

CARLA DANANI

LUOGHI E FORME DELLA CURA

L'arte della salute

La riflessione che qui proponiamo si svolge prendendo le mosse dalla considerazione del “luogo” quale plesso di condizioni di possibilità d’esistenza, intreccio di fattori sociali, culturali, simbolici, materici, di cui l’esistere si nutre e che esso, insieme, trasforma. Per questa via si tenta di affrontare la complessità della questione in gioco senza incorrere in rischiosi riduzionismi. Nella ri-considerazione della vulnerabilità quale caratteristica ontologica dell’essere umano, la cura viene quindi a configurarsi come una disposizione pratica a corrispondere all’evento di luogo – in cui l’esistenza di ciascuno si gioca – nel senso dell’incremento d’essere e di bene. Ciascun luogo è implicato nella cura dell’esistenza, nel senso della sua promozione e protezione. Il curare più specificatamente in capo alla pratica sanitaria deve allora essere ricompreso nella prospettiva più ampia di questo modo di “mettere al mondo il mondo”, e i luoghi delle cure reinterpretati in un orizzonte che li intenda non solo in riferimento alla loro specializzazione riparativa per affrontare le malattie, ma altresì al darsi complessivo di condizioni che favoriscano la salute. Ne consegue un diverso autocomprendersi della medicina, dove la centralità della persona fa emergere la rilevanza della narrazione: che, a propria volta, va intesa come costruzione insieme personale e corale, alla cui trama contribuiscono i diversi linguaggi e le molte pratiche che intessono anche l’identità dei luoghi.

1. Luoghi: dinamiche di complessità nella mediazione del corpo vivo

Quando si parla di luoghi è implicito immediatamente un riferimento a diverse scale.

Non nel senso che si debba tener conto se le porzioni di spazi siano più o meno ampie, come quando si tratta di semplici estensioni. I luoghi, infatti, non possono essere compresi con la considerazione di mere dimensioni quantitative di superfici, volumi o localizzazioni. Il luogo, per gli esseri umani – la cui esistenza si svolge come spazialità di situazione,

e non di mera posizione¹ – è piuttosto un certo plesso di condizioni di possibilità d'esistenza. In questo senso è, quindi, un insieme unico di tratti: per cui si può certo parlare di identità dei luoghi. Un luogo è un intreccio, nel “gioco” socio-spazio-temporale² che è la dinamica della vita, di fattori sociali, culturali, simbolici, materici, di cui l'esistenza si nutre e che essa, insieme, trasforma.

Henry Lefebvre ha mostrato come esso debba essere riguardato secondo una coppia di diverse possibili prospettive: è insieme prodotto, secondo una triplice dinamica – ovvero attraverso pratiche spaziali, rappresentazioni dello spazio e spazi di rappresentazione – ed abitato, come percepito, concepito e vissuto³. Lo sforzo di comprendere il peculiare “esser luogo” del luogo, allora, deve sfuggire a due opposte illusioni: quella della trasparenza (che si avvicina all'idealismo filosofico), secondo cui esso non sarebbe altro che lo specchio di un'intenzione, di una volontà che lo ha prodotto, e quella del realismo (molto prossimo al materialismo naturalista e meccanicista), che si affida alla cogenza della realtà concreta come se fosse al di là di ogni sforzo soggettivo⁴. Le due illusioni, afferma Lefebvre, esprimono un disconoscimento della portata della pratica sociale: l'una nel rinvio all'elemento intellettuale e l'altra a quello fisico. Si deve invece tener conto che sono le forme delle relazioni sociali a produrre lo spazio, e vi si inscrivono: il reale, insomma, è relazionale.

Il luogo allora, plesso delle condizioni di possibilità che si danno all'esistenza, prodotto e abitato, si configura come il medio in cui, nella cadenza del tempo, per un essere umano si mediano mondo naturale e fisico, relazioni sociali e cultura, affetti e pratiche: ciascun fattore è complesso elemento di una complessità in cui distanza⁵ e prossimità, appunto alle diverse scale, si articolano e si connettono. Si abita in una residenza, sia essa capanna o grattacielo, non senza rapporto con altre residenzialità che formano villaggi o metropoli, che sono in relazione con un territorio ricompreso in una bioregione e, nella configurazione storica contempora-

¹ Così M. Merleau-Ponty in *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris 1945; tr. it. *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003, pp. 151-152.

