

# Il bene e il bello. I luoghi della cura

## Presentazione della mostra

Martedì 21, ore 11.30

---

### Relatori:

Giorgio COSMACINI,  
Docente di Storia della Sanità all'Università Statale di Milano

Paolo PASINI,  
Psicologo, Studioso di Storia dell'Assistenza Sanitaria

Carlo BORSANI,  
Assessore alla Sanità della Regione Lombardia

**Cosmacini:** Spiegherò anzitutto titolo e sottotitolo della mostra, *Il bene e il bello*. Il bene fruito dalle persone bisognose di cure che si riverbera nel bello che è intrinseco alle cure prestate, con dedizione, da altre persone. Dove? Nei luoghi della cura, della sofferenza, della mancanza, del bisogno: gli ospedali, le case per gli anziani, le case protette, i day hospital, gli ospedali a domicilio. Oggi nel tempo in cui gli aspetti tecnici della medicina sono cresciuti di importanza, pienamente legittimati dai progressi della scienza medica e dai successi delle sue applicazioni, è quanto mai necessario un pari potenziamento degli aspetti umani richiesti dai bisogni e rivendicati dai diritti degli assistiti. Vorrei ora compiere un excursus storico dei luoghi delle cure a partire dall'antica Grecia, per giungere fino a noi.

L'antica Grecia non ebbe ospedali veri e propri, tuttavia Pausania, scrittore greco vissuto nella seconda metà del II secolo dopo Cristo, ha lasciato una mappa di templi della salute sparsi un po' dovunque; questi templi erano detti «Asclepiei» in quanto dedicati ad Asclepio, il semidio figlio naturale di Apollo che Pindaro, in una sua ode, definisce l'eroe che protegge da tutte le specie di morbi. Asclepio, poi latinizzato in Esculapio, era la divinità preposta alla tutela e al ricupero della salute come tale fatto oggetto di culto da parte dei sacerdoti detti asclepiadi e da parte dei malati che accedevano ai templi in cerca di guarigione. Il rituale era semplice. Consisteva nei preliminari di purificazione con abluzioni e breve digiuno, seguiti dal sacrificio di un animale, «un gallo ad Asclepio» dice Socrate nel *Fedone*, accompagnato da invocazione propiziatoria. Dopo tale offerta i malati si coricavano nell'*abaton*, luogo di degenza e di dormiveglia, dove passavano le notti immersi nel sonno incubatorio, propiziato da Hypnos, semidio dell'ipnosi, o estasiati dalle visioni oniriche propiziate da Oneiros, semidio dei sogni anche di quelli a occhi aperti. Dai sogni e dai sonni i malati si ridestavano talora miracolati, più spesso si risvegliavano disponibili a confidarsi con l'Asclepiade per avere da lui indicazioni che potremmo dire prognostiche e terapeutiche.

Diversamente da questa medicina dei templi esercitata dagli Asclepiadi, la medicina tecnica – *tecne* è un nome greco che significa arte nel senso di artigianato, di mestiere –, esercitata nella stessa Grecia antica dai seguaci di Ippocrate, si svolgeva non nella città alta, nell'acropoli dov'erano i templi, ma nella città bassa dove accanto alla piazza del porto del mercato si aprivano le botteghe della salute che oggi diremmo ambulatori medici. La medicina ippocratica era una medicina ambulatoriale, in piccola misura forse anche domiciliare, certamente non una medicina ospedaliera.

Anche nell'antica Roma non ci furono veri e propri ospedali. Luoghi di salute pubblica furono le terme, dove ai bagni variamente praticati freddi, tiepidi, caldi per favorire la ginnastica dei pori corporei, si univano gli esercizi fisici praticati nelle palestre per favorire la ginnastica del corpo intero. Non esistevano luoghi pubblici di cura dei malati; tuttavia, in età imperiale, dovendosi meglio organizzare la sanità pubblica in campo militare con i medici legionari, furono istituiti gli ospedali delle Legioni o *valetudinaria*. Lucio Giulio Moderato Columella scrive nel *De re rustica* che «i valetudinari devono essere tenuti scrupolosamente puliti anche nei periodi in cui non ci sono degenti e che in periodo di pace nulla vieta che siano adibiti ad usi civili. Se uno schiavo si ferisce, come spesso capita, vi sia subito medicato. E se qualcuno si ammala, sia subito ricoverato nel valetudinario con l'ordine che riceva tutte le cure necessarie».

