

MEDIC

Metodologia Didattica e Innovazione Clinica – *Nuova Serie*
Methodology & Education for Clinical Innovation – New Series

Pubblicazione Quadrimestrale Internazionale
An International Four-monthly Publication

ISSN 1824-3991

Volume 15, No 2 • Agosto 2007 • August 2007

- 11. INVITO ALLA LETTURA**
AN INVITATION TO READ

EDITORIALE
EDITORIAL

- 13. L'Ospedale Luogo della Complessità e dell'Alleanza Terapeutica**
Hospitals: where Complexity is Combined with the Therapeutical Alliance

STORIA
HISTORY

- 17. Il Posto del Malato tra Ethos e Logos. Luoghi di Cura e Saperi nel Mondo Antico e Tardoantico**
The Space of the Sick Between Ethos and Logos. Healthcare Settings and Knowledge in the Late Antiquity
M LA MATINA

- 31. Ospedale, Accademie, Esperimenti: Giovanni Maria Lancisi e l'Ospedale del S. Spirito in Sassia**
Hospitals, Academies, Experiments: Giovanni Maria Lancisi and the S. Spirito in Sassia Hospital
MARIA CONFORTI, SILVIA MARINOZZI, VALENTINA GAZZANIGA

MEDICAL HUMANITIES

- 39. L'Ospedale come Metafora: un Percorso attraverso la Narrativa Italiana del '900**
The Hospital as a Metaphor: Going through 20th Century Italian Literature
MARIA TERESA RUSSO

- 49. Fiction Medica e Ospedale Umano**
Medical Fiction and the Caring Hospital
L FARSI

TECNOLOGIA E URBANISTICA
TECHNOLOGY AND CITY PLANNING

- 57. Accoglienza Ospedaliera: Criteri Progettuali e Proposte**
Hospital Reception: Planning Criteria and Proposals
A GORGERINO

- 63. La Tecnologia Incentrata sull'Uomo: un Ruolo nell'Umanizzazione dell'Ospedale**
Human Centred Technology: a Role to Play in Hospital Humanization
S CRISTINA, MARCELLA TROMBETTA

Segue in IV di copertina
Cont'd on the outside back cover





La rivista *MEDIC New Series*, Metodologia Didattica ed Innovazione Clinica si caratterizza per un approccio globale e unitario ai temi della Salute e della Formazione Bio-Medica. Essa intende proporsi come uno spazio di dialogo tra le cosiddette *due culture*, quella scientifica e quella umanistica, nello sforzo di offrire spunti di riflessione e di confronto alla luce di un neo-umanesimo medico che ha nella persona il suo punto di coesione e di equilibrio. Si tratta di una rivista scientifica multidisciplinare, che ospita revisioni della letteratura e lavori originali, nonché editoriali, lettere all'editore su argomenti di particolare interesse e recensioni di libri.

La rivista si propone di fornire un'occasione di confronto sul piano internazionale attraverso la pubblicazione di contributi attinenti alle seguenti sezioni: *Metodologia, Epidemiologia, Clinica e Ricerca di Base, Educazione Medica, Filosofia della Scienza, Sociologia della Salute ed Economia Sanitaria, Ingegneria Bio-Medica, Etica ed Antropologia, Storia della Medicina*.

Uno degli obiettivi prioritari della rivista è aprire un dibattito sui temi di maggiore rilievo scientifico in ambito bio-medico, affrontandoli sotto diverse angolature attraverso i contributi dei vari autori. *MEDIC New Series* vuole in tal modo offrire agli studiosi che si confrontano con le grandi questioni della salute e della malattia, della vita e della morte, del dolore e della sofferenza, uno scambio fecondo con colleghi di altre discipline, perché si giunga a una composizione del tema più ampia di quella consentita dall'esclusiva ottica della propria specialità.

Il dialogo tra le Scienze, per essere efficace e fruttuoso, deve essere prima di tutto un dialogo tra scienziati, capaci di analizzare la realtà anche con linguaggi diversi, per comprenderne aspetti che altrimenti resterebbero sottintesi o non sufficientemente elaborati e strutturati.

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

The scientific journal MEDIC New Series, Methodology & Education for Clinical Innovation distinguishes itself for its global and harmonious approach to Healthcare and Biomedical education issues. It wishes to foster the dialogue between the so called two cultures, the scientific and the humanistic one, in its effort to offer occasions of reflection and of confrontation in the light of a medical neohumanism which sees in the human being its point of cohesion and balance. It is a multidisciplinary scientific journal publishing literature reviews, original papers, editorials, letters to the Editor on topics of special interest as well as book reviews.

The journal intends to set up a space of comparison at an international level through the publication of papers relevant to the following sections: Methodology, Epidemiology, Clinical Medicine and Basic Research, Medical Education, Philosophy of Science, Health Sociology and Health Economics, Biomedical Engineering, Ethics and Anthropology, Medical History.

The journal's most important objectives is that of opening a debate on subject-matters of great scientific importance in biomedicine, tackling them from different view points through the contribution of various authors. Thus MEDIC New Series wishes to offer to scholars dealing with important issues such as health and sickness, life and death, pain and suffering, the opportunity of having a debate with colleagues of other disciplines so to make such discussion wider than it would be possible from the view point of a single specialty.

To make the dialogue among Sciences effective and fruitful, first of all it has to be a dialogue among scientists capable of analysing reality by using different languages, so to understand aspects that otherwise would be left unsaid or not sufficiently studied and explained.

Each manuscript submitted to publication will be selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and on its topic. It will be then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who will express a motivated judgement. The final decision on the manuscript acceptance will be taken by the Editorial Board after having read the referees' opinion.

Editor

Paolo Arullani, Roma

Associate Editors

Paola Binetti, Roma

Michelangelo Pelaez, Roma

Daniele Santini, Roma

Albertina Torsoli, Parigi

Editorial Board

Maria Grazia Albano, Foggia

Luciana Angeletti, Roma

Dario Antiseri, Roma

Massimo Baldini, Roma

Renzo Caprilli, Roma

Lucio Capurso, Roma

Michele Cicala, Roma

Saverio Cristina, Roma

Francesco D'Agostino, Roma

Paolo Dario, Pisa

Ferdinando di Orio, L'Aquila

Pier Paolo Donati, Bologna

Antonio Farulla, Roma

Giovanni Federspil, Padova

Luigi Frati, Roma

Luigi Frudà, Roma

Giuseppe Galli, Macerata

Enzo Grossi, Milano

Renato Lauro, Roma

Alessandro Liberati, Milano

Luigi Marrelli, Roma

Alessandro Martin, Padova

Piero Micossi, Milano

Almerico Novarini, Parma

John Osborn, Roma

Felice Petraglia, Siena

Paolo Maria Rossini, Roma

Cesare Scandellari, Padova

Victor Tambone, Roma

Luciano Vettore, Verona

Scientific Secretariat

Maria Teresa Russo, Roma

Maria Dora Morgante, Roma

Scientific Coordinator

Ferdinando Dianzani, Roma

GRUPPO DI PRODUZIONE EDITORIALE/PUBLISHING STAFF

© CMP editore

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Direttore responsabile/Manager Michelangelo Pelaez Velasco; Produzione/Production Laura Caracciolo; Pubblicità/Advertising Francesca Usai; Abbonamenti/Subscription Elena Lieto; Stampa/Printed by Istituto Arti Grafiche Mengarelli, Roma

ABBONAMENTI E PUBBLICITÀ/SUBSCRIPTIONS & ADVERTISING

Abbonamenti per l'Anno 2007

Italia: privati, € 55; Istituti, Enti, Biblioteche, Ospedali, USL, € 95; Studenti, € 42.

Estero: € 109, \$ USA 117.

L'abbonamento decorre dal gennaio al dicembre. In caso di disdetta dell'abbandono è gradita una tempestiva comunicazione scritta. Per i fascicoli eventualmente non ricevuti l'abbonato potrà fare richiesta all'Editore. Se la richiesta sarà tempestiva, il fascicolo duplicato sarà fornito gratuitamente; altrimenti verrà addebitato in contro-assegno (prezzo del fascicolo separato più spese postali).

Pagamento: per abbonamenti arretrati e fascicoli arretrati sono validi i prezzi dell'anno corrente. Le richieste ed i versamenti debbono essere effettuati a: Critical Medicine Publishing srl - Ufficio Abbonamenti - Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma. Tel. 06.519511 r.a. - Fax 06. 5033071. Se si desidera la fattura, si dovrà farne richiesta al momento dell'ordine di abbonamento. Questo sarà attivato dopo il saldo della fattura. Si può richiedere una ricevuta-quietanza all'atto della sottoscrizione e del saldo dell'abbonamento allegando l'importo di € 5 per bollo e spese. Non saranno evase richieste di ricevute o fatture successive al momento dell'ordinativo. L'IVA è compresa nel prezzo di abbonamento (art. 74/C DPR 633/72).

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a: Critical Medicine Publishing srl - Ufficio Abbonamenti - Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma. Le informazioni custodite nell'archivio elettronico dell'Editore verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (D.lgs. 196/03 tutela dati personali).

Inserzioni pubblicitarie

Le richieste vanno indirizzate a: Critical Medicine Publishing srl - Produzione - Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma. Tel. 06.519511 r.a. - Fax 06.5033071. - E-mail: info@cmpedizioni.it - www.cmpedizioni.it

Subscriptions for 2007

Italy: Individual, € 55. Institutions, Libraries, Hospitals, USL, € 95. Students, € 42.

All other countries: € 109, \$ USA 117.

Subscriptions are effective from January to December. Change of address notification must be received at least one month before publication of the next issue. A subscription cancellation must be notified to the publisher in advance. In the event that an issue is not received, please notify the publisher; if the request is timely, the duplicate issue will be provided free; otherwise the issue and the postal charges must be paid.

Payment: current prices are in effect for back subscriptions and back issue. Subscription request and payment should be sent to: Critical Medicine Publishing srl - Ufficio Abbonamenti - Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma. Tel. 06.519511 r.a. - Fax 06.5033071. Invoiced must be requested with the subscription order. Subscription will begin after payment has been received. If you would like a receipt for payment, please enclose an additional US \$ 5.0. Receipts for payment and invoiced requested after the subscription order cannot be fulfilled. The price of subscription is inclusive of VAT (item 74/C DPR 633/72).

Advertising

Advertising should be sent to: Critical Medicine Publishing srl - Produzione - Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma. Tel. 06.519511 r.a. - Fax 06.5033071 - E-mail: info@cmpedizioni.it - www.cmpedizioni.it

Al massimo dell'efficacia

Asacol consente di ottenere la massima efficacia nella terapia delle **IBD**, se usato a dosaggi appropriati anche in terapia di mantenimento e quando vengono associate le forme orali con quelle topiche

ASACOL[®]
MESALAZINA

nato per
dare risultati



Titolare AIC Giuliani S.p.A.
Concessionario esclusivo per la vendita
in Italia Bracco S.p.A.



ASACOL[®]

MESALAZINA

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE ASACOL ATC: A07EC02. 2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA ASACOL 400 mg compresse gastroresistenti ASACOL 800 mg compresse gastroresistenti Ogni compressa contiene, rispettivamente: **Principio attivo** Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA): 400 mg e 800 mg **ASACOL 400 mg capsule a rilascio modificato** Ogni capsula contiene: **Principio attivo** Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA): 400 mg **ASACOL 500 mg supposte ASACOL 1 g supposte** Ogni supposta contiene, rispettivamente: **Principio attivo** Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA): 500 mg e 1 g **ASACOL "2 g/50 ml sospensione rettale"** - contenitore monodose 50 ml **ASACOL "4 g/100 ml sospensione rettale"** - contenitore monodose 100 ml Ogni contenitore monodose contiene, rispettivamente: **Principio attivo** 2 g/50 ml 4 g/50 ml 4 g/100 ml Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA) 2 g 4 g 4 g **ASACOL 2 g granulato per sospensione rettale** Ogni bustina contiene: **Principio attivo** Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA): 2 g **ASACOL 2 g schiuma rettale** - in contenitore monodose **ASACOL 4 g schiuma rettale** - in contenitore monodose Ogni contenitore monodose contiene, rispettivamente: **Principio attivo** 2 g/cont. 4 g/cont. Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA) 2 g 4 g **ASACOL 1 g schiuma rettale** Un contenitore multidose eroga 14 dosi singole, corrispondenti ciascuna ad 1 g di Mesalazina. Ogni singola dose contiene: **Principio attivo** Mesalazina (acido 5-aminosalicilico, 5-ASA): 1 g **3. FORME FARMACEUTICHE** Compresse gastroresistenti, Capsule a rilascio modificato, Supposte, Sospensione rettale, Granulato per sospensione rettale, Schiuma rettale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche COMPRESSE GASTRORESISTENTI E CAPSULE A RILASCIO MODIFICATO** Colite ulcerosa e Morbo di Crohn. **SUPPOSTE** Colite ulcerosa nella localizzazione a livello rettale. **SOSPENSIONE RETTALE E GRANULATO PER SOSPENSIONE RETTALE** Colite ulcerosa nella localizzazione a livello retto-sigmoideo. **SCHIUMA RETTALE** Colite ulcerosa localizzata alle parti distali dell'intestino, dal colon trasverso sino al sigma ed all'ampolla rettale. ASACOL è indicato sia nel trattamento delle fasi attive della malattia che nella prevenzione delle recidive. Nella fase attiva di grado severo è consigliabile l'associazione con trattamento cortisonico. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** La posologia va adattata al singolo paziente in base all'estensione ed alla gravità della malattia. Lo schema indicativo, modificabile secondo le prescrizioni del Medico, è il seguente: **COMPRESSE GASTRORESISTENTI** Adulti: 1-2 compresse da 400 mg, oppure 1 compressa da 800 mg, tre volte al giorno. La posologia può essere aumentata sino a 10 compresse da 400 mg oppure sino a 5 compresse da 800 mg al giorno in pazienti con forme gravi, oppure secondo il giudizio del Medico. Le compresse vanno deglutite intere, senza frizionarle né masticarle, preferibilmente con un bicchiere d'acqua e lontano dai pasti. Bambini oltre i due anni: dosi proporzionalmente ridotte a giudizio del Medico. **CAPSULE A RILASCIO MODIFICATO** Adulti: 1-2 capsule da 400 mg, tre volte al giorno. La posologia può essere aumentata sino a 10 capsule al giorno nei pazienti con forme gravi. Le capsule vanno deglutite preferibilmente intere con un bicchiere d'acqua e lontano dai pasti. I pazienti che, per vari motivi, non fossero in grado di deglutire le capsule intere, possono aprire la capsula ed assumere tutti i microgranuli dopo averli dispersi in soluzione acquosa. In questo caso è fondamentale non masticare i microgranuli stessi. Bambini oltre i due anni: dosi proporzionalmente ridotte a giudizio del Medico. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità verso i componenti del prodotto o sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico; in particolare verso i salicilati e, per ASACOL sospensione rettale e ASACOL schiuma rettale monodose, i metabisolfiti. Nefropatie gravi. Ulcera gastrica e duodenale. Diatesi emorragica. Non somministrare nelle ultime settimane di gravidanza e durante l'allattamento (vedere anche paragrafo 4.6). Bambini di età inferiore ai 2 anni. Evitare l'uso delle compresse nei bambini di età inferiore ai 6 anni. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni d'impiego** Prima di iniziare il trattamento con ASACOL il paziente deve essere sottoposto alle indagini cliniche necessarie per precisare la diagnosi e le indicazioni terapeutiche. Recidive della sintomatologia obiettiva e soggettiva possono verificarsi sia dopo la sospensione dell'assunzione del farmaco, sia durante un trattamento di mantenimento inadeguato. Nei pazienti con una digestione gastrica eccezionalmente lenta o con stenosi pilorica, si potrà talora avere, dopo assunzione delle compresse e delle capsule a rilascio modificato, una liberazione di Mesalazina già nello stomaco, con possibile irritazione gastrica ed una perdita di efficacia del farmaco. Nei pazienti con ridotta funzionalità renale ed epatica il prodotto va usato con cautela. La funzione renale deve essere scrupolosamente monitorizzata nel corso del trattamento, specialmente nei pazienti con precedenti patologie renali. L'eventuale comparsa di reazioni di ipersensibilità comporta l'immediata

interruzione del trattamento. **Attenzione:** ASACOL sospensione rettale e schiuma rettale monodose, contengono metabisolfito. Tale sostanza può provocare in soggetti sensibili e particolarmente negli asmatici reazioni di tipo allergico e attacchi asmatici gravi. ASACOL granulato per sospensione rettale e schiuma rettale multidose non contengono metabisolfito, quindi il loro impiego esclude i rischi di cui sopra. Tenere il medicinale fuori della portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Può essere potenziato l'effetto ipoglicemizzante delle sulfaniluree. Non si possono escludere interazioni con cumarinici, metotressato, probenecid, sulfonilazone, spironolattone, furosemide e rifampicina. E' possibile il potenziamento di effetti indesiderati dei corticosteroidi a livello gastrico. Per le forme orali: va evitata la contemporanea somministrazione di Lattuloso o di altre preparazioni che, abbassando il pH del colon, possono ostacolare il rilascio della Mesalazina. **4.6 Gravidanza ed allattamento** In caso di gravidanza accertata o presunta, somministrare solo in caso di effettiva necessità e sotto stretto controllo del Medico. Comunque l'uso dei preparati andrà evitato nelle ultime settimane di gravidanza e durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Sono stati segnalati disturbi gastrointestinali (nausea, epigastralgia, diarrea e dolori addominali) e cefalea. L'insorgenza di reazioni di ipersensibilità (eruzioni cutanee, prurito) o di episodi di intolleranza intestinale acuta con dolore addominale, diarrea ematica, crampi, cefalea, febbre e rash, richiede la sospensione del trattamento. Esistono inoltre sporadiche segnalazioni di: leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia aplastica, pancreatite, epatite, nefrite interstiziale, sindrome nefrosica e insufficienza renale, pericardite, miocardite, polmonite eosinofila e polmonite interstiziale. **4.9 Sovradosaggio** Per quanto riguarda le compresse e le capsule a rilascio modificato, ricorrere al lavaggio gastrico ed alla infusione venosa di soluzioni elettrolitiche. Non è noto un antidoto specifico. Non sono noti casi di sovradosaggio a seguito di somministrazioni rettali. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. GRUPPO FARMACOTERAPEUTICO: ACIDO AMINOSALICILICO ED ANALOGHI. CODICE ATC A07EC02 5.1 Proprietà farmacodinamiche** La Mesalazina (acido 5-aminosalicilico o 5-ASA) è un farmaco di dimostrata utilità nelle malattie infiammatorie croniche intestinali, essendo dotato di effetto antinfiammatorio topico sui tratti della mucosa intestinale interessati dalle lesioni. La sua presenza nel lume intestinale a concentrazioni sufficienti è in grado di inibire efficacemente la biosintesi di derivati del metabolismo dell'acido arachidonico, quali la prostaglandina E2, il trombossano B2 e i leucotrieni, i cui livelli sono anormalmente alti in campioni biopsici prelevati dalla mucosa rettale di pazienti con colite ulcerosa in fase di riattivazione. La Mesalazina è la frazione attiva della salicilazossulfapiridina (SASP), farmaco già impiegato in queste forme cliniche. ASACOL compresse gastroresistenti da 400 mg e ASACOL capsule a rilascio modificato da 400 mg, contengono Mesalazina in una quantità equivalente a quella teoricamente disponibile dalla completa rottura del legame diazotato rispettivamente di 1 g di SASP. La cessione della Mesalazina a livello dell'ileo terminale e del colon assicura un effetto antinfiammatorio lungo tutto tale tratto. ASACOL sospensione rettale, schiuma rettale e supposte sono forme farmaceutiche che determinano un pronto ed efficiente effetto locale di tipo antinfiammatorio sulle lesioni ulcerative a carico dei tratti terminali dell'intestino. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Le compresse gastroresistenti e le capsule a rilascio modificato, rilasciano la Mesalazina nell'ileo terminale e nel colon, grazie alla particolare preparazione farmaceutica che ha la caratteristica di disgregare il proprio rivestimento a pH superiore a 7. Le indagini radiologiche dimostrano che le compresse gastroresistenti e le capsule a rilascio modificato, restano integre nello stomaco e nell'intestino tenue e si disgregano nell'ileo terminale e nel colon destro. L'assorbimento della Mesalazina a livello del colon è modesto. La sostanza viene in gran parte eliminata con le feci ed i livelli plasmatici sono bassi. In seguito a somministrazione unica di ASACOL compresse gastroresistenti, in dose corrispondente a 2,4 g di Mesalazina, si ottiene un picco plasmatico di 1,3 µg/ml dopo 6 ore. La quota assorbita è rapidamente acetilata ad opera della mucosa intestinale e del fegato ad acido acetil-5-aminosalicilico, si lega per la maggior parte alle proteine plasmatiche e viene eliminata nelle urine. La clearance renale dell'acido acetil-5-aminosalicilico è di 201 ml/min. Circa il 20% della dose di 1,6 g si ritrova nelle urine delle 24 ore, quasi completamente in forma acetilata. Le sospensioni rettali, le schiume rettali e le supposte di ASACOL rilasciano la Mesalazina nella parte terminale dell'intestino. Presentano un assorbimento sistemico molto scarso, pari a circa il 10% della dose somministrata nei soggetti con forme infiammatorie intestinali in fase attiva. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** La DL50 della Mesalazina, dopo somministrazione orale nel ratto, è risultata essere di 4'594 mg/kg. Nel cane, sono stati ben tollerati trattamenti cronici (1 anno) con ASACOL da 400 mg a dosi sino a circa 200 mg/kg/die di Mesalazina. La tollerabilità della sospensione rettale nell'animale, locale (a livello della mucosa retto-sigmoidea) e sistemica, è risultata buona a tutte le dosi studiate (sino a 6 g/kg); fenomeni diarroidici volume-dipendenti sono tuttavia comparsi subito dopo la somministrazione delle dosi più elevate. Si è dimostrata buona anche la tollerabilità locale a livello rettale delle supposte. La Mesalazina non presenta attività mutagenica. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Lista degli eccipienti COMPRESSE GASTRORESISTENTI** Lattosio monoidrato, Polivinilpirrolidone K30, Polivinilpirrolidone K90, Sodio amido-glicolato Tipo A, Magnesio stearato, Talco, Silice colloidale anidra, Copolimero tipo B dell'acido metacrilico, Trietilcitrate, Ferro ossido rosso (E 172), Ferro ossido giallo (E 172), Polietilenglicole 6000. **CAPSULE A RILASCIO MODIFICATO** Idrossipropilcellulosa, Copolimero dell'acido metacrilico (acido metacrilico-metile metacrilato copolimero 1:2), Trietilcitrate, Talco, Silice colloidale anidra, Gelatina, Ferro ossido rosso (E172), Ferro ossido giallo (E172), Titanio biossido. **SUPPOSTE** Gliceridi semisintetici solidi (con lecitina vegetale). **SOSPENSIONE RETTALE** Silice colloidale, Polivinilpirrolidone, Metilcellulosa, Sodio benzoato, Potassio metabisolfito, Acido fosforico, Acqua. **GRANULATO PER SOSPENSIONE RETTALE** Polivinilpirrolidone, Metilcellulosa, Silice colloidale. **SCHIUMA RETTALE** (confezione monodose) Gomma xantano, Polisorbato 20, Polietilenglicole monostearato, Sodio edotato, Potassio metabisolfito, Sodio benzoato, Acqua depurata, Propano, Isobutano, n-Butano. **SCHIUMA RETTALE** (confezione multidose) Glicole propilenico, Gliceridi caprilico/caprico ossietilenati, Polisorbato 20, Cera emulsionante, Acido citrico monoidrato, Sodio idrossido, Ascorbato palmitato, Acido ascorbico, Metile p-idrossibenzoato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata, Isobutano, Propano, n-Butano. **6.2 Incompatibilità** Non sono note. **6.3 Validità** 24 mesi per compresse gastroresistenti, supposte, sospensione rettale, granulato per sospensione rettale, schiuma rettale; 36 mesi per capsule a rilascio modificato, a confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Prodotto sensibile alla luce: conservare all'interno della confezione originale. Per le supposte: non conservare al di sopra di 30° C. Non usare il prodotto se la confezione presenta segni visibili di deterioramento. Non usare oltre la data di scadenza indicata sulla confezione interna e sull'astuccio. **6.5 Natura e contenuto dei contenitori COMPRESSE GASTRORESISTENTI** Blister di accoppiato PVC/alluminio inseriti in astuccio di cartoncino assieme al foglio illustrativo. **CAPSULE A RILASCIO MODIFICATO** Blister di accoppiato PVC/PVDC/alluminio, inseriti in astuccio di cartoncino, assieme al foglio illustrativo. **SUPPOSTE** Striscia di valve con alveoli preformati di materiale plastico (PVC/PE) rigido, sigillate mediante termosaldatura, ed inserite in astuccio di cartoncino assieme al foglio illustrativo. **SOSPENSIONE RETTALE** Flaconi di polietilene morbido, inseriti in un astuccio di cartoncino assieme alle cannule rettali, in polietilene rigido, ed al foglio illustrativo. **GRANULATO PER SOSPENSIONE RETTALE** Bustine termosaldate di materiale accoppiato (carta-alluminio-polietilene) inserite in un astuccio di cartoncino assieme al foglio illustrativo. **SCHIUMA RETTALE (Confezioni monodose)** Bombollette monodose in alluminio con valvole erogatrici ed annesse cannule rettali, in polietilene rigido, inserite in un astuccio di cartoncino assieme al foglio illustrativo. **SCHIUMA RETTALE (Confezione multidose)** Bombola multidose in alluminio con valvola erogatrice ed annesse cannule rettali, in polietilene rigido, inserite in un astuccio di cartoncino assieme al foglio illustrativo. **6.6 Istruzioni per l'uso, l'impiego, la manipolazione e lo smaltimento** Vedi punto 4.2. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Titolare AIC: GIULIANI S.p.A. Via Palagi 2, 20129 Milano. Concessionario esclusivo per la vendita in Italia: BRACCO S.p.A., Via E. Folli 50, (MI). **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 30 compresse gastroresistenti da 400 mg A.I.C. 026416014; 50 compresse gastroresistenti da 400 mg A.I.C. 026416026; 24 compresse gastroresistenti da 800 mg A.I.C. 026416242; 64 compresse gastroresistenti da 800 mg A.I.C. 026416281; 96 compresse gastroresistenti da 800 mg A.I.C. 026416293; 50 capsule a rilascio modificato da 400 mg A.I.C. 026416255; 10 supposte da 500 mg A.I.C. 026416127; 20 supposte da 500 mg A.I.C. 026416139; 28 supposte da 1 g A.I.C. 026416305; Sospensione rettale 2 g/50 ml - 7 contenitori monodose 50 ml A.I.C. 026416141; Sospensione rettale 4 g/100 ml - 7 contenitori monodose 100 ml A.I.C. 026416154; Sospensione rettale 4 g/50 ml - 7 contenitori monodose 50 ml A.I.C. 026416166; Granulato per sospensione rettale 2 g - 10 bustine A.I.C. 026416091; Schiuma rettale da 2 g - 7 contenitori monodose A.I.C. 026416216; Schiuma rettale da 4 g - 7 contenitori monodose A.I.C. 026416230; Schiuma rettale da 1 g - 1 contenitore da 14 dosi A.I.C. 026416267; Schiuma rettale da 1 g - 2 contenitori da 14 dosi A.I.C. 026416279; **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Data di prima autorizzazione: 30 Luglio 1987. Data ultimo rinnovo di AIC: 1 Giugno 2005. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Marzo 2007.

**La soluzione
con una marcia in più**



**Il primo trattamento etiologico delle patologie proctologiche.
PRESCRIVIBILE CLASSE C**

ANTROLIN®
ATC: C05AX
NIFEDIPINA 0,3% + LIDOCAINA 1,5%

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE: ANTROLIN 0.3% + 1.5% crema rettale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 100 g di crema contengono: Principi attivi: Nifedipina, 0.3 g, Lidocaina cloridrato, 1.5 g. Per gli eccipienti vedere 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA:** crema rettale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1 Indicazioni terapeutiche:** trattamento della ragade anale e proctalgia in genere associate ad ipertonismo sfinterico anale. **4.2 Dose, modo e tempo di somministrazione:** per applicazioni endorettali e perianali. Applicare la crema 2 volte al giorno per almeno tre settimane (vedere la Sezione 4.6). **4.3 Controindicazioni:** ipersensibilità ai principi attivi ed in particolare verso la lidocaina (e gli altri anestetici locali ad analogo struttura di tipo amidico) o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Gravidanza, accertata o presunta, ed allattamento (vedere la Sezione 4.6). Gravi stati ipotensivi e di insufficienza tipica del medicinale in dosi eccessive e/o per prolungati periodi di tempo può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione e reazioni locali di ipermia e sanguinamento, che comportano alla sospensione del trattamento. Nel corso della sperimentazione clinica non sono stati riportati effetti indesiderati conseguenti ad un possibile assorbimento sistemico del farmaco. ANTROLIN crema rettale deve comunque essere usata con estrema cautela nei pazienti che abbiano mucose gravemente danneggiate e flogosi nella regione da trattare, in quanto, in tali situazioni si potrebbe verificare un eccessivo assorbimento dei principi attivi. Il medicinale, inoltre, deve essere impiegato con cautela nei pazienti diabetici o in quelli con grave insufficienza epatica e/o renale. Il trattamento con ANTROLIN crema rettale deve essere effettuato sotto controllo del medico nei pazienti molto anziani, come pure in quelli di età inferiore ai 18 anni e nei pazienti in trattamento con farmaci beta-bloccanti o antipertensivi. Si consiglia di controllare la pressione arteriosa all'inizio e periodicamente durante il trattamento. In caso di insuccesso della terapia (assenza di miglioramento o peggioramento della sintomatologia), è necessario sospendere il trattamento e consultare il Medico per altri provvedimenti. **Attenzione:** ANTROLIN crema rettale contiene metile p-idrossibenzoato sodico e propile p-idrossibenzoato che possono causare reazioni allergiche, anche ritardate. Inoltre, ANTROLIN crema rettale contiene glicole propilenico e alcool cetostearylco che possono causare reazioni locali della cute (ad esempio dermatite da contatto). **TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA PORTATA E DALLA VISTA DEI BAMBINI.** **4.5 Interazioni con altri medicinali:** per la presenza della nifedipina, l'effetto di farmaci antipertensivi potrebbe essere potenziato dall'uso di ANTROLIN crema rettale. Il propranololo prolunga l'emivita plasmatica della lidocaina e aumenta i livelli plasmatici della nifedipina. La cimetidina può innalzare i livelli plasmatici della lidocaina e della nifedipina. La contemporanea somministrazione di ANTROLIN crema rettale in pazienti in trattamento con digossina può determinare un aumento dei livelli plasmatici di digossina. **4.6 Gravidanza e allattamento:** la nifedipina e la lidocaina attraversano la barriera placentare e vengono escrete nel latte materno. Negli studi condotti su ratti e conigli la nifedipina si è dimostrata in grado di provocare effetti teratogeni. La lidocaina non ha messo in evidenza rischi per il feto. Si raccomanda, comunque, di non utilizzare il prodotto nelle donne in gravidanza ed in allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari:** la nifedipina, se assunta per via orale contemporaneamente a bevande alcoliche, può ridurre la capacità di reazione. Nel caso di ANTROLIN crema rettale, il prodotto è destinato ad essere somministrato e ad agire localmente. Non sono prevedibili, pertanto, effetti che possano condizionare la capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati:** possono verificarsi localmente reazioni quali dolore, bruciore, prurito, ipermia e sanguinamento. Tali effetti regrediscono dopo la sospensione del trattamento. In casi molto rari, l'applicazione locale di preparati a base di lidocaina ha causato reazioni allergiche (nei casi più gravi, shock anafilattico). Durante la fase di sperimentazione clinica non sono stati evidenziati effetti indesiderati dovuti ad un possibile assorbimento sistemico dei due principi attivi (cefalea, vertigini, vasodilatazione periferica, ipotensione, capogiri e tremori). **4.9 Sovradosaggio:** non sono stati segnalati casi di tossicità sistemica da sovradosaggio con ANTROLIN crema rettale. Nell'eventualità di intossicazione dopo applicazione topica del prodotto, gli effetti sistemici dovrebbero essere analoghi a quelli solitamente indotti dai

principi attivi con altre vie di somministrazione. Nel caso di grave intossicazione da nifedipina si possono manifestare disturbi della coscienza fino al coma, calo della pressione arteriosa, alterazione del ritmo cardiaco e shock cardiogeno. Per quanto riguarda il trattamento possono essere utilizzati farmaci beta-simpaticomimetici per i disturbi bradicardici del ritmo cardiaco e, in caso di grave ipotensione, calcio gluconato (10-20 ml di soluzione al 10% lentamente per via endovenosa) ed eventualmente dopamina o noradrenalina. Gran parte delle reazioni tossiche agli anestetici locali ed alla lidocaina interessano il SNC; si avverte una sensazione di "testa leggera" e capogiri, seguiti spesso da disturbi visivi ed uditivi, quali difficoltà di accomodazione e tinnito. Nei casi più gravi possono manifestarsi depressione del SNC e convulsioni. Il trattamento è sintomatico. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.** **5.1 Proprietà farmacodinamiche:** Gruppo farmacoterapeutico: codice ATC C05AX - Altri antienfiammatori per uso topico. Il meccanismo d'azione di ANTROLIN è di tipo sinergico. La nifedipina, una diidropiridina ad azione calcio-antagonista, esplica, se impiegata localmente, un'azione rilassante sulla muscolatura liscia periferica. Essa agisce riducendo l'ipertono del muscolo sfinterico anale interno. L'azione della nifedipina viene integrata nel prodotto dalla presenza della lidocaina, un anestetico locale di superficie. **5.2 Proprietà farmacocinetiche:** le proprietà farmacocinetiche di ANTROLIN crema rettale sono state studiate su volontari sani. La determinazione dei principi attivi nel sangue, effettuata con metodo analitico convalidato, ha dato esito negativo, non essendo stata rilevata in nessun siero la presenza di nifedipina. Inoltre, solo tracce minime di lidocaina sono state riscontrate in 2 soggetti su 12. Queste bassissime concentrazioni (al di sotto dei limiti di quantificazione della metodica) sono in ogni caso molto inferiori a quelle terapeuticamente efficaci riscontrabili dopo somministrazione sistemica. Pertanto, è ragionevole escludere che l'applicazione locale di Antrolin possa provocare la comparsa di effetti sistemici conseguenti all'assorbimento dei suoi principi attivi. Ad ulteriore conferma di ciò, durante gli studi clinici non sono stati evidenziati effetti indesiderati conseguenti all'assorbimento sistemico dei due principi attivi da parte della mucosa anorettale. **5.3 Dati preclinici di sicurezza:** uno studio di tossicità acuta, eseguito sul ratto, non ha rilevato effetti tossici o letali fino alla somministrazione di 50 volte la dose terapeutica singola. Le prove di tossicità subacuta hanno dimostrato che ANTROLIN crema rettale non modifica in modo significativo i parametri ematochimici degli animali trattati ed è ben tollerata. In uno studio sul potenziale irritante del medicinale, condotto sul coniglio, Antrolin è stato classificato come "non irritante". **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.** **6.1 Elenco degli eccipienti:** Vaseline bianca; glicole propilenico; gliceril semisintetici liquidi; polietilenglicole stearato; alcool cetostearylco; glicerilmonostearato; metile p-idrossibenzoato sodico; propile p-idrossibenzoato; acqua depurata. **6.2 Incompatibilità:** poiché non sono stati condotti studi di compatibilità, il medicinale non deve essere miscelato con altri prodotti. **6.3 Periodo di validità:** Confezionamento integro: 3 anni. Dopo prima apertura: 30 giorni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione:** Conservare in confezione ben chiusa, a temperatura non superiore a 25°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore:** tubo in alluminio da 30 g di crema con cannula, in astuccio di cartone. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione:** sdraiarsi sul letto sul fianco sinistro, svitare il tappo dal tubetto ed avvitare la cannula, fare uscire una piccola quantità di crema per lubrificare la cannula ed inserirla nell'ano. Premere l'estremità del tubetto, far uscire la crema contenuta in circa un centimetro di tubetto (un centimetro del tubetto contiene circa 2.5 - 3 g di crema). **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** New Fa.Dem. srl Farmaceutici e chimici con sede legale ed officina di produzione in Viale Ferrovie dello Stato zona A.S.I. Giugliano in Campania NA. Concessionario esclusivo per la vendita in Italia: Bracco S.p.A. - Via Egidio Follì, 50 - Milano. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO:** (A.I.C.): 35396011. **9. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica. **10. TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90:** Non pertinente. **11. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE:** Aprile 2004. **12. DATA DI REVISIONE DEL TESTO:** Aprile 2004.

LA CREMA ANTROLIN®.

UNA NOVITÀ NEL TRATTAMENTO ETIOPATOGENETICO DELLA MALATTIA EMORROIDARIA

La malattia emorroidaria è frequente e di notevole rilevanza per costo sociale. I disturbi associati sono generalmente assai fastidiosi e motivo di cronico disagio per la riduzione dell'attività lavorativa. L'eziologia della malattia emorroidaria non è stata ancora ben definita. Diverse teorie e diversi meccanismi sono stati proposti per definire la patogenesi e stabilire una classificazione, e vi sono studi che hanno cercato di determinare una connessione del tipo causa-effetto con l'ipertono dello sfintere anale. I trattamenti proposti possono essere di tipo medico o chirurgico. Fino ad oggi la terapia medica della malattia emorroidaria non è stata oggetto di innovazioni di rilievo dal punto di vista scientifico. L'opinione prevalente in letteratura attribuisce alla terapia medica il controllo della sintomatologia delle emorroidi di I e II grado nella maggior parte dei casi. Tuttavia al trattamento chirurgico si ricorre spesso ed impropriamente se non c'è risposta alle misure conservative ed alle terapie alternative (scleroterapia, legatura elastica, crioterapia, fotocoagulazione ad infrarossi), con il possibile rischio di danno alla continenza sfinterica. Un nuovo approccio al trattamento conservativo della malattia emorroidaria, la trombosi emorroidaria, la ragade anale, e altre patologie proctologiche è stato introdotto con l'utilizzazione locale della crema Antrolin®, contenente nifedipina allo 0,3% e lidocaina all'1,5%. L'ipotesi sottostante è che la genesi delle emorroidi, e di altri disordini proctologici sia accomunata da un ipertono dello sfintere anale interno. Risolvendo, quindi, l'ipertono con meccanismo farmacologico, si evita il trattamento chirurgico e si possono curare alcune patologie proctologiche su base funzionale. La nifedipina agisce attraverso l'inibizione del flusso del Ca^{++} nel sarcoplasma della muscolatura liscia con conseguente risparmio di ossigeno, nonché una diminuzione della contrazione meccanica delle fibre muscolari. L'uso locale, sotto forma

di crema, provoca il rilasciamento dello sfintere anale interno. Studi sperimentali hanno peraltro riconosciuto alla nifedipina un'azione antinfiammatoria, modulatrice sul microcircolo e la possibilità di agire per via topica. Questo contribuisce a risolvere la componente infiammatoria che sostiene il circolo vizioso, responsabile del meccanismo patogenetico di patologie proctologiche sostenute da ipertono dello sfintere anale interno. La lidocaina completa l'associazione farmacologica. Il rationale di tale associazione è di tipo sinergico, in quanto la nifedipina assume un significato etiologico (avendo come bersaglio farmacologico la riduzione dell'ipertono sfinteriale riflesso), mentre la lidocaina mantiene il suo ruolo, consolidato da anni, di sintomatico nel trattamento del dolore. Nella malattia emorroidaria la crema Antrolin® ha determinato: la riduzione del grado della malattia emorroidaria nel 72,7% dei casi tra i pazienti portatori di emorroidi nei confronti dei controlli; la remissione totale della sintomatologia della trombosi emorroidaria nel 92% dei pazienti entro due settimane di trattamento nei confronti del 45,8% dei controlli; una risoluzione efficace della sintomatologia dolorosa post-emorroidectomia ed una riduzione significativa della assunzione di analgesici orali con minori effetti collaterali.

Pertanto nel panorama attuale nel quale il trattamento medico tradizionale è di tipo sintomatico ed invariato da decenni, ed altre recenti innovazioni (nitratati, botox, diltiazem) presentano limiti in termini di tollerabilità e sicurezza, la crema Antrolin® si propone come medicamento di *tipo etiologico*, con il maggiore effetto terapeutico e la minima incidenza di eventi avversi. Nei confronti della chirurgia vale la pena sottolineare che tale trattamento locale consente quasi sempre la scomparsa della sintomatologia dolorosa, e non intacca in alcun modo l'integrità degli sfinteri, evitando la chirurgia ed i rischi correlati.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Manoscritti

I manoscritti possono essere presentati in italiano o in inglese e devono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'*appeal* del lavoro.

Le pagine devono essere numerate consecutivamente.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo in italiano e in inglese, (b) le iniziali del nome (nel caso di nomi femminili il nome per esteso) e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) il titolo corrente per le pagine successive, (e) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori, (f) eventuali note a piè di pagina.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei *Parole-Indice* e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto sia in italiano che in inglese strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (per le rassegne e commenti etc.)

Al manoscritto dovrebbe essere unito un dischetto da 3.5 pollici con il testo preferibilmente scritto con programma Win Word 6.0 o in formato ASCII.

In alternativa il lavoro e tutta la documentazione possono essere inviati all'indirizzo e-mail di MEDIC (medic@unicampus.it), rispettando le indicazioni sul formato del file

Riferimenti bibliografici

I riferimenti bibliografici nel testo devono essere numerati consecutivamente e riportati in Bibliografia, alla fine del manoscritto, nell'ordine di inserimento nel testo. I cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagine dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

Articoli di Giornali: Epstein O, De Villers D, Jain S, Potter BJ, Thomas HC, Sherlock S. Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis. *N Engl J Med* 1979; 300: 274-278.

Libri: Blumberg BS. The nature of Australia Antigen:infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Scaffener F, *Eds.* Progress in Liver Disease. Vol.IV. Grune and Stratton, New York and London 1972: 367-379

Tabelle e figure

Le **Tabelle** devono essere numerate consecutivamente con numeri romani e devono essere presentate su fogli separati. Le **Figure** devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi e devono essere presentate anch'esse su fogli separati, accompagnate da esplicite *legende* con definizioni di tutti i simboli ed abbreviazioni usati. Sul retro, *in lapis*, deve essere riportato il nome del primo autore e deve essere indicato l'orientamento della figura mediante una freccia. In caso di Tabelle e Figure non correttamente imposte o poco chiare, il Giornale si riserva di sostituirle a spese degli autori. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori,

Ringraziamenti

I ringraziamenti devono essere riportati su un foglio separato ed appariranno alla fine dell'articolo.

Autori

Nel caso di più autori si deve specificare il ruolo di ciascuno nel lavoro cui si riferisce l'articolo (es: ricercatore principale, autore *senior*, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente). In mancanza di un'annotazione del genere, l'articolo verrà pubblicato con la nota "Il lavoro spetta in pari misura agli Autori".

Manoscritti riveduti e Bozze

I **manoscritti** verranno rinviati agli autori con i commenti dei *referees* e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore. A meno di esplicita richiesta, la correzione delle **bozze** sarà effettuata direttamente dalla Segreteria Scientifica sulla base del testo finale visto. Gli autori sono pregati di rinviare il materiale per *corriere rapido*.

Estratti e Stampe a Colori

25 estratti gratuiti saranno inviati al primo autore di ogni articolo pubblicato, che ne faccia richiesta al momento dell'invio del dattiloscritto visto. Stampe a colori ed estratti oltre i 25 (da richiedere all'atto dell'invio del dattiloscritto visto) saranno addebitati agli autori.

Copyright

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo rimangono di proprietà del Giornale e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto. Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): "I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) a Critical Medicine Publishing, Roma, nel caso il manoscritto sia pubblicato su MEDIC. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale".

Copie per gli Autori

A titolo di ringraziamento, al (primo) autore di ogni articolo saranno inviate due copie del corrispondente numero del Giornale.

Indirizzo per i Manoscritti

I **manoscritti (a doppio spazio)** devono essere inviati in **tre copie**, insieme con tre copie del materiale illustrativo e col dischetto, a MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università "Campus Bio-Medico" di Roma, Via Álvaro Del Portillo, 21 - 00128 Roma (tel. +39-06225419050 Fax +39-06225419075).

Indirizzo per l'invio via E-mail: medic@unicampus.it.

Lista di controllo

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue per accertarsi che siano state debitamente osservate le Istruzioni per gli Autori:

1. Tre copie del manoscritto accompagnate da Cover Lettere dal dischetto
2. Tre copie del materiale illustrativo e delle legende
3. Cognome e iniziale del nome (i nomi femminili per esteso) degli autori
4. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città dello Stato
5. Titolo in italiano e in inglese
6. Titolo corrente
7. Sommario breve (circa 20 parole) in italiano e in inglese
8. Sommario esteso (circa 200 parole) in italiano e in inglese
9. Ringraziamenti
10. Autori (ruoli)
11. Dichiarazione di cessione dei diritti d'autore
12. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza (incluso numero di fax)
13. Numeri consecutivi delle referenze nel testo
14. Riferimenti numerati in bibliografia secondo lo stile raccomandato
15. È stato consultato per lo stile un numero precedente della rivista?
16. Richiesta di estratti

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Manuscripts

Manuscripts can be submitted in Italian or English and have to be sent together with a cover letter. Pages must be numbered consecutively.

Title page should include (a) title of the article in Italian or English, (b) initials of first name (for ladies, first name in full) and surname(s) both author(s), (c) corresponding institutions and cities, (d) running head, (e) address for correspondence of one of authors, (f) footnotes.

The articles should also include: a **Short Abstract** of approximately 20 words, three to six Index Terms and an **Extended Abstract** (approximately 200 words), in Italian and English (for articles in Italian) or only English (for non-Italian authors), structured according the following format: **Background, Material and Methods, Result, Conclusion** (articles reporting research data), or **Background, Contributions or Description, Conclusion** (review articles critical comments etc).

A 3.5" floppy disc with the text written in conformance with the Win Word 6.0 or ASCII format, should be submitted together with the manuscript.

Alternatively the text and the complete documentation can be sent to the following E-mail: medic@unicampus.it

References

References in the text should be numbered consecutively and reported as a bibliography at the end of the manuscript, in the order which they appear. The names and the initials of all authors, the title of the journal abbreviated according to Index Medicus, year of publication, volume number, and first and last page of the article must be reported in accordance with the sample shown below:

Journal articles: Epstein O, De Viller D, Jain S, Potter BJ, Thomas HC, Sherlock S. Reduction of immune complexes and immunoglobulines induced by D- penicillamine in primary biliary cirrhosis. *N Eng J Med* 1979; 300: 274-278.

Books: Blumberg BS. The nature of Australian antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Schaffner F, Eds. *Progress in Liver Disease*. Vol. IV. Grune and Stratton, New York and London 1972: 367-379.

Tables and Figures

Tables should be numbered consecutively by Roman numerals and submitted on separate sheets. **Figures** should be numbered consecutively by Arab numerals, and should also be submitted on separate sheets, accompanied by explicit legends defining all symbols and abbreviations used. On the back, in pencil, give the first author's name and indicate the top of the figure by an arrow.

In case of incorrect or unclear reproduction of Tables and Figure, the Journal reserves the right to substitute them at the author's expense. If illustrative material has already been published, written permission of the publishing company and the author should be submitted together with the article. For any other problem regarding the format please check with previous issues of the Journal.

Acknowledgements

Acknowledgement should be typed on a separate sheet to appear at the end of the article.

Authorship

In case of multiple authorship the role of the various authors should be specified (eg: principal investigator, senior author, participants, or in detail). In the absence of such statement, the article will be presented with the following foot-note: "All Authors participated equally in this work".

Revised Manuscript and Proofs

Manuscripts will be returned to the author with the referees' comments and/or the revisions by the Scientific Secretariat. If accepted for publication, the text should be returned to the Secretariat with the approval by the first author. Unless explicitly requested otherwise, the correction of the proofs will be carried out directly by the Scientific Secretariat on the grounds of the approved manuscript. The authors are kindly requested to return the material by **special delivery**.

Reprints and Colour Prints

25 reprints will be sent to the first author of each article free of charge, when requested on the manuscript. Colour prints and reprints more than 25 will be charged to the author(s).

Copyright

Manuscripts and corresponding illustrative material remain property of the Journal and should not be reproduced without written permission. Please enclose with to the manuscript the following statement: "If it is published, the undersigned authors transfer all copyright ownership of the manuscript entitled (titled of article) to Critical Medicine Publishing. The authors warrant that the article has not been previously published and is not under consideration for publication by another journal".

Copies for Authors

Two complimentary copies of the Journal's issue containing the article will be sent to the (first) author.

Address for Manuscript

Three copies of the manuscript (in double space) should be submitted, together with three copies of the illustrative material and the diskette, to MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università "Campus Bio-Medico" di Roma, Via Álvaro Del Portillo, 21 - 00128 Roma (tel. +39-06225419050 Fax +39-06225419075). For e-mail submission: medic@unicampus.it

Submission Checklist

Please use the following checklist before mailing the manuscript:

1. Three copies of the manuscript and diskette
2. Three copies of the illustrative material or legends
3. Full surname and initials (for ladies please first name in full) of all authors
4. Corresponding addresses of the authors
5. Title
6. Running head
7. Short Abstract (approx.20 words)
8. Extended Abstract (approx. 200 words)
9. Acknowledgements
10. Multiple authorship
11. Copyright statement
12. Full corresponding address of one of the authors (including FAX number and e.mail)
13. Consecutive numbers of the references given in the text
14. Bibliography references numbered following the recommended system
15. Have you checked a previous issue of the Journal for format of presentation?
16. Reprints required

INVITO ALLA LETTURA
AN INVITATION TO READ

In accordo con la filosofia di MEDIC (Un Giornale per il Nostro Tempo, 1993; 1: 71-72), questo Numero comprende articoli di varia natura, aventi peraltro in comune l'interesse per i problemi d'ordine metodologico e/o riguardanti la didattica formativa.

Following the philosophy of MEDIC (A Journal for Our Times, 1993; 1: 71-73), this issue includes articles of various kinds, however all share a special interest in problem related methodology and/or education.

17. Il Posto del Malato tra Ethos e Logos. Luoghi di Cura e Saperi nel Mondo Antico e Tardoantico

The Space of the Sick Between Ethos and Logos. Healthcare Settings and Knowledge in the Late Antiquity

M La Matina

MEDIC 2007; 15(2): 17-30

L'articolo delinea gli spazi e i saperi nella prassi ospedaliera del mondo greco tardo-antico. A fianco agli spazi visibili -il corpo del malato, la polis, il santuario ellenistico- vi sono spazi "logici", costituiti dall'implicita visione che medici e pazienti hanno dell'uomo. Si mostra come la nuova antropologia introdotta dal messaggio cristiano abbia avuto conseguenze decisive sull'idea di medicina, di salute e di cura, contribuendo a modificare lo spazio del malato, con l'invenzione degli ospedali.

The paper describes the spaces and knowledge of hospital procedures in ancient Greece. Near the visible spaces – the patient's body, the "polis", the Hellenistic sanctuary – there exist "logic" spaces, built by the unspoken vision that physicians and patients have of man. The article points out how the new anthropology introduced by the Christian message has had crucial consequences on the idea of medicine, health and treatment, giving its contribution in modifying the space of the sick person by creating hospitals.

31. Ospedale, Accademie, Esperimenti: Giovanni Maria Lancisi e l'Ospedale del S. Spirito in Sassia

Hospitals, Academies, Experiments: Giovanni Maria Lancisi and the S. Spirito in Sassia Hospital

Maria Conforti, Silvia Marinozzi, Valentina Gazzaniga

MEDIC 2007; 15(2): 31-38

Si prende in esame il caso dell'ospedale romano di S. Spirito in Sassia, dove nel 1714 Giovanni Maria Lancisi, archiatra pontificio, fondò una biblioteca e un'accademia medica destinate alla formazione e all'aggiornamento degli studenti in medicina e del personale operante all'interno dell'ospedale. Il progetto di Lancisi poté realizzarsi grazie ad una tradizione preesistente di collaborazione tra medici e chirurghi e di sperimentazione farmacologica e chimica.

The article examines the case of the S. Spirito in Sassia hospital in Rome where in 1714 Giovanni Maria Lancisi, pontifical archiatre, founded a library and a medical academy for the education and studies of the medical students and the health care personnel working in the hospital. Lancisi's project could be carried out thanks to an existing tradition of collaboration between physicians and surgeons as well as a tradition of chemical and pharmaceutical experimentation.

39. L'Ospedale come Metafora: un Percorso attraverso la Narrativa Italiana del '900

The Hospital as a Metaphor: Going through 20th Century Italian Literature

Maria Teresa Russo

MEDIC 2007; 15(2): 39-48

Nell'articolo si intende offrire un percorso all'interno della narrativa italiana del '900, in particolare di quei racconti di Calvino, Buzzati e Tobino, dove la realtà dell'ospedale diviene un luogo-simbolo in cui appaiono più vive le contraddizioni dell'esistenza quotidiana e sono amplificate le domande di sempre, dove i vissuti dei sani e dei malati si mescolano nell'unica domanda di senso.

The paper aims at offering a survey of 20th century Italian literature. It takes in consideration particularly those short stories written by Calvino, Buzzati and Tobino in which the hospital becomes a symbolic setting where the contradictions in daily life appear more clearly and where the experiences of healthy and of sick people are mingled in one only sensible question for meaning.

**49. Fiction Medica e Ospedale Umano
Medical Fiction and the Caring Hospital**

L Farsi

MEDIC 2007; 15(2): 49-56

Prendendo spunto dal successo del genere *Medical Fiction* nel panorama televisivo italiano, l'articolo intende riflettere sul messaggio trasmesso da questa tipologia di fiction sulla realtà dell'ospedale. Ad un'attenta analisi, le storie rappresentate in tv mostrano che la realtà dell'ospedale umano non è data né dalla struttura né dai mezzi tecnici, ma dalla qualità del capitale umano e professionale.

Starting from the success Medical fiction has in Italian television programmes, the paper aims at reflecting on the message conveyed by this kind of fiction on hospital environment. Analysing carefully the situation, the stories on the screen show that the reality of a caring hospital is given neither by the structure nor by technology but by the quality of people.

**57. Accoglienza Ospedaliera: Criteri Progettuali e Proposte
Hospital Reception: Planning Criteria and Proposals**

A Gorgierino

MEDIC 2007; 15(2): 57-62

Si esaminano i criteri che devono presiedere alla progettazione di una struttura ospedaliera, tra i quali assumono una particolare importanza l'adattabilità dell'edificio e la centralità della persona, con lo scopo di conciliare la tecnologia e la convenienza economico-gestionale con l'accoglienza.

The article examines the criteria which have to be taken in consideration when planning a hospital infrastructure. Among these especially relevant are the adaptability of the building and person centrality, aiming at reconciling technology and economical advantage with hospital reception.

63. La Tecnologia Incentrata sull'Uomo: un Ruolo nell'Umanizzazione dell'Ospedale

Human Centred Technology: a Role to Play in Hospital Humanization

S Cristina, Marcella Trombetta

MEDIC 2007; 15(2): 63-68

Dopo aver esaminato le conseguenze della "rivoluzione tecnologica" che ha trasformato l'ospedale, migliorando le prestazioni diagnostiche, potenziando la chirurgia e ampliando le possibilità di cura, si espone la necessità di conciliare la complessità e la tecnologia con l'accoglienza, perché l'ospedale resti "a misura d'uomo", recuperando l'originaria intuizione di "Hospitale".

After having examined the consequences of the "technological revolution" which has transformed the hospital, improving its diagnostic facilities, making surgery more important, the paper describes the need to combine technological complexity with reception in order to get back to the original meaning of the word "Hospitale"

69. Ospedali, Città, Territorio
Hospitals, Cities, Territory

Maria Ignazia Pinzello

MEDIC 2007; 15(2): 69-73

L'articolo analizza il rapporto tra ospedale e territorio dal punto di vista dell'urbanista, che nel suo lavoro ha due interlocutori fondamentali: l'Amministrazione pubblica e la collettività. Si mette in luce la necessità di ripensare la forma dell'ospedale nel contesto più ampio della città, perché il malato non sperimenti la degenza in ospedale come un'interruzione dei rapporti con la realtà territoriale.

The article studies the relation between hospital and territory from a planner's point of view. The two principal interlocutors in a planners work are: public administration and the community. The paper highlights the need to think over the shape of the hospital within the wider city setting so that the sick person will not feel his stay in the hospital as an interruption of his connection (liaison) with his surroundings.

74. Aspetti Etici e Profili Giuridici dell'Umanizzazione dell'Ospedale
Ethical and Legal Aspects of Hospital Humanization

G Grassani

MEDIC 2007; 15(2): 74-81

L'obiettivo dell'umanizzazione dell'ospedale viene analizzato nella prospettiva del rapporto che esiste tra organizzazione sanitaria, responsabilità etica della società civile e ordinamento giuridico. Ripercorrendo sinteticamente la storia dell'evoluzione dell'istituzione ospedaliera, che ha registrato il progressivo predominio del potere pubblico sulla società civile, si mette in luce l'importanza del principio di sussidiarietà, per restituire alla società intera il compito di promuovere la salute e di tutelare il malato.

The goal of hospital humanisation process is analysed considering the relation between healthcare management, ethical responsibility of society and law. Sketching synthetically the history of hospital evolution, characterised by progressive prevalence of public power on society, the paper highlights the subsidiarity principle, in order to give back to the whole society the task of promoting health and safeguard the sick person.

82. L'Ospedale Come Rete di Relazioni da Persona a Persona
The Hospital as a Network of Relationships among People

C Lazzari

MEDIC 2007; 15(2): 82-87

L'articolo, attraverso l'analisi delle dinamiche relazionali che si sviluppano nell'ospedale considerato come un'azienda di servizi orientati al bene della persona, esamina gli ostacoli e le condizioni di una corretta condotta etica da parte di tutti i soggetti coinvolti.

The paper examines the obstacles and conditions proper of a truthful ethical conduct of all subjects involved in a healthcare setting. It does so through the analysis of the relational dynamics which develop in hospital environment considered as a firm providing services oriented to the well-being of the person.

88. La Direzione Sanitaria di un Policlinico Universitario e l'Umanizzazione dell'Assistenza
Health Management of a University Hospital and the Humanization of Care

A Panà, Simona Amato

MEDIC 2007; 15(2): 88-91

Si esamina l'obiettivo dell'umanizzazione dell'ospedale dal punto di vista della Direzione Sanitaria di un Policlinico Universitario. Per realizzare questa finalità, la Direzione Sanitaria è chiamata a svolgere

un'importante azione di governo e di mediazione tra la domanda di salute di pazienti e familiari, le esigenze didattiche e le istanze della ricerca, favorendo un clima di collaborazione.

The aim of hospital humanization is examined from the point of view of university hospital managers. In order to achieve this goal the hospital managers carry out an important political act of mediation between health needs of patients' and their relatives and the educational and research requirements while fostering collaboration.

92. Un Modello di Organizzazione dell'Attività Assistenziale Infermieristica Centrata sul Paziente Ricoverato: l'Esperienza del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma

Nursing Care Delivery Model Centred on In-hospital Patients: the Campus Bio-Medico University Hospital Experience

Concita Barros, Maria Grazia De Marinis, Maria Matarese, Stefania Murgese, Daniela Tartaglini

MEDIC 2007; 15(2): 92-97

Scopo dell'articolo è presentare le caratteristiche del modello organizzativo assistenziale infermieristico del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma e, a distanza di 10 anni dal suo utilizzo, valutarne gli aspetti positivi e quelli ancora migliorabili, per rendere l'assistenza infermieristica sempre più rispondente ai bisogni delle persone ricoverate. *The reason for this article is to present the features of the Nursing Care Organisation Model of the Campus Bio-Medico University Hospital. Ten year since its introduction we wish to evaluate its positive aspects together with the ones that can still be improved in order to provide nursing care meeting patients' needs always better.*

98. Family-centered and Family-oriented Care in Pediatrics

L'Assistenza Family-centered e Family-oriented in Pediatria

M Pettoello-Mantovani, A Campanozzi, L Maiuri, Ida Giardini

MEDIC 2007; 15(2): 98-104

L'articolo tratta dell'umanizzazione dell'ospedale pediatrico, analizzando le recenti categorie di *Family-centered* e *Family-oriented care*. Con questo tipo di assistenza, il pediatra ha i familiari come referente primario, orientandosi a renderli più consapevoli del ruolo che l'ambiente e lo stile di vita della famiglia hanno nella promozione della salute dei bambini, in modo da coinvolgerli maggiormente nella prevenzione e nella terapia.

The paper describes how the humanisation of a paediatric hospital is connected to the recent concept of Family-centred and Family-oriented care. According to family-centred care, paediatricians have as main point of reference the relatives, they encourage awareness of the role the environment and family life-style have on the promotion of children's health so as to involve them more in prevention and therapy.

105. L'Assetto Culturale e Istituzionale della Psichiatria in Italia

Cultural and Institutional Order of Italian Psychiatry

I Carta

MEDIC 2007; 15(2): 105-111

Nell'articolo si esamina l'evoluzione culturale e istituzionale della Psichiatria in Italia, a partire dalla legge 180 del 13 maggio 1978, che sancì la chiusura degli ospedali psichiatrici. Di fronte alle sfide che oggi la Psichiatria si trova ad affrontare, che vanno dalla lettura socio-politica delle malattie psichiatriche al prevalere del paradigma biofarmacologico, l'autore auspica la piena attuazione dello spirito e della cultura che animava la legge 180.

The paper examines the cultural and institutional evolution of Italian Psychiatry. Starting point is the law 180 of 1978 which ratified closure of psychiatric hospitals. Considering the challenges psychiatry nowadays offers - the social and political interpretation of psychiatric illness overcoming the biological and pharmacological one - the author wishes that the true spirit and culture of the law 180 will be fully carried out.

L'Ospedale Luogo della Complessità e dell'Alleanza Terapeutica

Hospitals: where Complexity is Combined with the Therapeutical Alliance

Riflettere sul servizio di assistenza sanitaria che gli operatori - siano essi medici, infermieri o altro personale sanitario e amministrativo - sono chiamati a offrire al paziente, impone in modo ineludibile l'analisi di ciò che s'intende per ospedale.

La centralità della struttura ospedaliera rappresenta un passaggio centrale di questo tipo di riflessione per almeno due motivi. Il primo rappresentato soprattutto dalla percezione che di essa ha il paziente. Il secondo in riferimento ai compiti di chi è chiamato a pensarla e gestirla. Iniziamo dal primo ordine di considerazioni.

Nell'esperienza personale della malattia e della cura, considerata dal punto di vista del rapporto del paziente con l'organizzazione sanitaria che lo assiste, il momento del ricovero costituisce la fase più delicata di tutte quelle che intercorrono dalla diagnosi fino alla completa guarigione. In questa fase, il rapporto di fiducia tra chi assiste e chi è assistito, quella "alleanza terapeutica" tra medico, paziente e struttura sanitaria, che giustamente viene individuata come condizione fondamentale per il successo della terapia, raggiunge un nuovo livello di prova.

Nel momento del ricovero infatti, il paziente si congeda dalla propria vita quotidiana per un periodo più o meno esteso di tempo. Abbandona la consuetudine degli ambienti e dei ritmi di vita domestici, per affidarsi agli ambienti e ai ritmi di un reparto di degenza. Nella maggioranza dei casi è chiamato a condividere la propria stanza con una o più persone fino a quel momento sconosciute. Le necessità imposte dalle terapie o l'improvvisa trascuratezza del soggetto stesso, sulla quale può influire molto anche lo "stile" dell'ambiente circostante, possono aggiungersi come fattori di cambiamento della "vita di sempre", modificando perfino la percezione della propria immagine esteriore. Infine, se la gravità della malattia compromette in tutto o in parte l'autonomia di movimento, il paziente è particolarmente esposto alla struttura ospedaliera e al personale che lo assiste anche nella propria dimensione fisica, nell'intimità della propria corporeità.

L'ospedale irrompe così di fatto nella sfera personale più di ogni altro momento della terapia, più di qualsiasi visita ambulatoriale o domiciliare. Il paziente avverte questa intromissione con un sentimento di estraniamento, un vissuto di distacco "diffidente" nei confronti della struttura. E

ora che mi succederà? Posso fidarmi di queste persone? Il rapporto di fiducia tra il paziente e il sistema sanitario che lo cura raggiunge appunto un nuovo livello di prova. Anche i dettagli meno significativi in senso strettamente medico, come una coperta sgualcita, una parete scalcinata, una segnaletica appesa al muro in modo provvisorio, il passo stanco o il volto indifferente di un'infermiere, possono influire profondamente sull'idea che il paziente si fa dell'ospedale e ostacolare la "alleanza terapeutica" tra chi cura e chi è curato. La suscettibilità è elevata e non per capriccio. Di sfondo c'è la consapevolezza del paziente che l'ospedale sta penetrando nella sfera del suo io più intimo in modo profondo e questo è normalmente concesso agli ambienti e alle persone di cui ci si fida e solo a loro. Ma nel caso di un ricovero, all'origine non c'è una libera scelta, bensì la condizione data della malattia. A partire da questa necessità data, il rapporto di fiducia tra la struttura e il paziente esige di essere costruito a posteriori, e nel raggiungimento di questo obiettivo si gioca in modo fondamentale il rapporto del cittadino con il sistema sanitario del proprio Paese. -Tutto ciò impone la questione "ospedale" come ineludibile in una riflessione attenta su come garantire qualità ed efficacia alla Sanità.

Alla medesima conclusione si può tuttavia giungere anche seguendo un secondo ordine di considerazioni, ovvero riflettendo sul modello ideale di ospedale dal punto di vista di chi è chiamato a progettare e successivamente a gestirlo. Negli ultimi tre anni ho avuto l'opportunità di seguire da vicino, come Presidente dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, l'edificazione del nuovo Policlinico Universitario, realizzato dal nostro Ateneo a Trigatoria (Roma). Mi sono così reso conto personalmente dell'osservazione ripetuta in più occasioni da chi avevamo chiamato a realizzare l'opera: si parla comunemente di edilizia ospedaliera, ma più corretta sarebbe l'espressione "infrastruttura" ospedaliera. L'ospedale infatti non è un edificio, ma una piccola città. La sua progettazione è più complessa di quella di un aeroporto. Bisogna studiarne i percorsi di accesso, diversificando tra visitatori, personale, mezzi d'emergenza e d'approvvigionamento. Bisogna di nuovo tenere separati, e allo stesso tempo funzionalmente vicini, i flussi di pazienti ambulatoriali e ricoverati, materiali e diverse tipologie di rifiuti, anche tossici, personale che rap-

presenta una miriade di funzioni distinte e con esigenze proprie, ma chiamato contemporaneamente a operare in sinergia. Bisogna poi realizzare un ambiente su misura per le tecnologie di oggi, ma reggerlo su strutture portanti che siano allo stesso tempo sufficientemente flessibili da permettere il suo adeguamento a tecnologie che ancora non si conoscono, a metodi di cura che andranno modificando l'organizzazione del lavoro, ma di cui non si possono prevedere al momento gli sviluppi. Bisogna prepararsi a tutto questo, sapendo inoltre che il progresso è rapido, che il cambiamento si imporrà presto e sempre di nuovo. Progettare l'infrastruttura ospedaliera significa in sintesi progettare la complessità e prepararsi ad affrontare l'imprevedibile.

Per far fronte a questo compito, già di per sé complesso, non basta neppure avere ragione degli aspetti puramente tecnologici e organizzativi implicati in esso. Fermandosi infatti a questo ordine di idee, secondo un approccio esclusivamente tecnicistico e manageriale al concetto di ospedale, si può arrivare al massimo a realizzare una "macchina" che ingloba organi malati e ne produce di sani, senza una visione unitaria della persona, non però una "casa" che si prende cura del paziente. L'ospedale può invece entrare con successo nella dimensione intima della vita quotidiana del paziente, può dimostrarsi struttura amica, solo se è in grado di essere per lui "casa".

Questa è una sfida tanto più difficile e stimolante, se si considera l'evoluzione dell'atteggiamento della persona nei confronti della struttura sanitaria. Nelle società moderne la percezione di sé come individuo si è raffinata, il concetto di "soggettività" e l'esigenza del suo rispetto hanno travalicato l'ambiente domestico, imponendosi come un imperativo categorico anche nella dimensione pubblica. Questo, per esempio, non può essere trascurato nell'idea moderna di ospedale e impone scelte accurate nel determinare la dimensione della struttura.

Ma anche l'aspettativa di cura si è modificata. Il medico non è più il professionista percepito come detentore di una scienza ignota al paziente. Non è più l'esperto che, indipendentemente dall'esito della terapia, ha compiuto sempre e comunque senza errore tutti gli atti imposti dalla patologia. Il paziente si informa oggi sui propri problemi di salute, attingendo sapere e consigli da diverse fonti, e si presenta al medico curante come interlocutore attivo. Il livello di criticità nei confronti degli operatori del sistema sanitario cresce e ogni episodio di trascuratezza o negligenza, vissuto personalmente o appreso dai mezzi d'informazione, incrementa tale criticità, che può sfociare infine in un atteggiamento prevenuto. Di fatto è spesso questo il punto di partenza di un rapporto interpersonale tra curante e curato che va poi pazientemente ricostruito.

Anche questi aspetti culturali, unitamente alle considerazioni di ordine tecnologico e organizzativo, rientrano a

pieno titolo nei fattori che determinano scelte progettistiche e gestionali, più o meno riuscite, da parte di chi è chiamato a concepire e tenere in vita la struttura ospedaliera. Scelte relative alla capienza e agli arredi delle stanze di degenza, in un contesto che rende ormai improponibile le tradizionali soluzioni massificanti dello "stanzone", creazione di spazi adatti al colloquio personale e riservato del personale sanitario con il paziente, organizzazione e distribuzione dell'ambiente lavorativo e delle corrispondenti tecnologie in modi adatti a evitare inutili fattori di stress per il personale, liberando così energie e tempo a favore di un approccio con il paziente attento ai suoi bisogni anche inespressi e alle sue aspettative, sono solo alcuni esempi di come la complessità e delicatezza del concetto di "ospedale" si imponga anche dal punto di vista di chi è chiamato a erogare il servizio di assistenza.

Se infine si considera l'ospedale nella sua specie particolare del Policlinico Universitario, agli aspetti legati all'assistenza medico-sanitaria si aggiungono gli ambiti della didattica e della ricerca. In un Policlinico Universitario, funzioni strettamente ospedaliere si intersecano con altre di natura accademica e con attività tese allo sviluppo di tecnologie, prodotti e metodi innovativi di cura, con i quali si prepara il futuro dell'assistenza medico-sanitaria. Questi ulteriori ambiti hanno esigenze proprie e richiedono la disponibilità di spazi adatti. Spazi tanto vicini tra loro da garantirne la reciproca relazionalità e allo stesso tempo sufficientemente lontani da salvaguardare le esigenze specifiche di ciascuno.

Se in gioco non c'è la realizzazione di un centro di ricerca concepito per sé isolatamente o di spazi didattici ugualmente isolati dall'ospedale e funzionali alla lezione in aula ma non al tirocinio dello studente in corsia, allora queste esigenze ulteriori interpellano di nuovo chi è chiamato a ideare e gestire quel particolare tipo di ospedale che è il Policlinico Universitario. La complessità aumenta, allo scopo di garantire una sinergia reale e funzionale, non solo teorica, tra assistenza, didattica e ricerca.

