolazione» e da tagli più o meno arbitrari. Quanto all'autore, cui compete pur sempre la «messa in scena», la sua mediazione è esterna ed agisce da quadro analitico che collega fra di loro le storie dei vari personaggi e prova a generalizzarne la portata al di là dei tempi e dei luoghi in cui sono nate. L'autore, in

altre parole, si propone di dimostrare che nei personaggi in questione si possono ravvisare delle rappresentazioni idealtipiche delle motivazioni e delle caratteristiche che stanno alla base della professione medica. Ed è anche per questo motivo, oltre che per ragioni di riservatezza, che sono stati omessi i nominativi dei vari medici intervistati. Essi vengono individuati unicamente col riferimento al *ruolo* o alla *parte* professionale svolta. Ciò dovrebbe consentire al lettore, soprattutto se erede di Esculapio, di identificarsi più facilmente con i protagonisti dei racconti.

La metafora teatrale fin qui usata come strumento di descrizione della pratica medica non può non richiamare, sia pure capovolgendola, anche quella drammaturgica di Erving Goffman¹. È come se venissimo invitati dai protagonisti del dramma a vedere ciò che accade nel «retroscena» del teatro e a condividere, quindi, i loro segreti. L'insegnamento clinico della medicina può essere visto

¹ La «metafora drammaturgica» di Erving Goffman [1959, trad. it. 1969] nasce dall'idea che la società si divida in due categorie: i gruppi di *performance* e quelli di *audience*. Ogni individuo, a seconda delle situazioni, può appartenere sia al primo sia al secondo gruppo. La vita sociale si svolge quindi come una rappresentazione in cui i vari gruppi sociali mettono in scena il loro «spettacolo», avendo come «spettatori» altri gruppi. È quasi superfluo aggiungere che i gruppi di *performance* di fronte al proprio pubblico recitano il ruolo che tutti si aspettano: questo accade in uno spazio di «palcoscenico» (dove il pubblico è presente), mentre nel «retroscena», nascosto agli spettatori, gli «attori» hanno un comportamento del tutto diverso perché smettono di recitare. Per tale motivo il comportamento nel retroscena contraddice sempre quello sul palcoscenico e, di conseguenza, il gruppo di *audience* non deve mai accedere alle situazioni che si creano nel retroscena. Da qui la conclusione che, per appartenere a un gruppo, bisogna condividere lo spazio in cui si prepara la rappresentazione pubblica (cioè il suo retroscena). Ma dividerlo significa anche conoscere i «segreti distruttivi» del gruppo, ovvero quei segreti che, portati all'esterno, renderebbero poco credibile l'intera rappresentazione. I segreti devono quindi rimanere sempre all'interno del gruppo e, per questo motivo, il gruppo stesso deve comprendere, per definizione, tutte le persone che ne sono a conoscenza. Per Goffman, infatti, appartenere a un gruppo sociale – un gruppo di amici, una categoria professionale, un'associazione, un circolo informale – significa soprattutto condividere i suoi segreti, cioè il suo patrimonio di conoscenze.

come una rappresentazione drammatica che si svolge davanti a tutti gli studenti, che recitano il ruolo di spettatori, mentre il malato e il professore interpretano la parte degli attori². D'altra parte, non è un caso che le prime sale anatomiche siano state definite, appunto, «teatri»³. Con tale termine si intende «il teatro fisso, la cui duplice funzione [...] è quella didattico-scientifica, accogliente l'*anatomie* – ovvero la lezione dimostrativa seguita da disputa – e quella *spettacolare* [corsivo di chi scrive] della dissezione e dell'ostensione del corpo umano, cui tra l'altro accorreva numeroso il pubblico» [Pancino 2009, 32]⁴.