² L'espressione ricorda volutamente la triadica di E. Soja, *Seeking spatial Justice*, University of Minnesota Press, Minneapolis-London 2010.

³ Cfr. H. Lefebvre, *La production de l'espace*, Anthropos, Paris 1974; tr. it. di M. Galletti, *La produzione dello spazio*, Moizzi, Milano 1974, vol. 1, p. 48; C. Schmid, *Henri Lefebvre's Theory of The Production of Space. Towards a three-dimensional dialectic*, in K. Goonewardena - S. Kipfer - R. Milgrom - C. Schmid, *Space, Difference, Everyday Life, Reading Henri Lefebvre*, Routledge, New York-London 2008.

⁴ Cfr. H. Lefebvre, *La production de l'espace*, cit., pp. 50-51.

⁵ Sul tema della distanza cfr. D. Pagliacci, *L'io nella distanza. Essere in relazione, oltre la prossimità*, Mimesis, Milano 2019.

nea, fanno parte di un certo stato nazionale, che si colloca in più o meno stabili alleanze geopolitiche e, dal punto di vista geofisico, in un certo continente sul pianeta Terra. È in tale rete di luoghi di vita che ciascuna persona solleva l'istanza di un riconoscimento singolare e, insieme, è involupata nell'appartenenza a uno o molteplici gruppi, siano essi più o meno allargati, basati su un legame biologico o di intenti, aderiti in modo conflittuale o congruente, secondo regole di convivenza più o meno diverse. E ogni ecosistema locale, pur nella propria specificità, fa parte del complesso equilibrio della biosfera terrestre, non senza rapporti con l'intero universo. Così si sviluppano pratiche e tecniche, saperi e credenze, abitudini che trasformano gli stessi spazi, i territori e la socialità.

Quando si parla di un luogo, allora, si tratta di tener presente, insieme, la sua singolarità e il multiverso e dinamico orizzonte in cui e da cui essa assume la propria qualità unica: evitando così il duplice rischio di un superficiale essenzialismo o di una falsa generalizzazione, che restano ciechi alla complessità e da cui derivano approcci ideologici. Si deve anche rilevare, però, che il luogo è un medio che media attraverso la relazione con chi lo abita, in presa⁶ con esso: è il corpo vivo⁷ che attiva il processo di mediazione. Ovvero è la persona, nella propria interaltà. Ancor più, quindi, ogni comprensione deve essere avveduta che le pur inevitabili generalizzazioni si articoleranno secondo una pluralità di fattori irriducibile e incalcolabilmente, ma anche problematicamente, ricca di declinazioni, e sempre ancora a-venire. È secondo tale orizzonte fondamentale che vanno considerati gli aspetti specifici di quelli che possiamo intendere come i diversi "tipi di luogo", nella consapevolezza della complessità e della scalarità relazionale di ognuno.

Occupandoci dei luoghi della sanità, ad esempio, si è allora sollecitati a tener conto che una malattia non è davvero la stessa per chiunque ne sia colpito, e questo per diverse ragioni. Come dice Chiara Montaldo, una dottoressa con una lunga esperienza con Medici senza frontiere:

«non esiste semplicemente la malaria; esiste la malaria in Repubblica Centrafricana, la malaria in Nigeria, la malaria in Italia. Non esiste l'Hiv; esiste l'Hiv negli Stati Uniti, l'Hiv in India, l'Hiv in Congo. Non esiste la tubercolosi; esiste la tubercolosi nelle prigioni ucraine, nelle periferie di Città del Capo, e poi esiste la tubercolosi nelle cliniche con le camere a pressione negativa. Non esistono le

⁶ Cfr. A. Berque, *Être humains sur la terre: Principes d'éthique de l'écumène*, Gallimard, Paris 1996; tr. it. *Essere Umani sulla terra. Principi di etica dell'ecumene*, Mimesis, Milano 2021.

