A SU

Aisu International
Associazione Italiana
di Storia Urbana

LA CITTÀ E LA CURA

Spazi, istituzioni, strategie, memoria

THE CITY AND HEALTHCARE

Spaces, institutions, strategies, memory

INSIGHTS
2

LA CITTÀ E LA CURA

Spazi, istituzioni, strategie, memoria

THE CITY AND HEALTHCARE

Spaces, Institutions, Strategies, Memory

a cura di

Marco Morandotti
Massimiliano Savorra

AISU Aisu International Associazione Italiana di Storia Urbana

Collana editoriale / Editorial series
Insights

Direzione / Direction
Rosa Tamborrino (Presidente AISU / AISU President)
Luca Mocarelli (Vice Presidente AISU / AISU Vice President)

Comitato scientifico del volume / Scientific board of the volume
Salvo Adorno, Arianna Arisi Rota, Daniela Besana, Alfredo Buccaro, Donatella Calabi, Renata Crotti, Roberto De Lotto, Gerardo Doti, Marco Folin, Giovanni Luigi Fontana, Alessandro Greco, Paola Lanaro, Francesca Martorano, Fabio Mangone, Luca Mocarelli, Marco Morandotti, Sergio Onger, Sandro Parrinello, Francesca Picchio, Francesco Polverino, Heleni Porfyriou, Marco Pretelli, Massimiliano Savorra, Donatella Strangio, Elena Svalduz, Rosa Tamborrino, Elisabetta Venco, Guido Zucconi

La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria / *The city and healthcare. Spaces, Institutions, Strategies, Memory*
a cura di /edited by Marco Morandotti, Massimiliano Savorra

Contributo alla curatela e revisione testi / Editorial assistant and text revision
Ermanno Bizzarri

Progetto grafico / Graphic design
Luisa Montobbio

Impaginazione testi / Layout
Luisa Montobbio

Traduzioni parte introduttiva / Translations
Emma Catherine Gainsforth

Revisione degli abstract in inglese / Translations
Luigi Genta Traduzioni

© Aisu International 2021

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta o trasmessa in qualsivoglia forma o con qualsivoglia mezzo, elettronico o meccanico, né può essere fotocopiata e/o trascritta, senza il preventivo ed espresso permesso scritto da AISU International. L'editore rimane a disposizione di eventuali aventi diritto che non sia stato possibile contattare.

No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or using any electronic or mechanical media. Nor may it be photocopied or transcribed without the written consent of AISU International. The publisher is at the disposal of those copyright holders it has not been able to contact.

Prima edizione / First edition: Torino 2021

ISBN 978-88-31277-04-4

AISU international | Associazione Italiana di Storia urbana
c/o DIST (Dipartimento Interateneo di Scienze, Progetto e Politiche del Territorio)
Politecnico di Torino, Viale Pier Andrea Mattioli n. 39, 10125 Turin
https://aisuinternational.org/

SALUTI ISTITUZIONALI

Francesco Svelto

Rettore, Università di Pavia

Sono particolarmente lieto di salutare la nascita del volume, esito del convegno *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria*, organizzato dall'Università di Pavia e dall'AISU International, Associazione Italiana di Storia Urbana, tenuto a Pavia dal 10 al 12 settembre 2020.
La modalità a distanza che ci ha visto riuniti è stato il segnale più evidente della rivoluzione (di spazi, attività, strategie) alla quale la pandemia ci ha costretti: fisicamente distanti, ma iperconnessi e molto vicini nell'elaborazione di ricerche e studi, nell'organizzazione di convegni, come questo, uno dei primi che si sono organizzati nella nostra Università dopo il periodo di *lockdown*.
Oltre che i centrotrenta partecipanti, italiani e stranieri, desidero ringraziare la professoressa Rosa Tamborrino, presidente dell'Associazione Italiana di Storia Urbana, gli illustri membri del comitato scientifico e del comitato d'onore e il professor Marco Morandotti che insieme al professor Massimiliano Savorra ha curato l'organizzazione scientifica del convegno e la cura del volume.
Far incontrare virtualmente colleghi e studiosi di tutto il mondo non era facile, ma l'urgenza e l'interesse del tema, oltre all'apporto della tecnologia, ci hanno permesso un confronto scientifico importante.
Città e cura, città e malattia sono binomi ai quali in questi mesi tutti noi abbiamo pensato, come cittadini oltre che come studiosi. Con il diffondersi della pandemia da COVID-19 abbiamo visto le città svuotarsi, abbiamo modificato il nostro rapporto con i luoghi privati e pubblici in cui solitamente ci muoviamo, abbiamo soprattutto assistito a una nuova centralità dei luoghi di cura. Gli ospedali sono diventati spazi centrali, al centro del dibattito pubblico e fondamentali per la cura, ma anche luoghi non accessibili e riservati ai malati.
Come rettore dell'Università di Pavia mi sono trovato, inaspettatamente, protagonista della trasformazione della città toccata dal coronavirus. A partire dal 27 gennaio 2020, quando, in via precauzionale, consultati gli infettivologi del Policlinico San Matteo, ho consigliato la quarantena a uno studente cinese proveniente da un'area vicina a Wuhan. Poche settimane dopo, il 24 febbraio, d'intesa con le università lombarde, le autorità civili e sanitarie, ho sospeso le attività didattiche e gli esami in presenza. Nel settembre 2020 l'attività didattica è ripresa in forma mista – in presenza e *online* – in un Ateneo che è stato ripensato, in una città che portava i segni del vuoto (anche economico) causato dal *lockdown*. E che desiderava ripartire.

© Aisu International 2021

La nostra Università, che festeggia i 660 anni nel 2021, ha vissuto nei secoli il flagello di epidemie che hanno modificato la città e i suoi abitanti. Qualche rapido esempio.
La peste del 1400 venne fronteggiata sospendendo fiere e convegni, l'inaugurazione dell'anno accademico venne più volte posticipata, gli studenti stranieri lasciarono la città, temendo il contagio. A fine Cinquecento le autorità imposero le quarantene e la distruzione degli oggetti degli appestati. L'epidemia di influenza spagnola del 1918 venne affrontata grazie alla disinfestazione, col divieto di funerali e cerimonie, per evitare assembramenti. L'epidemia di vaiolo dei primi anni del 1800 vide in primo piano l'azione dei nostri infettivologi; la diffusione del colera intorno alla metà del XIX secolo fu limitata grazie alla diffusione di norme igieniche, alla sanificazione dei luoghi pubblici, alla sospensione di attività pubbliche, dalle processioni alle feste.
Non desidero addentrarmi nei temi che sono stati approfonditi nei tre giorni di convegno e nel volume che raccoglie i contributi selezionati, ma certamente non posso non sottolineare che la pandemia da COVID-19 ha cambiato noi e il nostro modo di vivere, obbligandoci al distanziamento, a ripensare le attività collettive, a riscoprire le nostre case anche come luogo di lavoro, a rivolgerci ai servizi di prossimità. L'Università non ha mai chiuso, si è trasformata velocemente, per offrire a studenti e docenti la possibilità di continuare l'attività didattica. È venuto meno il contatto diretto, ma sono emerse alcune storiche specificità: Pavia è una città campus. E ha confermato con forza questa sua identità. Una città in cui i collegi, a partire dalla fine del 1400, si affiancano all'Università e diventano luoghi di convivenza e di solidarietà. Durante questi lunghi mesi i collegi universitari di Pavia hanno continuato ad accogliere studenti in tutta sicurezza, si sono fatti promotori di iniziative di solidarietà nei confronti dei più deboli. Con un'azione talmente forte che per l'anno accademico 2020-2021 abbiamo registrato un *boom* di domande per l'accesso ai collegi universitari.
Tuttavia l'identità di Pavia città campus è strettamente connessa alla Facoltà di medicina e agli ospedali, a partire dal San Matteo. Medicina è la più antica Facoltà del nostro Ateneo, talmente rappresentativa che l'antica sede dell'ospedale San Matteo è stata (fino al 1930) nel Palazzo Centrale dell'Ateneo in strada Nuova (aula del 400); centrale il luogo, e centrale anche l'attività. I medici dell'Università di Pavia e del San Matteo, con le loro ricerche e scoperte, con le loro cure, affiancano da 660 anni i cittadini di Pavia e sono un punto di riferimento non solo nazionale.
Pavia è quindi da secoli una città che si caratterizza per formazione e cura. La recente pandemia ha confermato l'identità di Pavia come città universitaria vocata agli studi superiori, alla ricerca e alla medicina. Modellare questa "città campus" in chiave sostenibile e attrattiva sarà una delle prossime sfide.

SALUTI ISTITUZIONALI

Lalo Magni*, Alessandro Reali**

* Presidente Facoltà di Ingegneria, Università di Pavia

** Direttore Dipartimento di Ingegneria Civile e Architettura, Università di Pavia

Il volume *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria*, curato da Marco Morandotti e Massimiliano Savorra, afferenti entrambi al Dipartimento di Ingegneria Civile e Architettura (DICAr), costituisce l'esito del convegno internazionale organizzato dall'Associazione Italiana di Storia Urbana (AISU) in collaborazione con l'Università di Pavia nel settembre 2020. Si tratta di una raccolta selezionata di contributi scientifici presentati dai numerosi ricercatori che si sono incontrati in remoto – grazie anche alla collaborazione delle strutture del KiroLab, uno degli spazi del nostro ateneo dedicati alle attività di e-Collaboration e Webconference – in un momento in cui la pandemia da COVID-19 aveva reso difficile l'interazione e lo scambio tra studiosi.

Siamo stati ben lieti di aver ospitato – anche se solo virtualmente – questo incontro internazionale a Pavia, una città – spesso "pigra" nel mettersi in mostra – che ha avuto, ma, diremmo, ha ancora un ruolo centrale per il tema preso in considerazione. Il rapporto tra la nostra città e la cura, nel passato e nel presente, solleva infatti una serie di questioni che possono essere affrontate, anche in un'ottica comparativa, considerando le diverse implicazioni di tipo amministrativo, gestionale, urbanistico.

Tuttavia, l'occasione del convegno internazionale dell'AISU su un tema transdisciplinare, come quello del rapporto tra la città e la cura, ci offre anche la possibilità di volgere lo sguardo verso gli aspetti didattici, e non solo verso quelli scientifici e di ricerca. Siamo infatti convinti che lo scambio di molteplici saperi sia la base fondamentale per una didattica di qualità. Pertanto, i contributi di questa pubblicazione, oltre a essere di sicuro interesse per quanti – studiosi, esperti, tecnici – guardano alla città nel suo evolversi storico anche con l'obiettivo della sua progettazione e gestione, potranno rappresentare un utile strumento didattico per giovani studenti, dottorandi, assegnisti che intendono approfondire la conoscenza di dinamiche urbane oggi più che mai correlate ai temi del benessere e della sicurezza sanitaria.

© Aisu International 2021

LA CITTÀ, LA STORIA URBANA E L'IMPEGNO PER LA CURA

CITY, URBAN HISTORY AND COMMITMENT TO CARE

Rosa Tamborrino

Nel complesso di iniziative, politiche e strutture ispirate a migliorare le condizioni di vita, la cura ha trovato nelle città il luogo privilegiato di una forma di impegno sociale che ha generato spazi dedicati, organismi di gestione, strategie e, infine, la conservazione della memoria come parte del patrimonio urbano. Nelle città, a testimonianza di quanto descritto, vi sono antichi edifici di accoglienza, assistenza e previdenza, espressione di come diverse epoche storiche abbiano attribuito rilevanza all'ambito della cura nella vita sociale urbana, lasciandone traccia anche nel linguaggio. Il termine medico quarantena, per esempio, si riferisce a pratiche in uso a Venezia relative alle epidemie di peste e, nel definire l'isolamento, implica una relazione con lo spazio urbano [Vaughan 2018, 24][1]. In età contemporanea, si è andata poi precisando la nozione di "salute pubblica" come un bisogno e un diritto del cittadino, connesso dunque a una scala diversa di riconoscimenti e procedure. Infine, il *welfare state* ha fatto della sanità un servizio essenziale, pubblico e statale.

In the complex of initiatives, policies and structures aimed at improving living conditions, care-giving has found cities to be the privileged place of a form of social commitment that has generated dedicated spaces, management bodies, strategies and, lastly, the preservation of memory as part of the urban heritage. In cities, as evidence of that described, there are antique buildings that once offered hospitality, assistance and welfare, an expression of how different historical eras assigned importance to the sphere of care-giving in urban social life, leaving traces of it also on the language. The medical term quarantine, for example, refers to practices in use in Venice during plague epidemics and, in defining isolation, implies a relationship with urban space [Vaughan 2018, 24][1]. In the contemporary age, the notion of "public health" as a need and a civil right became more precise, linked to a different scale of recognition and procedures. Lastly, the welfare state has made healthcare an essential public and state service.

[1] Vaughan fa riferimento alla peste trecentesca; su altre iniziative di isolamento durante l'epidemia nel XVI secolo si veda [Benedetti 2021].

[1] Vaughan makes reference to the fourteenth century plague; on other cases of isolation during the sixteenth century epidemic, see [Benedetti 2021].

© Aisu International 2021

Oggi nuovi orizzonti ridefiniscono una identificazione globale di quei bisogni.
Numerosi studi hanno affrontato aspetti connessi agli sviluppi della cura, a diverse scale e con focalizzazioni articolate che danno conto dell'ambito di frontiera rappresentato dall'esercizio dell'assistenza. Nel campo della storia urbana, molti contributi hanno preso in esame vicende specifiche di organismi assistenziali o trasformazione delle fabbriche e delle funzioni, dinamiche connesse ai cambiamenti indotti nel tessuto urbano dagli stessi edifici e complessi per la cura, rendite connesse alle strutture stesse. Altri approfondimenti hanno considerato aspetti connessi a programmi di sanità e prevenzione che hanno caratterizzato un'epoca storica e segnato architettonicamente le città [Savorra 2021]. Meno sistematici sono gli studi che guardano alla città nella sua complessità nello spazio e nel tempo, o di verifica del sistema di relazioni tra la cura e la storia urbana: questioni che vanno al di là di un problema di scala di indagine [Montanari, Onger 2002; Niemi 2016].
Alcuni convegni recenti hanno trattato aspetti molto specifici degli sviluppi della cura, in alcuni casi non immediatamente riconducibili alla storia urbana[2]; in molti altri convegni, il tema ha costituito un argomento presente anche se non centrale. Tuttavia, un inquadramento specifico del tema *La città e la cura*, in forma di confronto trasversale e costruzione di una narrativa comune, costituisce, perlomeno nel panorama italiano, un'occasione inedita e importante per molti motivi e non solo perché diversità storiche e culturali tra le città, continuità o discontinuità, approcci comparativi e

Today, new horizons are redefining the global identification of these needs.
Numerous studies have dealt with aspects related to the development of care-giving, on different scales and with articulated focuses that account for the frontier area represented by the exercise of care [Savorra 2021]. In the field of urban history, many contributions have dealt with the specific events of care organisations or the transformation of factories and functions, the dynamics connected to the changes induced in the urban fabric by the healthcare buildings and complexes themselves, and the revenues connected to these structures [Montanari, Onger 2002; Niemi 2016].
A number of recent conferences have dealt with very specific aspects of care-giving developments, some of which not immediately traceable to urban history[2]; The topic has been present in numerous other conferences, without, however, being central. Nonetheless, a specific framing of the topic *The City and Care*, in the form of a transversal comparison and the construction of a common narrative, constitutes, at least within Italy, an important new opportunity for many reasons, not just because historical and cultural differences between cities, continuity or discontinuity, comparative approaches and the multiplicity of research goals persist in raising questions. We think that this opportunity constitutes a form of commitment with respect to key issues in our society, in relation to which nothing can be seen as permanently acquired.
The AISU convention *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria* was born to

[2] Si veda a titolo di esempio il convegno *Storia dell'assistenza infermieristica* dell'Università degli studi di Bologna, ora in *Atti del Convegno Nazionale "Storia dell'Assistenza Infermieristica", Bologna, 25 Febbraio 2000*; in particolare [Monti 2000]. Alcune occasioni sono state rappresentate anche da convegni internazionali, quali *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières (XVIIe-XIXe siècles)* [Belmas, Nonnis Vigilante 2010].

[2] See, by way of example, the convention entitled *Storia dell'assistenza infermieristica* of the University of Bologna, now in *Atti del Convegno Nazionale "Storia dell'Assistenza Infermieristica", Bologna, 25 Febbraio 2000*; in particular [Monti 2000]. Other occasions were represented by international conventions such as *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières (XVIIe-XIXe siècles)* [Belmas, Nonnis Vigilante 2010].

molteplicità di obiettivi di ricerca persistono a creare interrogativi; pensiamo che tale occasione costituisca una forma di impegno rispetto a questioni nodali della nostra società, su cui niente va dato per acquisito definitivamente.

Il convegno AISU *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria* è nato per promuovere, dunque, una riflessione collettiva sul tema, incoraggiando i ricercatori a confrontarsi su aspetti che generalmente corrono lungo studi paralleli. Ringrazio Marco Morandotti e Massimiliano Savorra che hanno coordinato l'evento all'Università di Pavia nel 2020 e curato questo volume che vi fa seguito, attraverso il quale è stato possibile costruire una narrativa trasversale a diversi campi e discipline.

Con l'argomento scelto abbiamo voluto ribadire l'impegno dell'Associazione Italiana di Storia Urbana nella società. Rispetto ad associazioni disciplinari che hanno il compito di promuovere ed entrare nel merito della specificità dei fondamenti della propria ricerca, l'AISU da vent'anni sollecita un percorso complementare e di frontiera, proponendo un confronto che fa della transdisciplinarità un elemento cardine per verifiche intorno alla città, la sua storia e memoria. In tale contesto, non è trascurabile che la scelta del tema del convegno preceda di diversi mesi la pandemia COVID-19. Sono state altre le motivazioni con cui si è arrivati a considerare la rilevanza della questione per un convegno AISU; la pandemia le ha rese solo più evidenti e attuali.

Negli ultimi mesi abbiamo potuto ascoltare e leggere diversi interventi che hanno inteso mostrare il COVID-19 come la peste, il colera come il COVID-19, ecc. Il passato offre sicuramente molti esempi e il racconto delle relative pratiche. Tuttavia, il nostro intento era e resta diverso. Se consideriamo l'esiguità con cui incide in questo settore di ricerca il finanziamento di progetti di ricerca nazionale e il limitato coinvolgimento dell'ambito della storia urbana in progetti di ricerca europei, l'iniziativa di un convegno AISU, con il numero dei ricercatori e delle università coinvolte, si configura quasi

promote a collective reflection on the topic, encouraging researchers to discuss aspects that generally run along parallel studies. I would like to thank Marco Morandotti and Massimiliano Savorra, who coordinated the event at the University of Pavia in 2020 and edited this follow-up volume, through which it has been possible to construct a narrative across different fields and disciplines.

With the topic chosen, we wanted to reiterate the commitment of the Italian Association of Urban History in society. Compared to disciplinary associations that have the task of promoting and entering into the merits of the specificity of the foundations of their own research, for twenty years, the AISU has been working along a complementary and frontier path, proposing a confrontation that makes transdisciplinarity a cardinal element for examining the city, its history and memory. In this context, we mustn't forget that the topic of the convention was chosen several months before the COVID-19 pandemic. The reasons that led to the consideration of this topic as a deserving subject for an AISU convention were others, the pandemic only made them more evident and timely.

We have recently been able to listen to and read several presentations intended to portray COVID-19 as the plague, cholera as COVID-19, etc. The past certainly offers many examples and accounts of the corresponding practices. However, our intention was and remains different. If we consider the slightness of the funding of national research projects in this field of research and the limited involvement of the field of urban history in European research projects, the initiative of an AISU conference, with the number of researchers and universities involved, is almost a form of collaborative research. Its intention is, therefore, to trace, thanks to the contribution of the authors and by interweaving different paths of research which also differ in their goals, the conditions for a point of view which *goes beyond individual accounts*.

come una forma di ricerca collaborativa. Il suo intento è quindi di tracciare, attraverso il contributo degli autori e incrociando le strade di percorsi di ricerca differenti anche per obiettivi, le premesse per un punto di vista che si spinga *al di là di singoli resoconti*.

La World Health Organisation (WHO), nella sua *Constitution* che risale al 1946, asserisce che «the enjoyment of the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition» [*Constitution of the World Health Organization* 2020, 1]. Riconoscendo come un *diritto fondamentale di ogni essere umano* non solo l'accesso alle cure, ma anche la qualità di queste. La WHO ha proposto come nuovo obiettivo di garantire l'aspirazione dell'individuo *al più alto livello di salute raggiungibile*. In tale affermazione è contenuta una dichiarazione di principio e di intenti, che trova i suoi fondamenti nella *Dichiarazione dei diritti dell'uomo*, per quell'enunciazione del diritto all'eguaglianza che vi viene espresso nel primo articolo[3], al quale si sono ispirate le prime forme di salute pubblica volute dai riformisti ottocenteschi. Tuttavia, nella parte che segue l'affermazione della WHO si palesa una forma di riconoscimento più piena e diretta che costituisce un'acquisizione molto più recente. Infatti, si riconosce che «understanding health as a human right creates a legal obligation on states to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality» [World Health Organization 2017][4].

The World Health Organisation (WHO), in its Constitution, which dates back to 1946, claims the need for "the enjoyment of the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition" [*Constitution of the World Health Organization* 2020, 1]. It recognises as a fundamental right of every human being not only the access to care, but also the quality of that care. The WHO has proposed a new goal of guaranteeing the enjoyment by the individual of the highest attainable standard of health. This claim contains a declaration of principle and intent, founded in the *Declaration of human rights,* for that enunciation of the right to equality expressed in the first article[3], which inspired the first forms of public health sought by nineteenth-century reformers. However, in the part that follows the WHO's affirmation, a fuller and more direct form of recognition, which is a much more recent acquisition, becomes apparent. Indeed, it acknowledges "understanding health as a human right creates a legal obligation on states to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality" [World Health Organization 2017][4].

We had already linked the choice of the topic *The City and Care* to a commitment to raise awareness, to which that part of the scientific community that deals with history can also contribute, highlighting with its work the reading of a past that is also pertinent to the issues

[3] «Art. 1er. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune» [*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* 1789].

[4] Si veda, inoltre, [*Constitution of the World Health Organization* 2020]. La Costituzione è stata adottata dall'International Health Conference, che ha avuto luogo a New York nei giorni 19 giugno-22 luglio 1946, e firmata dai rappresentanti di 61 stati nell'ambito del convegno il 22 luglio 1946; sono stati poi aggiunti ulteriori emendamenti. Su

[3] «Art. 1er. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune» [*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* 1789].

[4] See also [*Constitution of the World Health Organization* 2020]. The Constitution was adopted by the International Health Conference, held in New York from 19 June to 22 July 1946, and signed on 22 July 1946 by the representative of 61 States. About the topic [Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organisation 2008].

Già avevamo collegato la scelta del tema *La città e la cura* a un impegno di sensibilizzazione cui può contribuire anche quella parte di comunità scientifica che si occupa di storia, evidenziando con il proprio lavoro la lettura di un passato cogente anche per le questioni del presente. La nostra società appare ora come a un bivio: da un lato la cura è diventata una pratica irrinunciabile e intesa a sconfiggere mali e limiti dell'essere umano; dall'altro, il diritto alla cura non è ancora equamente garantito e, per di più, risulta compromesso anche laddove sembrava un fondamento acquisito. Per questo, richiamando il mio *incipit* al convegno che metteva l'accento sulla cura e le diseguaglianze, vorrei proporre alcune brevi riflessioni a margine degli sviluppi di una conquista recente e alcune urgenze che la pandemia ha messo a nudo, con alcuni spunti per riconsiderarla nelle connessioni con gli sviluppi della città e della storia urbana.

Alcuni contesti di storia urbana rispetto alla salute come impegno pubblico...

Nel tema individuato, la conoscenza medica occupa un posto rilevante. I suoi sviluppi hanno avuto effetti con impatti significativi sulla storia delle città. Va riconosciuto alla storia della medicina un contributo importante alla contestualizzazione della malattia negli sviluppi storici, nella sua percezione nell'ambito della società e di diverse culture, e, in particolare, rispetto all'elaborazione del concetto di "salute pubblica".
Nella sua *A History of Public Health* il medico George Rosen della Yale University, nel 1958, tracciava una storia della salute pubblica del mondo occidentale, individuandone i principali sviluppi a partire dalla Grecia antica fino alla situazione coeva negli Stati Uniti.

questi temi si veda anche [Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organisation 2008].

of the present. Our society now appears to be at a crossroads: on one hand, care has become an indispensable practice intended to overcome the ailments and limitations of the human being; on the other hand, the right to care is still not equally guaranteed and, what is more, it is compromised even where it seemed to be established as fundamental. This is why, recalling my introduction to the conference, which placed the emphasis on care and inequalities, I would like to propose a few brief reflections on the developments of a recent achievement and some of the urgencies that the pandemic has revealed, with some suggestions for reconsidering it in connection with the developments of the city and urban history.

Some contexts of urban history in relation to health as a public commitment...

Medical knowledge occupies a prominent place in the topic identified. Its developments have had significant impacts on the history of cities. The history of medicine made an important contribution to the contextualisation of illness in historical developments, its perception within the scope of society and different cultures, and in particular to the development of the concept of "public health".
In his *A History of Public Health*, in 1958, Dr George Rosen from Yale University traced a history of public health in the western world, identifying its main developments from Ancient Greece to the then present day in the United States. The long-term excursus, in particular, highlighted the articulation represented by the industrial age, identifying in the affirmation of the recognition of public health as a social guarantee, a basic aspect of the development of the modern state. In diachronic form, the text highlighted the progressive national centralisation of health care in the contemporary age as a necessity arising from the scale of the problems associated with industrialisation and urbanisation [Rosen 1958]. Other studies,

L'*excursus* di lungo periodo, in particolare, evidenziava lo snodo rappresentato dall'età industriale, identificando nell'affermarsi del riconoscimento della salute pubblica come garanzia sociale, un aspetto basilare dello sviluppo dello stato moderno. Nella forma diacronica si evidenziava nel testo la progressiva centralizzazione nazionale della cura in età contemporanea come una necessità scaturita dalla scala dei problemi connessi all'industrializzazione e all'urbanizzazione [Rosen 1958]. Altri studi, riprendendo l'impostazione del libro di Rosen con casi studio più articolati, hanno poi verificato che non necessariamente l'industrializzazione è stata ovunque alla base di tale assunzione di responsabilità da parte dello Stato[5]. Problemi recenti hanno portato anche a verificare in forma comparativa la tenuta di tali sistemi centralizzati rispetto al decentramento che è seguito nel corso del Novecento in alcune nazioni, tra cui l'Italia e la Spagna, dove la recente crisi pandemica di COVID-19 ha evidenziato talune problematicità [Peralta-Santos, Saboga-Nunes, Magalhães 2021].

Un altro tipo di contributo viene dalla riflessione sul principio dello stato del *welfare*, come entrato in uso in Gran Bretagna a partire dagli anni della Seconda guerra mondiale fino alla sua formulazione degli anni Settanta e alle articolazioni successive[6] [Pond 1968]. L'analisi si è soffermata sugli aspetti culturali che si esprimono anche attraverso alcune forme di traduzione della definizione stessa, per cui lo "stato del benessere" è stato tramutato e riferito a sussidi economici – per esempio nella traduzione in italiano con il termine "assistenzialismo", che contiene una allocuzione dispregiativa – fino a una definizione più recente di "stato sociale" [Silei 2003]. Tale tipo di approccio ha indagato le modificazioni nel tempo delle forme di assistenza e bene-

5 Si veda [Porter 1994], dove l'esempio indicato è in particolare quello della Svezia.

6 Negli anni Ottanta il tema della salute pubblica si arricchisce di questioni ambientali e aspetti relativi alla diseguaglianza [Briggs 1961].

taking up the approach of Rosen's book with more articulated case studies, have since verified that industrialisation was not necessarily the basis for such assumption of responsibility by the State everywhere[5]. Recent problems have also led to a comparative analysis of the resilience of these centralised systems in relation to the decentralisation that followed during the 20th century in certain countries, including Italy and Spain, where the recent COVID-19 pandemic crisis highlighted certain problems [Peralta-Santos, Saboga-Nunes, Magalhães 2021].

Another type of contribution comes from reflection on the principle of the welfare state, as brought into use in Britain from the Second World War until its formulation in the 1970s and subsequent articulations[6] [Pond 1968]. The analysis focused on the cultural aspects that are also expressed through some forms of translation of the definition itself, whereby the term "welfare state" was transformed and used to mean economic subsidies – in the Italian translation, for example, with the term "assistenzialismo", with a derogatory allusion – up to a more recent definition of the "social state" [Silei 2003]. This type of approach has investigated the changes over time in forms of assistance and charity in relation to forms of government. In this case, too, we are faced with the profound transformation linked to industrialisation and the consequent development of a form of public investment in care, not initially guaranteed, and discontinuous also in terms of territoriality, and subsequently one of the guiding principle of public policies.

In relation to Italy, the type of studies described particularly highlighted the achievement of care as a lay institution. In this context, prior to the unification of Italy, Piedmont with its public

5 See [Porter 1994], where the example indicated in particular is that of Sweden.

6 In the 1980s, the topic of public health was enriched by environmental issues and aspects relating to inequality [Briggs 1985].

ficenza in relazione a forme di governo. Anche in questo caso ci si confronta con la profonda trasformazione legata all'industrializzazione e al conseguente sviluppo di una forma di investimento pubblico nella cura, dapprima non garantito e discontinuo anche per territorialità, poi principio ispiratore delle politiche pubbliche.
In relazione all'Italia, il tipo di studi descritto ha evidenziato in particolare la conquista della cura come istituzione laica. In tale quadro, il Piemonte preunitario con le sue forme pubbliche di assistenza, come le Congregazioni di Carità, è stato letto come un precedente importante per gli sviluppi della normativa dello Stato italiano. Studi anche di natura architettonica su sistemi organizzati di assistenza nel territorio piemontese confermano questa lettura nella transizione verso l'età contemporanea[7]. Sulla base di tali presupposti, la nascita delle Opere pie, nel 1862, riunisce per la prima volta diverse forme di assistenza (*i Luoghi pii* per le elemosine, gli ospedali maggiori di fondazione quattrocentesca, i *Monti di pietà,* gli orfanotrofi, gli ospizi e i *ritiri* femminili)[8] [«Gazzetta Ufficiale» 1862]. Si è pure evidenziato che, tuttavia, solo una legge del 1890 – rimasta poi riferimento fondamentale in vigore fino a tempi recentissimi – ha trasformato gli enti privati per l'assistenza in istituzioni pubbliche e laiche[9]. Il ruolo della Chiesa, dunque, costituisce in

forms of assistance, such as the Congregations of Charity, was seen as an important precedent for the development of Italian state legislation. Studies, also of an architectural nature, on organised systems of assistance in Piedmont confirm this reading in the transition to the contemporary age[7]. On the basis of these assumptions, the birth of the "Opere Pie" in 1862 brought together different forms of assistance for the first time (the *Luoghi pii* for alms, the major hospitals founded in the 15th century, the *Monti di pietà,* orphanages, hospices and women's shelters)[8] [«Gazzetta Ufficiale» 1862]. It has also been pointed out, however, that it only a law passed in 1890 – which remained a fundamental reference until very recently – transformed private welfare organisations into public and lay institutions[9]. The role of the Church in Italy, therefore, constitutes a contribution that cannot be avoided, also in the form of control and power through time.

...and with regard to different representations and a fair right to care

Via different avenues of research, various types of contributions consider the social commitment to care as part of the processes that lead to advocating and affirming principles of

7 Si veda lo studio del sistema delle strutture di assistenza dell'Ordine Mauriziano [Devoti, Naretto 2010].

8 Solo a fine XIX secolo, tuttavia, le iniziative di cittadini filantropi e gli enti religiosi sono davvero superati dal controllo pubblico.

9 La legge n. 6972/1890, nota come "legge Crispi", stabiliva che tutti gli enti privati, finalizzati a prestare assistenza, dovessero assumere la veste giuridica di "Istituzioni pubbliche di beneficenza". La legge è rimasta in vigore per oltre un secolo, essendo stata formalmente abrogata soltanto dalla legge n. 328/2000, "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" [Balboni, Baroni, Mattioni, Pastori 2003].

7 See the study of the system of welfare structures of the Ordine Mauriziano [Devoti, Naretto 2010].

8 Only at the end of the 20th century however were philanthropists and religious organisations really overtaken by public control.

9 Italian Law no. 6972/1890, known as the "Crispi law", established that all private organisations finalised at offering assistance had to take on the legal statis of "Public charitable institutions". The law remained in force for over a century, having been formally abrogated only by Law no. 328/2000, "framework law for the implementation of the integrated system of social services and interventions" [Balboni, Baroni, Mattioni, Pastori 2003].

Italia un contributo non eludibile anche nella forma di controllo e di potere che si protrae nel tempo.

...e rispetto alle diverse rappresentatività e a un diritto equo alla cura

Attraverso differenti percorsi di ricerca, contributi di varia impostazione considerano l'impegno sociale per la cura come parte dei processi che portano a perorare e affermare princìpi di eguaglianza civile, a partire dalla Rivoluzione francese fino al maturare della nozione di salute pubblica [Holdsworth 1891; Lewis 1952; Weiner 1970; La Berge 1984]. Gli studi convergono anche sullo snodo dell'industrializzazione quale periodo cruciale rispetto a una considerazione della cura come necessità di impegno sociale e l'avvio di un processo di riconoscimento della salute pubblica come bene pubblico. Un altro elemento che pure accomuna gli studi sull'età contemporanea è l'aver affrontato gli sviluppi considerati in una prospettiva storica relativa soprattutto ai contesti nazionali.

Tuttavia, l'industrializzazione è un fenomeno connesso allo sviluppo delle città. Essa, insieme a una rapida urbanizzazione – fenomeno non sempre strettamente dipendente dalla prima – hanno cambiato repentinamente la vita urbana mettendo in crisi i sistemi precedenti e creando urgenze. Le città in quanto spazi economici hanno generato e attratto lo sviluppo, ma al tempo stesso sono agglomerazioni che creano fragilità. Pertanto, gli intrecci di un impegno per la cura con la storia urbana assumono connotazioni diversamente significative.

Nelle città, inizialmente, le iniziative restano associate ad altre forme di assistenza dei "bisognosi" che, in età preindustriale, avevano ispirato l'accorpamento di istituzioni assistenziali e di beneficenza per l'assistenza degli infermi, degli orfani e degli indigenti, l'accoglienza di pellegrini e la sepoltura dei morti. Tale associazione è altrettanto acquisita nell'immaginario: ne è dimostrazione anche la ripetuta

civil equality, from the French Revolution to the development of the notion of public health [Holdsworth 1891; Lewis 1952; Weiner 1970; La Berge 1984]. The studies also converge on the articulation of industrialisation as a crucial period with respect to a consideration of care as a need for social commitment and the launch of a process of recognition of public health as a public resource. Another element that studies on the contemporary age have in common is the fact that they deal with the developments considered from a historical perspective, especially in relation to national contexts.

Nevertheless, industrialisation is a phenomenon linked to the development of cities. Together with rapid urbanisation – a phenomenon not always strictly dependent on the former – it abruptly changed urban life, undermining previous systems and creating urgencies. Cities as economic spaces have generated and attracted development, but at the same time they are agglomerations that create fragility. Therefore, the intertwining of a commitment to care with urban history takes on diversely significant connotations.

Initiatives in cities were initially associated with other forms of assistance for the "needy" which, in pre-industrial times, had inspired the amalgamation of welfare and charitable institutions for the care of the sick, orphans and the poor, the hospitality of pilgrims and the burial of the dead. This association is also ingrained into the imagination, as proven by the repeated representation of poverty and illness, even if direct references to forms of illness become increasingly explicit and realistic, generating conflicting reactions [Howden-Chapman, Mackenbach 2002].

Alongside the old structures, a new type of "Opere" was created with city-wide forms of specialisation and networking, such as women's hospitals, which, apart from their architectural history, deserve to be explored in terms of history of gender [Tetti 2018]. It is significant that the role of women in this field can be traced back to innovative interventions. This

rappresentazione che associa indigenza e malattia, anche se i riferimenti diretti alle forme della malattia divengono via via sempre più espliciti e realistici, generando reazioni conflittuali [Howden-Chapman, Mackenbach 2002].
Accanto alle antiche strutture si crea poi un nuovo tipo di Opere con forme di specializzazione e di rete a scala cittadina, sul tipo, per esempio, degli ospedali per le donne, che, al di là delle vicende architettoniche, meriterebbero un'esplorazione in termini di storia di genere [Tetti 2018]. È significativo che il ruolo delle donne in questo campo sia riconducibile a interventi innovativi. È il caso di Torino per le Opere fondate da Giulia Falletti di Barolo, rilevante nella doppia valenza del ruolo cruciale della fondatrice e dell'Opera pia per l'assistenza alle giovani donne [Barolo 1864; Borsarelli 1933; Ave 2007]. Le iniziative di Giulia Falletti di Barolo si inseriscono in un contesto particolarmente vivace e attento ai progressi della medicina e delle cure sanitaria, a seguito della dominazione francese[10]. Esse ben esprimono il momento di transizione e, al tempo stesso, l'influenza originale e innovatrice delle donne in questo campo. Se gli interventi della marchesa, nata Colbert di Maulevrier, furono ispirati dal modello di analoghe iniziative francesi, essi furono anche un apporto straordinario per il ripensamento nella capitale sabauda di una vera e propria rete di strutture assistenziali, fin primi decenni del XIX secolo[11]. La rete organizzata ideata dalla marchesa andava infatti ben oltre l'assistenza per le prostitute, presente anche a Torino come altrove. Il suo approccio era ampio e comprendeva un'organizzazione che va

is the case in Turin for the "Opere" founded by Giulia Falletti di Barolo, which is interesting due to its double significance in terms of the crucial role of the founder and the "Opera pia" for the assistance of young women [Barolo 1864; Borsarelli 1933; Ave 2007]. Giulia Falletti di Barolo's initiatives are part of a particularly lively context, attentive to advances in medicine and health care, following French rule[10]. They clearly express the moment of transition and, at the same time, the original and innovative influence of women in this field. If the interventions of the Marquise, née Colbert di Maulevrier, were inspired by the model of similar French initiatives, they were also an extraordinary contribution to the rethinking of a real network of welfare structures in the Savoy capital from the early decades of the 19th century[11]. The organised network devised by the Marquise went far beyond assistance for prostitutes, present in Turin just like everywhere else. Her approach was broad and included an organisation which ranged from women's prisons to education, from re-education to shelters for young women, aiming specifically to shatter the association between poverty, degeneration and illness. This type of intervention went so far as to construct a form of medical care that included the needs of other women, from different social backgrounds, but united by the condition of illness.
New studies have begun to highlight the innovative role women played in devising new types of service, including care [Niemi 1999]. If we consider that, in some cities, syphilis hospitals were used as a form of segregation and exploitation,

[10] Si vedano interventi e magistrature sanitarie rispetto alla figura di del medico Michele Francesco Buniva (Pinerolo, 1761 – Piscina, 1972) [Castronovo 1972].

[11] L'Opera pia Barolo è un istituto assistenziale fondato da Juliette Colbert di Maulevrier per educazione, rieducazione e soccorso alle giovani donne, i cui edifici sono tuttora esistenti [Politecnico di Torino-Dipartimento Casa Città 1984, 282].

[10] See health authorities and interventions in relation to the figure of the doctor Michele Francesco Buniva (Pinerolo, 1761 – Piscina, 1972) [Castronovo 1972].

[11] The "Opera pia Barolo" is a welfare institution founded by Juliette Colbert di Maulevrier for the education, re-education and succour for young women, the buildings of which still exist today [Politecnico di Torino-Dipartimento Casa Città 1984, 282].

dalle carceri femminili all'educazione, dalla rieducazione ai ritiri per giovani donne, mirando proprio a sfaldare l'associazione tra povertà, degenerazione e malattia. Inoltre, tale tipologia di interventi arrivava a costruire una forma di assistenza medica che include i bisogni di altre donne, diverse per estrazione sociale, ma unite dalla condizione di malattia.

Nuovi studi hanno iniziato a mettere in luce il ruolo innovativo che hanno avuto le donne nell'ideare nuovi tipi di servizi anche per la cura [Niemi 1999]. Se consideriamo che in alcune città i sifilicomi sono stati una forma di segregazione e sfruttamento, quest'ultimo gestito dalle stesse strutture di assistenza, ben si comprende quale possa essere l'interesse di una storia urbana più attenta a scavare su un ruolo, come quello della marchesa, tenuto ai margini se non oscurato. Nonostante a Giulia di Barolo fosse stato perfino riconosciuto un ruolo istituzionale, il suo nome scompare dalle storie, assorbito casomai dall'integrazione che fa riferimento al suo ruolo di moglie e dunque dall'espressione "marchesi di Barolo"[12]. Dunque, da un lato si rivela la portata dell'impatto sociale che può avere la cura; dall'altro si intravedono le potenzialità di un approccio che abbia in giusta considerazione tale elemento nella storia urbana.

Nelle città anche le politiche pubbliche danno forma ad altri tipi di intervento rilevanti. Gli studi di storia della medicina considerano che le cause ambientali della malattia siano state una convinzione diffusa fino a metà Ottocento, almeno fino agli studi di Pasteur sulle sue cause biologiche. Tale punto di vista andrebbe integrato con le prime osservazioni relative a malattie connesse all'industrializzazione. Nel *Grand dictionnaire de santé* del 1853 [Parent Aubert 1853] si rileva, per esempio, la necessità di collegare il tema della salute a quello del lavoro, soprattutto in relazione a determinati mestieri e all'uso di alcuni materiali e procedimenti di

[12] Il nome di Giulia di Barolo non è riportato neanche nei resoconti [Vegezzi 1839].

managed by the care facilities themselves, it is easy to understand the interest of an urban history that is more attentive to examining a role such as that of the marquise, kept on the margins if not obscured altogether. Despite the fact that Giulia di Barolo was even recognised as having an institutional role, her name disappears from the stories, absorbed if anything by the integration that refers to her role as wife and therefore by the expression "marquises of Barolo"[12]. On one hand, this reveals the extent of the social impact that care can have; on the other, the potential for an approach that takes this element into due account in urban history can be glimpsed.

In cities, public policies also shape other significant types of intervention. Studies of the history of medicine consider the environmental causes of disease to have been a widespread belief until the mid-19th century, at least until Pasteur's studies into its biological causes. This point of view should be complemented with initial observations on diseases related to industrialisation. For example, the *Grand Dictionnaire de Santé* [Parent Aubert 1853] published in 1853, indicates the need to link the matter of health to that of work, especially in relation to certain trades and the use of certain materials and manufacturing processes, such as lead and zinc preparations for the creation of colours and dyes. These observations are undoubtedly pertinent to places of production in urban spaces.

The considerations in the *Dictionnaire* point towards indicating the links between disease and its localisation in urban space. The connection is evident from the use of maps to identify the criticality of certain urban areas, as has been the case since the spread of yellow fever in New York in the late eighteenth century and then for the waves of cholera in Britain [Seaman 1798; La Berge 1984; Vaughan 2018].

[12] The name of Giulia di Barolo does not even appear in the reports [Vegezzi 1839].

fabbricazione, come ad esempio le preparazioni in piombo e zinco per i colori. Tali osservazioni hanno un'indubbia attinenza con i luoghi di produzione nello spazio urbano.
Le considerazioni del *Dictionnaire* vanno nella direzione di collegamenti rivelatori tra malattia e sua localizzazione nello spazio urbano. Tale connessione diviene evidente con l'uso di mappe per identificare la criticità di alcune aree urbane, così come è accaduto fin dalla diffusione della febbre gialla a New York a fine del Settecento e poi per le ondate di colera in Gran Bretagna [Seaman 1798; La Berge 1984; Vaughan 2018].
È nota l'opera capillare intrapresa dal filantropo Charles Booth, che ha mappato e spazializzato la povertà nella Londra ottocentesca creando – e visualizzando – il collegamento tra condizioni della popolazione – con indagini sulla povertà, il lavoro, la degenerazione, e la malattia – e spazio urbano [Booth 1889-1891]. Tale opera rappresenta anche un approccio nuovo di indagine dello spazio urbano che la recente consultazione su base dati digitale via *web* evidenzia anche per le relazioni con approcci recenti della *digital urban history*[13].
Ci sembra che l'integrazione spaziale possa aver costituito un punto di svolta determinante[14]. L'approccio allo spazio urbano, maturato nel corso del XIX secolo, introduce infatti nel binomio povertà-malattia dell'età preindustriale strumenti di analisi e operativi nuovi. Le risposte che le città hanno poi dato con tali nuovi mezzi sono state differenti per scala e per motivazione. Una profonda trasformazione interessa l'istituzione ospedaliera nel corso del XIX secolo con la ridefinizione di funzionalità e spazi di

The extensive work undertaken by the philanthropist Charles Booth, who mapped and spatialised poverty in nineteenth-century London by creating – and visualising – the link between the conditions in which the population lived – with surveys of poverty, work, degeneration, and disease – and urban space, is well known. [Booth 1889-1891]. This work also represents a new approach to investigating urban space, which the recent consultation of the web-based digital database also highlights in terms of its relationship with recent approaches of *digital urban history*[13].
It seems to us that spatial integration may have been a decisive turning point[14]. The approach to urban space, which developed during the 19th century, introduced new analytical and operational tools into the binomial of poverty and disease of the pre-industrial age. The subsequent responses of cities to these new tools varied in scale and motivation. The hospital institution underwent extensive transformation during the 19th century, redefining its functions and spaces for receiving pilgrims or the poor, and turning them into places for medical treatment and the study of clinical conditions and infirmities. On an urban scale, the likening of the city to a living organism led to the determination of the relationship between its ills and their localisation, of which mapping became a tool and a pretext for "surgical" treatment. [Vaughan 2018]. Calabi's studies on the diseased fabric of industrial cities are well known, not only due to the transposition of medical language to the field of town planning [Calabi 1979]; it has also been shown how scientific elaborations and prescriptive

[13] Si veda il progetto e la piattaforma digitale della London School of Economics LSE *Poverty Maps and London Notebooks*: https://booth.lse.ac.uk/.

[14] Sull'importanta della spazializzazione in relazione al tema della malattia, si veda lo studio sull'uso delle mappe dal XVIII secolo – con spunti anche precedenti – fino a casi recenti di analisi di *cluster* di diffusione del cancro e dell'AIDS [Koch 2011].

[13] See the project and digital platform of the London School of Economics LSE *Poverty Maps and London Notebooks*: https://booth.lse.ac.uk/.

[14] On the importance of spatialisation in relation to the topic of disease, see the study on the use of maps from the 18th century – also with earlier insights – to recent cases of cluster analysis of cancer and AIDS spreads [Koch 2011].

accoglienza di pellegrini o poveri, che diventano sedi per il trattamento medico e lo studio delle condizioni cliniche e di infermità. Alla scala urbana, l'assimilazione della città a un organismo porta a determinare la relazione tra i suoi mali e la loro localizzazione, di cui la mappatura diventa strumento e pretesto per un trattamento "chirurgico" [Vaughan 2018]. Sono ben noti gli studi di Calabi sul tessuto malato delle città industriali, non solo per la trasposizione del linguaggio medico in campo urbanistico [Calabi 1979]; così pure si è evidenziato come elaborazioni scientifiche e misure prescrittive di norme igieniche si siano intrecciate con le decisioni relative agli spazi urbani [Zucconi 1999]. Di fatto la risposta prevalente delle politiche urbane è andata nella direzione di estirpare il binomio povertà-malattia con interventi che hanno trovato nelle ragioni di sanità pubblica un funzionale pretesto per altri scopi.

In tale contesto interessa però considerare il tipo di risposta che ci riporta alle considerazioni sui princìpi e diritti di uguaglianza rispetto alla cura e a un tipo di approccio alla storia urbana che ne indaga le modalità. Sappiamo che la necessità di un impegno pubblico nel garantire alcuni aspetti di una maggiore equità nelle città informa la teoria dell'ingegnere catalano Ildefonso Cerdà; tra questi, insieme a mercati e scuole, quello della cura appare cruciale. La *Teoria general de la Urbanizaciòn* (1867) annovera gli ospedali tra le dotazioni essenziali di una città e li misura rispetto ai bisogni urbani [Cerdà 1867]; il piano per Barcellona di Cerdà, in particolare, ne indica tre per una popolazione che, per quegli anni, può essere calcolata complessivamente intorno ai 250.000 abitanti. Nel piano gli ospedali risultano localizzati ai margini della città. Tuttavia, a un'analisi accurata condotta da un interessante studio, si sono dimostrati, al contrario, centrali rispetto all'obiettivo di garantire una maggiore equità in termini di cure mediche nella città [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011]; l'urbanista e ingegnere spagnolo fa della morfologia dello spazio urbano uno strumento per raggiungere tale obiettivo.

measures for hygiene standards intertwined with decisions relating to urban spaces [Zucconi 1999]. The prevailing response of urban policies moved towards the eradication of the binomial of poverty and disease, with interventions that have used public health as a functional pretext for other goals.

In this context, however, it is interesting to consider the kind of response that brings us back to considerations of the principles and rights of equality with respect to care and to a kind of approach to urban history that investigates its modalities. We know that the need for a public commitment to ensuring certain aspects of greater equity in cities inspired the theory of Catalan engineer Ildefonso Cerdà; among these, together with markets and schools, that of care seems crucial. The *Teoria general de la Urbanizaciòn* (1867) includes hospitals among the essential facilities of a city and measures them in relation to urban necessities [Cerdà 1867]; Cerdà's plan for Barcelona in particular indicates three hospitals for a population which, at that time, could be calculated at around 250,000 inhabitants. In the plan, the hospitals are located on the outskirts of the city. However, a careful analysis carried out by an interesting study has shown that they are, on the contrary, central to the aim of ensuring greater equity in terms of medical care in the city [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011]; the Spanish urban planner and engineer makes the morphology of urban space a tool to achieve this goal.

Cerdà's proposal is based on a careful analysis of inequality with regard to treatment possibilities. From his statistical investigations he seems to have obtained very precise data to sustain that three hospitals with ten midwives and 69 surgeons could meet the needs of the population and improve the life expectancy for all – at that time estimated at 38.83 years for the wealthy compared to 19.68 for the poor – if they were located in the urban space [Cerdà 1867]. The group of Pallares-Barbera, based on GIS support, calculated the number of population

La proposta di Cerdà si basa su un'attenta analisi della diseguaglianza rispetto alle possibilità di cura. Dalle sue indagini statistiche sembra aver ricavato dati molto precisi per sostenere che 3 ospedali con 10 ostetriche e 69 chirurghi potevano far fronte ai bisogni della popolazione e migliorare le aspettative di vita per tutti – a quel tempo stimate a 38,83 anni per le classi ricche rispetto ai 19,68 delle classi povere – se così localizzati nello spazio urbano [Cerdà 1867]. Il gruppo di Pallares-Barbera, sulla base di un supporto GIS, ha calcolato il numero di popolazione servita da ogni ospedale in rapporto ai tempi per raggiungerlo e, dunque, verificato che ogni ospedale risulta localizzato a non più di 30 minuti di distanza per il 78% della popolazione. È altrettanto rilevante la considerazione che riguarda la tenuta a distanza del disegno di Cerdà, dimostrata sulla base dell'influenza di questo modello in Spagna e dalle aspettative di vita recenti che fanno rilevare una differenza significativa della situazione in Spagna rispetto alla situazione nel resto del mondo[15].

Conclusioni

Ai fini del nostro quadro è estremamente significativo che la cura non trovi nella politica normativa solo una indicazione quantitativa; essenziale, invece, appare la definizione qualitativa rispetto allo spazio urbano. Si mette così in evidenza la necessità di garantire una concreta accessibilità alle cure, connessa in tal caso alla mobilità, ma al tempo stesso se ne ricava la rilevanza dell'elemento spaziale nel rapporto tra cura e città. Se la diseguaglianza si esprime anche attraverso le forme spaziali e le loro gerarchie, allora le indagini spaziali

[15] Lo studio del gruppo di Montserrat Pallares-Barbera mette a confronto dati più recenti (2009) sulle aspettative di vita della popolazione a basso reddito (57 anni) e a alto reddito (80) nel mondo con quelle in Spagna (82) [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011, 131].

served by each hospital in relation to the time to reach it and found that each hospital is located no more than 30 minutes away for 78% of the population. Equally relevant is the consideration of the distancing of Cerdà's design, demonstrated on the basis of the influence of this model in Spain and recent life expectancy, which show a significant difference between the situation in Spain and the situation in the rest of the world[15].

Conclusions

For the purposes of our framework, it is extremely significant that care is not only quantitatively defined in the regulatory policy, but also qualitatively defined in relation to urban space. The need to guarantee accessibility to care, which in this case is linked to mobility, is highlighted, but at the same time, the importance of the spatial element in the relationship between care and the city is highlighted. If inequality is also expressed through spatial forms and their hierarchies, then spatial investigations can be a significant approach to urban history.

Lastly, numerous studies have highlighted how awareness and initiatives have been, if not consequent, at least stimulated by the management of emergencies, particularly related to epidemics – from plague to cholera and influence, with the addition of COVID-19. It will also be necessary, however, for urban history to offer extraordinary sources to tangibly verify the policies and provisions in response to the aforementioned emergencies, which were not and never were an automatic, neutral or even always shared product. Comparative contexts are therefore essential.

[15] The study by Montserrat Pallares-Barbera's group compares the most recent data (2009) on life expectancy for low-income (57 years) and high-income (80) individuals worldwide with that in Spain (82) [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011, 131].

possono risultare un approccio non secondario per la storia urbana.
Molti studi, infine, hanno inteso evidenziare come consapevolezza e iniziative siano state, se non conseguenti, perlomeno stimolate dalla gestione di momenti di emergenza, in particolare connessi alle epidemie – dalla peste al colera e all'influenza, a cui si aggiungerà il COVID-19. Sarà anche necessario, però, che la storia urbana individui chiavi di lettura e risorse altrettanto straordinarie per verificare concretamente le politiche e le disposizioni in risposta alle citate emergenze, che non furono e non sono state un prodotto né automatico né neutrale né tantomeno sempre condiviso. I contesti comparativi risultano dunque essenziali.
Intanto, mentre la definizione del *welfare* resta storicamente non del tutto specificata e la WHO ha introdotto nuove nozioni di *community health* – laddove la salute pubblica è utilizzata anche come parametro per misurare l'esercizio dei diritti umani [Gostin, Mann, Gostin 1994] – avanza oggi una nuova definizione del *Wellbeing*, di cui la salute costituisce nuovamente un aspetto dialettico [Berridge, Loughlin 2003]. Rispetto all'accezione che si è storicizzata, la nuova definizione sembra assumere una modificazione culturale del concetto stesso di salute e dello *star bene*. Come è stato rilevato, la salute è una parola chiave che si definisce in relazione alle strutture sociali; pertanto, essa si articola con diverse accezioni e pratiche, tanto che la medicina non è mai riuscita a contenere la proliferazione dei significati associati al termine [Crawford 2006]. La nuova definizione considera che *perseguire* la salute è anche diventata un'attività che richiede enormi risorse e genera una specializzazione sempre maggiore di beni, servizi e conoscenza. Nel significato di recente rivisitato si tiene conto di una più complessa condizione psicofisica, in cui è stata inclusa la soddisfazione di bisogni molteplici, di recente evidenziati dalla crisi pandemica da COVID-19, connessi anche a servizi culturali. Il contributo *To mental health and well-being* fornito dalla cultura

Meanwhile, while the definition of welfare remains historically unspecified and the WHO has introduced new notions of Community health – whereas the public health has been included in human rights impact assessment [Gostin, Mann, Gostin 1994] – there is now a new definition of Wellbeing, of which health is again a dialectical aspect [Berridge, Loughlin 2003]. Compared to its historical meaning, the new definition seems to assume a cultural modification of the very concept of health and wellbeing. As has been pointed out, health is a key word that is defined in relation to social structures; it therefore has various meanings and practices, so much so that medicine has never been able to contain the proliferation of meanings associated with the term [Crawford 2006]. The new definition takes into account that pursuing health has also become a resource-intensive activity that generates an ever-increasing specialisation of goods, services and knowledge. The newly revised meaning takes into account a more complex psychophysical condition, including the satisfaction of multiple needs, recently highlighted by the COVID-19 pandemic crisis, also related to cultural services. The contribution *To mental health and well-being* provided by culture and cultural heritage is at the centre of reflections and debates[16].
A holistic understanding of the body and mind, of the consideration of the care of the individual for their physical health, of the spaces in which they live and of their participation in culture and heritage are elements of the perception of a more global public health that is integrated with the environment and with the

[16] For instance, it was matter of discussion during the webinar coorganized by ICOM e OECD on 10 April 2020, *Coronavirus (COVID-19) and museums: impact, innovations and planning for post-crisis*, and during the one of the project MNEMONIC on 21 September 2021, *La resilienza del patrimonio culturale italiano e le nuove sfide digitali*. See also [Tamborrino *et alii* c. s.].

e dal patrimonio culturale è al centro di riflessioni e discussioni[16].
Un'accezione olistica del corpo e della mente, della considerazione della cura dell'individuo per la sua salute fisica, degli spazi in cui vive e della sua partecipazione alla cultura e al patrimonio sono elementi di percezione di una salute pubblica più globale e integrata con l'ambiente e con i princìpi di sostenibilità [Bentley 2014]. In una società sempre più "urbana", le città restano ancora nodali e la loro storia va al di là di un esempio. Comportamenti, bisogni e spazi ne segnano profondamente la memoria e le future ricerche, con un impegno che auspichiamo rinnovato.

principles of sustainability [Bentley 2014]. In an increasingly "urban" society, cities continue to be nodal and their history goes beyond being merely an example. Their behaviour, needs and spaces profoundly mark the memory and future research, with a commitment that we hope will be renewed.

[16] Ad esempio, è stato oggetto di discussione nel webinar coorganizzato da ICOM e OECD il 10 aprile 2020, *Coronavirus (COVID-19) and museums: impact, innovations and planning for post-crisis,* e in quello del progetto MNEMONIC il 21 settembre 2021, *La resilienza del patrimonio culturale italiano e le nuove sfide digitali*. Inoltre, su questi temi si veda [Tamborrino *et alii* c. s.].

Bibliografia

BAROLO, G. (1864). *Disposizioni testamentarie della marchesa Giulia Falletti di Barolo nata Colbert di Maulevrier: concernenti l'instituzione e gli oneri dell'Opera pia Barolo*, Botta, Torino.

BENEDETTI, R. (2021). *Venezia 1576, la peste. Una drammatica cronaca del Cinquecento*, a cura di D. Calabi, L. Molà, S. Rauch, E. Svalduz, Caselle di Sommacampagna, Cierre.

BENTLEY, M. (2014). *An Ecological Public Health Approach to Understanding the Relationships between Sustainable Urban Environments, Public Health and Social Equity*, in «Health Promotion International», vol. 29, n. 3, pp. 528-537.

BERRIDGE, V., LOUGHLIN, K. (2003). Public Health History, in «Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)», vol. 57, n. 3, pp. 164-165.

BOOTH, C. (1889-1891). *Life and labour of the People of London*, 2 voll., London, Macmillan & co.

BORSARELLI, R. M. (1993). *La marchesa Giulia di Barolo e le opere assistenziali in Piemonte nel Risorgimento*, G. Chiantore, Torino.

BRIGGS, A. (1961). *The Welfare State in Historical Perspective*, in «European Journal of Sociology/Archives Européennes de Sociologie/Europäisches Archiv Für Soziologie», vol. 2, n. 2, pp. 221-258.

CALABI, D. (1979). *Il male città: diagnosi e terapia. Didattica e istituzioni nell'urbanistica inglese del primo '900*, Roma, Officina.

CERDÀ, I. (1867). *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*. Madrid, Imprenta Española, Torija.

CRAWFORD, R. (2006). *Health ad a Meaningful Social Practice*, in «Health», vol. 10, n. 4, pp. 401-420.

DEVOTI, C., NARETTO, M. (2010). *Ordine e sanità. Gli ospedali mauriziani tra XVIII secolo e XX secolo: storia e tutela*, Torino, Celid.

Giulia Colbert di Barolo madre dei poveri. Biografia documentata (2007), a cura di A. Tago, Libreria editrice vaticana, Città del Vaticano.

GOSTIN, L., MANN, J. M., GOSTIN, L. (1994). *Towards the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health Policies*, in «Health and Human Rights», vol. 1, n. 1, pp. 58-80.

HOLDSWORTH, W. A. (1891). *The Public Health (London) Act, 1891: with an introduction notes, and an index*, London, George Routledge.

HOWDEN-CHAPMAN, P., MACKENBACH, J. (2002). *Poverty And Painting: Representations in 19th Century Europe*, in «BMJ: British Medical Journal», vol. 325, n. 7378, pp. 1502-1505.

Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione (2003), a cura di E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori, Milano, Giuffrè.

KOCH, T. (2011). *Disease Maps: Epidemic on the Ground*, Chicago, University of Chicago Press.

LA BERGE, A. F. (1984). *The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement: The Disciplinary Development and Institutionalization of 'Hygiène Publique'*, in «Bulletin of the History of Medicine», vol. 58, n. 3, pp. 363-379.

La santé des populations civiles et militaires Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-XVIIIe siècles (2010), a cura di E. Belmas, S. Nonnis Vigilante, Villeneuve d'Ascq., Presses Universitaires du Septentrion.

Legge 3 agosto 1862, n. 753, sull'amministrazione delle Opere pie (1862), in «Gazzetta Ufficiale», n. 201, 25 agosto.

LEWIS, R. A. (1952). *Edwin Chadwick and the Public Health Movement, 1832-1854*, London-New York-Toronto, Longmans, Green & co.

MONTANARI, D., ONGER, S. (2002). *I ricoveri della città: storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia, secoli XVI-XX*, Brescia, Grafo.

MONTI, M. (2000). *Storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica a Bologna*, in *Atti del Convegno Nazionale "Storia dell'Assistenza Infermieristica", Bologna, 25 Febbraio 2000*, a cura dell'Area Integrazione Immagine-Servizio Infermieristico Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna, s. e., pp. 3-13.

NIEMI, M. (1999). *Challenging Authorities' Views: Women and Health in British and Swedish Cities, 1900-20*, in *Women in Towns: The Social Position of Urban Women in a Historical Context*, a cura di M. Hietala, L. Nilsson, Stockholm, Stadsoch kommunhistoriska institut.

NIEMI, M. (2016, I ed. 2007). *Public Health and Municipal Policy Making: Britain and Sweden, 1900-1940*, London, Routledge.

PALLARES-BARBERA, M., BADIA, A., DUCH, J. (2011). *Cerdà and Barcelona: The Need for a New City and Service Provision*, in «*Urbani Izziv*», vol. 22, n. 2, pp. 122-136.

PARENT AUBERT, M. (1853). *Grand dictionnaire de Santé, contenant la médecine usuelle et pratique, la chirurgie, l'hygiène, la pharmacie et toutes les sciences accessoires a la médecine*, Paris, Boucquin imprimeur.

PERALTA-SANTOS, A., SABOGA-NUNES, L., MAGALHÃES, P. C. (2021). A tale of two pandemics in three countries: Portugal, Spain, and Italy, in *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, a cura di A. Peralta-Santos, L. Greer Scott, E. J. King, E. Fonseca Massarda, Ann Arbor, University of Michigan Press, pp. 361-77.

POLITECNICO DI TORINO-DIPARTIMENTO CASA CITTÀ (1984). *Beni Culturali ambientali nel Comune di Torino*, vol. 1, Torino, Società degli Ingegneri e degli Architetti in Torino.

POND, M. A. (1968). *Role of the Public Health Service in Housing and Urban Life*, in «Public Health Reports (1896-1970)», vol. 83, n. 2, pp. 101-107.

ROSEN, G. (1958). *A History of Public Health*, New York, MD Publications.

SAVORRA, M. (2021). *Per la donna, per il bambino, per la razza. L'architettura dell'ONMI tra eutenica ed eugenica nell'Italia fascista*, Siracusa, LetteraVentidue.

SEAMAN, V. (1798). *An Inquiry into the Cause of the Prevalence of the Yellow Fever in New York, 10 March 1797*, in «Medical Repository», vol. 1, n. 3, pp. 315-332.

SILEI, G. (2003). *Lo Stato sociale in Italia. Storia e documenti. Vol. 1: Dall'unità al fascismo, 1861-1943*, Manduria, P. Lacaita.

TAMBORRINO, R., BONINI BARLALDI, S., CHIUSANO, S., CUNEO, C., LONGHI, A., RINALDI, B. M., DINLER, M., GIANASSO, E., SALIZZONI, E., ALIAKBARI, F., ALIBERTI, A. (c. s.). *MNEMONIC: un progetto e un gruppo di lavoro per la transizione digitale nell'ambito del cultural e natural heritage*, in *Studi in onore di Giulio Mondini*, Heredium, Torino, Scuola di Specializzazione in Beni Culturali e Paesaggio, Politecnico di Torino.

The History of Public Health and the Modern State (1994), a cura di D. Porter, Amsterdam-Atlanta (GA), Editions Rodopi B. V.

TETTI, B. (2018). *La maternità segregata. L'Ospedale di S. Rocco a Roma per le partorienti "celate"*, in *The Other City, History and image of urban diversity: places and landscapes of privileges and well-being, of isolation, of poverty, and of multiculturalism*, a cura di F. Capano, M. Visone, M. I. Pascariello, Napoli, Federico II University Press-fedOA Press, pp. 1923-1930.

VAUGHAN, L. (2018). *Disease, Health and Housing*, in EAD., *Mapping Society: the Spatial Dimensions of Social Cartography*, London, UCL Press, pp. 24-60.

VEGEZZI, G. (1839, I ed. 1838). *Cenni intorno al correzionale delle prostitute ed all'ospizio celtico*, in «Giornale Arcadico di Scienze, Lettere ed Arti», t. LXXX, pp. 3-5.

WEINER, D. (1970). *Le droit de l'homme à la santé: une belle idée devant l'Assemblée constituante: 1790-1791*, in «Clio Medica», n. 5, pp. 208-23.

ZUCCONI, G. (1999, I ed. 1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book.

Sitografia

CASTRONOVO, V. (1972). *Buniva, Michele Francesco*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 15: https://www.treccani.it/enciclopedia/michele-francesco-buniva_%28Dizionario-Biografico%29/ [dicembre 2021].

Constitution of the World Health Organization (2020): https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6 [dicembre 2021].

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (1789): https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789 [dicembre 2021].

Https://booth.lse.ac.uk/ [dicembre 2021].

OFFICE OF THE UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, WORLD HEALTH ORGANISATION (2008). *The Right to Health*, in «Fact Sheet», n. 31: https://www.ohchr.org/documents/publications/factsheet31.pdf [dicembre 2021].

WORLD HEALTH ORGANISATION (2017). *Human Rights and Health*, 29 dicembre: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health [dicembre 2021].

LA CITTÀ E LA CURA: SPUNTI DI RIFLESSIONE TRA RICERCA STORICA E INTRECCIO DEI SAPERI

CITIES AND CARE: ELEMENTS FOR REFLECTION BETWEEN HISTORICAL RESEARCH AND INTERTWINING OF KNOWLEDGE

Marco Morandotti, Massimiliano Savorra

Premessa

Sebbene sia stata percepita, in alcuni momenti storici, come il luogo dove il corpo si ammalava, e dove le epidemie potevano dilagare più intensamente, a causa della grande densità abitativa, la città da sempre è stata sede privilegiata delle cure mediche, sia perché nei centri maggiori si sono insediati i più avanzati presidi medici sia perché nei contesti urbani il sapere medico ha più frequentemente trovato il terreno adatto per sviluppare le sue principali innovazioni scientifiche[1]. Sulla base di questo assunto dal 10 al 12 settembre 2020 è stato organizzato, dall'Università degli Studi di Pavia e dall'Associazione Italiana di Storia Urbana AISU, un convegno internazionale dedicato al rapporto fra la città e la cura in senso ampio e disciplinarmente trasversale. La scelta del tema fu decisa nel congresso biennale dell'AISU di Bologna del settembre 2019, in

Premise

Although the city has been perceived, at certain times in history, as the place where the body becomes sick, and where epidemics spread more rapidly because of a high population density, the city has nonetheless always been the privileged seat of medical care. Both because it is in larger centres that the most advanced medical facilities were established, and because in urban contexts medical knowledge has more often found the right terrain to develop its main scientific innovations[1]. On the basis of this assumption, from 10 to 12 September 2020 the University of Pavia and the Italian Association of Urban History (AISU) organised an international conference dedicated to the relationship between the city and care in a broad and transversal perspective. The decision to focus on this theme was taken at the biennial congress of the AISU in Bologna in September 2019, at a time

[1] Questa introduzione riprende, ampliandoli, i contenuti esposti nel testo *Il paradigma dell'urbanità tra resilienza e pandemia. Prospettive di ricerca e di dibattito*, apparso nelle *Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi*, (8, maggio 2020), che annunciava il convegno AISU di Pavia 2020.

[1] This introduction takes up and expands on the contents of the text *Il paradigma dell'urbanità tra resilienza e pandemia. Prospettive di ricerca e di dibattito*, which appeared in the *Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi*, (8, May 2020), announcing the Pavia 2020 AISU conference.

© Aisu International 2021

un momento in cui non si aveva ancora consapevolezza del dramma mondiale che sarebbe da lì esploso per la pandemia dovuta alla malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2. Dopo una serie di discussioni tenute tra il gennaio e il marzo 2020, il comitato scientifico e organizzatore ha deciso di non rimandare l'incontro di Pavia e di sperimentare un modello di *forum* da tenere a distanza, permesso anche dalle nuove tecnologie, che via via si stavano affiancando alle usuali modalità di interazione in presenza. Selezionati in seguito a una *call*, i partecipanti hanno registrato dunque il loro contributo, caricandolo poi sulla piattaforma predisposta dall'AISU nei giorni precedenti l'evento. Ciò ha permesso, durante i video-incontri pavesi, una discussione generale in nove tavole rotonde tematiche, coordinate da *discussant* (1. Paola Lanaro-Luca Mocarelli, 2. Donatella Calabi-Renata Crotti, 3. Marco Folin-Elena Svalduz, 4. Gerardo Doti-Sergio Onger, 5. Alessandro Greco-Marco Pretelli, 6. Donatella Strangio-Guido Zucconi, 7. Salvo Adorno-Fabio Mangone, 8. Roberto De Lotto, 9. Daniela Besana-Franco Polverino). Si è sviluppato così un dibattito ampio e articolato, avviato dopo la *lectio magistralis* di Paolo Mazzarello dal titolo *Camillo Golgi ispiratore di grandi strutture sanitarie*, e dopo un dialogo sulla gestione sanitaria in emergenza tra Fausto Baldanti e Francesco Rigano sul tema *La città delle comunità collegiali in pandemia: l'esperienza pavese*.

Nei mesi in cui avevamo organizzato il convegno, e nei giorni in cui si è svolto, vissuti nel segno dell'incertezza, abbiamo compreso che il passaggio di una pandemia nelle nostre città e nelle nostre vite – come è stato spesso ricordato – non poteva essere considerato uno dei tanti eventi traumatici, che, terminata la fase eccezionale, ci avrebbe riconsegnato il paesaggio urbano precedente. Anzi, superato il dolore, il disagio, i dissesti di qualsiasi tipo, doveva arrivare il momento di esplorare e capire che cosa avremmo dovuto trattenere di una stagione durata più di quel che si immaginava.

when there was still no sign of the global crisis that would hit with the pandemic caused by SARS-CoV-2 acute respiratory syndrome. After a series of discussions held between January and March 2020, the scientific and organising committee decided not to postpone the Pavia meeting and to experiment with a remote forum model, made possible by new technologies that gradually replaced the usual formats based on face-to-face interaction. Selected following a call for entries, participants recorded their contributions and uploaded them onto the platform set up by AISU in the days leading up to the event. This allowed to structure a general discussion in nine thematic round tables during the video-meetings in Pavia, coordinated by discussants (1. Paola Lanaro – Luca Morelli, 2. Donatella Calabi – Renata Crotti, 3. Marco Folin – Elena Svalduz, 4. Gerardo Doti – Sergio Onger, 5. Donatella Strangio – Guido Zucconi, 7. Salvo Adorno – Fabio Mangone, 8. Roberto De Lotto, 9. Daniela Besana – Franco Polverino). A wide-ranging and articulated debate developed, inaugurated by the *lectio magistralis* by Paolo Mazzarello entitled *Camillo Golgi inspiratore di grandi strutture sanitarie*, (Camillo Golgi ideator of large healthcare facilities) and by a dialogue on health management in emergencies between Fausto Baldanti and Francesco Rigano who spoke on the theme *La città delle comunità collegiali in pandemia: l'esperienza pavese* (The city of collegiate communities during a pandemic: the case of Pavia).

During the months leading up to the conference, and in the days in which it took place, marked by uncertainty, we realised that the pandemic, the way it was affecting our cities and our lives – as has often been noted –, could not simply be thought of as a traumatic event like many others, whose most acute phase would pass allowing us to return to the previous urban landscape. On the contrary, after having overcome the pain, the discomfort, the disruption, the moment had to come to explore and understand what had to be retained of a period that lasted longer than expected.

Quali competenze e quali conoscenze del passato si erano rivelate efficaci per affrontare un'emergenza improvvisa, e potevano quindi suggerire approcci consapevoli al dilagare di fenomeni solo apparentemente imprevedibili? Quale impatto la crisi globale avrebbe avuto nell'indirizzare i percorsi di ricerca e di riflessione delle nostre comunità scientifiche? In che modo una riflessione sui temi e sui luoghi della cura, dalle città tardo-medievali fino alle città contemporanee, poteva contribuire alla progettazione del futuro? Gli interventi presentati prima del colloquio sulla piattaforma digitale sono stati successivamente rivisti dagli autori, anche sulla base delle osservazioni dei *referee*, sempre tenendo conto delle diverse prospettive disciplinari o interdisciplinari, con l'obiettivo di ampliare gli studi articolando ulteriormente il campo della storia urbana. Il convegno dell'AISU tenutosi a Pavia si è aperto, infatti, ai tanti *modi* di affrontare la conoscenza e la trasformazione della città storica in evoluzione. Questa raccolta di scritti ha dunque l'obiettivo di far emergere le plurime pratiche e concezioni della cura, esplorate nelle diverse epoche, in situazioni geografiche differenti e in contesti culturali eterogenei.

Creare e gestire i luoghi della cura

I saggi che seguono contengono una riflessione articolata, mediante trattazioni di argomenti trasversali o analisi di casi studio, relativa al tema generale del rapporto tra la città e la cura tra età moderna e contemporanea. Tema che ha riguardato, nel corso del tempo, almeno da quando le fonti documentarie consentono di coglierne le peculiarità, tre questioni strettamente interconnesse: epidemia, assistenza, povertà; imprevedibile e feroce la prima, caritatevole e sovente poco attrezzata la seconda, disturbante e talvolta spietata la terza. Alle numerose, disastrose pandemie che hanno colpito l'umanità – dal morbo di Giustiniano al colera nell'Ottocento fino al COVID-19, passando dalla pandemia di peste nera del 1347-1351,

What skills and knowledge from the past had proved effective in tackling a sudden emergency, and could therefore prove useful in articulating informed approaches to phenomena that were only apparently unpredictable? What impact would the global crisis have in shaping the lines of research and the reflections of our scientific communities? How could a reflection on the themes and places of care, from late medieval cities to contemporary cities, contribute to planning the future? The papers presented before the meeting held on the digital platform were subsequently revised by the authors, also on the basis of the comments of the referees, always taking into account the different disciplinary or interdisciplinary perspectives, with the aim of expanding the studies by further articulating the field of urban history. The AISU conference held in Pavia, in fact, reflected the many *ways* of addressing the knowledge and transformation of the evolving historical city. The aim of this collection of articles is therefore to communicate the multiple practices and conceptions of care, explored in different periods, in different geographical situations and in heterogeneous cultural contexts.