Queste considerazioni non hanno la pretesa di aver esaurito la trattazione di problematiche, che anzi sono state appena accennate. Piuttosto avevano lo scopo di introdurre il lettore alle più approfondite analisi delle prossime pagine, che affrontano il tema "ospedale" da una molteplicità di punti di vista.

Sono i punti di vista dell'architetto chiamato a modellare lo spazio in modo adeguato a soddisfare la molteplicità dei bisogni evidenziati sopra; del manager che si assume la responsabilità di mantenere viva ed efficiente la struttura negli anni; dell'ingegnere biomedico chiamato a orientarsi nel labirinto di tecnologie sempre più sofisticate e interdipendenti; del sociologo, del letterato, dell'esperto di media, che possono aiutarci a comprendere il punto di vista della persona che vive come operatore o paziente nel-

l'ospedale; dello storico che ci ricorda che anche l'ospedale è una realtà in divenire, ci aiuta a comprendere che cosa era, collega il passato al suo presente, fa emergere le sue dinamiche di sviluppo nel tempo e ci aiuta con ciò ad affrontare il futuro.

When reflecting on the service the Health Care system offers the patient in terms of its staff— whether they be doctors, nurses, or sanitary or administrative personnel, a careful analysis of what is meant by the term 'hospital' is unavoidable.

The hospital structure as a functioning entity is fundamental for this type of analysis. There are at least two methods of analysis – bottom-up, from the point of view of the end user, and top-down, from the point of view of who sets it up. The first is the point of view of the patient who experiences the hospital environment in its functioning capacity, from the four walls to the staff and to the service. Secondly from the point of view of the designers and day to day managers of the hospital.

For the patient, hospitalisation is the phase between diagnosis and recovery in which he is most vulnerable to the hospital structure and the sanitary system. The relationship between the patient, the doctor and the sanitary structure who assists him, the 'therapeutic alliance', is decisive for the success of the treatment. During this phase it is fundamental that the patients trust the structure in its entirety. A successful 'therapeutic alliance' between the doctor, patient and sanitary structure is considered fundamental for the success of therapy.

Once admitted to hospital, the patient renounces his daily life for the time necessary to recover, which can last anything from days to weeks. The patient leaves behind him the familiar spaces and the ins and outs of daily life onto which are superimposed the rhythms of the ward. In many cases the patient will share his room with one or more people he has never met before. Therapies and experience in the hospital disturb daily rhythms and the general environment can be a very powerful influence on the patient psyche which also modifies 'everyday life', that can sometimes be so influential so as to change the patients perception of himself. Moreover, if the illness partially or completely compromises autonomous movement, the patient physical dimension and intimacy as well is especially reliant on the hospital staff who assists him.

Hospitalisation invades the personal sphere more than any other moment during therapy, more than any check up or doctor's home visit. The patient may react to this 'invasion' by estranging himself from the structure and assuming an attitude of detached diffidence. The patient is facing the unknown. He asks himself: What's going to happen to me? Can I trust these people? This is the moment when

the success of the 'therapeutic alliance' is most put to the test. The patient does not experience the structure from a strictly medical point of view and details that may be overlooked by medical staff, such as a crumpled sheet or a wall where the plaster is coming off, a provisional sign hanging on the wall, a tired walk or the indifferent look of a nurse, can profoundly influence the patient in how he perceives the hospital and thus obstacle the 'therapeutic alliance'. A patient's susceptibility to everything that is around him during illness when he is emotionally and physically vulnerable is notably heightened. The role that is usually granted to those close to us and the familiarity of environments we know well are replaced by new and unfamiliar environments and faces. The hospital moreover, is not only a passive participant but enters the patient's intimate sphere profoundly.

The moment the patient puts himself in the hands of a structure, the sense of trust he has in the structure must be constructed, and in reaching this goal, the relationship between citizens and the National Health System is fundamental. This all implies that the 'hospital structure' plays a fundamental role in guaranteeing quality and efficacy in the Health System.

This conclusion can be reached not only from a bottom-up analysis, but from a top-down analysis, from the idea of the perfect model for a hospital from the point of view of who designs and then manages the hospital. Over the last three years, as President of University Campus Bio-Medico of Rome, I have had the chance to oversee the building of the new university hospital, set up by our university in Trigoria, Rome, Italy. Although the term hospital construction is commonly used by those involved in the building work, having observed the work close up on many occasions, a more appropriate term might be 'hospital infrastructure'. A hospital in fact, is not only one building but a small city and its design more complicated than that of an airport: access and entrances for visitors, personnel, emergency means and supplies need to be studied; the flow of inpatients and outpatients, materials, different types of waste, even toxic waste, and different personnel with their own requirements, need to be kept apart but functionally close and nonetheless in synergy; customised spaces to house state-of-the-art technology need to be built on weight bearing walls that nonetheless need to be sufficiently flexible to allow the creation of future spaces to hold future technologies; ever changing healthcare procedures that will change the organisation of work, need to be taken into account. How all these needs will evolve over time cannot be foreseen at the moment the building is erected. All those involved in the design of a hospital structure need to predispose the hospital for these changes, bearing in mind that progress is rapid and that change happens quickly and repeatedly. To design a hospital struc-

ture is a complex procedure that must take into account not only the present but the unknown of the future.

To face this responsibility, complex in itself, it is not enough to get the purely technological and organisational aspects involved right; concentrating on a structure which houses state-of-the-art technologies, ultimately leads to the creation of a 'machine' that takes in ill organs and produces healthy ones. However, limited to this, this is not a 'house' where the person can be cured. We must remember that it is the responsibility of the hospital structure to 'cure', or take care of the patient. To do so, the hospital must not upset the intimate dimension of the patient's daily life, but be a friend to the patient, and a reality that for the time the patient is in hospital, he can call 'home'.

This is an evermore difficult and stimulating challenge when we consider the public's increasingly high expectations of a sanitary structure. In today's society the perception of self is more highly developed than it once was, and this sense of self must be respected as much in public structures as between the domestic walls. This reality needs to be taken into account in the building of a state-of-the-art hospital and requires careful attention in deciding the dimension of the structure.

We must also remember that people's expectations regarding the quality of care have also changed over the years. The doctor is no longer the sole expert in a science unknown to the patient. He is no longer the expert that, independently of the outcome of the therapy, has carried out his duty once he has made a prognosis and covered all the steps required to solve it. Patients are well informed about their own health problems, they gather knowledge and advice from different sources, and participate actively in discussions with the doctor. People are becoming more demanding as regards the service efficacy they expect from the health system and negligent behaviour, experienced personally or learnt by means of information, increases diffidence that can provoke a hostile attitude from the patient who expects the worst. In some cases this is the point of departure in a relationship between caretaker and patient that then needs to be reversed.

These cultural considerations together with technological and organisational issues are fundamental factors that determine structure design and managerial decisions both at the outset and in day to day management of the hospital structure. Choices need to be made as to the size and interior design of the inpatients rooms, which are no longer the public outsized rooms but spaces that protect the privacy of the doctor-patient relationship and the patient's indi-

vidual space; the organisation and lay-out of work environments and the instruments used to avoid extra stress factors for the personnel, freeing up time and energy to allow a time to be dedicated to the patient, to take care of his needs, both expressed and unexpressed and his expectations. These are just few examples of the complex and delicate concept of hospital that need to be respected by the hospital designers and staff.

Finally, when considering the hospital in the context of a university hospital, not only its medical and sanitary needs have to be taken into account but also spaces for teaching and research activities. In a university hospital strictly hospital functions cross over with academic ones as well as those dedicated to technological development, innovative products and new treatments in preparation for future health care. These areas have their own needs and "ad hoc" spaces, that need to be near enough so as to guarantee interaction but also separate enough to protect the needs of each one.

The university students will be attending the wards and so once again the designers and all those involved need to find a meeting point for didactic buildings as well as those dedicated to care. So here, yet another variable comes into play, in order to guarantee a real and functional synergy, not just a theoretical one, between care, teaching and research.

These considerations do not presume to have exhausted the various difficulties and challenges, which have only just been touched upon, they aim to introduce the reader to the in-depth analyses in the following pages, that deal with the theme of 'hospital' from a multiplicity of points of view.

These are the opinions of the architects engaged in building the space to accommodate the multiplicity of needs outlined above; of the managers who take on the responsibility of keeping the structure alive and efficient over the years; of the biomedical engineers engaged in finding their way through the labyrinth of ever more sophisticated and interdependent technologies; of the sociologists, scholars and media experts who help us to understand the point of view of the people who live as caretakers or patients in hospitals; we can add to these the historian who reminds us that the hospital is a reality in constant evolution and helps us to understand what once was, connects the past to the present, brings to light the dynamics of development over time and helps us in all this to go towards the future.

Paolo Arullani

Presidente dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

Il Posto del Malato tra Ethos e Logos. Luoghi di Cura e Saperi nel Mondo Antico e Tardoantico

The Space of the Sick Between Ethos and Logos. Health Resorts and Knowledge in the Late Antiquity

M LA MATINA

Dipartimento di Filosofia e scienze umane. Università degli Studi di Macerata

Premessa In questo articolo mi occuperò di spazi e saperi nella prassi ospedaliera del mondo greco (tardo-)antico. Gli spazi sono “da una parte” quelli, visibili, del corpo del malato—lo spazio della *polis* greca, lo spazio del santuario ellenistico, infine lo spazio della prima cittadella ospedaliera cristiana. D'altra parte, i saperi sono forme di uno spazio “logico”, per così dire: lo spazio occupato dalla malattia e dalla guarigione, dalle cause e dai rimedi; in sostanza, dalla implicita visione che medici e pazienti hanno dell'uomo. Diversamente dai malati, i “saperi” abitano un mondo invisibile, che è quello del discorso medico. E allora diventano ragioni, *logos*. Nata come sapere divinatorio, poi divenuto filosofico ed empirico, la medicina clinica è oggi alla ricerca di una conciliazione fra l'ideale di una professionalità asettica e la necessità di un *ethos* condiviso. Ma la lezione dei Padri greci aveva individuato già nel IV secolo un terzo percorso; e un terzo spazio.

Parole Indice Medicina. Clinica. Religione. Paganesimo. Cristianesimo. Antropologia. Filosofia. Ontologia. Natura. Persona. Linguaggio.

Background *In this paper I investigate the relationship between spaces and knowledge in the ancient Greek conception of medicine and religion. As “spaces” I mean, on one side, the bodily and/or the cosmic space of a given sick—still better a given disease-carrier—whilst, on the other, I refer to a sort of (anthropo-)logical space, in which the general types of disease and therapy are talked about by means of a discursive texture of sentences. As “knowledge” I mainly intend every sort of medical and/or clinical theory, no matter whether scientifically built or not. In fact, the history of ancient medicine knows different matching-points of such spaces and knowledge. I shortly remind the most important forms of heathen medicine: the oral iatromantic divination, the Hippocratic science and the Asclepian claim for an intimate way of salvation. Both the iatromantic and the Hippocratic therapies took place in the space of the polis: so this was an ambiguous space, sometimes an illuminist space for collecting reasons and evidence, and sometimes a tribal space for giving the sick and his illness a cosmic, though inscrutable, meaning and role. Close to the official and unofficial civic medicine a form of templar therapy flourished. The Asclepian sanctuary of Pergamon was one of the most renowned health resort during the late Antiquity. According to his numerous believers, Asclepius was the very god and master of health, and the sacred space of his shrine become the fixed destination for a large crowd of sick people, intellectuals, visitors, tourists, as rich as well poor men. The Christian message was eminently turned to the entire ecumene, but a special attention was everywhere reserved to the humble or diseased peoples. Due to the philanthropy of rich men and bishops, the first hospitals raised, that ‘translated’ the new ideal of the Christian care of the lowest. The most famous of these was the Basiliades, a citadel and a hospital, created in the IV Century by the famous bishop and theologist Basil of Caesarea (329-378). The complex was neither a mere poorhouse, nor an Asclepius-style temple: it possessed bedrooms for sick people, but also shops, and workrooms, as well as a church and, of course, an infirmary. Indeed, Basiliades was a new kind of space. However, it could be a mistake to consider Basiliades as only a form of charity or, still better, a sort of Christian welfarism. The conspicuous writings of Basil and, particularly, of his brother Gregory of Nyssa do allow a more fruitful hypothesis. The concept of Basileiades was born as a result of the Trinitarian theology of the Cappadocia bishops. It was rather a matter of logos than of ethos, a testimony of the faith in the “imago Dei” impressed upon the man at the moment of his creation. At the beginning, the man was created not only as a part of the nature, but as a “linguistic animal”, a person endowed with hands, face and similar devices. The illness did him a great deal of harm, making that image of God unrecognisable. The process of the creation of man and that of his deconstruction are presented as a mirror image in the pages of two works by Gregory: the *De hominis opificio* and the two homilies *De pauperibus amandis*, upon which I carry out my analysis.*

Index Terms *Medicine Clinical Medicine. Religion. Paganism. Philosophy of Language*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Professor Marcello La Matina
Dipartimento di Filosofia e scienze umane
Università degli Studi di Macerata
via Garibaldi, 20 I – 62100 Macerata
e-mail: lambert@unimc.it

1. Medicina e religioni

La storia della medicina è strettamente collegata con la storia delle religioni.¹ Entrambe presuppongono, o sviluppano, una antropologia; ed entrambe descrivono uno spazio vitale dove avvengono delle trasformazioni che riguardano la natura dell'uomo o la sua persona. Questo intreccio di natura e sovrannatura, di salute e salvezza, ha conosciuto spinte alterne lungo i tre millenni della nostra vicenda culturale. Tuttavia, solo recentemente le due storie sembrano essersi divaricate in modo irreparabile. La medicina si è, per così dire, definitivamente laicizzata, assumendo dei protocolli via via sempre più distanti dall'originario impianto sciamanico e tribale. D'altra parte, anche l'idea moderna di religione appare un'idea laicista; non è un caso che oggi si parli di "religioni" al plurale. Il risultato di questa duplice laicizzazione è la relativizzazione della verità sull'uomo, che non appare più legata a una vocazione trascendente e, perciò, indipendente da ogni finalità negoziabile. A dispetto dei tanti convegni e libri che le celebrano, le "religioni" non sono più per la scienza e la cultura odierne quel *punto di orienza* da cui far scaturire un annuncio di guarigione globale dai mali dell'uomo contemporaneo. Senza più un messaggio di salvezza universale, esse parlano bensì *all'uomo*, ma non *dell'uomo*, mentre alla medicina accade il contrario. Nell'Occidente contemporaneo, il discorso sull'uomo e il discorso all'uomo appaiono dissociati in modo irridimibile. Così pure i loro spazi sociali ed epistemici.

Religioni e medicina non hanno dunque più niente da dirsi? Si è spezzato per sempre il filo che per tanto tempo ha unito la salvezza alla salute? A questa domanda cercherò di dare una risposta nel mio articolo, prendendo spunto dalla concezione medica e terapeutica di un grande vescovo della Chiesa greca. Si tratta di Basilio di Cesarea, teologo e personalità eminente del IV secolo, cui si deve la fondazione di una cittadella della carità che prese il nome di Basiliade e che rappresenta un momento non secondario nella teologia del grande cappadoce. La mia ipotesi è che una corretta interpretazione di questo "spazio terapeutico" nell'idea di Basilio e negli scritti del fratello Gregorio di Nissa possa fornire elementi per ripensare il rapporto fra *logos* ed *ethos* della scienza medica; in questo caso, fra gli enunciati descrittivi della medicina e i contesti della enunciazione clinica e ospedaliera. È dunque all'interno del Cristianesimo che io scorgo la via che può annunciare ancora all'uomo moderno la verità sulla sua natura. Prima di parlare, però, di Basilio e Gregorio, vorrei brevemente caratterizzare alcune concezioni della malattia e dei suoi

spazi, diffuse nel mondo antico, prima e dopo l'annuncio cristiano. Data la destinazione di questo scritto, cercherò di non appesantire i pur necessari riferimenti filologici del mio discorso, rimandando ad altra sede il chiarimento dei passaggi esegetici più ardui.

2. Indovini e medici negli spazi della polis

Il mondo antico declinava la malattia in modi diversi, ma quasi sempre alla terza persona, cioè – se ha ragione Émile Benveniste – in modo non-personale. Per rimanere alle culture mediterranee, si può ricordare il legame che quasi tutte le medicine ebbero con la mantica e con la divinazione.² In quelle antichissime visioni del mondo, l'essere umano era considerato il portatore di marche sintomatiche, che però non scaturivano dalla sua soggettività che si ammalava. Il male, la *nosos*, era prodotto altrove. Ora si trattava di un evento cosmico ed ora poteva trattarsi di uno dei numerosi conflitti fra le rissose divinità che affollavano il variopinto *pàntheon* delle religioni pagane. In ogni caso, la malattia nella sua essenza non era il prodotto di un contagio fra individui conspecifici ed agenti patogeni, ma il deterioramento di una *influenza trirelativa fra uomini, dèi e spazi*. Nasceva sempre o sopra o sotto il mondo degli uomini, nella regione celeste o in quella degli inferi. Sulla terra, dove vivono gli uomini, la *nosos* arrivava già ammantata di un valore simbolico: spesso era una punizione per un atto di "tracotanza sacrilega" (la *hybris* dei Greci) o l'inevitabile effetto di una ineluttabile causa celeste: il fato. Sempre, però, la malattia era un messaggio da interpretare, che non si esauriva in sé, ma annunciava gli echi di un mondo metafisico. Il malato che offriva la sua carne alla malattia non era che il punto di applicazione di una dinamica nosologica che si consumava altrove.

Questi echi metafisici giungevano, in modo ambiguo e frammentario, da un mondo invisibile e dai confini incerti, attraverso certe figure di medici-indovini, personaggi capaci a un tempo di pronosticare e curare, purificare e interpretare.³ Già nelle civiltà mesopotamiche la medicina era parente stretta della mantica. Gli aruspici operavano la

¹ Come apparirà chiaro *infra*, quando parlo di "religioni" al plurale, mi riferisco alle cosiddette religioni etniche; chiaramente, non comprendo fra esse il Cristianesimo.

² Cfr. Jean Pierre Vernant, *Divination et Rationalité*, Seuil, Paris 1974; trad. it., *Divinazione e razionalità*, Einaudi, Torino, 1982. Sulle forme di pensiero tribale e prelogico un classico è oggi Eric R. Dodds, *The Greeks and the Irrational*, Univ. of California Press, Berkeley – Los Angeles 1951; trad. it., *I Greci e l'irrazionale*, La Nuova Italia, Firenze 1978.

³ Sui legami, anche etimologici, tra religione e superstizione, sono ancora illuminanti le pagine di Émile Benveniste, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes*; Minuit, Paris 1969; trad. it., *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Einaudi, Torino 1976; vd. spec. vol. II "Potere, diritto, religione", cap. VII "Religione e superstizione", pp. 485-96.

divinazione attraverso la lettura delle viscere, un procedimento evidentemente comune alle pratiche della *semeiotica* indiziaria. Anche in Grecia era presente una medicina magica, collegata al culto di Apollo.⁴ Giovanni Manetti, che ha riflettuto su queste vicende nella prospettiva di una storia dei saperi, ha fatto emergere l'epistemologia comune soggiacente a queste pratiche:

“È molto suggestivo, dal punto di vista semiotico, che le due pratiche primordiali che inaugurano un sapere basato sui segni, siano avvertite come originariamente collegate. E un effettivo stretto collegamento esse lo trovano nella figura antichissima dello *iatròmantis*, il medico-indovino, che unisce in sé le facoltà di un veggente e la capacità di curare le malattie. (...) Un elemento fondamentale che caratterizza la figura dello *iatròmantis* è la sua capacità di usare una procedura diagnostica: trattandosi di un veggente, egli è in grado di individuare la causa nascosta di una malattia, causa che è da attribuirsi sempre a un intervento soprannaturale”.⁵

Ciò che va sottolineato è il fatto che all'origine di questo sapere viene posto il dio. Il dio Apollo, per i Greci, era guaritore e indovino. Colui che può guarire è, a rigore, solo il dio. E, se qualche altro lo può, ciò accade in virtù di un rapporto privilegiato con il dio taumaturgo. I processi della malattia e della guarigione si collocano perciò nel punto di intersezione fra pratica culturale e pratica medica, le quali *insieme* costituiscono un'unica forma di pensiero/azione sapienziale. Questa forma di ragionamento (o di inferenza pratica) può essere rintracciata negli antichi testi della medicina babilonese od egizia. Essi presentano uno schema logico costituito da enunciati condizionali del tipo “se *p*, allora *q*”, in tutto affini alle inferenze che sono alla base del pensiero scientifico; salvo che, nel pensiero/azione mesopotamico, la relazione tra protasi e apodosi rimane semanticamente *opaca* e, perciò irriducibile ad una logica verofunzionale. Secondo studi recenti, questo pensiero condizionale va connesso con le dinamiche della comunicazione nelle società tribali, che – come è noto – erano civiltà ad oralità primaria. Scrive Valeria Andò, autorevole studiosa della medicina greca:

“si tratta infatti di un modulo linguistico che fa riferimento a un preciso contesto situazionale, rivelatore appunto di una mancanza di astrazione e concettualizzazione (...). L'adozione di questa formula condizionale, anziché il ricorso alla fissità del nome della malattia, consente al medico non

già di descrivere una malattia “data”, ma una sindrome all'interno della quale i sintomi non sono una variante di uno schema fisso, ma elementi sempre e comunque in gioco in ogni possibile combinazione”⁶.

La medicina greca col tempo si affrancherà dal pensiero magico, assumendo le vesti di una autentica filosofia dotata di strumenti concettuali propri dell'indagine teoretica. Ciò accadrà per effetto della rivoluzione “illuminista” della medicina ippocratica, la quale svilupperà un modello di ragionamento basato su indizi (*tekméria*), e su forme di inferenza induttiva e abduttiva. Sarà proprio questo “paradigma indiziario” (così lo ha definito lo storico Carlo Ginzburg⁷) che aggredirà le pratiche divinatorie col loro sapere magico e settario, fino ad espungere dall'ambito medico l'originario pensiero sapienziale delle religioni taumaturgiche. In Grecia dunque, intorno al V sec. a. C., nasce una diversa forma di conoscenza, sempre di tipo congetturale – come era il sapere della divinazione iatromantica – ma questa volta riconducibile a processi semiosi in parte socialmente controllabili.

Al medico-indovino si affianca, fino a sovrastarlo, il medico prognostico che interpreta i *seméia* della malattia e formula inferenze prognostiche in uno *spazio discorsivo che ora comprende al suo interno anche il malato*. Quest'ultimo, nel nuovo regime discorsivo, non è più l'accidentale punto di applicazione di dinamiche nosologiche che nascono e vivono sopra di lui; né viene considerato alla stregua di uno *hybristés* che gli dèi puniscono con la malattia. Il nuovo sapere tecnico indiziario ha come effetto di rendersi oggettivabile attraverso la pratica del *logos*: i.e., attraverso la produzione di un sapere linearmente fissato negli enunciati della *techne*. Il medico è chiamato a formulare un discorso sul paziente in presenza del paziente. E questi è chiamato a collaborare, a divenire agente, in quanto *depositario di un sapere sul proprio corpo, che deve interloquire con la techne del terapeuta, se si vuole ottenere la guarigione*. Ciò è evidente in tutte le opere del *Corpus Hippocraticum*; soprattutto, però, in quelle ginecologiche, nelle quali i due saperi – quello *exosomatico* del medico e quello *endosomatico* della paziente – sono diversificabili in base a precise marche sessuali. In queste opere, come ha notato Valeria Andò (*op. cit.*, p. 42), emerge più facilmente il ruolo attivo del paziente, il quale realizza la propria soggettività nello *spazio discorsivo* che la *techne* apre fra

⁴ Cfr. Mario Vegetti, “Iatròmantis. Previsione e memoria nella Grecia antica”, in Maurizio Bettini (ed), *I signori della memoria e dell'oblio. Figure della comunicazione nella cultura antica*, La Nuova Italia, Firenze 1996, pp. 65-81.

⁵ Giovanni Manetti, *Le teorie del segno nell'antichità classica*, Bompiani, Milano 1987, p. 61. Per i rapporti tra divinazione e medicina greca si vd. le pp. 27-63.

⁶ Valeria Andò, “Introduzione” in *Ippocrate, Natura della donna., Introduzione, traduzione e note (con testo greco a fronte)* di V. A., Rizzoli (Biblioteca Universale Rizzoli, L 1318), Milano 2000, pp. 25-6.

⁷ Cfr. Carlo Ginzburg, “Spie. Radici del paradigma indiziario” in A. Gargani (ed), *Crisi della ragione*, Einaudi, Torino 1979, pp. 59-106; ora in C. Ginzburg, *Miti Emblemi Spie. Morfologia e storia*, Einaudi, Torino 1986, pp. 158-209.

medico e ammalato e che accompagna per entrambi il percorso della guarigione. Il malato non è più solo un soggetto *patiens*, ma – per usare termini narratologici – un “attante adiuvante”, che partecipa con il suo apporto epistemico alla performance della guarigione. Si legge in un passo famoso delle *Epidemie*, I 2, 5 (2, 636, 1-4): «l’arte [*téchne*] <medica> si realizza attraverso tre cose: la malattia, il malato e il medico; il medico è servitore [*hyperétes*] dell’arte; bisogna che il malato [*tòn noséunta*] si contrapponga alla malattia in collaborazione col medico.»

In sostanza, la medicina ippocratica contribuì a promuovere un regime dell’enunciato scientifico che, pur oggettivando il sapere della *techne*, lo manteneva all’interno di un contratto di enunciazione ben preciso: quello tra il medico e il suo paziente. Oltre a riconoscere uno *spazio logico* alla malattia, questo nuovo sapere garantiva uno *spazio dialogico* al malato. In ogni caso, lo spazio adeguato a questa pratica e a questo sapere medico è quello della *polis*.

3. Guaritori itineranti e medicina templare

Non bisogna credere, tuttavia, che questa rivoluzione illuminista nel campo della medicina spazzasse via d’un sol tratto le altre forme di medicina che l’avevano preceduta nel tempo e in opposizione alle quali essa era nata. Né che la *polis* greca fosse soltanto quello spazio di “razionalità” che siamo abituati a conoscere dai nostri studi classici. Varie forme di “pensiero selvaggio” – come diremmo oggi, dopo Lévi-Strauss – erano presenti nell’Atene che pure era stata patria della filosofia e della politica. Forme che talora abitavano gli stessi spazi del pensiero analitico sviluppato da Platone, Aristotele e via via dagli intellettuali che avrebbero reso Atene *pàideusis tês Hellâdos*, “scuola dell’Ellade”. Così, appunto, la definì lo storico ateniese Tucidide, contemporaneo di Pericle e testimone inesorabile della pestilenza che devastò l’Attica agli esordi della guerra del Peloponneso (431-429 a.C.). Lo spazio della *polis* era uno spazio dialogico, dunque un luogo “virtuale” che non poteva essere occupato da una visione assoluta dell’esistenza, ma che doveva rimanere aperto al contributo della parola di molti.⁸ Già nell’età classica, il medico *technites* di matrice ippocratica doveva faticare non poco per garantirsi uno spazio di visibilità sociale distinto da quello riservato ad altri tipi di operatori della medicina.⁹ Due erano i più temibili concorrenti del medico ippocratico: la medicina itinerante e la medicina templare. La prima era praticata da autentici ciarlatani che vivevano di espedienti. Il greco antico conosce due termini, quasi sinonimi, riferibi-

li a questo pseudo-terapeuta. L’*agyrtes* era l’indovino di strada, sedicente medico ma più ancora mendico; il *goes* (dal verbo *goào*, “gemo”) era invece il ciarlatano capace di biasciare formule e incantesimi fingendosi efficaci protocolli di cura. Se di questi fino a poco tempo fa si sapeva poco,¹⁰ qualcosa in più conosciamo invece della medicina che si sviluppava all’ombra dei templi e dei luoghi di culto, spesso confinando con pratiche superstiziose. Tra i tanti fenomeni che documentano la medicina templare, vorrei discutere una pratica terapeutica legata allo spazio del santuario e al culto di Asclepio, che ivi si praticava. Che ruolo aveva la medicina nello spazio templare?

Asclepio è una figura centrale nella medicina greca. Personaggio mitologico, fu titolare di un culto plurisecolare, che conobbe la sua massima espansione in età imperiale (II/III sec.). A lui furono intitolati santuari, il più importante dei quali fu l’Asclepieo di Pergamo, sorto nella regione della Misia in Asia minore e fatto restaurare proprio nell’età dell’imperatore Adriano. Ma perché il suo culto e il suo santuario conoscono la loro fioritura proprio nel II secolo? Forse la risposta può essere contenuta in un appunto che l’autrice di *Memorie di Adriano* ha rinvenuto nella corrispondenza di Gustave Flaubert e che voglio riportare: «Quando gli dèi non c’erano più e Cristo non ancora, tra Cicerone e Marco Aurelio, c’è stato un momento unico in cui è esistito l’uomo, solo».¹¹ Gli dèi scomparsi erano ovviamente quelli della *polis*, i quali, a seguito della globalizzazione seguita alle conquiste di Alessandro Magno, avevano assistito impotenti alla invasione di culti e religioni provenienti dall’Oriente. Il Cristo che “non è ancora” era invece, presumibilmente, quell’*homo novus* che risulterà – quasi due secoli dopo Adriano – dalla feconda osmosi tra l’annuncio cristiano e la cultura ellenica. In questo *intervallum*, l’uomo è solo con la sua finitezza sconfitta. Scrive Salvatore Nicosia:

“La forza di attrazione e la vitalità di questi movimenti religiosi risiedono nella loro capacità di fornire, al di là delle barriere nazionali e sociali, la giusta risposta ai bisogni e alle angosce dell’uomo disorientato dell’età ellenistico-romana: appagandone la propensione al misticismo, l’ansia proiettata verso la sopravvivenza ultraterrena, lo spiccato interesse per gli aspetti irrazionali dell’esistenza, che si esprime tra l’altro nella grande voga di maghi e astrologi,

⁹ Cfr. M. Vegetti, *art. cit.* pp. 67 s.

¹⁰ Su questi aspetti della medicina da strada si veda l’interessante ricerca di Pietro Giammellaro, “Fuori e dentro la città: incantatori e sacerdoti itineranti nella Grecia antica”, in *Hormos. Quaderni di Storia antica*, 3-4 (2001-2002), pp. 21-86.

¹¹ Marguerite Yourcenar, *Mémoires d’Hadrien suivies de notes de Mémoires d’Hadrien*, Plon, Paris; trad. it. di Lidia Storoni Mazzolani, *Memorie di Adriano seguite dai Taccuini di appunti*, Einaudi, Torino 1988³ (da cui cito), p. 281.

⁸ Per un approfondimento di questo tema, cfr. Andrea Cozzo, *Tra comunità e violenza. Ethos, logos e conoscenza nella Grecia antica*, Carocci, Roma 2001.

profeti e taumaturghi; e soprattutto, realizzando la profonda e diffusa aspirazione degli individui ad un contatto diretto e non comunitario tra l'uomo e il dio, ad una costante presenza della divinità nella sfera della vita umana".¹²

A questo uomo solo, Asclepio si presenta come un "superuomo di massa"¹³, capace di offrire l'unica salvezza possibile, quella del corpo. Egli è un dio guaritore, che ognuno può sentire vicino a sé nello spazio sacro del santuario. È un "divo" (più che un dio) disposto a lasciarsi incontrare da ogni individuo; anzi, a unirsi a lui in una comunione fusionale che annulla le differenze. Asclepio è la personificazione stessa dello spazio discorsivo di una *medicina intimista*, ridotta a promessa di salvezza individuale e sottratta ad ogni controllo sociale. Il culto di Asclepio è tutto quello che la medicina ippocratica non ha saputo estirpare dall'animo umano: è la ricerca di un senso della malattia e della guarigione che non si può trovare nella successione degli enunciati con cui il medico descrive i processi diagnostici e prognostici. Inoltre, il culto di Asclepio si presenta anche come il tentativo di ricondurre l'elemento religioso entro l'ambito, laico e razionalista, della medicina scientifica. Ma in che modo lo spazio sacro dell'Asclepieo di Pergamo poteva operare questa risemantizzazione della guarigione? Quale era lo spazio che Asclepio contrapponeva allo spazio dialogico e discorsivo in cui veniva prodotto e attecchiva l'enunciato della medicina scientifica?

Le testimonianze archeologiche, epigrafiche e letterarie raccolte da Salvatore Nicosia¹⁴ ci rappresentano l'Asclepieo di Pergamo come un luogo di culto e un sanatorio, ma anche come un vivace e frequentato centro di vita culturale. Esso ospita visitatori e pellegrini delle più svariate classi sociali, insieme ad uomini di cultura e rappresentanti delle professioni. Molti dei quali certo frequentavano il santuario per praticarvi la terapia della incubazione o qualche altro regime dietetico necessario alla loro salute. Molti altri però erano semplici visitatori, per lo più provenienti dall'aristocrazia minorasiatica, che vedevano nel recinto sacro lo spazio consacrato ad una dimensione discorsiva non reperibile altrove. Sappiamo che a Pergamo esistevano strutture adeguate allo svolgimento di una intensa e varia vita intellettuale e paraintellettuale. Vi era un *théatron*, dove potevano

svolgersi raduni di vario genere; vi era una biblioteca, e forse un *Mousèion*, luoghi che richiamavano studiosi e ricercatori con la promessa di dotte discussioni attorno ai libri, agli autori, ai *maîtres-à-penser* più in vista del momento. L'Asclepieo di Pergamo – al pari di altre istituzioni di epoca ellenistica e imperiale – non era un ospedale: il ruolo dei medici nella struttura è ritenuto marginale dagli storici.¹⁵ Non era però neppure un reclusorio, dove la vita quotidiana fosse chiamata ad arrestarsi al cospetto della malattia. Era una cittadella dotata di molti conforti per gli ammalati e per gli ospiti. In altre parole, il santuario era uno spazio politico che riproduceva, per dei cittadini apolidi o itineranti, quello che la *polis* era stata nel periodo classico della sua fioritura: era una città *après la lettre*. Con una importante differenza. Essa era abitata da cittadini che non costituivano un corpo sociale omogeneo; Asclepio era il dio di questa città: ma lo era non di tutti quanti insieme, bensì di ciascuno individualmente: era dio in senso distributivo (guaritore degli *hékastoi*, se vogliam dirlo in greco) e non collettivo (non dei *pantes*). Anzi, proprio questo essere il dio di ognuno, senza esserlo di una totalità premarcata, faceva di Asclepio un riferimento culturale ecumenico, personificazione di una filantropia che, per qualche verso, anticipa quella cristiana – pur collocandosi sul versante di una "teologia del bisogno", (W. Nestle)¹⁶.

Abbiamo finora descritto tre forme di spazializzazione della malattia e della terapia. Il primo è lo spazio tribale della medicina magica e della iatromantica: uno spazio "portatile", capace di dar vita a forme di enunciazione medico-paziente, senza però sviluppare un regime di enunciati. Questo spazio è prevalentemente simbolico e solo accidentalmente collegato alla corporeità del paziente. Accanto a questo si sviluppa in Grecia uno spazio logico e discorsivo, che è quello della medicina ippocratica. Essa abita la *polis* e funziona in un regime di visibilità sociale grazie a protocolli di intervento che utilizzano risorse tecniche e metalinguistiche: l'enunciato, osservativo o inferenziale, è la forma e la carne linguistica della diagnosi e della prognosi; l'enunciazione, "pubblica" o quanto meno interpersonale, è la condizione di *warranted assertibility* che certifica e legittima il lavoro discorsivo del medico. Carattere di questa enunciazione è la *triangolazione* tra la persona del medico, quella del paziente e quella della malattia. Diversamente da quanto accadeva nella iatromantica, è assente il riferimento allo spazio del dio, e la malattia viene ora individuata e descritta sulla base di un paradigma indiziario che utilizza una evidenza pubblicamente accessibile. In questo modo essa viene collocata in un doppio territorio: (a) entro lo spa-

¹² Elio Aristide, *Discorsi sacri*. Introduzione, traduzione e note a cura di Salvatore Nicosia, Adelphi, Milano 1984, pp. 43-4.

¹³ Così intitolavo la mia recensione al volume di Nicosia ("Universitas", giugno 1984, p. 6), traendo l'espressione da un libro di U. Eco sulla letteratura popolare.

¹⁴ Oltre al già citato volume dei "Discorsi sacri" di Elio Aristide, si veda di S. Nicosia, *Elio Aristide nell'Asclepieo di Pergamo e la retorica recuperata*, Quaderni dell'Istituto di Filologia greca (= Quad. n. 7), Univ. di Palermo, Palermo 1979.

¹⁵ Cfr. S. Nicosia, *Elio Aristide, Discorsi sacri*, op. cit., p. 194 n.

¹⁶ L'espressione in W. Nestle, *Griechische Religiosität*, 3 Bände, Teubner, Berlin-Leipzig 1930-1934; trad. it. parz., *Storia della religiosità greca*, Paideia, Brescia 1973.

zio sociale del *tékmar*, i.e. della evidenza probatoria e (b) entro lo spazio logico della *physis*, i.e. della definizione essenziale (il *lògos tês ousias*) che rende intellegibile la malattia. Terzo spazio è quello della medicina templare, nel quale si ricostituiscono, a beneficio di un cittadino individualista e cosmopolita, certe forme dialogiche e discorsive che erano state tipiche della *polis* classica. Tra queste, specialmente le forme della enunciazione religiosa, nella quale, però, il dio guaritore Asclepio interpella – intimisticamente – ogni singolo fedele in un rapporto discorsivo interamente sottratto al regime dell'enunciato e quindi al controllo del sapere del medico. Questa è, molto sinteticamente, la situazione che si offre allo sguardo attento dello storico. Una situazione – ribadiamo – che ci interessa in relazione alla declinazione degli spazi coinvolti: religioso, logico-semantic, enunciazionale, politico. Questa è l'eredità che il Cristianesimo trova quando comincia ad affermarsi robustamente nel mondo ellenizzato della tarda antichità con la sua idea di filantropia e col suo umanesimo.

3. Il progetto Basiliade: un ospedale come una città nel IV secolo

La diffusione della buona novella in lingua greca ebbe un effetto dirompente sulle culture che la accoglievano. La riscoperta del corpo operata dai Padri della Chiesa poneva, da un lato, l'umanesimo cristiano in contrapposizione con le dottrine gnostiche ed esoteriche, assertrici di un primato assoluto dello spirito – ottenuto però a discapito della materia, a torto considerata corrotta e degradata.¹⁷ Dall'altro, lo avvicinava ad una idea di fratellanza che non era vaga simpatia per il genere umano (come nelle dottrine stoico-ciniche o nell'illuminismo naturalistico di certi culti orientali), né mera condivisione di un identico profilo etnico-religioso. La fraternità (*adelphòtes*) dei cristiani era, per così dire, equidistante tanto dall'universalismo astratto dei Greci quanto dalla visione correlative del rabbiniismo dei tempi di Gesù. Per il cristiano nessuno era fratello in base a dei tratti predeterminabili, ma tutti lo erano in conseguenza della *proximalità*, i.e. della pura collocazione in uno *spazio interpersonale non interpretato* mediante categorie filosofiche o culturali.¹⁸ Questo tratto ren-

deva impossibile caratterizzare il Cristianesimo come una tra le tante religioni esistenti, basate su un concetto di *entre soi* omologante e, perciò, vincolante. Anzi, come ha scritto acutamente uno storico, Eric Wolf, il cristianesimo non è, in senso proprio, una religione, bensì il punto di collasso di tutte le religioni.¹⁹

La nuova visione dell'uomo ebbe conseguenze sull'idea stessa di medicina, sulla figura del medico e sull'idea di salute;²⁰ soprattutto, però, essa contribuì a modificare lo spazio del malato, con l'invenzione degli ospedali. Il più celebre dei quali, nella tarda antichità, fu proprio quello fondato dal vescovo Basilio di Cesarea nel IV secolo. Secondo le notizie ricavate da alcune lettere dello stesso fondatore, la nuova cittadella, che prenderà nome di *Basiliade*, sarebbe stata inaugurata il 3 settembre dell'anno 374 (Stanislas Giet). Il complesso sorgeva alle porte della città di Cesarea di Cappadocia ed era costituito da più edifici. La sua costruzione era iniziata due anni prima, come scrive Basilio stesso in una lettera ad Elia, governatore della provincia, per difendersi dalle accuse di pagani scarsamente favorevoli a questa forma di evergetismo cristiano:²¹

“A chi facciamo ingiustizia costruendo degli ostelli per gli stranieri, sia che si trovino di passaggio sia che si tratti

¹⁸ Di “spazio prossimale” parlo nel quadro della mia concezione della comunicazione, esposta dettagliatamente nel già citato *Cronosensitività*, op. cit., pp. 203-42. Esso non va inteso in senso meramente fisico, ma con riferimento a degli atti responsionali (“amebeismi”) che due o più conspecifici svolgono o come attività di scambio o come semplice presa d'atto della loro coesistenza spazio-temporale. La nozione cristiana di “prossimo” non è caritativa senza essere anche una scelta ontologica.

¹⁹ Sui vari concetti di “fratellanza” e sull'idea specificamente cristiana di “fratello”, è assai utile il volume di Joseph Ratzinger, *Die christliche Brüderlichkeit*, Kösel-Verlag, München 1960; trad. it., *La fraternità cristiana*, Queriniana, Brescia 2005. La cit. esatta del passaggio di Wolf è alla p. 81.

²⁰ Questi aspetti sono lumeggiati molto bene nell'articolo di Michelangelo Pelaez, “Medicina”, in Giuseppe Tanzella-Nitti e Alberto Strumia (eds), *Dizionario interdisciplinare di scienza e fede*, Urbaniana Univ. Press, Roma 2002, vol. 1, pp. 901-19.

²¹ L'evergetismo era stato una prerogativa dei potenti per tutta l'antichità classica; ma quello dei vescovi cristiani non era improntato alla sola liberalità nel donare o nel soccorrere. Certo, Basilio costruì Basiliade prevalentemente con le sue sostanze. Importa notare come questi atti stimolassero l'invidia da parte del mondo pagano. L'imperatore Giuliano, detto l'Apostata, durante il suo breve tentativo di ripaganizzare l'impero, cercò in molti modi di imitare i vescovi cristiani che pur diceva di odiare. Indicativa in proposito la *epist.* 84, nella quale l'imperatore comanda al sacerdote Arsacio di istituire in ogni città degli alloggi per stranieri e bisognosi, ritenendo che «sarebbe vergognoso che, mentre i Giudei non hanno mendicanti, e mentre gli empi Galilei [sc. i cristiani] sfamano, oltre ai loro, anche i nostri, venisse fuori che noi non assistiamo nemmeno i nostri». Cfr. Paul Veyne, *Le pain et le cirque*, Seuil, Paris 1976.

¹⁷ In tutte le forme di Gnosi, antiche o contemporanee, si trova una divisione dell'umanità in due distinte categorie: da una parte gli *ilici* (dal gr. *hyle*, “materia”), esseri di bassa lega, impuri e materiali; dall'altra gli *pneumatici* (dal gr. *pneuma*, “spirito”), casta eletta di puri, spesso immaginati come possessori di una vocazione salvifica assoluta e incontaminata. Mi sono occupato di questo tema (con riferimento alla semiotica francese e italiana) in vari punti del mio saggio *Cronosensitività. Una teoria per lo studio filosofico dei linguaggi*, Carocci, Roma 2004.

di malati bisognosi di cura? <Chi danneggiamo> predisponendo per costoro il necessario conforto di infermieri, di medici, di ciò che serve al loro trasporto e al loro accompagnamento? A queste cose si aggiungono, come è d'uopo, i mestieri e le attività necessarie alla vita e tutti quei ritrovati che rendono una vita dignitosa; e ancora delle altre case adeguate alle attività che, tutte quante insieme, faranno ornamento al luogo (e saranno motivo di soddisfazione per il governatore, su cui ricadrà la fama)".²²

Il termine scelto da Basilio per definire il complesso è il generico *katagògia*, che significa, per lo più, "residenza". Altrove Basilio usa *ptochotrophéion*, "luogo di mantenimento dei poveri". Anche lo storico cristiano Sozomeno, che scrive a metà del quinto secolo, nel menzionare Basiliade la definisce "residenza dei poveri" (*ptochôn ... katagògion*).²³ Gregorio di Nazianzo, amico e compagno di studi di Basilio, parla addirittura di "nuova città".²⁴ Basiliade non è dunque un luogo separato, dove rinchiusere i bisognosi che il corpo sociale rifiuta di accogliere, ma il luogo dove il corpo sociale si ricostituisce attorno alla condizione del malato. Se la malattia e la povertà distruggono quel tessuto di relazioni entro le quali ogni uomo può vivere, allora Basiliade dovrà reimpiantare per prima cosa il parenchima sociale che è venuto meno. Questo indica il riferimento di Basilio alla necessità di costruire alloggi per artigiani, per il personale e per gli ospiti. Basiliade deve incarnare l'aspirazione ad una spazialità che reintegri il bisognoso, il malato, lo straniero, restituendogli quella dimensione comunitaria che il disagio o la malattia gli hanno temporaneamente sottratto.

Non v'è dubbio che la radice di questa scelta sia caritativa: varie sono le testimonianze che attestano un particolare amore di Basilio per chi soffre, per i lebbrosi ad esempio. Scriverà un altro padre cappadoce, Gregorio Nazianzeno, a proposito dell'amico:

"<Basilio> non disdegnava nemmeno di onorare il morbo [*scil.* la lebbra] con le sue labbra; anzi, quest'uomo aristocratico, nato da nobile famiglia e rivestito di un eccezionale prestigio, li abbracciava come dei fratelli (...) Ad altri i maestri della cucina, le ricche mense, i trucchi dei cuochi e le prelibatezze, o gli eleganti veicoli e quanto di più morbido e delicato vi possa essere nell'abbigliamento; ma a Basilio gli ammalati, i rimedi per le piaghe, l'imitazione di Cristo che guariva dalla lebbra non a parole ma coi fatti".²⁵

Ma sarebbe un errore vedere nel progetto di Basiliade null'altro che una manifestazione dell'evergetismo cristia-

no, un fatto, cioè, di *ethos*, e non anche – o soprattutto – un fatto di *logos*. Come ha giustamente notato Michelangelo Pelaez a proposito della medicina tardoantica, "l'impatto del cristianesimo sulla cura e l'assistenza dei malati è talmente visibile da poter essere erroneamente interpretato in chiave esclusivamente religiosa" (Ivi, p. 907).²⁶ Basilio, che praticava seriamente l'umiltà, dice poco nelle sue lettere circa le ragioni ideali del progetto. Epperò, le notazioni presenti nelle opere degli altri due Cappadoci contengono, a mio avviso, quanto basta per collegare religione e medicina in un quadro comune.²⁷ Il quale è quello dominante nella vita e nella speculazione di questo eccezionale vescovo intellettuale: la proclamazione del Cristianesimo come vera filosofia; anzi, come vera pratica del *logos*, perché fondata sulla vera conoscenza del *logos*, e cioè Cristo. Tutto il IV secolo – il secolo di Basilio, di Gregorio Nazianzeno e di Gregorio di Nissa – è un secolo teologico. E, per chi ha anche una discreta familiarità con le fonti, non è possibile immaginare un qualche aspetto della vita ecclesiale di quel tempo che fosse staccato da questa prospettiva. Tutto il Cristianesimo orientale dell'antichità è una costante affermazione del primato del *logos* sull'*ethos*. Dunque, anche Basiliade deve essere stata concepita come spazio discorsivo e non come mero atto di volontarismo filantropico. Le sue fondamenta non stanno in una scelta politica o morale, ma nella verità dell'uomo fatto a immagine e somiglianza del

²⁶ In ogni caso, "religioso" non significa qui frutto di "spontaneismo individuale". Sempre Pelaez ricorda che il Concilio di Nicea del 325 aveva stabilito che in ogni città cristiana venisse riservato uno spazio deputato all'accoglienza dei pellegrini, degli indigenti e degli ammalati. Cfr. M. Pelaez, "Medicina", art. cit., p.908.

²⁷ Un'analisi attenta delle fonti è offerta da Benoît Gain, *L'Eglise de Cappadoce au IV siècle d'après la correspondance de Basile de Césarée (330-370)*, Pont. Institut. Orient., Rome 1985. Cfr. spec. il cap. "Le Témoignage de la charité", pp. 277-89. Assai aggiornato e puntuale nell'esame critico delle fonti è il contributo di Gennaro D'Ippolito, «Malattie, malati e povertà nei testi patristici», in Rosalia Marino et alii (eds), *Poveri ammalati e ammalati poveri. Dinamiche socio-economiche, trasformazioni culturali e misure assistenziali nell'Occidente romano e in età tardoantica. Atti del Convegno di Studi (Palermo, 13-15 ottobre 2005)*, Edizioni del Prisma, Catania 2006, pp. 49-66. Sulla 'Basiliade', cfr. spec. le pp. 64s.

²⁸ Gregorio di Nissa e Gregorio Nazianzeno formavano insieme a Basilio un sodalizio omogeneo e fruttuoso. Basilio era il più autorevole dei tre. I loro scritti sono spesso frutto di una maturazione comune, come dimostrano numerosi luoghi paralleli. Appare particolarmente significativa la serie di somiglianze fra la seconda omelia *De pauperibus amandis* di Gregorio di Nissa – che qui discuteremo – e l'orazione *De pauperum amore* di Gregorio Nazianzeno (PG XXXV, 857-909); secondo A. van Heck, entrambe potrebbero discendere da un testo di Basilio poi andato perduto (cfr. *Gregorii Nysseni De pauperibus amandis orationes duo*, edidit Adrianus van Heck, Brill, Leiden 1964, pp.120-4). Tutte le citazioni sono da questa edizione.

²² Cfr. Bas., *Epistola* 94. Un altro riferimento al complesso della Basiliade è contenuto nella *Epistola* 150, indirizzata al suo figliuolo spirituale Anfilochio, giovanissimo vescovo di Iconio.

²³ Sozom. *Hist. eccles.* VI 34.

²⁴ Nell'Orazione *In laudem Basilii*, PG XXXVI 577c.

²⁵ Cfr. *Discorso* 43, 63.

Dio Trinità. Non si trattava di fare del volontariato, ma di riconoscere la verità sull'uomo e su Dio.

A sostegno di questa ipotesi, vorrei qui portare alcuni passi di Gregorio di Nissa, che fu anch'egli vescovo, ma che, soprattutto, era fratello, discepolo e interprete di Basilio.²⁸ Si tratta dunque di testimonianze che ci fanno penetrare nell'ambiente teologico e pastorale comune ai Padri Cappadoci: un vero e proprio "sodalizio filosofico" da cui sono scaturite tante iniziative decisive per la vita della Chiesa. Mi limiterò a pochi passaggi, rimandando il lettore ad altri miei contributi per una analisi puntuale.²⁹ Nel primo scritto Gregorio descrive il processo della creazione dell'uomo come la costruzione di uno spazio linguistico in cui "ragione" e "natura" si incontrano, mentre nel secondo – quasi un'immagine speculare – descrive la malattia, la *nosos*, come il processo all'indietro che decostruisce questo stesso spazio. I due testi non sono solo complementari.

3.1. Mani, bocca e linguaggio nella creazione dell'uomo

Il trattato *De hominis opificio*³⁰ fu scritto da Gregorio nell'anno stesso della morte di Basilio, avvenuta – secondo calcoli recenti – l'1 settembre 378³¹. Gregorio si propone esplicitamente di completare il testo dell'*Hexaemeron*, proprio partendo dal punto in cui l'aveva lasciato incompiuto la scomparsa prematura del fratello: la creazione dell'uomo "a immagine e somiglianza" e il posto a lui riservato nella ontologia del cosmo. Piuttosto sorprendentemente, in questo testo si configura come una visione *dinamica* della anatomia umana. Se volessimo usare termini moderni, diremmo che, a differenza di una gran parte della filosofia e della medicina del suo tempo – che trattavano l'uomo come *Körper*, cioè come oggetto esteso o sostanza in senso ontologico – Gregorio ha di mira il "corpo vivente" dell'uomo, il suo *Leib*. Egli comincia interrogandosi sul perché della stazione eretta dell'uomo (*dià ti òrthion toû anthròpou tò schêma*) e pone la risposta in relazione con il possesso del linguaggio da parte dell'uomo. Le mani, egli argomenta, sono nell'uomo strumento del linguaggio (*dià tòn lògon hai chêires*); per questo esse si sono affrancate dalle necessità relative al cibo e alla locomozione, rendendo differente l'uomo rispetto alle altre creature (cap. 8). L'abilità manuale dell'uomo era già stata notata dai filosofi greci, tra i quali si era anzi sviluppato un acceso dibattito tra i partigiani di differenti concezioni. Aristotele riteneva la mano uno

strumento polivalente, dato all'uomo in ragione della superiorità della sua intelligenza su quella degli animali (cfr. *PA*, 687a19), mentre, prima di lui, Anassagora aveva asserito che è proprio grazie al possesso delle mani che l'uomo può superare per intelligenza tutti gli animali (cfr. *A* 102 Diels-Kranz).³² Il medico Galeno aveva ripreso questo dibattito, cogliendo la natura *multi-purposal* delle mani (cfr. *De usu partium* I, 3.5) e schierandosi a favore dello strutturalismo aristotelico contro l'evoluzionismo del filosofo ionico. Con Gregorio di Nissa si afferma una visione anatomica non più solo naturalistica. Egli intuisce che il legame fra la stazione eretta e la liberazione delle mani è funzionale al linguaggio articolato. E, *per primo*, integra nel sinergismo di "bipedalità" e "manualità" anche la "faccialità" dell'uomo, il suo *pròsopon* che è rivolto verso l'alto e non, come negli animali, verso il basso:

"Così come è possibile vedere i musicisti far musica secondo il tipo degli strumenti che adoperano – e non trarre suoni flautati da un chitarrone né schitarrare sui flauti – allo stesso modo, bisognava che la conformazione degli organi fosse funzionale al linguaggio, così da essere naturalmente orientata alla produzione dei suoni che sono parte delle parole; per questo le mani sono state co-articolate al corpo (...) Se infatti l'uomo non avesse le mani, le parti del suo volto (*pròsopon*) sarebbero in lui configurate per i bisogni della nutrizione, come negli animali a quattro zampe (...) Ora che le mani sono state, invece, articolate al corpo, la bocca è libera per servire al linguaggio. Pertanto, le mani sono proprie della natura linguistica, avendo il creatore voluto significare (*epinoèsantos*) la disposizione [*scil.* dell'uomo] al linguaggio". (*De hom. op.*, 148.30 ss).

Che l'uomo sia un "animale linguistico" (*logikòn ti zòn*),³³ non dipende però da una qualche storia evoluzionista, bensì dal rapporto che egli intrattiene fin dalla sua creazione con il prototipo divino. Un altro passo del *De hominis opificio* (133.50a ss.) è di capitale importanza per la tesi di Gregorio ed anche per il discorso che qui si sta svolgendo. Il Nisseno, commentando *Genesi* 1, 26, mette in evidenza due cose: la prima è che l'uomo rappresenta il vertice e il punto di "catastrofe"³⁴ nel piano, altrimenti li-

²⁹ Cfr. di chi scrive, *Persona e linguaggio in Gregorio di Nissa*, Università di Macerata (mimeo), Macerata 2005.

³⁰ Cito e traduco dal testo di Hadwiga Horner, *Gregorii Nysseni Opera*, (= GNO), IV/2.

³¹ E non l'1 gennaio 379, come prima ritenuto dai più. Per questo problema cfr. Pierre Maraval, «La date de la mort de Basile», in *Revue des Études Augustiniennes*, 34(1988), pp. 25-38.

³² Le posizioni dei due filosofi, sono in realtà speculari; infatti «mentre per Aristotele la mano funziona come strumento (*òrganon*) dell'intelligenza pratica, e la natura ne ha dotato l'uomo in funzione di quella, per Anassagora l'uomo acquista, o possiede o esercita l'intelligenza come conseguenza del possesso delle mani, in una prospettiva "evoluzionistica" che Aristotele non poteva condividere» (Oddone Longo, *Scienza Mito Natura. La nascita della biologia in Grecia*, Bompiani, Milano 2006, p. 101).

³³ "Animale linguistico" è cosa diversa da "animale razionale". Non è questa la sede per argomentare, ma ritengo che solo la prima sia fedele al pensiero di Gregorio.

³⁴ Uso l'espressione "catastrofe" con il significato che ha nella topologia moderna. In parole semplici, una catastrofe è la rottura di

neare, della creazione; la seconda è che, in conseguenza di ciò, è la natura umana che viene creata in funzione dell'immagine di Dio nell'uomo e non viceversa. Ecco la mia traduzione di tutto il passaggio:

“Disse infatti Dio: *“Faremo l'uomo secondo l'immagine e la somiglianza nostra (κατ' εἰκόνα ἡμετέραν, καὶ ὁμοιωσιν), e dōmini sui pesci del mare e sulle bestie della terra e sugli uccelli del cielo, e sugli animali e su tutta la terra”* Che meraviglia! Il sole viene creato e non c'è nessuna deliberazione che lo preannunci. Viene creato il cielo, cui nulla nella creazione è pari, ed una tale meraviglia viene fatta d'un sol motto (ῥήματι μόνῳ), senza che il contesto linguistico precisi da dove viene fatto, né a qual fine, né altro di simile (οὔτε ὅθεν, οὔτε ὅπως, οὔτε ἄλλο τι τοιοῦτον παρασημασμένου τοῦ λόγου). E lo stesso accade per ciascun'altra creatura, per il cielo, per le stelle, per l'aria intermedia, il mare, la terra, gli animali, le piante: ogni cosa è portata all'essere con la parola (πάντα λόγῳ πρὸς γένεσιν ἀγεται). Solo nel caso della creazione dell'uomo, il creatore di tutto procede passo passo: quasi volesse predisporre in anticipo la materia (ὑλὴν) con cui dargli sostanza e il modello sulla cui bellezza esemplarlo (ἀρχετύπῳ τινὶ ἰσάλλει τὴν μορφήν ὁμοιωσά); e quasi che, solo dopo aver stabilito lo scopo per cui lo creava, egli volesse provvederlo di una natura adatta a tale scopo e familiare con le operazioni (ταῖς ἐνεργείαις), adeguata cioè al progetto”.

Detto altrimenti: Gregorio prende molto sul serio il racconto biblico della creazione. E interpreta l'espressione “Facciamo l'uomo” non come un *pluralis maiestatis* di Dio, ma come uno *schiodersi dello spazio dialogico fra le persone della Trinità*: ecco comparire l'elemento di discontinuità: lo statuto ontologico dell'uomo viene “pensato a più voci”, e questo ha conseguenze sulla sua *physis*. L'uomo non è sola natura, ma immagine capace di somiglianza con le persone divine. In questo sta la sua grandezza (cap. 16). Le conseguenze di questi *ontological commitments* per la filosofia saranno oggetto dell'intera opera del vescovo di Nissa, mentre il lungo capitolo che chiude lo scritto manifesta la grande competenza dell'autore in fatto di medicina e di fisiologia (cap. 30). La nozione di *physis* è, d'altra parte, semanticamente ambigua, e questo emerge dalle osservazioni di Gregorio in merito alla posizione dell'uomo nel creato. In un primo momento, Gregorio osserva che “la natura umana (...) fu fatta come un'immagine vivente che ha comunanza con il suo archetipo quanto alla dignità e al nome” (136.39). Poi, però, consta-

ta che “l'uomo giunge alla vita nudo di protezioni naturali, inerme, povero e indigente, degno in apparenza di venire piuttosto commiserato che reputato felice” (140.49). Tutto ciò dà vita ad un apparente paradosso. Da un lato, l'uomo è immagine di Dio, ma dall'altro, è stato creato povero e bisognoso di tutto, indigente persino delle cose necessarie alla propria sussistenza. Dov'è allora in lui – domanda Gregorio – l'impronta divina? La soluzione – come si vedrà meglio nelle conclusioni – consiste nella distinzione tra *persona* e *natura*, che Gregorio e Basilio teorizzarono esplicitamente in varie altre opere³⁵, e che qui vediamo accennata in modo più sfumato. L'uomo è immagine del Dio personale, della sua “polifonia” trinitaria, ma è indigente perché tale è la sua natura umiliata dal peccato.

In conclusione di questa parte ci sia permessa una osservazione più generale. Da questo trattato sembra emergere una visione olistica della creatura umana e della sua energia vitale, insieme ad una sorprendente spiegazione dei limiti del naturale. Spiegazione che – giusto per tentare un paragone moderno – appare assai più interessante che non le teorizzazioni dei creazionisti americani sull'*intelligent design*. Per Gregorio la natura non è autarchica, e, pertanto, non è in grado di garantire a se stessa un destino di sopravvivenza *qua* natura. Questo punto è degno di attenzione particolare, se lo colleghiamo al dibattito epistemologico contemporaneo. Molti dei cosiddetti creazionisti, tra i quali i teorici dell'*intelligent design*, dimenticano talora che una nozione di *physis* solo creazionista non sarebbe veramente compatibile con la filosofia cristiana. Conviene ribadire perciò che la spiegazione elaborata dai Padri greci (e poi dalla teologia orientale in special modo) è un po' più sottile del crudo creazionismo, poiché riguarda tanto la dottrina della creazione quanto quella della redenzione. Essa ha un aspetto creazionista nel fatto di spiegare l'unità essenziale del genere umano, la sua *ousia*, riconducendola all'unità del creato.³⁶ Ma ha un aspetto, diciamo così, “redenzionista” nel riconoscere che, solo grazie all'umanizzazione di Cristo, la natura è veramente restituita alla sua

³⁵ Cfr. Giulio Maspero, *La Trinità e l'uomo*, Città Nuova, Roma 2004. Sugli aspetti logici di questa distinzione, cruciale nella semantica del linguaggio dei Padri, mi permetto di rimandare al mio articolo “Filosofia del linguaggio”, in L. F. Mateo-Séco e G. Maspero (eds), *Gregorio di Nissa. Dizionario*, Città Nuova, Roma 2007, pp. 289-95; (ed. orig. spagnola, Monte Carmelo, Burgos 2006, pp. 453-63).

³⁶ La nozione di *physis* è oggetto di un dibattito fra gli studiosi dell'opera di Gregorio. Una buona rassegna delle posizioni—con una originale teorizzazione dell'autore—si trova nel lavoro di Johannes Zachhuber, *Human Nature in Gregory of Nyssa*, Brill, Leyden 2000. Per quanto concerne la “persona”, mi limito a segnalare il contributo più recente di Lucian Turcescu, *Gregory of Nyssa and the Concept of Divine Persons*, Oxford Univ. Press, New York 2005.

un percorso lineare mediante una accelerazione che introduce discontinuità. La creazione dell'uomo introduce, nella linearità della natura, la novità della “immagine e somiglianza”: è questo evento—nota acutamente Gregorio—che differenzia l'uomo da ciò che è semplice *physis*.

profondità ontologica. È nella partecipazione alla *persona* di Cristo che la natura umana viene messa in rapporto con la natura divina. Da qui scaturisce anche per la scienza medica una nuova nozione di salvezza/salute, che non riguarda solo la *physis*, ma anche la persona, il *pròsopon* dell'ammalato. La conseguenza sorprendente è che proprio a causa di questa naturale, fisiologica "astenia", *l'uomo si trova in una condizione di apertura all'ente* sconosciuta agli esseri privi di linguaggio.³⁷ Questa apertura, come si vedrà adesso, passa soprattutto attraverso l'esperienza sfigurante della malattia.

3.2. La malattia come decostruzione dello spazio linguistico

Se il *De hominis opificio* si occupa dell'uomo quale è uscito dalle mani del creatore, le due omelie *De pauperibus amandis*³⁸, ci mettono di fronte una umanità varia e degradata, fatta del corpo informe di indigenti, poveri e soprattutto di malati. Spettacoli del genere non erano infrequenti nella Cappadocia del IV secolo e Gregorio dovette a più riprese assistervi. Folle di disperati stazionavano davanti alle porte delle case, ovvero si stendevano a dormire a cielo aperto, avendo come "residenza" (*katagògia*) portici e angoli delle piazze (96.16). Tra essi non pochi erano i malati, defedati (*astenoûntes*) o addirittura incapaci di posizione eretta (*katakéimenoî*) (97.22ss): poveri – questi ultimi – due volte, perché sempre e soltanto in attesa (cfr. 98.1-5). Errabondi e selvatici (cfr. 97.6-8), questi "infiniti Lazzari" (*myríoî Lázaroî*), dovettero colpire molto Gregorio. In più punti egli annota come la malattia abbia cancellato o reso irrecognoscibile in ciascuno di essi i caratteri individuali (gli *gnorismata*), riducendo l'essere umano alla stregua di una presenza ibrida, ambigua, inquietante (114.13 ss):

³⁷ Concezione bifronte; ché, per un verso, risente delle teorie cosmogoniche già reperibili nella filosofia greca (cfr., e.g., l'apologo della *nèmesis dynàmeon* di Epimeteo nel dialogo *Protagora* di Platone); ma che, per altro verso, sembra precorrere il tema della "finitudine" che riapparirà a più riprese nelle filosofie del Novecento.

³⁸ La datazione delle due orazioni è controversa. J. Daniélou ha proposto gli anni 382/4; mentre l'editore dei due testi, Adrian van Heck, ritiene probabile che la seconda, almeno, sia anteriore alla morte di Basilio. Quanto al genere letterario, l'omelia tardoantica era una vera e propria conferenza, che, in luogo d'esser tenuta da un sofista di professione era proclamata dal vescovo. L'equivalenza fra il genere profano della *diàlexis* e quello liturgico della *homilia*, con particolare riguardo ai padri Cappadoci, è l'argomento del mio "L'omelia come conferenza spirituale", in *Pan. Studi del Dipartimento di civiltà euro-mediteranee e di studi classici, cristiani, bizantini, medievali, umanistici*, 18-19 (2001), pp. 265-85.

"Tu vedi l'uomo che, a causa di una malattia insidiosa, è stato trasformato in una figura di quadrupede (*ὄρας ἀνθρώπου διὰ τῆς πονηρᾶς ἀσθενείας εἰς τετραπόδου σχῆμα μεταπλασσομένον*), che al posto degli zoccoli e degli artigli ha assunto come arti dei bastoni, aggiungendo un nuovo tipo di impronta sulle strade percorse dagli uomini. Chi riconoscerrebbe che quella impronta sulla strada è la traccia lasciata da un uomo? Uomo, sì. Quell'uomo che fu dotato della stazione eretta (*ἀνθρώπος, ὁ τῷ σχήματι ὀρθίος*); che fu dotato di uno sguardo rivolto verso il cielo; quell'uomo che ebbe per natura le mani quali strumenti per operare (*ὁ τὰς χεῖρας πρὸς τὴν τῶν ἔργων ὑπηρεσίαν παρὰ τῆς φύσεως ἔχων*). Ebbene, quest'uomo è ora rivolto verso terra ed è divenuto un quadrupede, e poco manca che diventi una creatura priva di linguaggio (*ἄλογος*) (...). Anzi, per dirla tutta, l'uomo è divenuto più disgraziato delle creature senza linguaggio. Queste, infatti, conservano, per lo più fino alla fine, i tratti distintivi che ebbero alla nascita; e nessuno di questi caratteri naturali viene trasformato in un diverso tratto da una sventura simile. Mentre quest'uomo qui, quasi che avesse cambiato natura, sembra proprio un'altra cosa che non l'essere vivente che siamo abituati a conoscere (*ὥσπερ ἀλλαγθείσης τῆς φύσεως ἄλλο τι φαίνεται καὶ οὐ τὸ σὺνηθες ζῶον*). Ora, qual è l'uomo che siamo abituati a conoscere? Ma è chiaro: è l'uomo che Gregorio aveva presentato, quasi con le stesse parole, nel *De hominis opificio*. Quello che allora era un crescendo di attributi naturali e linguistici viene ora ripercorso in una *anticlimax*, come una inesorabile decostruzione dell'essere creato. Vediamo ora come la malattia tolga all'uomo la stazione eretta e l'ufficio "linguistico" delle mani (115.5ss):

"Le mani di quest'uomo assumono l'ufficio di piedi, le ginocchia diventano punto di appoggio, mentre i veri piedi e le caviglie scompaiono del tutto o si trascinano a cascata come dei ganci che penzolano dal di fuori (*αἱ χεῖρες αὐτοῦ τὴν τῶν ποδῶν χρῆσιν καταλαμβάνουσι, τὰ γόνατα βάσεις γίνονται*). E tu, che vedi l'uomo in tali condizioni: provi forse compassione per la vostra origine comune? hai forse pena di questo tuo conspecifico? O non provi piuttosto disgusto per la disgrazia e odio per lui che ti supplica, e ti guardi dal lasciarlo avvicinare quasi dovessi scansare l'assalto di una bestia feroce?"

Impossibile resistere alla tentazione di accostare in parallelismo i due testi, quello della creazione e questo della decostruzione, le zampe che "divennero mani" alle ginocchia che "divengono piedi". Come nella fiaba di Cenerentola, l'effetto della malattia è però soprattutto logico e semantico: l'uomo, reso irrecognoscibile dalla malattia, ha perso gli *gnorismata* che ne facevano un individuo particolare; ma – sciagura ontologica ben più grave – ha perduto anche la possibilità di essere riconosciuto e appellato mediante il predicato comune di "uomo". La natura del-

l'uomo è divenuta imprevedibile: ogni tassonomia filosofica o semplicemente prossemica è impedita. La malattia ha reso impossibile che di "questa cosa qui" (il *tòde ti della filosofia*) si possa dire che "è un uomo" (*ànthropòs estin*); (cfr. 118, 6). Il malato appare a Gregorio – e a noi oggi – così come l'uomo che fu spogliato dai briganti mentre scendeva da Gerusalemme a Gerico apparve al buon Samaritano: un *prossimale*, senza più somiglianza con Dio, né appartenenza sociale o identità etnico-religiosa, una variabile senza valore. Che volle fare Basilio dinanzi ai tanti Lazzari di questo spazio incolto e selvaggio? "Che cosa dobbiamo fare?", si era chiesto Gregorio nella seconda omelia *De pauperibus amandis*. E la risposta, in entrambi i casi, fu Basiliade, ospedale e città degli infiniti Lazzari. Atto di grande carità da parte del vescovo che la progettò e, di tasca propria, la fece costruire, ad onta delle tante difficoltà interposte dai pagani. Ma, anche e soprattutto, impresa teologica e filosofica: un trattato trinitario scritto con le pietre e con i corpi malati invece che con lo stilo e le pergamene. Ma il cui tessuto di enunciati, il cui significato, rimane uguale, nonostante che diverso sia il contesto della enunciazione. Lo rivelano le parole del Nisseno, che qui vogliamo citare ancora (da 114.3-5 a 115.19-23):

"Cosa dunque si deve fare? Non contrastare la disposizione dello spirito. La quale consiste nel non reputare altro da noi coloro che condividono la nostra stessa natura (*τὸ μὴ ἀλλοτριόσθαι τὸν κοινωνούντων τῆς φύσεως*) [...] Tu che sei uguale secondo natura al malato fuggi il tuo conspecifico? No, fratello, non farlo; non ti piaccia questo cattivo consiglio. Riconosci chi sei tu e chi coloro sui quali prendi una decisione; riconosci che sei un uomo che decide di uomini, riconosci che non possiedi nulla in te che sia tuo, a parte la comune natura".