⁷ Diciamo della persona come "corpo vivo", con riferimento alla dizione fenomenologica di Husserl e Merleau-Ponty, per sottolineare l'unità di coscienza e corporeità, ripresa da Virgilio Melchiorre.

complicanze del parto; esistono le complicanze del parto in una sala operatoria, in un campo profughi o su un barcone che scappa dalla Libia. La mia prima missione con Medici senza frontiere è stata in Cina. Una delle prime pazienti che ho visitato era una ragazza giovane, Zhang Jin Yar. Aveva contratto l'Hiv tramite una trasfusione di sangue dopo un intervento per appendicite. Mi sembrava incredibile potersi infettare così. Zhang Jin Yar era cieca per un'infezione opportunistica causata dal citomegalovirus, che colpisce soggetti con grave immunosoppressione. Si era infettata perché il sangue non era stato controllato, era diventata immunodepressa perché non aveva iniziato alcuna terapia antiretrovirale, era diventata cieca perché non le era stata diagnosticata e trattata l'infezione da citomegalovirus. Era terribile constatare quello che nel "nostro mondo" si sarebbe potuto facilmente evitare. Ricordo la festa che abbiamo fatto a Bombay quando è arrivata la nuova formulazione di un farmaco antiretrovirale: era un inibitore delle proteasi, la famiglia di farmaci che ha costituito la svolta per tanti pazienti Hiv positivi. La precedente formulazione, altrettanto efficace, aveva un problema insormontabile per i nostri pazienti. Andava conservata in frigo. E chi ce l'ha un frigo nelle baraccopoli di Bombay?»⁸.

La consapevolezza della complessità non deve inibire lo sforzo di articolazione concettuale, né ridurre all'impotenza pratica. Piuttosto, dentro ad ogni intento per individuare i tratti costitutivi di un'esperienza di luogo e per cercare di rilevarne le istanze etiche, anche per ravvisarne indicazioni normative di azioni e responsabilità, si deve mettere in conto un duplice scarto: si può dirne qualcosa in modo veritiero solo accettando di non poterne esaurire né la singolarità, né il ricorrere di una traccia di pertinenza universale. Ciò che riguarda l'umano resta sempre in uno sfondo di mistero in cui sono coinvolti i contesti di vita, che non sono mera scenografia bensì costitutivi dell'intessitura che è l'esistenza stessa: mistero sempre singolare di cui nell'esistere si moltiplicano le rifrazioni. Sottrarsi a tale scarto ambivalente nella rinuncia ad affrontarlo perché ultimamente inesauribile non sarebbe altro che il risvolto opposto della pretesa di negarlo, lasciandolo così, in entrambi i casi, disatteso. Si tratta di affrontarlo, pur nella finitezza di un compito impossibile, lavorando nella parzialità: come assunzione di responsabilità di fronte all'umano, esercizio di ingegnosa intelligenza sempre sporgente oltre se stessa, ed esposizione alla condivisione nella differenza riconoscente.

⁸ Cfr. C. Montaldo, *I non spazi per la cura. Il silenzio. Quanto e come la salute sia ancora un privilegio dei ricchi. Oggi il coronavirus ci insegna che c'è una morte urlata e una nascosta*, in «Spazi della cura. Supplemento a Recenti Progressi in Medicina» 111, 5(2020), <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-17-spazi-della-cura/articoli/i-non-spazi-per-la-cura-il-silenzio/> (ultimo accesso 12/22), Montaldo fa parte dell'Unità di epidemiologia clinica, Istituto nazionale per le malattie infettive (Inmi) "Lazzaro Spallanzani" - Irccs, Roma, Medici senza frontiere.

2. Ontologia della cura

Non interpretabili, appunto, come essenze chiuse, coerenti, omogenee⁹, quanto piuttosto come plessi di possibilizzazioni con cui diversamente si è in presa, i luoghi si costituiscono di connessioni molteplici secondo intrecci di inclusioni ed esclusioni in cui ogni qui e ogni altrove si ridefiniscono nella trama del tempo. Il corpo vivo, per gli esseri umani, media appunto questa mediazione con il mondo che sono i luoghi che si abitano. In questo modo “vive *del* mondo”, secondo un’intessitura ontologica che è qualcosa di più di una semplice apertura per cui valga il rapporto ad una exteriorità con cui si potrebbe anche decidere di non avere a che fare. Si tratta di una condizione costitutiva dell’essere umano, che quindi va detta appunto ontologica, alla quale si può dare il nome (anche se purtroppo pregiudicato da una sfumatura – indebita – di negatività) di vulnerabilità, oppure porosità¹⁰: si vive di ciò che è estraneo, che può configurarsi, nelle sue molte diverse forme e nei suoi modi, certo anche come rischio di privazione ma, in primo luogo, è possibilità di pienezza di vita.

