

L'incorporazione dell'ospedale nella tecnologia moderna [1978]

Michel Foucault

Incorporación del hospital en la tecnología moderna, in "Revista centroamericana de Ciencias de la Salud", n. 10, maggio-agosto 1978, pp. 93-104. (Conferenza tenuta nel corso di medicina sociale all'Università Statale di Rio de Janeiro, ottobre 1974.)

In quale momento l'ospedale ha cominciato a essere considerato uno strumento terapeutico, uno strumento d'intervento sulla malattia, uno strumento capace, di per sé e per i suoi effetti particolari, di curare un malato?

L'ospedale, inteso come strumento terapeutico è, in realtà, un concetto abbastanza moderno, dato che risale alla fine del secolo XVIII. È intorno al 1760 che si affaccia l'idea che l'ospedale possa e debba essere uno strumento destinato a guarire il malato, e questo come risultato di una nuova pratica: la visita e l'osservazione sistematica e comparata degli ospedali.

In Europa cominciano una serie di viaggi di studio. Tra questi, quello dell'inglese Howard,¹ che ha visitato gli ospedali e le prigioni del Continente dal 1775 al 1780; e anche quello del francese Tenon,² inviato dall'Accademia delle scienze, nel momento in cui si poneva il problema della ricostruzione dell'Hôtel-Dieu di Parigi.

Questi viaggi di studio presentavano numerose caratteristiche:

1) Si proponevano di definire, in base a un'inchiesta, un programma di riforma o di ricostruzione degli ospedali. Quando fu inviato dall'Accademia delle scienze a indagare la situazione degli ospedali in vari paesi d'Europa, Tenon scrisse una frase che mi pare particolarmente importante: "Gli ospedali esistenti devono permettere di stimare i meriti e i difetti del nuovo ospedale".

Si ritiene, dunque, che nessuna teoria medica sia di per sé sufficiente a definire un programma ospedaliero. Di più, nessun piano architettonico astratto è in grado di fornire la formula del

buon ospedale. Si tratta, infatti, di un problema complesso, di cui non si conoscono pienamente gli effetti e le conseguenze. L'ospedale agisce sulle malattie: talvolta può aggravarle e propagarle o, al contrario, limitarle.

Soltanto un'inchiesta empirica sull'ospedale, un oggetto nuovo, da interrogare e isolare in modo altrettanto nuovo, potrà fornire l'idea per un moderno programma di costruzione degli ospedali. L'ospedale cessa quindi di essere una semplice figura architettonica e, da questo momento, entra a far parte di un fatto medico-ospedaliero, che deve essere studiato come si studiano i climi, le malattie, ecc.

2) Queste inchieste forniscono pochi particolari sull'aspetto esterno dell'ospedale e sulla struttura generale dell'edificio. Non si tratta di descrizioni monumentali, come quelle dei classici viaggiatori dei secoli XVII e XVIII, ma di descrizioni funzionali. Howard e Tenon riportavano infatti il numero di malati per ospedale, il rapporto tra numero di pazienti e numero di letti, gli spazi utilizzabili, la misura e l'altezza delle sale, la quantità d'aria a disposizione di ogni malato e, per finire, il tasso di mortalità o il tasso di guarigione.

Essi tentavano anche di stabilire i rapporti che potevano esistere tra i fenomeni patologici e le condizioni peculiari degli istituti. Così, Tenon indagava quali fossero le condizioni migliori per curare i ricoverati per ferite e quali fossero, viceversa, le condizioni meno favorevoli. In questo modo, stabiliva l'esistenza di una correlazione fra il tasso crescente di mortalità tra i feriti e la vicinanza ai malati di febbre maligna, come veniva chiamata allora. Dimostrava, inoltre, che il tasso di mortalità delle partorienti aumentava quando queste venivano alloggiate in stanze sovrastanti quelle dei feriti.

Allo stesso modo, Tenon studiava i tragitti, gli spostamenti, i movimenti interni all'ospedale, in particolare il percorso della biancheria pulita, delle lenzuola, della biancheria sporca, degli asciugamani usati per curare i feriti, ecc. Cercava di identificare chi trasportava quel materiale, dove lo portava, dove veniva lavato, a chi veniva distribuito. Secondo lui, questi passaggi spiegavano diversi fatti patologici tipici degli ospedali.

