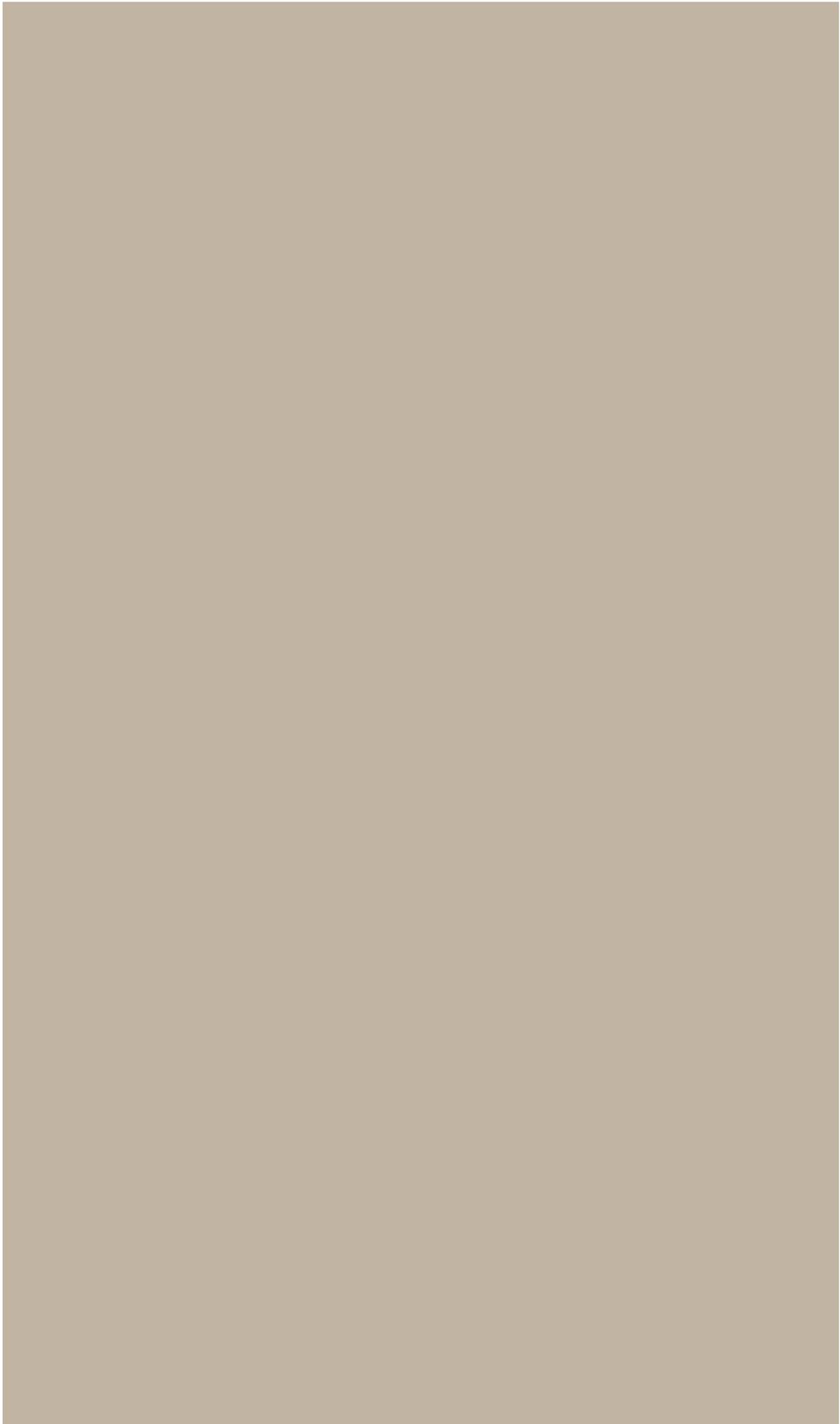




PRIMA PARTE

Firenze e l'assistenza





Nella pagina precedente:
Pianta di Firenze di Pietro
del Massaio del sec. XV



A. Orcagna (ca.1320-1368):
affresco raffigurante
il trionfo della morte,
Santa Croce, Firenze

Firenze e l'assistenza

La storia dell'assistenza a Firenze, nei secoli che vanno dall'Alto Medioevo all'età moderna, rappresenta una situazione di estremo interesse e riflette quelle che sono state le concezioni della malattia e, nello stesso tempo, le scelte politiche e di governo di Firenze stessa; seguire questo percorso significa anche proporre una lettura diversa della storia della città, della sua cultura, della sua vita sociale ed economica.

Nel quadro della storia della assistenza, nei primi secoli del Medioevo è generalmente difficile scindere l'intento umanitario da quello più specificatamente terapeutico: la demarcazione tra povertà e malattia, infatti, viene ad essere annullata da quelle problematiche sociali che si concretizzano nelle carestie, nelle grandi crisi di decremento demografico e nelle condizioni ambientali.

La medicina medievale, infatti, non ha ancora gli strumenti per operare una netta distinzione tra il povero e il malato, che sono ambedue destinatari di una assistenza indifferenziata all'interno dei primi hospitali: l'hospitale medievale raccoglieva, infatti, tutte quelle funzioni che oggi sono attribuite a strutture diverse, accogliendo indistintamente poveri e malati, bisognosi, emarginati di ogni specie, senza una connotazione specifica: *Xenodochia, nosocomia, brephotrophia, ptocotrophia et alia aedificia quae volgo hospitali appellantur*¹.





Se la malattia è espressione della volontà divina, la salute dell'anima e quella del corpo possono essere cercate solo nei luoghi deputati per eccellenza al compimento di questo processo di redenzione: malati poveri e poveri malati si dirigono allora lungo le vie che portano ai santuari, determinando conseguentemente la collocazione delle fondazioni ospedaliere lungo le principali direttrici viarie, che conducevano verso i santuari maggiori.