Questa introduzione durerà solo il tempo necessario a delineare i contorni e le ipotesi principali della ricerca e a esporre qualche *caveat* rituale, dopodiché la scena sarà lasciata ai protagonisti e alle loro storie. Prenderò le mosse dai risultati cui ero pervenuto in una ricerca precedente, pubblicata in un libro scritto insieme a Willem Tousijn e Giovanna Vicarelli nel 2008. In quell'occasione avevo analizzato i risultati di una *survey* su circa 900 me-

² E ancora: «Quando gli “attori”, professori e pazienti, [sono] bravi – cioè autentici – l'impatto didattico e formativo [è] intenso [...] La facoltà di medicina è la sola [...] il cui insegnamento sia fondato in gran parte su un effettivo meccanismo teatrale, di cui però né il paziente né il professore prendono interamente coscienza [...] Che l'insegnamento di medicina sia impregnato di teatralità si deve anche al fatto che l'attività del medico si svolge in un costante dialogo col malato ed una messinscena si realizza effettivamente, sia nello studio del medico sia nella camera d'ospedale e persino in sala operatoria» [Schneider 1991, trad. it. 1994, 50-51]. A riprova della contaminazione fra la dimensione teatrale e quella sanitaria il caso di C. Bernard (1813-1878), che divenne un eminente scienziato biomedico solo dopo aver visto frustrato il sogno giovanile di fare il drammaturgo [Porter 2002, trad. it. 2004, 105].

³ I primi teatri anatomici medievali erano mobili, poi divennero stabili. In Italia il primo fu quello di Pisa, inaugurato da Andrea Vesalio probabilmente nel 1544, nel 1594 fu creato quello di Padova e nel 1637 quello bolognese, seguirono, via via, gli altri [Pancino 2009, 31-33].

⁴ Anche Roy Porter [2002, trad. it. 2004, 74] sottolinea che le funzioni del teatro anatomico erano «*Spettacolo* [corsivo di chi scrive], istruzione e edificazione» e aggiunge che «Il cadavere era quello di qualche giustiziato, così da dare alla circostanza un'aura di simbolica punizione finale».

dici in Italia e l'interrogativo principale che mi ero posto riguardava le motivazioni principali che spingono a scegliere medicina e se tali motivazioni possano essere generalizzate, a mo' di tipi ideali weberiani, così da creare una *tipologia* di profili motivazionali di medici. Per rispondere a tale interrogativo avevo individuato, tramite l'analisi delle componenti principali, quattro possibili orientamenti che portano a scegliere medicina: quello economico-strumentale; quello scientifico; quello tradizionale e di status e, infine, quello altruistico. Successivamente, per verificare quanto fossero diffusi gli orientamenti così individuati e in che modo si combinassero fra loro negli individui «in carne ed ossa», avevo adoperato la *cluster analysis*. La *cluster* aveva configurato sei profili motivazionali caratterizzati, ognuno, da un *mix* diverso degli orientamenti considerati: medici «per passione» (prevalgono nettamente l'orientamento altruistico e quello scientifico), medici «per professione» (tutti gli orientamenti sono mediamente elevati), medici «per caso» (bassi tutti gli orientamenti), medici «per compassione» (alto orientamento altruistico e altri orientamenti bassi), medici «per vocazione» (alto orientamento scientifico e altri orientamenti bassi), medici «per calcolo» (orientamento economico-strumentale elevato e altri orientamenti bassi). La risposta che diedi all'interrogativo iniziale fu dunque positiva: non solo era ed è possibile concepire una tipologia di profili motivazionali, ma la loro molteplicità suggerisce che anche i profili identitari siano differenziati. Quanto alla loro diffusione, emersero due tipi principali: i medici «per passione» (quasi la metà) e quelli «per professione» (circa il trenta per cento). Gli altri quattro tipi ideali identificati risultarono molto meno diffusi [Speranza 2008a].