Tenon analizzava anche il motivo per cui la trapanazione, una delle operazioni più frequenti a quell'epoca, venisse eseguita molto meglio all'ospedale inglese di Bethleem che all'Hôtel-Dieu di Parigi. Esistevano forse dei fattori interni alla struttura ospedaliera e alla collocazione dei malati che potevano spiegare questa situazione? La domanda veniva sollevata a proposito dell'ubicazione delle stanze, della loro distribuzione, del trasporto della biancheria sporca.

3) Tuttavia, gli autori di queste descrizioni funzionali dell'organizzazione medico-spaziale dell'ospedale non erano architetti. Tenon era un medico e, in quanto tale, era stato designato dall'Accademia delle scienze per visitare gli ospedali. Howard non era medico, ma era un precursore dei filantropi e possedeva una competenza di tipo medico-sociale.

Nacque così un nuovo modo di concepire l'ospedale, in quanto meccanismo che doveva curare e quindi, innanzitutto, correggere i suoi potenziali effetti patologici.

Si potrebbe sostenere che non era un fatto nuovo, che gli ospedali si dedicavano alla cura dei malati da molto tempo; si potrebbe affermare che nel secolo XVIII si scoprì soltanto che gli ospedali non guarivano quanto avrebbero dovuto; che non si trattava d'altro che di un'espressione raffinata delle esigenze classiche formulate nei confronti dello strumento ospedaliero.

Vorrei proporre una serie di obiezioni a questa ipotesi. In Europa l'ospedale in funzione dal Medioevo non era affatto uno strumento di guarigione, non era stato nemmeno concepito per questo fine. In realtà, nella storia delle cure fornite al malato in Occidente, vi erano due categorie distinte, due categorie che non si sovrapponevano, che spesso si incontravano, ma che erano fondamentalmente diverse: la medicina e l'ospedale.

L'ospedale, inteso come istituzione importante, addirittura fondamentale per la vita urbana dell'Occidente dal Medioevo in poi, non è un'istituzione medica. A quel tempo, la medicina non era una professione ospedaliera. È importante tenere presente questo elemento, per comprendere quanto siano stati innovativi l'introduzione della medicina ospedaliera e l'ospedale medico-terapeutico del secolo XVIII. Cercherò di dimostrare la differenza esistente tra queste due categorie allo scopo di inquadrare tale innovazione.

Prima del secolo XVIII, l'ospedale era principalmente un'istituzione di assistenza ai poveri. Era anche un'istituzione di separazione e di esclusione. Il povero, in quanto tale, aveva bisogno di assistenza: come malato, era portatore di malattie che rischiavano di diffondersi. Insomma, era pericoloso. Nasce da qui la necessità dell'ospedale: sia per raccogliere i poveri, sia per proteggere gli altri dal pericolo rappresentato dai poveri. Quindi, fino al secolo XVIII, il personaggio ideale dell'ospedale non era il malato, colui che va curato, ma il povero, che era già moribondo: si tratta di una persona che ha bisogno di assistenza materiale e spirituale, che ha urgenza di ricevere le ultime cure e i sacramenti. La funzione essenziale dell'ospedale consisteva in questo.

Allora si diceva – e a ragion veduta – che l'ospedale era il luogo in cui si andava a morire. Il personale ospedaliero non si preoc-

cupava di curare il malato, ma, cosa ben diversa, di ottenere la sua salvezza. Era un personale caritatevole, composto da religiosi o da laici che lavoravano nell'ospedale per fare opera di misericordia e per assicurarsi la loro salvezza futura. Di conseguenza, l'istituzione serviva a salvare l'anima del povero in punto di morte e, con essa, anche l'anima del personale che si occupava di lui. Separando gli individui pericolosi dal resto della popolazione, veniva esercitata più una funzione di transizione dalla vita alla morte, di salvezza spirituale, che una funzione materiale.

Per studiare il significato generale dell'ospedale nel Medioevo e nel Rinascimento, bisogna leggere *Le livre de vie active de l'Hôtel-Dieu*,³ scritto da un magistrato, che fu amministratore dell'Hôtel-Dieu, in una lingua piena di metafore – una specie di *Roman de la rose* dell'ospedalizzazione –, ma che rispecchia perfettamente la mescolanza delle funzioni di assistenza e di conversione spirituale che a quell'epoca spettavano all'ospedale.