L'etica propria del Medioevo cristiano contribuisce così a creare una rete di *domus* denominate in modo vario, dette inizialmente *pia loca* e poi *hospitalia*: nate sulla base di un modello consolidato, si diffondono fra VI e IX secolo, sino al periodo franco, quando si afferma proprio l'uso del termine *hospitalis*; in questa fitta rete di istituzioni, veniva a concretizzarsi una realtà assistenziale ben più vasta di quella che si affermò successivamente, ma in esse, pur non mancando anche il momento terapeutico, era assente l'apporto specifico della professionalità del medico.

Erano luoghi di accoglienza, non solo destinati ai malati, ma agli inabili, anziani, orfani, esposti, poveri e pellegrini: le comunità religiose si prendono cura degli ospedali, assumendone la gestione, creando i presupposti per quelle che, in seguito, saranno le grandi confraternite assistenziali.

Il concetto di accoglienza è ancora decisamente primario: non a caso il termine *hospitalis* deriva, infatti, dal latino *hospes*, la camera destinata agli ospiti, e da questa radice derivano, in italiano, tre lemmi diversi: ospedale, ospizio, hotel.

L'*hospitalis* medievale raccoglieva tutte queste funzioni, destinate ad un'utenza estremamente diversificata: la prima distinzione tra il povero e il malato si compie, invece, nell'ambito del monastero, all'interno del *claustrum infirmorum*.

L'infermeria del monastero, nata esclusivamente per i monaci, al fine di accogliere chi di loro fosse temporaneamente malato e quindi incapace di osservare la Regola, è il luogo dove è permesso provvisoriamente derogare alla osservanza di quest'ultima, che viene ad essere contrapposta e complementare al *claustrum fratrum*.

Nel *claustrum infirmorum*, si realizza la distinzione tra "sano" e "malato", che era sconosciuta agli *hospitali*, data l'impossibilità di osservanza della Regola da parte del monaco infermo, e questa distinzione si realizza anche nel lebbrosario, dove il malato è isolato, rispetto al resto della società civile: sia nel caso dell'infermeria monastica, sia in quello del lebbrosario, emerge, allora, una prima definizione



Stemma dell'Ospizio
di Gesù Pellegrino

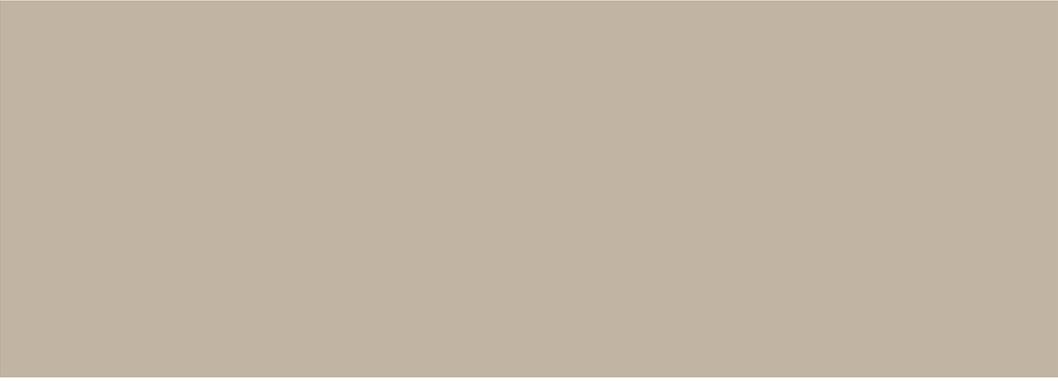


di "malato", diverso dal "sano" e non necessariamente coincidente col "povero". I monaci si sono assunti per primi il compito di assistere anche i bisognosi che, estranei al mondo del monastero, avessero chiesto il loro aiuto: se nel *claustrum infirmorum* e nel lebbrosario, in qualche modo, il nesso povertà-malattia non esiste, è superato alla luce delle esigenze religiose o profilattiche, nell'*hospitale* questo nesso non è ancora sciolto.

Il pellegrino che si ammala o il malato in pellegrinaggio sono accomunati, quindi, oltre che dall'assistenza indifferenziata di cui sono oggetto, dalla finalità a cui questa assistenza è diretta, a rimettere questo *viator* in cammino, affinché riesca a compiersi quel processo che vede nel santuario il *climax* di questo percorso spirituale.

Dal mondo feudale all'età dei Comuni, l'accoglienza ospedaliera si venne così strutturando in forme prevalentemente libere, organizzate sulla base di una modalità religiosa di prestazione dei servizi che, dalla regola benedettina e agostiniana adattata alle esigenze assistenziali, si articolava in numerose comunità.

In questa prospettiva, parallela alla modificazione della visione di *Cristo Pantocrator*, che viene ad essere sostituita da quella di un Cristo sofferente, si collocano numerose figure deputate all'assistenza: se tra "povero" e "infermo" viene progressivamente a realizzarsi uno scambio reciproco di significati, per cui ambedue possono assumere la funzione di attributo o di sostantivo (il povero malato-il malato povero), configurandosi sempre, comunque, come la persona con cui intrattenere un rapporto di "sim-patia", i religiosi o laici che si facevano protagonisti di questo rapporto erano i "servi degli infermi", indicati variamente come *famuli-famulae*, *conversi-conversae*, *fratres-sorores*.



Il servizio degli infermi, infatti, non faceva differenza tra la cura dell'anima e quella del corpo, annullando la distinzione tra "salute" e "salvezza", in quanto una stessa condizione umana consentiva al malato di tendere ad ambedue, strettamente legate ed interdipendenti.

Il personale di assistenza, quindi, doveva farsi carico di tutti e due gli aspetti, seguendo delle norme codificate dettagliatamente, che indicavano mansioni, funzioni, servizi.

Parallelamente al progressivo secolarizzarsi della vita civile e, di conseguenza, dell'assistenza, si compie un'ulteriore trasformazione del *servus infirmorum* in *infirmarius*: a partire dai secoli XII e XIII, infatti, l'ospedale si propone come istituzione terapeutica: anche se la sua fondazione risponde ancora prevalentemente ad un intento religioso, non è necessariamente sviluppo di un ente preesistente e diventa lo sfondo in cui viene assistito il "malato che è anche povero".