E, più esplicitamente, nella prima omelia sull'amore dei poveri (98.23-99, 4):

"Non disprezzare questi che giacciono come non valessero niente. Calcola: chi sono? e troverai il loro valore; sono quelli che hanno indossato il *pròsopon* del salvatore nostro (*Λόγισαι τίνες εἰσὶ καὶ εὐρήσεις αὐτὸν τὸ ἀξίωμα τοῦ σωτῆρος ἡμῶν τὸ πρόσωπον ἐνεδύσαντο*). Infatti, lui che ama gli uomini (*ὁ φιλόανθρώπος*) ha concesso ad essi il suo *pròsopon* (*ἔχρησεν αὐτοῖς τὸ ἴδιον πρόσωπον*), perché a mezzo suo conquistassero quelli che non provano nulla e quelli che provano odio verso i poveri. Come fanno alcuni, esponendo le immagini del re di fronte ai violenti, perché le sembianze dipinte del sovrano li dissuadano dal compiere violenza".

La malattia erode i segni della individualità e spesso rende irrecognoscibile la stessa sostanza umana. Lo spazio logico in cui potrebbe operare la filantropia è temporaneamente rimosso. L'uomo non è più *questo* individuo particolare, né uno degli individui che condividono il predicato "uomo". Come abbiām detto, si trova decostruito fino

ad essere una *variabile libera e imprevedibile*, senza valore. Ma – e qui sta la teologia caritativa da cui nacque Basiliade – proprio questa riduzione ai minimi termini rende possibile che la variabile senza valore, questa "x" che nessun predicato più vuole, prenda il posto di una lettera ben più importante: la lettera greca "X" iniziale della parola *Χριστός*. La lettera che, da sola, simboleggia la figura di Cristo, il suo *pròsopon*; quella con cui i cristiani usavano segnarsi la fronte, perché era anche il segno della croce di Cristo, della sua sofferenza. Lo spazio decostruito dalla malattia può essere ricostituito – in forme logiche nuove – grazie al valore aggiunto della persona, che integra l'astenia della *physis* nella nuova economia umano-divina di Cristo, vero medico perché vero paziente.

4. Sguardo clinico e sguardo cinico

La nascita della clinica segna la nascita di un modo nuovo di guardare il corpo del malato e i segni della malattia. Accade in Occidente verso la fine del XVIII secolo, quando – come ha osservato Michel Foucault³⁹ – lo spazio della malattia viene riconosciuto entro lo spazio corporeo del malato, vivo o anatomizzato che sia. È accaduto altre volte ed accadrà ancora. Ogni sguardo nuovo, ma non *naïf*, è un potenziale *sguardo clinico*. Esso sintetizza e dirige in un solo fuoco modi di guardare che erano prima distinti. Ogni medicina "scientifica" rivendica contro le precedenti forme di terapia, l'acutezza di questo sguardo, che rende visibile la natura comune (la *koinè physis*) nelle fattezze mutevoli della natura individuale (la *idikè physis hekàstōn*). Lo sguardo clinico richiede per la sua realizzazione uno spazio discorsivo comune al medico e al paziente. Esso non potrebbe nascere, per esempio, nella medicina divinatoria della Mesopotamia o della Grecia arcaica; né nella pratica degli sciamani, o dei guaritori itineranti di ogni epoca. Lo *iatròmantis* non cerca risposte nel corpo del malato, non lo guarda clinicamente. La malattia e il malato occupano spazi differenti. L'attitudine alla esplorazione del paziente si sviluppa invece con la medicina ippocratica, per tornare poi con i medici empiristi del Settecento e con gli scienziati positivi del secolo scorso. La nascita della clinica è in ogni tempo la possibilità di rendere visibile la natura al di fuori della sua dimensione magica.

L'occhio clinico traccia un confine netto fra conoscenza e incantamento. Tuttavia, la perdita di incanto prodotta dalla conoscenza impoverisce il malato, togliendo al suo

³⁹ Michel Foucault, *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Puf, Paris 1963; trad. it., *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino 1969, p. 16.

corpo ogni riferimento allo spazio cosmologico, al dio, al senso: egli non agisce più, come il suo antenato tribale, quale immagine del cosmo. Dinanzi al medico che lo osserva analiticamente, si sente nudo, pubblicato, circoscritto. Non c'è tegumento che ne protegga l'io sociale, o *collective skin* che ne difenda lo spazio corporeo dalle incursioni dello sguardo. Nessuno, credo, avverte mai tanto la solitudine del sé come quando si trova ammalato in ospedale o quando vi si reca per visitare un parente, un amico. «L'ospedale», ha scritto una volta Ruggero Pierantoni, «è il luogo dove più si certifica il fatto semplice liberatorio egoistico e tormentoso della intrasferibilità della sofferenza fisica. La tieni per le mani, ma non serve. Neppure una goccia di quel dolore lascia il suo corpo. Ma resta aggrumato tutto dentro e non filtra, non trova finestre, non scolla non perfora non macchia fuori». ⁴⁰ Nel dolore e nella malattia l'uomo si trova ad essere ciò che Riccardo da san Vittore, nel Medioevo, definiva una "persona": *spiritualis naturae incommunicabilis existentia*, esistenza non partecipabile ad altri, incommista solitudine di una natura evanescente. Lo sguardo rivolto alla sola natura condanna; forse uno sguardo altro può assolvere?

Anche il cristianesimo fu, ed è tuttavia, un modo nuovo di guardare il mondo, l'uomo, sensibilmente il malato e la malattia. Gesù aveva questo sguardo: lo stese infinite volte sui malati, sui lebbrosi, persino sui morti. Una "clinica" cristiana – come quella che ispirò la cittadella ospedaliera della Basiliade – doveva avere lo sguardo di Cristo. Questo ci han detto i testi di Basilio e di Gregorio. Questo leggiamo nel progetto della loro carità e nella prassi ospedaliera. Ma da dove nasceva questo sguardo? e che rapporto aveva con la *physis*, la natura dell'uomo? La lezione dei Padri greci insegna che la carità può non essere mero volontarismo e che una medicina fondata sul Cristo non è un *ethos* al pari degli altri. La carità ospedaliera è di fatto il modello ontologico della esistenza trinitaria, che enuncia la verità sull'uomo e quindi può pronunciarsi sulla sua vera salute. Allo spazio logico della medicina filosofica che curava singole affezioni in singoli pazienti, allo spazio taumaturgico e intimista dell'Asclepieo di Pergamo, Basilio ha cercato di sostituire *uno spazio sociale nel quale la pluralità ontologica della persona potesse suggerire la struttura del tessuto sociale malato o mancante*. Non per astratta pietà egli chiama all'azione il clinico ospedaliero, ma in ossequio alla verità del *logos*, di cui la creatura sofferente è l'immagine ontologicamente più attendibile. Basiliade dov'essere questa forma della clinica cristiana nata per cercare nell'individuo – in ciò che esso non era più – la persona rivelata da Cristo. Una clinica a servizio del *logos* prima che dell'*ethos*.

⁴⁰ Ruggero Pierantoni, *Verità a bassissima definizione. Critica e percezione del quotidiano*, Einaudi, Torino 1998, pp. 148-9.

Il progetto Basiliade può ancora parlare all'uomo d'oggi?

«Un aggregato di prodotti malati che si cercano e si stringono insieme». Così definì i cristiani il filosofo Friedrich Nietzsche, durante uno dei suoi ultimi *intervalla insaniae* (frg. 14[91]*). ⁴¹ Parole sarcastiche, è vero; ma che, in certa misura, contengono una verità. La stessa immagine, infatti, pur rovesciata di segno, la ritroviamo in Gregorio di Nissa, collocata nel punto ⁴² in cui l'oratore descrive una folla di malati erranti, il groviglio dei loro corpi storpiati che si spostano di luogo in luogo, come greggi transumanti in questua d' un pascolo abbondante per tutti. Gregorio, appassionato cultore della medicina, getta uno sguardo clinico su questi derelitti: «ciascuno, per suo conto mutilato, a farsi sostegno dell'altro, adoperando qualcuno degli arti rimastigli per compensare quelli che mancano all'altro. Malati che non spuntano alla vista uno appresso all'altro; ma anche in questa condizione miserabile c'è una certa sapienza che tende alla sopravvivenza: essi vogliono che li si veda insieme a stringersi l'uno all'altro» (119. 3-7). Erano proprio questi rottami vaganti in uno spazio *àgrios*, selvaggio, che Basilio voleva ricomporre in un corpo solo, senza doverli fondere insieme in un anonimo aggregato di prodotti malati. Lo sguardo di Gregorio, che raccoglie la lezione di Basilio, è clinico; quello di Nietzsche è piuttosto uno sguardo cinico.

In realtà, nulla infastidiva il "superuomo" Nietzsche più della pretesa cristiana di dare un corpo e uno spazio ai deboli della terra. Egli identificava cristianesimo e malattia, tanto da chiamare Cristo «un dio dei malati». ⁴³ I cristiani tutti erano per lui come malati e solo i malati finivano col diventare cristiani. Un frammento dello stesso periodo riporta queste parole:

«L'individuo fu tenuto dal cristianesimo così importante, posto in modo così assoluto, che non lo si poté più *sacrificare*; ma la specie sussiste solo grazie a sacrifici umani (...). Se il degenerato e il malato ("il cristiano") devono avere altrettanto valore del sano ("il pagano") o ancora di più, secondo il giudizio di Pascal sulla sanità e la malattia, allora il corso naturale dell'evoluzione è impedito e la *non-naturalità* è fatta legge». ⁴⁴

Il ritorno al paganesimo auspicato da Nietzsche era il tentativo di una impossibile restaurazione della "medicina" di Dioniso, il dio del linciaggio purificatore. Ma il filosofo, pur

⁴¹ F. Nietzsche, *Opere di Friedrich Nietzsche*, edizione italiana diretta da Giorgio Colli e Mazzino Montinari, Adelphi, Milano 1974; Volume VIII, Tomo III, *Frammenti Postumi 1888-1889*, versione di Sossio Giametta, PRIMAVERA 1888, p. 58. Corsivo dell'autore.

⁴² Cfr. *De pauperibus amandis*. II, 118.22 ss.

⁴³ Cfr. F. Nietzsche, *Frammenti postumi*, op. cit., MAGGIO-GIUGNO 1888, frg. 17[4], p. 314.

⁴⁴ Ivi, PRIMAVERA 1888, frg. 15 [110], p. 257.

nella nebbia progressiva che aggredi i suoi ultimi anni in sanatorio, vide proprio nel cristianesimo l'ostacolo storico al progetto: «Questo amore universale è in pratica un *trattamento preferenziale* per tutti i sofferenti, falliti, degenerati: (...) La vera filantropia vuole il sacrificio per il bene della specie – è dura, è piena di autosuperamento, perché abbisogna del sacrificio dell'uomo. E questo pseudoumanesimo che si chiama cristianesimo, vuole giungere appunto a far sì che *nessuno venga sacrificato*» (*Ibid.*). Il paganesimo, dunque, come medicina dei forti, medicina della specie; e il cristianesimo come tentativo di repressione della vitalità naturale. Se Nietzsche avesse visto la cittadella di Basiliade l'avrebbe certo odiata. Perché era una città costruita sui malati, attorno ai deboli, autentico spazio sociale in cui le "pietre scartate" sono divenute "testata d'angolo". Il fatto rilevante è però che, con Nietzsche, la filosofia del Novecento torna ad occuparsi dell'idea di salute dell'uomo. E torna a farlo nei termini di una alleanza tra religione pagana e medicina pagana. L'antitesi è ora questa: *Dioniso contro il Crocifisso*, la religione dei sani contro quella dei malati, la medicina della specie contro la cura dell'individuo.⁴⁵ Sappiamo quali conseguenze "medico-cliniche" le follie totalitarie sapranno trarre da questi parafernali.

Il mondo contemporaneo non ha ancora ricucito le vecchie ferite inferte all'umanità dalla trasformazione dello sguardo clinico in uno sguardo cinico. Le mura ospitali della Basiliade di sedici secoli fa non sono più visibili, mentre tutti ricordiamo le orribili recinzioni dei *Lager* e dei *gulag* del Secolo Breve. Lo spazio di Cristo e quello dell' "anticristo" sono ancora i luoghi terminali dell'immaginario clinico odierno. Ma, se questi ultimi evocano il terrore di una "medicina" impazzita che annulla la persona, l'antica Basiliade può offrirsi ancora come il luogo dove la natura individuale dell'uomo viene accolta come un valore in sé senza più dover essere sacrificata (alla scienza, alla specie, alla forza, a questa o quest'altra ideologia della salute o della natura). Non, però, in ossequio ad un *ethos*, bensì come conseguenza di una verità sull'uomo. Il quale non è solo natura ma, insieme, natura e persona. Come e quanto questo suggerimento teoretico possa essere tradotto in una "clinica" e in una prassi ospedaliera non saprei dire qui ed ora. Posso solo pensarci e farmene apostolo, sperando che qualcuno lo raccolga e lo sviluppi in un progetto. Un nuovo progetto di clinica; magari ancora una volta chiamato "Basiliade".

⁴⁵ Quella di Nietzsche è una figura ancora molto dibattuta, certamente cardinale nello sviluppo della *Weltanschauung* moderna. Nel panorama critico è sicuramente originale la lettura della storia umana e intellettuale di Nietzsche data dall'antropologo René Girard in vari suoi saggi. In particolare desidero qui menzionare la raccolta di René Girard e Giuseppe Fornari, *Il caso Nietzsche. La ribellione fallita dell'anticristo*, Marietti 1820, Genova-Milano 2002.

Ringrazio il mio maestro, professor Gennaro D'Ippolito, per avere letto il manoscritto, dandomi – come sempre – preziosi suggerimenti. A lui dedico questo lavoro. Al momento di andare in stampa non ho ancora potuto ricevere dagli USA il volume di Andrew T. Crislip, *From Monastery to Hospital. Christian Monasticism & the Transformation of Health Care in Late Antiquity* (Univ. of Michigan Press, Ann Arbor 2005) di cui solo in parte conosco il contenuto. Ho dovuto così rinunciare a trattare il rapporto fra vita monastica e nascita degli ospedali nella cristianità greca tardoantica. Ma spero di far meglio in una seconda versione del mio lavoro.

Bibliografia

Le menzioni dei Padri della Chiesa si basano rispettivamente, per Basilio di Cesarea, sul testo delle *Epistulae* curato da Yves Courtonne; per Gregorio di Nissa, sulla edizione *Gregorii Nysseni Opera* (=GNO) iniziata da Werner Jaeger per l'editore Brill di Leiden.

1. Andò V. Introduzione. In Ippocrate. Natura della donna. Rizzoli, Milano 2000.
2. Benveniste E. Le vocabulaire des institutions indo-européennes. Minuit, Paris 1969. Trad. it. Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee. Einaudi, Torino 1976.
3. Cozzo A. Tra comunità e violenza. Ethos, logos e conoscenza nella Grecia antica. Carocci, Roma 2001.
4. D'Ippolito G. Malattie, malati e povertà nei testi patristici. In Marino R et al. (eds.) Poveri ammalati e ammalati poveri. Dinamiche socio-economiche, trasformazioni culturali e misure assistenziali nell'Occidente romano e in età tardoantica. Atti del Convegno di Studi (Palermo, 13-15 ottobre 2005). Edizioni del Prisma, Catania 2006.
5. Dodds ER. The Greeks and the Irrational. Univ. of California Press, Berkeley, Los Angeles 1951. Trad. it. I Greci e l'irrazionale. La Nuova Italia, Firenze 1978.
6. Foucault M. Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical, Puf, Paris 1963; trad. it., Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane. Einaudi, Torino 1969.
7. Gain B. L'Eglise de Cappadoce au IV^e siècle d'après la correspondance de Basile de Césarée (330-370). Pont. Instit. Orient., Rome 1985.
8. Giammellaro P. Fuori e dentro la città: incantatori e sacerdoti itineranti nella Grecia antica. Hormos. Quaderni di Storia antica. 2001-2002; 3-4: 21-86.
9. Ginzburg C. Miti Emblemi Spie. Morfologia e storia. Einaudi, Torino 1986.
10. Girard R, Fornari G. Il caso Nietzsche. La ribellione fallita dell'anticristo. Marietti 1820, Genova-Milano 2002.
11. La Matina M. Cronosensibilità. Una teoria per lo studio filosofico dei linguaggi. Carocci, Roma 2004.
12. La Matina M. Filosofia del linguaggio. In Mateo-Séco LF, Maspero G. (eds.) Gregorio di Nissa. Dizionario. Città Nuova, Roma 2007:289-95.
13. La Matina M. L'omelia come conferenza spirituale. Pan. Studi del Dipartimento di civiltà euro-mediterranee e di studi classici, cristiani, bizantini, medievali, umanistici. 2001; 18-19: 265-85.
14. La Matina M. Persona e linguaggio in Gregorio di Nissa. Università di Macerata (mimeo), Macerata 2005.
15. Longo O. Scienza Mito Natura. La nascita della biologia in Grecia. Bompiani, Milano 2006.
16. Manetti G. Le teorie del segno nell'antichità classica. Bompiani, Milano 1987.

17. Maraval P. La date de la mort de Basile. *Revue des Études Augustiniennes*. 1988; 34: 25-38.
18. Maspero G. La Trinità e l'uomo. Città Nuova, Roma 2004.
19. Nestle W. Griechische Religiosität. 3 Bände, Teubner, Berlin-Leipzig 1930-1934. Trad. it. parz. Storia della religiosità greca. Paideia, Brescia 1973.
20. Nicosia S. a cura di. Elio Aristide, Discorsi sacri. Adelphi, Milano 1984.
21. Nicosia S. Elio Aristide nell'Asclepieo di Pergamo e la retorica recuperata. Quaderni dell'Istituto di Filologia greca (= Quad. n. 7). Univ. di Palermo, Palermo 1979.
22. Nietzsche F. Opere di Friedrich Nietzsche. a cura di Sossio Giametta. Adelphi, Milano 1974.
23. Pelaez M. Medicina. In Tanzella-Nitti G, Strumia A.(eds.) Dizionario interdisciplinare di scienza e fede, vol. 1. Urbaniana Univ. Press, Roma 2002.
24. Pierantoni R. Verità a bassissima definizione. Critica e percezione del quotidiano. Einaudi, Torino 1998.
25. Ratzinger J. Die christliche Brüderlichkeit. Kösel-Verlag, München 1960. Trad. it. La fraternità cristiana. Queriniana, Brescia 2005.
26. Turcescu L. Gregory of Nyssa and the Concept of Divine Persons. Oxford Univ. Press, New York 2005.
27. Vegetti M. Iatròmantis. Previsione e memoria nella Grecia antica. In Bettini M. (ed.) I signori della memoria e dell'oblio. Figure della comunicazione nella cultura antica. La Nuova Italia, Firenze 1996.
28. Vernant, JP Divination et Rationalité. Seuil, Paris 1974. Trad. it. Divinazione e razionalità. Einaudi, Torino 1982.
29. Veyne P. Le pain et le cirque. Seuil, Paris 1976.
30. Yourcenar M. Memorie di Adriano seguite dai Taccuini di appunti. Einaudi, Torino 1988.
31. Zachhuber J. Human Nature in Gregory of Nyssa. Brill, Leiden 2000.

Ospedale, Accademie, Esperimenti: Giovanni Maria Lancisi e l'Ospedale del S. Spirito in Sassia

Hospitals, Academies, Experiments: Giovanni Maria Lancisi and the S. Spirito in Sassia Hospitals

MARIA CONFORTI, SILVIA MARINOZZI, VALENTINA GAZZANIGA

Sezione di Storia della Medicina, Università La Sapienza, Roma

Premessa Le recenti acquisizioni storiografiche sull'ospedale in Europa consentono di sottolineare come anche a Roma la vita medico-scientifica ruotasse intorno ai diversi ospedali della città. Il caso qui illustrato, interessante anche sul piano didattico, è quello del S. Spirito in Sassia, dove nel 1714 Giovanni Maria Lancisi, archiatra pontificio, riuscì a fondare una biblioteca e un'accademia medica destinate alla formazione e all'aggiornamento degli studenti in medicina e del personale operante all'interno dell'ospedale. Il progetto di Lancisi era costruito su una tradizione preesistente di collaborazione tra medici e chirurghi e di sperimentazione farmacologica e chimica.

Parole Indice Ospedali, storia

Background Recent historiography on Baroque hospitals has shown the centrality of this institution for scientific activity as well as for providing care to disabled, poor and ill people. In Rome as elsewhere in Counter Reformation Europe, hospitals housed advanced medical debates and experimental activities in pharmacology and chemistry, as well as didactic activities at the bedside. In 1714 Giovanni Maria Lancisi build on this tradition, founding in the Hospital of S. Spirito in Sassia a Library and an Academy meant for both physicians and surgeons, and more broadly for other medical practitioners working in the hospital.

Index Terms Hospitals, history.

Il primo paragrafo è dovuto a Silvia Marinozzi, il secondo a Valentina Gazzaniga, il terzo a Maria Conforti.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Valentina Gazzaniga
Sezione di Storia della Medicina
Viale dell'Università 34a - 00185 Roma
valentina.gazzaniga@uniroma1.it

1. Ospedali, accademie mediche e vita scientifica a Roma nel Sei-Settecento

In età moderna la natura pontificia dell'Università Romana, e la rigida regolamentazione del Collegio Medico Romano come organo di controllo ed amministrazione dell'attività e dell'esercizio della professione medica, impediscono solo formalmente la nascita e lo sviluppo di circoli ed accademie scientifici. La peculiarità della realtà romana del XVII secolo consiste essenzialmente nell'ufficiosità, o informalità, dei gruppi di lavoro e di studio che si formano come appendici parallele all'insegnamento universitario ed alla vita accademica ufficiale dello *Studium* della Sapienza. Quasi sempre prive di un sistematico statuto di fondazione, che ne contempli la regolamentazione, i criteri di ammissione dei soci, i metodi e le scadenze di lavoro, le accademie romane si formano e si sviluppano sulla base di programmi scientifici che hanno la finalità di progredire nella conoscenza della natura mediante l'osservazione diretta dei fenomeni e di attività sperimentali in diversi settori disciplinari. Molti di questi circoli informali nascono all'interno degli ospedali, in particolare quelli dediti allo studio di discipline quali l'anatomia, la nascente anatomia patologica, la chimica. Accanto a quelle più note e formalizzate, quella dei Lincei fondata da Federico Cesi, l'Accademia Reale di Cristina di Svezia, l'Accademia Fisico-Matematica, fondata da Mons. Ciampini, e quelle letterarie, come l'Arcadia, sorgono accademie private e circoli di studio in cui si dibatte e ci si confronta su ipotesi e risultati conseguiti sui principali temi dell'epoca, come la generazione, le dinamiche delle funzioni vitali principali - i meccanismi della nutrizione e della respirazione - e la formazione e la composizione del sangue come elemento centrale della nuova anatomia-fisiologia. Parallelamente all'insegnamento ufficiale all'Università, nei principali ospedali romani si avviano corsi di lezioni pratiche ed esercitazioni anatomo-chirurgiche presiedute dai chirurghi, che diventano momento di sperimentazione delle nuove teorie fisiologiche, soprattutto in seguito alla dimostrazione harveyana del circolo sanguigno, e di applicazione del metodo quantitativo come strumento di indagine e conoscenza dei fenomeni organici e delle funzioni vitali. Si inaugura così un percorso di stretta collaborazione tra il mondo accademico dell'Università e quello pratico dei barbieri e dei chirurghi ospedalieri, che svilupperà vere e proprie scuole di chirurgia e medicina, come quelle del San Gallicano, del Santa Maria della Consolazione e del Santo Spirito, sede di una scuola di chirurgia ed anatomia che avrà sempre maggior seguito ed importanza. Le pubbliche lezioni ed esercitazioni tenute nelle sale degli ospedali proseguono, talvolta, in case e/o abitazioni private, dove si formano e riuniscono gruppi di studio, scambio e confronto sulle nuove scoperte scientifiche e sulle diverse teorie ed interpretazioni ad esse correlate.

Guglielmo Riva (1627-1677), celebre chirurgo all'ospedale della Consolazione, fonda un'Accademia anatomica, dove tiene lezioni e dissezioni di anatomia, insegnando anche l'arte delle preparazioni anatomiche a scopo didattico-illustrativo¹. Chirurgo personale di papa Clemente IX, Riva intrattiene rapporti epistolari con i maggiori anatomisti europei dell'epoca. I suoi studi più importanti riguardano l'anatomo-fisiologia del sistema sanguigno e dei vasi chiliferi, che Riva dimostra grazie alle numerose esercitazioni pratiche in sede autoptica e con vivisezioni di animali, nonché esperimenti di trasfusione sanguigna sull'uomo². Gli esperimenti di Riva sono in sintonia con gli studi sperimentali dei medici della Società Filosofica di Londra, che a partire dal 1663 avevano avviato uno studio sistematico sulle procedure e sugli effetti della trasfusione sanguigna mediante una serie di esperimenti su animali, sino al primo esperimento di trasfusione sull'uomo, eseguito nel 1667 da R. Lower, contemporaneamente a quelli praticati dal Riva su tre pazienti. L'Accademia anatomica ha sede nella sua stessa abitazione, in via della Pedacchia, adibita a museo anatomico e chirurgico, per l'esposizione di reperti anatomici, umani, animali e vegetali, anatomo-patologici e di strumenti chirurgici e terapeutici, nonché di dipinti e raffigurazioni anatomiche, di episodi e processi patologici e di rappresentazioni di esperimenti e dissezioni autoptiche³. Le esercitazioni e le lezioni di anatomo-chirurgia nell'Accademia fungono da corollario ed approfondimento all'attività didattica che Riva svolge nell'Ospedale della Consolazione, con lo scopo di approfondire gli studi sul funzionamento e sulle correlazioni tra i vasi sanguigni, chiliferi e linfatici, con una finalità probabilmente anche terapeutica, come dimostrano gli esperimenti di trasfusione sanguigna. Autore di diversi scritti scientifici, Riva incarica, nel suo testamento del 1664, l'allievo Paolo Manfredi (†1716) di dare alle stampe le sue opere e i rami dei vasi sanguigni, linfatici e chiliferi, nonché di conservare la sua collezione libraria ed i

¹ Pericoli P., *L'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma*. Imola, Tip. D'Ignazio Galeati e figlio, 1879.

² Nel dicembre 1667 Riva esegue tre trasfusioni di sangue su tre individui, alla presenza del protomedico generale Costanzi e dei medici collegiali Trulli, Petralia e Sinibaldi. Esperimenti sul circolo sanguigno e di trasfusione sanguigna sono praticati anche dal suo allievo Paolo Manfredi (Cfr. Manfredi P., *De noua et inaudita medico-chirurgica operatione sanguine transfundente de indiuiduo ad indiuiduum; prius in brutis, & deinde in homine Romae experta. Opusculum*. Romae, typis Nicolai Angeli Tinasij, 1668).

³ Cfr. Capparoni P., *Una raccolta di incisioni per un'opera di Patologia e Clinica Chirurgica di Guglielmo Riva mai pubblicata*. (Estratto dalla Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali. A. XXV, maggio-giugno 1934, fasc. 5-6). Siena. Stab. Tip. S. Bernardino, 1934.

reperiti del museo anatomico per uso pubblico e didattico. Una parte di questi libri è confluita nella biblioteca di Giovanni Maria Lancisi (1654-1720).

La più importante accademia medica romana della seconda metà del XVII secolo è il Congresso medico-romano, fondata da Girolamo Brasavola, nipote del celebre medico ferrarese del Cinquecento Antonio Musa Brasavola. A parte un breve articolo di G. Alberti, del 1941⁴, le principali notizie storiche su questa Accademia ci sono fornite dall'*Eusevologio* di Carlo Bartolomeo Piazza, una sorta di guida della città, dei suoi luoghi pii e di studio, fra i quali ospedali, cui Piazza dedica moltissimo spazio, accademie e librerie, pubblicata nel 1698. L'autore non riferisce tanto dei contenuti scientifici e delle discussioni e dibattiti che si svolgevano nelle sedute del Congresso, quanto della sua organizzazione: l'accademia iniziò il 10 marzo 1681, un lunedì, giorno nel quale avrebbero continuato a tenersi le riunioni, in casa di Girolamo Brasavola. Il ruolo di Brasavola non era quello di un semplice ospite, ma quello di animatore, e in un certo senso di arbitro, delle riunioni: egli aveva messo a disposizione dell'adunanza la sua «scelta e copiosa libreria», oggi in parte conservata nella biblioteca Lancisiana. Secondo Piazza l'Accademia era «libera e fuor d'ogni soggezione», e a differenza delle altre dell'età barocca rifiuta stemmi pomposi, divise e motti, e perfino statuti e gerarchie interne: il suo emblema è lo stesso corpo umano. Studi recenti hanno ulteriormente messo in evidenza l'aspetto di libertà intellettuale e di assimilazione e confronto sulle più recenti interpretazioni scientifiche dei membri del Congresso, come dimostra la denuncia al S. Uffizio di Brasavola per empietà e atomismo, ed alcuni suoi scritti in cui tratta di atomi, di chimica, e della possibile applicazione dell'atomismo alle teorie mediche⁵. Tra i medici e i chirurghi che partecipavano alle adunanze accademiche troviamo molti professionisti della medicina attivi nel mondo ospedaliero romano. Dell'attività dell'accademia ci sono rimasti pochi ma preziosi documenti diretti, tra cui il *Catalogo del Congresso Medico Romano*, dove sono elencati le «materie e soggetti» delle adunanze e la modalità in cui si svolgono: la prima parte della seduta prevede un discorso su un soggetto assegnato; la seconda la proposizione di un problema ad esso inerente, con una risposta affermativa ed una negativa, sostenute da due persone diverse⁶. Gli argo-

menti più dibattuti sono quelli inerenti alla generazione, specchio del fermento culturale e scientifico del XVII secolo. Si riferisce di discorsi pronunciati da Giuseppe Capogna, Cesare Caccia, Marc'Antonio De Grassis, di problemi affrontati dallo stesso Brasavola, da Lorenzo Tomasi ed Alessandro Amorosi. Il chirurgo Ippolito Magnani, attivo all'ospedale del S. Spirito, espone l'anatomia delle «parti spermatiche», argomento già affrontato in un celebre foglio anatomico del lorenese Claude Aubry, collaboratore di Borelli e di Malpighi, pubblicato a Firenze nel 1657⁷. L'accademia di Brasavola riprende quindi ricerche anatomiche e mediche della grande tradizione italiana, come dimostra un discorso di Giovanni Maria Lancisi sull'ovaio, nella stessa seduta in cui si discute sulla generazione tracciando la via utilizzata dall'uovo per arrivare all'utero⁸. Altri argomenti trattati nell'Accademia riguardano il meccanismo della digestione e della formazione del sangue. Il *Giornale de' Letterati* di Roma, che aveva concluso le sue pubblicazioni nell'anno dell'apertura dell'accademia, conteneva molte recensioni sull'argomento, che avevano probabilmente contribuito a far conoscere a Roma la letteratura europea. Tommaso Petrucci, autore di un'interessante opera sui reni in cui alla competenza anatomico-chirurgica fa riscontro un'adesione alla fisiologia galenica e umoralista, tiene un discorso sulla nutrizione, mentre la lezione di A. Bassi è incentrata sulle ghiandole, un tema innovativo che coinvolge i maggiori esponenti della cultura scientifica in seguito alle scoperte di Wharton e di Malpighi. Oltre ad argomenti anatomico-fisiologici vengono trattate anche questioni epidemiologiche, come quella delle febbri, tema ricorrente in una città come Roma assediata dalla malaria, e a pratiche chirurgiche quali la cura delle ferite e la flebotomia. Entrambi questi argomenti hanno una stretta correlazione con l'attività clinica e sperimentale svolta all'interno dei principali nosocomi romani.

Membro del *Congresso Medico Romano* è Giovanni Maria Lancisi (1654-1720), allievo di Riva e di Manfredi e medico all'Ospedale di Santo Spirito in Sassia, divenuto Archiatra pontificio nel 1688, dapprima di papa Innocenzo XI, poi di Clemente XI, che lo nominerà anche Protomedico dello Stato Pontificio. Membro del Collegio Medico Romano dal 1689, tiene la Lettura di anatomia e chirurgia nello *Studium* romano sino al 1695, passando poi a quella di Medicina Teorica, che terrà sino al 1702, quando ottiene la cattedra di Medicina Pratica, che conserverà sino al 1718. Importanti i suoi studi sulle morti improvvise (*De subitaneis mortibus*, 1706) e sulla fisiologia cardio-

⁴ Alberti G., *Il "Congresso Medico Romano" degli anni 1681-82 in casa di Girolamo Brasavola*, Le Forze Sanitarie, 1941.

⁵ Favino F., *Sostanza e materia in uno scritto inedito di Girolamo Brasavola*. Medicina nei Secoli, 2003 (15/2).

⁶ *Catalogo del Congresso Medico romano*. Roma, Cesaretti, 1682; cfr. anche il *Congresso Medico Romano tenuto in casa del Sig. Dr. Girolamo Brasavola A di 4 Agosto 1687 da i Signori Dr. Giacomo Sinibaldi Dr. Bartolomeo Santinelli Dr. Gio. Maria Lancisi*. Roma, Mutij, 1687.

⁷ *Testis examinatus a Vavclio Dathirio Bonglaro*. Florentiae, ex Typographia Ioannis Francisci Barbettis, 1658.

⁸ Roger J., *Les sciences de la vie dans la pensée française au XVIIIe siècle*, Paris, Armand Colin, 1963.

circolatoria e sulle patologie ad essa connesse, come gli aneurismi (*De motu cordis et aneuysmatibus*, 1728), e sull'ipotesi di trasmissione della malaria attraverso le zanzare. Nel 1714 Lancisi mette l'ospedale del S. Spirito al centro dell'attività medica romana, sia dal punto di vista didattico-educativo che di quello clinico e sperimentale. E' nell'ospedale, infatti, che Lancisi fonda una delle prime biblioteche mediche pubbliche italiane, la Lancisiana. In essa sono raccolti tutti i testi che ritiene necessari per la completa formazione medica e chirurgica degli studenti, che devono così abbinare lo studio teorico sui libri con il tirocinio pratico nelle corsie dell'ospedale. E' all'interno di questo progetto formativo che Lancisi fa pubblicare opere importanti per la storia del progresso medico, come la *Metallotheca* di Michele Mercati (1541-1593), direttore dell'Orto Papale nel XVI secolo, e le *Tabulae* di Bartolomeo Eustachi, edite per la prima volta a Roma nel 1714 in occasione dell'inaugurazione della Biblioteca Lancisiana. Il suo progetto di istituire un luogo di studio e di sperimentazione in campo medico trova esplicitazione nella *De recta medicorum studiorum ratione instituenda* del 1715, in cui Lancisi delinea non solo le discipline e le fasi fondamentali per il *curriculum studiorum* degli studenti in Medicina, ma istituisce anche un'accademia medica cui partecipano con pari dignità docenti universitari e medici ospedalieri. L'ospedale, e in particolare quello del Santo Spirito diviene pertanto un centro di fondamentale importanza per lo sviluppo della medicina romana negli anni a cavallo tra il XVII ed il XVIII secolo⁹.

2. Un'attività 'sperimentale' in ospedale?

Tra i manoscritti conservati nella Biblioteca Lancisiana è conservato un breve scritto inedito di Giovanni Maria Lancisi, parte di un trattato più ampio, che, nelle intenzioni dell'autore, avrebbe dovuto contenere un *Tractatus De urinis*¹⁰ ed un testo di commentario al *Prognostico* di Ippocrate. La parte effettivamente scritta è datata al 1696, e contiene il primo di cinque capitoli previsti sulle urine; si tratta di un testo interessante, utile a scopo esemplificativo per illustrare l'ampia varietà di attività scientifiche programmate e realizzate in un ambito culturale ruotante attorno ad

una sede ospedaliera come il S. Spirito. Dalla prolusione, infatti, si apprende che il testo è concepito per scopi didattici, con l'auspicio esplicito che possa contribuire a completare la formazione dello studente che frequenta i corsi universitari tenuti al S. Spirito dallo stesso Lancisi dal 1696 al 1698 – e probabilmente, in un'ottica tipicamente lancisiana, anche la formazione del medico e del chirurgo ospedaliero¹¹. La medicina può essere tripartita, per Lancisi, nello studio della meccanica del moto dei fluidi, nell'anatomia comparata, nello studio della metamorfosi chimica delle sostanze sottoposte all'azione del fuoco; è proprio all'interno dello studio sulla composizione chimica delle sostanze che si colloca la riflessione sui processi di produzione fisiologica dell'urina, e più in generale sul movimento dei fluidi vitali nel corpo. Il testo colpisce tanto per l'approccio 'chimico' alla trattazione di uno dei segni clinici di storia più antica, quanto per la ripetuta affermazione della necessità di un approccio sperimentale allo studio dei fenomeni fisiologici legati alla formazione dell'urina. Da un lato, infatti, il liquido escreto è concepito come il mezzo di trasporto di particelle minute, derivate dall'ingestione di acque minerali o di sali ricchi di sostanze alluminose di varia forma e dimensione: queste particelle, mobili a velocità variabile a seconda della loro natura chimica o della posizione rispetto al diametro dei vasi corporei in cui scorrono, arrivano al rene da cui vengono filtrate, con uno schema meccanico che è ripensato sul modello offerto dal 'cribrum' cartesiano e malpighiano. Dall'altro lato, Lancisi afferma di aver condotto personalmente osservazioni sperimentali in tema di urina; non chiarisce dove sia avvenuta la sperimentazione, sulla cui necessità il testo insiste, ma pare lecito ipotizzare una sua localizzazione all'interno del S. Spirito, nello stesso ambiente che ospiterà i locali della biblioteca e l'attività dell'accademia. Questa attività sperimentale è di grande importanza, perché consente al Lancisi di proporre uno schema chimico della composizione dell'escreto nei corpi sani: la ripetuta bollitura del liquido appena emesso o fermentato rivela la presenza di sali di tartaro, zolfo e olio fetido, e di una parte residuale terrosa, nonché di due generi diversi di flegma che tendono a evaporare, trasportando con sé i sali volatili¹². La semplice riaddizione di acqua al sedimento di urina evaporata non restituisce al liquido la sua composizione naturale: Lancisi afferma di aver tratto questa conclusione dopo esperimenti di pesatura, eseguiti con strumentario scientifico, in grado di segnalare che la perdita di peso corrisponde alla perdita irreversibile di sali e acidi volatili, che avviene tanto durante la trasmutazione chimica quanto durante la fase di fermentazione. È ancora attraverso un approccio sperimentale che Lancisi propone una teoria sulla composizione e sulla fisiologia delle

⁹ Cfr. Gazzaniga V., Marinozzi S., *Sulle orme di Fabrici d'Acquapendente: pratica e didattica dell'anatomia a Roma nel primo evo moderno*. Catalogo della mostra su Fabrizio d'Acquapendente. Venezia, Biblioteca Marciana, febbraio 2005, in press.

¹⁰ Biblioteca Lancisiana, Ms. 313 LXXVII, 3-7, *Tractatus de urinis et Comment.a in Hippocratis Li. de prognosticis a Io. Ma. Lancisio sub annis MDCLXXXVI et seq. adornata*. Contiene a c. 1r una *Praelectio de urinis habita a Io. Ma. Lancisio in Studiorum Repetitione Prid. Id. Novembris Anni MDCLXXXVII*.

¹¹ Ms. cit., p. 10.

¹² Ms. cit., p. 87.

urine molto più complessa di quella proposta dai contemporanei che si occupano di fisiologia renale: la sua idea sui processi di formazione prevede una tripartizione dell'urina in specie diverse, che non si ritrova completamente né in Malpighi né in Bellini, che pure per diverse ragioni costituiscono i modelli su cui si fonda il ragionamento lancisiano; come Bellini¹³, Lancisi crede che il sangue sia un liquido composto di particelle di varia dimensione e forma, che si aggregano e separano costituendo i vari fluidi corporei per azione del moto circolatorio e del calore prodotto dalla frizione delle particelle – ne consegue che l'urina è un escreto costituito da particelle di forma e dimensione variabile, che vengono trattenute dal corpo o rilasciate dalle ghiandole renali in relazione alla forma geometrica che le caratterizza. Come Malpighi, Lancisi accoglie pienamente il concetto di fermentazione, che gioca un ruolo fondamentale nel processo di formazione del liquido urinario, unito al modello puramente meccanico proposto da Borelli¹⁴. La tesi di Borelli che la separazione dei componenti dell'urina avvenga a livello renale per azione della pressione del sangue nei capillari dell'arteria emulgente viene concordata con l'idea di processi fermentativi indotti da un elemento in grado di scardinare i legami delle molecole nel sangue e di favorirne l'esaltazione e lo scontro con le strutture delle ghiandole-filtro in cui esse subiscono ulteriori mutazioni chimiche. Lancisi propone dunque un modello fisiologico che cerca un compromesso tra le acquisizioni della iatrofisica e quella di una iatrochimica ispirata alla 'componente materialista' delle teorie di Paracelso e van Helmont. Inoltre, per via sperimentale, struttura un'idea sulla composizione delle urine che è modellata su principi di chimica sperimentale meccanicista più ricchi di quelli proposti da Malpighi e Bellini¹⁵. Lancisi, che rifiuta l'idea che l'esperimento chimico crei alcunché, desume attraverso verifiche sperimentali che l'urina è combinazione in mezzo acquoso di due tipi di flegma, sali volatili, sali fissi, sostanza terrosa ed olio fetido – un'idea assolutamente 'chimica'. Questo dato si accorda bene con una tradizione di medicina chimica che a Roma è testimoniata già dall'opera di Castelli, del

1620, e si articola per tutto il XVII secolo in un dibattito accademico che coinvolge l'esame delle relazioni tra chimica e storia naturale da un lato, e chimica ed azione dei farmaci dall'altro. Lo stesso Lancisi, proprio all'interno di quell'ospedale di S. Spirito che è il luogo istituzionale della salute posto al centro del dibattito sull'utilità della chimica nella cura dei processi fermentativi delle febbri, ripubblica la Methalloteca di Michele Mercati; la biblioteca Lancisiana, attiva dal 1714 nei locali dell'ospedale, sarà ampiamente dotata di testi di chimica, che dimostrano l'interesse del fondatore per i paracelsiani d'oltralpe e per la tradizione dell'helmontismo, che entrano a far parte del bagaglio culturale necessario al buon medico operante all'interno del nosocomio; nello stesso ospedale, è documentata la presenza di saldi interessi corpuscolari e financo atomistici¹⁶.

Infine, il testo di Lancisi sembra fornire una risposta al dibattito circa l'effettiva esistenza di una pratica sperimentale a Roma; si dice qui non solo che esperimenti di tipo chimico sono effettivamente condotti da Lancisi negli ultimi anni del XVII secolo, con lo scopo di ripetere le osservazioni dei maestri e di arricchirle di nuovi dati, ma che esiste tutto uno strumentario (dalla storta, all'igrometro, al termometro, ad una bilancia pesaliquidi) di cui Lancisi si serve per la pratica sperimentale. Un enorme valore è attribuito da Lancisi, medico ospedaliero in servizio al S. Spirito dal 1676, all'esperimento non solo e non tanto come procedura di controllo e di rivelazione delle leggi di natura, ma come momento intrinsecamente dotato di una dimensione etica; gli esperimenti acquisiscono il loro pieno senso solo se sono destinati alla creazione di nuovi mezzi terapeutici e all'invenzione di farmaci 'di nuova generazione'; la stessa distillazione chimica delle urine non si limita a consentire la comprensione della natura dell'escreto, ma permette al medico la creazione di farmaci che possano essere utili per una ampia popolazione di malati, come quella che quotidianamente affolla le corsie:

*"Hoc posito – dice Lancisi – utilissimam censeo chymicam urinae anatomen subnectere, non tantum quia haec medicam physiologiam illustrare potest, sed vel maxime quia pharmaciam longe ditiozem reddere valet..."*¹⁷.

I nuovi esperimenti, insomma, hanno valore solo nella misura in cui *'ad therapeuticam quoque pertinere'*; l'interazione necessaria tra spagirica e clinica nascente, con buone possibilità all'interno del clima culturale brillante che caratterizza la vita di uno dei maggiori ospedali romani, ci sembra essere il dato più interessante che questo 'nuovo' testo trasmette.

¹³ *De urinis et pulsibus, de missione sanguinis, ac febribus de morbis capitis et pectoris, opus Laurenti Bellini dicatum Francisco Redi*. Francofurti ac Lipsiae, sumpt. J. Grosii, 1698.

¹⁴ Malpighi M., *De viscerum structura exercitatio anatomica*. Bononiae, ex typographia Jacobi Montii, 1666; Bellini L., *Exercitatio anatomica de structura et usu renium*. Florentiae, ex typographia sub signo Stellae, 1662; Bellini L., *De structura renium observatio anatomica...* Strassburg, S. Paullus, 1664. Cfr. Bertoloni Meli D., *The new anatomy of Marcello Malpighi*. In: *Marcello Malpighi Anatomist and Physician*. Firenze, Olschki, 1997.

¹⁵ Bellini L., op. cit., p. 9: *non ita certum est, quicquid per operationes chymicas educitur e corporibus, extitisse in iisdem, quae educitur, cum per chymicas ignis praeparationes multa gigni possint, quae in compositis, ex quibus educuntur, non existebant.*

¹⁶ Conforti M., *La chimica nella formazione del medico secondo G. M. Lancisi*. In: *Atti della tornata di Storia della Medicina*, Fermo, Studio Firmano dall'Antica Università, 2003; FAVINO F., op. cit.

¹⁷ Ms. cit., p. 83.

Questa attività è ben rappresentata dalla figura di Bernardino Genga, collaboratore già dal 1676 dello stesso Lancisi nella stesura dell'*Anatomia ad uso ed intelligenza del disegno*, manuale anatomico pensato per gli artisti dell'Accademia di Francia e commentato scientificamente dallo stesso Lancisi¹⁸. Genga è autore di alcuni manuali¹⁹ che, attenti alla 'formazione completa' del chirurgo, ben testimoniano una 'contemporaneità' o compresenza mentale con l'opera di Lancisi: essi non possono essere considerati, infatti, solo opere minori tratte da materiale 'di seconda mano', come ben testimonia il *Discorso sul moto del sangue*, prima forma di 'traduzione sintetica' dell'opera di W. Harvey, che ha lo scopo esplicito di rendere accessibili al pubblico dei chirurghi le più recenti acquisizioni del dibattito scientifico europeo e di documentare una pratica sperimentale condotta al fine di controllare e confermare le 'esperienze' inglesi all'interno del teatro anatomico del Santo Spirito. Le 'esperienze' di Genga, ripetuti esperimenti di legatura delle vene nei cani e di iniezioni di liquido colorato nel loro sistema venoso, nel ripercorrere le tappe dei più recenti avanzamenti anatomici ad opera di G. Fabrizi d'Acquapendente e di Realdo Colombo, confermano una tendenza ad esprimersi in un linguaggio di tipo 'iatrochimico', che ben si accorda con l'innovatività dell'inedito testo di Lancisi e con l'idea che il Santo Spirito e la sua biblioteca fossero più di un semplice luogo istituzionale di studio e riflessione anatomica.

3. Biblioteca e Accademia Lancisiana

Memore dell'esperienza giovanile di partecipazione all'accademia di Brasavola, Lancisi riesce a realizzare solo nel 1714 un suo antico sogno, quello di aprire al pubblico ospedaliero - studenti e 'professori' di medicina, chirurghi, persone che a vario titolo praticano in corsia l'arte di guarire - una biblioteca dedicata alla medicina scientifica. Il progetto lancisiano, precisatosi nel corso degli anni, prevede che la biblioteca (e il bibliotecario) svolgano anche la non secondaria funzione di "eccitare i congressi", cioè di

animare la vita scientifica e didattica ospedaliera attraverso letture e incontri a scadenza regolare. La biblioteca deve quindi essere affiancata da un'accademia, senza la quale la raccolta libraria non potrebbe essere 'viva' e fruibile. Come si è già accennato, Lancisi riesce nell'impresa di collocare la Biblioteca all'interno di una delle più antiche e maggiori istituzioni di assistenza della città, l'Arcispedale di S. Spirito in Sassia. Come egli aveva scritto in precedenza, ricordando gli anni - essenziali per la sua formazione - di medico assistente presso l'ospedale, il progetto nasceva dall'esigenza di affiancare alla gran quantità di casi disponibili per l'osservazione e l'esperimento un adeguato corredo di informazioni scientifiche aggiornate: "provavo un'estrema pena nella penuria de' libri, ove tanta era l'abbondanza degl'infermi; e sì frequenti le occasioni di attentamente osservarli, e di sperimentare in essi ogni rimedio"²⁰. La scelta del S. Spirito, come pure si è già accennato, implica da parte dell'archiatra pontificio, vicino alle scelte di politica intellettuale di Clemente XI, il papa urbinato Giovanni Francesco Albani, l'istituzionalizzazione di un'alternativa (e di un supporto) all'insegnamento impartito dallo *Studium Urbis*. Lancisi ottiene così un riconoscimento ufficiale - e la protezione papale - per una dislocazione estremamente importante, e di grande novità, nei rapporti tra discipline e professioni mediche, specialmente tra medicina e chirurgia. Con grande abilità, attraverso una politica che ha uno dei suoi momenti qualificanti nella pubblicazione di testi della tradizione chimico-metallurgica (la *Metallotheca* di Mercati²¹) e anatomica (le *Tabulae* di Eustachi²²) Lancisi ottenne il *patronage* del papa e della sua corte per una versione 'moderna' e innovativa di medicina scientifica, nonché di politica sanitaria ospedaliera. Al centro delle innovazioni è per Lancisi, infatti, l'ospedale, in una visione che non è azzardato definire di 'protoclinica'. L'ospedale è concepito come luogo di assistenza e cura, ma anche di ricerca e di innovazione: la biblioteca e l'accademia sono al servizio di queste attività. La raccolta di testi a stampa e manoscritti, che Lancisi ottiene smembrando la propria collezione privata e acquistando le principali raccolte dei medici romani, non è, in questa visione, che uno dei molti strumenti scientifici che Lancisi raccoglie per metterli a disposizione del pubblico degli studenti, dei medici e dei chirurghi ospedalieri.

¹⁸ Genga B., *Anatomia per uso et intelligenza del disegno ricercata non solo su gl'ossi, e muscoli del corpo humano; ma dimostrata ancora su le statue antiche più insigni di Roma. Per istudio della Regia Accademia di Francia Pittura e Scultura sotto la direzione di Carlo Ehrard già direttore di essa in Roma. Preparata su' i cadaveri dal dottor Bernardino Genga, con le spiegazioni et indice del Sig.r Canonico Gio. Maria Lancisi*. Roma 1691, Domenico De Rossi, 1691.

¹⁹ Genga B., *Anatomia chirurgica, cioè istoria anatomica dell'ossa, e muscoli del corpo umano con la descrizione de' vasi, che scorrono per le parti esterne, et in particolare per gl'articoli, e un breve trattato della circolazione del sangue. In Hippocratis Aphorismos Commentaria*. Roma, per Antonio Ercole, 1686.

²⁰ G. M. Lancisi a G.B. Morgagni, 21 Luglio 1714, in Corradi A., *Lettere di Lancisi a Morgagni e parecchie altre dello stesso Morgagni ora per la prima volta pubblicate*. Pavia, tip. Bizzoni, 1876, xxxiii.

²¹ Mercati M., *Metallotheca opus posthumum, Auctoritate et Munificentia Clementis Undecimi... e tenebris in lucem eductum; opera autem, et studio Joannis Mariae Lancisii Archiatri Pontificii Illustratum*, Romae MDCCXVII, ex officina Jo: Mariae Salvioni.

L'inaugurazione della Biblioteca, il 21 maggio 1714, è una cerimonia solenne, descritta in dettaglio nell'opuscolo di Cristoforo Carsughi, il primo bibliotecario della Lancisiana²³. Il punto culminante dell'inaugurazione è la presentazione al papa dell'edizione delle *Tabulae* di Eustachi, inaccessibili al pubblico dei medici e degli studiosi per più di un secolo. L'edizione è di per sé un tributo al Pontefice: le *Tabulae* sono state ritrovate a Urbino, città di provenienza della famiglia Albani, e sono state pubblicate, in un'edizione di grande splendore tipografico, grazie al concreto appoggio di Clemente XI. Carsughi conclude il suo racconto ricordando che la Biblioteca è stata costruita per assistere medici e chirurghi nel loro lavoro; ma indubbiamente questa rientra nei piani del papa, la cui politica culturale, incentrata su un programma di recupero filologico e antiquario della storia della cristianità, prevede tra l'altro il riordino, il restauro e la (ri)fondazione delle raccolte librerie romane²⁴. Lancisi, del resto, è consapevole dell'importanza della biblioteca del S. Spirito, non solo da un punto di vista scientifico, ma anche dal punto di vista delle politiche sanitarie ospedaliere. Attraverso la biblioteca egli spera di educare coloro cui spetta il compito di salire lentamente la scala sociale - un motivo sicuramente autobiografico - per occupare posti di responsabilità a livello locale, nelle *condotte*, negli ospedali, nella cura dei principi. Per lui, i cattivi medici sono un pericolo per la *respublica*²⁵.

Quale tipo di testi Lancisi ritiene utile offrire ai medici e agli altri professionisti che operano all'interno dell'ospedale? La struttura del vaso librario, come lo progetta Lancisi, corrisponde a una classificazione delle scienze che è anche l'indicazione di un percorso pedagogico-formativo, indirizzato al medico ma anche al chirurgo: a entrambi Lancisi indica la necessità di una formazione 'clinica' in ospedale. La biblioteca, pur essendo in una certa misura universale, come avverte Lancisi, è concepita infatti come 'teatro', rappresentazione visibile di un sistema di propedeuticità che introduca lo studente alla medicina, e rammenti allo studioso la posizione dell'arte nei confronti delle altre scienze e il rapporto fra le articolazioni reciproche delle discipline

e dei saperi - in particolare farmacologia e chirurgia - al suo interno. La disposizione dei testi nella biblioteca non può essere esaminata e compresa senza un confronto con le indicazioni pedagogiche fornite da Lancisi stesso nella *Dissertatio de recta medicorum studiorum ratione instituenda* del 1715, che è un ambizioso programma di riforma della formazione del medico ospedaliero. Colui che pratica la medicina deve conoscere le lingue, la retorica, la politica, la storia e la letteratura, per potersi muovere nel mondo e comunicare il proprio sapere adeguatamente. Deve essere a conoscenza delle discipline matematiche (geometria, ottica, geografia, idrografia) per avere una preparazione scientifica alla medicina. Deve conoscere la chimica e la farmacologia - non solo in teoria, ma in pratica: la spezieria del S. Spirito è uno dei centri attivi di ricerca chimico-farmacologica a Roma. Deve conoscere e praticare l'anatomia e la zootomia: deve cioè formarsi a contatto con la pratica chirurgica, cosa possibile solo in ospedale, dove la tradizionale subordinazione del chirurgo al medico sta trasformandosi in un rapporto di fattiva cooperazione. Infine, non deve dimenticare la *pietas* religiosa e deve astenersi dai divertimenti frivoli e pericolosi, come il teatro, e dalle discipline e saperi che esasperando inutilmente alcune acquisizioni della scienza moderna ne mettono in discussione la relazione stretta con la religione rivelata: è il caso dell'atomismo. Di diffondere dottrine pericolose, e in particolare l'atomismo, era stato accusato Brasavola con la sua accademia, di cui Lancisi era parte attiva.

Il 25 aprile 1715, quasi un anno dopo l'inaugurazione, una nuova cerimonia ha luogo in biblioteca: questa volta Lancisi apre l'Accademia, pronunciando la *Dissertatio de recta medicorum ratione*. Benché la folla di alti prelati e nobili che si riunisce in biblioteca in quest'occasione sia tanto grande da costringere il Commendatore del S. Spirito a prestare la sua sala, il papa non è presente. Anche stavolta Lancisi distribuisce copie di un libro, cioè della *Dissertatio*. Il pubblico scelto passeggia nella libreria, ammirando i libri e gli strumenti scientifici, e assistendo con entusiasmo a "curiose esperienze" sul vuoto effettuate con la pompa di Boyle, che Lancisi ha fatto costruire dal suo amico senese Pirro Maria Gabrielli. Nonostante il carattere di spettacolo di corte assunto dall'inaugurazione dell'accademia, questa ha una vita scientifica successiva. Carsughi descrive due altre letture date nel 1715: una è di Pietro Asaldi, botanico alla Sapienza, collaboratore nella successiva edizione della *Metalloteka* (1717) ed esperto di chimica. Probabilmente Lancisi intende l'Accademia come una sorta di introduzione e complemento delle lezioni che i giovani medici e chirurghi ricevevano in ospedale.

L'accademia medica ospedaliera voluta da Lancisi si inserisce in un panorama già ricco di istituzioni, luoghi di incontro e consuetudini di scambio: i medici e i *medical practitioners* frequentavano insieme gli ospedali, ma an-

²² Eustachi B., *Tabulae Anatomicae Quas e tenebris tandem vindicatas... Praefatione, Notisque illustravit, ac ipso suae Bibliothecae dedicationis die publici juris fecit Jo. Maria Lancisius*. Romae, Gonzaga, 1714.

²³ Carsughi C., *La Biblioteca Lancisiana overo Distinto Ragguaglio Della Pubblica Libreria eretta l'Anno 1714 nel Sacro Pontificio Archiospedale di S. Spirito*. In Roma, per il De Martiis, 1718, pp. 20 sgg.

²⁴ Johns C. M. S., *Papal Art and Cultural Politics: Rome in the Age of Clement XI*. New York, Cambridge University Press, 1993, p. 28 : "a provision of libraries with easy access to scholars... was a fundamental tenet of Clementine's intellectualism".

²⁵ Carsughi C., *La Biblioteca* cit., p. 74.

che le botteghe degli speciali e dei barbieri-chirurghi; si scambiavano richieste di consulti e frequentavano i luoghi della sociabilità erudita portandovi il peso del loro *status* professionale. La Biblioteca e l'Accademia Lancisiana hanno ricevuto protezione e *patronage* da due fonti diverse: la corte papale di Clemente XI, e soprattutto l'Ospedale di S. Spirito. La seconda fonte si è dimostrata nel lungo periodo più stabile, e in grado di reggere le due istituzioni attraverso un appoggio concreto - anche se Lancisi, morto nel 1720, aveva provveduto a fornire di mezzi propri la biblioteca con un consistente lascito patrimoniale, ricordato nel suo testamento. Benché Lancisi abbia incontrato non poche resistenze nell'ottenere spazio e locali per la biblioteca nell'ospedale, la sua collocazione ha preservato l'istituzione e contribuito a far vivere e prosperare la visione di Lancisi di una clinica affiancata e sostenuta dalla ricerca scientifica e dalla pratica didattica.

Bibliografia

1. Alberti G. Il "Congresso Medico Romano" degli anni 1681-82 in casa di Girolamo Brasavola, Le Forze Sanitarie, 1941.
2. Bellini L. De structura renum observatio anatomica... S. Paullus, Strassburg 1664.
3. Bertoloni Meli D. The new anatomy of Marcello Malpighi. In: Marcello Malpighi Anatomist and Physician. Olschki, Firenze 1997.
4. Bellini L. Exercitatio anatomica de structura et usu renium. Ex typographia sub signo Stellae, Florentiae 1662.
5. Biblioteca Lancisiana, Ms. 313 LXXXVII, 3-7. Tractatus de urinis et Comment.a in Hippocratis Li. de prognosticis a Io. Ma. Lancisio sub annis MDCLXXXVI et seq. adornata. Contiene a c. 1r una Praelectio de urinis habita a Io. Ma. Lancisio in Studiorum Repetitione Prid. Id. Novembris Anni MDCLXXXVII.
6. Capparoni P. Una raccolta di incisioni per un'opera di Patologia e Clinica Chirurgica di Guglielmo Riva mai pubblicata Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali. 1934; A. XXV, maggio-giugno (5-6):.
7. Carsughi C. La Biblioteca Lancisiana ovvero Distinto Ragguaglio Della Pubblica Libreria eretta l'Anno 1714 nel Sacro Pontificio Archiospedale di S. Spirito. Per il De Martiis, Roma 1718: 20 sgg.
8. Catalogo del Congresso Medico romano. Cesaretti, Roma 1682.
9. Conforti M. La chimica nella formazione del medico secondo G. M. Lancisi. In Atti della tornata di Storia della Medicina. Studio Firmano dall'Antica Università, Fermo 2003.
10. Congresso Medico Romano tenuto in casa del Sig. Dr. Girolamo Brasavola A di 4 Agosto 1687 da i Signori Dr. Giacomo Sinibaldi Dr. Bartolomeo Santinelli Dr. Gio. Maria Lancisi. Mutij, Roma 1687.
11. De urinis et pulsibus, de missione sanguinis, ac febris de morbis capitis et pectoris, opus Laurenti Bellini dicatum Francisco Redi. sumpt. J. Grosii, Francofurti ac Lipsiae 1698.
12. Eustachi B. Tabulae Anatomicae Quas e tenebris tandem vindicatas... Praefatione, Notisque illustravit, ac ipso suae Bibliothecae dedicationis die publici juris fecit Jo. Maria Lancisius. Gonzaga, Romae 1714.
13. Favino F. Sostanza e materia in uno scritto inedito di Girolamo Brasavola. Medicina nei Secoli 2003; 15(2):247-267.
14. G. M. Lancisi a G.B. Morgagni, 21 Luglio 1714. In Corradi A. Lettere di Lancisi a Morgagni e parecchie altre dello stesso Morgagni ora per la prima volta pubblicate. Tip. Bizzoni, Pavia 1876, xxxiii.
15. Gazzaniga V. Marinuzzi S. Sulle orme di Fabrici d'Acquapendente: pratica e didattica dell'anatomia a Roma nel primo evo moderno. Catalogo della mostra su Fabrizio d'Acquapendente. Venezia, Biblioteca Marciana, febbraio 2005, in press.
16. Genga B. Anatomia chirurgica, cioè istoria anatomica dell'ossa, e muscoli del corpo umano con la descrizione de' vasi, che scorrono per le parti esterne, et in particolare per gl'articoli, e un breve trattato della circolazione del sangue. In Hippocratis Aphorismos Commentaria. Per Antonio Ercole, Roma 1686.
17. Genga B. Anatomia per uso et intelligenza del disegno ricercata non solo su gl'ossi, e muscoli del corpo humano; ma dimostrata ancora su le statue antiche più insigni di Roma. Per istudio della Regia Accademia di Francia Pittura e Scultura sotto la direzione di Carlo Ehrhard già direttore di essa in Roma. Preparata su' i cadaveri dal dottor Bernardino Genga, con le spiegazioni et indice del Sig.r Canonico Gio. Maria Lancisi. Domenico De Rossi, Roma 1691.
18. Johns C M S. Papal Art and Cultural Politics: Rome in the Age of Clement XI. University Press, New York, Cambridge 1993: 28.
19. Malpighi M. De viscerum structura exercitatio anatomica. Ex typographia Jacobi Montii, Bononiae 1666.
20. Manfredi P. De noua et inaudita medico-chirurgica operatione sanguine transfundente de indiuiduo ad indiuiduum; prius in brutis, & deinde in homine Romae experta. Opusculum. Typis Nicolai Angeli Tinassij, Romae 1668.
21. Mercati M. Metallotheca opus posthumum, Auctoritate et Munificentia Clementis Undecimi... e tenebris in lucem eductum; opera autem, et studio Joannis Mariae Lancisii Archiatri Pontificii Illustratum. Ex officina Jo: Mariae Salvioni, Romae MDCCXVII.
22. Pericoli P. L'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma. Tip. D'Ignazio Galeati e figlio, Imola 1879.
23. Roger J. Les sciences de la vie dans la pensée française au XVIIIe siècle. Armand Colin, Paris 1963.
24. Testis examinatus a Vavclio Dathirio Bonglaro. Ex Typographia Ioannis Francisci Barbettis, Florentiae 1658.

L'Ospedale come Metafora: un Percorso Attraverso la Narrativa Italiana del '900

The Hospital as a Metaphor: Going through 20th Century Italian Literature

MARIA TERESA RUSSO

Dipartimento di Antropologia ed Etica Applicata. Università Campus Bio-Medico di Roma

Premessa La letteratura del '900 ci presenta illustri esempi narrativi nei quali l'ospedale è una grandiosa metafora, come il "Sanatorio Berghof" descritto da Thomas Mann nella *Montagna incantata* o la "Divisione cancro" dell'omonimo romanzo di Solzenicyn. Forse più sommersa, ma non meno significativa è l'offerta della produzione narrativa italiana, dove la realtà dell'ospedale, più che essere la proiezione di un grande affresco storico, è un luogo-simbolo in cui le contraddizioni dell'esistenza quotidiana appaiono al vivo e sono amplificate le domande di sempre, dove i vissuti dei sani e dei malati si mescolano nell'unica domanda di senso. Pur con le debite differenze di intenti e di stili, nelle narrazioni quasi contemporanee di Calvino, Buzzati e Tobino è possibile trovare la trasfigurazione di un'esperienza autobiografica –il soggiorno in ospedale- che diventa spunto narrativo di una riflessione che non riguarda soltanto la realtà della malattia né solo l'impegno della cura, ma soprattutto il valore dell'esistenza stessa, la dignità dell'essere umano e, naturalmente, il senso della morte.

Parole Indice: Antropologia della malattia. Etica narrativa. Letteratura. Medical Humanities.

Background 20th century literature offers famous examples in which the hospital is a huge metaphor: for example the "Berghof sanatorium" described by Thomas Mann in the "Magic Mountain" or the "Cancer Ward" in the same title novel by Solzhenitsyn. Maybe Italian literary production is more humble but not less meaningful. The reality in the hospital instead of being the projection of a huge historical fresco is the symbolic space in which the contradictions of everyday life appear alive, where usual questions are amplified and the experiences of the sick and of the healthy people are mingled in one only question having meaning. Even though there are different styles and purposes in the nearly coeval narration by Calvino, Buzzati, and Tobino it is possible to find the transfiguration of autobiographic experiences – hospitalization. This becomes the narrative starting point of a meditation that doesn't consider only the illness itself nor the treatment but more than anything makes a comment on the value to life itself, human dignity and, obviously seeks the meaning to death.

Index Term: Anthropology of illness. Narrative ethics. Literature. Medical Humanities.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Maria Teresa Russo
Dipartimento di Antropologia ed Etica Applicata
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro Del Portillo, 21
00128 Roma
e-mail: m.russo@unicampus.it

“Prigioniero di un mondo diverso”: una giornata al Cottolengo

La giornata di uno scrutatore fu il primo libro che Calvino pubblicò dopo il silenzio narrativo di circa tre anni, che seguì a *I nostri antenati*. L'indicazione del periodo di composizione -"1953-1963"- sull'ultima pagina della seconda edizione, unica modifica apportata dall'autore rispetto alla prima, mostra quanto il racconto sia frutto di una lunga e travagliata gestazione. Dieci anni per scrivere meno di un centinaio di pagine: come mai? È lo stesso Calvino, in un'intervista del 1963, a spiegarne i motivi: "Posso dire che, per scrivere una cosa così breve, ci ho messo dieci anni, più di quanto avessi impiegato per ogni altro mio lavoro... I temi che tocco con *La giornata di uno scrutatore*, quello dell'infelicità della natura, del dolore, la responsabilità della procreazione, non avevo mai osato sfiorarli prima d'ora. Non dico ora d'aver fatto più che sfiorarli; ma già l'ammettere la loro esistenza, il sapere che si deve tenerne conto, cambia molte cose"¹. Si tratta, infatti, di un Calvino molto diverso da quello avventuroso-fantastico di romanzi come *Il visconte dimezzato* o *Il cavaliere inesistente*; un Calvino che, pur non rinunciando al tocco d'ironia e al gusto del grottesco, appare pensoso e perplesso.

Ambientato in un particolare tipo di ospedale, il "Cottolengo" di Torino, il racconto nasce da un'esperienza autobiografica, quella di due visite in quel luogo: la prima, di pochi minuti, avvenuta il 7 giugno 1953, quando l'autore, candidato del partito comunista, assistette alle discussioni fra gli scrutatori di quel seggio sulla validità del voto tra i malati; la seconda, di due giorni, in occasione delle elezioni del 1961, quando fu nominato scrutatore al seggio del Cottolengo. Ma, come ha opportunamente notato G. Bonura², il motivo politico è da considerarsi solo un pretesto, perché lo scrittore, per quanto presenti il suo scritto come un "manifesto antidemocratico", parte sì dalla domanda sulla legittimità di certe votazioni, ma per approdare a ben altri interrogativi, che riguardano il valore stesso della vita umana.

Nel protagonista, Amerigo Ormea, uno scrutatore comunista assegnato al seggio del Cottolengo, è adombrato lo stesso Calvino e negli interrogativi che il contatto con una realtà così inconsueta risveglia in lui, si riflettono le perplessità dell'autore. Più che un racconto, si tratta, di una meditazione, come mostra il continuo soliloquio che, indicato tra parentesi, manifesta il rimuginare del protagonista di fronte a ciò che vede e sperimenta. Confida Calvino: "È

una meditazione su se stesso del protagonista (un intellettuale comunista), una specie di *Pilgrim's Progress* d'uno storicista che vede a un tratto il mondo trasformarsi in un immenso "Cottolengo" e che vuole salvare le ragioni dell'operare storico insieme ad altre ragioni, appena intuite in quella sua giornata, del fondo segreto della persona umana. (...) Lo scrutatore arriva alla fine della sua giornata in qualche modo diverso da com'era al mattino; e anch'io, per riuscire a scrivere questo racconto, ho dovuto in qualche modo cambiare"³.

Il Cottolengo, dove Amerigo trascorre un'intera giornata, diventa un osservatorio privilegiato di un'altra umanità, a lui del tutto ignota, guardata dapprima con curiosità e spavento, poi con pensosità, infine con dubbiosa perplessità. Cosa rappresenta, per un convinto assertore di un'ideologia apertamente migliorista come quella marxista, che promette un mondo perfetto, questa "città dell'imperfezione" che è il Cottolengo? L'enorme istituto, "monumento alla carità", nella sua estensione -"un insieme d'asili e ospedali e ospizi e scuole e conventi, quasi una città nella città, cinta da mura e soggetta a regole... oltre le mura spuntavano tetti d'edifici e pinnacoli di chiese e chiome d'alberi e fumaioli"- più che un luogo assume poco a poco nello sguardo di Amerigo le dimensioni di un autentico mondo. Un mondo *altro*, per la cui lettura l'ideologia marxista si rivela poco a poco una lente sfocata e inutilizzabile. L'"ottimismo storico" con cui il protagonista entra nell'istituto, in un primo momento resiste ostinato, ma poi si sgretola progressivamente mentre gli sfilava sotto gli occhi quell'umanità dolente e minorata, eppure collocata in uno spazio e in un ruolo, persino importante per qualcuno.

Tra quei "padiglioni e porticati un po' da caserma, un po' da ospedale", il *primo* Amerigo si difende strenuamente, deciso a non "lasciarsi prendere dallo squallore dell'ambiente" e tentando in tutti i modi di interpretare secondo i ben noti schemi di "libertà-uguaglianza-democrazia" quanto osserva nel seggio. Ma ben presto, di fronte all'"Italia nascosta che sfilava per quella sala", di fronte a quelle "creature opache", cominciano i suoi dubbi. È stato il caso o una volontà occulta ad aver reso lui diverso dall'idiota che avanza per votare? E cosa significa la parola uguaglianza di fronte a questi esseri? Deciso ad assicurare la legalità del voto respingendo chi gli sembra non idoneo, lo scrutatore rimane però titubante, come se ogni suo rifiuto fosse un po' un tradimento al marxismo, da cui uscisse vincente proprio il tanto esecrato cattolicesimo. "La Chiesa, dopo un lungo rifiuto, aveva preso in parola l'uguaglianza dei diritti civili di tutti gli uomini, ma al concetto d'uomo come protagonista della Storia aveva sostituito quello di carne d'Adamo misera e infetta e che pur

¹ *Un domanda a Calvino*, in "Corriere della Sera", 10 marzo 1963, testo confluito nella *Presentazione*, in *La giornata di uno scrutatore*, Mondadori, Milano 1994, p. VI.

