

I nuovi luoghi della professione

Spazio pubblico, spazio mediatico,
spazio virtuale

di Corrado Bibbolino

Abstract: Comprendere l'atto medico significa anche analizzare i luoghi del suo svolgimento. L'articolo ripercorre l'evoluzione e il progressivo ampliarsi dei luoghi della cura: dalla casa al tempio, dall'ospizio all'ospedale, fino al territorio, allo spazio pubblico, mediatico e virtuale. La medicina contemporanea è chiamata anche a ripensare i suoi luoghi, a integrare corpo biologico, esperienza vissuta e dimensione digitale, mantenendo centrale la relazione di cura in ambienti sempre più fluidi, reticolari e tecnologici.

Introduzione

Il concetto di luogo ha accompagnato la storia della medicina in modo molto più profondo di quanto appaia a una prima considerazione. La cura, infatti, non si è mai data in astratto, ma sempre in uno spazio concreto, simbolico e sociale. Ogni civiltà ha definito i propri luoghi della malattia e della guarigione, attribuendo loro significati differenti in base alle proprie credenze religiose, alla propria organizzazione politica, alle conoscenze scientifiche disponibili e al modo in cui ha interpretato il rapporto tra individuo, comunità e ambiente. Ripercorrere l'evoluzione del concetto di luogo

in sanità significa quindi ricostruire non solo la trasformazione degli spazi fisici della cura, ma anche il mutare delle categorie culturali attraverso cui la malattia è stata pensata, amministrata e trattata.

Dalla casa al tempio, dall'ospizio medievale all'ospedale moderno, fino alla rete territoriale, alla telemedicina, allo spazio mediatico e al metaverso sanitario, il luogo della cura ha conosciuto un progressivo ampliamento semantico. In origine esso coincideva con gli spazi della vita quotidiana o con quelli del sacro; successivamente si è istituzionalizzato, specializzato, tecnicizzato; infine si è diffuso oltre i propri confini materiali, diventando rete, infrastruttura, ambiente informativo e spazio virtuale. Come ha mostrato Michel Foucault (1996), la medicina non produce soltanto conoscenze sul corpo, ma organizza anche dispositivi spaziali, modi di vedere, forme di classificazione e pratiche di controllo che trasformano i luoghi in cui la malattia viene riconosciuta e gestita.

In questa prospettiva, il luogo non è una cornice neutra della cura. Esso è parte integrante dell'esperienza terapeutica. Definisce il rapporto tra vicinanza e distanza, tra pubblico e privato, tra individuo e collettività, tra corpo vissuto e corpo osservato. Condiziona l'accessibilità alle prestazioni, la qualità della relazione medico-paziente, la distribuzione del potere sanitario e il modo in cui la sofferenza viene narrata e interpretata. Per tale ragione, la storia della sanità può essere letta anche come storia dei suoi spazi: spazi domestici, spazi sacri, spazi disciplinari, spazi pubblici, spazi digitali.

1. Dalla casa come matrice originaria della cura al luogo come ambiente

Nelle società antiche la cura è anzitutto un atto relazionale e comunitario. Non esiste ancora una separazione netta tra il luogo

della vita e il luogo della malattia. Il malato resta generalmente all'interno della casa e la risposta alla sofferenza si struttura mediante rimedi tradizionali, assistenza familiare, pratiche empiriche e sostegno della comunità. Il primo luogo di cura è dunque la casa, intesa non solo come spazio fisico, ma come ambiente affettivo, simbolico e morale.

Questa dimensione originaria della cura come prossimità non scompare mai del tutto nel corso della storia. Anche quando la medicina si istituzionalizzerà e si tecnicizzerà, il modello domestico continuerà a rappresentare, in filigrana, un ideale di continuità affettiva e di attenzione personalizzata. Non è un caso che, nella contemporaneità, la medicina territoriale e domiciliare si presentino spesso come tentativi di recuperare, in forme nuove, questa antica prossimità.

Con la medicina ippocratica si afferma una svolta di grande rilievo: il luogo non è più soltanto lo spazio immediato in cui vive il malato, ma diventa una variabile conoscitiva essenziale per comprendere la salute e la malattia. Nel trattato *Arie, acque e luoghi* (Ippocrate 1965, cap. 1) il medico è invitato a osservare clima, qualità dell'aria, acque, esposizione ai venti, caratteristiche del suolo e assetto del territorio prima ancora di formulare un giudizio clinico.