Fu comunque il Medioevo cristiano a dare fondamento etico all'ospitalità. L'*hospitalitas* conosciuta e praticata dagli antichi, ma solo come attività individuale o d'obbligo nei confronti dell'ospite, si affermò nella bassa latinità come comandamento condiviso, come servizio al bisogno e al sofferente nell'ambito di un cristianesimo che si proclamava religione dei poveri. Al nome e al concetto di povero, di *pauper*, erano strettamente legati il nome e il concetto di malato, di *infirmus*; i due nomi e concetti venivano giustapposti, sovrapposti, citati insieme, *pauperes infirmi*. Tra i due si realizzava uno scambio di significati facendo dell'uno e dell'altro, alternativamente, un attributo e un sostantivo. L'infermo povero e il povero infermo. Essi esprimevano una categoria composita senza troppa distinzione tra indigenza economica ed emergenza sanitaria, comprendente tutti coloro che non erano in grado di far fronte alle crisi di sussistenza e di esistenza. Malati e invalidi con inclusi gli storpi e i vagabondi, gli sceicchi e i mendicanti, i folli e i

pezzenti e con ai primi posti i vecchi in solitudine e i bambini senza famiglia. Per tutti costoro, spesso costituenti un'umanità derelitta e questuante, esisteva l'*hospitale*.

Nell'alto Medioevo presso molte abbazie si esercitava l'ospitalità monastica. «Ora et labora» era il motto del monachesimo benedettino: all'attività contemplativa della preghiera era unita l'attività lavorativa, e il lavoro era quello contadino, svolto nei campi, ma anche negli orti e nei giardini dei semplici dove venivano coltivate le piante medicinali, e quello amanuense svolto nelle celle a chiosare i testi non solo biblici, ma anche della medicina classica. Ma la regola dettata da san Benedetto recitava e recita al capitolo trentaseiesimo «prima di tutto e soprattutto bisogna prendersi cura dei malati». A dispensare opere di misericordia corporale e pratiche curative provvedevano i curanti dei conventi abbaziali sparsi nelle campagne e dei conventi episcopali situati nelle città vicino alla cattedrale. Erano curanti che somministravano rimedi e salassavano per sottrarre con il sangue la materia peccante tanto nociva per la salute del corpo quanto il peccato per la salvezza dell'anima; inoltre, imponevano le mani e impomatavano, massaggiavano e segnavano con la croce, applicavano toccamenti e toccasana, lenivano con gesti ed elisir. La *restitutio ad integrum* della salute fisica era tutt'uno con la salvaguardia della salute spirituale.

Mentre gli ospedali conventuali, episcopali o monastici, erano edifici in diretta connessione con il luogo del culto, con commistione tra pratiche sacre e pratiche profane, gli ospedali delle rinascenti città del basso Medioevo, anche se legati a fondazioni ecclesiastiche, tendevano a distaccarsi dal modello religioso e dallo stile sacrale. Il risultato di questa tendenza è, alla fine, l'ospedale civile.

In Italia l'organizzazione ospedaliera, in anticipo sul resto d'Europa, era importante in ogni città, ma soprattutto in quelle più popolate, affollate da una popolazione perennemente a rischio tra i granai spesso vuoti, per le ricorrenti carestie e i rifiuti male smaltiti, con relativa igiene precaria. Una folla di poveri sovente denutriti e sempre sporchi costituivano un'umanità marginale, veicolo di epidemie, pericolosa biologicamente e pericolosa anche socialmente, in quanto potenzialmente eversiva dell'ordine costituito. Un patriziato caritatevole e un clero provvido non si esimevano dal fondare ospedali. Una gerarchia ecclesiastica tradizionalmente investita della paternità dei poveri e una gerarchia civica comunale o signorile istituzionalmente preposta al controllo della povertà non si esimevano dal fare propri i problemi della carità, dell'assistenza, del buon ordine sanitario.

