

Angela Palmieri

# **Gli stili di vita dei medici**

Dal dottor Kildare al dottor House?



**Sociologia**

**FrancoAngeli**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Angela Palmieri

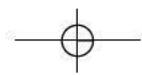
# Gli stili di vita dei medici

Dal dottor Kildare al dottor House?



**Sociologia**

**FrancoAngeli**



Questo volume è stato pubblicato grazie ai fondi MIUR-Cofin, anno 2002, prot. 2002147825\_009.

*Grafica della copertina:* Elena Pellegrini

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Ringraziamenti</b>	pag.	9
<b>1. Il tema, la prospettiva di lettura e le ricerche</b>	»	13
1.1. Dal Dr. Munthe al Dr. Troy, passando per Dr. House	»	13
1.2. Lo stetoscopio e lo <i>shopping</i> : una possibile prospettiva di lettura	»	26
1.3. L'ascia e la piolla: le due ricerche	»	29
<b>2. Le coordinate teoriche: dal ceto weberiano allo stile di vita come categoria autonoma</b>	»	35
2.1. L'etica del lavoro e l'etica del consumo	»	35
2.2. Oltre la classe: il ceto weberiano	»	43
2.3. Consumo e differenziazione sociale: dalla moda di Simmel alla classe agiata di Veblen	»	48
2.4. Il contributo dell'antropologia: i significati delle "cose"	»	57
2.5. Da Bourdieu alla fine degli <i>status symbol</i>	»	63
2.6. Il concetto di stile di vita utilizzato nella ricerca	»	70
<b>3. Dalla teoria al campo: la ricerca del 2004</b>	»	79
3.1. Un po' di numeri: i campioni e le tecniche di analisi	»	79

3.2. Gli estroversi o dell'impegno politico e gli introversi o dell'impegno sociale: stili di vita fortemente e diversamente orientati alla professione	pag.	90
3.3. I disindividualizzati e i colti à la Bourdieu: stili di vita contaminati da elementi extralavorativi	»	97
3.4. I risultati della ricerca quantitativa	»	100
<b>4. Ritorno sul campo: la ricerca del 2009</b>	»	103
4.1. Il disegno della nuova ricerca	»	103
4.2. Estroversi o dell'impegno politico: Pietro, Edoardo, Giulio	»	108
4.3. Introversi o dell'impegno sociale: Carmelina	»	118
4.4. I colti à la Bourdieu: Francesco Paolo	»	121
4.5. Medici a più dimensioni: Elviro e Lorenzo	»	128
4.6. Gli apprendisti stregoni: Roberta e Alessandro	»	139
<b>Conclusioni. Verso il dottor Christian Troy?</b>	»	151
<b>Riferimenti bibliografici</b>	»	161

*Per Elisa*



## *Ringraziamenti*

Questo libro è stato scritto in tempi e in luoghi differenti. La prima parte nasce nel Dipartimento di Sociologia dell'Università della Calabria dove, da dottoranda, ho svolto le prime ricerche su un campione di quasi novecento medici di tre province italiane: Cosenza, Ancona e Torino. Quella fase dell'indagine, diretta da Lorenzo Speranza, Willem Tousijn e Giovanna Vicarelli ed effettuata utilizzando il questionario, è stata realizzata nel 2004/05 e ha usufruito di un finanziamento del MIUR per i Progetti di Rilevante Interesse Nazionale dell'anno 2002 e di contributi locali da parte dei tre ordini dei medici. La seconda parte del libro matura in Lombardia, qualche anno dopo, e costituisce un approfondimento delle prime ricerche con un diverso strumento di indagine: l'intervista semi-strutturata. Questa parte della ricerca, svolta in una provincia del Meridione, è stata diretta da Lorenzo Speranza e a essa ha partecipato anche Claudia Misasi.

Molte cose sono cambiate nella mia vita in questi anni: paesaggi, modi di vivere, volti, voci. Fra le cose rimaste immutate il confronto, sempre ricco di stimoli, con Lorenzo Speranza che, più di 10 anni fa, non solo mi ha "socializzata" allo studio delle professioni, ma – indirettamente – anche a quello degli stili di vita, nel momento in cui mi ha proposto di usare "La distinction" di Pierre Bourdieu per leggere i risultati di una ricerca sui medici primari. Lo ringrazio molto per essere stato un riferimento scientifico aperto a seguire anche sviluppi "imprevisti" della mia formazione e un lettore attento (e prodigo di suggerimenti) delle varie versioni di questo libro.

