Graziano De Giorgio *

Ospedale, luogo di cura tra natura e cultura

Riassunto. ll testo analizza il rapporto tra luogo, cura, natura e cultura in relazione all'ospedale, visto come spazio fisico e simbolico in cui si intrecciano dimensioni biologiche, psichiche e sociali. Riprendendo Augé e Merleau-Ponty, l'autore riflette sul valore umano del nosocomio, che da istituzione di cura rischia di ridursi a "non luogo", concentrato sul corpo fisico (Körper) e non su quello vissuto (Leib). La scissione cartesiana mente-corpo ha favorito una medicina efficiente ma disumanizzata. La psicoanalisi mostra come natura e cultura si co-determinino nello sviluppo umano. Dopo la disamina dei numerosi fattori che hanno portato a una certa disumanizzazione dell'ospedale, l'autore evidenzia alcuni modelli che in epoca recente hanno cercato di rispondere alla crisi di senso della medicina L'umanizzazione dell'ospedale, anche tramite l'arte, diventa così una via per restituire identità e significato alla cura.

Parole chiave: cura, cultura, mente-corpo, natura, ospedale

The hospital: a place of care between nature and culture

Abstract. The text examines the relationship between place, care, nature, and culture in relation to the hospital, understood as both a physical and symbolic space where biological, psychic, and social dimensions intertwine. Drawing on Augé and Merleau-Ponty, the author reflects on the human value of the hospital, which, as an institution of care, risks becoming a "non-place," focused on the physical body (*Körper*) rather than the lived body (*Leib*). The Cartesian mind–body split has fostered an efficient yet dehumanized medicine. Psychoanalysis reveals how nature and culture co-determine human development. After examining the numerous factors that have led to a certain dehumanization of the hospital, the author highlights some models that, in recent times, have attempted to respond to the crisis of meaning in medicine. The humanization of hospitals, also through art, thus emerges as a means to restore identity and meaning to the act of care.

Key words: culture, care, hospital, mind-body, nature

* Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta Psicoanalista(S.P.I./I.P.A.).

Luogo, cura, natura – intesa principalmente come natura umana – e cultura: quattro concetti fondamentali che mi propongo di analizzare brevemente, osservandoli da vicino sia nel loro reciproco rapporto che nella loro interazione complessiva con l'ospedale.

Non mi soffermerò ulteriormente sul fatto che l'ospedale – inteso come edificio o complesso di edifici destinato a fornire assistenza sanitaria ai cittadini e adeguatamente attrezzato per il ricovero, il mantenimento e le cure, sia cliniche sia chirurgiche, di malati e feriti (come definito dalla Treccani) – sia, in sostanza, un luogo, ovvero uno spazio specifico definito sia idealmente che materialmente.

Ma di che tipo di spazio stiamo parlando?

È innegabile che, a partire dalla metà degli anni Novanta, l'opera del sociologo Marc Augé ci abbia portato a riflettere sugli spazi da lui definiti *Non luoghi*. Questi spazi, privi di identità, relazioni e storia, non solo mancano di radici culturali, ma diventano essi stessi generatori di solitudine. Una solitudine talmente disorientante da sfociare nella creazione di un vero e proprio *non-mondo*(Augé M., 1992).

Merlau-Ponty aveva a sua volta operato, in *Fenomenologia della percezione*, la distinzione tra spazio geometrico e spazio antropologico, intendendo quest'ultimo come spazio esistenziale caratterizzato dalla relazione col mondo da parte di un essere situato in rapporto a un ambiente(Merleau-Ponti, 1945).

E allora dove potremmo, idealmente, situare i nostri nosocomi?

Ebbene, l'ospedale ha assunto modernamente un peso tanto maggiore nella nostra società in quanto, come osserva Guyotat, si è sostituito al gruppo familiare nella gestione di eventi cruciali quali nascita, malattia e morte. Esso si costituisce così come un'istituzione che, da un lato, rappresenta uno spazio dove vengono espressi, in modo drammatizzato, i conflitti riattualizzati dalle angosce umane più profonde, spesso legate ai grandi eventi della vita; dall'altro, funge anche da struttura capace di contenere e gestire queste angosce(Guyotat,1978).

È evidente che l'occuparsi di sofferenza e morte, le due polarità estreme della nostra esistenza, offre un contesto privilegiato per osservare le dinamiche emotive che si instaurano tra pazienti, operatori sanitari e il contesto sociale circostante.