Qui il luogo assume un significato propriamente ambientale. L'organismo umano è pensato in rapporto dinamico con il mondo circostante; la patologia non può essere compresa indipendentemente dalle condizioni climatiche e geografiche. Si tratta di una concezione di straordinaria modernità, perché riconosce che il corpo è sempre situato e che la salute dipende dall'interazione tra fattori biologici e condizioni esterne.

2. Dalla medicina templare alla cura come evento relazionale

Parallelamente alla medicina naturalistica, nelle civiltà antiche permane una concezione religiosa della malattia e della cura. Nei templi di Asclepio, diffusi nel mondo greco, o in quelli egiziani i malati si recano per cercare guarigione attraverso rituali, offerte, purificazioni e pratiche oniriche (Cosmacini 1997). Il tempio non è un semplice contenitore architettonico: è uno spazio di mediazione tra l'umano e il divino, tra sofferenza e speranza, tra corpo e trascendenza.

In questa configurazione il luogo della cura è essenzialmente simbolico. Esso agisce perché è separato dal quotidiano, perché istituisce una soglia, perché mette il paziente in condizione di entrare in un ordine altro. La guarigione non dipende soltanto da un intervento materiale, ma da un percorso rituale che coinvolge l'intera persona. Il corpo malato è pensato entro una totalità di significati che include colpa, purificazione, attesa, fede.

Diversa, pur con alcuni punti di contatto, è la tradizione biblica. Nei racconti evangelici la guarigione non è legata in modo esclusivo a edifici o santuari specifici. Gesù guarisce nei villaggi, nelle strade, nelle case, presso i laghi, nei campi, nei luoghi di preghiera. Il luogo terapeutico coincide con l'evento dell'incontro. Non è lo spazio in sé a essere sacro, ma la relazione che lo attraversa.

Questa prospettiva è rilevante perché sottrae la cura a una localizzazione rigida. La malattia può essere affrontata là dove la persona si trova; il luogo viene trasformato dall'atto di cura. In questo senso, il cristianesimo introduce una concezione dinamica del luogo: esso non è definito solo dall'architettura o dalla funzione, ma dalla qualità della presenza e della relazione. La guarigione

riguarda insieme il corpo, l'interiorità e il reinserimento del soggetto nella comunità.

Tale impostazione anticipa, da un punto di vista simbolico, alcune riflessioni contemporanee sulla medicina centrata sulla persona. La malattia non è solo un fatto biologico, è un'esperienza vissuta, che coinvolge identità, legami, senso dell'esistenza. Comprendere la sofferenza significa considerare la persona nella sua interezza e non ridurla al solo dato organico.

3. Ospizi, xenodochi, "hospitalia": stabilizzazione caritativa e razionalizzazione del luogo di cura

Con la tarda antichità e con il Medioevo cristiano nascono i primi luoghi stabili dedicati all'accoglienza dei malati, dei poveri, dei pellegrini e degli emarginati: xenodochi, nosocomi, *hospitalia*, ospizi. Non si tratta ancora di ospedali in senso moderno, ma di istituzioni in cui la cura si lega alla carità, all'assistenza religiosa e alla protezione dei vulnerabili. Il luogo sanitario è qui innanzitutto un luogo morale. Assistere il sofferente significa praticare la misericordia e compiere un dovere spirituale. Il luogo assistenziale medievale accoglie insieme ciò che la società fatica a collocare altrove.

A partire dal XII secolo, con la nascita delle università e con una più chiara regolamentazione delle professioni sanitarie, il sapere medico acquista autonomia crescente rispetto all'assistenza religiosa. La figura del medico si definisce progressivamente come figura esperta, fondata su saperi codificati, pratiche di studio e responsabilità professionali. L'Editto di Federico II (1241) costituisce un passaggio simbolicamente importante in questa direzione.