La mia gratitudine va anche a Sonia Floriani: le belle conversazioni (sul concetto di identità, sulla post-modernità e sui metodi di indagine qualitativa) avute con lei in momenti e luoghi molto informali hanno illuminato il mio percorso successivo, rendendolo più profondo e ricco di sfumature.

Sono grata anche a chi, come Paolo Jedlowski, ha avanzato critiche sulla parte del lavoro presentata come tesi di dottorato: le sue osservazioni

hanno contribuito a mantenere vivo il mio interesse sulla tipologia emersa dalla ricerca quantitativa, anche dopo averla felicemente pubblicata.

Approfondire quei risultati, però, era soprattutto un debito che avevo con i soggetti della mia ricerca: ho sempre avvertito che la complessità di essere e di fare i medici non doveva essere lasciata solo ai numeri. Il momento di saldare quel debito è finalmente arrivato, così come quello di dire grazie a tutti quei medici (torinesi, anconetani e cosentini) che hanno dato il loro contributo all'indagine e a tutti quelli che si sono resi successivamente disponibili a raccontare anche le loro storie: non capita spesso che professionisti notoriamente molto impegnati vogliano dedicare del tempo a questioni che non siano strettamente legate al loro lavoro. E ringrazio Claudia Misasi per aver raccolto e trascritto "con passione" tante delle loro storie.

Molto spesso, quando si è nella fase finale della realizzazione di un'idea, si comincia ad avvertire un senso di stanchezza: l'effervescenza iniziale si è ormai placata e si aspetta un nuovo stimolo che ci faccia decidere di mettere la parola fine al progetto ormai realizzato. Ivana Pais e Rosa Galati – entrambe inconsapevolmente e in diverse circostanze – sono state il mio nuovo stimolo. Ivana, perché, ogni volta che ci incontriamo nel Dipartimento di Studi Sociali dell'Università di Brescia, mi propone di rimettere le mani su un *paper* che insieme abbiamo presentato a Goteborg; Rosa perché continua a invitarmi da lei, a Southampton, per gettare le basi di un'esperienza di ricerca in Inghilterra. Entrambe le proposte hanno fatto ricomparire le "bollicine" (così utili in ogni lavoro di ricerca) e hanno dato un impulso maggiore alla stesura finale del saggio.

Pensieri grati e affettuosi vanno anche a Maria Zizza, Patrizia Provenzano ed Enza Aquino: Maria mi ha aiutato con l'*editing* e l'impaginazione del testo ed è stata prodiga di suggerimenti che molto spesso sono andati oltre le sue specifiche competenze; Patrizia ha sempre fatto del suo meglio per distrarre la piccola Eliana dal suo gioioso obiettivo di distrarre me; Enza, già intervistatrice nella prima fase delle ricerche, mi ha sostenuta a vario titolo anche nella seconda: il ritorno sul campo insieme a lei mi ha fatto rivivere scorci di panorami, suoni e profumi di un'estate lontana.

Poco prima che finissi di scrivere questo libro mia madre mi ha lasciata per sempre. Lei ha contribuito più di ogni altra persona alla realizzazione di questo progetto: si è occupata di mia figlia mentre lavoravo, mi ha dato coraggio nei momenti difficili, mi ha amata. Ma questo libro è stato scritto per Elisa, mia sorella, che con molta allegria e interesse ha partecipato come intervistatrice (e acuta osservatrice) alla prima inchiesta. Sullo sfondo il mar Tirreno, chiaro e scintillante fra i rami dei limoni e dei cedri, il volteggio allegro delle farfalline bianche intorno alle spighe di lavanda, la cantilena infinita delle cicale, l'odore fresco della menta e quello buono del ba-

silico. Poi, la brezza marina. Piacevole come una carezza: sulle nostre camicie leggere, sui capelli brillanti, sui visi ridenti... Anche Elisa non c'è più, ma lei rivive in tutte quelle parti del libro scritte con più brio e, maggiormente, in quelle che riusciranno a strappare dei larghi sorrisi.