Creating and managing places of care

The following essays present an articulated reflection on the general topic of the relationship between city and care in modern and contemporary ages carried out addressing transversal topics and analysing case studies. Historically – starting from when the documentary sources allow to grasp its peculiar traits – this topic has been closely related to three interconnected issues: epidemics, care and poverty. The first being unpredictable and fierce, the second related to the dimension of charity and often ill-equipped, while the third is disturbing and at times ruthless. The numerous and disastrous pandemics that have afflicted humanity – from the Plague of Justinian to cholera in the 19th century and Covid-19, but also the black plague pandemic

alla ben nota peste secentesca di manzoniana memoria e al tifo ciclicamente affiorante nell'Europa moderna – sono seguiti spesso problemi di pauperismo, gravi in alcuni contesti geografici, gravissimi durante i periodi in cui si verificarono lunghe ed estenuanti emergenze[2].
Indagato in maniera specifica nei contributi della *Parte prima*, il tema della gestione della cura e dell'assistenza nei momenti di crisi si configura, a ben vedere, come un filo conduttore imprescindibile, anche per tutte le altre sezioni del presente volume. Le letture delle fonti storiche condotte nei saggi fanno riflettere su come la reazione agli eventi epidemici eccezionali nelle città di antico regime fosse, in prima battuta, normativa (avvisi e ordini, prescrizioni, codici d'igiene, leggi di pubblica sicurezza, ecc.), poi operativa e gestionale, mossa quest'ultima da una comune questione: come contenere la diffusione della malattia, e una volta arginata, come risollevare l'economia. Proprio la rinascita socioeconomica, la capacità di adattamento ad un mutato contesto, il ripensamento delle strutture assistenziali e le trasformazioni urbane conseguenti sono stati i pilastri di vere e proprie trasformazioni epocali, che hanno talvolta dato luogo a radicali cambi di paradigma nella organizzazione sociale.
Alle tre questioni su evocate potrebbe aggiungersi quella del progresso e dell'evoluzione della cura, che hanno determinato inevitabilmente la creazione, l'uso e le trasformazioni degli spazi. Descrivere il rapporto della città con la malattia e con la cura, dunque, soprattutto di quei luoghi in cui ciascuna società ha messo in campo l'insieme delle risorse via via disponibili nel tentativo talora efficace, talora vano, di rispondere alla drammaticità delle situazioni contingenti, ha significato articolare un lungo racconto, a partire dai primi edifici dell'assistenza – inizialmente familiare, poi dall'età di mezzo essenzialmente religiosa – che hanno determinato la

of 1347-51, the well-known 17th century plague recounted by Manzoni and finally typhus, which cyclically broke out in modern Europe – have often been followed by problems linked to pauperism, particularly serious in some geographical contexts and extremely serious in the case of very tiring emergencies that lasted a long time[2].
The contributions in *Part One* investigate in particular the management of care and assistance in times of crisis, which is unavoidably the underlying theme of the other sections as well. The historical sources analysed in the essays call for a reflection on how the reaction to exceptional epidemic events in cities of the past was, at first, normative (notices and orders, provisions, hygiene rules, public safety laws, etc.), then operational and managerial, where management was aimed at the general objective of containing the spread of the disease and, once contained, reviving the economy. It was precisely the socio-economic recovery, the ability to adapt to a changed context, to rethink welfare structures, together with the consequent urban transformations, that led to true epochal shifts, sometimes coinciding with radical paradigm changes in social organisation.
To the three issues mentioned above we might add the progress and evolution of care, which has inevitably determined the creation, use and transformation of spaces. Describing the city's relationship with illness and care, therefore, especially in places where societies have deployed all the resources available in an attempt to respond to the dramatic nature of contingent situations – at times effectively, other times in vain – requires to retrace a long history that starts with the first buildings dedicated to care – initially the task of families and later, from the Middle Ages, of religious institutions – which led to the birth of *hospitals* in cities. This is also because, apart from isolated cases, prior to the 12th century these buildings consisted of *xenodochia* and

[2] Carlo M. Cipolla ci ha lasciato pagine memorabili; si vedano i suoi lavori citati nella bibliografia.

[2] Carlo M. Cipolla wrote memorable pages on this; we refer to his works in the bibliography.

nascita nelle città degli *ospedali* propriamente detti. Anche perché, a parte casi isolati, tali edifici anteriori al XII secolo erano formati dagli *xenodochia* e dagli *hospitia* sorti lungo i percorsi di pellegrinaggio verso i santuari della cristianità oppure, nel caso di pestilenze o di contagi di lebbra, da capanne o comunque fabbricati isolati posti alle porte della città.

La città e gli ospedali: l'architettura della cura

Tuttavia, come dimostrano i saggi contenuti nella *Parte seconda* di questo volume, è a partire dell'età moderna che ha preso avvio una fase interessante dell'architettura della cura, nella quale la società ha resistito, cercando di organizzare, all'interno dei perimetri urbani, aree dedicate all'accoglienza e all'assistenza dei malati. Non è un caso che tra il XII e il XVIII secolo, grazie alle decisioni dei vari governi o ai lasciti di privati, fu possibile fondare *ex novo* ospedali laici, da affiancare a quelli di ispirazione religiosa. Peraltro, l'attenzione verso le strutture destinate all'assistenza dei poveri e dei malati era cresciuta in ogni parte d'Europa, tanto che le città, ma anche i piccoli villaggi si erano dotati di luoghi predisposti alla cura, sempre affidati alla gestione di ordini religioso-cavallereschi, al clero locale, a canonici agostiniani o a confraternite (i casi rubricabili in ogni città europea sono davvero numerosi)[3].
Ricerche di storia economica e di storia religiosa, dagli anni Sessanta del Novecento, hanno ricostruito la storia ospedaliera e messo a fuoco i problemi della povertà nelle città occidentali. In seguito, grazie anche alla nascita di centri studi specifici di storia sanitaria come il Ciso [Bressan 1992], tali filoni di interesse si sono confrontati con altri settori disciplinari (storia

[3] Oltre ai saggi contenuti nel presente volume si rimanda anche a *Città e servizi sociali* 1990 e ai riferimenti bibliografici essenziali riportati in [Grohmann 2005].

hospitia erected along the routes of pilgrimage that led to Christian sanctuaries, or, in the case of plagues or leprosy outbreaks, of huts or other isolated buildings on the outskirts of cities.

Cities and hospitals: the architecture of care

As the essays contained in *Part Two* of this volume show, it was however only from the modern age onwards that an interesting phase in the architecture of care began, in which society resisted in times of health crises, trying to organise, within the urban perimeters, areas dedicated to the accommodation and care of the sick. Between the 12th and 18th centuries, thanks to the decisions of the various governments or bequests of private individuals, it was possible to erect new secular hospitals in addition to those run by religious institutions. Moreover, attention to facilities for the care of the poor and the sick had increased in every part of Europe, so much so that towns and even small villages had their own treatment centres, run by religious and chivalric orders, local clergy, Augustinian canons or confraternities (there are numerous cases in every European city)[3].
Since the 1960s, research into economic and religious history has retraced the history of hospitals and focused on the problems of poverty in western cities. Subsequently, thanks also to the creation of specific centres for the study of the history of sanitation, such as Ciso [Bressan 1992], these investigations entered into dialogue with other disciplinary sectors (social history, history of institutions, history of medicine), highlighting the multiple interactions between hospitals, places of care, and society [Garbellotti 2003]. Among the various areas of study, economic history and the history of architecture have strongly

[3] In addition to the essays collected in this volume, we also refer to *Città e servizi sociali* 1990 and to the essential bibliographical references in Grohmann 2005.

sociale, storia delle istituzioni, storia della medicina), ponendo in luce le plurime interazioni tra gli ospedali, luoghi deputati alla cura, e la società [Garbellotti 2003]. Tra le diverse discipline, la storia economica e la storia dell'architettura hanno fortemente contribuito a sviluppare le conoscenze sul funzionamento di tali edifici e sui contesti urbani in cui erano inseriti, anche perché ogni qualvolta vi era una riforma ospedaliera riguardante una città, un'area geografica o una nazione, questa era accompagnata da ripensamenti gestionali e da trasformazioni architettoniche delle strutture adibite alla cura [Thompson, Goldin 1975; Granshow, Porter 1990][4]. Basti richiamare alla memoria i primi episodi di razionalizzazione dell'accoglienza negli organismi cinquecenteschi di area lombarda, come ad esempio l'impianto a crociera dell'Ospedale Maggiore di Milano [Leverotti 1984], che peraltro riecheggia anche nei cortili rinascimentali del Palazzo Centrale dell'Università di Pavia, oppure le ristrutturazioni degli istituti assistenziali veneziani in età moderna [Scarabello 1984][5], o ancora la presenza dei cortili nell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia a Roma e negli ospedali degli Incurabili che occupavano intere insule in diverse città, o infine le innovazioni tipologiche settecentesche che riflettevano i rinnovati saperi medici.

Del resto, nell'età dei lumi, accanto alle sperimentazioni architettoniche basate sulla fioritura di studi scientifici[6], si diffusero gli ospedali a padiglioni diversificati a seconda della patologia, che occupavano parti cospicue di città [Scotti 1984; Scotti 1992]. Organizzati da principio in un unico edificio connotato dalla invariante tipologica della sequenza di pettini tra loro collegati da un connettivo di distribuzione,

contributed to the development of knowledge about the functioning of these buildings and the urban contexts in which they were established. Also because every time a hospital reform was passed concerning a city, a geographical area or a nation, it was accompanied by efforts to rethink management and by architectural transformations of the structures destined to treatment [Thompson, Goldin 1975; Granshow, Porter 1990][4]. Examples of this are the attempts to rationalise reception in 16th century institutions in the Lombardy area, as in the case of the cross-shaped structure of the Ospedale Maggiore in Milan [Leverotti 1984], also to be found in the Renaissance courtyards of the Palazzo Centrale of the University of Pavia; the renovation of Venetian assistance institutions in the modern age [Scarabello 1984][5]; the presence of courtyards in the Hospital of Santo Spirito in Sassia in Rome and in the hospitals of the Incurabili that occupied entire insulae in different cities; or finally the 18th century typological innovations that reflected the latest developments of medical knowledge.

Moreover, in the Age of Enlightenment, alongside architectural experiments based on the flourishing of scientific studies[6], hospitals with pavilions that were diversified according to the pathologies treated became widespread, occupying large parts of the city [Scotti 1984; Scotti 1992]. Initially organised in a single building, characterised by the typological invariant of the finger plan – the wards are connected by a supply corridor but are functionally independent so as to guarantee the separation of patients by class of pathology – pavilion hospitals became progressively larger to the point they were erected as building systems articulated in several

4 Si veda anche il fondamentale [Pevsner 1976].

5 Si veda, inoltre, Svalduz, *infra*.

6 Val la pena ricordare il noto episodio della ricostruzione, dopo l'incendio del 1772, del Hôtel-Dieu di Parigi che vide accendersi il dibattito sui criteri medici moderni da applicare alle strutture ospedaliere [Cheymol, Cesar 1977].

4 See also the fundamental contribution by Pevsner 1976.

5 See also Svalduz, *infra*.

6 It is worth recalling the well-known episode of the reconstruction following the fire of 1772 of the Hôtel-Dieu in Paris, which sparked a debate on the modern medical criteria to be applied to hospital structures; see Cheymol, Cesar 1977.

ma funzionalmente indipendenti in modo da garantire la separazione dei pazienti per classe di patologie, gli ospedali a padiglioni divennero progressivamente più vasti fino ad assumere la conformazione di sistemi edilizi articolati in più corpi di fabbrica morfologicamente analoghi, e disposti abitualmente su allineamenti regolari ed ordinati.
Nell'ultimo caso, la scelta dell'ubicazione, influenzata dalle moderne disposizioni mediche, ricadeva sull'occupazione di zone ai margini, come peraltro emerge dai contributi contenuti nella *Parte terza*, in quanto si riteneva che la circolazione dell'aria e il soleggiamento fossero ostacolati dai caseggiati esistenti in città, e i liquami di rifiuto nelle aree *intra moenia* potessero infiltrare il terreno, soprattutto in mancanza di razionali impianti di fognature. Sicché, nella fase preindustriale, il rapporto tra città e cura si misurò con gli adattamenti dei complessi dell'assistenza nell'ambito di trasformazioni urbane più ampie, tanto che, per molti studiosi, l'entità "ospedale" è diventata, via via nel tempo, un prisma di elementi mediante il quale è possibile leggere la storia di molte città [Albini 1993; Grieco, Sandri 1997; Montanari, Onger 2002].

Una tipologia ancora attuale: il sistema dei padiglioni

Un ampio filone di ricerche si è concentrato sull'età contemporanea, allorquando in epoca napoleonica si laicizzarono del tutto i servizi pubblici nell'Europa continentale, e soprattutto quando, dalla metà dell'Ottocento, medici igienisti, ingegneri sanitari e architetti diventarono gli attori di un dibattito che avrebbe inciso profondamente sui luoghi dell'assistenza predisposti nelle città per resistere o adattarsi alle crisi sanitarie come quelle dovute alle epidemie di colera [Zucconi 1989]. Si susseguirono così i contributi di scienziati, come Giuseppe Sormani, illustre docente di Igiene presso l'Università di Pavia, che nella sua *Geografia nosologica* del 1881 elencò le caratteristiche dei moderni ospedali [Sormani 1881], oppure le

morphologically similar units, usually with a regular and ordered layout.
Following these developments, and in line with modern medical notions, the chosen location was generally a peripheral area – as the contributions contained in *Part Three* show – because it was believed that the blocks of flats in the city did not allow adequate air circulation and access to natural light, and that sewage in *intra moenia* areas could infiltrate the ground, especially due to the lack of rational sewage systems. Thus, in the pre-industrial phase, the relationship between cities and care also entailed the adaptations of complexes dedicated to treatment in the context of wider urban transformations. Indeed, according to many scholars the hospital as an institution has become, over time, a lens through which it is possible to look at the history of a number of cities [Albini 1993; Grieco, Sandri 1997; Montanari, Onger 2002].

A typology that is still relevant: the pavilion system

An important research branch has focused on the contemporary age. In the Napoleonic era public services became secularised in continental Europe. Most importantly, from the mid-19th century, hygiene specialists, sanitary engineers and architects became the main actors of a debate that had a profound effect on the places of care established in cities to resist or adapt to health crises such as those caused by cholera epidemics [Zucconi 1989]. This was followed by contributions by scientists, such as Giuseppe Sormani, the illustrious professor of Hygiene at the University of Pavia, who in his *Geografia nosologica* of 1881 listed the characteristics of modern hospitals [Sormani 1881], or the proposals of hygiene engineers, which after the serious epidemic of 1884-85 in Italy, led to the enactment of legislation[7] and to purposefully conceived

[7] We refer to the well-known provisions of the Law for the sanitation of the city of Naples and the

proposte di ingegneri igienisti, che dopo la grave epidemia del 1884-1885 in Italia, portarono all'emanazione di provvedimenti legislativi[7] e al concepimento *ad hoc*, sia delle cittadelle ospedaliere, basate sulla distribuzione a padiglioni isolati collegati con gallerie (sotterranee, sopraelevate, chiuse o aperte), sia di piani urbanistici di risanamento, come emerge dai saggi della *Parte quinta* di questo volume. I legislatori favorirono per molto tempo, almeno fino alla metà del Novecento, la diffusione dell'ideologia igienista, promuovendo l'incontro e l'interazione tra scienza e amministrazione, tra medici e architetti, anche per affrontare altre questioni urgenti come quella delle abitazioni popolari[8].

Va ricordato che, con le nuove disposizioni, non erano più sufficienti e adeguati i luoghi della cura già esistenti, per lo più ricavati nei tanti monasteri soppressi. Se adatto per ministeri, edifici universitari e caserme, il riuso forzoso delle strutture conventuali avvenuto in Italia dopo l'Unità, con il progresso della medicina e la specificità delle cliniche, mostrava infatti tutti i suoi limiti nei confronti delle moderne esigenze funzionali. In particolare, i progressi epidemiologici confermarono le tecniche tradizionali di profilassi collettiva e il principio di isolamento, che ebbero «grande peso nel definire il rapporto tra i centri di cura e i nuclei urbani» [Zucconi 2001, 135]. Del resto, all'indomani dell'unificazione, si sentiva la necessità di un coordinamento delle differenziate legislazioni in materia ospedaliera e di un aggiornamento del quadro normativo [Berti 1861; Corradi 1868; Ziino 1877; Paravicini 1880].

hospital citadels, consisting in isolated pavilions connected by tunnels (underground, elevated, closed or open tunnels), as well as to urban renewal plans, as shown in the essays in *Part Five* of this volume. For a long time, at least until the middle of the 20th century, legislators favoured a hygienic ideology, promoting the encounter and interaction between science and administration, between physicians and architects – also to address other urgent issues such as social housing[8].

It should be recalled that with these new provisions the existing places of treatment, mostly housed in former monasteries, were no longer sufficient and adequate. While suitable for ministries, universities and barracks, the forced reuse of monastery structures that took place in Italy after its unification, at a time of medical progress, when specialised clinics were being set up, were unable to meet modern functional needs. In particular, epidemiological progress confirmed the validity of traditional techniques of collective prophylaxis and the principle of isolation, which played "an important role in defining the relationship between treatment centres and urban centres" [Zucconi 2001, 135]. Moreover, in the aftermath of unification, there was a need to coordinate the different hospital legislation and update the regulatory framework [Berti 1861; Corradi 1868; Ziino 1877; Paravicini 1880].

Extensively researched by historians[9], the pavilion system – applied on a large scale with the construction of temporary wooden barracks during the American Civil War (the Mower Hospital in Philadelphia is a well known exam-

[7] Ci si riferisce naturalmente alle note disposizioni *Legge pel risanamento della città di Napoli* e *Codice d'igiene e sanità pubblica* del 1888, approvate dopo la drammatica epidemia di colera che aveva colpito il Paese tra il 1884 e il 1885; si rimanda, in particolare, ai contributi di Elena Manzo, di Andrea Maglio, di Paola Barbera e di Alessandra Ferrighi nella *Parte quinta*. Si veda anche [Giovannini 1996].

[8] Cfr. Bizzarri, *infra*.

Hygiene and Public Health Code of 1888, approved after the dramatic cholera epidemic that broke out in Italy between 1884 and 1885; see, in particular, the contributions by Elena Manzo, Andrea Maglio, Paola Barbera and Alessandra Ferrighi in *Part Five*. See also Giovannini 1996.

[8] See Bizzarri, *infra*.

[9] The reference literature is vast. However, on the evolution of hospital typology, although dated, Fabbrichesi 1927 remains fundamental.

Ampiamente esplorato dagli storici[9], il sistema dei padiglioni – applicato a grande scala tramite la realizzazione di baracche provvisorie in legno durante la guerra civile americana (assai noto è il Mower Hospital a Filadelfia) e largamente impiegato nelle guerre germaniche del 1866 e del 1870-71 – determinò un rinnovato rapporto con la città. In Italia, l'ospedale Sant'Andrea di Genova (1877-84) realizzato da Cesare Parodi, grazie ai fondi messi a disposizione dalla duchessa di Galliera, fu uno dei primi grandi istituti basati sullo schema a padiglioni. In seguito, in ogni città del Paese vennero costruiti stabilimenti sanitari con la nuova disposizione, in alcuni casi ancora attuale [Morandotti, Savorra 2021]: dal Mauriziano Umberto I di Torino (1882-85), sorto su concezione dell'ingegnere Ambrogio Perincioli e del medico Giovanni Spantigati [Perincioli, Spantigati 1890], fino al Policlinico Umberto I di Roma, progettato di Giulio Podesti (1883-96) [*Il Policlinico Umberto I* 1894], all'ospedale di Broni (1885-90) costruito su disegno dell'ingegnere Febo Bottini [Gorini 1890], e all'ospedale Umberto I di Monza (1890-96), realizzato da Ercole Balossi Merlo [*Il nuovo ospedale Umberto I* 1896]. Congeniale, peraltro, anche alla definizione degli ospedali psichiatrici – affrontati nella *Parte quarta* di questo volume – concepiti come cittadelle isolate per "gente sconveniente"[10], il sistema dei padiglioni isolati fu a lungo, almeno fino al primo ventennio del Novecento, al centro del dibattito ugualmente nelle discussioni sul rinnovamento dell'edilizia universitaria e degli istituti medico-scientifici collegati agli ospedali [Mangone, Savorra 2018][11].

ple) and widely used in the Austro-Prussian War of 1866 and the Franco-Prussian War of 1870-71 – led to a renewed relationship with the city. In Italy, the Sant'Andrea Hospital in Genoa (1877-84) built by Cesare Parodi, thanks to funds provided by the Duchess of Galliera, is one of the first large institutions built following this pattern. Subsequently, health facilities were built in every city in the country with the same layout, in some cases still in use today [Morandotti, Savorra 2021]: from the Mauriziano Umberto I in Turin (1882-85), designed by the engineer Ambrogio Perincioli and the doctor Giovanni Spantigati [Perincioli, Spantigati 1890], to the Policlinico Umberto I in Rome, designed by Giulio Podesti (1883-96) [*Il Policlinico Umberto I* 1894], the hospital in Broni (1885-90), designed by the engineer Febo Bottini [Gorini 1890], and the Umberto I hospital in Monza (1890-96), designed by Ercole Balossi Merlo [*Il nuovo ospedale Umberto I* 1896]. The model was also suitable for psychiatric hospitals, the subject of *Part Four* of this volume. Conceived as isolated citadels for "inconvenient people"[10], the system of isolated pavilions was for a long time, at least until the first two decades of the 20th century, at the centre of the debate on the renewal of university buildings and medical-scientific institutes connected to hospitals [Mangone, Savorra 2018][11].

The same system was also adopted in numerous new spas, built "to cure modern illnesses". While, at the end of the century, debates intensified in the big cities on the transformation of entire urban areas connected to "evils to be eradicated" (these are the areas that are made to disappear in *Andropoli*, the imaginary city protagonist of *L'Anno 3000*, a utopian tale by the medical-hygienist Paolo Mantegazza)[12], in other localities, often far from the major centres, the need to

[9] La letteratura di riferimento è assai vasta. Comunque, sull'evoluzione della tipologia ospedaliera, ancorché datato, resta fondamentale [Fabbrichesi 1927].

[10] Si veda nella *Parte quarta* del presente volume, tra gli altri, il saggio di Giuseppina Scavuzzo.

[11] Cfr. anche Capano, *infra*.

[10] See also the *Part Four* of this volume, and among others, the essay by Giuseppina Scavuzzo.

[11] See also Capano, *infra*.

[12] See Zucconi, *infra*.

Lo stesso sistema fu adottato anche in numerose nuove stazioni termali, sorte per "la cura dei mali moderni". Mentre, infatti, sul finire del secolo si inasprivano nelle grandi città i dibattiti sulle trasformazioni di intere parti urbane dedicate ai "mali da estirpare" (quelle aree sparite ad Andropoli, immaginaria protagonista de *L'Anno 3000*, racconto utopico del medico-igienista Paolo Mantegazza)[12], in altre località, spesso lontane dai centri maggiori, il tema della cura del corpo dell'uomo malato divenne occasione di perfezionamento di modelli architettonici, oltre che di realizzazione di inediti scenari urbani. Le "città termali o per la cura" sono state oggetto di una considerevole produzione di studi, anche perché conobbero una fortuna esponenziale nella seconda metà dell'Ottocento, in quanto le loro finalità oltrepassarono spesso i motivi per cui erano nate[13]. Queste località divennero alla moda, e, frequentate prima esclusivamente dall'aristocrazia e poi via via dall'alta borghesia, con il *comfort* delle strutture e le atmosfere mondane fecero dimenticare in fretta la loro origine sanitaria.

Comunque, se presto convisse con quella del piacere e dello svago, la dimensione terapeutica di queste città – quasi sempre legata alla presenza dell'"acqua"[14], o di un altro elemento salutare come ad esempio il "latte" in alcune località germanofone[15] – restò a lungo il fattore caratterizzante in tutta Europa e non solo: balneari, alpine, climatiche, le città nuove o rinnovate con l'obiettivo di sfruttare le risorse benefiche locali si dotavano non di rado di attrezzature e servizi, che nascevano, tutto sommato, avendo come riferimento l'universo ospedaliero. Lo attestavano i Kursaal, gli stabilimenti, gli chalet, gli

take care of the bodies of the sick became an opportunity to perfect architectural models and to create new urban scenarios. The "spa or health resort towns" have been the subject of a considerable amount of research, not least because they enjoyed exponential popularity in the second half of the 19th century, as their purposes often went beyond the reasons for which they were created[13]. These resorts became fashionable, they were frequented at first exclusively by the aristocracy and then gradually by the upper middle class: the comfort of the facilities and the mundane atmosphere very soon made people forget their sanitary origins.

However, despite coexisting with pleasure and recreation, the therapeutic dimension of these cities – almost always linked to the presence of "water"[14], or some other healthy element such as milk in some German-speaking areas[15] – remained for a long time the defining factor throughout Europe and beyond: whether seaside, alpine or climatic, the new towns, or those renovated with the aim of exploiting local health resources, were often equipped with facilities and services, which had originated with the development of hospitals. Examples of this are the Kursaal, the establishments, chalets and bathing facilities, which were primarily pavilions for the administration of therapeutic treatments for various ailments of the body. Moreover, hydrotherapy and curative trips, among the first forms of leisure and tourism, were considered among the safest remedies for respiratory, digestive, arthritic and – as Alessandro Martini and Maurizio Francesconi point out – even nervous diseases [Martini, Francesconi 2021, 3].

[12] Cfr. Zucconi, *infra*.

[13] L'argomento è stato affrontato in numerosi interventi presentati al VIII Congresso AISU, tenuto a Napoli nel settembre 2017, dal tema *La città, il viaggio, il turismo. Percezione, produzione e trasformazione*.

[14] Cfr. Esposito, *infra*.

[15] Cfr. Kawamura, *infra*.

[13] The topic has been addressed in several papers presented at the 8th AISU Congress, held in Naples in September 2017, entitled *The City, Travel, Tourism. Perception, Production and Transformation*.

[14] See Esposito, *infra*.

[15] See Kawamura, *infra*.

edifici per i bagni che erano in primo luogo padiglioni per la somministrazione di trattamenti terapeutici per le varie affezioni del corpo. Del resto, l'idroterapia e il soggiorno curativo, alla base delle prime forme di impiego del tempo libero e di turismo, furono considerati tra i rimedi più sicuri per le malattie respiratorie, digestive, artritiche e – come ricordano Alessandro Martini e Maurizio Francesconi – addirittura nervose [Martini, Francesconi 2021, 3].

La cura alle soglie della modernità

Le ricerche che si sono soffermate sugli anni che vanno dalla fine dell'Ottocento al periodo tra le due guerre, con un maggiore attenzione alla fase successiva alla grande guerra e alla pandemia influenzale "spagnola", hanno messo in luce quanto il rapporto tra la città e la cura fosse segnato da uno scarto significativo. Va ricordato che con le diverse scoperte mediche, e la successiva risposta istituzionale [Tognotti 2007], la costruzione dei moderni policlinici, autentiche città nelle città, conobbe una accelerazione mai vista, così come le strutture storiche furono modificate e ampliate con la realizzazione di padiglioni isolati, al punto che assunsero un ruolo determinante nella definizione di interi comparti urbani. Si potrebbero citare i casi dell'Hospital de Sant Pau a Barcellona[16], o per restare in ambito italiano, dell'Ospedale Maggiore di Milano che si estese oltre la cerchia dei Navigli[17],

[16] Cfr. Russo Spena, *infra*.

[17] I nuovi padiglioni vennero progettati dagli ingegneri Emilio Speroni e Angelo Redaelli; il padiglione Litta (1895) per la Chirurgia, i due padiglioni Ponti per la Chirurgia e la Meccanoterapia (1900, 1902), i due padiglioni Beretta (1904), l'Oratorio e i padiglioni per i servizi generali (1903, 1906), i padiglioni chirurgici femminili (1907), il padiglione per la Fotoradioterapia Bertarelli, il padiglione Riva per l'Urologia (1911), il padiglione Biffi per la Medicina e Neuropatologia (1912) i padiglioni della Guardia Medico-Chirurgica e dell'accettazione e quello d'Isolamento (1914),

Care in early modernity

Research that has focused on the period that goes from the end of the 19th century to the interwar period, with greater attention to the phase following the First World War and the Spanish flu pandemic, has highlighted the extent to which the relationship between cities and care changed radically. It should be recalled that a number of medical discoveries, and the subsequent institutional adjustments [Tognotti 2007], led to an unprecedented acceleration in the construction of modern polyclinics, authentic cities within cities, while historical structures were modified and enlarged with the addition of isolated pavilions, to the point that these structures took on a decisive role in the definition of entire urban districts. Examples include the Hospital de Sant Pau in Barcelona[16], the Ospedale Maggiore in Milan, which extended beyond the Navigli area[17], and the Policlinico in Pavia[18]. The pavilion layout necessarily implied the occupation of vast areas, which in the case of small and medium sized cities (such as Legnano, Novara, Forlì, Cremona, Udine, and Padua) meant rethinking the strategic role of these structures (whether civil, military, or psychiatric)

[16] See Russo Spena, *infra*.

[17] The new pavilions were designed by engineers Emilio Speroni and Angelo Redaelli; the Litta pavilion (1895) for Surgery, the two Ponti pavilions for Surgery and Mechanotherapy (1900, 1902), the two Beretta pavilions (1904), the Oratory and pavilions for general services (1903, 1906), the women's surgical pavilions (1907), the Bertarelli pavilion for photoradiotherapy, the Riva pavilion for urology (1911), the Biffi pavilion for general medicine and neuropathology (1912), the pavilions for the medical-surgical ward and reception and the isolation pavilion (1914), the Zonda pavilion for surgery (1915); see Pecchiai 1926, 252-293.

[18] On the grandiose construction of the Pavia General Hospital, which lasted for many years, see Vicini 2006; Vicini 2020. See also the various essays in this volume.

o del Policlinico di Pavia[18]. La disposizione a padiglioni implicava, per forza di cose, l'occupazione di vaste aree, che per città di piccole-medie dimensioni (come accadde ad esempio a Legnano, Novara, Forlì, Cremona, Udine, Padova) comportava un ripensamento del ruolo strategico di tali strutture (civili, militari, o psichiatriche che fossero) [Kovess-Masféty 2004][19], in relazione sia ai contesti storici consolidati, sia allo sviluppo futuro che si voleva imprimere alla pianificazione generale urbana [Savorra 2006].
D'altro canto, negli anni del regime fascista, le cliniche, i sanatori urbani e montani come quello di Sondalo[20], gli istituti, e in generale gli edifici per l'assistenza, dovevano essere l'espressione più alta del progresso tecnico-scientifico e l'immagine della società moderna; come scrisse Enrico Agostino Griffini nel 1934, essi «rappresentano uno degli indici, e non dei minori, del livello culturale e del grado di civiltà raggiunti da una nazione e da un popolo» [Griffini 1934, 82][21]. Nel ventennio i luoghi

il padiglione Zonda per la Chirurgia (1915); cfr. Pecchiai 1926, 252-293.

18 Sulla grandiosa costruzione del Policlinico di Pavia, che si protrasse per molti anni, si rimanda a [Vicini 2006; Vicini 2020]. Si vedano inoltre i diversi saggi contenuti nel presente volume.

19 Le strutture manicomiali furono spesso concepite in Italia alla fine dell'Ottocento come villaggi e piccole cittadelle autonome (Siena, Reggio Emilia, Mombello, Macerata, Voghera, Cremona, Firenze, Bergamo, Quarto, Cogoleto, Napoli, Palermo, Potenza, Ancona, Padova, Cagliari, Roma, Arezzo, Mantova, Gorizia, Vicenza). Al tema è stato dedicato un Progetto di ricerca di interesse nazionale (2008) coordinato da Cettina Lenza; gli esiti sono stati pubblicati in [Airoldi 2013]. Si veda anche il portale: https://spazidellafollia.unicam.it/it (ultima consultazione: agosto 2021).

20 Durante l'incontro pavese è stato trasmesso un intervento video *out of box* di Luisa Bonesio dal titolo *Il Museo dei Sanatori di Sondalo. Valorizzazione di un'identità architettonica.* Si veda anche il contributo di Talenti, Teodosio, *infra*.

21 Va ricordato che gli ospedali realizzati – o messi in cantiere – negli anni Trenta entrarono a far parte

[Kovess-Masféty 2004][19], in relation both to the consolidated historical contexts, and to the future development of the more general urban planning [Savorra 2006].
Moreover, during the Fascist regime, clinics, urban and mountain sanatoriums such as the one in Sondalo[20], institutes, and in general buildings housing healthcare services, were thought of as being the highest expression of technical and scientific progress and were supposed to reflect the image of modern society. As Enrico Agostino Griffini wrote in 1934: they "were among the most important indicators of the cultural level and degree of civilisation reached by a nation and a people" [Griffini 1934, 82][21]. During this twenty-year period, places of care, like other public buildings that were reshaping the features of entire urban areas, began to be built following the most up-to-date provisions, with the most effective materials, the most functional layouts, taking advantage of the productive collaboration between architects and medical doctors, also thanks to the International Hospital

19 Asylum facilities were often conceived in Italy at the end of the 19th century as villages and small autonomous towns (Siena, Reggio Emilia, Mombello, Macerata, Voghera, Cremona, Florence, Bergamo, Quarto, Cogoleto, Naples, Palermo, Potenza, Ancona, Padua, Cagliari, Rome, Arezzo, Mantua, Gorizia, Vicenza). A Research Project of National Interest (2008) coordinated by Cettina Lenza has been dedicated to the topic; the results have been published in Airoldi 2013. See also: https://spazidellafollia.unicam.it/it (accessed August 2021).

20 During the meeting in Pavia an "out of box" video intervention by Luisa Bonesio entitled *Il Museo dei Sanatori di Sondalo. Valorizzazione di un'identità architettonica* was shown. See also the contribution by Talenti, Teodosio, *infra*.

21 It should be recalled that the hospitals built – or under construction – in the 1930s became part of a system formed by buildings for sports and for maternal and child care, whose mission were the government's objectives of "health of the race and the people", see Savorra 2021.

della cura, come gli altri edifici pubblici che stavano ridisegnando il volto di intere parti urbane, iniziarono così a essere costruiti con le più aggiornate disposizioni, i materiali ritenuti più efficaci, gli schemi distributivi più funzionali, giovandosi della collaborazione proficua e fattiva fra architetti e medici, grazie anche all'*Associazione internazionale degli ospedali*[22]. Il risultato fu che l'ospedale, in quanto edificio e in quanto spazio di accoglienza, alla fine degli anni Quaranta, non veniva più concepito come il *luogo in cui si andava a morire*: «oggi il malato abbandona la sua casa e il suo letto, dove gli sarebbe al postutto impossibile avere le cure che la tecnica sanitaria reclama, e accorre all'ospedale con prontezza e fiducia persuasa» [Moretti 1940, XIV].

Fatto sta che, se all'interno delle maglie urbane consolidate il sistema degli ospedali a padiglioni si era rivelato fino a quel momento il migliore, lo stesso aveva presto palesato tutti i difetti legati alle ampie aree occupate e ai costi di esercizio, di trasporto e di sorveglianza. Non a caso, nelle richieste dei tanti concorsi banditi fra le due guerre (Ravenna, Padova, Pescara, ecc.), il tipo dell'ospedale a padiglioni lasciò il posto a quello monoblocco, più razionale e meglio rispondente alle moderne esigenze, come emergeva nelle relazioni presentate negli affollati congressi di architettura ospedaliera[23].

di un sistema formato da edifici per lo sport e per l'assistenza materna e infantile, che aveva la "sanità della razza e del popolo" al centro degli obiettivi dei dettami governativi, cfr. [Savorra 2021].

[22] I risultati delle collaborazioni ottennero una larga fortuna editoriale: non vi era una rivista di settore che non pubblicasse le nuove realizzazioni italiane accanto a quelle internazionali, dal sanatorio di Alvar Aalto a Paimio all'ospedale del distretto di Weiblingen di Richard Döcker.

[23] I congressi di architettura ospedaliera furono organizzati ad Atlantic City, Vienna, Knocke sur Mer, Roma. Quest'ultimo del 1935 passò alla storia per i 500 convenuti appartenenti a 37 nazioni partecipanti [*Il Congresso internazionale Ospitaliero* 1935].

Association[22]. The result was that at the end of the 1940s hospitals, both as buildings and as a reception areas, were no longer viewed as *places where people went to die*: "today the sick leave their home and their bed, where it would be impossible for them to receive the treatment that health technology demands, and rush to the hospital willingly and confidently" [Moretti 1940, XIV].

The fact is that although the pavilion hospital system had proved to be the best in the context of the consolidated urban network, very soon all the criticalities linked to the large areas occupied and the costs of operation, transport and surveillance, emerged. It is no coincidence that in the many competitions held between the two wars (Ravenna, Padua, Pescara, etc.), the pavilion hospital type was replaced by the single block type, which was more rational and better suited to modern needs, as emerges in the papers presented at the crowded conferences on hospital architecture[23].

And yet, in spite of the affirmation of this single-block hospital, citadels for medical care continued to be conceived, designed and built, changing the face of entire urban areas, often acting as forerunners for the urbanisation of previously isolated areas, also marking the beginning of vast programmes of public utility. To this regard the cases of the Niguarda area in Milan, where the new Maggiore hospital was erected, or the hill between Arenella and Camaldoli in Naples, the site of the new modern hospital XIII Marzo, later dedicated to Antonio Cardarelli, are significant. This construction was

[22] The results of the collaborations were widely published: all specialised journals published the new Italian projects alongside international ones, from Alvar Aalto's sanatorium in Paimio to Richard Döcker's Weiblingen district hospital.

[23] Congresses on hospital architecture were organised in Atlantic City, Vienna, Knock sur Mer and Rome. The latter in 1935 went down in history for its 500 participants from 37 nations. See *Il Congresso internazionale Ospitaliero* 1935.

Eppure, nonostante l'affermarsi del monoblocco, le cittadelle per la cura continuarono a essere immaginate, concepite, realizzate, modificando il volto di interi comparti urbani, o fecero spesso da apripista per l'urbanizzazione di aree fino a quel momento isolate, segnando anche l'avvio di vasti programmi di pubblica utilità. I casi dell'area di Niguarda con il nuovo Ospedale Maggiore di Milano, oppure della collina tra l'Arenella e i Camaldoli a Napoli con il nuovo Ospedale moderno "XIII Marzo", poi dedicato ad Antonio Cardarelli, sono significativi. Quest'ultimo straordinario episodio si caratterizzò non solo per le dimensioni (l'opera era estesa su un'area di 28 ettari), ma anche per l'idea di creare una "città di cura" per 1.300 posti letto, formata da 20 padiglioni collegati tra loro da una rete viabilistica e altrettanti percorsi sotterranei [Selvafolta 2002, 18]. Lo stesso insediamento del Policlinico San Matteo di Pavia, collocato su un'area vergine, oltre la cerchia delle mura, e oltre il tracciato della ferrovia, si inseriva coerentemente in questo scenario.

Conservare, trasformare, riprogettare: la cura e la lezione del passato

Dopo il dramma del secondo conflitto mondiale, il rapporto tra città e cura si misurò con il tema del benessere sociale quale ambito inclusivo, e non legato alla sola assistenza ai malati. Fortemente segnate dai bombardamenti, le città vennero ripensate, oltre che ricostruite, dai tecnici nel loro insieme. Come ha sottolineato Bernardo Secchi, gli studi di architetti e urbanisti formano «per alcuni versi un terreno di coltura, di sperimentazione e anticipazione di quelle che diverranno le politiche del welfare in tutti gli Stati occidentali» [Secchi 2006[3], 109-110]. Eppure, negli anni febbrili della Ricostruzione, il rapporto della città con i luoghi della cura si cristallizzò su modelli architettonici del passato, sebbene gli ospedali, soprattutto quelli dalle grandi dimensioni, venissero largamente aggiornati dal punto di vista

extraordinary not only because of its size (it extended over an area of 28 hectares), but also because the idea was to create a "city of care" with 1,300 beds, 20 pavilions connected by a network of roads and as many underground routes [Selvafolta 2002, 18]. The Policlinico San Matteo in Pavia, located in a virgin area beyond the city walls and the railway line, was also inspired by a similar conception.

Preserving, transforming, redesigning: care and the lessons of the past

After the tragedy of the Second World War, the relationship between cities and care also entailed the issue of social welfare as an inclusive sphere, so not only linked to the care of the sick. Severely scarred by the bombings, cities were rethought, as well as rebuilt, with technical expertise. As Bernardo Secchi pointed out, the studies of architects and town planners constituted "in many ways a breeding ground for experimentation and anticipation of what the welfare policies in all western states would be" [Secchi 2006[3], 109-110]. And yet, in the frantic years of the reconstruction, the city's relationship with the places of care crystallised in architectural models of the past, despite the fact that hospitals, especially the large ones, were modernised from a technological, functional and psychological point of view [Vogler 1964, 2]. This is because in the second half of the 20th century care in the city was no longer charitable but secular and scientific, and was based on a system of services founded on the principle defined as "patient-centred care" by the Anglo-Saxons, whereby care would be focused on the person and no longer exclusively on a network of hospitals and old-style care facilities.

On the basis of the most recent research, also in the field of hospital technology, the studies presented in *Part Six* and *Part Seven* of this volume reread past experiences in an attempt to understand the current situation, understand what lessons can be drawn both for planning the

tecnologico, funzionale e psicologico [Vogler 1964, 2]. Questo perché, non più caritatevole ma laica e scientifica, la cura nella città del secondo Novecento iniziò a basarsi su un sistema di servizi fondato sul principio, chiamato dagli anglosassoni *patient-centered care*, per cui l'assistenza si sarebbe focalizzata sulla persona e non più esclusivamente su una rete di ospedali e di strutture di assistenza *old style*.

Sulla base delle ricerche più recenti, anche in materia di tecnica ospedaliera, gli studi presentati nella *Parte sesta* e nella *Parte settima* di questo volume rileggono le esperienze del passato, cercando di comprendere la situazione attuale: ossia quali insegnamenti è possibile trarre sia per progettare la conservazione e il riuso del patrimonio edilizio, sia per pianificare interventi mirati alla creazione anche della cosiddetta "città sana". Alcune risposte alle questioni centrali nel nuovo millennio, naturalmente coerenti con le esigenze e i paradigmi della nostra contemporaneità, sono così offerte dai contributi dedicati al recupero delle strutture ospedaliere e al tema della pianificazione della cura. La trasformazione del patrimonio edilizio esistente e le visioni di inediti modelli urbani si confrontano nei contributi che cercano di comprendere il contesto attuale segnato dal COVID-19, in cui l'umanità ha, da un lato, rivissuto i fantasmi del passato, affannandosi a combattere il nuovo "pestifero e contagioso morbo", per parafrasare Carlo Cipolla, dall'altro, ha messo in atto al contempo una sorta di inedito, inimmaginabile esperimento socioeconomico globale che – nella tragicità dei numeri di contagiati e deceduti – ha mostrato inequivocabilmente la radicale antinomia contemporanea tra urbanità ed ecosistema[24]. Il miglioramento, quasi istantaneo, di molti parametri ambientali misurabili avvenuto durante la pandemia è stato, d'altra parte, solo temporaneo, poiché dovuto alla generale interruzione delle attività umane, e avvenuto a costo di una insostenibilità sociale ed economica sostanziale, che non avrebbe potuto essere prolungata senza innescare una crisi globale i cui esiti sarebbero stati ancora più incerti di quelli della pandemia stessa. Come molti dei saggi indicano, la prospettiva di una prolungata e sistemica forzata "de-urbanizzazione" su scala globale è chiaramente distopica, poiché – come già Louis Wirth argomentava – la nozione di crescita è inerente al concetto stesso di città contemporanea [Wirth 1938].

conservation and reuse of the built heritage and for planning interventions aimed at creating so-called "health cities". Some answers to the main questions being posed in the new millennium, consistent with the needs and paradigms of our contemporary world, are thus put forward by the contributions dedicated to the recovery of hospital structures and to the planning of care. The transformation of existing buildings and visions of new urban models are addressed in contributions that attempt to understand the present context marked by Covid-19, in which humanity has, on the one hand, re-experienced the ghosts of the past, while struggling to fight the new "pestiferous contagious disease", to paraphrase Carlo Cipolla, while at the same time setting up a sort of unprecedented, unimaginable global socio-economic experiment which – in the context of such a tragic numbers of infected and dead – has unequivocally made evident the radical contemporary antinomy between urbanity and the ecosystem[24]. The almost instantaneous improvement of many measurable environmental parameters that occurred during the pandemic was, on the other hand, only temporary, since it was due to the general interruption of human activities, and occurred at the cost of substantial social and economic unsustainability, which could not be prolonged without triggering a global crisis whose outcome would have been even more uncertain than that of the pandemic itself. As many of the essays indicate, the prospect of a prolonged and systemic forced "de-urbanisation" on a global scale is clearly dystopian, since – as Louis Wirth already argued – the notion of growth is inherent in the very concept of contemporary city [Wirth 1938].

[24] L'acqua della laguna veneta tornata trasparente per la sospensione delle attività di trasporto, la catena dell'Himalaya tornata visibile dall'India per la trasparenza dell'aria, confermata dalle rilevazioni acquisite dai satelliti, sono tutte testimonianze degli effetti globali della sospensione della maggior parte delle attività umane. Sono la

[24] The water in the Venetian lagoon became transparent again due to the interruption of transport, and the Himalayan mountain range became visible from India once again due to the absence of pollution in the air, confirmed by satellite surveys, evidence of the global effects of the suspension of most human activities, and of the pervasiveness of human impact on the planet's biosphere in the Anthropocene era.

neo, verificatosi in tempo pandemico, di molti parametri ambientali misurabili è stato, d'altra parte, solo temporaneo, in quanto legato alla generalizzata sospensione delle attività umane, e si è prodotto al prezzo di una sostanziale insostenibilità sociale ed economica, che non poteva protrarsi a lungo, pena l'innesco di una crisi globale dall'esito ancora più incerto di quello della pandemia stessa. Come emerge anche dalla lettura dei tanti saggi, la prospettiva di una prolungata e sistemica "de-urbanità" forzata a scala globale appare dunque chiaramente distopica, giacché – come già affermava Louis Wirth – nella connotazione di città contemporanea è insito il concetto di crescita [Wirth 1938].

Conclusioni

Per certo, anche a scala più ridotta, e in orizzonti più prossimi, altre sfide ci attendono, altre risposte dovranno essere date, e non solo da studiosi di storia urbana. Queste impatteranno nel medio termine, nella nostra sfera privata, nella struttura e articolazione spaziale delle nostre case, nei luoghi di lavoro, e ovviamente nei luoghi della cura. Oltre che necessario, l'incontro di Pavia è stato, a nostro avviso, fondamentale per ampliare gli sguardi e gli strumenti settoriali: da tempo, la storia urbana si interroga sulla complessità degli ambienti e delle relazioni, utilizzando un approccio globale alla conoscenza. In tale ottica, i contributi qui presentati – così come le tavole rotonde organizzate durante i tre giorni di lavori del settembre 2020 – rispecchiano le visioni di storici, storici dell'architettura e dell'economica, ma anche di restauratori, progettisti, pianificatori; tutti coloro, ossia, che sono – o che dovrebbero essere – coinvolti nel processo di conoscenza proattiva della città nel suo evolversi.

misura sperimentalmente provata della pervasività dell'impatto umano sulla biosfera del pianeta nell'era dell'Antropocene.

Conclusions

Many other challenges await us, also on a smaller scale, and in the more immediate future; other answers will have to be elaborated, and not only by scholars of urban history. These will have an impact in the medium term, in our private sphere, in the structure and spatial articulation of our homes, in workplaces, as well as in the places of care. Besides being necessary, the meeting in Pavia was, in our opinion, fundamental to broaden sectoral views and tools: for some time now urban history has questioned the complexity of environments and relationships, using a global approach to knowledge. From this perspective, the contributions presented here – as well as the round tables organised during the three days of meetings held in September 2020 – reflect the visions of historians, architectural and economic historians, but also of restorers, designers and planners. In other words, of those who are – or should be – involved in the process of developing proactive knowledge of the city as it evolves.

The design of domestic spaces that are actually compatible with the needs of remote work, which is not only occasional but structured to be continuous, with adaptable multifunctional environments; the relationship between interior and exterior mediated by open spaces for private use; workplaces rethought to be used by less people simultaneous, and characterised by a wider range of spaces; "domestic" and digital – other than public – health care places, designed for the management of massive health emergencies caused by airborne pathogens; health care models based not only on the need to reduce the number of beds for acute cases but that are also integrated with a system of local and proximity health care facilities: these are only some of the possible elements worth reflecting on which, starting with the history of cities, call for a reconsideration of many aspects of our daily lives that have been put to the test by the situations experienced during the pandemic.

The transition from a way of life based on "liberal nomadism", based on the principle of global freedom of movement, to a "coercive

La progettazione di spazi domestici effettivamente compatibili con le esigenze di un lavoro a distanza non solo occasionale ma strutturato per essere continuativo, con ambienti multifunzionali adattabili; il rapporto tra interno ed esterno mediato da spazi aperti di fruizione privata; luoghi di lavoro ripensati per un minor carico simultaneo di utilizzo, e connotati da un più ampia dotazione di spazi; luoghi di cura, "domestici" e digitali, oltre che pubblici, pensati per la gestione di emergenze sanitarie massive in presenza di agenti patogeni a trasmissione aerea; modelli sanitari non unicamente basati sul paradigma della contrazione dei posti letto per acuti, e comunque integrati con un sistema di presìdi sanitari territoriali e di prossimità, sono solo alcuni dei possibili spunti di riflessione sui quali, a partire dalla storia delle città, si dovrà costruire in futuro un ripensamento sistemico di molti aspetti della nostra vita quotidiana, così profondamente messi alla prova dalle circostanze vissute in periodo pandemico. Il passaggio da uno stile di vita fondato sul "nomadismo liberale", basato sul principio della libera circolazione globale, ad un "monadismo coercitivo" in cui l'insieme dei nostri diritti di libertà, movimento, relazione, aggregazione viene sospeso sulla spinta di una emergenza sanitaria è stato improvviso e brutale. Agli studiosi del passato e ai tecnici del presente il compito di sviluppare una riflessione ampia, multidisciplinare e multiscalare su come affrontare, una volta superata l'emergenza sanitaria, il ripensamento di spazi e luoghi, privati e pubblici, domestici e urbani, più intimamente adatti all'epoca nuova che si è appena dischiusa.

monadism", in which all our rights to freedom, movement, relationships and gatherings are suspended because of a health emergency, has been sudden and brutal. It is up to the scholars of the past and the technical figures of the present to develop a wide-ranging, multidisciplinary and multi-scalar reflection on how to develop, once the health emergency has been overcome, a reflection on spaces and places, both private and public, domestic and urban, that are more intimately suited to the new era that has just begun.

Bibliografia

ALBINI, G. (1993). *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, Bologna, CLUEB.

Architecture et psychiatrie (2004), a cura di V. Kovess-Masféty *et al.*, Paris, Le Moniteur.

BERTI, G. F. (1861). *Relazione di Gio. Felice Berti direttore della pia casa di lavoro di Firenze intorno ad alcuni stabilimenti di beneficenza dell'alta Italia visitati nel novembre 1859 per incarico ricevutone dal Governo della Toscana*, Firenze, Tipi delle Murate.

BRESSAN, E. (1992). *Storia ospedaliera e storia della carità. Alle origini del Ciso*, in *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, atti del convegno (Montecchio Emilia 14-16 marzo 1990), a cura di M. L. Betri, E. Bressan, Milano, FrancoAngeli, pp. 27-43.

CHEYMOL, J., CESAR, R.-J. (1977). *Hotel-Dieu de Paris: Treize siècles d'histoire... panégyrique ou réquisitoire*, comunicazione alla Société française d'Histoire de la médecine (26 novembre 1977), pubblicata in «Histoire des sciences medicale», 11, 7, 1977; ora consultabile al sito: https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1977x011x004/HSMx1977x011x004x0263.pdf (ultimo accesso, agosto 2021).

Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV (1990). Atti del convegno (Pistoia, 9-12 ottobre 1987), Pistoia, Centro italiano di studi di storia e d'arte.

CIPOLLA, C. M. (1963). *Per la storia delle epidemie in Italia. Il caso d'una borgata lombarda ai primi del Quattrocento*, in «Rivista storica italiana», LXXV, fasc. 1, pp. 112-119.

CIPOLLA, C. M. (1973). *Cristofano and the plague. A study in the history of public health in the age of Galileo*, London, Collins.

CIPOLLA, C. M. (1976). *Public health and the medical profession in the Renaissance*, Cambridge, Cambridge University Press.

CIPOLLA, C. M. (1981). *Fighting the Plague in Seventeenth-Century Italy*, Madison (WI), The University of Wisconsin Press (trad. it. *Il pestifero e contagioso morbo. Combattere la peste dell'Italia del Seicento*, Bologna, Il Mulino, 2012).

CIPOLLA, C. M. (1986). *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna, Il Mulino.

CORRADI, A. (1868). *Dell'igiene pubblica in Italia e degli studj degli italiani in questi ultimi tempi. Informazione scritta per commissione della Pubblica Istruzione*, Milano, Società per la pubblicazione degli Annali Universali delle Scienze e dell'Industria.

FABBRICHESI, R. (1927). *Stabilimenti sanitari*, in D. Donghi, *Manuale dell'architetto*, volume II, *La composizione architettonica*, parte 1, *Distribuzione*, sezione III, Torino, Unione tipografico-editrice torinese, pp. 201-746.

GARBELLOTTI, M. (2003). *Ospedali e storia nell'Italia moderna*, in *Medicina dell'Anima, Medicina del Corpo: l'Ospedale in Europa tra Medio Evo ed Età Moderna*, a cura di J. Henderson, A. Pastore, numero monografico di «Medicina & Storia. Rivista di Storia della medicina e della sanità», 6, III, pp. 115-138.

GIOVANNINI, C. (1996). *Risanare le città. L'utopia igienista di fine Ottocento*, Milano, FrancoAngeli.

GORINI, G. (1890). *Il nuovo ospedale di Broni*, Torino, Tip. L. Roux & C.

GRIFFINI, E.A. (1934). *Istituto di Patologia Medica della R. Università di Milano. Padiglione Bruno Granelli*, in coll. D. Cesa Bianchi, Milano, Tip. Stucchi.

GROHMANN, A. (2005), *La città medievale*, Roma-Bari, Editori Laterza.

I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento (2013), a cura di C. Airoldi, Milano, Electa.

Il Congresso internazionale Ospitaliero (1935), in «Minerva Medica», giugno, pp. 4-10.

Il nuovo ospedale Umberto I in Monza (1896), in «L'Edilizia Moderna», V, fasc. XI, aprile, pp. 81-85.

Il Policlinico Umberto I. Progetto eseguito dall'architetto Giulio Podesti illustrato dall'ing.ri Cesare Salvatori, Edgardo Negri, Luigi Rolland, Vittorio Manni dell'Ufficio Tecnico di Direzione (1894), Roma, C. Virano.

LEVEROTTI, F. (1984). *Ricerche sulle origini dell'Ospedale Maggiore di Milano*, in «Archivio storico lombardo», 107, pp. 77-113.

MANGONE, F., SAVORRA, M. (2018). *Prima della Città degli Studi di Roma. Le strategie per l'edilizia universitaria nell'Italia liberale e un progetto esemplare*, in «Quaderni dell'Istituto di Storia dell'architettura», n.s., pp. 5-38.

MARTINI, A., FRANCESCONI, M. (2021). *La moda della vacanza. Luoghi e storie 1860-1939*, Torino, Einaudi.

I Ricoveri della città. Storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia (secoli XVI-XX) (2002), a cura di D. Montanari, S. Onger, Brescia, Grafo.

MORANDOTTI, M., SAVORRA, M. (2021). *Pavilion's Hospital typology: a surpassed solution or an opportunity for tomorrow?*, in *World Heritage and Design for Health. Proceedings of the XIX International Forum 'Le Vie dei Mercanti'*, a cura di C. Gambardella, Roma, Gangemi Editor International, pp. 229-236.

MORETTI, B., MORETTI, F. (1940). *Ospedali. Note generali di tecnica ospedaliera. Ospedali generali. Ospedali di specialità e cliniche. Ambulatori. Dispensari. Istituti scientifici. Seconda edizione notevolmente ampliata*, Milano, Ulrico Hoepli Editore.

Ospedali e città. L'Italia del centro-nord, XIII-XVI secolo (1997), a cura di A. J. Grieco, L. Sandri, Firenze, Casa editrice Lettere.

PARAVICINI, T.V. (1880). *Appunti sulla costruzione degli ospedali*, in «Il Politecnico. Giornale dell'ingegnere architetto civile e industriale», XXVIII, pp. 204-213.

PECCHIAI, P. (1926). *Guida dell'Ospedale Maggiore di Milano e degli Istituti annessi*, Milano, Tip.-Lit. Stucchi Ceretti.

PERINCIOLI, A., SPANTIGATI, G. (1890). *Ospedale mauriziano Umberto I. Relazione generale. Cenni tecnici. Piani*, Torino, Litografia Camilla e Bertolero.

PEVSNER, N. (1976). *A History of Building Types*, Princeton-London, Princeton University Press-Thames and Hudson.

SAVORRA, M. (2006). *Scuole Politecniche e città degli Studi: Daniele Donghi e il caso di Padova*, in *L'Università e la città. Il ruolo di Padova e degli altri Atenei italiani nello sviluppo urbano*, atti del convegno (Padova 2003), a cura di G. Mazzi, Bologna, CLUEB, pp. 175-189.

SAVORRA, M. (2021). *Per la donna, per il bambino, per la razza. L'architettura dell'ONMI tra eutenica ed eugenica nell'Italia fascista*, Siracusa, LetteraVentidue Edizioni.

SCARABELLO, G. (1984). *Strutture assistenziali a Venezia nella prima metà del '500 e avvii europei della riforma dell'assistenza*, in *Renovatio Urbis. Venezia nell'età di Andrea Gritti (1523-1538)*, a cura di M. Tafuri, Roma, Officina Edizioni, pp. 119-133.

SCOTTI, A. (1984). *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità*, in *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, in *Storia d'Italia. Annali 7*, Torino, Einaudi, pp. 233-296.

SCOTTI, A. (1992). *I primi ospedali a padiglioni in Lombardia*, in *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, atti del convegno (Montecchio Emilia 14-16 marzo 1990), a cura di M. L. Betri, E. Bressan, Milano, FrancoAngeli, pp. 163-176.

SECCHI, B. (2006[3]). *La città del ventesimo secolo*, Roma-Bari, Editori Laterza.

SELVAFOLTA, O. (2002). *Alessandro Rimini (1898-1976): profilo di un architetto*, in *Il primo grattacielo di Milano. La casa torre di piazza San Babila di Alessandro Rimini*, Cinisello Balsamo, Silvana.

SORMANI, G. (1881). *Geografia nosologica dell'Italia. Studio*, estratto da *Annali di statistica*, serie II, vol. 6, Roma, Tipografia eredi Botta.

The Hospital in History (1990), a cura di L. Granshow, R. Porter, Routledge, London-New York.

THOMPSON, J.D., GOLDIN, G. (1975). *The Hospital. A Social and Architectural History*, New Haven-London, Yale University Press.

TOGNOTTI, E. (2007). *Scoperte mediche e risposta istituzionale alla sfida delle malattie infettive tra '800 e '900*, in *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, a cura di M. Breschi, L. Pozzi, Udine, Editrice Universitaria Udinese, pp. 15-35.

VICINI, E. (2006). *Gli istituti universitari e il polo del nuovo Policlinico di Pavia negli anni trenta e quaranta del Novecento*, in *L'Università e la città. Il ruolo di Padova e degli altri Atenei italiani nello sviluppo urbano*, atti del convegno (Padova 2003), a cura di G. Mazzi, Bologna, CLUEB, pp. 263-273.

VICINI, E. D. (2020). *Il Policlinico, gli istituti medici e scientifici. Sviluppo edilizio universitario nella prima parte del Ventesimo secolo*, in *Almum Studium Papiense. Storia dell'Università di Pavia*, vol. 3, *Il Ventesimo secolo*, t. II, a cura di D. Mantovani, Milano, Cisalpino Istituto Editoriale Universitario, 701-714.

VOGLER, P. (1964). *Edilizia ospedaliera del nostro tempo*, in P. Vogler, G. Hassenpflung, *Ospedali moderni. Costruzione, attrezzatura, funzionamento*, Roma, Editrice Internazionale "Arti e Scienze", pp. 1-7.

WIRTH, L. (1938). *Urbanism as Way of Life*, in «The American Journal of Sociology», XLIV, (trad. it. in G. Martinotti, *Città e analisi sociologica*, Marsilio, Padova 1968, pp. 514-536).

ZIINO, N. (1877). *Sulla costruzione degli ospedali ed ospizii. Considerazioni tecniche e igieniche specialmente dal punto di vista della ventilazione e del riscaldamento*, Torino, F. Casanova.

ZUCCONI, G. (1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book.

ZUCCONI, G. (2001), *La città dell'Ottocento*, Roma-Bari, Editori Laterza.

1

LA GESTIONE DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA IN TEMPI ORDINARI E IN MOMENTI DI CRISI SANITARIE

THE HEALTHCARE AND ASSISTANCE MANAGEMENT DURING ORDINARY TIMES AND HEALTH EMERGENCIES

OLTRE I LAZZARETTI: LE ISOLE DELLA LAGUNA VENEZIANA COME CORDONE SANITARIO D'EMERGENZA IN ETÀ MODERNA

Ludovica Galeazzo

Abstract

Venice is known for being the first city to design and build, since the second decade of the 15th century, permanent structures to prevent and treat epidemics. However, as in contemporary emergency health care plans, a selection of additional lagoon islands functioned as supplementary shelters during outbreaks of diseases. This paper analyses the socio-political role of these settlements as a response to the plagues of 1575-1577 and 1630-1631 and their use as capillary structures for the public health apparatus of the Republic.

Keywords

Venetian lagoon, islands, plague hospitals, health care provision, emergency overflow sites.

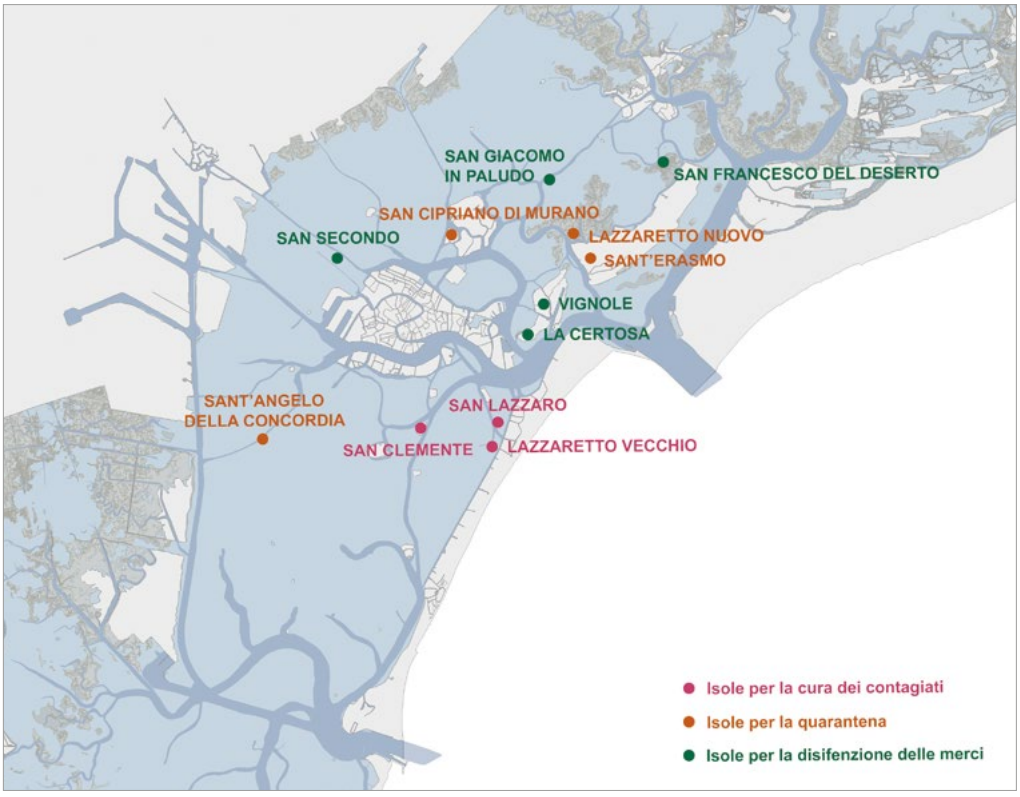
Introduzione

Il presente contributo intende riflettere sul ruolo della rete di isole dell'arcipelago lagunare veneziano nelle strategie di difesa sanitaria e di profilassi attuate dalla Serenissima nel corso dell'età moderna, con una particolare attenzione alle due tragiche pestilenze che colpirono il capoluogo negli anni 1575-1577 e poi nel 1630-1631.

Venezia è nota per essere stata tra le prime città ad aver ideato e costruito, già a partire dall'inizio del XV secolo, strutture permanenti per il contenimento e la prevenzione delle epidemie. Nel 1423, nell'antica isola di Santa Maria di Nazareth, poco distante dal Lido, fu istituito il Lazzaretto Vecchio per i malati di peste conclamata, mentre circa una cinquantina di anni più tardi, nel 1468, nell'isola di Vigna Murata fu realizzato il Lazzaretto Nuovo, destinato sia alla quarantena di persone e mercanzie che alla convalescenza dei sopravvissuti al morbo. La fondazione di queste fabbriche sanitarie statali, di carattere coattivo – poiché le trasgressioni erano severamente punite dalle autorità – e dotate di personale salariato dalla Repubblica, fece del centro lagunare un

© Aisu International 2021

1: G. Braun, F. Hogenberg, *Venetia*, tratta da *Civitates orbis terrarum*, 1612, tav. 43 [Venezia. Biblioteca Nazionale Marciana. 211.c.4], con indicazione dei Lazzaretti Vecchio e Nuovo.



2: Mappa della laguna con colorazione delle isole destinate alla cura degli appestati, alla quarantena di persone e mercanzie e alla disinfezione delle merci.

modello di gestione della salute e dell'economia urbana, a cui molte città d'Oltralpe guardarono per secoli[1] (Fig. 1).

Sebbene numerosi studi si siano concentrati sulle due principali isole della prevenzione [Palmer 1978; Preto 1978; Comune di Venezia 1979; Preto 1984; Stevens Crawshaw 2012; Stevens Crawshaw 2013], il sistema di cura e difesa dalla peste della città in *ancien régime* si estese in realtà capillarmente, nei momenti di necessità, anche oltre i confini dei lazzaretti. In più occasioni esso coinvolse, proporzionalmente al grado di contingenza e ricorrendo a quello che oggi verrebbe indicato come un piano di emergenza nazionale, molte delle altre terre emerse che punteggiano il bacino, tema ancora non sondato dalla storiografia. Sin dalla "peste nera", nelle situazioni di crisi sanitaria la città si connotò per la «presenza di un razionale e ordinato intervento dell'apparato dello stato» [Preto 1979, 125]. Un piano che, per molti versi, deve definirsi ancora empirico, basato su azioni discontinue e di contrasto immediato alle calamità, su decisioni procedurali che mutarono e si aggiornarono seguendo la pratica quotidiana e le esperienze precedenti, ma che beneficiò ampiamente del tessuto geopolitico della città. Da un lato, la Serenissima fu in grado di predisporre un apparato tecnico e burocratico all'avanguardia, grazie anche all'istituzione in forma stabile, nel 1490, della potente magistratura dei *Provveditori alla sanità*[2]; dall'altro, invece, si avvantaggiò di una struttura territoriale diffusa, ramificata ed estremamente flessibile.

Proprio la geografia dell'arcipelago veneziano e le dinamiche sociali instauratesi permisero ai funzionari alla sanità, coadiuvati dagli organi del Senato e del Consiglio dei dieci, di disporre funzionalmente della ricca trama di terre anfibie da utilizzare come integrazioni dei lazzaretti permanenti ora per la cura degli appestati, ora per la loro contumacia, ora per l'espurgo di beni e merci (Fig. 2). Pur nella mancanza di un disegno sistematizzato di gestione dell'emergenza, è facile cogliere nelle scelte adottate dal governo sia una forma di gerarchia nella designazione delle località da riconvertire, sia il frequente ricorso a quella serie di pratiche di accoglienza e assistenza che da sempre incarnavano gli elementi costitutivi della tradizione cosmopolita veneziana[3].

---

[1] Le città di Venezia e Ragusa si contendono il primato della costruzione di una prima sede contumaciale [Vanzan Marchini 2004; Fazzini 2004; Blažina-Tomić, Blažina 2015].

[2] In occasione della peste del 1348 il Maggior Consiglio aveva eletto una commissione temporanea di tre savi alla sanità con l'incarico di indagare le condizioni igieniche cittadine e di proporre rimedi per la conservazione della sua salute pubblica. Sciolto al termine della pestilenza, l'ufficio venne più volte invocato come organo stabile, ma fu formalmente istituito solo nel 1486 e reso permanente nel 1490. Ad esso furono aggiunti, nel 1556, due sopraprovveditori con funzione di controllo [Tiepolo 1979; Selmi 1979].

[3] Numerose sono le analogie con i dispositivi di controllo messi in atto dalla Serenissima a partire dal XVI secolo nei confronti di ospiti e comunità straniere residenti a Venezia [Calabi 1999].

"Allontanare e isolare": storia di una geografia politico-sanitaria

La prima misura assistenziale impiegata dalla Serenissima consistette, come comprensibile, nel confinare in luoghi definiti e protetti sia coloro che, presentando i sintomi della peste, non avevano i mezzi per essere curati in casa, sia tutti i sospettati di aver subito il contagio. Ridurre le situazioni di contatto e allontanare gli ammalati erano decisioni che nei secoli avevano affiancato, sul piano della trattatistica medica, la sempre più solida consapevolezza che il morbo si diffondesse per trasmissione diretta e non per corruzione dell'aria. Tali provvedimenti si allineavano però anche alla più generale politica igienico-preventiva veneziana nei confronti di mendicanti, bisognosi e chiunque errasse in città senza fissa dimora. Consapevole del legame esistente tra povertà e malattia, sin dalla metà del Quattrocento, la Repubblica aveva avviato un ambizioso piano di assistenza pubblica con la costruzione di ospedali e istituti di carità secondo un impianto esteso ed elastico che nel corso del XVI secolo venne indirizzato con forza verso i margini del tessuto urbano [Aikema, Meijers 1989; Svalduz 2021]. Ospizi e grandi strutture ospedaliere, ma anche monti di pietà e scuole grandi e piccole si adoperarono per trattare il problema della salute collettiva all'interno della città e delle sue prime estensioni [Pullan 1971].
Sotto la prospettiva igienico-assistenziale, le isole, le braccia lunghe di Venezia, non potevano che offrire spazi ideali per ospitare e gestire infermità e forme di indigenza. All'interno di questo sistema di cura "diffuso", lo studio delle numerose deliberazioni emanate tra XIV e XVII secolo dalle autorità statali rivela nel tempo un progressivo cambiamento topografico anche nella scelta delle terre da destinare all'assistenza [Vanzan Marchini 1995-2003]. In un primo tempo furono i luoghi abbandonati e *straman* (fuori mano) a essere preferiti: ad esempio, durante la carestia del 1478, il Senato decise di condurre ai limiti della laguna settentrionale, nella località di Ammiana, la moltitudine di mendicanti riversatasi nelle calli cittadine dalle campagne, per poi trasferirla sino in Istria[4]. Diversamente, nel corso del Cinquecento si assistette a una progressiva riduzione del confinamento in favore di un ripiegamento della gestione sanitaria all'interno delle maglie urbane prossime alla città[5]. La nuova politica di accoglienza, nutrita anche dalla spinta filantropica della Riforma cattolica, sembrò voler convogliare a sé e integrare ammalati e fuoricasta, pur regolamentandone rigidamente l'isolamento. Già durante la guerra della lega di Cambrai e poi tra il 1527 e il 1529, quando una nuova carestia e un'ondata di tifo si abbatterono sulla città, gruppi di vagabondi e famiglie indigenti non furono allontanati, bensì accolti nel cuore stesso del bacino marciano, all'interno dell'isola di San Giorgio Maggiore[6].

---

[4] Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 8, c. 33r (20 dicembre 1478).

[5] Fonte indispensabile per interpretare la gestione veneziana dell'emergenza è il compendio delle *parti* prese tra l'autunno del 1575 e l'estate del 1577 da Senato, Consiglio dei dieci e Provveditori alla sanità, e redatto dallo scrivano di questi ultimi, Cornelio Morello. Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95.

[6] Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 12, c. 47r (9 maggio 1527) e c. 56r (9 ottobre 1528).

3: S. Alberti, *Mappa della laguna*, 1611 [Venezia. Biblioteca del Museo Correr. Ms. P.D. c 856/4], con evidenziazione dei cimiteri di San Leonardo di Fossalama e San Marco in Boccalama utilizzati per la peste del 1348 e di quelli di Sant'Ariano e del Lido realizzati per l'epidemia del 1575-1577.

Un orientamento simile a quello già descritto si osserva anche nella selezione delle terre da occupare in occasione delle grandi epidemie, a cominciare da quelle da adibire a cimitero. Se durante la peste del 1348 furono adoperate per seppellire i cadaveri le isole abbandonate di San Leonardo di Fossalama e San Marco in Boccalama, alla foce del fiume Brenta, nel corso del Cinquecento ci si servì in un primo momento dell'isola-ossario di Sant'Ariano, nell'estrema laguna nord, per poi ripiegare verso il più vicino Lido, in località Cavanella[7] [Stevens Crawshaw 2012, 191-198] (Fig. 3). Egualmente, per le addizioni temporanee dei due lazzaretti nelle ondate di peste cinque-seicentesche, ci si avvalse delle isole più vicine alla città, da San Lazzaro alla Certosa a Sant'Angelo della Concordia, sino alla piccola San Secondo, a pochi passi da San Giobbe. Non dunque luoghi reconditi e inaccessibili, ma terre poste lungo le principali direttive da e per Venezia e spesso contigue alle bocche di porto, vie di accesso ai traffici internazionali e al contempo principale ingresso del morbo.