Il riconoscimento di tale dimensione di relazionalità intrinseca, che vive del mondo secondo tale duplicità, comporta allora un’interrogazione circa le condizioni che possano configurarsi come promozione del progetto di vita e quelle che invece si profilano come ostacolo all’incremento di essere. Lungi dal concedere acquiescenza alle situazioni di fatto in cui agli esseri umani è dato di esistere, infatti, quel riconoscimento approfondisce – nel senso di una più radicale pertinenza – ed amplia – nel riferimento anche a fattori altrimenti considerati di mero contesto – il circolo della responsabilità per i modi d’esistenza.

Da un lato essa riguarda, appunto, la protezione nei confronti delle situazioni in cui l’esposizione alla strutturale interdipendenza degli esseri umani diventa occasione di danno¹¹, dall’altro la costruzione di assetti capacitanti in cui essa può applicarsi secondo modalità generative. Inoltre ne consegue una riconsiderazione dell’esperienza morale, come l’agire che fa accadere un incremento di bene, e quindi dell’orizzonte della riflessione etica: con una maggiore attenzione ai contesti di vita, al quotidiano, alla performatività degli elementi feriali che costituiscono la trama dell’esistenza. L’orizzonte della cura, a lungo trattenuto nell’ambito del

⁹ Cfr. D. Massey, *For Space*, Sage, London 2005, p. 121.

¹⁰ Per un approfondimento mi permetto di rinviare a C. Danani, *L’essere vulnerabile: ontologia ed etica dell’ecologia*, in «Teoria» 1(2023), pp. 51-68.

¹¹ Cfr. la tassonomia proposta da W. Rogers - C. Mackenzie - S. Dodds, *Why bioethics needs a concept of vulnerability* in «International Journal of Feminist Approaches to Bioethics» 2(2012), pp. 11-38, che categorizza tipi diversi di vulnerabilità: intrinseca, situazionale e patogena.

privato e del domestico, fuoriesce così da tale recinto e l'etica è convocata ad occuparsi non solo di definire principi, norme o obbligazioni, ma a considerare i modi in cui gli esseri umani sono coinvolti nel mondo¹²: con l'ambiente¹³ nel suo complesso e con gli altri umani, con le realtà naturali e anche artificiali che lo popolano. Joan Tronto, che ha appunto definito la cura come «una specie di attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro “mondo” in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile», ha mostrato come essa si articoli in attenzione al bisogno dell'altro (*caring about*), assunzione di responsabilità di fronte a tale bisogno (*caring for, taking care of*), esercizio di competenza per cercare di soddisfarlo (*care giving*) e responsabilità allorché della cura si è destinatari (*care receiving*)¹⁴.

Il curare (ciò che la lingua inglese esprime come *to cure*), quale pratica specifica del far fronte alle malattie, va compreso nell'orizzonte di tale complessivo prendersi cura (*to care*), nell'ordine appunto della difesa e del contrasto contro ciò che depriva l'esistenza e dell'approntamento di condizioni che la nutrano: la lotta contro la patologia deve inserirsi in una più complessiva attenzione all'intero dell'esistenza. Non può esaurirsi in prestazioni tecnico-scientifiche¹⁵, pur avvalendosene e mettendo in esercizio conoscenze specifiche e competenze disciplinari, ma trova senso articolandosi complessivamente come contributo alla riconfigurazione del progetto di vita interrotto, scompaginato o frantumato dalla malattia. In questa prospettiva, anche le attività predisposte per la prevenzione delle malattie rientrano nel più ampio orizzonte dell'aver cura e le prassi anche specialistiche non possono prescindere da attenzioni complessive che prendano la forma concreta delle qualità spaziali, sociali e culturali del luogo in cui accadono.