## 1. Il tema, la prospettiva di lettura e le ricerche

Se vi incontrate con un dottore alla moda, osservatelo attentamente da una prudente distanza, prima di affidarvi a lui. Forse sarà un buon dottore, ma in molti casi non lo è.

Primo, perché generalmente troppo occupato per ascoltare con pazienza la vostra lunga storia. Secondo, perché inevitabilmente soggetto a diventare uno snob, se non lo è già, a lasciare passare la contessa prima di voi, ad esaminare il fegato del conte con più riguardo di quello del suo cameriere, ad andare al Garden Party all'Ambasciata Britannica invece che a visitare il vostro ultimo nato la cui tosse convulsa si aggravava. Terzo, se non ha il cuore molto a posto, presto dimostrerà indubbi segni di indurimento precoce, diventerà indifferente e insensibile alle sofferenze degli altri, come la gente che gli sta intorno in cerca di piacere. Non si può essere un buon medico senza pietà

(Axel Munthe, *La storia di San Michele*)

Facendo il medico come risultato hai l'altruismo, però è un fatto professionale non è una motivazione. Io non faccio il medico per altruismo, altrimenti me ne sarei andato in Africa

(Vincenzo, chirurgo)

Sono diventato medico per curare le malattie, non i malati

(Gregory House, *Dr. House-Medical Division*)

### 1.1. Dal Dr. Munthe al Dr. Troy, passando per il Dr. House

Questo libro tratta di medici. Più precisamente si occupa dei loro stili di vita. Le domande principali a cui cercherò di rispondere, servendomi dei materiali raccolti in differenti ricerche<sup>1</sup>, sono due: in una professione altamente socializzante come la medicina, è possibile rintracciare stili di vita differenziati? Se sì, quali elementi (professionali, demografici o culturali) caratterizzano di più i modi di vivere dei medici?

Gli interrogativi si inseriscono in una questione più ampia che riguarda,

<sup>1</sup> Le ricerche sono state effettuate in modi e tempi diversi: la prima risale al 2004 ed è stata realizzata usando una metodologia di tipo quantitativo (questionario); la seconda è del 2009 ed è stata condotta con metodo *non-standard* (intervista semi-strutturata).

da un lato, lo spazio e l'importanza assunti dalla sfera del non lavoro nella vita degli individui contemporanei, dall'altro, la conseguente perdita di centralità del lavoro come ambito principale di identificazione.

La diminuzione di centralità del lavoro nel modo di vivere e nella costruzione delle identità individuali è un aspetto tanto più vero quanto più ci si riferisce a lavori poco gratificanti e scarsamente prestigiosi. Non desta certo perplessità che un'operaia – la cui unica mansione sia quella di inserire fogli di silicone nella pressa di un opificio della periferia di Milano che produce guarnizioni in gomma per elettrodomestici – sogni a occhi aperti il momento in cui può dedicarsi a quella che definisce, senza alcun dubbio, la passione più importante della sua vita: guardare le vetrine dei negozi<sup>2</sup>. Così come non suscita alcuna valutazione negativa che l'autista del bus che collega l'aeroporto di Stansted alla stazione centrale di Londra si lamenti che non ne può più dei suoi turni di lavoro perché gli lasciano poco tempo per curare il giardino. Va bene che una cardiocirurga possa avere l'*hobby* di andare in giro per negozi, ma lascerebbe quanto meno perplessi che, mentre conduce una delicata operazione al cuore di un paziente, non facesse altro che sognare di passeggiare fra le vetrine scintillanti del centro: la passione più importante della sua vita! Nulla di male che un *emergency physician* ami curare il suo giardino, ma che si lamenti che a causa di un grave incidente stradale, in un giorno in cui era reperibile, abbia dovuto tralasciare l'innesto delle rose, desterebbe una certa preoccupazione in chi lo ascoltasse. Il motivo delle due differenti reazioni è ovvio: i medici si occupano di questioni molto importanti e delicate come la cura dei malati. Di più. Alcune volte essi hanno letteralmente in mano la vita degli individui. Deve essere molto gratificante riuscire a far star bene una persona. E deve esserlo ancora di più salvarla. È naturale che una professione simile plasmi il modo di essere e lo stile di vita dell'individuo che la svolge. Il medico struttura il suo tempo e la sua personalità in base al lavoro e non appare concepibile che la salute e la vita di un paziente siano messe sullo stesso piano delle rose e dello *shopping*.

