

GIOVANNA VICARELLI

Professore di Sociologia dell'organizzazione alla Facoltà di Economia dell'Università di Ancona. La sua attività di ricerca si è imperniata su due tematiche di fondo, l'una relativa all'economia informale e alle sue diverse modalità di lavoro irregolare ed occulto (lavoro femminile, secondo lavoro, lavoro degli immigrati) l'altra sull'economia centrale e le sue forme di occupazione "forte" (professioni mediche, libere professioni). In entrambi i versanti il suo raggio di studio si è esteso a comprendere l'esame dei relativi sistemi istituzionali e culturali, in specifico la famiglia e il Welfare State. Tra le sue pubblicazioni *Donne nelle professioni degli uomini* (con P. David, Angeli 1994), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate in Italia* (Ediesse 1994), *Famiglia Mirabilis. Ruoli femminili e reti familiari nelle Marche degli anni Novanta* (Transeuropa 1994), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo* (Il Mulino 1997).

Società e professione nel Novecento

GIOVANNA VICARELLI

1. PREMESSA

Nel corso del Novecento, la professione medica ha acquisito un peso sociale, economico e politico crescente, in un processo di mutamento che ha ridisegnato la sua efficacia clinica e la sua capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Se all'inizio del secolo il medico si presenta con una capacità limitata di comprendere le cause principali di morte e di malattia e per questo si propone come una figura socialmente debole, alla ricerca di un'occupazione garantita e con una scarsa possibilità di influire sulle scelte politiche del paese, all'inizio del Duemila la situazione appare del tutto differente. La rivoluzione tecnica e scientifica degli ultimi decenni ha potenziato le capacità di intervento della medicina superando quelli che si ritenevano fino ad oggi limiti naturali della vita e della morte. I medici traggono da queste nuove responsabilità professionali, riconoscimenti sociali e ricompense economiche che si affiancano ad una rilevante possibilità di intervenire negli orientamenti più generali della politica sanitaria del paese. Eppure, la professione medica vive proprio ora un disagio crescente che rende per certi versi amaro il risultato raggiunto nei cento anni della sua istituzionalizzazione. È come se il vertice della dominanza a cui è approdata le lasci intravedere un mondo sconosciuto che si profila all'orizzonte e che le crea per questo sconcerto.

In questa ottica, nelle pagine seguenti si proverà a riflettere sull'iter professionale dei medici in Italia con l'obiettivo di identificare alcuni elementi di analisi utili a decodificare la situazione attuale e lanciare uno sguardo più consapevole verso il futuro. Per far ciò è necessario non solo munirsi di una attrezzatura concettuale che offra la possibilità di comprendere in termini sintetici una materia che si presenta estremamente complessa e diversificata, ma anche trovare un artificio narrativo in grado di accompagnare il lettore in questo percorso. Il mito dell'eroe verrà, dunque, utilizzato in questa sede come trama narrativa e al tempo stesso come espediente analitico volto a comprendere alcuni passaggi essenziali nel processo di genesi e di strutturazione della professione medica in Italia.

2. IL MITO DELL'EROE E LA MORFOLOGIA PROFESSIONALE

Nel pubblicare e commentare l'opera di Jung, *L'uomo e i suoi simboli*, Joseph Henderson individua nei miti eroici, propri delle culture orientali e occidentali, una struttura universale caratterizzata da quattro cicli. In tutti i casi, scrive, "ci si trova invariabilmente di fronte a un racconto che descrive la nascita miracolosa ma umile dell'eroe (1° ciclo), le sue prime prove di potenza sovrumana (2° ciclo), la rapida ascesa a posizioni di preminenza e di autorità con la sua lotta trionfante contro le forze del male (3° ciclo), la sua fallibilità di fronte al peccato di orgoglio (*hybris*) e quindi la sua caduta a seguito di un tradimento o di un eroico sacrificio che culmina nella morte (4° ciclo)" (Henderson 1980).

Tale struttura gli sembra avere un significato psicologico per l'individuo che si sforza di scoprire e di affermare la propria personalità. Il mito avrebbe, cioè, la funzione essenziale di sviluppare la coscienza dell'Ego – della consapevolezza della sua forza e della sua debolezza – in modo da fornirgli gli strumenti adatti per far fronte agli ardui compiti che la vita gli presenta. Una volta che l'io individuale abbia superato la prova iniziale e sia entrato nella fase matura della vita, il mito dell'eroe perde ogni vitalità. La morte dell'eroe diventa, per così dire, il segno del raggiungimento di questa maturità.

Una simile funzione dei miti eroici può essere individuata, secondo Henderson, anche per le collettività che possiedono l'esigenza, alla pari dell'individuo, di definire la propria identità sociale. Attraverso, cioè, un processo, in quattro fasi, l'Ego del gruppo raggiungerebbe una relativa autonomia rispetto all'originaria condizione di nascita, per approdare ad una maturità che gli permetta di adeguarsi al proprio ambiente adulto.

Volendo, dunque, provare ad adottare un simile schema per leggere l'iter professionale della medicina italiana si dovrebbero individuare, in primo luogo, le quattro fasi che contraddistinguono in certa misura i quattro cicli che abbiamo visto far parte del mito dell'eroe. Queste quattro fasi che potremmo chiamare della ge-

nesi, della prima infanzia, della adolescenza e infine dell'età giovanile corrispondono, ci sembra, alle quattro epoche principali che caratterizzano, in Italia, la creazione e lo sviluppo del sistema di welfare sanitario: *welfare residuale*, *meritocratico autoritario*, *meritocratico democratico* e *universalistico istituzionale*.

Lo Stato liberale prima, lo Stato fascista poi e, per lungo tempo, anche lo Stato repubblicano hanno cercato di non farsi carico dei costi dei servizi rivolti alla protezione sanitaria della popolazione, facendo riferimento a sistemi di valore differenziati. Il *laissez-faire* nelle diverse varianti dell'epoca liberale (dal 1861 al 1924), il corporativismo fascista (dal 1925 al 1944) e l'universalismo selettivo della prima repubblicana (dal 1945 al 1978) hanno sostenuto un modello di welfare dapprima residuale, quindi meritocratico autoritario (in epoca fascista) poi meritocratico democratico (in epoca repubblicana fino al 1978): un welfare, cioè, con una esigua partecipazione dell'attore pubblico. Nell'un caso e nell'altro, la responsabilità principale della salute è stata riconosciuta alle famiglie, alle reti di tutela a carattere ecclesiastico o laico, nonché alle diverse forme del paternalismo imprenditoriale, secondo un modello connesso principalmente alle solidarietà di carattere primario (di sangue), cui si sono affiancate nel tempo, con forme isomorfe, tutte le altre configurazioni di solidarietà lavorativa. Solo con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, nel 1978, si passa ad una caratterizzazione universalistico-istituzionale del welfare, cioè a forte responsabilizzazione pubblica, seppure con grandi difficoltà nella sua applicazione. A partire dal 1992, infatti, mentre entra in crisi il sistema politico-istituzionale costruito nel secondo dopoguerra, travolto dalla corruzione e dagli illeciti, i decreti 502/92 e 517/93, nonché il decreto 229/99 tendono ad avviare una regolazione della sanità in termini manageriali, con forti ripercussioni sulle modalità di erogazione dei servizi e sul grado di accesso ad essi. Una trasformazione che è simile e parallela a quella avviata in molti paesi europei dove, nel corso degli anni Novanta, si assiste ad un ampio processo di trasformazione riduttiva delle politiche sanitarie.