Le disposizioni adottate, come rivela la documentazione archivistica, furono dettate soprattutto dagli elevati costi per il trasporto di persone (ammalati, medici, funzionari), merci e vettovaglie. Si comprende però anche come tali isole fossero pedine consolidate nella scacchiera amministrativa dell'arcipelago lagunare. In questi luoghi la presenza statale era attestata sin dal XIV secolo e testimoniata dalla costruzione – a volte anche al limite dell'interferenza con la vita spirituale delle comunità semieremitiche – di servizi e infrastrutture collettivi quali *cavane* pubbliche per il ricovero delle imbarcazioni,

[7] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 47r-v (luglio 1576).

foresterie, polveriere e spazi a ortivo dati in concessione a privati [Galeazzo c.s.]. Si trattava di insediamenti noti alla popolazione e ciò doveva in un certo qual modo avvalorare il messaggio psicologico di fiducia che la Repubblica voleva infondere ai propri cittadini, ovvero che isolamento non significasse, fisicamente e visivamente, totale abbandono degli ammalati e delle loro famiglie, ma solamente separazione e controllo da parte dell'autorità per difendere il bene più prezioso: la *res publica* [Calvi 1989]. A tal proposito, come ricordano le deliberazioni degli ufficiali alla sanità, nonostante la segregazione coatta degli infetti nelle diverse isole, le visite di parenti e amici non erano vietate, ma solo rigorosamente disciplinate[8].

Sul lato pratico, per ampliare le funzioni normalmente espletate nel Lazzaretto Vecchio furono scelte le terre prossime a esso, quasi a voler ricercare nella risposta all'urgenza sanitaria una sorta di contiguità geografica e simbolica. Tuttavia, si guardò soprattutto agli insediamenti già adeguatamente attrezzati. Dapprima fu selezionata l'isola-lebbrosario di San Lazzaro e poi, poco distante da essa, quella di San Clemente, amministrata dai canonici lateranensi di Santa Maria della Carità [Maguolo, Bandera 1999; da Portogruaro 1934; Carraro 2003]. Queste terre erano già da molti secoli urbanizzate e abitate, e i loro spazi furono prontamente riconvertiti in ambienti atti a garantire un isolamento efficace e immediato[9].

Entrambe le isole erano luoghi da tempo posti sotto osservazione dalla Repubblica. Nel 1456, quando per la prima volta fu discussa in Senato la possibilità di avvalersi di un altro ospedale permanente per il confinamento dei sopravvissuti al morbo, il futuro Lazzaretto Nuovo, si ipotizzò di utilizzare proprio gli ambienti di San Lazzaro, spostandone il lebbrosario provvisoriamente a San Clemente e poi, da qui, a San Giacomo in Paludo[10]. Sebbene la scelta sia infine ricaduta sull'isola della Vigna Murata, a partire dai primi anni '20 del Cinquecento San Clemente fu eletta "succursale aristocratica" per la quarantena del patriziato veneziano proveniente da località infette (Fig. 4). Qui vennero condotti numerosi nobili e statisti che furono affidati alle cure dei canonici regolari, tra essi il cavaliere Sebastiano Giustinian (1459-1543) di ritorno dall'isola di Candia dove era provveditore generale [Sanuto il Giovane 1892b, col. 433-20 settembre 1523, col. 456-26 settembre 1523][11].

L'adozione dell'isola di San Clemente per la contumacia di personalità di alto rango va certamente commisurata alla sua posizione lungo l'importante arteria di collegamento

[8] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 16r (30 marzo 1576). Anche i capitoli emessi dagli Ufficiali al sal per l'amministrazione del Lazzaretto Vecchio menzionano la possibilità di far visita ai segregati, ma all'interno di imbarcazioni. Venezia. Archivio di Stato. Provveditori al sal. B. 6, reg. 8, c. 164r (13 febbraio 1482).

[9] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 75v (22 agosto 1576).

[10] Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 4, c. 14r (28 luglio 1456).

[11] Per altri casi di nobili veneziani posti in isolamento preventivo presso l'isola di San Clemente [Sanuto il Giovane 1892a, col. 258-22 marzo 1522, col. 328-28 giugno 1522; Sanuto il Giovane 1896, col. 343-17 giugno 1527]. Episodi risalenti al maggio e giugno 1522 sono inoltre descritti in Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 726, cc. 37r-38v.

tra il porto di Malamocco e Venezia, ma anche alla presenza di consolidate strutture ricettive. Similmente ad altre isole dell'arcipelago, l'abitato agostiniano era stato scelto come una delle principali sedi per ricevere e accreditare, in base alla loro nazionalità, reali, alti dignitari e ambasciatori stranieri prima del loro ingresso ufficiale in città[12]. In alcuni casi, ai principali esponenti del panorama politico internazionale era anche concessa la possibilità di soggiornare in questi luoghi, dove erano state appositamente costruite e arredate lussuose stanze e foresterie. A San Clemente furono ad esempio ospitati l'imperatore Federico III d'Asburgo (1452 e 1469), il duca Ercole di Ferrara (1499) e il duca Francesco II Sforza (1530) [da Portogruaro 1934, 22-25].
Proprio a una delle numerose visite di aristocratici è consuetudine associare l'avvio della terza e ultima grande epidemia di peste che colpì la città, nel 1630, con l'arrivo nell'isola dell'ambasciatore mantovano, il marchese Alessandro Strigi, che si rivelò poi affetto dal morbo. In quell'occasione le fonti ricordano che, scoppiata la pestilenza in tutta la città, gran parte degli edifici e delle stanze di rappresentanza del convento furono riconvertite a lazzaretto pubblico e ampliate in capienza grazie alla costruzione di baracche in legno collocate nell'ampio orto e nella vigna dei canonici[13]. Ci si preoccupò inoltre di eleggere un priore e un guardiano a sovrintendere le operazioni di carico e scarico di merci e passeggeri e a osservare la rigorosa divisione e impenetrabilità fra i vari settori di contumacia.
Sia per San Lazzaro sia per San Clemente, la scarsa documentazione superstite non fornisce informazioni esaurienti sulla redistribuzione degli antichi spazi abitativi, né sull'edificazione delle strutture aggiuntive. Tuttavia, in mancanza di modelli e riferimenti architettonici – dal momento che gli stessi Lazzaretti Vecchio e Nuovo erano il risultato del riadattamento di fabbricati preesistenti – è possibile supporre che l'organizzazione interna si sia limitata alla temporanea laicizzazione degli spazi ecclesiastici e al loro immediato riuso con soluzioni di separazione effimere[14].
Quanto alle funzioni espletate all'interno del Lazzaretto Nuovo, quando il numero dei ricoverati raggiunse cifre elevatissime e si palesarono i problemi dell'affollamento e soprattutto della promiscuità dei degenti, si iniziò una ricerca febbrile di ulteriori spazi di prevenzione. Per prima cosa si tentò di estendere i confini fisici dell'isola con un cordone di barche a cingerne i fianchi (Fig. 5). Il Senato intimò ai *Patroni all'Arsenal* di racconciare tutte le imbarcazioni a disposizione e di fabbricare cento nuove burchielle perché, insieme ad altri natanti presi a noleggio, fossero messi alla fonda attorno all'isola

[12] Secondo le ricostruzioni di Stefanie Cossalter, l'isola di Santo Spirito era riservata agli ambasciatori dei re francesi e spagnoli e ai nunzi apostolici nonché, dal 1606, agli emissari della corona inglese. Il ricevimento dei diplomatici imperiali era predisposto a San Secondo e quello dei membri delle case di Gonzaga e Mantova a Santa Maria delle Grazie [Cossalter 2014, 125-148].

[13] Venezia. Biblioteca del Museo Correr. Fuoli, C., *Vero racconto di tutto quello è occorso l'anno 1630 […]*, cod. Cicogna 1509, cc. 12r-13v.

[14] Come ha giustamente sottolineato Paolo Morachiello, il lazzaretto veneziano, più che uno spazio organizzato in forma architettonica, fu un luogo che si prestò alle logiche dell'accoglienza, della prevenzione e della cura [Morachiello 1979, 157-164].

4: V. M. Coronelli, *Isola di S. Clemente*, tratto dall'*Isolario dell'Atlante veneto*, in *Venetia*, 1697, II, f. 49 [Venezia. Biblioteca Nazionale Marciana. 285.c.17].

5: D. Gallo, dettaglio del Lazzaretto Nuovo, 1552 [Venezia. Archivio di Stato. Savi ed esecutori alle Acque, Lidi. Dis. 3].

per dare ricetto alle persone soggette a contumacia[15]. Nella pragmaticità dell'industria veneziana si venne così a creare una vera e propria "città galleggiante" che un noto testimone dell'epoca, il notaio Rocco Benedetti, autore dell'opuscolo *Novi avisi di Venetia*, non esitò a dipingere come un'armata contenente oltre 10.000 persone[16] [Benedetti 1577, 3v]. E in qualche modo colpisce la scelta di questo termine, perché solo tre anni prima il cronista aveva utilizzato il medesimo vocabolo per descrivere l'impressione suscitata in città dalla «gran selva» di galee, brigantini e palaschermi che, in quel frangente addobbati a festa, avevano accolto l'arrivo al Lido del re Enrico III [Benedetti 1574, 6]. Ancora una volta, dunque, le soluzioni sanitarie adottate dalla Repubblica fecero ricorso alla prassi consuetudinaria dell'ospitalità e dell'accoglienza che aveva reso Venezia celebre al mondo.

Mobilità e flessibilità dello spazio lagunare: i piani selettivi di soccorso

Risultato insufficiente anche l'espediente dell'ospedale galleggiante, furono numerose le proposte avanzate – anche dal corpo di medici o da privati cittadini – per allontanare forzatamente dalla città le persone sane venute in contatto con malati. L'intera collettività si trovò impegnata a indicare soluzioni e accorgimenti, sebbene molti dei progetti presentati siano poi stati rigettati per difficoltà economiche o per questioni gestionali, come nel caso dell'installazione di una tendopoli per oltre 10.000 persone a Fusina, alla foce del fiume Brenta [Preto 1978, 158-159][17].

[15] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 30r (giugno 1576).

[16] Per un'analisi puntuale della cronaca [Calabi, Molà, Rauch *et al.* 2021].

[17] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 65r-v (8 agosto 1576).

Al contrario fu accolto, ma ridimensionato nella sua articolazione, il piano di un esodo forzato della popolazione da sottoporre a quarantena nell'area nord-occidentale dell'isola di Sant'Erasmo. Il sito si sarebbe dovuto compartire in sei sestieri, a ridisegno del tessuto cittadino, e successivamente attrezzare con casette di legno per i ricoverati[18]. I primi ospiti giunsero nel luglio del 1576 e le strutture ospitaliere realizzate, sebbene non con l'impianto distributivo immaginato, rimasero in funzione sino al novembre di quell'anno, quando l'ampliamento del Lazzaretto Nuovo con nuove stanze per oltre 2.000 persone permise il loro trasporto in un luogo più adatto per affrontare l'inverno[19]. Anche durante la peste del 1630 i magistrati disposero la dislocazione dei cittadini più poveri a Sant'Erasmo, dove venne organizzata la costruzione di nuove baracche in legno da realizzarsi persino con le assi delle botteghe normalmente impiegate per la festa della Sensa in piazza San Marco[20].

Sia dalle proposte attuate sia da quelle rimaste sulla carta trapela un'evidente flessibilità dell'ambiente fisico e antropico lagunare, leggibile soprattutto nell'apparente agilità con cui la Repubblica programmò la movimentazione e redistribuzione di intere comunità tra un'isola e l'altra. Durante la peste seicentesca, ad esempio, i provveditori alla sanità ordinarono il trasferimento di tutti i mendicanti che vagabondavano in città – e che costituivano un pericoloso veicolo di contagio – presso l'isola di San Cipriano di Murano[21]. Ancor più significativa fu la proposta del Senato, nel luglio 1576, di condurre tutti i sospetti di peste, in attesa di recarsi a Sant'Erasmo, a Mazzorbo e di distribuire temporaneamente gli abitanti di quest'isola tra Torcello e Burano[22]. Il disegno non fu messo in atto per la celerità con cui vennero eseguiti i lavori di ampliamento del Lazzaretto, ma il complesso gioco di intrecci è spia patente dell'articolato sistema di scambio capillare instaurato tra Venezia e il suo arcipelago.

Non da ultimo numerose isole, o parti di esse, furono adoperate per l'espurgo di tutti i beni e le merci provenienti dalle abitazioni sospette. Inizialmente si utilizzarono solamente gli insediamenti di San Giacomo in Paludo – luogo attrezzato anche per il rogo degli oggetti non sanabili – e di San Clemente, dove venivano radunati i tessuti preziosi[23]. Con l'aumentare dell'indotto dei manufatti da disinfettare fu però necessario ricorrere anche ad altre terre e si scelsero a questo scopo le isole di San Secondo, San Francesco del Deserto e le Vignole, ma soprattutto gli spazi verdi della Certosa. Qui, nell'ampio prato posto in fronte alla chiesa e nella vigna che vi correva tutto attorno, luoghi ameni celebrati anche dal cartografo ed erudito Vincenzo Maria Coronelli,

[18] Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, cc. 118v-119r (16 luglio 1576).

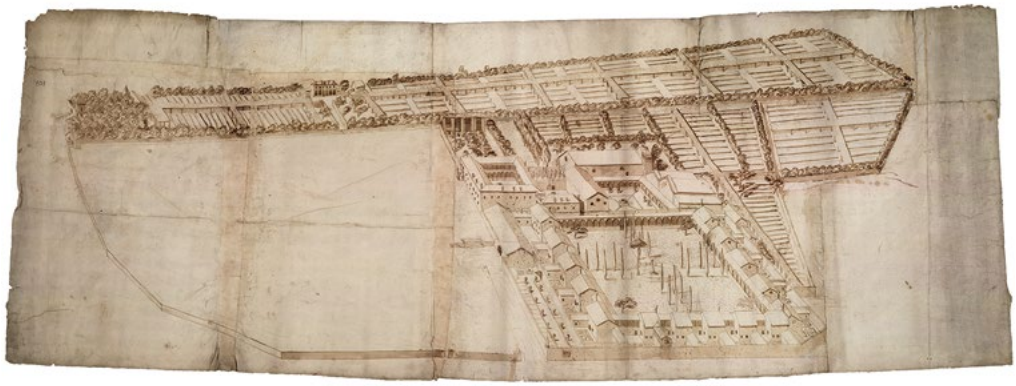
[19] Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, c. 161r (12 novembre 1576).

[20] Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 17, cc. 119v-120r (22 ottobre 1630).

[21] Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 17, cc. 121v-122r.

[22] Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, c. 118r-v (16 luglio 1576).

[23] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 1r (20 settembre 1575) e c. 75v (22 agosto 1576).



6: Veduta dell'isola de La Certosa, XVII secolo [Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea mappe. Dis. 825].

furono installati capannoni e tettoie o anche semplici recinti in cui svolgere i cicli di aerazione delle mercanzie[24] (Fig. 6). L'architettura, anche in questo caso, sembra essere pressoché assente, tanto che nelle fonti documentarie le magistrature preferiscono esprimersi in termini di "luoghi". A capo di tutte le operazioni di sanificazione vennero previsti un priore e uno *stimador*, «persona pratica e legale» che doveva, con l'aiuto di alcuni facchini, inventariare e valutare tutti gli oggetti trasportati da Venezia, avendo cura di indicarne il proprietario e il valore perché potessero essere restituiti[25].
Pur nella contingenza di un programma rigidamente imposto dalle autorità governative, comunità monastiche e privati cittadini si dimostrarono non solo disponibili nell'accordare i propri luoghi, ma spesso cooperarono nell'organizzazione generale delle operazioni. È il caso dei Domenicani di San Secondo che ricevettero dal Senato un risarcimento monetario a compensazione della celerità con cui concessero e allestirono le pertinenze del loro convento, ma anche per aver inizialmente sostenuto le spese per imbarcazioni e facchini provenienti da Venezia[26]. Egualmente i priori dei monasteri di San Giacomo in Paludo, di San Clemente, di San Lazzaro, nonché gli affittuari degli orti della Certosa furono sovvenzionati a livello pecuniario, ma anche con elargizione di materie prime, per ripristinare i numerosi danni subiti dalle loro strutture[27].
Non solo le terre pelagiche, anche le acque attorno a esse offrirono nel tempo possibili rimedi all'avanzare del morbo. Nel 1576, al fine di contenere i costi della sanificazione, si propose di adottare un metodo di spurgo già sperimentato nell'isola di Murano per

[24] Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, c. 112r (2 luglio 1576). Accanto alle sontuose fabbriche certosine, il cartografo Coronelli ricordava la presenza di un vasto appezzamento prativo utilizzato in estate dai veneziani per cercare refrigerio ma anche come luogo di incontro per i sodalizi di giovani patrizi affiliati alle diverse Compagnie della Calza [Coronelli 1697, 45].

[25] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 4v (13 novembre 1575).

[26] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 11v (29 marzo 1576).

[27] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, cc. 140v-148 r (maggio 1577).

7: C. Sabbadino, *Pianta de Venetia*, 1557 [Venezia. Archivio di Stato. Savi ed esecutori alle Acque, Disegni, Laguna. Dis. 14]. È qui riportato lo schema dei canali utilizzati per lo spurgo dei beni infetti secondo la soluzione proposta dall'imprenditore Felice Brunello [Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 105r, 27 ottobre 1576]:
a. *Al sestier di Castello, il canale che si parte dai Castelli et passa apresso la Certosa fino al ponte di Castello*;
b. *Al sestier di San Marco, il restante di ditto canal dal ponte di San Piero andando da driedo a l'Arsenale fino al rio di Santa Giustina*;
c. *Al sestier di Canareggio, il restante del ditto canal in qualche luoco che fosse buono dal canal di San Zuane et Paulo fino a Santo Alvise con il canal di Murano*;
d. *Al sestier di Santa Croce, il Canal che parte da Santa Chiara et va a Santa Marta*;
e. *Al sestier di San Pollo, il canal che passa per il ponte longo della Zudeca*;
f. *Al sestier d'Orso duro, il restante del canal Orfano, il qual sarebbe bastante per tutti doi li sestieri d'Orso duro et Santa Croce.*

disinfettare i beni con l'uso di acqua salsa corrente. A questo scopo furono scelti sei diversi tratti di canali attorno alla città, uno per ogni sestiere, dove lasciare alla corrente per cinque giorni tutti i beni sospetti, raccolti all'interno di cassoni in legno riempiti di acqua salmastra (Fig. 7)[28]. Una soluzione che trovò facile consenso in città, tanto da far ottenere all'abile imprenditore Felice Brunello l'appalto esclusivo delle operazioni di disinfezione – da farsi però nel canale di Marrani, vicino all'isola della Certosa – e che valicò rapidamente i confini della Repubblica per giungere anche a Milano [Centorio degli Ortensi 1631, 212].

Conclusioni

Nonostante i numerosi oscillamenti nelle decisioni governative, i ripiegamenti e l'incapacità, in ultima istanza, di contrastare totalmente la violenza delle due epidemie cinque-seicentesche, il sistema preventivo veneziano organizzato nelle isole lagunari resistette e risultò efficace, nei suoi successivi aggiornamenti, a prevenire ulteriori ondate di peste, che invece tornarono a vessare le grandi città europee per almeno altri due secoli. Se l'estensione e la mobilità dei canonici luoghi di cura e prevenzione rivelano

[28] Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 105r (27 ottobre 1576).

la dinamicità e ampia flessibilità del piano sanitario veneziano, dall'altro palesano con forza l'azione di supporto rivestita dagli insediamenti minori della laguna in età moderna. All'interno dell'articolato scambio instaurato tra Venezia e il suo arcipelago, l'anello di terre che circonda il centro cittadino agì da fondamentale cordone sanitario per la preservazione non solo della sua salute, ma anche dell'economia internazionale. Pur non costituendosi mai come un modello in termini di spazi organizzati in forma architettonica, il sistema "polimorfico" della Serenissima, costituito da luoghi e strutture che si piegavano di volta in volta alle pratiche dell'accoglienza e dell'assistenza, divenne un riferimento importante per molte altre realtà della Penisola e del Mediterraneo.

Bibliografia

BENEDETTI, R. (1574). *Le feste, et trionfi fatti dalla serenissima signoria di Venetia, nella felice venuta di Henrico III christianissimo re di Francia, et di Polonia […]*, Venezia, alla libreria della Stella.

BENEDETTI, R. (1577). *Novi avisi di Venetia ne quali si contengono tutti i casi miserabili, che in quella, al tempo della peste sono occorsi […]*, Urbino, per Alessandro Benacci.

BLAŽINA-TOMIĆ, Z., BLAŽINA, V. (2015). *Expelling the Plague: The Health Office and the Implementation of Quarantine in Dubrovnik, 1377-1533*, Montreal, McGill-Queen's University Press.

CALABI, D. (1999). *Gli stranieri nella capitale della repubblica Veneta nella prima età moderna*, in «Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée», n. 111/2, pp. 721-732.

CALVI, G. (1989). *Histories of a Plague Year. The Social and the Imaginary in Baroque Florence*, Los Angeles, Berkeley.

CENTORIO DEGLI ORTENSI, A. (1631). *I cinque libri de gli avvertimenti, ordini, gride, et editti fatti, et osservati in Milano, ne' tempi sospetosi della peste de gli anni MDLXXVI & LXXVII […]*, vol. II, Milano.

CORONELLI, V. M. (1697). *Isolario, descrittione geografico-historica, sacro-profana, antico-moderna, politica, naturale, e poetica. Mari, golfi, seni, piagge, porti, barche, pesche, promontorj, monti, boschi, fiumi... ed ogni piu esatta notitia di tutte l'isole coll'osservationi degli scogli sirti, scagni, e secche del globo terracqueo. Aggiuntivi anche i ritratti de' dominatori di esse*, vol II, Venetia, a' spese dell'autore.

COSSALTER, S. (2014). *Dai porti alle isole. Cerimoniali di accoglienza nella Serenissima*, in *Spazi veneziani. Topografie culturali di una città*, a cura di S. Meine, Roma, Viella, pp. 125-148.

DA PORTOGRUARO, D. M. (1934). *Una gemma della laguna: l'isola di S. Clemente in Venezia. Monografia storico-artistica con documenti e illustrazioni inedite*, Venezia-Giudecca, Ind. Poligrafiche venete.

GALEAZZO, L. (c.s.). *Venice, the Lagoon, and Digital Cultural Heritage: Mapping the Islands in the Early Modern Period*, in, *La città globale. La condizione urbana come fenomeno pervasive / The Global City. The urban condition as a pervasive phenomenon*, a cura di M. Pretelli, R. Tamborrino, I. Tolic, Torino, AISU International.

Le leggi di sanità della Repubblica di Venezia (1995-2003), 4 voll., a cura di N. E. Vanzan Marchini, Vicenza, Neri Pozza, poi Treviso, Canova.

L'isola di San Clemente a Venezia. Storia, restauro e nuove funzioni (2003), a cura di M. Carraro, Pescara, CARSA Edizioni.

MORACHIELLO, P. (1979). *Howard e i Lazzaretti da Marsiglia a Venezia: gli spazi della prevenzione*, in *Venezia e la peste: 1348-1797*, a cura del Comune di Venezia - Assessorato alla cultura e belle arti, Venezia, Marsilio, pp. 157-164.

Nel regno dei poveri. Arte e storia dei grandi ospedali veneziani in età moderna: 1474-1797 (1989), a cura di B. Aikema, D. Meijers, Venezia, Arsenale ed.: Istituzioni di ricovero e di educazione.

Novi Avisi di Venetia. La città e la peste in una drammatica cronaca del Cinquecento (2021), a cura di D. Calabi, L. Molà, S. Rauch, E. Svalduz, Verona, Cierre Edizioni.

PALMER, R. J. (1978). *The Control of Plague in Venice and Northern Italy, 1348-1600*, tesi di dottorato non pubblicata, University of Kent.

PRETO, P. (1978). *Peste e società a Venezia nel 1576*, Vicenza, Neri Pozza.

PRETO, P. (1979). *Le grandi pesti dell'età moderna: 1575-77 e 1630-31*, in *Venezia e la peste: 1348-1797*, a cura del Comune di Venezia-Assessorato alla cultura e belle arti, Venezia, Marsilio, pp. 123-126.

PRETO, P. (1984). *La società veneta e le grandi epidemie di peste*, in *Storia della cultura veneta. Dalla Controriforma alla fine della Repubblica*, vol. IV, t. II, Vicenza, Neri Pozza, pp. 378-406.

Rotte mediterranee e baluardi di sanità. Venezia e i lazzaretti mediterranei (2004), a cura di N. E. Vanzan Marchini, Milano, Skira.

PULLAN, B. (1971). *Rich and poor in Renaissance Venice: the social institutions of a catholic State, to 1620*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.

San Lazzaro degli Armeni: l'isola, il monastero, il restauro (1999), a cura di M. Maguolo, M. Bandera, Venezia, Marsilio.

SANUTO IL GIOVANE, M. (1892a). *I Diarii di Marino Sanuto (1496-1533)*, t. XXXIII, a cura di F. Stefani, G. Berchet, N. Barozzi, Venezia, Fratelli Visentini Tipografi.

SANUTO IL GIOVANE, M. (1892b). *I Diarii di Marino Sanuto (1496-1533)*, t. XXXIV, a cura di F. Stefani, G. Berchet, N. Barozzi, Venezia, Fratelli Visentini Tipografi.

SANUTO IL GIOVANE, M. (1896). *I Diarii di Marino Sanuto (1496-1533)*, t. XLV, a cura di F. Stefani, G. Berchet, N. Barozzi, Venezia, Fratelli Visentini Tipografi.

SELMI, P. (1979). *Il Magistrato alla sanità*, in *Difesa della sanità a Venezia, secoli XIII-XIX. Mostra documentaria*, *23 giugno-30 settembre 1979*, a cura dell'Archivio di Stato di Venezia, Venezia, pp. 28-38.

STEVENS CRAWSHAW, J. (2012). *Plague Hospitals: Public Health for the City in Early Modern Venice*, Farnham, Ashgate.

STEVENS CRAWSHAW, J. (2013). *The Renaissance Invention of Quarantine*, in «Fifteenth Century Studies», n. 22, pp. 161-174.

SVALDUZ, E. (2021). *Architettura tra cura e carità: gli ospedali a Venezia nel Rinascimento*, in *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria. The city and healthcare. Spaces Institutions, Strategies, Memory. Pavia, 10-12 settembre 2020, Convegno internazionale di storia urbana AISU 2020, Studi*, a cura di M. Morandotti, M. Savorra, Torino, AISU International, in questo volume.

TIEPOLO, M. F. (1979). *Avanti l'istituzione del Magistrato*, in *Difesa della sanità a Venezia, secoli XIII-XIX. Mostra documentaria*, *23 giugno-30 settembre 1979*, a cura dell'Archivio di Stato di Venezia, Venezia, pp. 11-14.

Venezia e la peste: 1348-1797 (1979), a cura del Comune di Venezia - Assessorato alla cultura e belle arti, Venezia, Marsilio.

Venezia: isola del Lazzaretto Nuovo (2004), a cura di G. Fazzini, Venezia, Archeoclub Venezia.

Fonti archivistiche o documentarie

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95.

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 1r (20 settembre 1575).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 4v (13 novembre 1575).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 11v (29 marzo 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 16r (30 marzo 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 30r (giugno 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 65r-v (8 agosto 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 75v (22 agosto 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, c. 105r (27 ottobre 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Miscellanea materie miste notabili. B. 95, cc. 140v-148 r (maggio 1577).

Venezia. Archivio di Stato. Provveditori al sal. B. 6, reg. 8, c. 164r (13 febbraio 1482).

Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 12, c. 47r (9 maggio 1527).

Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 12, c. 56r (9 ottobre 1528).

Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 17, cc. 119v-120r (22 ottobre 1630).

Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 17, cc. cc. 121v-122r.

Venezia. Archivio di Stato. Provveditori e sopraprovveditori alla sanità. Reg. 726, cc. 37r-38v.

Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 4, c. 14r (28 luglio 1456).

Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 8, c. 33r (20 dicembre 1478).

Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, c. 112r (2 luglio 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, c. 118r-v (16 luglio 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, cc. 118v-119r (16 luglio 1576).

Venezia. Archivio di Stato. Senato, Deliberazioni, Terra. Reg. 51, c. 161r (12 novembre 1576).

Venezia. Biblioteca del Museo Correr. Fuoli, C., *Vero racconto di tutto quello è occorso l'anno 1630 […]*, cod. Cicogna 1509, cc. 12r-13v.

RITI E CREDENZE RELIGIOSE NELLE MARCHE: IL CULTO DI SAN ROCCO CONTRO LE PESTILENZE

Lucia Barchetta, Diana Lapucci, Noemi Lapucci, Enrica Petrucci

Abstract

The article reflects on the theme of epidemics by linking it to the devotional spaces, focusing in particular on the Marche region; in the area, there are numerous examples of religious buildings dedicated to the cult of St. Rocco. The case study is represented by the Oratory of St. Rocco in Fermo, where the different social components intertwine, giving rise to a particular cultural climate between rituals, beliefs, and scientific studies in the medical field. In this situation, the Oratory is an interesting example of the spiritual evolution, in relation to the changes that have occurred, over the centuries, in the urban layout.

Keywords

Epidemics, piety, devotion.

Introduzione

Attraverso le pagine che seguono si cercherà di individuare le forme e i modi secondo cui ordini religiosi, clero locale, privati cittadini e magistrati pubblici sono stati coinvolti negli eventi legati al diffondersi delle epidemie e il diverso grado di partecipazione espresso dalla città, intesa quest'ultima come insieme di persone che manifesta i propri vincoli identitari attraverso specifiche forme cultuali. Il presente contributo analizza, in particolare, la diffusione del culto di san Rocco nelle Marche attraverso lo studio delle architetture a lui dedicate. Molte sono le chiese, gli oratori, ma anche le feste e le tradizioni popolari che si legano alla sua figura. La devozione inizia nel pieno Medioevo, quando il santo era invocato affinché placasse il contagio derivante dalla terribile piaga della peste. La devozione popolare verso questa particolare figura di pellegrino ha trovato terreno fertile fra la popolazione bisognosa di un patrono taumaturgico che la aiutasse sia nella quotidianità sia nei momenti di particolare difficoltà, come nel caso delle epidemie. Il suo culto è particolarmente diffuso tanto che in Italia si contano circa tremila chiese, oratori e santuari a lui dedicati e risulta essere patrono di ben 1.386 comuni e compatrono di 890 paesi; inoltre, nelle regioni meridionali san Rocco è particolarmente venerato. Nella regione Marche le chiese dedicate al santo sono numerose, situate in prevalenza nell'area montana dei Sibillini e nel comprensorio del monte dell'Ascensione, ma anche

© Aisu International 2021

nei principali centri urbani. Tali evidenze architettoniche delineano un panorama variegato nella regione. Lo studio degli spazi rappresenta un'opportunità per accrescere la conoscenza di tale patrimonio culturale specialistico, talvolta di notevole rilevanza storico-artistica.

La diffusione delle malattie e il legame fra identità e specifiche forme cultuali

Come in molte città europee, anche nelle varie regioni italiane l'insorgere e il diffondersi della peste durante il XIV e il XV secolo provocarono la richiesta di protezione divina attraverso manifestazioni devozionali (traslazioni di reliquie, processioni, produzione di immagini dipinte), che coinvolsero l'intera città e si espressero nei confronti di nuovi e più antichi destinatari celesti. Ordini religiosi, clero locale, privati cittadini e magistrati pubblici furono coinvolti in differenti eventi; il diverso grado di partecipazione espresso dalla comunità mostra il forte legame fra identità e specifiche forme cultuali che trovano piena manifestazione nei manufatti dedicati a tale scopo [Benvenuti 2010]. Nei secoli, nonostante i passi avanti mossi dalla scienza medica, rimase imperante l'idea che la peste fosse un terribile flagello inviato da Dio per punire i peccati degli uomini. Come avveniva nelle società pagane, le prime operazioni con cui si combatteva il morbo erano volte a placare l'ira divina mediante processioni, riti e preghiere collettive, in contrasto con i più elementari dettami della teoria contagionista. Comunemente, al culto tributato alla Vergine e ai santi patroni si affiancava la devozione a santi considerati "specialisti" nella battaglia contro i contagi, come san Sebastiano, san Michele Arcangelo, sant'Antonio abate, san Cristoforo, santa Rita e in particolare san Rocco[1].
San Rocco è stato uno dei santi più popolari, venerato dalla chiesa cattolica, ma anche da quelle ortodossa e anglicana. La sua biografia è avvolta nella leggenda: egli, infatti, non può essere considerato come un santo "locale", ossia nato o vissuto in un certo tempo o morto in una determinata zona, ma il motivo della sua popolarità è legato alla diffusione della peste e di tutte le altre malattie che, agli esordi del XIV secolo, flagellarono le popolazioni. In mancanza di adeguate conoscenze e in totale assenza di efficaci rimedi sanitari che potessero debellare la malattia, l'affidamento alla preghiera e l'invocazione dei santi per la loro intercessione risultarono l'unica alternativa utile ad alleviare le sofferenze, i patimenti e i lutti.
La vita di san Rocco, così come raccontata dalla scarna agiografia tramandataci dai testi medievali, si presta agevolmente a considerare il frate francescano come il santo più

[1] In concomitanza con le epidemie di peste molte popolazioni – stremate dalla fame e sopraffatte dalla malattia – affidarono il loro destino alla volontà di un patrono. Diverse comunità convennero nell'urgenza di mettersi sotto la protezione di una potenza soprannaturale a cui consegnare le loro possibilità di sopravvivenza. Un po' dappertutto, la scelta di un protettore capace di difendere il popolo dall'epidemia cadde sulla figura di san Rocco di Montpellier, la cui storia personale, così come narrata dagli agiografi, fu la testimonianza più genuina delle sue specifiche competenze in materia.

indicato per proteggere gli ammalati dalla diffusione delle epidemie[2]. Forse per tale motivo, nonostante si conosca ben poco della vita del religioso di Montpellier, dal XII secolo e fino alla fine del XV secolo pochi santi ebbero fama e popolarità come san Rocco in Occidente. La maggior parte degli storici fissa cronologicamente la sua vita tra il 1345-1350 ed il 1376-1379[3]. Rocco rimase orfano dei genitori durante l'adolescenza, vivendo nell'incertezza delle proprie condizioni il periodo in cui Montpellier fu interessata dal flagello della peste con le tremende epidemie del 1348 e del 1361; le cronache segnalano cinquecento morti al giorno in un solo trimestre, con neanche dieci Domenicani sopravvissuti sui quasi centocinquanta presenti in città. La peste segnò una precisa svolta vocazionale del giovane Rocco e un conseguente impegno personale a favore degli appestati, affiliandosi al Terz'Ordine francescano, cioè quello riservato ai laici che, in base ad un'apposita regola di san Francesco, potevano votarsi ad una vita di profonda religiosità senza per questo lasciare il proprio rango sociale e i propri obblighi familiari.
Rimasto solo al mondo, erede d'ingenti ricchezze, di un nome illustre e di una posizione sociale elevata, Rocco rinunciò a tutto e intraprese un pellegrinaggio di penitenza in Italia; durante il suo viaggio, è attestata una sosta nella cittadina di Acquapendente, al confine fra Toscana e Lazio[4]. Una volta arrivato a Roma nel 1367, Rocco operò nell'ospedale del Santo Spirito, dove guarì dalla peste un autorevole cardinale che lo accolse nel suo palazzo come amico e consigliere. Dopo il soggiorno romano, prese la via per il ritorno in patria giungendo a Piacenza, altra tappa importante della vita di Rocco da Montpellier. All'Ospedale di Nostra Signora di Betlemme, adiacente alla chiesa di Sant'Anna, proseguì la sua incessante opera di conforto ai malati, ma in questa circostanza contrasse la peste [de Pins, Gauardo 1576, 31-38]. Dopo la guarigione, Rocco riprese il cammino fermandosi a Novara per curare altri appestati. Secondo alcuni agiografi, giunto ad Angera o a Voghera per una missione che gli aveva affidato il cardinale

---

[2] Le ricerche dello storico belga Pierre Bolle rappresentano il più approfondito lavoro sulle agiografie di Rocco di Montpellier. Le biografie richiamate nel suo lavoro di revisione erano infarcite di elementi leggendari che intaccavano gli eventi salienti della sua vita. L'autore fornisce chiarimenti su vari punti e rivoluziona le cronologie secondo una rigorosa metodologia storica: afferma, infatti, che la figura di san Rocco sarebbe stata una "rivisitazione agiografica" di un suo omonimo più antico, san Racho di Autun, vissuto prima dell'anno 1000. Quest'ultimo, patrono dei prigionieri in quanto imprigionato dai suoi accusatori in un'isola presso le coste britanniche, era invocato contro le tempeste e per questa assonanza di termini (per aferesi della parola francese *tempeste*), oltre che per la confusione del nome (Racho/Rocco), gli sarebbe stata assegnata la titolarità di guaritore dalla peste: Racho, invocato a protezione dalle tempeste, sarebbe diventato Rocco, protettore dalla peste, tanto più se si pensa che le teorie della medicina galenica di allora attribuivano l'origine dei morbi alla corruzione dell'aria e alla conseguente rottura dell'equilibrio all'interno del corpo umano [Bolle 2001, 345-388; Bolle, Ascagni 2001, 25-48; Bolle 2006].

[3] Montpellier, la sua città natale, si trova nella Linguadoca, nella Francia meridionale, a circa 10 chilometri dal Golfo del Leone; è inoltre il capoluogo del dipartimento dell'Hérault e sede vescovile.

[4] Nella biografia del santo è indicata come una delle soste più accreditate. Lungo la via Francigena, Rocco si sarebbe fermato ad Acquapendente nel 1367. Qui si sarebbe trovato di fronte a un gran numero di ammalati di peste, che proprio nel piccolo centro del viterbese si era manifestata con particolare violenza. Entrato nell'ospedale di San Gregorio, si sarebbe prodigato non solo nell'assistenza e nel conforto verso i degenti, ma anche ai lavori più umili. In seguito alla sua presenza, si sarebbero moltiplicate le guarigioni miracolose, che il santo otteneva invocando la santissima Trinità [Chiovelli 2021, 35-48].

romano, fu arrestato per spionaggio e rinchiuso in una prigione dove trascorse gli ultimi anni della sua vita[5]. Il corpo di san Rocco è giunto a Venezia nel 1485; il 13 marzo il patriarca Maffeo Girardi comunicava al Consiglio di Dieci l'avvenuta traslazione, certificandone l'autenticità. La reliquia fu deposta provvisoriamente prima nella chiesa di San Geminiano, poi nel palazzo del patriarca di Grado, presso la chiesa di San Silvestro, fino a che, ultimata la chiesa eretta per custodirla, vi fu trasferita il 3 marzo 1490. Diverse versioni raccontano di miracolose traslazioni, tra cui quella di Flaminio Corner, secondo il quale il recupero delle spoglie di san Rocco si deve al monaco camaldolese Mauro che, per sciogliere un voto e su richiesta di Tommaso di Alberti, si recò a Voghera e riuscì a trafugarle, portandole poi a Venezia, nella Scuola grande di San Rocco. Secondo altri, invece, il corpo del santo, con l'accordo del prevosto di Voghera, fu venduto dal conte al frate che, per facilitarne il trasporto, ne spezzò le ossa per poi venderlo ai governatori della Scuola.
L'apertura del processo di canonizzazione di san Rocco si fa risalire al 1377, ad opera di papa Gregorio XI, ma non esistono documenti in merito. La santità di Rocco fu sicuramente riconosciuta *ex consensu Ecclesiae: culto immemorabile*, che papa Urbano VIII approvò con decreto solenne nel 1625. Tuttavia, secondo Francesco Diedo, già nel 1414 a Costanza, per lo scoppiare di una pestilenza all'apertura del Concilio, i padri conciliari invocarono san Rocco, recandone l'immagine in solenne processione e ottenendone la protezione[6]. Il culto di san Rocco ebbe fin da subito una vasta eco nella Chiesa cattolica. Afferma Augustin Fliche:

> Pochi santi sono stati tanto popolari quanto san Rocco. Dal XV secolo, ogni volta che la peste o qualche altra epidemia si è scatenata sulla cristianità occidentale, è verso di lui che le folle hanno cresciuto le loro suppliche ardenti e angosciate, è a lui che hanno piamente affidato i cari colpiti dal contagio mortale, con la convinzione che la sua potente intercessione riuscisse ad ottenere dal cielo la guarigione che la scienza umana si dimostrava incapace di operare[7] [Fliche 1930, 45].

Generazioni di fedeli hanno visto in san Rocco un protettore, un sostegno nel momento della prova e della sofferenza, e per questo motivo, lungo il corso secoli, è stato invocato contro le epidemie di peste, colera, tifo, influenza spagnola, ma anche contro le

---

[5] Una variante agli episodi della vita di san Rocco, abbastanza consolidata nella tradizione popolare, vuole che il santo francese sia rimasto nelle campagne piacentine fino alla morte in compagnia del suo fedele cane [Cattabiani 1999, 821].

[6] Le controverse vicende della vita di san Rocco sono così sintetizzate da Bolle: «Se [Rocco] è esistito, non può essere in alcun modo il personaggio che è stato raccontato da molti autori e non condurrà a nulla tentare di ritrovare i tratti della storia in opere del genere. Solo coloro che si atterranno a una metodologia rigorosamente storica potranno regalarci, domani, risultati ad oggi imprevedibili, che confermeranno o smentiranno lo stato attuale delle nostre conclusioni, contribuendo a elaborare una spiegazione solidamente ancorata alla totalità delle fonti disponibili. Bisogna proseguire su questa strada, continuare a cercare queste fonti ed affinare la loro analisi», traduzione delle autrici [Bolle 2009, 39].

[7] Traduzione delle autrici.

1: G. Santi, San Rocco, seconda metà del XV secolo [Urbino. Galleria Nazionale delle Marche].

patologie che colpiscono il regno animale e vegetale. Non vi era malattia contagiosa che non trovasse in lui un valido aiuto per preservare intere città e comunità che gli si raccomandavano. La sua coraggiosa carità ha trovato rappresentazione attraverso il lavoro di pittori e scultori che iniziarono a raffigurarlo come un pellegrino, con bisaccia e mantello, spesso con un cane al suo fianco [Turchini 1987, 136-138]. Molte volte sulle sue vesti compare una conchiglia, simbolo dei viandanti, altre volte un rosario (Fig.1).
Il culto per san Rocco trova spazio anche nei romanzi. Basti ricordare Albert Camus, che nella sua opera *La Peste* narra della popolazione di Orano che organizza una processione in onore del santo, perché liberi la città dalla peste [De Maio, Lopresti 2003, 47-51].
I manufatti architettonici dedicati al santo riflettono, nella maggior parte dei casi, il carattere semplice della devozione, anche se talvolta sono arricchiti da raffigurazioni pittoriche che vedono coinvolti i più noti artisti del periodo[8]. Il santo è presentato con in mano le lancette utilizzate per incidere i bubboni della peste e, essendo stato egli stesso contagiato, è rappresentato con i segni del morbo, una ferita sulla coscia che sembra stillare sangue[9]. Le chiese erano spesso isolate dal centro urbano: il motivo è di ordine

[8] Alla figura del santo sono dedicate in Italia molti edifici religiosi, circa 3.000 fra chiese e cappelle. Si stimano circa 260 parrocchie, di cui un centinaio associato ad altri santi, di preferenza san Sebastiano. Molte le steli votive, in genere collocate all'incrocio di strade e all'ingresso delle città, per ottenere la protezione dalla peste.

[9] Si tratta di una strategia rintracciabile sia nelle narrazioni scritte sia in quelle pittoriche per rassicurare il devoto, che venera la santità del nuovo santo allineandola ai suoi santi predecessori. [Cerano 1927, 21-32;

pratico, per tenere i frequentatori dei luoghi a lui dedicati lontani dalle città. Tra quelle più antiche, va rilevata la chiesa di San Rocco a Venezia, che risale al 1494, sede della prima Arciconfraternita dedicata al santo, appositamente costituita per venerarlo e per custodirne le reliquie che tuttora vi si conservano.
Nei secoli successivi, con l'avvento del pensiero scientifico, la fama salvifica di san Rocco e di altri santi taumaturghi ha generato in ambito medico delle naturali riluttanze, che trovano spazio anche all'interno dei più antichi trattati di medicina del XIX secolo[10].

Le Marche terra di epidemie

Dall'antichità ai primi decenni del XVIII secolo le epidemie di peste coinvolsero vari aspetti della vita economica, politica e sociale con analogie impressionanti rispetto all'attuale situazione pandemica: la psicosi collettiva, la caccia ai potenziali untori, la negazione delle prime avvisaglie del contagio per timore degli effetti economici che avrebbero innescato; le devastanti conseguenze sul commercio e sull'economia (*in primis* la "crisi del Trecento"), dovute alle misure restrittive e all'imposizione di nuove tasse [Zanoboni 2020, 21-26].
Le Marche nell'età che precede la grande peste avevano una popolazione stimata in circa 450.000 abitanti [Pini 1996]. A partire da quel periodo e fino alla metà del XIX secolo, molte malattie epidemiche, come peste e tifo, colpiscono la parte povera della popolazione a causa delle insufficienti condizioni igieniche e per la poca disponibilità di cibo, inducendo drastiche diminuzioni del numero dei fuochi[11]. Nel 1348 scompare da un quarto a un terzo della popolazione marchigiana, con punte anche più consistenti in alcune aree più emarginate [Anselmi 1986, 17-18]; ad esempio a Macerata si conosce un andamento che parte da 1800 fuochi nel 1308 per arrivare nel 1348 a 500 fuochi.
Le ricorrenti pestilenze del XVI secolo (1513, 1523-1525, 1527-1528, 1548, 1577, 1591) unite alle carestie indussero fenomeni di impoverimento particolarmente gravi per le Marche [Anselmi, Sorcinelli 1977]. La carestia degli anni 1590-1592 interessò sia la

Marshall 2015].

[10] In quei tempi, la scienza medica non era in grado di soccorrere le popolazioni colpite dal flagello della peste; per questo motivo si invocavano quei santi che "per chiara virtù e fama" potevano intercedere. Fra questi i più venerati erano san Sebastiano e san Cristofano, a cui si aggiunse un nuovo culto, quello per san Rocco [Muratori 1714, 26-51].

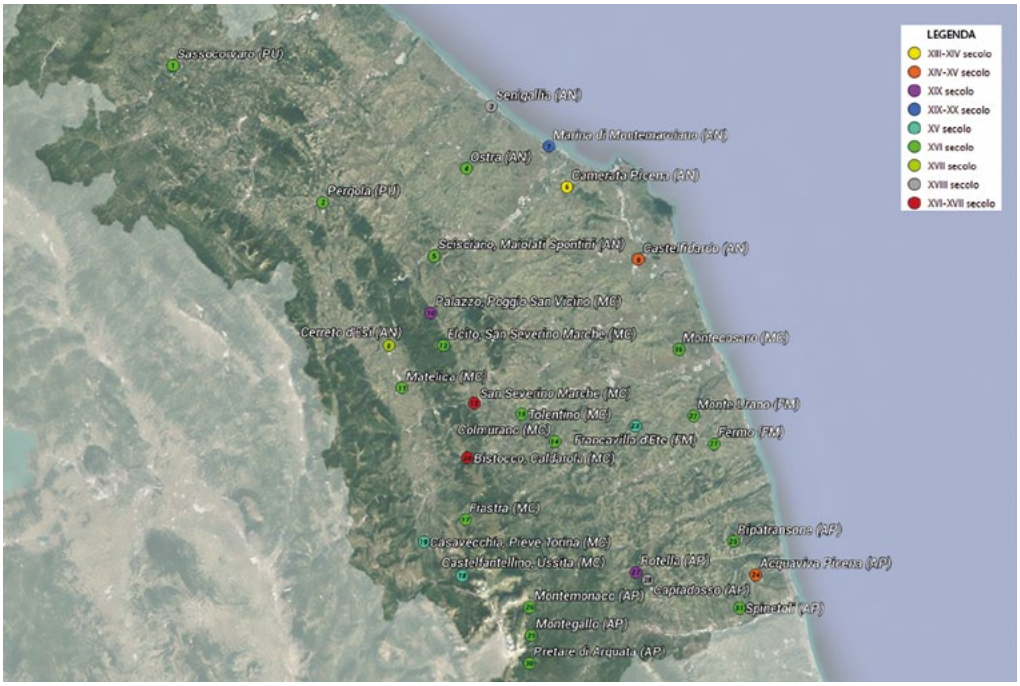
[11] Nell'Archivio di Stato di Ancona è stata recentemente avviata una ricerca sulle *Epidemie e rimedi nelle carte d'Archivio*, nell'ambito del progetto «Domeniche di Carta». Peste, colera e tifo petecchiale sono rilette attraverso i documenti che raccontano la gestione dell'emergenza, nel periodo compreso fra XVI e XIX secolo. Si tratta di documenti di grande attualità da cui emergono le disposizioni delle magistrature locali per evitare l'insorgere e il diffondersi della pandemia. Nel *Libro del Consiglio di Ancona* del 1622 è riportata l'insorgenza del tifo petecchiale. Oltre a salvaguardare la salute pubblica, l'amministrazione di Ancona si preoccupa delle problematiche economiche legate alla diffusione del morbo: «i provvisori della sanità debbono agire con la maggiore quiete possibile senza spesa per il pubblico». Https://www.archiviodistatoancona.beniculturali.it/iorestoacasa/un-archivio-lemergenza-sanitaria-il-racconto.

pianura che le colline, e le zone montuose furono gravemente colpite; oltre a Macerata, sono annoverate anche Camerino, Fabriano, Matelica, Amandola e Fermo come città duramente colpite dalla carestia. In una località di montagna, Appennino, piccolo centro del Camerte, «i 703 abitanti del 1572, falcidiati dalla fame, dalle malattie e dall'emigrazione, scendono nel 1594 ad appena 293. Una serie di cattivi raccolti e la rapida ascesa del prezzo del grano nei lontani mercati di approvvigionamento costringono gli abitanti del villaggio a vendere gli animali per sopravvivere, in particolare le pecore che erano alla base dell'economia locale» [Vernelli 1982, 274-275]; ad aggravare la situazione contribuiscono anche un'epizoozia e le avversità climatiche.

Il misterioso Seicento agricolo marchigiano, nel corso del quale la peste ricompare più volte ma in forma meno virulenta rispetto al passato, deve essere letto come una fase di generale ristagno [Corradi 1972, 34-45]. L'assenza di innovazioni tecniche tra XVI e XVII secolo, comune a molta parte dell'agricoltura europea, non ha favorito l'aumento delle rese del grano. In generale, non si sono verificati cambiamenti profondi destinati a segnare la transizione da un'epoca all'altra attraverso una trasformazione scandita non solo dalla cronologia, quanto piuttosto dal mutamento strutturale, mentre si affermano nuove istituzioni laiche, con molteplici implicazioni che inducono variazioni significative in ogni campo, come l'articolata gestione del potere, la complessa realtà delle classi sociali, il nuovo volto delle città rinascimentali, nell'architettura, nell'arte, nei modelli di comportamento [Sorcinelli 1977, 78-93]. È su questo sfondo che matura una specifica cultura medica, impregnata ancora di saperi antichi fortemente codificati difficili da scalzare, ma alimentata da ulteriori conoscenze, frutto dell'avanzamento del pensiero scientifico. Inoltre, anche dalla parte del malato comincia a cambiare qualcosa e sembra manifestarsi una diversa percezione della malattia e dell'immagine di colui che la cura [Cosmacini 1987, 88; Cosmacini 1997, 114-139].

In molti luoghi, soprattutto quelli delle aree interne, permane comunque un immaginario medievale che si manifesta nel rapporto fra salute e società, fra malattia e religione. Vari documenti testimoniano l'intricata transizione dal Medioevo all'età moderna e nel difficile e tortuoso cammino che prende le mosse dalla spiritualità antica per approdare al razionalismo scientifico. In questo clima, si diffonde anche nelle Marche il culto di san Rocco, che è testimoniato da beni materiali (chiese, oratori, raffigurazioni su tela e ad affresco) e immateriali, quali feste, processioni e tradizioni popolari che si legano alla figura del santo. Nella regione, le chiese dedicate al santo sono situate in prevalenza nelle aree montane dei Sibillini e nel comprensorio del monte dell'Ascensione; si tratta di zone particolarmente povere e con insufficienti condizioni igieniche e poca disponibilità di cibo.

Si rilevano circa 30 chiese dedicate a san Rocco nelle Marche, distribuite nelle varie province e con differenti datazioni che testimoniano i periodi di insorgenza delle malattie epidemiche che hanno colpito la regione, intensificandosi in particolare nel corso del XVI secolo. La maggior parte delle chiese dedicate al santo sono da collocarsi in un arco temporale abbastanza ristretto, la seconda metà del XVI secolo, in coincidenza con una lunga stagione epidemica. Tramite un lavoro di schedatura è stato possibile georeferenziare le informazioni che riguardano i principali edifici dedicati al culto di san Rocco,



2: Cartografia della regione Marche in cui sono riportati i punti di localizzazione delle principali chiese dedicate a San Rocco, 2021 [rielaborazione grafica di L. Barchetta].

non tutti conservati nella loro funzione originaria. Si evidenzia una maggiore concentrazione di edifici nelle Marche centro-meridionali, le aree che hanno sofferto fin dalle epoche più remote di uno stato di arretratezza, connesso all'economia della montagna. Infatti, sono stati rilevati circa 10 edifici, maggiormente nelle aree interne delle province di Ascoli Piceno e di Macerata, databili fra il XV e il XVII secolo, con una prevalenza di quelli costruiti nel XVI secolo (Fig. 2).
L'impianto delle chiese è in genere abbastanza semplice nella forma e ridotto nelle dimensioni; all'interno vi è una ricchezza di elementi decorativi, quadri e affreschi su altari e pareti che rimandano alla simbologia legata al culto di san Rocco. Le scene dipinte sono in genere di facile lettura, con pochi colori, ma di grande effetto cromatico[12]. Nelle chiese non mancano statue in legno dipinto raffiguranti il santo, secondo la sua più nota iconografia.

[12] Uno degli esempi più rappresentativi è il catino absidale della chiesa di San Rocco a Montecosaro, in provincia di Macerata. Nel 1576 la chiesa fu abbellita con i magnifici affreschi del catino e dell'arco absidale, eseguiti da Simone de Magistris da Caldarola. All'interno di un'unica rappresentazione, egli racchiude tre importanti simboli di devozione popolare: l'Assunta, qui raffigurata come Madre di Misericordia; san Sebastiano, invocato da secoli contro la peste, e l'emergente figura di san Rocco. La scena è allietata in alto da sei angioletti festanti e chiusa in basso da uno scorcio della città raffigurata nel suo sviluppo cinquecentesco. Nella cornice che delimita il complesso pittorico, compaiono oggetti che alludono alla liturgia: la mitria, il calice, la navetta e l'incensiere [Minutoli 2018, 240-241]. Altro pregevole esempio è la pala d'altare nella chiesa di San Francesco a Cagli (PU), eseguita nel 1540 da Raffaellino del Colle,

Fra gli esempi di architetture legate all'insorgere delle malattie e al culto devozionale per il santo vi sono i lazzaretti; nelle Marche, l'esempio più interessante è costituito dalla Mole Vanvitelliana di Ancona. Al suo interno è posto il Sacello di San Rocco. La data di costruzione del Tempietto coincide con quella del Lazzaretto, iniziata il 26 luglio 1733 sotto la direzione dell'architetto Luigi Vanvitelli e terminata il 13 febbraio 1743 [Serra 1929; Mariano 1993][13]. Posta all'interno del golfo di Ancona, la Mole sorge su di un'isola artificiale che è collegata alla terraferma mediante tre ponti; tuttavia, in origine, l'edificio era raggiungibile dalla costa solo attraverso le imbarcazioni, in quanto doveva essere garantito, per ragioni sanitarie, l'isolamento delle persone e delle merci. La funzione sanitaria originaria, per contumacie e quarantena, era garantita, oltre che da un efficiente sistema di carico e scarico delle acque, dalla dislocazione degli alloggi nella fabbrica interna. L'edificio, dall'insolito perimetro pentagonale, nelle stanze della parte più interna aveva i locali destinati alla quarantena, mentre in quelle che affacciavano all'esterno erano ospitate le merci. Al centro del cortile, anch'esso pentagonale, si erge il tempietto neoclassico per le funzioni religiose seguite da coloro che erano in isolamento; ciò è testimoniato fino alla metà dell'Ottocento.
Tali evidenze architettoniche delineano un panorama variegato nella regione. Lo studio degli spazi rappresenta un'opportunità per accrescere la conoscenza del ricco patrimonio regionale.

La città di Fermo e le tradizioni legate alle epidemie

Per analizzare il legame fra le città e le tradizioni legate alle epidemie si è scelto di analizzare, in particolare, una testimonianza del culto di san Rocco che, pur avendo subito nel tempo varie trasformazioni, ha connotato uno degli spazi urbani più significativi delle Marche: la piazza del Popolo di Fermo, dove oltre alla chiesa è stato costruito un loggiato pubblico dedicato al santo, uno spazio di mediazione fra la sfera sacra e quella profana.
La città di Fermo sorge in posizione dominante su un colle tufaceo che si affaccia sul mare Adriatico tra le valli del Tenna e dell'Ete. La sua storia inizia con i Piceni, la cui presenza è attestata già a partire dal IX secolo a.C. I Romani occupano *Firmum Picenum* nel 264 a.C., all'inizio della prima guerra punica, e le conferiscono lo *status* di colonia; nel 90 a.C. le viene concesso il titolo di *municipium*. L'epoca romana ha lasciato a Fermo importanti vestigia[14].

che raffigura la Madonna col Bambino e i santi Rocco, Francesco, Geronzio, Stefano e Sebastiano. Essa è considerata come «uno dei massimi risultati che il manierismo ha portato in tutto il ducato di Urbino» [Dal Poggetto 1987, 323-333].

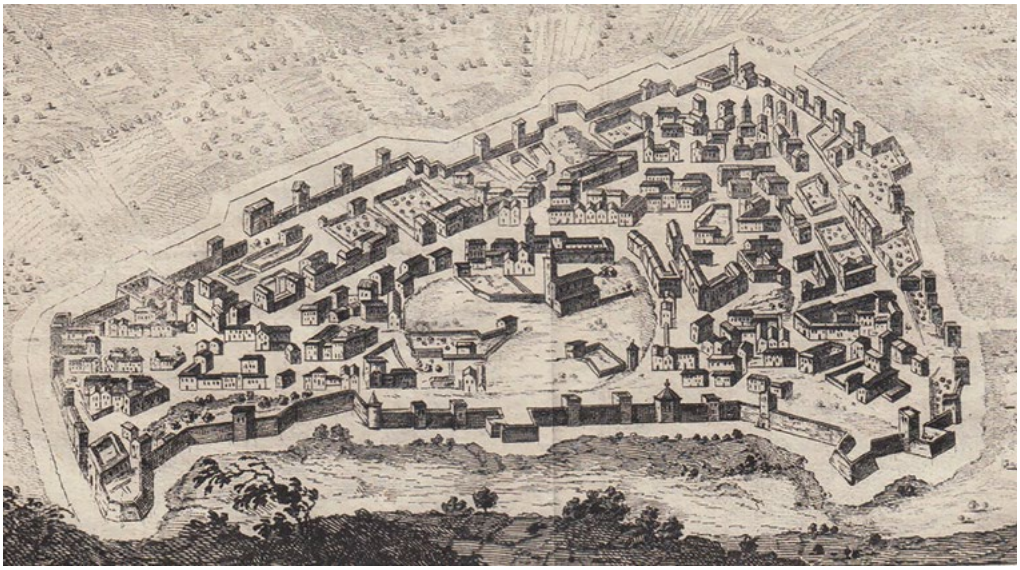
[13] https://www.comune.ancona.gov.it/ankonline/cultura/mole-vanvitelliana/.

[14] L'importanza di Fermo nel I sec. a.C. è dovuta al legame con la potente famiglia dei Pompei, cui appartiene il triumviro Gneo Pompeo che qui possedeva molte terre e ville. Per questo motivo, Giulio Cesare la occuperà durante la guerra contro Pompeo, menzionandola nel suo *De Bello Civili*. Una strada, chiamata ancora oggi *Pompeiana*, unisce il centro di Fermo alla foce del fiume Ete, dove sorgeva il porto-canale

Con l'avvento dei Longobardi, la città entra a far parte del ducato di Spoleto come sede di gastaldato e di comitato, infine di ducato. Si forma così quel vasto spazio territoriale esteso dal fiume Musone fino al Sangro, a sud di Pescara, che avrebbe costituito, sotto i Franchi, la Marca fermana. Dopo la vittoria di Carlo Magno sui Longobardi (774) il ruolo preminente di Fermo continua ad essere riconosciuto. L'imperatore carolingio Lotario I vi fonda nell'825 uno *studium* a beneficio degli studenti del ducato spoletino, menzionando Fermo tra sole nove città italiane adatte ad essere sede di una tale istituzione scolastica.
Il Comune viene istituito a Fermo nel 1185, pochi anni dopo la devastazione degli imperiali, e ha la sua sede dal 1238 nel palazzo edificato di fronte alla cattedrale. L'importanza del nuovo Comune è riconosciuta dall'imperatore Ottone IV e da Federico II, cui si sottomette nel 1242, che le conferma il dominio sul litorale adriatico dal Potenza al Tronto. Le lotte tra Guelfi e Ghibellini si intrecciano nel corso del XIII secolo con le campagne militari contro la rivale Ascoli. Anche verso nord Fermo cerca di mantenere il proprio spazio alleandosi con Venezia contro Ancona. Gli ordini mendicanti si insediano a Fermo nella prima metà del XIII secolo. I Domenicani, in seguito alla predicazione dello stesso san Domenico in città nel 1214, eressero il tempio a lui dedicato a partire dal 1233. I frati Minori di san Francesco fecero il loro ingresso a Fermo nel 1240, mentre gli Eremitani di sant'Agostino edificarono il loro convento e la chiesa a partire dal 1250. Annesso alla chiesa vi era la piccola chiesa di San Giovanni Battista, che nel 1423 divenne l'oratorio di Santa Monica [Raffaelli 1889; Maranesi 1945; Cipolletti 2011]. Nella città si determina una particolare fioritura artistica, che sarà interrotta nella seconda metà del Trecento dall'insorgere a più riprese, fino al 1400, dell'epidemia di peste. La prima metà del Quattrocento corrisponde alla fase in cui si sviluppano le fortificazioni del Girfalco, assumendo sempre più il ruolo di minacciosa fortezza che domina la città. La situazione di spodestamento della parte alta da parte dei suoi abitanti si conclude nel 1446, quando i Fermani abbattono le fortificazioni del Girfalco e radono al suolo tutti gli edifici, ad eccezione della cattedrale che rimane isolata sul colle, mentre la città si espande sulle sue pendici (Fig. 3).
Alla metà del XV secolo viene realizzato il nuovo spazio urbano della piazza di San Martino, definendone i contorni irregolari che assumono l'attuale andamento di forma ellissoidale[15]. La piazza avrà una sua prima configurazione sotto Alessandro Sforza, in occasione della venuta di Bianca Maria Visconti, sposa del fratello Francesco (1442). Con deliberazione comunale dell'8 novembre 1463 saranno avviati nuovi interventi, che si perfezioneranno nel corso metà del XVII secolo.

della città romana. La colonia segue poi le sorti dell'impero romano fino alla sua caduta [Colucci 1788, 101-120; Polverini 1987, 47-52].

[15] Sulla «riscrittura funzionale e stilistica della piazza» che le conferisce unitarietà architettonica, rendendo evidente il suo ruolo simbolico [Pirani 2010, 6-7]. Le quinte della piazza si definiscono con l'aggiunta di importanti edifici: al Palazzo dei Priori, da lungo tempo sede del Comune ma terminato nel 1525, si aggiunge il Palazzo Apostolico (o del Governatore), iniziato nel 1502 e terminato nel 1532. I cinquecenteschi portici longitudinali scandiscono lo spazio, conferendo unitarietà alla piazza [Catalino 1989; Tomei 1989].

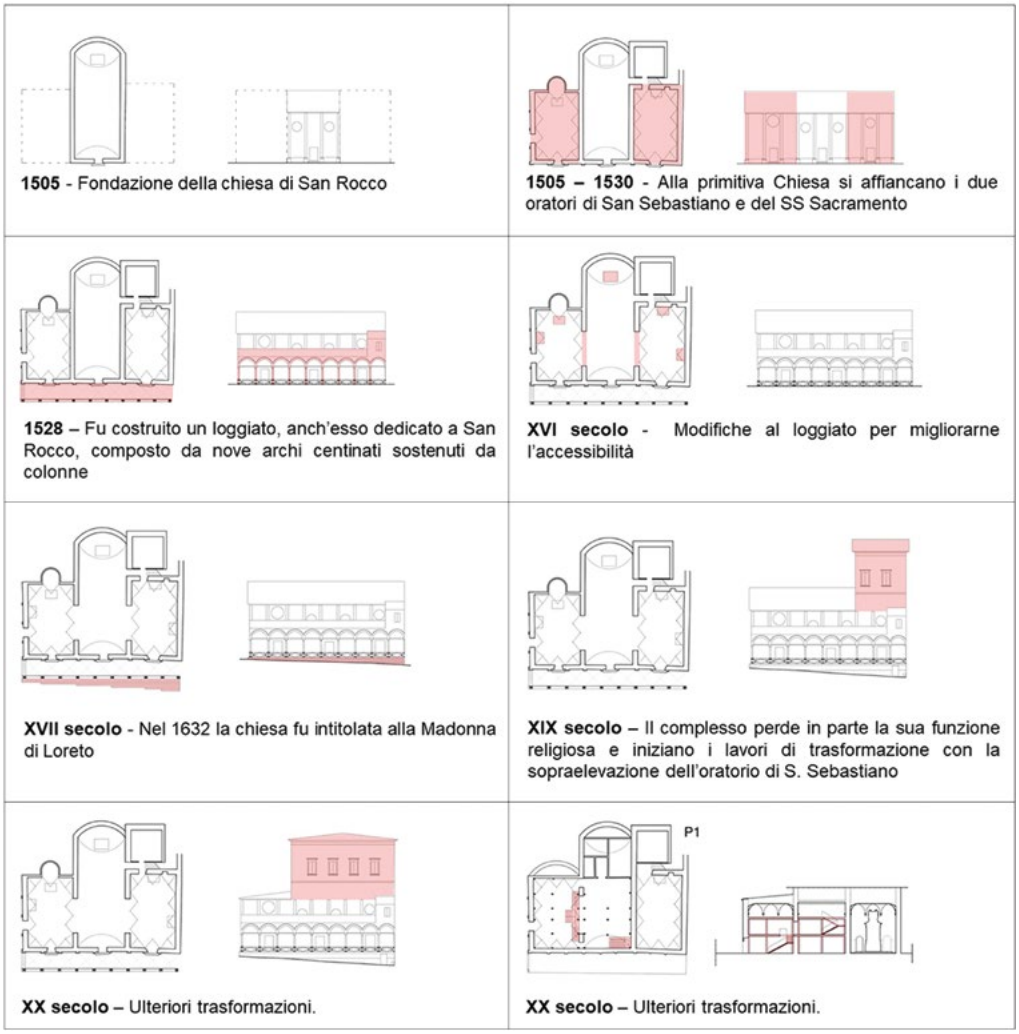


3: T. Salmon, La città di Fermo nella Marca di Ancona dello Stato Ecclesiastico, 1757 [Salmon, T. (1757). *Lo stato presente di tutti i Paesi, e i Popoli del Mondo, Naturale, Politico, e Morale, vol. 21, parte 4: Dell'Italia o sia Descrizione del Gran-Ducato di Toscana, della Repubblica di Lucca, e di una parte del dominio ecclesiastico*, Napoli, per Vincenzo Mazzola a Fontana Medina, tav. XXI]. La città si sta ampliando per occupare gli spazi intorno alla piazza San Martino, oggi del Popolo.

Nella piazza è attestata l'esistenza di una piccola chiesa in stile gotico, posta all'angolo sud-est dell'invaso medievale, di cui sopravvivono alcune parti della facciata principale che fronteggia un'area a verde, in forte pendenza. Con la regolarizzazione e l'ampliamento della piazza in occasione, si rende opportuno il ribaltamento della chiesa, che nel 1505 viene trasformata in un nuovo oratorio come voto della città contro la peste. Nel 1528, per opera di un esponente della nobiltà cittadina, Giovanni Francesco Rosati, sono attuati lavori di annessione e restauro di due cappelle adiacenti, una dedicata a san Sebastiano e l'altra alla Madonna di Loreto (SS. Sacramento), che vanno a formare una più articolata e importante chiesa, dedicata a san Rocco, sempre come *ex voto* per difendersi dalla peste che stava flagellando la città. L'oratorio di San Rocco è aperto al culto nel 1530 e nel corso dei secoli subisce molti restauri, adattandosi a funzioni diverse: sede di confraternite nel 1545, poi di oratori; in seguito, persa la sua funzione devozionale, è stata divisa da tramezzi e adibita ad attività commerciali [Quinterio, Canali 2010, 192][16] (Fig. 4).

Davanti alle tre chiese che erano state unite con un'operazione di apertura dei muri d'ambito, fu realizzato il loggiato di San Rocco, formato da nove archi centinati sostenuti da

[16] https://www.cronachefermane.it/2017/11/11/riportare-allantico-splendore-il-loggiato-san-rocco-portali-colonnato-e-pitture/123379/.



4: Gli interventi di trasformazione della chiesa di San Rocco a Fermo dalla fondazione alla contemporaneità (XVI-XX secolo), 2021 [elaborazione grafica di D. Lapucci].

colonne. Tale primo loggiato è stilisticamente autonomo rispetto agli altri che definiscono la piazza, essendo realizzato con un basamento che sorregge esili colonnine, capitelli corinzi in pietra e archi in cotto[17]. Il suo piano d'imposta sorge ad una quota superiore

[17] Secondo gli storici, il loggiato di San Rocco sarebbe stato di ispirazione per la costruzione di tutte le altre logge della primitiva piazza di San Martino. Diversa è la tecnica di realizzazione, non più esili colonne ma pilastri che sorreggono le arcate a tutto sesto. La soluzione stilistica del loggiato, sorretto da colonne anziché da pilastri mostra il fenomeno, perlatro molto comune soprattutto in provincia, del venir meno delle regole applicate dai maestri del Rinascimento. Alberti, infatti, non accetta l'arco sostenuto da colonne, uno dei motivi chiave introdotti poco prima dal Brunelleschi e poi generalmente adottato dopo di

5: Immagine d'epoca del loggiato di San Rocco, metà XX secolo [Collezione privata].

rispetto a quella del restante colonnato ovest della piazza ed è sorretto da un muro di contenimento che ha sostituito l'originale scalinata di accesso, visibile nelle raffigurazioni settecentesche e ancora presente alla fine del XIX secolo (Fig. 5). Nel Brogliardo del Catasto Gregoriano, riferibile al primo decennio del XIX secolo, la chiesa di San Rocco è soppressa e la particella che la identifica è di proprietà del Demanio; ciò rientra nella generale soppressione degli ordini religiosi, operata nei primi decenni del secolo[18].
Nel loggiato di San Rocco che unifica il fronte delle tre chiese erano stati realizzati una serie di dipinti riferiti alla traslazione della Santa Casa di Loreto [Grimaldi 1997, 452][19].

lui. Alberti aveva verificato una contraddizione tra la colonna (a sezione rotonda) e l'arco che appartiene al muro entro il quale viene ritagliato; dunque, prescrive i pilastri (a pianta quadrata o rettangolare) a sostegno degli archi [Wittkower 1964, 115; Quinterio, Canali 2010, 192].

[18] Roma. Archivio di Stato. Progetto IMAGO, Centri Urbani, Fermo, mappa a) e relative Brogliardo: http://www.imago.archiviodistatoroma.beniculturali.it/Gregoriano/sfoglia_brogliardi.php?Path=Gregoriano/Brogliardi/Fermo/001&r=001.jp2&lar=1536&alt=864.

[19] Mancano le prove documentarie per conoscere i committenti e gli esecutori di tali opere. Probabilmente, sono stati commissionati dalla Confraternita del SS. Sacramento che risiedeva nella chiesa o da singole persone devote che avevano disposto un lascito testamentario a tale scopo. I fedeli, per invocare la salute personale e quella di un congiunto, disponevano che venisse raffigurata l'immagine della Vergine lauretana in una chiesa o in un altro luogo pio a loro caro. Le comunità preferivano offrire alla Vergine corone araldiche, modelli plastici della loro città o intraprendere la pia peregrinazione lauretana. Inoltre, Grimaldi afferma che per interessamento di alcuni devoti un'altra compagnia di Santa Maria di Loreto, oltre quella romana, viene fondata nella chiesa di San Rocco di Fermo nel 1621 ed è arricchita di molti privilegi da papa Urbano VII nel 1632 [Grimaldi 1997, 466].

Durante il restauro realizzato alla metà dell'Ottocento, purtroppo tali affreschi sono andati perduti e alcuni lacerti sono ricomparsi durante i recenti lavori di consolidamento del loggiato.
Oggi come allora, la venerazione per san Rocco si riconnette alla ricchezza culturale e scientifica collegata all'università fermana e alla biblioteca del medico Romolo Spezioli, la cui raccolta libraria è ricca di interessanti testi che vanno dalla medicina sacra all'alchimia e che contemplano la cura e l'assistenza agli infetti[20].

Conclusioni

Lo studio degli edifici religiosi dedicati al culto di san Rocco rappresenta un'opportunità per accrescere la conoscenza di tale patrimonio culturale specialistico, spesso di notevole rilevanza storico-artistica, ma pressoché sconosciuto e oggi fortemente compromesso a causa degli eventi sismici che hanno interessato le aree interne delle Marche centro-meridionali. Sono stati, infatti, gli edifici religiosi a subire i danni maggiori a seguito degli eventi registratisi fra il 2016 e il 2017. Le perdite non hanno riguardato solo il patrimonio tangibile, composto da beni immobili e mobili, ma anche quell'insieme identitario di valori in cui le comunità locali si riconoscono; fra queste anche i riti, le credenze, le modalità di approccio al diffondersi delle epidemie, che in alcuni casi, ritroviamo anche nell'attuale situazione emergenziale. Attualmente, la chiesa ormai sconsacrata di San Rocco a Fermo rappresenta uno strumento di elaborazione culturale d'ispirazione cristiana a servizio di tutti; il suo loggiato è luogo d'incontro tra l'esperienza di fede e la vita, tra il servizio alla chiesa e quello alla società, tra teologia e scienza. La rete allargata delle conoscenze, competenze e ricchezze disseminate sul territorio della diocesi di Fermo è promossa e valorizzata attraverso la stretta collaborazione con tutte le realtà presenti nel territorio fermano che si occupano di Terzo Settore.

Bibliografia

ANSELMI, S. (1986). *L'agricoltura marchigiana nella sua dimensione storica,* in «Rivista di Storia dell'Agricoltura», a. XXVI, n. 2, pp. 3-104.

ANSELMI, S., SORCINELLI, P. (1977). *Epidemie e rivalità commerciali nelle piazze marittime marchigiane (secoli XVI-XIX)*, in «Economia e storia», n. 3, pp. 293-310.

