

Medicina e Architettura

Original

Medicina e Architettura / Durbiano, Giovanni. - ELETTRONICO. - (2014).

Availability:

This version is available at: 11583/2791412 since: 2020-02-19T18:04:27Z

Publisher:

TorinoMedica

Published

DOI:

Terms of use:

openAccess

This article is made available under terms and conditions as specified in the corresponding bibliographic description in the repository

Publisher copyright

(Article begins on next page)



* Sulla relazione tra architettura e medicina di cui molto si dibatte in questi ultimi mesi, Raffaella Scarpa, Gruppo di ricerca Remedia – lingua medicina malattia – intervista Giovanni Durbiano, Professore ordinario di Progettazione Architettonica e Urbana presso il Politecnico di Torino. [vedi](#); [vedi](#); [vedi](#)

Professore, mai come in questi ultimi tempi si assiste a una ridefinizione del rapporto tra architettura e medicina; in particolare si chiede all'architettura di ripensare la progettazione dei luoghi di cura in funzione di supporto rispetto al procedimento terapeutico, tenendo conto della specificità delle patologie e delle esigenze di pazienti e operatori ([vedi](#)). Cosa pensa di questo approccio integrato al 'sistema di cura'?

La funzione 'supportiva' di un ambiente, o di un luogo, ben progettato è ancora tutta da dimostrare. Ci sono dei dati empirici: si vive meglio in una casa ben progettata, come ci si può curare meglio in un ospedale ben studiato. Ma da qui a definire un gradiente prestazionale del progetto su una vita, o su un procedimento terapeutico, ne passa. Purtroppo questo non è un problema della medicina, ma specificatamente dell'architettura, che giocando ambiguamente la propria legittimità sul doppio versante di arte e di tecnica, ha sempre difficoltà a mostrare la propria utilità, la propria necessità sociale. Quindi mi è difficile rispondere, e consiglio di diffidare da chi su questa quantificazione 'supportiva' dell'architettura ha costruito una propria legittimità tutta tecnica: il progettista "esperto in Ospedali". Ma d'altronde consiglio di diffidare anche dal modello opposto: quello del progettista artista, che – come nel Fuffas di Crozza – antepone la propria visione del mondo ai concreti bisogni sociali. La funzione 'supportiva' del progetto rispetto al procedimento terapeutico va insomma riconosciuta nelle cose individuate, nei casi specifici, in relazione ad un quadro di esigenze e di attese sempre contestuale ([vedi](#)). Esattamente come succede per la scienza medica al cospetto di un malato.

Nel suo ultimo libro, "Eliche dell'intenzione. Ideologia e linguaggi nell'architettura italiana" ([vedi](#)), parla di "metodo clinico". Ci spiega?

A parlare per primo di "metodo clinico" in architettura è stato Roberto Gabetti (1925- 2000) ([vedi](#)) quando, nel 1984, ponendosi l'obiettivo di indagare il 'debole' statuto scientifico della progettazione architettonica, utilizzò gli studi sulle strategie conoscitive di Gilles Gaston Granger ([vedi](#)) per definire una possibile relazione funzionale tra generale e individuale. Gabetti pone quindi una similitudine tra l'articolazione multidisciplinare del progetto di architettura e il consulto medico: il momento in cui un insieme di figure dotate di saperi tecnici di valenza generale rivolgono le suddette competenze verso il caso individuale: quello

del malato (se medici) o di un luogo (se architetti). È questa una formula che rende nell'uso corrente un problema epistemologico più ampio che riguarda il rapporto tra competenza scientifica e strategia operativa, comune alle scienze mediche come a quelle del progetto. Nella cultura architettonica degli ultimi quarant'anni – in parallelo con la crescente erosione della forma naturale del territorio italiano – l'associazione tra “malato” e “luogo” si è sempre più affermata. Alla base di questa immagine vi è una posizione intellettuale precisa: quella del cosiddetto “architetto heideggeriano” (vedi): il progettista che si prende cura dei luoghi. Un modello che, quando scriveva Gabetti, cominciava a soppiantare quello del cosiddetto “architetto moderno”, che nei luoghi costruiva il futuro (o quello che lui riteneva essere il futuro) senza attenzione alla stratificazione delle pre-esistenze e all'individualità irriducibile del luogo. Oggi non c'è progettista che non sostenga di applicare tale metodo clinico; e che non sostenga di prendersi cura dei luoghi. Ma in che cosa consista questo prendersi cura non è dato saperlo, e tanto basta. Nel libro che lei ha citato, provo ad approfondire.

Il 12 gennaio di quest'anno Salvatore Settis (vedi) sul “Sole 24Ore” ispirandosi al “Giuramento di Ippocrate” propone per gli architetti il “Giuramento di Vitruvio” (vedi): come i medici anche gli architetti dovrebbero legare con maggior vigore etica e conoscenza. Se rimandiamo ai concetti espressi nel giuramento, cosa pensa di questa rinnovata attenzione alla deontologia professionale?