Fino agli inizi del secolo XVIII le caratteristiche dell'ospedale erano queste. L'ospedale generale, luogo d'internamento in cui vivevano fianco a fianco, mescolati gli uni agli altri, malati, folli, prostitute, ecc., è ancora, a metà del secolo XVII, una specie di strumento misto di esclusione, di assistenza e di conversione spirituale, che ignora la funzione medica.

Per quel che riguarda la pratica medica, nessuno dei suoi elementi fondamentali, che potevano fornire una giustificazione scientifica, la designava a essere medicina ospedaliera. La medicina medievale, come quella dei secoli XVII e XVIII, era profondamente individualista, soprattutto per il medico, che veniva riconosciuto come tale dopo un'iniziazione garantita dalla stessa corporazione medica. Questa iniziazione comprendeva la padronanza dei testi e la trasmissione di formule più o meno segrete; l'esperienza ospedaliera non faceva parte della formazione rituale del medico.

L'intervento del medico nella malattia ruotava intorno al concetto di crisi. Il medico doveva osservare il malato e la malattia dopo la comparsa dei primi sintomi, per determinare il momento in cui si sarebbe prodotta la crisi. La crisi rappresentava l'istante in cui, nel malato, si affrontavano la sua natura sana e il male che lo aveva colpito. In questa lotta tra la natura e la malattia, il medico doveva osservare i sintomi, prevedere l'evoluzione e favorire, per quanto possibile, il trionfo della salute e della natura sulla malattia. Nella cura entravano in gioco la natura, la malattia e il medico. In questa lotta, il medico aveva una funzione di predizione, di arbitro e di alleato della natura contro la malattia. Assumendo la forma della battaglia, la cura era fondata sulla relazione personale tra medico e malato. L'idea di com-

piere una serie di osservazioni all'interno dell'ospedale, osservazioni che avrebbero consentito di individuare le caratteristiche generali e gli elementi particolari di una malattia, ecc., non faceva parte della pratica medica.

Così, nella pratica medica coeva non c'era nulla che permettesse di ordinare le conoscenze ospedaliere. A sua volta, l'organizzazione dell'ospedale non consentiva l'intervento della medicina. Di conseguenza, fino alla metà del secolo XVIII, l'ospedale e la medicina rimasero due ambiti separati. Ma come è avvenuta la trasformazione, in che modo l'ospedale si è "medicalizzato" e in che modo si è giunti alla medicina ospedaliera?

Il principale fattore di trasformazione non consiste nella ricerca di un'azione positiva dell'ospedale sul malato o sulla malattia, ma semplicemente nell'annullamento degli effetti negativi dell'ospedale. Non si trattava tanto di "medicalizzare" l'ospedale, ma di depurarlo dei suoi effetti nocivi, del disordine che provocava. In questo caso, con il termine di disordine ci si riferisce alle malattie che l'istituzione poteva generare tra gli internati e diffondere nella città circostante. In questo modo, l'ospedale era un focolaio permanente di disordine economico e sociale.

Questa ipotesi di una "medicalizzazione" dell'ospedale grazie all'eliminazione del suo disordine è confermata dal fatto che, in Europa, la prima grande organizzazione ospedaliera è comparsa nel secolo XVII, principalmente negli ospedali marittimi e militari. Il punto di partenza della riforma ospedaliera non è stato l'ospedale civile, ma quello marittimo, che era un luogo di disordine economico. Infatti, il traffico di merci, oggetti preziosi e materie rare provenienti dalle colonie comincia a organizzarsi proprio da qui. Il trafficante che simulava di essere malato veniva condotto, subito dopo lo sbarco, all'ospedale: qui nascondeva gli oggetti, sottraendoli al controllo economico della dogana. In questo modo, i grandi ospedali marittimi di Londra, di Marsiglia, di La Rochelle diventarono le sedi di un vasto commercio, contro cui protestavano le autorità fiscali.

Così, il primo regolamento ospedaliero apparso nel secolo XVII si riferisce all'ispezione dei bauli conservati negli ospedali da marinai, medici e speciali. Da allora, fu permesso di perquisire i bauli e di registrare il loro contenuto. Se venivano scoperte delle merci destinate al contrabbando, i proprietari venivano puniti immediatamente. In questo regolamento compare, pertanto, una prima indagine economica.