Oggi, peraltro, la medicina rende possibile continuare a vivere, anche a lungo, pur essendo malati, e le politiche sanitarie si sono indirizzate ad abbreviare l'ospedalizzazione dei pazienti, favorendone il rientro nei

¹² Nel senso quindi in cui ne parla J. Tronto, *Moral Boundaries: A political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York 1992; tr. it. *Confini morali*, Diabasis, Reggio Emilia 2006, p. 118.

¹³ Cfr. il discorso sull'«ambiente d'esistenza» in A. Berque, *Écoumène, introduction à l'étude des milieux humains*, Belin, Paris 2000; tr. it. *Ecumene. Introduzione allo studio degli ambienti umani*, Mimesis, Sesto San Giovanni 2020.

¹⁴ Cfr. J. Tronto, *Who Care? How to Reshape a Democratic Politics*, Cornell University Press, Ithaca-London 2013.

¹⁵ Per una critica delle illegittime pretese del modello riduzionistico-deterministico cfr. L. Tesio, *I bravi e i buoni. Perché la medicina clinica può essere una scienza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2015; cfr. anche M. Buzzoni, *Dalla valutazione clinica alla ricerca biomedica e ritorno; la medicina come scienza umana*, in L. Alici - S. Pierosara, *Riduzionismo e complessità: ritrovare l'uomo, umanizzare la cura*, Aboca, Sansepolcro 2022, pp. 47-59.

contesti familiari, poiché ciò non solo riduce la spesa ma favorisce il recupero. Lo stesso curare – agire specifico del genere dell'aver cura – si svolge quindi sempre più non solo in contesti specializzati, come ospedali o cliniche, ma nelle case e nei quartieri delle città, dove anche farmacie, ambulatori e presidi sanitari dei tipi più diversi fanno parte della rete urbana e territoriale della cura come i parchi, le scuole, i centri culturali, gli esercizi commerciali di prossimità. Pur riconoscendo che i luoghi dove accade la lotta più acuta contro la malattia hanno loro specificità – che vanno riconosciute e sempre perfezionate nella loro efficacia – si tratta di comprendere che condividono con tutta la trama dei luoghi del soggiornare umano sulla terra una performatività più ampia e più profonda, non meno rilevante anche se spesso irriflessa.

3. I luoghi, la cura e le cure

I luoghi dedicati in modo specifico ad affrontare le malattie¹⁶ – come gli ospedali, i centri riabilitativi, le case della salute, gli hospice¹⁷ per le cure palliative – sono una invenzione complessivamente recente: hanno cominciato ad esistere intorno al 1500, caratterizzandosi soprattutto per forme, materiali, disposizione di spazi, accessi e percorsi nel segno della ricerca di igiene, della competenza scientifica, della capacità diagnostica e terapeutica, di preoccupazioni soprattutto di pulizia e garanzia di ambienti sterili¹⁸. La prospettiva, a ben vedere, per lungo tempo è stata soprattutto difensiva: il luogo, nella sua configurazione spaziale, architettonica ed urbanistica, è stato cioè inteso come scenario dell'accadere di pratiche specialistiche contro le malattie, cui prestare inoltre attenzione contro possibili rischi patogeni.

¹⁶ Me ne sono occupata in modo specifico anche in *Luoghi e spazi di cura*, in M. Marinelli (ed.), *Dizionario di Medicina narrativa. Parole e pratiche*, Morcelliana, Brescia 2022, pp. 254-263; in *La persona ammalata e i luoghi della malattia*, in L. Alici - S. Pierosara (eds.), *Riduzionismo e complessità*, cit., pp. 61-75; e in *La cura che ha luogo*, in S. Pierosara (ed.), *L'umano e le sue potenzialità, tra cura e narrazione*, Aracne, Roma 2020, pp. 169-185.

¹⁷ Gli hospice sono nati in Italia con la legge n. 39 del 1999 (i requisiti minimi, tecnologici e strutturali, sono stati normati nel 2000): molti sono stati realizzati riconvertendo edifici preesistenti; la legge n. 38 del 2010 ha poi stabilito la costituzione di una rete di servizi per cure palliative in ambito ambulatoriale, ospedaliero, residenziale e domiciliare.

