

XI OSPEDALE OSPITALE

Le parole trattengono storie secolari se non millenarie. Ospedale discende da *hospes*, straniero, con cui si intrattenevano rapporti amichevoli, fornendogli cibo e bevanda e alloggio. Nel mondo antico le conoscenze di luoghi e popoli diversi erano assicurate dai pellegrini, viaggiatori, mercanti. Le relazioni con loro si tipizzavano nel più risalente diritto internazionale come *hospitium*. Nel medioevo occidentale questo termine indicò un edificio destinato all'accoglienza di pellegrini, costruito e gestito da ordini religiosi. Quando questi itineranti fossero malati vi erano curati, con risorse dell'arte medica, e con quelle della carità religiosa.

Forse è già allora annunciato il germe di quella combinazione della cura e del *caring*, del curare e del darsi carico che fonda oggi l'etica del medico verso chi gli si rivolge. Dall'ospizio presso conventi e santuari si svolge una vicenda ispirata sempre più al soccorso dei poveri ammalati che non al ricovero dei viaggiatori, fino a giungere ai grandi ospedali cittadini ad iniziativa dello Stato o di poteri municipali. In parallelo progredisce la medicina nelle sue conoscenze e nei suoi rimedi con nuove modalità di esercizio della sua funzione sociale.

Dall'antichità all'età di mezzo, il medico intratteneva malati in una parte della sua abitazione. La nascita degli ospedali determina una crescente gravitazione al loro interno della professione sanitaria. L'ospedale era tuttavia una casa per i poveri, i ricchi ricevendo i medici e facendosi curare nella propria casa, assistiti dai familiari e domestici. Solo le grandi epidemie avevano superato classi sociali annientando nei lazzaretti la dualità casa privata ospedale pubblico. L'ospedale moderno tende a soppiantare le cure domestiche a mano a mano che le tecniche diagnostiche e i trattamenti terapeutici esigono test di laboratorio e apparecchiature e personale specializzato.

Per le malattie acute e per le convalescenze post-operatorie, le lungodegenze di un tempo si sono progressivamente abbreviate e non solo per l'accesso ai farmaci e ad altri presidi terapeutici in ambiente domestico, ma anche per ottenere con un più rapido *turn-over* di pazienti una più alta

ricettività degli ospedali. Oggi tuttavia questa coniugazione per osmosi di casa e ospedale rivela mutati contesti. L'estensione della nozione di salute non più come assenza di malattia ma come stato di benessere psichico e fisico, oggetto finalistico di un diritto fondamentale della persona e interesse correlato della società, rende non più adeguata la sia pur tanto accresciuta disponibilità logistica ospedaliera. Le liste di attesa si allungano non appena all'ospedale si rivolgono prenotazioni per esami e controlli di particolare complessità.

La medicina non è più soltanto destinataria di richiesta di soccorso per malattie acute a breve decorso. La prevenzione delle malattie è una scelta ormai dominante nelle politiche di *welfare*. In più le patologie croniche e quelle causanti disabilità permanenti acquistano una dominanza statistica rispetto a quelle intercorrenti. Gli ospedali possono trasformarsi in giganteschi e ingestibili cronici? Gli andamenti demografici stanno estendendo le fasce degli anziani e tra essi dei non autosufficienti. Gli ospedali possono metamorfosarsi in città di vecchi disabili? Si può quasi registrare una legge fisica: più si estendono le istanze del diritto alla salute nelle unità di popolazione, nelle età della vita, dalla nascita all'infanzia, alla maturità, alla vecchiaia, nei generi maschile e femminile, nelle difformità create dal progresso stesso della biomedicina e delle sue tecnologie e più l'ospedale si rivela impari ad assolvere le sue tradizionali funzioni. Luogo di cura dove si entra ammalati e si esce guariti o centro di diagnosi tecnicamente sofisticate per avvio di terapie da proseguire altrove? Ci stiamo abituando ad identificare l'ospedale con le emergenze di pronto intervento o con le attese dei controlli diagnostici dimenticando l'icona arcaica dell'ospizio. È il progresso tecnico-scientifico e delle politiche di *welfare* a determinare il mutamento della relazione tra ospedale e società.