Rispetto, quindi, a queste quattro diverse contestualizzazioni storiche, i quattro cicli del mito dell'eroe possono divenire il filo conduttore attraverso cui leggere la morfologia dell'iter professionale della medicina in Italia. Ciò significa, provare ad individuare, per ogni fase, i caratteri del rapporto medico-paziente e la configurazione professionale che su di esso è andata proponendosi (Vicarelli 2010).

2. L'EPOCA LIBERALE, OVVERO LA GENESI DELLA PROFESSIONE MEDICA IN UN CONTESTO DI WELFARE RESIDUALE

Al momento dell'unità d'Italia i medici della penisola hanno già affrontato e risolto uno dei conflitti che più aveva minato, in passato, la professione: quello tra

una medicina filosofica e teorica, da un lato, e una medicina pratica ed operativa, dall'altro. Se, fino al secolo precedente il panorama sanitario risultava dominato dalle due figure del medico fisico (o filosofico) e del cerusico, cui facevano riscontro modalità contrapposte di educazione, di pratica, di organizzazioni professionali, oltre che di appartenenza sociale, nel primo Ottocento, con l'intervento degli Stati riformatori e l'apertura delle prime facoltà regie, si istituzionalizza una sola figura professionale (il medico-chirurgo) che viene inizialmente utilizzata nelle condotte di campagna e di montagna, ma poi gradualmente estesa a tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, al momento dell'unificazione, la classe medica si trova ad essere disorientata e divisa da laceranti controversie interne. Già troppo numerosi, mal pagati ed oggetto di aspre satire e scetticismo, i medici vedono la propria attività continuamente minacciata da ciarlatani, guaritori, conciaossa e comari. A questi ultimi ricorrono non solo i ceti meno abbienti, ma anche i borghesi, i nobili e i sacerdoti poiché, di fronte al nichilismo o agli interventi cruenti della medicina allora dominante "il mondo della terapeutica non ufficiale non era così indistintamente funesto: in esso personaggi di pochi scrupoli dediti a smerci illeciti coesistevano con coloro che grazie a conoscenze tramandate, erano in grado di prestare in numerosi frangenti un soccorso efficace e che conoscevano i poteri medicamentosi di minerali ed erbe" (Betri 1987, p. 687).

Su questo scenario, nonostante le perduranti carenze delle università del regno e di un ceto accademico poco incline ad accogliere le innovazioni scientifiche ormai operanti in Europa, i primi governi nazionali pongono mano alla riforma delle facoltà mediche con l'immissione in ruolo di professori nuovi, chiamati a diffondere la filosofia positiva e il materialismo scientifico, contro lo spiritualismo religioso che impregnava la cultura e la società del tempo. Da questo momento "al medico non è più richiesta una cultura umanistica o letteraria che ne completi la preparazione altrimenti difettiva; non è più necessario che egli sia in grado di apprezzare un'opera d'arte o di commuoversi alla lettura di versi immortali per curare bene i propri pazienti. Le doti del moderno medico corrispondono alle doti dello scienziato, dello studioso, del ricercatore appassionato, sicuro dei mezzi a disposizione, guidato dalla fiducia incrollabile nel metodo sperimentale, osservatore attento dei segni clinici da verificare in laboratorio" (Montagni 1999, p. 181).

Stante, dunque, queste spinte e queste esigenze, l'utopia igienista che scaturisce dalle acquisizioni della scienza medica in tema di patologia e batteriologia, diviene, assieme alle riforme Crispine del 1888 e 1890, una modalità di coagulo degli interessi e delle idealità dei medici italiani. Nel complesso essi tendono a proporsi come una *élite modernizzante* volta al risanamento e allo sviluppo del

paese mediante le nuove competenze cliniche e soprattutto attraverso i precetti di una medicina preventiva e sociale, di cui il positivismo era stato il primo motore.

Con questa strategia i medici, pur perseverando in una *clinica ad personam* improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico che colpisce più del 50% degli italiani, vengono ad adeguarsi ad una modalità di difesa collettiva della popolazione, rivolta sempre più *ad societatem* (Cosmacini 2000). Ciò che il medico può prescrivere comprende soprattutto l'impegno per il risanamento ambientale e il miglioramento delle condizioni generali di vita, così che la sua attività riconduce necessariamente ad una sfera decisionale ed operativa più ampia, verso cui occorre prolungare il rapporto interpersonale con il paziente.

In questa opera sono impegnati in prima linea i medici condotti che Bertani aveva direttamente coinvolti nella sua *Inchiesta sulle condizioni igienico-sanitarie dei lavoratori della terra* e che aveva più volte indicato come i più competenti a fornire elementi reali per la conoscenza e il cambiamento dell'Italia povera e rurale. In gran parte razionalisti, anticlericali e progressisti – scrive Detti – costoro rispondono in modo massiccio all'appello del positivismo determinando, a partire dagli anni Novanta, quella “andata al popolo” dei medici italiani che “tanta parte ebbe nella rapida diffusione del socialismo nelle campagne specie intorno al 1894-95” (Detti 1979, p. 15).

I dati sul numero dei medici dimostrano, peraltro, come la professione abbia, nei primi trent'anni dell'unità, una presenza diffusa nel regno che la rende attenta ai bisogni della popolazione e ben consapevole di quelle necessità di cambiamento economico e sociale di cui la scienza del tempo si fa portavoce. Gli stessi medici provengono, assai più degli avvocati, da ceti borghesi piccolo possidenti o impiegatizi desiderosi di riscattarsi. Sono, quindi, ceti in mobilità, alla ricerca di un posizionamento sociale che li renda partecipi del benessere economico e del potere politico che la nuova Italia intende raggiungere. Da qui il disegno riformatore messo in campo dalle diverse associazioni di categoria che si creano o si rafforzano (l'Associazione medica italiana in primo luogo), nonché dalle singole personalità che riescono ad emergere nel panorama politico e culturale del tempo, agendo anche e soprattutto a livello parlamentare e di governo.

Come scrive Maria Malatesta (2006) i medici entrano nel nuovo stato unitario portando con sé una contraddizione che li avrebbe tormentati a lungo e cioè domandare impiego, garanzie e autogoverno a una pubblica amministrazione avvezza a interpretare la sanità in termini di polizia. La legge del 1888, da questo punto di vista, recepisce l'introduzione obbligatoria nei comuni dei medici condotti e degli ufficiali sanitari, ma non riconosce loro nessun governo diretto del-

la sanità che resta saldamente nelle mani dei sindaci e dei prefetti in una logica in cui l'assistenza ai poveri ha ancora il carattere di un intervento residuale e di ordine pubblico, piuttosto che di vera e propria protezione sanitaria della popolazione.