2. *Un approccio qualitativo*

In questa occasione, invece, ho pensato di distinguere le «motivazioni» della scelta di medicina (*essere medico*) dai «modi concreti» in cui viene esercitata la profes-

sione (*fare il medico*) e di analizzare l'impatto di entrambi sull'identità dei medici. In altre parole, la ricerca di cui presento qui i risultati è rivolta a verificare ed approfondire i profili probabilistici emersi nella *survey* precedente, calandoli nel vissuto biografico di ciascuno degli intervistati. Gli obiettivi sono molteplici: cogliere ulteriori differenze (ad esempio quella fra medici e chirurghi), arricchire di senso i motivi della scelta con il ricordo di un episodio significativo, capire quando e come ci si è sentiti medico per la prima volta, dare profondità al rapporto coi pazienti, dipanare il filo che lega vite private e professionali. In una parola, provare a svelare, in modo narrativo, il contenuto della «scatola nera» dell'identità medica.

Aver spostato l'attenzione su questioni in parte diverse ha comportato, correlativamente, anche un ripensamento dell'approccio metodologico. La scelta di una metodologia di tipo qualitativo, come quella narrativa, dipende dal fatto che solo ricostruendo le trame discorsive e riflessive, che stanno alla base dei diversi modi di raccontare la propria storia, si possono comprendere i mondi socio-professionali di chi racconta, i quali sono, a un tempo, mondi lessicali e forme argomentative [Dubar 2000, trad. it. 2004]. Una simile scelta metodologica si è rivelata singolarmente vicina all'approccio «narrativo» alla medicina caldeggiato, fra gli altri, da Lisa Sanders, sceneggiatrice della serie televisiva del *Dr House* e lei stessa medico presso la facoltà di medicina dell'università di Yale. «Se fai domande ottieni risposte, e nient'altro» – afferma la Sanders [2009, trad. it. 2009, 30], citando Epstein e Street [2008] – Ciò che non ottieni è la storia del paziente e quella storia fornirebbe spesso non solo il cosa, il dove e il quando estorti da un interrogatorio, ma anche i come e i perché». Ecco la ragione per cui l'ossatura di questo libro è costituita dai «racconti» degli intervistati: l'introduzione si limita a proporre una possibile traccia di interpretazione, sulla base anche della letteratura esistente, non solo sociologica, ma sarà il lettore a costruirsi un proprio criterio di «navigazione» fra le trame narrative presentate. È importante sottolineare, poi, che il ricorso al concetto di iden-

tità consente di tenere dentro la nostra riflessione anche il suo «alter-ego», cioè quello di socializzazione, perché ogni individuo si *socializza* interiorizzando valori e norme che lo rendono socialmente *identificabile*, cioè provvisto di un'*identità*, cioè *riconoscibile*. Il riferimento all'identità è inoltre significativo per raccontare la vicenda di un gruppo professionale perché ne rappresenta, è proprio il caso di dire, l'immagine identificativa sia all'interno sia all'esterno.

La ricerca⁵ si basa su 39 interviste⁶ ai medici di una provincia di medie dimensioni del Mezzogiorno⁷. 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

⁵ Alla ricerca, diretta da chi scrive, hanno partecipato anche Claudia Misasi e Angela Palmieri. Quest'ultima ha utilizzato, a fini diversi, parte delle interviste che qui non hanno trovato spazio per scrivere *Gli stili di vita dei medici. Dal dottor Kildare al dottor House?*, Milano, Angeli, 2012.

⁶ 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» [Bichi 2002, 27]. Quasi sempre le domande successive non sono state introdotte nell'ordine previsto dalla traccia iniziale, ma sono state adattate al fine della narrazione. 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, come già chiarito all'inizio di questo paragrafo, 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, eccetera.