D'altronde, negli ospedali marittimi e militari sorge un altro problema: quello della quarantena, cioè delle malattie epidemiche che potevano essere trasmesse in occasione dello sbarco dei passeggeri. Per esempio, i lazzeretti fondati a Marsiglia e a La Ro-

chelle rappresentano una specie di ospedale perfetto. Ma, sostanzialmente, questo tipo di ospedalizzazione concepisce l'ospedale non come uno strumento di cura, ma come un mezzo per impedire che nasca un focolaio di disordine economico e medico.

Quindi, se gli ospedali marittimi e militari divennero dei modelli per la riorganizzazione ospedaliera fu perché, con il mercantilismo, le regolamentazioni economiche si fecero più severe. Ma anche perché il valore dell'uomo cresceva sempre di più. Fu proprio in quest'epoca, infatti, che la formazione dell'individuo, la sua capacità, le sue attitudini, cominciarono a avere un prezzo per la società.

Prendiamo in considerazione l'esempio dell'esercito. Fino alla seconda metà del secolo XVII il reclutamento di soldati non presentava nessuna difficoltà. Bastava avere i mezzi finanziari. In tutta l'Europa c'erano disoccupati, vagabondi, miserabili disposti a arruolarsi nell'esercito di qualsiasi potenza nazionale o religiosa. Alla fine del secolo XVII, l'introduzione del fucile rende l'esercito molto più tecnico, complesso e costoso. Per imparare a maneggiare un fucile c'è bisogno di un apprendistato, di esercitazioni, di addestramento. Il prezzo di un soldato supera così quello di un semplice lavoratore e, in tutti i paesi, il costo dell'esercito diventa un'importante voce di bilancio. Inoltre, quando un soldato è stato formato, non si può lasciarlo morire. Se muore, deve morire in battaglia, come soldato, e non a causa di una malattia. Non bisogna dimenticare che nel secolo XVII il tasso di mortalità dei soldati era assai elevato. Per esempio, un'armata austriaca che partì da Vienna in direzione dell'Italia perse cinque sestieri dei suoi uomini prima di giungere sui luoghi di combattimento. Le perdite causate dalle malattie, dalle epidemie e dalle diserzioni costituivano un fenomeno abbastanza ordinario.

A partire da questa trasformazione tecnica dell'esercito, l'ospedale militare diventa un problema tecnico e militare importante: 1) bisognava sorvegliare gli uomini, per evitare che disertassero, dato che erano stati formati a un costo elevato; 2) bisognava curarli, affinché non morissero a causa di qualche malattia; 3) infine, una volta ristabiliti, bisognava evitare che simulassero la malattia per protrarre il ricovero, ecc.

Come conseguenza di ciò, è cominciata una riorganizzazione amministrativa e politica: un controllo nuovo da parte dell'autorità all'interno dell'ospedale militare. La stessa cosa avviene nel caso dell'ospedale marittimo, quando la tecnica marittima si fece più complessa e, ancora una volta, non ci si poteva rassegnare a perdere una persona che era stata formata a un costo elevato.

Come si è realizzata la riorganizzazione dell'ospedale? Sostanzialmente, la ristrutturazione degli ospedali marittimi e militari è fondata, non su una tecnica medica, ma su una tecnologia che potremmo definire politica, cioè sulla disciplina.

La disciplina è una tecnica di esercizio del potere che, per essere esatti, non è stata inventata, ma elaborata nel secolo XVIII. Infatti, è sempre esistita, nel corso di tutta la storia, nel Medioevo e anche nell'Antichità. A questo proposito, i monasteri costituiscono un esempio di un luogo di potere al cui interno regnava un sistema disciplinare. La schiavitù e le grandi compagnie schiaviste esistenti nelle colonie spagnole, inglesi, francesi, olandesi, ecc., erano anch'esse dei modelli di meccanismi disciplinari. Se risalissimo fino alla legione romana, troveremmo comunque altri esempi di disciplina.

I meccanismi disciplinari risalgono ai tempi antichi, ma appaiono isolati e frammentati fino al secolo XVII e al secolo XVIII, quando il potere disciplinare si perfeziona e diventa una nuova tecnica di gestione dell'uomo. Si parla spesso delle invenzioni tecniche del secolo XVII – la tecnologia chimica, la metallurgia, ecc. –, ma non si cita mai l'invenzione rappresentata da questa nuova maniera di governare l'uomo, di controllarne i molteplici aspetti, di utilizzarli al massimo e di migliorare il prodotto utile del suo lavoro, delle sue attività, grazie a un sistema di potere che permetta di controllarli. Nelle grandi fabbriche in formazione, nell'esercito, nelle scuole, quando si osservano i grandi progressi dell'alfabetizzazione in tutta Europa, appaiono queste nuove tecniche di potere. Sono queste le grandi invenzioni del secolo XVII.