Negli anni del primo Novecento, la situazione sanitaria del paese non cambia. Le leggi volute da Giolitti, seppure importanti in un quadro nosologico difficile e bisognoso di interventi diretti da parte dello Stato, risultano limitate e settoriali, soprattutto se paragonate allo sforzo che nel campo della assicurazione sanitaria obbligatoria viene fatto in altri paesi europei, ad esempio in Germania. In tal caso, solo alcune scoperte mediche, i reali benefici derivanti dalla loro applicazione, la presenza di medici di fama internazionale in Parlamento e negli organi di governo, rendono possibili leggi sanitarie che trovano, come nel caso della malaria, il proprio presupposto nella produzione e distribuzione statale del chinino. È in questo contesto che nel giugno del 1910 vengono istituiti gli Ordini medici esaudendo ad una richiesta a lungo sostenuta dalla categoria, ma voluta anche dai governi liberali che intendono diminuire la carica eversiva della professione. Giolitti sostenendo l'approvazione della legge tenta, infatti, di rafforzare gli interessi corporativi dei liberi professionisti fiaccando l'influenza dei medici condotti che, a parere del Presidente del Consiglio, cercavano di indurre e stimolare la domanda di salute tra le classi popolari, specie rurali, costituendo un fattore di instabilità sociale (Soresina 1987).

Non per nulla i medici condotti, presenti ormai in quasi tutti i comuni italiani, danno impulso alla propria Associazione nazionale (Amnc) con intenti sempre più rivendicativi e sindacali (1905). Contestuale, infatti alla crisi dell'Ami (Associazione medica italiana), che a partire dall'Unità aveva sostenuto con omogeneità di vedute l'azione professionale dei medici, è la nascita, nei primi anni del nuovo secolo, di una pluralità di poli di aggregazione medica, ciascuno volto a perorare la causa del proprio segmento occupazionale (Lonni 1994).

Nel periodo giolittiano, dunque, i medici iniziano, seppur lentamente, ad allontanarsi dallo slancio ideale e dall'impegno unitario dell'epoca precedente. Se, da un lato, essi continuano a proporsi per alcune tematiche (la maternità, le malattie del lavoro, la tubercolosi) come i grandi assertori del rinnovamento sanitario e sociale del paese, dall'altro, sostenuti dal riconosciuto monopolio professionale e dalla nascente industria farmaceutica, iniziano ad abbracciare una visione più ancorata alla protezione che alla prevenzione, più al lavoro professionale che all'impegno sociale.

Tutto ciò non avrebbe alcunché di negativo se non coincidesse con il perdurante disimpegno pubblico in tema di assicurazione di malattia, così che la definizione professionale della categoria avviene entro un sistema sanitario di caratte-

re residuale e premoderno, incapace di garantire una vera sicurezza del posto di lavoro e di richiedere, al contempo, un profondo senso di responsabilità ed appartenenza ai medici. Nello specifico, la spinta verso la libera professione, sostenuta sia dallo Stato che dalle associazioni di categoria, rende contrattuale la posizione professionale anche nel caso in cui i medici dipendano dalle pubbliche amministrazioni, in condizioni però in cui il mercato sanitario è pressoché inesistente o limitato a fasce ristrettissime di popolazione urbana e semiurbana. Va in questa direzione la norma attraverso la quale si permette ai medici condotti di svolgere la libera professione, norma dettata dall'intenzione di rompere il fronte dei medici dipendenti oltre che di limitare l'impegno finanziario che i Comuni avrebbero dovuto sostenere nei loro riguardi. Poco pagati e alla ricerca di una attività più prestigiosa e gratificante, anche i medici condotti avrebbero, nelle intenzioni governative, abbandonato le loro posizioni intransigenti a difesa dei diritti sanitari degli strati più bassi della popolazione.

Non a caso, dunque, nella narrativa di primo Novecento, "atmosfera grigie e crepuscolari gettano lunghe ombre sulla professione, presentandoci – scrive Benedetta Montagni – medici stanchi, sfiduciati, ormai privi tanto degli accesi idealismi di primo Ottocento, quanto degli entusiasmi positivistici postunitari. Toni cupi e sfumati caratterizzano le banali vicende di vecchi medici vicini alla pensione, mentre amarezza e cinismo modulano le storie dimesse di giovani dottori, presto disillusi dalla noiosa quotidianità di una carriera che pure hanno intrapresa pieni di aspettative" (Montagni 1999, p. 319).

3. IL VENTENNIO FASCISTA, OVVERO LA PRIMA ESPANSIONE PROFESSIONALE IN UN CONTESTO DI WELFARE MERITOCRATICO AUTORITARIO

Nel ventennio fascista, la creazione dei regimi assicurativi speciali (per la tubercolosi e le malattie professionali), il mutualismo libero e occupazionale, la riforma degli ospedali sanciscono una evoluzione delle politiche sanitarie che il periodo liberale era stato incapace di realizzare e che ora emergono e si strutturano in una logica corporativa, ampiamente governata dal partito fascista. Con l'avanzare degli anni Trenta, il sistema, modellatosi fino ad allora in termini particolaristici e clientelari, tende ad essere razionalizzato in senso statalistico per l'esigenza di far fronte alle spese della guerra e ai bisogni di una popolazione impoverita dalle scelte economiche ed espansionistiche del regime. È in questa direzione che viene istituita, al margine ultimo dell'esperienza fascista, l'assicurazione sanitaria obbligatoria (gennaio 1943) con la conseguente creazione dell'Inam (Istituto nazionale assicurazione malattia), quale strumento di gestione unificata del mutualismo sanitario.

Entro questa cornice, ai medici viene affidato il compito di controllare il comportamento delle nuove e vecchie generazioni di italiani, attraverso un processo di medicalizzazione del lavoro, della famiglia e del tempo libero che esalta il potere della medicina scientifica, ma la subordina agli interessi del regime. Con il fascismo, in altri termini, si consolida il processo di integrazione politico-sociale della classe medica alla quale si chiede di farsi *garante del nuovo ordine pubblico*, facendo propria l'ideologia corporativa e offrendo al regime molti degli archetipi attraverso cui propagandare le proprie forme di dominio. La malattia, in questa visione, non nasce solo dall'ambiente economico e sociale, ma trova le sue basi esplicative nella configurazione psico-fisica degli individui che vengono sempre più additati come i veri responsabili del proprio malessere, al quale possono ovviare con comportamenti lavorativi, nutrizionali e sessuali adeguati, codificati dalla professione medica. Di fronte, poi, all'insorgere della malattia sarà compito della medicina specialistica ed ospedaliera di intervenire con i mezzi tecnologici e farmaceutici messi a disposizione dalla scienza.

Non si tratta, evidentemente, di un processo lineare né indolore poiché nel vasto campo delle professioni mediche molte voci continuano a far sentire il peso di una tradizione igienista e di un impegno sociale che il regime non riesce a soffocare. Tuttavia, nel momento in cui sono i medici ospedalieri a guidare la politica sanitaria del paese, imponendo il loro nuovo prestigio scientifico, è sulla medicina specialistica e i grandi nosocomi che viene convogliata la maggior entità di risorse economiche e di uomini.