Dinamiche che possono sfociare, e le cronache dei nostri giorni ce lo insegnano, in tensioni che, se non governate, mettono in crisi il funzionamento stesso dell'istituzione curante.

Parlando di cronaca mi riferisco, ovviamente, alle numerose aggressioni ai danni dei sanitari che si verificano nei nostri nosocomi.

Si discute ampiamente di questi temi sui media, e persino la classe politica tenta, in qualche modo, di affrontare il problema. Tuttavia, a mio modesto parere, sembra mancare, nei discorsi dei numerosi esperti – che, in quanto tali, dovrebbero avere una profonda comprensione di tali vicende – una vera riflessione sulle forti emozioni suscitate dalla malattia e dalla paura della morte. Inoltre, manca una considerazione sulla necessità, quando ci si trova nell'inevitabile zona d'ombra che separa la vita stessa dalla morte, di avere fiducia in un'istituzione che, andando oltre le singole vicende personali, si presenti come un luogo capace di accogliere e affrontare qualsiasi problema(Ainis et al., 1986)

E' intuitivo che stiamo parlando del fantasma ideale di una istituzione che con la sua eterna presenza sconfigga la morte e la sofferenza. Tale credenza assume il carattere di una funzione altamente strutturante per il malato e i suoi familiari. Si delinea così un'interazione complessa tra le esigenze di oggettività che orientano le prassi ospedaliere e l'esperienza personale di ogni paziente (Lupo, 2023). Tale processo può portare a una ritualizzazione delle procedure mediche, in cui l'attenzione dell'équipe curante si focalizza unicamente sul corpo fisico, tralasciando a volte la dimensione psicologica o simbolica del paziente, o meglio, l'esistenza stessa di un corpo fantasmatico.

Ma forse a questo punto dovremmo definire meglio ciò di cui stiamo parlando.

Il Tedesco, la lingua di Freud, molto più precisamente dell'Italiano ha due parole diverse per indicare il corpo. La prima Korper indica il corpo fisico, fatto di organi, che si muove nel mondo con la sua realtà anatomica e funzionale. La seconda, Leib, il corpo vivo, carico di conflitti, di emozioni, di desideri, di tensioni espansive o di attitudini al ritiro (Conrotto 2000).

Per fare un esempio si può contrapporre il Cristo morto di Mantegna, privo di energia vitale, addirittura rimpicciolito di molti centimetri dall'artista e la resurrezione di Piero della Francesca in cui la figura del Cristo si erge maestosa.

Nel pensiero di Freud il corpo è *Körper*, vale a dire il corpo reale, oggetto della biologia e "roccia" sulla quale si sviluppa lo psichico. È quello che Laplanche ha chiamato il "presupposto" dello psichico (Laplanche 1987). Ma per Freud il corpo è anche *Leib*, cioè il corpo animato, pieno di energia che investe il mondo ed entra in relazione con gli altri carico di affettività.

Credo che a questo punto sia chiara la legittimità della domanda "Quale corpo è chiamato a curare l'ospedale?"

Sicuramente affrontare il tema della nascita e dell'evoluzione dell'istituzione ospedaliera sarebbe un viaggio molto interessante in quell'universo sanitario in cui, ieri come oggi, "fatti medici", "fatti sociali", fenomeni architettonici e tecnologici si intersecano con quelli legislativi ed organizzativi

determinando un poliedrico insieme, caratteristico di ogni tempo e di quel tempo specchio fedele. Ma qualsiasi studioso abbia avuto l'opportunità di osservare la varietà dei modi in cui, col variare delle tradizioni culturali, si concepisce e si affronta la malattia stessa e, di conseguenza, si intraprendono iniziative volte a porvi rimedio, riscontrerà quanto difficile risulti trattare in termini generali un argomento del genere. Questa situazione è resa più complessa dalla difficoltà di identificare approcci universalmente accettati per affrontare le molte patologie, dolori e insoddisfazioni che affliggono l'essere umano. E questo è tanto più vero se il nostro sguardo si posa anche su epoche passate.