In pieno XIII e XIV secolo gli ospedali dell'Occidente erano una moltitudine; coloro che gestivano in prima persona il rapporto esistenziale con gli infermi non erano i medici e i chirurghi, ma gli infermieri: i curanti degli infermi erano gli infermieri. Essi potevano essere religiosi o laici, appartenere a congregazioni chiericali o a laiche fratriche, essere *fratres vel sorores*, uomini o donne. Quel che veramente contava è che tutti fossero di fatto e di nome *servi infirmorum*, serventi degli infermi, assidui nell'*assistere*, nello stare ripetutamente o continuamente accanto ai malati. I religiosi caritatevoli o i laici devoti dovevano, nel farsi carico delle pratiche di assistenza svolte a vantaggio del prossimo bisognoso, preparare un buon letto, somministrare un buon pane o un buon brodo, dire o ridire una buona parola.

Nel cuore delle città medievali, dov'era più fitta l'umanità bisognosa, sofferente come la carne piagata del Redentore, l'ospedale era il sito di accoglienza del *pauper Christi*, del povero di Cristo, ed era il luogo di erogazione dei servizi assistenziali per i tanti poveri cristi affollanti i gradini inferiori della scala sociale, considerati globalmente come genere umano, afflitto da miseria, madre delle malattie e non come malati affetti da questa o quella specie di male. Conseguentemente le cure prestate dagli infermieri erano cure generiche, non specifiche. «Consistevano soprattutto nel ristorare di vitto e di letto», come dice Bonvesin de la Riva nei suoi *Demianilibus Mediolani*, non nell'intervenire con medicinali, all'infuori di qualche tisana o linimento, o con manipolazioni, all'infuori di qualche clistere o unzione cutanea. Questo tipo di assistenza e di cura giustificava il fatto che gli ospedali dove si esercitavano tali pratiche, fossero detti, con riferimento alla loro accoglienza indifferenziata e alla loro vastissima utenza, «alberghi dei poveri».

L'età rinascimentale segna il passaggio da una realtà religiosa ad una realtà mondana; la carità assistenziale dei tanti ospedali medievali lasciava il posto all'assistenza curativa degli ospedali rinascimentali, un'assistenza intesa non solo e non tanto come cura ma anche o soprattutto come terapia. Il sistema ospedaliero del Rinascimento, subentrante a quello del Medioevo, era finalizzato non soltanto al semplice aiuto dei poveri infermi ma anche al risanamento dei malati suscettibili di guarigione, alla separazione dei malati inguaribili da quelli guaribili, al ricupero di una produttiva manodopera da reinserire nel mercato del lavoro, agricolo, mercantile, manifatturiero. In quest'ottica plurifinalistica trovavano piena instaurazione gli ospedali concepiti come «fabbriche della salute». Tra i malati, a prescindere dal fatto che tutti dovevano essere premurosamente assistiti, gli acuti suscettibili di guarigione dovevano essere ricoverati nell'ospedale maggiore, principale e centrale, mentre i cronici, inguaribili e invalidi, la cui salute piena non poteva essere recuperata o la cui salute residua necessitava di prolungata assistenza, dovevano essere ricoverati negli ospedali minori, satelliti e decentrati. Insomma, la riforma di metà Quattrocento e del primo Cinquecento non doveva essere vanificata ritrasformando i nuovi grandi ospedali rinascimentali in vecchi ospizi di medioevale memoria. Il Rinascimento, se voleva essere tale anche in campo ospedaliero, non doveva ripiombare nell'ambito della carità e della ospitalità indifferenziate. Quanto all'attività curativa, i fisici o medici esercitavano la medicina interna che si rivolgeva soprattutto alla cura degli organi interni e delle febbri, i chirurghi, maggiori e minori, esercitavano la medicina esterna, che si rivolgeva soprattutto alla cura delle affezioni esterne e delle ferite. Una pluricompetenza qualificata diversificava le cure ospedaliere; la folla dei malati non era più un indistinto genere, genere umano sofferente, ma era un accorpamento di gruppi patologicamente diversi, ciascuno con la sua specie di male. Le cure non erano più pratiche generiche, di assistenza e di aiuto, erano pratiche specifiche realizzanti questa o quella terapia. I curanti degli infermi non erano più infermieri generici, ma medici e chirurghi specialisti di questo o quel male. In termini attuali li diremmo

dermatologi, venereologi, ortopedici, ostetrico-ginecologi, urologi. Nelle rinascimentali fabbriche della salute nasceva un'aurorale specializzazione.