I medici, tuttavia, debbono trovare un difficile equilibrio occupazionale tra il rinnovato sistema ospedaliero, l'intricato tessuto mutualistico e una struttura di igiene e sanità pubblica sempre più deteriorata. Mentre, infatti, aumentano le possibilità occupazionali, si ampliano anche le differenze sociali all'interno della categoria i cui livelli di reddito e di stabilità del lavoro non sono sempre adeguati alle relative responsabilità. Da qui la necessità di ricavarci spazi di lavoro e di carriera mediante la duplicazione delle attività professionali, l'integrazione dei compensi, l'accumulo di impegni e di obblighi sociali. Secondo il censimento del 1936 su 15.798 liberi professionisti ben 14.350 sono anche medici mutualisti per il settore dell'industria e del commercio, così come lo sono moltissimi medici condotti (Orlandi 2009). Nel contempo si cerca di salvaguardare l'autonomia professionale tentando di instaurare modalità di lavoro liberali all'interno delle strutture mutualistiche ed ospedaliere dove maggiori sono i rischi di una subordinazione di tipo gerarchico-burocratico.

D'altro canto, mentre va strutturandosi un sistema di sicurezza sociale così fragile e al tempo stesso complesso, la medicina non appare ancora capace di trovare una base curativa adeguata alle esigenze del paese, nel senso che non attraver-

so la fiducia sui risultati ottenuti, ma mediante forme autoritarie di stampo politico e repressivo riesce a far valere la propria legittimazione professionale.

“Quando ero studente e poi giovane professore universitario – racconta Cesare Musatti – andavo spesso a visitare una coppia di miei anziani prozii. La zia il dottore non lo chiamava mai né per nome né per la sua qualifica. Diceva, invece, in dialetto veneto. ‘Ga dito lù’. Lo ha detto Lui. Lu o Lui, per eccellenza. Colui che è l’autorità suprema alla quale si deve fare riferimento, per non incorrere in guai, quelli riguardanti sì la salute, ma anche complicazioni di altra specie” (in Rosaia 1988, p. 33)

In altri termini, ovunque siano posizionati (nelle condotte, nelle mutue, negli ospedali o nelle cliniche universitarie) i medici non riescono ancora ad esprimere una compiuta attività clinica, almeno fino a quando la rivoluzione dei sulfamidici e degli antibiotici non darà loro una nuova forza terapeutica. In attesa di questa svolta, che si prospetta alla fine degli anni Trenta, essi si limitano ad essere “curanti” nel senso di essere attenti ai bisogni dei loro pazienti, coniugando alle accresciute possibilità diagnostiche una attenzione umana spesso consolatrice (Cosmacini 2000). Peraltro, chiamati a condividere il sistema di welfare meritocratico autoritario voluto dal fascismo, non ne risultano i diretti responsabili poiché il regime tende a confinarli in posizioni di limitato potere politico ed amministrativo forse per una malcelata sfiducia verso la categoria, accusata di non voler abbracciare fino in fondo gli obbiettivi e i metodi del nuovo stato autoritario. Dunque, il fascismo se coinvolge i medici alla pari di molte altre categorie professionali, se li affianca al regime nelle funzioni di tutela e di controllo della popolazione, se concede loro nuovi campi di attività e di retribuzione, non ottiene una adesione completa sia perché troppo differenziati sono i benefici che essi ottengono in termini di potere economico, politico e sociale, sia perché non si sospinge del tutto l’insieme dei valori ideali del periodo precedente, né lo spirito della professione volto al benessere reale dei propri pazienti.

In questa prospettiva sarebbe interessante conoscere la partecipazione medica alla Resistenza, rispetto alla quale tuttavia per l’Italia “non sono disponibili dati sociali relativi ai partigiani riconosciuti e neppure dati quantitativi affidabili” (Casali e Preti 2009, p. 226). Un rilevamento sull’Emilia Romagna permette, però, di evidenziare la netta predominanza dei medici rispetto agli avvocati (332 contro 99). È indubbio che il servizio sanitario fosse ritenuto particolarmente importante e come tale richiesto, ma da questi dati emergerebbe una ampia risposta della categoria in tutte le province della regione (Casali e Preti 2009).

4. GLI ANNI DEL SECONDO DOPOGUERRA, OVVERO L'ASCESA PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI UN SISTEMA DI WELFARE DEMOCRATICO

Nel secondo dopoguerra fino agli anni Settanta l'Italia lascia inalterata una modalità di protezione sanitaria frammentata e particolaristica cui fa da riscontro un intervento pubblico ancora limitato. Il quadro istituzionale ereditato dal fascismo resta, di fatto, immutato risultando costituito da sei regimi assicurativi principali (relativi a pensioni, disoccupazione, tubercolosi, assegni familiari, malattia e maternità, infortuni e malattie professionali) amministrati da una grande quantità di enti caratterizzati da una forte eterogeneità sia rispetto al riconoscimento dei rischi che dei benefici. Si tratta di un sistema apparentemente modellato su base categoriale e professionale, ma in realtà guidato dal sistema politico-partitico che ne definisce, volta a volta, l'estensione e i requisiti per l'accesso.

Nell'ambito sanitario, all'incremento della copertura mutualistica fa da riscontro una rete eterogenea di strutture specialistiche e di base cui i medici di medicina generale ed i condotti debbono far affidamento per trovare una retribuzione che spesso deriva dalla duplicazione delle visite, degli accertamenti e delle prestazioni in strutture pubbliche e private. Alla molteplicità delle mutue e degli enti assistenziali si accompagna il mancato riordino del sistema ospedaliero così che lo sviluppo del settore avviene entro i limiti di una regolazione pubblica che risale alla normativa crispina del 1890.

Nasce da queste condizioni la prospettiva, sostenuta dalle organizzazioni di categoria, di un inquadramento dei medici ospedalieri nel pubblico impiego senza però intaccare l'autonomia professionale che dovrà essere garantita in termini tecnici ed economici, con la possibilità di svolgimento della pratica libero-professionale. Una posizione ibrida che si affianca a quella altrettanto complessa dei medici mutualisti che si muovono tra opzioni di assistenza indiretta per tutta la mutualità e opzioni di assistenza diretta disciplinata da regole e garanzie. Una problematica centrale, in questi anni, è che cosa debba ritenersi per "medico mutualista" se il medico a diretto contratto d'impiego con gli Enti assistenziali e cioè i Medici Funzionari, oppure tutti quei medici che intrattengono rapporti con le mutue ma che sono il 90% del totale. Né vanno dimenticati i medici ambulatoriali che lavorano presso le strutture mutualistiche e che ottengono la possibilità di svolgere una attività professionale autonoma ed indipendente, senza alcun vincolo di subordinazione gerarchica e sulla quale il controllo esercitato dall'Inam non è accompagnato da alcun potere disciplinare e non esula dai confini di una generica vigilanza.