⁷ A questa appartenenza fanno eccezione tre medici: uno di una provincia adiacente e due che, pur essendo nati e avendo conservato profondi rapporti nella provincia in oggetto (al cui ordine uno è perfino iscritto), lavorano altrove. Tuttavia ci è sembrato utile inserirli perché essi arricchiscono di significato il campione prescelto. Il primo in virtù della peculiare esperienza costruita, gli altri due in quanto medici universitari in una provincia in cui non c'è una facoltà di medicina.

loro» in ragione della differente provenienza geografica [Speranza, Tousijn e Vicarelli 2008, 12]. Inoltre, a rafforzare l'idea che le appartenenze territorialientino assai meno del lungo processo di socializzazione a cui i medici vengono sottoposti⁸ stanno le opinioni e le descrizioni espresse nei racconti qui presentati che, in molti casi, si sono rivelate singolarmente vicine a quelle di medici (apparentemente) immaginari resi famosi dalla grande letteratura (Bulgakov, Céline, Munthe, ecc.) e appartenenti ad altre epoche e a Paesi anche molto lontani dal nostro⁹. Quando ci è sembrato di cogliere tali assonanze non abbiamo mancato di sottolinearlo nel testo o in nota¹⁰ e l'elevata frequenza con cui ciò è accaduto non serve soltanto a risolvere un problema di «rappresentatività» del campione scelto, ma soprattutto ad illustrare, come si dirà meglio alla fine, che i processi di socializzazione av-

⁸ È opinione generale che, in medicina, siano le facoltà universitarie ad essere responsabili, in buona misura, del processo di socializzazione [Hughes 1958] e che il modello di apprendistato/internato usato influisca significativamente sul modo in cui i medici interiorizzano i ruoli professionali [Beaulieu, Rioux, Rocher, Samson e Boucher 2008, 1154]. 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 variegato di provenienze e, quindi, di modelli di socializzazione universitaria (11 laureati a Napoli, 10 a Roma, 4 a Bologna, 3 a Pisa e Perugia, 2 a Firenze, Catanzaro e Messina, 1 a Genova e Padova).

⁹ Ciò è vero non solo per la grande letteratura, ma anche per il *modus operandi* dei processi identitari dei medici (sia dal punto di vista dell'auto che dell'etero-riconoscimento). Ecco come un medico australiano (letteralmente dell'altra parte del mondo!) di 63 anni ricostruisce i rituali delle visite a casa del «Dottore» quando era un bambino: «When I was young, we were as poor as Church mice and we were living in a country town. And there was a sort of a holy trinity: there was the headmaster of the school and the bank manager and the local GP – “God almighty”, you know! And it would not matter what sort of clod he was, he was “Doctor”» [Lupton 1997, 480].

¹⁰ Nel farlo, siamo andati col pensiero a J. Le Goff [1977, trad. it. 1977, XII]: «Per cercare di capire come funzioni una società e come cambi e si trasformi, è indispensabile guardare anche nell'ambito dell'immaginario».

vengono attraverso la trasmissione del «senso comune» da una generazione all'altra, fino a che non se ne cristallizzano i segni, nella forma dello «stereotipo», perfino nella grande letteratura. I medici da intervistare, comunque, sono stati scelti in parte fra quelli cui era stato somministrato il questionario della ricerca precedente e che più si avvicinavano ai tipi ideali elaborati in quella sede e qui brevemente richiamati all'inizio, in parte in modo che la distribuzione per sesso ed età fosse dinamicamente rispettata e che il maggior numero di specialità fosse rappresentato¹¹. Le interviste, alcune effettuate negli ultimi tre mesi del 2008 e la maggior parte nel 2009, sono state registrate, successivamente «sbobinate», 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 così 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 affrontata, se non risolta, dalla ricerca precedente, ma piuttosto di approfondire in cosa esso consiste e come viene vissuto e riprodotto [Bichi 2002] dai soggetti interessati e, da qui, procedere ad ulteriori generalizzazioni teoriche.