Il luogo della cura comincia allora a differenziarsi internamente. Accanto agli spazi della carità si consolidano spazi del sapere, dell'insegnamento e dell'esercizio professionale. Il rapporto tra medicina e luogo diventa più complesso: non solo accoglienza, ma osservazione; non solo sostegno, ma classificazione; non solo protezione, ma competenza. Questa trasformazione prepara il terreno per la nascita dell'ospedale moderno e per la progressiva separazione tra cura domestica, assistenza religiosa e pratica medica specialistica.

4. Epidemie, miasmi e governo dello spazio: l'ospedale moderno come eterotopia della cura

Tra tardo Medioevo e prima età moderna il tema del luogo assume una nuova centralità a causa del frequente verificarsi di epidemie. La teoria dei miasmi interpreta molte malattie come effetto di emanazioni nocive provenienti da ambienti insalubri: paludi, acque stagnanti, quartieri sporchi, città sovraffollate. Il luogo non è più solo matrice di vita o di cura, ma può diventare origine del contagio e minaccia collettiva.

Nascono così pratiche di controllo territoriale: quarantene, cordoni sanitari, lazzaretti, ispezioni urbane, regolazioni dei flussi, separazioni dei corpi. La salute si trasforma in questione pubblica e politica. Il luogo deve essere sorvegliato, bonificato, amministrato. La città stessa diventa oggetto di sapere sanitario.

In questo snodo storico è possibile riconoscere una delle matrici della sanità pubblica moderna. Lo spazio non è più semplice sfondo dell'azione medica, ma diventa campo di intervento amministrativo. Michel Foucault (1996) ha mostrato come il controllo sanitario dei luoghi sia legato alla formazione di nuove tecni-

che di governo delle popolazioni. In tal senso, la storia del luogo in sanità è anche storia della relazione tra cura e potere politico.

Tra il XVII e il XIX secolo l'ospedale si trasforma radicalmente. Da spazio prevalentemente assistenziale e caritativo diventa luogo di osservazione clinica, di insegnamento, di sperimentazione e di organizzazione razionale dei malati. Il paziente entra in un sistema regolato da tempi, ruoli, percorsi, reparti, protocolli. Il luogo della cura si fa istituzione.

Nel quadro foucaultiano, l'ospedale moderno può essere pensato come una eterotopia, cioè come uno "spazio altro", regolato da logiche specifiche e separato dall'ordine ordinario della vita (Foucault 2000). Al suo interno il corpo del malato viene reso visibile, comparabile, registrabile. Il letto diventa unità clinica; il reparto, dispositivo di classificazione; l'edificio, macchina di osservazione.

La medicina clinica nasce in questo intreccio tra spazio, sguardo e sapere. Il luogo non è solo dove si cura: è ciò che rende possibile una certa forma di verità sul malato. L'architettura ospedaliera, la disposizione dei corpi, la serialità delle osservazioni e la comparazione dei casi producono conoscenza. Come scrive Foucault in *Nascita della clinica*, questa non è una semplice raccolta di esperienze, ma una nuova disposizione dello sguardo e del linguaggio (Foucault 2000).

5. La rivoluzione microbiologica e la centralità del corpo biologico

Con lo sviluppo della batteriologia, dell'anatomia patologica, della fisiologia sperimentale e della chirurgia moderna, il focus della medicina si sposta progressivamente dall'ambiente al corpo. La

malattia viene localizzata in organi, tessuti, lesioni, agenti patogeni specifici. L'ospedale diventa laboratorio, sala operatoria, centro diagnostico.

Questo passaggio produce straordinari risultati in termini di efficacia terapeutica, ma tende anche a restringere il concetto di luogo. Se la patologia è dentro il corpo, il contesto esterno può apparire secondario. Si afferma così il paradigma biomedico, nel quale il paziente rischia di essere ridotto a organismo, mentre la dimensione sociale e relazionale della malattia passa in secondo piano.

Le critiche novecentesche a questo paradigma hanno insistito proprio su tale riduzionismo. Ivan Illich (1977), ad esempio, ha denunciato l'espansione della medicalizzazione e il rischio che la medicina istituzionale sottragga agli individui e alle comunità la capacità di dare senso autonomo alla propria sofferenza. Pur nelle sue formulazioni più radicali, questa critica richiama l'attenzione sul fatto che il luogo della cura non è mai puramente tecnico.