Fu l'Ottocento a pieno titolo il secolo dell'instaurazione dell'ospedale moderno. Tale instaurazione partì dalla clinica e si svolse secondo una dinamica interna o scientifico-tecnica. Ma l'istituzione conobbe anche una trasformazione prodotta dai mutamenti culturali della società. La beneficenza, mossa dalla carità, si mutò nel dovere civile indirizzato ad un'assistenza ai malati evolvente in diritto di questi alla tutela della propria salute.

Nella trasformazione ospedaliera, connessa ai mutamenti culturali della società, troviamo, a Novecento inoltrato, un ospedale trasformato definitivamente e irreversibilmente da luogo di assistenza agli aventi bisogno, con spese di degenza a carico della pubblica beneficenza o dei comuni dove i ricoverati avevano il domicilio di soccorso, in luoghi di diagnosi perfezionata e di terapia efficiente, ambito come tale, cosa inaudita, anche dagli abbienti che nella tecnologia e nella specialistica ospedaliera vedevano delle grandi risorse non sostituibili dalla pratica medica esercitata a domicilio o in ambulatorio. E in ospedale si affollavano anche i cosiddetti semi-abbienti, come allora negli anni Trenta venivano chiamati, cioè la massa crescente degli assistiti dalle mutue.

Nella seconda metà del Novecento, specialmente a partire dagli anni Sessanta, tecnologie di avanguardia e superspecialità hanno fatto impennare con ascensione asintotica la curva dello sviluppo medico-chirurgico. La rivoluzione tecnologica ha cambiato l'ospedale. Le varie discipline si sono fatte più sofisticate, hanno incorporato elettronica e informatica, la clinica medica ha innalzato sulle basi della micromorfologia e della biochimica i nuovi pilastri della fisiologia dinamica e della patologia molecolare, il guardar dentro proprio dell'endoscopia ha esteso il campo della visione, la radiologia si è fatta anche interventistica, in ospedale sono entrate nuove macchine: l'ecografo, il Doppler, la TAC, la risonanza magnetica. Accanto alla chirurgia d'elezione ha acquistato alta dignità la chirurgia d'emergenza, è nata la chirurgia mini-invasiva seguita dalla chirurgia ambulatoriale, la *day surgery*.

Parallelamente è sempre più sentita e proclamata l'esigenza che l'ospedale odierno, divenuta una macchina più che mai produttiva e regolativa della salute, adegui al proprio sviluppo scientifico-tecnico quello amministrativo, organizzativo, gestionale, unendo efficienza ed efficacia e temperando i benefici con i costi. L'ospedale d'oggi dovrebbe comunque scostarsi da un modello esclusivamente basato sull'efficienza produttiva delle prestazioni poiché a tale modello non possono essere integralmente ricondotti i problemi della salute, non tutti misurabili in termini di resa economica. Se l'ospedale è un'azienda il funzionamento di questa è da valutarsi non tanto in termini di spesa e di prestazioni prodotte, quanto in termini di investimento e di produzione di salute. Oggi accanto all'ospedale azienda si prospetta l'opportunità, la necessità dell'ospedale casa, dell'ospedale domicilio. Per molte patologie, gli anziani ed i longevi, o i sopravvissuti di tutte le età, dal bambino portatore di malattie un tempo precocemente fatali, al vecchio che vive di vita continuamente assistita, si richiedono certamente prestazioni tecniche, ma si richiedono anche e soprattutto prestazioni umane.

**Pasini:** Come mai, quando si chiude un ospedale, ci sono sempre dei grossi problemi? A prescindere, evidentemente da un discorso di carattere gestionale, di programmazione, è mossa soprattutto l'emozione in una comunità quando avviene un avvenimento di questo tipo. Si chiudono stadi, si chiudono case, si chiudono palazzi, si chiudono municipi, si chiudono Chiese, ma se si tocca un ospedale succedono le barricate. Esiste radicata la percezione di una tradizione di attività e di carità, di sviluppo e di moto affettivo all'interno di una comunità di cui la stessa comunità molto spesso non si rende conto, perché magari la tradizione è molto antica. Questo prendersi cura del bisogno e questo rapporto tra chi ha bisogno e chi si prende cura di questo bisogno definisce la qualità del rapporto non solo interindividuale, ma di una comunità. Per questo l'ospedale è simbolico e non solo un ruolo reale di cura.