² Cfr. G. Bonura, *Invito alla lettura di Calvino*, Mursia, Milano 1972, p. 73.

³ *Ivi*, p. VII.

sempre Dio può salvare con la Grazia. L'idiota e il 'cittadino cosciente' erano uguali in faccia all'onniscienza e all'eterno, la Storia era restituita nelle mani di Dio, il sogno illuminista messo in scacco quando pareva che vicesse. Lo scrutatore Amerigo Ormea si sentiva un ostaggio catturato dall'esercito nemico".

Da questo momento, la sequela dei pensieri e dei dubbi è in lui un flusso continuo, estraniandolo sempre più dai compiti burocratici, "come se quella processione di ricoverati emanasse un flusso ipnotico, lo facesse prigioniero d'un mondo diverso". Mentre le discussioni inscenate attorno al voto di quello o di quell'altro gli risuonano lontane, Amerigo "navigava in pensieri lontani, come in sogno", rimuginando tra sé sulla contraddizione tra l'umano bisogno di bellezza e la realtà della minorazione, della deformità. È così forte l'urto con quell'universo un tempo ignoto, che questo sembra prendere il posto dell'altro: "era tutto il mondo di fuori a diventare parvenza, nebbia, mentre questo, di mondo, questo del 'Cottolengo', ora riempiva talmente la sua esperienza che gli sembrava il solo vero...E più la possibilità che il 'Cottolengo' fosse l'unico mondo possibile lo sommergeva, più Amerigo si dibatteva per non esserne inghiottito. Il mondo della bellezza svaniva all'orizzonte come un miraggio e Amerigo ancora nuotava verso il miraggio, per riguadagnare questa riva irreale".

C'è ancora tempo per opporre qualche decisa asserzione migliorista – "non sanno che solo il nostro è umanesimo totale...e che noi e solo noi potremo organizzare istituti cento volte più efficienti di questo!" – ma ormai con poca convinzione. Amerigo confessa a se stesso di essere passato dall'attenzione ai possibili brogli ad un "broglie metafisico", che lo ha catturato fino a portarlo a quella che lui teme come "una crisi religiosa". "Certo, una volta ammeso che quando si dice 'uomo' s'intende l'uomo 'Cottolengo' e non l'uomo dotato di tutte le sue facoltà...l'atteggiamento più pratico diventava l'atteggiamento religioso, cioè lo stabilire un rapporto tra la propria menomazione e un'universale armonia e completezza (significava questo riconoscere Dio in un uomo inchiodato a una croce?). Dunque progresso, libertà, giustizia erano soltanto idee dei sani (o di chi potrebbe –in altre condizioni- essere sano) cioè idee di privilegiati, cioè idee non universali?".

Non gli serve, tornato a casa per la pausa del pranzo, sfogliare i *Manoscritti* di Marx e cercarvi la confortante promessa di una reintegrazione del genere umano in una sorta di corpo totale, ormai libero da alienazioni e difetti. I dubbi restano: "vorrà dire che il comunismo ridarà le gambe agli zoppi, la vista ai ciechi? Cioè lo zoppo avrà a disposizione tante e tante gambe per correre che non s'accorgerà se gliene manca una delle sue? Cioè il cieco avrà tante e tante antenne per conoscere il mondo che si dimenticherà di non avere gli occhi?".

Ad alleggerire il peso degli interrogativi, interviene però una scena che gli si presenta una volta tornato in ospedale. Dopo la vista dei ricoverati più gravi, "uomini-pesce" e "uomini-pianta", che aumentano i suoi dubbi – "fino a dove un essere umano può dirsi umano?, si chiedeva Amerigo" –, egli resta assorto nella contemplazione di un uomo, "un campagnolo vestito a festa", venuto a trovare di domenica il figlio deficiente. "Il padre schiacciava al figlio delle mandorle, e gliele passava attraverso al letto, e il figlio le prendeva e lentamente portava alla bocca. E il padre lo guardava masticare...Erano voltati di sbieco, sulle loro seggiole ai due lati del letto, in modo da guardarsi fissi in viso, e non badavano a niente che era intorno".

C'è un'aria di sospensione, perché tutti i più grandi problemi della storia e della politica si concentrano in questa scena quasi insignificante, eppure necessaria ad Amerigo per risolvere il dilemma del conflitto tra *i due mondi*, il mondo dei sani e quello dei minorati. "Ora che il giovane idiota aveva terminato la sua lenta merenda, padre e figlio, seduti sempre ai lati del letto, tenevano tutti e due appoggiate sulle ginocchia le mani pesanti d'ossa e di vene, e le teste chinare per storto – sotto il cappello calato il padre, e il figlio a testa rapata come un coscritto – in modo da continuare a guardarsi con l'angolo dell'occhio. Ecco, pensò Amerigo, quei due, così come sono, sono reciprocamente necessari. E pensò: questo modo di essere è l'amore".

Forse una pista di soluzione è stata trovata, solo che non passa attraverso il progresso e neppure attraverso il sogno della società senza classi. Per il perplesso Calvino-Amerigo si è aperto un varco segreto: "L'umano arriva dove arriva l'amore; non ha confini se non quelli che gli diamo".

L'ospedale come luogo dell'attesa nei racconti di Dino Buzzati

"La cosa che più mi ossessiona è il tempo che passa e che divora. L'uomo non è mai al pari col tempo: in questo senso poi arrivano sempre le delusioni"⁴. La triade malattia-medicina-morte è ricorrente nella produzione letteraria di Buzzati, dove l'esistenza stessa, come ha notato G. De Benedetti, è considerata un tallonamento della morte⁵. "È tutta la vita che scrivo della morte" aveva un giorno confidato lo scrittore a un amico⁶, indicando il tema implicito di quasi tutta la sua narrazione. Non è un caso che, scorrendo

⁴ Citato da L. Bellaspiga, *"Dio che non esisti ti prego"*. Dino Buzzati, *la fatica di credere*, Ancora, Milano 2006, p. 77.

⁵ Cfr. G. De Benedetti, *Dino Buzzati*, in *Letteratura italiana. Il '900*, vol. VI, Marzorati, Milano 1979, pp. 5648 e ss.

⁶ L. Simonelli, *Dino Buzzati*, in D. Buzzati, *Lettere a Brambilla*, De Agostini, Novara 1985, p. 7.

la prosa buzzatiana, ci si imbatte con frequenza in malati e ospedali, come motivi dove per eccellenza si manifesta questa inquietudine esistenziale.

Come nel caso de *La giornata di uno scrutatore*, anche il racconto *Sette piani* nasce da un'esperienza autobiografica. Operato di mastoidite nel marzo del 1935, Dino Buzzati trascorse vari mesi in clinica, sperimentando, una volta dimesso, il lento processo della guarigione. Come egli scriverà all'amico Arturo Brambilla, questa convivenza con la malattia gli ricordava, forse per una recente lettura, il protagonista della *Montagna incantata* di Mann: "io vado facendomi una mentalità tipo Giovanni Castorp con lo svantaggio di una minore rassegnazione e di una maggiore paura"⁷.

Il racconto *Sette piani* seguì a questi eventi in modo spontaneo, come "ripercuSSIONe semi-immediata"⁸. Il protagonista Giuseppe Corte viene ricoverato al settimo piano di una clinica, a causa di un disturbo di scarsa importanza. Ben presto egli scopre che in quel luogo, lindo e accogliente, i piani segnano un inesorabile confine tra i malati, la cui gravità aumenta man mano che si scende in basso. Questa informazione che il Corte riceve da un'infermiera al momento del suo ingresso in ospedale sarebbe irrilevante, se, per una serie di motivi, inizialmente fortuiti e successivamente forzati, egli non si trovasse costretto a scendere un piano dopo l'altro, fino ad essere ricoverato al primo, dove lo coglierà inesorabilmente la morte. L'autore stesso ha illustrato la genesi del racconto, dove il protagonista "dall'alto viene portato in basso, e per il quale, a ogni piano, c'è questa scadenza di gravità del male. L'idea mi è parsa molto bella. Si trattava di trovare dal piano al piano la giustificazione falsa, l'inganno dei medici per portarlo da un piano all'altro. E questo l'ho risolto abbastanza facilmente"⁹.

Ma prima di *Sette piani*, Buzzati aveva dato alle stampe il suo capolavoro, *Il deserto dei Tartari*¹⁰, romanzo con cui il racconto rivela una certa affinità e che fa apparire in filigrana quella lettura di Mann a cui Buzzati aveva fatto riferimento nella lettera al Brambilla. È possibile, infatti, istituire un confronto tra l'arrivo del tenente Drogo alla fortezza Bastiani, nel *Deserto dei Tartari*, quello di Giuseppe Corte alla clinica dove lo attende il ricovero e la salita di Hans Castorp in visita dal cugino al sanatorio Berghof¹¹. Corte e Castorp si affacciano entrambi al regno della malattia considerandosi ad esso estranei in quanto in buona

salute, ma si trasformano poco a poco in malati: entrano da ospiti di passaggio e finiscono per essere residenti stabili. D'altra parte, la clinica di *Sette piani* e quella della *Montagna incantata* non sono tanto distanti dalla fortezza Bastiani: nei tre luoghi, infatti, si consuma giorno dopo giorno l'attesa di un evento risolutivo, in una sospensione piena di mistero che è sostenuta dalla speranza, ma che ha la morte come sfondo e orizzonte inevitabile. Un'attesa che è la vita stessa. Secondo la felice espressione di E. Faye¹², l'ospedale diviene, così come in un certo senso la fortezza, il "sanatorio dei malati del tempo", perché è il rapporto col tempo la grande questione dell'esistenza, la consapevolezza del suo trascorrere e il desiderio impossibile di dominare totalmente eventi e situazioni; l'attesa dell'occasione propizia che forse non si presenterà mai e la necessità di accettare l'imprevisto e l'inspiegabile.

Così, come la fortezza Bastiani è il luogo dove Giovanni Drogo, giunto carico di speranze di gloria, consuma la sua esistenza nell'attesa dei Tartari, accorgendosi solo dopo molti anni di aver speso tutta la sua giovinezza senza rendersene conto e di essere ormai alla soglia della morte, analogamente, il "celebre sanatorio" dove Giuseppe Corte arriva, fiducioso in una rapida guarigione, è il microcosmo dove si svolge ogni vita umana, tesa tra l'aspettativa e la delusione, tra la fiducia e la menzogna, tra la gioia di sentirsi risparmiato dalle avversità e la difficoltà ad accettare il dolore.

È l'attesa stessa dell'evento a rendere l'esistenza di giorno in giorno meno attraente. Così, a Giuseppe Corte, ricoverato inizialmente in "una gaia camera del settimo e ultimo piano", con "i mobili chiari e lindi come la tappezzeria... i cuscini rivestiti di policrome stoffe...", con la vista "su uno dei più bei quartieri della città", il sanatorio sembra "tranquillo, ospitale e rassicurante". Ma più passa il tempo, meno accogliente è lo spazio, perché più a disagio è l'ospite, determinato a guarire ma anche angosciosamente preoccupato dei propri sintomi. Al quinto piano la camera è "altrettanto comoda ed elegante. La vista ugualmente spaziosa", ma dal terzo piano in giù "la vista è tagliata dagli alberi di cinta". Il primo piano, quando vi giungerà, gli sembrerà "un mondo irrealistico, fatto di assurde pareti a piastrelle sterilizzate, di gelidi androni mortuari, di bianche figure vuote senza anima".

Il "terribile primo piano", dai "funebri segreti", fissato con insistenza da Giuseppe Corte sin dal momento dell'arrivo in clinica, altro non è se non la paura di morire, che finisce per impedirgli di vivere realmente. Capolinea temuto eppure ossessivamente presente, il primo piano è un centro di gravità dove egli è diretto inevitabilmente. Il desiderio spasmodico di evitarlo, l'ostinata convinzione di

⁷ Ivi, p. 245.

⁸ Al racconto, pubblicato nella raccolta *I sette messaggeri* (1943), seguì nel 1953 la trasposizione teatrale intitolata *Un caso clinico*.

⁹ D. Buzzati, *Un autoritratto*, Mondadori, Milano 1973, p. 80.

¹⁰ *Il deserto dei Tartari* fu pubblicato nel 1940.

¹¹ Il confronto è istituito da E. Faye, *Le sanatorium des malades du temps*, José Corti, Paris 1996, pp. 26-27.

¹² Cfr. *Ibidem*.

“non essere un malato grave” non fanno che renderlo ogni giorno più vicino. Più sei angosciato della fine, più la anticipi, sembra dirci Buzzati. Non fa meraviglia, dunque, che, arrivato al piano dei moribondi, Giuseppe Corte “si senta paralizzato da uno strano torpore”. Non si può dire che muoia, ma piuttosto che gli sopraggiunga la morte: “vide che le persiane scorrevoli, obbedienti a un misterioso comando, scendevano lentamente, chiudendo il passo alla luce”. Forse è proprio il *cotidie morior* della saggezza antica opportunamente corretto dalla lezione cristiana, ossia la serena consapevolezza di morire ogni giorno un poco, la ricetta migliore per ben morire.

Questioni ospedaliere viene pubblicato nel 1950¹³. L'ospedale è qui una struttura labirintica dove il protagonista disperato vaga inutilmente alla ricerca di un medico, portando tra le braccia una donna “grondante di sangue”. Ma l'ospedale è una trappola burocratica, dove infinite sono le complicazioni, di cui il dedalo degli spazi è un simbolo. Entrare nel recinto, oltrepassare il cancello, aggirarsi tra i padiglioni del giardino, salire la scalinata, arrivare nell'atrio, vedersi risospinto indietro nuovamente in giardino, il tutto alla ricerca del “Padiglione Ricovero”, assomiglia ad un'assurda corsa contro il tempo destinata al fallimento: “correvvo, correvvo, chissà come, con lei tra le braccia”. In questo spazio angosciante, il personale appare assolutamente indifferente al dramma del protagonista, concentrato com'è esclusivamente sui regolamenti e sulle competenze.

Il contrasto tra la gravità del caso –la donna grondante di sangue e svenuta tra le braccia dell'uomo- e la reazione degli interlocutori –noncurante e ufficiale- dà un effetto grottesco ed estraniante alla narrazione. “Questa è la clinica medica, non è affare per noi questo”, risponde un frettoloso infermiere “e accennava col mento a lei poveretta tra le mie braccia, come fosse una merce o un bue, lei che forse stava per morire”. Così la suora bianca, visione che pure sembra consolatrice e rassicurante: “Ma signore così non è possibile, se lei non ha il foglio...il foglio di accettazione”. Infine i medici, che fanno la loro comparsa l'uno dopo l'altro: “Dove va lei in questo modo? Chi l'ha lasciata entrare?...È questa la sorveglianza che fanno?...E mi dica lei, da che cancello? Prima mi spieghi da che cancello è entrato”.

Invano il protagonista cerca un'attenzione non rivolta alla norma astratta, ma al caso drammaticamente concreto che gli altri hanno sotto gli occhi. Su questo sfondo, il dialogo tra i due medici passati per caso appare surreale: “Ne vuoi sapere una bella? Questo bel tomo è venuto da un cancello! Adesso si entra come se fosse un mercato! Adesso si portano i malati come in casa propria!”.

Anche lo spiraglio di speranza aperto dal gesto di uno dei due medici, che inaspettatamente osserva la donna svenuta e le sfiora la tempia, viene ben presto restituito all'abituale freddezza: si tratta di un gesto professionale, privo di reale attenzione e di umanità. In questo caso, il medico si mostra come colui che detiene un potere che gli conferisce il dominio di situazioni e persone. “È compromesso il...” e poi una parola difficile che non riuscì a distinguere. “Che cosa è compromesso, professore?” chiesi. “Mi dica, mi aiuti, la prego...Mi aiuti prima che sia troppo tardi!”. Un potere, quello del medico, che si manifesta nell'uso confidenziale e paternalistico del tu e nell'ironia: “Ma questo è l'ospedale” rispose, estremamente signorile e conscio della propria sconfinata potenza. “Lo sai che questo è l'ospedale, giovanotto! Non è mica un albergo... Ma spicciati, piuttosto, muoviti. È là in fondo che devi andare!”. Non resta che la disperazione di chi vede la meta di volta in volta più lontana e il tempo a disposizione ridursi sempre di più: “Che il demonio vi sbrani!” ruggivo contro i medici, suore e infermieri. “Che la peste vi divorì!”.

Icaro e L'ospedale malato, apparsi nella raccolta *Le notti difficili*¹⁴, hanno il sapore del *divertissement*, ma con un fondo di amaro.

In *Icaro*, il protagonista entra nella clinica “Casa Azzurra” per un intervento chirurgico piuttosto serio, ma con la guarigione completa “scontata in partenza”, tanto da indurlo a pensare: “Fra dieci giorni al massimo sarò di nuovo a casa, fra venti sarò più in gamba di prima”. Anche qui il chirurgo, il professore Coltani, “celeberrimo”, assicura il malato che l'operazione “è una semplice formalità”, tanto che lui “può considerarsi già convalescente”.

Nel racconto, però, vi sono alcune varianti rispetto ai classici motivi buzzatiani: anche il professor Coltani è malato e gravemente, tanto da sapere di avere i giorni contati. Il suo assistente, il dottor Rilka, si diletta a scrivere poesie, per cui incalza lo scrittore per avere un suo giudizio qualificato: “era chiaro che l'ambizione letteraria, e non il desiderio di carriera medica dominava la sua vita”. Ma Rilka ha da rivelare un'altra notizia al malato: ha appreso da un luminare dell'astrofisica che l'asteroide Icaro si sarebbe schiantato sulla terra da lì a pochi giorni, provocando la fine del mondo.

Anche qui l'effetto surreale è il contrasto tra l'enormità della notizia, per gravità e per estensione, e il *microvissuto* dei due: il consiglio esperto sulle poesie, che sta a cuore al dottor Rilka più della imminente catastrofe e l'imminente intervento chirurgico dello scrittore, che lo fa addirittura rallegrare dall'annuncio dell'ecatombe collettiva. “Confesso che la notizia, nelle tetre disposizioni d'animo in cui mi tro-

¹³ Nella raccolta *In quel preciso momento*, Neri Pozza, Firenze 1950 (ora in *La boutique del mistero*, Mondadori, Milano 1972, pp. 160-162).

¹⁴ Il racconto *Icaro* è del 1968 (*Le notti difficili*, Mondadori, Milano 1971, pp. 247- 254).

vo in questi giorni, mi ha dato una consolazione immensa. Tanto, io dovevo morire. Ma il brutto, quando si muore, è l'andarsene da soli. Se si parte tutti insieme, e quaggiù non resta più nessuno, non dico che sia una festa, ma quasi. Che paura si può avere, se la sorte è comune?"

Sicché, quando, qualche notte dopo, l'ospedale è messo in subbuglio e le vittime si contano a centinaia per lo schianto dell'asteroide, il racconto si chiude con una scena tra drammatica e grottesca. Il dottor Rilka che porge un mucchio di fogli allo scrittore, insistendo spiritato: "Legga, la supplico, ne legga almeno un paio...non restano che pochi minuti..."

Ne *L'ospedale malato*¹⁵, la clinica "Ophelia", dove il protagonista si ricovera per un intervento alla cistifellea, ha una singolare particolarità. Qui tutto il personale, medici e infermieri, si rivela poco a poco malato. Lo è il medico di turno: "Un uomo sui quaranta, magro e pallido. Si levò dalla poltrona, togliendosi di bocca un termometro. "Mi scusi, sa? Ma ho quasi trentanove di febbre". Lo è l'infermiera che entra zoppicando per fare l'iniezione: "Se sapesse, signore," confidò con un dolce sorriso "sapesse, con l'umido di oggi, i capricci che fa la sciatica...". Lo è il chirurgo Trizzi, che si dichiara un luminare della cistifellea, anche perché dovrà subire lui stesso quell'intervento: "Domattina lavoro io su di lei. Dopodomani lavoreranno gli altri. Su di me, capisce? Anche la mia cistifellea, *kaputt!*" e fa il gesto di buttar via un rifiuto. "molto peggio della sua, molto peggio. Perché la sua sappiamo ormai esattamente come sta. Mentre nel mio caso...Nel mio caso la situazione, come dire? È abbastanza aggrovigliata. Eh, si sa dove si taglia, non si sa cosa si trova!". Trizzi è un medico che addirittura soffre più del paziente: "Porta una mano alla destra dello stomaco, premendo, e fa una smorfia dolorosa. "Ahi, ahi...ho paura che...scusi se mi siedo...questione di pochi secondi...sono fitte passeggiare...Ma non si preoccupi, per carità...Capitano soltanto al pomeriggio, al mattino mai, assolutamente mai...".

Anche il direttore della clinica non può dare il benvenuto al nuovo paziente, in quanto vittima di un infarto e la capo infermiera della notte, alla domanda premurosa del malato che la vede tastarsi una guancia dolente, rivela di avere una terribile nevralgia al trigemino. A questo punto, è d'obbligo la domanda: "Scusi, signorina: qui alla clinica Ophelia, dico, il personale curante, dico, è fatto tutto di malati?". L'infermiera rivela allora che proprio questo è il segreto della clinica "Ophelia", che ne fa la casa di cura più rinomata d'Europa e addirittura un vero e proprio centro di psicoterapia. Qui l'ospedale non è il luogo dove il sano cura il malato, ma dove tutti sono accomunati dalla stessa esperienza di malattia e per questo favoriti da una solidarietà che è essa stessa terapeutica.

Ancora una volta, a causare angoscia è l'eventualità della separazione, quella lontananza che segna un confine: "Cos'è il brutto dell'ospedale? La malattia, forse? No. Il brutto dell'ospedale è di vedere tutti gli altri, che malati non sono. Quando viene la sera, noi condannati al letto, e i medici, le infermiere, gli assistenti eccetera via come fringuelli per la città, chi a casa, chi da amici, chi al ristorante, chi al cinema, chi a teatro, chi all'amore; e questo deprime terribilmente, creda, ci fa sentire minorati, influisce sul decorso in modo decisivo. Invece, se uno è moribondo e gli altri sono tutti già morti, si sente un imperatore. E qui, appunto, realizziamo il miracolo. Intanto, niente visite di parenti e di amici, a evitare spiacevoli confronti. E poi, e poi...medici, assistenti, chirurghi, anestesisti, infermiere eccetera, tutti malati seriamente. I pazienti, al paragone, si sentono signori, si sentono sani. Si sentono? Diventano sani. Alle volte guariscono senza bisogno neanche di una pillola. E magari sono entrati che erano più di là che di qua".

Nei due racconti che formano un'unica narrazione, *Revisione dell'ultracinquantenne* e *Le sorprese del dottor check-up*¹⁶, la clinica dove Buzzati si reca per un check-up è un luogo accogliente e confortevole e le infermiere, "quasi tutte graziose", sorridono e scherzano. Persino il nome, "Clinica Sei Fiori", è rassicurante e l'arredamento sembra fatto apposta per simulare una vacanza più che un ricovero. "Il corridoio era il corridoio di un grande albergo internazionale...mi trovai in uno spazioso salotto tipo moderna e ricca casa borghese...un letto in stile antico, di ferro verniciato in rosso coi pomelli in ottone dorato...uno spogliatoio con tavolo, specchiera e grande armadio a muro...esprimevano lusso, lungimiranza e perfezione...potevo credermi in un Ritz o in un Hilton Hotel".

L'effetto di tutto questo comfort non può che essere benefico, ma, in fondo in fondo, anche un po' estraniante: "La pace. Il distacco da tutto. Già un'altra volta, ricoverato in una clinica del centro, avevo provato questa intensa e affascinante sensazione di lontananza, di solitudine protetta, di assoluto farniente. Come un esilio".

In questa cornice rassicurante l'unico neo è l'immagine rimandata dallo specchio, che produce uno stridente contrasto: "era un curioso specchio, rifletteva una faccia che non avevo mai vista: pallida, scavata, vecchia, tesa, straniera, come se dietro si nascondessero chissà quali sinistri segreti".

Il check-up è dunque atteso con quella trepidazione e ansia, con cui uno studente si appresta all'esame di maturità classica: "E adesso sarebbero venuti i professori. E mi avrebbero interrogato. E io non avrei saputo rispondere o avrei risposto in un modo pietoso. E quelli mi avrebbero bocciato. Solo che questa volta la bocciatura non significava il rinvio a ottobre o alla peggio la ripetizione di un an-

¹⁵ Nella raccolta intitolata *Invenzioni*, in *Ivi*, pp. 255-57.

¹⁶ I due racconti, che risalgono al 1964, sono stati raccolti in *Cronache terrestri*, Mondadori, Milano 1972, pp. 156-165.

no. Ero ormai vecchio. Guai, guai se anche soltanto uno di quei professori mi avesse dato quattro o cinque. Entrato nella clinica come un uomo, ne sarei uscito come inutilizzabile rottame”.

In fin dei conti, ogni esame medico è un *memento mori*, sempre inquietante, ma ancor più ingiustificato se della malattia non c'è alcuna avvisaglia: “Ciascuno di noi forse porta scritta in una recondita particella del corpo, la propria finale condanna. Ma perché andare determinatamente a dissepellirla? Perché voler sapere subito l'orribile cosa che si sarebbe conosciuta soltanto dopo molti mesi o molti anni?”. Questo soprassalto trasforma immediatamente la clinica, da ambiente rassicurante, in inquietante ingranaggio dove anche il minimo rumore desta sospetto: “Pace e silenzio. Ma dai muri intorno filtrano arcane voci intermittenti, erano ronzii, erano sgranatura di soffici battiti, erano soffi, erano scatti di interruttori e relais con lunghe viscerali risonanze, erano sommessi borbottii, remoti soffocati rombi di qualcosa che lavorasse nelle profonde cavità dell'edificio. No, non era questione dei professori. La stessa clinica era una creatura viva, una sorta di soave ma implacabile mostro che mi stava sorvegliando”.

Ora il malato ha uno sguardo diverso sulle cose e persone e il cambiamento della narrazione dalla prima alla terza persona mostra la nuova percezione di sé come oggetto parcellizzato, scrutato da strumenti minacciosamente estranei: “Siringhe, flaconi, aghi, vasi, ventose, tubi, quadranti, cinture, pompe, sonde, speculi, pinze. La catena di montaggio, anzi di smontaggio, cominciò a sgranarsi, trasportando su e giù l'uomo dall'analista al radiologo, dal radiologo all'oculista, dall'oculista al cardiologo, dal cardiologo all'otorinolaringologo, dall'otorinolaringologo all'urologo, dall'urologo ancora al radiologo, dal radiologo al medico coordinatore, il boss cioè di tutta la faccenda”.

Più il personale è cortese, più cresce il sospetto e la diffidenza, come se il malato si sentisse una vittima tenuta all'oscuro di terrificanti notizie: “E tutti erano straordinariamente autorevoli, veloci e sicuri, e nello stesso tempo erano dei vecchi affettuosi amici che si prestavano al gioco tanto per darmi soddisfazione ma tutto quanto, si intende, era superfluo, io ero sano come un pesce, io avevo ancora il fisico dei vent'anni, di cosa mi stavo preoccupando?...I professori scrutavano, palpavano, misuravano, alla fine pronunciavano confortevoli frasi di assicurazione. Tutto in ordine, niente di speciale. Naturalmente, prima di una risposta esauriente, bisognava controllare i dati degli strumenti, i risultati di laboratorio. Ogni volta restava un filo di dubbio. Ma potevo io insistere per sapere subito la verità? Potevo mostrarmi tanto bambino e pusillanime?”.

Anche il minimo gesto o parola durante lo svolgimento degli esami è allora interpretato come un tentativo di nascondere qualcosa di preoccupante: “Da dietro una porticina imbottita mi giungono le voci del radiologo e del di-

rettore del check-up...Che cosa si diranno quei due? Le parole non si afferrano. Non mi arrivano che vocalità inarticolate. Un silenzio. Poi il dialogo riprende con una concitazione nuova. Che abbiano scoperto qualcosa? Che stiano discutendo su come converrà farmelo sapere senza spaventarmi troppo? Perché ci mettono tanto tempo?”.

La serie di esami appare infinita, perché nessuno è sufficientemente esauriente da fornire l'ultima parola: occorre aspettare un nuovo esito, un ulteriore referto, “tanto per levarsi il pensiero”.

Ancora una volta appare il tema dell'attesa, dell'ignoto che si vorrebbe poter controllare, ma inutilmente, del tempo che sfugge inesorabilmente. E Buzzati conclude con un apologo: “Il signore del castello mandò a chiamare i suoi fidi. ‘Ho l'impressione’ disse loro ‘che qui nel castello stia succedendo qualche cosa, non so, complotti forse congiure, o frane, o crolli, o ladrocinii, o attentati. Ma dall'alto della torre dove vivo io non posso sapere. Ed è un castello così grande e complicato, io stesso praticamente lo conosco solo dal di fuori. Vi prego, amici, voi che ne sapete i più segreti labirinti andate giù a vedere. E al più presto mandatemi notizie’. Quelli discesero nelle profondità della immensa rocca a ispezionare. Ma passavano i giorni e nessuno di loro si faceva più vivo. Dall'ultimo terrazzo della torre, il signore giorno e notte guardava in giù, scrutando ansioso”.

Non c'è nulla che assicuri del tutto contro il timore della fine: l'“ansia metafisica” di Buzzati, secondo l'espressione di Emilio Cecchi, si rivela in fondo, e forse suo malgrado, una ricerca di Dio. Non a caso egli così scriveva, il 31 ottobre del 1941, all'amico Arturo Brambilla: “A proposito, se tu non ti fossi espresso in modo negativo, anche se fuggevolmente, al riguardo, io sarei spesso tentato seriamente dalla religione cattolica. O tu respingi la religione cattolica quale è adesso e non quale era? Oppure pensi che non importa se sia cattolicesimo, luteranesimo, buddismo o maomettanesimo e che, per guadagnarsi il paradiso, ci sono prima delle questioni più pratiche e importanti da risolvere, come quella semplicissima di essere buoni? Ma, dopo, che cosa pensi allora che ci sia dopo? O è curiosità inutile anche questa?”¹⁷.

L'ombra e l'immagine negli ospedali di Mario Tobino

Con “Le libere donne di Magliano”, scritto nel 1953¹⁸, lo scrittore Mario Tobino ci introduce nel mondo dell'ospedale psichiatrico, dove egli esercitò per diversi anni la professione di medico. Così egli racconta la genesi del libro: “Mi ero rimesso a fare il medico di manicomio, ades-

¹⁷ Lettere, pp. 279-280.

¹⁸ Cfr. M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 1980⁸.

so vivevo nei miei posti, a Magliano, a 17 chilometri da Viareggio, all'ospedale psichiatrico di Lucca. Che frequentavo la pazzia erano già numerosi anni, mi sembrò di conoscerla, di poterla umanamente dire. Tenni giorno-giorno un diario. Mi era facile la sera scrivere su un quaderno quello che era successo nell'istituto. La lingua, come un giornale di bordo, doveva essere fresca, asciutta, efficace. Il mio compito era dire la verità, che anche nei manicomi vi era un ordine, che la stessa follia aveva le sue leggi, le sue norme, essa stessa un mistero come la vita di tutti gli uomini¹⁹.

Un diario, dunque, caratterizzato da una prosa scabra, senza cedere al vezzo dell'aggettivazione o delle descrizioni ad effetto. E anche un documento storico di un certo modo di intendere la psichiatria e l'istituzione del manicomio: concezioni ormai appartenenti al passato, dopo la legge Basaglia e l'avvento degli psicofarmaci. E tuttavia *Le libere donne di Magliano* non si presenta come un semplice resoconto, né come un testo di denuncia sociale, tantomeno intende essere una raccolta di storie cliniche. Più che l'occhio clinico, è l'occhio della *pietas* a guidare il medico Tobino nei suoi bozzetti espressionistici. Come scriverà l'autore nella prefazione alla ristampa del '63: "Scrissi questo libro per dimostrare che anche i matti sono creature degne d'amore, il mio scopo fu di ottenere che i malati fossero trattati meglio, meglio nutriti, meglio vestiti, si avesse maggiore sollecitudine per la loro vita spirituale. (...) Tentai di richiamare l'attenzione dei sani su coloro che erano stati colpiti dalla follia"²⁰.

L'affresco popolato dalle tante figure di "matti" non si propone come la fotografia asettica di un ospedale psichiatrico, quanto piuttosto come metafora della stessa condizione umana, sospesa tra lucidità e follia, tra miseria e grandezza. Il tutto filtrato da una rete di rapporti che legano gli abitanti di questo *mondo a parte*, i quali, pur divisi da ruoli e situazioni, sono uniti dallo stesso destino. Ma non perché, come vorrebbe l'idea freudiana, si sia tutti un po' malati, o perché, come voleva la tesi di Basaglia, nessuno è malato²¹. Piuttosto perché ci si riconosce tutti ugualmente umani: "questi matti sono ombre con le radici al di fuori della realtà, ma hanno la nostra immagine (anche se non precisa), mia e tua, o lettore. Ma quello che è più mi-

sterioso domani potranno avere, guariti, la perfetta immagine, poi di nuovo tornare astratti, solo parole, soltanto deliri. Dunque è il nostro incerto equilibrio che pencola, e insuperbiamoci e insieme siamo umilissimi, che siamo soltanto uomini capaci delle opposte cose, uguali, nel corso delle generazioni, alla rosa dei venti"²².

Medici e infermieri, suore e portieri, condividono con i "matti" la stessa esistenza fatta di cose minuscole e gravi, di incontri ravvicinati e di distanza insuperabile, di sensibilità e di assoluto distacco, di gratitudine e di ribellione. Un corpo a corpo tra malattia e salute, dove è difficile dire chi è quello che dà e chi sia quello che riceve, perché nella solidarietà dolente che qui si sperimenta, l'umanità di tutti è messa a nudo nel meglio e nel peggio. Così, quando il medico Tobino regala un pacchetto di sigarette a un ex ospite del manicomio che gli fa da scrivano, riceve in cambio una reazione inaspettata: "mi ha risposto con una gentilezza che i sani non hanno: 'non le fumerò, le terrò per ricordo'"²³. O quando il ragazzone Tono, "fanciullo incapace di invecchiare", dalla mente abitata da deliri e allucinazioni fantastiche, franco e gioviale, divenuto aiuto portiere, si trasforma nell'interlocutore più richiesto: "se uno era di umor cupo e ci conversava diveniva quasi sereno facendoci riflettere sulle tante nostre illusioni e vane speranze"²⁴. Persino il medico deve confessare a se stesso: "Tono faceva parte della mia vita, partecipavo ai suoi deliri, ogni giorno lo vedevo, un poco lo amavo, mi era noto il meccanismo delle sue emozioni"²⁵.

Nel manicomio di Magliano appare dunque amplificato, come sotto una lente d'ingrandimento, l'impasto di miseria e grandezza dell'essere umano, di cui la malattia diviene il lievito misterioso. Così le donne di Magliano sono "libere", non libere *dalla* malattia, ma *nella* malattia: libere di esprimere, anche nel difetto di umanità che le affligge, la propria personale risposta. E se lo spettacolo dei malati più gravi, i cosiddetti "agitati", risulta impressionante, lo è proprio per la constatazione drammatica di un'assenza, per quell'*umano* che sembra scomparso dai volti e dai gesti, per poi ricomparire talvolta inaspettatamente, del tutto o in qualche barlume di coscienza.

Ma è necessario un *occhio pietoso* per scoprire tutto questo, lo sguardo che non curiosa distrattamente, piuttosto si posa senza pretendere di aver già tutto visto e capito. "La mia vita è qui, nel manicomio di Lucca. Qui si snodano i miei sentimenti. Qui sincero mi manifesto. Qui vedo albe, tramonti, e il tempo scorre nella mia attenzione. Dentro una stanza del manicomio studio gli uomini e li amo. Qui, fino a questo momento, son ritornato. Ed il mio

¹⁹ Introduzione, in *Ivi*, p. 9. Cfr. F. Del Beccaro, *Mario Tobino*, in *Letteratura italiana. Il '900*, vol. VII, Marzorati, Milano 1979, pp. 6625-6636.

²⁰ Prefazione all'edizione del '63, in *Ivi*, p. 19.

²¹ In una lettera inviata al suo assistente Franco Bellato, il 3 luglio 1979, a proposito della legge 180, Tobino scriveva: "Io credo che la follia esista e Basaglia invece mi pare che sia convinto che, chiuso il manicomio, svanisca la cupa malinconia, l'architettura della paranoia, le catene delle ossessioni" (P. Di Stefano, *Tobino e Basaglia, duello sulla follia*, in "Corriere della Sera", 6 maggio 2006, p. 23).

²² Cfr. *Ivi*, pp. 34-35.

²³ *Ivi*, p. 28.

²⁴ *Ivi*, p. 75.

²⁵ *Ivi*, p. 71.

desiderio è di fare di ogni grano di questo territorio un tranquillo, ordinato, universale parlare”²⁶.

Anche il manicomio, più che essere il rovescio del mondo, può essere *un* mondo, con il suo ordine, le sue leggi, i suoi ritmi, scanditi dalle stagioni ma anche dai riti interni conosciuti solo a chi ne fa parte. E considerarlo così non risponde solo a un'esigenza di igiene mentale o di sopravvivenza per i cosiddetti sani che vi lavorano. Significa invece riconoscere che la pretesa del *migliore dei mondi possibili*, governato da una razionalità ferrea che in nome di un'armonia assoluta mette al bando l'errore e tenta di cancellare il dolore, è utopistica. Esistono tanti mondi possibili da rendere *buoni*, ricercando un'armonia relativa, medicando ferite e ricomponendo i conflitti di oggi, sapendo che l'indomani ne presenterà forse di nuovi e diversi. Sono ancora una volta le risorse dell'essere umano a rendere vivibile quel microcosmo concreto in cui viene a trovarsi, quasi fosse il punto di orientamento dell'ago di una bussola che altrimenti girerebbe a vuoto. È l'essere umano che, posto di fronte al limite o *di fronte all'estremo* -secondo l'espressione cara a Todorov- reagisce, interpreta e rielabora, mostrando nuove energie e fornendo insospettite risposte. Ovunque si trovi o lo si ponga, egli si comporta da *abitante*, fa casa, tesse rapporti, cerca di rendersi familiari gli spazi e di governare i tempi, di riconoscere volti amichevoli, di imporre rituali.

Un territorio, anche quello del manicomio, dove la cura di cose minime risulta una poetica del quotidiano: come la pulizia e la decorazione della portineria da parte del medico, che fa nascere nei portieri riconoscenza ed emulazione, perché “l'amore che si attua, che si immedesima nelle cose è trasmissibile”²⁷. Oppure quella sensibilità che la malattia mentale non ha offuscato come nel caso della Lella, una degente con la passione dei fiori che coltiva i garofani: “li cova con gli occhi e quando ne sboccia uno lo annuncia con voce acuta”²⁸. Sensibilità talvolta ignorata o ferita dai sani: “Ieri sera la Lella proclamò che quattro insieme ne stavano per sbocciare. Stanotte li hanno rubati. Deve essere stata la suora della chiesa o la suora di notte”²⁹. O ancora il potere di attrazione che la bellezza conserva anche per le menti annebbiate dalla malattia mentale, come quando in manicomio arriva la Belaglia, diciassettenne incantevole e delicata, che conquista la tenerezza anche delle malate “diffidenti”. Quando è necessario il suo trasferimento, il medico nota una reazione sorprendente: “Una ammalata, già molto anziana, l'ha seguita fino alla porta come se le portassero via un tesoro. Immensa potenza della vergine bellezza! Questa anziana malata stava sempre zitta, chiusa nella tetraggine e oggi, poiché le strap-

pavano la fanciulla, lei sempre pallida, si è irrorata nel volto, e mi ha detto concitatamente: ‘Siamo sempre state assieme, non me la tolga!’”³⁰.

Paternalismo medico? Forse o, piuttosto, *paternità* del medico, che si esercita non solo nella cura ma soprattutto nell'offerta di un'attenzione che va oltre la diagnosi e di una premura che non si limita alla somministrazione di farmaci. Così si comporta il medico Anselmo, protagonista di un altro romanzo di Tobino ambientato in un manicomio, *Per le antiche scale*, scritto circa un ventennio dopo *Le libere donne di Magliano*. Qui alla forma diaristica si sostituisce quella della narrazione continua e la testimonianza lascia il passo alla finzione immaginativa. Anselmo impara a scendere le scale di un manicomio che è mutato per l'introduzione di nuovi regolamenti e dei recenti psicofarmaci, ma che restano scale pur sempre *antiche*, perché antica è la follia e antica è la saggezza necessaria a decifrarla.

Anselmo poco a poco conosce i suoi malati, osserva, ascolta, conserva nella memoria per cercare di ritrovare tracce di un'umanità perduta. Così scopre che le melodie che uno schizofrenico riesce a trarre dal sassofono sono un suo modo di comunicare: anche lui, pur malato, ha un'anima. “Quell'uomo sparuto continuava a trarre suoni dallo strumento. Era come invitasse a un tu per tu, sciogliesse ogni sua confidenza, si confessasse”³¹. O che una malata, la Lucia, già insegnante di matematica, ossessivamente impegnata a trascrivere tutto il giorno cifre su un registro, di fronte ad un pianoforte rivela improvvisamente un guizzo di sentimento: “Ed ecco il pianoforte. Nessuno, né le malate né le infermiere né il medico sono a conoscenza che la Lucia sa suonare il pianoforte. (...) D'un tratto la Lucia posa il cucito, si alza, si dirige al pianoforte, accomoda lo sgabellino, si siede. La memoria freschissima. Erano passati ventisei anni. Il primo tocco sui tasti fu di straordinaria grazia. La madre seguiva le mosse della figlia, anche lei musicista. Suonò per mezz'ora, sembrava raccontasse. Per le guance della madre scendevano silenziose le lacrime”³².

Protagoniste silenziose di questo mondo sono anche le infermiere e le suore, insostituibili figure che spesso del malato sanno più e meglio del medico, pur possedendo, nella situazione descritta da Tobino, una cultura generale piuttosto modesta. “Nel nostro manicomio le infermiere sono quasi tutte di estrazione contadina, e sanno sì la pratica infermieristica, ma non si sono scordate l'acutezza che ci vuole in ogni coltivazione, che sapienza, e il profondo buon senso, quell'umanità che non si dimostra a parole ma si fa viva con i fatti, in ogni ora della giornata”³³.

²⁶ Cfr. *Ivi*, p. 95.

²⁷ Cfr. *Ivi*, p. 38.

²⁸ Cfr. *Ivi*, p. 39.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ivi*, p. 42.

³¹ M. Tobino, *Per le antiche scale*, Mondadori, Milano 1972, p. 68.

³² Cfr. *Ivi*, p. 103.

³³ Cfr. *Ivi*, p. 85.

È il caso dell'infermiera Celoni che mostra una straordinaria sensibilità e una naturale intuizione pedagogica nei confronti di Cherubino, malato microcefalo, dedicando al suo miglioramento quegli sforzi considerati per anni quasi inutili dagli altri: "Non solo gli costruì giorno-giorno un corredo, come dovesse accasarsi, giacche, pantaloni, scarpe, non solo trovò modo di dedicargli tutto uno scomparto dell'armadio che c'era giù, nella cantinetta, sotto il reparto medici, ma gli insegnava a parlare, lo trattava come un normale, gli faceva ripetere, con ruvida sbrigatività lo costringeva ad apprendere"³⁴. E se anche i progressi del malato sono comunque minimi rispetto allo standard della normalità, risultano di enorme rilevanza per chi li sperimenta: "Cherubino –oltre quella fondamentale di aggiungere ogni giorno una piccola nozione, delle sillabe, dei verbi- ebbe delle gioie traboccanti"³⁵.

Ma l'aspetto più significativo di questo sovrappiù di premura è la sua capacità di riflettersi all'indietro, giovando soprattutto a chi lo ha offerto, medico o infermiere che sia, come un atto di pura fiducia nell'umano. Ancora una volta, vale il monito del primo Tobino: "questi matti sono ombre con le radici al di fuori della realtà, ma hanno la nostra immagine (anche se non precisa), mia e tua, o lettore"³⁶.

L'ospedale: luogo dove regna l'umano anche, o forse di più, quando è difficile riconoscerlo.

Bibliografia

1. Bellaspiga L. "Dio che non esisti ti prego". Dino Buzzati, la fatica di credere. Ancora, Milano 2006.
2. Bonura G. Invito alla lettura di Calvino. Mursia, Milano 1972.
3. Buzzati D. Cronache terrestri. Mondadori, Milano 1972.
4. Buzzati D. In quel preciso momento. Neri Pozza, Firenze 1950.
5. Buzzati D. La boutique del mistero. Mondadori, Milano 1972.
6. Buzzati D. Le notti difficili. Mondadori, Milano 1971.
7. Buzzati D. Un autoritratto. Mondadori, Milano 1973.
8. Calvino I. La giornata di uno scrutatore. Mondadori, Milano 1994.
9. Debenedetti G. Dino Buzzati. In Letteratura italiana. Il '900, vol. VI. Marzorati, Milano 1979.
10. Del Beccaro F. Mario Tobino. In Letteratura italiana. Il '900, vol. VII. Marzorati, Milano 1979.
11. Di Stefano P. Tobino e Basaglia, duello sulla follia. In "Corriere della Sera", 6 maggio 2006: 23.
12. Faye E. Le sanatorium des malades du temps. José Corti, Paris 1996.
13. Simonelli L. Dino Buzzati. In D. Buzzati. Lettere a Brambilla. De Agostini, Novara 1985.
14. Tobino M. Le libere donne di Magliano. Mondadori, Milano 1980.
15. Tobino M. Per le antiche scale. Mondadori, Milano 1972.

³⁴ Cfr. *Ibidem*.

³⁵ Cfr. *Ibidem*.

³⁶ Cfr. *Ivi*, pp. 34-35.

Fiction Medica e Ospedale Umano

Medical Fiction and the Caring Hospital

L FARSI

Story-editor presso la casa di produzione LuxVide.

Premessa Il genere Medical Fiction è sicuramente quello di maggior successo nel panorama televisivo italiano. L'idea dell'articolo è quella di mostrare come queste storie non siano solo innocuo divertimento, ma siano anche cartine tornasole di una realtà culturale complessa e articolata. Il tema della salute è infatti di capitale importanza e al centro della riflessione contemporanea. Il fatto che sia anche l'oggetto principale di prodotti popolari spinge ulteriormente a domandarsi che cosa dica la fiction sulla medicina, ma in particolare sugli ospedali. Per affrontare il tema è necessario parlare dell'essenza del racconto e della sua capacità di riferirsi alla verità.

Conclusioni La fiction parla dell'umanizzazione dell'ospedale a tre livelli. Il primo riguarda il significato della vita e il senso della sofferenza o del dolore. Il secondo livello, invece, aiuta a mettere in scena il punto di vista del malato. Infine nel terzo livello si affronta la rappresentazione dell'ospedale che oscilla fra l'angosciosità del luogo, struttura dove è relegata la morte quasi sempre evento assurdo, ma anche luogo dove lavorano uomini che praticano un lavoro eroico di cura e di condivisione del dolore. Si può affermare che la fiction umanizzi l'ospedale evidenziando come tale processo sia dato dal capitale umano e non dal potenziale tecnico.

Parole Indice Fiction medica. Racconto, verità narrativa. Racconto e civiltà. Senso della vita. Punto di vista del malato. Ospedale e fiction.

Background *Medical Fiction is the most successful TV genre in Italy. The purpose of this article is to show how fiction is not to be considered just as a mean of innocuous entertainment but also as the mirror of a complex and articulated cultural context. Health, in fact, is a crucial theme for contemporaries. Having been involved in popular culture products it would be appropriate to wonder what the fictional representation of medical care and hospitals is. The proficient treatment of this topic requires a thorough approach to the narrative essence and its relationship with reality.* **Conclusions** *Fiction is about making hospitals more humane on three different levels. The first one has to do with life-meaning as well as pain-and-suffering meaning. The second one helps in representing patients' point of view. On the third level we approach the depiction of the hospital as a place dealing with death anguish, considered as an absurd event, as well as a place where people heroically work with pain sharing and care. We can finally state that fiction turns hospitals more humane by stressing how this process is actually due to the human resources, instead of technical potential.*

Index Terms *Medical fiction. Story. Narrative truth. Story and civilization. Life meaning. Patients' point of view. Hospitals and fiction.*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott. Lorenzo Farsi
LuxVide
Piazza dell'Orologio 7
Roma
E-mail: l.farsi@luxvide.it

“...Ti ho già detto la sorte che attende colui nelle case mortali.

Sarà Asclepio, il signore dei corpi, un uomo-dio.

Vivrà tra la carne corrotta e i sospiri.

A lui guarderanno gli uomini per sfuggire il destino, per ritardare di una notte, di un istante, l'agonia...”

Cesare Pavese – *Dialoghi con Leucò*

Osservando la fiction televisiva andata in onda in questa stagione, salterà all'occhio la presenza di numerosi prodotti di successo che hanno come oggetto di narrazione la vita dentro ospedali.

Parliamo di serie televisive come *ER*, *Doctor House*, *Grey's Anatomy* e *Scrubs*, per quanto riguarda le serie americane, e programmi quali *Nati Ieri* e *Medicina Generale* per quanto riguarda le serie italiane. Addirittura nell'ultimo anno sono andate in onda contemporaneamente tutte quante le serie sopra citate.

Anche il panorama dell'editoria non sembra essere da meno, quest'anno è stato pubblicato da Einaudi l'ultimo libro dello scrittore americano Philip Roth, *Everyman*, intenso romanzo che narra la vita del protagonista a partire dai suoi numerosi trascorsi ospedalieri, fino alla morte a causa di un'ennesima operazione al cuore. Un romanzo che racconta in modo tragico il fallimento di qualsiasi edonismo e di qualsiasi ideologia tecnico scientifica. Un grande e disperato canto di morte raccontato da chi non ha speranze ultraterrene o attese di redenzione. Da queste brevi considerazioni possiamo con sicurezza affermare che il genere *medical* in tutte le sue declinazioni domini attualmente i racconti di maggior successo del mondo mediatico e letterario.

Queste serie così seguite, anche da giovani medici, hanno qualche ruolo nella formazione delle coscienze o nella percezione che il cittadino può avere dell'ospedale? Se la risposta è affermativa, quale genere di ospedale presentano le serie televisive?

Prima di rispondere a queste domande è necessario affrontare, anche se non esaustivamente, le linee essenziali che caratterizzano il fenomeno narrativo, in modo da poter inquadrare meglio la questione.

La storia è una metafora della vita

Uno dei comportamenti che da sempre hanno accompagnato l'essere umano è quello di raccontare delle storie, di creare mondi di finzione – orali prima e poi scritti – che parlassero di eroi, delle origini del creato, del senso del vivere e del morire.

Ogni civiltà vive da sempre su una serie di grandi racconti che la costituiscono in quanto tale, che le conferiscono chiavi di accesso al proprio patrimonio umano e permettono altre volte di relazionarsi con patrimoni culturali diversi. Allo stato attuale viviamo un'epoca di progresso

tecnologico e scientifico mai raggiunto prima, un'epoca dove le scoperte più importanti sembrano essere ormai a portata di mano di una razionalità che sembra non avere niente a che fare con quella impregnata di fantasia che poteva essere propria di un uomo pre-tecnologico. La medicina promette grandi guarigioni e le ricerche scientifiche reclama il suo diritto alla libera ricerca al di là del bene e del male.

L'uomo però si ammala e continua a morire, questa realtà, per quanto la società del benessere cerchi di nascondere, è uno scacco fatale alle speranze terrestri di ogni individuo. Pertanto la domanda di senso sulla vita e sul significato e sul senso del dolore rimane e rimarrà la domanda fondamentale, che precederà qualsiasi prassi tecnica scientifica.

Detto ciò, ci chiediamo quali siano le sorgenti dove guarda l'uomo contemporaneo per avere risposte sulla felicità umana, sul senso del proprio agire o su che cosa sia bene o male? Oggi forse non sembra più guardare se non in direzione della scienza e delle sue branche di sapere. Non più la religione, non più la filosofia, rimane solo la scienza positiva.

Contro queste considerazioni vale la pena evidenziare che la nostra società ha sviluppato un'industria dell'entertainment (in America è seconda solo all'industria delle armi), che non ha uguali nella storia dell'umanità; l'uomo contemporaneo ha sempre più tempo libero e maggiore istruzione, per accedere alla cultura ed alle sue storie che si sono moltiplicate all'infinito: l'editoria, il cinema, il teatro, l'opera, i fumetti, ecc.; ognuna di queste forme di intrattenimento ha il compito di allietare il tempo di milioni di individui raccontando loro storie.

Inoltre l'uomo, da sempre, oltre che alla scienza, guarda alla narrativa per ricevere risposte sul senso della vita; solo un'urgenza enorme come la domanda di felicità può, a mio avviso, giustificare un tale proliferarsi di racconti da generare un'industria di tale portata. A questo proposito è utile ricorrere ad un pensiero di McKee, *script doctor* americano:

“Tradizionalmente l'uomo ha cercato la risposta al quesito di Aristotele attraverso le quattro forme di saggezza – la filosofia, la scienza, la religione e l'arte – ricavando da ognuna una rivelazione e fissando così un significato vivibile. Ma oggi chi legge Hegel o Kant se non deve superare un esame? La scienza un tempo grande esplicatrice, confonde la vita con la propria complessità e perplessità. E chi di noi sa ascoltare senza cinismo gli economisti, i sociologi, i politici? La religione, per molti, è diventata un vuoto rituale che maschera ipocrisia. Mentre diminuisce la nostra fede nelle ideologie tradizionali, ci volgiamo alla fonte nella quale ancora crediamo: l'arte narrativa”¹.

¹ McKee Robert, *Story: Substance, Structure, Style, and the Principles of Screenwriting*, Harper Collins, New York 1997; tr. it. *Story*, International Forum Edizioni, Roma 2001, p. 26.

Nonostante questo, spesso la consapevolezza di quello che una storia rappresenta per un essere umano, ai nostri giorni, rimane nell'implicito o si perde in tutte le altre migliaia di informazioni che colpiscono quotidianamente un individuo del ventunesimo secolo.

La quantità di film prodotti o di romanzi pubblicati in un anno raggiunge cifre enormi che spesso impediscono di comprendere veramente a fondo i fenomeni mediatici di massa, poiché assorbiti in questa corrente continua di eventi narrativi. Proviamo a tracciare un percorso.

Racconto e contemporaneità

La nostra è un'epoca complessa sotto più punti di vista, politico, economico, sociale, ma la vera crisi si gioca sul territorio della persona umana e della sua verità. La persona è messa in crisi perché sembra non essere più quell'essere irripetibile che si presenta come unità che permane pur mutando esteriormente la propria forma nel tempo biologico dello sviluppo, e quindi sembra sempre più svanire l'idea di essa come realtà intrascendibile fonte di tutti i diritti. Da un lato quindi, sparendo un orizzonte di riferimento, una natura umana da realizzare attraverso l'agire pratico, la dimensione sociale risulta dominata da figure schizofreniche di desiderio, che assolutizzano l'individualità privata come criterio etico, come luogo del puro spontaneismo, ma allo stesso tempo pretendono un metodo tecnico scientifico per la soluzione dei conflitti sociali e delle speranze terrene. Inoltre la persona umana sembra diventata un luogo non più intangibile ma manipolabile e progettabile a piacimento.

“Qualsiasi tentativo contemporaneo di considerare ciascuna vita umana come un tutto, un'unità, il cui carattere fornisce alle virtù un *telos*, va incontro a due diverse specie di ostacoli, l'uno sociale e l'altro filosofico. Gli ostacoli sociali derivano dal fatto che la modernità suddivide ciascuna vita umana in una molteplicità di segmenti, ognuno con le proprie norme e modi di comportamento particolari. Così il lavoro è separato dal tempo libero, la vita privata da quella pubblica, il collettivo dal personale. [...] E tutte queste separazioni sono state compiute in modo tale che ci viene insegnato a pensare e a sentire in base al carattere distintivo di ciascuna di esse, e non all'unità della vita dell'individuo che scorre attraverso queste parti.”²

Una cultura di questo tipo è in difficoltà sulle questioni morali e non può che essere muta riguardo ai grandi significati dell'esistenza. Ma la domanda di senso non si può eludere e implicitamente è stata assunta a livello di dibattito

culturale dalla pratica medica. Su questo tema è utile notare come la discussione pubblica sia tutta rivolta al futuro della ricerca, alla promessa di un mondo redento dalla sofferenza e, da parte di qualche folle, anche dalla morte (clonazione). Questa proiezione al futuro che altro non è se non un processo di sacralizzazione idolatrica della medicina, di ciò che per sua natura non potrebbe definire l'uomo in quanto tale? Tolstoj odiava i medici, tanto che si dice che se si fosse fidato dei dottori *Guerra e Pace* non sarebbe mai stato scritto, in quanto il principe Andrej si poteva salvare. Ma all'epoca dello scrittore la medicina non aveva la scientificità che ha ora, mentre ora travolti dal grande sviluppo dell'ultimo secolo le corazzate del sogno di onnipotenza hanno disteso tutte le proprie forze, mostrandoci meravigliosi trapianti, rimedi a malattie fino ad ora incurabili e un prolungamento di vita mai visto.

Ma in tutto questo brillare di promesse e, mi si permetta, di “fiction” propagandistica, sembra che l'uomo rischi di eclissarsi dall'attenzione medica, non tanto l'uomo come corpo da guarire, ma la persona umana come realtà individuale, inviolabile e segnata da un'apertura all'intero della realtà che nessuna prassi è fino ad ora riuscita a realizzare.

L'uomo però supera infinitamente se stesso e attinge alle risorse ultime della realtà grazie alla sua capacità di raccontarsi e di raccontare a partire dalla verità delle cose; dove l'ideologia preme e domina, l'arte del racconto sfonda le cortine, o i demoni dal volto umano, per svelare la vera dimensione della persona.

Racconto e verità

Ma se questo è il panorama culturale, che ruolo può avere la narrativa se per sua stessa definizione è “fiction”, cioè finzione? Non si sta forse esagerando? Esiste un rapporto fra la verità e il racconto? Se esiste un rapporto, di che tipo di verità stiamo parlando?

La verità narrativa come una delle possibili forme del *logos*, può essere valida, se ben compresa e ben utilizzata, per aiutare una trasmissione di un orizzonte antropologico che rappresenti un'esperienza unitaria della persona e che ci aiuti a raccontare la totalità del destino personale e la sua compresenza con la morte e con il dolore, in qualche modo segni di appartenenza ad un orizzonte divino e salvezza da qualsiasi cattivo infinito tecnico-medico.

Come notava MacIntyre³ nel mondo ateniese il politico, il drammatico e il filosofico erano strettamente collegati, la politica e la filosofia erano veicolate dalla forma drammatica, cosa che sempre secondo l'autore non avviene più ai giorni nostri. Senza assolutizzare quest'affermazione

² MacIntyre Alasdair, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, University of Notre Dame Press, Indiana, 1984; tr. it., *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, Feltrinelli, Milano 1988, p. 244.

³ Ivi. pp. 160-176.

possiamo utilizzarla per evidenziare come da sempre, dagli albori della civiltà – basta considerare le teogonie e i miti –, l'uomo ha utilizzato, con accezioni differenti, la capacità fabulatrice per rappresentare sé e il proprio mondo; anzi è utile sottolineare proprio come all'origine fosse il mito, il racconto a parlare dell'origine della creazione.

Aristotele definisce così la natura della poetica: "In generale due sembrano essere le cause che hanno dato origine all'arte poetica e tutte e due naturali. Ed infatti imitare è connaturato agli uomini fin da bambini, ed in questo l'uomo si differenzia dagli animali perché è quello più proclive ad imitare e perché i primi insegnamenti se li procaccia per mezzo dell'imitazione; ed in secondo luogo tutti si rallegrano delle cose imitate.[...] La ragione poi di questo fatto è che l'apprendere riesce piacevolissimo non soltanto ai filosofi ma anche agli altri, per quanto poco ne possano partecipare. Per questo, infatti, si rallegrano nel vedere le immagini, perché succede che a guardarle apprendono e ci ragionano sopra riconoscendo ad esempio chi è la persona ritratta; se poi capita che non sia stata vista prima, non sarà in quanto cosa imitata che procura il piacere ma per l'esecuzione, per il colore o per un altro motivo di questo genere"⁴. Da questa citazione risulta evidente come siano presenti due forti componenti: per prima la peculiarità umana della poetica e la sua funzione etica di condivisione sociale dei comportamenti (già con questa luce si potrebbe intravedere l'importanza che può rivestire un racconto per ricomporre l'unità dell'esperienza), la seconda invece, è una figura antropologica che non presenta scissione tra ragione e affettività, ma che anzi è in grado di portare le passioni all'apprendimento.

Cito un passo della lettera agli artisti di Giovanni Paolo II, che in gioventù fu anche lui artista, scritta il 4 aprile 1999: "La società, in effetti, ha bisogno d'artisti, come ha bisogno di scienziati, di tecnici, di lavoratori, di professionisti, di testimoni della fede, di padri e di madri, che garantiscano la crescita della persona e lo sviluppo della comunità attraverso quell'altissima forma di arte che è l'arte educativa. Nel vasto panorama culturale d'ogni nazione, gli artisti hanno il loro specifico posto. Proprio mentre obbediscono al loro estro, nella realizzazione di opere veramente valide e belle, essi non solo arricchiscono il patrimonio culturale di ciascuna nazione, ma rendono anche un servizio sociale qualificato a vantaggio del bene comune"⁵.

Ma che tipo di verità è la verità della narrazione? Il verosimile è ciò che per Aristotele caratterizza il discorso poetico al contrario del discorso storico che si occupa di ciò che accade. Verosimile, in greco *eikos*, è per Aristotele un *uni-*

versale probabile, ciò su cui gli uomini sono comunemente d'accordo, non un'universalità incontrovertibile come quella della scienza, ma un'universalità che ammette contrari⁶: "È verosimile che un uomo finora onesto non abbia rubato neanche in questa occasione, ma non è impossibile il contrario; è verosimile [...] che un genitore ami il figlio, ma non è impossibile il contrario"⁷. Il divenire della cultura ci ha però allontanato sempre più dall'originaria significazione greca. Soprattutto con la traduzione latina e poi quella italiana, si è passati da *eikòs* che dice una certa partecipazione forte alla verità, in quanto è *un per lo più secondo ragione*, alla considerazione del *verosimile* che è solo una somiglianza debole al vero: "Se si coglie questo senso forte di *eikòs* si può conoscere come comprenderlo e affermarlo può essere di maggior valore che affermare un singolo fatto vero: *perché il singolo fatto può essere puramente contingente, mentre conoscere un verosimile è conoscere un qualcosa che in qualche modo è universale, un qualcosa che manifesta una ragionevolezza di cui partecipa.*"⁸.

Racconto e civiltà

Per approfondire ulteriormente il nostro percorso, offre un ulteriore punto di interesse una corrente filosofica statunitense che si occupa dell'utilità della narrativa, non solo per l'arricchimento personale, ma come luogo entro il quale può trovare una giusta posizione il dibattito pubblico su argomenti di interesse universali. Questo dibattito, infatti, è troppo spesso, secondo gli esponenti di questa corrente, affidato ad una razionalità scientifica e riduttiva che non riesce a penetrare le ragioni delle cose. Martha Nussbaum⁹ (la principale esponente) nel suo libro *Il giudizio del poeta*¹⁰ scrive:

"La letteratura esprime, mediante le sue strutture e il suo linguaggio, un senso della vita che è incompatibile con l'immagine del mondo offerta dai testi di economia politica; e coltivarla forma l'immaginazione e i desideri in una maniera che sovverte quel modello scientifico di razionalità"¹¹, (il discorso si può tranquillamente applicare anche al dibattito medico e ospedaliero).

⁶ Bettetini Gianfranco – Fumagalli Armando, *Quel che resta dei media*, Franco Angeli, Milano 2002, p. 51.

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

⁹ Martha Nussbaum filosofa della sinistra *liberal* americana, studiosa d'Aristotele e della cultura ellenistica, ha fatto parte insieme al nobel Amartya Sen di un progetto sulla valutazione della qualità della vita nei paesi in via di sviluppo.

¹⁰ Nussbaum Martha, *Poetic Justice. The Literary Imagination and Public Life*, Beacon Press, Boston 1995; tr. it. *Il giudizio del poeta. Immaginazione letteraria e vita civile*, Feltrinelli, Milano 1996.

¹¹ Ivi, p. 19.

⁴ Aristotele, *Poetica*, 3-4, 1448 a 31 – b 16, Rusconi, Milano 1995.

⁵ Giovanni Paolo II, *Lettera agli artisti*, EDB, Bologna 1999, p. 8.

Queste poche righe appena citate contengono in nuce la questione: i romanzi aiutano ad assumere diversi atteggiamenti mentali. Grazie al fatto di avere più personaggi, possono esprimere diverse posizioni su quali debbano essere i modi di vivere certe dinamiche sociali (o mediche appunto), e mostrano le diverse conseguenze a cui possono andare incontro differenti visioni della vita. Oltre a questo c'è anche da aggiungere che il romanzo riesce a presentare le questioni sotto un'altra forma di razionalità più comprensiva della complessità della persona, considerata nella totalità di tutti i fattori che la costituiscono.

Per mostrare come la narrativa sia in grado di portare ad assumere diversi atteggiamenti mentali, la Nussbaum analizza il romanzo di Charles Dickens *Tempi difficili*. In questo romanzo i personaggi incarnano delle idee: il Signor Gradring incarna il pensare tipico della scienza economica sociale. Questo personaggio serve a Dickens per mostrare a quali conseguenze aberranti porti questo modo di ragionare. All'estremo opposto c'è Sissy Jupe, che incarna la voce di Dickens, vale a dire un modo più umano di vedere l'economia; difatti alla domanda che le viene rivolta su quale sia il principio primo dell'economia politica, la ragazza, facendo una brutta figura, poiché la sua scuola è improntata ai principi del signor Gradring, risponde: "fare agli altri quello che vorresti che gli altri facessero a te".

Alla fine del romanzo, però, Gradring subirà uno scacco fatale da un suo ex-allievo che usando lo stesso modo di valutare, rimarrà insensibile al suo affetto paterno. A partire da questo testo la Nussbaum si scaglia contro un concetto di razionalità economica che riduca tutto all'utilità. Questa razionalità, accusa, non è solo descrittiva, ma anche sottilmente normativa e valutativa. In coda si può aggiungere che una simile razionalità può aggredire l'uomo anche nella pratica medica quotidiana, presentando ambigue forme di ragionamento valutanti e discriminanti, come ad esempio la tanto proclamata definizione di "qualità della vita".

Invece la razionalità che mette in luce il romanzo è un tipo di razionalità che tiene maggiormente conto del valore umano delle relazioni sociali, e nelle sue analisi risulta essere molto più penetrante rispetto alle questioni sociali di distribuzione equa delle risorse, in quanto vengono utilizzati parametri non esclusivamente economici per valutare.

In che senso la narrativa può aiutare a penetrare meglio la realtà della scelta medica e della scelta morale? Leggiamo McIntyre:

"È ascoltando storie di perfide matrigne, di re buoni ma mal consigliati, lupe che allattano gemelli, figli cadetti che non ricevono nessuna eredità, ma devono farsi strada da soli nel mondo e figli maggiori che dilapidano la loro eredità in un'esistenza dissoluta e vanno in esilio a vivere con i maiali, che i bambini imparano, nel modo giusto o in quello sbagliato, che cos'è un figlio e che cos'è un genito-

re (tema al centro del dibattito sulla fecondazione medicalmente assistita NdA), quale cast di personaggi ci può essere nel dramma in cui si sono trovati a nascere, e quali sono le strade del mondo. Privando i bambini delle storie, li si trasformerebbe in balbuzienti e ansiosi e senza copione, tanto nelle azioni quanto nelle parole. Perciò *non esiste nessun modo per comprendere qualsiasi società, inclusa la nostra, se non attraverso l'insieme delle storie che costituiscono le sue risorse drammatiche originarie. La mitologia nel suo significato originario è il nucleo essenziale delle cose*"¹². Questa frase chiarisce in modo pregnante come le storie siano in grado di offrire una lettura della società orientata e orientante. Come anche siano in grado di criticare e di liberare o di asservirsi al potere ideologico.

La fiction medica: il significato della vita e del dolore

Una volta mostrate le potenzialità antropologiche e sociali della narrativa, cerchiamo ora di comprendere il perché di una così grande proliferazione di serie ambientate negli ospedali.

La drammaturgia è nella sua essenza più pura conflitto. È conflitto di valori, conflitto di azioni, conflitto di posizioni sul mondo. Se si dovesse cercare una definizione formale della struttura tipo di un racconto, si potrebbe dire che il racconto narra le vicende di un personaggio che vuole qualcosa e, per ottenere questo qualcosa, deve superare degli ostacoli. Le fiction mediche hanno questa grande potenzialità, riescono a raccontare la vita privata dei medici che, ostacolata dalla loro professione, acquisisce un carattere di impresa eroica e titanica. Non c'è quindi serie medica che non abbia come luogo di azione drammaturgica il rapporto vita privata/vita professionale.

L'ospedale è, quindi, un contesto narrativo in grado di portare il maggior numero di ostacoli agli obbiettivi dei personaggi che appaiono sullo schermo o sulla carta stampata. È, infatti, un luogo ideale, primo perché mantiene l'unità di luogo aristotelica amplificando i conflitti, secondo perché all'interno della struttura possono prendere forma storie diversissime fra loro.

C'è però un motivo ancora più profondo che rende terreno fertile per le avventure televisive la medicina: in un ospedale sempre ci sarà da lottare contro la morte a favore della vita. La lotta vita e morte è, infatti, il nucleo caldo e fondamentale che struttura le più grandi storie e appassiona spettatori diversissimi. Non c'è, infatti, conflitto più universale e più forte di questo.

Questa dimensione apparentemente solo drammaturgica, ha però delle grandi ripercussioni anche etico-antropo-

¹² Alasdair MacIntyre, *Dopo le virtù*, cit., p. 258.

logiche. I medici protagonisti diventano degli eroi. Tanto problematici nella vita privata, quanto acquistano un carattere di paladini per le loro competenze professionali e per l'epicità della loro professione. Ad un grande medico protagonista delle fiction gli si perdona volentieri le proprie bassezze umane perché con il suo mestiere compie l'impresa eroica di salvare la vita delle persone.

Questa ambivalenza evidenziata ci permette di riflettere sul modello di medico che questi racconti di successo rischiano di mettere in atto. A mio avviso non si rischia di sbagliare se si afferma che dietro queste strutture si nasconde una figura di dottore onnipotente e di medicina "redentrica".

L'esempio appare subito calzante se si racconta la splendida serie medica investigativa *Dr House*, andata in onda quest'anno su Italia 1. Dr House è un medico zoppo e scorbutico che grazie al suo ingegno riesce a curare le malattie più complicate. È evidente che per quanto riguarda il realismo della prassi medica la fiction è letteralmente fantascienza, pura invenzione di situazioni al limite del verosimile. Tuttavia Dr. House con il suo fascino incarna il prototipo del medico che non rinuncia alla sperimentazione anche azzardata pur di venire a capo di una malattia e di guarire il paziente di turno. House è un medico che si crede onnipotente e fa del corpo del malato il luogo primo della manifestazione del suo genio e delle sue intuizioni mediche. Come medico mette la scienza al di sopra dell'uomo e del rapporto personale, astrae il corpo a rischio anche della persona.