BENVENUTI, A. (2010). *Riti propiziatori e di espiazione*, in *Le Calamità Ambientali nel Tardo Medioevo Europeo: Realtà, Percezioni, Reazioni. Atti del XII Convegno del Centro di Studi sulla civiltà del tardo Medioevo, San Miniato, 31 maggio - 2 giugno 2008*, a cura di M. Matheus, G. Piccinni, G. Pinto, G. M. Varanini, Firenze, Firenze University Press, pp. 77-86.

[20] Il catalogo manoscritto della biblioteca privata di Romolo Spezioli, alle carte 175r-186v, ci consente di verificare la varietà di interessi del medico fermano, dimostrando l'avvio di una nuova corrente razionalista che nel XVII secolo modifica il metodo di approccio alle scienze, alla speculazione teoretica e alla filosofia pratica [Serrai 2015, 55-62].

BOLLE, P. (2001). *Saint Roch. Genèse et première expansion d'un culte au XV siècle*, vol. II, tesi di dottorato, Université Libre de Bruxelles.

BOLLE, P. (2006). *San Rocco. Dai racconti angiografici alle origini leggendarie e liturgiche, Vita Sancti Rochi*, in «Rivista del Comitato Internazionale Storico-Scientifico per gli Studi su San Rocco e la Storia medievale», n. 1, pp. 58-106.

BOLLE, P. (2009). *Où en est aujourd'hui la recherche sur Saint Roch?,* in «Etudes Héraultaises», n. 39, pp. 45-59.

BOLLE, P., ASCAGNI, P. (2001). *Rocco di Montpellier. Voghera e il suo santo,* Voghera, Comune - Assessorato all'Istruzione.

CATALINO, S. (1989). *I Caratteri architettonici della Piazza di Fermo*, in *Fermo, la città tra Medioevo e Rinascimento*, a cura di M. Vitali, Cinisello Balsamo, Silvana, pp. 37-42.

CATTABIANI, A. (1999, I ed. 1993). *Santi d'Italia*, Milano, BUR.

CERANO, G. (1927). *San Rocco nella vita, nel culto e nell'arte*, Roma, Ferrari.

CHIOVELLI, R. (2021). *Epidemie, ospedalità e medicina ad Acquapendente. Il morbo alla soglia del confine pontificio della Toscana*, Acquapendente, Comune di Acquapendente.

CIPOLLETTI, C. (2011). *Guida Storica Artistica della Provincia di Fermo*, Fermo, Andrea Livi Editore.

COLUCCI, G. (1788). *Antichità Picene dell'Abate Giuseppe Colucci patrizio camerinese*, vol. II, Fermo, ex Typographio Palladis.

CORRADI, A. (1972, I ed. 1870). *Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850, compilati con varie note e dichiarazioni*, vol. I, Bologna, A. Forni.

COSMACINI, G. (1987). *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale*, *1348-1918*, Roma-Bari, Editori Laterza.

COSMACINI, G. (1997). *L'Arte lunga. Storia della medicina dall'Antichità ad oggi,* Roma-Bari, Editori Laterza.

DAL POGGETTO, P. (1987). *Precisazioni sull'influsso di Raffaello nelle Marche: l'Imperiale, Raffaellino del Colle e altro*, in *Studi su Raffaello. Atti del Congresso Internazionale di Studi: Urbino-Firenze, 6-14 aprile 1984*, vol. 1, a cura di M. Sambucco Hamoud, M. L. Strocchi, Urbino, QuattroVenti, pp. 323-333.

DE MAIO, D., LOPRESTI, M. (2003). *San Rocco, l'uomo e il santo. Peste, Leggende, Storia e Devozione*, Reggio Calabria, Laruffa.

DE PINS, J., GAUARDO, L. (1576). *La vita di S. Rocco discritta già LX anni in lingua latina dal signor Giovanni Pino di Tolosa, senatore del christianissimo re di Francia, et ambasciatore alla serenissima Republica Venetiana, et hora tradotta in lingua volgare da Lelio Gauardo*, Venezia, Domenico Farri.

FLICHE, A. (1930). *L'Art et les Saints. Saint Roch*, vol. 22, Paris, Laurens.

GRIMALDI, F. (1997). *La devozione alla Vergine Lauretana nelle Marche tra XIV e XIX secolo*, in «Lares», vol. 63, n. 4, pp. 449-493.

MARANESI, F. (1945). *Guida storica e artistica della città di Fermo*, Fermo, Stab. coop. tipografico.

MARIANO, F. (1993). *Vanvitelli in Ancona. Progetti per la città*, in *L'esercizio del disegno*, vol. II, Ancona, Il lavoro editoriale, pp. 28-37.

MARSHALL, L. (2015). *I cicli pittorici di San Rocco nell'Italia settentrionale*, in *San Rocco di Montpellier. Studi e Ricerche. Atti delle Giornate Internazionali di San Rocco, (Caorso e Cremona, 2-3 Ottobre 2009)*, a cura di P. Ascagni, N. Montesano, Cremona, Edizione CSDS, pp. 146-153.

MINUTOLI, D. (2018). *Montecosaro, chiesa di San Rocco: Simone De Magistris*, in *Capriccio e Natura. Arte nelle Marche del secondo Cinquecento. Percorsi di rinascita*, a cura di A. M. Ambrosini Massari, A. Delpriori, Cinisello Balsamo, Silvana, pp. 240-241.

MURATORI, L. A. (1714, I ed. 1710). *Del governo della peste, e delle maniere di guardarsene, trattato ... diviso in politico, medico, et ecclesiastico, da conservarsi ed aversi pronto per le occasioni che Dio tenga sempre lontane, In Modena, Per Bartolomeo Soliani stampatore ducale*, Modena, Bartolomeo Soliani stampatore ducale.

PINI, A. I. (1996). *La demografia italiana dalla peste nera alla metà del Quattrocento: bilancio di studi e problemi di ricerca*, in Id., *Città medievali e demografia storica. Bologna, Roma, Italia (secc. XIII-XV)*, Bologna, CLUEB, p. 178-187.

PIRANI, F. (2010). *Fermo*, Spoleto, Fondazione Centro italiano di studi sull'alto Medioevo.

POLVERINI, L. (1987). *Firmum Picenum*, Pisa, Giardini editori e stampatori.

QUINTERIO, F., CANALI, F. (2010). *Architettura del Classicismo tra Quattrocento e Cinquecento. Marche*, Roma, Gangemi Editore.

RAFFAELLI, F. (1889). *Guida artistica di Fermo*, Fermo, Stab. Tip. Bacher.

SALMON, T. (1757). *Lo stato presente di tutti i Paesi, e i Popoli del Mondo, Naturale, Politico, e Morale, vol. 21, parte 4: Dell'Italia o sia Descrizione del Gran-Ducato di Toscana, della Repubblica di Lucca, e di una parte del dominio ecclesiastico*, Napoli, per Vincenzo Mazzola a Fontana Medina.

SERRA, L. (1929). *Le fabbriche di Luigi Vanvitelli in Ancona*, in «Dedalo», a. X, fasc. II, pp. 98-110.

SERRAI, A. (2015). *Romolo Spezioli e la Biblioteca Civica di Fermo*, Perugia, Morlacchi.

SORCINELLI, P. (1977). *Regimi alimentari, condizioni igieniche, epidemie nelle Marche dell'800*, Urbino, Argalia.

TOMEI, L. (1989). *La piazza del Popolo tra Romanità, Medioevo e Rinascimento*, in *Fermo, la città tra Medioevo e Rinascimento*, a cura di M. Vitali, Cinisello Balsamo, Silvana, pp.191-203.

TURCHINI, A. (1987). *La malattia dipinta. Suggestioni e immagini della salute negli ex-voto*, in *Sanità e Società. Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, secoli XVI-XX*, vol. II, a cura di A. Pastore, P. Sorcinelli, Udine, Casamassima, pp. 135-165.

VERNELLI, C. (1982). *La demografia di due comunità contadine*, in *Ancona e le Marche nel Cinquecento: economia, società, istituzioni, cultura (Ancona, Palazzo Bosdari, 9 gennaio - 21 marzo 1982)*, a cura di R. Paci, M. Pasquali, E. Sori, Ancona, Pinacoteca "Francesco Podesti", pp. 271-276.

WITTKOWER, R. (1964). *Principi architettonici nell'età dell'umanesimo*, Torino, Einaudi.

ZANOBONI, M. P. (2020). *La vita al tempo della peste: Misure restrittive, quarantena, crisi economica*, Milano, Jouvence.

Sitografia

https://www.archiviodistatoancona.beniculturali.it/iorestoacasa/un-archivio-lemergenza-sanitaria-il-racconto [aprile 2021].

https://www.cronachefermane.it/2017/11/11/riportare-allantico-splendore-il-loggiato-san-rocco-portali-colonnato-e-pitture/123379/ [gennaio 2021].

https://www.comune.ancona.gov.it/ankonline/cultura/mole-vanvitelliana/ [gennaio 2021].

Roma. Archivio di Stato. Progetto IMAGO, Centri Urbani, Fermo, mappa a) e relative brogliardo: http://www.imago.archiviodistatoroma.beniculturali.it/Gregoriano/sfoglia_brogliardi.php?Path=Gregoriano/Brogliardi/Fermo/001&r=001.jp2&lar=1536&alt=864 [gennaio 2021].

LA CIUDAD DE BARCELONA Y SU URBANISMO EN EL PASO DEL SIGLO XVI AL XVII A TRAVÉS DE DOS ITINERARIOS DE LA «PROCESSÓ DE LA SANG» (1569 Y 1612)

Vanessa Martín Nicolás

Abstract

The Confraria de la Sang *of Barcelona, founded by Isabel de Josa around 1536, was one of the most important religious institutions of the city of Barcelona in modern times. It was one of the first under the invocation of the Blood of Christ in the territories of the Crown of Aragon, organizer of the first procession of the Holy Week, and spiritual assistant of those condemned to death. Through two processional itineraries, we will see how the city transformed in the last years of the 16th century and the first of the 17th.*

Keywords

Holy Week, procession, procession of the holy blood, Barcelona, Trento Council.

Introducción

Las fechas elegidas para esta comunicación, 1569 y 1612, corresponden a dos de los itinerarios conservados de la *Processó de la Sang*. Tradicionalmente, estas dos fechas se inscriben en el conocido en Cataluña como "siglo perdido", una etapa que comprendería desde 1550, en pleno Concilio de Trento (1545-1563) y momento en el que Barcelona ha perdido parte de su hegemonía comercial, y 1640, a las puertas de la *Guerra dels Segadors*[1]. Aún así, desde hace ya algún tiempo, la historia del arte intenta dar la vuelta a esa idea de crisis o decadencia establecida para este período.

A nivel constructivo y artístico, la reforma impulsada desde el Concilio de Trento implica la edificación y reparación de cientos de iglesias, conventos masculinos y femeninos, capillas, ermitas, oratorios, rectorías, colegios, etc. [Mària i Serrano 1995, 15; García Espuche 1998, 42-43]. Si ya de por sí toda esta producción arquitectónica da algunas pistas del nivel económico del país, tendremos que tener también en cuenta que las

[1] Albert García Espuche fue de los primeros en cuestionar esta visión tradicional de considerar esa etapa como un periodo de crisis y decadencia [García Espuche 1998].

© Aisu International 2021

reparaciones y las nuevas construcciones cuentan con el encargo adicional de decorarlas con nuevos retablos, esculturas, pinturas, objetos de orfebrería, etc.
Analizando los dos recorridos que proponemos de una de las procesiones más importantes de Barcelona en Época Moderna, podremos identificar y reconstruir el espacio urbano en dos momentos diferentes y observar cómo muchas de las nuevas construcciones transforman ese espacio y la manera en que los habitantes se relacionan en él.

La ciudad de Barcelona en la segunda mitad del siglo XVI: urbanismo y religiosidad

Antes de ver los recorridos de la *Processó de la Sang*, es necesario entender cómo es urbanísticamente la ciudad de Barcelona a finales del siglo XVI y principios del XVII. La ciudad de entonces, y todavía la de ahora, mostraba urbanísticamente su origen romano, un trazado que marcará el crecimiento de la ciudad en los siglos posteriores. El pequeño núcleo formado en el interior de las primeras murallas se distribuía a partir de la traza de sus dos calles principales: Cardo y Decomanus. Esas dos calles se cruzaban en su centro formando la plaza principal, el Fórum, que actualmente se corresponde al ángulo norte de *Plaça de Sant Jaume* [Busquets 2018, 23-27].
A partir del siglo IX, la ciudad comienza a crecer fuera este primer recinto amurallado con la aparición de primeros arrabales y la fundación de algunos conventos o iglesias. La progresiva creación de las llamadas "viles noves", pequeños barrios que se emplazan fuera del primer recinto, hace que a finales del siglo XIII se impulse la construcción de una segunda muralla [Busquets 2018, 41-44]. El nuevo recinto amurallado estaba formado por espacio que actualmente delimitan la Rambla, *Plaça Catalunya*, *Plaça Urquinaona*, *Passeig de Sant Joan*, calle Trafalgar, *Arc de Triomf* y *Parc de la Ciutadella*. Pero el continuo crecimiento de la ciudad en la Baja Edad Media hace que el perímetro de la ciudad vuelva a transformarse, en el paso del siglo XIV al XV, construyendo la nueva muralla del *Raval*. Esta nueva muralla rodeaba la parte occidental de la ciudad que se había quedado fuera de la segunda y englobaba la zona que crecía alrededor del convento del *Carme*, el monasterio de *Natzaret* y el *Hospital de Colom* [Busquets 2018, 63-64].
Cuando Francesco Guicciardini visita Barcelona en 1512 como embajador de Florencia, nos describe cómo es la ciudad en esta primera mitad del siglo XVI:

> *La città è tutta in piano e posta in sul mare; e di sito molto atto alle mercantanzie, le quali non vi fioriscono però come pel passato;* […]*; è bella città e grande e bene popolata; non si vede edificio particular notabili nè molto eccellenti; ma universalmente le case sono belle e belle in ogni luogo della città;* […] *Raccolto tutti insieme, la città è bella e grande cosa per gli edifici, pel mare chè batte alla città propio alla loggi de mercatanti; pelle strade belle rispetto alla pulitezza e la parità degli edifici, ma sono strette, per esssere dilettevole di giardini bellissimi e di molti aranci; per essere bene populata e ancora rica, e se non vi fussimo discordi loro propie, quietissima* [Bada 1970, 39-40].

A mediados del siglo XVI, la ciudad está todavía abierta en el tramo paralelo al mar y será entonces, entre 1554 y 1559, cuando se construirá la fachada marítima de la muralla, dejando cerrado el perímetro de la ciudad. Barcelona está dividida funcionalmente en cuatro "quarters": *Santa Maria del Mar*, *Santa Maria del Pi*, *Sant Miquel* y *Sant Pere*. Esta división estructural seguía la distribución orgánica que había marcado el urbanismo romano de la ciudad a partir de la creación del Cardo y el Decomanus, pero no afectaba a la configuración urbanística de la ciudad. A nivel práctico, entre los siglos XVI y XVII, la provisión de agua potable, la pavimentación de las calles o la mejora del alcantarillado serán algunos de los proyectos urbanísticos esenciales de la ciudad[2].

La situación religiosa de Barcelona en el siglo XVI fue analizada por Joan Bada hace algunos años, describiendo el decadente panorama religioso de la ciudad durante la primera mitad del siglo y la necesidad de una reforma tanto en el clero secular como en el regular. La ciudad condal contaba en aquel momento con siete parroquias distribuidas en el perímetro de las dos primeras murallas: *Santa Maria del Mar*, *Santa Maria del Pi*, *Sants Just i Pastor*, *Sant Pere de les Puel·les*, *Sant Cugat*, *Sant Miquel* y *Sant Jaume*. El absentismo de los rectores en sus parroquias por el gran número de beneficios a los que tenían que atender, la práctica del concubinato o la falta de formación en el bajo clero, la mezcla de elementos sagrados y profanos en el interior de los templos o el deficiente estado material de los mismos son algunos de los motivos por los que urge una reforma[3]. En la segunda mitad del siglo, momento en el que las ciudades están creciendo cada vez más, aumenta el interés por la atención moral y espiritual de los ciudadanos. La necesidad de atender a los enfermos o dar hospedaje y alimentación a las clases más marginadas, hace que desde los propios municipios se solicite el asentamiento de algunas órdenes religiosas para ocuparse de este cometido. Esto hará que se produzca un incremento de la llegada de nuevas órdenes religiosas que recibían terrenos y edificios para establecerse en las ciudades a cambio de la asistencia espiritual y material de sus habitantes [García Espuche 1998, 44].

La Confraria de la Sang

La cofradía es una de las manifestaciones de piedad popular que recibe un nuevo impulso a partir del Concilio de Trento. La *Confraria de la Sang* era de tipo penitencial. Fue una de las primeras bajo advocación de la Sangre de Cristo en los territorios de la

[2] Algunas calles ya están pavimentadas, pero muchas otras no, con el problema que esto suponía para las procesiones cuando llovía y quedaban enfangadas. Antònia Maria Perelló apunta que algunas de las calles previamente pavimentadas eran aquellas por las que pasaba la procesión de Corpus [Perelló 1996, 109-110].

[3] En cuento a monasterios y conventos, los órdenes masculinos establecidos en la ciudad a mediados del siglo XVI eran franciscanos, carmelitas, dominicos, agustinos, trinitarios y mercedarios; y entre los femeninos encontramos a benedictinas, clarisas, cistercienses, dominicas, agustinas o jerónimas. A todos ellos se tenían que sumar los canónigos regulares de la colegiata de *Santa Anna*, el monasterio benedictino de *Sant Pau del Camp* y el priorato de *Nostra Senyora de Natzaret* [Bada 1970, 47-53].

Corona de Aragón y una de las entidades religiosas más importantes de la ciudad en Época Moderna. Tuvo su origen alrededor del año 1536, cuando Isabel de Josa recibió precario del prior del monasterio de *Santa Maria de Nazaret* de unas casas situadas en el *Peu de la Creu*, sede de las primeras reuniones de la cofradía [Martín Nicolás 2017]. El complejo urbano que formaban exactamente estas casas antes de ser ocupadas por la cofradía aún está por descifrar. Formaron parte del convento de los frailes paulinos, posteriormente estuvieron ocupadas por el arzobispo de Sassari, Berenguer de Sos, y por un grupo de monjas del Monasterio de Pedralbes. La capilla que acogió más tarde la cofradía había sido inaugurada en el año 1501 y se encuentra documentada a partir del 1515[4].

Las primeras ordinaciones de la cofradía se recogieron en el conocido como *Llibre de les* Ànimes o *Llibre Vermell.* Aunque cronológicamente el libro es un poco posterior, fueron redactadas, atendiendo al preámbulo, alrededor del año 1536 y cuando la cofradía ya contaba con una cierta actividad[5] (Fig. 1).

Del *Peu de la Creu*, lugar en el que se ubicó desde su fundación y hasta 1547, la cofradía se trasladó a la iglesia parroquial de *Santa María del Pi*, donde se les concedió la capilla del capítulo, conocida como *Capella de la Sang*. En esta iglesia parroquial se ha mantenido hasta la actualidad, exceptuando un periodo de once años, de 1561 a 1572, en el que la cofradía se trasladó al convento de *Sant Nicolau* "dels framenors" por desacuerdos entre la comunidad del Pi y los prohombres de la cofradía[6].

El impulso de la fundación barcelonesa estuvo liderado por Isabel de Josa[7]. Junto a ella, participaron en la fundación de la cofradía Enric de Centelles, del linaje de los Centelles y caballero de la orden de Santiago, Gaspar Garró, natural de la ciudad de Valencia y residente en Barcelona, Benet Montagut y Joan de Cardona, elegido obispo de Barcelona por elección del emperador Carlos V y consuegro de Isabel.

Como es habitual en este tipo de asociaciones, la cofradía tendrá un doble fin: devocional y asistencial. En cuanto a la actividad asistencial, en un primer momento Isabel de Josa protegió y asistió a niñas y niños huérfanos de la ciudad y es probable que también

---

[4] Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Josep Mas. Notes històriques del bisbat de Barcelona. Parròquia de la Mare de Déu dels Àngels. Ms.B - 222, 1v-4r. Años más tarde, en 1562, se ubicó en ese mismo lugar el *Monestir de Nostra Senyora dels Àngels i Peu de la Creu* a partir de la dote que Isabel de Josa deja a sus nietas Victoria y Beatriu.

[5] Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2.

[6] Cuando en 1572 los cofrades deciden volver, estableciéndose definitivamente en la *Capella de la Sang*, exigen que se cumplan los acuerdos firmados en 1547 en los que se especificaban que la Comunidad del Pi no podía expulsar a la cofradía bajo pena de excomunión. Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. *Notas históricas de J.B. Batlle*. Fons Confraria de la Sang: C161-C206 (Antigua numeración 17-1972).

[7] Isabel de Josa fue doctora en teología y especialista en filosofía escolástica y la obra de Duns Scot. Isabel formó parte de un pequeño pero significativo grupo de mujeres letradas que se harán un hueco en la sociedad intelectual barcelonesa de la primera mitad del siglo XVI, prácticamente el mismo que protegerá y se hará cargo de la formación de Ignacio de Loyola durante sus estancias en la ciudad de Barcelona [Martín Nicolás 2017].

1: Llibre de les Ànimes o Llibre Vermell de la Reial i Illustre Arxiconfraria de la Puríssima Sang de Nostre Senyor Jesucrist [Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Gremis. 20.2. Contraportada].

fuese lugar de acogida para mujeres con dificultades[8]. En paralelo, y también desde sus inicios, la entidad dará asistencia a los condenados a muerte, acompañándolos espiritualmente y asistiendo a las ejecuciones públicas. La principal actividad devocional tenía lugar la tarde de Jueves Santo, cuando organizaban la *Processó de la Sang,* la más importante entre las procesiones de Semana Santa de la ciudad condal.

Devoción y espiritualidad fuera del templo: la Processó de la Sang en sus itinerarios de 1569 y 1612

A mediados del siglo XVI, las procesiones, junto con otro tipo de prácticas religiosas, adquieren un papel de gran importancia a la hora de visualizar los dogmas y las creencias impulsados desde el Concilio de Trento. Como veremos, la procesión introduce

[8] Isabel de Josa promovió en Italia algunas fundaciones similares *a posteriori*. En 1553, la *Confraternita del Glorioso Patriarca S. Giuseppe*, para dar asilo nuevamente a niños huérfanos, y la iglesia de *Santa Maria de Loretto* de Vercelli. Dos años más tarde, en 1555, Isabel obtiene permiso del arzobispado para la creación en Milán de una confraternidad llamada *Santa Maria del Soccorso delle Anime*, un lugar en el que se ocupará de niñas huérfanas con necesidad de asilo, mujeres maltratadas, con dificultades, prostitutas y extranjeras.

progresivamente nuevos elementos al desfile que, junto con el propio recorrido, adquirirán un sentido simbólico y trascendente. A su vez, la procesión abre camino a una nueva cultura visual y celebrativa [Martínez-Burgos 2002]. La ceremonia de la procesión traslada la devoción y espiritualidad fuera del recinto eclesiástico e impone un movimiento direccional de un grupo de personas que se desplaza por el espacio urbano siguiendo un itinerario. Este itinerario implica también una estructura interna y tiene un punto de partida y otro de llegada, aunque en nuestro caso siempre sea el mismo[9].
En este contexto nace la *Processó de la Sang*, que empieza a organizarse en la tarde de Jueves Santo en paralelo a la fundación de la cofradía. Se trata de una procesión inédita en la Barcelona del quinientos, que nace sin precedentes y que se irá adaptando progresivamente al nuevo contexto religioso y social de la segunda mitad del siglo XVI.
Como los otros itinerarios procesionales, el de la *Processó de la Sang* reconstruye un espacio urbano y escenifica una comunidad.
Los dos itinerarios seleccionados, ambos documentados, se corresponden con dos momentos diferenciados en los que la *Confraria de la Sang* tiene su sede en el monasterio franciscano de *Sant Nicolau*, el primero, y el momento en que la cofradía ya se ha ubicado definitivamente en *Santa Maria del Pi*, el segundo.[10]
El recorrido de 1569[11] quedó fijado en el consejo celebrado ese mismo año, al que asistió el gobernador general de Cataluña Pere de Cardona.[12] Es circular, tiene una longitud aproximada de seis kilómetros y pasa por zonas estratégicamente escogidas que localizamos en el interior de las segundas murallas (sin pasar al otro lado de la Rambla).
Para realizar la procesión se necesitaba una licencia del obispo o vicario general[13]. Una vez obtenida, se presentaba a los rectores o superiores de los templos por donde querían hacer pasar el itinerario porque la procesión en este momento, y hasta el siglo XVIII, itineraba también por el interior de las iglesias[14].
Saliendo del convento, el primer lugar al que se dirige es a la parroquia de *Santa Maria del Mar*, una de las parroquias más importantes de la ciudad. Desde allí irá al convento de *Sant Agustí*, al de *Santa Caterina*, al de *Les Magdalenes*, *Santa Maria de Jonqueres*, la iglesia de *Santa Anna*, el convento de *Santa Maria de Montsió*, llegando después a *Santa*

[9] Un artículo que analiza las procesiones de la ciudad de Barcelona en la Baja Edad Media nos ha servido para contextualizar los precedentes de itinerarios urbanos de Época Moderna [Raufast 2006].

[10] Recordemos que la cofradía ya había estado antes en la parroquial del Pi, de 1547 a 1561 y que se trasladó provisionalmente al monasterio de *Sant Nicolau* por desavenencias entre la comunidad del Pi y los prohombres de la cofradía.

[11] Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, f. 15r.

[12] Las primeras ordinaciones ya insisten en la importancia de que los cofrades sigan la procesión a lo largo de todo su trayecto. Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, f. 10v.

[13] Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. Llibre de rectoria de 1684, f. 160.

[14] En 1711, el Archiduque Carlos de Austria prohíbe que se realicen las procesiones de Semana Santa. Por intercesión del Marqués de Rialp, las cofradías consiguen permiso para hacerlas, pero se les prohibirá pasar por dentro de las iglesias, como era costumbre. En la segunda mitad de siglo XVIII, las nuevas ideas de las corrientes europeas ilustradas implicaron una nueva. Se prohíben las procesiones de 1770 a 1776 y cuando se retoman, lo harán con algunas restricciones [Martín Nicolás 2013; Bada 1988].

Maria del Pi. Desde *Santa Maria del Pi* se dirigirá a la Catedral, pasando después por el *Palau del Rei*, las parroquiales de *Sants Just i Pastor*, *Sant Jaume* y *Sant Miquel*, y volverá al convento de "framenors" pasando antes por el convento de *La Mercè*.

En la procesión participan disciplinantes y cofrades de luz; los primeros realizaban el recorrido con la espalda descubierta mientras se flagelaban y los segundos, vestidos con túnica blanca, iluminaban el camino con antorchas. Un inventario de los bienes de la cofradía, realizado en 1594, ofrece algunas pistas sobre cómo debía ser el primitivo desfile. Contaba con la presencia principal del *Sant Crist de la Sang*[15], diferentes cruces, una bandera, varias varas, cuarenta y cuatro túnicas negras, ochenta y cinco túnicas blancas y cincuenta disciplinas[16]. Las cifras que presenta el desfile barcelonés son muy inferiores a las que en el año 1605 relata Pinheiro da Veiga sobre las procesiones de Jueves Santo vallisoletanas. La procesión organizada en la iglesia de la Trinidad contaba por aquel entonces con 1.400 disciplinas y 650 hermanos, y la de San Francisco, que salía cuando terminaba la primera, tenía 2.000 disciplinas y más de mil hermanos [Veiga 1989, 45].

Gracias a la documentación conservada, observamos que los itinerarios anteriores probablemente eran más extensos porque en la reunión en la que se fija el recorrido de 1569 se hace hincapié a la dificultad que tenían los disciplinantes para finalizarlo: «era gran dany de dita confraria y treball y fatiga dels disciplinats ques cansavan y se afadigaven y en lo millor dexaran la professo que com tornava a Sant Francesc apenas y avia disciplinats y la dita professo anava molt desbaratada»[17] (Fig. 2).

Según la documentación consultada, a principios del siglo XVII era costumbre realizar anualmente un consejo en el que se especificaba el itinerario que realizaría la procesión. Conservamos los recorridos de 1611[18], 1612[19] y 1613[20]. En el de 1611 tiene que interceder el Vicario general por la problemática que suponía para los disciplinantes y para la propia cofradía que se realizara un itinerario demasiado extenso. A mitad de la procesión, los disciplinantes no podían continuar y el resto del recorrido se realizaba de manera muy desconcertada e imperfecta. Al año siguiente es el obispo Joan de Montcada quien intercede en el asunto, pues parece ser que cada año se producían enemistades entre los cofrades a la hora de acordar el curso de la procesión. Pese a la intercesión de Montcada, al año siguiente, con la llegada del nuevo obispo Lluís Sans, es acordado un nuevo itinerario.

---

[15] Destruido durante la guerra civil, había sido encargado al escultor Jeroni Xanxo en el año 1545 [Martín Nicolás c.s.].

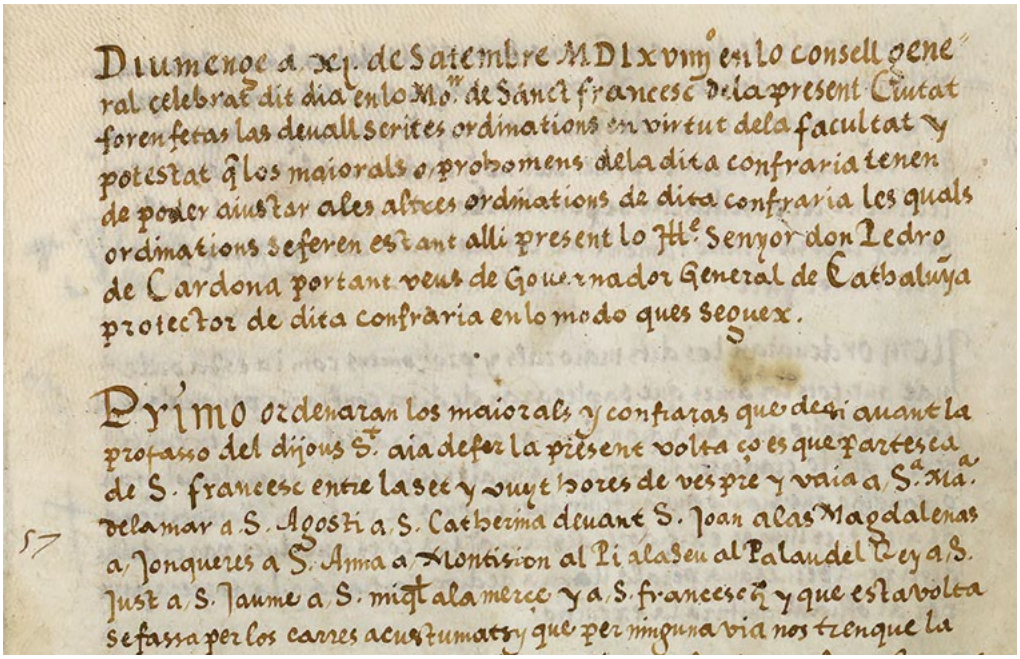
[16] Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. J. B. Batlle. Inventari rebut per Francesch Clos, Pere Gort, Joan Arguer y Joan Xarles promes l'any present de 1594 dels promes del any passat Pere Massons, Martí Riera, Pau Vicens y Hieronim Berenguer dels bens que son trobats en dita confraria. Fons Confraria de la Sang: C161-C206 (Antigua numeración 17-1972).

[17] Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, p. 15.

[18] Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. J. B. Batlle. Curs de la processó de 1611. Fons Confraria de la Sang: C161-C206 (Antigua numeración 17-1972).

[19] Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. J. B. Batlle. Curs de la processó de 1612. Fons Confraria de la Sang: C161-C206 (Antigua numeración 17-1972).

[20] Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Gremis. Llibre de les Ànimes. 20.2, p. 20.


Diumenge a xj. de Satembre MDLxviij en lo consell gene
ral celebrat dit dia en lo Mo.r de Sanct francesc dela present Ciutat
foren fetas las deuall scrites ordinations en virtut dela facultat y
potestat q̃ los maiorals o prohomens dela dita confraria tenen
de poder aiustar ales altres ordinations de dita confraria les quals
ordinations seferen estant alli present lo Ill.e Senyor don Pedro
de Cardona portant veus de Gouernador General de Cathaluña
protector de dita confraria en lo modo ques seguex.

Primo ordenaran los maiorals y confraras que desi auant la
profasso del dijous S.t aia de fer la present volta ço es que partesca
de S. francesc entre la set y vuyt hores de vespre y vaia a S.a Ma.a
dela mar a S. Agosti a S. Catherina deuant S. Joan alas Magdalenas
a Jonqueres a S. Anna a Montision al Pi ala Seu al Palau del Rey a S.
Just a S. Jaume a S. miq.l ala merçe y a S. francesch y que esta volta
se fassa per los carres acustumats y que per ninguna via nos trenque la

2: Fragmento de la reunión celebrada en presencia del gobernador de Cataluña, Pere de Cardona, en el año 1569 [Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Gremis. 20.2, f.15r].

El itinerario de 1612 vuelve a ser circular. Parte de *Santa Maria del Pi* y se dirige, directamente, a espacios emblemáticos como la Catedral o el *Palau Reial*. Después va a *Santa Maria del Mar*, *Sant Agustí Vell*, *Sant Cugat del Rec*, *Santa Caterina* y llega al *Convent de les Magdalenes*. Como vemos, ambos itinerarios comparten parte del recorrido, pero al llegar a este punto encontramos una novedad significativa. El itinerario procesional se dirigirá entonces al recientemente construido *Convent de Sant Francesc de Paula*. La comunidad de los mínimos se había instalado en Barcelona en 1573 y había construido la iglesia de su convento a principios del siglo XVII (consagrándola en 1608) [Bada 1970, 48]. De *Sant Francesc de Paula* irán a *Santa Maria de Jonqueres*, *Santa Maria de Montsió* y al nuevo convento de la *Immaculada Concepció* de las carmelitas descalzas. Las teresas se habían instalado en Barcelona en 1588 y su iglesia también había sido consagrada en 1608. De ahí, atravesando la muralla de Rambla[21], llegarán a otra nueva fundación, el convento de *Santa Isabel* o *Elisabets*, impulsado por Joana Fornés sobre un beaterio franciscano y que en este momento ya tienen el nuevo templo construido [Bada 1970, 52]. Finalmente, pasarán por el convento del *Carme*, el *Hospital General* y volverán a *Santa María del Pi*[22].

[21] La zona de la Rambla se urbaniza en el siglo XV pero la fachada de la segunda muralla se mantuvo hasta el siglo XVIII, haciendo que el espacio de implantación de nuevos conventos (carmelitas descalzos, trinitarios, mercedarios…) se haga en el lado que se habría hacia el *Raval*.

[22] Además de los tres nuevos templos construidos que se incluyen en este recorrido, *Sant Francesc de Paula*, *Immaculada Concepció* y *Elisabets*, otros conventos e iglesias están haciendo reformas importantes en

En el recorrido de principios del siglo XVII, la procesión también ha cambiado mucho internamente. Mientras que la anterior procesión era muy austera y tan sólo procesionaba junto a los cofrades la imagen del *Sant Crist de la Sang*, ahora vemos que se han incorporado nuevos pasos (*misteris*)[23] a lo largo de toda la procesión que narran diferentes episodios de la pasión de Cristo. En 1576 se había incorporado el de la Flagelación; en 1594 la Piedad; en 1596 la Coronación de Espinas; en 1597 la Oración en el Huerto de Getsemaní y en 1612 el Santo Sepulcro. La procesión irá incorporando progresivamente nuevos pasos y en los años siguientes se incorporarán el Ecce Homo (1613) y Camino del Calvario (1613). A principios del siglo XIX, en su momento de máximo esplendor, la procesión contará con un total de 17 pasos, además de otros elementos como cruces, varas, estandartes, etc. [Martín Nicolás c.s.].

Conclusiones

Aunque partimos de la observación de tan sólo cuatro itinerarios[24], la única de las siete parroquias de la ciudad por la que no pasa la procesión es la de *Sant Pere de les Puel·les*. En cambio, todos pasan por *Santa María del Pi*, *Santa María del Mar*, y, obviamente, la Catedral, conectando así los principales templos de la ciudad. Así mismo, el único trayecto que se repite en los itinerarios es el que une *Santa Maria del Pi* con la Catedral y el *Palau Reial*, formando un centro neurálgico que se corresponde físicamente con el núcleo histórico romano y altomedieval de la ciudad. Se trata del mismo centro que había adoptado la Procesión de Corpus, pero, a diferencia de aquella, que se abría después hacia la nueva área comercial de la Ribera, la *Processó de la Sang* ocupa en su primer itinerario todo el núcleo urbano formado dentro de la segunda muralla y en el segundo se expande hacia el arrabal que había incluido la tercera, traspasando la "frontera" de la Rambla.

En sus comienzos, la *Processó de la Sang* era un desfile sencillo en el que tan sólo participaban cofrades acompañados del *Sant Crist de la Sang*. Con el paso del tiempo, como vemos ya a principios del siglo XVII, experimenta un progresivo crecimiento, aumentando progresivamente su solemnidad y ostentación. Esta transformación la convertirá, ya a principios del siglo XIX, en su momento de máximo esplendor, en una gran fiesta social que conseguía transformar por completo la fisonomía de la ciudad.

El recorrido de la procesión intenta reconstruir un espacio urbano ideal, un mapa cambiante que explica, desde dentro, cómo es la realidad física, simbólica, política y religiosa de la ciudad que transita. Necesitaríamos conocer más itinerarios para poder analizar

este momento. *Sant Agustí* y el *Carme* hicieron obras en sus claustros y *Santa Caterina* se reedificó en buena parte en el paso del siglo XVI al XVII.

[23] Así es como aparecen citados en la documentación.

[24] Los itinerarios de 1611, 1612 y 1613 plantean pocas variaciones y por eso hemos tomado uno como ejemplo.

de manera más profunda la relación establecida entre la procesión y la ciudad a lo largo de toda la Edad Moderna. Esperamos que en el futuro nueva documentación nos ayude a seguir con este estudio que, por el momento, se presenta de manera parcial.

Note

Esta investigación se enmarca en el proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en Universidades "Arte y cultura en la Barcelona moderna: siglos XVII – XVIII. Relaciones e influencias en el ámbito del Mediterráneo occidental" (PGC 2018 – 093424-B-100), bajo la dirección de la investigadora principal Silvia Canalda i Llobet (Universitat de Barcelona, Departament d'Història de l'Art).

Bibliografia

BADA, J. (1970). *La situació religiosa de Barcelona en el segle XVI*, Barcelona, Editorial Balmes.

BADA, J. (1988). *La vida religiosa popular a Catalunya a l'Època de Carles III*, in «Pedralbes. Revista d'Història Moderna», vol. II, n. 8, pp. 459-477.

BUSQUETS, J. (2018). *Barcelona, la construcció urbanística d'una capital compacta*, Barcelona, Laboratori d'urbanisme de Barcelona de la Universitat Politècnica de Catalunya/Ajuntament de Barcelona/Iniciativa Digital Politècnica. Oficina de Publicacions Acadèmiques Digitals de la UPC.

GARCÍA ESPUCHE, A. (1998). *Un siglo decisivo. Barcelona y Cataluña 1550-1640*, Madrid, Alianza Editorial.

MÀRIA I SERRANO, M. (1995). *Religión, sociedad y arquitectura: las iglesias parroquiales de Cataluña (1563-1621)*, tesis doctoral, Universidad Politècnica de Catalunya.

MARTÍNEZ-BURGOS, P. (2002). *El simbolismo del recorrido procesional*, in *La fiesta del Corpus Christi*, a cura di F. Martínez Gil, G. Fernández Juárez, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 157-178.

MARTÍN NICOLÁS, V. (2013). *Els Misteris de Setmana Santa de l'Arxiconfraria de la Puríssima Sang de Barcelona (ss. XVI-XIX): anàlisis documental i material*, trabajo final de master, Universitat de Barcelona.

MARTÍN NICOLÁS, V. (2017). *Isabel de Josa, el impulso femenino en la fundación de la* Confraria de la Sang *de Barcelona (1536)*, in *Autoridad, poder e influencia: mujeres que hacen historia*, a cura di H. Gallego, M. del Carmen García, Barcelona, Icaria Editorial, pp. 635-650.

MARTÍN NICOLÁS, V. (c.s.). *La 'Processó de la Sang' de Barcelona en los siglos XVII y XVIII, la gran fiesta barroca*, in *IV Simposio Internacional Jóvenes Investigadores del Barroco Iberoamericano "Las orillas del Barroco"*, a cura di Y. Fernández Muñoz, M. de los Á. Fernández Valle, C. López Calderón, I. Rodríguez Moya, Trujillo, CEIBA-Centro de Estudios de Barroco Iberamericano.

PERELLÓ, A. M. (1996). *L'arquitectura civil del segle XVII a Barcelona*, Barcelona, Abadia de Montserrat.

RAUFAST, M. (2006). *Itineraris processionals a la Barcelona baixmedieval*, in «Revista d'etnologia de Catalunya», n. 29, pp. 134-146.

VEIGA, T. P. (1989). *Vida Cotidiana en la corte de Valladolid*, Valladolid, Ámbito Ediciones.

Elenco delle fonti archivistiche

Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2.

Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, f. 10v.

Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, f. 15r.

Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, p. 15.

Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Llibre de les Ànimes. Gremis. 20.2, p. 20.

Barcelona. Arxiu Històric de la Ciutat. Josep Mas. Notes històriques del bisbat de Barcelona. Parròquia de la Mare de Déu dels Àngels. Ms.B - 222, 1v-4r.

Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. J.B. Batlle. Inventari rebut per Francesch Clos, Pere Gort, Joan Arguer y Joan Xarles promes l'any present de 1594 dels promes del any passat Pere Massons, Martí Riera, Pau Vicens y Hieronim Berenguer dels bens que son trobats en dita confraria. Fons Confraria de la Sang: C161-C206 (Antigua numeración 17-1972).

Barcelona. Arxiu Parroquial de Santa Maria del Pi. Notas históricas de J. B. Batlle. Fons Confraria de la Sang: C161-C206 (Antigua numeración 17-1972).

LA CITTÀ RINASCIMENTALE E LA SALUTE: SUGGESTIONI DELL'ANTICO E SOLUZIONI NUOVE

Valeria Pagnini

Abstract

The research aims to contribute to the historical analysis of the relationship that has existed, from Antiquity to the Renaissance, between the conception of contagion and health policies adopted to contain it, with reflections on the organization of the cities and lives of the citizens, highlighting the continuity and the fractures between the ancient tradition and theory and design practices of the modern age.

Keywords

Health, City, Renaissance, Infection, Pandemic.

Introduzione

Per lungo tempo, come attesta la tradizione letteraria antica, la presenza e la diffusione delle malattie tra gli uomini è stata identificata con una forma di contaminazione morale: un castigo divino che colpiva l'uomo o la città che si erano macchiati di una colpa atroce, disattendendo gli ordini degli dei o compiendo atti ingiusti. Questa "contaminazione" sembra però poter avere un'implicazione fisica, che si trasmette da un individuo alla sua città, prefigurando in termini metaforici quella del vero contagio patologico, cioè dell'avvelenamento per contiguità [Alesse 2020; Parker 1996, 257-280]. La cura della malattia era in primo luogo accompagnata da una serie di pratiche rituali, che partivano dalla consultazione di un oracolo e che il più delle volte stabilivano l'erezione di un tempio e l'individuazione di un capro espiatorio: un soggetto, cioè, cui veniva addossata la colpa dell'intera comunità. Le testimonianze relative a questa pratica sono molteplici, a partire dall'*Iliade* di Omero, che parla delle vicende collegate alla peste diffusa da Apollo tra gli Achei, fino ad arrivare ai testi tragici: si pensi all'*Edipo Re* di Sofocle per citare l'esempio più noto.

Accanto alla lettura "religiosa" si diffonde però una visione "laica" che, a partire da Ippocrate, individua nell'ambiente e nel clima la causa delle malattie e modifica la nozione del contagio, che non si verifica direttamente da un uomo all'altro, ma avviene attraverso la mediazione di una sostanza come l'acqua o l'aria: è questa la teoria miasmatica, che definisce il morbo come il prodotto delle condizioni insalubri di un territorio [Jouanna 2012,121-136]. Secondo la concezione ippocratica del miasma, l'aria presenta

© Aisu International 2021

differenti caratteristiche qualitative a seconda delle aree geografiche, che possono a loro volta modificarsi in conseguenza di eventuali fenomeni organici. «Alcuni spunti in direzione di questa teoria sono rilevabili in due trattati ippocratici. Il primo è il *De aere aquis et locis*, che riguarda l'influenza delle condizioni ambientali e climatiche sulla salute dell'uomo. Il secondo è il *De flatibus*, nel quale è evidenziato il ruolo della respirazione nella genesi delle malattie. L'insorgere della malattia epidemica è provocato, secondo la teoria miasmatica, da una massa di aria morbifica che si sposta da un'area all'altra» [Stok 2013, 62-63]. Il contagio è considerato, quindi, una contaminazione collettiva, ma non un passaggio del morbo da un uomo all'altro, e le azioni sanitarie volte a contenere la diffusione della malattia si sono a lungo conformate a questa concezione.

Dalla teoria ippocratica al metodo vitruviano

Parallelamente alla teoria medica ippocratica, si delinea una ripresa dell'idea del contagio fisico insito nell'epidemia – priva però di connotazioni religiose – che è possibile ravvisare nella tradizione letteraria successiva: Tucidide racconta la vicenda della peste di Atene muovendosi su un piano descrittivo e analitico[1] che gli permette non solo di individuare i sintomi e le modalità di diffusione[2] della malattia (Tucidide stesso si ammalerà nel corso dell'epidemia), ma anche di accompagnare il racconto a una serie di interessanti e significative annotazioni sul possibile rapporto tra densità abitativa e diffondersi del contagio, inaugurando una modalità narrativa destinata a grande fortuna anche nella tradizione romana. Si pensi, ad esempio, a quanto riporta il *De rerum natura* di Lucrezio, che, se da un lato aderisce al modello ippocratico della propagazione aerea del morbo, insistendo sull'importanza dei fattori ambientali e climatici, dall'altro, nel rievocare la peste di Atene, sottolinea che gli Ateniesi rapidamente si trasmettevano il contagio gli uni agli altri, e che i più generosi nel soccorrere i malati erano quelli che si ammalavano più facilmente. Lungo questa linea si sviluppa quindi un'idea del contagio

[1] Luciano Canfora mette in risalto l'inedita analogia tra gli strumenti storiografici adottati da Tucidide nel descrivere la peste di Atene e quelli caratteristici della nuova medicina ippocratica: un'adesione al linguaggio e al metodo medico che viene espressa in modo esplicito dallo stesso autore nel lungo *excursus* sui sintomi della peste. «Vi è un nesso profondo – nella visione tucididea – tra i due piani: un nesso che si sustanzia nella affinità di metodo tra indagine medica e indagine scientifica della politica. Tucidide […] vuol dare nel modo più chiaro l'immagine di sé come di un 'sintomatologo' della politica e della storia: un ippocratico che trasferisce lo studio dei "sintomi" dall'ambito patologico a quello più largamente umano» [Canfora 1986, 271].

[2] La diffusione della peste è spiegata da Tucidide, nel secondo libro di *Guerra del Peloponneso*, attraverso la teoria miasmatica: «il morbo si era manifestato inizialmente, a quanto si dice, nella regione dell'Etiopia oltre l'Egitto, e poi era disceso in Egitto, in Libia e nella maggior parte dei territori del regno di Persia. La città di Atene ne fu invasa all'improvviso: i primi ad esserne presi dal contagio furono quelli del Pireo». Come rileva Stok, la descrizione dello storiografo è verosimile, considerando che il Pireo è il porto di Atene, e la trasmissione del contagio fu favorita dai contatti commerciali che Atene intratteneva con altri centri dell'area mediterranea. In linea con la teoria ippocratica, però, Tucidide attribuiva la diffusione del contagio a una trasmissione del morbo tramite lo spostamento dell'aria attraverso una nube che avrebbe viaggiato dall'Egitto all'Attica [Stok 2013, 63].

che impone l'allontanamento del malato e il suo isolamento: pratiche di fatto non contemplate dalla medicina ippocratica, ma che ciononostante troveranno ampio spazio in particolare durante le successive epidemie in età medievale e rinascimentale.
Sul piano degli effetti materiali di queste concezioni, il già citato testo ippocratico che analizzava le cause ambientali del contagio, *De aere aquis et locis*, metteva in evidenza l'effetto dei venti, delle proprietà dell'acqua e delle stagioni sulla costituzione umana e sullo sviluppo delle malattie epidemiche. Lo studio rappresentava una sorta di *vademecum* che, sulla base dell'analisi delle determinanti ambientali delle malattie, offriva suggerimenti per la colonizzazione delle nuove terre, e stabiliva che il clima, la temperatura e l'acqua fossero in questo senso cruciali:

> I nuovi insediamenti dovevano evitare le zone paludose e le abitazioni dovevano essere costruite su aree sopraelevate in maniera tale da essere riscaldate dal sole e rinfrescate da venti salubri. A partire dal IX secolo a.C., l'espansione greca si spostò lentamente lungo l'Egeo verso il Mar Nero e a ovest in Italia, Sicilia e Spagna. *De aere aquis et locis* suggeriva che i medici fornissero il loro sapere nella scelta dei siti per lo stanziamento delle nuove comunità, giudicandoli sulla base delle relative qualità ambientali [Porter 1999, 31-32][3].

La teoria della propagazione aerea delle malattie influenza evidentemente le regole per la fondazione delle città delineate da Vitruvio nel *De Architectura*: nel I libro, e segnatamente al capitolo IV dedicato alla scelta dei luoghi salubri, l'autore raccomanda infatti di individuare un territorio caratterizzato da «ottima aria», cioè un sito posto in alto, non soggetto a fenomeni di nebbia o gelate, lontano dalle paludi e nel quale si registri un clima temperato.

> Prima di segnare le mura di una città, si dovrà scegliere un luogo di ottima aria. E questa si avrà, se sarà alto, non nebbioso, né brinoso, e riguardante gli aspetti del cielo né caldi, né freddi, ma temperati: e oltra ciò se sarà lontano da' luoghi paludosi: imperciocché giungendo alla città l'aria mattutina al nascer del sole, e unendovisi le nebbie che sorgono, i fiati degli animali paludosi mescolati colla nebbia spargeranno effluvii velenosi sopra i corpi degli abitanti, e renderanno infetto il luogo. Parimente se le mura saranno lungo il mare, e riguarderanno il mezzogiorno o l'occidente, non saranno sane: perché di state l'aspetto meridiano al nascer del sole si riscalda, e al meriggio brucia: quindi è che dalle mutazioni di caldo e di freddo ricevono danno quei corpi, che sono in que' luoghi [Vitruvio-Galiani 1790, 10-11].

Alla teoria medica ippocratica i Romani aggiunsero alcune tesi basate sull'osservazione empirica del rapporto tra luoghi paludosi e malattie: tra gli altri, Marco Terenzio Varrone, contemporaneo di Vitruvio, prescriveva di non costruire nei pressi delle paludi poiché, a suo parere, in quei luoghi si sviluppavano minuscole creature – invisibili a occhio nudo – che potevano penetrare nella bocca e nel naso degli uomini, causando malattie epidemiche. Questa considerazione è ripresa dallo stesso Vitruvio, che la integra con un'altra

[3] Traduzione dell'autrice.

secondo cui alcune malattie erano particolarmente violente e si sviluppavano più facilmente nelle regioni in cui il vento soffiava da nord-est [Porter 1999, 37-38].
Sul piano del disegno della città, in base alla medesima teoria sanitaria Vitruvio consigliava, infine, di ruotare il reticolo stradale rispetto alle direzioni degli otto venti principali, poiché ciascuno di essi – sia freddo e secco che umido e caldo – penetrando nella città senza incontrare alcuna resistenza da parte delle cortine edilizie, avrebbe provocato o esaltato le condizioni di malattia dei suoi abitanti.

> Fatto che sarà il giro delle mura, resta a farsi la distribuzione del suolo di dentro, e la propria direzione delle strade e de' vicoli, secondo i giusti aspetti del cielo. Sarà propria la direzione se si penserà ad escludere da' vicoli i venti; i quali se sono freddi, offendono: se caldi, viziano: se umidi, nuocciono. […] Le direzioni delle strade e de' vicoli si tireranno per gli angoli fra le due direzioni dei venti, e in questa maniera e con questa distribuzione si verrà a tener lontano dalle abitazioni e dalle strade la molesta violenza de' venti. Che se le strade saranno tirate dirimpetto alla direzione dei venti, entrando questi dall'aperto spazio del cielo in copia e violenza grande, perché vengono a restringersi dentro le bocche de' vicoli, si aggireranno con maggiore possanza. Debbono dunque le strade essere tirate opposte alla direzione de' venti, acciocché quando questi soffiano, si frangano a' cantoni dell'isole delle case, e ribattuti si disperdano [Vitruvio-Galiani 1790, 18-20].

Prescrizioni sanitarie antiche e nuove per le città ideali

La ricorrente comparsa di fenomeni epidemici nel corso del Medioevo e poi del Rinascimento determina riflessioni e, per la prima volta, azioni volte a regolare e amministrare la salute pubblica, attraverso l'istituzione di politiche sanitarie che conducono, tra l'altro, alla nascita dell'ospedale in senso moderno. Com'è noto [Del Panta 1980; Cohn 2002; Alfani 2010], dopo la pandemia del Trecento – la cosiddetta "Morte Nera" – la peste colpisce a più riprese, fino alla metà del XVIII secolo, soprattutto le aree a più alta concentrazione urbana e le città portuali. In Italia, prima che altrove, le autorità pubbliche creano uffici di sanità, inizialmente temporanei, che hanno il compito di controllare le condizioni igieniche della città e di mettere in atto misure di profilassi nel caso di epidemie. Le principali misure di contenimento del contagio coincidevano con interventi di pulizia delle città e delle abitazioni private, e con l'espulsione o l'isolamento di una parte della popolazione – generalmente poveri e mendicanti – che si ritenevano particolarmente suscettibili di essere esposti alla malattia, controllando al contempo il movimento di tutti i possibili agenti di contagio [Alfani, Melegaro 2010]. Contemporaneamente, si rafforzava l'idea che la salute dipendesse anche dal mantenimento di corrette abitudini quotidiane, in una sintesi tra sfera pubblica e privata che caratterizzerà per lungo tempo l'idea stessa di salute[4]. Tipica di questo fenomeno è la

[4] Come rileva Giorgio Cosmacini, la peste per i medici del Trecento ha un suo nesso con la costituzione individuale, legata al temperamento in cui si realizzano «l'unione e la massima concentrazione di caldo e di umido, le due qualità accreditate di pestifilìa. La dottrina dei quattro umori […] e la teoria della

diffusione dei *regimina*: prontuari scritti in latino o in lingua vernacolare, che offrivano suggerimenti sulle abitudini da adottare per restare in salute, e le cui fonti principali erano quelle antiche.

> I *regimina sanitatis*, regolamenti che dettano norme di vita per chi intenda vivere a lungo e in buona salute – celeberrimo il *Regimen sanitatis salernitanum* – evolvono nei *regimina contra pestilentiam*, regolamenti sul come conservarsi sani in tempo di peste. […] La terapia è ancora agganciata all'aforisma primario, di ascendenza galenica: *cito, longe fugeas et tarde redeas* (fuggi presto, va' lontano, torna più tardi che puoi). Il primato della fuga è il primato della prevenzione sulla cura. Già in Tommaso Del Garbo il precetto galenico si moltiplica in una precettistica profilattica – vero ricettario igienico-dietetico per benestanti – che raccomanda la calefazione dei locali con "fuoco di buone legne", il loro arieggiamento per "che 'l sole possa entrare per le finestre in casa", le abluzioni personali "coll'aceto e coll'acqua rosata", la selezione per la tavola di "buoni vini" e di buoni cibi […]. "Dopo il cibo si vuole riposare e prendere sollazzi", con "allegrezza della mente" [Cosmacini 2016, 22-24].

La concezione classica delle modalità di trasmissione del contagio e dei principali strumenti operativi utili a contenerlo permane nell'epoca del Rinascimento, durante la quale i trattatisti riprendono le prescrizioni vitruviane sulla salubrità dei luoghi e sull'impostazione della forma delle città, elaborando al contempo nuove visioni, improntate all'analisi delle esigenze e delle istanze dei cittadini e del loro governo.
Nel libro I del *De re aedificatoria*, Leon Battista Alberti, prima di delineare i principi fondamentali che servono per l'assetto delle città, tratta, in perfetta analogia con l'autore romano, del clima, dell'ambiente, delle acque e di tutte le caratteristiche che deve possedere il luogo più adatto per fondare il nuovo insediamento: questi precetti assumono il carattere di un *topos* letterario della trattatistica rinascimentale, e si possono leggere in tutti i capitoli introduttivi dei diversi testi elaborati in questo periodo. Se ne trova traccia anche ne *I Quattro libri dell'Architettura* di Palladio, nel terzo libro, nel capitolo dedicato al «compartimento delle vie dentro delle Città».

> Nel compartir le vie dentro delle Città si deve haver riguardo alla temperie dell'Aere, & alla Regione del Cielo, sotto la quale saranno situate le Città. Percioche in quelle di Aria frigida, ò temperata, si devranno far le strade ampie, e targhe, conciosiache dalla loro larghezza ne sia per riuscir la città più sana, più commoda, e più bella: essendo che quanto meno sottile, & quanto più aperto vien l'Aere; tanto meno offende la testa; per ilche quanto più sarà la città in luogo frigido, & di aria sottile, & si faranno in quella gli edificij molto alti, tanto più si dovranno far le strade larghe, acciò che possano essere visitate dal Sole in ciascuna loro parte. […] Ma essendo la Città in regione calda, si devono far le sue

rilevanza biologica delle quattro stagioni convergono nella stessa indicazione. […] La rete concettuale ippocratico-galenica, rinforzata nei punti nodali del pensiero di Avicenna e di altri medici arabi, è la trama teorica dei discorsi sulla peste intrecciati dai medici italiani per oltre tre secoli». [Cosmacini 2016, 21-22].

> vie strette, & i casamenti alti: acciò che con l'ombra loro, & con la strettezza delle vie si contemperi la calidità del sito, per laqual cosa ne seguirà più sanità [Palladio 1570, 7-8].

Sul piano della forma urbana, particolarmente significativo è il celeberrimo disegno della Sforzinda filaretiana, che, di fatto, ripropone la derivazione vitruviana della forma della città dall'andamento dei venti, riportata in una pianta stellare (non a caso a otto punte), ottenuta, com'è noto, dall'intersezione di due quadrati ruotati di 45 gradi, e inscritta in un fossato circolare che collega otto torri alternate a otto porte. Tale forma geometrica certamente si inscrive nella tradizione delle figure a pianta centrale che ispireranno tante città-ideali e altrettante architetture nel Rinascimento, ma deriva in prima istanza dalle osservazioni sull'andamento dei venti di Vitruvio, e quindi dalla teoria del contenimento del contagio per propagazione aerea che è alla base della visione medica ippocratica.
Una città ideale più esplicitamente improntata a considerazioni di tipo sanitario è quella di Leonardo da Vinci, che abbandona lo schema radio-centrico racchiuso dal perimetro poligonale delle mura, promosso dai suoi contemporanei, per organizzare lo spazio urbano secondo una nuova, rigorosa istanza funzionalista, basata sulla separazione delle diverse tipologie di traffico e, soprattutto, su precise e contingenti finalità sociali e igieniche. Grande attenzione è attribuita ai canali navigabili, posti a un livello inferiore rispetto alle strade *basse,* aperte al passaggio dei «cari e altre some al uso e chomodita del popolo» [da Vinci 1487-1490, 16 r.]: i canali soddisfano le esigenze di pulizia urbana e del deflusso dei liquami – per i quali Leonardo studia un sistema fognario – e, al contempo, consentono di scaricare le merci direttamente ai piani inferiori delle abitazioni, ciascuna delle quali è dotata di piccole darsene e magazzini seminterrati; infine, le strade *alte* – cui quelle *basse* sono collegate tramite un sistema di scale – sono aperte al solo movimento dei *gentili omini*, e da queste, attraverso una serie di lucernai, passa la luce che illumina il traffico sottostante.
La città ideale di Leonardo è quindi disposta a scacchiera su un reticolo di strade di attraversamento, aventi per asse un canale maggiore «accio che non corompessi l'aria della città» [da Vinci 1487-1490, 38 r.], affiancato da canali minori; è, infine, suddivisa in quartieri separati a seconda delle categorie sociali dei loro abitanti, la più elevata delle quali è quella dei *gentili omini*, cui è consentito l'accesso alla dimora del principe [Baroni 1996, 256]: ne consegue una razionalizzazione rigorosa degli spazi, cui fa inevitabilmente seguito lo spostamento dal centro urbano di grandi numeri di cittadini nelle campagne circostanti.

> Il decentramento dell'aggregato urbano consentirà di invadere la campagna con nuclei abitati messi a disposizione delle classi più indigenti: la *poveraglia* ammassata a *similitudine di capre* con un continuo pericolo della sanità pubblica, e questo sarà un buon mezzo per vincolare alla terra coloni e proprietari, con garanzia di stabilità per la dominazione del *signore*. […] Tale schema urbanistico sembra rispondere a convinzioni ben radicate del Vinci. Non solo vi insiste nel primo periodo milanese, allorché traccia per Ludovico il Moro i noti progetti, ma vi ritorna più tardi per un disegno di riforma ideale dell'abitato di Firenze e quindi per rappresentare la disposizione planimetrica del villaggio smontabile di Romorantin [Baroni 1996, 255-256].

Appare tematicamente collegata a questo progetto la proposta di Alberti, riportata nel VII libro del suo trattato, di specializzare i settori urbani della città a seconda dei differenti mestieri che vi si praticavano, così che nei luoghi più lontani dovevano collocarsi le arti più sporche, come quelle dei conciatori, i cui effluvi sarebbero stati allontanati dai forti venti, rispondendo ancora a una logica di tipo sanitario e contemporaneamente sociale:

> Nel mercato staranno bene gli argentieri, i Dipintori, gli Orefici. Oltra questi gli Spetiali, i Sarti & simili, e quelli, che fanno gli eserciti più honorati; ma ne luoghi più lontani debbono stare le arti più sporche, & più lorde, il fetore de Coiai si manderà a stare lontano, & verso Settentrione; percioché da quel luogo i venti vengono di rado ne la Città, o tanto furiosi, che più presto volano, che e' passino [Alberti 1782, 158].

Conclusioni

L'emergere di queste proposte, che andavano a incidere sull'assetto sociale della città, si salda alle considerazioni di tipo sanitario: nel corso del Quattrocento, infatti, matura la convinzione che la peste si diffonda soprattutto tra le classi più povere della popolazione. Questa riflessione ha un fondamento storico, poiché, in effetti, nel XV secolo la malattia si concentrò sugli strati più umili e disagiati della popolazione – fu chiamata anche "la peste dei poveri" –, assumendo una precisa connotazione sociale [Alfani, Melegaro 2010]. A questo dato, acquisito con l'esperienza, risponde la logica di organizzazione dello spazio urbano dei trattatisti, i cui progetti per la città ideale formano un sistema vasto in cui convivono e convergono esperienze storiche, contingenze sanitarie e visioni filosofiche.

Bibliografia

ALBERTI, L. B. (1782). *De re aedificatoria*, libro VII, trad. it., Bologna, Istituto delle Scienze.

ALFANI, G. (2010). *Il Grand Tour dei Cavalieri dell'Apocalisse. L'Italia del «lungo Cinquecento» (1494-1629),* Venezia, Marsilio.

ALFANI, G., MELEGARO, A. (2010). *Pandemie d'Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società*, Milano, Egea.

BARONI, C. (1996, I ed. 1939). *Leonardo architetto*, in *Leonardo Da Vinci*, Novara, Istituto Geografico De Agostini, pp. 239-260.

CANFORA, L. (1986). *Storia della letteratura greca*, Roma-Bari, Editori Laterza.

COHN, S. K. (2002). *The Black Death Transformed*, London, Arnold Publishers.

COSMACINI, G. (2016, I ed. 2005). *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari-Roma, Editori Laterza.

DA VINCI, L. (1990, I ed. 1487-1490). *Il manoscritto B*, Firenze, Giunti-Barbera.

DEL PANTA, L. (1980). *Le epidemie nella storia demografica italiana*, Torino, Loescher.

JOUANNA, J. (2012). *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers*, Leiden-Boston, Brill.

PALLADIO, A. (1570). *I quattro libri dell'architettura*, Venezia, Domenico di Franceschi.

PARKER, R. (1996, I ed. 1983). *Miasma. Pollution and Purification in early Greek Religion*, Oxford, Clarendon Press.

PORTER, D. (1999). *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*, London-New York, Routledge.

STOK, F. (2013). *Peste e letteratura*, in *Medicina e Letteratura. Atti del Convegno svoltosi a Salerno il 25 ottobre 2012*, a cura dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Salerno, Salerno, Annali della Scuola Medica Salernitana, vol. 6, pp. 55-75.

VITRUVIO-GALIANI (1790, I ed. 1758). *L'architettura di Marco Vitruvio Pollione tradotta e commentata dal marchese Berardo Galiani*. Siena, Stamperia di Luigi e Benedetto Bindi.

Sitografia

ALESSE, F. (2020). *Contagio come contaminazione nell'antichità greco-romana*, in «ILIESI-CNR - Illness in ConText»: http://www.iliesi.cnr.it/alesse-contagio.php [dicembre 2020].

APPUNTI DELLE ARTI SU EPIDEMIA E CITTÀ

Lysie dos Reis Oliveira, Gabriella Restaino

Abstract

Images always give us the possibility to interpret the past. In this text, we have opted for a brief analysis of image representations. In particular, we were interested in how a beautiful feature of the extraordinary experienced by a society makes it fascinating for other societies in the future. We chose the representations produced by three European artists between the fourteenth and nineteenth centuries to portray the plague and the horror scenes in the city to promote, today, as works of art. We suggest that, as a social phenomenon, the repetition of a city caught, from time to time, by epidemics, may lead to our criticism, but still keeps us away from changes in favour of civilization and social justice. The fear of finitude permeates the image of the city, which despite being the place of collectiveness, remains that of segregation.

Keywords

Black Death, Urban Culture, Social Memory.

Introduzione

Nel corso della storia delle città, le epidemie hanno riempito sia pagine scritte che tele e altri artefatti, raffinate espressioni della realtà percepita dalla società e osservata attraverso gli occhi degli artisti del tempo. Almeno tre opere richiamano la nostra attenzione: *Les citoyens de Tournai enterrent leurs morts de la peste*, miniatura di Pierart dou Tielt del 1352, contenuta in un manoscritto del XIV secolo sulla peste del 1349 a Torunai, nonché memoria dell'abate Gilles le Muisit; *La Peste di Firenze dal Boccaccio descritta* di Luigi Sabatelli, incisa nel 1802 e avente per soggetto la peste del 1348 a Firenze; e infine, *Plague in an Ancient City*, rappresentazione della peste di Roma del 361-363 d.C., dipinta da Michael Sweerts nel 1650-1652, dopo aver assistito a Roma all'epidemia diffusasi tra 1648 e il 1650.

Abbiamo scelto di utilizzare qui l'ordine delle opere secondo la cronologia di produzione: 1352, 1650-1652 e 1802. Tale decisione non ha lo scopo di creare un *continuum*, ma di avvalorare la nostra intuizione per cui l'epidemia che invade la città, rappresentata in differenti scenari, sia un argomento che merita di essere approfondito a proposito della paura, in epoca contemporanea, della città "a venire". Quest'ultima, pur essendo il luogo della collettività, è anche quello della segregazione, almeno nella maggioranza delle grandi città europee ed extraeuropee.

© Aisu International 2021

1352, Pierart dou Tielt

Nella prima opera, il titolo *Les citoyens de Tournai enterrent leurs morts de la peste* deriva dalla proliferazione della peste nera, nota anche come peste bubbonica. Iniziata nel 1322 in Oriente, propagatasi poi nel 1343 in Crimea sul mar Nero, per arrivare in Europa terminando nel 1352, la peste si diffuse nella città di Tournai tra il 1349 e il 1351. In origine, la miniatura del 1352, di Pierart dou Tielt, fu utilizzata come accompagnamento al testo in prosa latina *Annales*, chiamato anche *Second livre des Chroniques*, un resoconto dettagliato degli anni 1349-1351 della peste nera a Tournai e degli anni 1352-1353. L'autore è Gilles le Muisit, un abate benedettino dell'abbazia di Saint-Martin, nonché cronista, nato a Tournai – città della Francia – e morto nel 1353, dopo aver scritto una serie di cronache sul periodo della peste nera.
Nella miniatura sono rappresentate persone dallo sguardo angosciato e con un portamento in lutto; disposte in sequenza, alcune trasportano bare, altre scavano fosse, altre ancora pongono le bare nelle fosse aperte. Gli abiti sembrano sia popolari sia nobiliari, fatto che forse sta a dichiarare che la peste ha colpito tutti indistintamente, al di là della classe sociale di appartenenza. La grande assente qui è la città: non vi è alcuno scenario urbano rappresentato, ma solo terra e sterpaglie, a segnalare il campo aperto in cui i corpi erano sepolti.

1: P. dou Tielt, *Les citoyens de Tournai enterrent leurs morts de la peste*, 1352 [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/55/Doutielt3.jpg, maggio 2020].

L'opera è classificata come una delle principali manifestazioni d'arte europea della rappresentazione del caos cittadino generato dalla peste. Il suo autore, Pierart dou Tielt, era un maestro delle arti manuali, quali la copia, la miniatura e la rilegatura; queste ultime, pur essendo definite generalmente arti minori, hanno comunque permesso all'autore di esprimere la sua particolare visione sul fenomeno. Pierart dou Tielt lavorava a Tournai a servizio dell'universo cristiano: la miniatura è infatti contenuta in un testo dell'abate le Muisit, che divenne cieco poco prima di morire. L'abate lavorava sull'inserimento di miniature nei testi e spettava poi a dou Tielt raggrupparle, copiarle e collocarle, conferendo loro ciò che oggi chiameremmo formattazione e diagrammazione. Ciò innalzò lo *status* del copista soprattutto agli occhi del clero, che lo nominò persino responsabile dei libri della biblioteca dell'abbazia.
Il breve contesto della sua vita appena descritto ci è di ausilio per la lettura e l'interpretazione della miniatura circa il suo aspetto funzionale. In essa è evidente l'onnipresenza del terrore della peste sulla popolazione, ma allo stesso tempo c'è la certezza della protezione di Dio poichè, nel testo che accompagna l'immagine, l'abate riporta i miracoli che sarebbero avvenuti a Tournai. Pertanto, possiamo dire che l'opera è sostanzialmente legata a una letteratura monastica relativa alla riflessione sulla protezione che Dio concederà ai convertiti.

1650-1652, Michael Sweerts

La seconda opera a cui faremo riferimento è *Plague in an Ancient City*, dipinta da Michael Sweerts tra il 1650-1652. Il suo autore, nato a Bruxelles nel 1618, era un noto artista, pittore e incisore del periodo barocco, aggregato nel 1647 all'Accademia di San Luca, prestigiosa associazione di rinomati artisti di Roma. Il pittore ha avuto altri importanti collegamenti con i membri della Congregazione artistica dei Virtuosi al Pantheon, una corporazione di artisti che organizzava mostre annuali dei propri dipinti sotto il pronao del Pantheon. Sweerts aveva un mecenate, il principe Camillo Pamphili, che riuscì a convincere il vescovo di Roma a concedergli il titolo papale di cavaliere di Cristo, un onore riservato ad artisti famosi. Alcune delle opere di Sweerts erano così popolari ai suoi tempi che ne furono fatte copie contemporanee, alcune dallo stesso Sweerts, altre da studenti o seguaci.
L'immagine pittorica sopracitata è considerata l'espressione più ambiziosa di Sweerts, in quanto ha una composizione complessa e molto tecnica, qualcosa che i critici d'arte successivi hanno convenuto chiamare di erudizione storica e archeologica. La composizione presenta uno scenario spaventoso, catastrofico e drammatico di una piaga nell'ambiente urbano, che finisce per diventare un tema classico nelle arti. È una scena riferita a un'epoca storica non definita e aperta a varie interpretazioni, poiché l'opera non è inserita in un testo o in una miniatura né esiste un memoriale sul dipinto lasciato dall'autore che ci consenta di collocarla cronologicamente. Secondo una nostra interpretazione, la rappresentazione della piaga nella città qui sembra essere funzionale a una narrazione del male temuto, di ciò che va al di là di una guerra fatta con armi e munizioni, ma che è perenne e in divenire.

2: M. Sweerts, *Plague in an Ancient City*, 1650-1652 [https://fotos.estadao.com.br/fotos/alias,atenas,1088563, maggio 2020].

Nell'opera l'immaginaria città antica è posta sullo stesso livello d'importanza delle persone che la abitano. Con il suo fondale architettonico imponente, le sue quinte in ombra così come in piena luce e con il grande spazio urbano aperto in primo piano, la città racchiude la scena straziante della gente morente e di quella in preda alla più angosciante disperazione. Sono rappresentati vari gruppi di persone: alcune piangono intorno al corpo di una probabile giovane madre morente con il suo bambino che cerca di non lasciarla andare, mentre un'altra figura cerca di dargli conforto; altre giacciono a terra svestite o semivestite senza nessuno al loro fianco, con solo un abito ormai ridotto a vero sudario, e altre ancora parlano tra loro, mentre qualcuno si dispera in solitudine e qualcun'altro nell'ombra osserva l'orrore tenendosi a distanza. In primo piano è raffigurata un'altra donna morente con il corpo riverso sui ruderi di una colonna e del suo capitello – immagine che si ripete in secondo piano, proprio sul lato sinistro e sul lato destro della figura femminile principale – quasi a significare la concomitante distruzione delle parti strutturanti della città, della sua architettura, della sua composizione.
Lo studioso d'arte Franco Mormando nel suo saggio *Response to the Plague in Early Modern Italy: What the Primary Sources, Printed and Painted, Reveal* ci dice che il dipinto *Plague in an Ancient City* raffigura una specifica piaga, probabilmente diffusasi a Roma, secondo fonti cristiane, tra il 361 e il 363 d.C., durante il regno dell'imperatore Giuliano [Mormando, Worchester 2007, 15]. La peste, in questo contesto, non arriverebbe per caso, poiché lo stesso imperatore aveva istigato un ritorno al paganesimo

romano, abbandonando presto il cristianesimo. Il morbo, quindi, appare come una sorta di risposta divina, chiaramente una punizione.
Si può pensare anche che Sweerts stia descrivendo la lotta tra cattolicesimo e protestantesimo e il pericolo annesso. La sua opera, considerata arte erudita, non solo circolava tra le classi più abbienti, ma divenne nota anche tra le più povere, per circolarità culturale. Il risultato pare essere un messaggio sulla necessità del convivere con l'idea che la peste si ripresenti da un momento all'altro e che sia causata dagli scontri tra i due filoni della fede cristiana.