Ho letto con grande interesse i libri di Settis sul concetto di classico, che smontano un concetto tipologizzato di valore, con buon profitto anche per gli studi sull'architettura; ma quando un intellettuale smette i panni del chierico e si erge a far la morale, a dire cioè quali valori dovrebbero guidare i comportamenti altrui, mi appassionano meno. Settis in questo caso svolge un ruolo di moralista: di chi indica il “dover essere” della società, o di sue parti. Niente di male, ma gli architetti, come i medici, non rispondono alla sola morale. Pizzicati come sono – da buoni cristiani – tra scienza e politica, devono negoziare il loro mandato su tanti di quei piani che l'eco dei richiami di Settis rischia facilmente di risuonare a vuoto. La questione dell'etica non la si risolve con un appello (a Ippocrate o a Vitruvio, che – tra l'altro – a me come architetto non interessa nemmeno tanto) ma con una riflessione che coinvolga la natura dei modelli di conoscenza che sono stati proposti, nelle scuole come nelle pratiche professionali, almeno negli ultimi cinquant'anni. Che poi è un po' quello che provo a fare nel libro che ha citato. E poi – mi scusi – è proprio da Ippocrate che apprendiamo che la malattia dipende da circostanze umane e non da superiori interventi divini. Lavoriamo dunque sulle condizioni umane e materiali delle trasformazioni urbane, che sono fatte di oggetti fisici e sociali, e lasciamo gli appelli al dover essere a chi storicamente se n'è sempre occupato.

Nel testo del ‘Giuramento’ proposto da Settis leggiamo che “Un architetto deve avere cultura letteraria, essere esperto nel disegno, preparato in geometria e ricco di cognizioni storiche (vedi); deve avere nozioni di filosofia e di musica, saper qualcosa di medicina e di diritto, ma anche di astronomia e astrologia”, in particolare le nozioni mediche sarebbero indispensabili per progettare ambienti che favoriscano la salute. Pensa sia importante in questo senso stabilire un nesso concreto tra architettura e medicina?

Settis si riferisce – voglio sperare consapevolmente – alla notissima “valigia dell’architetto” richiamata da un nonno dell’architettura italiana: Gustavo Giovannoni (vedi), che negli anni Trenta descrive i differenti saperi che devono necessariamente essere contenuti appunto nella valigia di un architetto consapevole. Fin qui tutti d’accordo (a parte l’astrologia, che forse non metterei): l’architetto deve saper di tante cose. Magari male, ma deve sapere di tante cose. Il problema inizia quando queste tante cose bisogna metterle in sequenza, costruire gerarchie di valori. Mi pare che sia un problema molto simile a quello che ha il medico quando deve ordinare una sequenza di sintomi – spesso in condizioni variabili – componendoli in un quadro clinico sufficientemente descrivibile (e narrabile) per poter assumere la decisione opportuna. In questo senso, la testa dell’architetto è effettivamente molto simile a quella del medico.

Lei insegna Composizione Architettonica e Urbana e fa l’architetto; le sue principali esperienze di lavoro sono legate ai temi del progetto urbano e della riqualificazione storico-ambientale. Nella ricerca scientifica e nella pratica professionale in che termini tiene conto del ‘problema-salute’?

Non ho idea di quanto possa interessare ad un medico, seppur riflessivo, l’esperienza di un architetto – e nello specifico di un architetto progettista come io sono – ma sono certo che l’esperienza del medico interessi all’architetto. Preparandomi per l’intervista ho indagato nel mio piccolo su quanto architettura e medicina potevano avere in comune, e sono emerse questioni interessantissime. Alcune dipendono dal fatto che operiamo in campi del sapere entrambi piuttosto antichi, legati alle necessità primigenie dell’uomo, come il curarsi e il proteggersi: l’eccesso di specializzazione, il predominio del sapere settoriale, la burocratizzazione protocollare sono disagi senili che i due saperi condividono, e su cui si potrebbero costruire utili confronti, o per lo meno utili interrogativi. Quando e quanto, ad esempio in un percorso formativo (del medico come dell’architetto), le humanities possono aiutare la professione a restituire quella responsabilità al soggetto che la progressiva specializzazione dei saperi ha sottratto? Come costruire dei modelli di relazione tra i differenti saperi settoriali finalizzati alla redazione di quadri clinici (di persone e luoghi) più pertinenti? Come costruire una classificazione ontologica delle proprietà funzionali della conoscenza medica e dell’architettura che trasformi la rigidità burocratica in effettualità? Sono tutte questioni che riguardano da vicino i saperi di natura indiziaria, come la medicina e l’architettura; a mio parere bisognerebbe aprire finalmente il discorso iniziando da qui.

***Sezione del Gruppo di Ricerca Remedia – Lingua-Medicina-Malattia (Presidente Raffaella Scarpa-Università degli Studi di Torino)
con supervisione e cura di Rosa Revellino (OMCeO Torino)**