Lo stesso problema sembrano avere i medici di *Gray's Anatomy*, anche questa serie andata in onda quest'anno su Italia 1. La serie non è investigativa come il *Dr House*, ma vira decisamente sulla *soap*, cioè sulle relazioni d'amore che i medici hanno fra loro. La serie racconta le vicende di un gruppo di specializzandi in chirurgia che devono imparare il mestiere. Ovviamente l'ospedale è il luogo dove si intrecciano relazioni, ma è anche il posto dove i ragazzi si confrontano con i limiti e la bellezza del loro mestiere. Ciascun personaggio è segnato da una forte ambizione, vuole essere il miglior chirurgo e ha della medicina la percezione che sia un'arte vicina all'onnipotenza in grado, a volte, di sconfiggere persino la morte (così dice una delle praticanti al suo capo dopo un'operazione complicatissima).

In *Er* invece l'impronta è realistica, o meglio iper-realistica, ciò che interessa agli autori è rappresentare con il massimo di scientificità e di accuratezza la vita di frontiera in un pronto soccorso di Chicago. Qui i medici sono cavalieri che lottano contro la morte, non hanno una vita privata perché sono come soldati che vivono al fronte, dove il nemico è sempre in agguato e ogni giornata la lotta contro la fatalità si fa più aspra e dura. La loro vittoria è salvare vite, la loro sconfitta è la morte. In questa serie questo conflitto è particolarmente evidente.

Riassumendo notiamo che in queste serie i nuclei di racconto principali vertono su temi fondamentali come il dolore e la morte. Tuttavia viene spontaneo chiedere ma che cosa è la morte? Che significato ha il dolore? Ingenuamente si potrebbe rispondere che non è interesse della serie raccontare o spiegare l'essenza di queste due realtà così misteriose anche per la stessa riflessione filosofica. Eppure come abbiamo ampiamente visto nelle pagine precedenti la storia è una metafora della vita, la storia racconta e prende posizione sull'essere umano, il racconto è in grado di muovere emotivamente le visioni metafisiche o etiche delle persone. Citiamo a riguardo, per fare capire la pertinenza di questa domanda un passo dell'intellettuale George Steiner: "Nessuno scrittore, compositore o pittore serio ha mai dubitato, persino nei suoi momenti di estetismo strategico, che la sua opera avesse a che fare con il bene e con il male, con l'aumento o con la diminuzione della proporzione di umanità nell'uomo e nella città"¹³. Per Steiner appunto ogni fruizione artistica è in grado di lavorare sui significati ultimi dell'esperienza. Inoltre possiamo affermare che quando si parla del vivere e del morire c'è inequivocabilmente anche il racconto di ciò per cui vale la pena vivere o morire. Detto ciò, possiamo ora affermare che in tutte queste serie la risposta su che cosa sia la morte e su che cosa sia il dolore rimane muta. La prospettiva metafisica è, infatti, totalmente censurata, o se raccontata, stravolta secondo le esigenze narrative della serie.

Molto diverso è, invece, per quanto riguarda le serie italiane *Nati Ieri* e *Medicina Generale*, andate in onda quest'anno, rispettivamente su Canale 5 e Italia 1. Le serie italiane si segnalano per una maggior edulcorazione dell'aspetto realistico.

Interessante anche se non del tutto riuscito è l'esperimento di *Nati Ieri*. La serie è stata prodotta dalla Lux Vide, casa di produzione cattolica che tenta di esprimere i propri valori nelle storie che racconta.

La serie parlava di un ospedale ginecologico e pediatrico, dove un gruppo di medici era pronto, non a combattere contro la morte, ma ad occuparsi del difficile compito della vita. La serie ha cercato così di raccontare una medicina umana e rispettosa della dignità del paziente, mantenendo le linee rosa dei protagonisti come è necessario per prodotti di questo genere.

I medici dell'ospedale Sant'Anna erano infatti medici disponibili e attenti, consapevoli che la vita va difesa e protetta sin dal suo concepimento. Inoltre si è cercato di rendere chiaro sin da subito che l'individuo non si esaurisce totalmente nella sua corporeità, ma comprende anche dimensioni spirituali e psichiche che vanno considerate sia dai medici che dagli infermieri.

¹³ Steiner George, *Real Presences*, University of Chicago Press, Chicago 1986; tr. it. *Vere Presenze*, Garzanti, Milano 1998.

La fiction raccontava di un'equipe modello, non solo per quanto riguarda i medici, ma anche e soprattutto per quanto riguarda lo staff che aiuta il buon funzionamento dell'ospedale.

Insomma, l'ospedale di *Nati ieri* era un ospedale umano e accogliente, senza pretese di onnipotenza. Da un punto di vista dell'esempio un prodotto in grado di generare un'imitazione virtuosa e rassicurante della pratica medica.

Tuttavia meno colpevolmente, dato l'appiattimento ideologico valoriale richiesto dalle reti, anche queste serie italiane però non riescono ad affrontare appieno la questione del significato ultimo dell'esistenza, lasciandola sullo sfondo vaga e indefinita.

Questi aspetti però non devono allontanare da questi prodotti di intrattenimento, ma devono invece mettere in guardia e aiutare a sfruttare questo importante patrimonio culturale, che come fin qui dimostrato è più vicino alla realtà sociale di quanto si creda.

La fiction medica: il punto di vista del malato

Fino ad ora ci siamo soffermati sugli aspetti problematici delle serie mediche, ma bisogna anche riconoscerne i meriti e le potenzialità espresse soprattutto per quanto riguarda l'ambito della professione medica.

Riprendiamo a riguardo quanto detto nel paragrafo su letteratura e civiltà. In quelle righe veniva evidenziata l'importanza che l'arte narrativa può avere nel presentare il dibattito sociale con un'ampiezza di argomentazioni e di punti di vista maggiore rispetto ad una razionalità tecnico-academica. La forza delle emozioni, la possibilità di raccontare non solo il punto di vista del medico, ma anche di far partecipare alle vicende interiori del malato, la possibilità di far sentire emotivamente la posta in gioco di certi dibattiti bioetici, questi e altri aspetti ci sembrano che rappresentino il portato positivo e il potenziale da sfruttare nella fruizione di queste serie.

Questo credo che valga soprattutto per le serie americane, che hanno la capacità di creare conflitti valoriali molto forti e molto pregnanti, rendendo la loro fruizione uno stimolo per il pensiero.

Oltretutto va considerata la capacità di ampliare l'orizzonte d'empatia di chi le guarda, rendendolo a volte capace di prendere parte umanamente alla complessità dei fattori che stanno in gioco dietro la malattia e la sofferenza. Insomma un racconto ben fatto è in grado di umanizzare la pratica medica, rendendola in grado di percepire le profondità psicologiche spirituali dei pazienti e dei dottori.

Per concludere segnaliamo che il dibattito medico può essere arricchito da questo materiale, proprio perché i problemi morali sono anche sempre un problema di visione della realtà. Pertanto maggiore sarà comprensione delle componenti incluse in un dibattito bioetico, maggiore sarà

la possibilità di avere risposte comprensive e sensate. L'arte drammaturgica, infatti, mette in scena ciò che a volte le parole non possono dire.

Infine vorrei concludere riportando un passo del già citato *Everyman*. Quest'ultimo brano del libro è l'esempio lampante di come la letteratura può mettere in scena sentimenti ed emozioni che sono in grado di ampliare il patrimonio di comprensione umana di chi li ascolta con attenzione. Senza dubbio un buon libro presenta l'essere umano secondo quella totalità di cui, a mio avviso, una scienza medica umanizzata deve tenere conto nella sua prassi quotidiana; la letteratura può essere, infatti, quel luogo di conciliazione reale fra pensiero umanistico e pensiero scientifico, troppo spesso divisi, con nefaste conseguenze sociali e morali.

“Un mercoledì mattina di buonora andò a farsi operare alla carotide destra. La procedura era esattamente la stessa dell'intervento alla carotide sinistra. Aspettò il suo turno in anticamera con tutti gli altri pazienti in programma finché non chiamarono il suo nome, e nel camice leggerissimo e nelle pantofole di carta venne accompagnato in sala operatoria da un'infermiera. Questa volta, quando l'anestesista mascherato gli chiese se voleva l'anestesia locale o generale, scelse l'anestesia generale, per rendere l'operazione più sopportabile della prima volta.

Le parole pronunciate dalle ossa lo facevano sentire allegro e indistruttibile. Così pure il sudato controllo dei suoi pensieri più cupi. Nulla poteva estinguere la vitalità di quel ragazzo dal corpo liscio come un piccolo siluro che un tempo, arrivato a cento metri dalla costa nell'oceano tempestoso, si lasciava portare a riva dai cavalloni dell'Atlantico. Oh, che abbandono, e che odore d'acqua salata e che sole cocente! La luce del giorno, pensò, penetrava dappertutto, estati piene di quella luce dardeggiante da un mare sempre in moto, un tesoro visivo così vasto e prezioso che attraverso la lente da gioielliere con incise le iniziali di suo padre gli sembrava di guardare il pianeta stesso, perfetto e inestimabile: la sua casa, il pianeta Terra da un miliardo, un miliardo di miliardi, un quadrilione di carati! Perse conoscenza sentendosi tutt'altro che abbattuto, tutt'altro che condannato, ancora una volta impaziente di realizzare i propri sogni, ma ciò nonostante non si svegliò più. Arresto cardiaco. Non esisteva più, era stato liberato dal peso di esistere, era entrato nel nulla senza neanche saperlo. Proprio come aveva temuto dal principio”¹⁴.

La fiction medica: l'ospedale umano.

Dopo questo percorso attraverso le varie potenzialità del racconto e, soprattutto, attraverso le diverse questioni che girano attorno alla fiction medica, possiamo ora ritornare

¹⁴ Roth Philip, *Everyman*, Einaudi, Torino, 2007, p. 123

alla domanda iniziale: quale tipo di ospedale rappresenta la fiction?

Per quanto detto fino ad ora dovrebbe risultare evidente che la risposta non è affatto secondaria.

Nella nostra società la morte è nascosta il più possibile: o è un evento nefasto raccontato da un telegiornale l'ora di pranzo o di cena, oppure è relegata il più possibile all'esterno del circo mediatico, lo stesso è per il dolore e la sofferenza.

Le storie mediche per il loro carattere specifico, invece, non nascondono queste due dimensioni compresenti nella vita dell'uomo, ma anzi ne fanno il proprio materiale espressivo e, dai numerosi successi, sembra che funzioni.

La fiction non può essere uno spot o un documentario che racconti della buona o mala sanità di determinate strutture ospedaliere, la fiction ha regole e modi di comunicazioni diversi dal taglio giornalistico o dalla pubblicità, infatti, coinvolge emotivamente uno spettatore e lo guida ad un ragionamento drammaturgico e affettivo. Quale tipo di ospedale la fiction racconti è una domanda che rischia di fuorviare, perché credo che la fiction non possa fare il contrario di quello che fa, cioè raccontare le azioni degli uomini e non promuovere determinate strutture o categorie. Una serie medica come *ER* non si preoccupa di dire come deve funzionare un ospedale, ma elegge l'ospedale come luogo in cui la morte si fa presente e inesorabile, in cui l'uomo incontra l'assurdo della vita e la propria caducità. In questo aspetto a mio avviso emerge il modello che implicitamente si propaga e che sottilmente penetra nella percezione degli spettatori: l'ospedale è il luogo dell'angoscia, è il luogo della lotta assurda con forze che strappano alla vita. Ogni tanto si può vincere, ma principalmente si perde, si soffre e si muore.

Dall'altro lato però bisogna dire che gli ospedali delle serie televisive hanno nel personale ospedaliero degli eroi della professione, persone che trattano con comprensione ed umanità i propri pazienti e condividono con loro il morso dell'esistenza, la ferita sempre aperta nel cuore dell'uomo.

Così l'ospedale oscilla fra questi due aspetti la grandezza della professione medica e la freddezza angosciata di un luogo adibito alla morte dell'individuo, senza speranza ultraterrena e con una ripetitività alienante.

Vorrei però concludere evidenziando che, detto tutto questo, c'è tuttavia un elemento che prevale sugli altri: la fiction medica insegna che l'umanità non è data dalla struttura ma dal capitale umano e professionale, come dire che l'umanità di un luogo è consegnata agli stessi esseri umani. Questo messaggio, in un mondo che delega gli aspetti più importanti della vita a prassi burocratiche e a speranze tecniche, è già a mio avviso un messaggio dirompente.

Bibliografia

1. McKee R. *Story: Substance, Structure, Style, and the Principles of Screenwriting*. Harper Collins, New York 1997. Tr. it. *Story*. International Forum Edizioni, Roma 2001.
2. MacIntyre A. *After Virtue. A Study in Moral Theory*. University of Notre Dame Press, Indiana 1984. Tr. it. *Dopo la virtù. Saggio di teologia morale*. Feltrinelli, Milano 1988.
3. Aristotele. *Poetica*, 3-4, 1448 a 31 – b 16. Rusconi, Milano 1995.
4. Giovanni Paolo II. *Lettera agli artisti*. EDB, Bologna 1999.
5. Bettetini G. Fumagalli A. *Quel che resta dei media*. Franco Angeli, Milano 2002.
6. Nussbaum M. *Poetic Justice. The Literary Imagination and Public Life*. Beacon Press, Boston 1995. Tr. it. *Il giudizio del poeta. Immaginazione letteraria e vita civile*. Feltrinelli, Milano 1996.
7. George S. *Real Presences*. University of Chicago Press, Chicago 1986. Tr. it. *Vere Presenze*. Garzanti, Milano 1998.
8. Roth P. *Everyman*. Einaudi, Torino 2007.

Accoglienza Ospedaliera: Criteri Progettuali e Proposte

Hospital Reception: Planning Criteria and Proposals

A GORGERINO

Architetto

Premessa Si esaminano i criteri che devono presiedere alla progettazione di una struttura ospedaliera, tra i quali assumono una particolare importanza l'adattabilità dell'edificio e la centralità della persona, con lo scopo di conciliare la tecnologia e la convenienza economico-gestionale con l'accoglienza.

Parole indice Ospedali, costruzione. Umanizzazione dell'ospedale.

Background *The article examines the criteria which have to be taken in consideration when planning a hospital infrastructure. Among these especially relevant are the adaptability of the building and person centrality, aiming at reconciling technology and economical advantage with reception.*

Index Terms *Hospitals, design. Hospital, humanization.*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Arch. Aurelio Gorgerino
Architetti Associati
P.zza Castello, 1
20068 Peschiera Borromeo MI
tel 025471169 - fax 0255301606
email architettiassociati@archgci.it

La progettazione di un ospedale ha obiettivi che presentano un grado di difficoltà analogo alla realizzazione di una struttura urbana. Non è esagerato affermare perfino che gli ospedali hanno gli stessi problemi e le stesse dinamiche delle città, richiedendo approcci metodologici analoghi.

Nella realizzazione di un ospedale intervengono importanti discipline, tra le quali l'urbanistica, l'impiantistica, la medicina, la chirurgia, l'informatica e l'economia gestionale, per limitarci a citarne alcune. Compito della progettazione architettonica è di muoversi trasversalmente a tutti questi saperi, coordinandoli e dando forma, attraverso un accurato processo d'integrazione, a un sistema funzionale unico.

Questo compito non è però caratterizzato solo dalla complessità degli elementi in gioco. È piuttosto l'indeterminatezza il fattore principale che accomuna la progettazione della città a quella dell'ospedale. Le funzioni ospedaliere cambiano ormai così rapidamente, che è consigliabile per i progettisti non puntare più, in primo luogo, a un rapporto ottimale tra ambienti e funzioni che si svolgono in essi. Il vero obiettivo è piuttosto quello di disegnare una struttura che non si opponga alle novità di domani.

Se, nella passata fase di tumultuosa crescita dell'ospedale, l'elasticità era la principale caratteristica a esso richiesta per poter restare efficiente nel tempo, oggi, in un'epoca nella quale l'ospedale ha smesso di crescere, perché si è compreso che condizioni ottimali di gestione impongono limiti precisi alle sue dimensioni, è invece la flessibilità ciò di cui esso ha maggiormente bisogno per non invecchiare, per dimostrarsi all'altezza di metodi di cura e tecnologie sempre nuovi. Oggi la struttura ospedaliera deve essere soprattutto adattabile.

Questa caratteristica comporta una chiara distinzione tra quelli che sono gli elementi costruttivi non modificabili nel tempo, come strutture portanti, solai, facciate, gruppi scale e ascensori, centrali tecnologiche e dorsali impiantistiche, e gli elementi costruttivi mobili come pareti, porte, controsoffitti, derivazioni impiantistiche, arredi e attrezzature medicali.

Fin dalle prime fasi di realizzazione del progetto sarà quindi importante individuare un sistema immutabile di percorsi e dorsali tecnologiche nonché le funzioni difficilmente spostabili perché legate a un'impiantistica specifica. Per garantire l'adattabilità dell'edificio sarà necessario anche sviluppare una collocazione modulare dei vani di servizio come le scale, il blocco ascensori e gli arrivi-partenze di materiali. Attorno a tutti questi elementi fissi, che andranno collocati in modo tale da interrompere il meno possibile la continuità degli spazi invece disponibili per modifiche continue, andranno quindi distribuite le funzioni ospedaliere mutevoli nel tempo.

All'obiettivo dell'adattabilità della struttura si aggiunge un aspetto altrettanto importante: la centralità della per-

sona. Oggi, la progettazione di un ospedale ruota più che in passato intorno ai bisogni del paziente, inteso nell'accezione più completa di persona portatrice di necessità individuali, attese, stati emotivi con cui si relaziona alla struttura, e non più come fruitore anonimo di prestazioni sanitarie. La richiesta di assistenza sanitaria del cittadino è cresciuta in termini di qualità e la risposta che il moderno ospedale è chiamato a dare è legata a un metodo d'intervento capace di prendersi cura della persona e non limitato alla cura protocollare della malattia. Dare più qualità di vita all'uomo, tanto più se si trova in una situazione di sofferenza e disagio, è diventato un imperativo categorico per tutte le professioni che agiscono direttamente su di lui all'interno della struttura ospedaliera.

In questo contesto, sarà compito dell'architetto cogliere il modo d'essere della persona, la sua storia e la sua cultura, individuando soluzioni progettuali adeguate ai suoi bisogni. Una matrice progettuale così elevata è destinata a generare non più semplice edilizia ospedaliera, ma vera e propria architettura. Di conseguenza, il metodo da seguire nella progettazione dell'edificio non sarà quello di ragionare solo e innanzitutto per tipologie e funzioni sanitarie, ma per spazi umanamente significativi. L'ospedale sarà interpretato come un brano di città. Gli spazi collettivi come spazi urbani. Ritorna, anche da questo punto di vista, l'analogia che accennavamo all'inizio. La persona-paziente "vive" all'interno dell'ospedale come all'interno della città.

Ciò impone di pensare l'ospedale moderno come un luogo in cui la chiarezza dell'impianto planimetrico e la scelta dei materiali di costruzioni aiuti a sdrammatizzare l'emotività legata alla sua funzione. L'organizzazione degli spazi e dei percorsi dovrà essere facilmente intuibile e agevolare l'orientamento. Insieme agli arredi, tutto questo dovrà contribuire a rendere l'ambiente amico e facilmente "leggibile" a chi si muove e soggiorna per la prima volta al suo interno. Le tecnologie presenti nella struttura dovranno trasmettere anche visivamente l'impressione di una macchina perfetta, ma dovranno essere collocate in modo sufficientemente discreto da evitare l'impressione di una tecnologia fredda, che soverchia la persona.

Per le medesime ragioni anche il tema dell'accoglienza assume agli occhi del progettista un significato importante. A questo contribuisce il fatto che l'ospedale oggi registra un numero di posti letto inferiore al passato e un aumento invece delle attività di cura e prevenzione che si svolgono a livello di ambulatori, *Day Hospital* e *Day Surgery*. Queste ultime sono quantificabili in migliaia e centinaia di migliaia di prestazioni annue, che determinano un altissimo movimento di persone afferenti giornalmente alla struttura ospedaliera per usufruire di servizi che dal punto di vista gestionale richiedono un'erogazione a ritmi sostenuti.

L'ospedale passa a essere in questo modo da struttura chiusa, quasi esclusivamente di degenza, a struttura aperta

costantemente al territorio. Arriva a diventare un brano della città stessa, e l'architetto è chiamato a trovare soluzioni che da una parte evitino il caos della mobilità fuori controllo, e dall'altro diano forma piacevole e funzionale ai grandi spazi di comunicazione e flusso tra "interno" ed "esterno". Non a caso, le realizzazioni ospedaliere più moderne si caratterizzano spesso proprio per l'importanza e il livello qualitativo degli spazi destinati all'accoglienza e che ormai tendono a rappresentare il fulcro intorno al quale si articola l'universo "ospedale". I caratteri tipologici e architettonici si identificano in modo crescente con quelli delle strutture alberghiere di grandi dimensioni, nelle quali la hall d'ingresso e i servizi annessi costituiscono il baricentro e il cuore pulsante della struttura nonché il loro "biglietto da visita". Ma non solo la hall principale richiede oggi di essere coinvolta in un processo di riqualificazione teso a renderla già spazio terapeutico, anziché puramente funzionalistico di primo "smistamento" dei visitatori. Tutte le aree destinate alla socializzazione e alle relazioni interpersonali devono essere umanizzate con l'utilizzo di volumi, colori, materiali, arredi e luci che le rendano spazi simili a quelli esterni già noti all'utente.

Non meno importante è la segnaletica. Oltre agli evidenti imperativi di leggibilità e chiarezza, va evitata l'eccessiva proliferazione di cartelli e nel caso di ospedali a sviluppo orizzontale, la denominazione dei percorsi e delle strutture con vie e numeri può agevolare ulteriormente il visitatore, proprio come avviene per l'orientamento all'interno di una città.

Sarà inoltre importante che il primo approccio della persona ammalata con l'ambiente ospedaliero avvenga in condizioni di *privacy*. Pertanto è auspicabile l'uso di piccoli spazi all'interno dei quali l'utente, in posizione seduta e confortevole, possa interloquire in modo riservato e tranquillo con l'operatore. Analoga attenzione sarà posta nel progettare gli altri spazi di relazione e accoglienza, quali il bar-cafetteria, le aree di attesa, gli spazi ricreativi e quelli destinati al culto.

Addentrando nella struttura ospedaliera, l'obiettivo della sua umanizzazione non può ovviamente prescindere da una particolare cura dell'arredo delle stanze di degenza, che dovranno essere di uno o due letti. L'introduzione inoltre di materiali tradizionali, i colori tenui e caldi, le superfici opache, l'uso del legno come elemento d'arredo principale, i quadri alle pareti, saranno fattori importanti per riprodurre un clima accogliente. Il testamento dovrà essere completamente rinnovato, per poter dare alla stanza di degenza un aspetto alberghiero, con connotazioni quasi domestiche, pur conservando le sue funzioni.

Più in generale, una serie di strumenti sono a disposizione del progettista per attutire il tradizionale impatto psicologico negativo del paziente con la struttura ospedaliera:

- corretto dimensionamento degli spazi e controllo dei volumi, anche in relazione ai diversi fattori che possono produrre stress ambientale;
- controllo dei rumori;
- controllo della qualità dell'aria;
- confort termico;
- controllo dell'illuminazione naturale e artificiale;
- cura di colori arredi e materiali, anche sotto il profilo della eco-compatibilità;
- arredi adeguati.

Infine, la progettazione dell'ospedale non può ovviamente prescindere dalle esigenze dei professionisti che in esso operano. La tendenza in atto in quasi tutti gli ospedali, specialmente quelli per pazienti acuti, è quella di liberare il medico, l'infermiere e la gestione ospedaliera da tutte quelle operazioni che in un certo senso li possono distogliere dalla cura del malato. Sul piano organizzativo, si constata che tutte le funzioni non mediche vengono tendenzialmente delegate all'esterno, attraverso il cosiddetto sistema di *outsourcing*. Sul piano architettonico, anche il progettista dispone di una serie di soluzioni tese ad agevolare il lavoro degli operatori. Attualmente i criteri generali in uso nella costruzione dell'ospedale moderno sono:

- l'accorpamento e l'eventuale suddivisione in edifici distinti delle principali funzioni (ospedaliere e assistenziali, amministrative ed educative, tecniche e logistiche);
- il privilegiare diagnostica e terapia alle funzioni alberghiere;
- la rigorosa differenziazione dei percorsi (visitatori, personale sanitario e pazienti interni, materiali sporchi e puliti, percorsi sterili);
- l'automatizzazione del trasporto dei materiali;
- la realizzazione di collegamenti verticali diretti tra le degenze e i servizi di diagnosi e terapia;
- l'organizzazione centralizzata dei dipartimenti e delle degenze con annessi *Day Hospital* e studi medici;
- la riduzione dei percorsi interni ai reparti attraverso l'adozione del corpo quintuplo, che permette di sistemare in posizione baricentrica la stazione infermiere, i depositi materiali sporchi e puliti, il vuotatoio, la tisaneria e il bagno assistito;
- il posizionamento strategico del pronto soccorso in diretto contatto con l'accettazione amministrativa, la ri-animazione, il blocco operatorio, le cure intensive e il reparto di immagine;
- la centralizzazione dei servizi generali.

Per il prossimo futuro è facile prevedere che alcuni fattori determineranno più di altri il cambiamento della struttura ospedaliera. Le nuove tecnologie, intese non solo come impianti tecnologici, ma come nuove modalità diagnostiche e terapeutiche e come nuove tecniche di intervento, hanno e avranno un significato sempre maggiore. Cresce-

ranno inoltre ancora il *Day Hospital* e gli interventi in *Day Surgery*. Per conciliare la tecnologia, l'alta specializzazione, l'accoglienza e la convenienza economico-gestionale, l'ospedale del futuro sarà molto probabilmente di misura media, intorno ai 400-500 posti letto. Il giusto per consentire alle costose tecnologie di raggiungere il massimo dei livelli di eccellenza in una logica di ammortamento dei costi di acquisto e gestione, e allo stesso tempo per avere di-

mensioni in linea con la finalità dell'umanizzazione dell'accoglienza e dell'assistenza. Nella sua complessità, l'ospedale non dovrà infatti funzionare soltanto come pura macchina, non dovrà solo curare. Per poter dare qualità alla vita, dovrà esso stesso divenire luogo d'incontro professionale e sociale, ancor meglio se anche sede di ricerca universitaria. Questa commistione è per il paziente fonte di fiducia nella scientificità della diagnosi e della cura.



Foto 1: Vista generale del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico in costruzione



Foto 2: Corridoio di un reparto di degenza del nuovo Policlinico



Foto 3: Controllo infermieri di un reparto di degenza del nuovo Policlinico

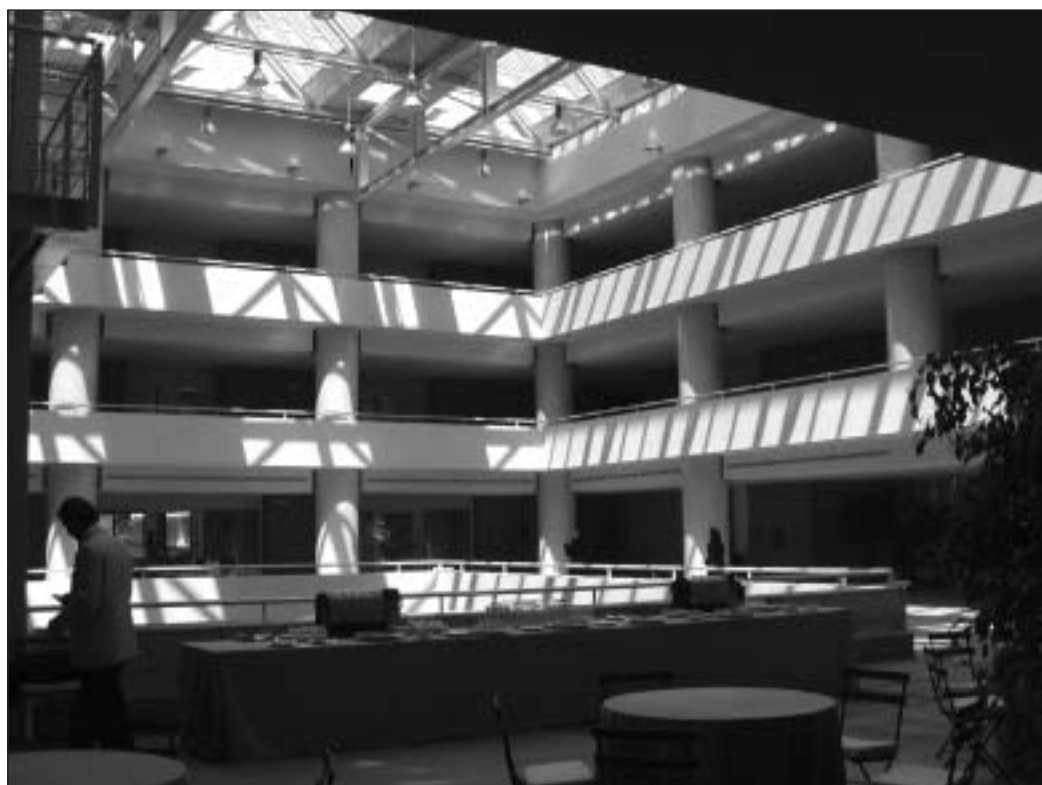


Foto 4: Atrio e ascensore del Policlinico



Foto 5: Una stanza del Policlinico

La Tecnologia Incentrata sull'Uomo: un Ruolo nell'Umanizzazione dell'Ospedale

Human Centred Technology: a Role to Play in Hospital Humanization

S CRISTINA, MARCELLA TROMBETTA

Facoltà di Ingegneria, Università Campus Bio-Medico di Roma

Premessa. L'ospedale, diventato progressivamente un luogo ipertecnico, viene ritenuto spesso come luogo in cui la malattia è privilegiata rispetto a colui che ne è affetto. Grande difficoltà nel conciliare la complessità e la tecnologia di una "macchina", che può apparire infernale e senza cuore, con la "misura d'uomo" e la gradevolezza, la fiducia con la paura, l'accoglienza, l'umanizzazione, la cura, il rasserenamento. Grazie, però, anche alle innovazioni diagnostiche e di trattamento si è contribuito all'allungamento della vita media dell'uomo, si è avuto un incremento delle prestazioni ambulatoriali di day hospital, della assistenza chirurgica a ciclo diurno e della ospedalizzazione a domicilio. Si cerca, quindi, di contribuire a costruire un Ospedale a misura d'uomo, recuperando in forme moderne l'originaria intuizione di Hospitale.

Parole Indice Ospedale. Umanizzazione. Tecnologie biomediche. Macchina per curare.

Background. *The hospital, becoming progressively a hyper-technological space, is often believed to be like a place where a disease is preferred to the patient. There is then, great difficulty to become reconciled with the machine's technology and complexity. Indeed this seems terrible, without heart, not on a "human scale" distant from the pleasantness, confidence, welcome, humanisation, cure and brightening needed in a new hospital. Innovations in diagnostic and disease treatment have, however, given a great contribution in life span extension in day hospital, outpatients facilities and home healthcare. Biomedical engineers must endeavour to build a hospital on a human scale, recovering the original meaning of the Middle Ages "Hospitale" using modern technology.*

Index Terms Hospital. Humanization. Biomedical technology. Treatment machines.

Il lavoro spetta in pari misura a tutti gli autori
All authors participated equally in this work

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Marcella Trombetta
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Emilio Longoni, 83
00155 Roma
e-mail: m.trombetta@unicampus.it

Introduzione

L'ospedale nel suo significato più ampio, ovvero quale "Luogo della salute" (1), ha sempre rappresentato il suo tempo, mutando di volta in volta principi tecnologici, organizzativi ed architettonici, tenendo però invariato il carattere di spazio, di separazione del bene dal male che racchiude. Nel lontano medioevo c'era l'*Hospitale*. All'inizio c'era pochissima o nessuna tecnologia, ma tanta capacità di accoglienza di condivisione del bisogno. Proprio il desiderio di condividere, il commuoversi di fronte al malato, spinge l'uomo a cercare cure, farmaci, tecniche per fare bene il clinico. L'*Hospitale* si trasforma, così, in Ospedale e continua a mutare con l'evolversi dei tempi il proprio assetto organizzativo e la propria struttura di funzionamento.

«L'ospedale, diventato progressivamente un luogo ipertecnico, viene ritenuto spesso come luogo in cui la malattia è privilegiata rispetto a colui che ne è affetto». (2) Il letto del malato e lo spazio ad esso destinato, pur rimanendo apparentemente al centro dell'attenzione, perdono d'importanza rispetto ad altri spazi come quelli richiesti da attività diagnostiche (terapia intensiva, sale operatorie e di rianimazione, attività riabilitative e ambulatoriali), spazi caratterizzati da un sofisticato e complesso impiego di tecnologie, che, spesso, pongono in secondo piano la degenza.

L'exasperato tecnicismo che ha condizionato lo sviluppo dei luoghi della salute negli ultimi decenni, sia nella struttura che nella gestione della cura centrata più sulla malattia che sulla persona, sembrerebbe aver contribuito ad incrementare il divario già esistente tra ospedale e paziente, trasformando quest'ultimo in oggetto di cura e il suo curante in robot.

Rossi Prodi (3), nel descrivere la "*machine a soigner*", cioè la macchina per la salute di Le Corbusier, valido esempio del tecnicismo del nostro secolo, afferma: «L'ospedale come macchina, congegno produttivo da perfezionare sempre più, che ingoia uomini malati e li trasforma in oggetti di cura, che dimentica la totalità, la centralità e l'unicità dell'uomo».

Nasce, quindi, la necessità di ritornare al concetto di *Hospitale* inteso come umanizzazione dell'Ospedale. Selvini afferma che «col termine di umanizzazione degli ospedali ci si riferisce all'insieme dei provvedimenti che hanno lo scopo di migliorare il livello dell'assistenza ospedaliera, non tanto sotto l'aspetto medico-scientifico, quanto piuttosto sul piano delle condizioni morali e materiali nelle quali la degenza dei malati si svolge in ospedale». (4) Come miglior assistenza possibile si parla di qualità non soltanto medica, infermieristica o alimentare, ma anche ambientale. Quest'ultima dovrà realizzarsi pensando non più all'ospedale funzionante secondo i criteri della macchina, «...dell'efficienza, della rapidità, della funzionalità, della flessibilità, ormai tutti miti del passato...» (5), ma cer-

cando un più ampio progetto che medi tra gli aspetti organizzativi, gestionali, tecnologici e le esigenze di chi vive l'ambiente ospedaliero, vale a dire del personale medico, dei visitatori, ma soprattutto del paziente. Sul finire degli anni '80, viene, infatti, formulato il "principio di Zanutti", che mette in risalto come «l'ospedale si costruisce intorno al letto del malato», il che significa «fornire agli ambienti volumi e forme che si adattino alle persone e alle cose che devono contenere». (6)

Queste affermazioni sono frutto dell'esponenziale sviluppo tecnologico in ambito biomedicale che, dal 1978 in poi, fa sì che l'ospedale venga concepito come una struttura omogenea, composta non solo dalla degenza, ma anche da elementi tecnici come i blocchi operatorie, la radiologia, i laboratori, le consulenze esterne, i servizi di accoglienza per le urgenze, che ne costituiscono parte integrante. A tale proposito il Day Hospital interpreta abbastanza bene l'immagine di un ospedale in cui è ridotto lo spazio e il tempo della degenza in favore dello spazio occupato da altre attività, sempre più proiettate all'esterno dell'ospedale, su un più ampio territorio. Questa politica ha effettivamente contribuito alla riduzione dei posti letto in ospedale, migliorando, contemporaneamente, la qualità della vita del ricoverato. In questo modo si è fatto un passo in avanti nel processo di umanizzazione, anche se non sempre è sufficiente rinnovare solo la struttura e la tecnologia per dar risposta al problema dell'umanizzazione. Può accadere, infatti, che in un ospedale moderno, il malato possa sentirsi male accolto, incompreso e soggettivamente infelice.

L'ospedale come "macchina per curare"

L'ospedale quale "*machine a guérir*" (com'è stato definito da Foucault), cioè macchina per curare, deve garantire oggi un alto contenuto tecnologico e assistenziale senza dimenticare, però, il lato umano. I principi che, infatti, dovrebbero governare la sua progettazione, sono legati alla qualità di vita che possono offrire ai pazienti, agli operatori sanitari ed ai visitatori. Non devono quindi essere tralasciati gli elementi che nell'insieme garantiscono comfort ambientale, fisico e psichico (fino all'ergonomia delle macchine e degli arredi), come pure la privacy, per consentire di abitare e lavorare nelle migliori condizioni possibili e per accrescere il senso di benessere e sicurezza di tutti gli "abitanti" di questo microcosmo.

Grande difficoltà nel conciliare la complessità e la tecnologia di una "macchina", che può apparire infernale e senza cuore, con la "misura d'uomo" e la gradevolezza, la fiducia e non la paura, l'accoglienza, l'umanizzazione, la cura, il rasserenamento. Molti elementi tecnici vengono, così, mascherati con colori neutri; si utilizzano semplici

tecniche di design per dare rilievo alle apparecchiature biomedicali sia di diagnostica sia di monitoraggio, terapia e riabilitazione.

La crescente dotazione di strumenti di sala, come elettrobisturi, respiratori, cardiostimolatori, microscopi operatori, richiede spazi sempre più estesi, trasformando le sale operatorie in *machine a guérir*, con tutte le esigenze che ne conseguono. Nel design delle apparecchiature biomedicali, e non solo, massima attenzione viene posta sempre più alla cura di forme e colori. Con “non solo” ci riferiamo anche alle endoprotesi che, una volta impiantate, non sono più “visibili da occhio umano”. Citiamo un esempio per tutti: l’implantologia dentale. Il primo impianto dentale a vite osteointegrato in Titanio puro venne operato da Branemark nel 1965. Il suo boom economico si registra in questi anni. Chiunque sia andato dal dentista per farsi impiantare un dente a seguito di perdita del proprio permanente avrà sicuramente visto l’impianto sostitutivo con fixture di svariati colori: grigio metallico, blu, verde, rosso. Nonostante tale perno sia impiantato nell’osso mandibolare, o mascellare, e quindi non visibile all’esterno, quello di colore rosso è rifiutato da tutti i pazienti. Analisi di mercato dimostrano come gli impianti più graditi sono quelli con fixture verde o azzurra rifiutando il tradizionale grigio metallico e, soprattutto, il rosso poiché ricorda inconsciamente il sangue e, quindi, il dolore.

L’uso del colore assume, perciò, un particolare significato: è, infatti, l’aspetto più immediatamente percepibile di un moderno concetto di cura. Il colore non influenza solo lo stato emotivo, ma è unito da un “ragionamento senza tempo” alla nostra energia vitale più profonda, dove materia e psiche sono strettamente legate. I colori influenzano tanto i nostri stati emotivi, quanto l’andamento del nostro stato psichico e quindi di salute e malattia.

Come i colori, anche le singole forme hanno specifici valori espressivi. Il quadrato, determinato dall’intersezione di due orizzontali e due verticali della stessa misura, simboleggia la materialità, la staticità, la pesantezza, è simbolo di rigorosa chiusura, così come ogni forma costituita da uno schema evidente di orizzontali e verticali (croce, rettangolo e altre). Il triangolo invece, nasce dall’intersezione di tre diagonali e nel suo ambito espressivo, rientrano tutte le forme basate su diagonali (rombo, trapezio, e loro derivati). Il cerchio infine, generato dalla rotazione di un punto a costante distanza dal centro, dà la sensazione di distensione e costante dinamicità. Si costruiscono, quindi, apparecchiature biomedicali dotate di forme il più possibile morbide con colori cromoterapici.

Non soltanto il colore, ma anche le caratteristiche dei materiali come l’opacità, la trasparenza, la lucidità e la ruvidezza determinano un oggetto. Ogni materiale, infatti, tramite tali caratteristiche, stimola diverse sensazioni percettive.

Nei metalli, per esempio, la luce viene assorbita e riflessa con grande efficacia, tanto che si ottiene un effetto speculare. Il metallo, quindi, risulta essere un materiale freddo per definizione; la sensazione di freddezza, di materiale anonimo e asettico, risulta evidente se il metallo viene utilizzato in modo indifferenziato, ma se coordinato all’interno di un progetto spaziale lineare rigoroso, trasmette un messaggio percettivo di ordine, pulizia ed efficienza, rimandando ad immagini di alto contenuto tecnologico.

Grande attenzione, quindi, alle forme, ai colori, alla luminosità: il tipo di diffusione della luce riflessa, influisce sull’impressione, opaca o specchiante, che si riceve dalla superficie dei materiali. Le apparecchiature di diagnostica, presentano, oggi, tutte un design sempre più rassicurante con superfici opache, colori “ad hoc” scelti dalla cromoterapia secondo la quale:

- il soggetto sottoposto a colore o luce rossa, tende ad eccitarsi;
- con il colore o la luce blu, tende a rilassarsi e a calmarsi;
- sottoposto al colore o alla luce verde, tende a stabilizzare il suo stato d’animo.

L’interno della macchina di Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), che induce notoriamente claustrofobia, presenta lungo la parete superiore visibile al paziente posizionato sul lettino una linea blu o verde che conduce agli estremi della camera stessa e, quindi, verso l’uscita dal “tunnel”. Grazie all’evoluzione di detta tecnologia, si incominciano a sostituire le tradizionali macchine “RMN chiuse” con “RMN aperte” in cui l’esame viene eseguito con attrezzatura a cielo aperto, senza il fastidio per il paziente di dover essere inserito nella camera.

Perché tutta questa cura nelle macchine per curare? Perché è opinione diffusa tra gli psicologi che l’ospedale come ambiente terapeutico, abbia un effetto considerevole sul ricovero di un paziente. Gli aspetti umani del design ospedaliero diventano, quindi, importantissimi al fine di raggiungere una collocazione umana confortevole, che esprima cura ed interesse in un ambiente altrimenti freddamente tecnico.

La Commissione Ministeriale istituita presso il Ministero della Sanità, voluta dal Ministro Veronesi e diretta da Renzo Piano, che ha operato dal luglio all’ottobre 2000 per l’elaborazione di un nuovo modello di ospedale per acuti ad alto contenuto tecnologico e assistenziale (7), afferma che «la medicina oggi cura sempre di più e guarisce sempre di meno» (es: dializzati, trapiantati, cardiopatici, diabetici, oncologici). Occorre, quindi, un rinnovato sistema integrato per fornire diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza anche ai “sopravvissuti” non guariti dalla malattia. Il nuovo ospedale deve diventare un luogo a misura d’uomo, centrato sulla persona e sulle sue esigenze, della speranza, della guarigione, della cura (se non si può guarire), dell’accoglienza e della serenità dell’affidarsi.

Quali sono i principi che possono aiutare chi si occupa di sviluppo di nuove tecnologie biomedicali per il raggiungimento di tale obiettivo? Oltre all'umanizzazione, intesa come centralità della persona, sono punti chiave l'affidabilità, l'innovazione e la ricerca.

L'affidabilità, intesa come sicurezza e tranquillità, è perseguibile solo attraverso la reale capacità diagnostico-terapeutica, la sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva e impiantistica delle apparecchiature medicali, oltre che igienica (aria, acqua, cibo, strumenti, abbattimento dei rumori, arredi, etc.) e di privacy. L'immagine e la percezione di affidabilità significano fiducia verso l'ospedale e le sue attività di chi vi si affida.

Per innovazione si intende il rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico. L'ospedale muta rapidamente. È necessaria, quindi, flessibilità strutturale e organizzativa. La struttura deve essere il più possibile preveggenza, neutrale e flessibile con facilità per adattarsi alle nuove funzioni e deve essere in grado di recepire facilmente e tempestivamente i cambiamenti tecnologici e organizzativi.

L'impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico deve spingere l'attività di ricerca. Quest'ultima costituisce un formidabile moltiplicatore delle capacità assistenziali, stimolando la curiosità del sapere, il rinnovamento continuo delle conoscenze e l'adeguamento allo stato dell'arte. L'ospedale possiede un grande patrimonio di dati sulle malattie e la salute che costituisce una grande risorsa per la ricerca e per il conseguente progresso nelle conoscenze scientifiche.

Si deve, quindi, rispondere all'esigenza di una riflessione sulla necessità di adeguare le proprie competenze all'evoluzione della scienza e della tecnologia medica che, se da una parte prevede l'uso di macchine sofisticate rapidamente sostituite da altre macchine ancora più sofisticate, dall'altra esige la capacità di mediare tra tali macchine e l'umanità della persona assistita.

La "rivoluzione tecnologica" nell'Ospedale

Lo sviluppo tecnologico delle strumentazioni e dei dispositivi attualmente utilizzati in campo biomedico ha conosciuto negli ultimi 20 anni, un grande progresso, non solo in termini di elevati livelli di prestazione e affidabilità, ma anche di sicurezza e qualità, consentendo di ottenere importanti risultati sia nel settore della diagnostica che in quello della terapia. Questo progresso tecnologico deve il suo sviluppo alla continua ricerca scientifica condotta in campo medico, la quale ha messo a frutto gran parte delle scoperte e delle innovazioni tecnologiche rese disponibili dalla chimica, fisica, ingegneria dei materiali, meccanica strutturale e computazionale, elettronica e informatica.

Molte tecniche diagnostiche e terapeutiche invasive, un tempo spaventose, dolorose e fastidiose, ora lo sono molto meno o, addirittura, non lo sono più. Basti pensare alle tecnologie finalizzate alla terapia medico-nucleare ed alle procedure utilizzate nella diagnostica per immagini.

In medicina nucleare si utilizzano radionuclidi artificiali a scopo diagnostico, terapeutico e di ricerca biomedica. Tali radionuclidi sono legati a sostanze capaci di dimostrare, con valori qualitativi e quantitativi, la funzionalità di organi o sistemi e le alterazioni caratteristiche indotte dalla malattia. In queste terapie vengono somministrati al paziente radiofarmaci che si concentrano nei tessuti patologici per irradiarli e distruggerli risparmiando, per quanto possibile, quelli sani. I radiofarmaci usati sono, per lo più, differenti rispetto a quelli usati in diagnostica perché emettono radiazioni corpuscolate in grado di dissipare tutta la loro energia in uno spazio molto piccolo. Le tecniche di *imaging* radionuclidico hanno il pregio di permettere una radioterapia metabolica selettiva e mirata, e di essere poco o per nulla invasive. La loro importanza in campo diagnostico risiede, inoltre, nel fatto che esse sono in grado di mostrare le modificazioni iniziali e precoci delle malattie, evidenziandone le alterazioni funzionali. Questo rende possibile monitorare gli effetti della terapia e quantificare specificatamente, in base alla loro natura, localizzazioni di malattia dimostrate con tecniche di diagnosi strutturale. Quest'ultime, oggi, comprendono, oltre alla già citata Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC), Tomografia Computerizzata ad Emissione Singola di Fotoni (SPECT), Tomografia ad Emissione di Positroni (PET), Scintigrafie, Radiografie, Termografie, Ecografie ed Endoscopie.

L'invenzione della tecnica endoscopica ha costituito una vera e propria rivoluzione della disciplina chirurgica. Tradizionali interventi a cielo aperto, come le colecistectomie, le ernie, le ulcere duodenali, le appendiciti e molti altri sono, oggi, operati con la chirurgia mininvasiva videoguidata o videoendoscopia. I campi di applicazione si stanno ampliando nel tempo sempre più e, oggi, comprendono l'endoscopia digestiva, ginecologica, urologica, la broncoscopia, la laparoscopia, la toracosopia e l'artroscopia.

Le macchine endoscopiche esistono, inoltre, già in commercio come dei veri e propri "robot chirurgici". I robot chirurgici attivi in Italia sono 22 dei quali nove sono utilizzati per interventi di chirurgia generale mentre tutti gli altri per la cardiocirurgia. L'elevato costo di queste macchine per curare (un milione di euro per robot) fa sì che la loro distribuzione sul territorio nazionale sia a macchia di leopardo. Per esempio, i nove robot utilizzati in Italia per la chirurgia generale (soprattutto a colon e pancreas, seguiti da quelli per la cura del reflusso gastroesofageo) si trovano soprattutto nel Nord (sono 5), contro 2 rispettivamente

nel Centro e nel Sud. Tra le regioni del Nord il maggior numero di robot si trova in Veneto (sono 3). Un record eguagliato dalla Lombardia sul fronte dei robot per la cardiocirurgia. Il robot non opera "da solo". In tutti i casi il chirurgo che lo utilizza non è mai lontano da esso e resta ancora un sogno la telechirurgia, ossia la possibilità di eseguire interventi chirurgici controllando i robot a distanza di centinaia o, addirittura, migliaia di chilometri. Anche se la telechirurgia è ancora un traguardo lontano, la telecardiologia e la teleradiologia incominciano ad essere tecnologie diffuse e praticate.

Tempi di ricovero brevissimi sono stati raggiunti anche grazie all'invenzione di molti dispositivi impiantabili che hanno permesso la terapia di patologie un tempo letali.

Due esempi importanti sono i dispositivi venosi sistemici totalmente impiantabili (Port) e la microdialisi. I Port sono sempre più diffusi nella pratica clinica e rappresentano, attualmente, la migliore soluzione per l'approccio terapeutico ai pazienti che necessitano di terapia infusionale a lungo termine (neoplasie, insufficienza renale cronica, etc.). L'ottimizzazione dei materiali ed il rispetto di una tecnica ormai standardizzata consentono oggi il posizionamento di tali dispositivi con rapidità e sicurezza, con dimissione giornaliera del paziente.

La microdialisi, inventata nel 1974, è oggi impiegata in diversi campi: se la sua applicazione per eccellenza è in terapia intensiva avanzata, ha dimostrato di essere uno strumento vitale anche per i trapianti di organo, poiché aiuta a prevenire il fenomeno del rigetto o a stabilire con largo anticipo la necrosi dei tessuti trapiantati. In pediatria permette di effettuare analisi su neonati prematuri al di sotto del chilo di peso, per i quali i prelievi di sangue potrebbero essere mortali, mentre in medicina sportiva permette di controllare le condizioni fisiche degli atleti o di scoprire possibili disturbi muscolari. La microdialisi viene realizzata con una cannula dello spessore di un capillare che viene immessa direttamente nell'organo o nel tessuto che si vuole monitorare e, attraverso il rilascio di una sostanza fisiologica permette di ottenere un quadro biochimico completo. Il metodo presenta innumerevoli vantaggi rispetto alle analisi del sangue, perché il quadro che ne emerge è riferito solo alla sezione del corpo umano sotto osservazione. In questo modo si possono riscontrare più velocemente i miglioramenti del paziente e si possono prevenire necrosi di organi e tessuti, evitando un peggioramento del quadro clinico.

Lo sviluppo di queste apparecchiature ad elevatissimo contenuto tecnologico con alta capacità e velocità di acquisizione e trattamento dei dati è stato permesso grazie alla rapida e costante evoluzione delle tecnologie elettroniche. Queste hanno, infatti, portato notevoli ricadute in ambito sanitario. Pensiamo ad esempio alle TAC di nuova generazione, alle isole completamente automatizzate del la-

boratorio analisi, ai sistemi avanzati per neurochirurgia oltre ai sistemi di chirurgia assistita dal computer, ai defibrillatori automatici ed alla realizzazione di reti multimediali nelle quali sono integrate direttamente le tecnologie sanitarie con conseguente sviluppo dell'informatica sanitaria. La combinazione tra ricerca tecnologica (elettronica e informatica) e ricerca della ingegneria biomedica ha fatto sì che, ormai, le tecnologie biomediche siano non solo un elemento irrinunciabile nella cura della salute, ma che il loro utilizzo entri sempre più anche nella qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie migliorando l'efficienza dell'erogazione delle prestazioni stesse.

La gestione delle tecnologie installate necessita, però, di personale tecnico sempre di più qualificato con caratteristiche professionali di ampio spettro, in grado sia di coprire gli ambiti specifici relativi alla tecnologia installata sia di possedere una robusta preparazione nell'area dell'*Information technology* e del *Networking*. Se da un lato, infatti, le tecnologie della comunicazione consentono di ottimizzare e moltiplicare la disponibilità di informazioni lontano dal punto in cui queste ultime vengono acquisite, dall'altro occorre possedere, specie in ambito sanitario, la padronanza di tutti gli strumenti di comunicazione/interconnessione adottati. Oggi è, inoltre, necessario saper governare compiutamente il processo di acquisizione, operando secondo la metodologia di *Health Technology Assessment* per assicurare alla struttura sanitaria una completa comprensione dei fattori legati all'introduzione ed al successivo utilizzo delle tecnologie biomediche considerando tutti gli aspetti legati al loro ciclo di vita utile quali l'appropriatezza, l'efficacia, la formazione tecnico-clinica per la manutenzione e l'utilizzo, la sicurezza, la gestione oculata. Si pensi, ad esempio, al vantaggio che ha il chirurgo nell'avere direttamente sul video di sala operatoria le immagini (RMN, TAC, ecografia,...) e le informazioni (tracciati elettrofisiologici, risultati esami di chimica-clinica,...) precedentemente rilevate in altri punti dell'ospedale o addirittura in altri ospedali della stessa città o provincia. Questo è solo un esempio banale dell'importanza (e necessità) dell'integrazione delle tecnologie biomediche con le scienze informatiche e di comunicazione.

Nella sanità, il costante e rapido avanzare delle tecnologie origina, quindi, mutamenti di concetti e attitudini. Le apparecchiature biomediche sono diventate uno strumento ormai irrinunciabile nell'espletare anche le più elementari funzioni sanitarie aventi lo scopo di raggiungere obiettivi fondamentali, quali:

- diminuzione delle giornate di degenza;
- intensificazione, in termini di tempo, delle terapie e delle cure;
- integrazione delle cure mediche tra le varie articolazioni delle specializzazioni;
- ottimizzazione e razionalizzazione dei costi di gestione.

L'ospedale è cambiato come unità economica, nella natura della sua produzione, nella sua gestione.

Questa "rivoluzione tecnologica" ha comportato la necessità di riorganizzare il settore chirurgico, riorganizzazione che nasce quale risposta alle tendenze comuni che caratterizzano tutti i sistemi di assistenza sanitaria dei principali Paesi industrializzati, in particolare quelli europei, e che contribuiscono al continuo elevarsi dei costi dei servizi sanitari.

Tali tendenze sono:

- l'invecchiamento delle popolazioni;
- le modificazioni dei quadri morbosi e della loro evoluzione;
- le innovazioni diagnostiche e di trattamento;
- il progressivo affermarsi delle specializzazioni e delle subspecializzazioni;
- le crescenti attese da parte dei cittadini.

In questo contesto particolare attenzione deve essere dedicata all'invecchiamento, in quanto tale fenomeno è destinato ad influenzare fortemente le trasformazioni in corso in tutti i sistemi sanitari occidentali e contribuirà a realizzare un forte incremento della domanda di servizi.

Negli ultimi anni si è avuto, infatti, un forte incremento dell'età media della popolazione: si prevede che nel 2050 il 29% della popolazione europea supererà i 60 anni. In Italia, la regione Liguria è quella che presenta il più elevato indice d'invecchiamento, con 234 persone di età superiore ai 65 anni ogni 100 giovani di età inferiore ai 14. Ormai si parla di "quarta età".

Di pari passo a tali trasformazioni demografiche ed alle innovazioni diagnostiche e di trattamento che hanno contribuito al miglioramento di tale traguardo, si è verificata, in tutto il mondo, una marcata riduzione del numero di posti letto per acuti, mentre si è avuto un incremento delle prestazioni ambulatoriali di day hospital, della assistenza chirurgica a ciclo diurno e della ospedalizzazione a domicilio. È chiaramente dimostrato che il paziente migliora più in fretta se viene dimesso in tempi brevi.

Conclusioni

Già nella seconda metà dell'800, Florence Nightingale, precorritrice dell'assistenza infermieristica, nel dare indicazioni igienicosanitarie al governo britannico, rilevava quanto fosse un requisito fondamentale dell'ospedale quello del rispetto del malato, dell'alleanza tra malato, famiglia, terapeuti.

L'umanizzazione dell'ospedale è un tema di grande attualità, ma ancora troppo spesso poco praticato da parte di chi sottovaluta le problematiche di natura relazionale che coinvolgono tutti i bisogni di salute della persona, considerando prioritari solo quelli legati alla diagnosi e alla terapia.

Si tendono a privilegiare gli aspetti più immediatamente "redditizi" del processo di cura trascurando il più silenzioso, ma altrettanto importante e duraturo, valore aggiunto che un atteggiamento di accoglienza offre alla salute.

I medici, gli infermieri, gli amministratori, e tutte le figure professionali, coinvolte sia direttamente, sia indirettamente nel processo di cura ai malati, devono accogliere la grande sfida insita nel recupero della centralità della persona nelle sue dimensioni biofisica, psicologica e socioculturale.

Se vogliamo lavorare con responsabilità, se vogliamo accogliere la domanda che, più o meno esplicitamente, l'altro ci pone non possiamo sfuggire alla necessità di contribuire a costruire un Ospedale a misura d'uomo, recuperando in forme moderne l'originale intuizione di *Hospitale*.

Bibliografia

1. Stevan C. La trasformazione dei luoghi della salute. In: Dispense della Facoltà di Architettura del Politecnico di Milano 1993-94:1-20.
2. Colozzi I. L'ospedale tra istanze di efficienza e di umanizzazione. Franco Angeli Editore, Milano 1989:143.
3. Rossi Prodi F. Ospedali a misura d'uomo. In: Progettare per la sanità. n. 7. 1992.
4. L'umanizzazione degli ospedali. I Quaderni dell'ADOL. Fasano 1978:23.
5. Bracco D. L'umanizzazione degli ospedali. In: Tecnica Ospedaliera. 1989; 11:22.
6. Mauri M. Ospedali a misura dei bisogni di salute del territorio. Commissione di Studio, Ministero della Sanità. Report del 11/05/2001.

Ospedali, Città, Territorio

Hospitals, Cities, Territory

IGNAZIA PINZELLO

Dipartimento Città e Territorio. Università degli Studi di Palermo

Premessa L'urbanista nel suo lavoro deve rispondere a due interlocutori fondamentali, l'Amministrazione pubblica e la collettività, per cercare di conciliare il soddisfacimento di bisogni e la ri-organizzazione del territorio urbano, provinciale o regionale, con la razionalizzazione delle attrezzature e dei servizi non solo in termini quantitativi, ma soprattutto in termini qualitativi. Pertanto, due sono gli aspetti importanti di cui l'urbanista deve tener conto nel definire il rapporto tra ospedale e territorio. Il primo riguarda la distribuzione territoriale. Poiché la localizzazione di strutture sanitarie non può seguire logiche amministrative che siano avulse dal dare risposte alle richieste ed ai fabbisogni della collettività, è necessario predisporre un patrimonio di conoscenza sia del territorio che della popolazione. Il secondo aspetto fondamentale è studiare ed analizzare l'organizzazione del sistema insediativo, sia dal punto di vista tipologico che funzionale. Ogni strategia di pianificazione deve pertanto ripensare la forma dell'ospedale nel contesto più ampio della città, perché il malato non sperimenti la degenza in ospedale come un'interruzione dei rapporti con la realtà territoriale.

Parole chiave Pianificazione urbanistica. Territorio. Infrastrutture. Sanità

Background *The city planner in carrying out his work has to take into consideration two basic interlocutors: public administration and the community. He does so in order to try and combine fulfilment of needs and town planning - either in the district or in the region - with rationalizing of means and services not only in relation to quantity but especially in relation to quality. Therefore he has to take into consideration two important aspects of town planning in the relation between hospital and district. The first aspect is the district distribution: location of hospital structures can't just follow administrative logic and not consider the needs of the community. Thus it is necessary to prepare a heritage of knowledge of the district as well as of the population. The second important aspect is to study and analyze the organisation of settlement from a typological as well as functional point of view. Thus each planning strategy has to think over the shape of hospitals within the more wide city environment, so that the sick person will not judge hospitalization as an interruption of his liaison with his surroundings.*

Index Terms *Town planning. Territory. Facilities. Healthcare System*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Ignazia Pinzello
Dipartimento Città e Territorio
Università degli Studi di Palermo
Via Cartari, 19b
90133 Palermo
e-mail: pinzello@unipa.it

Premessa

All'art.32 titolo II della Costituzione della Repubblica Italiana è sancito il principio che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."

Tale principio è stato ribadito in tutti i documenti internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nei quali ricorrono termini come : equità, prevenzione, partecipazione, sostenibilità urbana. Il continuo riferimento a questi termini mette in evidenza la centralità dell'importanza di attivare politiche e strategie mirate al benessere collettivo. Quindi l'attenzione non soltanto per la cura, ma anche per l'ambiente in cui l'individuo vive e lavora creando condizioni ottimali per il benessere fisico e prestando attenzione all'attività di prevenzione. Nella Dichiarazione di Alma Ata¹ viene ribadito che la salute, intesa come benessere fisico e sociale e non solo come assenza di malattia, è un diritto per il cui raggiungimento è necessario che vengano coinvolti anche i settori economico e sociale. Nel documento viene altresì considerato come elemento prioritario quello della Assistenza primaria che, fornendo un'assistenza sanitaria essenziale, deve essere accessibile a tutti e costituisce quindi il primo anello nel rapporto cittadino-sanità. L'assistenza sanitaria primaria coinvolge oltre il settore sanitario anche settori come l'edilizia, i trasporti, l'industria ed altri attivando sistemi di interrelazioni dando altresì ruolo al cittadino in un processo di partecipazione che lo vede non solo come fruitore di servizi, ma come protagonista nelle politiche di organizzazione, progettazione e gestione dell'Assistenza primaria. Questo ruolo del cittadino è importante perché questo tipo di assistenza è la prima fase di un più lungo e articolato processo sanitario, deve registrare i fabbisogni, le abitudini di vita, gli aspetti sociali del nucleo cittadino.

La partecipazione degli abitanti alle scelte di politica sanitaria, così come ad altre forme di gestione della vita pubblica richiede un attento processo di formazione e sensibilizzazione alle problematiche relative.

La "promozione della salute"² è un processo di sensibilizzazione dell'individuo nel controllare la propria salute e le condizioni di vita che la influenzano. Ancora una volta non è quindi un problema di assistenza nella malattia, ma di prevenzione che coinvolge l'ambiente urbano ed il territorio in cui si vive. La partecipazione e la presa di coscienza degli effetti prodotti da politiche territoriali sono necessarie per indirizzare in maniera adeguata e razionale

scelte mirate di politica sanitaria. È durante il processo di partecipazione che si sollecita nei cittadini il diritto-dovere di cittadinanza senza distinzione alcuna. L'esperienza di partecipazione aiuta a crescere, a migliorare la capacità di relazione ed a valorizzare la personalità. Insegna altresì a costruire una coscienza collettiva, a manifestare la propria volontà in un continuo confronto e discutere le scelte in una logica di vantaggio collettivo. Il processo di partecipazione non può considerarsi esaurito nella fase propositivo-progettuale; occorre che la comunità abbia garanzie dalle Istituzioni e quindi le sia riconosciuta la possibilità di controllo nelle fasi di realizzazione e gestione.

Nella convinzione che l'attività sanitaria non si esaurisce nella cura delle malattie e che comunque coinvolge, come già detto, le politiche urbane e territoriali si inserisce il progetto "Città Sane" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il progetto nasce per sperimentare a livello locale i sei principi fondamentali della "Salute per tutti" sanciti nel 1977 dall'Assemblea Mondiale della Sanità. Tali principi riaffermano l'importanza della partecipazione, della prevenzione, dell'equità, dell'interrelazione con le altre politiche urbane.

Tale impegno, che coinvolge e responsabilizza i Sindaci, è stato ricordato nella Dichiarazione di Atene sulle Città Sane (Atene, Grecia, 23 giugno 1998) asserendo che le politiche intersettoriali sono più facilmente attuabili a livello locale così come le pratiche di partecipazione.

HEALTH21³, infine, è la risposta della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità alla strategia globale della "Salute per tutti". Il documento pone in evidenza il diritto alla salute inteso non soltanto come diritto alla cura e quindi all'assistenza sanitaria nelle sue diverse forme, ma anche come facilità di accesso alle strutture sanitarie.

Il riferimento ai documenti dell'OMS è importante perché esprime un cambiamento di punti di vista, nel considerare il sistema sanitario non isolato, ma piuttosto come integrato nel territorio e con questo fortemente relazionato. Più volte viene ricordato il tema della prevenzione legandolo alla qualità di vita che l'individuo possiede nella sua città, nella sua provincia, nella sua regione. Condizioni di vita che sono fortemente differenziate e che dipendono da fattori fisici, istituzionali, sociali. La lettura di questi documenti induce a fare alcune riflessioni sul ruolo dell'urbanista e delle Istituzioni, sulla localizzazione e differenziazione delle strutture sanitarie.

¹ Conferenza Internazionale sull'assistenza primaria 6-12 settembre 1978, Alma Ata, URSS.

² La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute presentata alla 1 Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, 17-21 novembre 1986, Ottawa, Canada.

³ La strategia della "Salute per tutti nel ventunesimo secolo", adottata dalla comunità mondiale nel maggio 1998, ha lo scopo di realizzare il progetto della Salute per tutti. HEALTH 21 individua 21 obiettivi per il 21° secolo.

Il ruolo dell'urbanista

Nel redigere uno strumento urbanistico sia di livello comunale che di area vasta, l'urbanista ha due interlocutori fondamentali: l'Amministrazione pubblica e la collettività. Entrambi seppure a diverso titolo sono i due committenti ed a loro l'urbanista deve rispondere in termini di soddisfacimento di bisogni, di ri-organizzazione del territorio urbano, provinciale o regionale, di razionalizzazione delle attrezzature e dei servizi non solo in termini quantitativi, ma soprattutto in termini qualitativi.

Nella fase di analisi, che precede quella di formazione del piano, l'urbanista deve attivare le "buone pratiche" quali il sapere osservare e il sapere ascoltare.

Nel "sapere osservare" l'interlocutore è la città, il territorio; nel "sapere ascoltare" l'interlocutore è la collettività intera nella sua differente composizione e articolazione.

La fase dell'osservazione è il primo momento i cui si attiva il rapporto tra analisi e territorio interessato. Questo momento è articolato in fasi ed azioni che si susseguono ed integrano tra di loro.

La capacità di ascoltare è una delle competenze che si richiede all'urbanista che deve stabilire un processo di comunicazione con il cittadino in un dinamico scambio di idee. Egli deve essere l'animatore di un processo di scambio di conoscenze, bisogni, opinioni, che costituiscono la base per la costruzione di un modello che soddisfi l'intera comunità.

Occuparsi dell'organizzazione delle strutture sanitarie può apparire di competenza esclusiva di chi opera, a vario titolo, nella sanità. Tuttavia l'urbanista responsabile della redazione dello strumento urbanistico deve interrogarsi sugli aspetti differenti che devono caratterizzare i livelli di attrezzature sanitarie e specificatamente quello di carattere regionale e quello di carattere locale, al fine di indirizzare le analisi territoriali, sociali, economiche per il raggiungimento degli obiettivi.

Il livello territoriale

In riferimento a quanto enunciato nei documenti dell'OMS e nel rispetto del principio di equità e di accessibilità alle attrezzature sanitarie, nel ri-pensare la organizzazione ospedaliera regionale, è opportuno fare alcune riflessioni.

Una prima riflessione riguarda la distribuzione territoriale. Premesso che la localizzazione di strutture sanitarie non può seguire logiche amministrative che siano avulse dal dare risposte alle richieste ed ai fabbisogni della collettività è necessario predisporre un patrimonio di conoscenza sia del territorio che della popolazione.

Localizzare astrattamente le strutture sanitarie nel territorio senza tenere conto della sua morfologia, del suo sistema infrastrutturale, degli insediamenti abitativi e della loro tipologia può dare luogo a delle gravi carenze.

Per quanto possa apparire superfluo nel progettare la distribuzione territoriale, è determinante l'aspetto morfologico di una regione. Centri abitati interni o montani, che a causa della morfologia del territorio e del sistema infrastrutturale assente o inadeguato sono da considerarsi "periferie territoriali", vivono condizioni di isolamento, pur essendo molto spesso vicini in linea d'aria, ma difficilmente raggiungibili.

Altro aspetto importante è studiare ed analizzare l'organizzazione del sistema insediativo sia dal punto di vista tipologico che funzionale. Il territorio regionale è caratterizzato da città di differente dimensione, ma anche da fenomeni di dispersione abitativa (*sprawl*)⁴. Fenomeno quest'ultimo che può avere caratteristiche e localizzazioni diverse e quindi richiedere una dotazione di attrezzature differenziata.

Può essere prossimo ad un centro abitato consolidato, può essere in aree un tempo caratterizzate dall'agricoltura, può essere contraddistinto da edilizia destinata a seconda casa, può essere in prossimità di città metropolitane e quindi recuperare un ruolo di ideale connessione tra il grande centro ed i comuni dell'area metropolitana ad esso collegati. La differenza di tipologia e localizzazione è di indirizzo nelle scelte non solo insediative, ma anche della caratterizzazione della struttura sanitaria, che è anche determinata dalla individuazione dei bacini di utenza in relazione ai fabbisogni specifici della popolazione. La lettura interrelata di queste analisi, che non sono da considerarsi esaustive, ma vanno integrate con le tradizionali analisi urbanistiche, consente una distribuzione territoriale di presidi sanitari di differente dimensione e, ove se ne palesi la necessità, con differenti caratteristiche deve costituire una "rete" che diventi elemento di riferimento per i sistemi locali. La individuazione delle strutture sanitarie deve configurarsi quale sistema articolato integrato nello strumento urbanistico di area vasta (piano regionale, piano territoriale provinciale) nella convinzione che il sistema sanitario è idoneo se è ricompreso in una strategia pianificatoria generale e si integra con le altre scelte territoriali.

Il livello urbano

Ragionare a livello urbano significa riferirsi, oltre che al territorio comunale, anche ad unità urbane più circoscritte come i quartieri o circoscrizioni o municipalità. Il sistema sanitario locale deve diventare un sottosistema del sistema generale, più capillare e rispondente ai bisogni specifici degli abitanti. La città come il territorio regionale non

⁴ *Sprawl urbano* è un termine che indica una espansiva, rapida, e a volte incosciente crescita di una area metropolitana, solitamente zone periferiche Da Wikipedia, l'enciclopedia libera.

può essere considerata come una unità omogenea così come non sono omogenei i cittadini.

L'organizzazione sanitaria a livello urbano richiede quindi un'approfondita conoscenza della realtà comunale, attribuendo ai Sindaci il compito e la responsabilità di garanti della salute pubblica. L'importanza del ruolo dei Sindaci è stato ribadito nel 1990 nella Dichiarazione di Milano sulle Città Sane, nella quale si afferma l'importanza e il "Ruolo delle città nella promozione della salute".