L'idea più immediata che si ha di un medico è quella, infatti, di una persona altamente qualificata che si prende cura della salute degli altri: qualsiasi sia la sua specialità, la medicina rappresenta l'attività più importante della sua vita ed egli la svolge quasi come una missione<sup>3</sup>. Anche per questo la sua

<sup>2</sup> In inglese esiste un modo specifico per indicare il guardare dentro le vetrine dei negozi senza che ciò comporti necessariamente l'acquisto di un bene: *window shopping*. Tale espressione non è usata solo per riferirsi all'andare in giro per negozi, ma anche per le "passeggiate" nei mercatini, nelle fiere, nelle sagre di paese, ecc..

<sup>3</sup> Nel gergo professionale sono molti i termini che tentano di richiamare il fondamento religioso del professionalismo, a partire dallo stesso termine di professione, dal latino *profi-*

figura rifugge di un certo alone di altruismo<sup>4</sup>. Nell'immaginario collettivo il medico sacrifica molta parte della sua vita per fare il bene di altri: prima, come studente, affronta studi che comportano un certo impegno<sup>5</sup>; poi, da

*teor*, professare, che evoca “una professione di fede”; si parla poi di *vocazione*, quasi la *chiamata* della divinità, per esprimere l'attitudine a certi studi (Speranza 1999); e di *missione*, per rimarcare il carattere altruistico dei compiti professionali.

<sup>4</sup> Sin dai tempi più remoti l'arte del curare si lega strettamente al sistema religioso e alle pratiche divinatorie e magiche che esso prevede. Nelle società primitive sono gli stregoni che, attraverso preghiere e danze rituali, si occupano della malattia; nelle prime civiltà stanziali, quella mesopotamica e quella egiziana, le pratiche mediche e chirurgiche includono tecniche divinatorie e magiche (Porter 2004); fra i greci, i sacerdoti di Asclepio (la divinità principale che incarna la salute) sono i custodi della *medicina dei templi*, ovvero di quei luoghi in cui si recano i pellegrini malati per immergersi nel “sonno incubatorio”, per svegliarsi miracolosamente guariti o per ricevere un'indicazione su come comportarsi per guarire (Cosmacini 1989 e 1997). Tuttavia è il cristianesimo che porta quella importante novità che è la carità come estrema virtù cristiana e che dà fondamento alla concezione del medico “altruista”. In sostanza con la nascita del cristianesimo comincia a crescere anche la convinzione che per essere dei bravi cristiani si deve emulare Cristo nel risanare il corpo e l'anima. Da qui prende forma l'obbligo di assistere i malati e i feriti, anche nel caso siano dei nemici, così come si racconta nel celebre passo del “buon samaritano”. La concezione del medico altruista, del “buon samaritano” è ripresa dalla cultura medioevale: il sofferente, chiunque esso sia, è accolto, ospitato e assistito dal medico-monaco nell'ospizio del monastero (Cosmacini 1989 e 1997). Anche quando la figura del medico si laicizza, insieme al concetto di salute – ritenuta non più dono di dio, ma dono della scienza –, nell'immaginario collettivo essa continua a rimanere avvolta da un'aureola di altruismo. Il fattore altruistico è ripreso anche nella prima sociologia delle professioni. Talcott Parsons (1951), che fu uno dei primi sociologi a occuparsi di professioni, e di medicina in particolare, sostiene che a differenza dell'imprenditore, che è mosso solo da motivazioni egoistiche (e a cui si addice la massima *caveat emptor*), il ruolo del medico è orientato verso la “collettività”: solo così si spiega il fatto che il paziente ripone nel professionista medico la propria fiducia (*confidat emptor*), facilitando la diagnosi e la terapia. La sociologia delle professioni degli anni sessanta e settanta si concentra su altri tratti, non propriamente altruistici, della medicina. Per esempio, l'analisi di Eliot Freidson (1970) è volta a far affiorare le basi sociali della professione medica, secondo l'intuizione che essa sia originata dal contesto istituzionale che gli stessi medici contribuiscono a creare. Freidson è convinto, infatti, che la malattia e la salute siano realtà costruite socialmente, più specificatamente, costruite dai medici che sono riusciti a ottenere una posizione dominante nel sistema delle occupazioni sanitarie e, più in generale, nella stratificazione sociale, servendosi della rilevanza attribuita dalla società alla materia – la salute – che ricade sotto la loro esclusiva giurisdizione. Anche l'analisi di Magali Sarfatti-Larson (1977) va nella stessa direzione: i medici sono riusciti a tradurre la conoscenza e le abilità speciali di cui dispongono in ricompense sociali ed economiche piuttosto elevate.