Se inizialmente i due concetti tendevano a sovrapporsi e ad individuare un'unica realtà, ora l'ospedale è destinato a coloro che sono affetti da una qualche patologia, ma che non possono curarsi, perché economicamente impossibilitati a farlo.

Ne deriva, di conseguenza, che gli ospedali nascono finalizzati all'assistenza delle classi meno abbienti, strettamente legati alla nuova realtà urbana che si sta diffondendo in Italia, ritagliando uno spazio sempre più consistente negli interventi del potere costituito: anche questi istituti saranno retti da congregazioni religiose, ma esigenze di politica sanitaria, sociale e di ordine pubblico faranno sì che si venga a creare una sorta di collaborazione tra coloro che si occupano dell'anima e coloro che si prendono cura del corpo, parallelamente al primo apparire del medico nello staff dell'istituto, quasi con la funzione di intermediario tra la città e l'istituzione stessa e con il compito di organizzare il personale infermieristico e di servizio.

Nella realtà delle diverse città italiane, questo processo appare evidente nella sua interezza: a Firenze, le più antiche istituzioni ospedaliere risalgono all'XI secolo e risultano sempre collegate ad enti ecclesiastici di cui sono espressione diretta, come l'Ospedale di San Giovanni Battista, situato probabilmente tra la Cattedrale di Santa Reparata ed il Battistero e fondato intorno al 1000, l'Ospedale della Badia fiorentina, fondato dall'abate Pietro nel 1031 e quello di San Paolo in Pinti, vicino alla chiesa di San Pier Maggiore, di pertinenza dei monaci vallombrosani di San Paolo in Razuolo.

Distrutto dalla grande piena dell'Arno del 1333, l'Ospedale di San Miniato, di là dal Ponte Vecchio, era documentato sin dalla seconda metà dell'XI secolo: di poco successivo, quello annesso alla Basilica di San Lorenzo.

Nella Firenze tardo-medioevale, che già sta diventando un centro economico internazionale, questi centri ospedalieri riescono a fronteggiare le necessità della città, ancora compresa entro le mura matildine, e dei viandanti e dei pellegrini, ma la rapida crescita della comunità fiorentina nei due secoli successivi, grazie a quello sviluppo delle attività commerciali che ben presto si dirigeranno anche verso l'estero, determinò il sorgere di nuove esigenze.

Nel XII secolo, compaiono istituzioni ospedaliere a ovest e a sud della città, nuovamente lungo la linea delle mura, anche se ampliate, della prima cerchia comunale.

Gli ospedali hanno un'origine più propriamente laica e si rivolgono ad un'utenza più vasta, di tipo urbano: l'Ospedale di San Gallo, fuori le mura, si trovava proprio nel punto in cui si dipartivano le strade per Bologna e la Romagna, fuori Porta San Lorenzo.

Ai primi del 1200, la zona ovest della città ospita almeno quattro o cinque ospedali, tutti situati all'esterno di Porta San Paolo, uno sorretto dall'opera dei terziari francescani, uno promosso dalla predicazione di Pietro da Verona.

Se ai Benedettini, infatti, si deve la maggior parte delle istituzioni assistenziali, gli Ordini successivi, Francescani e Domenicani, contribuirono notevolmente a radicare più profondamente la fede, verificandone le potenzialità nell'esercizio della carità cristiana.

Fu proprio grazie a questi ordini mendicanti che a Firenze nacquero le Confraternite e le associazioni pie, nelle quali era visto un importante strumento per combattere gli eretici e per dare al laicato ortodosso una formazione religiosa più solida.

Le confraternite ebbero a Firenze i loro Santi patroni nella Vergine ed in San Pietro martire, fondatore, quest'ultimo, della Confraternita della Misericordia nel 1244².

Anche la Chiesa cambia il suo atteggiamento nei confronti delle pratiche di carità, istituendo, tra XII e XIII secolo, gli Ordini Ospitalieri ed imponendo una Regola alle comunità di religiosi che operano in ospedali e lebbrosari, regola che consente, spesso, e favorisce la *vagatio* dei membri da una casa all'altra dell'ordine.



Cambia decisamente, a questo punto, anche il tipo di assistenza, che esce definitivamente dall'ambito del monastero, in quanto i monasteri sono ora collocati ai margini delle città, per lasciare il posto agli interventi di laici, che si espletano attraverso le confraternite, chiara espressione dell'intervento sociale del laicato legato alla Chiesa, acquistando un peso determinante nella città.

Tra 1000 e 1230, gli ospedali fiorentini non hanno una tipologia edilizia precisa: nascono per accorpamenti di case, ma rimane forte il legame con la città: diventano, in molti casi, il filtro sociale che la città pone ai poveri per evitare il centro urbano: solo il lebbrosario di Sant'Eusebio è fuori Porta al Prato.

Abbiamo detto come, a partire dal XII-XIII secolo la connotazione terapeutica si specializza all'interno dell'ospedale, tanto da registrare una diversificazione dell'assistenza: l'ospizio si occuperà ancora dei poveri, in quanto l'amore per il prossimo spinge verso la carità, mentre l'ospedale destinerà al malato una forma di assistenza più specifica.

Nell'ospedale si compie una sorta di doppia determinazione e diventa il luogo dove il malato, che è anche povero, viene assistito e curato e diventa oggetto di una selezione preliminare, anticipata nel momento in cui si specifica che una fondazione è destinata ad una categoria ben precisa di persone, quali i malati poveri, gli incurabili, i cronici, i cutanei.

Tra 1230 e 1348, anno della grande epidemia di peste, vennero create a Firenze altre istituzioni ospedaliere, tra cui il grande nosocomio di Santa Maria Nuova, attivo ancora oggi nella sua finalità sanitaria: voluto da Folco di Ricovero Portinari, padre della Beatrice dantesca, l'ospedale era inizialmente costituito da alcune case, a cui venne ben presto aggiunto il braccio degli uomini. I documenti attestano chiaramente che risale al 1330 l'uso esclusivo della struttura per i malati.

Se l'ospedale si differenzia in questo modo dall'asilo di mendicizia, fu, in realtà, la grande epidemia di peste nera del 1348 a risvegliare nei governanti l'esigenza di provvedimenti atti a circoscrivere, se non a prevenire, le malattie epidemiche.