La nostra domanda è: in quale direzione? Se ripercorriamo i tratti storici evocati, saremo in grado di cogliere il senso di un *transfert* tra le polarità della casa e dell'ospedale. Ospizio per i senza casa, i pellegrini o i poveri malati, e poi ricovero clinico temporaneo e anzi temporizzato nelle prognosi per tornare convalescenti o guariti a casa. Questa polarità così perentoria non si dà più. Il *transfert* tra casa e ospedale dà origini ad un circuito permanente. La stessa progettazione urbanistica ne è influenzata. Gli ospedali disseminati nei vari quartieri cittadini, eredi degli antichi ospizi fondati da ordini e confraternite religiose, sono stati progressivamente localizzati in aree marginali con specifica destinazione ospedaliera. Sono stati allontanati dalle case. La struttura stessa dell'edificio ospedale policlinico è progettata per una centralizzazione dei servizi diagnostici e di laboratorio e di interventi operativi così separati dai reparti di degenza.

L'ospedale diventa sempre meno casa e sempre più macchina tecnico-burocratica in cui il rapporto antico del curare e del *caring* si dissolve. Il malato è un terminale di servizi, privato del suo habitat domestico e dunque in solitudine psicologica o nel disagio di una promiscuità con estranei. Il medico inconsapevolmente si lascia assorbire dalla attenzione richiesta dal funzionamento della macchina scientifica tecnica amministrativa e si distrae dalla considerazione della umanità personale del malato, di ogni malato. Come tutto questo scenario possa agevolare il modello oggi proposto dalla bioetica, di una empatia tra medico e paziente, di una alleanza terapeutica, fondata sul consenso informato alle cure, di una conoscenza biografica e non soltanto nosografica del malato da parte del medico, è difficile da dire. È come oscillare tra pessimismo della ragione e ottimismo della volontà, tra realtà e utopia.

Una strategia di uscita da una tale aporia può intravedersi nel ripristinare il circuito del *transfert* tra casa e ospedale, ma non nel senso di ridisegnare l'ospedale come un moderno e confortevole *hotel*, altra parola che ha la stessa origine e lo stesso significato di ospizio e ospedale. Sarebbe economicamente dispendioso ed inadeguato allo scopo. Nel senso, invece, di irradiare l'ospedale nelle case, di collaudare e poi costantemente perfezionare l'assistenza sanitaria domiciliare. Non solo convalescenze monitorate nelle case dopo brevi degenze ospedaliere, come pur in questi ultimi anni si è pensato, ma prevenzione, una cura dei disabili e dei cronici, un personale medico e paramedico e volontari, in modo da alleviare il peso delle famiglie e anzi educare e confortare le famiglie in questi compiti di elementare umana solidarietà dei sani verso i congiunti malati.

Il *transfert* casa-ospedale, in quanto moto centrifugo e non più soltanto centripeto, condurrebbe il medico ospedaliero ad essere anche medico di quartiere affiancando quel medico di base o di famiglia ridotto oggi, specie nelle grandi città, ad un burocrate compilatore di ricette. Si solleciterebbero professionalità assistenziali paramediche e iniziative di volontariato, con vantaggio di quella coesione sociale oggi in crisi per processi di perdita di circoli e di motivazioni solidaristiche. A cominciare dal fenomeno macroscopico della morfologia delle società che dalla famiglia estesa è passata a quella nucleare e oggi tende a produrre *single*. Restituire alla famiglia una centralità perduta proprio nell'evento della malattia e della disabilità significa imprimere un nuovo corso in controtendenza ai processi sociali negativi di isolamento individualistico.