Che cosa vediamo sorgere in quest'epoca, se esaminiamo gli esempi della scuola e dell'esercito?

1) Un'arte di suddivisione spaziale degli individui. Nell'esercito del secolo XVII gli individui vengono ammassati, formano un conglomerato: davanti stanno i più forti e i più capaci e, sui fianchi o nel mezzo, quelli che non sanno lottare, i vili che minacciano di darsi alla fuga. Allora la forza di un corpo militare risiedeva nell'effetto di densità di questa massa umana.

Invece, nel secolo XVIII, da quando il soldato riceve un fucile, diventa necessario studiare la distribuzione degli individui, in modo da sistemarli al posto giusto, nel punto in cui potranno essere più efficaci. La disciplina militare comincia nel momento in cui si insegna al soldato a disporsi, a spostarsi, a stare al posto giusto.

Allo stesso modo, nelle scuole del secolo XVII gli alunni sono ammassati. Il maestro ne chiama uno e gli impartisce una lezione di alcuni minuti, poi lo rimanda al suo posto per chiamare un

altro alunno, e così via. L'insegnamento collettivo, offerto simultaneamente a tutti gli alunni, presupponeva una distribuzione spaziale della classe.

La disciplina è, prima di tutto, un'analisi dello spazio: è l'individualizzazione per mezzo dello spazio, la sistemazione dei corpi in uno spazio individualizzato, che permette la classificazione e le combinazioni.

2) La disciplina controlla, invece del risultato, tutto lo sviluppo di un'azione. Nelle fabbriche di tipo corporativo del secolo XVII si esigeva dall'operaio o dal mastro un prodotto che possedesse delle qualità particolari. La maniera di fabbricarlo dipendeva da ciò che veniva trasmesso da una generazione all'altra. Il controllo non incideva sul modo di produzione. Allo stesso modo, si insegnava a un soldato a battersi con l'avversario, a essere più forte nella lotta individuale o su un campo di battaglia.

A partire dal secolo XVIII si è sviluppata un'arte del corpo umano. Si cominciano a osservare i movimenti eseguiti, a determinare quali siano i più efficaci, i più rapidi e i più convenienti. Così, nelle fabbriche compare un personaggio celebre e sinistro, il caporeparto, incaricato di osservare, non tanto se il lavoro viene eseguito, ma in che modo potrebbe essere fatto più rapidamente e quali siano i movimenti più adatti. Nell'esercito compare il sottoufficiale e, con lui, compaiono gli esercizi, le manovre, la scomposizione dei movimenti nel tempo. Il famoso regolamento della fanteria, che assicura le vittorie di Federico di Prussia, comprende una serie di meccanismi per la direzione dei movimenti del corpo.

3) La disciplina è una tecnica di potere che implica una sorveglianza costante e perpetua degli individui. Non basta osservarli di tanto in tanto o guardare se si attengono alle regole. Per realizzare l'attività, bisogna sorvegliarli continuamente, sottoporli a un sistema piramidale di sorveglianza permanente. Fu così che, nell'esercito, venne stabilita una serie continua di gradi, dal generale in capo fino al soldato semplice, e anche un sistema di ispezione, di riviste, di parate, di sfilate, ecc., che permette di osservare incessantemente ogni individuo.

4) La disciplina presuppone un registro permanente: annotazioni sull'individuo, relazione sugli avvenimenti, elemento disciplinare, comunicazione delle informazioni ai gradi superiori in modo che nessun particolare sfugga al vertice della gerarchia.

Nel sistema classico l'esercizio del potere era confuso, globale e discontinuo. Il potere sovrano agiva su dei gruppi integrati in famiglie, città, parrocchie, vale a dire in unità globali. Non agiva continuamente sull'individuo.

La disciplina è un insieme di tecniche: attraverso di essa, i sistemi di potere si propongono la singolarizzazione degli individui. È il potere dell'individualizzazione, il cui strumento fondamentale risiede nell'esame. L'esame significa una sorveglianza permanente, classificatrice, che permette di suddividere gli individui, di giudicarli, di valutarli, di localizzarli e, così facendo, di utilizzarli al massimo. Attraverso l'esame, l'individualità diviene un elemento per l'esercizio del potere.