La conoscenza delle loro cause e dei modi di trasmissione era ancora imprecisa, anche se la medicina araba aveva chiaramente distinto i quadri clinici della lebbra, della peste, del carbonchio, del vaiolo, della scabbia, del morbillo, ma essa fu approfondita nei secoli successivi, col prevalere dell'idea che queste malattie aves-

sero origine non nei malefici o nella volontà divina, ma nell'ordine naturale.

L'esercizio della pietà si indirizza ora verso categorie precise di individui e di malati: le nuove fondazioni rispondono ai nuovi criteri di finalizzazione, ma il piano urbano riflette l'antica tendenza di collocare tali istituti in punti chiave della città o lungo le vie di accesso (edifici con carattere marcatamente sanitario) o nel cuore del centro urbano (edifici a carattere più spiccatamente sociale); anch'essi tendono a situarsi nei nuovi borghi, in quelle zone, cioè, di recente costruzione, lungo le vie di penetrazione nel territorio periferico.

Risale a questo periodo la fondazione di altri centri importanti, tra cui l'Ospedale di San Matteo, ad opera di Lemmo Balducci, di quello di Bonifazio, ad opera del marchese Bonifacio Lupi di Soragna: se è vero che la fondazione di molte di queste istituzioni va fatta risalire a personalità di grande spicco, è altrettanto significativo che la loro sopravvivenza sia stata dovuta alla generosità ed all'impegno dei cittadini che, attraverso l'organismo corporativo professionale o a livello individuale, hanno permesso la continuità della loro funzione.

L'attività delle confraternite, inizialmente rivolta ai soli confratelli, venne progressivamente ampliandosi ed a questa evoluzione contribuirono anche le Corporazioni delle Arti e dei Mestieri le quali avevano, sin dalla loro origine, interessi legati alle professioni ed agli affari di Stato.

A questo diffuso esercizio della carità si deve, in Firenze, la nascita di tante altre istituzioni ospedaliere, ma se nella presenza della Chiesa è da vedersi la chiave interpretativa del carattere di queste strutture che possono realmente essere considerate espressione e simbolo della città stessa e ad essa intimamente legate, va sottolineato il crescente impegno delle Arti nella edificazione, ma, soprattutto, nella gestione di molte istituzioni.

Dalla fine del Duecento, infatti, l'iscrizione alle Arti era diventata requisito indispensabile per accedere alla vita pubblica e la loro attività politica favorì questo intervento caritatevole, soprattutto a tutela dei loro iscritti, ma rappresentava anche una garanzia in caso di necessità, per ampliamenti o miglioramenti: è il caso, ad esempio, dell'Ospedale degli Innocenti, amministrato dall'Arte della Seta, cui apparteneva anche il fondatore di San Giovanni di Dio, il setaiolo Simone Vespucci; l'Ospedale di San Matteo venne amministrato dall'Arte del Cambio; l'Arte dei Tin-



tori fondò l'Ospedale di Sant'Onofrio nel 1339, mentre l'Arte di Calimala dava il suo patronato a quello di Bonifazio.

Proprio destinati ai soci delle Arti minori, sorgono a Firenze luoghi di cura particolari, mentre quelle maggiori, come si è detto, si erano viste già da tempo affidare il patronato di ospedali dediti ad una attività di tipo pubblico.

La Firenze del 1400 dispone di circa 500-600 letti, divisi tra i diversi enti ospedalieri, dei quali più di 1/3 era assorbito da Santa Maria Nuova, mentre, nel XIV secolo offriva, ad una popolazione dei 100.000 persone, stando alle parole del Villani, più di "mille letta", probabilmente perchè il calo demografico dovuto alle pestilenze aveva provocato la scomparsa di molte piccole istituzioni.

Anche queste nuove istituzioni si disposero lungo assi ben precisi: percorsi privilegiati furono via San Gallo e via Romana, lungo le quali si addensava il traffico maggiore: lungo queste direttrici si collocarono gli ospedali e gli edifici con spazi attrezzati.

La crisi del sistema ospedaliero a cui si è accennato e che si traduce nella scomparsa di molte piccole istituzioni, è certamente legata al costante peggioramento del rapporto tra popolazione e risorse, culminato con l'emergenza sanitaria e la comparsa della peste nel XIV secolo, ma anche a tutti gli abusi che si erano verificati nell'epoca precedente.

Si era creato, infatti, un sistema beneficiario, su cui la stessa autorità ecclesiastica, mentre riaffermava le sue prerogative, era stata costretta ad intervenire: la decretale *Quia contingit*, promulgata nel 1311, obbligava le fondazioni ospedaliere al rispetto dei propri fini, ma non si ebbero miglioramenti sostanziali, mentre si faceva sempre più frequente l'intervento dell'autorità civile, per mezzo di appositi rappresentanti all'interno della gestione ospedaliera, ma la loro presenza, unitamente a quella dei maggiori ordini religiosi, non poteva bastare a fronteggiare un sistema legato alla sua stessa espansione, in quanto non poteva più rispondere alle nuove esigenze, in particolare alle nuove realtà economiche libere dal particolarismo corporativo.

La grande *reformation* ospedaliera del Quattrocento si mosse, allora, lungo due direzioni: una razionalizzazione amministrativa e una specializzazione terapeutica; veniva così a differenziarsi in modo irreversibile, su modello italiano, *l'hôpital général* dall'*hotel Dieu*, dove faceva il suo stabile ingresso la figura del medico.



Andrea Pisano (Pontedera,
Pisa 1290/95 – Orvieto 1348/49).
L'urologo. Formella
del campanile di Giotto



Le caratteristiche del pensiero rinascimentale influiscono in modo decisivo sull'evoluzione di queste strutture: lo specifico antropocentrismo che caratterizza la cultura umanistica, quale si diffuse in Italia tra Trecento e Quattrocento, contrappendosi alle astrazioni universalistiche di stampo medievale, rappresenta uno degli elementi peculiari della rinascita del pensiero.