6. Territorio, medicina sociale, il ritorno della casa: assistenza domiciliare e continuità di cura

Nel Novecento, soprattutto con lo sviluppo dell'epidemiologia, della medicina del lavoro, della psichiatria territoriale e delle politiche di *welfare*, il luogo riacquista importanza in una forma nuova. Non si parla più soltanto di aria, acque e clima, ma di condizioni di vita, abitazione, lavoro, reddito, istruzione, accesso ai servizi, disuguaglianze, reti sociali.

La salute viene sempre più compresa come prodotto di determinanti sociali e il territorio non è più semplice contenitore dell'offerta sanitaria, ma fattore attivo nella genesi o nella preven-

zione della malattia. Le periferie urbane, l'inquinamento, la deprivazione, l'isolamento, la precarietà diventano variabili essenziali per comprendere i profili epidemiologici delle popolazioni (Illich 1977).

Questa visione, recepita anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, segna il ritorno del luogo in un senso strutturale: non come sede esclusiva della prestazione, ma come matrice delle opportunità di salute. La sanità, in questo quadro, non può esaurirsi nell'ospedale, ma deve articolarsi in servizi territoriali, prevenzione, prossimità, integrazione sociosanitaria.

È così che nella seconda metà del Novecento e ancor più nel XXI secolo, la casa torna a essere un luogo rilevante della cura, ma in forme profondamente mutate rispetto all'antichità. Non si tratta più soltanto del luogo spontaneo dell'assistenza familiare; la casa diventa uno spazio clinicamente attrezzato, raggiunto da professionisti, dispositivi, monitoraggi, farmaci, tecnologie.

L'assistenza domiciliare integrata, le cure palliative, la gestione delle cronicità e dei pazienti fragili riportano la medicina nel contesto di vita del soggetto. Questo ritorno della casa rappresenta una correzione parziale alla lunga egemonia ospedalocentrica. La cura cerca di riconnettersi all'ambiente quotidiano della persona, evitando ricoveri non necessari e valorizzando la continuità della relazione.

Tuttavia la domiciliarità contemporanea non coincide con quella tradizionale. Essa è mediata da sistemi organizzativi, protocolli, cartelle informatizzate, reti multiprofessionali. È una casa medicalizzata solo in parte, ma certamente trasformata dall'ingresso della sanità. Il luogo domestico diventa interfaccia tra vita privata e sistema sanitario.

7. Spazio pubblico, spazio mediatico, spazio formativo, spazio virtuale

La contemporaneità ha ulteriormente ampliato il concetto di luogo in sanità. Oltre all'ospedale, al territorio e alla casa, esistono oggi spazi pubblici nei quali la salute viene discussa, negoziata e costruita socialmente: scuole, luoghi di lavoro, associazioni, comunità, istituzioni locali, campagne di prevenzione, consultazioni pubbliche.

A ciò si aggiunge lo spazio mediatico, nel quale la medicina viene raccontata, semplificata, spettacolarizzata o contestata. Televisione, giornali, podcast, blog, piattaforme social e ambienti digitali sono divenuti luoghi nei quali si formano opinioni, paure, aspettative e comportamenti sanitari. In tali spazi il medico può assumere il ruolo di divulgatore, esperto, *influencer*, interprete del rischio, ma può anche trovarsi esposto a semplificazioni, polarizzazioni e conflitti.

La pandemia da Covid-19 ha mostrato con evidenza che il luogo della salute non coincide più con il solo luogo della prestazione. L'adesione vaccinale, l'uso delle misure di prevenzione, la fiducia nelle istituzioni, la diffusione di notizie false o contraddittorie dipendono in larga misura da ciò che accade nello spazio pubblico e mediatico. Anche qui si produce salute o malattia.

Secondo la definizione dell'UEMS, l'atto medico non si esaurisce nell'intervento diagnostico-terapeutico, ma comprende anche attività di formazione, informazione e comunicazione. In questa prospettiva, le aule universitarie, i congressi scientifici, i seminari, i corsi di aggiornamento e gli spazi di insegnamento diventano luoghi nei quali si compiono atti medici.

In tali contesti il medico non cura direttamente il paziente, ma contribuisce alla qualità della cura attraverso la trasmissione

del sapere, la discussione delle evidenze e la costruzione di competenze professionali. La formazione diventa parte integrante della responsabilità medica e assume una dimensione etica oltre che tecnica.