In tutti i documenti dell'OMS è sempre evidenziata l'importanza della prevenzione, per attuare la quale occorre avviare un sistema di pianificazione integrata che abbia come obiettivo il miglioramento della qualità urbana, l'utilizzo corretto delle risorse. Un altro fattore che contribuisce ad attivare il processo di prevenzione è l'assistenza primaria (Dichiarazione di Alma Ata). Per i compiti che questa deve assolvere è necessario che penetri nella città e faccia sistema con le attrezzature socio-assistenziali e con tutti gli altri sistemi che strutturano la città. Le città devono diventare promotrici di salute e benessere che non si raggiunge soltanto con la previsione di grandi strutture ospedaliere o nel soddisfacimento delle quantità previste dagli standard urbanistici, ma piuttosto pensando ad un piano di città che, fatto per i cittadini e con i cittadini, leggendo la città in tutti i suoi aspetti (fisico, economico, sociale) individui strategie funzionali a migliorare la qualità urbana. Promuovere la salute per tutti e quindi migliorare le condizioni di vita significa attivare sinergie tra politiche indirizzate alla salute e politiche urbane che influenzano la salute (il sistema dei trasporti, la qualità dell'aria, il sistema del verde, ecc.).

Nel progetto "Città Sane" sono illustrati i principi di partecipazione, prevenzione, equità, interrelazione con le altre politiche urbane

Questi principi trovano una risposta nell'attività di Agenda 21 Locale.

Agenda 21 o meglio le "cose" da fare nel XXI secolo, si configura come uno strumento che pone in essere e individua percorsi, azioni e strategie per avviare il territorio verso uno sviluppo sostenibile e attraverso un percorso partecipativo.

La prima definizione di sviluppo sostenibile si incontra nel rapporto Brundtland (1987), poi ripresa dalla Commissione mondiale sull'ambiente e lo sviluppo dell'ONU (*World Commission on Environment and Development, WCED*).

Nel rapporto Brundtland (1987)⁵ si passa da una politica dell'emergenza ad una politica che individui un modello di

sviluppo socio-economico che "garantisce i bisogni delle generazioni attuali senza compromettere la possibilità che le generazioni future riescano a soddisfare i propri".

Il concetto di sviluppo sostenibile, nel tempo si è evoluto, attribuendo ad esso una visione più globale. La *World Conservation Union*, *UN Environment Programme* and *World Wide Fund for Nature* (1991) ne estende il concetto e relaziona il miglioramento della qualità della vita alla capacità di carico degli ecosistemi ad essa correlati.

La procedura di Agenda 21 nella sua fase realizzativa, attraverso i piani di azione, può rimanere dichiarazione di principio se quanto deciso non viene recepito negli strumenti urbanistici e non sempre le procedure di partecipazione (forum cittadini) garantiscono il coinvolgimento della collettività nel processo di formazione e gestione degli strumenti di pianificazione. Certamente il processo di Agenda 21L si configura come l'azione più adeguata, attivando un rapporto sinergico, per il raggiungimento dei principi di equità, partecipazione, miglioramento della qualità di vita, prevenzione, enunciati in tutti i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Purtroppo non sempre alle dichiarazioni di disponibilità ad attivare procedure mirate alla sostenibilità fanno seguito azioni materiali che vengano recepite negli strumenti urbanistici e quindi viene meno quel rapporto sinergico tanto auspicato anche nei documenti internazionali.

Per gli ospedali occorre una riflessione particolare.

Le strutture ospedaliere più significative, di non recente costruzione, ci restituiscono oggi, soprattutto nelle grandi città, un documento storico di rilevante importanza. Essi sono infatti testimonianza dell'evolversi della struttura urbana e del suo rapporto con questa, ma anche delle forme architettoniche e spaziali all'interno del recinto ospedaliero. Con l'evolversi delle tecniche ospedaliere e della medicina in generale numerosi cambiamenti si sono resi necessari per ottimizzare i servizi assistenziali, rimane tuttavia leggibile in molti complessi ospedalieri, oggi di rilevanza territoriale, il sistema di edifici, piazze, strade, spazi verdi che lo fanno apparire una cittadella dentro la città. Questo piccolo sistema urbano fatto di architetture ma anche di spazi di relazione è la testimonianza di eventi sociali, di evoluzione della medicina, di storia della città, di urbanistica, di storia dell'architettura. Il complesso ospedaliero si configura quindi come un palinsesto in cui è possibile leggere la storia propria e dei suoi rapporti con il territorio, uno spazio aggiunto al sistema urbano ma che non dialoga con questo. Ma questi "recinti ospedalieri" sono anche testimonianza di un punto di vista che dà centralità agli aspetti tecnici piuttosto che al malato. Cioè la struttura ospedaliera può essere pensata dal punto di vista medico o dal punto di vista dell'individuo malato. Cambiare punto di vista significa ripensare la forma dell'ospedale, significa ripensare il rapporto con la città, significa ripensa-

⁵ Nel 1987 Gro Harlem Brundtland, presidente della Commissione mondiale su Ambiente e Sviluppo (*World Commission on Environment and Development, WCED*) istituita nel 1983 presenta il rapporto *Our common future* (Il futuro di tutti noi) nel quale veniva individuata una linea per lo sviluppo sostenibile.

re gli spazi aperti di contesto e gli spazi di relazione, perchè il malato non viva l'essere in ospedale come un'interruzione dei rapporti con la realtà territoriale. Pensare quindi l'ospedale come un luogo che, pur garantendo un'efficienza tecnica, sia organizzato in modo da consentire al malato di condurre, per quanto gli è consentito dalla malattia, una vita più vicina al suo modo di essere. Perchè ciò avvenga bisogna capovolgere il punto di vista e considerare l'ospedale e il sistema sanitario uno degli elementi strutturanti la città. La salute pubblica deve diventare uno dei temi portanti del piano che deve dialogare con le altre tematiche proprio in attuazione dei documenti dell'OMS.

Ma il rapporto con la città è mutato, in molti casi oggi l'ospedale si trova all'interno del centro urbano registrando fenomeni di grave congestione che sono spesso la causa di disservizi. La presenza di grandi ospedali che servono un bacino di utenza di livello urbano-territoriale, localizzato all'interno di una città è di difficile accessibilità; esso è al tempo stesso causa di congestione di traffico per l'affluenza degli utenti che a loro volta sono penalizzati per la difficoltà di accesso rapido, a causa della sovrapposizione con il traffico cittadino. Questa situazione è ancora più grave quando casi urgenti richiedono un accesso rapido alla struttura ospedaliera. Sarebbe auspicabile che nel predisporre un nuovo strumento urbanistico, si rifletta su una possibile delocalizzazione dei grandi ospedali in luoghi serviti da infrastrutture idonee che ne facilitino l'accessibilità e contemporaneamente si proceda ad una riorganizzazione urbana del servizio socio-sanitario in funzione della richiesta e della tipologia di utenza.

Conclusioni

Quanto enunciato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e sottoscritto da nazioni e comuni non trova l'adeguata attuazione nell'ambito delle strategie territoriali e nei sistemi di pianificazione. Quel sistema di interrelazione tanto auspicato, tra i sistemi urbani ed il sistema sanitario diffuso non trova risposta, così come l'applicazione delle procedure di Agenda 21L alla quale molti Comuni aderiscono; poco viene fatto per la sua attuazione e trasferimento delle scelte negli strumenti urbanistici. Le cause vanno ricercate nell'assenza di coordinamento tra le

Istituzioni, nel condizionamento delle poche risorse finanziarie, in un'analisi oltre che territoriale anche sociale superficiale, che producono sul territorio e sulla collettività disservizi e assenza di attrezzature adeguate per un miglioramento generale delle condizioni di vita. Le politiche adottate per il raggiungimento di una "salute per tutti" sono inscindibili da quelle legate allo sviluppo sostenibile e quindi alle politiche territoriali. È ormai convinzione diffusa che la salute di una popolazione non dipende soltanto dal buon funzionamento di ospedali, medici, ambulatori, ma da quelli che vengono definiti i "determinanti della salute" e che sono gli effetti delle politiche urbane. Tali politiche che vanno dal tema dell'abitazione, a quello dei trasporti, del verde, del tempo libero, ecc. devono coinvolgere la popolazione in relazione alle scelte di azioni e priorità. Quindi nel progetto urbano i cittadini sono allo stesso tempo interlocutori e protagonisti

Non vi è dubbio che non ci possa essere un modello di organizzazione sanitaria esportabile per qualsiasi regione, ma nella riorganizzazione e razionalizzazione del sistema regionale bisogna tenere conto di differenti parametri che non possono essere governati dalla preoccupazione di limitare la spesa a causa della inadeguatezza delle risorse. Se è pur vero che la riorganizzazione del sistema sanitario coinvolge le Istituzioni e i soggetti responsabili della salute dei cittadini nonché dei servizi sociali, questi è necessario che dialoghino con le Istituzioni deputate al governo del territorio e con gli urbanisti responsabili della formazione dei sistemi di piani di qualsiasi livello.

Bibliografia

1. Contributi allo studio della pianificazione sanitaria territoriale. L'ospedale di Sarzana dell'architetto Giovanni Michelucci. Centro Studi «La Nuova Città», Fiesole 1980.
2. Osservatorio Italiano sulla salute Globale. Rapporto 2004 Salute e Globalizzazione. Feltrinelli, Milano 2004.
3. Magnaghi A. (a cura di) Il territorio degli abitanti. Dunod, Milano 1999.
4. OMS – UNICEF. Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria. Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria. Alma Ata, URSS, 6-12 Settembre 1978.
5. Pinzello I., Quartarone C. (a cura di) La città e i bambini. Palumbo, Palermo 2005.
6. Sclavi M. Avventure urbane. Elèuthera, Milano 2002.

Aspetti Etici e Profili Giuridici dell'Umanizzazione dell'Ospedale

Ethical and Legal Aspects of Hospital Humanization

G GRASSANI

Avvocato

Premessa L'articolo affronta il tema dell'umanizzazione dell'ospedale sulla base di una ricostruzione storica della sua istituzione e del suo sviluppo. L'ospedale è nato per iniziativa della società civile che, nelle forme giuridiche delle associazioni e delle fondazioni, ha costituito gli ospedali e li ha gestiti, con totale disinteresse personale. In particolare, si pongono in luce le funzioni proprie di questo volontariato, che ebbe a promuovere, secondo una visione cristiana, una cultura intesa a dare senso e valore alla sofferenza umana e alla vicinanza al malato, come modello di comunione e di civiltà. La successiva evoluzione dell'ospedale, che si caratterizza come struttura pubblica, dipendente dalla politica, o come impresa, dipendente dal mercato, esige un nuovo impegno della società civile, che, sulla base del principio di sussidiarietà, contribuisca, con propri progetti, a inserirsi, come l'ordinamento consente, nella programmazione sanitaria e dei servizi, per la parte e ruolo di umanizzazione che le compete. Si sottolinea, così, la necessità che la società e l'istituzione ospedaliera non siano entità separate, ma collaborino nell'ambito delle rispettive funzioni al vero bene della persona malata, unificando l'ordine dei mezzi scientifici, tecnici e assistenziali con l'ordine dei fini, il sostegno e la promozione della persona umana.

Parole Indice Soggettività della società civile. Principio di sussidiarietà. Cultura della sofferenza. Umanizzazione dell'ospedale

Background *The paper deals with the Hospitals humanization process, on the basis of historical reconstruction of its creation and development. Hospitals were born thanks to the initiative of the Civil Society which, through legal associations and foundations, has created and managed Hospitals with no self-interest at all. In particular, the paper points out the peculiar features of this Voluntary Service, which allowed the promotion, in accordance with Christian view, of a culture aimed to enhance the meaning and value of human pain and patient care, as community and civilization model. The subsequent evolution of Hospitals, either as public institutions, politics driven or as firms, business driven, requires a renewed commitment from Civil Society which, on the basis of subsidiarity principle and through own projects, may contribute to health services and planning, in accordance to Laws and its humanization role. The paper also points out the need for Civil Society and Hospitals to act not as separate institutions, but in cooperation and in accordance with their specific roles, aimed at patient benefit, through scientific, technical and support capabilities synergy, in order to support and promote human being.*

Index Terms Civil Society Subjectivity. Subsidiarity principle. Pain culture. Humanization of Hospitals

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Avv. Goffredo Grassani
Via Mangili Cesare, 3
20121 Milano (MI)
e-mail: studiograssani@libero.it

L'organizzazione sanitaria, con i servizi di ricerca, di formazione e di assistenza alla persona umana, deve essere riletta alla luce della sua storia, con particolare riferimento ai mutamenti e alle mobilità che toccano le conoscenze scientifiche, le conseguenti applicazioni tecniche, la cultura dell'assistenza sanitaria, gli ordinamenti giuridici e la diversificata sensibilità delle comunità umane rispetto alle cure.

Ma ancor prima di una sintetica analisi delle mobilità scientifiche, tecniche e culturali richiamate, occorre meglio definire la relazione ed i fini propri dell'organizzazione sanitaria.

I principi

Occorre premettere che sussiste una responsabilità di tutti per il bene comune, le cui esigenze derivano dalle condizioni sociali di ogni tempo e sono strettamente connesse al rispetto e alla promozione integrale della persona umana e dei suoi diritti fondamentali, tra questi la salute.

L'impegno per la salute, che è parte del bene comune, obbliga, pertanto, tutti i membri della società, nessuno è esente dal collaborare al suo raggiungimento e al suo sviluppo. Il bene comune esige di essere adempiuto in base ad una larga assunzione di responsabilità, non secondo visioni subordinate ai vantaggi di parte.

In particolare, l'attività sanitaria, per raggiungere il bene comune, deve attingere alle più elevate inclinazioni dell'uomo ed è perciò un bene arduo da raggiungere perché richiede la capacità e la ricerca del bene altrui come se fosse proprio.

La funzione, prima richiamata, dell'organizzazione sanitaria, come mezzo per la realizzazione del bene comune, deve essere integrata dalla considerazione che la cultura sanitaria è un bene e, come tale, soggiace al principio della destinazione universale dei beni. In relazione ai principi richiamati, risulta necessaria un'assunzione di responsabilità rispetto alla salute, della stessa società civile, che non può delegare la propria funzione all'organizzazione sanitaria pubblica o privata che sia. Conseguentemente, accanto alla società dei servizi sanitari si pone la responsabilità all'impegno della società civile e delle società intermedie, prima tra tutte la società familiare.

Come si vedrà più avanti, la separazione non voluta dai costituenti e oggi censurata dal novellato art. 118 della Costituzione, tra i molti effetti negativi, ha comportato una perdita per l'ospedale di quella cultura della sofferenza che la persona umana elabora e applica, di generazione in generazione, agli eventi dolorosi della malattia che generano – come hanno sempre generato – forti iniziative di solidarietà, che compaginano la società degli uomini, la rendono credibile e ne sostengono la speranza. Anche dalla malat-

tia nasce questa cultura di solidarietà, che umanizza la sofferenza, che non è estranea alla scienza e alla tecnica.

La specificità dell'organizzazione sanitaria, nella sua funzione di promuovere la salute della persona umana, consiste nell'uso della scienza, della didattica, della tecnologia e dei sistemi di assistenza e di accompagnamento delle persone. Questa caratteristica della medicina contemporanea – per cui si conosce oggi ciò che non si conosceva ieri; si applicano oggi tecniche innovative impensabili ieri; si applicano sistemi di assistenza preventivi – conforta il medico offrendogli crescenti gradi di certezza nel suo operare a favore della persona umana, ma è altresì fonte e genesi di atteggiamenti culturali di cui occorre prendere coscienza.

I processi scientifici e tecnologici nella loro innovatività devono tener conto della natura dell'essere umano e della sua mutua connessione in un sistema ordinato.

Occorre, cioè, che l'organizzazione sanitaria si responsabilizzi rispetto all'uomo, tenendo conto dell'unità del sistema culturale che regge lo sviluppo della persona e prendendo in considerazione non solo la relazione tra intervento sanitario ed effetto sanitario, ma tenendo conto degli effetti culturali sull'uomo; escludendo tutti gli interventi che abbiano effetti di processo negativi per la cultura della persona e del suo pieno sviluppo.

Occorre, in altri termini, prendere coscienza che l'organizzazione sanitaria e i suoi modelli devono incidere positivamente e, nello stesso tempo, sulla salute fisica e psichica del malato, ma anche nell'ambito del sistema culturale in cui la persona si colloca. Sotto questo profilo, la normativa sull'interruzione volontaria della maternità, l'accanimento terapeutico, la ricerca scientifica priva di riferimento ai valori umani, hanno dato un sicuro contributo alla disumanizzazione della cultura sanitaria.

I principi etici

Le moderne biotecnologie, che hanno una significativa incidenza sociale, economica e politica sia in sede nazionale, sia in sede internazionale, devono essere sempre valutate secondo principi etici. La programmazione dell'assistenza, della ricerca scientifica e tecnologica, va valutata nella sua relazione con i principi etici e con gli ordinamenti giuridici.

Partiamo dalla premessa, razionale, che la sanità debba dare, come tutte le discipline – ma soprattutto per la sua relazione diretta con l'uomo – un contributo adeguato al patrimonio conoscitivo delle complesse leggi che reggono la persona umana ed il suo sviluppo.

Il primo postulato di questa analisi è dato dalla stretta connessione delle attività sanitarie con la cultura globale sull'uomo; non si può, infatti, procedere con metodi scien-

tifici e tecnologici alla cura della malattia e alla promozione della salute dell'uomo senza tener conto dei modelli culturali e, prima che culturali, esistenziali dell'uomo contemporaneo. Occorre, quindi, che l'organizzazione sanitaria, nei suoi aspetti scientifici e tecnologici, proceda in primo luogo all'individuazione - non solo di ciò che rende in termini economici e finanziari all'impresa sanitaria, ma, soprattutto, delle esigenze della persona nella sua globalità - dei reali e concreti appelli che provengono dalla società dei malati, certamente la parte più debole della società generale.

Tener conto che il malato è parte e vive nella società generale, vuol dire preoccuparsi della sua condizione concreta. Ricordo che un regolamento dell'Ospedale Maggiore di Milano, ospedale fondato nel 1450 da Francesco Sforza e da Paolo Enea Piccolomini II, prevedeva che all'accoglienza di una malata con figli minori, si accompagnasse un sistema di assistenza alla famiglia, assumendo l'ospedale la cura di coloro che il malato non poteva assistere.

I limiti dell'organizzazione sanitaria

Sappiamo, però, che i mezzi strutturali della sanità sono, per la loro stessa natura, limitati; il che implica che l'organizzazione sanitaria scelga ed individui i settori e gli ambiti di intervento, la cui scala delle priorità deve porre al centro l'uomo malato e non la scelta, come purtroppo avviene, delle malattie più remunerative per l'organizzazione. Questa programmazione etica è indispensabile sia per raggiungere il bene comune, sia per far crescere i livelli etici della società in una realtà tanto significativa, quale è l'organizzazione sanitaria.

I richiamati obiettivi, compiti e responsabilità dell'organizzazione sanitaria, non potranno essere raggiunti senza la collaborazione della società generale, delle società familiari e del volontariato. Occorre, infatti, per consentire alla sanità di raggiungere i suoi obiettivi di bene comune, che l'intera società si faccia carico solidale, nei molteplici aspetti culturali, assistenziali e finanziari, del malato che non ha chi lo assista nel suo domicilio, non ha la possibilità di seguire le sue responsabilità civili, familiari ed educative durante la malattia.

La relazione tra sanità etica ed ordinamento

Le linee etiche che abbiamo individuato nello sviluppo della sanità comportano l'instaurarsi di un processo virtuoso tra modelli sanitari di ricerca e di assistenza eticamente rilevanti e l'ordinamento giuridico.

Il legislatore, che di norma tende a costruire le leggi di diritto positivo sui principi fondamentali del diritto natura-

le, guarda ai livelli etici che la società ha raggiunto al fine di porre normative capaci di essere recepite ed applicate.

Nel fare le leggi, il legislatore presta attenzione - prima che alla razionalità delle scelte cui è tenuto - allo stato della comunità in cui quelle leggi saranno operanti. Se lo stato della comunità è eticamente povero, le leggi lo saranno altrettanto. Da qui l'esigenza che l'organizzazione sanitaria, se chiede al legislatore buoni ordinamenti, attui, in primo luogo, una prassi di rilevanza etica.

Il ruolo della società civile

Ciò implica il reale coinvolgimento della stessa società civile, che deve assumere una specifica responsabilità nella promozione e sviluppo della cultura sanitaria e, come è avvenuto dal primo al diciannovesimo secolo, una capacità di costituire, guidare e gestire enti a rilevanza sanitaria. Tutta la storia europea delle istituzioni deve essere riletta a tale scopo.

Riconoscono, infatti, gli studiosi di storia della Medicina che si deve al Cristianesimo se ci si preoccupò di alleviare, con l'opera personale e con opportuni sussidi, le necessità dei fratelli. Si provvide sin dai tempi più antichi (cfr. Tert. Apol. XXXIX, 1) a bisogni eccezionali, durante persecuzioni, guerre, epidemie; si offrì assistenza alle vedove, agli orfani, agli ammalati, ai prigionieri e si esercitò l'ospitalità, mediante l'istituzione di una cassa comune (*arcae genus*). A Roma possiamo ricordare Fabiola, che fu la prima a fondare un ospedale; Novato e Timoteo, fondatori di un ospedale per pellegrini tra il Vicinale e l'Esquilino, e Galla Placidia, moglie di Teodosio il Grande, che istituì un ospedale a Santa Maria in Portico.

Non meno significativo il fatto che nelle diocesi suburbicarie dipendenti da Roma, verso la metà del secolo V, si dispose che un quarto dei redditi dovesse esser destinato ai poveri. In un secondo tempo, il monachesimo diede impulso alla costituzione di ospedali, da costruirsi sulle grandi vie dei pellegrinaggi, affidandoli a responsabili cui si richiedeva "fede, competenza e sollecitudine" (Regola di San Benedetto).

Nei secoli XII e XIII il volontariato riceve nuovo impulso grazie a una meravigliosa fioritura di confraternite, sodalizi di laici, che costituirono una serie di ospedali e di istituzioni di beneficenza, in un impegno vasto e profondo di attività assistenziali.

Giova ricordare il giudizio che Lutero dava nel 1515 degli ospedali in Firenze: "molto ben provveduti, di bella costruzione, dove si mangia e beve bene, dove sono infermieri diligenti e medici dotti, dove i letti e i vestiti sono pulitissimi e gli ambienti bellamente dipinti".

Anche la Riforma cattolica promosse una serie di istituzioni di beneficenza con i nuovi ordini dei Teatini, Bar-

nabiti, Gesuiti, Somaschi e degli Ospedalieri di San Camillo de' Lellis, delle Figlie della Carità di San Vincenzo di Paola e delle Compagnie del Divino Amore.

Nella seconda metà del '700, sotto l'influsso dell'Illuminismo, le teorie filantropiche sostennero il primato della ragione sulla forza della carità e affermarono il diritto dell'individuo all'assistenza, cui doveva corrispondere da parte dello Stato il dovere di prestare assistenza. Così, nel 1790, l'Assemblea Nazionale francese prevede l'assistenza a domicilio, la prevenzione, facendo massa comune di tutti i fondi di beneficenza, con personale statale preposto alla loro direzione e con l'abolizione di tutti gli interventi privati.

Per l'Italia si può fermare l'attenzione sulle due leggi organiche del 3 agosto 1862, n. 753, riguardo all'amministrazione delle opere pie, e del 7 luglio 1890, sulle istituzioni pubbliche di beneficenza. Si può dire che la prima delle leggi citate conserva maggiore autonomia agli enti e rispetta fundamentalmente la volontà dei fondatori. Nella seconda sono, invece, accresciuti i controlli e si accentua l'ingerenza dello Stato in relazione alla disciplina giuridica, al coordinamento e alla trasformazione delle istituzioni.

Con la Costituzione Italiana, che segna il passaggio ad uno stato di democrazia partecipata, la tutela della salute diviene un bene fondamentale ed un diritto dell'individuo, nonché un interesse della comunità.

LE ISTITUZIONI PUBBLICHE

La Costituzione Italiana

Con la Costituzione Italiana che ha definito il nuovo assetto dello Stato, viene stabilito il nuovo principio della tutela della salute intesa come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e il correlativo principio secondo cui nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e, infine, che la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti a rispetto della persona umana.

Se analizziamo questa norma costituzionale, riportata all'art. 32, noteremo che vi è in primo luogo una enfaticizzazione del cosiddetto diritto alla salute, definito come fondamentale, qualifica che non si riscontra in nessun'altra prescrizione costituzionale. La novità, almeno a nostro giudizio, è che detta attribuzione di fundamentalità al diritto suggerisce un ordine dei diritti, anche di quelli di natura costituzionale, secondo il quale al vertice dovrebbe collocarsi quello della salute.

Primo corollario di tale riflessione è che tutti gli altri diritti, sia pure importanti, debbano essere sott'ordinati a quello della salute. Personificando il concetto di salute e ponendo al posto di salute l'espressione uomo, o uomo so-

ferente, dobbiamo affermare che è questi il centro e, se si preferisce, il vertice della graduatoria dei diritti, privati o pubblici che siano, all'interno dell'ordinamento.

Vediamo le conseguenze sul piano giuridico e sul piano sociale.

Dobbiamo constatare che questa fondamentale costruzione costituzionale, così come noi l'interpretiamo, non è stata né intuita, né vissuta nella legislazione ordinaria, né nell'esperienza quotidiana. Infatti, sulla base di detta costruzione costituzionale, occorrerebbe sott'ordinare l'intero gruppo di diritti a quello fondamentale dell'uomo sofferente.

La successiva legge ospedaliera del 1968, 12 febbraio, n. 132, innovava profondamente, trasformando quelle opere di volontariato, che avevano generato le istituzioni pubbliche di beneficenza, in Enti pubblici.

Il passaggio che qui si vuol sottolineare è quello del mutamento della responsabilità di governo degli enti, nel secolo ventesimo, che passa alle parti politiche, con estromissione – fatta salva la tutela degli interessi originari – di quel volontariato che aveva sino ad allora creato con le proprie fatiche o portato avanti le opere di cura e di assistenza.

Non si può non sottolineare che l'estromissione dalle strutture pubbliche sanitarie delle forze di volontariato, che pur con i loro limiti storici portavano avanti reali modelli di disinteresse, ha contribuito non poco alla situazione di incompletezza del mondo ospedaliero italiano.

È, quindi, significativo che la Riforma Sanitaria approvata con legge 23 dicembre 1978, n. 833, abbia riconosciuto il valore del volontariato, chiamandolo a concorrere, in congiunzione con la struttura pubblica, alla realizzazione dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

A questa fase segue – alla fine del 1990 – un lungo processo, che vede lo Stato aprirsi alle iniziative private che vengono riconosciute come entità attive per l'Amministrazione Pubblica e, come tali, accreditate.

Questa nuova cultura dello Stato, che riconosce la soggettività della società civile e si apre alla sua progettualità prende il nome di principio di sussidiarietà. Questo principio, che corresponsabilizza l'intera società civile rispetto alla cura del malato e alla cultura della sofferenza, deve essere valorizzato per ridare alla comunità il suo ruolo fondamentale di prendersi cura della persona.

Non mi sembra sussista altra via per affrontare – con adeguati strumenti – l'umanizzazione degli ospedali.

L'umanizzazione dell'ospedale passa da una forte presa di coscienza delle famiglie e delle associazioni

Il principio di sussidiarietà – quale fondamento dell'umanizzazione degli ospedali – e la sua relazione con la soggettività della persona, della famiglia (art. 29 Cost. It.), del-

le associazioni familiari (art. 18 Cost. It.) e delle formazioni sociali (art. 2 Cost. It.) - viene esaminato alla luce della Dottrina Sociale della Chiesa, dell'ordinamento giuridico comunitario e dell'ordinamento giuridico italiano, che rappresentano non solo i luoghi di elaborazione e applicazione del principio, ma anche, nell'ordine temporale, i luoghi della sua individuazione.

Il principio viene statuito, infatti, prima dalla Dottrina sociale della Chiesa, poi dall'ordinamento comunitario, infine dall'ordinamento giuridico italiano.

La presente analisi si propone di verificare la natura del principio di sussidiarietà, la sua rilevanza rivoluzionaria, culturale e giuridica - nella relazione tra società civile e ospedale quale istituzione - le applicazioni del principio nelle esperienze giuridiche in atto e le soluzioni da proporsi per rendere efficace il concorso, a fini di interesse generale, della società civile e della struttura istituzionale pubblica nell'elaborazione di progetti e programmi a tutela del malato.

La tripartizione della struttura societaria

È opportuno, per la stessa intelligibilità del principio di sussidiarietà, definire le realtà sociali che ne sono coinvolte, destinatarie dell'obbligo di rispettare il principio e del dovere di farlo valere.

Titolari di una potestà correlativa sono la società delle istituzioni, che ricomprende l'intera galassia dei soggetti pubblici (Stato, Regioni, Province, Comuni e enti pubblici non territoriali); la società delle formazioni sociali, che include le associazioni e le fondazioni, le imprese sociali, alla quale partecipano tutti i soggetti che svolgono un ruolo, riconosciuto dalla Costituzione, di servizio alla persona; la società generale, che ricomprende i soggetti pubblici e i privati, legati dal patto di convivenza e di garanzia costituito dall'ordinamento giuridico di diritto positivo e di diritto naturale.

Queste tre realtà hanno tre distinte soggettività, fondate su processi culturali e giuridici profondamente diversi.

La società delle istituzioni, cui partecipa l'ospedale, è fondata ed opera sulla base di rigide norme giuridiche; la società delle formazioni sociali e dell'associazionismo è, invece, fondata sul principio delle autonomie, che consente ai soggetti di autodeterminarsi, nel rispetto dell'ordinamento, per realizzare i fini generali d'interesse sanitario e che permette di operare una scelta autonoma in ordine ai modi, tempi, valori e mezzi per la realizzazione dei fini prescelti.

La società generale non appare connotata da specifici compiti ma, nell'ambito del proprio statuto di libertà, è tenuta alla osservanza dell'ordinamento giuridico.

In questo contesto si pone la nostra riflessione sul principio di sussidiarietà e sui suoi fondamenti teoretici e giuridici delle indicate tre soggettività rispetto alla tutela della salute.

La Dottrina Sociale nella sua storia

La Dottrina Sociale della Chiesa è stata il punto di riferimento culturale, ancorché implicito delle norme di diritto comunitario e dei principi di sussidiarietà inseriti nell'art. 118 della Costituzione Italiana, cui occorre attingere per una lettura ed interpretazione delle norme giuridiche, tenendo conto che si è in presenza di un insegnamento che nasce da una visione globale dell'uomo e dell'umanità ad un livello non solo teorico, ma ordinamentale. La Dottrina richiamata enuncia il principio di sussidiarietà che lo Stato deve applicare nei rapporti con la società civile, partendo dalla premessa che è impossibile promuovere la dignità della persona se non prendendosene cura. In questo ambito, proprio della società civile, si realizza in forma originaria la "soggettività creativa del cittadino" (Giovanni Paolo II, *Sollicitudo rei socialis*, 15).

"Ne consegue che è illecito - termine chiave nel quale torneremo nell'analisi giuridica tra funzioni della società e funzioni dello Stato - togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le forze e l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere ad una maggiore e più alta società quello che dalle minori e inferiori comunità si può fare. Ed è questo insieme un grave danno e uno sconvolgimento del retto ordine della società, poiché l'oggetto naturale di qualsiasi intervento della società stessa è quella di aiutare, in maniera suppletiva, le membra del corpo sociale, non già di distruggerle e assorbirle (Pio XI, *Quadragesimo anno*, 1931, 23; Giovanni Paolo II, *Centesimus anno*, 48, 1991).

Alla sussidiarietà si collegano due concorrenti direttive ordinamentali: la prima, che dispone i comportamenti consequenziali dovuti; la seconda, che definisce i comportamenti non consentiti.

La prima, attiene alle società di ordine superiore, che devono porsi in atteggiamento di aiuto (*subsidium*), quindi di sostegno e di sviluppo rispetto a quelle minori. In tal modo i corpi sociali intermedi possono adeguatamente svolgere le funzioni che loro competono senza doverle cedere ingiustamente ad altre aggregazioni sociali, dalle quali finirebbero per essere assorbiti e sostituiti e per vedersi negata, alla fine, dignità propria e spazio vitale. La seconda direttiva, contiene una implicazione in negativo, che impone allo Stato di astenersi da quanto restringerebbe, di fatto, lo spazio vitale delle cellule minori ed essenziali alla società.

L'ORDINAMENTO GIURIDICO E IL RECEPIMENTO DEL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ

La sussidiarietà fattore di flessibilità dell'ordinamento e parametro di legalità

La sussidiarietà, colta nella sua dimensione statica, è criterio ispiratore della distribuzione legale di competenze fra Istituzioni; accanto alla dimensione statica è, tuttavia, attiva una vocazione dinamica della sussidiarietà, che consente ad essa di operare non più come ratio ispiratrice e fondamento di un ordine di attribuzioni stabilite e predefinite, bensì come fattore di flessibilità di quell'ordine in vista del soddisfacimento di esigenze unitarie.

L'applicazione della sussidiarietà può dunque importare un'espansione, ma anche un restringimento della sfera di competenze positivamente stabilite. La sussidiarietà asurge, inoltre, a parametro di legalità dell'azione.

In base ai principi, elaborati in sede comunitaria, il funzionamento del principio di sussidiarietà condiziona, infatti, il legittimo esercizio della competenza. Per aspirare a superare il vaglio della legittimità, l'intervento dell'istituzione maggiore dovrà positivamente affrontare il test della ragionevolezza che importa la dimostrazione della sussistenza di due presupposti; la maggiore e migliore efficacia e, pertanto, la preferibilità di quella azione rispetto all'intervento dell'istituzione minore; l'inadeguatezza rispetto allo scopo da raggiungere dei mezzi a disposizione dell'istituzione minore.

La sussidiarietà opera, dunque, non come aprioristico criterio di riparto delle competenze, ma come metodo per l'allocatione di funzioni a livello più adeguato, in tal modo congiungendosi al criterio di ragionevolezza.

La relazione tra ordinamento giuridico italiano e società, secondo il principio di sussidiarietà

La Costituzione Italiana tutela la salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività (art. 32). Detta norma costituzionale, così come quelle sopra richiamate (artt. 29, 18 e 2 Cost. It.) vanno ora interpretate alla luce del novellato art. 118 Cost., che impone allo Stato, alle Regioni - che sono anche soggetti legiferanti - alle Province e ai Comuni di privilegiare i progetti che realizzino fini di interesse generale provenienti dalle persone, dalle associazioni e, a maggior ragione, dalla famiglia come società naturale.

Il cammino giuridico del principio di sussidiarietà si fa più preciso, riconoscendosi alla persona e alle associazioni di famiglie la capacità e la legittimazione ad individuare i fini generali da perseguire.

Si tratta di una reale evoluzione giuridica di tale rilevanza da modificare in futuro l'ordinamento giuridico. Lo

Stato non è più il solo soggetto preposto ad indicare e stabilire quali siano i fini generali da perseguire; accanto ad esso, titolare di analoga competenza è, in primo luogo, la società generale e, nell'ambito di questa, la famiglia, società naturale portatrice di una sua specifica cultura, che esercita il proprio diritto inviolabile ad indicare i fini generali che la società e le istituzioni devono perseguire.

Il diritto torna così a trovare il proprio fondamento nella persona e nei modelli personalistici in cui si incarna il suo sviluppo.

Dalle norme ricordate, lette anche alla luce dell'art. 118 della Costituzione - che stabilisce il diritto di libertà associativa - consegue che, per la famiglia, il principio di sussidiarietà si presenta come un diritto inviolabile ad elaborare, nel rispetto dell'ordinamento, le norme e i principi che devono reggere l'umanizzazione dell'ospedale, con conseguente limitazione delle corrispondenti potestà pubbliche o istituzionali.

Progetto, non utopia

Il Consiglio di Stato, nell'adunanza del 1 luglio 2002, sezione consultiva per gli atti normativi, ha stabilito, in relazione all'art. 118 della Costituzione, i seguenti principi:

“II.3 – Sul descritto impianto legislativo di stampo privatistico si inserisce, fornendo rilevanti elementi interpretativi, l'articolo 118, ultimo comma, della Costituzione, nel testo novellato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha introdotto nel nostro ordinamento il cd. principio di “sussidiarietà orizzontale” affermando che “Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà”.

“II.3.1 – Come è stato affermato da autorevole dottrina pubblicistica, tale principio costituisce “il criterio propulsivo in coerenza al quale deve da ora svilupparsi, nell'ambito della società civile, il rapporto tra pubblico e privato anche nella realizzazione delle finalità di carattere collettivo”.

Ciò trova riscontro in una visione – già delineata dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale a partire dalla nota sentenza del 7 aprile 1988, n. 396, sulle IPAB – secondo cui lo Stato e ogni altra Autorità pubblica proteggono e realizzano lo sviluppo della società civile partendo dal basso, dal rispetto e dalla valorizzazione delle energie individuali, dal modo in cui coloro che ne fanno parte liberamente interpretano i bisogni collettivi emergenti dal “sociale” e si impegnano direttamente per la realizzazione di quelle che, sulla base di tale parametro, sono avvertite come utilità collettive, come esigenze proprie della comunità di cui fanno parte.

Sotto un altro profilo, si dà attuazione ad un principio economico anch'esso strettamente legato a tali premesse ideologiche, nel senso che appare meno necessario impiegare risorse pubbliche là dove operano, o sono in grado di operare, i privati, mediante il ricorso a forme di autofinanziamento e/o incremento delle risorse che provengono dall'apporto disinteressato dei singoli".

"II.3.2 – Il riconoscimento della portata innovativa della nuova norma costituzionale dispiega significative conseguenze anche con riferimento al Titolo I della Costituzione e, in particolare, alle norme di ordine sostanziale che disciplinano le garanzie dei cittadini – singoli e associati – nei confronti dei pubblici poteri.

Ciò muta la stessa nozione di autonomia privata, nel senso che il suo riconoscimento assume portata prioritaria non solo quando essa è orientata alla realizzazione dei bisogni individuali (art. 41 Cost.), ma anche quando persegue utilità generali, configurando spazi autonomi di tutela per "attività strumentali" mediante le quali si persegue la realizzazione delle "utilità generali", così da far assumere una posizione prioritaria al privato rispetto al pubblico anche in settori sinora riservati alla competenza esclusiva degli apparati amministrativi.

Il principio della sussidiarietà orizzontale introdotto dall'ultimo comma dell'articolo 118 Cost. produce implicazioni non meno rilevanti in tema di formazioni sociali, consentendo una lettura evolutiva dell'articolo 18 Cost. che vada oltre la letterale protezione, nei limiti del lecito, dei "fini" perseguiti dalle formazioni sociali e che consenta di sottolineare quel "valore aggiunto" che, rispetto ai singoli, esse sono in grado di produrre mediante il potenziamento e la previsione di organizzazioni articolate e complesse, capaci di avvalersi dell'apporto diretto e/o indiretto degli associati o di terzi, per l'affermazione dei valori collettivi di cui si fanno portatrici".

Detti principi sono stati riconfermati e ribaditi dallo stesso Consiglio di Stato nell'adunanza del 26 agosto 2002.

L'autorità per i servizi alla persona e al malato

Sulla base dei principi fin qui richiamati, risulta necessaria una collaborazione istituzionale tra associazionismo che persegue fini di tutela della persona, Stato e Regioni, non solo a livello normativo, ma anche amministrativo per la gestione dei servizi al malato.

La nostra proposta è l'istituzione di un'Autorità indipendente, la quale, diversamente da quelle attualmente esistenti (che sono mere autorità di garanzia e di controllo), abbia caratteristiche tali da condurre l'associazionismo qualificato - in base al principio di sussidiarietà e nelle forme rappresentative riconosciute - al co-governo (unitamente allo Stato, alle Regioni, alle Province e ai Comuni) dei servizi pubblici destinati alla persona malata.

L'evoluzione normativa, il lungo processo di privatizzazione dei servizi pubblici e, in particolare, la legge quadro sui servizi assistenziali, già consentono la partecipazione dell'associazionismo alla determinazione dei servizi necessari alla persona.

IL FONDAMENTO STORICO DELLA RELAZIONE TRA SOCIETÀ E OSPEDALE E LA SUA EVOLUZIONE

La legge di riforma degli Enti Ospedalieri del 12 febbraio 1968 n. 132

Allorché il legislatore italiano ha voluto realizzare i principi dell'ordinamento costituzionale nell'ambito della struttura ospedaliera, è partito dalla premessa – certamente corretta – che occorreva creare una rete di istituzioni destinate a rispondere al diritto del cittadino alla salute.

Per raggiungere un risultato valido, ben articolato e programmato, il legislatore italiano ha pensato di trasformare gli enti, dai quali dipendevano gli stabilimenti ospedalieri, in enti pubblici ospedalieri.

Qual'è il dato significativo; la novità del passaggio?

A nostro giudizio la novità essenziale sta in questo: che la nuova struttura pubblica, cioè l'ente pubblico ospedaliero, dei tre elementi propri degli enti di governo delle strutture ospedaliere, caratterizzate da un gruppo di fondatori che lo costituisce, da un gruppo di governo che nasce dal gruppo dei fondatori e dalla mancanza di interessi personali del gruppo di governo, rimane ben poco, anzi nulla.

L'ospedale che faceva parte viva della comunità, viene confinato in una struttura, necessaria di per sé, che esercita funzioni scientifiche, didattiche ed assistenziali, senza una relazione umanizzante con la società in cui vive ed opera.

La perdita di una cultura della sofferenza

In una prospettiva storica che legge l'ospedale nella sua genesi, si è verificata la perdita della cultura originaria degli Ordini Religiosi fondatori dell'Ospedale, secondo cui il dolore dell'uomo e la sofferenza costituiscono un valore reale ed hanno un significato salvifico. Appare, quindi, comprensibile come solo chi accetta il mistero della sofferenza cerchi, poi, di vivere al livello della fede e dell'esperienza, un rapporto autentico, di arricchimento personale, di sviluppo interiore, di maturazione, che nasce dall'incontro con l'uomo sofferente.

Questo rapporto consente una forte presa di coscienza della verità dell'uomo, opera una liberazione della persona dai propri limiti attuali; accresce, in una parola, la presa di coscienza della fecondità della sofferenza, come di un fiume di cui non si conoscono le sorgenti, ma se ne constata visivamente la ricchezza delle acque fluenti verso la foce.

Le caratteristiche dell'organizzazione sanitaria

In tale contesto, la gratificazione di colui che è conscio di essere portatore di questa cultura, consente il superamento dei molteplici pesi e delle molteplici pene che la sofferenza comporta. Essere vicino al sofferente vuol dire necessariamente portare su di sé, accettandola o respingendola, una penosità che va tanto al di là del servizio che si rende.

Questa cultura della sofferenza, che trasforma in “bene”, ciò che è “male”, è propria ed unica del cristiano. Il rientro nel mondo della sanità di questa cultura è indispensabile per umanizzare l'ospedale.

Per ottenere questo risultato occorre riannodare i fili della relazione tra società civile e ospedale, ridando a tut-

ta la Comunità il suo ruolo di promuovere la salute e tutelare l'uomo ammalato nel contesto di una diversificata, ma comune, responsabilità.

Dal dato dell'esperienza della sanità attuale emerge la sostituzione della relazione medico-malato, con un sistema sanitario che non rende percepibile al malato la relazione interpersonale e lo priva della fondamentale condizione di persona, come soggetto “in relazione”.

Il che implica una riflessione sul come l'organizzazione debba rispondere al sostegno del malato, che esige una relazione personalizzata; un essere al centro della vicenda umana, in uno stato di sofferenza, che il personale sanitario deve percepire e vivere come momento alto della solidarietà umana.

L'Ospedale Come Rete di Relazioni da Persona a Persona

The Hospital as a Network of Relationships among People

C LAZZARI

Medico e psicologo del lavoro e delle organizzazioni

Premessa L'articolo si focalizza principalmente sugli aspetti organizzativi degli ospedali, principalmente sull'etica delle relazioni sociali tra clienti interni e clienti esterni dell'ospedale. L'ospedale è visto come un network di persone interdipendenti che lavorano assieme per assicurare il benessere fisico, psichico e spirituale dei clienti e pazienti. Ad ogni modo, al fine di essere efficiente nel suo obiettivo, l'ospedale deve favorire un processo di relazioni etiche tra tutti gli attori della "scena": medici con i pazienti, infermieri con i pazienti, i managers con i medici, ecc. Al fine di trasformare tutte le relazioni in relazioni etiche, ciascuna persona del network sociale dell'ospedale, dovrebbe sviluppare un interesse genuino nel rispetto e nella cura del cliente, paziente, collega, manager, dipendente, ecc. Senza tale prospettiva allargata di azioni di sostegno reciproco, l'etica dell'ospedale sarebbe a rischio assieme al raggiungimento dei suoi obiettivi.

Parole Indice Etica. Organizzazioni. Ospedale. Cliente interno. Cliente esterno

Background This article mainly focuses on the organizational aspects of hospitals, mainly on ethics of social relations between internal and external clients of hospitals. The hospital is seen as a network of mutually dependent people who work together in order to assure the physical, psychological and spiritual well-being of clients and patients. However, in order to be effective in its goals, the hospital needs to foster a process of ethical relations between all the actors of the "scene": doctors with patients, nurses with patients, managers with doctors, and so forth. Therefore, in order to transform all relations in ethical relations, each person of the hospital social network, should develop a true interest in the respect and care of the client, patient, colleague, manager, dependent, employee, etc. Without this enlarged perspective of mutually supporting actions, the ethics of the hospital would be greatly at risk together with the attainment of its goals.

Index Terms Ethics. Organizations. Hospital. Internal client. External client

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dr. Carlo Lazzari
Via Raiale 112
65128 Pescara

L'etica ospedaliera come umanizzazione delle relazioni

Nell'ambito delle organizzazioni del lavoro, quella ospedaliera rappresenta un luogo ove, più che altrove, la relazione che si instaura tra addetti alla salute e gli utenti è fondamentale per permettere un migliore servizio e l'instaurarsi di uno stato di salute fisico ma anche psichico nell'utente. In questo articolo useremo in modo interscambiabile i termini di "utente" che riporta alla rappresentazione comune di fruitore di un servizio, per lo più pubblico, con quello più attuale di "cliente", di derivazione dall'anglosassone *client*. Questo termine presuppone che la persona che entra in ospedale si attende di ricevere, per un proprio diritto di cittadino, una serie di relazioni, servizi, e "trattamenti" che di solito si attende qualunque altro "cliente" di un'organizzazione o servizio privato. Per dirla in altri termini, se l'utente va semplicemente "servito" il cliente va "soddisfatto". Questo, cambia radicalmente la prospettiva della relazione etica con l'utente dell'organizzazione ospedaliera che, trattato quale fruitore privilegiato, diventa lo scopo ultimo della mission aziendale. Secondo tale prospettiva, l'azienda fondata sul tale modello, di solito desidera generare nel proprio cliente-utente il massimo benessere psichico e fisico al fine di aumentarne la piena "soddisfazione". Tutto ciò s'inserisce in una sorta di movimento umanizzante delle relazioni che le organizzazioni hanno con i propri fruitori esterni (gli utenti ospedalieri) ma anche interni (tutti i dipendenti dell'azienda ospedaliera stessa). A ciò possiamo aggiungere che la *client satisfaction*, ossia la "soddisfazione del cliente", può diventare la mission aziendale per eccellenza e il traguardo etico oltre che aziendale cui oggi puntano tutte le organizzazioni che mirano al benessere dell'uomo nella sua intierezza psichica, fisica e spirituale (Lazzari, 2000).

Tornando agli ospedali umanizzati, chiunque vive e agisce all'interno delle loro mura diventa "cliente", ossia soggetto di cui l'azienda desidera il maggior benessere o il minor malessere (Spaltro, 1993a), trattandosi di utente, paziente, familiari dei pazienti, dipendenti, medici, infermieri, cappellani, ecc. In questo modo "cliente" è ciascun soggetto che rientra nella intricata ma dinamica rete di relazioni aziendali fino ad includere i clienti indiretti quali che sono tutti quelli che per ragione del loro stato o professione lavorano con o per l'ospedale: informatori scientifici, familiari dei pazienti, organizzazioni di volontariato, ecc. (Spaltro, 1993). Per tale ragione l'etica ospedaliera diventa anche etica delle relazioni ospedaliere e la fortificazione di questa sorge e si genera attraverso la formazione di "buone e belle relazioni" tra tutti gli attori della vita dell'Azienda (Lazzari, 2004). Ma proprio perché l'azienda etica si rivolge all'uomo nella sua intierezza, l'etica della relazione diventa lo strumento primario attraverso cui l'ospedale rende efficaci i propri interventi medico-chirurgici.

Questo è ad asserire che senza l'etica delle relazioni anche gli interventi medico-chirurgici s'indeboliscono e perdono della loro efficacia e credibilità. Ragionando ancor più su questo, si può anche asserire che il benessere fisico, la salute e la guarigione, diventano possibili solo all'interno di una relazione di un certo tipo tra azienda e utente, e tale relazione ha in sé le caratteristiche di relazione etica. A questa cercheremo di dare un certo tipo di fisionomia nel corso delle prossime righe (Lazzari, 2004).

I "pazienti – clienti"

Quando si parla di relazioni aziendali, si tende anche a sottolineare che i "gruppi principali" di persone che operano all'interno di esse (e quindi anche all'interno della organizzazione ospedaliera) sono principalmente due: a) il cliente esterno o utente vero e proprio; b) il cliente interno, rappresentato dai dipendenti dell'ospedale e da chiunque altro presti la propria opera, professione o servizio a favore dell'ospedale (Lazzari, 2004). Questi due gruppi poi tendono ad allargarsi in cerchi concentrici, perciò il cliente esterno, può essere anche la famiglia del paziente, gli amici, il proprio medico curante e chiunque altro si rivolga all'ospedale per utilizzare i servizi erogati. Così la persona che si rivolge ad un *call center* per chiedere informazioni sugli orari di ambulatorio o fissare un appuntamento per telefono è a pieno titolo "cliente" e quindi portatore degli stessi diritti e richieste del paziente ricoverato. Ai fini dell'etica aziendale ciò significa che in quanto cliente, occorrerà utilizzare verso l'utente del telefono, che chiede un appuntamento, la stessa cura, e quindi la stessa relazione etica e attenzione che si profonde per il paziente allettato, malato, molto malato, o non ancora essere in quanto tale, giacché non ancora nato. Stessa intensità di relazioni etiche, e quindi stessa attitudine morale, dovrà mostrare l'azienda ospedaliera per i propri "clienti interni": medici, infermieri, ausiliari, tecnici, ecc. In realtà, a ben vedere, chiunque diventa "cliente" dell'ospedale e chiunque desidera, a mente propria, (in quanto persona portatrice dei propri diritti umani) ricevere dall'ospedale quel minimo riguardo che la fa sentire "cliente soddisfatto", soprattutto sul lato del rispetto umano e del trattamento equo. Ma le relazioni tra clienti sono così delicate che basta che un utente solo mostri del risentimento o nutra la percezione di non aver ricevuto un trattamento "equo", perché nascano in lui desideri di ritorsione verso l'azienda che si è dimostrata non attenta al suo malessere. La dinamica delle relazioni etiche ospedaliere è pure tale che è proprio quando un'azienda si presenta come "modello" che si alzano anche "le aspettative dei propri utenti". E questo fenomeno è noto a tutti quando gli utenti confondo il modo di fare dell'intero ospedale con il modo di fare di un operatore sani-

tario che si è mostrato poco cortese nei loro confronti. Nell'immaginario del cliente esterno od utente, *chiunque lavora per l'ospedale lo rappresenta*. Così se l'impiegato dell'ingresso si mostra poco cortese o sbrigativo, l'utente che gli ha chiesto un'informazione interpreta questo atteggiamento come un modo di fare di "tutto l'ospedale". E se è il medico a comportarsi in modo poco morale e con fare affaristico, per l'utente questo è un dato certo che l'ospedale la pensa allo stesso modo. Una volta che l'incomprensione reciproca è nata, è proprio perché le relazioni clientelari in seno alle organizzazioni sono così interconnesse, che diventa arduo riportare la relazione tra utente e ospedale allo "stato di non allerta". Occorrono lettere di scuse, richiami disciplinari, dietro front e una serie di azioni che servono tutte a rigenerare nell'utente insoddisfatto un livello ancora accettabile di fiducia nei confronti dell'ospedale.

Rapportarsi al malato come persona

Rispondere in maniera etica all'utente significa sempre porsi in una condizione di ascolto. Quanto più l'operatore sanitario è in grado di porsi in una posizione di attenzione ai bisogni dell'utente, tanto più quest'ultimo è in grado di esplicitare ciò che desidera. Sebbene questo sia in apparenza semplice, poche volte esistono premesse perché ciò avvenga. Alcuni ospedali rimangono sempre nella posizione di "dispensatori di azioni medico-chirurgiche" e l'utente resta il corpo malato cui tali azioni sono indirizzate. Pochi medici diventano profondi e desiderosi di discorrere dopo un frettoloso "Come va oggi?". E così anche gli utenti si disabitano ad aprirsi ai medici o agli infermieri sui loro desideri, angosce, paure, che buona parte hanno sull'evoluzione della malattia e sui propri equilibri psichici e fisici. Per rompere con delle relazioni ossificate, l'etica ospedaliera si propone in modo coraggioso di andare di là di relazioni stereotipe. I medici e gli infermieri comprendono che se non viene ascoltata tutta la persona psichica-fisica-spirituale, poco o nessun effetto avranno le terapie medico-chirurgiche. Allo stesso modo, l'utente che entra in un'azienda etica apprende, a poco a poco, a leggere in sé stesso perché comprende che esistono persone che vogliono e "sanno" ascoltarlo. La comunicazione diventa allora il volano per far fluire in modo bilaterale azioni di benessere tra operatori sanitari e clienti. E, a mano a mano che la relazione si approfondisce nell'ospedale etico, si salgono i gradini dell'evoluzione del benessere del singolo uomo: dal benessere fisico si mira al benessere psichico, e da quest'ultimo si punta infine al benessere spirituale. Oramai in molti ospedali anglosassoni ed europei il counselling psicospirituale sta diventando il modo con cui ogni operatore sanitario, medico, in-

fermiere si avvicina al proprio utente tenendo conto della totalità della sua persona. Tutto nasce dall'aver accettato il punto di vista che sia che si tratti di *palliative care* sia che si operi in un semplice ambulatorio, l'uomo-malato, non è solo un essere portatore di una richiesta di tipo fisico (il male che deve essere curato) ma anche di tipo psichico (la paura di non farcela, il vissuto del vuoto e il timore del nulla) e spirituale (la percezione di sé che prescinde dallo status del proprio corpo biologico per accedere ad una identità transpersonale e ultraterrena). Così l'azienda etica, attraverso un'abile triangolazione, sostiene e rinforza i tre poli del benessere in maniera equipollente, sapendo che ogni polo usufruisce del benessere di quelli attigui: non si ha benessere fisico che non derivi da un miglioramento del malessere psichico, e non si ottiene una guarigione sostanziale se non viene attesa anche la parte spirituale e psichica dell'uomo malato.

Il medico e l'infermiere come "clienti" dell'azienda

Nell'azienda etica avviene un avvicinamento dei ruoli clientelari. Così anche il medico, l'infermiere, l'ausiliare, ecc., sono portatori di un loro desiderio nei confronti dell'*establishment* aziendale: essere trattati come persone e diventare fruitori di azioni morali da parte del management organizzativo. Talché la ruota dentata dell'etica aziendale vede un ingranaggio molto stretto tra benessere del cliente interno (medici, infermieri e altri operatori sanitari) e il benessere del cliente esterno (pazienti, utenti, familiari, ecc.). La cinta di trasmissione del benessere è talmente stretta che basta che nel cliente interno si generi la percezione di trattamento iniquo da parte degli organismi manageriali, perché si generi un flusso negativo verso il basso, sino ad incontrare l'indifeso paziente di tale operatore sanitario. Ma è anche vero che la promozione di etica aziendale richiede un impegno morale e umano degli operatori sanitari quali primi attori. La presenza fisica di medici che passano il loro tempo in laboratori nascosti impegnati in videogiochi mentre si affollano le loro sale d'attesa, sono consuetudini sulle quali l'azienda promotrice di relazioni etiche non può transigere. Infatti, se il medico è disinteressato o arrabbiato con l'azienda e il conflitto non viene risolto, il costo umano è alto, troppo alto, e l'azienda etica deve subito porvi riparo. A rischio la vita e la salute degli utenti, inclusi bambini, anziani, persone povere e sole. L'azienda malata mostra segni tangibili di tale malessere, dalle relazioni scontrose e scortesie degli operatori sanitari verso gli utenti, alle lunghe liste d'attesa per diagnosi salva vita, a sentimenti di ingiustizia e abbandono nei malati, alcuni dei quali in fin di vita. Qui non è più recuperabile l'umanità, e il gioco crudele che vige nelle corsie mira solo a fornire il minimo indispensabile con minor fa-

tica per chi eroga il servizio, e con costanti tentativi di farla franca a ogni controllo o direzione di miglìoria del servizio. Sono gli ospedali fantasma, una sorta di velieri alla deriva in un mare dai contorni sfumati. Qui non si può parlare di etica aziendale, ma semplicemente di “isole raminghe” dove vige una propria logica interna, dove ognuno si dà le proprie regole, e dove c'è una barca di persone che remano in modo scomposto od opposto.

Il valore pratico dell'etica aziendale

Se l'azienda non promuove relazioni etiche ed estetiche, belle e buone, allora c'è una sofferenza sul lato “dell'efficienza, efficacia ed economicità” (classicamente definite le tre “E” dell'eccellenza). Un trionfo da tempo al centro del cruccio di molti dirigenti aziendali, ma che proprio nell'azienda etica, hanno modo di mostrare tutta la loro importanza sul lato della gestione economica ed umana dell'organizzazione sanitaria. Ricordiamo ancora l'interconnessione dei vari servizi ospedalieri, e delle relazioni tra clienti, che sono l'aspetto visibile proprio di tali servizi. E allora in che modo l'etica si collega alla gestione eccellente dell'azienda, anche sul lato economico? Una prima risposta è: *non vi potrebbe essere un'azienda ospedaliera efficace nei servizi e dai costi ridotti in assenza di relazioni etiche tra tutti i soggetti che vivono tra le mura ospedaliere*. Un esempio? Basta che ci sia un solo dipendente scontento del trattamento che riceve da parte del *management*, perché questo mediti di staccarsi emotivamente dall'azienda e di fare “i comodi propri”. E di solito, tali “comodi” hanno elevati costi aziendali: navigare giornate intere in internet, utilizzare prodotti aziendali per l'uso personale, sottrarre nel tempo piccoli beni dalla proprietà dell'azienda, ecc. È ciò che prende nome di “scomparsa del contratto psicologico” quando è ancora “presente il “contratto legale”. E con il paziente avviene lo stesso. Se si sente maltrattato, si ammala di più, i suoi sintomi peggiorano, cerca di ottenere più attenzione dal personale medico, sviluppa una serie di patologie iatrogene poco chiare che sono, in realtà, l'inconscia reazione alla percezione di essere incompreso. Tutto ciò si traduce in costi aggiuntivi per l'ospedale con risultati modesti o trascurabili sul miglioramento dello stato di benessere di quel paziente. Per tale ragione la promozione di relazioni aziendali etiche si trasforma in una cinta di trasmissione in grado di generare un benessere organizzativo totale sia del cliente interno sia del cliente esterno, con una riduzione del costo umano del lavoro, dei conflitti organizzativi, della dispersione di risorse umane ed economiche, e con un aumento dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi medico-chirurgici a parità di risorse umane e finanziarie impiegate.

Gli impedimenti etici alla relazione: il primo ostacolo etico

Abbiamo sin ora visto che una relazione etica in ospedale ha modo di manifestarsi e mantenersi fintantoché si mantiene un flusso costante e bilaterale di relazioni improntate sul rispetto reciproco e che vedono coinvolti il personale sanitario e gli utenti dell'ospedale. All'atto pratico queste azioni, che solo in apparenza sembrerebbero di tipo medicochirurgico o laboratoristico, sono in realtà atti di trasmissione di benessere. L'ospedale e il suo personale cercano di sollevare la persona malata dal suo malessere e di instaurare un maggior benessere. Trattandosi nello specifico di malattie organiche e di affezioni del corpo, il modello medico consolidato indurrebbe a pensare che il medico è una sorta di *problem-solver*, ossia una specie di risolutore di un rebus biologico (anamnesi del problema presentato) in modo da fornire una risposta di ritorno all'utente e che sia di tipo diagnostico-terapeutica. Come dire? Una sorta di gioco dei ruoli a cui pochi oggi si sentirebbero di obiettare. Nonostante ciò, l'etica della relazione, per le sue stesse caratteristiche, presuppone che questo modello sia più dinamico ed equo. Nel senso che così com'è improntato l'organizzazione ospedaliera non stimola, accetta o richiede che l'utente fornisca il suo parere su tutto quello che sta avvenendo. La domanda successiva a “Come si sente?”, non è un'altra indagine diagnostica, ma una verifica del tipo: “Questo soddisfa quanto lei si attendeva da noi?”. Agendo in modo etico nella relazione, il medico stimola una risposta di ritorno dal proprio utente, gli chiede la sua versione dei fatti, si accerta che possieda le informazioni importanti per il suo benessere, ma soprattutto mette in atto meccanismi di “*feedback* di ritorno”. In altre parole, ci si accerta sempre che l'utente non sia un semplice “objectum” sotto osservazione ma soggetto attivo e co-operante con il medico per raggiungere un obiettivo comune: un miglior stato di salute. Questo implica una maggiore libertà nell'utente di fornire “in tempo reale” la propria versione dei fatti ma anche il proprio parere su tutto quanto sta accadendo emotivamente in lui a seguito degli interventi erogati in ospedale. Perché allora non ritenere egualmente informativo e importare il fatto che un utente è stanco di lunghe file d'attesa, del fatto che si sente poco ascoltato, compreso? Far luce su ciò permette di ridurre i motivi di conflitto e di risentimento negli utenti ospedalieri che sovente accettano passivamente un gioco dei ruoli dove manca, da parte dell'ospedale, la richiesta del *feedback*. Così il gioco dei ruoli, del tipo “dimmi che hai e ti dirò che terapia fare”, inibisce l'emergere di una sofferenza più profonda dell'uomo che si ammala. È questa la causa di patologie iatrogene che sorgono spontanee ma poco conosciute sia negli utenti sia

nel personale sanitario. Il paziente si sente incompreso, anello debole di relazioni unilaterali, poco coinvolto nel comunicare se quello che l'ospedale gli sta fornendo risponde alle sue esigenze emotive e psichiche, oltre che fisiche. E da qui il senso di ingiustizia subito. Ma anche gli operatori sanitari avvertono un cedimento secondo questo modello unilaterale del "dimmi-così-faccio". Il personale medico e infermieristico si sente "sovraccarico" di lavoro, estenuato, percepisce egualmente un senso di ingiustizia giacché anch'esso, come il proprio cliente, non ha modo di esplicitare ad altri il proprio malessere legato, anche qui, ai propri ruoli professionali consolidati. La domanda è: "Se il medico e l'infermiere è responsabile del benessere dell'utente, chi è responsabile del benessere del medico e dell'infermiere?".

Quando tutto l'ospedale si sente "sotto tiro": il secondo ostacolo etico

Nel seno delle dinamiche organizzative e, soprattutto, in tema di etica ospedaliera, si comprende quanto sia vitale che ognuno degli attori della relazione "cliente interno/cliente esterno" comprenda di essere sia portatore di certi diritti ma anche soggetto a certi doveri. Qui la parola "dovere" implica sempre il modo di avvicinarsi alla relazione rispettando la controparte. Non solo l'ospedale e il suo personale, comprendono l'importanza di agire in modo deontologicamente corretto verso la persona malata. Ma, secondo l'ottica degli ospedali rinnovati, anche gli utenti, entrando a far parte di una comunità allargata, quella dell'ospedale etico, apprendono che vi sono alcune regole di rispetto di altre persone che ivi incontrano, per l'appunto tutti i dipendenti dell'ospedale stesso. Anzi, un discorso di equità nella relazione e di rispetto reciproco non potrebbe iniziare se si tralasciasse che per favorire un libero flusso bilaterale di benessere (dall'operatore sanitario al cliente e viceversa), allora anche il fruitore del servizio sanitario dovrà avere chiare alcune limitazioni che gli vengono poste e che sono necessarie al personale medico e infermieristico per essere più incisivi nella loro opera di assistenza. Il "secondo ostacolo etico", così, nasce tutte le volte il cliente è portatore di una richiesta che esula da un reale e personale bisogno, ma che invece eccede le reali e concrete possibilità della struttura sanitaria di far fronte alla richiesta medesima. Vi sono alcuni utenti che utilizzano la propria malattia o il proprio malessere per esercitare pressioni incredibili sul personale medico e infermieristico e, a volte, per ottenere vantaggi secondari che prescindono da una relazione etica tra ospedale e utente. Il caso dei ragazzi tossicodipendenti che si rivolgono alle strutture sanitarie solo per "avere il metadone" o quello di persone molto povere che si appoggiano all'ospedale come ulti-

ma spiaggia sono molto noti. Le corsie ospedaliere o altri luoghi poco accessibili dell'ospedale diventano allora (e purtroppo) il luogo di "residenza" prescelto dalla persona sofferente che è stata abbandonata da tutti: famiglia, società, Stato. L'ospedale, i suoi ambienti asettici, riscaldati e protetti, diventano così l'ultima o unica dimora per molte persone che hanno perso tutto e che sanno che l'unico lasciapassare per non "essere scacciati" è, per l'appunto, l'esistenza di una "qualche malattia". In questo caso il *paziente fa perno sulla propria condizione di minus chiedendo all'ospedale l'impossibile*. E qui diventa incomprensibile arrivare a ciò che realmente il cliente vuole, giacché è portatore di un proprio progetto di vita, che boicotta inconsciamente ogni tentativo di "migliore vita e di migliore salute".

I risultati emotivi del quadro appena visto è comprensibile. *Da una parte c'è il paziente che si sente portatore di bisogni non condivisi dall'ospedale. Allo stesso tempo il personale sanitario sviluppa un senso di incertezza e di abbandono per non riuscire ad essere efficace verso tale utente*. Anche qui è infranto il patto morale tra ospedale ed utente e una risoluzione dell'impasse può solo avvenire con una decisione di considerare un processo di acculturazione del cittadino alle regole morali e al modello di cui l'ospedale stesso si fa portatore.

Problemi all'interno dei singoli gruppi: il terzo ostacolo etico

Parlare di etica dell'organizzazione ospedaliera implica anche soffermarci a valutare le dinamiche di relazione all'interno di ciascun polo della relazione: personale sanitario e utenti (Lazzari, 2005). Conflitti organizzativi all'interno di ciascun gruppo possono essere normali e scontati in molti ospedali. Medici e infermieri che non collaborano o che addirittura "litigano di fronte gli occhi dei pazienti" è uno scenario a volte presente in molti ospedali, anche eccellenti. Esiste, purtroppo, una legge dinamica dei conflitti organizzativi: ogni qualvolta si instaura un conflitto all'interno del personale si blocca la relazione anche verso gli utenti. Inoltre, il conflitto interno al gruppo abbassa l'efficienza e l'efficacia dell'organizzazione sanitaria (Lazzari, 2005). Così se due infermieri o due medici usano l'ospedale per portare avanti un proprio conflitto interpersonale, è tutta l'azienda a risentirne e, in maniera ancor più diretta, gli utenti. I conflitti organizzativi che vedono coinvolti il personale sanitario, generano, negli anelli più deboli, (e in coloro che invece ancora perseguono fini professionali etici) sentimenti di burn-out e facili errori diagnostico-terapeutici. In altre parole, il litigio tra le mura dell'ospedale "è pericoloso", *off-limits*. Insomma, è un po' come accanirsi in maniera random sul

pannello di controllo di una centrale nucleare! Così per l'utente che presagisce questo, che percepisce che qualcosa tra le persone che lavorano in ospedale va storto, è un po' come se assistesse al conflitto dei suoi *care giver*, delle sue figure parentali: sviluppa il senso di *paura*. Per dirla in altre parole, il conflitto ospedaliero, all'interno del personale genera nell'utente-osservatore l'idea di aver affidato la propria salute a persone "insane", tanto è la ferita che nasce in coloro (tutti gli utenti) devono riporre la loro vita nelle mani di altri. Questo abbassa o *annulla la fiducia nell'organizzazione ospedaliera e genera nell'utente il desiderio di fuga o un sentimento di mortificazione*, che risponde più o meno al pensiero "Ma guarda dove sono capitato!".

All'atto pratico, quando esiste un conflitto organizzativo c'è poco spazio nella mente del medico o dell'infermiere che si sente depresso, mortificato, e maltrattato di essere sereno e efficace verso i propri pazienti (Lazzari, 1998). Qui l'errore nelle diagnosi e nelle terapie sono più frequenti perché la mente dell'operatore sanitario è "distratta" e assorta a risolvere conflitti interpersonali che rimpiazzano le sue priorità: l'utente non è più al centro delle sue priorità. Allo stesso modo, l'utente che affronta l'operatore sanitario distolto dai propri problemi professionali, si distrae lui stesso. Così tutti e due (operatore sanitario e paziente) approdano nelle *no man's lands*, nelle terre di nessuno, dove non si sa più di che cosa si sta parlando e di che cosa ci si sta occupando.

Conclusioni

Siamo giunti alla fine di questo breve *excursus* all'interno delle dinamiche delle relazioni etiche all'interno degli ospedali. Sono state fatte alcune asserzioni che rappresentano un modo di riflettere su eventi che sono "sotto gli occhi di tutti", medici, infermieri, pazienti quando si volge lo sguardo all'interno delle corsie ospedaliere, degli ambulatori, delle sale d'attesa. Altri modi di ragionare sull'etica dell'ospedale invece hanno richiesto considerazioni più complesse e meno scontate. Ciò non ostante, da qualunque punto la si osservi, l'etica ospedaliera apre nuove strade per migliorare il lavoro di persone su persone. C'è, a ben vedere, la prospettiva di un maggior benessere per entrambi gli attori: il personale sanitario e gli utenti. Ma a ciò si giunge con un impegno reciproco e costante al mutuo rispetto. Solo allora, e in modo tridimensionale, l'etica potrà diventare il volano per il benessere psico-fisico e spirituale sia negli utenti sia, anche, negli operatori del settore sanitario.

Bibliografia

1. Lazzari C. Volersi bene sul lavoro. Edizioni Prima, Bologna 1998.
2. Lazzari C. Economia etica. Pitagora Editrice, Bologna 2000.
3. Lazzari C., Psicologia ed etica del lavoro e delle organizzazioni. Armando Editore, Roma 2004.
4. Lazzari C. Psicologia ed etica delle aziende e delle relazioni aziendali. Armando Editore, Roma 2005.
5. Spaltro E. Soggettività: psicologia del lavoro. Pàtron, Bologna 1993.
6. Spaltro E. Pluralità: psicologia dei piccoli gruppi. Pàtron, Bologna 1993.

La Direzione Sanitaria di un Policlinico Universitario e l'Umanizzazione dell'Assistenza

Health Management of a University Hospital and the Humanization of Care

A PANÀ*, SIMONA AMATO**

*Professore Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Roma Tor Vergata; docente di Sanità Pubblica, Università Campus Bio-Medico di Roma

**Specialista di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Premessa Il sistema sanitario risente delle istanze del mercato e degli stakeholders, necessitando di percorsi di cura centrati sulla persona del malato.

In questo contesto, un policlinico universitario, che coniuga non solo attività assistenziali, ma anche di didattica e di ricerca, diventa luogo privilegiato di valorizzazione delle persone di tutti gli attori coinvolti. Il significato ed il significante del processo assistenziale è infatti la persona umana sia del malato che del professionista, iconografati dalla alleanza terapeutica.