Da un punto di vista prettamente storico, le aspirazioni al potere universale di Impero e Chiesa sono cadute; dopo la lotta per le investiture, che aveva manifestato questa ricerca di supremazia assoluta da parte di una delle due forze in campo, il Concordato di Worms (1122) aveva chiuso un capitolo importante: la Chiesa, sotto i colpi dei movimenti pauperistici, delle eresie e delle tendenze scismatiche non aveva più l'unità che le poteva garantire la forza di opporsi a un Impero che, dopo l'esperienza di Enrico IV a Canossa, aveva dimostrato di non potersi svincolare dall'autorità religiosa, vedendo poi compromesso l'esercizio del potere dalla nascita dei Comuni e, successivamente, di Signorie e Principati.



A questi sconvolgimenti di carattere storico e politico, corrispose una evoluzione del modo di pensare, riassumibile significativamente in quell'*Homo mensura* di Leonardo da Vinci, che iconograficamente stigmatizza come la dimensione umana sia ora il punto di riferimento ideologico e dottrinario: non più, quindi, i poteri universali, non più la subordinazione ad un elemento trascendente, non più gli astratti sistemi del Medioevo.

Anche la malattia, in questo processo, ha perso gran parte della sua potenza simbolica e del suo significato sacrale: abbiamo già visto come si sia compiuto il passaggio da ospizio a ospedale in ambito religioso, anticipando quella laicizzazione dell'esperienza medica, che sarà l'elemento caratterizzante di questo periodo: *pauper* e *infirmus* non coincidono più nella loro valenza semantica, non riflettono più un'unica realtà umana, ma si scindono, individuando nel povero, che è anche malato, e nel malato povero, i destinatari di nuovi tipi di intervento assistenziale e sanitario.

Si verifica, in questo modo, una rivoluzione vera e propria, che coinvolge vari aspetti della civiltà rinascimentale: la "reformation" ospedaliera, la formulazione del pensiero medico, l'individualità del nuovo rapporto medico-paziente.

Le persone benestanti erano curate a casa, in quanto potevano scegliere il professionista e potevano contare sull'assistenza dei membri della famiglia; per gli altri, era possibile accedere alle strutture ospedaliere.

Nel Basso Medioevo, la tipologia dell'ospedale aveva assunto forme diverse, adattandosi a nuove esigenze urbane e sociali, per quanto l'assistenza fosse rimasta appannaggio della Chiesa: il successivo intervento delle magistrature dello Stato cittadino aveva portato ad una regolamentazione della amministrazione ospedaliera e ad una prima disciplina della professione sanitaria all'interno degli ospedali, conoscendo, in una fase intermedia del processo di secolarizzazione, un carattere misto, per cui l'amministrazione era laica, ma l'assistenza era ancora in mano ai religiosi.

Nell'Italia di questo periodo, però, non si è in presenza di un unico modello di funzionamento degli organismi di gestione degli ospedali cittadini, che spesso sono sorti per accorpamento di piccoli ospedali o ricoveri caritativi: gli ospedali delle confraternite continuano ad essere amministrati dai loro membri mentre, in altre

strutture, nella composizione del Capitolo, il meccanismo delle nomine tradisce giochi di potere e rapporti di forza tra cittadini, autorità laiche e autorità politiche.

In questo contesto, i medici prestavano la loro opera dall'esterno, ma non facevano parte ancora di uno staff stabile all'interno della struttura.

Un insegnamento medico-chirurgico, privo però di un percorso strutturato, è presente in Santa Maria Nuova sin dagli anni della fondazione dell'ospedale. Se a Firenze mancava un corso di studi regolari, si realizzò, invece, uno stretto connubio tra ricerca anatomica ed artistica, permettendo l'elaborazione di un sapere, che costituì la base per lo sviluppo delle conoscenze successive.

Entrato in crisi il sistema della carità medioevale, il sistema economico in espansione crea una sempre maggiore distanza tra chi gestisce l'attività mercantile e manifatturiera e chi vive, invece, in una emarginazione sociale che, nella nuova realtà cittadina, può diventare pericolosa e necessita, quindi, di un controllo, che si esplica attraverso un processo di razionalizzazione dell'assistenza, con la sempre maggiore ingerenza dello Stato laico nella gestione delle strutture.

Il processo di razionalizzazione si attua prevalentemente attraverso il sistema degli "Ospedali maggiori", una strategia di concentrazione ospedaliera che rimase in vita per molti secoli, anche se il quadro generale della situazione dell'Italia centro-settentrionale è vario e diversificato: a Firenze, ad esempio, era presente un modello organizzativo che contemplava la attività del grande ospedale nel centro della città, Santa Maria Nuova, ma le varie specializzazioni ospedaliere venivano armonizzate e coordinate con le vocazioni delle singole istituzioni, promosse in genere dalle corporazioni.

Il sistema del grande ospedale o di ente assistenziale indirizzati a categorie precise di individui è evidente, invece, in ambito fiorentino, nella fondazione dell'Ospedale degli Innocenti, che è paradigma della volontà selezionatrice dell'utenza, ma che riflette il rapporto che lega forze produttive e iniziative assistenziali, dato che la sua fondazione si colloca in un momento di grande ricchezza della città ed è espressione di un orgoglio civico che si indirizza nella assistenza dei trovatelli.

La città, infatti, era impegnata nella realizzazione di un grande Stato territoriale, opponendosi alle altre grandi potenze della penisola in un gioco di equilibrio che culminò, nel 1454, con la pace di Lodi; il prestigio della città si manifestò in un pro-



Beato Angelico (Vicchio Mugello
1400 ca. – Roma 1455). SS. Cosma
e Damiano. Trapianto della gamba
del Moro. Museo di San Marco,
Firenze



gramma di opere pubbliche straordinario e coincide con l'affermazione dell'Arte della Seta come settore più all'avanguardia dell'economia cittadina.

L'impegno dell'Arte di Por Santa Maria si concentrò nella realizzazione di un istituto che avrebbe avuto un ruolo nuovo nella assistenza cittadina e una presenza ben visibile sulla scena urbana.