Ciò significa che i medici maturano in questi anni un atteggiamento ancipite, di netto rifiuto delle mutue da parte delle élites mediche e delle Associazioni di rap-

presentanza, ma di accettazione, per motivi occupazionali, da parte della base (Malatesta 2006). Una accettazione che passa attraverso la configurazione di posizioni professionali ibride che si giustificano rispetto alla debolezza finanziaria del sistema di welfare meritocratico, ma che provocano sconcerto nella popolazione che si aspetta ben altro da “una categoria di persone che non perdono occasione per proclamare un indefettibile attaccamento ai principi, un totale disprezzo per il denaro e un amore sviscerato per il prossimo” (Rosaia 1988, 54).

Tuttavia, quello che si rimprovera ai medici, almeno da parte dei gruppi più critici dell’arco politico istituzionale o da parte dei movimenti sociali che nascono negli anni Sessanta e Settanta è il ruolo di *custodi dell’ordine sociale* che essi accettano di esercitare pur in un contesto politico-economico molto differente da quello del Ventennio fascista. Da qui il proclama degli studenti di medicina di Roma nel 1968 che si propone come rifiuto del ruolo medico dominante: “Non vi daremo balsamici per i vostri bronchi, perché dovrete respirare aria pura; non vi daremo epatoprotettivi per il vostro fegato, perché dovrete mangiare cibi non sofisticati; non vi daremo vaso dilatatori per i vostri spasmi perché dovrete abolire gli ingorghi del traffico; non vi daremo giorni di malattia, perché dovrete ridurre la settimana lavorativa” (Berlinguer 1982, p. 98).

I medici, in altri termini, recepiscono la discontinuità tecnologica e scientifica di questi anni, ne accolgono le conseguenze migliorando le proprie capacità diagnostiche e terapeutiche, tuttavia non sembrano cogliere la conseguente discontinuità storico-sociale che, d’altro canto, è negata da larga parte del mondo politico e culturale del tempo. Mentre, così nel rapporto medico-paziente inizia a prevalere l’idea di una somma oggettuale di organi, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza. Contro la medicina *ad societatem*, ma anche a differenza di una medicina *ad personam* del periodo fascista, le conquiste tecnologiche e scientifiche del secondo dopoguerra sostengono una medicina *ad organum* in cui la differenziazione specialistica conduce verso la perdita tanto della dimensione antropologica del malato, quanto della sua unità biologica. Ciò conduce ad una crescente differenziazione degli interventi medico-sanitari che si accompagnano ad un sistema di welfare sempre più frammentato, di cui, con il tempo, si perde il carattere democratico che pur si era voluto imprimere nel contesto istituzione del secondo dopoguerra.

Nel corso degli anni Settanta, tuttavia, alcuni elementi di universalismo riescono ad entrare nella struttura del welfare sanitario italiano dove alla riforma ospedaliera del 1968 fa seguito, dieci anni dopo, la creazione del Servizio sanitario nazionale (L.833/78). Una eterogeneità di domande sociali trova, infatti, con-

fluenza nella richiesta dell'eguaglianza ed uniformità delle prestazioni sanitarie, nella globalità degli interventi socio-sanitari, nel decentramento amministrativo e nella gestione democratica della sanità. Ad esse sottostanno interessi categoriali diversi quali quelli espressi dai medici igienisti che si trovano alleati con gli psichiatri, con i condotti e i giovani medici nel chiedere un sistema sanitario pubblico che torni a dare alla prevenzione una nuova centralità, ampliando nel contempo le sue possibilità occupazionali. Psicologi, assistenti sociali, insegnanti e pedagogisti si affiancano ai movimenti femministi per sostenere l'idea di servizi sanitari capaci di affrontare la globalità dei nuovi bisogni e i processi di identità professionali degli operatori che intendono lavorare in essi. D'altro canto, sulla razionalizzazione e il decentramento del sistema di welfare confluiscono gli interessi delle amministrazioni Comunali e delle Regioni da poco istituite. Infine, è sulla spinta democratica dei sindacati e del movimento operaio che le domande di riforma entrano nell'agone politico sostenute dai partiti di sinistra sempre più presenti alla guida delle amministrazioni locali.

Ciò nonostante, la riforma sanitaria non vedrebbe la luce se non si aggravasse, nel corso degli anni Settanta, la crisi finanziaria delle mutue che nel 1973 vantano crediti nei riguardi degli ospedali per la cifra iperbolica di 3.000 miliardi (contro i 300 del 1969), se i mass media non sostenessero una campagna denigratoria contro il vecchio sistema, se le vittorie elettorali della sinistra e l'instabilità politica che ne segue non portassero ad un governo di unità nazionale che vara, nel dicembre del 1978, il Servizio sanitario nazionale.

Va notato che in queste spinte verso la trasformazione in senso universalistico-statalistico del welfare, vi è un sostanziale rifiuto dei sistemi medico-scientifici iper-specializzati che si ritiene di poter sostituire con conoscenze meno tecniche e verticistiche, poggianti sulla figura degli operatori unici, il lavoro di équipe, la deistituzionalizzazione degli interventi e un ampio processo di prevenzione collettiva che fa perno sulla figura del medico di base. Di conseguenza, gli ospedali, alla pari delle altre strutture specialistiche, vengono equiparati alla medicina del territorio e collocati nelle Unità sanitarie locali (Usl), senza alcun conto della loro specificità funzionale e finanziaria. Si tratta, nel complesso, di creare sistemi esperti, a carattere socio-sanitario, verso i quali si cerca di convogliare la fiducia dei cittadini-utenti e quella, non meno importante, degli amministratori pubblici.

Come negli anni Ottanta del secolo precedente, dunque, quando l'utopia igienista aveva contribuito alla riformulazione dell'ordinamento sanitario del paese (Vicarelli 1997), alcuni ceti sociali in mobilitazione riescono a trovare in un medesimo progetto ideale lo strumento per produrre interventi istituzionali capaci di rispondere ad un insieme eterogeneo di interessi e bisogni categoriali. Tutta-

via, se l'utopia igienista aveva trovato la propria spinta propulsiva all'interno della scienza medica e grazie alle conquiste della patologia e della batteriologia, la nuova utopia universalistica cresce in opposizione alle grandi acquisizioni della medicina specialistico-tecnologica di cui si paaventano gli eccessi e gli effetti iatrogeni. In tal senso, il vasto ed eterogeneo movimento di riforma dimostra basi scientifiche e sanitarie assai più deboli, dovendo opporsi agli interessi non solo dei medici ospedalieri e delle mutue, ma anche di tutto quel mercato sanitario che nei farmaci e nelle nuove tecnologie sta trovando grandi possibilità di sviluppo. Il fronte anti-riforma, in altri termini, può contare non solo su potenti strutture politiche e clientelari, ma anche su una medicina curativa i cui effetti immediati convincono assai più dei risvolti patologici di lungo periodo. Non meraviglia, allora, che, rispetto alla situazione di fine Ottocento, i medici giochino un ruolo innovatore assai più marginale, seppure determinante.