La struttura del testo è semplice. Ad un'introduzione di carattere teorico, basata sull'analisi delle 39 interviste

¹¹ La percentuale di donne intervistate (quarantasei per cento), infatti, è volutamente superiore a quella esistente nella realtà per provare a riflettere la situazione attuale delle facoltà di medicina in cui le donne hanno superato i maschi. 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. Abbiamo scelto, poi, 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. Per qualche specialità ho intervistato più di un professionista (3 medici di base e 2 di pronto soccorso) e ciò si riflette anche nell'attribuzione dei brani riportati (ad es., medici di pronto soccorso 1, 2).

effettuate e sull'utilizzazione di brani tratti da gran parte (28) di esse, fanno seguito quindici capitoli costituiti da altrettante interviste opportunamente riscritte a mo' di racconti. Il criterio prevalente che ci ha guidato nella riscrittura è stato quello di rispettare contenuti narrativi e, nella misura del possibile, parole dei nostri interlocutori («forme argomentative e mondi lessicali»), rendendo però più fluidi i racconti. Per i motivi già chiariti all'inizio s'è deciso di omettere i nominativi degli intervistati, specificando solo le loro specializzazioni.

3. *Identità e identificazione. Qualche precisazione*

Proporsi di studiare i medici come professione dà per scontato ciò che scontato non è, ovvero che essi costituiscano un gruppo che, come tale, «ha un proprio patrimonio di rappresentazioni sociali [che] non solo esprimono la sua visione del mondo, ma prima ancora [...] l'immagine che il gruppo ha di sé e di conseguenza la sua identità. Un gruppo sociale che perdesse la propria auto-rappresentazione è destinato a vedersi con gli occhi altrui e [...] alla fine a sparire in quanto tale» [Vicarelli 2008b, 142]. Sulla base dell'analisi delle interviste proverò a dimostrare come tale «auto-rappresentazione» non costituisca un patrimonio *comune* di tutta la professione, ma sia *differenziata* per strati (clinici e chirurghi, molteplici specialità) al suo interno. Ciò dovrebbe non solo arricchire la riflessione sui medici, ma consentire anche di testare su nuovi «limiti», e quindi di affinare, il concetto di identità. Infatti, come aveva già intuito Everett Hughes [1958], nei medici la socializzazione professionale si presenta, al tempo stesso, come una «iniziazione» ad una cultura professionale che è un vero e proprio universo di senso e come una sorta di «conversione» religiosa¹² ad

¹² Il gergo professionale, in effetti, è ricco di simboli e termini religiosi a partire da quello stesso di professione, dal latino *profiteor*, professare, come vocazione, onorari, processo, rito, ministero, segreto

una nuova concezione di sé e del mondo, cioè ad una nuova identità¹³.

Il concetto di identità qui utilizzato è ripreso da quello elaborato da Alberto Melucci [1982, 68], secondo il quale l'identità «non è una cosa», ma un «sistema di relazioni e rappresentazioni [e] comprende la capacità di un attore di riconoscersi (cioè di riconoscere come propri gli effetti dell'azione che intraprende) e la possibilità di essere riconosciuto dagli altri»¹⁴. Ogni individuo deve confrontarsi con questo irriducibile dualismo e «deve imparare, al tempo stesso, ad esprimere sé stesso (“esteriorizzazione del soggettivo”) e a farsi riconoscere dagli altri (“interiorizzazione dell'oggettivo”)» [Dubar 2000, trad. it. 2004, 97-98]. «La polarità fra *auto-riconoscimento* ed *etero-riconoscimento* si articola, a sua volta, in due dimensioni che si sono rivelate costitutive dell'identità: la capacità di un attore di riconoscersi per quello che è, cioè di affermare la sua continuità e la sua permanenza e di ottenere che gli venga riconosciuta da altri (chiamerò questa dimensione *identificazione*); e la capacità di distinguersi da altri e di far riconoscere questa diversità (chiamerò questa dimensione *affermazione della differenza*). L'identità si configura, allora, come una relazione a quattro poli, come un sistema di tensioni che cerca un equilibrio: l'identificazione da parte degli attori e l'identificazione da parte degli altri, la differenza così come è affermata dall'attore e così come gli è riconosciuta dagli altri. [Tali poli, assieme,] strutturano un campo analitico» [Melucci 1982, 68].