Varrebbe anche a sollecitare una diversa modernizzazione urbanistica e architettonica che abbandoni il modulo delle macchine "da abitare", dove le case sono per l'avarizia degli spazi anticipazioni di loculi e in ogni caso

inidonee a contenere famiglie numerose e tanto meno estese oltre la prole e la coppia genitoriale, e dalle quali si tende ad espellere gli anziani. Tanta parte delle cause di desocializzazione del mondo contemporaneo si racchiude in strutture materiali, che condizionano cultura intellettuale e morale. E nel contempo la medicina sarebbe posta al riparo dai rischi ricorrenti della sua disumanizzazione.

Ciclicamente la storia della medicina offre immagini del paternalismo medico percepito ora come simbolo di dominio ora come amorevole soccorso. Nell'età della tecnica, che è quella che stiamo vivendo, il medico potrebbe tornare ad essere, anche contro la sua personale umanità, un funzionario tecnico. Vien fatto di ricordare quel protagonista di "Guerra e Pace", di Tolstoj, interrogato quale prigioniero da un napoleonico maresciallo di Francia senza che fosse mai guardato in faccia. È non infrequente essere visitati da medici, specie illustri, che contemplan radiografie e test di vario oggetto e natura, distrattamente guardando il malato che è la fonte di quelle proiezioni tecnologiche. La medicina sarebbe ricondotta ad una considerazione olistica del malato abbandonando la contemplazione astratta della tipizzazione nosografica. E soprattutto si supererebbero gli eccessi dell'iperspecialismo deprecati fin dalla più remota antichità, se ha qualche fondamento la favola del faraone che aveva un oculista per l'occhio destro e un altro per quello sinistro.

L'ospedale moderno ha il vantaggio di adunare in team esperti di diverse specialità. L'ospedale irradiato nell'assistenza domiciliare dovrebbe non disperderlo, ma potenziarlo. La preparazione del medico generico di una volta intendeva dare il segnale di un bisogno sociale della confluenza nell'operatore sanitario di più e diverse conoscenze e pratiche cliniche specialistiche. Ma nel contatto medico paziente realizzato nell'*habitat* personale di ogni paziente, si ottiene quella unità personale che nessuna radiografia o test può offrire.

Nessuna malattia è puramente e soltanto fisica. Quel corpo che sfugge alla medicina dell'età della tecnica è l'altra faccia della vita del corpo che è la vita della mente. I disturbi mentali sono in crescita esponenziale prodotti o incentivati da difficoltà relazionali di cui è gravato l'individuo sempre meno protetto dalle micro-società familiari, parentali, del vicinato, della fabbrica, del negozio, dell'associazione, della parrocchia, del club, dissolte nell'anonima massa urbana. Quante tragiche esplosioni di violenza e di morte sono dovute a disturbi mentali non tempestivamente osservati. Oltre a vicende endofamiliari, pensiamo come si dovrebbe a stragi scolastiche quali si registrano negli Stati Uniti. Ma pensiamo anche alla inadeguatezza degli strumenti di cui dispone il servizio clinico e territoriale per questi

aspetti pur fondamentali della salute. Il breve ricovero ospedaliero, la prescrizione di farmaci, la cui effettiva assunzione è affidata alla famiglia, se c'è e se idonea al compito, o al diretto interessato.

Qui l'assistenza domiciliare potrebbe essere decisiva per una conoscenza della personalità del malato e del suo ambiente di vita. Potrebbe stemperare le tensioni che ogni disturbo mentale accende anche e talora soprattutto nell'ambito della famiglia, potrebbe far turnare alterne figure familiari e di estranei per quel contatto relazionale con la società in grado spesso di avere efficacia terapeutica e risanatrice. Insomma l'ospedale ospitale sia in comunicazione con la casa perché la società intera e non una sua parte adempia il compito di garantire a tutti il diritto alla salute della mente e del corpo, della non dissociabile unità della persona umana.