Questa dimensione formativa riguarda anche i cittadini. L'educazione sanitaria, la divulgazione scientifica, la comunicazione del rischio e l'informazione pubblica costituiscono oggi veri e propri atti medici, in quanto influenzano comportamenti, predispongono alla prevenzione e all'adesione terapeutica. Il medico diventa così anche educatore e mediatore del sapere scientifico.

Con la digitalizzazione dei servizi sanitari il luogo della cura si fa sempre più reticolare e dematerializzato. Teleconsulti, televisite, telemonitoraggio, referti *online*, fascicoli sanitari elettronici, piattaforme regionali e applicazioni mobili permettono l'erogazione di prestazioni senza co-presenza fisica tra medico e paziente.

La telemedicina modifica radicalmente la geografia della cura. Il paziente non deve sempre spostarsi verso il luogo medico, ma è il luogo medico che, in una qualche misura, raggiunge il paziente. Si crea così una nuova spazialità sanitaria, fatta di connessioni, dati, interfacce, flussi informativi. Lo spazio fisico non scompare, ma viene affiancato da uno spazio digitale continuo, accessibile e potenzialmente ubiquo.

Questa trasformazione apre opportunità importanti: maggiore accessibilità, continuità assistenziale, riduzione delle distanze, supporto alle aree periferiche, monitoraggio delle patologie croniche. Ma produce anche rischi: disuguaglianze digitali, perdita di prossimità, eccesso di mediazione tecnologica, problemi di *privacy*, sovraccarico informativo. Il luogo digitale della cura è quindi uno spazio ambivalente.

8. Corpo digitale, infosfera e “Digital Twin”

Nel passaggio alla sanità digitale emerge un ulteriore livello del concetto di luogo: quello del corpo digitale. Il paziente contemporaneo non è più soltanto presenza biologica o esperienza vissuta, è anche insieme di dati, immagini, tracciati, profili di rischio, parametri biometrici, rappresentazioni computazionali. La medicina opera sempre più su questa dimensione informazionale.

Luciano Floridi (2017) ha descritto la condizione contemporanea come ingresso nell'infosfera, un ambiente nel quale realtà *online* e *offline* si intrecciano stabilmente nella forma dell'*onlife*. Applicata alla sanità, tale prospettiva consente di comprendere come il luogo della cura non sia più definibile solo in termini geografici, esso diventa anche ambiente di dati, di interoperabilità, di archiviazione e di simulazione.

In questo quadro è utile richiamare il principio di Korzybski (1994) secondo cui “la mappa non è il territorio”, e il corpo digitale è una mappa sofisticata del paziente, ma non coincide mai con la persona reale. La medicina contemporanea è chiamata allora a mantenere insieme tre livelli: il corpo biologico, il corpo vissuto e il corpo digitale (Floridi 2025). Trascurarne uno significa impoverire la cura.

Le tecnologie più avanzate spingono questo processo verso forme ancora più complesse. Il *Digital Twin*, o gemello digitale, consiste in una rappresentazione dinamica del paziente o di parti del suo organismo, aggiornata attraverso dati clinici e capace di supportare simulazioni. In prospettiva, esso permette di modellare l'evoluzione di malattie, prevedere risposte terapeutiche, personalizzare trattamenti, addestrare professionisti. Inserito in ambienti virtuali tridimensionali, il *Digital Twin* contribuisce alla nascita di uno spazio clinico immersivo. Nel cosiddetto meta-verso sanitario medici, studenti, pazienti e ricercatori possono

interagire in ambienti condivisi, manipolare modelli, simulare interventi, discutere strategie terapeutiche.

Il luogo della cura diventa allora non solo digitale, ma anche immersivo, interattivo e collaborativo. Questa prospettiva ridefinisce profondamente la nozione stessa di presenza. Si può essere clinicamente presenti senza condividere lo stesso spazio fisico; si può osservare un modello corporeo senza avere il corpo davanti; si può cooperare a distanza in tempo reale su un caso. Tuttavia, quanto più la medicina si sposta verso modelli simulativi, tanto più diventa necessario ribadire che il paziente reale non si esaurisce nella sua rappresentazione.