¹⁸ Cfr. C. Catananti, *Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica*, in N. Falcitelli - M. Trabucchi - F. Vanara (eds.), *Rapporto sanità 2000. L'ospedale del futuro*, il Mulino, Bologna 2000; ricordiamo anche M. Foucault - B. Barret Kriegel - A. Thalamy - F. Beguin - B. Fortier, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Mardaga, Bruxelles 1976, dove appunto Anne Thalamy parla di «médicalisation de l'hôpital» e François Béguin di «machine à guérir» riprendendo un'espressione di Tenon.

La lezione di Alvar Aalto al Sanatorio di Paimo, progettato nel 1928 – a coniugare funzionalità, luce e natura¹⁹ – suggerisce invece una comprensione ben diversa, indicando attribuzioni di effettività più complesse. In tale prospettiva si sono articolati anche i dieci principi proposti nel 2001 dalla commissione voluta dall'allora ministro Umberto Veronesi e presieduta da Renzo Piano, per un nuovo modello di ospedale: 1) umanizzazione – cioè centralità della persona, 2) urbanità – cioè integrazione con il territorio e la città, 3) socialità – cioè appartenenza e solidarietà, 4) organizzazione – cioè efficacia, efficienza e benessere percepito, 5) interattività – cioè completezza e continuità assistenziale, 6) appropriatezza – cioè correttezza delle cure e dell'uso delle risorse, 7) affidabilità – cioè sicurezza e tranquillità, 8) innovazione – cioè rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico, 9) ricerca – cioè approfondimento intellettuale, clinico e scientifico, 10) formazione – cioè aggiornamento professionale e culturale²⁰. Ma il rischio di un nuovo riduzionismo è in agguato: oggi l'avanzare della potenza tecnologica – sempre meno “di servizio” e sempre più “sostitutiva” – sta portando ad un passaggio irriflesso dall'approccio bio-psico-sociale a quello bio-tecnologico²¹.

E tuttavia è lo stesso spazio, come scrive Sandra Cavicchioli²², ad essere sia mezzo di comunicazione sia veicolo di significazione. Greimas²³ parlava di “linguaggio spaziale”: lo spazio dice di altro dallo spazio, così come le lingue fonetiche non è dei suoni che raccontano (chiamava “semiotica topologica” lo studio del modo in cui lo spazio significa anche nelle situazioni e nelle pratiche sociali, incluso quell'ambito nel quale esso diventa materia e sostanza espressiva per eccellenza: l'architettura).

¹⁹ Sullo sviluppo dell'attenzione all'ambiente naturale sono importanti i lavori di Ulrich ed è stata di certo fondamentale la nascita della Environmental Psychology; cfr. R. Ulrich et al., *Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century*, The Center for Health Design, Concord (CA) 2004; Id. et al., *Human responses to vegetation and landscapes*, in «Landscape and urban planning» 13(1986), pp. 29-44.

²⁰ Cfr. S. Coboli Gigli - G. Monico - M. Carabillò, *Il progetto Veronesi*, in «Progettare per la Sanità» 64(2001), pp. 28-37.

²¹ Cfr. T. Ferrante - C. Cellucci, *Tra umanizzazione e digitalizzazione degli spazi di cura: casi studio e strategie progettuali/Between humanization and digitalization of care spaces: case studies and design strategies*, in «TECHNE: Journal of Technology for Architecture and Environment» 21(2021), pp. 174-182, <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA669691469&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=22390243&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Efdf79533> (ultimo accesso 01/23).

²² Cfr. S. Cavicchioli, *I sensi, lo spazio, gli umori*, Bompiani, Milano 2002, p. 153.

²³ A.J. Greimas, *Pour une sémiotique topologique*, in *Sémiotique de l'espace. Actes du Colloque de l'Institut de l'Environnement, tenue en mai 1972 à Paris*, Groupe 107 (dir.), Recherches DGRST, Paris, ora in *Sémiotique et Sciences Sociales*, Seuil, Paris 1976, pp. 129-157; tr. it. *Semiotica e scienze sociali*, Centro Scientifico Editore, Torino 1991, qui p. 130.