Nella prima parte di questa introduzione mi concentrerò sulla dimensione dell'identificazione, rimandando

professionale e, esemplare per i medici, giuramento di Ippocrate [Speranza 1999].

¹³ «The Hippocratic tradition emphasized the importance of group loyalty and identity, construing the profession of medicine as a “second family”» [Cohen, Kay, Youakim e Balaicuis 2009, 45].

¹⁴ Dubar [2000, trad. it. 2004, 131] aggiunge che l'identità «non è mai data, ma è sempre costruita e (ri)costruita in un'incertezza più o meno grande e più o meno duratura».

all'ultima parte un significativo riferimento alla differenza. Su questo tema mi ero parzialmente confrontato anche nel lavoro precedente [Speranza 2008a]. Gioverà ricordare che il tipo ideale più diffuso emerso dalla *survey*, e che descrive quasi la metà dei sanitari intervistati, quello dei medici per passione, si basa sui due orientamenti fondativi dell'identità medica (quello scientifico e quello altruistico) e ciò è teoricamente importante. Infatti, se si vuole provare a comprendere il modo in cui l'immaginario collettivo struttura l'identità dei medici, non è possibile prescindere dalle dimensioni dell'altruismo e dell'amore per la scienza, anche qualora non si intenda farne un attributo personale dei medici singolarmente presi, come è confermato anche dalle interviste effettuate in questa ricerca¹⁵. Importa relativamente poco, al riguardo, che il medico non si auto-riconosca come professionista motivato da ragioni altruiste, poiché il riconoscimento degli altri, come abbiamo appena rilevato riprendendo Melucci, andrà a strutturare ugualmente la sua identità professionale, in quanto possiamo auto-identificarci e, quindi, distinguerci, solo se esiste un riconoscimento da parte degli altri. Anche il giovane Hegel, nella *Filosofia di Jena*, nota che l'identità risulta da un «riconoscimento reciproco», cioè dalla «conoscenza del fatto che l'identità dell'io è possibile soltanto grazie all'identità dell'altro che mi riconosce, identità che è essa stessa dipendente dalla mia conoscenza». Nessuno sarebbe in grado di costruire la propria identità indipendentemente dalla identificazione altrui e, se ciò avvenisse, si tratterebbe di un'identità sradicata dalla relazione sociale e, pertanto, *segregata* [Melucci 1982, 70]. Esempi empirici

¹⁵ «Con l'aiuto della mia doppia identità di laico ed ex chierichetto ho rivestito il ruolo di medico facendolo nel modo migliore e più umano possibile», dichiara l'internista, e più avanti: «Credo che un medico bravo che, però, non sorride e non comunica con l'ammalato, sia una contraddizione in termini» ed è chiaro che qui il «laico» e il «bravo» rappresentano l'amore per la scienza e l'interesse per le malattie e il «chierichetto» e il «sorriso» quello per il prossimo e per i malati.

di questa situazione si possono trovare nella fase iniziale di formazione degli attori collettivi, in certi stadi dell'età evolutiva, nelle contro-culture marginali e nelle sette e in certe configurazioni della patologia individuale. La conseguenza, niente affatto irrilevante, è che i medici, pur non essendo (per loro fortuna?) dei sociologi, fra le tante motivazioni possibili della loro scelta professionale abbiano privilegiato proprio quelle individuate dalla sociologia. Né, a spiegare tale fenomeno, vale il richiamo alla propensione degli intervistati, ben nota a chi fa ricerca, a rispondere favorevolmente ad alternative socialmente accettabili. Quale medico non si sentirebbe a disagio, infatti, a dichiarare che la propria scelta professionale non ha nulla a che vedere col desiderio di essere utile agli altri o con l'interesse verso la biologia? Senza nulla togliere al potenziale esplicativo di tale richiamo, tuttavia, basterà osservare che questo fenomeno non è altro che un modo per «fissare» le aspettative della società sui medici e, quindi, si traduce, di fatto, in un rafforzamento del meccanismo identitario appena descritto. Per quanto possa somigliarvi, non ci spingeremmo fino al punto di definirlo, parsonsiamente, un espediente evocato dal sistema sociale per orientare i medici in «funzione della collettività», ma, piuttosto, il risultato di una logica interazionista che vede coinvolti pazienti e medici¹⁶.