Sotto la spinta della nuova ideologia mercantile, che regola la medicina nella sua articolazione interna, organizzandola in un sistema che legittimi la professione e la inserisca tra le forze produttive della città, attraverso l'organismo corporativo, si regolano anche i suoi rapporti esterni, dal punto di vista della amministrazione, ma anche in campo politico e sociale.

In questo processo di mutamento dell'ospedale, cambia, necessariamente, anche la figura del medico: i medici usciti dalle Università si trovavano tendenzialmente nelle aree urbane dove la possibile clientela aveva disponibilità economica sufficiente per il loro onorario; i medici assoldati dalle comunità cominciano a diminuire, dato che il numero dei liberi professionisti garantisce un'assistenza ad ampio raggio e si trovano prevalentemente nei piccoli centri.

Nel quadro della riforma ospedaliera, l'attivo inserimento del medico in questo progetto appare evidente nel momento in cui spetta a lui il compito della accettazione del malato in una determinata struttura: l'attività di accettazione e smistamento è quindi la prima funzione che il medico è chiamato a compiere.

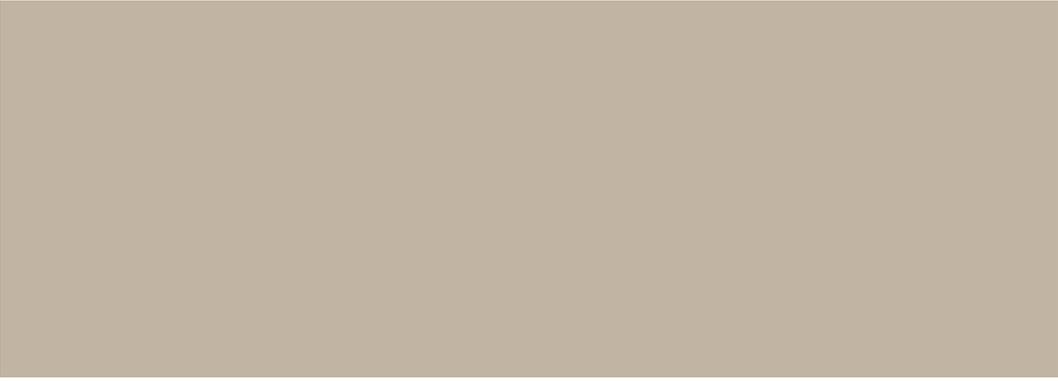
Si trattava, infatti, di escludere i casi di *pauperes*, individuando i vari *infirmi*: i curabili erano oggetto del sapere medico, gli incurabili erano destinati al ricovero.

La nuova pratica curativa, che viene attuata negli ospedali del XV secolo, riflette l'inizio di una nuova era sanitaria, in cui il medico applica la propria competenza, acquisita in strutture ben precise quali le Università, rivolgendosi a malati accomunati da una evidente "omogeneità clinica"³.

In questa riforma ospedaliera, si colloca, proprio per il principio della "omogeneità clinica", la presenza di strutture destinate a categorie determinate di malati, quali, ancora, i lebbrosari ed i lazzaretti, spazi ben individuati nell'area extraurbana, gli uni piccole città isolate dal contesto circostante, gli altri vere strutture ospedaliere: è di nuovo il concetto di malattia, cronica o acuta, che presiede l'organizzazione dello spazio, in quanto il lebbrosario si definisce come luogo in cui il malato dovrà vivere per sempre, dato che la sua malattia era considerata incurabile, mentre il lazzaretto è destinato ai casi acuti o sospetti di una patologia "de presta terminazione"⁴.

È stato più volte sostenuto che a Firenze, verso la fine del Quattrocento, il senso della carità è andato progressivamente affievolendosi, per poi rinascere nel corso del XVI secolo, in seguito all'impulso dato dall'esperienza controriformistica e conciliare: in realtà, si assiste, in questo periodo, a un modo diverso di affrontare l'assistenza, in seguito alla rottura del senso di solidarietà proprio del periodo post-feudale medievale.

Gli interventi governativi ebbero grande importanza e conseguenze decisive nella vita delle Istituzioni maggiori, in quanto i sovrani medicei, da Alessandro a Ferdinando I, ebbero come obiettivo l'accorpamento delle fondazioni minori, i cui patrimoni venivano ad essere concentrati e subordinati a quelli delle fondazioni meglio organizzate, che ricevevano anche sussidi dallo Stato: Cosimo I normalizzò questi interventi, inserendo nei collegi direttivi uomini di sua fiducia e subordinando per legge l'attività di queste istituzioni alla supervisione dei Buonomini del Bigallo.



I provvedimenti individuati, che iniziano con una “patente” ducale del 19 marzo 1519, rappresentano il primo tentativo di coordinamento delle istituzioni ospedaliere su tutto il territorio statale.

Il concetto di produttività è alla base delle scelte politiche: se Cosimo consente la questua agli inabili muniti di licenza, affidando al Bigallo il giudizio, Francesco I, nel 1577, revocò questa attività di controllo, sia per le difficoltà incontrate nel rendere operativo il sistema, sia perché la vitalità delle iniziative caritative dei Fiorentini sopperiva a molte emergenze.

Compagnie e Confraternite individuano, quindi, nella dimensione della carità, il nesso tra fede cristiana e impegno civile: la Compagnia del Ceppo, la Compagnia della Croce al Tempio, i Buonomini delle Stinche, i Buonomini di San Martino, la Compagnia della Misericordia erano fortemente attive, con un ampio raggio d’azione.

Accanto a queste organizzazioni, continuavano a operare le istituzioni maggiori: Santa Maria Nuova, lo Spedale di Bonifazio, San Matteo, S. Maria dell’Umiltà, lo Spedale degli Innocenti.

A queste, si aggiunsero poi l’Ospedale di San Paolo dei Convalescenti, in Piazza Santa Maria Novella, rifondato nel 1588 da Ferdinando I, che si occupava dei malati dimessi dagli altri ospedali, per un periodo di convalescenza; l’Ospedale della SS. Trinità degli Incurabili in via San Gallo, accoglieva i malati di sifilide; il Manicomio di Santa Dorotea era destinato ai malati di mente in grado di pagare una retta: per i poveri, verrà destinata, nel 1688, una corsia di Santa Maria Nuova, la cosiddetta Pazzeria, mentre ancora il Carcere delle Stinche continuerà ad assemblarli con delinquenti, ubriachi e devianti di ogni specie.