Il secondo aspetto su cui vorrei insistere è il rapporto tra l'attività sanitaria e il bello, anche in termini di estetica. Come mai un luogo di sofferenza genera un «bello»? Un «bello» che vediamo costantemente, sin dalle epoche più antiche: Brunelleschi, Filarete, Di Bartolo, Guercino, Chagall; non sono solamente committenze destinate a tradurre in un ambito monumentale un prestigio locale, ma danno proprio la percezione della necessità di rendere estremamente dignitoso, anche dal punto di vista estetico, questo rapporto, questa relazione.

La mostra cerca di aiutare a comprendere questi due aspetti. È articolata in cinque ambienti e ogni sala ha un pannello introduttivo che specifica le parole chiave; vi sono poi i pannelli che traducono alcuni dei concetti che abbiamo ascoltato, con diversi livelli di lettura: un livello iconografico, un titolo che sintetizza il contenuto del pannello e, per chi desidera approfondire, un testo.

La mostra è anche integrata da alcuni altri livelli di reperti, come le pergamene che sono esposte in riproduzione; non sono riproduzioni di riproduzioni, fotografie da libro, ma sono state direttamente riprodotte dagli originali. Abbiamo la riproduzione diretta del testamento di Bonvesin de la Riva, abbiamo gli statuti di numerosi ospedali medievali, abbiamo la riproduzione diretta della pergamena che statuisce la fondazione dell'Ospedale Maggiore di Milano di Francesco Sforza e il canone di Pio II che lo approva.

Vi sono poi i plastici, che completano le sale e che quindi danno la tridimensionalità alla struttura monumentale ospedaliera; i plastici hanno un'origine abbastanza interessante di rapporto tra lo sviluppo della mostra e l'attività didattica. Sono, infatti, il prodotto degli studenti della facoltà di architettura del Politecnico di Milano dove l'anno scorso, sotto la guida del professor Gavinelli, hanno individuato come soggetto di esame del corso di studi che stavano portando avanti proprio l'ospedale.

Vi sono anche degli oggetti originali, in particolare quelli legati al mondo termale romano. Come il professor Cosmacini sottolineava, le terme non avevano solo quella funzione di socializzazione che conosciamo, ma anche una

forma curativa. Nella mostra è esposta una statuina della divinità delle acque che proviene dalle zone termali vicine a Rimini, e gli oboli che le persone, che si recavano alle terme, versavano fisicamente nelle piscine per poter accedere alle terme stesse. Inoltre abbiamo alcuni documenti originali sulla peste. La peste ha determinato un momento estremamente critico, che segna una fase dell'assistenza e della patologia molto importante dal punto di vista della crescita e dello sviluppo scientifico e morale della professione medica. Della peste la mostra presenta alcuni documenti originali, alcuni editti, alcune grida, in particolari riferendosi alla peste di Milano del 1630.

Per quanto poi riguarda il periodo settecentesco abbiamo l'originale delle tavole anatomiche di Mascagni, che sono anche riprodotte a parete.

Nell'area novecentesca sono esemplificate due strutture ospedaliere, l'ospedale di Lecco e quello di Houston, con diverse esigenze e diverse collocazioni.

La mostra si conclude con un interrogativo aperto, sollecitando il visitatore a rispondere o comunque a cogliere una modalità diversa che deve essere individuata nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Le ultime sfide, le sfide vinte, quelle delle grandi malattie infettive, quelle dei livelli di povertà, di promiscuità, di difficoltà, dei problemi di assistenza, si affacciano alle grandi sfide dell'invecchiamento della popolazione, dei costi determinati dalle elevate tecnologie e delle nuove malattie e problemi che ben conosciamo. In questo senso la mostra lascia aperta la risposta introducendo un concetto, un termine, quello di sussidiarietà che dà in qualche modo il timbro all'ultima fase dell'esposizione.