L'introduzione di meccanismi disciplinari nello spazio disordinato dell'ospedale avrebbe permesso la sua medicalizzazione. Quello che ho detto spiega perché l'ospedale si sia disciplinato: le ragioni economiche, il valore attribuito all'individuo, il desiderio di evitare la propagazione di epidemie spiegano il controllo disciplinare a cui sono sottoposti gli ospedali. Ma che la disciplina acquisisca un carattere medico, che il potere disciplinare venga affidato al medico, questo lo si deve a una trasformazione del sapere medico. La formazione di una medicina ospedaliera va attribuita, da un lato, all'introduzione della disciplina nello spazio dell'ospedale, e, dall'altro lato, alla trasformazione coeva della pratica della medicina.

Nel sistema epistemico o epistemologico del secolo XVIII il grande modello d'intelligibilità delle malattie è la botanica, la classificazione di Linneo. In base a essa, è necessario pensare le malattie come un fenomeno naturale. Come accade nel caso delle piante, anche nelle malattie vi sono delle specie differenti, delle caratteristiche osservabili, dei tipi di evoluzione. La malattia è la natura, ma una natura dovuta all'azione particolare dell'ambiente sull'individuo. Quando una persona sana è sottoposta a certi influssi dell'ambiente, costituisce un punto d'appoggio per la malattia, fenomeno limite della natura. L'acqua, l'aria, l'alimentazione, il regime di vita, sono queste le basi su cui si sviluppano i diversi tipi di malattia nell'individuo.

In questa prospettiva, la medicina non interviene sulla malattia propriamente detta, come nella medicina della crisi, ma si orienta, quasi in margine alla malattia e all'organismo, verso le condizioni ambientali: l'aria, l'acqua, la temperatura, il regime di vita, l'alimentazione, ecc. È una medicina dell'ambiente, che si costituisce nella misura in cui la malattia è considerata come un fenomeno naturale che ubbidisce a leggi naturali.

L'ospedale medico ha origine nell'articolazione di questi due processi, cioè lo spostamento dell'intervento medico e l'applicazione della disciplina nello spazio dell'ospedale. Questi due fenomeni, di origine diversa, si sarebbero presto articolati grazie all'introduzione della disciplina ospedaliera, che aveva come funzione di garantire le indagini, la sorveglianza, l'applicazione del-

la disciplina nel mondo disordinato dei malati e della malattia e, infine, di trasformare le condizioni ambientali in cui vivevano i malati. Questi ultimi vennero individualizzati e suddivisi in spazi in cui potevano essere sorvegliati e in cui era possibile annotare quel che accadeva; venne modificata anche l'aria che respiravano, la temperatura dell'ambiente, l'acqua potabile, la dieta, in modo che il nuovo volto dell'ospedale imposto dall'introduzione della disciplina avesse una funzione terapeutica.

Se si ammette l'ipotesi che l'ospedale sia nato dalle tecniche del potere disciplinare e dalla medicina di intervento sull'ambiente, si potranno comprendere le diverse caratteristiche di questa istituzione:

1) La localizzazione dell'ospedale e la distribuzione interna dello spazio. Alla fine del secolo XVIII la questione dell'ospedale è fondamentalmente una questione di spazio. Innanzitutto, si tratta di sapere dove situare l'ospedale affinché non sia più un luogo buio, oscuro e confuso, situato nel cuore della città, a cui approdano uomini in punto di morte, che propaga miasmi pericolosi, aria contaminata, acqua sporca, ecc. L'ospedale va situato in un luogo conforme al controllo sanitario della città. La sua ubicazione doveva essere stabilita in base a una medicina dello spazio urbano.

Bisognava inoltre calcolare la distribuzione interna dello spazio ospedaliero in funzione di certi criteri: se si era convinti che un'azione sull'ambiente potesse guarire gli ammalati, allora bisognava creare intorno a ogni malato un piccolo spazio individualizzato, specifico, modificabile a seconda del paziente, della malattia e della sua evoluzione. Era necessario dare autonomia funzionale e medica allo spazio di sopravvivenza del malato. In questo modo, si stabilì il principio per cui i letti non devono essere occupati da più di un paziente: il letto dormitorio, in cui potevano talvolta ammassarsi fino a sei persone, venne soppresso.