<sup>5</sup> A tal proposito riporto la descrizione che fa della sua vita di studente di medicina Axel Munthe, medico e scrittore: «Mattinate nelle corsie della Salpêtrière, dell'Hôtel-Dieu e la Pitié, passando di letto in letto a leggere capitolo per capitolo nel libro della sofferenza umana, scritto con sangue e lacrime. Pomeriggi nelle camere di anatomia e negli anfiteatri dell'École de Médecine o nei laboratori dell'Istituto Pasteur, guardando nel microscopio, con occhi meravigliati, il mistero del mondo invisibile, gli esseri infinitamente piccoli, arbitri della vita e della morte dell'uomo. Notti di veglia all'Hôtel de l'Avenir, notti di lavoro pre-

medico, si prodiga per gli ammalati e i sofferenti, chiunque essi siano: «pluriomicidi o premi Nobel. O entrambe le cose», direbbe il medico svedese Anders Jonasson, creato dalla fantasia di Stieg Larsson (2010, p. 12).

Dal canto suo, il medico è cosciente dell'importante ruolo che la società gli affida e, inevitabilmente, interiorizza l'idea di essere un individuo votato al servizio dell'umanità sofferente<sup>6</sup>. Gli può riuscire difficile immaginarsi senza il camice bianco e lo stetoscopio attorno al collo<sup>7</sup>: si sente innanzitutto un medico, socializzato, quindi, all'idea di svolgere un lavoro che sottende conoscenze e abilità speciali che possono salvare o migliorare la vita delle persone. Egli si prende cura e cura centinaia di individui: tutti diversi per età, storia, cultura, condizioni sociali, inclinazioni dell'animo; ma allo

zioso per impadronirsi dei difficili problemi, dei segni classici di disordini e malattie, colti e analizzati dagli osservatori di tutti i paesi, così necessari, e così insufficienti, per la formazione di un medico. Lavoro, lavoro, lavoro!» (1928; trad. it. 1963 p. 22).

<sup>6</sup> Il tema dell'altruismo o dell'orientamento al pubblico, che per Parsons (1951) e gli altri autori funzionalisti è un requisito essenziale del professionalismo, e, in particolare della medicina, è stato indagato da varie ricerche empiriche nell'ultimo decennio. Una ricerca condotta a Cosenza nel 1997 su un campione di 100 medici ha rilevato che il 26% degli intervistati ha scelto la professione «per contribuire al benessere sociale» (Speranza 1999, pp. 106-107). Nel 2000, in un'altra cittadina del Sud Italia (Crotone), sono stati intervistati tutti i primari (22 soggetti) dell'ospedale civile. In più della metà dei racconti raccolti riecheggiano concetti come “vocazione”, “chiamata alla professione”, “missione”, “altruismo”. A titolo esemplificativo riporto alcune fra le espressioni più significative usate dagli intervistati: «Ai miei tempi si faceva per vocazione... mi sono sentito chiamato alla professione...» – A. C., primario di pediatria –; «All'epoca la professione medica aveva un'aureola di missione, di impegno particolare...» – L. T., primario di malattie infettive –; «Mi ha sempre affascinato l'idea del medico, l'idea di fare qualcosa che potesse servire ad aiutare e lenire le sofferenze degli altri...» – W. G., primario centro trasfusionale –; «Era il 1969-70 all'incirca. Allora si faceva o si pensava di fare il medico anche per problemi umanitari... perché si pensava che fosse una professione socialmente utile...» – P. C., primario di geriatria – (Palmieri 2002, pp. 35-36). Ma la convinzione che l'altruismo sia una dimensione trasversale a tutti i medici e che non si lascia influenzare da alcuna variabile (genere, età, specializzazione) è rafforzata dai risultati della ricerca su cui si basa, in parte, anche questo libro. L'orientamento altruistico (“il desiderio di essere utile agli altri”) è diffuso nell'80% del campione di 891 medici selezionati fra Torino, Ancona e Cosenza (Speranza 2008, pp. 20-22).