5. GLI ANNI DI FINE SECOLO, OVVERO LA FALLIBILITÀ DELLA PROFESSIONE NEL WELFARE UNIVERSALISTICO ISTITUZIONALE

Con la legge 833 del 1978 il passaggio allo Stato di tutte le funzioni di organizzazione e di finanziamento della sanità si accompagna al proposito di attribuire un'importanza strategica alla medicina di base, sia in considerazione delle indicazioni dell'Oms (conferenza di Alma Ata del 1978), sia in funzione del suo ruolo economico. Pur assorbendo soltanto il 6,5% delle risorse sanitarie, si ritiene che il medico di base influisca sul 77% della spesa residua (55,9% spesa ospedaliera, 13,3% spesa farmaceutica, 7,8% spesa specialistica extraospedaliera) potendo così svolgere un ruolo rilevante nel risparmio e nella eliminazione delle aree di spreco (Giustetto e Meneguzzo 1981). Di conseguenza, una buona remunerazione e alcune "libertà" in termini di organizzazione del lavoro sono i corrispettivi dello scambio politico che la maggioranza di governo offre ai medici di medicina generale per assicurarsi, nel 1981 con l'avvio della riforma, l'adeguatezza e l'economicità del loro operato.

I sindacati del settore ottengono, infatti, che venga siglato un rapporto di lavoro convenzionale che stabilisce un tipo particolare di "libera professione". In sostanza, il medico di medicina generale si impegna ad investire personalmente nella propria attività sostenendo i costi dell'ambulatorio e del suo funzionamento con uno schema retributivo garantito e a quota capitaria; allo stesso tempo il medico è libero di definire i tempi e i modi del proprio lavoro purché congrui con il numero degli assistiti, mentre gli è permesso di svolgere una attività libero professionale purché non lesiva degli interessi del Ssn.

I medici di medicina generale restano, però, esclusi dal governo del sistema sani-

tario a differenza di quanto avevano chiesto e avrebbero voluto. Un fatto, quest'ultimo, che lascia delusa anche la Federazione degli Ordini e i sindacati degli ospedalieri poiché la legge 833 non solo non riconosce alla categoria una preminenza nel governo della sanità, ma esclude persino una distinzione del ruolo medico all'interno dei contratti per i medici dipendenti che si vedono inseriti nella complessiva "area sanitaria" del Servizio sanitario nazionale. È per questo motivo che dai primi anni Ottanta, le rappresentanze sindacali e professionali avviano una duplice azione di rivalse, l'una giocata sul piano formale, dei rapporti contrattuali e politici, l'altra sul piano sostanziale dei rapporti di potere entro le strutture di welfare.

Fanno parte della prima offensiva le ripetute richieste di introdurre il numero programmato nelle Facoltà di Medicina, nonché l'articolazione del comparto sanità in due aree negoziali distinte (i medici da un lato, il restante personale dall'altro): istanze che trovano esito positivo alla fine del decennio con il governo Craxi. Ad una simile azione si accompagna una strisciante presa di potere di alcuni esponenti della categoria. Se la Federazione degli Ordini Medici si vede riconosciuto il diritto di contribuire alla programmazione sanitaria solo dopo una lunga battaglia politica, alcuni medici, grandi esponenti di partito, occupano, in tempi assai più brevi, i punti chiave del sistema sanitario e del paese. Nella stessa logica, anche se ad un livello più basso, si pongono altri medici la cui clientela professionale viene utilizzata per l'elezione politica e la cui appartenenza politica determina l'avanzamento di carriera in ambito sanitario.

Né è da sottovalutare il fatto che, proprio a seguito della riforma sanitaria, la Federazione degli Ordini incentiva i suoi iscritti a presentarsi nell'agone politico per affrontare, direttamente e senza interposte persone, i problemi derivanti dalla debolezza e presunta sconfitta della categoria. Per quanto riguarda i medici di medicina generale è lo stesso Poggiolini che al Congresso del 1981 addita al mondo politico l'influenza dei medici di famiglia non solo sul piano economico (come viene loro continuamente addebitato), ma anche delle idee, poiché essi sono gli unici a contattare quotidianamente milioni di cittadini (Turziani 1997, p. 149). Nel rapporto medici-stato vengono, dunque, a pesare fin dai primi anni di attuazione del Servizio sanitario uno scambio politico che diverrà una merce frequente in molte delle negoziazioni future; nonché una crescente commistione tra professione e politica.

D'altro canto, il nuovo modello universalistico di welfare non trova un corrispettivo altrettanto evidente sul piano della strutturazione istituzionale la quale è ben più difficile da attuare. Se, da un lato, viene confermata la creazione delle Unità sanitarie locali (Usl), che entro un determinato territorio, sono investite della gestione di tutte le forme di intervento sanitario, dall'altro sulla fisionomia

giuridica di tali organismi e sulla loro organizzazione prevalgono ambiguità che rispecchiano le incertezze e i compromessi conseguenti alla risoluzione legislativa di aspetti particolarmente conflittuali e controversi. I principali motivi di preoccupazione riguardano la scelta di attribuire ad organi di emanazione politica il compito di amministrare le Usl, nonché la loro mancata autonomia giuridica e tecnico-gestionale. Infatti, se i medici sono apparentemente sconfitti, i partiti di governo traggono dal nuovo Servizio sanitario un duplice ed immediato vantaggio: il ripiano straordinario del debito mutualistico, che viene trasformato in debito pubblico, e una regolazione ampia e diretta del settore sanitario entro una logica che continua ad essere di carattere patrimonialista e clientelare. Non meraviglia, allora, che anche coloro che restano estranei alla competizione politica dimostrino di saper partecipare alla distorsione della domanda ed offerta di servizi sanitari che si realizza in questo periodo. Avallando spese superflue, incentivando la costruzione di nuovi ospedali, avvalorando scelte farmacologiche non necessarie, i medici finiscono, talvolta, per sostenere un sistema di illeciti e di corruzione, da cui traggono benefici diretti o indiretti.

L'implementazione delle nuove politiche si dimostra, però, assai differenziata a seconda delle aree territoriali del paese con una accentuazione dei processi di innovazione nelle regioni del Centro Nord-Est (Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Umbria) in cui le amministrazioni locali (di sinistra e di centro) sanno convogliare nel nuovo sistema le risorse finanziarie ed umane che scaturiscono da un ambito economico di piccola impresa particolarmente fiorente. Nelle regioni del nord-ovest, invece, tale equilibrio appare più difficile da realizzare per un impegno più modesto delle amministrazioni locali sul versante socio-sanitario e per maggiori difficoltà economiche derivanti dalla crisi della grande impresa. D'altro canto, nelle regioni del Mezzogiorno, alla scarsità di risorse economiche e professionali fa da contrappeso una arretratezza politico-civile che trova ulteriori giustificazioni nel sistema di corruzioni e di illegalità che vi domina.

È in questo contesto che si pone la necessità di limitare e controllare le prestazioni sanitarie in una logica restrittiva, a cui si affiancano, a partire dal 1983, i primi propositi normativi di riforma organizzativa delle Usl. Puntando le critiche sugli aspetti burocratici del Servizio sanitario e sulle aberrazioni della lottizzazione politica, si mira alla trasformazione del sistema in termini aziendalistici. Un processo che culmina nel 1992 con la approvazione, da parte del governo Amato, del decreto legislativo 502 che istituisce, al posto delle Usl, gestite da un Comitato di gestione di nomina comunale, le Aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) guidate da direttori generali di nomina regionale.