Se volgiamo lo sguardo al periodo compreso tra il VI e il X/XI secolo, il quadro che emerge è particolarmente significativo. In un contesto segnato dalla crisi delle istituzioni scolastiche e dalla perdita di gran parte del sapere medico e scientifico dell'antichità, il concetto di *infirmitas* assume un significato molto ampio. Non indica solo la malattia in senso stretto, ma comprende in generale condizioni di fragilità fisica e di precarietà materiale, che possono derivare sia da patologie vere e proprie sia da situazioni di disagio sociale ed emarginazione.

In questo periodo, malati, disabili e persone affamate si ritrovano spesso negli spazi pubblici – come piazze, chiese e santuari – mescolandosi con il resto della popolazione. Non esistono vere forme di isolamento o segregazione, ma allo stesso tempo manca, nella maggior parte dei casi, un sistema organizzato di cure specifiche.

Le possibilità di guarigione dipendono quindi da interventi molto diversi tra loro. Da un lato ci sono forme di assistenza basate sulla carità e sul sostegno materiale; dall'altro, trattamenti offerti in modo occasionale da chi decide di occuparsi dei sofferenti. Questi interventi possono essere di tipo empirico, come quelli praticati da barbieri, chirurghi o anziane esperte di rimedi tradizionali, oppure di natura magico-religiosa, proposti da sacerdoti, santi (reali o presunti) o anche da individui poco affidabili.

Solo raramente intervengono veri specialisti con una formazione medica: ciò accade soprattutto per persone appartenenti a ceti sociali più elevati, che possono permettersi cure più qualificate, spesso fornite da medici provenienti dalle comunità ebraiche diffuse in Europa.

"È solo a partire dal XII secolo che questo scenario comincia a mutare profondamente."

In passato, parole per noi comuni come salute, medicina, terapia o guarigione avevano significati molteplici e non sempre legati a una visione scientifica: spesso erano inserite in un orizzonte più ampio, influenzato da credenze, valori religiosi e concezioni antropologiche.

A partire dal XII secolo, però, si verifica un cambiamento importante: grazie al grande lavoro dei traduttori, arriva in Europa una vasta raccolta di testi – una sorta di "nuova biblioteca" – che comprende opere fondamentali non solo di filosofia, ma anche di medicina, chirurgia e farmacologia. Si tratta degli scritti dei medici greci, come Ippocrate e Galeno, e di studiosi arabi come Avicenna e Averroè.

Queste opere vengono rapidamente adottate nelle università europee, che proprio in quel periodo si stanno diffondendo, e contribuiscono a trasformare profondamente il modo di intendere la guarigione. Essa inizia a essere vista non più solo come un evento legato a dimensioni simboliche o religiose, ma come il risultato di interventi concreti sul corpo umano.

Si afferma così una nuova prospettiva: l'uomo si sente legittimato, e in un certo senso obbligato, a comprendere i fenomeni attraverso relazioni di causa ed effetto, impegnandosi a conoscere sia il mondo nel suo insieme (il macrocosmo) sia il corpo umano, inteso come un microcosmo dotato di proprie leggi e dinamiche.

Potremmo poi concentrarci, e solo a mo' di esempio, sulla trasformazione che, attraverso i secoli, ha subito l'ideale di pratiche mirate a raggiungere un benessere tramite mezzi esclusivamente naturali durante la vita terrena. Questo ideale, ampiamente diffuso nel mondo greco-romano, si è poi evoluto in un rigoroso principio di vita ascetica, che mira a realizzare pienamente il comandamento cristiano dell'amore per Dio e per il prossimo, con la prospettiva di un benessere completo che si potrà raggiungere solo nell'esistenza eterna.

Questa trasformazione è scaturita dalla visione secondo cui malattie e deformità sono considerate conseguenze del peccato di Adamo e della fragilità intrinseca che ha colpito l'umanità dopo essersi ribellata a Dio.

È chiaro, dunque, che l'imperativo dell' "imitatio Christi" spingeva il cristiano a praticare la virtù della pazienza di fronte al dolore fisico (la parola "paziente" deriva dal latino *patiens*, participio del verbo *patior*, ovvero "sopportare"). Da qui nasce una vera e propria *pedagogia della sofferenza*, profondamente radicata nella cultura occidentale, come parte fondamentale di un approccio terapeutico che punta non solo alla guarigione del corpo mortale, ma soprattutto alla redenzione dell'anima(Bianchi 2023)

Corpo e anima: la fondamentale antinomia mente/corpo che da Cartesio in poi ha fondato l'impostazione della concezione della malattia, separando la dimensione organica da quella delle attività mentali e dei processi affettivi.