Parole Indice Umanizzazione. Persona umana.

Background *The healthcare system is changing as the results of the constraints it is placed under by the market and by the stakeholders' pressing demands. In fact it is in need of healthcare facilities centred on the patient.*

In this environment the university hospital manages to combine hospital facilities with the education of medical students and with medical research. In doing so the hospital becomes a privileged place in which all people are appreciated. The reason for and the underlying concept of the caring process is indeed the human person, seen both as the patient and as the professional working there: their relationship can be reflected in the therapeutic alliance.

Index Terms Humanization. Human being

Il lavoro spetta in pari misura a tutti gli autori
All authors participated equally in this work

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Augusto Panà
Cattedra di Igiene Torre E SUD
Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Via Montpellier, 1
00133 Roma

Introduzione

Già con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, il contesto sanitario italiano si prodiga per implementare nelle aziende sanitarie il concetto di *umanizzazione* dell'assistenza intesa come la capacità dei sistemi sanitari di erogare prestazioni che siano in grado di rispondere concretamente alle molteplici dimensioni della persona del malato. In tale accezione, la dimensione della umanizzazione dell'assistenza sanitaria si declina nella capacità di comprendere i problemi che il paziente incontra nel comprendere, accettare e convivere con la propria malattia, supportandolo e permettendogli, di divenire protagonista del proprio percorso di cura in sinergia con i professionisti che lo accompagnano.

Accanto alla parola umanizzazione si è soliti declinare anche il concetto di personalizzazione dell'assistenza. Entrambi i concetti, umanizzazione e personalizzazione, sono dimensioni del processo di miglioramento continuo della qualità, ed in particolare, della qualità percepita dall'utente, ovvero della capacità di un'azienda sanitaria di *governare* i propri processi a misura della persona del malato ponendola al centro della propria *mission*, delle proprie politiche e delle prestazioni erogate.

Se nel tempo è mutato lo scenario nel quale gli ospedali e le aziende sanitarie erogano le proprie attività, passando da un mondo senza microscopio ad un'asepsi relazionale, dagli oracoli alle sonde geniche, sono anche radicalmente cambiate, con la tecnologizzazione delle cure, le modalità di accesso ai servizi, le potenzialità diagnostiche e terapeutiche, le modalità strutturali ed organizzative dei luoghi di cura.

Ma, se i nostri ospedali e le nostre aziende sanitarie, universitarie e non, sono oggi sapiente coniugazione di spazi e sofisticate tecnologie, comunque, nei secoli, è rimasta immutata la persona umana, realtà di significato e di significante per l'intero processo assistenziale.

La "persona umana" che il processo assistenziale incontra e coniuga sono due:

la persona del malato e la persona del professionista, ovvero, i due co-protagonisti dell'alleanza terapeutica.

Il mondo delle cure non può prescindere, infatti, dalla centralità della persona fondata sull'uguaglianza, sul diritto di accesso alle cure, sul diritto all'equità delle prestazioni e con esso all'appropriatezza ed alla sicurezza delle cure, sulla garanzia della continuità assistenziale come coniugazione dei bisogni del cittadino e sul diritto alla giustizia sociale.

Il riconoscimento etico - culturale della centralità della persona peraltro, permette alle organizzazioni sanitarie, infatti, di rendere flessibile il proprio agire, al fine di imparare ad accogliere e valorizzare le diversità, a gestire le culture differenti nel rispetto sia delle istanze terapeutiche, sia nel rispetto del singolo e della propria unica alterità.

La direzione sanitaria di un policlinico universitario: *mission e vision*

Pilastro fondamentale e fondante di questa rivoluzione etico - culturale è la direzione medica di presidio ospedaliero o policlinico universitario e le direzioni di azienda, chiamate ad armonizzare le istanze di tutti gli attori e degli *stakeholders*, attraverso la gestione di processi di cura ed erogazioni di prestazioni che rispettino e valorizzino le attese dei singoli e rispondano coerentemente, in maniera efficace ed efficiente, ai bisogni di salute della comunità.

Fino al decreto legislativo 502 del 1992, il DPR 128 del 1969 definiva compiti e ruoli della direzione sanitaria ed impianto organizzativo. Con l'aziendalizzazione è mutato il contesto sanitario, arricchitosi di una maggiore autonomia regionale e possibilità di diversi modelli organizzativi, maggiore responsabilizzazione delle dirigenza medica, elevata complessità degli ospedali, modifica del sistema di finanziamento.

Un policlinico universitario assume pertanto, nell'attuale contesto sanitario, un ruolo prioritario soprattutto nella flessibilità organizzativa, condizione necessaria a rispondere in maniera coerente al rapporto sistematico con il territorio.

Tale mutamento è consensuale non solo ad un cambiamento legislativo, ma anche, al profondo cambiamento del quadro epidemiologico che registra un aumento dell'età media della popolazione, un'elevata percentuale di pazienti affetti da quadri polipatologici, la necessità della corretta allocazione delle risorse, con contenimento dei tempi di degenza, erogazione di prestazioni appropriate, a fronte peraltro di una riduzione dei numero di posti letto e di una necessità di rapporto organico con il territorio.

Un policlinico universitario, luogo privilegiato di coniugazione di ricerca ed assistenza, diventa quindi, l'organizzazione chiamata a rispondere ad una maggiore complessità assistenziale, potendo offrire alta specializzazione clinica e diagnostica e modelli assistenziali di eccellenza.

È evidente anche che la direzione sanitaria di un policlinico universitario debba rispondere coerente alle istanze del mercato e degli *stakeholders* che richiedono politiche di prodotto, quali indice di occupazione dei posti letto che deve tendere ad allocarsi al di sopra dell'85%, durata di degenza media, che deve essere performante allocandosi in un range di 8-10 giorni, indice di occupazione posti letto, *case mix* trattato.

La direzione sanitaria, pertanto, deve mappare, monitorare e governare i propri processi, prima attrice della *clinical governance*, per produrre prestazioni di qualità erogate in sicurezza, nel rispetto della dignità della persona del malato. La direzione sanitaria di un policlinico universitario, infatti, è chiamata ad una consapevole partecipazione alla definizione delle linee strategiche e degli obiettivi

aziendali, delle politiche di sviluppo e dei programmi da realizzare. Supporto a tali attività sono ovviamente le politiche della qualità che permettono una coerente organizzazione con identificazione di fasce di attività sempre più rispondente alle esigenze dei clienti con garanzia di accessibilità alle prenotazioni, garanzia della sicurezza delle prestazioni erogate e della qualità tecnica, fruibilità di percorsi per i pazienti tenendo conto di requisiti di logistica, segnaletica ed accoglienza per concretamente porre al centro dell'offerta prestazione "il paziente".

Un compito precipuo, inoltre, della direzione sanitaria di un policlinico universitario è quella di divenire catalizzatrice delle attività di ricerca e di assistenza favorendo e garantendo la comunicazione fra gli attori e di una costruzione di senso dell'organizzazione per un agire univoco e condiviso. Evidenza oggettiva e sinossi del *sensemaking* e *sensekeeping*, oltre che della qualità progettata, diventa la carta dei servizi espressione per la direzione sanitaria di "un patto con il cliente" e di assicurazione di *standard* di processo e di *performance*, per una partecipazione concreta ed informata del cittadino.

E se la carta dei servizi assume la valenza di patto con il cliente, la misurazione della qualità percepita dai clienti per le prestazioni ed i servizi offerti diventano strumento di miglioramento continuo per far sì che l'organizzazione sia in grado di rispondere sempre maggiormente alle attese dei propri clienti: pazienti e *stakeholders*.

Da un punto strettamente tecnico, la direzione sanitaria di un policlinico universitario è la componente di vertice sanitario della struttura di degenza e realizza un insieme di funzioni e di attività sia di governo globale della struttura che di produzione di servizi propri.

I precipui compiti della direzione sanitaria nell'adempimento e nel rispetto della normativa vigente prevedono le seguenti attività:

1. funzioni gestionali ed organizzativa dell'area assistenziale con partecipazione alla definizione delle politiche strategiche e di sviluppo, progettazione delle attività di budget, promozione delle integrazioni fra le UUOO (Unità Operative) e i servizi, progettazione della qualità delle prestazioni erogate con individuazione di modalità di monitoraggio e promozione del miglioramento continuo, misurazione delle performance.
2. funzioni di igiene e tecnica ospedaliera a supporto dell'operato delle UUOO e servizi con attività di progettazione e monitoraggio della gestione dei rifiuti ospedalieri, dei servizi alberghieri, gestione dei trasporti e delle attività di sterilizzazione.
3. funzioni progettuali per rispondere alle attese dei clienti e sviluppare il miglioramento continuo delle prestazioni attraverso implementazione di sistemi di gestione della qualità, sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere e sistemi di rilevazione degli eventi sentinella.

4. funzione di servizio al cittadino che ha usufruito delle prestazioni quali quelle di rilascio di documentazione clinica e conservazione delle proprietà del cliente.

Tali attività devono essere progettate nella centralità del cliente, significato e significante dell'assistenza sanitaria e, soprattutto di un policlinico universitario.

La direzione sanitaria di un policlinico assume, infatti, in quest'ottica, il ruolo di promotore di modalità organizzative e gestionali che promuovano e favoriscano la promozione della persona sia del paziente che degli operatori, divenendo luogo di incontro di attese e di istanze, declinate in un'ottica di sostenibilità, giustizia, equità, efficacia ed efficienza a garanzia dell'appropriatezza, della continuità e dell'innovazione dell'erogazione delle prestazioni.

La direzione sanitaria di un policlinico universitario quindi, assume a sé la responsabilità del governo clinico, che fonda le proprie radici sull'audit clinico, sulla pratica clinica basata sull'evidenza (EBM e EBN), sulla gestione e la riduzione del rischio clinico, sull'analisi e monitoraggio degli eventi avversi, sulla gestione della qualità e sul monitoraggio dei reclami dei pazienti.

In un policlinico universitario le prestazioni erogate sono valorizzate dal personale che vi opera e che si dedica, oltre alle attività di assistenza, anche alle attività di ricerca e di docenza, potendo così offrire ai Pazienti ed ai propri studenti, conoscenze in continuo aggiornamento per permettere la progettazione della migliore assistenza possibile, lontana da accanimenti terapeutici, ma con attenzione a tutti i mezzi ordinari ed *evidence based*.

L'ambiente dell'università, vivificato dalla attenzione alla persona, permette così di valorizzare la sofferenza e progettare percorsi di cura che accolgano la dignità della persona del malato, fulcro di tutto il processo.

La modalità organizzativa caratterizzante l'approccio al processo di cura di un policlinico universitario è il lavoro di team che armonizza le singole professionalità, le numerose abilità professionali e capacità personali, e declina le singole competenze in un servizio alla persona del malato teso ad instaurare un costante rapporto di fiducia.

Un policlinico universitario acquisisce così uno stile proprio di accoglienza dell'altro ed erogazioni di prestazioni sanitarie volto alla *customer satisfaction* ed al miglioramento continuo della qualità assistenziale.

La direzione sanitaria di un policlinico universitario è garante pertanto dell'efficacia e dell'efficienza dei processi, della qualità tecnica e della qualità organizzativa necessarie alla qualità sostenibile delle prestazioni erogate ma è anche garante della creazione ed implementazione di condizioni che permettano una continua crescita delle competenze e della motivazione del proprio personale, della fidelizzazione dei professionisti alla azienda ed alle scelte strategiche, all'aggiornamento continuo con attenzione

alle nuove istanze del mercato al fine di garantire una concreta risposta ai bisogni di salute dei Cittadini e della Comunità. In quest'ottica la direzione sanitaria diventa luogo privilegiato di incontro all'interno del quale vengono declinate tutte le istanze individuali e di salute volto alla costruzione di percorsi a misura d'uomo, per l'uomo e con l'uomo per la valorizzazione della persona del singolo operatore e dell'utente/paziente.

Per tal motivo, tra i suoi compiti, devono rientrare la promozione e l'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostici terapeutici che, in base al quadro della compatibilità finanziaria, ritiene più efficaci ed appropriati per il proprio bacino di utenza, le attività di vigilanza sulle attività sanitarie a garanzia della qualità e dell'efficienza delle prestazioni erogate, la capacità di negoziazione dei conflitti e di ascolto dell'utenza.

Alla luce di quanto descritto appare evidente come le competenze della direzione sanitaria di un policlinico universitario debbano essere supportate dalla capacità di saper gestire gruppi, saper gestire la comunicazione interna ed esterna, saper agire sulla motivazione ed attenzione degli operatori per diffondere la cultura della centralità della persona del paziente, fulcro di tutte le attività progettate ed erogate dalle organizzazioni sanitarie.

In particolare, un policlinico universitario è anche luogo di ricerca e sperimentazione di modelli assistenziali, nella costante e responsabile ricerca della più appropriata risposta da offrire ai propri clienti. L'esperienza del Policlinico Campus Bio-Medico respira una novità organizzativa nella convinzione che i sistemi sanitari orientati all'efficacia, all'efficienza e alla sicurezza del paziente di dovranno farsi carico dei problemi di salute dei cittadini perseguendo politiche pubbliche per la salute intersettoriali e *network-oriented* fondate sulla *partnership* di tutti gli attori del sistema e sull'integrazione delle competenze professionali dei diversi settori. Ha, infatti, sviluppato una revisione dei modelli di assistenza sanitaria "consolidati" al fine di garantire la sostenibilità del sistema e nel contempo una migliore risposta ai bisogni di salute della popolazione. Ha progettato ed implementato delle soluzioni *nurse oriented* dimostrando, attraverso la misura della *customer satisfaction* dei pazienti un ottimo rapporto fra la misura dei benefici (*outcome*) e l'efficacia e l'efficienza. Tali soluzioni sono state costruite sulla profonda motivazione e formazione continua del personale dedicato all'assistenza, sulla capacità di lavorare in team con governo ed implementazione di competenze nell'ottica del *management by objectives*, costruite sulla centralità del paziente e dei suoi bisogni assistenziali.

Un ulteriore impegno della direzioni sanitaria di un policlinico universitario è anche l'impegno a garantire un ospedale senza dolore, ovvero la possibilità di offrire ai propri pazienti percorsi mirati atti al miglioramento della qualità della vita, all'accompagnamento del paziente nel

suo percorso di malattia affinché concreto perno del processo di cura sia l'alleanza terapeutica fondata sul valore della continuità, della presenza, della condivisione, del supporto umano e professionale ai familiari oltre alla professionalità del personale sanitario.

Non altari dove immolare doni e sperare nella benevolenza degli dei, ma luoghi di cura in cui il progetto del percorso assistenziale preveda reciprocità di relazioni, comunicazioni informate, supporti decisionali, capacità di accoglienza dell'*altro* in un'ottica di servizio alla persona e di miglioramento continuo.

Conclusioni

L'umanizzazione del processo assistenziale deve essere oggi recepito quindi come un progetto da implementare alla luce delle istanze degli attori e degli *stakeholders*, nel rispetto della dignità della persona umana e favorendo la partecipazione informata dei pazienti e dei familiari al processo assistenziale in un'alleanza terapeutica volta a soddisfare i bisogni di salute espliciti e non. In tale contesto la direzione sanitaria di un policlinico universitario svolge un'importante azione di governo e modulazione delle istanze e dell'offerta prestazionale al fine di garantire la valorizzazione della persona umana dei professionisti coinvolti e dei pazienti e dei loro familiari coprotagonisti del processo di cura.

Bibliografia

1. Per un ospedale più umano. Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1985.
2. Cavicchi I. Salute e federalismo. Bollati Boringheri, Torino 2001.
3. Cavicchi I. La privatizzazione silenziosa della Sanità. Datanews Editrice, Roma 2003.
4. Quattrocchi P. Etica Scienza Complessità. Franco Angeli, Milano 1984.
5. Rotondi P, Saggin A. Persona ed organizzazione. Mc Graw Hill, Milano 2002.
6. Spinsanti S. Conoscere la nuova Sanità. Edizioni Cidas, Torino 2001.
7. Spinsanti S. Bioetica. Pubblicazioni Servizio Libraio ISU. UCSC, Milano 1983.
8. Antropologia e bioetica. Ricerca interdisciplinare sull'enigma uomo. Edizioni Massimo, Milano 1997.
9. Carbone A, Amato S, Sesti E. Il futuro del direttore medico di presidio. In Abstract 32° congresso nazionale ANMDO Europa. Regioni e Sanità: evoluzione delle competenze della Direzione Sanitaria, Lecce 21-23 settembre 2006.
10. Weick KE. Senso e significato nell'organizzazione. Raffaello Cortina, Milano 2005.
11. Ricoeur P. La persona. Morcelliana, Brescia 1997.
12. Tenace M. Dire l'uomo. Lipa, Roma 1997.
13. ANMDO La Direzione dell'Ospedale competenza e professionalità. Atti congresso del 31° congresso nazionale. Monastier, 22- 25 settembre 2005.
14. Scully G, Donaldson GL. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ 1998 Jul 4;317(7150):61-5.

Un Modello di Organizzazione dell'Attività Assistenziale Infermieristica Centrato sul Paziente Ricoverato: l'Esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Nursing Care Delivery Model Centred on In-hospital Patients: the Campus Bio-Medico University Hospital Experience

MARIA MATARESE¹, STEFANIA MURGESE², CONCITA BARROS³, DANIELA TARTAGLINI¹, MARIA GRAZIA DE MARINIS¹,

1) Docente Infermieristica Università Campus Bio-Medico. 2) Infermiere Policlinico Campus Bio-Medico. 3) Direzione infermieristica Policlinico Campus Bio-Medico di Roma.

Premessa Le persone che vivono l'esperienza dell'ospedalizzazione hanno bisogno di trovare nel personale sanitario che li assiste disponibilità, affidabilità, competenza e soprattutto un approccio globale alla loro persona. È proprio su questi presupposti che si basa l'attività assistenziale e di cura del Policlinico Universitario Campus Bio-medico (CBM) di Roma, e queste sue peculiarità vengono riconosciute giornalmente sia dai pazienti sia dagli stessi professionisti che vi operano. Molte sono le ragioni alla base di questo risultato, ma senz'altro una è anche da ricercare nel tipo di modello organizzativo assistenziale infermieristico adottato fin dai primi giorni di apertura delle Unità operative di degenza del Policlinico. Nel presente articolo vengono descritte le caratteristiche peculiari del modello assistenziale CBM, ottenute attraverso un metodo di tipo induttivo qualitativo, che portano a descrivere il modello CBM come un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica in cui un infermiere assume la completa responsabilità dell'erogazione delle cure infermieristiche ad un determinato gruppo di pazienti, per tutta la durata del turno lavorativo. In caso di pazienti ad alta complessità assistenziale, l'infermiere può richiedere il supporto e la collaborazione degli altri infermieri in turno. Si può avvalere anche dell'aiuto di ausiliari assegnati alle singole unità operative di degenza, i quali svolgono le attività stabilite dai piani di lavoro secondo il loro livello di competenze.

Grazie a questo modello di organizzazione delle attività, gli infermieri sono in grado di garantire non solo un'assistenza infermieristica di alta qualità, ma anche di valorizzare le loro competenze e le loro capacità.

Parole Indice Modelli di organizzazione dell'assistenza. Pratica infermieristica

Background People experiencing hospitalization need to find healthcare personnel who take care of them with willingness, reliability (trustworthiness), expertise, and especially considering them as a whole. The University Hospital Campus Bio-Medico (CBM) bases its caring activities on such requirements. This features are acknowledged daily by the patients as well as the personnel working there. There are many reasons at the origin of this result, one is certainly in the choice of a nursing care delivery model adopted since the very beginning of the University Hospital opening. The paper discusses the peculiar features of the CBM model which were built using an inductive and qualitative methodology. The model is described as a nursing care system where the nurse has the complete responsibility in providing the assistance to a specific group of patients for the whole duration of his working shift. In case of patients needing a more complex kind of healthcare, the nurse asks other nursing staff on the ward to help. The nurse can also make use of allied health personnel assigned to the ward who carry out the task assigned by the working chart according to their level of expertise. Thanks to this care delivery model nurses are able to assure a high quality nursing care bringing out as well their expertise and talents.

Index Terms Nursing delivery models. Nursing practice

M. Matarese ha scritto l'articolo, ha progettato la ricerca, controllato e revisionato i dati raccolti, contribuito all'analisi dei dati e tratto le conclusioni. Murgese S. ha effettuato la raccolta ed analisi dei dati. De Marinis MG, Tartaglini D, Barros C. hanno contribuito alla revisione finale dell'articolo

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Maria Matarese
Università Campus Bio-Medico
Via Álvaro Del Portillo, 21
00128 Roma

Introduzione

La malattia rappresenta per l'individuo un'esperienza che lo espone ad una situazione di estrema vulnerabilità e fragilità. La necessità poi di dover essere ricoverato in una struttura ospedaliera può creare ulteriori preoccupazioni oltre che per l'esito delle cure, anche per l'esposizione spesso a trattamenti lunghi e a volte dolorosi, per il dovere sottostare a regole di vita così diverse dalle proprie e alla necessità di dover dipendere da altre persone per gran parte delle proprie necessità. Le persone che vivono l'esperienza dell'ospedalizzazione hanno bisogno, quindi, di trovare nel personale che li assiste disponibilità, affidabilità, competenza e soprattutto un'attenzione globale alla loro persona, e non solo ad una parte del loro corpo malata. Spesso queste aspettative sono disattese, per un'organizzazione della cura che è più attenta agli aspetti tecnici che all'uomo, più alla malattia che all'uomo malato, più alle necessità dell'organizzazione stessa che delle persone ricoverate, rendendo ancora più traumatica l'esperienza dell'ospedalizzazione. Vari professionisti sanitari giocano un ruolo importante nel processo di guarigione e di adattamento all'ospedalizzazione della persona malata e tra questi gli infermieri rappresentano la categoria attualmente più ampiamente rappresentata all'interno delle strutture ospedaliere.

L'infermiere aiuta il paziente a recuperare, mantenere o potenziare le sue capacità di soddisfare autonomamente i suoi bisogni e lo accompagna ed assiste nel suo percorso diagnostico-terapeutico; lo aiuta con la sua tecnica ma anche con la sua capacità di instaurare una relazione terapeutica, ascoltando le sue difficoltà e le sue necessità (1).

Nel corso degli ultimi 50 anni, soprattutto da quando l'ospedale ha assorbito gran parte delle risorse economiche dei servizi sanitari, gli infermieri si sono trovati nella necessità di decidere come organizzare ed erogare la loro attività assistenziale e quella del personale da loro diretto, definendo dei modelli di organizzazione dell'attività assistenziale (*nursing delivery models*). I modelli di organizzazione dell'attività assistenziale più descritti in letteratura ed utilizzati negli ultimi anni in Nord America ed in Europa sono: il modello del nursing primario (*primary nursing*); il modello per piccole équipe (*team nursing*); il modello funzionale (*functional nursing*); il modello di assistenza totale al paziente (*total patient care*), il modello per settori o modulare (*modular nursing*), il modello di gestione del caso (*case management nursing*) (2, 3).

Nonostante siano stati effettuati numerosi studi riguardanti la qualità dell'assistenza, i costi e la soddisfazione da parte di pazienti e degli operatori nei confronti del modello adottato, ancora oggi non è ben chiaro quale sia il modello più efficace ed adatto a rispondere alle esigenze della popolazione assistita e dell'organizzazione (4, 5). La

scelta di un modello rispetto all'altro è influenzata principalmente dai valori sociali e professionali prevalenti nella struttura, dalle ideologie manageriali, dalla competenza degli operatori impiegati e dalle risorse economiche disponibili (6).

Nel momento dell'apertura del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma nel 1994, la direzione infermieristica ha riflettuto attentamente su quello che poteva essere il modello di organizzazione del lavoro infermieristico che meglio rispondesse alla *mission* della struttura, che permettesse cioè di mettere al centro del processo assistenziale l'uomo malato, rispettando e mantenendo la sua dignità e il suo valore come individuo. È stato così progettato e messo in atto un modello organizzativo dell'attività assistenziale infermieristica, indicato come modello CBM, che ha tenuto conto delle caratteristiche di alcuni modelli descritti in letteratura e sperimentati in varie realtà italiane ed estere, ma ha trovato anche soluzioni personali ed originali.

Scopo del presente articolo è presentare le caratteristiche peculiari del modello organizzativo assistenziale infermieristico Campus Bio-Medico, mai descritte in una pubblicazione in precedenza, e, a distanza di 10 anni dal suo utilizzo, valutare gli aspetti positivi e quelli ancora migliorabili del modello applicato, per renderlo sempre più rispondente ai bisogni delle persone ricoverate presso il Policlinico CBM.

Materiale e metodi

Per descrivere il modello CBM si è deciso di utilizzare un metodo induttivo per dare un'immagine del modello *in action* e non soltanto nella sua definizione teorica iniziale, perché sicuramente più rispondente alla realtà. Si sono utilizzate come metodologie di raccolta dati due metodologie tipiche dell'approccio induttivo: le interviste audioregistrate, rivolte ai coordinatori delle unità operative, responsabili per la Direzione Infermieristica dell'applicazione del modello assistenziale, e l'osservazione sul campo, per descrivere le caratteristiche del modello così come è applicato nelle unità operative di degenza.

Le variabili indagate nelle interviste e nelle osservazioni sono state scelte tra quelle ritenute dalla studiosa Marie Manthey come caratterizzanti i modelli assistenziali (7), e cioè si è valutato: chi prende le decisioni relative all'assistenza ai singoli pazienti, per quanto tempo esse rimangono valide, chi distribuisce il lavoro tra i membri del gruppo, che tipo di comunicazione è utilizzata, e le modalità di direzione dei reparti. Accanto a queste variabili sono state inserite altre caratteristiche, che potevano andare a chiarire meglio l'organizzazione del lavoro infermieristico.

Interviste

Le domande poste sono state di tipo aperto e si è data ampia libertà agli intervistati di rispondere secondo i propri tempi ed idee (tab. 1). L'intervistatore, che contemporaneamente registrava e annotava gli elementi più impor-

tanti delle risposte, poneva ulteriori domande solo quando strettamente necessario per chiarire i concetti o specificare il significato delle domande se non subito comprese dagli intervistati. Le interviste audioregistrate sono state trascritte letteralmente e riordinate all'interno di un unico schema che faceva riferimento alle domande poste.

Tabella 1. Domande poste nelle interviste

Chi prende le decisioni relative all'assistenza da erogare ai singoli pazienti?
Le decisioni relative all'assistenza da erogare per quanto tempo rimangono valide?
Chi e come viene presa la decisione relativa a quanti pazienti ogni infermiere deve seguire nel suo turno?
Come vengono scambiate le informazioni relative ai pazienti?
Descriva le funzioni che svolge la caposala nel suo reparto?
Chi segue la visita medica e registra le modificazioni relative alle procedure diagnostico-terapeutiche?
Descriva le attività che svolgono gli ausiliari nel suo reparto?
Chi decide quali attività devono svolgere gli ausiliari?
Gli ausiliari sono assegnati a singoli pazienti o a un singolo reparto?
A suo avviso quali sono i punti di debolezza di questo modello?
A suo avviso quali sono i punti di forza di questo modello?
Che ruolo hanno gli studenti infermieri in questo modello?
Vuole aggiungere qualche altro elemento per descrivere il modello CBM non toccato finora?

Osservazioni

Per le osservazioni sul campo è stata utilizzata una guida all'osservazione elaborata sulla base delle variabili identificate nelle interviste. Le osservazioni sono state effettuate per dieci giorni consecutivi in ogni reparto di degenza del Policlinico per tutti i turni lavorativi diurni, in giorni concordati preventivamente con i coordinatori dei reparti di degenza. Il personale infermieristico dei reparti è stato informato della presenza dell'osservatore (osservazione non partecipata) e sugli scopi della ricerca. Il materiale relativo alle osservazioni veniva riordinato in modo sistematico al termine di ogni giornata e riportato per iscritto.

È stata richiesta alla Direzione del Policlinico Campus Bio-medico l'autorizzazione ad effettuare la ricerca ed è stato richiesto il consenso scritto ai coordinatori delle unità operative per la partecipazione all'intervista e per l'effettuazione dell'osservazione nei loro rispettivi reparti, dopo averli informati sulle finalità dello studio.

Analisi dei dati

Si è proceduto inizialmente ad un'analisi incrociata del testo relativo alle interviste tra i vari coordinatori, al fine di ricercare le similitudini o le varianti del modello a livello delle singole unità di degenza. È stata poi attuata un'analisi dei dati ricavati attraverso le osservazioni sul campo per evidenziare uguaglianze e disuguaglianze del modello applicato tra le varie unità operative. Come ultima fase è stata attuata un'analisi incrociata del testo relativo alle interviste e alle osservazioni sul campo per verificare se ci fossero delle discrepanze tra il modello nella sua applicazione pratica e nella sua definizione operativa.

Per verificare la credibilità dei dati ricavati dalle interviste e dalle osservazioni, secondo una tecnica tipica della ricerca qualitativa (verifica dei membri) (8), i risultati riportati per iscritto sono stati sottoposti all'attenzione dei coordinatori intervistati, per avere la convalida che le espe-

rienze descritte rappresentassero realmente le loro esperienze. Dopo che i coordinatori hanno confermato la maggior parte dei dati e chiesto la rettifica soltanto di una piccola parte di essi, è stato stilato il rapporto conclusivo.

Risultati

Attraverso l'analisi del materiale raccolto è stato possibile ricavare la seguente descrizione del modello organizzativo assistenziale del CBM.

Gli infermieri in turno presso un'unità operativa di degenza del Policlinico CBM prestano assistenza ad un gruppo specifico di pazienti ed è l'infermiere assegnato a quei pazienti a prendere le decisioni relative all'assistenza da erogare per quel turno lavorativo e a redigere il piano assistenziale. In caso di situazioni assistenziali complesse l'infermiere può consultare i suoi colleghi in turno o i coordinatori del reparto se presenti. Il piano assistenziale viene seguito da tutti gli infermieri che assisteranno quel paziente e può essere modificato in qualsiasi momento da qualsiasi infermiere che ha in carico il paziente, se le condizioni cliniche variano durante il ricovero ospedaliero. Qualsiasi modifica attuata viene trascritta dall'infermiere e segnalata oralmente durante le consegne che avvengono ad ogni fine turno lavorativo.

La decisione riguardante quanti pazienti ogni infermiere deve seguire durante il suo turno lavorativo viene presa di comune accordo dagli infermieri stessi, tenendo in considerazione il numero di infermieri presenti in turno, il numero dei pazienti ricoverati, il carico assistenziale di ogni singolo paziente (anche in base alle indicazioni fornite dall'infermiere che lo ha assistito nel turno precedente), la continuità assistenziale (quando possibile affidando lo stesso paziente allo stesso infermiere nei turni successivi), l'area clinica di appartenenza (pazienti di una stessa area clinica vengono assegnati ad un solo o al massimo due infermieri), tipo di formazione, esperienza e attitudine dei singoli infermieri (possessione di master clinici in una certa area, predilezione dichiarata per un'area clinica, ecc.).

I criteri sopra menzionati sono il risultato di indicazioni generali fornite dai coordinatori, che gli infermieri devono sempre tenere in considerazione. I coordinatori, se presenti nel momento del cambio turno, possono, se lo ritengono necessario o su richiesta, influenzare le decisioni prese dagli infermieri. Il numero di pazienti presenti nelle attuali 5 Unità operative di degenza del Policlinico va da un minimo di 24 ad un massimo di 34 pazienti, mentre gli infermieri nei turni diurni vanno da un minimo di 3 ad un massimo di 6, e nei turni notturni da 2 a 3; ne consegue che ogni infermiere può assistere mediamente da un minimo di 6 pazienti nel turno diurno ad un massimo di 14 pazienti nel turno notturno.

Le informazioni relative ai pazienti sono trasmesse al cambio turno al momento delle consegne (mattina/pomeriggio/notte) e attraverso la cartella infermieristica. Le consegne si svolgono oralmente, supportate da un foglio scritto di registrazione giornaliera che ciascun infermiere compila ad ogni turno per il gruppo di pazienti da lui seguito. Durante le consegne sono presenti tutti gli infermieri del turno smontante ed entrante: gli infermieri smontanti riferiscono le informazioni più salienti rispetto alla situazione clinica dei pazienti da loro assistiti e rispetto alle modificazioni verificatesi durante il turno e tali informazioni sono attentamente tenute presenti da tutti gli infermieri, in particolare dall'infermiere che sarà il responsabile dell'assistenza di quel paziente per quel turno lavorativo, il quale riporta le prescrizioni infermieristiche e i dati salienti su un foglio di registrazione giornaliero. La consegna di fine turno dura in media 40 minuti. Nel caso ci siano delle necessità assistenziali durante questo tempo gli infermieri del turno uscente non impegnati nel riferire le informazioni si mettono a disposizione dei pazienti.

Le informazioni principali riguardanti il paziente assistito sono registrate per iscritto ad ogni turno nella cartella infermieristica. Il piano assistenziale viene generalmente elaborato al momento dell'ingresso del paziente nell'unità operativa, ma può essere integrato, come già segnalato, durante la permanenza del paziente nel Policlinico in caso di modificazioni della situazione assistenziale o del piano diagnostico-terapeutico.

La visita medica di una determinata équipe medica, viene seguita dall'infermiere a cui sono affidati i pazienti di quella area clinica per quel turno lavorativo. Egli registra le richieste e le modificazioni relative alle procedure diagnostico-terapeutiche su apposite schede presenti nella cartella infermieristica. Il coordinatore del reparto può essere presente durante la visita medica, ed affiancare l'infermiere responsabile del paziente.

In alcune unità operative il giro visita è costituito da due momenti consecutivi: un primo momento con una discussione a tavolino tra le varie figure professionali sulla situazione clinica del paziente e sull'iter da seguire, ed un secondo momento con la visita a letto del paziente.

Le coordinatrici delle unità di degenza del Policlinico svolgono prevalentemente funzioni di coordinamento, supervisione, verifica e controllo dell'attività assistenziale erogata, anche se in alcune situazioni (emergenze, momento della consegna, visita medica) possono svolgere attività assistenziali dirette sui pazienti a supporto dell'infermiere responsabile del paziente.

Solitamente ad ogni reparto vengono assegnati due o tre ausiliari a secondo del numero di pazienti presenti nel reparto per ogni turno diurno. Gli ausiliari sono assegnati al singolo reparto e non ai singoli pazienti, come avviene per il personale infermieristico, in quanto la loro organiz-

zazione del lavoro è per compiti e mansioni. Le attività svolte dagli ausiliari nei diversi reparti di degenza sono state stabilite dai coordinatori (di cui uno è il diretto responsabile e coordinatore), approvate dalla Direzione sanitaria ed inserite in specifici protocolli di reparto. Essi rimangono assegnati ad uno specifico reparto per sei mesi-un anno, in modo da conoscere bene le necessità dell'unità operativa.

Anche gli studenti infermieri del Corso di Laurea in Infermieristica dell'università CBM hanno un ruolo attivo all'interno delle unità operative, grazie anche a questo modello assistenziale e alla filosofia educativa dell'Università CBM, che riconosce la centralità dello studente così come riconosce la centralità del paziente (9). Le attività svolte dagli studenti sono stabilite sulla base degli obiettivi di apprendimento corrispondenti all'anno di corso e allo specifico corso integrato, al fine di tradurre in pratica gli insegnamenti ricevuti a livello teorico. Ogni studente viene affidato ad un tutor clinico per tutta la permanenza nell'unità operativa o per il singolo turno (se effettua solo turni mattutini). Gli infermieri tutor clinici vengono scelti dal coordinatore del reparto sede di tirocinio, in accordo con la Direzione Infermieristica, in base alla loro esperienza, formazione (possessione di perfezionamento o master in tutorato), e alle caratteristiche dello studente.

Le criticità del modello organizzativo assistenziale segnalate dai coordinatori del Policlinico CBM sono legate principalmente a: presenza di personale infermieristico di giovane età con esperienza clinica limitata che, in alcune circostanze, può avere difficoltà nel prendersi la responsabilità della gestione totale di pazienti complessi, con necessità di un maggiore controllo, supervisione e consulenza da parte dei coordinatori; presenza contemporanea nella stessa unità operativa di più specialità cliniche (si va da un minimo di due ad un massimo di sei aree cliniche confluenti in uno stesso reparto), che richiede agli infermieri una elevata competenza clinica in vari ambiti, ma anche una elevata capacità organizzativa e gestionale per coordinarsi con le varie équipe mediche, con gli altri colleghi e con i servizi; brevità dei ricoveri ospedalieri che comporta una riduzione dei tempi dedicati all'educazione del paziente e la difficoltà di realizzare il piano di assistenza per alcuni problemi che richiedono tempi lunghi di approccio; difficoltà del personale medico nel comprendere alcuni aspetti del modello assistenziale infermieristico, come per esempio l'identificazione dello specifico infermiere di riferimento, sul quale non sempre convergono tutte le informazioni relative ai pazienti assistiti; necessità di disporre in maniera flessibile di un numero adeguato di infermieri e figure di supporto sulla base del carico di lavoro assistenziale, che può variare nel tempo.

I punti di forza del modello assistenziale CBM risultano essere invece: la presenza di uno specifico infermiere

di riferimento per ogni paziente, che garantisce la conoscenza dei bisogni del paziente e delle sue problematiche permettendogli di redigere un piano assistenziale completo e personalizzato; il mantenimento della continuità assistenziale grazie alla presenza degli stessi infermieri che seguono gli stessi pazienti, che permette l'instaurarsi di un rapporto reciproco di fiducia ed empatia; migliore comunicazione e collaborazione tra personale medico ed infermieristico, facilitato dalla presenza per ogni turno di un unico infermiere di riferimento per ciascun paziente; ottimizzazione di tempi e risorse con riduzione dei tempi di ricovero; migliore adesione del paziente al programma assistenziale-terapeutico, grazie allo sviluppo di una maggiore fiducia verso la competenza professionale dell'infermiere; stimolo per una continua formazione professionale degli infermieri per raggiungere una sempre maggiore competenza clinica, organizzativa e gestionale; alta soddisfazione dei pazienti per la qualità dell'assistenza ricevuta; alta gratificazione per il personale infermieristico che può valutare direttamente i risultati dell'assistenza erogata.

Va segnalato, in conclusione, che il modello è applicato complessivamente nella sua forma dichiarata. Sono state segnalate differenze tra le varie unità operative per quanto riguarda le modalità di riportare il processo di nursing nella cartella infermieristica: alcune volte i piani assistenziali sono riportati nella loro forma completa (raccolta dati, diagnosi, interventi e valutazione), altre volte sono indicati solo la raccolta dati e gli interventi attuati.

In alcuni casi si nota una predilezione allo scambio verbale delle informazioni rispetto a quello scritto (cartella infermieristica) o si riscontra una difformità nella registrazione delle informazioni che riguardano i pazienti da parte degli infermieri al momento della consegna; solo in alcune unità prima del giro visita viene effettuato un incontro tra medici e infermiere responsabile per discutere sul percorso diagnostico-terapeutico e sui problemi assistenziali del paziente.

Dall'osservazione effettuata sul campo si rileva in alcune situazioni che il tutor clinico, soprattutto quando è presenziato dai tempi dell'attività assistenziale e dalle esigenze organizzative, ha difficoltà a rispettare i contratti di apprendimento dei singoli studenti, soprattutto nel caso di studenti di 1 e 2 anno, a cui a volte vengono richiesti compiti che non rientrano negli obiettivi specifici del loro anno di corso.

Discussione

Dai dati raccolti attraverso la presente ricerca è possibile ricavare la seguente descrizione sintetica del modello CBM: è un sistema di erogazione dell'assistenza infermie-

ristica in cui un infermiere assume la completa responsabilità dell'erogazione delle cure infermieristiche ad un determinato gruppo di pazienti, per tutta la durata di un singolo turno lavorativo. In caso di pazienti ad alta complessità assistenziale l'infermiere può richiedere il supporto e la collaborazione degli altri infermieri in turno; si può avvalere anche dell'aiuto di ausiliari assegnati alle singole unità operative di degenza, i quali svolgono le attività stabilite dai piani di lavoro secondo il loro livello di competenze.

Per determinare con quali modelli assistenziali descritti in letteratura il modello CBM avesse una maggiore affinità e maggiori caratteristiche in comune, è stata effettuata un'analisi comparativa e incrociata delle caratteristiche principali dei modelli assistenziali più conosciuti ed utilizzati in Italia (funzionale, primario, modulare, assistenza totale e piccole équipe) con quelle del modello CBM sopra descritto.

Dall'analisi effettuata è risultato che il modello CBM ha un'"alta affinità" con il modello di assistenza totale al paziente (*total patient care*), in quanto ha in comune due caratteristiche importanti: un infermiere responsabile dell'assistenza totale e personalizzata ad un gruppo di pazienti limitata ad un turno lavorativo, e l'assistenza infermieristica erogata soltanto da personale infermieristico. Ha una "media affinità" con il modello modulare in quanto quest'ultimo è caratterizzato dalla presenza di un infermiere responsabile dell'assistenza totale al paziente durante il turno lavorativo. Ha un'"affinità" bassa con il modello per piccole équipe e quello primario. Nel modello di *primary nursing*, infatti, l'infermiere primario è responsabile dell'assistenza al paziente per tutta la durata della degenza e non soltanto per un turno lavorativo, e quando non è in servizio altre figure attuano l'assistenza ai pazienti a lui assegnati; inoltre egli deve essere facilmente reperibile 24 ore su 24 per decidere eventuali cambi al piano assistenziale. Nel modello per piccole équipe, invece, c'è un infermiere capo équipe che pianifica l'assistenza per il turno lavorativo, ma l'assistenza è attuata principalmente da altre figure assistenziali (anche non infermieristiche); nel modello CBM non esiste una tale équipe assistenziale, ma è soltanto un infermiere ad essere dedicato all'assistenza di quel gruppo di pazienti, supportato, ove lo ritenesse necessario, da altro personale non stabilmente assegnato a quei pazienti.

Il modello CBM risulta non avere "nessuna affinità" con il modello funzionale in quanto nel modello funzionale l'attività assistenziale è incentrata sui compiti e non sui pazienti, la responsabilità dell'assistenza di ogni infermiere è limitata al singolo compito svolto, non esiste una documentazione assistenziale individualizzata ed è la caposala la persona su cui si accentrano tutte le informazioni cliniche relative ai pazienti.

Conclusioni

Possiamo quindi concludere che il modello di organizzazione dell'attività assistenziale del CBM presenta alcuni elementi in comune con i modelli descritti in letteratura, ma possiede anche degli elementi di originalità che lo rendono unico in Italia. Infatti, al di là di alcune esperienze isolate di modelli assistenziali alternativi al modello funzionale, che è il più diffuso in Italia, il Policlinico CBM è l'unico ad avere adottato questo sistema di erogazione dell'assistenza. Alcuni studi preliminari hanno permesso di valutare come esso faccia registrare un'alta soddisfazione dei pazienti ricoverati, che si sentono conosciuti come persone dagli infermieri che li seguono per tutta la degenza, con un'attenzione particolare al loro benessere e alla loro autonomia (10).

Il rapporto di empatia e di fiducia che si instaura in questo modo tra paziente ed infermiere non solo permette al paziente di poter usufruire di un'assistenza di alta qualità, ma permette anche di ottenere una sua migliore adesione al programma assistenziale-terapeutico, una contrazione dei tempi di ricovero, una riduzione dei disagi legati all'ospedalizzazione ed una ottimizzazione dell'uso delle risorse. Inoltre il modello organizzativo assistenziale CBM costituisce un ottimo strumento per valorizzare al meglio le competenze e le capacità degli infermieri.

Bibliografia

1. Carpenito-Moyet LJ. Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica. 3 ed. CEA, Milano 2006: 2.
2. Cuthbert M, Duffield C, Hope J. Management in nursing. WB Saunders, Sidney 1992: 60-65.
3. Marriner Tomey A. Management infermieristico. Teoria e pratica. Sorbona, Milano 1995.
4. McGillis Hall L, Doran D. Nurse staffing, Care delivery Model, and Patient Care Quality. J Nurs Care Qual 2004; 19(1): 27-33.
5. Hoffart N, Woods C. Elements of a Nursing Professional Practice Model. J Prof Nurs 1996; 12(6): 354-364.
6. Tiedeman ME, Lookinland S. Traditional models of care delivery. Journal of Nursing Administration 2004; 34 (6): 291-297.
7. Manthey M. Delivery Systems and Practice Models: a Dynamic balance. Nursing management 1991; 22 (2): 16-7.
8. Streubert Speziale HJ, Carpenter DR. La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico. Idelson-Gnocchi, Napoli 2005.
9. Binetti P, De Marinis MG, Matarese M, Tartaglioni D. La formazione del tutore clinico: l'esperienza del III corso di perfezionamento presso l'università Campus Bio-Medico. Professioni infermieristiche 1999; 52 (2): 84-91.
10. De Marinis MG, Tartaglioni D, Barros C, Piredda M, Spiga F, Gianotti L, Pascarella MC, Petitti T. Patients' satisfaction of standardized versus non standardized nursing care in abdominal surgery: a controlled trial. Proceedings of the 6th biennial Conference of the association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO) "Nursing communication in multidisciplinary practice". Amsterdam: Oud Consultancy, 2007; 218-221.

Family-centered and Family-oriented Care in Pediatrics

L'Assistenza Family-centered e Family-oriented in Pediatria

M PETTOELLO-MANTOVANI^{1,2}, A CAMPANOZZI¹, L MAIURI¹, IDA GIARDINO¹

¹ University of Foggia School of Medicine, Division of Pediatrics - Foggia, Italy

² World Health Policy Forum (WHPF) - Lausanne, Switzerland

Background. To humanize the management of children in hospitals has become a serious concern of civil society and one of the main goals of public and private health centers, health care providers and governments. **Description.** The concepts of family-centered and family-oriented care are discussed with the aim to emphasize their importance in pediatrics. Notions related to family-centered care, such as cultural diversity and cultural competence, are also discussed given the importance they have gained following the recent transformations of socioeconomic, demographic and ethnic characteristics of economically advantaged Countries. Family-centered care has developed as a result of the increased awareness of the importance of meeting the psychosocial and developmental needs of children and of the role of families in promoting the health and well-being of their children. Family-oriented care aims at extending the responsibilities of the pediatrician to include screening, assessment, and referral of parents for physical, emotional, social problems or health risk behaviors that can adversely affect the health and emotional or social well-being of their child. **Conclusion.** Family-centered and family-oriented care concepts should be incorporated into all aspects of pediatricians' professional practice, whether it is private practice or in public hospitals, to better serve the needs of ill children.

Index Terms Family-centered care. Pediatrics

Premessa La gestione degli ospedali pediatrici è un problema che preoccupa seriamente la società civile. Essa è considerata l'obiettivo principale delle strutture sanitarie pubbliche, private e governative.

Descrizione Si trattano i concetti di assistenza "family-centered" e "family-oriented" evidenziandone l'importanza anche in campo pediatrico. Si considerano inoltre gli aspetti legati alle diversità e alle competenze culturali prendendo in considerazione le recenti trasformazioni socioeconomiche, demografiche e le caratteristiche etniche delle nazioni più avanzate. L'assistenza "family-centered" si è sviluppata come conseguenza di una maggiore consapevolezza della necessità di soddisfare i bisogni psico-sociali dei bambini e dell'importanza del ruolo della famiglia nella promozione della salute e del benessere dei loro figli. L'assistenza "family-oriented" ha lo scopo di aumentare la responsabilità dei pediatri aggiungendo ai loro compiti gli screening di valutazione oltre che essere un punto di riferimento per i genitori con problemi sociali e comportamenti a rischio della salute o che possono compromettere la salute psicofisica e il benessere sociale dei loro figli. **Conclusioni** L'assistenza "family-centered" e "family-oriented" sono concetti che andrebbero incorporati in tutti gli aspetti della pratica professionale dei pediatri sia che lavorino privatamente che negli ospedali per far fronte ai bisogni dei bambini malati nel migliore dei modi.

Parole Indice Assistenza family-centered. Pediatria

Il lavoro spetta in pari misura a tutti gli autori
All authors participated equally in this work

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Massimo Pettoello-Mantovani
Unità di Pediatria
Università degli Studi di Foggia
Viale Pinto – 71100 Foggia,
mpm@unifg.it

Introduction

During the last fifty years there has been a profound change in the approach to children who are hospitalized whether for short or long periods of time (1-9). In fact, to humanize the management of children in hospital has become a serious concern of civil society and one of the main goals of public and private health centers, health care providers and governments (10).

In this general context, the concept of family-centered care has developed in the economically advantaged countries, as a result of the increased awareness of the importance of meeting the psychosocial and developmental needs of children and of the role of families in promoting the health and well-being of their children (1-9). Family-centered care in pediatrics is based on the understanding that the family is the child's primary source of strength and support and that the child's and family's perspectives and information are important in clinical decision making (11). It is now a consolidated notion for family-centered trained professionals, that health care experiences can enhance parents' confidence in their roles and, eventually, increase the competence of children and young adults to take responsibility for their own health care, particularly in anticipation of the transition to adult service systems (12-13). In particular, family-centered care has been promoted during the last fifteen years as the philosophies, principles and practices that put the family at the heart or center of services; the family has been identified as the driving force (14).

In parallel, the notion of family pediatrics (family-oriented care) developed among pediatricians as a concept not in contrast but in harmony although different from family-centered care. As recently emphasized by the report of the American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on the Family, family pediatrics aims at extending the responsibilities of the pediatrician to include screening, assessment, and referral of parents for physical, emotional, social problems or health risk behaviors that can adversely affect the health and emotional or social well-being of their child (11).

This paper, will discuss the concepts of family-centered care and family pediatrics with the aim to emphasize the importance of the beneficial interfacing between the two conceptions. Furthermore, the unprecedented, rapid transformations of socioeconomic, demographic and ethnic characteristics of Western societies and their cultural repositioning in the global context, has brought to public attention other important aspects and notions related to family-centered care and family pediatrics, such as cultural diversity and cultural competence, which will be also discussed in the paper.

It is important to point out that many of the concepts discussed in the paper are typical of the Anglo-Saxon medical system and may not be a cultural patrimony in other

Countries. In fact, in the US and United Kingdom health system such concepts emerged and developed several years ago. However, in European Countries such as Italy, the pediatric health system is advanced and include many organizational structures which are in many ways comparable to the English world. For instance, family-pediatrics and family-pediatricians are respectively equivalent to the Italian State health institution "Pediatria di Famiglia" and to the professional figure of "Pediatria di Famiglia" also called "pediatria di libera scelta" which is part of the Italian public health system. Furthermore, there is an ongoing project of the Italian Ministry of Health, the major health care provider in this Country, to establish the pediatric "Casa della Salute", which is an institution comparable in many ways to the Medical Home typical of the Anglo-Saxon medical system.

Family-centered care concepts merging in family pediatrics

Family-centered care is an innovative approach to the planning, delivery, and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among health care patients, families, and providers. It incorporates the patient, the health care provider, and the family in all aspects of care. In fact, at the heart of family-centered care is the belief that health care providers and the family are partners, working together to best meet the needs of the child. Parents and family members provide the child's primary strength and support. Their information and insights can enhance the professional staff's technical knowledge, improve care and help design better programs and friendlier systems (13).

In general, family-centered care applies to patients of all ages, and it may be practiced in any health care setting. However, this unique approach is of particular importance in the management of hospitalized children, given the role that hospitalization may play as a time of potential crisis for the child and family (11).

The objective of family-centered care objective is to assure the health and well-being of children and their families through a respectful family-professional partnership and it should be considered the standard of practice producing high quality services (8).

Historically, family-centered care has evolved from the concept of medical home, which is not a building, house, or hospital, but rather an approach to providing comprehensive primary care. A medical home is defined as primary care that is accessible, continuous, comprehensive, family centered, coordinated, compassionate, and culturally effective. In a medical home, a pediatric clinician works in partnership with the family/patient to assure that all of

the medical and non-medical needs of the patient are met (13). Through this partnership, the pediatric clinician can help the family/patient access and coordinate specialty care, educational services, out-of-home care, family support, and other public and private community services that are important to the overall health of the child/youth and family. As a matter of fact, for many years family-centered care had the characteristic of an effective medical home (12) and much of the early work focused on hospitals; for instance, as a multitude of studies progressively emphasized the impact of separating hospitalized children from their families, many institutions adopted policies that welcomed family members to be with their child around the clock and also encouraged their presence during medical procedures.

In Europe, such new concepts and policies gradually became accepted, although only few research studies and extensive reports, frequently of humanistic rather than scientific type, were produced on the topic. Conversely, in the Anglo-Saxon Countries family-center care has long been a matter of public attention and scientific investigation. In the New World, family-centered care was given further bust by consumer-led movements of the 1960s and 1970s and by professionals in education, health, and child development, which prompted US Federal legislation of the late 1980s and 1990s, much of it targeted at children with special needs, to provide additional validation of the importance of family-centered principles (13).

Nowadays, attention for family-centered care continues to grow in economically advantaged Countries and its momentum is further supported by a growing body of research and by prestigious organizations. For instance, the American Academy of Pediatrics (AAP) has incorporated some of the principles of family-centered care into its policy statements (14) and the US Institute of Medicine in its 2001 report *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, emphasized the need to ensure the involvement of patients in their own health care decisions, to better inform patients of treatment options, and to improve patients' and families' access to information (15). It is quite evident how much these recommendations are intrinsic to family-centered practice and their influence in the public health community.

The embedding of family-centered care concepts in family-oriented care in pediatrics has produced a positive new approach to health care which shapes health care policies, programs, facility design, and day-to-day interactions among patients, families, physicians, and other health care professionals (16). However, the practice of family-centered care by health care professionals could be productive only if the community of health care professionals recognize the vital role that families play in ensuring the health and well-being of children and family members of all ages.

In that view, it is critical that health practitioners acknowledge that emotional, social, and developmental support are integral components of health care. Furthermore, each child and family's innate strengths should be respected and the health care experience must be considered as an opportunity to build on these strengths and support families in their care-giving and decision-making roles (17).

Core principles of family-centered care

Under many aspects, family-centered care can be considered as an extension of patient-focused care, a concept that acquired general attention in the early 1990s (8). The fundamental premise of patient-focused care was to abandon the traditional approach in which care was based on what worked well from an organizational perspective, promoting the concept that delivery of care should be based on the needs of the patient. Family-centered care simply takes patient-focused care to the next step and expands the concern to include in the loop of care those persons who are important in a patient's life (13).

It is now a consolidated conviction in pediatrics that acceptance and correct practice of family-centered approaches will produce better health outcomes and wiser allocation of resources as well as greater patient and family satisfaction. However, much confusion remains over what family-centered critical care actually is (8). Many clinicians incorrectly associate family-centered care with open visiting. This misconception originate, in part, from the common implementation of policies for flexible visiting hours in units that are attempting to provide more family-oriented care. Given that family-centered care is a philosophical approach to care that recognizes the needs of patients' family members as well as the important role that family members play during a patient's illness, it is therefore not defined by a singular intervention. In fact, no single intervention and not even a group of interventions will ensure a family-focused environment. For instance, it would be wrong to believe that simply allowing a family member to be at a patient's bedside 24 hours a day would mean that the staff met the family's needs. In fact, having a family member present in a situation in which staff members are not equipped to meet the family's needs could ultimately have unfavorable consequences. Family members may be more stressed if they feel ignored by a nurse, neglected by physicians or are made to believe that they are somehow in the way or interfering with the patient's care (8).

An important step toward the establishing of family-centered care concepts has been made in 2003 by the American Academy of Pediatrics, which issued a policy statement indicating nine key principles, that should guide the practice of family-centered care in pediatrics (Table I).

*Table I***CORE PRINCIPLES OF FAMILY-CENTERED CARE**

1. Respecting each child and his or her family
2. Honoring racial, ethnic, cultural, and socioeconomic diversity and its effect on the family's experience and perception of care
3. Recognizing and building on the strengths of each child and family, even in difficult and challenging situations
4. Supporting and facilitating choice for the child and family about approaches to care and support
5. Ensuring flexibility in organizational policies, procedures, and provider practices so services can be tailored to the needs, beliefs, and cultural values of each child and family
6. Sharing honest and unbiased information with families on an ongoing basis and in ways they find useful and affirming
7. Providing and/or ensuring formal and informal support (eg, family-to-family support) for the child and parent(s) and/or guardian(s) during pregnancy, childbirth, infancy, childhood, adolescence, and young adulthood
8. Collaborating with families at all levels of health care, in the care of the individual child and in professional education, policy making, and program development
9. Empowering each child and family to discover their own strengths, build confidence, and make choices and decisions about their health

American Academy of Pediatrics - 2003

The AAP statement indicates that family-centered care is grounded in collaboration among patients, families, physicians, nurses, and other professionals for the planning, delivery, and evaluation of health care as well as in the education of health care professionals. This partnership proposed by the AAP statement implies that practice of family-centered care in pediatrics should pursue a number of unavoidable tasks, including the support to youth as they transition to adulthood, acknowledgment of family as the constant in a child's life and the honor of cultural diversity and family tradition. Such tasks are reported in table II.

The 2003 AAP statement has been undoubtedly a significant step toward the correct management of the needs of hospitalized children. However, in spite of the widespread attention and growing knowledge regarding family-centered care, there is still confusion over this concept and its practice may cause frustrations for many staff members who think that family-centered care may not be in the best interest of either patients or health personnel. In general, adult patients who are able should always be asked to what extent they want their family to participate in care. Family's involvement is presented as a choice and lets patients know that family members are welcome should the patients so decide (8). Patients may, in fact, not want any visitors or any information given out to family members. Of course, in pediatrics the practice of these concepts is facilitated by the nature of the patients and their dependence by families or guardians. However, it is also important that care for the needs of children and family's involvement are not misrepresented as opportunities for the staff to alleviate their job or to charge families with duties or responsibilities that not pertain to them.

On the other hand it is equally important and helpful for staff members to see that the essence of family-centered care is consistent with patient-centered care. To such regard, a great concern often raised by staff members is that family-centered care demands that staff relinquish all structures within the unit that allow some form of order in this otherwise chaotic environment. This concern should be considered absolutely not the case. For example, during a critical illness, patients' families will benefit from guidance and structure to help them deal with the situation. It is crucial that staff members fully understand what family-centered care is and is not, to avoid any room for disruptive discussions, as well as they must be reassured by knowing that boundaries and limitations are still in place and that the expertise of staff members remains a critical factor in ensuring the success of family-centered care (8, 13).

The important concept that must be reiteratively stressed is that the needs of the children are always the priority, even in a family-centered environment. Research indicates that it is important to the hospitalized child's family members to be assured that he/she is receiving the best possible care (18). Interventions such as having family members present during procedures and resuscitations help to reassure family members that everything possible is being done for the patient (19). Understanding and meeting children's needs in hospitals should always be the priority for both the patient's family and health care providers.

Finally, family-centered way of practice requires that outdated rules and regulations that were imposed for the benefit of the organization rather than children or their families should be reviewed and reconsidered. Structures and policies that provide for the support and safety of pa-

Table II

TASKS OF FAMILY-CENTERED CARE IN PEDIATRICS

Family-centered care:

1. Acknowledges the family as the constant in a child's life.
 2. Builds on family strengths.
 3. Supports the child in learning about and participating in his/her care and decision-making.
 4. Honors cultural diversity and family traditions.
 5. Recognizes the importance of community-based services.
 6. Promotes an individual and developmental approach.
 7. Encourages family-to-family and peer support.
 8. Supports youth as they transition to adulthood.
 9. Develops policies, practices, and systems that are family-friendly
 10. and family-centered in all settings.
 11. Celebrates successes.
-

Sources:

- National Center for Family-Centered Care. *Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs*. (1989). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
 - Bishop, Woll and Arango (1993). *Family/Professional Collaboration for Children with Special Health Care Needs and their Families*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Social Work.
 - Family-Centered Care Projects 1 and 2 (2002-2004). Bishop, Woll, Arango. Algodones, NM; Algodones Associates
-

tients and their family members are generally welcomed by family members and help staff members to carry out their responsibilities in a timely and efficient manner (8).

Importance of Cultural Diversity and Cultural Competence for family-centered care in the context of socioeconomic, demographic and ethnic changes of economically advantaged countries

Cultural Diversity is generally defined by coexistence of numerous distinct ethnic, racial, religious, or cultural groups within one social unit, organization, or population. As a source of exchange, innovation and creativity, cultural diversity is as necessary for humankind as biodiversity is for nature. In this sense, it is the common heritage of humanity and should be recognized and affirmed for the benefit of present and future generations. This approach to cultural diversity should be taken by economically advantaged Countries in confronting socioeconomic, demographic and ethnical changes within their civil societies. In our increasingly diverse societies, Cultural Diversity is essential to ensure harmonious interaction among people and groups with plural, varied and dynamic cultural identities as well as their willingness to live together (20-22).

Cultural competence is defined as a set of values, behaviors, attitudes, and practices within a system, organiza-

tion, program or among individuals which enables them to work effectively cross culturally (Table III). Further, it refers to the capability to respect the beliefs, language, inter-personal styles and behaviors of individuals and families receiving services, as well as staff who are providing such services. At a systems, organizational, or program level, cultural competence requires a comprehensive and coordinated plan that includes interventions at all the levels from policy-making to the individual, and is a dynamic, ongoing, process that requires a long-term commitment. An important component of cultural competence is linguistic competence, the capacity of an organization and its personnel to communicate effectively, and convey information in a manner that is easily understood by diverse audiences including persons of limited local language proficiency, those who are not literate or have low literacy skills, and individuals with disabilities.

Cultural Competence and Cultural Diversity are profoundly interconnected to the concept and practice of family-centered care. In fact, Cultural Competence is necessary in providing care to culturally diverse families. Family-centered care values the strengths, cultures, traditions and expertise that everyone brings to a respectful family/professional partnership, where families feel they can be decision makers with providers at different levels, in the care of their own children and as advocates for systems and policies supportive of children and youth with special

Table III**PRINCIPLES OF CULTURAL COMPETENCE****An organization should:**

1. Value diversity in families, staff, providers and communities;
2. Have the capacity for cultural self-assessment;
3. Be conscious of the dynamics inherent when cultures interact, e.g. families and providers;
4. Institutionalize cultural knowledge;
5. Develop adaptations to service delivery and partnership building reflecting an understanding of cultural diversity.

An individual should:

1. Examine one's own attitude and values;
2. Acquire the values, knowledge, and skills for working in cross cultural situations;
3. Remember that every one has a culture.

Sources:

- Maternal and Child Health Bureau (MCHB), Guidance and Performance Measures for Discretionary Grants, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Denboba and Goode, 1999 and 2004.
- Cross, Bazron, Dennis and Isaacs, Towards a Culturally Competent System of Care, 1989.
- Goode and Jones, Definition of Linguistic Competence, National Center for Cultural Competence, 2004.

health care needs. It requires culturally competent attitudes and practices in order to develop and cultivate those partnerships and to have the knowledge and skills that will enable the health care practitioners to be "family-centered" with the many diverse families that exist and they interact with. Various and untraditional strategies can be also adopted to support health system in providing proper care to sick children, including those who are hospitalized. For instance, building relationships with community cultural brokers, is an approach that can help health care institutions and health care professionals in understanding rules and behaviors of different communities (23-27).

In brief, knowledge of cultural diversity is vital at all levels of health system and knowledge about cultures and their impact on interaction with health care is essential for health care professionals, whether they are practicing in a clinical setting, education, research or administration. Knowledge and skills related to the important concept of cultural diversity and acquaintance with cultural competence are factors that must be considered strategic to strengthen and broaden health care delivery systems.

Conclusions

In conclusion, the social, political and most in general cultural changes in today's globalized world, has accelerated various innovative approaches in different sectors of

society, including the health system. Family-centered care approach well serve the need for an updated management of children in teaching and non teaching hospitals; and education and training in family-centered care should be provided to all trainees, students, and residents as well as staff members.

In accordance with the American Academy of Pediatrics' recommendations (13), core concepts of family-centered care should be incorporated into all aspects of pediatricians' professional practice, whether it is private practice or in hospital. Whatever the context, pediatricians should unequivocally convey respect for parents' or guardians' unique insight into and understanding of their child's behavior and needs, should actively seek out their observations, and should appropriately incorporate family preferences into the care plan. Decisions on a patient's plan of care should be made only after such consultation has been made.

In hospitals, conducting attending physician rounds (ie, patient presentations and rounds discussions) in the patients' rooms with the family present should be standard practice. This will facilitate the exchange of information between the family and other members of the child's health care team and encourage the involvement of the family in the decisions that are commonly made during rounds. In teaching hospitals in particular, a lasting impression will be made on students and house staff when they are encouraged in this process by their attending physician.

Working with families in decision making and information sharing in all practice settings should always take into account the older child's and young adult's capacity for independent decision making and right to privacy and confidentiality. In this view, parents and guardians should be offered the option to be present with their child during medical procedures and offered support before, during, and after the procedure and pediatricians should promote the active participation of all children in the management and direction of their own health care, beginning at an early age and continuing into adult health care. During their work in collaboration with families and other health care professionals, pediatricians should also examine systems of care, individual interactions with patients and families, and patient flow and should modify these as needed to improve the patient's and family's experience of care.

In general, in every health care encounter, pediatricians should share information with children and families in ways that are useful and affirming. A further important aspect is to encourage and facilitate family-to-family support and networking, particularly with families of similar cultural and linguistic backgrounds or families who have children with the same type of medical condition. Families should be also invited to collaborate in pediatric research programs. They should have a voice at all levels in shaping the research agenda, in determining how children and families participate in research, and in deciding how research findings will be shared with children and families. Correct application of family-centered care imply that a variety of ways should be created for children and families to serve as advisors in family advisory councils, committees, and task forces dealing with operational issues in hospitals, clinics, and office-based practices; as participants in quality improvement initiatives; as educators of staff and professionals in training; and as leaders or co-leaders of peer support programs.

Finally, most favorable environments to practice an effective family-centered care in pediatrics must be provided by health care institutions. They should design their facilities to promote the philosophy of family-centered care and in hiring of staff, developing job descriptions, and designing performance-appraisal processes, they should make explicit the expectation of collaboration with patients and families and other family-centered behaviors.

Bibliography

1. Plank EN. Working With Children in Hospitals: A Guide for the Professional Team. The Press of Western Reserve University, Cleveland, OH 1962.
2. Haller JA, ed. The Hospitalized Child and His Family. The Johns Hopkins Press, Baltimore, MD 1967.
3. Skipper JK, Leonard RC, Rhymes J. Child hospitalization and social interaction: an experimental study of mother's feelings of stress, adaptation, and satisfaction. *Med Care* 1968; 6: 496-506.
4. Levine MI. Children in hospitals. A pediatrician's view. *Pediatr Ann* 1972; 1: 6-9.
5. Hardgrove CB, Dawson RB. Parents and Children in the Hospital: The Family's Role in Pediatrics. Little, Brown & Co, Boston, MA 1972.
6. Lindheim R, Glaser HH, Coffin C. Changing Hospital Environments. Harvard University Press, Cambridge, MA 1972.
7. Robinson GC, Clarke HF. The Hospital Care of Children: A Review of Contemporary Issues. Oxford University Press, New York, NY 1980.
8. Henneman EA, Cardin S. Family-Centered critical care: a practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse* 2002; 22: 12-19.
9. Thompson RH. Psychosocial Research on Pediatric Hospitalization and Health Care: A Review of the Literature. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1985 *Med Care* 1968; 6: 496-506.
10. Masera G, Jankovich M, Beltrame F. L'Umanizzazione dell'Ospedale: l'esperienza della Clinica Pediatrica dell'Ospedale di Monza. In Delle Fave A, Morsicano S, Eds. L'Umanizzazione dell'Ospedale. Riflessioni ed esperienze. Franco Angeli, Milano 2004: 115-131.
11. American Academy of Pediatrics. Task Force on the Family. Family pediatrics. *Pediatrics* 2003; 111:1539-1587
12. American Academy of Pediatrics. Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics* 2002; 110:184-186.
13. Neff JM, Eicher JM, Hardy DR, Klein M, Percelay JM, Sigrest T, Stuky ER. Family-Centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics* 2003; 112:691-696.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care. Child life services. *Pediatrics* 2000; 106:1156-1159.
15. Institute of Medicine. Committee on Quality Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. The National Academies Press, Washington, DC 2001.
16. LaRosa-Nash PA, Murphy JM. An approach to pediatric perioperative care: parent-present induction. *Nurs Clin North Am* 1997; 32:183-199.
17. Blesch P, Fisher ML. The impact of parental presence on parental anxiety and satisfaction. *AORN J* 1996; 63:761-768.
18. Haln MA. Support and reassurance needs. *Crit Care Clin North Am* 1992; 4:633-643.
19. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care* 1993; 2:238-245.
20. McEvoy M, Lee C, O'Neill A, Groisman A, Roberts-Butelman K, Dinghra K, Porder K. Are there universal parenting concepts among culturally diverse families in an inner-city pediatric clinic? *J Pediatr Health Care* 2005; 19:142-50.
21. American Nurses Association. Code With Interpretive Statements. Kansas City, Missouri 1985.
22. American Nurses Association. Cultural Diversity in Nursing. ANA House of Delegates, 1986. U.S. Census Bureau, The 1990 Census 1990.
23. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. Towards a culturally competent system of care, volume I. Georgetown University Child Development Center. CASSP Technical Assistance Center, Washington, DC 1989.
24. Davis K. Exploring the intersection between cultural competency and managed behavioral health care policy: Implications for state and county mental health agencies. National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning. Alexandria, VA 1997.
25. Isaacs M, Benjamin M. Towards a culturally competent system of care, volume II, Programs which utilize culturally competent principles. Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center. Washington, DC 1991.
26. Knitzer J. Unclaimed Children: The failure of public responsibility to children and adolescents in need of mental health services. U.S. Government Printing Office, Washington, DC 1982.
27. McDonald L, Billingham S, Conrad T, Morgan A, Nancy O, Payton S. Families and schools together (FAST): Integrating community development with clinical strategies. *Families in Society* 1997: 140-155.

L'Assetto Culturale e Istituzionale della Psichiatria in Italia

Cultural and Institutional Order of Italian Psychiatry

I CARTA

Professore Ordinario di Psichiatria - Università Statale degli Studi di Milano-Bicocca

Premessa Dall'epoca della promulgazione della legge 180 i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono collocati nello spazio degli Ospedali Generali e il loro funzionamento è normato dalle regole dettate dalle Direzioni Sanitarie di queste Istituzioni e deve essere conforme alle strategie che la Direzione Generale propone per la loro attualizzazione. Si è in tal modo realizzata la medicalizzazione della Psichiatria.

La Psichiatria è una branca della Medicina e come questa non è una scienza dotata di un suo statuto autonomo ma è tributaria per i suoi fondamenti scientifici di altre scienze: la fisica, la chimica, la biologia, la psicologia, la sociologia, l'antropologia. I paradigmi dominanti attualmente sono naturalistici, biologico-molecolare e farmacologici. Molti psichiatri confidano nelle scoperte della genetica per risolvere i problemi delle patologie psichiatriche e delle devianze sociali in generale. Il futuro della Psichiatria, in questo senso, sarebbe determinato dall'orientamento dominante soprattutto in ambito accademico. In realtà, come è avvenuto per la legge 180, per cui non c'è stata una gestazione universitaria, c'è molta Psichiatria che si muove guidata da paradigmi psicologici, sociologici e antropofenomenologici in cui riporre la speranza della realizzazione di un progetto culturale che bandisca l'alienazione da tutti i tessuti delle umane relazioni.