Come osserva Gianfranco Marrone²⁴, oltre a condurre l'analisi a livello dello spazio del testo, o dello spazio nel testo, ne deriva allora di provare a considerare lo spazio come testo.

Ricoeur²⁵ ha messo in luce quanto tale significatività debba tener conto della relazione tra gli spazi ed i loro utilizzatori. Egli ha rilevato non solo un'intrinseca narratività nell'architettura, individuando un intrico tra la configurazione architettonica dello spazio e la configurazione narrativa del tempo, ma ha anche sottolineato come l'abitare – origine ed esito del costruire – sia appunto anche un leggere e rileggere i luoghi di vita, un reagire ad essi che è cognitivo, sensoriale, patico, pragmatico, appunto non indifferente alla sfera del significato. Lo spazio vissuto entra in gioco nella dinamica dell'esistenza²⁶, che pure lo trasforma, anche secondo una propria semantica.

Si tratta di una significatività anche pragmatica, che cioè estende la propria effettività – che è innanzitutto sensoriale e percettiva, prima ancora di essere cognitiva, concettuale, e immaginaria – disponendo i corpi ed i loro movimenti, e che è fatta non solo di oggetti ma di elementi eidetici, di plasticità ed atmosfere. Ogni spazio viene a caratterizzarsi per la compresenza di elementi “statici” (aree, oggetti, luci) e “dinamici” (conversazioni, gesti, movimenti), di interazioni intersoggettive ma anche interroggettive, di strategie, tattiche, attribuzioni di valore. Lo spazio, insomma, non è solo ricettacolo di narrazioni, ma ne è attore, nelle diverse configurazioni di luogo in cui prende forma.

E se la prestazione di cure sanitarie va ricompresa, come forma specifica, nell'orizzonte del prendersi cura della persona e della comunità, gli spazi in cui accade concorrono alla narrazione complessiva dell'esistenza riguardando la malattia non solo come lotta contro di essa, ma nel modo di riguardare alla salute. E si tratta di riconoscere che la tecnica non basta perché, come dice Hans Georg Gadamer, la salute ha un “carattere nascosto”:

²⁴ Cfr. G. Marrone, *Corpi Sociali. Processi comunicativi e semiotica del testo*, Einaudi, Torino 2001, pp. 294-303.

²⁵ Cfr. P. Ricoeur, *Architecture et narrativité*, in «Urbanisme» 303(1998), pp. 41-51; tr. it. di D. Gianola *Architettura e narratività*, in P. Ricoeur, *Leggere la città*, a cura di F. Riva, Città Aperta, Troina 2008, pp. 55-71.

²⁶ Della rilevanza della configurazione dei luoghi di cura i medici più avveduti sono ormai consapevoli; ad esempio il medico epidemiologo Marco Geddes da Filicaia afferma: «Il diritto alla salute si struttura e si realizza in base a relazioni che si attuano e sono condizionate dall'ambiente in cui si svolgono e in funzione di come gli spazi sono configurati», in *Spazio, cura e salute. Perché lo spazio è importante in sanità*, <https://forward.recentiprogredi.it/it/rivista/numero-17-spazi-della-cura/articoli/spazio-cura-e-salute/> (ultimo accesso 12/22).

«è proprio dell'essenza della salute conservarsi secondo i suoi stessi criteri e non lasciarsi imporre dei valori standard non conformi ad essa, i quali vengono accostati al caso singolo secondo una media statistica. [...] In verità non è possibile misurare la salute, proprio perché essa rappresenta uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con sé stessi, che non può essere superato da nessun altro tipo di controllo²⁷. [...] La salute non è precisamente un sentirsi, ma è un eserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita. È però nelle esperienze contrarie che viene alla luce ciò che è nascosto. [...] Il modo più chiaro per raffigurarsi la salute consiste nel concepirla come uno stato di equilibrio»²⁸.

Da un lato i luoghi vocati in modo specifico a combattere le malattie vanno sempre meno concepiti come strutture “separate”, e intesi piuttosto come nodi della rete infrastrutturale della salute, dall'altro, compresi in tale orizzonte, vanno riconosciuti come implicati nella costruzione e riconfigurazione dei progetti di vita, attori nelle narrazioni di sé delle persone e delle comunità²⁹.