<sup>7</sup> Roy Porter (2004) scrive che lo stetoscopio intorno al collo diviene l'icona stabile della medicina moderna sin da quando il bretone René Théophile Haycinthe Laënnec, medico alla Salpêtrière e all'Hôpital Necker, lo inventò nel 1816. Questo strumento si dimostrò un'innovazione chiave nella diagnostica fino alla scoperta dei raggi x (1895). Gli studenti nordamericani ed europei che andavano a Parigi per studiare la medicina allora più avanzata ripartivano «armati di competenze patologiche, chimiche e microscopiche e con uno stetoscopio in valigia» (p. 100). Giorgio Cosmacini (2007, p. 110) scrive che lo stetoscopio è uno «strumento filosofico» che trasforma radicalmente la tecnica e la pratica della medicina, cambiando la percezione della malattia da parte del medico. In pratica esso trasforma l'orecchio del medico in un “occhio clinico”, permettendogli di “vedere” le malattie “interne” di cuore e polmoni come se fossero “esterne”, riconoscibili ad occhio nudo.

stesso tempo tutti uguali, fragili e impauriti di fronte alla malattia e alla morte. A costante contatto con queste verità si sente (o sa di dover essere) capace di condivisione e di amore. E tutto passa (o dovrebbe passare) in secondo piano. Questo non significa che il medico viva esclusivamente di lavoro, che non si dedichi alla famiglia e che non svolga attività ricreative, culturali, sociali, di consumo, ma solo che tali attività non costituiscono (non devono costituire) uno spazio importante quanto la professione nella strutturazione del suo modo di vivere.

Questa rappresentazione (e auto-rappresentazione) della figura medica è ripresa da molta letteratura, dal cinema e dalla televisione. Numerosi sono i romanzi dell'Ottocento e del Novecento dove spesso i medici sono rappresentati come esperti altruisticamente disposti e come gentiluomini<sup>8</sup>. In altri termini, come individui che mettono al centro del loro essere la professione e i pazienti e che solo come "effetto collaterale" hanno anche una vita ricca di molte altre attività (musica, arte, viaggi, ecc.). In alcuni romanzi, poi, sembra aleggiare l'idea che quando il lavoro perde centralità nella vita del medico le conseguenze per lui e per gli altri (i pazienti) sono, a volte, molto negative.

A tal riguardo è emblematica la storia di Andrew Manson, il protagonista de *La cittadella* (1937), famoso romanzo del medico scrittore inglese Archibald Joseph Cronin. Manson è un uomo che fa della professione medica il caposaldo della sua vita. Ma, una volta raggiunto il successo professionale, si lascia distrarre da quella dimensione extra-lavorativa che i guadagni e le reti sociali del suo lavoro gli fanno assaporare: le frequentazioni di gente ricca e importante, i vestiti delle sartorie più raffinate di Londra, le colazioni nei locali frequentati dai divi, le automobili potenti, le tipiche attività di svago dei *gentlemen*, come la caccia e il golf. Inizia a vendersi per la carriera, venendo coinvolto in un giro di pazienti privati – ricchi e viziati – e di affascinanti chirurghi. Così tradisce il suo ideale di medicina<sup>9</sup>. E tradisce l'amore. Alla fine si imbatte nella morte: un paziente perde la vita a causa dell'incompetenza di uno dei suoi altolocati colleghi chirurghi; e la

<sup>8</sup> A tal proposito è molto illuminante un saggio di Lorenzo Speranza (2008, pp. 163-189) in cui si evidenziano interessanti e impreviste connessioni tra la tipologia dei medici da lui elaborata e alcuni tipi di medici che provengono dalla letteratura.