L'aziendalizzazione della sanità, dapprima avversata dai partiti di sinistra e da alcune categorie mediche, diviene nel 1993 ampiamente accettata quando, a se-

guito della crisi istituzionale scaturita dalle inchieste della magistratura sugli illeciti nell'ambito sanitario, essa appare l'unica via per salvaguardare e rilanciare il modello universalistico statuito dalla L. 833. Lo spirito manageriale viene, infatti, contrapposto alla gestione burocratica di tipo tradizionale, lenta, inefficiente e talvolta corrotta.

Poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. Non meraviglia, allora, che il conflitto tra medici e manager si manifesti, in primo luogo, a livello micro ed interpersonale dentro le strutture sanitarie, dove empiricamente e nella prassi quotidiana gli uni e gli altri trovano motivo di "scontro" nella scelta di obiettivi o strumenti divergenti (Harrison 1988). Tuttavia, esso è supportato, a livello meso-organizzativo poiché l'emergere di configurazioni gestionali più o meno improntate alla competizione o alla cooperazione amministrata incide sul grado di *accountability* del sistema e quindi di influenza del management.

In una ricerca condotta nei primi anni 2000 in 10 regioni italiane (Cipolla, Corposanto e Tousijn 2006) la maggiore capacità di erosione dell'autonomia professionale viene attribuita, dai medici di medicina generale ma più in generale da tutti i medici iscritti agli Ordini (Speranza, Tousijn, Vicarelli 2008), al management sanitario (69,9%), alla legislazione nazionale (68,7%) e al ceto politico locale (54,9%). Il 70,3 % degli intervistati ritiene, inoltre, che il paziente cerchi più che in passato un secondo parere medico, il 75,5% pensa che sia disinformato o con cattive informazioni, il 64,5% che sia diventato più aggressivo, il 35,6% che sia più conflittuale. D'altro canto, il 55,8% degli stessi medici dichiara di essere stato oggetto di aperta contestazione, il 36,5% di aver avuto reclami e il 4,8% di aver subito denunce. Una situazione che porta i medici di medicina generale ad ammettere, nel 79% dei casi, che ora spiegano assai più le loro scelte ai pazienti, che lasciano ad essi più tempo (74%), ma che si adeguano anche di più alle loro richieste (35%), a fronte di un rapporto complessivamente più faticoso (70,6%). Quasi la metà (45,5%), inoltre, ritiene che sia diminuita la compliance con il cittadino utente.

È interessante notare che a partire dagli anni Settanta cresce in Italia la componente femminile all'interno dell'area medica, tanto che nel 2005 le donne medico esercenti diventano il 33% del totale (Vicarelli 2008). Alla luce dei risultati delle citate ricerche sui medici di medicina generale e sugli iscritti agli Ordini, le donne medico dimostrano di trarre maggiore soddisfazione proprio dal rapporto con l'utenza e, soprattutto, ne avvertono meno la conflittualità: difatti, solo il

27% delle rispondenti definirebbe la relazione con i pazienti in questi termini, a fronte del 41% degli uomini. Tutto ciò si sintetizza in un dato: il 56% delle donne medico afferma senza esitazione di essere felice del proprio rapporto con i pazienti, contro il 44% dei colleghi che sono più cauti in proposito. Una maggiore conflittualità e una minore tendenza ad adeguarsi alle richieste del paziente si evidenzia, però, da parte delle donne di medicina generale che, proprio per la loro vicinanza e continuità con i cittadini utenti, sono maggiormente sottoposte al cambiamento in atto (Bronzini e Spina 2008).

Come va intesa questa situazione? Quanto è correlata alle richieste incongrue e/o eccessive dei pazienti, quanto alle loro aspettative in termini di salute? Una chiave di lettura può essere trovata nella fragilità della relazione medico-paziente e nella stessa dimensione del benessere che vi sottende. Mentre, infatti, l'aziendalizzazione spinge i medici verso una costante oggettivazione delle proprie attività (la medicina basata sulle evidenze) e non raramente verso forme di medicina difensiva per far fronte alle denunce dei cittadini e ai controlli pubblici, il concetto di salute sembra dilatarsi. Cittadini più colti ed istruiti, che possiedono maggiori informazioni, esprimono una domanda ampia, complessa e per certi versi emozionale, carica cioè di significati e simboli legati alla loro stessa identità. Al medico si richiede una disponibilità immediata (di tempo e di risposta) che contrasta con la profondità della domanda di salute, così che le pressioni esercitate dai pazienti vengono vissute con crescente *disagio* e con *fenomeni di burn-out*. Nasce, da qui, l'esigenza di riportare nella relazione con il paziente una dimensione narrativa (medicina narrativa) che permetta ai due soggetti della relazione di recuperare una trama più profonda dell'esperienza di vita e di malattia (Giarelli et al. 2005).

In altri termini, negli ultimi decenni del secolo, sembrano diminuire contemporaneamente sia la delega esclusiva concessa dallo stato alla professione, sia la fiducia incondizionata verso la medicina da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Nell'un caso e nell'altro fanno sentire la propria influenza un mercato sanitario in espansione e una crescente cultura dei consumi che spinge la medicina verso il miglioramento e l'ottimizzazione dell'individuo, al di là della semplice prevenzione e cura. Una tendenza quest'ultima che si accompagna ad un progresso tecnico e scientifico di grandissimo impatto che trova le sue basi scientifiche sulla medicina molecolare, ben al di là, dunque, della "medicina *ad organum*" del periodo precedente.

6. IL PROSSIMO FUTURO, OVVERO LA CONQUISTA DELLA MATURITÀ PROFESSIONALE

Il quarto ciclo dei miti eroici prevede, come si è detto, la fallibilità dell'eroe di fronte al peccato di *hybris* e quindi la sua caduta a seguito di un tradimento o di

un sacrificio che culmina nella morte.

Nella cultura greca il peccato di *hybris* si pone come una sorta di insubordinazione dell'uomo alla divinità. Per Platone si dà *hybris* ogni qualvolta si supera la misura del giusto, quando cioè l'uomo rompe l'ordine e l'armonia che sono i veri capisaldi del vivere sociale.

L'*hybris* che esce dalla tradizione occidentale, dall'umanesimo in poi, si arricchisce, invece, di precise connotazioni prometeiche: affermazione di potere, potenza tecnocratica, *libido sciendi*, incapacità di riconoscere *ananke* (il limite) e *nomos* (la legge) (Marchesini 2009). Tendenza che diventa ancora più evidente nella critica alla tecnocrazia sviluppata da autori come Heidegger e Jonas, ma anche dallo stesso Nietzsche (1887) quando sostiene che *hybris* è oggi la nostra posizione nei confronti della natura, la nostra violentazione della natura con l'aiuto delle macchine e della tanto spensierata inventività dei tecnici e degli ingegneri.