A ben guardare dovremmo dire che parliamo di una concezione, tra l'altro, non del tutto corretta dal punto di vista storico anche se perfino autori come Antonio Damasio, autore del volume *Descartes Error* (Damasio 1994), testo riuscito e coronato da un grande successo, fa solo un rapido accenno alle

Passions de l'ame e non cita neanche una volta né le *Meditationes de prima philosophia,VI* né il trattato *L'homme*, che sono i testi nei quali lo stesso Cartesio affronta proprio la questione dell'unione della mente col corpo e della loro interazione (Borghero 2023). Ma tant'è!

Da un lato, questa impostazione ha permesso significativi progressi nella comprensione dei processi patologici e nella scoperta di farmaci efficaci per molte malattie; dall'altro, ha però contribuito a una crescente spersonalizzazione della relazione terapeutica, con una frammentazione e burocratizzazione dei processi di cura. Tutto ciò ha portato a una sostanziale disumanizzazione della medicina, che è spesso diventata riduttivamente organicista e ha progressivamente smarrito la visione dell'inscindibile interconnessione tra i fenomeni corporei, lo psichismo e i rapporti sociali in cui tutti gli esseri umani sono inestricabilmente inseriti.

In altri termini potremmo dire che l'ospedale considera il Körper, il malato vive il proprio Leib. La conseguenza di ciò è che tende a prevalere nell'organizzazione assistenziale la rappresentazione del paziente come un corpo da riparare, spesso identificato con un numero di letto, perdendo perfino il suo statuto di persona (il letto15, il letto 22).

E' come se il sapere medico avesse difficoltà a dialogare direttamente con la persona malata e con la sua sofferenza e preferisse rivolgersi ad un corpo malato. Come se l'umanità stessa del paziente fosse di ostacolo e di ingombro, interferendo con gli attributi di sacralità richiesti dalla messa in atto del sapere. Il malato come tale non esiste più: è all'uomo sano del prima e del dopo che si rivolge la medicina.

In particolare, quando una persona viene ricoverata e collocata in un reparto che si occupa specificamente dell'organo o apparato malato, è la persona stessa che subisce una trasformazione della sua profonda vicenda esistenziale in un "caso clinico" (Berdini e de Bernardinis, 1986).

Percezioni, pensieri, emozioni, tendono a perdere la loro integrazione in un vissuto unitario e il vissuto corporeo del paziente diviene necessariamente frammentario e centrato sulle sensazioni concernenti l'organo o l'apparato malato.

Tutto ciò porta inconsciamente a evitare la profondissima angoscia da cui è attraversato il rapporto medico-paziente e, si badi, in entrambi i membri della coppia, non solo in quest'ultimo. All'angoscia di morte che la malattia suscita nel paziente corrisponde infatti nel medico l'angoscia di impotenza di non essere sempre in grado di guarire.

In epoca più vicina a noi, diversi modelli organizzativi hanno tentato di rispondere a questa crisi di senso della medicina.

Il modello HPH nasce da un percorso che integra riflessione teorica ed esperienza pratica. Si è sviluppato progressivamente a partire dal progetto

"Salute e Ospedale" realizzato a Vienna tra il 1989 e il 1996, proseguendo con un'iniziativa europea che ha coinvolto ospedali pilota negli anni 1993-1996 e, successivamente, con la creazione di reti nazionali e regionali attive dalla metà degli anni Novanta. Queste esperienze hanno permesso di verificare concretamente la possibilità di integrare i principi e le strategie della promozione della salute all'interno della gestione, dell'organizzazione e della cultura delle strutture sanitarie (W.H.O. 1986).

La Rete Internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari per la Promozione della Salute ha il compito di supportare i propri membri nell'inserire in modo sistematico approcci, valori e conoscenze basate sull'evidenza all'interno della governance, dell'organizzazione e delle pratiche operative. L'obiettivo generale è quello di migliorare gli esiti di salute e garantire maggiore equità nell'accesso alle cure, a beneficio non solo dei pazienti ma anche degli operatori, delle comunità e della popolazione nel suo complesso, con un'attenzione particolare anche alla sostenibilità ambientale.