Parole Indice Legge 180. Medicalizzazione. Territorializzazione

Background *Since the promulgation of the law n. 180, the Psychiatric Services of Diagnosis and Care (SPDC) have been placed into the General Hospitals and their working have been guided by the rules of the Sanitary Management of these Institutions. Moreover, these services must be in compliance with the strategies proposed by the General Direction for their fulfilment. In this way medicalization of psychiatry has been realized.*

From the academic point of view Psychiatry is a branch of Medicine and likewise it is not a science provided with its own autonomous statute. In fact its scientific foundations are connected to other sciences: physics, chemistry, biology, psychology, sociology, anthropology and other far less specific sciences. At the moment, the dominant paradigms are the naturalistic, molecular-biological and pharmacological ones. Lots of psychiatrists believe that genetic discoveries will solve psychiatric pathologies and social deviation in general. The future of psychiatry, in this sense, would be determined by the dominant tendency especially in the academic world. Actually, as it happened with law n.180 for which there has never been a university management, great part of psychiatry follows the psychological, sociological and anthropo-phenomenological paradigms. Hoping that through these a cultural project to abolish alienation from every human relational aspects will be accomplished.

Index Terms Law 180. Medicalization. Deinstitutionalisation

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Italo Carta
Piazza Sant'Agostino, 22
20123 Milano

1. La problematicità dello statuto della Psichiatria

La Psichiatria in Italia, ma non soltanto in Italia, occupa un posto di rilievo all'interno delle Istituzioni ospedaliere, delle Aziende ospedale. Questa presenza comporta, alla pari di tutte le discipline che nel loro insieme costituiscono il corpo della Medicina nelle sue dimensioni scientifiche e assistenziali, una conflittualità, che entro certi limiti è fisiologica. La ragione di questa conflittualità risiede nella marcata tendenza di ogni disciplina ad autoreferenziarsi. È però un dato di fatto che tra tutte le discipline mediche quella che più riflette su se stessa e quindi è meno a rischio di autoreferenzialità è proprio la Psichiatria.

Il panorama che la Psichiatria italiana offre allo sguardo di chi intende essere informato dello stato dell'arte, come si suole spesso dire, presenta degli aspetti interessanti sotto diversi profili. Cercherò nel corso di questa esposizione di delinearne alcuni, quelli che, a mio parere, conferiscono a questa branca della Medicina (non bisogna dimenticare che nell'ordinamento universitario la Psichiatria, non solo in Italia, è una disciplina medica) i tratti che ne definiscono delle peculiarità distintive rispetto a tutte le altre.

Cominciamo a prendere in esame l'aspetto scientifico e interrogiamoci, noi psichiatri per informare correttamente chi non condivide con noi questa professione, se la Psichiatria possieda uno statuto scientifico unitario. Dico unitario e non autonomo perché, se non altro, in quanto collocata nell'ambito molto vasto della Medicina con tutte le discipline che vi afferiscono, come queste non può vantare di essere dotata di uno statuto scientifico autonomo. La Medicina, infatti, sia sotto il profilo teorico che sotto quello della prassi è tributaria delle scienze cosiddette nomotetiche, le scienze naturali esatte, quelle che fondano i loro enunciati teorici su formulazioni in termini matematici. Anche la Psichiatria, come altre discipline mediche, attinge per alcune delle sue prassi al bagaglio di "certezze" che le scienze matematiche mettono a disposizione di chi vuole utilizzare i suoi prodotti. Molte delle discipline che popolano il variegato paesaggio della Medicina si avvalgono delle competenze dei fisici e degli ingegneri e degli strumenti che la Fisica e soprattutto l'Ingegneria mette a loro disposizione per costruire modellizzazioni matematicamente formalizzate delle funzioni dell'apparato cardiocircolatorio, respiratorio e gastroenterico e sicuramente anche di altri distretti del corpo dal momento che non sussistono impedimenti ad elaborare modelli matematici che simulino, metaforizzino, per così dire, gli eventi naturali, la fisiologia di organi ed apparati degli esseri viventi e quindi anche dell'uomo.

A partire dal XIX secolo la suggestione esercitata sui cultori della Psicologia sperimentale del metodo matematico e delle conseguenti enunciazioni sotto forma di leggi, per esempio dei fenomeni della percezione (vedi la famo-

sa legge di Weber e Fechner), non ha cessato di far sentire la sua influenza sulla comunità scientifica degli psicologi e degli psichiatri. L'anima positivista di Freud avrebbe gioito, se avesse potuto ridefinire mediante algoritmi il funzionamento della mente e solo quando ebbe constatato che non poteva parlare degli eventi della vita psichica se non usando un linguaggio psicologico che fece la scelta di spiegare ciò che è dell'ordine degli eventi psichici con il linguaggio della psiche. Si intuisce, prima ancora di farne oggetto di un'esposizione articolata in argomentazioni che presentano sempre dei punti deboli o per lo meno problematici, che questo discorso si apre sulle tematiche dei rapporti tra la mente e il corpo o tra la mente e il cervello, tematica che affascina ed appassiona coloro che da qualche millennio interrogano se stessi e la natura per risolvere uno degli enigmi su cui poggia l'esistenza dell'uomo. Non è il caso di esporre sia pure in forma sintetica le posizioni che hanno preso nel corso dei secoli i filosofi e gli scienziati a riguardo del problema, dai Presocratici a Platone, Aristotele, Cartesio, Leibniz fino ai moderni cultori delle Neuroscienze e i sostenitori delle competenze sovrapponibili a quelle del cervello umano delle intelligenze artificiali. Esiste una ponderosa letteratura che tratta il tema sostenendo tesi inconciliabili o cercando una mediazione tra loro. Io mi limito ad affermare che la Psichiatria non è estranea al problema, dico la Psichiatria, non gli psichiatri di cui una fitta schiera si pone su posizioni marginali rispetto ad esso perché preferiscono abitare una specie di limbo, accogliere ed utilizzare i prodotti che l'industria farmaceutica mette loro a disposizione vantandone i vantaggi rispetto ad altri precedentemente sfornati o in commercio ma segnati da un marchio diverso.

Non si può, d'altra parte biasimarli troppo o trattarli quasi con una sorta di disprezzo o rivolgere ad essi uno sguardo altezzoso dall'alto di vertici culturali che spesso sono viziati da visioni ideologicamente unilaterali. Bisogna sempre tenere presenti le molte difficoltà che sempre si incontrano, quando ci si confronta con la sofferenza psichica, con l'angoscia nelle sue molteplici varietà fenomenologiche ed etiopatogenetiche.

La Psichiatria, si diceva non ha, come la Medicina, uno statuto autonomo. Le sue basi teoriche, le sue radici affondano nel terreno delle discipline nomotetiche e idiografiche. Accoglie gli enunciati generali formulati come leggi dalla Fisica e dalla Chimica e la lettura idiografica delle vicende dei singoli individui così come si declinano nel tessuto della storia, nello svolgimento narrativo delle biografie personali. All'oggettivazione cui conducono l'applicazione metodologica delle scienze matematiche si contrappone il riconoscimento del primato del soggetto, dei singoli soggetti al fine di cercare di comprendere quel che accade nello spazio mentale, nell'interiorità di chi evidenzia mediante segni e sintomi la sofferenza che lo affligge.

2. Il ruolo delle scienze idiografiche

Non sempre in Psichiatria, nella Clinica psichiatrica, la sofferenza si rivela come tale, ossia come esperienza di dolore perché può essere mascherata da indifferenza, cinismo, chiusura ermetica verso gli altri e il mondo in generale, aggressività rivolta all'esterno, ritiro sociale, apatia, consunzione apparentemente indolore dell'esistenza. L'utilizzo da parte della Psichiatria delle scienze nomotetiche sia per quel che concerne i contenuti di tali scienze sia per quel che attiene alle sue metodiche si estende a quelle discipline che sono ad esse collegate per l'impiego di criteri puramente descrittivi della realtà colta nella sua dimensione puramente quantitativa o guardata nell'espletamento di funzioni che evidenziano il dinamismo dei processi vitali. Lo studente di Medicina giunto al quinto o al sesto anno del piano di studi incontra la Clinica psichiatrica, quando ha già acquisito un bagaglio di conoscenze che hanno arricchito la sua mente di nozioni anatomiche, (la dimensione, per così dire, morfologicamente statica dell'uomo) di Fisiologia, di Neurofisiologia, dominate dalla lettura in chiave biologico molecolare del funzionamento della materia vivente. Non è, a volte, un compito facile per un docente di Clinica psichiatrica introdurre lo studente di Medicina nell'universo delle scienze idiografiche, proporgli come oggetto di attenzione e di studio il soggetto con la sua storia e l'identità che si è costruita poggiando sulle basi culturali della famiglia da cui proviene, delle tradizioni del suo popolo, del suo paese, della sua razza, di tutto quel complesso e intricato tessuto di significati che si legano alle parole e alle cose che sono sottese alla patologia psichica e ne costituiscono al tempo stesso lo sfondo e le figure.

I contributi più qualificati delle scienze idiografiche sono forniti dalle Psicologie che hanno come loro oggetto specifico lo studio dei processi inconsci della mente, la Psicoanalisi nelle sue diverse versioni e presupposti teorici, la Psicologia cognitivista, costruttivista e comportamentale, l'Antropologia culturale con la ricchissima messe di nozioni concernente miti, abitudini, costumi esplorati e interpretati nelle loro diacronie e sincronie, la Linguistica con i riferimenti teorici alle filosofie che l'hanno ispirata, la Filosofia, in particolare il pensiero fenomenologico che costituisce il fondamento della riflessione condotta secondo le categorie che hanno consentito di gettare uno sguardo comprensivo del vissuto nelle esperienze psicotiche, melanconiche e nevrotiche.

3. L'orientamento biofarmacologico

Assistiamo noi operatori di salute mentale a partire dalla seconda metà del secolo scorso ad una progressiva medicalizzazione della Psichiatria. Il fenomeno è andato evol-

vendosi con una progressiva e quasi esponenziale ascesa nella sua crescita e diffusione e le ragioni della dominanza del paradigma biologico, giustificatamene dominante in Medicina, è riconducibile a molteplici fattori. In primis il superamento, grazie alla sintesi e alla messa in commercio da parte delle industrie farmaceutiche di molecole genericamente denominate psicofarmaci, del nichilismo terapeutico in Psichiatria, temperato solo parzialmente dall'impiego, prima dell'avvento della psicofarmacologia, delle terapie convulsivanti e dal cosiddetto choc insulinico ha conferito più vigore e credibilità alla lettura delle patologie psichiatriche come forme espressive di malattie del cervello e solo del cervello o per lo meno primariamente neurologiche. Senza dubbio le molecole degli psicofarmaci agiscono sul substrato biologico dell'encefalo, sono materia ed energia che agisce su materia ed energia modificandone il biochimismo, attivando o inibendo complessi circuiti neuronali e processi biochimico-molecolari di cui le funzioni della vita psichica si avvalgono come cause materiali e forse anche formali delle loro espressioni.

Faccio solo un breve cenno alla pressione esercitata sulle istituzioni psichiatriche dalla case farmaceutiche e alle operazioni di marketing che hanno promosso l'impiego su larga scala degli psicofarmaci ansiolitici, antidepressivi, e neurolettici antipsicotici.

L'orientamento scientifico biofarmacologico si è andato quindi progressivamente affermando e consolidando e con esso la medicalizzazione della Psichiatria e ne è derivata una marcata tendenza a fare propria una concezione della validità della prassi medica fondata sulla evidenza: la Psichiatria si è in un certo senso consegnata, si è inserita nel filone di pensiero, si fa per dire, riassunto nell'enunciato programmatico di "evidence based medicine" la medicina fondata sulle evidenze. Che sia giustificata una medicina fondata sulle evidenze è perfettamente comprensibile quando il campo esperienziale è circoscritto alla evidenza fenomenica della lesione d'organo e della sua *restitutio ad integrum* ma estendere questo criterio alla Psichiatria significa tagliare nettamente fuori ciò che non è affatto evidente nel senso fenomenologico, ossia il vissuto esperienziale che i cosiddetti malati mentali hanno del loro mondo interno e della realtà esterna a loro e definire il loro miglioramento o peggioramento o la stabilizzazione di una loro condizione sulla base dei punteggi ottenuti applicando scale di valutazione e quantificazione dei loro sintomi. Si diceva all'inizio di questa esposizione dei diversi profili della Psichiatria, quelli caratterizzanti questa disciplina e le prassi che sono giustificate dai modelli teorici di riferimento. Un profilo molto importante è quello che è stato conferito alla Psichiatria dalla legge di riforma psichiatrica conosciuta da molti come legge 180. Questa legge di riforma è stata promulgata il 13 maggio del 1978 ed è stata integralmente recepita nella legge 833 promulgata nel

dicembre dello stesso anno: la legge 833 è stata la legge che ha riformato l'intera Sanità. Conformemente a questa legge, come molti sanno, gli Ospedali psichiatrici hanno prima cessato di accogliere nuove patologie e dopo più di 20 anni sono stati definitivamente chiusi.

4. La legge 180 e la fine dell'ospedale psichiatrico

La trasformazione più importante dal punto di vista politico-amministrativo è stata prodotta dall'inserimento a pieno titolo della Psichiatria -e di tutte le strutture assistenziali in cui essa si articola- nel corpo della Sanità, decretando in tal modo la fine di un'epoca in cui i malati mentali costituivano una categoria nettamente distinta e discriminata rispetto a coloro che necessitavano di assistenza, ma erano affetti da patologie diverse. Fu questo un evento veramente epocale che restituiva, almeno sotto il profilo giuridico, ai malati mentali il diritto di cittadinanza di cui erano stati espropriati a causa della patologia di cui erano affetti e, in molti casi non tanto a causa di essa ma solo per il fatto di essere stati internati in un manicomio. Prima della legge 180 i malati degenti negli O.P. erano di fatto dei reclusi, persone emarginate, private dei loro diritti civili, di fatto interdetti anche se non era stata emanata per loro una sentenza che li confinava in tale situazione, segnati da uno stigma cui erano legati dei significati a volte perfino infamanti, sempre motivo di discriminazione rispetto all'universo dei soggetti la cui normalità era garantita dal fatto di non essere mai entrati nel circuito della Istituzione psichiatrica, Istituzione cosiddetta totale, ossia nettamente separata dal contesto sociale e, in alcuni casi, quasi autosufficiente, il villaggio, la cittadella dei folli. In realtà sono stati necessari molti anni prima che la medicalizzazione della Psichiatria sotto il profilo giuridico amministrativo sancito dalla legge 180 divenisse un fatto culturalmente condiviso nell'ambito della Medicina e prima ancora che in questo ambito venissero abbattute le mura secolari dei pregiudizi che inquinano la corretta percezione e valutazione di persone il cui funzionamento mentale e il comportamento che ne deriva non è conforme a standard socialmente validati. La Psichiatria che 2 anni prima della promulgazione della legge 180, ossia nel 1976, si era affrancata dal vassallaggio accademico che la definiva la parente povera della Neurologia, ha dovuto faticosamente conquistare i suoi spazi negli Ospedali generali, far perdonare la propria presenza accanto alle diverse specializzazioni mediche e chirurgiche e contemporaneamente inserirsi nel territorio con le sue strutture alternative all'O.P.

Sono passati quasi 30 anni dalla promulgazione della legge e non si può dire che su tutto il territorio nazionale la fisionomia delle istituzioni psichiatriche, sia per quel che concerne gli aspetti strutturali che quelli organizzativi, sia

caratterizzata dalla uniformità nella applicazione della legge e soprattutto della filosofia che l'ha ispirata. È assolutamente fuori di dubbio che il compito è tutt'altro che facile e affrontarne il peso del compimento significa, al limite, mirare alla realizzazione di una trasformazione radicale della natura umana il che equivale a collocare l'utopia all'interno dell'orizzonte operativo della Psichiatria. Perché in effetti di questo si tratta: lavorare con la parte oscura dell'uomo di cui la follia è una delle molte manifestazioni certamente non la più nociva e malvagia, per operare la trasformazione.

5. L'indirizzo genetico-biologico

Lo stesso obiettivo è perseguito anche da coloro che mirano mediante manipolazioni del genoma umano, in senso correttivo e riparativo a liberare l'umanità dai molti mali che l'affliggono, compresa la follia. Proseguendo lungo queste direttive lo scenario che si offre ai nostri occhi, intendendo gli scenari aperti dalle manipolazioni genetiche, sono, a dir poco, inquietanti se non altro per le analogie con quelli che la letteratura e la cinematografia fantascientifica offrono alla nostra lettura e alla nostra visione in forme più o meno dignitosamente artistiche. Sono del tutto evidenti le implicazioni di natura etica di quanto sopra solamente accennato, mi riferisco alle manipolazioni genetiche. Il mio punto di vista a riguardo è che l'eliminazione dall'orizzonte della storia dell'umanità delle manifestazioni della follia sarebbe il prodotto di una mutazione antropologica in senso radicale il che equivale all'affermazione che la follia è inscritta nella condizione umana ed è ineliminabile e la sua eliminazione richiederebbe una mutazione e quindi l'avvento di una specie umana diversa dalla nostra. Il porre l'accento, in Psichiatria sull'importanza della genetica con tutte le implicazioni che questo comporta, è uno dei molti aspetti in cui si declina l'orientamento riduttivistico della ricerca in Psichiatria. Posso solo accennare alla mole di problemi di natura etica, filosofica e teologica che solleva la riduzione di tutti i problemi connessi con la sofferenza psichica, con i disturbi del comportamento, le devianze sociali, la criminalità, alla lettura in chiave genetica della loro eziologia e patogenesi. È pur sempre interessante la constatazione di quanto possano incidere sugli orientamenti scientifici e sull'impegno sicuramente sincero ed appassionato nell'applicarsi a sviluppare programmi di ricerca, il meccanismo inconscio della negazione di evidenze macroscopiche nella loro dimensione socioculturale. Valga per tutti l'esempio dei disturbi del comportamento alimentare che sono divenuti anche in Italia e in Europa un problema di rilevanza sociale dopo avere assunto queste proporzioni nel Nord America, problema che ostinatamente viene ricondotto nella sua genesi da molti ricercatori.

ri molto qualificati e accreditati a livello internazionale ad errori genetici, ad un qualcosa di erroneo nella trasmissione delle informazioni lungo percorsi segnati da fenomeni di natura biomolecolare. Lo stesso vale anche per l'omosessualità e ovviamente per le patologie psichiatriche più gravi come la schizofrenia che si continua a collocare ai vertici della gerarchia delle gravità come se l'anoressia mentale non lo fosse per lo meno altrettanto.

6. L'assistenza individualizzata

Torniamo ad occuparci di quello che è accaduto e sta accadendo in Italia dopo l'entrata in vigore della legge 180. Non è compito facile riassumere in poche righe quello che è successo dopo l'entrata in vigore di una legge che sovvertiva in forma radicale non solo l'ordinamento giuridico amministrativo fino ad allora vigente ma proponeva non solo agli operatori addetti ai lavori ma alla società tutta una nuova visione delle patologie mentali, una visione che sottolineava la dimensione sociale della Psichiatria. Non bisogna mai dimenticare che l'Italia è un paese territorialmente esteso e in cui Regioni e province sono abitate da persone con culture e tradizioni diverse e che in particolare nei confronti dell'attuazione della legge in questione solo poche Regioni tra cui, la Lombardia, si sono adoperate a costruire dei progetti cosiddetti obbiettivi che traducesero in termini operativi quanto la legge proponeva nella forma di una legge quadro. In alcuni ambienti psichiatrici, direi in forma trasversale, è prevalso per un certo tempo un orientamento volto a ridefinire, anche concettualmente, le malattie mentali e i comportamenti psichicamente disturbati come il prodotto di contraddizioni sociali e negli anni 70 e 80 era dominante il paradigma sociologico e una testimonianza di questo orientamento era la presenza di sociologi perfino nelle strutture psichiatriche ospedaliere di diagnosi e cura. La realtà dei fatti ossia la complessa problematica sottese all'emergenza delle patologie psichiatriche non consentì il perdurare di tale orientamento anche se questo non era errato nelle sue premesse ma necessitava di un'integrazione con le premesse di altri paradigmi ossia quello biologico, psicologico, sistemico relazionale, fenomenologico e antropologico. Le cattedre universitarie e i professori che le occupavano, si sono tenuti a distanza prudentiale rispetto a quello che stava accadendo forse anche a ragione del fatto che la riforma psichiatrica e il movimento culturale che si era venuto ad attivare non riconosceva alcuna matrice accademica nel senso stretto del termine. Poche cattedre psichiatriche si sono tempestivamente aperte verso una psichiatria territoriale e certamente non quelle che coltivavano programmi di ricerca eminentemente biologica quasi che la cultura universitaria in Psichiatria debba, per essere riconosciuta nella comunità

scientifica, sfornare prodotti validati da metodologie quantificanti i fenomeni oggetto del loro studio. A mano a mano che gli anni trascorrevano e il tessuto istituzionale della Psichiatria si andava strutturando, all'entusiasmo innovativo si è andato progressivamente sostituendo una logica istituzionale che ha irretito le diverse prassi psichiatriche dentro protocolli operativi, dentro schemi routinari di comportamento che hanno progressivamente snervato la tensione verso la costruzione di una nuova Psichiatria.

Riprendo e trascrivo un passo della prefazione che Sergio Piro ha scritto per un libro estremamente interessante scritto da un operatore di Comunità terapeutica per malati mentali, aggiungo gravi, dal titolo enigmatico "La prima curva dopo il Paradiso":

"La perdita di una dimensione operativa consapevole, critica, innovatrice e propulsiva nei servizi nati con la Legge 180 e le derivate Leggi regionali, con l'appiattimento degli impegni della cura sulla routine di trattamenti sbrigativi, è una delle scenografie principali dell'attuale situazione di parziale sfascio e di sicura regressione della riforma, come il Forum salute mentale di Napoli espone nell'estratto di un suo documento del giugno 2006: Infatti senza una modifica reale e territorialmente estesa della prassi, arrestare la riforma ai soli mutamenti istituzionali avrebbe finito per determinare solo un cambio di ambienti di lavoro e di denominazioni. Se si fosse fatto così e se fosse dunque mancata la luce di profondi mutamenti delle concezioni, delle prassi e delle relazioni umane, il servizio di diagnosi e cura avrebbe perfettamente riprodotto l'orrore segregato, la contenzione fisica, la somministrazione farmacologica, la nullificazione esistenziale del reparto di osservazione del manicomio; le residenze protette o strutture intermedie residenziali o comunità residenziali fortemente istituzionalizzate avrebbero riprodotto la prigionia, il vuoto, l'alienazione e la sepoltura dei reparti di degenza del manicomio; i servizi territoriali male ambulatorializzati avrebbero continuato o sostituito la finzione terapeutica e il sostanziale abbandono territoriale delle casse mutue di un tempo, con il servizio ospedaliero come destinazione finale in luogo del manicomio; di nuovo in questo processo vi sarebbe stata solo la somministrazione di massa degli psicofarmaci (in quantità grandemente superiore a quella dell'era manicomiale).

E così è stato. Per fortuna non dovunque" (1).

Il testo riportato è chiaramente molto critico e polemico nei confronti dell'assetto istituzionale e culturale della Psichiatria in Italia e ad esso faccio riferimento proprio perché la considerazione che ho fatto sopra sono condivise da molti. Coloro, cioè, che avvertono con preoccupazione e non solo con questo sentimento ma anche con coscienza critica che lo sfiancamento della tensione ideale, non nel senso dell'abbandono di posizione utopistiche ma in quello dell'impegno a guardare alle diverse figure in cui

si palesa la sofferenza psichica e i disturbi del comportamento senza farsi irretire da schemi burocratico istituzionali spesso confezionati in modo conforme a posizioni e scelte politiche di dubbia consistenza scientifica costituisce un grave pericolo per il futuro della Psichiatria nella sua dimensione scientifica e terapeutica. La letteratura psichiatrica accreditata a livello internazionale è letteralmente infarcita da articoli che riportano e diffondono ricerche nel campo della genetica, della neurofisiologia, di epidemiologia, di proposte di nuovi assetti della nosografia psichiatrica di nuove versioni del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali in cui siano dominanti e determinanti al fine dell'inquadramento diagnostico le configurazioni genomiche dei soggetti affetti da tali disturbi.

La preoccupazione espressa da Piro e dagli estensori del documento del Forum della salute mentale di Napoli, riguardo alle funzioni dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli Ospedali Generali (S.P.D.C.), è comprensibile e giustificata limitatamente ai casi in cui i pazienti sono trattati solo con massicce dosi di psicofarmaci, ma non è giustificata nei casi in cui si renda necessario, solo per motivi strettamente sanitari e non custodialistici in senso repressivo, prendere dei provvedimenti e attuare delle misure anche restrittive al fine di avviare un processo terapeutico la cui evoluzione non è prevedibile nella stessa misura in cui si possano fare delle previsioni prognostiche in Medicina.

La Regione Lombardia, nell'ultimo "Progetto Obiettivo per la Salute Mentale", invita gli operatori a costruire per ogni paziente che entra nel circuito dei presidi territoriali, soprattutto quelli riabilitativi, dei programmi terapeutici individualizzati (PTI). Evidentemente, quando si parla di PTI, si fa riferimento ad una cultura che tiene in grande considerazione la personalità dei singoli soggetti, la loro storia, i loro vissuti e tutto quell'insieme di fattori che costituiscono e configurano l'unicità di ogni persona.

7. L'errore epistemologico

A mio giudizio la Psichiatria, soprattutto quella accademica, sta attraversando un periodo in cui l'atavica ignoranza o le conoscenze del tutto approssimative della epistemologia sta producendo frutti pericolosamente avvelenati dalla confusione a riguardo delle metodologie adeguate e trattare gli oggetti della conoscenza. Di fatto si pretende di studiare e di investigare l'immateriale utilizzando tecniche e metodiche adeguate ad approfondire la conoscenza e ad arricchire le nozioni nell'ambito delle realtà materiali e quindi quantificabili. I media rincarano la dose quando annunciano trionfisticamente che si può fotografare il pensiero o quando affermano che è stato svelato il segreto dell'amore umano, segreto che risiede nelle secrezioni fisiologiche derivate da processi governati da costel-

lazioni di ormoni. Assistiamo alle manifestazioni di entusiastiche convinzioni che il percorso più ricco di promesse per spiegare l'uomo passi attraverso le conoscenze che l'etologia, dignitosissima disciplina, mette a disposizione degli studiosi del comportamento umano. È sempre più faticoso continuare a voler spiegare l'uomo approfondendo la conoscenza dell'uomo stesso senza imboccare vie traverse più facilmente percorribili anche sotto il profilo della sperimentabilità che il lavoro con gli animali consente. La psichiatria, salvo poche eccezioni, mi riferisco soprattutto al mondo accademico, non è più interessata a cercare faticosamente di scoprire gli orizzonti di senso di un'esperienza delirante o del vissuto della propria corporeità quale è quello che con significati diversi, solo apparentemente uniformabili, determina in forma cogente il comportamento degli anoressici che non sono più quasi solamente di sesso femminile ma che vanno accogliendo nel loro universo epidemiologico statistico (sostanzialmente da numeri non da persone) un numero sempre in aumento di soggetti di sesso maschile di cui un'elevata percentuale sono omosessuali. E tutto questo si pretende di spiegarlo con la genetica, con mutazioni della espressività genica a cui tutto o quasi tutto può essere riconducibile ivi compresa la ristrettezza dell'orizzonte scientifico di cosiddetti scienziati che sono tali perché maneggiano provette e "pipettano" sostanze, mi riferisco agli stereotipi televisivi che accompagnano i servizi sui centri di ricerca. Non voglio dilungarmi oltre sulla confusione tra tecnologia, tra l'uso di tecniche anche raffinate e la scienza ma non posso tacere sul rapporto di proporzionalità inversa che è stato dimostrato tra l'aumento esponenziale dell'informazione, prodotto di progresso tecnologico, e conoscenza nel senso scientifico del termine.

8. Il futuro della Psichiatria

Quale futuro per la Psichiatria in un panorama così squallidamente povero per quel che concerne il conferimento di senso alla sofferenza psichica, di un senso che trascende la sua espressione puramente fenomenica? Il futuro che auspicano i cultori della Psichiatria biologica e di cui già, in un certo senso, profetizzano il prossimo avvenimento, sarà modellato nelle sue figure, anche sotto il profilo delle categorie nosografiche, da costellazioni di geni a cui riferire le cause determinanti dei disturbi che attualmente il Manuale Diagnostico Statistico riunisce utilizzando criteri descrittivi categoriali. È altamente probabile che si vada in questa direzione tenuto conto anche del fatto che alla cura mediante farmaci dei sintomi delle malattie mentali sono interessate le case produttrici di psicofarmaci. L'avvento di un'era in cui il buon utilizzo da parte dei pazienti dei farmaci, la cui efficacia dipende da meccanismi di ri-

cezione delle molecole, meccanismi il cui funzionamento è geneticamente determinato, sarà quasi garantito dalla genetica, apre gli orizzonti non solo scientifici ma anche di mercato alla farmacogenomica ossia ad una disciplina e a una tecnologia che consentono di confezionare farmaci su misura dei singoli utenti. Quel che si vuole mettere in evidenza in questa sede non è certo una svalutazione o addirittura la squalifica delle ricerche in questo settore della biologia e della farmacologia ma l'affermarsi di una visione unidimensionale dell'uomo avvalendosi, per farlo delle patologie mentali da cui è affetto.

Sulla Psichiatria e sui progetti organizzativi del funzionamento delle strutture istituzionali psichiatriche in cui si articolano le Unità Operative presenti sia negli Ospedali Generali che sul territorio si riflette un clima culturale caratterizzato dalla dispersione costantemente rifornito dalla mole sempre crescente di informazioni che, come è noto agli esperti della comunicazione confligge con l'acquisizione di un autentico sapere. In realtà questo è in perfetta coerenza con lo sviluppo tecnologico che come tale produce effetti che ineriscono solamente sulle cose e gli uomini, e in particolare su coloro che soffrono di disturbi psichici che non possono essere trattati come cose. Ci sono dei momenti in cui si declina l'operare medico-chirurgico che, in un certo senso, esige che l'uomo sia cosificato, in una sala operatoria per esempio, ma solo in quelle circostanze è ammissibile la totale oggettivazione cosificante di un essere umano. La disinvoltata "codificazione" del cervello in quanto macchina elettrochimica o raffinatissima macchina computazionale si apre su di un orizzonte in cui da parte degli psichiatri si smarrirà la coscienza di essere posti di fronte a degli esseri la cui essenza è costituita dalla ricerca di un senso da conferire al mondo e alla propria esistenza. L'alternativa a questo scenario è, per quello che concerne la realtà della Psichiatria in Italia, la piena attuazione della legge 180, dello spirito e della cultura che la informava, purificata questa dalle utopistiche farneticazioni segnate dal marchio di un'improvvisata, mal digerita e grossolana lettura socio-politica delle malattie psichiatriche.

Franco Basaglia che fu l'ispiratore della riforma e non colui che l'ha voluta nei tempi e nelle forme istituzionali della sua attuazione e prima ancora della sua promulgazione, era uno studioso che aveva ben acquisita ed elaborata la grande lezione della filosofia e della fenomenologia tedesca a partire da Jaspers, da Husserl e da Heidegger e senza questo bagaglio culturale con l'energia in esso racchiusa non avrebbe potuto fare il percorso che iniziò quando intese restituire ai malati di mente internati nel manicomio di cui era stato nominato direttore la dignità di persone umane che come tutte, anche con il loro essere folli, interrogano la realtà per conferirgli un senso che è quello che loro gli danno. L'alternativa, si diceva è conti-

nuare nell'opera di de-istituzionalizzazione, di apertura verso il territorio che in altri termini che non siano quelli diventati degli stereotipi del gergo psichiatrico, significa apertura verso il mondo e apertura del mondo, di coloro che lo abitano, verso coloro che il mondo lo vedono falsato da lenti ermeneutiche deformanti e che, qualche volta, ne colgono paradossalmente, malgrado la deformazione, la verità che è nascosta nelle cose del mondo e in coloro che abitano questa realtà. De-istituzionalizzazione non significa disordine o abolizione di ogni norma o regola del vivere civilmente insieme; significa prima di tutto formare operatori che siano capaci di ascoltare e accogliere nel proprio spazio mentale i contenuti significanti che in modi diversi vengono loro trasmessi dai loro pazienti e di cui possono dare delle letture interpretative guidate da codici non necessariamente omogenei; significa sapere organizzare équipe non rigidamente configurate, ingessate dentro schemi aziendali e aggiungerei anche sindacali; significa saper accompagnare anche per anni lungo i percorsi dell'esistenza delle persone che hanno bisogno che altri facciano loro compagnia, che in alcune fasi della vita li guidino e in altri sappiano camminare un passo dietro a loro. L'orizzonte alternativo cui mi riferivo prevede che i problemi della sofferenza psichica e del disagio mentale nel senso più ampio del termine non sia un problema che riguardi solo la Psichiatria e gli psichiatri ma coinvolga la società intera in tutte le sue articolazioni culturali e politiche. È un'avventura di proporzioni gigantesche e si può affermare per la salute mentale quello che si proclama senza retorica della libertà che o è un bene di tutti o non lo è di nessuno. Sono convinto di avere solamente abbozzato per grandi linee ad un progetto la cui realizzazione richiede una vera e propria *metanoia* culturale. Ma solo in questa prospettiva animata dalla speranza e dalla fiducia nell'uomo che si possono aprire nuovi orizzonti per un futuro che non sia solamente il luogo del reperimento di nuove risorse energetiche che incrementino cicli produttivi che sembra proprio stiano trascinando l'umanità in una folle corsa verso l'annientamento di se stessa e di questo bel pianeta che troppi abitano in modo gravemente irresponsabile.

Bibliografia

1. Stoppa F. La prima curva dopo il paradiso. Borla, Roma 2006.

Ti Racconto il mio Ospedale. Esprimere e Comprendere il Vissuto della Malattia

F BIANCHI DI CASTELBIANCO, M CAPURSO,
M DI RENZO

Magi, Roma 2007

Un libro interessante e ricco di spunti di riflessione, che rappresenta un sussidio importante per comprendere il modo in cui il bambino ricoverato in ospedale sperimenta la propria malattia, la interpreta e la spiega a se stesso. Con l'aiuto dell'osservazione e dell'analisi di disegni e di racconti dei bambini ospedalizzati, gli Autori si addentrano nell'immaginario metaforico dei piccoli pazienti per far luce su un aspetto tutt'oggi poco conosciuto e tralasciato nella cura del bambino in ospedale: la sua interpretazione e comprensione della malattia, le sue paure e angosce, i suoi limiti ma anche le sue risorse per farsi coraggio. Passando, come fanno gli Autori, attraverso la via dell'analisi metaforica, si giunge a scoprire l'elaborazione che i bambini fanno delle varie vicende che li colpiscono quando sono degenti in un reparto ospedaliero: la malattia, il dolore, la sofferenza, la solitudine.

Come sostengono gli Autori, il bambino, avendo poca conoscenza degli eventi che riguardano il suo corpo, non è in grado di stabilire se e quando potrà uscire dall'ospedale e rivedere i propri amici, la famiglia, i compagni di scuola: "Nella mente del bambino lasciato a se stesso la malattia non rappresenta un evento transitorio passibile di miglioramento..." (p. 26). Per questo egli o ella cerca di ridurre in modo metaforico – linguaggio più congeniale al bambino e comprensibile – una serie di eventi spesso non mediati e non mediabili, giacché nel personale sanitario manca a volte una formazione adeguata all'accoglienza del bambino in ospedale e alla comunicazione con lui. Tuttavia sono utilizzati con i bambini ospedalizzati "concetti troppo difficili da comprendere" (p. 43). Il libro è allora un tentativo di comprendere e di chiarire quello che avviene nella mente del bambino malato e ospedalizzato, attraverso la descrizione grafica o verbale che lui o lei fanno. Da qui emerge un mondo tutto suo, metaforico, colorito, animato da personaggi più o meno inquietanti (la stanza, la flebo, la malattia), e da sé stesso come soggetto, per spiegarsi quello che gli altri non sono in grado di dirgli. Così dal libro emergono testimonianze di bambini coraggiosi che cercano di riportare all'azione di animali più o meno cattivi ma noti, come un "serpente" (disegnato da Mattia,

8 anni; p. 64), l'incedere della *noxa patogena*. Il pensiero narrativo, ma anche la rappresentazione simbolica attraverso disegni densi di particolari che rafforzano i concetti del libro, rappresenterebbe dunque il canale preferenziale di espressione del bambino, ossia "il pensiero narrativo produce rappresentazioni della realtà" (p. 59).

Lo strumento di analisi che gli Autori utilizzano, la metafora, sottolinea quanto sia importante a livello di comunicazione sanitaria porsi sulla medesima lunghezza d'onda del paziente, specie se minore d'età o semplicemente non in grado di comprendere la complessità degli eventi. Nel tentativo di generare concetti per la creazione di un ospedale a misura di bambino, gli Autori riportano l'importanza della scuola in ospedale, giacché essa "dà un senso di normalità" (p. 88) alla vita dei piccoli degenti assieme a un senso di continuità tra il dentro e il fuori l'ospedale. La scuola è anche un modo in cui il bambino rinforza il suo senso autostima e la sua socialità (p. 140). Altresì è anche importante l'aspetto ludico dello sviluppo del bambino, come dimostrano le varie *play lands* di cui si forniscono ormai quasi tutti i reparti di degenza pediatrica. Un luogo dove il bambino agisce e rimane bambino, e un modo che può essere terapeutico per le emozioni del bambino stesso (p. 108). È quanto proposto dagli autori: "Per il bambino il giuoco è il mezzo per assimilare l'esperienza e dare senso





al mondo in cui vive”. Dunque, la possibilità di giocare in ospedale aiuta il bambino a liberarsi di un mostro non conosciuto (“un luogo che s’immagina brutto” p. 113), a evadere dall’immaginario di un’isola senza tempo e senza spazio, per percepirsi di nuovo sereno in un ambiente forse simile a quello familiare, se ha più compagni di gioco e la famiglia sempre affianco. Anzi, i genitori e volontari devono alternarsi nelle *play lands* per interagire con i bambini, i propri figli. Infatti “la loro partecipazione al gioco appare significativa agli occhi del bambino” (p. 129).

Dal libro si evince che il bambino malato, proprio attraverso la sua elaborazione simbolica e il suo tentativo di spiegarsi le varie vicende, scopre all’interno di sé molte risorse. Occorre comunque assecondarlo, offrendogli la possibilità di giocare, la presenza costante del nucleo familiare e l’opportunità di continuare a studiare mentre ricoverato. Insomma, il libro è un tentativo importante di indicare a chi si prende in cura del bambino ricoverato, quali strumenti comunicativi, organizzativi e umani sono necessari per capire il mondo del bambino, usando un linguaggio e

una comunicazione comprensibili per mettersi in sintonia con esseri umani che non hanno punti di riferimento per interpretare quello che effettivamente sta accadendo loro. Il mondo che ne scaturisce, ad ogni modo, raccolto dai disegni e dai racconti dei bambini intervenuti nella ricerca, è intriso di vissuti simbolici altamente significativi e completi, tanto da far ipotizzare che il bambino, dietro la trasformazione simbolica, trasforma l’ignoto (la malattia, le terapie, l’angoscia) in qualcosa a lui più noto e quindi più malleabile. Infatti, attraverso la trasformazione simbolica, la pittura, le favole, il gioco, come sostengono gli Autori, il bambino ha modo di “assimilare l’esperienza e dare senso al mondo in cui vive” (p. 111) anche se “mondo” debba ora riferirsi a una cameretta in un reparto ospedaliero.

Si tratta, in sintesi, di un libro che riconquista agli occhi del lettore la forza psichica dei piccoli malati, al punto che è possibile, attraverso il testo, escogitare soluzioni importanti per umanizzare i reparti di pediatria e per comprendere meglio i bisogni e i desideri dei piccoli degenti. È ribadita infine l’importanza di far sentire il bambino in un ambiente a lui congeniale, senza strapparli dal nucleo familiare che così viene ricomposto all’interno dei reparti di degenza. Così, per rispettare i bisogni dei bambini, occorre anche permettere al nucleo familiare di essere presente e unito, anche all’interno delle mura ospedaliere. Come il libro asserisce: “L’idea espressa dalla maggior parte dei bambini, della famiglia riunita nella stanza dell’ospedale, [...] denota [un] bisogno di stabilità” (p. 177). A tale appello hanno risposto numerose associazioni che hanno costruito case famiglia affianco all’ospedale, dove i genitori sono accolti per rimanere più vicini ai propri bambini, e ben visibili dalla finestra della cameretta dell’ospedale dove il bambino stesso alloggia. Questo permetterebbe di dare concretezza a ciò che gli Autori del libro definiscono come desiderio di vicinanza del bambino alla famiglia e ai fratelli e sorelle, rispondendo al suo bisogno di caratterizzare “il mondo fuori della finestra” (p. 181) come un luogo non “irraggiungibile” (p.181).

Carlo Lazzari

This interesting book is the result of research carried out among children who had experienced illness and hospitalization. The Authors try and understand what happens to children and how they react to illness, fear, pain and loneliness, talking to the them, looking at their drawings and listening to their stories.

L'Etica a Servizio della Persona Malata. Esperienze e Riflessioni Maturate al San Raffaele di Milano

CG VELLA

Paoline, Milano 2007

L'autore, sacerdote maltese, oltre a una lunga esperienza presso l'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele di Milano, è dal 1988 membro del comitato Etico dello IEO (Istituto Europeo di Oncologia) di Milano. Il saggio si propone come un esempio di *Bedside Ethics*, un'etica non teorizzata a tavolino, ma elaborata e confermata al capezzale del malato, frutto dunque di una familiarità con l'ospedale e con il ricoverato, che ha lo scopo di invitare ad interrogarsi sulla qualità umana delle strutture ospedaliere. Il cardine di questa riflessione etica è l'idea che il letto del malato sia da considerare come una cattedra, perché da esso giunge un insegnamento da non sottovalutare e da interpretare attentamente. Come nota nella prefazione Enzo Bianchi, "il malato può aiutarci a divenire più umani, a prendere contatto con la verità del nostro essere umani" (p. 12).

Il capitolo II, dal titolo *Come umanizzare l'ospedale*, prende atto del rischio che il paziente divenga un numero al momento del ricovero e che possa prevalere nella struttura ospedaliera la mentalità del *business* più che quella dell'assistenza centrata sulla persona. Per questo è importante una filosofia di fondo, che non sia una semplice dichiarazione d'intenti o una carta di principi, ma un progetto condiviso da parte di tutto il personale, orientato a creare un *humus* culturale idoneo. "Per rendere un ospedale umano e umanizzante non si parte dal *look* e dal *comfort*, ma dalla promozione di una cultura umanistica" (p. 34). Non basta una teoria, ma è necessaria una formazione permanente che favorisca una sorta di apprendistato e di pratica delle virtù. Osserva giustamente l'autore che l'umanizzazione, perché sia davvero tale, deve essere *globale*: in altri termini, se l'infermiera è cortese e attenta, ma il centralinista è sgarbato, si crea un deficit di umanità che nuoce anche all'insieme.

La stessa competenza tecnico-scientifica non produce necessariamente una maggiore sensibilità al prendersi cura. Come ha notato il genetista J. Lejeune, "Più aumenta il nostro sapere sulla genetica e sui meccanismi della vita, più la nostra conoscenza della natura umana e dell'essere umano viene meno". La domanda su chi è l'uomo risulta pertanto la più essenziale cui rispondere prima di intraprendere qualsiasi attività di assistenza e di cura. Doman-

da che, come nota giustamente l'autore, è inseparabile da un'altra: chi deve essere l'uomo? il che comporta anche una responsabilità e un compito. La riflessione antropologica è pertanto una premessa indispensabile per una coscienza etica che non si frammenti con artificiosi steccati –etica laica, etica cattolica-, ma che trovi un punto di convergenza proprio nella dignità della persona. Su questo punto l'autore, forse più preoccupato di trovare punti di unione che di sollevare polemiche, mostra di voler sorvolare, dichiarando che non è il caso "di approfondire la tematica della definizione dell'etica" (p. 51). Ma la spiegazione che egli stesso ne fornisce mette in luce, invece, il contrario. Affermando, infatti, che "l'etica è una scienza del comportamento e atteggiamento morale, che analizza le teorie del pensiero morale per formare un giudizio etico su quello che è più giusto per il bene della persona e quello che può nuocere perché non è lecito" (p. 51), rimangono molti interrogativi irrisolti. Non basta, di fatto, analizzare le teorie del pensiero morale per formarsi un giudizio etico: in questo caso si farebbe una riflessione *sulla* morale, ma non una riflessione *morale*. In questa prospettiva, la semplice individuazione di "principi etici universali", se legittima e condivisibile, resta pur sempre qualcosa che appartiene all'ambito di un'etica "della terza persona", ossia di una responsabilità verso "il giusto", che potrebbe in molti casi –come, di fatto, succede- entrare in conflitto con un preteso diritto all'autodeterminazione, come nel caso della volontà di disporre radicalmente della propria vita. Forse una maggiore fedeltà al duplice interrogativo di partenza –chi è e chi deve essere l'uomo?- avrebbe giovato ad una proposta etica più forte, magari più in linea con le stesse premesse antropologiche stabilite dall'autore.

Particolarmente interessante e attuale, nel paragrafo *Morire in ospedale: come?* l'analisi delle nuove problematiche legate alla morte, effetto sia dell'introduzione della tecnica biomedica sia dei mutamenti sociali che della secolarizzazione. Nota giustamente l'autore: "Il cambiamento in parte è avvenuto quando si è cominciato a morire negli ospedali e negli istituti per anziani. In ospedale si muore spesso da soli, senza alcuna privacy, e non di rado senza il prete. I parenti spesso ricevono una telefonata gelida che dice: 'Venite, il papà sta morendo', o magari il paziente è già morto...Una volta nelle strutture dove erano presenti delle religiose, accanto al morente c'erano sempre due suore in preghiera ad assisterlo" (p. 129). C'è un

problema, dunque, di *accompagnamento a ben morire* che va ben al di là dei dibattiti sull'eutanasia. Su questo punto l'autore, pur lasciando chiaro di essere contrario all'eutanasia come interruzione volontaria della vita del malato, forse non mette sufficientemente in luce due aspetti. Il primo è che anche l'omissione di terapie dovute, nonché dell'alimentazione e dell'idratazione, è da considerarsi come atto eutanasi. Il secondo è la problematicità dei dibattiti che oggi hanno come oggetto il cosiddetto "testamento biologico" (*Living will*), o dichiarazioni anticipate di volontà sul trattamento da ricevere. Vella utilizza anch'egli il luogo comune del "vuoto legislativo", quando, in realtà, una normativa esiste già, basta che sia sufficientemente esplicitata e rispettata. L'accanimento terapeutico contraddice di per sé alla buona prassi clinica, per cui non dovrebbe essere necessario un atto formale di rifiuto da parte del paziente; d'altra parte, la valutazione che porta a distinguere l'accanimento dalle cure dovute, rien-

tra nell'ambito dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente e non può essere attribuita a un'autodeterminazione unilaterale e preventiva da parte di qualcuno che non è ancora malato.

Come si nota, il problema rimanda alle buone pratiche assistenziali, che a loro volta richiedono un'attenta formazione del personale sanitario, condizione necessaria per quella umanizzazione dell'ospedale tanto auspicata e tanto necessaria.

Maria Teresa Russo

This book is an essay on Bedside ethics. The key issue is the consideration that the medical profession or in any case patient care, is a sacred mission. For this reason one must ask for a humane hospital centred on the promotion of human care.

Vento delle Ande. Storia dell'Ospedale in Cima al Mondo

G BAVETTA

Ares, Milano 2007

“Beati i popoli che non hanno bisogno di eroi”. Quando ci si imbatte in storie come quella raccontata in *Vento delle Ande*, l’abusata citazione di Brecht si mostra decisamente falsa. In un mondo che assomiglia sempre di più ad un immenso supermarket, dove o si guadagna o si perde e dove i rapporti umani sembra che si orientino solo allo scambio contrattuale, esempi come quelli narrati da G. Bavetta si rivelano indispensabili per aiutare sia il singolo che la collettività a guardare le cose in un altro modo.

“Considerare queste righe un libro è una presunzione”, avverte l’autore nell’introduzione. Ed è vero, perché *Vento delle Ande* è meno di un libro, ma anche più di un libro. È meno, perché con la sua prosa asciutta e un po’ carente di *labor limae*, non ha pretese di letterarietà, per cui si legge un po’ come un taccuino di viaggio, frutto dell’intenzione “di trattenere su dei fogli di carta a mo’ di diario” le proprie esperienze. Ma è più di un libro, o forse, più precisamente è proprio quello che s’intende per un vero libro: metterci a contatto con un’esperienza e non solo con un pensiero, permettere quello scambio da anima ad anima che Platone giudicava impossibile nella scrittura e realizzabile solo nel dialogo vivo, ma che pure egli stesso tentò di affidare allo scritto.

L’autore, ginecologo e primario nell’ospedale di Castelvetro-Selinunte, narra la storia di un progetto che forse qualsiasi giovane medico pieno di entusiasmo e di ideali sogna di realizzare, ma che qualsiasi medico già avanti nella professione e piuttosto disincantato teme di dover realizzare, per non imbarcarsi in una snervante pazzia destinata al fallimento. Giovanni Bavetta, supportato dall’I-CU (Istituto per la Cooperazione Universitaria) e con l’aiuto della diocesi e della Caritas locale, è riuscito in appena 15 mesi e con soli 90 mila dollari, a mettere in piedi un ospedale “in cima al mondo”, sulle Ande peruviane. Inaugurato nel 2006, l’ospedale di Abancay rappresenta un bel l’esempio di ciò che deve essere la promozione umana in un Paese in via di sviluppo, dove la malasana è frutto della miseria e dove gli investimenti ordinariamente si lesinano, perché scarsi sono gli interessi in gioco.

Chi però cercasse nel libro il resoconto dettagliato dei fatti, con la descrizione delle diverse fasi del lavoro di costruzione dell’ospedale, delle strategie economiche messe a punto, delle soluzioni di volta in volta adottate, rimar-

rebbe deluso. Dalle pagine affiorano piuttosto gli stati d’animo di fronte ad una realtà del tutto nuova e che interpella all’impegno, le impressioni ricavate dai rapporti umani, la scoperta di quante sono le cose che uniscono i popoli, che sono sempre più numerose delle differenze.

“Ma chi me l’ha fatto fare? Io non avevo la vocazione di missionario”, si domanda l’autore una volta intrapresa l’avventura peruviana. Padre di famiglia, poco avvezzo alle metropoli e men che meno alle grandi altezze, l’autore tuttavia non è un “eroe per caso”. Una determinazione così forte non s’improvvisa, né può essere effetto solo dello spirito di avventura quella resistenza ai disagi, che il narratore copre col velo dell’ironia, rendendoli quasi dei simpatici fuori programma. E sullo sfondo appare esplicitamente una visione della vita considerata come compito e uno spirito sostenuto da una fede vigorosa, che ha bisogno di diventare creativa al servizio degli altri.

Chi legge non può fare a meno di ringraziare l’autore di averci narrato una storia comunque “normale”, pur nella straordinarietà. Il lavoro del medico, anche a duemila metri di altezza, deve confrontarsi giorno dopo giorno con una routine spesso priva di mezzi e di grandi imprese. Non ci sono toni epici alla “E.R.” nell’ospedale di Abancay e i parti difficili richiedono una soluzione come la dissenteria e i pidocchi. E la descrizione dell’intervento chirurgico svolto nella misera ma pulita sala operatoria, con materiale tutto riciclato, ha ben poco dei toni drammatici di certe pagine di Cronin. Tutto sommato –ha modo di notare l’autore– per certi aspetti “tutto il mondo è paese”, per cui l’esercizio della medicina qui o altrove richiede la stessa tenacia, lo stesso spirito di collaborazione e un’identica carica di umanità. Alla fin fine, anche in un ospedale “in cima al mondo”, il miglior complimento che un medico può ricevere resta quello che a Bavetta aveva scritto un suo collaboratore, al momento del suo trasferimento da Alcamo a Castelvetro: “Tu sei stato il mio assistente, il mio primario e soprattutto il mio amico”.

Maria Teresa Russo

This fascinating book tells us the story of a young doctor who decided to build a hospital on top of the Peruvian Andes. It can be said that it's exactly what a book should be: the opportunity of getting in contact with life through the experiences of other people; the true exchange of a soul to the other (like Plato suggested literature should be).

Lo Scafandro e la Farfalla

JD BAUBY

Tea, Milano 2006

“Un movimento di stiramento (...) basta a dare sollievo a un arto indolenzito. Lo scafandro si fa meno opprimente e il pensiero può vagabondare come una farfalla. C'è tanto da fare.”

Lo scafandro e la farfalla, *Le scaphandre et le papillon*, il racconto autobiografico pubblicato da Jean Dominique Bauby circa dieci anni fa, torna a far parlare di sé. È stato, infatti, appena trasformato in film dal regista Julian Schnabel, che con esso ha vinto il premio per la migliore regia al Festival di Cannes 2007. Redattore capo della prestigiosa rivista francese *Elle*, Bauby viene colpito da un ictus all'età di 42 anni, il 9 dicembre 1995. Risvegliatosi dal coma, si ritrova dentro un corpo “scafandro” a causa della *locked-in syndrome*, patologia molto rara che egli spiega così: “paralizzato dalla testa ai piedi, il paziente è bloccato all'interno di sé stesso, con la mente intatta e i battiti della palpebra sinistra come unico mezzo di comunicazione”.

Ma è proprio la possibilità di muovere l'occhio sinistro, “l'oblò del mio scafandro”, a permettergli di comunicare col mondo e addirittura di scrivere il suo libro, mediante un sistema molto particolare: chi scrive o comunque chi comunica con lui deve elencare tutte le lettere dell'alfabeto, secondo l'ordine di maggiore frequenza nell'alfabeto francese, fino a che Bauby non lo fermi, con un battito di ciglia, alla lettera giusta.

La storia della sua malattia prende quindi vita lettera dopo lettera, grazie alla pazienza di un'ortofonista, Sandrine, che Bauby stesso definisce “angelo custode”. È lei infatti, insieme ad una psicologa, che ha instaurato il codice di comunicazione “senza il quale”, dice l'autore, “sarei tagliato fuori dal mondo”. Il suo affetto per Sandrine è tale da rivelare che, quando due volte al giorno lei lo viene a trovare, “lo scafandro invisibile che sempre mi racchiude mi sembra un po' meno opprimente”.

Ciascun capitolo del libro è a sé, senza un apparente nesso con il precedente: si ha l'impressione di una scrittura che va di pari passo con i pensieri dell'autore e che suggerisce il volo della farfalla -la mente, o piuttosto lo spirito- che malgrado lo “scafandro” può viaggiare, camminare, parlare liberamente. Bauby descrive la sua malattia e ogni suo vissuto quotidiano con auto-ironia e positiva apertura verso la vita. Pur raccontando del momento dramma-

tico in cui ha compreso di essere diventato “da semplice malato ad handicappato”, confidando, “in un solo colpo intravedevo la spaventosa realtà. Accecante come un fungo atomico. Più affilata di una ghigliottina.”, tuttavia non risparmia battute ironiche su se stesso, ad esempio definendosi come un “novillero che diventa torero, passando di categoria”.

Dalla lettura si ricava l'impressione di un uomo che non considera la sua nuova condizione come la fine della sua vita, ma come la nascita di una nuova: “anche i miei vecchi gilets potrebbero aprire percorsi dolorosi nella mia memoria. Ci vedo piuttosto un segno della vita che continua. E la prova che voglio ancora essere me stesso”; “l'otto giugno saranno sei mesi che la mia nuova vita è cominciata”. È come se fosse morto e poi rinato e sia ora pari a un bambino che deve acquisire tutte le nozioni motorie e linguistiche. Egli riconosce come “il regalo più bello” quello della sua ortofonista (“angelo custode”) che, il giorno del suo compleanno, riesce a fargli pronunciare in modo comprensibile tutte le lettere dell'alfabeto.

Il volo della “farfalla” inizia qualche mese dopo l'incidente, quando Bauby decide di inviare una lettera ad una sessantina di amici e conoscenti che lo commiseravano parlando di lui come di un vegetale. È una specie di sfida: “Se volevo provare che il mio potenziale intellettuale era rimasto superiore a quello di una scorzonera, dovevo contare solo su me stesso. (...) Tutti hanno capito che mi si può raggiungere nel mio scafandro.”

Inizialmente inespressivo, col tempo egli comincia ad acquistare un po' di mimica facciale, allenandosi giornalmente ad abbozzare un sorriso e ad inarcare le sopracciglia. Ora che tutto per lui è un “sollevamento pesi”, anche il muovere una palpebra, si rende conto dell'importanza di ogni minimo gesto. “Ho bisogno di commuovermi, di amare, di ammirare”, scrive parlando del desiderio di comunicare con i due figli, Celeste e Thèophile, che fanno vere e proprie acrobazie per capire i suoi abbozzi di gesto. La sua nuova condizione gli manifesta inoltre quali persone realmente tengono a lui, quelle che gli sono rimaste vicine anche dopo l'incidente. Ed egli trova paradossale che “per un curioso fenomeno di rovesciamento delle apparenze, sono proprio coloro con i quali avevo costruito rapporti futili che incalzano con domande fondamentali”.

Finché la sua vita di uomo sano in carriera andava avanti senza intoppi, egli non si rendeva conto di tutte le piccole cose importanti per la sua vita, finendo per considerarle scontate. Ora egli prova “la nostalgia di un passato

trascorso e soprattutto delle occasioni mancate". Dal punto di vista antropologico, la malattia ci pone drammaticamente di fronte alla nostra limitatezza, che rende l'uomo "prezioso e patetico", come afferma Borges ne *L'immortale*. Ma accanto al vissuto fondamentale della malattia - "sono malato, quindi sono corpo" - appare anche la coesistenzialità, che ci fa dire "sono malato, dunque ho bisogno degli altri".

Di particolare efficacia è la descrizione della nuova percezione del tempo, che troviamo nel capitolo intitolato "Domenica". È evidente la dilatazione temporale agli occhi di un malato costretto a letto. Mentre fuori il mondo corre via veloce e frenetico, nella sua stanza d'ospedale n. 119, Bauby vive un altro tempo, tanto da non capacitarsi di come si possa essere arrivati già all'estate, mentre i minuti sono eterni: *"Per quale paradosso il tempo, che qui è immobile, là fuori corre come un pazzo? Nel mio ristretto universo le ore si distendono e i mesi passano in un baleno"*. La domenica è "spaventosa", perché *"nessun avvenimento verrà a rompere il molle concatenarsi delle ore"*. Ascoltare le campane fuori o il vociare delle persone è un tentativo per cercare una scansione del tempo che, altrimenti, non avverrebbe affatto. Unica distrazione è il momento del bagno, ancora più breve del solito. Ma l'essere umano ha una capacità particolare rispetto all'animale, che è quella di essere sì temporale, ma anche di poter dominare il tempo grazie alla memoria e alla capacità di progetto. Ed è così che "la farfalla" comincia a volare. L'autore afferma che *"riconquistato il silenzio posso ascoltare le farfalle che mi volano per la testa. È necessaria molta attenzione e perfino del raccoglimento perché il loro battere d'ali è quasi impercettibile"*.

Talvolta i ricordi provocano in lui dolore e melanconia, ma più spesso gli permettono di rivivere esperienze passate o di fare viaggi mai fatti prima, come ad Hong Kong, oppure di rivivere quello fatto a Lourdes, o di viaggiare per le strade di Parigi e rivedere i luoghi in cui era solito andare, non senza commuoversi. Nel suo vagabondare diventa anche protagonista di grandi romanzi, come quello del "Conte di Montecristo" di cui diventa Noirtier de Villefort, handicappato noto ed inquietante.

Anche una condizione di handicap, vuol dirci l'autore, se chiude molte porte, ne apre però altre, tanto da permettergli di arrivare alla conclusione: *"tutto ciò mi conferma una certezza: ho davvero cominciato una nuova vita"* e di affermare: *"C'è nello spazio una chiave per aprire il mio scafandro? Una metropolitana senza capolinea? Una moneta abbastanza forte per riscattare la mia libertà? Bisogna cercare altrove. Ci vado"*.

È proprio quel "ci vado" finale a riscattare l'importanza del senso della vita umana. Di fronte alla tentazione della resa - *"Una metropolitana senza capolinea"* - l'autore mostra quanto la persona resti piena di risorse: con il volo della farfalla può trovare la chiave del suo scafandro.

Rosa Santomartino

The Diving Bell and the Butterfly is a translation of the French memoir Le scaphandre et le papillon by Jean-Dominique Bauby. It describes what his life is like after suffering a massive stroke that left him with a condition called locked-in syndrome.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo:

Caro Arullari

L'editoriale comparso sul numero 1/2007 di *Medic*, rivista cui mi legano antichi inestinguibili affetti, incisivamente dedicato da Rossini P.M. e Malgeri J.M. alla *morte cerebrale*, è un contributo non solo chiarissimo e perspicuo sotto il profilo clinico-scientifico ma anche e soprattutto aggiornato e rasserenante, nonché assolutamente opportuno e tempestivo in un momento nel quale si levano voci, sia pur isolate di qualche zelatore non medico ad evocare (invocare?), in perfetta buona fede, qualche possibile errore nella diagnosi di *morte cerebrale*. Del che si è preoccupata la Rivista Italiana di Medicina Legale, evitando la pubblicazione non certo per un atteggiamento censorio o partigiano, di contributi in ingiustificata contraddizione con la legge italiana (anzi con una somma di norme tutte pubblicate in Gazzetta Ufficiale della Repubblica). Si tratta d'altronde di "disposizioni protocollari" e non di mere linee-guida che tracciano un comportamento diagnostico e valutativo assolutamente vincolante e ineludibile nel nostro ambito sanitario, sostanzialmente conforme alle direttive di tutti i paesi evoluti europei ed extraeuropei.

Queste norme che a) identificano l'evento "morte" con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (legge 29 dicembre 1993, n. 578); b) ne conferiscono al clinico, sulla base di ben precisi parametri, la potestà diagnostica (artt. 1 e 2 D.M. 27 agosto 1994, n. 582 G.U. n. 245 del 19 ottobre 1994); c) ne scandiscono il controllo successivo clinico-strumentale in periodi scalari assolutamente congrui (20' di silenzio ECG – art. 1 D.M. 582/94 – nel caso più comune di morte cardiaca, sufficienti ad assicurare la sopravvenuta morte "cerebrale"; 6 ore di osservazione neurologica – art. 3 D.M. 582/94 – elettrofisiologia e medico-legale, nei soggetti deceduti per lesioni cerebrali e sottoposti a misure rianimatorie – art. 3 D.M. 582/94 – con la revisione di ulteriori categorie ed accertamenti in particolari soggetti – neonati, piccoli bambini, ecc.).

Lo scopo dell'intervento del legislatore corrisponde, com'è ben noto, all'esigenza di precise garanzie atte a soddi-

sfare finalità amministrative, etiche e sanitarie: I) l'accertamento e la datazione della morte in tutti i soggetti; II) il prelievo di tessuti e/o di organi per i trapianti; finalismi entrambi di valenza bioetica, medico-legale e giuridica assoluta perseguiti con metodologie ufficiali, del tutto conformi alle istanze proposte da Rossini e Melgari, del tutto coincidenti con una realtà operativa italiana, questa volta ben governata e aggiornata.

Occorre pertanto precisare, per amore di chiarezza, che i riferimenti alle statuizioni della *pontificia accademia delle scienze* non possono né debbono essere intesi come accenni a qualche lacuna etica e/o scientifica del tutto immune da riserve e non solo per il periodo e le fasi del normale esperimento di diagnosi e di controllo ma in virtù del previsto utilizzo integrato della elettroencefalografia ... dei potenziali evocati ... e delle misurazioni del flusso ematico cerebrale», in quanto tale da essere «ancor più sicuri!». Va infatti rammentato come l'art. 2 del D.M. 582/94, comma 2, affermi che «l'iter diagnostico finalizzato anche alla *certezza* della diagnosi etiopatogenetica deve prevedere (in situazioni particolari ... di grado tali da interferire sul quadro clinico complessivo) l'esecuzione di indagini complementari atte ad evidenziare l'esistenza di flusso ematico cerebrale». E tra i fattori concomitanti vengono per l'appunto elencati la *persistenza di farmaci depressori*, la *ipotermia*, le *alterazioni endocrinometaboliche*, la *ipotensione sistemica depressa*, ecc. In definitiva la nostra normativa, comprensiva delle giuste preoccupazioni degli AA., già si pone in armonia con i conciliabili principi della *autonomia* diagnostica del medico (sempre che ragionevole e documentata) e della più intransigente tutela della *vita umana*, nel rispetto di finalismi etici e sociali non secondari connessi alla chirurgia dei trapianti e al corretto e proporzionato uso dei presidi diagnostici.

Non a caso, del resto, il legislatore italiano ha previsto il contributo e la garanzia della medicina legale nella più delicata fase di controllo dell'avvenuta morte cerebrale anche al fine di garantire il profilo etico- quella doverosa certezza che si elevi al di là di ogni ragionevole dubbio.

Con molta cordialità

Siena, 4 settembre 2007

M Barni

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Mauro Barni
Via Agostoli, 38
53100 Siena

Replica dell'Autore

Rispondiamo con piacere alla lettera del collega Mauro Barni relativa al nostro editoriale *‘Morte Cerebrale: Medicina Basata sull’evidenza e Buona Pratica Clinica’* di recente comparsa sulla nostra rivista. Il contenuto della lettera conferma sostanzialmente quanto riferito nel nostro articolo -e non potrebbe essere diversamente data l’esperienza e la conoscenza del campo dello Scrivente- ma si collega poi in modo specifico a quanto previsto dalla Legge italiana. Nel nostro studio di revisione, non abbiamo voluto prendere in esame alcuna legislazione nazionale, ma riferirci da una parte alla letteratura scientifica internazionale di settore, dall’altra ad aspetti variegati che caratterizzano le diverse legislature, anche a sottolineare in qualche modo una qualche difformità di atteggiamenti in un argomento che forse per la sua delicatezza ed importanza richiederebbe una maggiore uniformità. Ma come in ogni altro campo, anche in questo le Leggi nazionali riflettono le diverse culture, sensibilità ed anche impostazioni scientifico-culturali.

Il documento della Pontificia Accademia delle Scienze -che non vede certo nei sottoscritti i difensori d’ufficio essendo il prodotto di un panel di neuroscienziati di altissimo livello internazionale- in nessun modo si riferiva alla Legge Italiana (sarebbe stato anche poco sensato, visto che si rivolge alla comunità globale) e se questo è emerso erroneamente dalla lettura del nostro editoriale, ce ne scusiamo con i Lettori; tuttavia, un’attenta rilettura del nostro contributo con un’ottica di visione internazionale non ha fatto emergere questo tipo di interpretazione.

Concordiamo inoltre che la Legge italiana è una di quella maggiormente “garantiste” nel senso che coniuga la tempistica, la semeiotica e la tecnologia necessarie a porre una corretta diagnosi di Morte Cerebrale. Nessun tipo di critica quindi alla Legge ed ai suoi contenuti, prodotto dello sforzo integrato di uno stuolo ampio di specialisti dei vari settori coinvolti. Noi riteniamo piuttosto che ci siano problematiche nell’applicazione che andrebbero verificate e se possibile corrette (questo punto è emerso nel corso dei lavori della Pontificia Accademia in tutte le realtà nazio-

nali prese in esame); risulta per esempio che il ricorso ad indagini complementari previste dalla Legge sia sporadico e che continui ad esserci un certo equivoco di fondo nella integrazione tra le *equipes* che pongono diagnosi di morte cerebrale e quelle che eseguono gli espunti d’organo. È un argomento estremamente delicato che non può e non deve trovare trattazione in questa sede, ma su cui qualcuno prima o poi dovrà riflettere al fine di introdurre dei correttivi e dei controlli adeguati. Riteniamo infine che nell’Opinione Pubblica ci sia talvolta più che un timore che siano errati i parametri di valutazione previsti dalla Legge, un certo disagio per la qualificazione di coloro che li applicano sia sul piano clinico che su quello strumentale (fare una rigorosa valutazione di ‘morte cerebrale’ necessita di una esperienza che si crea sul campo; lascia qualche dubbio il livello di esperienza di specialisti che vengono chiamati 1 o 2 volte in un anno a confermare o meno una diagnosi di questo tipo). Mai come in questo caso, il Malato ed i Familiari non hanno altre armi che non la piena alleanza e la piena fiducia nell’operato dell’*equipe* che pone la diagnosi di morte cerebrale, nel momento in cui debbano esprimere (il Malato attraverso i suoi Cari) parere su tutto quanto consegue a tale diagnosi.

Sarebbe infine di grande spessore mantenere alto il livello di monitoraggio sulle potenziali ricadute che le quotidiane conquiste della scienza e della medicina possono avere su questo tema, mantenendo aperto un “tavolo di valutazione” che proponga puntuali aggiustamenti legislativi ogni volta che questi siano giustificati dalle regole della Medicina Basata sull’evidenza.

Crediamo, insomma, che come tutte le azioni umane anche quelle inerenti la diagnosi di Morte Cerebrale sia perfettibile e che sia importante, culturalmente qualificante ed arricchente e significativo sul piano antropologico che il dibattito prosegua con finalità costruttive, rigore scientifico e senza pregiudiziali di sorta da parte di nessuno.

Paolo M. Rossini e J. Melgari
Clinica Neurologica, Università Campus Bio-Medico,
Roma

69. Ospedali, Città, Territorio*Hospitals, Cities, Territory*

MARIA IGNAZIA PINZELLO

ETICA, SOCIOLOGIA E DIRITTO

ETHICS, SOCIOLOGY AND LAW

74. Aspetti Etici e Profili Giuridici dell'Umanizzazione dell'Ospedale*Ethical and Legal Aspects of Hospital Humanization*

G GRASSANI

82. L'Ospedale Come Rete di Relazioni da Persona a Persona*The Hospital as a Network of Relationships among People*

C LAZZARI

L'ASSISTENZA

CARE

88. La Direzione Sanitaria di un Policlinico Universitario e l'Umanizzazione dell'Assistenza*Health Management of a University Hospital and the Humanization of Care*

A PANA', SIMONA AMATO

92. Un Modello di Organizzazione dell'Attività Assistenziale Infermieristica Centrato sul Paziente Ricoverato: l'Esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
*Nursing Care Delivery Model Centred on In-hospital Patients: the Campus Bio-Medico University Hospital Experience*CONCITA BARROS, MARIA GRAZIA DE MARINIS, MARIA MATARESE, STEFANIA MURGESE,
DANIELA TARTAGLINI**98. Family-centered and Family-oriented Care in Pediatrics***L'Assistenza Family-centered e Family-oriented in Pediatria*

M PETTOELLO-MANTOVANI, A CAMPANOZZI, L MAIURI, IDA GIARDINO

105. L'Assetto Culturale e Istituzionale della Psichiatria in Italia*Cultural and Institutional Order of Italian Psychiatry*

I CARTA

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

112. Ti Racconto il mio Ospedale. Esprimere e Comprendere il Vissuto della Malattia

F BIANCHI DI CASTELBIANCO, M CAPURSO, M DI RENZO

114. L'Etica a Servizio della Persona Malata. Esperienze e Riflessioni Maturate al San Raffaele di Milano

CG VELLA

116. Vento delle Ande. Storia dell'Ospedale in Cima al Mondo

G BAVETTA

117. Lo Scafandro e la Farfalla

JD BAUBY

119. LETTERE AL DIRETTORE

LETTERS TO THE EDITOR