1802, Luigi Sabatelli

Nella terza opera del 1802, *La Peste di Firenze dal Boccaccio descritta*, che si riferisce alla peste del 1348 a Firenze, storia dell'arte e storia della letteratura si intrecciano nuovamente, contribuendo alla comprensione del periodo scosso dalla peste nera. La città, Firenze, considerata nel IV secolo una delle città più popolose d'Europa, aveva perso una parte considerevole dei suoi abitanti, che non sfuggirono al dilagare dell'epidemia di inizio secolo.
Il 1348 fu l'anno in cui si verificò l'apice della diffusione della peste; in tale contesto Giovanni Boccaccio ambientò il libro *Decameron*[1]. Proprio nell'introduzione il poeta descrive la devastazione della città e spiega perché, nella sua opera, istituisce una "brigata", composta da sette donne e tre uomini. La città è trattata solo come sfondo per le azioni dei personaggi. Essi raccontano novelle l'una dietro l'altra, riportando come la società fiorentina, attaccata dalla peste, fosse diventata caotica, non a causa della malattia stessa, ma principalmente a causa della rivelazione di caratteristiche umane vergognose. Vediamo un estratto dal *Decameron*:

> Alcuni erano di più crudel sentimento, come che per avventura più fosse sicuro, dicendo niuna altra medicina essere contro alle pestilenze migliore ne cosi buona come il fuggir loro davanti: e da questo argomento mossi, non curando d'alcuna cosa se non di sé, assai ed uomini e donne abbandonarono la propria città, le proprie case, i lor luoghi ed i lor parenti e le lor cose, e cercarono l'altrui o almeno il lor contado, quasi l'ira di Dio, a punire l'iniquità degli uomini, con quella pestilenza non dove fossero procedesse, ma solamente a coloro opprimere li quali dentro alle mura della lor città si trovassero, commossa intendesse, o quasi avvisando, niuna persona in quella dover rimanere e la sua ultima ora esser venuta. E come che questi cosi variamente oppinanti non morissero tutti, non per ciò tutti cam- pavano: anzi, inlermandone di ciascuna molti ed in ogni luogo, avendo essi stessi, quando sani erano, esempio dato a coloro che sani rimanevano, quasi abbandonati per tutto languieno. E lasciamo stare che l'un cittadino l'altro schil'asse e quasi niun vicino avesse dell'altro cura ed i parenti insieme rade volte o non mai si visitassero e di lontano, era con si fatto spavento questa tribulazione entrata ne' petti degli uomini e delle donne,

[1] Il libro è strutturato in 100 racconti scritti tra il 1349 e il 1351, novelle narrate da dieci giovani – tre ragazzi e sette ragazze – nell'arco di dieci giornate, da cui il titolo dell'opera.

> che l'un fratello l'altro abbandonava ed il zio il nepote e la sorella il fratello e spesse volte la donna il suo marito, e che maggior cosa è e quasi non credibile, li padri e le madri i figliuoli, quasi loro non fossero, di visitare e di servire schil'avano. […] [Boccaccio in Massera 1927, 13].

Boccaccio usa i racconti per fare una critica sociale, denunciando la corruzione dei legami sociali a causa della voracità di due gruppi, mercanti fiorentini e banchieri, a favore dei loro profitti. La peste, quindi, diventa una punizione, mera esecutrice di una sentenza divina, contro l'immoralità dell'avaro e dell'egoista. Dopo aver descritto questa terribile situazione, Boccaccio utilizza come narratore della propria opera una particolare "brigata" di giovani, contrappunto fittizio alla società descritta. Proprio attraverso i personaggi del *Decameron* si propone un cambiamento nel comportamento dei fiorentini nella società urbana. I dieci giovani componenti della "brigata" hanno lasciato la città, dove non avevano vincoli di responsabilità verso gli altri, e sono riusciti, in mezzo a tanta disumanità ed egoismo, a preservare le emozioni e credere nell'affetto, nel dovere verso gli altri, nella gentilezza e nelle leggi morali e civili; secondo una propria organizzazione interna, hanno stabilito dei "capi" per giorni diversi, programmato attività e orari, determinato come e quando i pasti sarebbero stati consumati e quale sarebbe stato il tema quotidiano delle storie da raccontare dal gruppo.

3: L. Sabatelli, *La Peste di Firenze dal Boccaccio descritta*, inc. 1802 [http://alchemipedia.blogspot.com/2009/09/plague-of-florence-1348-etching.html, maggio 2020].

I protagonisti vivevano nella natura e, durante i quindici giorni che rimasero lontani da Firenze, costituirono una microsocietà virtuosa e armonica. I racconti utilizzano temi diversi, alcuni erotici, altri tragici, ma ci sono anche novelle sulla sagacia, oltre a barzellette. Il *Decameron* è considerato un capolavoro della prosa classica italiana e ci mostra quanto l'epidemia abbia innescato, dalla nobiltà al popolo, l'inasprimento della condizione umana, oltre l'atmosfera del cataclisma e della fine del mondo.

L'opera che qui vogliamo trattare riporta la seguente dicitura: «Luigi Sabatelli inventò, disegnò e inc.»[2]. Si tratta di un'acquaforte, una antica tipologia di produzione cartografica. L'autore era un artista diplomato all'Accademia di belle arti di Firenze, e fu pittore di corte della regina d'Etruria e duchessa di Lucca, Maria Luisa di Borbone-Spagna. Sabatelli dipinse affreschi e tele raffigurando, quasi come un cronista, scenari di vita vissuta. Ne *La Peste di Firenze dal Boccaccio descritta* il pittore si è espresso attraverso linee minuziosamente posizionate per conferire sfumature, ombre e un leggero oscuramento diffuso nei dettagli che, lavorati in bianco e nero, possono riportarci allo scenario drammatico di quel tempo.

L'immagine è la rappresentazione di una popolazione abbattuta dalla punizione cristiano-cattolica, più che divina: al centro della scena un uomo di Chiesa, che ha alle sue spalle uno stendardo con croce e teschio, si erge alzando il braccio destro, impugnando qualcosa che più che benedire pare minacciare gli astanti. Tutt'intorno e in primo piano ci sono corpi nudi e ormai inermi, trasportati alla meno peggio con una scala o riversi sul selciato, oppure tirati fuori di peso da un edificio, tra lo stupore di chi ancora accompagna i moribondi, di chi li respinge – in ombra sulla destra – e di coloro sulla sinistra che in circolo probabilmente discutono sugli eventi in corso nello spazio urbano. La città qui è sì scena della composizione, ma messa assolutamente in secondo piano rispetto alla moltitudine di corpi che riempiono lo spazio aperto della città; inquietante poi risulta la rappresentazione di personaggi-ombra che appaiono quasi nascosti nelle tre partizioni dell'immagine. La città è ancora in piedi, non è ridotta a ruderi; sembra non cedere agli eventi, come a dire che comunque esisterà sempre.

L'esecuzione dell'opera ha richiesto un anno di lavoro. Per terminarla intorno al 1802, l'autore studiò attentamente la composizione, che è testimoniata dall'esistenza di alcuni disegni preparatori – principalmente studi di nudo – venduti; altri, invece, si trovano oggi alla Galleria d'arte moderna di Roma. L'immagine all'epoca è stata appositamente realizzata per essere riprodotta. Infatti, la scelta dell'acquaforte come tecnica pittorica, così come la si intendeva nell'Ottocento, indicava la volontà di riproduzione da parte di Sabatelli. Ciò conferma la tesi per cui i prodotti artistici hanno sempre circolato tra la popolazione, a volte in modo ristretto e selezionato; altre volte, invece, il presupposto delle opere d'arte era l'assoluta accessibilità da parte di tutti i ceti sociali, come nel caso

[2] In basso al centro è presente il titolo e la dedica al marchese Pier Roberto Capponi, patrono di Sabatelli. Questa incisione, uno dei capolavori di Sabatelli, è ben documentata dalle lettere dello stesso autore e del figlio Gaetano, che ricorda che il rame fu consegnato alla stamperia di Giuseppe Angiolo Volpini il 5 gennaio 1802.

delle chiese che con l'uso di pannelli hanno catechizzato l'assemblea, visto il pieno coinvolgimento di non alfabetizzati.
La tendenza alla produzione e circolazione delle arti si verificava per il carattere dottrinale dell'opera d'arte. L'artista aveva principalmente lo scopo di ricordare alla società che la peste era stata tra loro, e che potrebbe esservi ancora in futuro.

Conclusioni

Dall'analisi delle tre opere qui affrontate è possibile dedurre che la traduzione visiva della peste ha collaborato, in modo efficace, allo scopo di far penetrare la paura della fine nell'immaginario sociale. Detto questo, sorge la domanda: fino a che punto il brutto e il soprendente non sono più affascinanti? Non risponderemo qui a questa domanda, ma ricorreremo alle parole di uno studioso del Medioevo, per il quale le immagini hanno svolto un ruolo fondamentale. Secondo Umberto Eco, per l'uomo del Medioevo l'universo creato è un *unicum* che va apprezzato nel suo insieme, dove le ombre contribuiscono allo splendore delle luci, «[...] e anche ciò che può essere considerato brutto di per sé appare bello nel contesto dell'Ordine generale [...]» [Eco 2007, 103]. A questo scopo, i mostri servono all'amore come alla paura. Osserviamo quanto ci si abitui alla piaga nella città, tenuta sotto sorveglianza – sanitaria, sociale, ideologica, poliziesca – ma accettata nei mali permanenti delle segregazioni; la peste è ancora presente.

Bibliografia

CHARTIER, R. (1990). *A História Cultural: entre práticas e representações*, Lisboa, DIFEL.

ECO, U. (2010, I ed. it. 1987). *Arte e Beleza na Estética Medieval*, trad. brasiliana, Rio de Janeiro, Editora Record.

ECO, U. (2004). *Storia della bellezza*, Firenze, Bompiani.

ECO, U. (2007). *História da feiúra*, trad. brasiliana, Rio de Janeiro, Editora Record.

LIMA ALMEIDA, A. C. (2013). *A recriação de Florença por Giovanni Boccaccio através do Decameron (1349-1351)*, in «Revista Diálogos Mediterrânicos», n. 5, pp. 118-131.

Giovanni Boccaccio. Il Decameron (1927), vol. I, a cura di A. F. Massera, Bari, Laterza editori.

Piety and Plague: From Byzantium to the Baroque (Sixteenth Century Essays & Studies) (2007), a cura di F. Mormando, T. W. Worchester, Kirksville, Truman State University Press.

REIS, L. (2013). *A liberdade que veio do ofício: práticas sociais e cultura dos artífices na Bahia do século XIX*, Salvador, EDUFBA.

REIS, L. (2019). *Os Homens Rudes e muito Honrados Mesteres*, Salvador, Eduneb.

I CONSUMI ALIMENTARI NEGLI OSPEDALI DI ANTICO REGIME: IL CASO DI BOLOGNA NEL XVIII SECOLO

Giulio Ongaro

Abstract

The paper aims at analysing food consumption at charitable institutions in Eighteenth-century Bologna. Which was the role played by cereals, wine, and meat in the diet of guests and workers? Particular attention will be paid to the similarities and differences in food consumption at different institutions and across the century. What affected the diet of patients, workers, and guests? Which was the role played by each institution, the availability of products, and their prices?

Keywords

Food History, History of Medicine, Early Modern History, Early Modern Bologna.

Introduzione

Le pagine che seguono intendono presentare i primi risultati di una ricerca in corso sui salari e i consumi negli istituti assistenziali bolognesi del XVIII secolo; la grande mole di materiale, soprattutto contabile, preservata negli archivi di questi enti consente infatti di raccogliere informazioni qualitative e quantitative importanti sul lungo periodo. In questa sede il *focus* sarà nello specifico sugli alimenti forniti a degenti e *famiglia* (ossia, in breve, i dipendenti) di questi istituti, con l'obiettivo di fornire indicazioni utili non tanto alla composizione di un eventuale paniere di beni estendibile all'intera città di Bologna[1], quanto sulle scelte effettuate dagli enti assistenziali negli acquisti di cibarie e, soprattutto, nella gestione delle derrate ricavabili dalle loro proprietà terriere. Non bisogna infine dimenticare l'importanza dell'analisi delle diete, in particolare dei degenti, per quanto riguarda lo studio delle pratiche mediche [Gentilcore 2005][2]; si tratta di un tema che è stato spesso al centro dell'indagine storica e che ha portato ad interessanti pubblicazioni da parte di storici dell'alimentazione [Cargnelutti 1995; Coppola 1995;

[1] Come è stato fatto ad esempio recentemente per Toledo [Gonzàlez Agudo 2019]. Per quanto riguarda invece i consumi alimentari a Bologna in età moderna si dispone già degli esaurienti contributi di Alberto Guenzi, che consentono interessanti comparazioni tra le diete negli istituti assistenziali e quelle degli abitanti della città petroniana [Guenzi 1982; Guenzi 1985; Guenzi 1986].

[2] Sullo sviluppo della medicina nel corso dell'età moderna [Pomata 1994; Lindemann 2010].

© Aisu International 2021

Giurolo 1995; Grisoli 1995; «Food & History» 2016] o della medicina [Centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera 2000]. Uno dei motivi che ha portato al proficuo incontro di queste tematiche, oltre alla ricchezza che spesso caratterizza gli archivi delle istituzioni assistenziali, è sicuramente il fatto che soprattutto tra età medievale e moderna «tipologia e quantità di alimenti consumati negli ospedali […] sono almeno spia, sovente, di una comune "infermità": la fame» [Sandri 2000, 199]. Cibo e assistenza sono dunque strettamente legati non solo dal fatto che, soprattutto nel corso del Settecento, lo sviluppo della riflessione medica incluse in misura sempre maggiore la dieta tra gli elementi che contribuivano a un buon decorso delle malattie, ma anche dall'essere la stessa alimentazione la "malattia". Lo sviluppo delle istituzioni ospedaliere fu strettamente correlato all'assistenza ai poveri, e quindi la cura fornita – soprattutto nei momenti di congiunture critiche dal punto di vista delle disponibilità alimentari – fu spesso semplicemente il vitto e l'alloggio [Da Molin 2002; Cunningham, Grell 2005; Pomata 2005]. Questa caratterizzazione di fondo delle strutture ospedaliere è anche uno dei motivi per cui ci si trova di fronte a un «confine a lungo estremamente sfumato tra ospedali e altri luoghi assistenziali (conservatori, reclusori, ospizi)» [Sandri 2000, 202]; in breve, tutti questi istituti nacquero come risposta a delle esigenze sociali di "contenimento" delle problematiche che affliggevano le fasce più deboli della società – senza comunque affrontarne alla radice le cause – e proprio per questo non fu casuale un loro sviluppo soprattutto nel corso del Cinquecento contro-riformatore [Calori 1972; Geremek 1973]. Nonostante nel Settecento l'indefinitezza di funzioni che a lungo caratterizzò gli istituti abbia lasciato il passo ad una maggiore specializzazione di ospedali, ospizi, orfanotrofi e conservatori [Giacomelli 1986][3], si è ritenuto nelle pagine che seguono di utilizzare come casi di studio sia alcuni degli ospedali veri e propri, sia alcuni ospedali per pellegrini, orfanotrofi e conservatori. Nel XVIII secolo, infatti, il processo di separazione delle funzioni non solo non era ancora completamente ultimato, e questo giustifica l'inclusione delle differenti tipologie di istituti nell'analisi, ma oltre a ciò si è ritenuto fosse interessante mantenere un approccio comparativo ampio, in grado di evidenziare similitudini e differenze nelle forniture alimentari in enti che erano tra loro dissimili per finalità, utenza e, non ultime, ampiezza e disponibilità finanziarie.

Per quanto riguarda gli ospedali veri e propri, i dati che seguono sono tratti dai libri mastri dell'ospedale della SS. Trinità per gli anni 1722-1728 e di S. Maria della vita per il 1745-1798; vi sono poi i conservatori di S. Croce (1711-1722) e di S. Giuseppe (1701-1718), l'orfanotrofio di S. Bartolomeo (1706-1720) e gli ospedali per pellegrini di S. Francesco (1700-1745, 1774-1789) e di S. Maria dei Servi o S. Biagio (1700-1793)[4]. Si

[3] In generale sulle strutture assistenziali e sulla sanità bolognese [Comitato per le celebrazioni del VII centenario degli ospedali di Bologna, Amministrazione degli ospedali di Bologna 1960; Giusberti 1979; Istituto per la Storia di Bologna 1984; Giusberti 1986; Carboni, Fornasari, Poli 1999; Fanti 2001; Fanti 2008; Pancino 2008; Vietti, Ferro 2010].

[4] I libri mastri si trovano rispettivamente in Bologna. Archivio di Stato. Amministrazione degli Ospedali, Confraternita e ospedale della SS. Trinità, Libri mastri, giornali e amministrazione (1629-1805). B. 18; Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687–1805). Bb.

tratta di istituti tra loro molto diversi: l'ospedale della SS. Trinità era un piccolo istituto che, secondo Giacomelli, alla metà del Seicento ospitava «poco più di 5 convalescenti dimessi dagli altri ospedali», a cui era fornito però un trattamento definito "eccellente" [Gentili 1960, 46; Istituto per la Storia di Bologna 1984, 43-44; Giacomelli 1986, 195; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 35-36]. L'ospedale di S. Maria della vita, precursore dell'attuale ospedale Maggiore, aveva invece tutt'altre dimensioni: nel corso del Settecento l'istituto ospitava oltre un centinaio di malati, cifra che poteva però salire a più di 200 in annate particolarmente critiche (come durante la carestia del 1764-1767). A questi si sommavano circa undici dipendenti residenti nell'ospedale che venivano stipendiati e nutriti, come i degenti, grazie ad un gran numero di proprietà rurali nella pianura bolognese, crediti di monte e censi, oltre a innumerevoli case e botteghe affittate nel centro cittadino[5]. Diversamente, il conservatorio di S. Croce accoglieva nel Settecento circa 40 ragazze «povere ma appartenenti a famiglie oneste, dotate di bello aspetto più facilmente collocabili una volta giunte in età adulta» [Giacomelli 1986, 211-213]; le entrate del conservatorio erano importanti (17.480 lire di media annua tra il 1763 e il 1786) e derivavano soprattutto da crediti di monte e da eredità, mentre poco si ricavava dai beni rurali (2 possessioni e 8 luoghi) e da quelli urbani [Istituto per la Storia di Bologna 1984, 76-78; Giacomelli 1986, 211-213; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 60]. Le attività del conservatorio di S. Giuseppe si rivolgevano alla stessa platea di quello di S. Croce, accogliendo una decina di ragazze, e disponendo di entrate simili [Istituto per la Storia di Bologna 1984, 82-83; Giacomelli 1986, 213-214; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 61]. Considerazioni analoghe, in termini di numero di ospiti e di proprietà, caratterizzavano anche l'orfanotrofio di S. Bartolomeo [Istituto per la Storia di Bologna 1984, 64-67; Giacomelli 1986, 203-205; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 56], mentre gli ospedali per pellegrini avevano strutture ed entrate piuttosto diverse. L'«albergo per i poveri» di S. Francesco, ad esempio, ospitava più di 10.000 persone all'anno, «ai quali, oltre l'alloggio, si concedeva una cena e 4 pani alla partenza», oltre ad una decina di dipendenti; nonostante il gran numero di utenti – che si fermavano però per una sola giornata – le

38, 40, 42, 44, 46, 48, 50; Conservatorio di S. Croce, poi S. Croce e S. Giuseppe uniti (1456-1940), Libri contabili (1606–1940. B. 156; Conservatorio di S. Giuseppe (1532-1817), Libri contabili (1628-1808). B. 33; Compagnia e orfanotrofio di S. Bartolomeo, poi Orfanotrofio di S. Bartolomeo e S. Maria Maddalena uniti. B. 147; Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). Bb. 12, 14, 18; Confraternita e ospedale di S. Maria dei servi, poi S. Biagio (1244-1809), Libri mastri, giornali e amministrazione (1569-1805). Bb. 10, 12, 14, 16. Come si può notare dalla cronologia dei fondi la documentazione consentirebbe un'analisi più ampia rispetto a quella compiuta in queste pagine. Purtroppo, il fatto che alcuni libri mastri non fossero consultabili per il loro peso e dimensioni e soprattutto lo scoppio dell'epidemia di COVID-19, che rende ancora – al momento della redazione del saggio – pressoché inaccessibile l'Archivio di Stato bolognese, ha portato a un importante ridimensionamento momentaneo della ricerca.

[5] Giacomelli parla per il periodo 1772-1779 di un'entrata media annuale di circa 50.526 lire bolognesi, dovuta a 19 possessioni, 15 luoghi, 2 orti e 1 prato in campagna, 9.000 lire di affitti, 5.000 di crediti di monti, 2.200 di censi [Giacomelli 1986, 184-188]. Sull'ospedale di S. Maria della vita [Maragi 1960; Sabena, Maragi 1960; Istituto per la Storia di Bologna 1984, 17-22; Fanti 1986, 37-38; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 31-32; Fanti 2001; Vietti, Ferro 2010, 16-19; Medica, D'Apuzzo 2016].

entrate dell'ospedale erano piuttosto ridotte e, soprattutto, non poteva contare su beni rurali, dovendo quindi acquistare quanto consumato [Gentili 1960, 43; Istituto per la Storia di Bologna 1984, 40-42; Giacomelli 1986, 197-198; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 25-26; Vietti, Ferro 2010, 19]. Lo stesso si può dire, infine, per l'ospedale per pellegrini di S. Maria dei servi o S. Biagio [Gentili 1960, 43; Istituto per la Storia di Bologna 1984, 34-36; Giacomelli 1986, 198; Carboni, Fornasari, Poli 1999, 26; Vietti, Ferro 2010, 19]. Questo breve *excursus* sulle caratteristiche proprie dei casi di studio presi in esame è fondamentale per rispondere ad una delle domande di fondo di questo contributo: come variavano i consumi alimentari da un istituto all'altro? Quali motivazioni stavano alla base di queste, eventuali, differenze? Secondo Lucia Sandri, «chi voglia […] addentrarsi nello studio del cibo dato agli ammalati di una qualsiasi istituzione, deve anzitutto tener conto del luogo in cui essa sorgeva, città o campagna, delle sue dimensioni, dell'esistenza o meno di un patrimonio e, in ultimo, è necessario sapere se ci troviamo di fronte ad un ente ecclesiastico […] o ad un ente di origine laica» [Sandri 2000, 202]. Tralasciando la questione della localizzazione degli istituti (nel nostro caso poco rilevante, dato che tutti erano collocati in città) e del carattere religioso o laico, anche qui poco rilevante, ritengo utile concentrare invece l'analisi sulla questione delle dimensioni e della caratterizzazione del patrimonio, oltre che, aggiungerei, delle finalità proprie di ciascun istituto. Come sarà dimostrato, infatti, furono proprio questi gli elementi che incisero maggiormente sulla caratterizzazione dei consumi.

I consumi negli istituti assistenziali bolognesi: *trend* generali e differenze

Cosa si consumava negli istituti assistenziali bolognesi del Settecento? Ci furono variazioni nelle diete nel corso del secolo o differenze tra i vari enti? Se sì, a cosa furono dovute? I libri mastri di ospedali, orfanotrofi e conservatori consentono di raccogliere i dati riguardanti il cibo consumato, anche se con qualche criticità; innanzitutto, non c'è spesso una differenziazione tra i consumi degli ospiti e quelli dei dipendenti, il cui rispettivo numero peraltro non è mai noto con esattezza. In secondo luogo, non sempre le cronologie sono uniformi, le registrazioni precise e, soprattutto, talvolta ciò che è consumato non lo è nell'immediato: si pensi ad esempio al frumento, trasformato poi in farina, ma che poteva essere panificata nei mesi o anni successivi, se non addirittura venduta[6]. Questo per dire che le cifre e le percentuali riportate in seguito sono da ritenersi indicative di *trend* complessivi e sono funzionali a fornire un'idea generale dell'andamento e della caratterizzazione dei consumi in questi istituti, ma certamente non possono considerarsi precise e utilizzabili per approfondite analisi statistiche. Per comprendere poi la composizione dei panieri negli enti assistenziali presi in esame si è

[6] Talvolta anche per altri prodotti non si ha una chiara distinzione tra il consumato e il venduto, ma ciò avviene – come nel caso della farina – solo quando l'ammontare venduto è molto limitato. Questo elemento, dunque, non compromette la validità dell'analisi effettuata.

scelto di non osservare i quantitativi di prodotti consumati o l'ammontare della spesa destinata a ciascuna vivanda, ma di assegnare a ciascun alimento un apporto calorico[7], individuando quindi le calorie complessive fornite annualmente da ciascun istituto e analizzando quanto, in percentuale, fosse riconducibile ad ogni prodotto. Si tratta ovviamente di stime approssimative, che però sembrano molto vicine ai valori reali, considerando che dividendo i totali ottenuti per il numero medio di calorie giornaliere necessarie ad un maschio adulto (circa 2.500) si ottiene un numero di degenti/dipendenti molto vicino alle cifre proposte da Giacomelli per i vari istituti.

I cereali

I cereali offrivano sicuramente l'apporto calorico predominante nelle diete di tutti gli istituti presi in considerazione durante tutto il secolo. Tra questi, era indubbiamente il *frumento* ad avere un ruolo di primo piano: in media tra il 66 e il 75% dell'apporto calorico complessivo veniva da esso, assunto sia sotto forma di pane (prevalentemente) che "infranto" in minestra. Se la media si collocava dunque attorno al 70%, le serie dei vari istituti (Grafico 1) mostrano oscillazioni molto più ampie, che spaziano grossomodo tra il 50 e l'80% dell'apporto calorico.

Tali oscillazioni erano dovute con ogni probabilità solo in parte a modifiche nel regime alimentare – o a variazioni nel rapporto dipendenti/utenti, che avevano sicuramente diete diverse – mentre la documentazione lascia intendere che siano riconducibili piuttosto a quanto detto in precedenza in merito alla macinazione del grano per la produzione di farina, che aveva un carattere tutt'altro che regolare nel tempo. Va poi aggiunto che, in ogni caso, queste oscillazioni non sono molto rilevanti: se si calcolano i coefficienti di variazione delle serie riferite ai vari istituti, questi si collocano tutti tra lo 0,06 e lo 0,16, ad indicare deviazioni dalla media contenute.

Oltre al frumento, in molti degli enti considerati ad assistiti e dipendenti venivano forniti anche altri cereali e legumi a integrazione della dieta, con un apporto calorico che si attestava però grossomodo ovunque attorno ad una media, molto contenuta, del 3%.

---

[7] Sulla costruzione di panieri alimentari e sulle stime delle calorie dei vari commestibili [Livi Bacci 1993, 51-53, 133-135]. Si è scelto di rivedere parzialmente le stime fatte da Livi Bacci, dato che alcuni alimenti non erano inclusi nella sua analisi, basandosi sul database FoodData Central del U.S. Department of Agriculture (https://ndb.nal.usda.gov/ndb/search/list?qlookup=16056), considerato anche il fatto che i valori proposti sono pressoché uguali a quelli presentati da Livi Bacci. Per quanto riguarda il vino si è ipotizzato una gradazione di 8°, dunque più bassa di quella che caratterizza generalmente i vini attuali, mentre per la carne animale si è tenuto conto delle dimensioni più ridotte di ovini, gallinacei, bovini e suini in età preindustriale rispetto ad oggi. In sintesi, sono stati assegnati i seguenti valori (si intende sempre per prodotto *edibile*): frumento (234.708,6 cal/hl), ceci (256.824 cal/hl), fave (62.779,2 cal/hl), fagioli (247.549,8 cal/hl), spelta (241129 cal/hl), orzo (252649,8 cal/hl), farro (238989 cal/hl), lupini (264671,4 cal/hl), miglio (256824 cal/hl), lenticchie (82.754,4 cal/hl), mais (44.944,2 cal/hl), vino (44.240 cal/hl), mele (37.112,4 cal/hl), noci (466.563,6 cal/hl), marroni (117.711 cal/hl), castagne (135.546 cal/hl), farina di castagne (343.000 cal/quintale), galline (14.385 cal/unità), polli (815,15 cal/unità), uova (155 cal/unità), capponi (3.724 cal/unità), agnelli (28.140 cal/unità), piccioni (383,4 cal/unità), tacchini (4.536 cal/unità), carne di maiale (269.000 cal/quintale).

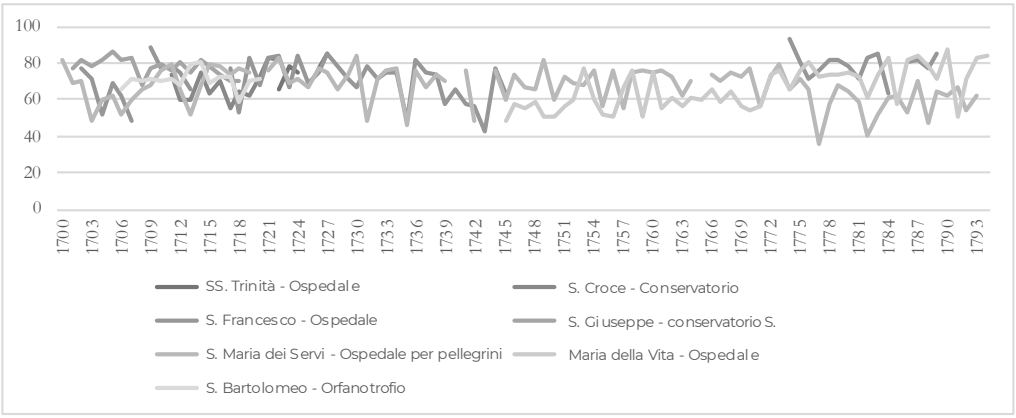


Grafico 1: Percentuale di calorie fornite dal frumento negli istituti assistenziali bolognesi, 1700-1794 [Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale della SS. Trinità, Libri mastri, giornali e amministrazione (1629-1805). B. 18, cc. 46 v.-47 r.; Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 12, cc. 111 v.-112 r., 192 v.-193 r., 277 v.-278 r., 475 v.-476 r., 538 v.-539 r.; b. 14, cc. 46 v.-47 r., 177 v.-178 r., 273 v.-274 r., 410 v.-411 r., b. 18, cc. 45 v.-46 r.; Confraternita e ospedale di S. Maria dei servi, poi S. Biagio (1244-1809), Libri mastri, giornali e amministrazione (1569-1805). B. 10, cc. 104 v.-105 r., 206 v.-207 r., 357 v.-358 r., 435 v.-436 r.; b. 12, cc. 32 v.-33 r., 142 v.-143 r., 180 v.-181 r., 217 v.-218 r., 240 v.-241 r., 286 v.-287 r., 348 v.-349 r., 409 v.-410 r., 431 v.-432 r.; b. 14, cc. 169 v.-170 r., 243 v.-244 r.; b. 16, cc. 68 v.-69 r., 208 v.-209 r.; Compagnia e orfanotrofio di S. Bartolomeo, poi Orfanotrofio di S. Bartolomeo e S. Maria Maddalena uniti. B. 147, cc. 71 v.-72 r., 179 v.-180 r., 289 v.-290 r., 329 v.-330 r.; Conservatorio di S. Croce, poi S. Croce e S. Giuseppe uniti (1456-1940), Libri contabili (1606-1940). B. 156, cc. 66 v.-67 r., 315 v.-316 r., 379 v.-380 r., 435 v.-436 r.; Conservatorio di S. Giuseppe (1532-1817), Libri contabili (1628-1808). B. 33, cc. 42 v.-43 r., 159 v.-160 r., 242 v.-243 r., 308 v.-309 r.; Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali. B. 38, cc. 121 v.-122 r., 275 v.-276 r., 321 v.-322 r., 359 v.-360 r.; b. 40, cc. 158 v.-159 r., 257 v.-258 r., 320 v.-321 r., 360 v.-361 r.; b. 42, cc. 248 v.-249 r., 289 v.-290 r., 329 v.-330 r.; b. 44, cc. 159 v.-160 r., 272 v.-273 r., 329 v.-330 r., 389 v.-390 r., 425 v.-426 r., b. 46, cc. 172 v.-173 r., 287 v.-288 r., 339 v.-340 r., 412 v.-413 r.; b. 48, cc. 195 v.-196 r., 307 v.-308 r., 349 v.-350 r.; b. 50, cc. 193 v.-194 r., 296 v.-297 r., 327 v.-328 r.].

Interessante è il caso dell'ospedale di S. Maria della vita, che tra il 1745 e il 1762 (prima del 1745 non si sono conservati i libri contabili) fornì una gran varietà di cereali e legumi ai suoi utenti, con percentuali che salgono tra il 10 e il 12% dell'apporto calorico complessivo, attestandosi però poi fino alla fine del secolo attorno al 3%. Questo sembra indicare una diversificazione della dieta di gran lunga maggiore rispetto ad altre realtà; si pensi ad esempio all'ospedale per pellegrini di S. Maria dei servi, dove il paniere alimentare era composto pressoché esclusivamente da frumento e vino. Per quanto riguarda i cereali alternativi al frumento e i legumi, è interessante osservare che il loro consumo era soggetto a variazioni più marcate, con i coefficienti di variazione delle diverse serie che si attestano tra lo 0,4 e lo 0,6.

Infine, un'ultima considerazione riguarda il mais; introdotto nelle campagne bolognesi nella prima metà del Seicento, «si propende a collocare il *saldo* affermarsi del mais quale coltura realmente significativa, e *incidente* sulle rotazioni, a cavallo della metà del '700» [Finzi, Baiada 1985, 283][8]. Nonostante però il suo affermarsi nelle campagne, il mais stentò a conquistare la città [Finzi, Baiada 1985, 321-324; Dal Pane 1999, 27, 33],

[8] Sull'introduzione del mais nell'area mediterranea [Panjek, Mocarelli c.s].

come sembrano confermare i libri mastri degli istituti assistenziali. Solo l'ospedale di S. Maria della vita conservava nei propri granai (inizialmente in quelli rurali, poi anche in quelli urbani) modesti quantitativi di mais, che tuttavia vennero a lungo utilizzati esclusivamente per la retribuzione dei lavoratori in campagna o per l'alimentazione dei piccioni nelle colombaie in città e nei possedimenti rurali; fu a partire dal 1789 che modestissime quantità trovarono spazio nella dieta dell'istituto, ma solo sporadicamente e con un'incidenza decisamente irrisoria (circa lo 0,02-0,06% dell'apporto calorico riconducibile ai cereali)[9]. Negli altri istituti il mais non compare, a conferma della caratterizzazione essenzialmente "rurale" del nuovo cereale.

La carne

I registri consultati non consentono di individuare con precisione i consumi di carne, dato che spesso questo alimento non era prodotto direttamente dagli enti assistenziali, ma veniva acquistato sul mercato; la conseguenza è che non compare nelle registrazioni della merce immagazzinata e quindi venduta o consumata, ma rientra sovente nella categoria generica delle "spese di vitto", in cui i corrispettivi pagati e i quantitativi di merce fornita sono aggregati e dunque non permettono un'analisi come quella effettuata in precedenza per i cereali. Ciò detto, per alcuni istituti è stato possibile estrapolare l'ammontare di carne bovina, suina, ovina o pollame fornito a dipendenti, degenti o ospiti. Nel conservatorio di San Giuseppe le "bestie porcine", ad esempio, fornivano in media lo 0,6% delle calorie complessive[10], e un ruolo ancora più marginale sembra avere la carne di maiale nell'ospedale di S. Maria della vita – dove si consumavano una media di uno-due maiali all'anno[11] – e nel conservatorio di S. Croce, dove gli insaccati ricavati dai maiali allevati venivano tutti venduti. Un consumo maggiore sembra esserci nell'orfanotrofio di San Bartolomeo, con una media dell'1,8% dell'apporto calorico fornito dalla carne di maiale. Dunque, si tratta di dati che inducono a confermare la marginalità della carne suina nella dieta bolognese, già indicata da Guenzi [Guenzi 1982, 336; Guenzi 1986], ma, al contrario di quanto avveniva al di fuori delle mura degli istituti assistenziali, ciò non sembra essere compensato da un elevato consumo di carne bovina. Questa tipologia di alimenti è quasi totalmente assente dalle diete di ospedali, ospizi, conservatori e orfanotrofi – o perlomeno non compare nei registri contabili. Più frequente è invece il richiamo ad agnelli, polli, galline, tacchini, capponi, piccioni o uova che venivano immagazzinati

[9] Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 131 v.-132 r.; b. 40, cc. 167 v.-168 r., 324 v.-325 r.; b. 42, cc. 155 v.-156 r., 250 v.-251 r., 284 v.-285 r., 380 v.-381 r.; b. 44, cc. 166 v.-167 r., 374 v.-375 r., 401 v.-402 r., 426 v.-427 r.; b. 46, cc. 183 v.-184 r., 201 v.-202 r., 393 v.-394 r.; b. 48, cc. 207 v.-208 r., 304 v.-305 r., 363 v.-364 r.; b. 50, cc. 205 v.-206 r.

[10] Bologna. Archivio di Stato. Conservatorio di S. Giuseppe (1532-1817), Libri contabili (1628-1808). B. 33, cc. 51 v.-52 r., 228 v.-229 r.

[11] Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 162 v.-163 r., 279 v.-280 r., 330 v.-331 r., 391 v.-392 r.; b. 40, cc. 206 v.-207 r., 278 v.-279 r., 334 v.-335 r., 379 v.-380 r.; b. 42, cc. 195 v.-196 r., 263 v.-264 r., 306 v.-307 r., 377 v.-378 r.; b. 44, cc. 204 v.-205 r., 285 v.-286 r., 351 v.-352 r., 407 v.-408 r.; b. 46, cc. 256 v.-257 r., 340 v.-341 r., 384 v.-385 r.; b. 48, cc. 282 v.-283 r., 341 v.-342 r.; b. 50, cc. 277 v.-278 r., 306 v.-307 r.

nelle dispense e nelle cantine[12], ma che ovunque non andavano ad integrare la dieta giornaliera degli utenti, venendo invece serviti a tavola o consegnati come *regalie* (ai degenti e soprattutto ai dipendenti) in occasioni particolari, tra cui spicca la Pasqua. Specialmente l'ospedale di S. Maria della vita disponeva di ovini e gallinacei allevati nei propri possedimenti, ma nel complesso galline, agnelli, polli, capponi, tacchini, piccioni e uova arrivavano a fornire in media appena lo 0,5% delle calorie complessive nell'intero anno, concentrandosi per l'appunto il loro consumo in particolari giorni festivi, così come avveniva peraltro anche negli ospedali fiorentini [Sandri 2000, 205].

Il vino

In linea con le stime effettuate da vari studiosi nel calcolo dei panieri di beni di età preindustriale [Guenzi 1982; Livi Bacci 1993; Rota, Weisdorf 2020, 947-948], il consumo di vino svolgeva un ruolo di primo piano anche nelle diete degli istituti assistenziali bolognesi. Come mostra però la tabella (Grafico 2), l'apporto fornito dal vino era più variabile da istituto a istituto rispetto al consumo di frumento.
Mentre infatti nei conservatori di S. Croce e di S. Giuseppe il vino forniva circa il 10% dell'apporto calorico complessivo, la percentuale sale notevolmente se si guarda agli ospedali (mediamente il 26,5%) e all'orfanotrofio di S. Bartolomeo (21% di media); questa differenza tra conservatori e altri istituti era dovuta con ogni probabilità alla diversa tipologia di utenza a cui le strutture si rivolgevano. È ipotizzabile che alle giovani ragazze in attesa di matrimonio, ospitate dalle prime, venisse fornita una quantità minore di vino rispetto, ad esempio, ai pellegrini che affollavano gli ospizi bolognesi. Anche nel caso del vino, infine, il coefficiente di variazione delle varie serie è piuttosto contenuto (0,2), ma è importante sottolineare la scarsa indicatività delle oscillazioni, legate all'andamento del consumo di frumento – trattandosi di percentuali – che a loro volta, come abbiamo visto, dipendevano con ogni probabilità non tanto dalla variazione delle diete quanto da quella degli utenti e soprattutto dalla disomogenea macinatura del grano nel corso degli anni.
È importante sottolineare che in queste elaborazioni vi è un assente importante, ossia l'olio d'oliva; purtroppo i registri contabili degli ospedali riportano congiuntamente i consumi di olio da tavola e di olio usato come combustibile nelle strutture assistenziali e – dove presenti – nelle chiese. Ciò non ha consentito di isolare i quantitativi riconducibili alla dieta di utenti e dipendenti, nonostante l'importante apporto calorico fornito generalmente da questo alimento in età preindustriale. Nonostante tale lacuna possiamo

[12] Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 12, cc. 155 v.-156 r., 476 v.-477 r.; b. 14, cc. 84 v.-85 r., 292 v.-293 r.; b. 18, c. 439 v.-440 r.; Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 143 v.-148 r., 263 v.-264 r., 298 v.-299 r., 302 v.-305 r., 363 v.-364 r., 368 v.-371 r.; b. 40, cc. 179 v.-184 r., 272 v.-276 r., 358 v.-360 r., 361 v.-362 r., 372 v.-373 r.; b. 42, cc. 167 v.-172 r., 280 v.-284 r., 362 v.-366 r.; b. 44, cc. 179 v.-184 r., 275 v.-276 r., 331 v.-335 r., 378 v.-379 r., 381 v.-382 r., 415 v.-416 r.; b. 46, cc. 195 v.-200 r., 314 v.-316 r., 319 v.-320 r., 321 v.-322 r., 396 v.-399 r., 400 v.-401 r.; b. 48, cc. 219 v.-225 r., 316 v.-320 r., 368 v.-372 r.; b. 50, cc. 217 v.-222 r., 318 v.-322 r.

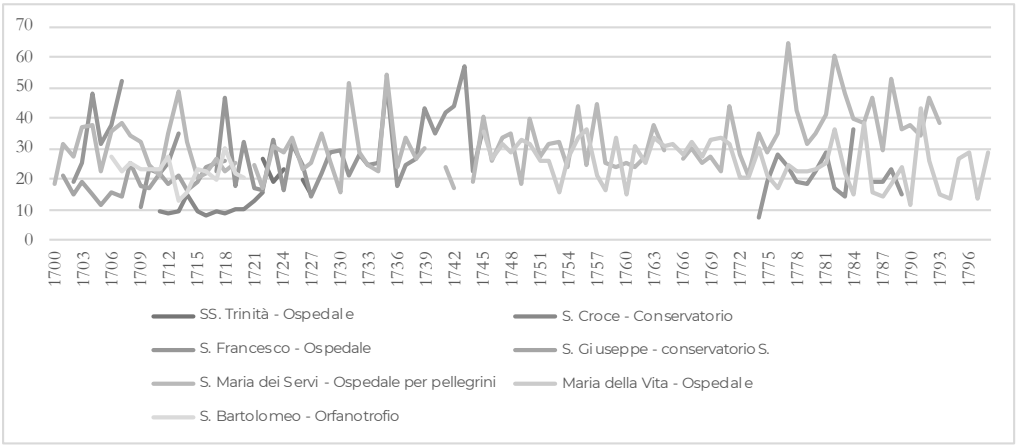


Grafico 2: Percentuale di calorie fornite dal vino negli istituti assistenziali bolognesi, 1700-1794 [Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale della SS. Trinità, Libri mastri, giornali e amministrazione (1629-1805). B. 18, cc. 47 v.-48 r.; Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 12, cc. 43 v.-44 r., 142 v.-143 r., 272 v.-273 r.; b. 14, cc. 14 v.-15 r., 188 v.-189 r., 335 v.-336 r., 411 v.-412 r., 428 v.-429 r.; b. 18, cc. 49 v.-50 r., 351 v.-352 r.; Confraternita e ospedale di S. Maria dei servi, poi S. Biagio (1244-1809), Libri mastri, giornali e amministrazione (1569-1805). B. 10, cc. 100 v.-101 r., 192 v.-193 r., 273 v.-274 r., 351 v.-352 r., 438 v.-439 r.; b. 12, cc. 33 v.-34 r., 126 v.-127 r., 194 v.-195 r., 266 v.-267 r., 318 v.-319 r., 399 v.-400 r.; b. 14, cc. 47 v.-48 r., 163 v.-164 r., 205 v.-206 r., 269 v.-270 r., 338 v.-339 r.; b. 16, cc. 71 v.-72 r., 161 v.-162 r., 277 v.-278 r.; Compagnia e orfanotrofio di S. Bartolomeo, poi Orfanotrofio di S. Bartolomeo e S. Maria Maddalena uniti. B. 147, cc. 79 v.-80 r., 195 v.-196 r., 317 v.-318 r.; Conservatorio di S. Croce, poi S. Croce e S. Giuseppe uniti (1456-1940), Libri contabili (1606-1940). B. 156, cc. 76 v.-77 r., 408 v.-409 r.; Conservatorio di S. Giuseppe (1532-1817), Libri contabili (1628-1808). B. 33, cc. 43 v.-44 r., 164 v.-165 r., 286 v.-287 r.; Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 137 v.-38 r.; b. 40, cc. 175 v.-176 r.; b. 42, cc. 163 v.-164 r.; b. 44, cc. 174 v.-175 r.; b. 46, cc. 194 v.-195 r.; b. 48, cc. 218 v.-219 r.; b. 50, cc. 216 v.-217 r.].

comunque azzardare alcune conclusioni per quanto riguarda il *trend* dei consumi negli istituti assistenziali bolognesi sul medio-lungo periodo: innanzitutto è molto probabile che quella «secolare stabilità» dell'*habitus* alimentare nella città petroniana sottolineato da Guenzi [Guenzi 1982, 337-338] riguardi gli stessi enti di assistenza che, come abbiamo visto, mantennero una certa uniformità di consumi lungo tutto il Settecento. Proseguendo nel parallelismo con l'ambiente urbano che circondava questi istituti, è interessante evidenziare come il predominio del frumento sia un elemento comune; da una rielaborazione dei valori forniti dallo stesso Guenzi sembra infatti che questo cereale fornisse circa il 70% delle calorie annuali alla popolazione bolognese alla fine del XVIII secolo, percentuale molto vicina a quella individuata per gli enti assistenziali di cui si è trattato in precedenza[13]. Condivisa è poi anche l'assenza del mais, che «non

[13] Il dato è frutto di una rielaborazione dei dati riportati [Guenzi 1982, 336-337]. Guenzi riferisce di come a Bologna nel decennio 1787-1796 vengano consumate una media di 11.850 tonnellate di frumento, 2.060 di *marzatelli* (ossia fave, segale, fagioli, veccia, miglio, farro, *marzola*, orzo, saggina, spelta), 1.692 di carne bovina, 716 di carne suina, 11 di carne ovina, 305 di pesce fresco, 166 di pesce conservato e 490 di olio d'oliva. Associando 3290 cal/kg al frumento, una media di 3300 cal/kg ai *marzatelli*, 2500 alla carne bovina, 2690 a quella suina, 2010 a quella ovina, 1500 al pesce e 8840 all'olio si ottiene un numero

intaccò l'assoluta predominanza del frumento in città, non costituendone un'alternativa neppure durante le carestie» [Guenzi 1982, 338].
L'ultima considerazione ci porta a riflettere su un ulteriore elemento. Nonostante la generale stabilità del *trend* lungo tutto il Settecento, è possibile individuare delle variazioni nella dieta – e il riferimento è soprattutto alle oscillazioni nei consumi di vino e frumento evidenziate in precedenza – riconducibili a momenti di particolare scarsità di derrate e di innalzamento dei prezzi? In altri termini, si può parlare di una parziale sostituzione del frumento con cereali minori o altri alimenti nelle diete degli istituti assistenziali quando il suo prezzo saliva e dunque diventava troppo oneroso acquistarlo o magari più conveniente venderlo? La risposta è ad un primo sguardo negativa, e anche un'analisi più approfondita sembra confermare questa ipotesi; secondo Finzi a Bologna si registrarono annate particolarmente problematiche dal punto di vista annonario nel 1728, 1735, 1751 e nel 1766 [Finzi 2008, 568]. Osservando però le percentuali riportate in precedenza, si nota come non vi sia una particolare coincidenza tra questa cronologia e improvvise diminuzioni nel consumo di frumento, dato che solo nel 1735 nell'ospedale di S. Francesco e in quello di S. Maria dei servi la percentuale di calorie ascrivibile a questo cereale scese sotto il 50%. Tuttavia, dato che a ciò non corrispose un incremento nel consumo di *marzatelli* (che rimase pari a zero in entrambi gli istituti) ma una maggiore assunzione – almeno apparente – di vino, è molto probabile che questo calo sia dovuto ad una distorsione causata dallo sfasamento cronologico tra macinazione e consumo del frumento stesso. La disponibilità di derrate non sembra quindi incidere sulle scelte alimentari negli istituti assistenziali, così come non sembra farlo il prezzo dei prodotti; osservando le serie dei prezzi e dei quantitativi di frumento e vino consumati nelle varie strutture, si nota come i coefficienti di correlazione siano prossimi allo zero, se non addirittura in alcuni casi positivi – quindi con un aumento dei consumi in coincidenza di aumenti dei prezzi.

Conclusioni

Nonostante l'apparente immobilismo delle abitudini alimentari e una sorta di "impermeabilità" alle dinamiche di mercato, è indubbio che alcune differenze – seppure minime – tra le serie ci sono, e aiutano a far luce sulle spinte sottostanti alla strutturazione delle diete negli istituti. Una di queste era rappresentata sicuramente dalle loro finalità; lo si è già accennato con riferimento alle minori quantità di vino consumate nei conservatori, ma lo stesso si può dire per esempio dell'ospedale per pellegrini di S. Francesco, dove le percentuali di frumento consumato furono quasi sempre tra il 70 e l'80%, dato che da statuto agli ospiti dovevano essere consegnati, come riportato in precedenza, quattro pagnotte di

di calorie annuo che – tenendo conto dell'assenza del vino nei dati forniti da Guenzi – è perfettamente compatibile con le circa 70.000 persone riportate da Bellettini [Bellettini 1961, 39]. Queste cifre, sicuramente approssimative e frutto di un esercizio speculativo, assegnerebbero il 68% dell'apporto calorico al frumento, circa il 12% ai *marzatelli*, l'11% circa alla carne, l'1,2% al pesce e il 7,6% all'olio d'oliva.

pane alla partenza. Vi sono poi altri due elementi che incidevano in maniera importante sulle diete nei singoli istituti pur in un contesto, è bene ribadirlo, di generale uniformità nelle abitudini alimentari; il primo è sicuramente l'ammontare e la dislocazione delle proprietà degli enti assistenziali, mentre il secondo – e intrinsecamente collegato – è la loro ricchezza. Non è un caso, infatti, che la maggiore varietà di alimenti riscontrabili tra quelli consumati si trovi nei registri di S. Maria della vita: a dipendenti e ospiti venivano servite pressoché tutte le varietà di *marzatelli*, oltre a mele, noci, lupini e pollami di vario genere, come parte del vitto quotidiano, ma soprattutto in occasione di festività o come donativi ad integrazione dei salari della *famiglia*. L'ospedale "della vita" era indubbiamente la più ricca fra le istituzioni qui prese in esame, e questo da un lato consentiva una certa "magnanimità" nel dispensare alimenti di vario genere, cosa che sicuramente altre istituzioni più povere non potevano permettersi; si pensi ad esempio agli ospedali per pellegrini di S. Francesco o di S. Maria dei servi, dove si consumava pressoché esclusivamente vino e frumento e polli e capponi erano venduti per acquistare cereali[14], o allo stesso ospedale della SS. Trinità, che al frumento associava un po' di miglio, ceci, farro e mele. Per quanto riguarda invece l'entità e la dislocazione delle proprietà, è indubbio che l'ospedale di S. Maria della vita poteva dispensare una tale varietà di alimenti anche perché provenivano tutti dai suoi possedimenti, situati nella fertile pianura bolognese; al contrario, nel conservatorio di S. Croce tra il 1711 e il 1720 più del 20% dell'apporto calorico medio era fornito da castagne e marroni, spesso trasformati in farina e quindi panificati[15]. Le proprietà di questo istituto erano infatti dislocate sulle colline bolognesi, dove tali prodotti erano facilmente reperibili, al contrario del frumento.

Bibliografia

A long wave of globalization. Maize diffusion in northern Mediterranean (16th-19th c.) (c. s.), a cura di A. Panjek, L. Mocarelli, Koper, University of Primorska Press.

BELLETTINI, A. (1961). *La popolazione di Bologna dal secolo XV all'unificazione italiana*, Bologna Zanichelli editore.

CALORI, B. (1972). *Una iniziativa sociale nella Bologna del '500: l'Opera Mendicanti*, Bologna, Azzoguidi.

CARGNELUTTI, L. (1995). *Il vitto in Friuli attraverso la mensa degli educandi femminili (secoli XVII-XVIII)*, in *Gli archivi per la storia dell'alimentazione. Atti del convegno Potenza-Matera, 5-8*

[14] Bologna. Archivio di Stato. *Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805)*. B. 12, cc. 155 v.-156 r., 476 v.-477 r.; b. 14, cc. 84 v.-85 r., 292 v.-293 r.

[15] Bologna. Archivio di Stato. Conservatorio di S. Croce, poi S. Croce e S. Giuseppe uniti (1456-1940), Libri contabili (1606-1940). B. 156, cc. 41 v.-42 r., 44 v.-45 r., 91 v.-92 r., 367 v.-368 r., 420 v.-421 r. Un caso analogo è quello dell'ospedale di Mondovì, dove «le antiche confrerie avevano fatto largo uso, nelle distribuzioni, delle castagne secche, a riprova della notevole diffusione del castagno in tale area» [Giuriolo 1995, 1581].

settembre 1988, t. II, a cura del Ministero per i Beni Culturali e Ambientali – Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, Roma, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, pp. 1330-1342.

COPPOLA, D. (1995), *L'organizzazione sanitaria e l'alimentazione nel Regno di Napoli*, in *Gli archivi per la storia dell'alimentazione. Atti del convegno Potenza-Matera, 5-8 settembre 1988*, t. II, a cura del Ministero per i Beni Culturali e Ambientali – Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, Roma, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, pp. 927-953.

DAL PANE, L. (1999, I ed. 1969). *Economia e società a Bologna nell'età del Risorgimento*, Bologna, Compositori.

FANTI, M. (1986) *Istituzioni di carità e assistenza a Bologna alla fine del Medioevo*, in A.A.V.V., *Forme e Soggetti dell'intervento assistenziale in una città di antico regime. Atti del IV colloquio, Bologna, 20-21 gennaio 1984,* vol. 2, a cura dell'Istituto per la Storia di Bologna, Bologna, Istituto per la Storia di Bologna, pp. 31-64.

FANTI, M. (2001). *Confraternite e città a Bologna nel Medioevo e nell'Età moderna*, Roma, Herder Editrice e Libreria.

FANTI, M. (2008). *Confraternite e istituzioni di assistenza a Bologna (secoli XIII-XVIII)*, in *Storia di Bologna*, vol. 3.2 - *Bologna nell'età moderna. Cultura, istituzioni culturali, Chiesa e vita religiosa*, a cura di A. Prosperi, Bologna, Bononia University Press, pp. 1213-1265.

FINZI, R. (2008). *"Impegnatevi nondimeno di assozzar sempre bene le possessioni": la mezzadria bolognese fra tardo medioevo ed età contemporanea*, in *Storia di Bologna*, vol. 3.1 - *Bologna nell'età moderna (secoli XVI-XVIII). Istituzioni, forme del potere, economia e società*, a cura di A. Prosperi, Bologna, Bononia University Press, pp. 525-598.

FINZI, R., BAIADA, E. (1985). *L'affermazione del mais nelle campagne bolognesi: un mutamento del regime alimentare?*, in *Popolazione ed economia dei territori bolognesi durante il Settecento*, *Atti del 3° colloquio – Bologna, 15 gennaio 1983*, Bologna, Istituto per la storia di Bologna, pp. 279-336.

Food and Hospitals: From 9th-century Baghdad to 20th-century Sochi (2016), in «Food & History», vol. 14, n. 1.

Forme di assistenza in Italia dal XV al XX secolo (2002), a cura di G. Da Molin, Udine, Forum.

GENTILCORE, D. (2015). *Food and Health in Early Modern Europe. Diet, medicine and society, 1450-1800,* London, Bloomsbury.

GENTILI, G. (1960). *Ospedali non più esistenti in Bologna*, in *Sette secoli di vita ospitaliera in Bologna*, a cura del Comitato per le celebrazioni del VII centenario degli ospedali di Bologna e dell'Amministrazione degli ospedali di Bologna, Bologna, L. Cappelli, pp. 29-54.

GEREMEK, B. (1973). *Il pauperismo nell'età preindustriale (secoli XIV-XVIII)*, in *Storia d'Italia*, vol. 5 - *I documenti*, t. 1, Torino, Einaudi, pp. 669-698.

GIACOMELLI, A. (1986). *Conservazione e innovazione nell'assistenza bolognese del Settecento*, in *Forme e Soggetti dell'intervento assistenziale in una città di antico regime. Atti del IV colloquio, Bologna, 20-21 gennaio 1984,* vol. 2, a cura dell'Istituto per la Storia di Bologna, Bologna, Istituto per la Storia di Bologna, pp. 163-302.

GIURIOLO, E. (1995). *Curare e guarire gli indigenti: forniture alimentari per gli ospedali di Cuneo e Mondovì*, in *Gli archivi per la storia dell'alimentazione. Atti del convegno Potenza-Matera, 5-8 settembre 1988*, t. III, a cura del Ministero per i Beni Culturali e Ambientali – Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, Roma, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, pp. 1581-1589.

GIUSBERTI, F. (1979). *Tra povertà e malattia: il Sant'Orsola a Bologna dal XVII al XVIII secolo*, in «Annali della Fondazione Luigi Einaudi», n. 13, pp. 117-150.

GIUSBERTI, F. (1986). *La città assistenziale: riflessioni su un sistema piramidale*, in *Forme e Soggetti dell'intervento assistenziale in una città di antico regime. Atti del IV colloquio, Bologna,*

20-21 gennaio 1984, vol. 2, a cura dell'Istituto per la Storia di Bologna, Bologna, Istituto per la Storia di Bologna, pp. 13-29.

Gli archivi delle Istituzioni di carità e assistenza attive in Bologna nel Medioevo e nell'Età moderna. Atti del IV colloquio, Bologna 20-21 gennaio 1984, vol. 1 (1984), a cura dell'Istituto per la Storia di Bologna, Bologna, Istituto per la Storia di Bologna.

GONZÀLEZ AGUDO, D. (2019). *Prices in Toledo (Spain): Sixteenth and Seventeenth Centuries*, in «Social Science History», v. 43, n. 2, pp. 269-295.

GRISOLI, P. (1995). *Vitto e spese plateali nelle istituzioni ospedaliere dipendenti dall'ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro (XVII-XIX)*, in *Gli archivi per la storia dell'alimentazione. Atti del convegno Potenza-Matera, 5-8 settembre 1988*, t. III, a cura del Ministero per i Beni Culturali e Ambientali – Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, Roma, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, pp. 1609-1626.

GUENZI, A. (1982). *Consumi alimentari e popolazione a Bologna in età moderna*, in *La demografia storica delle città italiane*, a cura della Società Italiana di Demografia Storica, Bologna, CLUEB, pp. 333-344.

GUENZI, A. (1985). *La carne bovina: consumi, prezzi e controllo sociale nella città di Bologna (secoli XVI-XVIII)*, in *Popolazione ed economia dei territori bolognesi durante il Settecento*, *Atti del 3° colloquio – Bologna, 15 gennaio 1983*, Bologna, Istituto per la storia di Bologna, pp. 537-551.

GUENZI, A. (1986). *La carne suina: lavorazione, consumo e prezzi nella città di Bologna (secc. XVI-XVIII)*, in *Mercati e consumi. Organizzazione e qualificazione del commercio in Italia dal XII al XX secolo*, Bologna, Tecnoprint, pp. 691-704.

Health Care and Poor Relief in 18th and 19th century Southern Europe (2005), a cura di A. Cunningham, O. Grell, Aldershot, Ashgate.

I gusti della salute. Alimentazione, salute e sanità ieri e oggi. Atti del Convegno (Silea, 13-14 maggio 2000) (2000), a cura del Centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera, Reggio Emilia, Tecnograf.

La città della carità. Guida alle istituzioni assistenziali di Bologna dal XII al XX secolo (1999), a cura di M. Carboni, M. Fornasari, M. Poli, Bologna, Costa Editore.

La storia della sanità moderna a Bologna. Dalle Congregazioni di carità alle Aziende USL (2010), a cura di C. Vietti, G. Ferro, Bologna, Centro stampa Azienda USL.

LINDEMANN, M. (2010, I ed. 1999). *Medicine and society in Early Modern Europe,* Cambridge, Cambridge University Press.

LIVI BACCI, M. (1993, I ed. 1987), *Popolazione e alimentazione. Saggio sulla storia demografica europea*, Bologna, Il Mulino.

MARAGI, M. (1960). *Gli antichi statuti dello Spedale di S. Maria della Vita*, in *Sette secoli di vita ospitaliera in Bologna*, a cura del Comitato per le celebrazioni del VII centenario degli ospedali di Bologna e dell'Amministrazione degli ospedali di Bologna, Bologna, L. Cappelli, pp. 111-147.

PANCINO, C. (2008). *Malati, medici, mammane, saltimbanchi. Malattia e cura nella Bologna d'età moderna*, in *Storia di Bologna*, vol. 3.2 - *Bologna nell'età moderna. Cultura, istituzioni culturali, Chiesa e vita religiosa*, a cura di A. Prosperi, Bologna, Bononia University Press, pp. 683-769.

POMATA, G. (1994). *La promessa di guarigione: malati e curatori in antico regime: Bologna XVI-XVIII secolo,* Roma-Bari, Editori Laterza.

POMATA, G. (2005). *Medicine for the poor: health care and poor relief in 18th and 19th- century Bologna*, in *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th century Southern Europe* (2005), a cura di A. Cunningham, O. Grell, Aldershot, Ashgate, pp. 229-243.

ROTA, M., WEISDORF, J. (2020). *Italy and the Little Divergence in Wages and Prices: New Data, New Results*, in «The Journal of Economic History», vol. 80, n. 4, pp. 931-960.

SABENA, V., MARAGI, M. (1960). *Dall'Ospedale della Vita all'Ospedale Maggiore*, in *Sette secoli di vita ospitaliera in Bologna*, a cura del Comitato per le celebrazioni del VII centenario degli ospedali di Bologna e dell'Amministrazione degli ospedali di Bologna, Bologna, L. Cappelli, pp. 55-100.

SANDRI, L. (2000). *Alimentazione e salute negli ospedali fiorentini tra Medioevo ed Età moderna*, in. *I gusti della salute. Alimentazione, salute e sanità ieri e oggi. Atti del Convegno (Silea, 13-14 maggio 2000)*, a cura del Centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera, Reggio Emilia, Tecnograf., pp. 199-213.

Sette secoli di vita ospitaliera in Bologna (1960), a cura del Comitato per le celebrazioni del VII centenario degli ospedali di Bologna e dell'Amministrazione degli ospedali di Bologna, Bologna, L. Cappelli.

Tra la Vita e la Morte. Due confraternite bolognesi tra Medioevo e Età Moderna (2016), a cura di M. Medica, M. G. D'Apuzzo, Cinisello Balsamo, Silvana.

Elenco delle fonti archivistiche

Bologna. Archivio di Stato. Amministrazione degli Ospedali, Confraternita e ospedale della SS. Trinità, Libri mastri, giornali e amministrazione (1629-1805). B. 18.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 131 v.-132 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 143 v.-148 r., 263 v.-264 r., 298 v.-299 r., 302 v.-305 r., 363 v.-364 r., 368 v.-371 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 38, cc. 162 v.-163 r., 279 v.-280 r., 330 v.-331 r., 391 v.-392 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 40, cc. 167 v.-168 r., 324 v.-325 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 40, cc. 179 v.-184 r., 272 v.-276 r., 358 v.-360 r., 361 v.-362 r., 372 v.-373 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 40, cc. 206 v.-207 r., 278 v.-279 r., 334 v.-335 r., 379 v.-380 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 42, cc. 155 v.-156 r., 250 v.-251 r., 284 v.-285 r., 380 v.-381 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 42, cc. 167 v.-172 r., 280 v.-284 r., 362 v.-366 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 42, cc. 195 v.-196 r., 263 v.-264 r., 306 v.-307 r., 377 v.-378 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 44, cc. 166 v.-167 r., 374 v.-375 r., 401 v.-402 r., 426 v.-427 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 44, cc. 179 v.-184 r., 275 v.-276 r., 331 v.-335 r., 378 v.-379 r., 381 v.-382 r., 415 v.-416 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 44, cc. 204 v.-205 r., 285 v.-286 r., 351 v.-352 r., 407 v.-408 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 46, cc. 183 v.-184 r., 201 v.-202 r., 393 v.-394 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 46, cc. 195 v.-200 r., 314 v.-316 r., 319 v.-320 r., 321 v.-322 r., 396 v.-399 r., 400 v.-401 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 46, cc. 256 v.-257 r., 340 v.-341 r., 384 v.-385 r

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 48, cc. 207 v.-208 r., 304 v.-305 r., 363 v.-364 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 48, cc. 219 v.-225 r., 316 v.-320 r., 368 v.-372 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 48, cc. 282 v.-283 r., 341 v.-342 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 50, cc. 205 v.-206 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 50, cc. 217 v.-222 r., 318 v.-322 r.

Bologna. Archivio di Stato. Arciconfraternita e ospedale di S. Maria della vita (1200-1839), Libri mastri e giornali (1687-1805). B. 50, cc. 277 v.-278 r., 306 v.-307 r.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 12, cc. 155 v.-156 r., 476 v.-477 r.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 14, cc. 84 v.-85 r., 292 v.-293 r.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 18, c. 439 v.-440 r.

Bologna. Archivio di Stato. Conservatorio di S. Croce, poi S. Croce e S. Giuseppe uniti (1456-1940), Libri contabili (1606-1940. B. 156.

Bologna. Archivio di Stato. Conservatorio di S. Croce, poi S. Croce e S. Giuseppe uniti (1456-1940), Libri contabili (1606-1940). B. 156, cc. 41 v.-42 r., 44 v.-45 r., 91 v.-92 r., 367 v.-368 r., 420 v.-421 r.

Bologna. Archivio di Stato. Conservatorio di S. Giuseppe (1532-1817), Libri contabili (1628-1808). B. 33.

Bologna. Archivio di Stato. Conservatorio di S. Giuseppe (1532-1817), Libri contabili (1628-1808). B. 33, cc. 51 v.-52 r., 228 v.-229 r.

Bologna. Archivio di Stato. Compagnia e orfanotrofio di S. Bartolomeo, poi Orfanotrofio di S. Bartolomeo e S. Maria Maddalena uniti. B. 147.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). Bb. 12, 14, 18.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 12, cc. 155 v.-156 r., 476 v.-477 r.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria delle laudi poi S. Francesco (1271-1805), Libri mastri, giornali, amministrazione (1586-1805). B. 14, cc. 84 v.-85 r., 292 v.-293 r.

Bologna. Archivio di Stato. Confraternita e ospedale di S. Maria dei servi, poi S. Biagio (1244-1809), Libri mastri, giornali e amministrazione (1569-1805). Bb. 10, 12, 14, 16.

Sitografia

FoodData Central del U.S. Department of Agriculture: https://ndb.nal.usda.gov/ndb/search/list?qlookup=16056 [settembre 2020].

CITTÀ E CRISI SANITARIE: IL CASO DEL COLERA A BRESCIA NEL 1836

Sergio Onger

Abstract

During the nineteenth century, the spread of cholera highlighted the infrastructural fragility and the numerous sanitation deficiencies in European cities. This paper studies the case of the first outbreak of cholera in Brescia in 1836. It stresses the measures adopted to prevent and contain the cholera contagion and the criticalities of the water and sewage systems that made the city more vulnerable to gastrointestinal diseases such as typhus and cholera for the whole century.

Keyword

Brescia, cholera, epidemic, hygiene, health.

Introduzione

La paura per le epidemie è sempre stata una costante della storia, anche se quasi dimenticata fino alle giornate angosciose del 2020. Per Brescia, in età contemporanea, l'episodio più spaventoso fu senz'altro il colera del 1836. Esso imperversò con particolare virulenza nell'Europa dell'Ottocento, mettendo a nudo l'inadeguatezza delle infrastrutture urbane e trasformando le città in luoghi di desolazione e di morte che rievocavano le stragi della peste.

Malattia endemica di alcune zone asiatiche e soprattutto dell'India, la diffusione del colera fu un effetto dei primordi della globalizzazione, trasportato in quasi tutto il globo dai movimenti militari e commerciali dell'Inghilterra nel continente indiano. Anche se il suo andamento fu relativamente lento, sia per i limitati spostamenti dell'epoca sia perché il bacillo si manifestava preferibilmente durante la stagione estiva, dilagò in diverse città europee, generando sette pandemie. Sei di queste interessarono l'Italia: 1835-1837, 1849, 1854-1855, 1865-1867, 1884-1886 e 1893. Brescia e la sua provincia fu colpita solo dalle prime quattro, raggiungendo però nella prima tassi di morbilità e di mortalità eccezionali.

Aspettando l'epidemia la città prova a difendersi

In Italia il colera comparve per la prima volta nel 1835 nel regno di Sardegna e l'ondata epidemica si esaurì nel 1837 nel regno delle Due Sicilie. Si ritiene che complessivamente uccise circa 240.000 persone, l'1,1% della popolazione della Penisola. Si tratta comunque di un dato impreciso, dovuto sia a problemi di rilevazione nelle campagne (soprattutto nell'Italia meridionale, dove non sempre vi erano nei comuni i medici condotti),

© Aisu International 2021

sia per l'impreparazione a diagnosticare correttamente una malattia che si presentava per la prima volta [Forti Messina 1984, 437-440; Sorcinelli 1986].
Dopo che nel 1829 il vibrione del colera fece la sua comparsa nella Russia europea e da lì iniziò a propagarsi nell'Europa orientale. Il regno lombardo-veneto mise in atto i primi provvedimenti tesi a prevenire l'epidemia, formando un cordone sanitario sul confine col Tirolo [*Raccolta degli atti di governo…* 1831, 97-217]. Nel 1831, sei medici lombardi, tra cui il giovane bresciano Andrea Buffini, assistente alla cattedra di chimica dell'Università di Pavia, vennero inviati per quattro mesi a studiare l'epidemia nelle province orientali dell'impero. Tornato a Pavia, Buffini tenne un corso sul nuovo contagio agli infermieri di quella clinica universitaria e poi, nel 1832, fu a Brescia per tenere un analogo corso al personale dell'Ospedale Maggiore [Onger 2011, 71].
Nell'agosto 1831, la commissione sanitaria municipale di Brescia, guardando con timore alla propagazione del morbo, condusse un'ispezione igienico-sanitaria dalla quale emersero le condizioni fatiscenti dei quartieri popolari di San Giovanni e di San Faustino, con depositi di materiali, sudiciume, immondizie, buche di letame maleodoranti, latrine all'aperto, condutture dell'acqua potabile rotte[1] [Corsini, Graz 1981, 27].
La medicina del tempo riconduceva i contagi al paradigma teorico umorale-miasmatico, secondo cui gli atomi dei miasmi velenosi, i fetori in genere, erano propagatori di malattie [Cipolla 1989, 15]. Privi di conoscenze riguardo ai microbi (bisogna attendere il 1883 perché Robert Koch individui i ceppi del batterio gram-negativo portatori del colera) e sprovvisti del sostegno delle analisi di laboratorio, i medici nutrivano cognizioni nosologiche confuse: credevano che una forma morbosa non virulenta potesse, in determinate condizioni ambientali, trasformarsi in malattia contagiosa. Questo errato approccio teorico li portava però a guardare correttamente con sospetto i luoghi maleodoranti e a chiederne l'immediato risanamento.
Gli interventi di riqualificazione urbana approntati dalla municipalità non furono certo sufficienti a rimuovere le cause del degrado, limitandosi all'abbattimento dei casotti lignei che fungevano da negozi alimentari in piazza del Mercato e alla chiusura del cimitero del Foppone, ritenuto troppo a ridosso delle mura cittadine. Per salvaguardare la salute pubblica fu inoltre intensificata la repressione dei mendicanti, allontanando dalla città i non residenti e impedendo l'ingresso a quelli forestieri[2].
Quando poi, nel 1835, l'epidemia giunse in Italia, non già dal confine orientale dove era attesa ma dalla Provenza, dilagando prima negli stati sardi e da lì nella Lombardia occidentale e a Milano, la municipalità di Brescia istituì innanzitutto delle commissioni parrocchiali di beneficenza con il compito di assistere gli indigenti infetti e le loro famiglie[3]. L'anno seguente, al verificarsi dei primi casi di contagio, la città venne divisa

[1] Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, minuta della relazione della commissione, Brescia, 18 agosto 1831.

[2] Brescia. Archivio di Stato. F. Imperial Regia Delegazione Provinciale. B. 3296, lettera del commissario di polizia di Brescia alla Delegazione provinciale, Brescia, 4 aprile 1836.

[3] Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, avviso a stampa della Congregazione municipale, Brescia, 11 settembre 1835.

in nove circondari sanitari, corrispondenti al territorio delle parrocchie e affidati alle cure gratuite di un medico, di un chirurgo e di un farmacista, tranne San Giovanni e San Faustino che per l'alto numero di abitanti ebbero assegnati due medici ciascuno[4]. Questa suddivisione era stata proposta da Franz Xaver Hildebrand, docente di clinica medica all'Università di Pavia, incaricato da Vienna di ispezionare le province lombarde per impartire disposizioni contro il colera. Giunto a Brescia il 9 novembre 1835, durante la visita ai nosocomi cittadini, l'accademico suggerì l'utilizzo dell'Ospedale delle donne, che sorgeva a ridosso dei bastioni meridionali e quindi in posizione relativamente periferica – diversamente dall'Ospedale Maggiore sito in centro –, per allestirvi un lazzaretto con 120 posti letto, mentre nei chiostri del Carmine, nella zona più popolosa e povera della città, ne veniva attivato un altro con 40 posti[5].

L'epidemia del 1836

Il primo colpito fu registrato in città il 16 aprile del 1836: si trattava di una lavandaia sessantenne che perì nell'arco di dieci ore e il cui corpo venne sezionato dal medico provinciale Guglielmo Menis. Il secondo caso fu riscontrato due giorni dopo: un fabbro residente poco distante l'abitazione del paziente uno; altri due uomini si ammalarono tra il 19 e il 20 aprile e in tutti e tre la malattia ebbe esito letale. Poi, per diversi giorni non si ebbero nuovi episodi, mentre nei comuni occidentali della provincia il contagio proveniente dal Bergamasco iniziava a serpeggiare. Solo il 14 maggio ricomparve il colera in città, prima nel reparto manicomiale femminile, dove era stata ricoverata una donna proveniente da Bergamo, poi in tutto l'Ospedale delle donne, rimanendo lì confinato per tutto il mese con trenta infette. Il 3 giugno fu la volta del vicino Ospizio della Mercanzia, una piccola casa di riposo per anziane povere. Quando nei giorni seguenti l'epidemia si sviluppò nei popolosi quartieri di San Giovanni e San Faustino, nell'Ospedale Maggiore, dove si accoglievano i malati maschi e gli esposti, e alla Casa di Dio, sorto nella seconda metà del Cinquecento come ospedale dei poveri e poi via via diventato un ospizio per mendicanti e anziani, fu chiaro a tutti che erano crollati gli argini sanitari che faticosamente erano stati approntati [Menis 1837, 182-189].
Era ormai avviata l'ascesa della curva epidemica. Nel solo 18 giugno si segnalarono 50 nuovi malati, saliti poi a un centinaio al giorno, fino al picco del 22 giugno con 150 contagi, per poi scendere a 100 il 4 e il 5 luglio, e raggiungere le 15 unità giornaliere a metà mese. Tra agosto e settembre si ebbe un numero limitato di nuovi infetti. La città, che

[4] Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, disposizioni relative alla divisione della città in circondari con assegnazione di personale sanitario a cadauno dei medesimi, e destinazione di farmacie, Brescia, 20 giugno 1836.