Questa rete è stata avviata nel 1988 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come iniziativa finalizzata a ripensare i servizi sanitari secondo una prospettiva orientata al contesto. Nel tempo ha contribuito alla diffusione di principi condivisi a livello internazionale, promuovendo un cambiamento nei modelli organizzativi delle strutture sanitarie.

La visione che guida la rete è quella di sistemi sanitari capaci di riorganizzare governance, processi e cultura interna per favorire il massimo beneficio in termini di salute per pazienti, personale e comunità, contribuendo al contempo allo sviluppo di società sostenibili. In questa direzione, la missione consiste nell'agire come punto di riferimento a livello globale, promuovendo innovazione, ricerca e collaborazione, con l'intento di orientare i servizi sanitari verso il miglioramento della salute, del benessere e dell'equità(3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Coordinators 1997).

I principi che sostengono questo approccio rimangono centrali e continuano a guidarne le attività. Tra questi vi sono l'attenzione alla salute e al benessere, l'impegno per la qualità, la centralità della persona e il rafforzamento della capacità degli individui di gestire la propria salute. A ciò si aggiungono un orientamento all'innovazione, la promozione della collaborazione e dell'inclusione, il rispetto per ogni individuo e gruppo sociale, insieme a valori come eticità, trasparenza e responsabilità. Fondamentale è anche l'attenzione all'utilizzo di evidenze scientifiche e alla capacità di adattarsi ai cambiamenti dei bisogni di salute, considerando i molteplici fattori – psicologici, sociali, culturali, economici e ambientali – che influenzano il benessere delle persone (Chiarenza A 2019).

In modo complementare, anche sul piano territoriale si sono sviluppate prospettive capaci di rimettere al centro la persona

La Medicina di Comunità rappresenta un approccio alla cura che si fonda sull'idea che la salute non sia riducibile alla sola dimensione biologica, ma sia il risultato dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali, in linea con il modello bio-psico-sociale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In questa prospettiva, la malattia non viene considerata soltanto come un evento clinico, ma come un'esperienza complessa che coinvolge la persona nella sua globalità e nel contesto di vita in cui è inserita.

Secondo l'impostazione sviluppata da Bruno Paccagnella, la Medicina di Comunità si propone di superare una visione ospedalocentrica e autoreferenziale della cura, che tende a concentrarsi esclusivamente sugli aspetti tecnici e specialistici dell'intervento sanitario. Al contrario, essa valorizza il territorio come luogo privilegiato di osservazione, prevenzione e intervento, promuovendo una presa in carico continuativa e integrata della persona (Paccagnella B., 2005)

In questo modello, il paziente non è più visto come destinatario passivo di prestazioni, ma come soggetto attivo, portatore di bisogni, risorse e relazioni. L'attenzione si sposta quindi anche sulle condizioni sociali, economiche e culturali che influenzano lo stato di salute, riconoscendo il ruolo determinante dei cosiddetti determinanti sociali.

La Medicina di Comunità favorisce inoltre il lavoro interdisciplinare e la collaborazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi, con l'obiettivo di costruire reti di sostegno capaci di rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione. In questo senso, rappresenta una risposta concreta ai limiti di un sistema centrato esclusivamente sull'ospedale, proponendo un modello più inclusivo, partecipato e orientato alla promozione della salute nel contesto reale di vita delle persone (Paccagnella B. , 2010).

È proprio su questo terreno che la psicoanalisi istituzionale e la psicologia ospedaliera hanno offerto contributi particolarmente rilevanti

La psicoanalisi istituzionale e la psicologia ospedaliera hanno mostrato come i contesti di cura non siano mai neutri, ma attraversati da dinamiche emotive profonde che coinvolgono sia i pazienti sia gli operatori. In alcuni reparti ad alta intensità, come le rianimazioni o le unità dedicate ai trapianti, il confronto quotidiano con la vita e la morte attiva nel personale meccanismi difensivi spesso inconsapevoli. Tra questi si osservano forme di distacco emotivo, razionalizzazione o una forte focalizzazione sugli aspetti tecnici, utili a contenere l'angoscia ma talvolta rischiosi per la qualità della relazione di cura.