<sup>9</sup> Da giovane Manson era un medico molto interessato all'aspetto scientifico della sua professione: lavorava e studiava alacremente per fornire ai suoi pazienti le cure più adatte e "scientifiche" e, quando si rende conto che con il solo titolo di *General Practitioner* non avrebbe mai avuto accesso ai casi più interessanti – quelli che venivano risolti nelle corsie degli ospedali – decide di rimettersi a studiare per conseguire anche il titolo di *Member of the Royal College of Physicians* (M. R. C. P.) – la tappa più prestigiosa della carriera medica nel Regno Unito -. Il giovane Manson, però, non era solo interessato all'aspetto scientifico del suo lavoro: egli lo esercitava anche in modo altruistico, rischiando, a volte, anche la propria vita pur di compiere la sua missione di medico.

moglie, la persona che più lo ha sostenuto umanamente e professionalmente, muore in un incidente. Manson si salverà come uomo e come medico solo perché rimetterà al centro della sua vita il lavoro e quell'ideale di medicina coltivato da giovane.

Diversa è la storia di Charles Bovary, marito della più nota Emma, protagonista del romanzo *Madame Bovary* di Gustave Flaubert (1857). Bovary non è portato per gli studi di tipo scientifico e non si sente per nulla attratto dalla medicina. Tuttavia, per accontentare la madre, determinata a fargli ottenere una posizione sociale dignitosa, diventa medico. Si rivelerà un medico molto mediocre<sup>10</sup>: la sua vita ruoterà completamente intorno a Emma e ai suoi capricci. Infatti, proprio per soddisfare l'ambizione della giovane consorte, si cimenterà in un'operazione chirurgica che avrebbe dovuto procurargli fama e ricchezza – guarire un mozzo di stalla che zoppicava leggermente –. Per assoluta incapacità e impreparazione, invece, non solo l'intervento non riuscirà, ma addirittura peggiorerà la situazione del paziente, perché subentrerà la cancrena. Alla fine, per salvare la vita al povero stalliere, Bovary è costretto a contattare un altro medico che procederà all'amputazione della gamba. Se il protagonista de *La cittadella* si salverà perché avrà il coraggio di rimettere al centro della sua vita il lavoro medico e quell'ideale di medicina che un tempo coltivava, il dottor Bovary non avrà questa possibilità: per lui la medicina è solo una sistemazione dignitosa in grado di aprirgli le porte di quel mondo tanto sognato dalla moglie. Morta Emma, non gli rimane nulla. Da qui la scelta estrema del suicidio.

Nella prefazione all'ultima edizione inglese (1931) de *La Storia di San Michele* (1928), il medico scrittore Axel Munthe scrive che i critici hanno trovato notevoli difficoltà nel classificare il suo romanzo. Alcuni lo hanno descritto come un'autobiografia; altri lo hanno chiamato *Le memorie di un medico*. Egli ritiene che non sia né una cosa né l'altra: non ha mai avuto l'intenzione di scrivere un libro su se stesso e ritiene che il sottotitolo *Le*

<sup>10</sup> La mediocrità era un limite di quasi tutti i medici di campagna: dal punto di vista della pratica professionale, essi non riuscivano a fare molto per i loro pazienti poiché non possedevano ancora tutto quell'arsenale di strumenti tecnici e scientifici che i colleghi che eserciteranno qualche decennio dopo avranno a loro disposizione. Charles Bovary, come del resto il medico di campagna di Kafka, esercitavano in un periodo in cui le malattie da diagnosticare e le cure da prescrivere erano sempre le stesse. Non prescrivevano mai una ricetta che andasse al di là del quasi niente, che non fa mai male. Inoltre, le difficoltà pratiche della condotta erano tante: esercitavano in paesini sperduti nel nulla, e quando venivano chiamati per una prestazione urgente nel cuore della notte, non si avevano pronti neanche i cavalli per partire. In tale situazione, il medico di campagna di kaffiana memoria, si troverà a riflettere con una certa amarezza: «nudo, esposto al gelo di questa maledettissima epoca, su una carrozza realmente esistente, tirata da cavalli irreali, vado attorno vagando, povero vecchio» (1919, trad. it: 1992 p. 23).