Intorno al malato si dovrà anche creare un ambiente modificabile, in cui sia possibile alzare la temperatura, rinfrescare l'aria, dirigerla verso un solo malato, ecc. A partire da questa esigenza si sviluppano delle ricerche sull'individualizzazione dello spazio di vita e sulla respirazione dei malati, compresi quelli delle stanze collettive. Così, per esempio, venne formulato il proposito di isolare il letto di ciascun malato, stendendo delle lenzuola ai lati e al di sopra del letto, in modo da permettere la circolazione dell'aria bloccando, però, la propagazione dei miasmi.

Tutto questo ci indica in che modo, in una struttura particolare, l'ospedale rappresenti un mezzo di intervento sul malato. L'architettura ospedaliera deve essere il fattore e lo strumento della cura ospedaliera. L'ospedale in cui i malati si recavano a

morire non doveva esistere più. L'architettura ospedaliera diventa uno strumento di cura, come la dieta alimentare, il salasso o qualsiasi azione medica. Lo spazio ospedaliero si è medicalizzato nella sua funzione e nelle sue conseguenze. È questa la prima caratteristica della trasformazione dell'ospedale alla fine del secolo XVIII.

2) La trasformazione del sistema di potere all'interno dell'ospedale. Fino a metà del secolo XVII, è il personale religioso, raramente quello laico, a esercitare il potere. Esso è addetto alla vita quotidiana dell'ospedale, alla salute e all'alimentazione delle persone internate. Il medico veniva chiamato per occuparsi dei malati più gravi. In effetti si trattava, più che di un'azione reale, di una garanzia, di una semplice giustificazione. La visita medica era un rituale affatto irregolare. In linea di principio, aveva luogo una volta al giorno e riguardava centinaia di malati. Inoltre, sul piano amministrativo il medico dipendeva dal personale religioso che aveva il potere di licenziarlo.

Dal momento in cui l'ospedale viene concepito come uno strumento di cura e la distribuzione dello spazio diventa un mezzo terapeutico, il medico assume la responsabilità principale dell'organizzazione ospedaliera. Egli viene consultato per definire come costruire e organizzare un ospedale; è per questa ragione che Tenon realizzò l'indagine già citata. Da allora viene proibita la forma del convento, della comunità religiosa, che era stata utilizzata fino a allora per organizzare l'ospedale. Per di più, dato che la dieta alimentare, l'aerazione, ecc., diventano strumenti della cura, controllando il regime di vita del malato, il medico ha la responsabilità, almeno fino a un certo punto, del funzionamento economico dell'ospedale, che un tempo era un privilegio degli ordini religiosi.

Allo stesso tempo, la presenza del medico nell'ospedale si consolida e si intensifica. Il numero delle visite aumenta progressivamente lungo tutto il secolo XVIII. Nel 1680, all'Hôtel-Dieu di Parigi, il medico passava una volta al giorno; nel secolo XVIII, invece, vennero stabiliti diversi regolamenti per precisare che dovevano essere effettuate delle visite notturne ai malati più gravi e che ogni visita doveva durare due ore; infine, verso il 1770, venne stabilito che il medico doveva risiedere all'interno dell'ospedale, in modo da essere in grado, in caso di necessità, di intervenire a qualsiasi ora del giorno e della notte.

Così è comparso il medico ospedaliero, un personaggio che prima di allora non esisteva. Fino al secolo XVIII i grandi medici non provenivano dall'ospedale. Erano medici consulenti che avevano acquisito prestigio grazie a alcune guarigioni spettacolari. Il medico a cui si rivolgevano le comunità religiose per le visite

in ospedale era, per lo più, una pecora nera della professione. Il grande medico d'ospedale, tanto più competente quanto più grande era la sua esperienza istituzionale, è un'invenzione del secolo XVIII. Tenon, per esempio, era un medico d'ospedale; allo stesso modo, il lavoro realizzato da Pinel a Bicêtre fu possibile grazie all'esperienza acquisita in ambito ospedaliero.

Questa inversione dell'ordine gerarchico all'interno dell'ospedale, che affida al medico l'esercizio del potere, si riflette nel rituale della visita: la sfilata, guidata dal medico, di tutta la gerarchia ospedaliera (assistenti, allievi, infermieri, ecc.), si presenta, quasi religiosamente, davanti al letto di ogni malato. Questo rituale codificato della visita, che designa il luogo del potere medico, si ritrova nei regolamenti ospedalieri del secolo XVIII: essi indicano dove situare ogni persona, precisano che il passaggio del medico deve essere annunciato da una campanella e che l'infermiere deve stare accanto alla porta con un quaderno in mano e accompagnare il medico quando entra nella sala, ecc.