[5] Brescia. Archivio di Stato. F. Imperial Regia Delegazione Provinciale. B. 4175, minuta di lettera del delegato provinciale di Brescia al governatore, Brescia, 13 novembre 1835. Sull'ispezione si veda Wien. Österreichische Nationalbibliothek. Franz Xaver Hildebrand, *Relazione sullo stato dei principali stabilimenti di pubblica beneficenza delle provincie lombarde*, Milano, 3 feb. 1836, cod. SN 2015.

all'epoca contava 31.415 abitanti, registrò 3.219 colerosi secondo il medico provinciale Menis e 3.056 secondo quello municipale Benedetto Manzini, rispettivamente il 10,25 e il 9,73% della popolazione. Discordanti sono pure i dati sui morti: 1.613 secondo il primo e 1.711 per il secondo, rispettivamente il 5,13 e il 5,45% sul totale della popolazione [Manzini 1837, 32-33; Menis 1837, 265]. I dati hanno solamente valore indicativo: infatti, come scriveva il prevosto della Cattedrale a tergo della tabella relativa ai casi di colera nella sua parrocchia, «i parroci non hanno mai tenuto registro degli ammalati, non si osa quindi asserire che il numero qui sopra esposto sia preciso, ma soltanto approssimativo»[6]. In ogni caso, si tratta di valori estremamente elevati che fecero di Brescia una delle città del regno lombardo-veneto maggiormente falcidiata dall'epidemia. I dati disponibili sui singoli circondari parrocchiali confermano come i quartieri più colpiti fossero i più affollati, così come maggiori erano le probabilità di contagio fra gli appartenenti alle classi popolari [Manzini 1837, 24; Menis 1837, 171; Forti Messina 1984, 446-450].

Come prevedeva il regolamento sanitario redatto dalla Commissione comunale di beneficenza [Regolamento 1836], i malati furono preferibilmente curati nelle proprie case, assistititi da infermieri comunali, mentre nel lazzaretto allestito nell'ospedale delle donne furono ricoverati solo 767 infetti [Uberti 1837, 85]. Gli esiti mortali furono lievemente inferiori tra i curati nelle strutture nosocomiali, con una letalità del 49,8% contro una del 50% o del 58%, a seconda se si considerano i dati di Menis o Manzini, di chi venne curato a domicilio.

Sono comunque tassi di morbilità e di mortalità fra i più alti registrati fra le città lombarde[7], che avvicinano Brescia a Napoli. La capitale del regno delle Due Sicilie, l'unica grande metropoli italiana con ben 351.000 abitanti, già nota per le sue precarie condizioni igienico-sanitarie, fu interessata da due ondate epidemiche nel 1836 e nel 1837: la prima ebbe un tasso di mortalità del 2,6% e la seconda del 3,9% [Forti Messina, 1976]. Nota all'opinione pubblica come «città della mala igiene» [Bonizzardi 1884, 95], così l'avrebbe definita nel 1884 il direttore dell'ufficio sanitario comunale e medico Tullio Bonizzardi, Brescia si era guadagnata questo appellativo per la sua fatiscente rete idrica a bassa pressione, perennemente a rischio di essere inquinata dalla contigua rete fognaria, una straordinaria opportunità per una malattia come il colera, il cui vibrione viene veicolato da feci e urine umane. Ben diversa fu la mortalità registrata in provincia, territorio che all'epoca non comprendeva la valle Camonica. Su 304.046 abitanti, 8.341 furono i decessi per colera, con un tasso di mortalità del 2,7%: la metà rispetto alla città [Onger 1990, 30].

Le cifre citate sono in ogni caso impressionanti rispetto alle pandemie conosciute in Europa dal Novecento e che, fatta eccezione per l'influenza spagnola, si sono misurate ogni mille e non ogni cento abitanti. Oggi comprendiamo ancora meglio le manifestazioni di panico che si diffusero tra la popolazione. Mentre i cittadini facoltosi si

[6] Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, lettera del parroco della Cattedrale alla Congregazione municipale, Brescia, 8 novembre 1836.

[7] Solo Udine, fra le città del Lombardo Veneto, ebbe percentuali analoghe a Brescia, con una mortalità del 5,4%, mentre Bergamo registrò il 3,23, Como il 3,6, Milano 0,65, Venezia il 2,4 e Verona l'1,6 [Forti Messina 1984, 438].

rifugiavano nelle loro residenze di villeggiatura, tra le classi popolari l'inefficacia delle cure spinse a credere che i medici fossero responsabili di favorire il decesso dei colerosi, se non veri e propri agenti governativi col compito di diffondere il contagio e di togliere i malati agli affetti familiari relegandoli nel lazzaretto. Menis lamentava che il popolo avesse «commesso qualche eccesso in onta de' medici, accusandoli d'ignoranza nella cura de' malati […], e tacciandoli perfino quali ministri prezzolati d'un governo che avesse decretata la distruzione d'una parte dei suoi sudditi» [Menis 1837, 248]; Manzini denunciava che vi era stato pure chi aveva affermato essere l'epidemia «una menzogna dei Medici ordinata dal governo per ingannare il popolo» [Manzini 1837, 19]. In questo clima di generale diffidenza, dove in un giorno si potevano contare in città più di settanta decessi, molti si sottraevano alle indagini sanitarie, preferendo morire nel proprio giaciglio piuttosto che lasciarsi condurre in ospedale.

Le vulnerabilità degli impianti idraulici urbani

Se in generale le città ottocentesche si configuravano come luoghi insalubri, privi di adeguate infrastrutture igienico-sanitarie, Brescia, soprattutto per quanto riguarda la rete fognaria e quella idrica, raggiungeva livelli di inadeguatezza che almeno in parte spiegano la larga diffusione del colera. Il sottosuolo era occupato lungo l'asse delle vie dalla rete dei condotti dell'acqua piovana, la cui muratura era permeabile e compromessa da un elevato numero di pozzi neri situati nei cortili dove si scaricava ogni tipo di liquame [Da Vico 1884, 9]. La fitta rete di canali di scarico, i cui collettori maggiori lungo il tragitto comunicavano con un'irregolare rete di collettori minori, in molti casi a fondo cieco, era alimentata dall'acqua dei torrenti Bova, Celato e Garza. Il collettore principale scorreva a cielo aperto lungo via San Faustino fino al Palazzo municipale della Loggia, proseguendo poi sotterraneo per il pubblico macello – costruito nel Quattrocento appositamente sul canale di scolo per favorire lo smaltimento degli scarti di lavorazione – e il corso del Teatro, dove lo stesso si ripartiva andando un ramo sotto l'Ospedale Maggiore e uscendo dalla città verso Porta Sant'Alessandro, mentre l'altro piegava per l'Ospedale delle donne e passava sotto gli spalti tra Porta S. Nazaro e Porta Sant'Alessandro. Appena fuori le mura meridionali, appositi bacini di decantazione raccoglievano i liquami, utilizzati come concime per gli orti della città e dei sobborghi [Onger 1993, 88]. L'acqua potabile era da oltre un millennio prelevata dalla fonte di Mompiano, posta a nord ai piedi del colle San Giuseppe e portata in città mediante un acquedotto raso terra lungo 3.802 metri realizzato in età longobarda. Nella prima metà dell'Ottocento era particolarmente pronunciato lo stato di degrado del manufatto, sia per quanto riguarda gli intonaci interni sia per la copertura in lastre di pietra sconnessa in molti punti. Inoltre, nel tratto in cui l'acquedotto attraversava per la strada principale il comune di Mompiano, vi erano tredici aperture che servivano agli abitanti per l'approvvigionamento idrico; di queste solo tre avevano parapetti, mentre le restanti erano prive di copertura e nei giorni di pioggia finivano per trasformarsi in tombini dove acqua piovana mista a fango vi defluiva. Nelle giornate piovose, quindi, in città arrivava un'acqua torbida e limacciosa non utilizzabile a fini alimentari.

Una volta entrata all'interno della cinta muraria urbana, l'acqua potabile era distribuita attraverso una rete formata da condotti maggiori in muratura, medi in terracotta e pietra tenera, e minori in rame e piombo. Essa si diramava secondo un tracciato che spesso si trovava a poca distanza dalle fogne e dai pozzi neri. Una tale rete a bassa pressione e con una tubatura non perfettamente stagna dava frequentemente luogo a fuoriuscite, ma anche a infiltrazioni di acque reflue. Tuttavia, l'acqua potabile che la popolazione urbana consumava non proveniva solamente dall'acquedotto, ma anche da 1.342 pozzi freatici che pescavano a una profondità variabile tra cinque e venti metri. Secondo i medici igienisti di fine Ottocento, molti di questi pozzi rilasciavano un'acqua pessima, in quanto posti a pochi metri di distanza dalla rete fognaria e dai pozzi neri [Onger 1993, 89-93].

Conclusioni

Le infrastrutture idriche e fognarie della città, completamente rinnovate solo nei primi anni del Novecento, erano causa della diffusione a Brescia delle malattie gastroenteriche, del tifo e della facile propagazione del colera. Il problema, infatti, si ripresentò altre tre volte: nell'agosto del 1849, interessando solo 276 persone, ma con una letalità del 66,7% [Onger 1993, 132]; tra giugno e settembre del 1855, con 1.703 colpiti (il 4,82% della popolazione) e 1.089 decessi (il 3,1% della popolazione con una letalità del 63,9%) [Benedini 1856, 60]; infine, nel 1867 con 950 infetti e una letalità che sfiorava il 65% [Gamba 1867, 526]. Se anche in questi casi i rimedi della medicina poterono ben poco, il personale sanitario si distinse quasi sempre per impegno e abnegazione. Basti ricordare il medico Giacomo Uberti, che nel 1836 e nel 1849 rimase rinchiuso spontaneamente nel lazzaretto per tutto il tempo dell'epidemia, oppure l'appello rivolto nel 1855 ai giovani medici lombardi affinché prendessero servizio a Brescia per rimpiazzare tre colleghi deceduti a causa del contagio [Rodolfi 1855, 393].

Bibliografia

BENEDINI, F. (1856). *Sul colera di Brescia nell'anno 1855 cenni medico-istorici*, Brescia, Tip. Speranza a S. Orsola.

BONIZZARDI, T. (1884). *Delle condizioni fisiche della città di Brescia in rapporto alla sua salubrità e alle malattie d'infezione*, Brescia, Apollonio.

CIPOLLA, C. M. (1989). *Miasmi ed umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, Bologna, Il Mulino.

CORSINI, P., GRAZ, L. (1981). *Il colera a Brescia nel 1836: per una storia sociale della medicina*, in «Studi bresciani: storia, cultura e società», n. 5, pp. 7-43.

DA VICO, V. (1884). *Cenni sulle cause delle malattie tifiche in Brescia*, Roma, C. Voghera 1884.

FORTI MESSINA, A. L. (1976). *Il colera a Napoli nel 1836-1837. Gli aspetti demografici*, in «Mélanges de l'Ecole française de Rome. Moyen-Age, Temps modernes», t. 88, n. 1, pp. 319-366.

FORTI MESSINA, A. L. (1984). *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia, Annali VII, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi 1984, pp. 431-492.

GAMBA, F. (1867). *Osservazioni e cure sul cholera asiatico, fatte nel civico Lazzaretto di Brescia*, in «Annali universali di medicina», vol. 202, pp. 524-553.

MANZINI, B. (1837). *Cenni storici intorno al Cholera morbus che afflisse Brescia nel giugno, luglio, agosto 1836*, Brescia, G. Quadri.

MENIS, G. (1837). *Saggio di topografia statistico-medica della provincia di Brescia aggiuntevi le notizie storico-statistiche sul cholera epidemico che la desolò nell'anno M.DCCC.XXXVI*, vol. 2, Brescia, Tipografia della Minerva.

ONGER, S. (1990). *Ospedali ricovero. Assistenza e sanità nel Bresciano dal 1797 al 1920*, in *Luoghi incerti. Gli ospedali nel Bresciano e il caso di Castrezzato (1767-1920)*, a cura di S. Onger, Brescia, Grafo.

ONGER, S. (1993). *La città dolente. Povertà e assistenza a Brescia durante la Restaurazione*, Milano, FrancoAngeli.

ONGER, S. (2011). *Una provincia operosa. Aspetti dell'economia bresciana tra XVIII e XX secolo*, Milano, FrancoAngeli.

Raccolta degli atti di governo e delle disposizioni generali emanate dalle diverse autorità in oggetti sì amministrativi che giudiziarj (1831), vol. 2, Milano, Imperiale Regia Stamperia.

Regolamento stabilito dalla Commissione Comunale di Beneficenza in esecuzione del paragrafo 18 del Regolamento di Sanità approvato dall'I.R. Delegazione per regolare la distribuzione de' sussidj tanto per parte propria, quanto per parte delle Commissioni Parrocchiali di Beneficenza a favore degli indigenti colpiti dal cholera morbus e rispettive famiglie (1836), Brescia.

RODOLFI, R. (1855). *Soccorso a Brescia sventurata*, in «Gazzetta medica italiana. Lombardia», n. 34, pp. 392-394.

SORCINELLI, P. (1986). *Nuove epidemie antiche paure. Uomini e colera nell'Ottocento*, Milano, FrancoAngeli.

UBERTI, G. (1837). *Del Cholera morbo che disertò le sale delle pazze nell'Ospitale femminile in Brescia, e della Casa di soccorso, o lazzaretto, ivi attivato*, in «Annali universali di medicina», vol. 82, pp. 62-93.

Elenco delle fonti archivistiche e documentarie

Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, avviso a stampa della Congregazione municipale, Brescia, 11 settembre 1835.

Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, disposizioni relative alla divisione della città in circondari con assegnazione di personale sanitario a cadauno dei medesimi, e destinazione di farmacie, Brescia, 20 giugno 1836.

Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, lettera del parroco della Cattedrale alla Congregazione municipale, Brescia, 8 novembre 1836.

Brescia. Archivio di Stato. F. Archivio del Comune di Brescia. Rub. XXIV, b. 6/2A, minuta della relazione della commissione, Brescia, 18 agosto 1831.

Brescia. Archivio di Stato. F. Imperial Regia Delegazione Provinciale. B. 3296, lettera del commissario di polizia di Brescia alla Delegazione provinciale, Brescia, 4 aprile 1836.

Brescia. Archivio di Stato. F. Imperial Regia Delegazione Provinciale. B. 4175, minuta di lettera del delegato provinciale di Brescia al governatore, Brescia, 13 novembre 1835.

Wien. Österreichische Nationalbibliothek. Franz Xaver Hildebrand, *Relazione sullo stato dei principali stabilimenti di pubblica beneficenza delle provincie lombarde*, Milano, 3 feb. 1836, cod. SN 2015.

TRA IL SALOTTO E LA FABBRICA. L'ASCESA DELLA CLINICA DEL LAVORO NELLA MILANO D'INIZIO NOVECENTO

Samuel Boscarello

Abstract

This study aims to highlight the importance of Milan's urban environment in the early 20th century as a crucial factor for the birth and the development of the Clinica del Lavoro, a pivotal institution for Occupational Medicine at an international level. Its founder Luigi Devoto was able to collect resources from political circles, labour unions, and philanthropists in a context of powerful industrial development: this reformist milieu represented a real laboratory for social innovation.

Keywords

Occupational Medicine, Clinica del Lavoro, Luigi Devoto, Milan, Welfare.

Introduzione

L'elegante edificio squadrato della Clinica del lavoro "Luigi Devoto" sorge nel cuore di Milano, a circa un chilometro dal Duomo puntando tra Guastalla e Porta Ticinese. L'istituzione che esso ospita poteva ben fregiarsi di essere unica nel suo genere ai tempi della sua fondazione, nel 1910: un centro interamente dedicato alla cura delle malattie professionali, nonché alla formazione di nuovi medici e alla ricerca scientifica nello stesso campo. Il suo ideatore – di cui oggi porta il nome – era un clinico ligure la cui formazione, sul piano umano e accademico, si svolse nella lingua di territorio che collega Chiavari a Genova. Come Devoto stesso racconta in alcune note autobiografiche, ad accendere in lui l'interesse per i rapporti tra salute e lavoro furono due esperienze compiute proprio in quest'area: innanzitutto l'osservazione dei segni rovinosi che portavano sui propri corpi le operaie dei cotonifici e gli addetti alla lavorazione dell'ardesia, nella zona di Lavagna. In secondo luogo, a rimanere impressa nella sua memoria sarebbe stata una lezione cui egli assistette appena diciottenne (era il 1882) da Edoardo Maragliano, direttore dell'Istituto di clinica medica a Genova di cui sarebbe diventato allievo. Il titolo era «La medicina nei suoi rapporti colla patologia sociale» [Devoto 1931].

Dunque, in Liguria nacque quella particolare inclinazione che avrebbe portato Devoto a sviluppare, nel corso degli anni, l'idea che lo studio delle malattie professionali meritasse di essere considerato una disciplina indipendente. Idea alquanto controversa, giacché all'inizio del Novecento non erano in pochi, persino in ambito medico, a ritenere che si trattasse di un ambito troppo ristretto per ambire a una tale dignità [Majno

© Aisu International 2021

267-269]. Ebbene, la Clinica sarebbe diventata la roccaforte di Devoto nel condurre la sua battaglia scientifica. Sui meriti professionali del luminare ligure e della Clinica si è già scritto abbastanza, specie negli alvei che riguardano la storia della medicina, del lavoro e delle istituzioni di assistenza: l'argomento ricorre di frequente all'interno delle monumentali opere di Giorgio Cosmacini [Cosmacini 1994; Cosmacini 1996] e nei lavori di Alberto Baldasseroni e Francesco Carnevale [Baldasseroni, Carnevale 1999, 12-16; Baldasseroni, Carnevale 2015], nonché in svariati contributi monografici pubblicati dagli anni Ottanta ad oggi [Carbonini 1982; «Giornale di Storia Contemporanea» 2016; Riva, Belingheri, Fustinoni 2019; Riva, Fustinoni 2019].

Tutte queste opere hanno sinora sfiorato il tema del contesto urbano in cui la Clinica era ed è inserita. La storiografia, ad esempio, ha messo in luce ora le ostilità suscitate dal progetto di Devoto, ora la sua capacità di saper intessere alleanze per portare a termine i suoi obiettivi[1]. Eppure, il successo della Clinica dipese in buona parte non solo dalle indiscusse capacità del suo fondatore, ma anche dal particolare ambiente urbano rappresentato dalla Milano d'inizio Novecento; una città in poderosa espansione le cui periferie si costellavano rapidamente di fabbriche e quartieri popolari, stringendo in una cintura il centro occupato dal piccolo artigianato, dal commercio, dagli enti pubblici e dai quartieri residenziali della borghesia. Le nuove industrie chimiche e metalmeccaniche rapidamente soppiantavano il peso economico del settore tessile, una volta preponderante, sulla scia dello sviluppo tecnologico che intanto meccanizzava le campagne e permetteva la costruzione delle prime linee tranviarie. Stabilimenti come la Marelli e la Falck, destinati a lasciare un segno profondo nel tessuto sociale e urbano della Milano nel nuovo secolo, conobbero nell'età giolittiana una crescita occupazionale vigorosissima[2].

A questo processo d'industrializzazione coincise la formazione di aristocrazie operaie costituite da lavoratori ben pagati (almeno comparativamente alla media dei loro settori), fortemente autodisciplinati e partecipi di una mentalità produttivistica legata alla dimensione della grande fabbrica [Maifreda 2006; Riccardi 2006]. Analogamente, parte importante della borghesia locale condivideva una solida fiducia nella capacità riformatrici del progresso tecnico: già alle Esposizioni riunite del 1894, tenutesi nella cornice del Castello Sforzesco, un Comitato promotore ampiamente rappresentativo dell'aristocrazia e dell'imprenditoria milanese – Camera di commercio *in primis* – aveva incluso nella *kermesse* un'inedita Esposizione internazionale operaia. Scopo manifesto era «[raccogliere] gli umili lavori e le poderose organizzazioni, mostrando con sincerità gli elementi del problema sociale, che vuol essere risolto in pace col benefico concorso di tutti» [Pavoni 1994, 57][3].

---

[1] Sui principali motivi di scontro tra Devoto e svariati ambienti politici e medici [Carnevale 2002]; più nello specifico, sui difficili rapporti tra la Clinica e l'Ospedale Maggiore di Milano [Nenci 2008].

[2] La Marelli passò da 200 a 1.500 dipendenti tra il 1900 e il 1914. La Falck, che contava 1.400 addetti nel 1906, in soli otto anni giunse a quota 2.400 [Maifreda 2006]. A proposito del rapporto centro-periferia nel capoluogo lombardo [Mocarelli 2013].

[3] La citazione è tratta dal Manifesto delle Esposizioni riunite, redatto dal Comitato promotore. L'iniziativa del 1894 si inscriveva in una già solida tradizione riformista: ad esempio l'Esposizione nazionale del 1871

Insomma, Milano si presenta ai nostri occhi come un fervente *milieu* riformista, nel quale il notevole attivismo di operai e borghesi era fornito di appendici politiche ben solide nei circoli socialisti, democratici e liberali. Esso rappresentò un formidabile terreno di coltura per l'innovazione sociale, con implicazioni non indifferenti sul piano della tutela della salute[4]. Come si inserì la Clinica in questo contesto? A quali risorse professionali, politiche e finanziarie essa attinse nel corso della sua ascesa? In che misura la loro disponibilità dipendeva dalle peculiarità specifiche del tessuto sociale e urbano milanese? Per rispondere a queste domande la ricerca si è avvalsa delle fonti archivistiche conservate al Centro Apice e all'Archivio di Stato di Milano, di documenti conservati presso la biblioteca della Clinica e soprattutto delle pubblicazioni de «Il Lavoro» (rinominato nel 1925 «La Medicina del Lavoro», nome che conserva tutt'oggi): questo periodico, fondato da Devoto nel 1901 per fornire una sponda editoriale alle sue campagne scientifiche, rappresenta a tutti gli effetti un dettagliatissimo "diario di bordo" della Clinica, corredato di utilissimi dati come il numero di visite e ricoveri effettuati.

I rapporti con la politica locale

Il primo contatto di Devoto con Milano avvenne nel 1901, poco dopo il suo trasferimento da Genova a Pavia: fu infatti la Cassa di risparmio della città meneghina a finanziare la sua iniziativa di aprire, nei locali dell'Ospedale San Matteo, un reparto destinato a 50 malati di pellagra, che gli venivano inviati dalle deputazioni provinciali della Lombardia [Devoto 1901, 5]. Il biennio 1901-1902 fu un periodo di febbricitante attivismo per il medico, impegnato in numerose campagne di cura e sensibilizzazione sanitaria nelle province lombarde. La sua fama venne acuita dagli incoraggianti effetti che pareva sortire la sua terapia anti-pellagra, sperimentata a partire dalla fine del 1902 e basata sulla somministrazione di succo d'uva [Devoto 1931].
Nello scenario descritto Devoto prese a intessere le prime relazioni stabili con gli ambienti medici e politici milanesi. Era il novembre 1902 quando egli si trovava in città per assistere al V Congresso di idrologia e climatologia. Nella metropoli fervevano le attese per l'Esposizione universale che si sarebbe tenuta qui nel 1906, in coincidenza con l'inaugurazione di una grandiosa opera infrastrutturale: il traforo del Sempione, a quel tempo la galleria ferroviaria più lunga del mondo. Era ormai risaputo quanto un'impresa del genere fosse rischiosa per i lavoratori. I lombardi ricordavano bene le vicende che un ventennio prima avevano segnato la costruzione di un'opera analoga, sebbene non altrettanto faraonica, ossia il tunnel del San Gottardo. Sprovvisti di latrine e costretti a

fu tenuta a Milano su impulso dell'Associazione industriale italiana. Ampiamente rappresentativa delle élite moderate milanesi, tale organizzazione si dedicava a promuovere la cooperazione e il progresso tecnico come mezzi per l'elevazione dei ceti popolari [Cantù 1871].

[4] È ampiamente condivisibile il giudizio di Cosmacini su Milano quale "capitale sanitaria" d'Italia nel periodo compreso tra l'Esposizione universale del 1881 e l'inizio del *boom* economico [Cosmacini 2004].

lavorare tra le acque reflue contaminate dalle feci, gli operai del Gottardo erano stati falcidiati dall'anchilostomiasi, malattia parassitaria che conduceva alla morte per anemia profonda [Perroncito 1909a].

Una sensibilità igienica nettamente superiore evitò la stessa sorte ai minatori del Sempione[5]. Proprio questa inedita attenzione per la sicurezza sanitaria sul lavoro fornì a Devoto il terreno favorevole per muovere i primi passi a Milano. Nei giorni del convegno idro-climatologico si trovò a parlare con il collega Malachia De Cristoforis, il quale gli propose di organizzare nell'ambito dell'Expo un grande congresso internazionale sulle malattie del lavoro. Un suggerimento non del tutto casuale, giacché De Cristoforis oltre ad essere medico era anche assessore comunale nella giunta guidata da Giuseppe Mussi, sindaco democratico a capo di una maggioranza che godeva anche dell'appoggio esterno dei socialisti. «Se lei troverà i denari, faremo il congresso internazionale» [Devoto 1927, 489], gli promise Devoto. Il governo locale fu di parola: l'evento si sarebbe poi effettivamente tenuto nel 1906, sotto la regia del clinico ligure [Devoto 1927]. L'aneddoto è importante per un paio di ragioni. La prima è che Devoto riteneva già al momento del colloquio con De Cristoforis che i congressi fossero una modalità d'intervento insufficiente nel campo delle malattie professionali: nel 1901 il medico aveva iniziato a meditare sull'opportunità di costituire un vero e proprio «Istituto per lo studio e la cura delle malattie del lavoro» [Devoto 1901]. La seconda ragione è che il benevolo atteggiamento dall'amministrazione Mussi fornì una sponda decisiva perché questa intuizione si trasformasse in realtà. Tuttavia, a tal fine sarebbe servito ancora un ultimo anello di connessione tra Devoto e gli ambienti politici democratici e socialisti di Milano. Ebbene, esso si rivelò nella forma del salotto dei coniugi Luigi Majno ed Ersilia Bronzini: il primo era uno stimatissimo avvocato avvicinatosi nel corso degli anni al socialismo riformista, anche grazie alla sua amicizia con Filippo Turati e Anna Kuliscioff; la seconda era stata presidente dell'Unione femminile nazionale e nel 1902 si accingeva a fondare l'Asilo Mariuccia[6]. In questo periodo Devoto intratteneva già rapporti con i due, venendo peraltro da loro invitato a tenere delle conferenze sulle malattie professionali [Majno 1985, 246-248]. Conquistati sin dal primo momento dall'idea della Clinica, i coniugi filantropi attivarono immediatamente la propria ricca rete di contatti entro gli ambienti della borghesia progressista milanese.

Gli scambi epistolari di Devoto con Ersilia Bronzini ci raccontano molto sia a proposito delle risorse politiche che lei e il marito erano capaci di mobilitare, sia delle difficoltà che immediatamente il progetto incontrò. Il sindaco Mussi faceva parte della cerchia

---

[5] Grazie a numerosi accorgimenti, tra cui l'installazione di servizi igienici e l'astensione immediata dal lavoro per chiunque avvertisse i primi sintomi del contagio, su venticinquemila operai che lavorarono alla galleria del Sempione i morti per varie malattie furono sessantatré [Volante 1909]. I numeri riguardanti le vittime del Gottardo sono invece parecchio discordanti: Edoardo Perroncito, il medico che ebbe il merito di individuare la natura dell'epidemia, parlò di almeno diecimila decessi [Perroncito 1909b, 302]. Fonti posteriori ritengono invece che tale numero dovesse essere riferito ai contagi e che invece i morti si aggirassero intorno a duecento [Banal 1941].

[6] Sui coniugi Bronzini-Majno [Punzo 1979; Buttafuoco 1985].

dei Bronzini-Majno e inserì rapidamente la Clinica nell'agenda politica della sua giunta. Eppure, le principali opposizioni al progetto vennero da due ambienti apparentemente al di sopra di ogni sospetto, ossia alcuni settori del radical-socialismo milanese e della medicina pavese. Le ragioni erano diverse, anche se non del tutto indipendenti le une dalle altre: ad esempio è stato notato che alcuni dei consiglieri comunali più ostili alla fondazione della Clinica erano medici [Carnevale 2002, 111], per cui è lecito presumere che oltre alle motivazioni prettamente politiche questi fossero motivati dalla volontà di opporre delle barriere all'entrata di natura professionale verso un'istituzione così nuova. Al netto di ciò, non erano affatto banali le divergenze teoriche tra la concezione socialista della medicina professionale e quella che invece animava Devoto. La prima si distingueva per un netto contenuto di classe: le malattie del lavoro erano innanzitutto malattie del proletariato. Basta invece sfogliare un numero casuale de «La Medicina del Lavoro» per capire quanto diversa fosse la concezione di Devoto. I numerosi studi prodotti dalla rivista riguardavano, ad esempio, anche le conseguenze dei danni da lavoro intellettuale (oggi lo chiameremmo stress), come nel caso degli insegnanti [Devoto 1923a]. Ancora nel 1910 questa diversità di vedute avrebbe spinto un suo illustre collega esponente del socialismo milanese, Paolo Pini, a commentare sarcasticamente l'ispirazione professionale del medico ligure sul periodico «L'Italia Sanitaria»: «La definizione che il professor Devoto ha dato [...] sulle malattie professionali è così ampia da comprendere tutta l'umanità lavoratrice sofferente, non esclusi i *rentiers*, i quali, se avessero la mala ventura di tagliare i *coupons* dei loro dividendi in una stanza poco salubre, potrebbero diventare anch'essi vittime di qualche definita malattia professionale» [Baldasseroni, Carnevale 1999, 16][7].

Alle perplessità dei socialisti si accompagnavano poi i timori dei colleghi pavesi di Devoto. Essi avevano correttamente intuito che la nascita di una Clinica che fosse rivolta non solo alla cura dei malati, ma anche alla formazione specialistica dei futuri medici, avrebbe posto le basi per la creazione di una vera e propria scuola di medicina a Milano che avrebbe fatto concorrenza alla Facoltà universitaria di Pavia. Non a caso tra gli oppositori del progetto vi era anche Camillo Golgi, che dell'Ateneo pavese era rettore. Devoto era furioso. La sua amarezza è piuttosto tangibile in questo sfogo che nel 1902 egli indirizzò a Bronzini:

> Anche il sen. Golgi si è messo a tirare a palle infuocate contro lo studio delle malattie del lavoro. Tutta gente in mala fede ed ignorante! che però si riserva di continuare la guerra contro la istituzione della Clinica del Lavoro. A me ne importa fino ad un certo punto di questa guerra, Le confesso che io soffro per la bassezza di cui danno esempio coloro che, godono di fama usurpante di scienziati, di altruisti, di clinici ecc. Tutta vernice, cara Signora Majno; scusi che glielo dico così brutalmente; è la verità nuda e cruda. Dicono che lo studio delle malattie del lavoro non ha contenuto, né finalità, che è molto ristretto etc. – io rispondo che il suo contenuto è indefinito e indefinibile, come è indefinito il genio industriale dell'uomo, come è grande attualmente la ignoranza e la tristizia di alcuni industriali [Majno 1985, 267-269].

[7] Era il marzo 1910 e in questo brano, parte di un articolo pubblicato su «L'Italia Sanitaria», Pini si riferiva proprio all'inaugurazione della Clinica. Sul punto si veda anche [Calloni 1988].

Le preoccupazioni di Devoto si sarebbero rivelate eccessive: non solo la Clinica nacque, ma pure Golgi presenziò alla sua inaugurazione[8]. Certo, sarebbero trascorsi ancora otto anni prima che ciò accadesse, ma alla fine la buona riuscita del progetto fu garantita dal fatto che anche il protagonista di questa vicenda aveva dei validi alleati: oltre al già citato Mussi, a condividere l'idea della Clinica fu anche Luigi Mangiagalli. Luminare della ginecologia, anch'egli era amico dei Bronzini-Majno ed esponente dei circoli democratici milanesi. Il suo *cursus honorum* istituzionale non avrebbe avuto nulla da invidiare alle sue credenziali professionali: consigliere comunale dal 1899, nel 1902 Mangiagalli divenne deputato, tre anni dopo senatore e nel 1922 sindaco di Milano. Per quanto nel corso degli anni le sue posizioni si sarebbero spostate via via sempre più a destra[9], rimase sempre uno dei principali alleati e finanziatori della Clinica. Mangiagalli aveva già in mente di fondare una clinica ostetrica, così il suo progetto e quello di Devoto vennero accorpati. Nacquero dunque gli Istituti clinici di perfezionamento, ente morale riconosciuto legalmente nel 1905 nel quale finì per confluire anche un terzo ospedale dedicato alle malattie infettive [Majno 1985, 281-282].

I canali di finanziamento

Il 6 giugno 1907 il Comune di Milano emanò la delibera con cui approvava la posa della prima pietra della Clinica. Se fino a quel momento il contributo di Mangiagalli era stato determinante, in questo frangente a sollecitare lo sblocco dei lavori fu Cesare Saldini [«Il Lavoro» 1924]. Ingegnere e manager, tra il 1904 e il 1908 egli ricoprì l'incarico di assessore comunale rappresentando i liberal-democratici. Il suo contributo alla nascita della Clinica inaugurò un rapporto che per Devoto avrebbe avuto importanti esiti negli anni a venire. Tuttavia, a questo punto della vicenda, quando si passò cioè dagli adempimenti legali all'edificazione dell'ospedale, bisogna introdurre un altro fondamentale aspetto: da cosa venne garantita la sostenibilità finanziaria dell'istituzione?
Questa domanda chiama in causa un altro elemento peculiare del contesto milanese: l'elevata disponibilità di capitali pubblici e privati finalizzati all'innovazione sociale. Per comprendere nel modo più concreto di cosa si parla, basta analizzare nel dettaglio la natura dei finanziamenti che sostennero la realizzazione del progetto. La fondazione degli Istituti clinici di perfezionamento fu sostenuta dal lascito testamentario dell'ingegnere Siro Valerio, che nel lontano 1893 aveva lasciato al Comune di Milano 700.000 lire con il vincolo di destinarle all'istituzione di una facoltà universitaria d'indirizzo scientifico, preferibilmente medico-chirurgico [Majno 1985, 249-250]. Il terreno su cui sarebbe sorta la Clinica fu fornito dalla Provincia di Milano: esso faceva parte del complesso dell'opera di maternità

[8] Lo si evince da un foglio contenente le firme dei presenti alla cerimonia d'apertura della Clinica, il 20 marzo 1910. Milano. Biblioteca del polo centrale di medicina e chirurgia, Università degli studi di Milano, Sezione medicina del lavoro. Carte sciolte.

[9] Sulle vicende dell'amministrazione Mangiagalli [Granata 1976].

di Santa Caterina, diretta da Mangiagalli stesso[10]. Il Comune finanziò con 800.000 lire la costruzione dell'edificio, il cui progetto iniziale prevedeva una capacità di sessanta posti letto [«La Medicina del Lavoro» 1935; Majno 1985, 281-282]. Tuttavia, nel 1908, in coincidenza con il trasferimento definitivo di Devoto da Pavia a Milano, venne deliberato un ampliamento che avrebbe permesso alla Clinica di ospitare fino a un centinaio di degenti. Stavolta però a sostenere l'ingrandimento fu una cordata di imprenditori e aristocratici milanesi guidati da Giovanni Battista Pirelli [Devoto 1908, 21-26].

Il modello di collaborazione tra finanza pubblica e privata continuò ad alimentare le attività della Clinica con l'aggiunta di un terzo fondamentale tassello: le società operaie. Di norma, infatti, le visite ambulatoriali e i ricoveri non venivano pagati dai pazienti, bensì da cooperative e società di mutuo soccorso, oltre che da imprenditori ed enti pubblici, nell'ambito di una fitta rete di convenzioni. Ad esempio, già nel 1910 un'importante cooperativa di verniciatori obbligò i suoi dipendenti a farsi visitare periodicamente dalla Clinica, altrimenti non avrebbero potuto riscuotere i salari [«La Medicina del Lavoro» 1923]. La retta giornaliera per i ricoveri era effettivamente abbastanza bassa da coprire giusto i costi per l'ospitalità dei malati[11]. Il personale scientifico dell'ospedale era stipendiato con fondi statali [Devoto 1923b], mentre le mansioni ausiliarie e infermieristiche erano svolte dalle suore[12]. Oltre a queste fonti di finanziamento, un altro fondamentale canale era costituito dalle elargizioni filantropiche. Devoto fu molto abile a tessere una fitta rete di fondazioni volte a raccogliere donazioni da parte di persone fisiche, società di capitali e cooperative, associazioni operaie e istituzioni pubbliche. Una complessa macchina di *fundraising* destinata a finanziare borse di specializzazione per medici, premi scientifici e, a partire dagli anni Trenta, ulteriori istituti d'assistenza che di fatto divennero degli *spin-off* della Clinica[13].

La triangolazione tra imprenditori, lavoratori e autorità pubbliche fu una delle ragioni che permisero alla Clinica di diventare già negli anni Dieci un punto di riferimento internazionale nella medicina sociale. Tuttavia, sul piano politico essa attirò su Devoto molte diffidenze incrociate: i conservatori incalliti lo tacciavano di demagogia,

[10] La Provincia aveva già stabilito di trasferire altrove di questo ente di assistenza [«Il Lavoro» 1924; Zocchi 2008].

[11] Nel 1931 il prezzo per un giorno di ricovero era fissato a 23 lire, a fronte di un costo medio pro capite che si aggirava sulle 22-24,50 lire [Devoto 1930; «La Medicina del Lavoro» 1931a].

[12] La presenza delle religiose nella Clinica fu al centro di una delle numerose polemiche che costellarono il percorso di fondazione dell'ospedale [«La Medicina del Lavoro» 1925, 474-475].

[13] Nel 1931 la Clinica aprì un convalescenziario presso le Terme di Salice. Inoltre, nel 1935 Devoto fondò un asilo per la cura e l'educazione di bambini poveri sul monte Zatta – vicino Chiavari – grazie all'ingente lascito del suo parente Antonio Devoto, importante imprenditore italo-argentino. Mentre l'istituto di Salice era a tutti gli effetti una filiale della Clinica, la gestione dell'asilo era condivisa tra Devoto, il Comune di Chiavari, la diocesi locale e il governo fascista. I principali enti di raccolta fondi che facevano capo al medico ligure erano la Società amici della Clinica del lavoro, la Fondazione Luigi Devoto e la Fondazione italiana Antonio Devoto [«La Medicina del Lavoro» 1925, 462-463; «La Medicina del Lavoro» 1931b; «La Medicina del Lavoro» 1931c]. Per una lista di altre istituzioni legate alla Clinica Devoto [Devoto 1931; «Il Lavoro» 1924].

i progressisti più radicali lo consideravano un alleato dei padroni e del clero. Il medico ligure cercò sempre di riparare dalle accuse se stesso e la Clinica accentuando molto la sua immagine pubblica di uomo «privo di ogni e qualsiasi appoggio politico come quegli che della politica vive lontano» [«Il Lavoro» 1923, 289]; come abbiamo visto, ciò non era vero. Devoto aveva sicuramente delle idee politiche piuttosto peculiari, come il pensiero per cui, in sostanza, l'evidenza scientifica dovesse essere l'unica arbitra del conflitto tra capitale e lavoro [«La Medicina del Lavoro» 1927]. Tali convinzioni in età liberale spinsero Devoto a non accasarsi in nessuno schieramento e dagli anni Venti gli permisero di mimetizzarsi piuttosto tranquillamente nel contesto fascista[14]. Tuttavia, il medico non si sottrasse mai al confronto con le istituzioni, anzi nel corso della sua carriera utilizzò alcuni suoi importanti contatti personali maturati negli ambienti milanesi come porte girevoli per svolgere attività di *lobbying*. Mi riferisco soprattutto a Saldini: nominato senatore nel 1919, l'anno successivo egli presiedette la commissione incaricata di redigere il Regolamento generale d'igiene del lavoro. Esso era fondamentale per rendere operative le nuove norme a protezione della salute dei lavoratori, emanate dal Governo nel maggio di quell'anno [«Gazzetta Ufficiale» 1919]. Ebbene, ad affiancare Saldini come vicepresidente della commissione fu proprio Devoto [«Nel XXV anno d'insegnamento del Prof. Luigi Devoto», 72].

Il Regolamento non ebbe una gestazione facile. Una volta redatto, la sua approvazione incontrò fortissime resistenze e rimase di fatto impigliato per anni nelle maglie della burocrazia romana. Insieme ad altri colleghi, Devoto ne fece una battaglia personale che lo spinse più volte a sollecitare personalmente i ministri [«Il Lavoro» 1923] e terminò solo nel 1927 con l'emanazione definitiva della normativa. Moltissimi cambiamenti erano intercorsi nel frattempo. Nel 1924 nacque l'Università degli studi di Milano, nel cui organigramma confluì anche la Clinica[15]. Alla guida del neonato ateneo si ritrovò proprio Mangiagalli, il quale intanto guidava la giunta comunale meneghina a capo di una coalizione di centro-destra, che dal 1925 venne sostituita da un monocolore fascista. Mangiagalli lasciò sindacatura e rettorato nel 1926, ormai anziano e liquidato dalla riforma amministrativa che estendeva i podestà di nomina governativa anche ai comuni con più di 5.000 abitanti[16]; morì due anni dopo. Devoto, più giovane di quattordici anni rispetto a lui, visse fino al 1936 e fece a sua volta in tempo a diventare senatore (1934). Solo nell'ottobre 1935, per limiti d'età, passò il testimone al collega Luigi Preti nella direzione della Clinica [«La Medicina del Lavoro» 1936].

---

[14] In epoca liberale Devoto non si affiliò mai a nessun partito. Nel 1923 il Fascio di Mantova gli offrì la tessera *ad honorem* in ricordo del suo impegno per la città nella lotta alla pellagra. Il medico accettò e rinnovò sempre l'adesione al fascismo fino alla sua morte (1936), partecipando attivamente alle campagne del regime [Devoto 1931].

[15] Non senza polemiche da parte di Devoto, beninteso. Egli avrebbe desiderato un ruolo più rilevante nell'ateneo: per la precisione, il luminare ligure aspirava ad ottenere una cattedra di clinica medica, mentre Mangiagalli sosteneva che per legge tale incarico dovesse essere assegnato per concorso. Per la corrispondenza dello scontro tra i due: Milano. Centro Apice, Archivio Storico dell'Università degli Studi di Milano. Archivio Proprio, III. Sottoserie 3.9, b. 1153.

[16] Per le memorie del suo periodo alla guida della città [Mangiagalli 1926].

Conclusioni

Dopo un quarto di secolo, la missione pionieristica di questa istituzione poteva dirsi compiuta: le cattedre di medicina del lavoro si moltiplicarono nel territorio italiano tra gli anni Venti e Trenta, anche dietro la spinta delle innovazioni legislative in materia, che pure procedettero a ritmo più lento in confronto al contesto internazionale[17]. Intanto anche la locuzione stessa di "medicina del lavoro" era stata progressivamente investita del crisma dell'ufficialità, cosa assolutamente non scontata all'inizio del Novecento. Un processo che culminò nel 1929 a Napoli con la nascita del principale organo professionale di rappresentanza della nuova disciplina: la Società italiana di medicina del lavoro, appunto[18].

La Clinica continuò a rappresentare il faro del movimento, sostenuta da una fitta rete di supporto che non venne a mancare nemmeno durante il fascismo. Era una trama ottenuta grazie alla sovrapposizione di tre tessuti diversi: innanzitutto quello rappresentato dai contatti politici, che predisposero l'architettura amministrativa volta ad accogliere la nascita e lo sviluppo della Clinica. In secondo luogo, la notevole disponibilità delle risorse finanziarie, sotto forma di elargizioni e convenzioni, che permisero di alimentare ed espandere costantemente le attività dell'ospedale. Ultimo fattore (ma non meno importante) fu la presenza di una rete di medici fortemente impegnati nelle istituzioni politiche, estesa lungo tutto il territorio nazionale. Una comunità epistemica della medicina sociale, insomma, che possedeva abbastanza *esprit de corps* da far sì che i suoi componenti fossero capaci di collaborare al di là degli schieramenti ideologici, con il comune obiettivo di ottenere riforme in campo sanitario. Un senso d'appartenenza così forte che avrebbe spinto parte dei suoi membri a caldeggiare, nei primi anni Venti, il mai realizzato progetto di fondare un vero e proprio "Partito sanitario nazionale"[19]; idea alla quale probabilmente Devoto avrebbe strizzato l'occhio, a giudicare da alcune sue dichiarazioni postume[20].

I tre strati di supporto alla Clinica erano tenuti insieme da un nodo comune, che era proprio Milano. Se Devoto ricevette sostegno amministrativo e capitali, fu in buona

[17] Ad esempio, l'insegnamento presso l'Università di Torino fu appositamente attivato dopo la promulgazione della legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, avvenuta nel 1929 (anche se *de facto* sarebbe entrata in vigore solo nel 1934) [«La Medicina del Lavoro» 1930].

[18] Per gli atti del congresso fondativo: www.apicesv3.lib.unimi.it/Atti_Medicina_Lavoro/dati/1929/pdf/1929.pdf.

[19] Già nel 1906 in Parlamento fu costituito il "Fascio medico", un vero e proprio intergruppo formato da professionisti sanitari. L'idea di costituire un partito risale invece al 1922 [Congresso Generale Sanitario 1906; Capasso 1922].

[20] «Io andavo a votare regolarmente, ma non avevo mai data la mia adesione ad alcun partito. Se la medicina politica, nel senso di Baccelli, avesse potuto formare un partito operoso di medici, vi sarei forse entrato» [Devoto 1931, 473; Baldasseroni, Carnevale 1999, 66]. Poiché ciò venne scritto nel 1931, è sottinteso che il ragionamento neutralista di Devoto riguardasse esclusivamente il periodo pre-fascista. Si noti nel brano il riferimento a Guido Baccelli, medico e più volte ministro tra il 1881 e il 1903. Nel dicembre 1901, giunto da poco alla guida del dicastero dell'agricoltura, industria e commercio, Baccelli inserì Devoto in una commissione per lo studio delle malattie professionali. Questo atto giocò un ruolo importantissimo nell'incoraggiare il clinico ligure ad avviare l'impresa editoriale de "Il Lavoro" [Devoto 1931].

parte grazie alla mentalità riformista che caratterizzava molti esponenti della classe dirigente meneghina, fiduciosi nel fatto che mezzi come il progresso tecnico, l'educazione e il *self-help* avrebbero acquietato – o addirittura risolto – il conflitto tra capitale e lavoro. Inoltre, se Devoto godette di uno straordinario supporto da parte delle società operaie, fu perché la Clinica proponeva una risposta alle domande di sicurezza e protezione che scaturirono dall'irruenta industrializzazione milanese. E fu anche perché parte di quell'*élite* riformista col passare del tempo si era ben amalgamata alle aristocrazie operaie locali, tramite il collante politico del socialismo. Infine, se il talento scientifico e organizzativo di Devoto fu riconosciuto era anche grazie a quella comunità epistemica di cui si parlava prima, che nella Milano "capitale sanitaria" aveva il suo cuore pulsante. Questa sovrapposizione di piani poi si incarnava appieno in quelle figure poliedriche che contribuirono in modo decisivo all'ascesa della Clinica, come Mangiagalli o Saldini. Oltre a tradursi, naturalmente, nell'eterogenea spazialità urbana del capoluogo milanese, dove un ospedale costruito sul terreno di un'ex opera pia diventò il prodotto dell'incontro tra i salotti del centro e le fabbriche dei sobborghi.

Bibliografia

Atti del 1° congresso generale sanitario, promosso dal fascio medico parlamentare (1906), a cura del Congresso Generale Sanitario, Roma, Tip. I. Artero.

BALDASSERONI, A., CARNEVALE, F. (1999). *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, Roma-Bari, Laterza.

BALDASSERONI, A., CARNEVALE, F. (2015). *Malati di lavoro. Artigiani e lavoratori, medicina e medici da Bernardino Ramazzini a Luigi Devoto (1700-1900),* Firenze, Polistampa.

BANAL, R. (1941). *Una malattia sociale che si estende: l'anchilostomiasi*, in «La mutualità rurale fascista», 1941, pp. 48-50.

BUTTAFUOCO, A. (1985). *Le Mariuccine. Storia di un'istituzione laica, l'Asilo Mariuccia*, Milano, FrancoAngeli.

CALLONI, M. (1988). *I medici socialisti e la Clinica del lavoro di Milano in una polemica del 1910*, in «Sanità, Scienza e Storia», n. 1-2, pp. 333-351.

CANTÙ, I. (1871). *Album dell'Esposizione industriale italiana 1871*, Milano, Politti.

CAPASSO, P. (1922). *Intorno alla costituzione di un "Partito sanitario nazionale"*, in «Critica Sociale», n. 2, pp. 31-32.

CARBONINI, A. (1982). *Luigi Devoto e la Clinica del lavoro di Milano*, in *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, a cura di M. L. Betri, A. G. Marchetti, Milano, FrancoAngeli, pp. 489-516.

CARNEVALE, F. (2002). *Gaetano Pieraccini e la Clinica del lavoro di Milano. Vicende inedite rivelate dal "Fondo Pieraccini" della Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze*, in «Medicina e Storia», vol. 2, n. 3, pp. 109-118.

Commemorazione del venticinquennio di attività della Clinica del Lavoro (1935), in «La Medicina del Lavoro», n. 3, pp. 95-103.

COSMACINI, G. (1994). Storia della medicina e della sanità nell'Italia Contemporanea, Roma-Bari, Editori Laterza.

COSMACINI, G. (1996). *Medici nella storia d'Italia*, Roma-Bari, Editori Laterza.

COSMACINI, G. (2004, I ed. 2002). *Milano capitale sanitaria. Modelli ideali, organizzativi, assistenziali, scientifici (1881-1950)*, Milano, Mondadori.

*Decreto-legge luogotenenziale 15 maggio 1919, n. 818, - che detta norme per la compilazione del regolamento generale e di quelli speciali circa l'igiene del lavoro, stabilendo inoltre le penali per le contravvenzioni ai regolamenti medesimi (*1919), in «Gazzetta Ufficiale», n. 130, 2 giugno.

DEVOTO, L. (1901). *Delle odierne conoscenze intorno alla Pellagra*, Mantova, Tip. A. Manuzio.

DEVOTO, L. (1908). *La Clinica delle Malattie Professionali di Milano. Sua azione scientifica e sociale*, Milano, Tip. E. Zerboni.

DEVOTO, L. (1923a). *Mortalità e morbilità degli insegnanti*, conferenza alla Società di Mutua Assistenza degli Insegnanti, in «Il Lavoro», n. 4, pp. 123-125.

DEVOTO, L. (1923b). *La protezione igienica del lavoro in Italia, conferenza tenuta il 14 novembre 1922 in Roma per i medici della Lega delle nazioni*, in «Il Lavoro», n. 3, pp. 65-76.

DEVOTO, L. (1927). *La filiale balneo climatica della Clinica del Lavoro a Salice*, in «La Medicina del Lavoro», n. 10, pp. 486-496.

DEVOTO, L. (1930). *Per la Stazione Idroclimatica Carta del lavoro in Salice*, in «La Medicina del Lavoro», n. 2, pp. 81-95.

DEVOTO, L. (1931). *Una disciplina italiana e i trenta anni del suo giornale*, in «La Medicina del Lavoro», n. 12, pp. 465-500.

Fondazione Italiana Antonio Devoto in Chiavari (1931b), in «La Medicina del Lavoro», n. 2, pp. 67-71.

GRANATA, I. (1976). *Il fascismo milanese e la giunta Mangiagalli, 1922-1926: tra politica e amministrazione*, Milano, Giuffrè.

I ministri Gentile e Cavazzoni alla Clinica del Lavoro (1923), «Il Lavoro», n. 1, p. 31.

I primi rapporti tra la Clinica del Lavoro e i lavoratori milanesi (1923), in «Il Lavoro», n. 10, pp. 288-290.

La Clinica del Lavoro dal 1910 al 1924 (1924), in «Il Lavoro», n. 11, pp. 323-327.

La Clinica negli anni di guerra. La morte di Pier Diego Siccardi (1924), in «Il Lavoro», n. 11, pp. 340-341.

La filiale balneo climatica della Clinica del Lavoro a Salice (1927), in «La Medicina del Lavoro», n. 10, pp. 486-496.

La fondazione della Clinica del Lavoro di Milano attraverso il carteggio Luigi Devoto-Ersilia Majno Bronzini (1985), a cura di E. Majno Milano, Ist. Lombardo.

«La Medicina del Lavoro» (1936), n. 1, p. 1.

La Società Italiana di Medicina del Lavoro (1929), in «La Medicina del Lavoro», n. 10, pp. 445-447.

Lavoro, salute e sicurezza dei lavoratori, prevenzione tra Ottocento e Novecento (2016), «Giornale di Storia Contemporanea», n. 2.

L'inaugurazione a Salice della Filiale della Clinica del Lavoro (1931c), in «La Medicina del Lavoro», n. 5, pp. 212-222.

L'inaugurazione del nuovo Corso di Clinica delle Malattie Professionali a Torino (1930), in «La Medicina del Lavoro», n. 1, pp. 44-47.

Luigi Devoto (1925), in «La Medicina del Lavoro», n. 12, p. 444.

MAIFREDA, G. (2006). *Lavoro e fabbrica nella Milano del XX secolo*, in *Lavoro e società nella Milano del Novecento*, a cura di R. Romano, Milano, FrancoAngeli, pp. 23-39.

MANGIAGALLI, L. (1926). *Quattro anni al Comune di Milano*, Milano, Società Tipografica Italiana Grandi Edizioni.

Nel XXV anno d'insegnamento del Prof. Luigi Devoto. 1920-1925 (1925), Milano, Tip. Cordani.

RICCARDI, F. (2006). *Culture operaie a Milano: dentro e fuori la fabbrica (1880-1980)*, in *Lavoro e società nella Milano del Novecento*, a cura di R. Romano, Milano, FrancoAngeli, pp. 181-187.

MOCARELLI, L. (2013). *I sobborghi di Milano nel lungo periodo (1700-2000)*, in *Innumerevoli paesaggi. Scritti di storia economica per Roberta Morelli*, a cura di D. Felisini, F. Salvatori, M. G. Stasolia, Bari, Cacucci, pp. 59-69.

NENCI, E. (2008). *Malati di lavoro. La Clinica delle malattie professionali di Luigi Devoto*, in *Milano scientifica (1875-1924)*, vol. 2, a cura di P. Zocchi, Milano, Sironi, pp. 81-103.

PAVONI, R. (1994). *L'Esposizione Operaia e le arti decorative*, in *Milano 1894. Le Esposizioni Riunite*, a cura di R. Pavoni, O. Selvafolta, Cinisello Balsamo, Silvana, pp. 57-64.

PERRONCITO, E. (1909a). *L'anemia nei Contadini, Fornaciai e Minatori in rapporto coll'attuale epidemia negli operai del Gottardo*, in *La malattia dei minatori, dal S. Gottardo al Sempione. Una questione risolta*, a cura di E. Perroncito, Torino, C. Pasta, pp. 173-178.

PERRONCITO, E. (1909b). *Le malattie di lavoro di natura parassitaria*, in *La malattia dei minatori, dal S. Gottardo al Sempione. Una questione risolta*, a cura di E. Perroncito, Torino, C. Pasta, pp. 301-310.

PUNZO, M. (1979). *Socialisti e radicali a Milano. Cinque anni di amministrazione democratica (1899-1904)*, Firenze, Sansoni.

RIVA, M. A., BELINGHERI, M., FUSTINONI, S. (2019). *The contribution of the Clinica del Lavoro of Milan to the development of industrial hygiene and toxicology in the twentieth century*, in «Archives of Environmental and Occupational Health», vol. 74, nn. 1-2, pp. 30-41.

RIVA, M. A., FUSTINONI, S. (2019). *I primi passi dell'igiene industriale e della tossicologia occupazionale presso la Clinica del Lavoro di Milano sotto la guida di Luigi Devoto*, in «La Medicina del Lavoro», n. 110, pp. 24-35.

Stazione Idroclimatica Carta del Lavoro in Salice (Voghera) (1931a), in «La Medicina del Lavoro», n. 1, p. 48.

VOLANTE, G. (1909). *Relazione sui lavori del Sempione*, in *La malattia dei minatori, dal S. Gottardo al Sempione. Una questione risolta*, a cura di E. Perroncito, Torino, C. Pasta, pp. 327-332.

ZOCCHI, P. (2008), *Il Regno di Luigi Mangiagalli: l'Istituto ostetrico-ginecologico*, in *Milano scientifica (1875-1924)*, vol. 2, a cura di P. Zocchi, Milano, Sironi, pp. 43-63.

Elenco dei riferimenti archivistici

Milano. Biblioteca del polo centrale di medicina e chirurgia, Università degli studi di Milano, Sezione medicina del lavoro. Carte sciolte.

Milano. Centro Apice, Archivio storico dell'Università degli studi di Milano. Archivio proprio, III. Sottoserie 3.9, b. 1153.

Sitografia

www.apicesv3.lib.unimi.it/Atti_Medicina_Lavoro/dati/1929/pdf/1929.pdf. [ottobre 2020].

LE QUARANTENE OTTOMANE: IL CASO DEL PORTO DI BEIRUT

Francesco Mazzucotelli

Abstract

The edification of a quarantine area in Beirut, aggravated by the Egyptian plague epidemic in 1835, had major long-term effects on the standing of the city in the hierarchy of urban centres in the Ottoman Levant. The radical reconfiguration of trade routes in the Eastern Mediterranean turned Beirut into the main entrepôt between the Syrian inland and Europe, with a particular emphasis on silk export. Beirut emerged as one of the major port cities and provincial capitals of the Ottoman Empire. Public health practices became a hallmark of Ottoman modernity and reform-minded politics at the central and local level.

Keywords

Beirut, port cities, quarantine, Ottoman Empire, plague.

Introduzione

L'esplosione avvenuta nel porto di Beirut alle 18:08 del 4 agosto 2020, frutto di una sconcertante catena di negligenze[1], ha plasticamente rammentato quanto i destini della capitale libanese siano intrinsecamente legati a quelli delle sue infrastrutture portuali.
Le opere di Marozzi e Kassir, di carattere eminentemente divulgativo, correlano l'ascesa della città da modesto insediamento costiero a maggior snodo commerciale tra l'Europa e il Levante con lo sviluppo del suo porto verso la metà del diciannovesimo secolo. La "storia del successo" di Beirut viene da essi presentata con caratteristiche di eccezionalità, riconducibili a una collocazione geografica unica [Marozzi 2020] o alla genialità esuberante della borghesia imprenditoriale [Kassir 2009, 68-73]. È ben vero che la città visse uno sviluppo impetuoso: secondo i dati riportati da Fawaz, Beirut passò dai 6.000 abitanti del 1830 ai 120.000 del 1893 [Fawaz 1983, 31, 49, 51]. L'espansione spaziale fu altrettanto impressionante: le mappe di Skyring e Rochfort del 1841 rappresentano una città ancora pienamente racchiusa in una cinta muraria di età mamelucca, per quanto in stato di progressivo degrado, in un'area urbana assai densa di 500 metri per 300, ancora

[1] Attraverso una dettagliata geolocalizzazione delle fonti audiovisuali esistenti e un'analisi dei documenti disponibili, il gruppo di lavoro di "architettura forense" guidato da Eyal Weizman offre una credibile ricostruzione del disastro, attribuibile allo sconsiderato stoccaggio di nitrato d'ammonio all'interno di un deposito del porto [https://forensic-architecture.org/investigation/beirut-port-explosion].

© Aisu International 2021

1: P. J. Löytved, Mappa di Beirut del viceconsole danese, 1876 [American University of Beirut: https://lib-webarchive.aub.edu.lb/BorreLudvigsen/https://almashriq.hiof.no/lebanon/900/910/912/maps/1876/index.html]. Il sud si trova in alto nella mappa, in cui sono chiaramente visibili le strutture portuali. L'area di quarantena è indicata con il numero otto; si trova sulla linea di costa, in basso a sinistra sulla mappa.

organizzata in rioni e corporazioni [Davie 1985; Davie 1987]. Solo pochi anni più tardi, però, i resoconti di viaggiatori, mercanti e agenti diplomatici europei descrivevano una straripante effervescenza edilizia. La crescita *extra muros*, con la costruzione di nuove residenze agiate tra i frutteti e gli orti nello stile poi associato al nuovo ceto medio emergente [Abou-Hodeib 2017, 86-88], è pienamente evidente nella mappa del viceconsole danese Peter Julius Löytved, realizzata nel 1876 (Fig. 1).

Tuttavia, l'ascesa del porto di Beirut va più propriamente inserita nel quadro di un generale processo di ascesa delle città portuali del Mediterraneo orientale a scapito dell'entroterra [Panzac 1992], in gran parte determinato dallo spostamento dei traffici interregionali dalle antiche vie carovaniere alle rotte marittime [Özveren 1993]. Tale processo può essere situato alla fine del diciottesimo secolo, quando Beirut trasse profitto dal declino di Tripoli, a sua volta dovuta al declino di Aleppo come punto di raccordo delle grandi rotte carovaniere di lunga percorrenza [Davie 1996, 19-37], e dalle sventure di Sidone e Acri, funestate dalla guerra russo-ottomana del 1768-1774, dall'insurrezione di Ẓāhir al-ʿUmar, dalla successiva repressione guidata da Aḥmad al-Ǧazzār e infine dalla spedizione napoleonica [Philipp 2001, 128-135]. Già al termine del secolo apparivano pienamente consolidati i legami commerciali di Beirut con Marsiglia, Genova, Livorno, Venezia e Trieste [Davie 1996].

L'affermazione di Beirut nella mappa commerciale e politica del Mediterraneo ottomano, ad ogni modo, non deve essere letta come una progressione lineare verso la modernità [Mansel 2016]: la città continuò a vivere per tutto l'Ottocento una relazione

competitiva con Damasco in funzione della continua ricomposizione della geografia amministrativa dell'impero ottomano [Fawaz 1990], oltre a dover assorbire periodicamente le onde sismiche dell'endemica instabilità della contigua regione del Monte Libano [Fawaz 1984][2]. Benché la città si fosse abilmente collocata in un ruolo di intermediazione tra la produzione di materie prime nell'entroterra siriano e i mercati europei, smentendo le iniziali convinzioni che il suo sviluppo fosse soltanto dovuto alle contingenze politiche regionali, l'apertura del canale di Suez ebbe un impatto negativo sulle rotte e sui mercati del Mediterraneo orientale. Dopo avere guidato la conversione dell'entroterra libanese e siriano in una periferia specializzata nella produzione di seta grezza, Beirut visse la fine del secolo in condizioni di relativa flessione per via della ridotta rilevanza della seta siriana sui mercati europei [Özveren 1993, 475-479]. Inoltre, la città fu dotata di un'amministrazione locale nel quadro del progetto di riorganizzazione istituzionale (*tanẓīmāt*) dell'impero ottomano, ma le ambiguità nella ripartizione delle competenze e le scarse risorse a disposizione per il bilancio comunale frenarono numerosi progetti di sviluppo [Sharif 2014, 136, 143, 164].
Infine, non va dimenticato che Beirut patì, al pari di tutta la regione, diverse epidemie di colera dagli effetti devastanti: nel 1848, nel 1865, nel 1875-1876, nel 1882-1883 e ancora nel 1892 [Tanielian 2014, 79-80]. I focolai epidemici misero più volte a repentaglio i commerci di terra e di mare, sia a causa delle morti e delle fughe precipitose verso la campagna, sia indirettamente per il necessario ricorso a misure di cordone sanitario e isolamento che avevano un impatto avverso sulle attività produttive [Sharif 2014, 207].
È nel contesto descritto che si vuole qui considerare la creazione delle strutture di quarantena all'interno delle strutture del porto di Beirut. Tali strutture svolsero un ruolo cruciale attraverso la modificazione delle rotte di navigazione nel Mediterraneo orientale. In linea con le politiche sanitarie dominanti in tutto l'impero ottomano nel corso dell'Ottocento, la costruzione e la gestione dei luoghi di cura e di prevenzione divennero segni di modernità, invocate come nuova fonte di legittimazione da parte degli esponenti riformisti, ma anche strumento di crescente intervento dello Stato in tutti i campi della sfera pubblica.

Beirut nel sistema delle città portuali ottomane

Il modello concettuale della città portuale costituisce un riferimento primario di analisi nella storia del Mediterraneo orientale e dell'impero ottomano dalla fine del diciottesimo secolo in poi. Soffer e Stern hanno proposto una tipologia spaziale che si discosta dal modello della "città mediorientale", poiché si assisterebbe tipicamente a un'interpenetrazione tra il centro storico (*madīnah al-qadīmah*) e le nuove zone di espansione residenziale e commerciale, perlopiù sviluppate ad anelli intorno alle aree portuali [Soffer, Stern 1986]. Secondo Keyder, Özveren e Quataert, tuttavia, la valenza euristica della categoria di città portuale non risiede nelle sue costanti tipologiche, bensì nella possibilità

[2] Sulle ragioni e la natura delle violenze del 1860 [Fawaz 1994; Makdisi 2000].

di studiare in maniera più approfondita le trasformazioni politiche ed economiche del diciannovesimo secolo. Grazie alle attività commerciali, le città portuali emersero come luoghi privilegiati di contatto e di assorbimento dell'impero ottomano all'interno del sistema-mondo capitalista, e pertanto possono essere considerate come l'espressione spaziale di ciò che nelle teorie della dipendenza è definita come la relazione tra centro e periferia globale[3]. L'aspetto fisico, la planimetria, le dinamiche demografiche e sociali, la stessa vita culturale non possono essere comprese se non attraverso il prisma delle relazioni coloniali: studiare le città portuali vuol dire dunque studiare l'espansione del colonialismo e del capitalismo [Keyder, Özveren, Quataert 1993][4].

Il fenomeno non è beninteso ristretto al Mediterraneo orientale ed è stato studiato anche nel contesto dell'Asia meridionale [McPherson 2002]. Le città portuali (Smirne, Alessandria, Salonicco, Beirut) meritano tuttavia una trattazione specifica per il ruolo che svolsero nella penetrazione europea e nell'incorporazione definitiva dell'impero ottomano all'interno dell'economia capitalista globale, in particolare negli anni della crescita economica britannica durante il periodo vittoriano [Keyder, Özveren, Quataert 1993, 529-530]. Il prisma delle relazioni coloniali e l'approccio legato alla teoria della dipendenza pongono la logica di sfruttamento imperialista come chiave di volta nello sviluppo delle città portuali ottomane. Esse sono perciò viste come intermediarie tra l'entroterra (per la produzione e lo sfruttamento di materie grezze) e l'Europa; e i loro abitanti, in particolare commercianti e artigiani, sono considerati come una borghesia *compradora* al servizio degli interessi europei, dentro una rete di relazioni che collegano la metropoli europea con i satelliti periferici [İleri 2012].

La prospettiva citata è stata largamente dominante nelle storiografie nazionaliste (turca e pan-araba) e nella storiografia marxista mediorientale – come ad esempio in Ilyās Ǧurayǧ [Reilly 2016, 74-82] – e viene oggi messa in discussione dalle nuove prospettive di ricerca che leggono le città portuali ottomane anche come siti di consolidamento del potere imperiale e, al contempo, come arene nelle quali svariati attori locali furono in grado di muoversi in maniera dinamica e autonoma, non necessariamente in una funzione ancillare agli interessi delle grandi potenze europee [Fuhrmann, Kechriotis 2009]. In particolare, le città portuali rappresentarono lo spazio propizio per un processo di accumulazione di capitale domestico che avrebbe permesso la nascita e il consolidamento di una borghesia nativa svincolata dalla proprietà fondiaria, attorno a cui si era andato costruendo il sistema tributario ottomano e, nella regione del Monte Libano, la classe della nobiltà terriera che aveva esercitato per delega il potere imperiale[5].

---

[3] Il modo con cui le economie precapitaliste del mondo arabo, considerate come affini alla nozione marxiana di "modello di produzione asiatico", vengono integrate come periferie coloniali nel quadro dell'economia capitalista ha costituito il cuore dell'analisi di Samīr Amīn (1931-2018), ispiratosi alla prospettiva analitica di Immanuel Wallerstein, Giovanni Arrighi e Károly Polányi.

[4] Sulla posizione dell'impero ottomano rispetto al colonialismo in una prospettiva postcoloniale [Deringil 2003].

[5] Sul sistema di esazione fiscale legato all'aristocrazia fondiaria, noto come *iqṭāʿ*, e al suo definitivo collasso alla metà del diciannovesimo secolo [Traboulsi 2012, 3-5, 15-21, 24-29].

Se molti furono gli elementi comuni alle vicende delle principali città portuali, ancora più importante fu il processo di trasformazione delle gerarchie regionali tra centri urbani. Come ben evidenziato da Quataert, lo sviluppo delle infrastrutture portuali nelle maggiori città del Mediterraneo orientale, con l'intento di aumentare l'ampiezza e la profondità dei porti o di rendere più efficienti le operazioni di controllo doganale e di stoccaggio delle merci, si svolsero in un clima di competizione tra i maggiori scali [Quataert 1994, 802-808]. Fu questa la logica che indusse Ibrāhīm (figlio e luogotenente di Muḥammad ʿAlī, *hıdiv* d'Egitto) a sostenere l'espansione di Beirut durante il decennio di governo egiziano sulla regione siriana, tra il 1830 e il 1840, dentro la cornice della competizione franco-britannica nel Mediterraneo orientale e del crescente ricorso alle reti di protezione consolare nel quadro del collasso degli antichi equilibri di potere e dell'intero sistema semi-feudale dell'aristocrazia fondiaria della montagna libanese[6].
Ibrāhīm replicò a Beirut una serie di pratiche urbane già sperimentate ad Alessandria, intervenendo sia sul versante amministrativo sia sulle infrastrutture. Tra le migliorie apportate allo scalo marittimo di Beirut ci fu l'istituzione di un'area di quarantena per merci e persone, sulla falsariga di quanto era stato realizzato dai francesi ad Alessandria nel 1798. La costruzione di un idoneo sito di ispezione e quarantena, con la costruzione di un lazzaretto per i casi sospetti di peste, rispondeva alle esigenze di contenere le ricorrenti pestilenze che, con cadenza ciclica, avevano colpito il Mediterraneo orientale e l'impero ottomano nel suo complesso per tutto il diciottesimo secolo, da ultimo tra il 1778 e il 1787, e poi ancora, con esiti disastrosi, tra il 1812 e il 1819 [Panzac 1985, 105-115].
Il gravissimo focolaio di peste, che nel 1835 si sviluppò con particolare virulenza ad Alessandria e a Il Cairo [Kuhnke 1990, 79-91], rese urgente la costruzione di una rigida quarantena nel porto di Beirut e l'adozione di misure ferree di isolamento, che erano ovviamente radicate nelle conoscenze mediche dell'epoca, antecedenti alla scoperta del batterio *Yersinia pestis*, che sarebbe avvenuta solo nel 1894.
Oltre all'aspetto strettamente legato all'emergenza sanitaria, la realizzazione della quarantena ebbe un effetto di enorme rilievo e più lunga durata: la regolamentazione dei diversi livelli di pericolosità dei navigli e delle merci in base alla loro provenienza ridefinì le rotte di navigazione, portando alla sparizione del piccolo cabotaggio in prossimità della costa e all'obbligo di sbarco e imbarco nei pochi porti dotati di strutture di controllo medico. Beirut fu così trasformata in luogo di passaggio obbligato per i commerci tra l'entroterra siriano e i mercati europei. Nel trasformare la mappa mercantile di tutta la regione, la quarantena divenne uno strumento di integrazione della città nelle reti economiche del sistema-mondo capitalista [Abou-Hodeib 2007]. La ridefinizione delle rotte marittime, che divenne ancor più drastica con l'avvento della navigazione a vapore nel 1845, concentrò su Beirut il commercio della seta [Keyder, Özveren, Quataert 1993, 553]. La rilevanza di questa materia prima favorì un rapido processo di accumulazione di capitale e la formazione di una borghesia autoctona, ma si rivelò nel lungo periodo un'arma a doppio taglio: la forte dipendenza rese l'economia locale dipendente dalla

[6] Per il quadro storico [Farah 2000, 12-21].

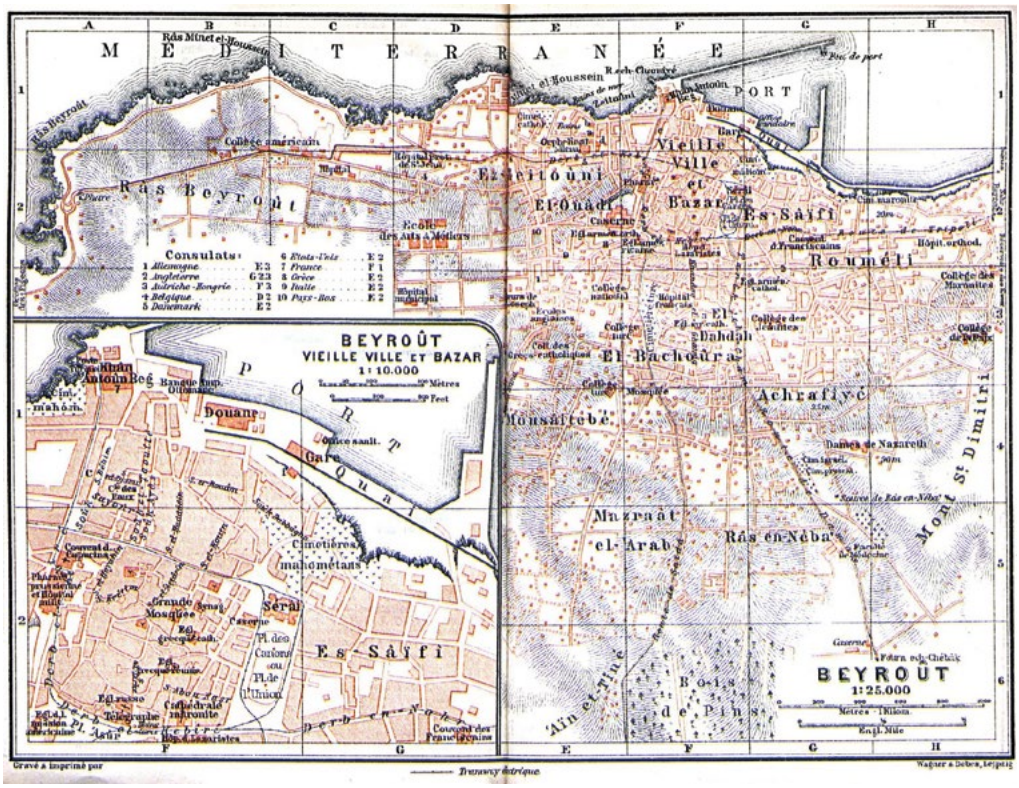
fluttuazione del prezzo della seta sui mercati internazionali e, con lo spostamento pressoché totale dell'agricoltura verso la coltivazione del gelso come *cash crop*, creò un rischio di sicurezza alimentare che si sarebbe poi tragicamente verificato durante la prima guerra mondiale [Tanielian 2012, 27-28].