Il tema dell'altruismo e dell'orientamento al pubblico, quindi, come del resto avevano rilevato i sociologi funzionalisti, non può essere scisso dalla medicina. Di più, nei confronti della medicina tendono ad esserci sentimenti «ambivalenti», che, da un lato, prendendo alla lettera il paradigma biomedico, tendono ad immaginarla come una scienza affidabile, razionale, oggettiva, «esatta» verrebbe quasi voglia di dire, dall'altro chiedono ai medici di es-

¹⁶ Tenderei a scartare come troppo deterministica, quindi, l'ipotesi che, poiché «Dal divario esistente tra l'identità vissuta dal medico e l'identità *immaginata dalla società* possono scaturire malintesi [...] e perfino conflitti [...] allora [...] identità e status sono imposti [ai medici] dall'esterno» [Schneider 1991, trad. it. 1994, 67].

sere sensibili ai bisogni delle persone, emotivamente coinvolti nelle loro sofferenze, intuitivi, *caring*, insomma esattamente il contrario di quanto predicato dal paradigma biomedico, che può essere razionale e astratto solo a patto di bandire le emozioni¹⁷ [Nettleton, Burrows e Watt 2008, 34]. Frutto di tale ambivalenza è il profilo motivazionale più diffuso fra i medici che, coerentemente con queste premesse e come già rilevato, è quello dei medici «per passione», caratterizzati, cioè, da un orientamento scientifico e da un altruistico.

Reso così un «tributo» all'introduzione del tema dell'identificazione nel mio lavoro precedente, occorre però riconoscere una certa parzialità nel modo in cui l'avevo affrontato, perché avevo analizzato solo le motivazioni dichiarate della scelta di medicina (essere medico) e in queste, come si è visto in modo esemplare a proposito dell'atteggiamento altruistico e di quello scientifico, si è portati a sovradimensionare l'*etero-riconoscimento*. Affinché anche l'*auto-riconoscimento* possa assumere il peso che gli spetta, consentendo così a tutte le tensioni sottostanti al concetto di identità di dispiegarsi liberamente in cerca del loro equilibrio, occorre analizzare non solo perché si sceglie medicina, ma anche come *si fa il medico* e questo lo si può capire solo quando i medici ci raccontano la propria vita. Nella ricerca che presento ora ho provato ad ovviare al limite testé indicato facendo muovere assieme, e tenendo legati in una sola cornice teorica, sia l'*etero-riconoscimento* che l'*auto-riconoscimento* (fig. 1, alla pagina successiva). Cominciamo dal primo...

¹⁷ L'ambivalenza di cui parliamo si determina nei singoli individui e, in qualche modo, viene introiettata dai medici. «Se ti fai vincere dalle emozioni è finita e combini grossi guai» – rileva la chirurga pediatrica, per aggiungere subito dopo – «Io non conservo nulla, i ricordi mi mettono malinconia, però ho fatto eccezione per due o tre lettere di questi genitori, che sono stati tra quelli che mi hanno commossa di più, perché mi hanno ringraziata non solo come *chirurgo*, ma come *persona*, e questa, secondo me, è la cosa più bella che ci possa essere per un chirurgo, perché se trasmetti anche umanità è una cosa straordinaria».