**Borsani:** Passando per le coste romagnole si possono vedere moltissime colonie, che furono edificate negli anni Trenta per permettere ai bambini che non avevano i mezzi di usufruire del mare, della sabbia, del sole. Allora il periodo di vacanza era un periodo di ristoro del fisico, di recupero della fatica, dello stress del lavoro e un periodo in cui usufruire del mare, del sole e della sabbia proprio per cercare di rigenerare il proprio corpo e riaffrontare l'attività lavorativa. Oggi la vacanza, proprio in Romagna, è cambiata. Non è più quello stimolo di educazione fisica, di rispetto del proprio corpo, ma è rivolta al divertimento.

L'assessorato della regione Lombardia sposò la proposta della mostra *Il bene e il bello* perché al di là dell'arte, al di là del segno grafico o del segno architettonico, del segno della statua, del monumento, c'era un segno e un significato politico. Qual era il significato politico? L'arte metteva in evidenza la sofferenza dell'infermo, ma metteva anche in evidenza la solidarietà di chi porta la cura, di chi porta l'assistenza. Quindi, il primo punto, il primo pensiero era per l'uomo, per l'individuo che soffre. La regione Lombardia si è innamorata di questa mostra perché la politica della regione Lombardia era proprio quella di mettere in evidenza l'uomo e di permettere di ricevere le cure nel modo più libero che l'uomo volesse, quindi poter scegliere come, dove e quando farsi curare e soprattutto avere la possibilità di sfruttare tutte le possibilità di cura sia che fossero pubbliche, o private accreditati, o non profit. Credo che la riforma sanitaria della regione Lombardia sia stata la causa, di una importante discussione in Italia sulla sanità e dell'abbandono dello statalismo, del concetto che fosse solo lo Stato a pensare alla cura dell'uomo.

Riflettendo ancora sul titolo della mostra, bene e bello, possiamo dire che il bene è la salute, mentre il bello consta di due aspetti: il primo, la solidarietà di chi si fa carico della sofferenza altrui e cerca di dare un conforto e di dare anche delle soluzioni, e il poter convivere con il proprio corpo, poter rinascere dopo una malattia e poter continuare ad essere attivo, essere recuperato al circuito della società. E allora la politica sanitaria non è più soltanto ed esclusivamente un aspetto finanziario; l'azienda ospedale ha cercato di rompere il concetto di pubblico inteso come Stato e ha cercato di dire che anche il pubblico deve muoversi velocemente come il privato perché, in caso contrario, non può dare un servizio di qualità, di efficacia e soprattutto di modernità alla gente. Questo è il significato dell'azienda, cosa che ancora non è stata recepita interamente, perché ci sono altri passaggi da fare che comportano anche la revisione del contratto di lavoro del pubblico; l'istituzione pubblica ha, infatti, un contratto di lavoro che non permette di premiare chi merita ma, anzi, mette nella condizione di demotivare coloro che si danno da fare per cercare di dare al pubblico quell'efficienza che merita per rispetto alle professionalità di alta qualità che il pubblico possiede.

Il secondo aspetto del bello sta nel fatto che la politica sanitaria è politica urbanistica perché edificare un nuovo presidio ospedaliero in una città significa anche trasformare la città, creare delle infrastrutture, dare un volto diverso alla città. Vuol dire insegnare dei comportamenti, vuol dire insegnare a non bere troppo, a non fumare, a non drogarsi, vuol dire, quindi, creare dei valori all'interno dell'individuo, che poi si ripercuotono nel valore dell'amicizia, nel valore della lealtà, nel rispetto degli altri. Quindi la politica sanitaria è molto di più di quello che siamo abituati a vedere nella polemica demagogica tra pubblico e privato. La politica sanitaria è politica, ed è questo anche il bello e il bene della politica sanitaria, è la possibilità di formare coloro che non sono in grado di essere autonomi all'interno della propria nazione.

Il significato della mostra consiste nell'affermare che l'uomo ha diritto di avere rispetto di se stesso, di avere la cura, ma ha anche il diritto e il dovere di essere al servizio degli altri. Il bello non è il senso estetico, il bello non è voler andare dal chirurgo plastico per rifarsi il seno, le labbra e cercare di inseguire una giovinezza che sfiorisce naturalmente. Il bello e il bene, al contrario, significano saper invecchiare col proprio corpo, aiutarlo e soprattutto invecchiare bene, essere attivi.