Per essere coerente, e davvero efficace, la rete sanitaria dovrebbe realizzarsi in processi di salutogenesi appoggiati su un tripode: luoghi di esperienza che consentano alle persone di riconfigurare generativamente il proprio orizzonte di attesa; ambienti caratterizzati in modo da facilitare relazioni cooperative nelle loro diverse forme³⁰; territori dove clima, aria, acque, suolo siano preservati nella loro qualità ecologica.

4. In sintesi

La tecnica non basta. La scienza non basta. Se la pratica sanitaria vuole essere arte della salute, e non disciplina della malattia, non deve perdere di vista che il proprio orizzonte di riferimento è un “chi”: corpo vivo³¹ che è persona³² intera, in rapporto con il mondo, con un contesto che è fisico, emotivo, significativo e che costituisce l'intessitura di un progetto di vita. Dire che ogni intervento sanitario va interpretato come una forma

²⁷ H.-G. Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1993; tr. it. di M. Donati - M.E. Ponzio, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994, p. 119.

²⁸ *Ibi*, p. 122.

²⁹ Cfr. S. Pierosara, *Differenze e narrazione. Per un universale etico condiviso*, ETS, Pisa 2018.

³⁰ Cfr. T. Ferrante, *Hospice: luoghi, spazi, architettura*, Alinea, Firenze 2008.

³¹ Cfr. V. Costa, *Fenomenologia della cura medica. Corpo, malattia, riabilitazione*, Morcelliana, Brescia 2019.

³² Cfr. M. Geddes da Filicaia, *Cliente, paziente, persona. Il senso delle parole in sanità*, Il pensiero scientifico, Roma 2013.

dell'aver cura³³ significa che va inteso come modo di relazionarsi alla realtà ontologicamente vulnerabile – costitutivamente relazionale, porosa – dell'umano, che nella malattia vede alterarsi il proprio modo di essere al mondo ed ha bisogno di aiuto per riformulare il proprio progetto di vita. La malattia non è solo la disfunzione di un organo, è il venire a infrangersi di una certa narrazione di sé: quindi l'intento di ricostruire una situazione di salute, che le cure mettono in atto, deve costituirsi come l'offerta di condizioni per una riparazione, una ricucitura, una rinnovata prospettiva d'esistenza piena di senso. Diversi sono gli attori che vi concorrono: innanzitutto la stessa persona ammalata ma certo anche gli operatori che con essa sono a più stretto contatto, con le loro rispettive comunità di riferimento (scientifica, territoriale, professionale), la rete degli affetti, i contesti di luogo in cui l'esistenza accade, nel complesso delle loro dimensioni spaziali, sociali, naturalistiche, culturali.

Oltre i riduzionismi, che pur talvolta sembrano efficaci, la complessità di quel sistema vivente che è l'essere umano – che resta mistero – provoca la scienza a ripensarsi continuamente nell'orizzonte del senso^{34*}.

Abstract: *The text considers “places” as a plot of conditions for the possibility for human existence, as interweavings of social, cultural, symbolic and material factors on which existence is nourished and which, at the same time, it transforms. Understanding vulnerability as an ontological characteristic of human beings, “taking care” therefore should be considered as the practical disposition to respond to the “event of place” moving towards an increase in being and good. Moreover, in the sphere of healthcare practice, treatments should be included in this broader perspective. This means that the treatment places become understood in reference to the overall conditions that promote health. The result is also a different self-understanding of medicine.*

Keywords: *Care, Place, Vulnerability, Medicine, Human Being.*

³³ Cfr. L. Alici, *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia 2016.

³⁴ È questa la lezione, sempre da riprendere, di E. Husserl, *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, Martinus Nijhoff's, L'Aja 1959; tr. it. di E. Filipini, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il Saggiatore, Milano 1961.

* “This work has been funded by the European Union - NextGenerationEU under the Italian Ministry of University and Research (MUR) National Innovation Ecosystem grant ECS00000041 - VITALITY - CUP D83C22000710005. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili per essi”.