Se dell'*hybris* si coglie, dunque, questa connotazione negativa e se la si applica al quarto ciclo dei miti eroici come Henderson ci spinge a fare, ci si può chiedere in quale colpa i medici possano essere incorsi nella fase di preminenza professionale che si propone nell'ultimo scorcio del XX secolo. Possono i medici essere incolpati di aver dato un peso eccessivo alla dimensione politica nel loro ruolo, ricercando il potere più a scopo individuale e corporativo che per il benessere collettivo? Oppure, possono essere accusati di aver cercato troppe garanzie economiche nel sistema di welfare universalistico-istituzionale, facendone lo scopo principale della professione anziché un mezzo? O l'*hybris* risiede nella stessa scienza e tecnologia di fine secolo dove il peccato di orgoglio sembra risiedere nell'idea di poter raggiungere tappe inusuali di salute e di contrapposizione alla morte?

Nell'un caso e nell'altro, se alla colpa fa seguito una caduta dovuta ad una qualche forma di tradimento o di sacrificio individuale, dove si può rintracciarne l'essenza?

È lo Stato a voler togliere legittimità a quella autonomia categoriale siglata all'inizio del secolo con la costituzione degli Ordini professionali che si vogliono, oggi, riformare o trasformare? Sono i governi neoliberali a voler limitare la valutazione tra pari, inserendo procedure esterne di controllo manageriale o, al contrario, di rinnovato dominio politico? Oppure la responsabilità va ricercata nelle forme attuali di "governa mentalità" che non hanno più bisogno dei saperi esperti per normalizzare la vita degli individui, poiché gli strumenti di controllo dei cittadini sono ormai tanto interiorizzati quanto enfatizzati dai media?

Se non è alla componente politico-istituzionale che occorre guardare per rintracciare il seme del tradimento, è ai pazienti, allora, che va rivolta l'attenzione? Sono i cittadini-utenti che con la loro accresciuta acculturazione rifiutano di delegare alla professione medica il destino della propria vita? Sono i clienti delle

nuove società edonistiche che non riconoscono più ai medici le sole funzioni di prevenzione e cura, rivolgendo richieste di benessere totale a quanti, con sapere professionale o profano, vogliono rispondervi?

E se il tradimento venisse dall'interno del settore sanitario e non dall'esterno? E se fossero le nuove professioni sanitarie (infermieristiche e tecniche) a non accettare più una divisione del lavoro gerarchica e separata, richiedendo nuove responsabilità e partecipazione allo sviluppo della salute? E se il tradimento fosse insito nella stessa categoria medica che è andata frammentandosi e differenziandosi, riconoscendo un potere crescente ai ricercatori anziché ai clinici e ai medici manager piuttosto che a coloro che basano la propria esperienza sull'essenza della relazione con il paziente?

Su questa lunga serie di interrogativi si pone oggi il dibattito nel momento in cui ci si interroga sulla crisi professionale e sulla presunta perdita di dominanza della professione medica (Tousijn 2000; Giarelli 2003; Tousijn e Vicarelli 2006). Tuttavia, per uscire dalle secche di un confronto spesso improduttivo, si può provare ad utilizzare una concezione differente e post-moderna dell'*hybris*. Come ricorda Marchesini il postumanesimo cambia completamente l'orientamento nei confronti dell'*hybris* che da rischio biocida diventa fomite di vita, scultore della biodiversità (Marchesini 2009). Assegnare positività all'*hybris* significa, allora, accettare il divenire e l'incertezza del futuro, dimenticando ogni pretesa simmetria tra ordine e armonia. Abbandonarsi all'incertezza vuol dire aprire l'orizzonte al vasto paniere delle possibilità, dimenticando la suggestione di uno schema archetipico che incarna la perfezione (Marchesini 2009).

In conclusione, seguendo il suggerimento di Henderson nell'analisi dei miti eroici, ci sembra di poter dire che, forse, la categoria medica è arrivata in una fase del proprio percorso di strutturazione professionale in cui, lasciate alle spalle le proposizioni eroiche tipiche dell'adolescenza e della giovinezza, ha raggiunto una propria maturità basata sulla coscienza dei propri limiti quanto delle proprie potenzialità. Una fase in cui la consapevolezza della complessità degli attuali sistemi sociali e sanitari diventa la base di un confronto fattivo con l'alterità e il diverso in una logica di ibridazione tanto creativa quanto utile a riconfermare l'obiettivo ultimo della medicina come professione: la ricerca del benessere possibile per l'uomo.

BIBLIOGRAFIA

- Berlinguer G. (1982), *La professione del medico*, Milano, Feltrinelli.
- Betri M.L. (1987), *La crisi del ruolo medico*, in Federazione Medica, XL(7).
- Bronzini M. e Spina E. (2008), *Le professioniste del duemila*, in Vicarelli G., *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Casali L. e Preti A. (2009), *Sovversivi, antifascisti, partigiani*, in Malatesta M. (a cura di), *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University press.
- Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn W. (a cura di) (2006), *I medici di medicina generale in Italia*, Milano, Angeli.
- Cosmacini G. (2000), *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Milano, Raffaello Cortina.
- Detti T. (1979), "Medicina, democrazia e socialismo in Italia tra '800 e '900", *Movimento operaio e socialista*, pp. 3-49.
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano, Angeli.
- Giarelli G. et al. (a cura di) (2005), *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Milano, Angeli.
- Giustetto G. e Meneguzzo M. (1981), *Una convenzione da rinegoziare*, in *Mondo Economico*, 17 giugno, pp. 59-63.
- Harrison S. (1988), *Managing the National Health Service: Shifting the Frontier?*, London, Chapman and Hall.
- Henderson J. (1980), *Miti antichi e uomo moderno in Carl Gustav Jung, l'uomo e i suoi simboli*, Milano, Tea.
- Lonni A. (1994), *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'Ordine dei medici XIX e XX secolo*, Milano, Angeli.
- Malatesta M. (2006), *Professionisti e gentiluomini*, Torino, Einaudi.
- Malatesta M. (a cura di) (2009), *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University press.
- Marchesini R. (2009), *Il tramonto dell'uomo. La prospettiva post-umanista*, Bari, Dedalo.
- Montagni B. (1999), *Angelo consolatore e ammazza pazienti*, Firenze, Le Lettere.
- Nietzsche F. (1984), *Genealogia della morale. Uno scritto polemico*, Milano, Adelphi (ediz. orig. 1887).
- Orlandi F. (2009), *Le riviste mediche*, in Malatesta M. (a cura di), *Atlante delle professioni*, Bologna, Bononia University press.
- Rosaia L. (1988), *La bottega della salute*, Milano, Longanesi.
- Soresina M. (1987), *Dall'Ordine al Sindacato. L'organizzazione professionale dei medici dal liberalismo al fascismo in Cultura e società negli anni del fascismo*, Milano, Cordani, pp.182-184.

- Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G. (2008), *I medici in Italia, motivazioni, autonomia, appartenenza*, Bologna, Il Mulino.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.
- Tousijn W. e Viarelli G. (2006), *Medical autonomy: open challenges from consumerism and managerialism*, in *Knowledge, Work & Society* n.4, pp.155-179.
- Turziani G. (a cura di)(1997), *50 anni di storia: 1946-1996*, Roma, Fimmg
- Vicarelli G. (1997), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al Fascismo*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli G. (2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli G. (2010), *I medici in Italia, Roma*, Carocci (di prossima pubblicazione).