*memorie di un medico* sia troppo pomposo. Eppure, tre anni prima, nella prefazione alla prima edizione inglese (1928), Munthe scrive che nell'accingersi a scrivere il primo capitolo è interrotto da un "intruso inaspettato" che, sedendosi di fronte alla sua scrivania, inizia a parlare di se stesso e dei suoi affari. Questo intruso sembra conoscere tutto: arte antica, architettura, psicologia, morte e aldilà. Ma la medicina è il suo forte: afferma di essere uno specialista di nervi e vanta di essere stato allievo di Charcot, il grande maestro della Salpêtrière, uno dei più importanti ospedali di Francia<sup>11</sup>. Alla fine Munthe lo invita a lasciarlo in pace per raccontare la *sua* storia di San Michele (cioè di un'antica cappella dedicata al santo) e la descrizione dei preziosi frammenti di marmo della villa dell'imperatore Tiberio<sup>12</sup>. Allora l'intruso, con una certa tenerezza, gli risponde che non è dell'antica cappella e dei suoi preziosi frammenti che scriverà, ma della sua vita di medico. Come si sarà già intuito, si tratta di una metafora utilizzata da Munthe per dire che il suo essere stato medico finisce per prevalere, al di là delle sue intenzioni, su ogni altra passione della sua vita. *La Storia di San Michele*, definito il più grande successo letterario in lingua svedese di tutti i tempi, è, quindi, un romanzo autobiografico e, perciò, auto-rappresentativo. Munthe racconta della sua vita di medico dell'alta società e delle sue inclinazioni artistiche<sup>13</sup>. Si descrive come un medico scrupoloso che mette al centro del-

<sup>11</sup> Intorno al 1800 la ricerca e il pensiero medico sono rivoluzionati da un gruppo di medici parigini che, sfruttando le opportunità messe a disposizione dal processo di centralizzazione che fa seguito alla Rivoluzione, utilizzano i grandi ospedali pubblici al fine di far progredire la scienza medica. Questi ospedali, fra i quali la Salpêtrière, l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Necker, la Pitié, diventano centri di eccellenza per la ricerca e la formazione medica. Qui accorrono tutti quegli studenti nordamericani ed europei desiderosi di acquisire competenze patologiche, chimiche e microscopiche. Fra i medici famosi che hanno lavorato e studiato in questi ospedali: Renè Théophile Haycinthe Laënnec (inventore dello stetoscopio – 1816 –), Pierre Louis (che delineò la nuova medicina ospedaliera nel suo *Saggio di istruzioni cliniche* – 1834 –) e Marie François Xavier Bichat (scopritore della patologia dei tessuti – *Traité des membranes*, 1799 –). Quando, poi, intorno al 1841, inizia a fiorire la medicina londinese, si farà ricorso a insegnanti addestrati a Parigi per istruire i giovani medici britannici (Porter 2004).

<sup>12</sup> Nel libro Munthe racconta del suo arrivo ad Anacapri nel 1885 e della progressiva costruzione della villa, sorta sui ruderi di un'antica cappella dedicata a San Michele. Nella villa sono conservati molti reperti archeologici recuperati dal medico svedese a Capri e Anacapri o donati da amici: frammenti di sarcofagi, busti, pavimenti romani, marmi e colonne. Nel giardino ci sono anche una tomba greca e una sfinge in granito. Oggi la dimora è un museo e appartiene alla Fondazione Axel Munthe.

<sup>13</sup> Nel romanzo, il ritratto di Munthe sembra oscillare fra un accomodante dottore dell'alta società – con l'unico obiettivo di ottenere prestigio attraverso la sua professione – e il colto benefattore dell'umanità – che cura i poveri senza compenso -. Munthe si laurea a Parigi a soli 22 anni e apre uno studio nella capitale francese fra gli anni 1880-90. È conosciuto soprattutto fra gli intellettuali scandinavi di Parigi. Anche se dal punto di vista economico, all'inizio della sua carriera, non riesce ad avere grande successo, l'ambiente in cui si