Nel caso del paziente trapiantato, ad esempio, emergono dinamiche particolari legate al tema del "dono" e dell'integrazione di un organo estraneo, che possono suscitare vissuti complessi sia nel paziente sia nei curanti. Il personale può oscillare tra coinvolgimento empatico bisogno di protezione

da emozioni troppo intense, adottando atteggiamenti apparentemente freddi o standardizzati.

La psicoanalisi istituzionale evidenzia come tali difese non siano individuali ma condivise e sostenute dalla cultura del reparto, diventando modalità collettive di funzionamento. La psicologia ospedaliera, dal canto suo, sottolinea l'importanza di spazi di elaborazione, come supervisioni e gruppi di lavoro, che permettano agli operatori di riconoscere e trasformare queste dinamiche.

Riflettere su questi aspetti significa migliorare non solo il benessere del personale, ma anche la qualità dell'assistenza, rendendo la cura più consapevole, umana e capace di accogliere la complessità dell'esperienza di malattia.

La razionalizzazione estrema della medicina, ha sempre più evidenziato l'importanza dei fattori irrazionali nella pratica medica, rendendo evidente quanto irrazionale (vedi tu!) sarebbe non prenderli in considerazione. Semmai potremmo chiederci se e quanto la negazione delle manifestazioni non spiegabili con un modello biologico, ben lontano dal farle sparire non abbia invece contribuito ad indirizzarle verso pratiche pseudo-mediche, le più varie, di cui assistiamo oggi a una esponenziale proliferazione, più o meno ammantate di scientificità, in realtà espressione o di concezioni magiche della terapia o più spesso di grossolane speculazioni sulla sofferenza.

Forse proprio noi medici potremmo interrogarci sulla natura di questi bisogni e domande cui pratiche squisitamente biologiche negano accoglienza.

Mi viene in mente quello che suggestivamente ci ricorda Laurence Kahn, "c'è qualcosa di terribile nell'uomo, qualcosa allo stesso tempo di spaventoso e meraviglioso *perché egli è allo stesso tempo naturale e non naturale, animale e non animale, selvaggio e non selvaggio, essendosi creato lui stesso il linguaggio, il pensiero e le 'pulsioni' che producono le leggi*" (Kahn 2005).

Queste considerazioni ci conducono a esaminare brevemente gli altri due termini che ci eravamo proposti, natura e cultura.

A tal fine è interessante tenere presenti, tra gli altri, i lavori di autori come Fuchs, Allovio, Favole e Remotti.

Dalle ricerche e teorie di Fuchs emerge una visione "ecologica" del cervello, che mette in risalto le interazioni tra l'attività delle diverse aree cerebrali e l'ambiente esterno. Questo sistema, pur essendo capace di autoalimentarsi, rimane aperto e in continua evoluzione(Fuchs T. 2018).

Il tema affrontato da Allovio e Favole favorisce un dialogo più stretto tra antropologia, biologia e neuroscienze. Si auspica il superamento della rigida dicotomia tra Natura e Cultura, riconoscendo che non è possibile concepire la Natura come un'entità separata e precedente alla Cultura. Entrambe, infatti, si basano sul medesimo principio di incompletezza. Questa caratteristica è peculiare dello sviluppo ontogenetico umano, poiché la prolungata

infanzia rende l'individuo particolarmente plasmabile dall'ambiente e dalla cultura (Allovio S. e Favole A. 2002).

Come sottolinea Francesco Remotti, la Cultura non colma un'assenza lasciata dalla Natura, ma, insieme a essa, contribuisce a modellare le basi biologiche dell'essere umano. Ne deriva un processo dinamico e continuo, in cui Natura e Cultura collaborano per dare origine a una varietà di "forme di umanità"(Remotti F. 2011).

Quello della cosiddetta natura umana è un tema che ha sempre interessato gli psicoanalisti dal tempo dei pionieri ai nostri giorni. Il termine è spesso implicito, o usato in maniera semplicemente colloquiale e la stessa definizione è stata molto controversa nel corso della storia del pensiero e lo è tutt'ora. Le diverse filosofie, religioni, ideologie politiche, il pensiero scientifico e le varie culture ne hanno dato specificazioni contrastanti.