Le trasformazioni recenti consentono anche di leggere alcuni spazi sanitari attraverso la categoria dei “non-luoghi” proposta da Marc Augé (1996): sale d’attesa anonime, corridoi standardizzati, piattaforme automatizzate, call center, procedure digitali spersonalizzate possono produrre esperienze di transito e impersonale anonimato. In questi contesti il paziente rischia di sentirsi non ospitato ma semplicemente processato.

La sfida contemporanea consiste allora nel coniugare efficienza e riconoscimento, standardizzazione e umanizzazione. Non basta moltiplicare i punti di accesso alla sanità, occorre anche interrogarsi sulla qualità antropologica dei luoghi prodotti dal sistema. Un luogo sanitario che non genera orientamento, fiducia e relazione può essere funzionale sul piano organizzativo ma deficitario sul piano della cura.

Conclusioni

L’evoluzione storica del concetto di luogo in sanità mostra dunque una progressiva espansione. Dal luogo domestico al luogo sa-

cro, dal luogo assistenziale al luogo clinico, dal luogo disciplinare al luogo territoriale, dal luogo pubblico al luogo digitale, la cura si è continuamente ridefinita insieme ai propri spazi.

Oggi non è più possibile pensare la sanità a partire da un unico luogo dominante. L'ospedale resta centrale per l'alta complessità, ma non esaurisce il sistema. La casa, il territorio, il consultorio, l'ambulatorio, la farmacia dei servizi, la piattaforma digitale, la comunità, lo spazio mediatico e gli ambienti virtuali partecipano tutti, in forme diverse, alla costruzione della salute.

Ne deriva un concetto plurale e stratificato di luogo: biologico, vissuto, sociale, istituzionale, informativo, simbolico. La medicina del futuro non potrà limitarsi a trasferire tecnologie da un ambiente all'altro; dovrà invece comprendere come ciascun luogo modifichi la relazione di cura, la percezione della malattia, l'accesso ai servizi, la distribuzione delle responsabilità e il significato stesso dell'essere "paziente".

La storia del luogo in sanità non è una semplice successione di spazi, è la storia del modo in cui le società hanno pensato il corpo, la fragilità, la solidarietà, il sapere e il potere: la casa antica, il tempio, l'ospizio, l'ospedale, il territorio, la rete digitale e il metaverso non sono soltanto ambienti diversi, sono modi diversi di concepire la cura.

Se la medicina contemporanea tende a rendere il luogo sempre più "fluidico", connesso e dematerializzato, resta però invariata una questione fondamentale: la cura ha sempre bisogno di uno spazio di riconoscimento, di una forma di presenza, di una relazione capace di dare senso all'esperienza della malattia. Anche nell'epoca dell'intelligenza artificiale e dei gemelli digitali, il luogo della sanità non potrà essere pensato esclusivamente come infrastruttura tecnica, ma dovrà restare uno spazio umano, etico e politico.

Il futuro della sanità si gioca probabilmente proprio su questa capacità di tenere insieme i diversi livelli del luogo: la materialità del corpo, la soggettività dell'esperienza, la complessità del sociale e la potenza dell'informazione (Spinsanti 2026). Solo un sistema capace di integrare queste dimensioni potrà evitare sia la nostalgia per un passato idealizzato sia l'illusione che la tecnologia possa sostituire integralmente la prossimità della cura.

Riferimenti bibliografici

- Augé M. (1996), *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano.
- Cosmacini G. (1997), *L'arte lunga. Storia della medicina dalla antichità ad oggi*, Laterza, Bari-Roma.
- Floridi L. (2017), *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Floridi L. (2025), *La differenza fondamentale*, Mondadori, Milano.
- Foucault M. (1996), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- Foucault M. (2000), *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*, Mimesis, Milano.
- Illich I. (1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano.
- Ippocrate (1965), *Arie, acque e luoghi*, trad. it. a cura di M. Vegetti, UTET, Torino.
- Korzybski A. (1994), *Science and Sanity*, Institute of General Semantics, Englewood, NJ.
- Spinsanti S. (2026), *Un'altra pratica della cura*, Il Pensiero Scientifico, Roma.