Spazi di cura e spazi di sovranità

La struttura e le procedure della quarantena egiziana furono integralmente mantenute quando Beirut tornò sotto il controllo del Governo imperiale ottomano, in base alla convenzione di Londra del 1840.
Cominciando da Costantinopoli, il Governo iniziò nel 1838 ad applicare le politiche di quarantena su tutto il territorio imperiale. Emulando il modello asburgico, che aveva stabilito un cordone sanitario permanente lungo la frontiera militare di Croazia e Slavonia e poi, dopo il 1815, tra la Dalmazia e la Bosnia-Erzegovina [Bulmuş 2012, 136], il Governo ottomano stabilì una cortina di lazzaretti e punti di controllo sanitario al confine con la Transcaucasia russa e la Persia: le politiche sanitarie, come scrive Panzac, divennero così lo strumento per una più precisa delimitazione delle frontiere e allo stesso tempo per asserire la propria piena sovranità, in linea con lo transizione da uno spazio imperiale pre-westfaliano a uno stato di tipo moderno [Panzac 1999].
Come le pratiche di quarantena sono correlate alla formazione degli stati moderni in Europa, con la creazione di appositi spazi di degenza e di registri per il tracciamento dei contagi e dei decessi, con la diffusione della stampa, e con la crescente capacità dei governi di proiettare la propria autorità e assicurare il controllo sulla popolazione [Bulmuş 2012, 48-58], così anche le politiche sanitarie dell'impero ottomano furono pienamente coerenti con il vasto e ambizioso progetto di riforme modernizzanti varate nel 1839 dal sultano Abdülmecid I. Benché ispirate da modelli europei, tali riforme non furono una pedissequa emulazione di modelli francesi, austriaci e prussiani, bensì un tentativo di rivitalizzare l'impero e di reggere la competizione con le potenze europee[7]. Secondo Bulmuş, nell'applicare in maniera selettiva i modelli asburgici e francesi (come quelli impiantati ad Algeri nel 1830), o ancora le pratiche di auto-isolamento adottate dalle comunità allogene e diasporiche di mercanti, i governanti riformatori videro nel sistema di quarantena anche uno strumento mercantilista per il controllo delle importazioni, particolarmente alla luce del trattato anglo-ottomano di Baltalimanı del 1838, che aveva imposto l'abolizione di tutti i monopoli imperiali e la piena libertà di accesso ai mercati ottomani per le imprese britanniche. Non casualmente, il timore che le ispezioni sulle merci sospette potessero essere invocate discrezionalmente per impedire l'invasione dei mercati ottomani da parte di merci britanniche spinse l'ambasciatore Lord Ponsonby a intervenire, senza successo, per assicurare che il sistema ottomano di quarantena fosse

[7] Per un inquadramento del progetto riformista ottomano e una sua contestualizzazione storica [Findley 2010].

supervisionato da un Consiglio superiore di sanità sotto la guida dei rappresentanti diplomatici europei [Bulmuş 2012, 108-112, 178].
Durante tutto il resto dell'Ottocento, il mantenimento delle strutture di quarantena, la gestione delle epidemie, le ispezioni mediche sui pellegrini diventarono per i governanti ottomani uno strumento per rivendicare la piena sovranità imperiale, al pari delle politiche di regolamentazione urbanistica, in particolare per quanto concerne la costruzione di acquedotti, fognature, ospedali e ambulatori. Per tutto il periodo riformatore, e ancor più sotto il regno di Abdülhamid, l'enfasi su simboli, segni e strutture che denotavano la modernità (dalle torri dell'orologio alle ferrovie, dai giardini pubblici ai piani di riqualificazione urbana) servì al Governo ottomano per asserire la propria legittimità e il diritto dell'impero a esistere e, anzi, essere riconosciuto nel novero delle grandi potenze [Deringil 1998, 151].
Le nuove relazioni spaziali e funzionali rendevano obsoleto il modello della "città mediorientale" con un'eccessiva densificazione. Il risanamento degli spazi dedicati al commercio e dei fronti portuali, anche nel caso di Beirut, non dipese solo da considerazioni di ordine architettonico, ma simboleggiò la capacità dell'impero di governare il cambiamento, adeguandosi ai paradigmi e ai parametri della modernità [Fuhrmann 2011]. Questa operazione di trasformazione urbana non fu lineare e comportò una negoziazione tra il potere imperiale, i suoi rappresentanti locali, i notabili e i borghesi cittadini, i consoli europei (e gli interessi economici che essi proteggevano). Tale dialettica è ben esemplificata dalle vicissitudini per la costruzione delle nuove banchine, dei nuovi moli frangiflutti e dei nuovi bacini del porto di Beirut, che soltanto nel 1887 furono infine dati in concessione alla *Compagnie du Port, des Quais et des Entrepôts de Beyrouth*, nominalmente di proprietà di un imprenditore beirutino, ma in realtà chiara espressione di interessi economici francesi [Hastaoglou-Martinidis 2010].
Allo sviluppo portuale si legò l'espansione urbana ritratta nella mappa di Löytved, con l'edificazione delle aree rurali esterne al nucleo urbano storico e l'apertura di nuove strade e piazze che diedero alla città l'aspetto descritto dalla guida turistica Baedeker nel 1912 (Fig. 2). I quartieri di nuova costruzione diventarono parte integrante della città a tutti gli effetti giuridici e fiscali solo alla fine del secolo [Davie 1996, 39-70], ma il porto costituì un vettore di crescente integrazione tra la città e il suo hinterland [Babikian 1996].
Nella crescita del porto e della città deve essere stata d'influenza la dialettica, assai più spesso volta alla cooperazione che alla contrapposizione, tra il governo centrale e le istanze locali. Come ben mostrato da Hanssen, il Governo ottomano mirò ad enfatizzare lo status di Beirut quale capitale di *vilāyet* (governatorato) con una serie di interventi urbani ispirati a un principio di monumentalità simbolica più che a criteri di funzionalità, e la sistemazione della piazza intitolata al sultano Abdülhamid II (l'odierna piazza dei Martiri) divenne un banco di prova dei rapporti di forza tra il potere centrale e l'amministrazione comunale beirutina [Hanssen 2005, 12-21, 240-241, 255-262].
Un embrione di amministrazione locale era già stato impiantato negli anni di governo egiziano, allorché Ibrāhīm nominò come proprio luogotenente Mīr Maḥmūd Nāmī, padre del futuro sindaco Ibrāhīm Faḫrī; ma una municipalità vera e propria si ebbe solo con le leggi ottomane sugli enti locali del 1867 e del 1871, che iniziarono a stabilire le



2: Mappa del centro di Beirut, 1912 [Baedeker, K. (1912, 5a edizione). *Palestine and Syria: Handbook for Travellers*, Leipzig, Karl Baedeker, in Perry-Castañeda Library Map Collection: http://legacy.lib.utexas.edu/maps/historical/beirut2_1912.jpg]. Nel riquadro sono evidenziate le aree del porto.

risorse finanziarie e le competenze dell'ente, il quale continuò a funzionare anche dopo la sospensione della costituzione nel 1878. Con il decreto del 1877 vennero esplicitamente annoverate tra le funzioni dell'ente comunale quelle relative al risanamento urbano, alla protezione della salute pubblica, al controllo epidemiologico e alla corretta raccolta della nettezza urbana: anche in questo caso, l'introduzione di un'imposta comunale sui rifiuti, come già era avvenuto per l'imposizione della quarantena, si risolse in un braccio di ferro tra i consoli stranieri, che volevano l'esenzione per i propri connazionali, e le autorità ottomane, che invece rivendicavano con orgoglio l'omologia tra *tanẓīmāt* (riorganizzazioni politiche) e *tanẓīfāt* (risanamenti) [Sharif 2014, 86-87, 120, 128, 156].

Negli anni tra il 1877 e il 1917, le politiche sanitarie legate al contenimento delle epidemie e, più in generale, al miglioramento delle condizioni igieniche complessive degli spazi urbani rappresentarono un banco di prova per verificare l'effettiva capacità delle istanze di governo locale nella città di Beirut. I rapporti annuali (*sālnāmeh*) e gli editoriali dei giornali riformisti dell'epoca, come *Ṯamarāt al-funūn* («Frutto delle arti») o *Lisān al-ḥāl* («Linguaggio del tempo presente»), smentiscono gli stereotipi e le immagini di declino, degrado e contrapposizione settaria associate alla fine del periodo

ottomano. La «Guida di Beirut» (*Dalīl Bayrūt*) di ʿAbd al-Bāsiṭ al-ʿUnsī, pubblicata nel 1909, è una celebrazione della modernità ottomana all'indomani della restaurazione della costituzione e delle prime elezioni parlamentari, e del ruolo che Beirut gioca al suo interno: la città è descritta come cosmopolita, araba, ottomana, islamica e cristiana, e tutte queste identità sono tenute insieme dalla comune aspirazione al progresso [Reilly 2016, 72-74]. Nella composizione degli organi elettivi e nei lavori della municipalità (*baladiyyah*), proprio in riferimento alle politiche sanitarie e urbanistiche, appare evidente un carattere non settario, nel quale le istanze di sicurezza e sviluppo economico prevalgono sulle affiliazioni confessionali [Sharif 2014, 121].
L'idea di "urbanità" (*citadinité*), o per meglio dire di un'appartenenza urbana e cosmopolita in grado di attraversare le differenze etniche e religiose [Fishman 2018], sarebbe stata sgretolata dalla prima guerra mondiale, con la fine dell'impero ottomano e la nascita di una nuova geografia politica, basata sul modello dei mandati e degli stati nazionali. Questi ultimi adottarono politiche di omogeneizzazione o, al contrario, di segmentazione proprio su base etnica e religiosa, che trovarono un riflesso in configurazioni urbane sempre meno miste dal punto di vista sociale, funzionale, etnico e confessionale [Davie 1996, 71-105].

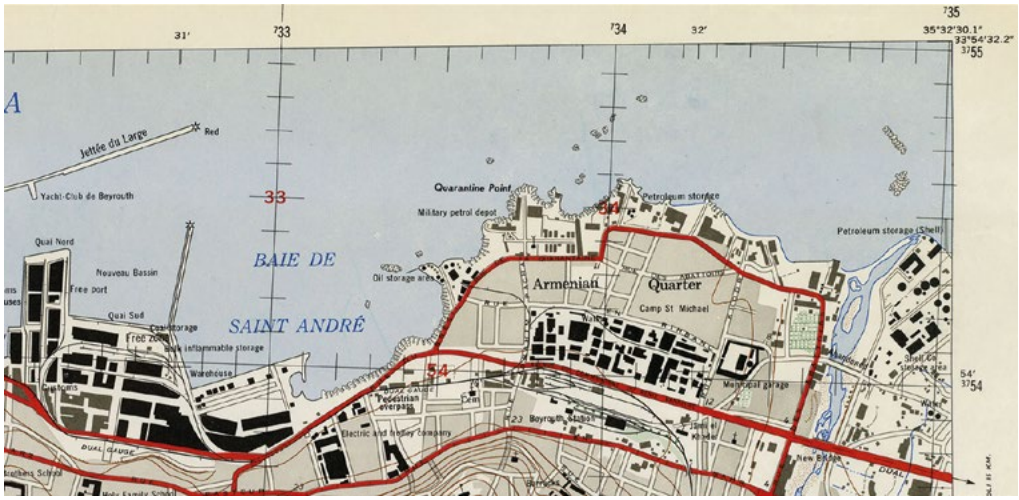
Conclusioni

In una fotografia della collezione di Fu'ād Dabbās, gli edifici della quarantena si vedono chiaramente in primo piano, mentre sullo sfondo si staglia una delle corazzate italiane guidate dall'ammiraglio Paolo Thaon di Revel durante la battaglia navale di Beirut (24 febbraio 1912), nel quadro della guerra italo-ottomana[8]. In altre immagini, più tarde probabilmente di qualche anno, la quarantena appare invece sullo sfondo della costa di al-Mudawwar, non ancora modificata dalle espansioni portuali del 1956 e del 1974 [Babikian 1996]. Maggiormente rilevanti sono alcune cartoline datate 1925: esse mostrano come, dopo che gli strumenti della quarantena e del lazzaretto erano divenuti desueti nel trattamento di malattie infettive, gli spazi della quarantena di Beirut vennero usati per accogliere, in condizioni assai precarie, i rifugiati armeni scampati alle atrocità occorse durante la prima guerra mondiale[9].
Le condizioni del campo profughi installato al posto della quarantena furono talmente miserabili da indurre il *catholicos* armeno Sahak II a lamentarsi accoratamente con le autorità mandatarie francesi, denunciando il dilagare della criminalità, della prostituzione, dell'accattonaggio e, non ultimo, del "morbo" della propaganda comunista [Greenshields 1978, 342-343, 449]. Tremila rifugiati armeni vivevano ancora nell'antica struttura di quarantena allorché fu devastata da un incendio nel 1933.

---

[8] La collezione Debbas è oggi accessibile in formato digitale, http://www.thefouaddebbascollection.com/FCDC/Catalog%20Lebanon/Postcards%20Album%20No1%201898%201928/IMG_9553.jpg.

[9] http://www.thefouaddebbascollection.com/FCDC/Catalog%20Lebanon/Postcards%20Album%20No%207%201910%201930/IMG_3158.jpg.



3: U.S. Army Map Service, Mappa di Beirut, 1961 [Perry-Castañeda Library Map Collection: http://legacy.lib.utexas.edu/maps/world_cities/txu-oclc-46881713-beyrouth-1961.jpg]. Tale mappa consente di evidenziare lo sviluppo periurbano, in particolare nell'area del porto.

Negli anni successivi, l'area divenne nota come il quartiere di al-Karantīnā, caratterizzandosi per un misto di aree industriali, depositi, commercio all'ingrosso e di edilizia informale, andando a formare parte di quella "cintura della miseria" (*ḥizām al-bu's*) che assorbì una troppo rapida urbanizzazione [Kassir 2009, 337-341, 487-490, 496-501]. Per quanto ancora indicata come "quartiere armeno" in una mappa del 1961 (Fig. 3), dopo la fine della seconda guerra mondiale al-Karantīnā divenne area di insediamento per sciiti libanesi, curdi, *dom* e rifugiati palestinesi. Esaurita la funzione sanitaria legata alla peste, al colera, al vaiolo e alla tubercolosi, l'antica quarantena continuò così a essere un luogo di raccolta per le componenti reiette e marginali della città, soggette a una stigmatizzazione spaziale e sociale rispetto ai quartieri "sani" e salubri del centro benestante[10].

Bibliografia

ABOU-HODEIB, T. (2007). *Quarantine and Trade: The Case of Beirut, 1831–1840*, in «International Journal of Maritime History», vol. 19, n. 2, pp. 223-244.

ABOU-HODEIB, T. (2017). *A Taste for Home: The Modern Middle Class in Ottoman Beirut*, Stanford, Stanford University Press.

[10] Proprio a causa della sua natura di spazio di alterità e possibile base per le formazioni palestinesi, il quartiere fu teatro di uno dei primi eccidi occorsi durante la guerra civile libanese: il massacro del 18 febbraio 1976 (*maǧzarah al-Karantīnā*), perpetrato dalle milizie falangiste. L'area continua ancora oggi a essere luogo di raccolta per indigenti e rifugiati. Per uno scorcio della situazione dopo l'esplosione del 4 agosto 2020, si veda in Z. Hankir, L. Chaya, Forgotten Survivors: Beirut Blast Survivors in the Karantina Neighborhood, «Atlantic Council», 10 settembre 2020. Si veda in: https://www.atlanticcouncil.org/blogs/menasource/forgotten-quarter-beirut-blast-survivors-in-the-neighborhood-of-karantina/].

BABIKIAN, C. (1996). *Développement du port de Beyrouth et hinterland*, in *Beyrouth, Grand Beyrouth*, a cura di J.-L. Arnaud, Beirut, Presses de l'Ifpo, pp. 25-34.

BULMUŞ, B. (2012). *Plague, Quarantine and Geopolitics in the Ottoman Empire*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

DAVIE, M. F. (1985). *Trois cartes inédites de Beyrouth. Éléments cartographiques pour une histoire urbaine de la ville*, in «Annales de géographie de l'Université Saint-Joseph», vol. 5, pp. 37-42

DAVIE, M. F. (1987). *Maps and the Historical Topography of Beirut*, in «Berytus», vol. 35, pp. 141-164.

DAVIE, M. F. (1996). *Beyrouth et ses faubourgs (1840–1940): une integration inachevée*, Beirut, Centre d'Etudes et de Recherches sur le Moyen-Orient Contemporain.

DERINGIL, S. (1998). *The Well-Protected Domains: Ideology and the Legitimation of Power in the Ottoman Empire, 1876–1909*, London, I. B. Tauris.

DERINGIL, S. (2003). *"They Live in a State of Nomadism and Savagery": The Late Ottoman Empire and the Post-Colonial Debate*, in «Comparative Studies in Society and History», vol. 45, n. 2, pp. 311-342.

FARAH, C. E. (2000). *The Politics of Interventionism in Ottoman Lebanon, 1830–1861*, London-New York, I. B. Tauris, in collaborazione con Centre of Lebanese Studies, Oxford.

FAWAZ, L. T. (1983). *Merchants and Migrants in Nineteenth-Century Beirut*, Cambridge Mass., Harvard University Press.

FAWAZ, L. T. (1984). *The City and the Mountain: Beirut's Political Radius in the Nineteenth Century as Revealed in the Crisis of 1860*, in «International Journal of Middle East Studies», vol. 16, n. 4, pp. 489-495.

FAWAZ, L. T. (1990). *The Changing Balance of Forces between Beirut and Damascus in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, in «Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée», n. 55-56, pp. 208-214.

FAWAZ, L. T. (1994). *An Occasion for War: Civil Conflict in Lebanon and Damascus in 1860*, Berkeley, University of California Press.

FINDLEY, C. (2010). *The Ottoman Lands to the Post-First World War Settlement*, in *The New Cambridge History of Islam*, a cura di F. Robinson, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 29-78.

FISHMAN, L. (2018). *The Limitations of Citadinité in Late Ottoman Jerusalem*, in *Ordinary Jerusalem, 1840–1940: Opening New Archives, Revisiting a Global City*, a cura di A. Dalachanis, V. Lemire, Leiden, Brill, pp. 510-529.

FUHRMANN, M. (2011). *Staring at the Sea, Staring at the Land: Waterfront Modernisation in Nineteenth Century Ottoman Cities as a Site of Cultural Change*, in *Port Cities: Dynamic Landscapes and Global Networks*, a cura di C. Hein, London, Routledge, pp. 138-155.

FUHRMANN, M., KECHRIOTIS, V.(2009). *The Late Ottoman Port-Cities and Their Inhabitants: Subjectivity, Urbanity, and Conflicting Orders*, in «Mediterranean Historical Review», vol. 24, n. 2, 2009, pp. 71-78.

GREENSHIELDS, T. H. (1978). *The Settlement of Armenian Refugees in Syria and Lebanon, 1915–1939*, tesi di dottorato, Durham.

HANSSEN, J. (2005). *Fin de siècle Beirut: The Making of an Ottoman Provincial Capital*, Oxford-New York, Oxford University Press.

HASTAOGLOU-MARTINIDIS, V. (2010). *The Cartography of Harbor Construction in Eastern Mediterranean Cities: Technical and Urban Modernization in the Late Nineteenth Century*, in *Cities of the Mediterranean: From the Ottomans to the Present Day*, a cura di B. Kolluoğlu, M. Toksöz, London, I. B. Tauris, pp. 78-99.

İLERI, N. (2012). *Rewriting the History of Port Cities in the Light of Contemporary Global Capitalism*, in «New Perspectives on Turkey», vol. 47, pp. 185-209.

KASSIR, S. (2009). *Beirut. Storia di una città*, Torino, Einaudi.

KEYDER, Ç., ÖZVEREN, Y., QUATAERT, D. (1993). *Port-Cities in the Ottoman Empire: Some Theoretical and Historical Perspectives*, in «Review», vol. 16, n. 4, pp. 519-558.

KUHNKE, L. (1990). *Lives at Risk: Public Health in Nineteenth-Century Egypt*, Berkeley University of California Press.

MAKDISI, U. (2000). *Community, History, and Violence in Nineteenth-Century Ottoman Lebanon*, Berkeley, California University Press.

MANSEL, P. (2016). *Levante. Smirne, Alessandria, Beirut: splendore e catastrofe nel Mediterraneo*, Milano, Mondadori.

MAROZZI, J. (2020). *Beirut – Il parco giochi del Levante (XIX secolo)*, in *Imperi islamici. Quindici città che riflettono una civiltà*, a cura di J. Marozzi, Torino, Einaudi, pp. 390-429.

MCPHERSON, K. (2002) *Port Cities as Nodal Points of Change: The Indian Ocean, 1890s–1920s*, in *Modernity and Culture: From the Mediterranean to the Indian Ocean*, a cura di L. T. Fawaz, C. A. Bayly, New York, Columbia University Press, pp. 75-95.

ÖZVEREN, Y. (1993). *Beirut*, in «Review», vol. 16, n. 4, pp. 467-497.

PANZAC, D. (1985). *La Peste dans l'Empire ottoman 1700-1850*, Leuven, Éditions Peeters.

PANZAC, D. (1992). *International and Domestic Maritime Trade in the Ottoman Empire in the 18th Century*, in «International Journal of Middle East Studies», vol. 24, n. 2, pp. 189-206.

PANZAC, D. (1999). *Politique sanitaire et fixation des frontières: l'exemple ottoman (XVIIIe-XIXe siècle)*, in «Turcica», n. 31, pp. 87-108.

PHILIPP, T. (2001). *Acre: The Rise and Fall of a Palestinian City, 1730–1831*, New York, Columbia University Press.

QUATAERT, D. (1994). *Transportation*, in *An Economic and Social History of the Ottoman Empire, 1300–1914*, a cura di H. İnalcık, D. Quataert, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 798-823.

REILLY, J. A. (2016). *The Ottoman Cities of Lebanon: Historical Legacy and Identity in the Modern Middle East*, London-New York, I. B. Tauris.

SHARIF, M. (2014). *Imperial Norms and Local Realities: The Ottoman Municipal Laws and the Municipality of Beirut (1860–1908)*, Beirut, Ergon Verlag.

SOFFER, A., STERN, S. (1986). *The Port-City: A Sub-Group of the Middle Eastern City Model*, in «Ekistics», vol. 53, n. 316-317, pp. 102-110.

TANIELIAN, M. (2012). *The War of Famine: Everyday Life in Wartime Beirut and Mount Lebanon (1914–1918)*, tesi di dottorato, Berkeley.

TRABOULSI, F. (2012). *A History of Modern Lebanon*, London, Pluto Press.

Sitografia

https://forensic-architecture.org/investigation/beirut-port-explosion [gennaio 2021].

http://www.thefouaddebbascollection.com/FCDC/Catalog%20Lebanon/Postcards%20Album%20No%207%201910%201930/IMG_3158.jpg [gennaio 2021].

http://www.thefouaddebbascollection.com/FCDC/Catalog%20Lebanon/Postcards%20Album%20No1%201898%201928/IMG_9553.jpg [gennaio 2021].

https://www.atlanticcouncil.org/blogs/menasource/forgotten-quarter-beirut-blast-survivors-in-the-neighborhood-of-karantina/ [gennaio 2021].

RESILIENZA E PANDEMIA: LA RISPOSTA DEL SISTEMA DEI COLLEGI UNIVERSITARI EDISU PAVIA AL COVID-19

Marco Morandotti, Alessandro Greco, Daniela Besana

Abstract

The University and the Colleges (10 public and 8 private) make Pavia a city-campus, where the buildings for research, teaching activities, and student accommodation and services are spread in three campuses between downtown and the north-west area of the city. During the health crisis due to the coronavirus pandemic, the Colleges worked together to allow the students the safe conditions to live and study, supported by the typological and morphological setup and by some simple and efficient rules to manage the common spaces in the colleges in order to respect physical distancing.

Keywords

College, typological analysis, student accommodation, new normal.

Introduzione

La crisi pandemica scatenata dal COVID-19 non ha solo investito le attività produttive e il mondo scolastico, ma anche quello universitario, di cui troppo poco si parla. L'aumento di immatricolazioni registrato quasi in tutta Italia nello scorso autunno, inoltre, ha contribuito a richiamare meno attenzione su come la comunità accademica – non solo gli studenti, ma anche il personale docente e quello tecnico-amministrativo – stia affrontando questi mesi di didattica a distanza, di un nuovo modo di fare ricerca e di organizzare le attività che da sempre contraddistinguono la vita accademica. Ad ogni modo, l'impatto è stato notevole anche sull'ambiente universitario e le conseguenze si potranno misurare solo nel tempo.

Nel marzo scorso, in corrispondenza della stretta operata dai diversi DPCM che hanno portato alla "chiusura" dell'Italia, l'Università di Pavia e i suoi collegi universitari (18 strutture tra pubbliche e private, con una dotazione complessiva di circa 2.500 posti letto, pari al 10% degli iscritti all'Ateneo) si sono organizzati per affrontare l'emergenza sanitaria assicurando agli studenti presenti in collegio tutto il supporto necessario sia per frequentare le attività didattiche da remoto sia per la permanenza forzata lontano da casa.

Il contributo intende presentare come i collegi universitari gestiti da EDiSU Pavia (10 strutture per complessivi 1.500 posti letto) abbiano saputo rispondere alle criticità e restrizioni imposte dalla crisi sanitaria provocata dal COVID-19. Le soluzioni individuate sono capaci di soddisfare le nuove esigenze residenziali e di studio con pochi e semplici

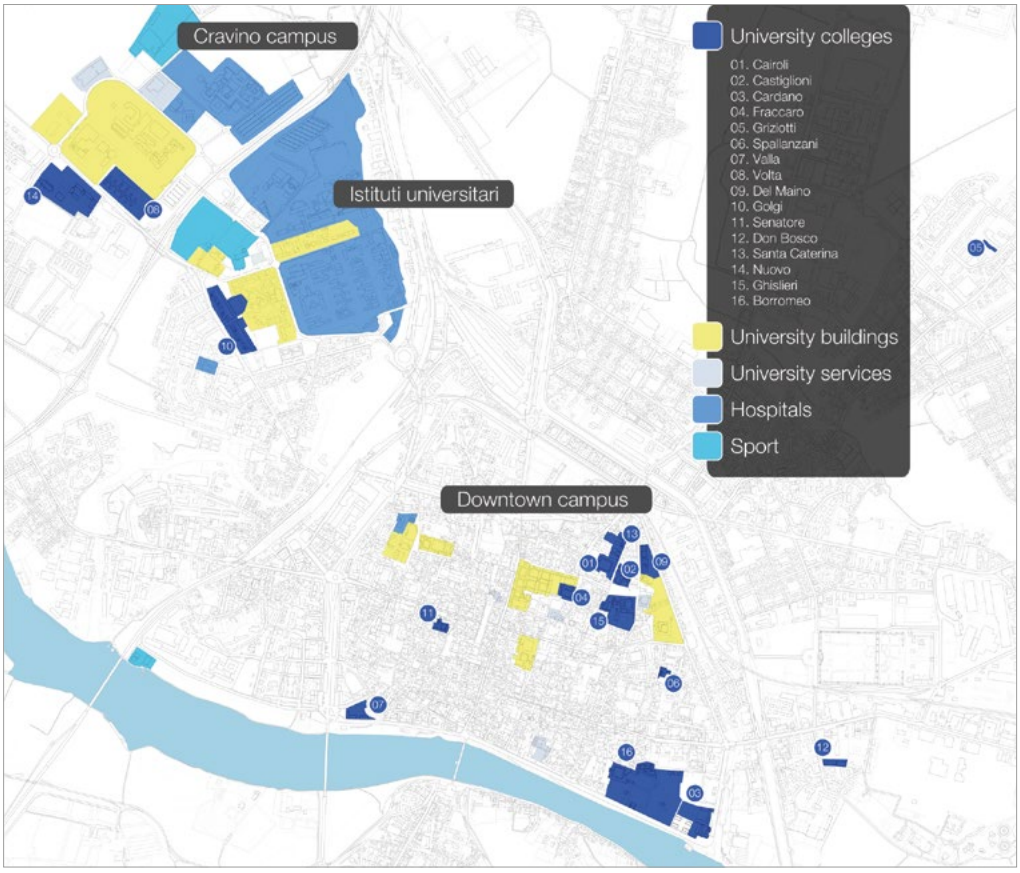
© Aisu International 2021

interventi, grazie a impianti morfologici e distributivi e all'articolazione in spazi comuni, semi-comuni e privati che hanno consentito di trovare le giuste risposte alle esigenze di distanziamento fisico.

Il modello pavese

L'Ente per il Diritto allo Studio Universitario (EDiSU) di Pavia gestisce dieci collegi pubblici, di cui uno, il collegio Cairoli, legalmente riconosciuto dal Ministero dell'istruzione e della ricerca universitaria quale collegio di merito; in aggiunta vi è la residenza universitaria a Cremona, a servizio del Dipartimento di musicologia e beni culturali. Pur essendo una rete di dieci collegi, ciascuno con la propria specificità culturale, architettonica, tipologica e costruttiva, è forte il legame e la relazione funzionale, sociale e culturale che li unisce. Si tratta di un patrimonio edilizio, urbanistico e socioculturale unico nel panorama italiano ed europeo, che consente di provvedere alla sistemazione degli studenti provenienti da fuori città – spesso anche da altre regioni e altri paesi. Alcune strutture sono storiche, altre di più recente realizzazione; a volte sono state progettate e realizzate per essere collegi, altre volte adattate alla nuova destinazione d'uso, nel rispetto di una normativa che classifica come collegi gli edifici in cui gli studenti possono trovare non solo spazi per vivere, ma anche attività culturali e formative complementari a quelle offerte dall'Università. Considerato l'insieme dei collegi come sistema a servizio dell'Ateneo e nel contesto territoriale della città, il caso pavese può ricondursi al così definito "modello integrato città-università", in cui la presenza dell'Università all'interno del nucleo storico della città ha favorito e continua a favorire lo sviluppo di residenze-alloggi che gravitano nelle immediate vicinanze delle sedi universitarie, stabilendo un forte legame tra università, collegi e tessuto urbano. Si tratta di edifici dove gli spazi collettivi sono tanto importanti quanto quelli privati (camere singole o doppie), in cui alunne e alunni di provenienze sociali e culturali anche molto diverse tra loro vivono insieme durante gli anni degli studi universitari, condividendo esperienze formative, gioie e delusioni, e si preparano a diventare la futura classe dirigente del Paese.
L'Università di Pavia nacque formalmente nel 1361, quando Galeazzo II Visconti, vicario imperiale, chiese a Carlo IV di fondare lo "*studium* generale", cui venne riconosciuto la stessa dignità e gli stessi diritti delle Università di Bologna, Parigi, Orleans, Montpellier e Oxford; già in questo periodo la città si attrezzò ad ospitare gli studenti provenienti dall'estero. Nel 1429 nasce il primo collegio secondo la definizione attuale: il cardinale Branda Castiglioni destina due case, situate nei pressi della chiesa di San Francesco, agli studenti universitari; nello stesso anno una bolla del papa Martino IV ne riconosce l'istituzione. I posti a disposizione sono 24 e per essere ammessi occorre superare un esame. La struttura è completata da una biblioteca e una cappella, che conserva uno dei più importanti cicli di affreschi dell'età sforzesca. Da allora la storia dell'Università è sempre stata accompagnata da strutture collegiali, che ovviamente hanno seguito le sorti dell'Ateneo: i periodi di prosperità vedono il sorgere di nuovi collegi, mentre i momenti di criticità, dovuti a difficoltà per eventi bellici o invasioni, comportano in alcuni casi la riduzione dei posti letto e, in altri, anche la chiusura di strutture. Si tratta per lo

più di collegi legati ad ordini religiosi, mentre il sistema pubblico si afferma a partire dal secondo dopoguerra, quando i diversi rettori dell'Università avviano una serie di attività tese al potenziamento sia del corpo docente sia delle infrastrutture per la didattica e la ricerca, aumentando la dimensione degli spazi universitari in città.
Tra le iniziative fortemente volute dal rettore Plinio Fraccaro non mancano quelle orientate alla residenzialità di alunni provenienti da fuori città: l'ex collegio germanico-ungarico viene riaperto dopo due anni di lavori tra il 1945 e il 1947 e intitolato ai fratelli Cairoli; si riapre il Castiglioni-Brugnatelli come collegio femminile, a seguito del restauro curato dall'architetto Emilio Aschieri tra il 1948 e il 1954. Successivamente l'Opera universitaria si farà carico di ampliare la disponibilità di posti attraverso la costruzione di una moderna ala. Anche il collegio Valla fu ampliato (1959), realizzando un secondo edificio che elevò la capienza agli attuali 85 posti letto. Nel 1963 fu aperto il collegio Fraccaro, collocato nello stesso isolato della sede centrale dell'Università, sempre su progetto di Aschieri.
Tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta del secolo scorso, l'Università, che conta ormai stabilmente più di 10.000 studenti, da un lato si espande nell'area Cravino, a nord-ovest del centro storico, affidando a Giancarlo De Carlo l'incarico per la redazione del piano di sviluppo delle facoltà scientifiche; dall'altro, grazie a questa migrazione dei dipartimenti scientifici, furono riorganizzati gli spazi della sede centrale e degli altri edifici del centro, incrementando i luoghi per la didattica e i servizi agli studenti, il cui numero è ancora in continua crescita. Ovviamente questa fase di sviluppo coinvolge anche la residenzialità: nel 1971 l'Università acquisisce un collegio privato in via Foscolo e lo riqualifica, aprendolo un anno più tardi e intitolandolo a Spallanzani. Tra il 1975 e il 1977 si completano i lavori di costruzione delle residenze Golgi, che vengono cedute dall'Istituto Autonomo Case Popolari all'Università per farne una residenza per studenti. Nel 1980, invece, il Comune di Pavia cede in convenzione una casa albergo in una zona a nord-est della città, che l'Università destina a collegio, il Griziotti.
Alla fine del XX secolo, quindi, l'Università di Pavia può già contare su 7 collegi e una residenza, con all'incirca 1.200 posti letto a gestione pubblica, e su una serie di collegi privati che portano il numero complessivo a circa 2.000. Il XXI secolo si apre con l'inaugurazione di due nuovi collegi – Giasone del Maino, in centro, e Volta, in zona Cravino – che portano la dotazione complessiva di posti letto pubblici a più di 1.400. L'Università si attesta sempre nelle posizioni di rilievo a livello nazionale e il numero di studenti si stabilizza intorno ai 22.000. Nel 2014 viene aperta la nuova ala nord del collegio Volta, che ne aumenta la disponibilità di ulteriori 84 posti letto in camere singole, nel rispetto delle caratteristiche morfologiche e tipologiche dell'impianto originario.
Il modello pavese ha dunque radici profonde quanto l'Ateneo e continua a richiamare ogni anno centinaia di studenti fuori sede (il numero di domande registra dal 2016 un *trend* crescente del 10% annuo) anche grazie alla figura del rettore del collegio, scelto tra i docenti dell'Università di Pavia. A questo rettore sono affidati i compiti della direzione culturale del collegio e di controllo sulle attività didattiche, ma non solo, degli studenti. Il rettore deve seguire il percorso formativo degli alunni del suo collegio e verificare che al termine dell'anno questi abbiano raggiunto il numero di crediti sufficienti per la riconferma del posto, aiutandoli dove necessario ad organizzare lo studio.



1: A. Greco, V. Giacometti, Immagine di Pavia con in evidenza gli edifici universitari, i collegi, le strutture ospedaliere e i servizi sportivi per gli studenti.

Il collegio: caratteri tipologici e distributivi

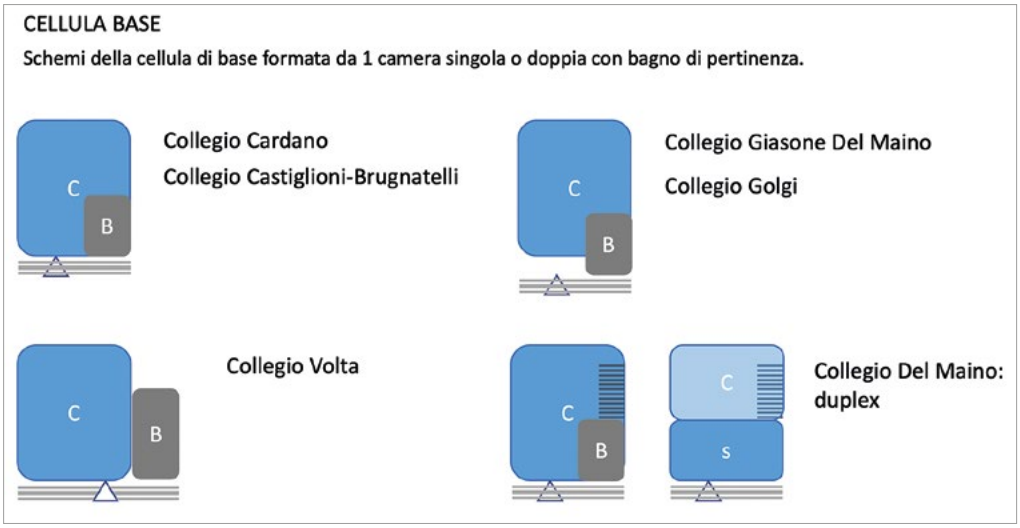
Se si guarda la localizzazione dei collegi pavesi si possono ravvisare due *cluster* principali, a loro volta facilmente riconducibili alle due sedi dell'Ateneo: uno all'interno della cerchia storica definita dalle mura spagnole, proprio in relazione con la sede storica dell'Ateneo che ad oggi ospita i dipartimenti umanistici, gli uffici e la parte amministrativa-gestionale; l'altro nella parte nord-ovest della città, sviluppatosi attorno alla sede dei dipartimenti scientifici e al polo sanitario rappresentato da policlinico San Matteo, Fondazione Mondino, Fondazione Maugeri e il Centro nazionale di adroterapia oncologica (Fig. 1). Questo modello integrato città-università porta a dislocare i servizi per gli studenti universitari non solamente all'interno delle strutture collegiali, che ne sono comunque dotate, ma in tutta la città, favorendo la socializzazione non solo tra gli universitari, ma anche tra questi e la società pavese.

I dieci collegi pavesi hanno sede in strutture di epoche diverse, nate con destinazione d'uso non sempre a funzione collegiale. Il collegio più antico è, come detto, il

Castiglioni-Brugnatelli con un impianto quattrocentesco, seguito dal collegio Cairoli, fondato dall'imperatore Giuseppe II d'Austria nel 1781 come collegio germanico-ungarico per studenti di teologia. Di impianto ottocentesco sono i collegi Fraccaro, collocato in ambienti che fino al 1930 hanno ospitato alcune cliniche dell'ospedale San Matteo, e il primo nucleo del collegio Spallanzani, successivamente ampliato e restaurato negli anni Sessanta del Novecento. Il collegio Valla e due dei tre edifici che compongono il collegio Cardano – già sede GIL ed ex casa balilla – risalgono agli anni Trenta del secolo scorso, mentre il terzo edificio fu realizzato negli anni Sessanta. In tempi più recenti sono invece stati realizzati il collegio Golgi, risalente al 1975-1977, il collegio Griziotti realizzato negli anni Ottanta, e infine nel 2000 i collegi Del Maino e Volta.
Lo schema tipologico e distributivo dei collegi risente naturalmente del periodo di realizzazione, soprattutto nel caso delle strutture novecentesche, mentre in quelle di più antica realizzazione si verifica una maggiore uniformità tipologica, sovente con impianti a corte centrale (collegi Cairoli, Castiglioni, Spallanzani, Fraccaro). Quelli realizzati negli anni Trenta hanno morfologie più articolate, ma schemi distributivi generalmente a corridoio (collegi Valla, Cardano, Golgi e Griziotti, così come i più recenti Del Maino e Volta). Può essere interessante procedere alla lettura tipologica e degli schemi distributivi e aggregativi dei diversi collegi pavesi in relazione ai differenti impianti tipologici edilizi. Un simile esercizio analitico può essere di particolare rilevanza se effettuato anche nella prospettiva di riconoscere i principali elementi di conformità con la normativa vigente[1].
Risulta chiaro come lavorare su un edificio esistente, spesso nato per assolvere a destinazioni d'uso differenti da quella collegiale, comporta da parte dei progettisti la verifica di una serie di vincoli, strutturali, costruttivi e materici propri della fabbrica esistente, rispetto alle quali però il progetto dei collegi deve rispondere in maniera esaustiva, soprattutto in relazione alle esigenze della classe di utenza. In particolare, nel caso del progetto di una struttura collegiale, deve essere garantita una stretta correlazione con l'evolversi rapido e continuo dei modelli esigenziali di riferimento, espressi da un'utenza giovane, per sua natura incline al rinnovamento delle abitudini comportamentali, individuali e di gruppo, e alla rottura degli schemi precostituiti e delle convenzioni culturali e sociali; un'utenza, peraltro, sempre mutevole nell'arco di periodi anche molto brevi per l'avvicendarsi negli spazi abitativi, e soggetta a un continuo ricambio nell'assortimento sociale, culturale e di provenienza geografica.
La classificazione proposta dalla normativa e ormai codificata è sostanzialmente distinguibile in tre categorie: la struttura alberghiera, il minialloggio e il nucleo integrato. In generale, ad oggi, alla luce delle indagini sulle condizioni di vita e di studio degli studenti universitari, la tradizionale tipologia alberghiera sembra non essere in grado di rispondere adeguatamente alle specifiche esigenze degli utenti, preferendo altre tipologie edilizie che privilegiano le attività di socializzazione e condivisione tra gli studenti, piuttosto che quelle di isolamento, come ad esempio le tipologie a minialloggi o a nuclei

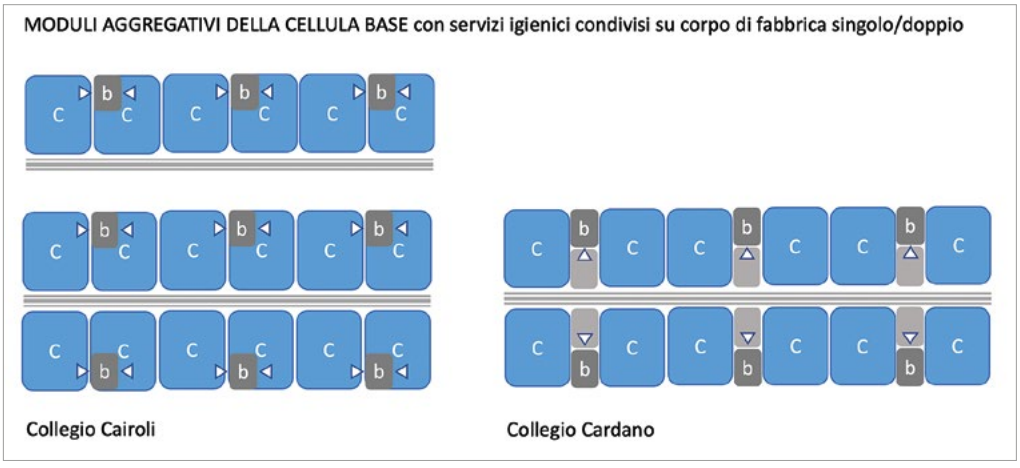
[1] *Disposizioni in materia di alloggi e residenze per studenti universitari*, esplicitate nella legge 14 novembre 2000, n. 338 e successivamente integrate e aggiornate dal Decreto Ministeriale 28/11/2016, n. 936.

integrati o miste. È peraltro interessante notare come le istanze di socialità, e quindi le conseguenti dotazioni di spazi ad esse dedicate, paiono essere in realtà contraddette dalle istanze di distanziamento innescate dalla pandemia in atto.
Nel contesto pavese, la quasi totalità dei collegi è rappresentata dalla tipologia alberghiera, caratterizzata da una distribuzione a corridoio su corpo singolo o doppio, sul quale si affacciano le camere con bagno di pertinenza, bagno condiviso o gruppo di servizi igienici. I servizi collettivi di pertinenza degli studenti sono dunque esterni alle camere e concentrati principalmente ai piani terra degli edifici. Le camere, singole o al massimo doppie, sono sprovviste di una zona autonoma di consumazione dei pasti, ma all'interno della struttura sono presenti cucine collettive o mense. La tipologia alberghiera rappresenta una delle soluzioni maggiormente adottate, in quanto permette la riduzione al minimo degli spazi di accesso e distribuzione e delle stesse camere, all'interno delle quali gli studenti possono soltanto dormire e studiare.
Come evidenziato negli schemi seguenti, tra le tipologie alberghiere si possono individuare diverse modalità di aggregazione, anche se molto simili tra loro, la più frequente delle quali è quella della camera singola o doppia con servizio igienico di pertinenza esclusiva (Fig. 2). La disposizione spaziale è relativamente semplice e prevede il servizio igienico in prossimità dell'ingresso della camera, o completamente inserito nello spazio della camera (collegi Cardano e Castiglioni-Brugnatelli) o parzialmente in aggetto sul corridoio (collegi Golgi e Del Maino). In altre tipologie il servizio igienico è posto all'esterno della stanza, spesso abbinato a quello della camera adiacente (collegio Volta). Una variazione sul modulo della cellula base è rappresentata dalla soluzione a duplex proposta per il collegio Del Maino con la presenza di un piano soppalcato che offre agli alunni uno spazio "altro", flessibile rispetto alle diverse esigenze d'uso. In alternativa, altre soluzioni prevedono una cellula di base formata da una coppia di camere, singole o doppie e da un servizio igienico, o più, condiviso. Purtroppo, sono ancora frequenti

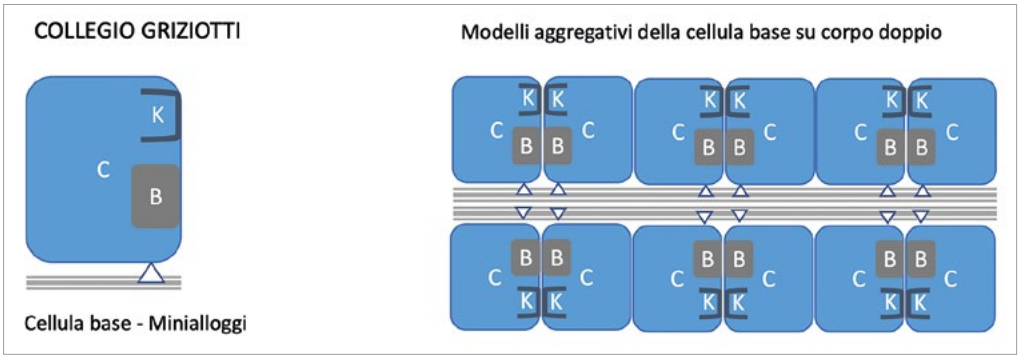


2: D. Besana, Schemi cellula base con bagno esclusivo o condiviso.

i collegi che propongono più di due camere con un nucleo di servizi igienici condiviso (collegi Valla, Spallanzani, Cairoli, Castiglioni-Brugnatelli), abbassando evidentemente lo *standard* qualitativo della struttura e spesso senza soddisfare le esigenze di *privacy* degli alunni. La condivisione del servizio igienico, anche in relazione alla recente pandemia che stiamo vivendo, ha evidenziato con ancora più chiarezza questa criticità proprio in materia di garantire la sicurezza della comunità collegiale anche attraverso il distanziamento e l'isolamento (Fig. 2).
Parimenti interessante può essere poi sviluppare una lettura integrata dei possibili moduli aggregativi delle cellule base, in rapporto ai corpi di fabbrica singoli o doppi. Nelle immagini seguenti si esplicitano gli schemi aggregativi presenti con tipologie di aggregazione principalmente su corpo singolo, nel caso in cui il servizio igienico sia dedicato alla singola stanza, e su corpo singolo o doppio invece nei casi di servizi igienici in condivisione; vi sono poi tipologie più interessanti (collegio Golgi e Volta) che prevedono specifici *cluster* di più camere con cucine comuni (ad esempio una cucina per 12 stanze al Golgi). Queste soluzioni, pur riconducibili alla tipologia alberghiera, consentono lo svolgimento all'interno della stanza di attività ulteriori, quali la preparazione e consumazione dei pasti, oltre che favorire momenti di socialità e condivisione anche in spazi non prettamente collettivi (Fig. 3).
Unica eccezione tipologica rispetto al quadro appena delineato è rappresentata dal collegio Griziotti, edificio degli anni Ottanta, caratterizzato da una tipologia aggregativa a minialloggi (Fig. 4). Gli alunni sono ospitati in appartamenti autonomi di piccole dimensioni, per uno o due utenti, raggruppati intorno a zone di distribuzione, con spazi comuni ridotti e riferiti ai servizi essenziali. All'interno dei minialloggi trova posto anche un piccolo angolo per la preparazione e consumazione dei pasti. Analizzando i contenuti espressi nella legge 338/2000, dal punto di vista spaziale la tipologia del minialloggio può presentarsi sotto differenti forme: una delle più frequenti è quella del monolocale indipendente, per uno o due studenti, all'interno del quale si trovano la



3: D. Besana, Schemi aggregativi della cellula base su corpo di fabbrica singolo o doppio.



4: D. Besana, Schema tipologico a minialloggio presente nel Collegio Griziotti.

zona letto, la zona studio, la zona di preparazione e consumazione pasti e il servizio igienico. In questo caso il minialloggio è articolato in modo che le stesse funzioni, pur condividendo un unico spazio, siano funzionalmente distinte tra loro.

Gli spazi del collegio: ambiti collettivi *vs* ambiti privati

All'interno delle strutture collegiali un aspetto essenziale per l'utenza studentesca riguarda la dimensione collettiva, la possibilità per l'alunno del collegio di sentirsi parte di una comunità attraverso lo scambio con gli altri studenti della medesima fascia d'età e le opportunità culturali, ricreative e sportive che il collegio offre. Nei processi di revisione dello spazio abitativo contemporaneo, in particolare a destinazione collegiale, un'interessante riflessione circa la sperimentazione progettuale riguarda non solo gli aspetti intrinseci dell'alloggio, i cui elementi essenziali rimangono pressoché immutati nel tempo, quanto le relazioni che lo spazio domestico instaura con lo spazio collettivo, pubblico e dei servizi. All'interno di ogni collegio non si "alloggia" soltanto, ma si è parte di una comunità dinamica, potendo godere di una serie di servizi, materiali e culturali, che arricchiscono la quotidianità: attività di tutorato, corsi di lingue straniere, iniziative culturali di ogni genere (cicli di seminari, convegni, conferenze, concerti, rassegne cinematografiche) ed eventi sportivi. La condivisione di spazi e attività tra gli alunni dei collegi aiuta a sviluppare e accrescere il sentimento di comunità e a proporsi traguardi sempre più ambiziosi.
La stessa normativa già precedentemente citata esplicita, oltre alla funzione prettamente residenziale (AF1), include la previsione nei collegi o nelle residenze per studenti delle seguenti aree funzionali:
AF2: servizi culturali e didattici, che comprendono le funzioni di studio, ricerca, documentazione, lettura, riunione, ecc., che lo studente compie in forma individuale o di gruppo anche al di fuori del proprio ambito residenziale privato o semiprivato;
AF3: servizi ricreativi che comprendono le funzioni di tempo libero finalizzate allo svago, alla formazione culturale non istituzionale, alla cultura fisica, alla conoscenza interpersonale e socializzazione, ecc.;

AF4: servizi di supporto, gestionali e amministrativi che comprendono le funzioni che supportano la funzione residenziale dello studente e le attività esercitate dal personale di gestione in ordine al corretto funzionamento della struttura residenziale. Ci si riferisce dunque alle funzioni di accesso, di accoglienza, di incontro e di scambio tra gli studenti e le funzioni di collegamento spaziale e di distribuzione tra le diverse aree funzionali e all'interno di queste; ad eventuali spazi di parcheggio per auto, moto/bici ed i servizi tecnologici e vani tecnici.

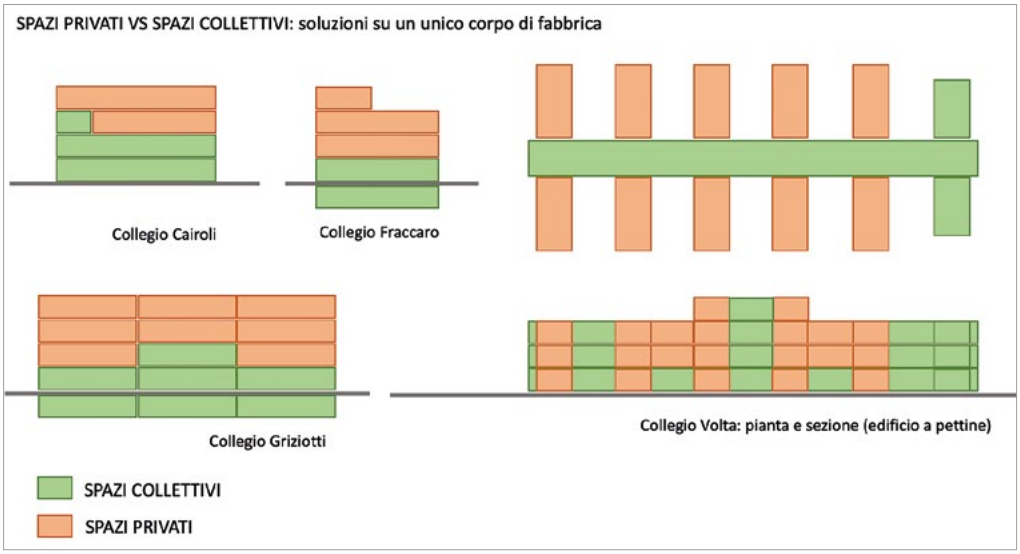
Ogni area funzionale si compone di più unità ambientali che possono coincidere con spazi ben definiti oppure essere identificate all'interno di ambienti più ampi, mettendo in relazione diverse aree funzionali. Le aree funzionali di servizio dipendono in misura maggiore, rispetto alla funzione residenziale, dalla tipologia edilizia. Sebbene, infatti, le funzioni possano essere ben definite, la loro collocazione all'interno di unità ambientali può avvenire in modi diversi.

Negli interventi realizzati in base alla legge 338/2000 i modelli organizzativi generali seguono prevalentemente il criterio per cui le funzioni residenziali e le funzioni di servizio sono concentrate in aree distinte, anche se collegate tra loro. Rispetto ai collegi pavesi, una prima distinzione avviene in relazione alla consistenza fisica dei diversi collegi, in particolare se essi sono costituiti da un unico corpo di fabbrica o da più corpi distinti – come ad esempio avviene per i collegi Valla o Cardano. In ogni caso, le soluzioni più comuni sono caratterizzate dalla dislocazione delle funzioni di servizio al collegio, perlopiù collegate a quelle residenziali (sale studio, sale TV o sale internet), prevalentemente ai piani inferiori. Pur nelle diversità tipologiche dei collegi pavesi, ognuno è in grado di offrire ai propri utenti una serie di servizi di base, i più comuni dei quali sono, oltre alle sale studio, TV e computer, anche spazi di svago e *relax* dotati, ad esempio, di ping-pong e biliardino, cucine comuni o mense, ma anche aule seminari, aule conferenze e biblioteche, proprio in virtù dello scambio osmotico culturale tra diversi collegi e mondo accademico, che spesso organizza convegni, corsi di master e di specializzazione all'interno delle strutture stesse.

Altre aree funzionali, variamente presenti nei collegi, si riferiscono al mantenimento del benessere psico-fisico degli alunni che, all'interno della loro "casa", possono servirsi di palestre con attrezzi o palestre di dimensioni regolamentari per gli sport di squadra come basket o pallavolo. L'offerta del sistema collegiale pavese, come rete, garantisce la possibilità di fruizione degli spazi di ogni collegio a tutti gli alunni che vi risiedono, generando momenti di accrescimento e maturazione psicologica con tornei intercollegiali o attività sportive in genere. Tale offerta, culturale e sportiva, può essere in seconda battuta anche ampliata all'intera cittadinanza come segno di apertura e forte legame tra città e collegi.

Un ultimo elemento spesso presente nei collegi è la possibilità di trovare giardini e aree verdi, in alcuni casi anche attrezzate con campi da tennis (collegi Cardano e Valla). Questo aspetto si è dimostrato particolarmente utile e da incentivare durante i mesi di *lockdown* dovuti all'emergenza sanitaria, permettendo di avere, pur nel rispetto delle restrizioni vigenti, un minimo di socialità e di fruizione di spazi diversi dalla sola camera da letto.

Di seguito si riportano alcuni schemi distributivi realizzati per ognuno dei collegi EDiSU in cui sono identificati, attraverso sezioni schematiche, la collocazione e la distinzione tra aree funzionali private (rappresentate in arancione) e spazi collettivi (in



5: D. Besana, Schema in sezione relativo alla collocazione dei diversi ambiti funzionali (in colore arancione vengono indicati gli ambiti privati, mentre in colore verde gli ambiti collettivi).

verde). Come si accennava, le aree collettive sono perlopiù poste, per ovvie logiche di distribuzione funzionale, ai piani inferiori oppure, nel caso di strutture con più corpi di fabbrica, in un unico edificio interamente dedicato agli spazi comuni e collettivi (collegio Valla). Un altro schema funzionale particolarmente interessante è quello del più recente collegio Volta che, sfruttando la morfologia a pettine, riesce ad inserire i servizi comuni nella spina centrale di distribuzione, dedicando i pettini alla residenza. Tale logica garantisce la possibilità ad ogni piano di avere spazi comuni a servizio degli alunni, generando per contro possibili interferenze funzionali tra gli ambiti più silenziosi delle stanze private e quelli più rumorosi dei luoghi condivisi. Una logica simile, con spazi collettivi distribuiti su diversi piani, è presente anche nel recente ampliamento del collegio Del Maino (Fig. 5).

Potenzialità e criticità del modello attuale

Il modello collegiale pavese, inteso come sistema integrato di Ateneo e collegi, sia privati che pubblici, costituisce, come detto in precedenza, un *unicum* strutturale della città e uno degli elementi identitari del contesto di una vera "città-campus". I numeri ricordati nei paragrafi precedenti sono più che sufficienti per indicare gli elementi di maggiore rilievo del sistema, sia come punti di forza, considerandone l'estensione e l'ampiezza dell'offerta ricettiva, nonché il pregio storico di alcune strutture, sia come vulnerabilità, in relazione alla vetustà di alcune strutture, nonché alla limitata adeguatezza delle stesse a parametri e *standard* di confronto e fruizione aggiornati, anche a prescindere dalle considerazioni che seguiranno, connesse agli impatti di medio e lungo termine generati dalla corrente pandemia.

I drammatici eventi che hanno contraddistinto il 2020 stanno contribuendo a definire nei fatti, prima ancora che a valle di una riflessione teorica articolata, una nuova prossemica dello spazio, ovvero un nuovo paradigma interpretativo del significato assunto, nel comportamento sociale dell'uomo, dalla distanza che l'individuo frappone tra sé e gli altri e tra sé e gli oggetti; più in generale, un nuovo valore attribuito al modo di porsi nello spazio e al modo di organizzarlo [Morandotti 2020; Morandotti, Savorra 2020]. In particolare, questa nuova declinazione post-COVID-19 appare fondata su princìpi e *standard* di distanza interpersonale, ovvero di densità di utenza per unità di superficie, completamente diversi rispetto a qualsiasi modello precedente. Gli impatti di questa trasformazione prospettica sono, e saranno, molteplici, e ad oggi ancora in larga parte inesplorati, in quanto posti all'attenzione del dibattito internazionale con la brutale spinta dell'emergenza medico-sanitaria, e rafforzati dalla condivisa opinione di dover adeguare le capacità di conformazione spaziale non solo in una prospettiva emergenziale, eventualmente legata al ritorno ciclico di episodi simili, ma in una prospettiva semipermanente, o definitiva, di ripensamento del concetto di spazio individuale e collettivo e del suo modo d'uso.
Se le città con i loro sistemi di spazi pubblici aperti costituiscono il macro-scenario di riflessione sulle possibili trasformazioni culturali e sociali indotte dell'esperienza della pandemia, è alla scala dell'edificio che gli impatti psicologici e fisici della nuova prossemica post-COVID-19 si sono resi più manifesti. Abituati ad una quotidianità sociale in cui una quota prevalente delle nostre attività, dall'istruzione al lavoro, dallo svago allo sport, dalla vita di relazione alla fruizione di contenuti culturali, si svolgeva fuori degli spazi abitativi, la necessità di collocare questo *mix* funzionale all'interno dello spazio residenziale ha reso evidente la necessità di un cambio di paradigma. Occorre peraltro prendere coscienza del fatto che nuove attività si potranno svolgere con maggiore frequenza dentro lo spazio residenziale, non solo nel caso di un ritorno alle condizioni di chiusura totale, ma probabilmente per periodi transitori prolungati o semipermanenti; si pensi, ad esempio, al prevedibile consolidarsi di attività di studio in modalità remota. In particolare, le strutture collegiali presentano alcune specificità rispetto alle unità residenziali classiche. Il collegio, infatti, come unità architettonica e funzionale è connotata dalla presenza dei nuclei delle camere dedicate allo svolgimento di attività di riposo, studio o intrattenimento private, e di altri ambiti spaziali, quali mense o cucine, palestre, biblioteche e sale studio, dedicati ai momenti di vita collettiva, che sono poi quelli più strettamente caratterizzanti l'esperienza collegiale, anche a differenza di altri modelli insediativi come i *residence* o i più semplici studentati.
Una delle parole chiave che potrebbero essere poste al centro di un rinnovato dibattito architettonico nella progettazione degli spazi residenziali sia privati che collettivi è "fruibilità"[2], non già perché questa istanza non fosse precedentemente considerata, quanto piuttosto perché con tutta evidenza sono in procinto di cambiare, in termini forse non transitori, proprio le attività che si svolgeranno in tali spazi. In sintesi, i due temi

[2] «L'insieme delle condizioni relative all'attitudine del sistema edilizio ad essere adeguatamente usato dagli utenti nello svolgimento delle attività», norma UNI 8289-1981.

progettuali sui quali è lecito attendere una riflessione nell'immediato futuro potrebbero condurre a sperimentazioni tipologiche con un sovradimensionamento degli spazi residenziali e con un maggiore grado di connessione di questi con l'ambiente esterno. Si tratta, in entrambi i casi, di soluzioni che non sono facilmente applicabili a sistemi edilizi esistenti, ma che potranno essere sperimentate prevalentemente in interventi *ex novo* o di radicale riconfigurazione[3].

Come già ampiamente descritto in precedenza, un collegio universitario presenta alcune caratteristiche peculiari rispetto a un generico studentato, benché sotto il profilo del *layout* funzionale vi possa essere più di una analogia. Gli elementi caratterizzanti di maggior rilievo non sono infatti strettamente edilizi, ma appartengono ad una sfera più sottile, immateriale, legata alla forte percezione identitaria che ogni struttura collegiale esercita sugli studenti che la vivono non unicamente come un'infrastruttura di servizi, ma come una vera e propria comunità solidale, viva e attiva nel momento presente, e allo stesso modo saldamente connessa ad una lunga storia passata. Si stabilisce quindi un legame non solo tra la comunità di studenti residenti in un determinato momento, ma tra questi e la comunità degli ex alunni che vi sono transitati, con i quali condividono un bagaglio di esperienze e di tradizioni. Tale radicamento nella comunità studentesca si diffonde poi in termini di riconoscibilità nella più estesa comunità di studenti non collegiali e in misura minore, sebbene ancora percepibile, nella più complessiva comunità cittadina, contribuendo a definire in maniera essenziale uno degli elementi identitari della città stessa. Proprio questi elementi di forte radicamento si sono dimostrati, durante la pandemia, più robusti delle potenziali criticità che si sarebbero potute generare a causa della stessa, e comunque tali da prevalere sugli stessi limiti strutturali delle infrastrutture edilizie dei collegi stessi, come vedremo, tutt'altro che marginali.

Le principali criticità di natura edilizia riscontrate nelle strutture attuali sono di due ordini: uno di carattere dimensionale e distributivo, l'altro di carattere gestionale e manutentivo. Il primo è strettamente connesso alla sistemica messa in crisi degli *standard* edilizi correnti, che, al pari di quanto si sta delineando anche per l'edilizia residenziale privata, erano funzionali a spazi i cui utenti vivevano altrove per buona parte della giornata; nel caso di utenti universitari si tratta di luoghi per lo studio, lo svago e lo sport, attività svolte in ogni caso all'esterno dello spazio privato in senso stretto. Assistiamo oggi a un completo ribaltamento di paradigma, che certamente riassegna all'alloggio una serie di funzioni di studio e talora di svago e di intrattenimento individuale, fino a pochi

[3] Esistono esempi di interventi su patrimoni edilizi esistenti pubblici profondamente riqualificati non solo sotto il profilo prestazionale energetico, ma anche morfologico e spaziale, ad esempio con la realizzazione di terrazzi realizzati con tecnologie leggere a secco, ancorati alle strutture esistenti, oppure appoggiati su pilastrature metalliche di nuova realizzazione. Tuttavia, questi possono essere considerati casi relativamente specifici, parzialmente applicabili, almeno sotto il profilo della fattibilità tecnologica, ai parchi edilizi residenziali pubblici. Al riguardo si può fare riferimento alla strategia di intervento del cosiddetto "*remodelage*" dell'esistente, in accordo con la definizione fornita tra gli altri da Roland Castro. Si tratta di un approccio multidisciplinare e multiscalare, che integra la riqualificazione morfologica e distributiva interna, il retrofitting energetico dell'edificio e interventi di rigenerazione urbana e sociale nell'intorno [Castro, Denissof 2005; Montuori, Angi, Botti *et al.* 2012].

mesi fa proiettate all'esterno. Nel caso del collegio universitario, alcune di queste attività possono svolgersi anche in spazi collettivi quali sale studio, sale *relax* e palestre interne al collegio stesso, ma resta comunque evidente che anche uno studente universitario può aver bisogno di fruire con maggiore intensità e frequenza dello spazio individuale privato, con una conseguente opportunità di valutarne un sovradimensionamento rispetto agli standard precedenti, soprattutto nel caso di camere doppie. Quest'ultima soluzione tipologica, assai diffusa, può peraltro essere messa in crisi in periodi di emergenza sanitaria dalla necessità di provvedere all'isolamento medico di uno dei suoi occupanti, ed è in generale esposta ad un rischio potenzialmente elevato di trasmissione di contagio tra gli utenti. Analogamente altro elemento di vulnerabilità del sistema è dato dalla diffusa presenza di camere senza bagno, implicando la necessità per gli utenti di fruire di bagni comuni, con potenziali conseguenze sanitarie facilmente immaginabili.
Durante il primo *lockdown*, in presenza di una popolazione studentesca collegiale rimasta a Pavia pari a circa il 40% del totale, è stato possibile procedere ad un adeguato distanziamento distribuendo gli studenti anche nelle camere lasciate libere dai colleghi; ovviamente questa soluzione non è applicabile in condizioni normali, se non al prezzo di una drammatica perdita di ricettività del sistema, che al contrario proprio quest'anno ha registrato il picco massimo assoluto di domande di ammissione.
Agli aspetti più strettamente correlati al contesto post-pandemico, si affiancano poi elementi strutturali di debolezza già presenti, legati sovente all'obsolescenza delle strutture e a interventi manutentivi che, a causa della limitatezza dei fondi disponibili, sono stati in passato necessariamente ridotti, e che dovranno comunque essere accompagnati, ove possibile, da interventi di miglioramento del *comfort* interno, di incremento di accessibilità e fruibilità, oltre che di efficientamento energetico.

Conclusioni

Prospettive future: adeguatezza e adeguabilità ai nuovi scenari

In uno scenario come quello qui tratteggiato sembra possibile delineare due possibili linee di azione: una di breve e medio termine orientata ad agire sulle strutture collegiali esistenti, attraverso interventi che incidano sui fattori di criticità sopra individuati, sia di carattere tipologico/distributivo che tecnologico e prestazionale; una di medio e lungo termine orientata alla realizzazione, eventualmente anche in sinergia con operatori privati, di nuove strutture collegiali, concepite in coerenza con i nuovi approcci post-pandemici.
Nel caso di interventi su strutture esistenti, sarà possibile migliorare gli *standard* attuali ad esempio con l'incremento di dotazioni di servizi igienici, come nell'intervento già progettato in questo senso sul collegio Spallanzani; è possibile migliorare la qualità della fruizione degli spazi ad uso collettivo, come dimostra l'intervento, conclusosi nel dicembre 2019, nel collegio Valla sui luoghi legati alla preparazione e alla condivisione dei pasti (Fig. 6). Ancora, si possono programmare azioni mirate ad incrementare le dotazioni di *comfort* interno e di multimedialità, oltre che la qualità architettonica spaziale

6: Collegio Valla: immagini della inaugurazione della cucina comune ad uso esclusivo degli Alunni inaugurata nel dicembre 2019 [foto di D. Besana].

complessiva, come nel caso del progetto appena avviato su venti aule studio distribuite in diversi complessi pavesi. In particolare, quest'ultima azione ha per obiettivo anche quello di incrementare l'attrattività e l'inclusività delle strutture rispetto ad utenti non residenti, in una prospettiva di sempre crescente integrazione del sistema dei collegi nel tessuto cittadino, sia attraverso la programmazione di iniziative culturali aperte alla città, come tradizionalmente già avviene, che mediante una possibile fruizione integrata e inclusiva. Parallelamente a queste azioni sarà necessario perseguire una decisa politica di manutenzioni straordinarie e di riqualificazioni delle strutture esistenti secondo tre distinte direttrici: il miglioramento del *comfort* ambientale; l'incremento integrato di sicurezza, inclusività (ad oggi solo in due collegi, Volta e Del Maino, sono presenti camere domotiche) e sostenibilità; l'incremento progressivo delle dotazioni spaziali disponibili per ciascun collegiale tanto negli ambiti di fruizione privata che collettiva.
L'ultima azione, pienamente coerente con le esigenze generate della pandemia, potrà essere ottenuta sulle strutture esistenti attraverso una rimodulazione progressiva degli spazi interni e una diversa articolazione degli spazi privati, laddove la consistenza materica e costruttiva, nonché il pregio architettonico delle strutture lo consentiranno; si potrà procedere, ad esempio, con una progressiva realizzazione di camere singole o doppie con bagno dedicato o, al più, due camere con bagno condiviso. Tale azione, poiché potrà risultare anche fortemente invasiva sugli spazi esistenti, produrrà inevitabilmente una riduzione dei posti letto rispetto a quelli attuali, che andrà compensata nel medio termine attraverso una politica di espansione dell'offerta, anche attraverso la realizzazione di nuove strutture edilizie, concepite coerentemente con il nuovo quadro esigenziale di riferimento. Si tratterà, dunque, di avviare una ricerca progettuale che non potrà essere quella della semplice addizione di spazi ulteriori a quelli tradizionalmente previsti, ma che dovrà garantire, a fronte di contenuti incrementi di metratura, una assai maggiore capacità trasformativa degli spazi e un'elevata propensione all'adattabilità funzionale. Pareti mobili, arredi facilmente spostabili, spazi architettonici riconfigurabili, dunque strutture intrinsecamente resilienti, saranno elementi che caratterizzeranno sempre di più il concetto di qualità edilizia anche nel caso di strutture collegiali.

Un ulteriore aspetto, non meno complesso, intercetterà invece la questione dei cosiddetti "spazi intermedi" [Tucci 2020], ossia gli spazi esterni ma di pertinenza della camera, e in generale della struttura: ad esempio logge e balconi, ma anche serre bioclimatiche e giardini d'inverno, o più estensivamente, in quanto non unicamente pertinenziali del singolo alloggio ma collettivi, corti e cortili verdi, o financo tetti giardino. È questo un argomento, molto presente nel dibattito architettonico, che intercetta i temi del cosiddetto "*green city approach*", ritenendo decisiva la presenza di simili estensioni spaziali dell'alloggio tanto per il benessere degli abitanti, quanto per la possibilità di attivare strategie bioclimatiche efficaci. Ad esempio, potrebbe essere integrata una loggia sufficientemente profonda nel profilo dell'edificio, garantendo un'adeguata zona d'ombra e proteggendo dalla radiazione solare le vetrate, auspicabilmente ampie e non limitate al mero soddisfacimento dei rapporti aero-illuminanti attuali. Lo spazio esterno, se opportunamente dimensionato, potrà offrire un ambito vitale aggiuntivo di grande importanza ed essere integrato con pareti vetrate mobili che, aperte in estate e chiuse nella stagione fredda, lo facciano fungere da giardino d'inverno o serra bioclimatica. La convergenza tra obiettivi di contenimento dello stress abitativo e di sostenibilità ambientale globale è evidente.
Non di minore rilevanza potrebbero essere al riguardo anche altre categorie di spazi intermedi, in questo caso non di esclusiva pertinenza della camera, ma di carattere collettivo, come ad esempio corti, giardini e tetti verdi. In questi casi, come in tutti gli spazi semi-privati, nell'eventualità di una recrudescenza sanitaria, l'uso dovrebbe essere modulato coerentemente con le esigenze di distanziamento per la fruizione in sicurezza. Tuttavia, tali spazi, se gestiti dalla comunità dei fruitori secondo princìpi di ragionevolezza, possono configurarsi come elementi rilevanti per connotare la struttura con caratteri di qualità e innovatività elevate. Lo stesso spazio della copertura, ad esempio, se progettato come tetto verde o tetto giardino, oltre a garantire un serie ben nota di vantaggi in termini ecologici e ambientali potrebbe trasformare una superficie altrimenti deserta in uno spazio d'uso esteticamente gradevole e funzionalmente flessibile e condiviso.
Tra le altre possibili ricadute progettuali che potrebbero generarsi, si possono qui elencare il sovradimensionamento dei sistemi distributivi, sia orizzontali che verticali, in modo da ridurre le occasioni di affollamento; il ricorso a soluzioni di ventilazione naturale e incrociata, per favorire il ricambio d'aria naturale e un miglior *comfort* abitativo interno; il ricorso all'integrazione di elementi naturali e vegetali non solo sulle coperture, ma nelle zone comuni e negli altri spazi di connettivo; l'incremento degli spazi comuni e condivisi, fruibili con funzioni differenziate e variabili, legate ad esempio alla didattica a distanza, mediante realizzazione di postazioni comunque messe in sicurezza sotto il profilo del distanziamento interpersonale e delle procedure di sanificazione, ed eventualmente accessibili su prenotazione.

Bibliografia

Storia di Pavia (1984), vol. I, a cura della Banca del Monte di Pavia, Pavia, Banca del Monte di Lombardia.

Storia di Pavia (1987), vol. II, a cura della Banca del Monte di Pavia, Pavia, Banca del Monte di Lombardia.

Storia di Pavia (1990), vol. III, a cura della Banca del Monte di Pavia, Pavia, Banca del Monte di Lombardia.

Storia di Pavia (1995), vol. IV, a cura della Banca del Monte di Pavia, Pavia, Banca del Monte di Lombardia.