La metapsicologia psicoanalitica struttura una scienza dell'individuo, offrendo una teoria della natura umana basata sullo sviluppo specifico dell'essere umano. Freud, in *Inibizione, sintomo e angoscia*, sottolinea che la specificità dell'uomo risiede nel modo unico in cui si forma la sua psiche/corpo(Freud 1925). Egli attribuisce particolare rilevanza alla prolungata impotenza e dipendenza del bambino piccolo, che nasce "incompleto" e privo di istinti sufficienti per sopravvivere autonomamente. Questa condizione biologica rafforza l'influenza dell'ambiente esterno e genera un bisogno di amore e protezione che accompagna l'individuo per tutta la vita. Freud menziona ulteriori fattori legati a questo processo, che però non approfondiremo in questa sede.

Le pulsioni vitali e di morte, quelle sessuali e aggressive, rappresentano un ponte tra sfera biologica e psichica: sono parte integrante della nostra natura sin dalla nascita, con un carattere profondamente irrazionale. Tuttavia, diversamente dagli istinti animali connotati da regole rigide determinate biologicamente, queste pulsioni non agiscono in modo automatico, ma lasciano spazio a una possibile negoziazione. Un asinello, pochi minuti dopo la nascita, si alza sulle zampe ed è già capace di seguire la madre che lo ha appena messo al mondo. Sebbene sia ancora fragile e vulnerabile, e ignaro del mondo che lo circonda, ogni cucciolo animale possiede istintivamente tutte le conoscenze necessarie per la propria sopravvivenza, frutto del suo innato istinto.

Il destino della pulsione invece è influenzato dalle trasformazioni legate alla vita psichica, alle esperienze personali che viviamo come individui e alla realtà che affrontiamo, con cui ci confrontiamo o che talvolta siamo costretti a subire.

Il vertice d'indagine psicoanalitico, pur dai diversi punti di vista delle varie teorie, cerca di delineare un approccio che, interrogandosi sulle caratteristi-

che dell'umano traccia sì uno sviluppo individuale ma, in aggiunta, delinea il processo di costruzione dell'immaginario sociale.

L'"attitudine alla civiltà" (*Kultur eignung*), cioè la capacità di modificare le pulsioni egoistiche sotto l'influenza di quelle erotiche, pur essendo il risultato di un processo acquisito, affonda le sue radici in una predisposizione organica che esprime un destino universale dell'umanità. Questa attitudine riflette anche un equilibrio individuale da cui le dinamiche pulsionali prendono forma. L'evoluzione e il significato della civiltà, insieme al disagio che inevitabilmente ne deriva, diventano comprensibili quando analizzati attraverso la lente delle pulsioni (De Giorgio 2022).

Il mito di Prometeo, simbolo del progresso culturale attraverso il sacrificio pulsionale, richiama il lavoro psichico dell'umanità e il malessere legato alle sue esigenze profonde. Freud esplora il tema del dominio della forza naturale nel contesto del maschio primitivo (*Urmensch*), il quale, rinunciando al piacere infantile di spegnere il fuoco con l'urina, riesce a preservarlo e a sfruttarlo a proprio vantaggio. Questo gesto segna, secondo Freud, l'origine della razionalità finalizzata all'utilità: l'energia sessuale viene sublimata in un calcolo civilizzante, trasformando la forza naturale in un elemento culturale.

In definitiva, la dialettica tra natura e cultura influenza la relativa libertà delle azioni umane. Il progressivo distacco tra la risposta e lo stimolo che l'ha generata, caratteristico delle specie più complesse, trova il suo massimo sviluppo nell'essere umano, con la sua capacità di astrazione e riflessione. Solo l'uomo possiede infatti una mente capace di elaborare in modo altamente complesso e astratto le informazioni, arrivando alla consapevolezza di sé, alla comprensione del proprio passato e alla capacità di immaginare il futuro oltre la morte (De Giorgio 2024)

La malattia e la sofferenza che ne deriva sconvolgono l'intricata rete di rappresentazioni e fantasie che definisce e dà sostanza all'essere umano, compromettendo l'integrità e la continuità dell'esistenza del paziente e portandolo a una percezione incerta della propria identità.

La malattia pone al paziente una profonda difficoltà nel percepirsi come un individuo integro e completo. L'ospedale, pur offrendo cure, spesso finisce per accentuare questa frammentazione, rendendo la malattia e il ricovero difficili da integrare come parte della normale esperienza umana. La malattia, infatti, sembra essere isolata dalla vita del paziente, confinata in un tempo e uno spazio che non si inseriscono nella sua storia personale.