L’intervento diretto dei Granduchi è la caratteristica principale dell’assistenza fiorentina di questo periodo, che si arricchisce ulteriormente, però, solo nel corso del Settecento; dopo l’inerzia degli ultimi Medici, infatti, la restaurazione lorenese dà un grande impulso all’organizzazione sanitaria e assistenziale, grazie soprattutto all’opera di Pietro Leopoldo, il granduca “illuminato”.

Dopo essersi personalmente reso conto della situazione degli ospedali del Granducato, Pietro Leopoldo, nel periodo della Reggenza (1762-1792), dà avvio a una vasta riforma amministrativa, basata sia sul rinnovamento delle strutture a favore dei poveri, sulla spinta della filantropia di stampo illuministico, sia sul rinnovamento



L'abito del Lettore
di Anatomia, 1840



delle strutture di assistenza ai malati, sotto l'aspetto istituzionale e architettonico.

"Gli ospedali erano tenuti con pochissima economia e con pochissima cura; la maggior parte delle entrate si dissipava negli impiegati e famiglie loro, ed i malati erano mal tenuti e con poca pulizia...vi era pochissimo ordine e subordinazione...la medicina e la chirurgia era male assistita..."⁵.

Pietro Leopoldo in primo luogo, a livello cittadino, riuni i molti ospedali della città nei tre ospedali maggiori, quello di Santa Maria Nuova, quello degli Innocenti e quello di Bonifazio, conservando quello speciale "di Benfratelli".

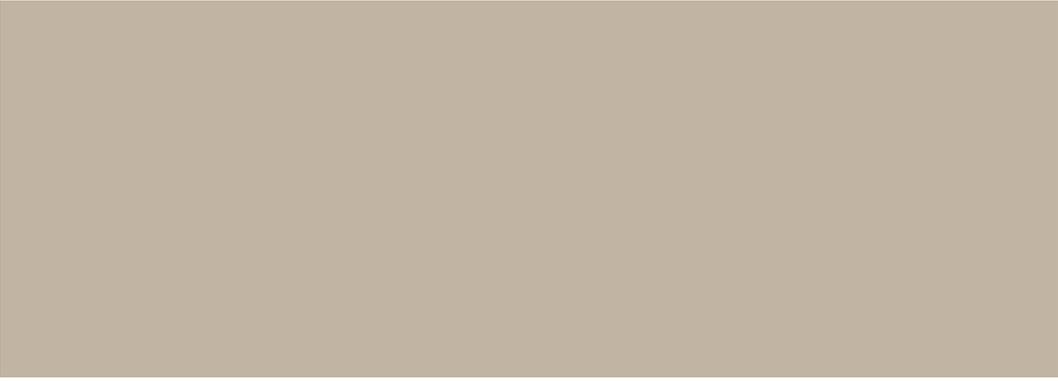
Santa Maria Nuova venne decisamente riqualficato, per la cura dei malati, mentre

a Bonifazio vennero raccolti invalidi, incurabili, cutanei e dementi: questa decisione riflette, in realtà, una svolta nelle concezioni mediche del tempo.

Si attua nel corso del Settecento, infatti, un radicale cambiamento nei confronti della malattia, e della malattia mentale in particolare: all'interno dell'Ospedale di Bonifazio, Vincenzo Chiarugi mise in atto la sua riforma nel trattamento degli alienati, ispirata a una concezione organicista della pazzia, ma sostenuta anche da un innegabile spirito filantropico di derivazione illuminista.

Nel 1762, venne istituita la Scuola di ostetricia e vennero individuati, nell'Ospedale di Orbatello, in via della Pergola, i locali per le "gravide occulte": anche questa attenzione nei confronti della maternità corrisponde a un atteggiamento tipico della medicina del tempo, come riflesso di quella *Medizinische Polizei*, di cui fu promotore Johann Peter Frank.

Una nuova concezione dello Stato aveva trovato attuazione pratica mediante una serie di riforme capaci di fronteggiare le emergenze di carattere assistenziale, ma, nello stesso tempo, con lo sviluppo della scienza medica, l'ospedale si trasfor-



ma, seguendo il nuovo orientamento clinico e diventa il luogo di applicazione di una scienza medica sempre più articolata e complessa.

Nella scuola di Chirurgia vennero attivati importanti insegnamenti, affidati a nomi insigni della medicina del tempo. Il "pratico" di questo percorso costituì una delle prime esperienze di metodo "clinico" e di medicina basata su un approccio diretto al malato.

L'uso di statistiche e l'adozione della cartella clinica confermano questa volontà di razionalizzazione che costituisce il valore aggiunto della tradizione medico scientifica fiorentina.

La nomina di una Deputazione Centrale negli anni della seconda Restaurazione fu generata dalla necessità di prendere atto in modo dettagliato della situazione, attraverso anche la compilazione di statistiche, dalle quali emerse un dato economicamente molto rilevante, che attribuiva lo stato passivo delle finanze degli ospedali alla sproporzione tra il numero dei letti gratuiti e il numero dei malati poveri ammessi: venne richiesta alle amministrazioni ospedaliere la compilazione di prospetti mensili con il movimento dei malati e le malattie trattate, al fine di individuare quali ospedali avessero necessità dei contributi comunitativi.

Gli ospedali del Granducato vennero distinti in Regi e Comunitativi; in questi anni, Santa Maria Nuova riceve un grande impulso, attraverso l'opera congiunta del Commissario Bargagli e del Soprintendente alle Infermerie, Pietro Betti, che contribuiscono a potenziare la struttura, attraverso l'istituzione di nuove cliniche.

In questo periodo, non si verifica la fondazione di nessuna struttura *ex novo*, ma l'attenzione del governo è volta al consolidamento dell'esistente.

Fino dagli anni precedenti l'Unità d'Italia, la questione ospedaliera era stata argomento di discussione nei Congressi degli Scienziati, in cui venivano dibattute diverse problematiche, dalla necessità di una statistica clinica nazionale, alla questione delle malattie "popolari", alla opportunità di unificazione delle Scuole Mediche, alla istituzione di soccorsi a domicilio.