3) L'organizzazione di un sistema di registri permanente e completo, al fine di mettere per iscritto, per quanto possibile, tutto ciò che accade. Consideriamo, innanzitutto, i metodi di identificazione del malato. Gli veniva legato un braccialetto al polso, per distinguerlo in vita, ma anche in caso di morte. Sulla parte superiore del letto veniva posta una scheda che indicava il suo cognome e la malattia di cui soffriva. Allo stesso modo, si cominciano a utilizzare una serie di registri per raccogliere e trasmettere le informazioni: il registro generale delle entrate e delle uscite, in cui veniva scritto il cognome del malato, la prima diagnosi medica, la sala nella quale si trovava e, per finire, se era morto o se invece era stato guarito; il registro di ciascuna sala, preparato dall'infermiere capo; il registro della farmacia, in cui figuravano le prescrizioni mediche; il registro delle direttive formulate dal medico nel corso della visita, con le sue prescrizioni, il trattamento, la diagnosi, ecc.

Alla fine, ai medici è stato imposto l'obbligo di confrontare le loro esperienze attraverso i registri, almeno una volta al mese, come precisava il regolamento dell'Hôtel-Dieu nel 1785, allo scopo di annotare i diversi trattamenti somministrati, quelli che avevano dato dei risultati soddisfacenti, i medici che avevano ottenuto il maggior numero di successi, se le malattie epidemiche si trasmettevano da una sala all'altra, ecc. In questo modo, all'interno dell'ospedale si forma una raccolta di documenti. Oltre a essere un luogo di cura, l'ospedale diventa un luogo di produzione del sapere medico. Il sapere medico, che fino al secolo XVIII era affidato ai libri, a una specie di giurisprudenza medica concentrata nei grandi trattati classici della medicina, comincia a oc-

cupare un luogo diverso: non più il testo, ma l'ospedale. Non si tratta più di ciò che è scritto o stampato, ma di ciò che viene raccolto tutti i giorni nella tradizione viva, attiva e attuale rappresentata dall'ospedale.

In questo modo, nel periodo che va dal 1780 al 1790, si è affermata la formazione normativa del medico ospedaliero. Oltre a essere un luogo di cura, l'ospedale è anche un luogo di formazione medica. La clinica appare come una dimensione essenziale dell'ospedale. Con "clinica" intendo l'organizzazione dell'ospedale come luogo di formazione e di trasmissione del sapere. Inoltre, con l'introduzione della disciplina dello spazio ospedaliero – che permette di curare, di accumulare conoscenze e di formare –, la medicina offre, come oggetto di osservazione, un campo molto vasto, delimitato da un lato dall'individuo e, dall'altro lato, dall'intera popolazione.

Con l'applicazione della disciplina allo spazio ospedaliero e grazie alla possibilità di isolare gli individui, di sistemarli in letti singoli, di prescrivere diete, ecc., si va verso una medicina individualizzante. In effetti, sarà proprio l'individuo a essere osservato, sorvegliato, conosciuto e curato. L'individuo emerge come oggetto del sapere e della pratica medica.

Allo stesso tempo, attraverso il sistema dello spazio ospedaliero disciplinato, è possibile osservare un gran numero di individui. Il confronto dei registri, continuamente aggiornati, con quelli di altri ospedali o di altre regioni, permette di studiare i fenomeni patologici comuni a tutta la popolazione.

Grazie alla tecnica ospedaliera, l'individuo e la popolazione si presentano simultaneamente come degli oggetti del sapere e dell'intervento medico. La redistribuzione di queste due medicine sarà un fenomeno tipico del secolo XIX. La medicina formatasi nel corso del secolo XVIII è, al tempo stesso, una medicina dell'individuo e una medicina della popolazione.

Note

¹ J. Howard, *The State of Prisons in England and Wales*, 2 voll., Warrington, London 1777-1780.

² J.R. Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Royez, Paris 1788.

³ Maître Jehan Henri (cantore di Notre-Dame e presidente della Camera delle inchieste in Parlamento), *Le Livre de vie active des religieuses de l'Hôtel-Dieu de Paris*, Paris 1480.