In questo contesto, il paziente ricoverato si trova a essere un oggetto passivo, dipendente dagli altri anche per i bisogni più semplici. Questa condizione può innescare una regressione, variabile da caso a caso, che attraverso una ferita narcisistica riattiva conflitti antichi e angosce profonde di annientamento. Si reimmerge così in quello stato di impotenza originaria che Freud

descriveva come *hilflosigkeit*, l'inevitabile condizione di vulnerabilità del cucciolo dell'uomo.

Questi i fenomeni che, credo, stiano alla base delle tante iniziative finalizzate a quella che oramai è entrata nel linguaggio comune come *umanizzazione degli ospedali.* Tra queste iniziative un posto di rilievo credo possa essere rappresentato dall'arte che può emergere come percorso significativo e simbolico in cui vengono attivate capacità, risorse e processi che diventano un vero e proprio mezzo di sostegno per l'Io, favorendo lo sviluppo del senso d'identità e promuovendo una generale maturazione.

Un approccio di sostegno non verbale che, mediante l'utilizzo di procedimenti artistici, migliori la qualità del vissuto basandosi sul presupposto secondo cui il processo creativo corrisponda a un miglioramento dello stato di benessere della persona.

BIBLIOGRAFIA

Ainis R., Cammera N., Di Giacomo T., Miccichè L., Spinella R. (1986), Meccanismi controtransferali nella relazione triangolare medico-paziente-ospedale. In: *Persona umana e ospedale,* IES Mercury Editoria, Roma, 1988

Allovio S., Favole A., Plasticità e incompletezza tra etnografie e neuroscienze. In: Remotti F., (a cura di), *Forme di umanità.* Bruno Mondadori, Milano, 2002

Augé, M.(1992) *Non luoghi. Introduzione a un'antropologia della surmodernità*, Eléuthera, Milano, 2009

Berdini G., de Berardinis D. (1986), Paziente e malattia in ospedale. In: *Persona umana e ospedale,* IES Mercury Editoria, Roma, 1988

Bianchi L., Guarigioni del corpo, guarigioni dell'anima. Un percorso nel pensiero medievale, *Psiche,* X, 1/2023, Bologna, 2023

Borghero C., Descartes,, l'interazione mente-corpo e la psicosomatica, *Psiche,* X, 1/2023, Bologna, 2023

Chiarenza A. , Umbrella standard process development. 25th Meeting of the HPH General Assembly, 2019 May 29, Warsaw

Conrotto F, Intervento al Convegno *Psicoanalisi e teoria della cultura,* Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli, 24 Giugno 2000

Damasio A.(1994), *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain,* New York, Putnam; trad it. *L'errore di Cartesio,* Milano, Adelphi, 1995

De Giorgio G., Corpo e Eros. La materia dell'amore, *Gli Argonauti,* 164, Padova University Press, Padova, 2022

De Giorgio G., Disagio e piacere nella contemporaneità. Un punto di vista psicoanalitico. In: *Nel segno del sintomo,* Homeless Book, Faenza, 2024

Freud S. (1925) *Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti: 1924-1929*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000

Fuchs T., *Ecologia dell cervello. Fenomenologia della mente incarnata,* Astrolabio, Roma, 2018

Guyotat,Y.(1978), *Le psicoterapie mediche,* Masson, Milano, 1980

Kahn L., *Cos'ha fatto il nazismo alla psicoanalisi,* Alpes, Roma, 2005

Laplanche J., *Nouveaux fondaments pour la psychanalyse. La seduction originaire,* Presses Universitaires de France, Paris 1987

Lupo A., La guarigione, tra significato e Partecipazione, *Psiche,* X, 1/2023, Bologna, 2023

Merleau-Ponti, M.(1945), *Fenomenologia della percezione,* Il saggiatore, Milano, 1965

Paccagnella B. , L'evoluzione del concetto di salute, In *Pace diritti umani – Peace human rights,* 3/2005

Paccagnella B. Salute globale e medicina di comunità In *Italia, in Pace diritti umani – Peace human rights,* 3/2010]

Remotti F., *Cultura: dalla complessità all'impoverimento*, Laterza, Bari, 2011

World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe , 1986

The Vienna Recommendation on Health Promoting Hospitals adopted at the 3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Coordinators, Vienna, 1997