Questo dibattito si arricchisce in periodo post-unitario, sviluppando quel genere letterario, che sono i resoconti di viaggio: medici e amministratori, infatti, intraprendevano viaggi di "istruzione" al fine di documentarsi sullo stato degli ospedali nelle altre parti di Europa; uno dei temi emergenti riguardava la architettura ospedaliera.

L'Unità d'Italia ebbe come conseguenza la riorganizzazione degli ospedali cittadini: nel 1861, negli ambienti dell'ospedale Austriaco di Sant'Agata, venne allocato l'Ospedale Militare, con Reparti di cura di Medicina, Malattie Infettive, Oculistica, Chirurgia, Traumatologia, Otorino, Odontoiatria, integrato, nel 1920, dal sanatorio di Villa Rosciana e dalla Sezione di Disinfezione di Monte Oliveto.

Nel 1884, venne fondato l'Ospedale Pediatrico Meyer, completato nel 1887; nel 1891, veniva inaugurato, invece, il Manicomio di San Salvi, la cui fondazione può essere considerata esemplare e rappresentativa nel dibattito sorto intorno alla ubicazione ed alla tipologia degli ospedali: la struttura venne collocata in una zona allora periferica del tessuto urbano, dove il binomio area-aria garantiva l'ambiente adeguato per la fondazione di una struttura sanitaria e fu realizzato attraverso una contaminazione architettonica tra il modello a padiglioni e quello a "pettine".

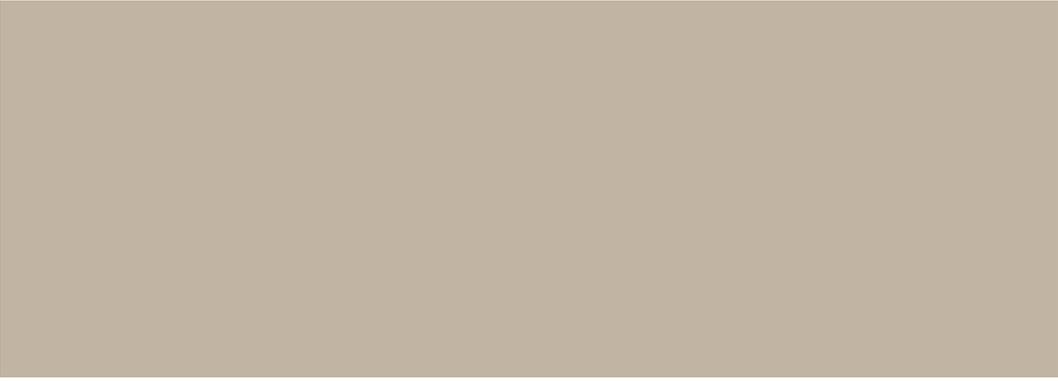
Allo stesso principio area-aria si ispirerà la fondazione dell'ospedale di Careggi, in anni successivi, nel 1908; la diffusione di determinate patologie, come la tubercolosi polmonare, conseguente a mutate condizioni economiche e sociali, tali da alterare la patocenosi del periodo, determinò la fondazione di importanti strutture: nel 1906, grazie all'attenzione ed alla generosità di Enrico Pieragnoli, veniva fondato, sulla collina fiorentina, a Vincigliata, il primo Preventorio per bambini predisposti alla tubercolosi.

In questa struttura, non destinata alla cura, ma alla prevenzione, venivano accolti tutti quei bambini che vivessero in condizioni a rischio: una rete di strutture collaterali – colonie marine e montane – integrava la disponibilità terapeutica.

Per fronteggiare la diffusione della tubercolosi, veniva inoltre fondato, negli anni del Ventennio, il Sanatorio Banti, nel 1934, e l'Ospedale Luzzi, nel 1932, sulla stessa collina di Monte Morello, adiacente alla città.

Negli stessi anni, si assiste anche alla fondazione dell'Istituto Ortopedico Toscano Villa Margherita, che veniva a raccogliere la tradizione ottocentesca dell'Istituto di Ferdinando Carbonai.

Il polo ospedaliero di Careggi, in cui venivano a raccogliersi assistenza, formazione e ricerca, attraverso la fondazione dell'Università, nel 1924, rappresenta, nello stesso tempo, un punto di arrivo e un punto di partenza: l'ospedale clinicizzato può



essere considerato, infatti, l'erede ultimo del pensiero illuminista, in cui la triade delle funzioni viene a perfezionarsi definitivamente.

Le recentissime forme di integrazione della componente universitaria e di quella ospedaliera e i lavori che interessano in questo momento tutta l'area del policlinico e tutto l'assetto delle strutture sanitarie cittadine, rappresentano un ulteriore sforzo di adeguamento della medicina alle esigenze della società: la concezione dell'Area Vasta, come opportunità formativa, scientifica e assistenziale, costituisce un'ulteriore sfida culturale, nei confronti di una tradizione tanto antica, quanto prestigiosa.

Donatella Lippi, Andrea A. Conti

NOTE:

- ¹ STOPANI R., *Ospedali e xenodochi a Firenze e lungo le vie maestre del suburbio fiorentino nei secoli XIII e XIV*, in AA.VV., *La storia della solidarietà*, Firenze 1985, pp. 5-22.
- ² LIPPI D., *Storia della solidarietà a Firenze*, in AA.VV., *La solidarietà nel tramonto delle ideologie*, Atti del Congresso nazionale, Firenze 16-18. XII. 1994, Firenze 1995, pp., 119-123.
- ³ AGRIMI J., CRISCIANI C., *Medicina del corpo e medicina dell'anima. Note sul sapere medico fino all'inizio del XIII*, Milano, 1978.
- ⁴ *La relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano di Gian Giacomo Gilino*, a cura di S. Spinelli, Milano, 1937.
- ⁵ LEOPOLDO D'ASBURGO LORENA P., *Relazioni sul Governo della Toscana*, a cura di A. Salvestrini, Firenze, 1969.