BARATTA, A. (2013). *La nascita e l'evoluzione delle residenze universitarie*, in *Gestire le residenze universitarie: aspetti metodologici ed esperienze applicative*, a cura di G. Catalano, Bologna, Il Mulino.

Abitare i collegi (1991), a cura di S. Belforte, Milano, FrancoAngeli.

BOGONI, B. (2001). *Abitare da studenti: progetti per l'età della transizione*, Mantova, Tre Lune.

BOLOGNA, R. (2014). *Il progetto della residenza per studenti universitari,* in *Il processo attuativo del piano nazionale di interventi per la realizzazione di residenze universitarie*, a cura di R. Del Nord, Firenze, EDIFIR, pp. 107-157.

CASTRO, R., DENISSOF, S. (2005). *(Re)modeler, Métamorphoser*, Paris, Le Moniteur.

COLOMBO, U. (1994). *I collegi universitari, centri di eccellenza del sistema di formazione superiore in Italia*, in *Università e collegi: storia e futuro. Atti del convegno 7 marzo 1994 organizzato dal Collegio universitario S. Caterina da Siena di Pavia*, a cura di M. P. Musatti, Pavia, Istituto editoriale Cisalpino - La Goliardica, pp. 93-100.

MORANDOTTI, M. (2020). *Utopia e urbanità nel paradigma del new normal*, in «Idee per ripartire», n. 3.

MORANDOTTI, M., SAVORRA, M. (2020). *Il paradigma dell'urbanità tra resilienza e pandemia. Prospettive di ricerca e di dibattito*, in «Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi», nota 8-2020.

MONTUORI, M., ANGI, B., BOTTI, M., LONGO, O. (2014). *The rational maintenance of social housing (with a warlike modesty)*, in *Cities in transformation. Research & Design*, vol. II, a cura di M. Bovati, M. Caja, G. Floridi, M. Landsberger, Padova, Il Poligrafo, pp. 1003-1010.

Elenco delle fonti documentarie

Disposizioni in materia di alloggi e residenze per studenti universitari, legge 14 novembre 2000, n. 338 e successive integrazioni del Decreto Ministeriale 28/11/2016, n. 936.

Norma UNI 8289-1981.

Sitografia

TUCCI, F. (2020). *Pandemia e Green City. La necessità di un confronto per una riflessione sul futuro del nostro Abitare*, in «Pandemia e sfide green del nostro tempo», dossier aprile-2020, Green City Network e Fondazione per lo sviluppo sostenibile: https://www.greencitynetwork.it/wp-content/uploads/Dossier_Pandemia-e-sfide-green-del-nostro-tempo.pdf [gennaio 2021].

2

CITTÀ E OSPEDALI TRA MEDIOEVO ED ETÀ MODERNA

CITIES AND HOSPITALS BETWEEN MIDDLE AGES AND MODERN ERA

ARCHITETTURA TRA CURA E CARITÀ: GLI OSPEDALI A VENEZIA NEL RINASCIMENTO

Elena Svalduz

Abstract

This contribution aims to discuss some key features that characterized Venetian Renaissance hospitals by shedding light on their twofold role. On one hand they helped preserve the health of a city built upon water while protecting its environmental values, on the other hand they enhanced the city's urban transformation, especially in marginal areas. The paper will investigate the passage from a widespread system of «charitable network», which associated Venice to other cities, to a system concentrated on a few places destined for certain categories of patients.

Keywords

Renaissance hospitals, history of architecture, urban history, environmental values, charitable network.

Introduzione

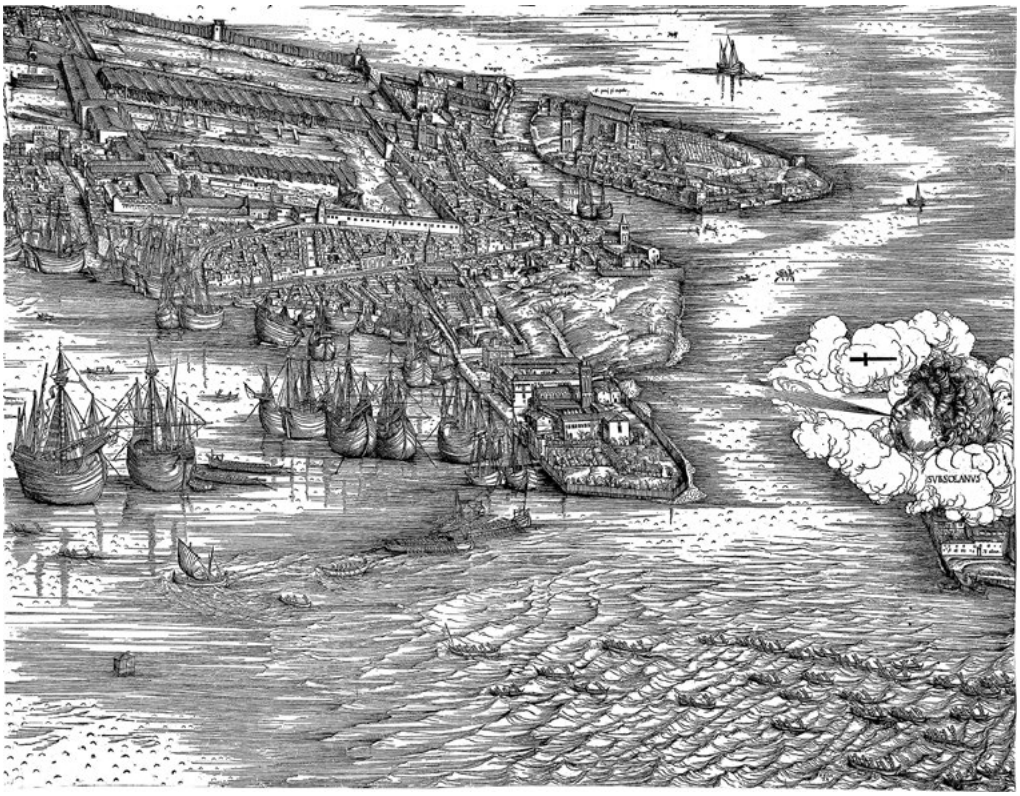
Obiettivo di questo contributo è illustrare alcune caratteristiche degli ospedali veneziani in rapporto a quelli di altri centri del Rinascimento, soprattutto Roma e Firenze, mettendone in evidenza il ruolo nella "cura" e nello sviluppo della città. Fungendo da veri e propri attrattori urbani, in particolare per quanto riguarda le aree marginali, gli ospedali generano infatti a partire XVI secolo trasformazioni di grande impatto per l'intera città [Miano 2020]. Se, come ha sottolineato John Henderson, tanto la struttura architettonica quanto la distribuzione nel tessuto urbano delle sedi ospedaliere non sono affatto casuali, ma sono parte di un processo di riorganizzazione delle città e delle loro funzioni [Henderson 2006], fino a che punto questa tendenza si ritrova in un contesto dall'equilibrio di per sé fragile, come quello lagunare? Nel Quattrocento gli ospedali toscani emergono come strutture atte a preservare la salute delle città, con soluzioni architettoniche e di *interior design* all'avanguardia. In assenza di un riferimento antiquario, si ispirano ai monasteri nella loro felice combinazione tra cura del corpo e dell'anima [Henderson 2006; Molteni 2010, 194-195]. L'esperienza maturata nei più famosi e imitati ospedali quattrocenteschi, dalle originali soluzioni planimetriche, si arricchisce ulteriormente nel Cinquecento nelle città colpite da epidemie di peste e da ricorrenti carestie. Rispetto ad altre realtà della Penisola, possiamo individuare caratteristiche particolari negli ospedali della città lagunare, dove crescita urbana, salvaguardia

© Aisu International 2021

e tutela dell'ambiente sono questioni trattate dagli organi di governo in maniera interrelata [Guidarelli, Svalduz c.s.]? Queste sono questioni diventate, nell'era post-pandemica che stiamo vivendo, paradigmatiche di un nuovo approccio all'*healthscape*, fondato su clima e ambiente, dove Venezia potrebbe assumere un ruolo "pilota" in ambito europeo proprio in virtù della sua storia [Calabi, Molà, Rauch, Svalduz 2021, 8-11].

Un sistema diffuso: Firenze, Milano e Venezia

Nel corso dell'età moderna, a Venezia come altrove, il *welfare system* appare diffuso capillarmente: è un sistema di assistenza ma anche di cura/benessere dell'intera città. Piccoli ospedali, ospedaletti, ospizi e ricoveri: spesso si tratta di poche stanze non facilmente identificabili nelle strutture esistenti [Semi 1983; Molteni 2010, 187-188]. Nel complesso sono questi gli elementi che definiscono il *charitable network*, ma nella rete assistenziale emergono alcuni casi. Vale la pena ricordare qui, per la fama raggiunta grazie all'ubicazione dei servizi o alla continuità d'uso degli edifici, almeno i due ospizi entrambi fondati da dogi, Orseolo e Badoer, il primo in piazza San Marco, il secondo in prossimità della chiesa francescana dei Frari; e poi la Ca' di Dio – ospizio e oratorio per pellegrini – lungo l'attuale Riva degli Schiavoni, fondata nel 1272 ma rinnovata a metà del XVI secolo da Jacopo Sansovino [Morresi 2000, 271-274].
Del resto, la città viene progressivamente circondata da una "corona" di isole-ospedali, come evidenzia Ludovica Galeazzo in questa sede [Galeazzo 2021]: la struttura stessa della città con le sue isole si adatta perfettamente al sistema diffuso e flessibile, mantenendolo a lungo, con la laguna che garantisce distanziamento e isolamento in un'unica struttura territoriale. Questa veniva potenziata nei momenti di difficoltà, di fronte alle emergenze sanitarie o all'aumento della popolazione. Nel tessuto urbano alcuni spazi periferici erano poi destinati a strutture riservate a categorie specifiche di bisognosi: nel 1474 nella punta di Sant'Antonio di Castello, in prossimità di chiesa e monastero, è fondato l'ospedale per marinai, intitolato a san Nicolò, ben visibile nella pianta prospettica di Jacopo de' Barbari (1500) (Fig. 1).
Se a Venezia la principale fonte d'assistenza per bisognosi e poveri proviene dall'ambito religioso, agli spazi riservati dai vari ordini religiosi nei conventi, come infermerie e pellegrinai, si affiancano via via strutture più ampie amministrate dalle «scuole», come a suo tempo evidenziato da Brian Pullan [Pullan 1982]. Si tratta di confraternite laiche a carattere assistenziale/caritatevole dotate, nel caso delle scuole grandi, di potenti organi di autogoverno [Tafuri 1985, 125-154; Guidarelli 2011]. L'accoglienza di persone povere e bisognose di tutti i tipi, senza cioè alcuna distinzione tra categorie di malati o sofferenti, era una delle loro funzioni precipue. La specializzazione delle sedi rispetto al tipo di utenti approda in città solo alla fine del XVI secolo, con gli ospedali grandi, di cui si parlerà.
Com'è noto, nelle città toscane come Firenze e Siena, centri di nascita e sviluppo di nuovi ospedali all'indomani della peste nera, tra la seconda metà del Trecento e per tutto il Quattrocento il *public welfare* funziona più o meno allo stesso modo, basato cioè su grandi strutture – Santa Maria delle Scala a Siena e l'ospedale Nuovo a Firenze – e su una rete di strutture ospedaliere minori. Che gli ospedali diventino un elemento vitale



1: J. de' Barbari, Pianta prospettica della città di Venezia, dettaglio della punta di Sant'Antonio di Castello con l'ospedale per marinai, 1500 [Venezia. Museo Correr].

per il funzionamento e il controllo della società, garantendo ospitalità a tutti i tipi di persone che necessitavano di essere aiutate (malati, poveri, pellegrini o bambini orfani o abbandonati) è un dato indiscutibile. Non a caso, in linea con i principi architettonici espressi nel suo *De re aedificatoria*, Leon Battista Alberti associava la bellezza alla funzionalità degli ospedali toscani, tessendone le lodi[1] [Henderson 2006]. Possiamo immaginare, con Henderson, quanto tutto ciò dipendesse da alcune caratteristiche ricorrenti: facciate dotate di portici ben proporzionati, presenza di immagini devozionali, spazi aperti e chiusi ben progettati dove esporre manufatti artistici (Fig. 2). Com'è stato più volte sottolineato, la nuova architettura celebrata da Vasari comincia proprio con un ospedale (dal 1419), quello degli Innocenti, progettato da Filippo Brunelleschi. Eppure, a eccezione di un veloce riferimento al santuario di Esculapio e Apollo, dove erano condotte le persone invalide sperando di essere guarite, Alberti, che pure riferisce delle funzioni terapeutiche dei bagni termali, non dà indicazioni progettuali in materia di

[1] «In Toscana […] si trovano splendide case di cura, approntate con spese ingentissime, dove qualsiasi cittadino o straniero trova qualunque cosa possa servire alla salute» [Alberti 1966, 367-368].

2: L. della Robbia, Madonna col Bambino, 1448-1450 circa [Firenze. Museo degli Innocenti]

ospedali [Günther 2010]. Vitruvio non ne aveva trattato nello specifico, né erano note strutture antiche: l'ospedale non appartiene dunque all'ambito della ricezione dell'antico nel Rinascimento [Günther 2010]. Nel primo Quattrocento si guarda piuttosto al monastero come modello di buona organizzazione planimetrica e distribuzione dei servizi prevalentemente rivolti a fornire cibo, ospitalità e assistenza ai malati. A introdurre vantaggi pratici, si aggiungono portici all'esterno e chiostri all'interno, dove risulta facile applicare regole monastiche. Secondo Elisabetta Molteni, con riferimento agli esempi quattrocenteschi, il legame tra monasteri e ospedali, gli uni progenitori degli altri, è ancora più evidente se si considera che sia Alberti che Filarete scrivono di ospedali dopo i monasteri [Molteni 2010, 189]. D'altra parte, le architetture ospedaliere, che tanto l'uno quanto l'altro potevano vedere, presentano una loggia aperta verso una strada o una piazza che dà accesso a uno o più chiostri con corsie separate per sessi, secondo quello che è stato definito «basic principle of separating male and female patients and staff into distinct wards and living areas» [Henderson 2006] (Figg. 3-4).

L'impianto planimetrico più diffuso è quello cruciforme, a partire dall'ospedale fiorentino di Santa Maria Nuova (a tre corpi paralleli, con chiesa e due corsie separate dal chiostro), che sarà preso ad esempio dai governi di molte città europee, grazie anche alla promozione che ne fecero nei paesi d'Oltralpe illustri viaggiatori come Martin Lutero e Michel de Montaigne. L'ospedale maggiore di Milano è d'altra parte l'esito di un viaggio d'aggiornamento tecnico effettuato da Filarete in Toscana, grazie al quale

l'architetto viene a conoscere la struttura che diventa fondamentale per tutti gli spazi assistenziali: la corsia, ovvero la lunga stanza con i letti disposti simmetricamente ai lati [Franchini 1995; Henderson 2006]; la sequenza è conclusa da un altare. Celebre è quella Sistina, nell'ospedale romano di Santo Spirito (1475), che segue il modello di Firenze e Milano aggiornandone il linguaggio architettonico, con crociera ottagonale da cui si dipartono tre ali (Fig. 5).

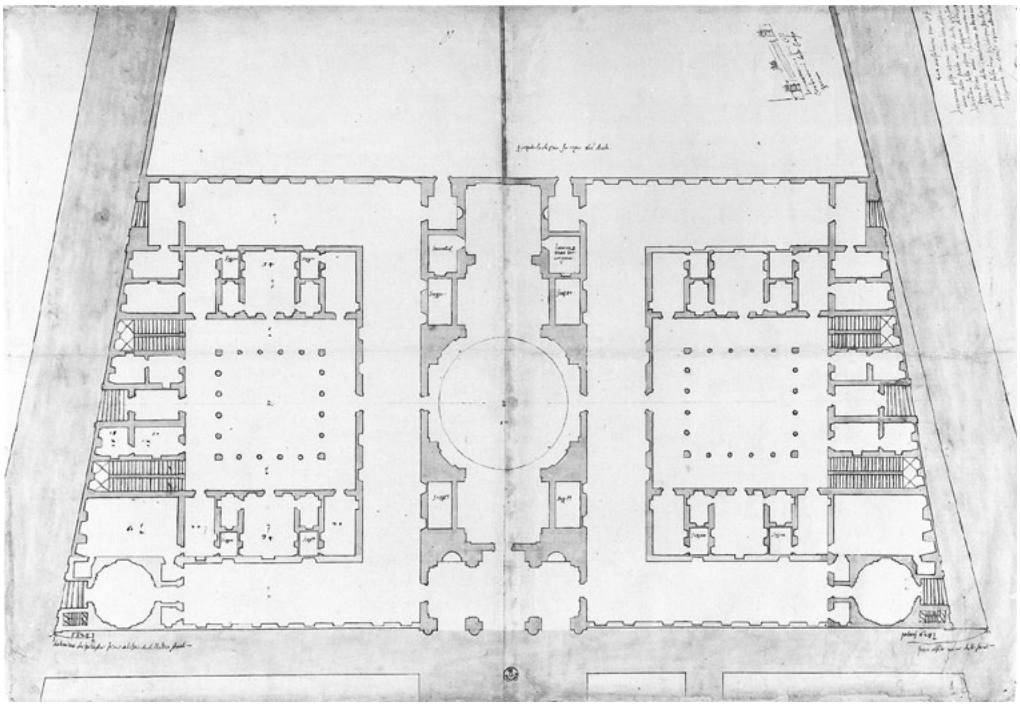
3-4: Firenze. Ospedale degli Innocenti, cortile degli uomini e cortile delle donne, gennaio 2020 [foto di E. Svalduz].

5: Roma. Ospedale di Santo Spirito, Corsia Sistina, veduta della crociera [P. Saulnier (1649). *De capite sacri ordinis*, Roma].

A Venezia alla fine del XV secolo fallisce invece il tentativo promosso dal Francescano osservante Michele Carcano di fondare, come in altre città, un ospedale centrale. Un secolo dopo, a conclusione di un processo di riorganizzazione e specializzazione degli istituti di ricovero distribuiti nella città lagunare, l'iniziativa è però ripresa e lo Stato se ne assume l'onere [Meijers 2015, 140].

Venezia: a beneficio dei poveri e alla gloria di Dio [Goy 1997, 214]

Come abbiamo visto, il *public welfare* veneziano, che faceva capo alle confraternite laiche, non differiva da quello di altre città: i poveri cittadini che non potevano autosostenersi venivano assistiti dai membri delle Scuole Grandi. Tuttavia, nel XVI secolo, segnato da una crescita notevole della popolazione, l'approccio cambia [Svalduz 2019, 11-12]. Lo hanno dimostrato a suo tempo Bernard Aikema e Dulcia Meijers: oltre alla densità abitativa, l'impatto di carestie, guerre e ondate epidemiche richiesero una differente strategia che fece emergere un nuovo tipo di filantropia nel risolvere problemi di salute e di ordine pubblico. I vari ospedali, piccoli e diversificati, con gli ospizi non erano più sufficienti [Aikema, Meijers 1989; Henderson 2015].
In una fase di forte riorganizzazione delle magistrature chiamate a gestire la vita della città, nel 1565 il Senato veneziano conferì una struttura permanente ai Provveditori sopra gli ospedali e luoghi pii, competenti in ambito caritativo e assistenziale. La vicinanza con la scuola di medicina di Padova, che poteva fornire medici e chirurghi [Bamji 2014], dovette generare un'accelerazione nella sperimentazione di cure specifiche, sollecitando nuove soluzioni distributive. Nell'ospedale degli Incurabili, per esempio, veniva somministrato il guaiaco, ovvero la panacea più diffusa dopo il 1520 per curare la sifilide.
Alcuni dati fotografano bene la situazione: tra 1500 e 1550 Venezia fu colpita da ricorrenti epidemie, tra cui mal francese, sifilide, vaiolo, che rafforzarono le attività caritative, fino alla peste del 1575-1577. Nel censo del 1563 mendicanti e trovatelli ammontavano all'1% della popolazione, pari a 1.500 persone [Goy 1997, 236-239]. In questo contesto, e in piena Controriforma, grazie al coinvolgimento degli ordini religiosi e al diretto interessamento di gruppi di cittadini e patrizi veneziani, furono fondati quattro nuovi ospedali «grandi» in questa sequenza: nel 1522 l'ospedale degli Incurabili; nel 1528 Santa Maria dei Derelitti, detto "Ospedaletto"; nel 1594 San Lazzaro dei Mendicanti e, infine, l'ospedale della Pietà che, sorto alla metà del Cinquecento, assunse entro la fine del secolo caratteristiche comuni agli altri tre [Moretti 2008]. Erano tutte strutture con funzioni di ospizio, ospedale e oratorio, ma anche educative. In questo differivano dai «luoghi pii» e dagli organismi caritativi minori per assomigliare piuttosto a monasteri, assecondando in questo la tendenza già rilevata per gli ospedali italiani della stessa epoca [Molteni 2010, 189]. Si tratta di nuovi assetti che vengono affidati a importanti architetti invitati a concepire le chiese annesse, ma non del tutto estranei al tema progettuale dell'edilizia ospedaliera: per il Cinquecento Jacopo Sansovino, Andrea Palladio e Vincenzo Scamozzi; in seguito, Antonio e Giuseppe Sardi, Baldassare Longhena e Giorgio Massari.



6: A. da Sangallo il Giovane, Progetto per l'Ospedale di San Giacomo degli Incurabili, piano terra dell'intero complesso, 1540-1541 [Firenze. Gallerie degli Uffizi, Gabinetto dei Disegni e delle Stampe. U870A*r*].

Una delle soluzioni architettoniche più diffuse a Venezia dal Cinquecento al Settecento è quella a due cortili con chiesa al centro[2], ma vi è anche una circolazione di modelli oltre i confini lagunari, come dimostra l'analisi sugli ospedali degli Incurabili svolta da Elisabetta Molteni. Quello degli Incurabili si rivela in effetti un ottimo campione per verificare le analogie d'impianto [Molteni 2010, 194; Mejiers 2015; Svalduz 2015]: a Roma quello di San Giacomo in Augusta viene realizzato nel 1512; a Venezia nel 1522, lungo la fondamenta che, continuando quella delle Zattere, sarà celebrata in tempi recenti dallo scrittore russo Iosif Brodskij [Brodskij 1991].
Per l'ospedale romano, casa madre di tutti gli Incurabili, Antonio da Sangallo il Giovane elabora una struttura influenzata dall'antico, con una chiesa ad aula centrale, cupolata, che si sviluppa su tutta la profondità dell'edificio separando due cortili (Fig. 6). Anche se l'ospedale non sarà poi realizzato secondo questo disegno, l'impianto planimetrico godrà di una certa fortuna, approdando in laguna per essere replicato ai Mendicanti; non tanto, dunque, nel «gemello» veneziano, quello lungo le Zattere, destinato ai malati di sifilide e dal 1525 anche a orfani e penitenti (ex prostitute) e composto da un ampio rettangolo con chiesa a pianta mistilinea rettangolare con i lati brevi semicircolari

[2] La struttura viene realizzata a Venezia in questa sequenza: Incurabili 1522; Mendicanti 1590; Catecumeni 1726; Penitenti 1730.

progettata da Jacopo Sansovino, sulla base di principi acustici e musicali [Moretti 2008]. Insieme al cortile rettangolare delimitato dalle quattro ali ospedaliere, l'edificio, prima di essere distrutto nel 1831, fu rilevato da Francesco Lazzari.
A beneficio dei mendicanti, invece, il Senato veneziano decise nel 1594 di trasferire l'ospedale dall'isola di San Lazzaro a Venezia. Il nuovo istituto, che mantenne l'intitolazione a san Lazzaro (dei Mendicanti), fu concepito per soccorrere non solo i lebbrosi, allora diminuiti, ma anche i bimbi poveri e orfani che sarebbero stati educati a svolgere un lavoro manuale. Il processo di ideazione, guidato da magistrature dello Stato insieme a corporazioni/scuole e istituzioni religiose, fece seguito a una lunga serie di discussioni sollevate dal problema della «sanificazione» cittadina dai mendicanti stessi sparsi in tutta Venezia. Le decisioni in merito all'edificazione furono tuttavia affidate agli organi competenti, ovvero Senato e Provveditori alla Sanità. Questi ultimi, il 17 marzo 1596, giudicarono positivamente il sito posto lungo il margine settentrionale della città e acquistato dai «delegati sopra l'erretion dell'hospedal», in quanto ampio, «in aere aperto» e lontano dai luoghi più affollati della città[3]: una soluzione che garantiva, diremo oggi, il distanziamento sociale. Nello stesso anno, Fabio Glissenti rilasciava una descrizione del sito altrettanto piacevole, associando alla dimensione paesaggistica, assicurata dalla «prospettiva vaghissima quasi come Theatro, il cui piano siano quelle larghe paludi», quella della salubrità dell'aria «scoperta» [Glissenti 1596, 236*v*]. In realtà si tratta del settore urbano in via di definizione compreso tra il rio di San Giovanni e Paolo – con la fondamenta che sarà detta "dei Mendicanti", registrata dallo stesso Glissenti in corso di costruzione nel 1596 – l'omonimo convento dei domenicani con la Scuola Grande di San Marco e la nuova riva realizzata, in quegli stessi anni, come prima *tranche* delle fondamente nuove [Svalduz 2019]: uno dei più importanti interventi urbani realizzati a Venezia nel corso del Cinquecento.
Ciò che è emerso dalla ricostruzione dettagliata delle operazioni è che i governatori dell'ospedale dei Mendicanti s'inseriscono di fatto nella fase di contrattazione e di definizione delle terre nuove, bonificate per colmata [Svalduz 2015], riuscendo a sfruttare tanto la flessibilità delle procedure operative, quanto la disponibilità di ampie superfici. Essi proposero di acquistare «in una sola volta tutte otto le prese che sono poste in quel sito […]»[4]: un'offerta che dovette apparire più che vantaggiosa allo Stato veneziano, che in precedenza aveva tentato invano di vendere al miglior offerente i piccoli appezzamenti insistenti nell'area. Nell'estate del 1600, Giovanni Alvise Galesi effettuò la misurazione dell'area riservata ai Mendicanti, corrispondente a ben otto «prese» della prima *tranche*

[3] Venezia. Archivio di Stato. Senato Terra. Filza 144, 17 marzo 1596, *Supplica dei delegati sopra l'erezione dell'ospedale, affinché concesso loro di prendere a livello francabile ducati 6000 per pagare il terreno*. Il 29 agosto 1597 i delegati rinnovano la supplica per «far esso hospedale; con l'obbligo a i delegati di quello di immediate fabricarlo di legname, siccome anco sono stati principiati gli hospitali di S. Zuan et Paolo, et degli Incurabili di questa città, fino a tanto che si potrà fabricarlo in pietra», Venezia. Archivio di Stato. Senato Terra. Filza 144, 29 agosto 1597.

[4] Venezia. Archivio di Stato. Savi ed Esecutori alle Acque. Reg. 347, cc. 84v-85v, 7 agosto 1600.

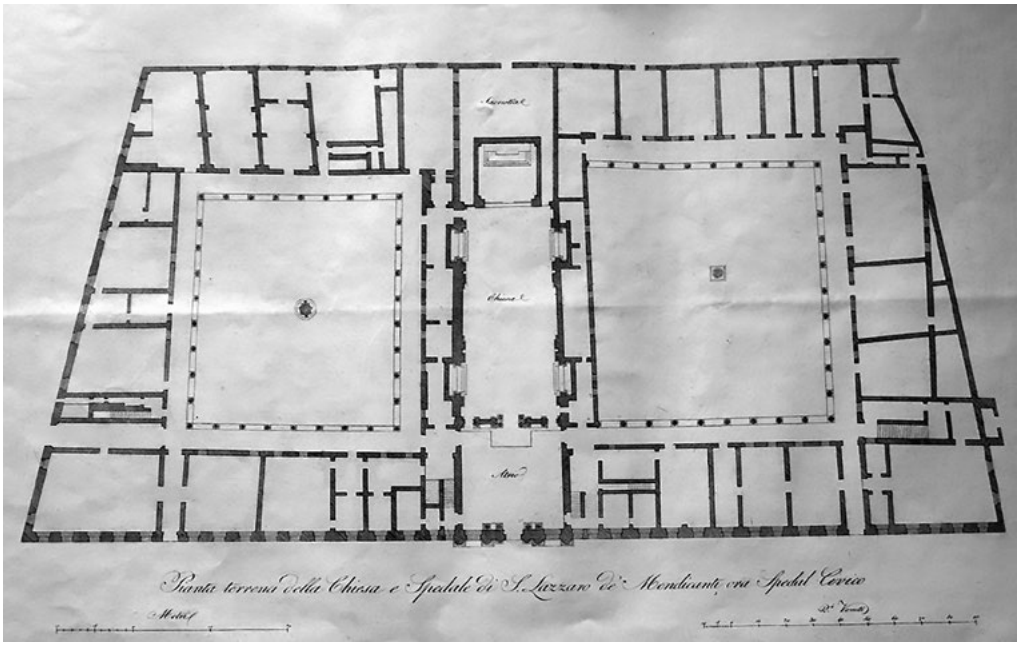
7: Venezia. Ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti, 2017 [foto di E. Svalduz].

di lottizzazione[5]. La forma trapezoidale del sito, ben visibile nel disegno del «proto», determinò l'organizzazione del complesso [Meijers 2015, 142]. Con l'acquisizione da parte di un unico acquirente delle terre bonificate si sarebbe finalmente potuto realizzare il ridisegno del margine settentrionale della città secondo le linee guida impartite da un'altra magistratura con competenze tecniche, direttamente coinvolta nel riassetto delle aree periferiche: i Savi ed esecutori alle acque.

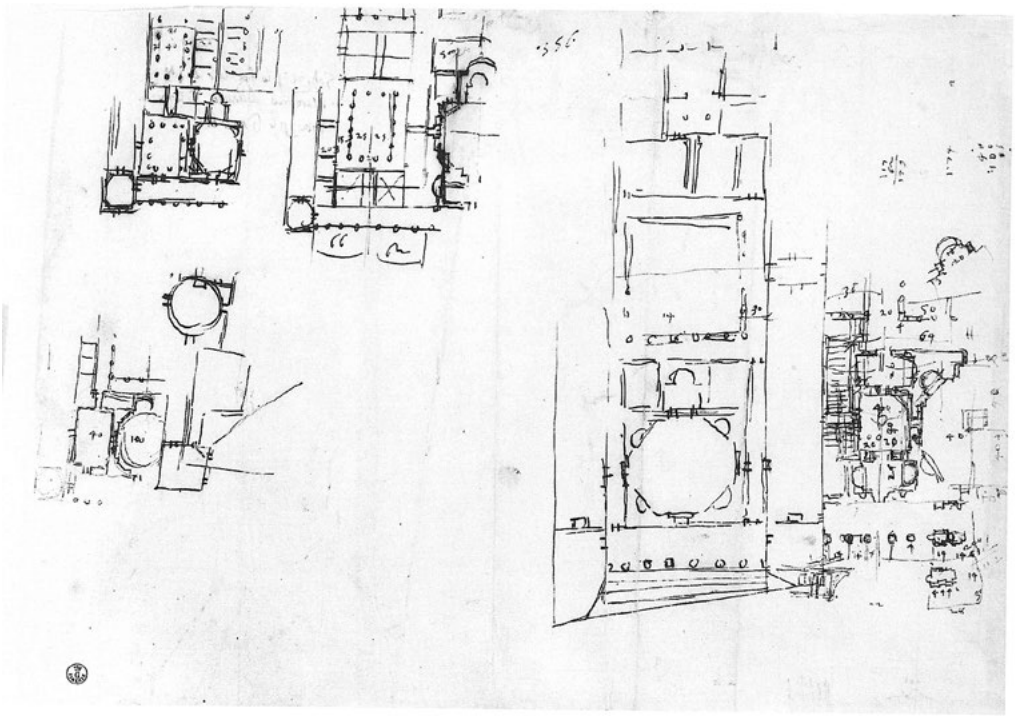
Nella prima e ancora valida ricostruzione storica della vicenda relativa al nuovo ospedale dei Mendicanti, Aikema e Meijers ritengono che tra l'estate del 1599 e l'inverno del 1601 fosse stato costruito un capannone di circa 25 metri per dare ospitalità a cento mendicanti, di fronte a cui venne allestita una cappella di legno. L'ospedale fu progressivamente modificato e dotato di altre due strutture lignee nel 1601 [Aikema, Meijers 1989, 249]. Le istituzioni procedettero dunque realisticamente per gradi, sulla base di un programma di massima che veniva realizzato a seconda delle risorse disponibili. Negli anni successivi fu costruito in pianta stabile il complesso dominante l'orizzonte lagunare visto da nord: esso sfruttava la collocazione angolare, tra la riva esterna e il rio interno (Fig. 7), dove la chiesa emerge ancora oggi nettamente rispetto alle due ali ospedaliere; dunque, al contrario degli Incurabili lungo le Zattere, dove è assente qualsiasi traccia del tempio nella facciata sulla fondamenta. Nell'organizzazione planimetrica il complesso è orientato lungo la riva interna per circa 129 metri, con una profondità di circa 65, e non lungo le Fondamente Nuove; l'aspetto più interessante, però, è che la nuova struttura ospedaliera appare caratterizzata da un unico percorso distributivo per

[5] Venezia. Archivio di Stato. Savi ed Esecutori alle Acque. Reg. 347, cc. 84v-85v, 7 agosto 1600.

l'intero complesso, che utilizza il vestibolo della chiesa come snodo (Fig. 8). Come in altri ospedali grandi sopra considerati, l'impianto appare funzionale, con la chiesa tra due cortili separati tra maschi e femmine, ma il collegamento tra parte destra e sinistra del complesso avviene in corrispondenza del vestibolo della chiesa. Di questa funzionalità potrebbe essere responsabile Vincenzo Scamozzi, come cercheremo di dimostrare [Pellegriti 1991, 160]. Appare evidente la stretta dipendenza del progetto per il complesso veneziano di San Lazzaro da quello romano di San Giacomo degli Incurabili, fulcro della lottizzazione avviata nell'area del Tridente, come ha dimostrato Vitale Zanchettin [Zanchettin 2005, 237-243]. Non è solo il vestibolo, comunicante sia con la chiesa che con la sezione dell'ospedale, l'elemento più interessante che connette il progetto romano di Sangallo ai Mendicanti: entrambi i complessi sono collocati in un'area in via di urbanizzazione dove il tracciamento della nuova viabilità influisce sulle scelte di progetto. Tra gli Incurabili e i Mendicanti è possibile collocare un terzo caso veneziano con chiesa affiancata dalle due ali ospedaliere: il complesso delle Zitelle alla Giudecca (dal 1561), destinato a prostitute malate di sifilide [Cooper 2005, 281-285, 281-285; Puppi 1992]. Potrebbe essere questo lo spazio di sperimentazione dei progetti romani sopra menzionati per gli Incurabili, tracciati in due fogli, collocabili 1538 e 1546 (U870A*r* e U872A*r*, Fig. 6), di mano di Antonio da Sangallo il Giovane [Frommel, Adams 2000, 168-170]. Costui era subentrato a Baldassarre Peruzzi, nel frattempo deceduto, come architetto dell'ospedale di San Giacomo in Augusta. Nel primo disegno è tracciato un complesso che si sviluppa tra via Lata (ora il Corso) e via Leonina (ora Ripetta), cioè due dei tre assi stradali convergenti su piazza del Popolo [Meijers 1989, 61-66]. L'area a forma di



8: L. Cicognara, A. Diedo, G. Selva, Chiesa e Ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti, planimetria del piano terra, 1830-40.



9: A. da Sangallo il Giovane, Progetti per l'Ospedale di San Giacomo degli Incurabili [Firenze. Gallerie degli Uffizi, Gabinetto dei Disegni e delle Stampe. U872Ar].

trapezio, come quella dei Mendicanti a Venezia, è simmetricamente divisa da un asse centrale costituito dalla chiesa, con due cortili ai lati e con fronte principale sulla strada trasversale (ora via Canova); sulle due vie di Ripetta e del Corso sono previsti negozi e agli angoli sono poste due chiese.

In seguito alla decisione di orientare diversamente l'ospedale romano, con la facciata della chiesa prospettante su via del Corso, Antonio da Sangallo sviluppa un progetto alternativo delineando uno sviluppo longitudinale, come si nota nello schizzo tracciato nel secondo foglio e già messo in relazione da Martina Frank con le Zitelle [Aikema, Meijers 1989, 225-234; Frank 1992, 116-117] (Fig. 9).

È stata Roberta Pellegriti ad attribuire a Vincenzo Scamozzi l'assetto planimetrico dei Mendicanti, con chiesa in posizione centrale tra i due corpi laterali [Pellegriti 1991, 160], sebbene i tempi di realizzazione assai dilatati non consentano di assegnare all'architetto la piena paternità dell'opera. La costruzione del primo chiostro avviene entro il primo trentennio del Seicento, mentre solo dal 1633 inizia la seconda fase di lavori che interessa anche la chiesa. Fino ad ora la questione del coinvolgimento dell'architetto vicentino, messa in discussione da Sandra Vendramin nel catalogo della più recente mostra vicentina su Scamozzi [Vendramin 2003], era stata posta a partire dalle Zitelle, secondo l'ipotesi che quest'ultimo complesso fosse stato compiuto su progetto di Andrea Palladio. Il coinvolgimento di Palladio potrebbe essere giustificato, secondo Martina Frank, dal ruolo da lui ricoperto tra il 1545 e il 1546 nell'ospedale romano di Santo Spirito in Sassia,

dove avrebbe potuto conoscere l'attività di Antonio da Sangallo per San Giacomo degli Incurabili [Frank 1992, 117]. Che vi possa essere stato uno scambio di informazioni tra architetti impegnati nella costruzione dei nuovi complessi ospedalieri è un'ipotesi più che plausibile. Andrea Palladio nel corso del suo viaggio a Roma durato due anni (1545-1547) avrebbe avuto facilmente accesso ai disegni per l'ospedale romano, forse analizzati direttamente presso la bottega di Sangallo prima che costui morisse (1546) [Tessari 1996, 138; Burns 2002]. La proposta di Scamozzi per i Mendicanti, della quale non resta alcuna traduzione grafica, ma che ipotizziamo possa essere stata elaborata tra la fine del XVI secolo e l'inizio del successivo, fu comunque influenzata dai disegni di Antonio da Sangallo conosciuti attraverso Palladio. In entrambi i casi, a Roma e a Venezia, si trattava, come abbiamo visto, d'impostare un complesso ospedaliero su un lotto compreso tra due assi stradali in un'area a forma trapezoidale e in via di urbanizzazione. Ma ciò che più colpisce nella vicenda relativa alla costruzione di una nuova sede per i Mendicanti in laguna è il richiamo, nella fase di presentazione dei progetti, a modelli "esterni", provenienti cioè da edilizia assistenziale del centro-nord Italia, come nel caso della facciata loggiata o chiusa, quest'ultima scelta per gli Incurabili e le Zitelle. Si tratta di una costante e consapevole ricerca di modelli adeguati, come sappiamo dai documenti, con riferimento all'ospedale Grande milanese (dei quali nel 1485-1487 il Senato richiede rilievi) o a «quello di Roma» evocato per gli Incurabili [Meijers 2015, 159].

Conclusioni

In definitiva, oltre a sottolineare il ruolo civico dell'ospedale nella cura e nel controllo sociale della città, argomento molto presente nella storiografia sugli ospedali, questo contributo propone di considerare le grandi strutture ospedaliere anche come agenti attivi nella costruzione della città. Tuttavia, c'è un dato specifico del contesto urbano: nella Venezia del Cinquecento crescita urbana e tutela della salute e dell'ambiente sembrano progredire insieme. Studi recenti hanno dimostrato come la spinta a urbanizzare le aree poste ai margini di Venezia subisca una particolare accelerazione nel corso del XVI secolo [Galeazzo 2018]. A sugellare questo processo di progressiva ridefinizione del margine urbano fu, non a caso, l'ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti, costruito su un terreno bonificato nei primi anni del Seicento, destinato ad accogliere i poveri senza lavoro e fissa dimora: una soluzione che relegava ai margini lo scandalo della mendicità e allo stesso tempo attirava l'interesse su un'area non ancora urbanizzata. L'insistenza su un impianto planimetrico ben calibrato nella distribuzione delle parti, per quanto derivato dai monasteri, dimostra come l'ospedale giocasse un ruolo fondamentale nel realizzare il concetto contemporaneo di "città ideale" per l'accento posto, dalle magistrature e dagli architetti coinvolti nel progetto, sulla salute e sull'igiene, sull'organizzazione razionale e sulla relazione tra bellezza e funzionalità [Henderson 2006].

Bibliografia

AIKEMA, B., MEIJERS, D. (1989). *Nel Regno dei poveri. Arte e storia dei grandi ospedali veneziani in età moderna 1474-1797*, Venezia, Arsenale editrice.

ALBERTI, L. B. (1966). *De re aedificatoria*, libro I, trad. it., Milano, il Polifilo.

BAMJI, A. (2014), *Medical Care in Early Modern Venice*, in «London School of Economics and Political Science, Department of Economic History. Working Papers», n. 188, pp. 1-24.

BRODSKIJ, I. (1991). *Fondamenta degli Incurabili*, Milano, Adelphi.

BURNS, H. (2002). *"Da naturale inclinatione guidato": il primo decennio di attività di Palladio architetto*, in *Storia dell'architettura italiana. Il primo Cinquecento*, a cura di A. Bruschi, Milano, Electa, pp. 372-413.

CALABI, D., MOLÀ, L., RAUCH, S., SVALDUZ, E. (2021). *Introduzione*, in BENEDETTI, R. *Venezia 1576, la peste. Una drammatica cronaca del Cinquecento*, a cura di D. Calabi, L. Molà, S. Rauch, E. Svalduz, Caselle di Sommacampagna, Cierre.

COOPER, T. E. (2005). *Palladio's Venice: architecture and society in a Renaissance republic*, New Haven and London, Yale University Press.

FRANK, M. (1992). *Il luogo delle Zitelle. Segni e forme di un pensiero palladiano*, in *Le Zitelle. Architettura, arte e storia di un'istituzione veneziana*, a cura di L. Puppi, Venezia, Albrizzi, pp. 97-128.

GALEAZZO, L. (2018). *Venezia e i margini urbani. L'*insula *dei Gesuiti in età moderna*, Venezia, IVSLA.

GALEAZZO, L. (2021). *Oltre I Lazzaretti: le isole della laguna veneziana come cordono sanitario d'emergenza in età moderna*, in *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria. The city and healthcare. Spaces Institutions, Strategies, Memory. Pavia, 10-12 settembre 2020, Convegno internazionale di storia urbana AISU 2020, Studi*, a cura di M. Morandotti, M. Savorra, Torino, AISU International, in questo volume.

GLISSENTI, F. (1596). *Discorsi morali dell'Eccellente S. Fabio Glissenti contra il dispiacer del Morire*, Venezia, appresso Domenico Farri.

GOY, R. (1997). *Venice. The city and its architecture*, London, Phaidon Press.

GUIDARELLI, G. (2011). *Le Scuole Grandi veneziane nel XV e XVI secolo: reti assistenziali, patrimoni immobiliari e strategie di governo*, in «Mélanges de l'École française de Rome - Moyen Âge», n. 123-1, pp. 59-81.

GUIDARELLI, G., SVALDUZ, E. (c.s.). *Valore storico, economico e sociale delle bonifiche in età moderna*, Padova, Padova University Press.

GÜNTHER, H. (2010). *Italian Hospitas of the Early Renaissance*, in *Public buildings in Early Modern Europe*, a cura di K. Ottenheym, M. Chatenet, K. de Jonge, Turnhout, Brepols, pp. 385-396.

Healthscape. Nodi di salubrità, attrattori urbani, architettura per la cura (2020), a cura di P. Miano, Macerata, Quodlibet.

HENDERSON, J. (2006). *The Renaissance Hospital. Healing the Body and Healing the Soul*, New Haven and London, Yale University Press.

HENDERSON, J. (2015). *I Mendicanti e la politica assistenziale italiana*, in *La chiesa e l'ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti. Arte, beneficenza, cura, devozione, educazione*, a cura di A. Bamji, L. Borean, L. Moretti, Venezia, Marcianum Press, pp. 33-45.

Le Zitelle. Architettura, arte e storia di un'istituzione veneziana (1992), a cura di L. Puppi, Venezia, Albrizzi.

MEIJERS, D. (2015). *La storia architettonica di un istituto specializzato e la formazione di una nuova tipologia ospedaliera a Venezia: il caso della chiesa e dell'ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti*, in *La chiesa e l'ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti. Arte, beneficenza, cura, devozione, educazione*, a cura di A. Bamji, L. Borean, L. Moretti, Venezia, Marcianum Press, pp. 139-162.

MOLTENI, E. (2010). *Ospedali e ospizi: carità pubblica e cristiana*, *in Il Rinascimento italiano e l'Europa, vol. VI, Luoghi, spazi, architetture*, a cura di D. Calabi, E. Svalduz, Treviso-Costabissara, Angelo Colla editore, pp. 175-195.

MORETTI, L. (2008). *Dagli Incurabili alla Pietà. Le chiese degli Ospedali Grandi di Venezia tra architettura e musica (1522-1790)*, Firenze, Olschki.

MORRESI, M. (2000). *Jacopo Sansovino*, Milano, Electa.

Ospedali lombardi del Quattrocento. Fondazione, trasformazioni, restauri (1995), a cura di L. Franchini, Como, New Press.

PELLEGRITI, R. (1991). *La chiesa dell'ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti*, in «Arte veneta», n. 43, pp. 152-165.

PULLAN, B. (1982). *La politica sociale della Repubblica di Venezia 1500-1620, vol. I, Le scuole grandi, l'assistenza e le leggi sui poveri*, Roma, Il Veltro editrice.

SEMI, F. (1983). *Gli «ospizi» di Venezia*, Venezia, IRE.

SVALDUZ, E. (2015). *«Contra il dispiacer del morire»: i Mendicanti, le larghe paludi e il nuovo ampliamento urbano*, in *La chiesa e l'ospedale di San Lazzaro dei Mendicanti. Arte, beneficenza, cura, devozione, educazione*, a cura di A. Bamji, L. Borean, L. Moretti, Venezia, Marcianum Press, pp. 111-138.

SVALDUZ, E. (2019). *Ampliare la città. Venezia e le Fondamente Nuove (prima e seconda tranche)*, in «Ateneo Veneto», a. CCVI, terza serie, n. 18/II, pp. 11-25.

TAFURI, M. (1985). *Venezia e il Rinascimento. Religione, scienza, architettura*, Torino, Einaudi.

TESSARI, C. (1996). *Appunti su Palladio e l'architettura del Cinquecento romano*, in «Annali d'architettura», n. 8, pp. 135-144.

The architectural drawings of Antonio da Sangallo the Younger and his circle. Vol. 2, Churches, villas, the Pantheon, tombs, and ancient inscriptions (2000), a cura di C. L. Frommel, N. Adams, The MIT Press, Cambridge Mass.

VENDRAMIN, S. (2003). *Chiesa e ospedale di San Lazzaro a Venezia (1601)*, in *Vincenzo Scamozzi 1548-1616*, *catalogo della mostra*, a cura di F. Barbieri, G. Beltramini, Venezia, Marsilio, pp. 398-400.

ZANCHETTIN, V. (2005), *Via di Ripetta e la genesi del Tridente. Strategie di riforma urbana tra volontà papali e istituzioni laiche*, in «Römisches Jahrbuch der Bibliotheca Hertziana», band 35, pp. 211-286.

Elenco delle fonti archivistiche

Venezia. Archivio di Stato. Savi ed Esecutori alle Acque. Reg. 347, cc. 84v-85v, 7 agosto 1600.

Venezia. Archivio di Stato. Senato Terra. Filza 144, 17 marzo 1596, *Supplica dei delegati sopra l'erezione dell'ospedale, affinché concesso loro di prendere a livello francabile ducati 6000 per pagare il terreno*.

Venezia. Archivio di Stato. Senato Terra. Filza 144, 29 agosto 1597.

"ERANT DUE DOMUS": I PRIMI OSPEDALI DELLA CORONA D'ARAGONA A ROMA

Isabel Ruiz Garnelo

Abstract

Using unpublished documentary evidence, this paper calls for a reconsideration of the early life of Santa Margarita and San Nicolás Catalanorum, the hospitals of the Crown of Aragon in Rome during the Late Middle Ages (14th-15th century). It analyses the role played by the hospitals in caring the poor and pilgrims, the importance of their location in the urban topography, and the dialogue within their own community and within the Roman context.

Keywords

Hospital, Santa Margarita, San Nicolás, Crown of Aragon, Rome.

Introduzione

Si è molto scritto dell'importanza dei papati Borgia per l'arrivo e la permanenza a Roma di una grande quantità di ecclesiastici, diplomatici e notai originari della corona di Aragona, così come anche dell'ascesa e del ruolo nell'economia e nella società dei mercanti catalani. Senza sottovalutarne l'importanza, con il saggio s'intende ricordare che la presenza degli spagnoli nella capitale può essere rintracciata da molto prima. Oltre ad essere la sede papale, Roma è sempre stata una meta privilegiata per i pellegrini, il cui crescente numero ha motivato la messa in moto dei meccanismi destinati all'accoglienza[1]. Dal Duecento si moltiplicarono le pie donazioni da laici e gestite da ordini e compagnie; dal Trecento si aggiunsero le locande e l'affitto di stanze dai privati [Heers 1988, 130, 142-149; Peyer 1991, 139; Gualandi 2001].

La vita dei primi ospedali della corona d'Aragona a Roma può essere compresa come parte di questo fenomeno. Come si analizzerà in seguito, nella seconda metà del Trecento due pie donne fondarono case-ospedali per assistere i connazionali, a partire dai loro beni mobili e immobili. La struttura di San Nicolás era destinata agli uomini e quella di Santa Margarita alle donne[2]. L'analisi di fonti primarie inedite permette di rivalutare l'importanza di queste strutture circa la capacità assistenziale e l'ubicazione

[1] Sugli studi degli ospedali nella cronologia d'interesse [Vieillard 1933; Fernández Alonso 1956; Vincke 1958; Vaquero Piñeiro 1994].

[2] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 11.

© Aisu International 2021

nella città; inoltre, si rifletterà anche sulla loro evoluzione irregolare fino alla metà del Quattrocento[3], sui problemi e sugli sforzi per risolverli.

Santa Margarita e San Nicolás nel loro contesto urbano

La casa-ospedale di Santa Margarita fu fondata da Margarita Pauli, originaria di Maiorca ma residente a Roma. Non è stato possibile trovare altre informazioni sulla fondatrice, ma si può ipotizzare che avesse una posizione sociale ed economica significativa, in quanto la donazione dell'immobile fu seguita da altre sue proprietà. Si riporta, inoltre, che la sua missione caritativa iniziò nel 1363, durante il pontificato di Urbano V (1362-1370)[4].

I beni si trovavano in Arenula, nel rione Regola, e più precisamente legati alla parrocchia di Sancto Tommaso de Hispanis. Finora il nesso tra la chiesa e gli spagnoli residenti o di passaggio a Roma era basato principalmente su ipotesi, a causa dell'impossibilità di verifica nelle fonti documentarie o materiali. Il testamento della fondatrice, finora inedito, stabiliva che la sepoltura e i funerali fossero realizzati in suddetta chiesa[5]. È interessante notare la vicinanza con il nucleo assistenziale, ma anche il fatto che sia una delle poche chiese romane il cui titolo implica un vincolo con le comunità iberiche già nel Trecento[6]. La scelta di Margarita Pauli ricaduta su questo luogo fu dovuta a una doppia motivazione: la vicinanza geografica e un nascente sentimento "nazionale". Nonostante ciò, i nomi dei testimoni agli atti non evidenziano un'origine in nessuna delle diocesi o città della penisola iberica; al contrario, si riconosce la presenza di due membri della famiglia Cenci, i quali avevano molte proprietà nelle vicinanze[7]. La questione potrebbe essere dunque una prova dell'integrazione di Pauli nel tessuto sociale romano.

Con riferimento alle fonti iconografiche, bisogna localizzare gli immobili vicino le piazze del Duca e di Campo dei Fiori, tra i monumentali palazzi Farnese e Capodiferro (oggi Spada), i vicoli dei Venti e del Polverone e le vie Giulia e del Mascherone. Le case sono

---

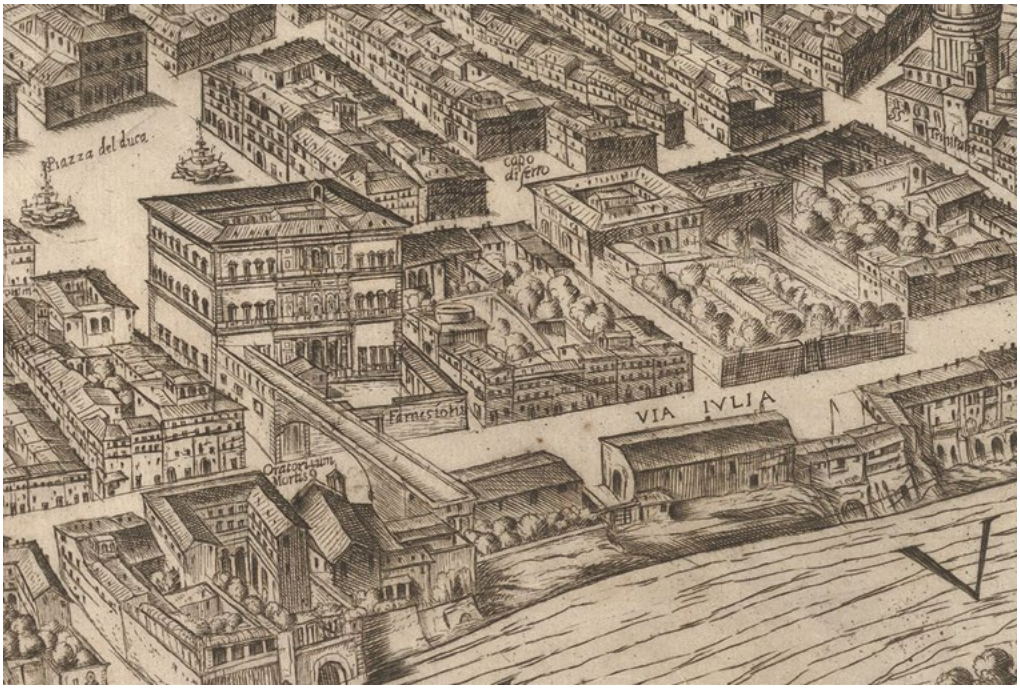
[3] Dal 1456 ai primi del Cinquecento ci sono vuoti documentari troppo significativi, dopo i quali si assiste a un cambiamento con la fondazione della compagnia di Nostra Donna di Monserrato, argomento qui non trattato.

[4] «Honesta mulier dona Margarita filia quondam Pauli de civitate Maiorice dudum nunc de Urbe in regione Arenule [...] Est alia domus sive hospitale q. dicitur hospitale cathalanorum sub vocabulo beate Margarite q. quidem domus fuit empta per dominam Margaritam de Maiorcha anno domini MCCCLXIII pontificatus domini urbani V», Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 129-130v. La donazione *inter vivos* (1391) fu ratificata dal testamento (1392): Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 130v-131; vol. 40, ff. 24v-34v e 34v-39.

[5] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 130v. Riguardo la chiesa, è preferibile la denominazione «de Hispanis» a «degli Spagnuoli», perché più fedele ai documenti di archivio e alla complessità delle comunità iberiche di quel periodo.

[6] Un'altra chiesa sarebbe quella di San Giacomo al Colosseo, la quale gestiva dal 1383 un ospedale femminile. Localizzata tra le vie di San Giovanni in Laterano e i Santi Quaranta Martiri, essa risultava lontana dalle proprietà di Pauli.

[7] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 130v.



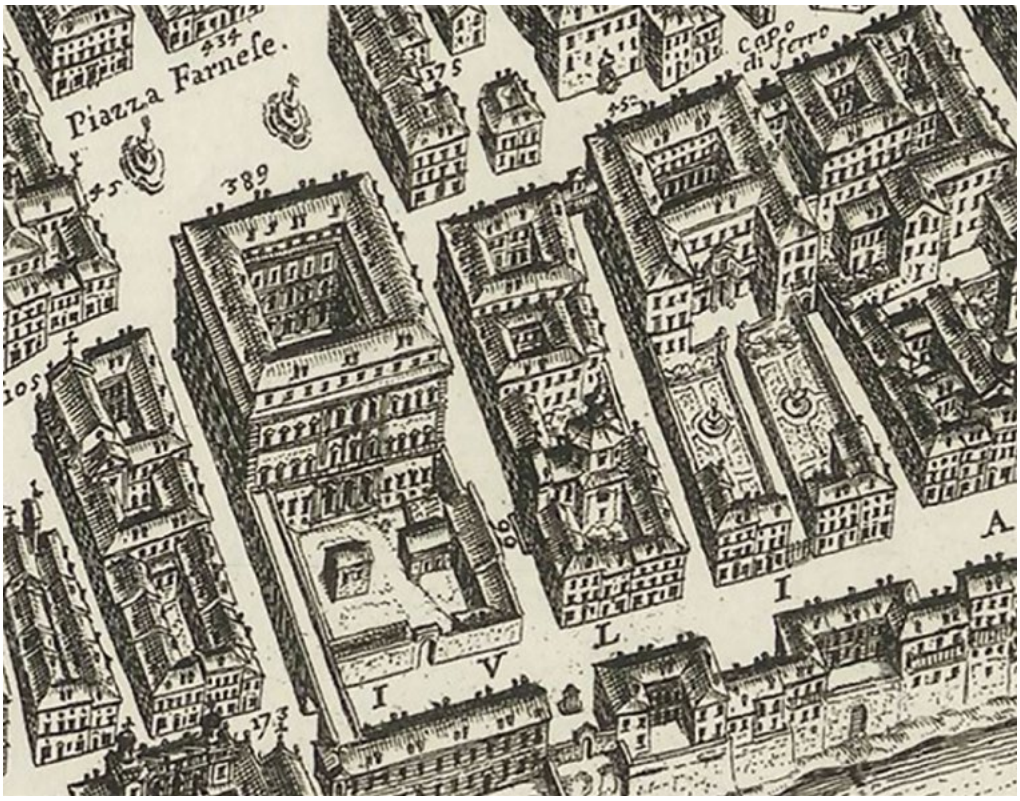
1: A. Tempesta, Pianta di Roma. Frammento della zona intorno alla quale c'era la casa-ospedale di Santa Margarita, 1645 [https://www.metmuseum.org/art/collection/search/381436, gennaio 2021].

rappresentate in modo stereotipato, però si può dire che avevano una pianta più o meno rettangolare, allungata e stretta in facciata. Sul fronte vi erano dei portici, mentre nella parte posteriore orti e giardini: così testimoniano i documenti d'archivio e le piante di Georg Braun (1570), Étienne Dupérac (1577), Mario Cartaro (1579), Antonio Tempesta (1593) (Fig. 1) e Giovanni Maggi (1625)[8]. La pianta di Giovanni Battista Falda (1676) (Fig. 2) mostra, invece, una densità maggiore.

La casa-ospedale era delimitata dalla via pubblica nella parte anteriore, da un orto nella posteriore, dalla proprietà di Johana vedova di Masci di Rogiis da un lato e dall'altro dalla chiesa di Sancto Tommaso de Hispanis, successivamente dei Santi Giovanni e Petronio dei Bolognesi[9]. Allo stesso modo di Jacoba Ferrandis, Margarita Pauli donò un insieme d'immobili per sostenere economicamente la casa-ospedale, tra i quali un'altra

[8] Erano caratteristiche frequenti, perché non si era completata l'espansione interna di Roma [Vaquero Piñeiro 1999, 99-101].

[9] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 129-130v. Sebbene appaia in questa donazione *inter vivos* e nella memoria del 1425, si presuppone che esisteva anche se non menzionata nel testamento del 1392. Nel frammento del 1425, l'immobile appartiene già agli eredi di Rogiis e non confina con la chiesa ma con un *viculus*. Sull'identificazione della chiesa, l'immobile centrale coronato da una struttura tonda diventerà in Tempesta (1593) e Maggi (1625) l'inizio di una cupola, la quale si vede più chiaramente in Falda (1676).



2: G. B. Falda, *Nuova pianta et alzata della città di Roma*. Frammento della zona intorno alla quale c'era la casa-ospedale di Santa Margarita, 1676 [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/63/Map_of_Rome_Giovanni_Battista_Falda_1676_Rijksmuseum.jpg, gennaio 2021].

casa confinante con quella dei Masci de Rogis e con detta chiesa, e un'altra casa ancora accanto alla precedente, adiacente ad una delle proprietà dell'ospedale di Santo Spirito in Sassia, che aveva un orto retrostante conosciuto come "della fossa"[10]. La tipologia di *domus cum orto*, come la vicinanza della chiesa di Santo Tommaso de Hispanis e di una delle proprietà di S. Spiritu in Sassia, sono confermate indirettamente da un frammento del 1520 contenuto in un documento relativo al trasloco nel 1581 della confraternita dei Bolognesi dalla chiesa di San Giovanni Calibita a quella di San Tommaso [Cancellieri 1823, 19-20]. Al tempo, però, la casa-ospedale non esisteva più: continuò infatti la sua missione fino al 1446 circa, quando fu venduta per 140 ducati. Tale fatto è stato confermato come parte della strategia per risolvere l'astenia delle istituzioni ospedaliere della

[10] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 129r-130v. Sempre in riferimento allo stesso archivio, nel vol. 40, ff. 24v-34v, si nomina l'orto come «della fovea» e si corregge l'immobile come «rem S. Spiritus» e non l'ospedale stesso.

corona d'Aragona a Roma [Fernández Alonso 1956, 64][11]. Quindi è parte del processo europeo di concentrazione di tanti piccoli ospedali in un'istituzione più forte.
La casa-ospedale di San Nicolás fu fondata dalla barcelonense Jacoba Ferrandis nella propria casa poco dopo il primo anno santo sotto papa Innocenzo VI (1352-1362) [Fernández Alonso 1956, 55][12]. Così come per Santa Margarita, anche in questo caso le informazioni sulla fondatrice sono poche: origininaria di Barcelona e di un certo *status* sociale ed economico. Posteriormente si documenta un altro immobile, una *domuncula* unita alla precedente da uno degli angoli, la quale avrebbe prodotto una rendita di tre fiorini annui [Fernández Alonso 1956, 55, 73][13].
L'insieme dei beni era vincolato alla parrocchia di San Salvatore di Caccaberis, oggi Santa Maria del Pianto[14]. Difatti è registrata la donazione durante tutto il Quattrocento di quattro libre di cera[15]. Nonostante ciò, l'ubicazione della primigenia casa-ospedale continuava a credersi non lontano dall'attuale, tra le vie Giulia, Monserrato e Barchetta. Non ci si sofferma sull'argomento in questa sede, ma si deve comunque chiarire come la fondazione della compagnia di Nostra Donna di Monserrato avvene presso la cappella dell'ospedale «circa l'arch de Cinci», cioè, presso l'area cinciana[16]. Se si ricerca tra le fonti iconografiche, nel caso di San Nicolás le piante di Roma non sono molto d'aiuto: al di là del problema cronologico, alcune mostrano le case in modo troppo confuso da permettere l'elaborazione di ipotesi sull'identificazione degli immobili[17]; altre, come Falda (1676) (Fig. 3), rispecchiano la già avvenuta trasformazione dei palazzi dei Cenci[18].
Riguardo la zona dove erano localizzate le case-ospedale e il loro patrimonio immobile, dal Duecento l'area interessata della città fu particolarmente attiva a livello commerciale, grazie alla vicinanza al porto di Ripa Grande, al mercato del pesce e a piazza Giudea,

[11] «Illud mulierum fuyt vintum isto, et de domo habuerunt centum quadraginta ducatorum»: Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 11, nota marginale. Continua ad usarsi il plurale in riferimento alle case-ospedale nei documenti di questi anni, ma non più nel 1453. È ancora un'incognita come si evolse la cura alle donne dopo della fusione con San Nicolás.

[12] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 11v-13.

[13] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 10-11v. Per amor di sintesi non si sviluppa col dettaglio meritato il percorso degli immobili vincolati alla casa-ospedale, ma si rimanda alla tesi di dottorato dell'autrice in processo di finalizzazione.

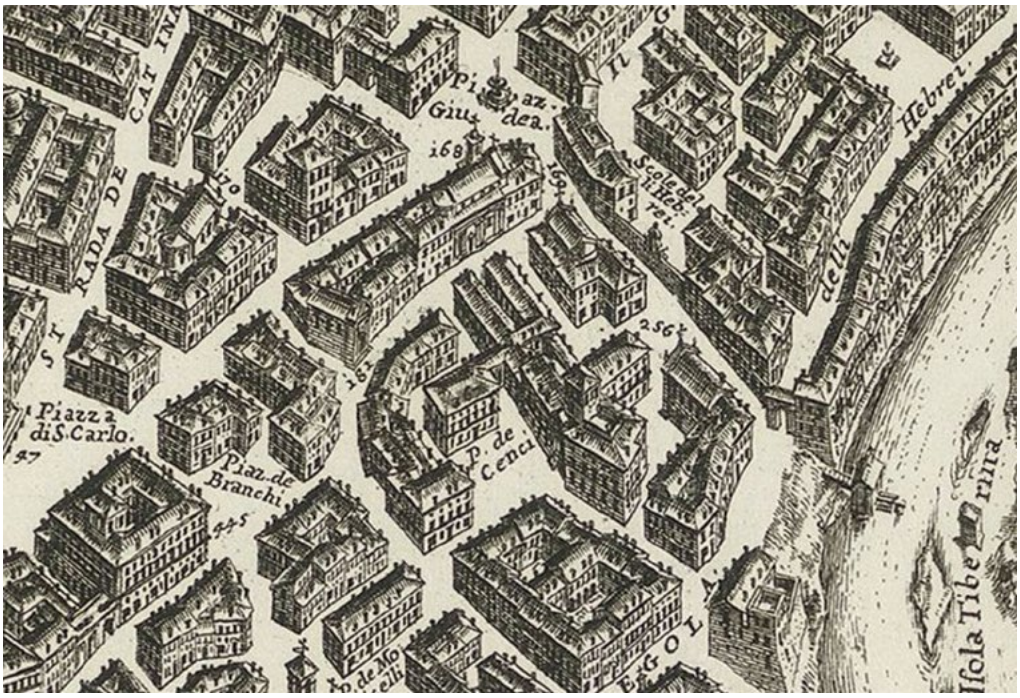
[14] Sull'immagine miracolosa della Madonna che si trovava nell'arco dei Cenci [Piatti 1910], da non confondere con la vicina chiesa di San Salvatorello in piazza Giudea.

[15] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 11, 19-19v, 24, 29-30.

[16] E non «di Ciuri», come trascrisse Fernández [Fernández Alonso 1956, 72-73].

[17] Se Tempesta (1593) non permettere l'elaborazione di ipotesi, le rappresentazioni precedenti ancora di meno. Soltanto Maggi (1625) può essere preso in considerazione riguardo a quello già detto sulla forma dei solari e la presenza di zone verdi all'interno [Bevilacqua 1988, 46-47, 84-85].

[18] La progressiva acquisizione di immobili nei dintorni rese possibile la formazione del primo nucleo del Palazzo della Primogenitura tra la fine del Quattrocento e gli inizi del Cinquecento; durante la seconda metà di quest'ultimo secolo si realizzeranno altre sezioni del già citato fabbricato, così come anche il palazzetto su Piazza Cenci [Bugiani, Colizza, Orlandi 1985; Bevilacqua 2002]. Questo processo di "pietrificazione del denaro" e il suo ruolo nello stabilire uno stile di vita *more nobilium* è comune a tante famiglie dell'aristocrazia cittadina [Bevilacqua 1988, 69-70, 76-78].



3: G. B. Falda, *Nuova pianta et alzata della città di Roma*. Frammento della zona intorno alla quale c'era la casa-ospedale di San Nicolás, 1676 [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/63/Map_of_Rome_Giovanni_Battista_Falda_1676_Rijksmuseum.jpg, gennaio 2021].

dedicata al commercio tessile e al settore bancario; era inoltre anche un importante luogo di passaggio di pellegrini e cortei papali[19]. Tra i testimoni di uno degli atti relativi a San Nicolás c'è infatti un mercante di Barcellona di nome Lorenzo, probabilmente abitante nei dintorni[20]. La zona era d'interesse anche per famiglie come i Cenci: sono citati nei documentati relativi a Santa Margarita, e la localizzazione di San Nicolás diventerà essenziale per lo sviluppo del loro palazzo familiare. Col trascorrere degli anni si consoliderà la sua importanza per altri nuclei nazionali, i quali svilupparono un patrimonio immobiliare e artistico per mostrare l'immagine del loro potere [Koller, Kubersky-Piredda 2016].

Come eccezione alla concentrazione del patrimonio nella zona descritta, vi è la donazione di un'altra proprietà ubicata nella *contrata montis Magnanapoli*, cioè presumibilmente intorno al Quirinale, nell'odierna via Magnanapoli. La rendita dell'immobile sarebbe stata sufficiente per aiutare la manutenzione dell'ospedale [Fernández Alonso 1956, 67-68][21].

[19] [Bevilacqua 1988, 14].

[20] Roma. Archivio di Stato. Cenci-Bolognetti. Patrimoniali, III, c. 3.

[21] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 7-9.

Un patrimonio destinato alla cura

Come altre comunità, i membri della corona d'Aragona residenti o di passaggio a Roma si sforzarono di tenere in buon stato gli edifici delle loro istituzioni, implicando il restauro e l'incremento sia dei beni immobili che mobili – concepiti in maniera indissolubile tra loro – collegati al culto e all'assistenza. C'era una notevole quantità di immagini e altre opere d'arte. Per ottenere una visione completa sarebbe di grande interesse riflettere sull'alimentazione, sull'introduzione delle pratiche igieniche e mediche, e sugli oggetti quotidiani. Sebbene non sia possibile approfondire in questa occasione, è giusto indicare alcuni dati inediti che rettificano la visione che finora si aveva dei primi ospedali[22]. In primo luogo, secondo l'opinione del governatore Conill, gli edifici avevano circa duecento anni già nel 1428 [Fernández Alonso 1983-1984, 375-377]. Questo spiegherebbe il costante investimento nella manutenzione, non necessariamente vista come segno di decadenza. Riguardo alla dotazione, è stata affermata la povertà delle case-ospedali fino al 1500, in particolare di Santa Margarita, dando la colpa al contesto difficile [Fernández Alonso 1968, 10][23]. La minor affluenza di pellegrini ed ecclesiastici curiali durante il periodo avignonese (1309-1377) e lo Scisma (1378-1429) ebbe ripercussione sulle donazioni e sull'uso proficuo degli immobili, danneggiando logicamente la salute della città in generale e di queste strutture in particolare. Tuttavia, è utile analizzare di nuovo in che quantità e come appaiono descritti i diversi elementi nei diversi inventari di questo periodo[24].

Da un lato, gli inventari di beni del 1434 e degli anni compresi tra il 1443 e il 1446 sono testimonianza della crisi derivata dall'instabilità papale[25]. Essi, infatti, mostrano come durante la seconda metà del Quattrocento l'ospedale non avrebbe superato i 7 posti letto, a eccezione forse del momento immediatamente successivo alla donazione di Climent Çapera, quando aumentarono fino a 10[26] [Fernández Alonso 1983-1984].

---

[22] Alla complessità terminologica e paleografica bisogna aggiungere le lacune nei documenti e il fatto che le promesse di donazioni e devoluzioni non sempre sono mantenute. Per questo motivo, in questa occasione è stata presa in considerazione soltanto l'informazione tratta dagli inventari di beni; sulle altre questioni si rimanda alla tesi di dottorato dell'autrice, ancora in corso.

[23] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 10-11v.

[24] I termini si moltiplicano e le distinzioni non sempre sono chiare. In primo luogo, le *letticulam* spesso si riferiscono al mobile, completato da *quatuor postibus* e *trabis;* tuttavia, un giaciglio può anche apparire come il risultato di una o della combinazione di diverse *colgas*, sacconi ripieni di paglia, *marfega* o *matalafs*. La stessa questione ricorre con i termini relativi agli elementi per coprirsi: *vanove*, *cobertors* o *copertoria*, *flaçade*, *coltre* e il diminutivo *coltrella*, essendone necessari diversi per un unico posto letto, in relazione alle stagioni. Le lenzuola sono chiamate *lançols* o *linteamina*; i cuscini *travessers*, *pulvinaria* o *capitale*. Oltre a questi, ci sarebbero da aggiungere tanti altri oggetti indispensabili per la cura e la quotidianità – asciugamani, tavole, sedie, tovaglie, pentole, posate, scatole e un lungo eccettera – i quali purtroppo non hanno spazio in questo lavoro.

[25] Ad esempio, Nicolás Conill, governatore di San Nicolás e curiale, dovette nominare procuratori in diverse occasioni per i suoi spostamenti a Firenze insieme a Eugenio IV [Millán Boix 1964, 107-108, 125-127]: Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 9v-11v e 15v.

[26] Dei 7 posti letto del 1454 uno sarebbe nella stanza ad uso dello *spitaler.*

Bisogna inoltre riflettere anche sulla scarsa qualità degli oggetti e sul loro prolungato uso [Fernández Alonso 1983-1984, 377][27]. L'arredamento fu mantenuto e continuamente rinnovato attraverso acquisizioni e donazioni dai governanti e da diversi ecclesiastici vincolati alla corte papale, cosa che prova l'importanza che aveva per i connazionali la missione della casa-ospedale nonostante le difficoltà del contesto[28].
La crisi descritta, però, era iniziata prima, secondo la lettera del 1428 dello stesso Conill: «duodecim lectos raubarum [...] ab eodem hospitali extrahi procurabant [...] soli sex lecti nobis restabunt cum supellectibus straxinatis vel quasi» [Fernández Alonso 1983-1984, 370-374][29]. Il motivo della disperazione di Conill era che diverse persone della *natione* avrebbero venduto o affittato beni dell'ospedale maschile da lui governato con la finalità di aiutare quello femminile. Per questo motivo, il commissario apostolico e cardinale di San Pietro in Vincoli, Juan de Cervantes, stabilì che corrispondesse alla casa-ospedale di San Nicolás una terza parte del totale dei beni; e Martino V promulgò nel 1430 una bolla attraverso la quale si minacciava la scomunica a quelli che avessero danneggiato il patrimonio di San Nicolás [Fernández Alonso 1956, 61-63][30].
Sorprende confrontare l'informazione sopra riportata, che ci fa pensare a strutture con tante limitazioni, con i dati sulla capacità di San Nicolás durante il governo della fondatrice. Una parte dei beni furono venduti dopo la sua morte e altri acquistati, prevedibilmente in loro sostituzione. Dopo essersi disfatti di otto *colgues*, cinque *saccons* e cinque *matalacia*, la casa-ospedale di San Nicolás possedeva ancora «multa matalacia» e una decina di «colguem competentes», fatta eccezione di alcuni oggetti appena acquistati[31]. Dunque, in origine la struttura avrebbe potuto accogliere 18 persone, un numero non da sottovalutare considerando la capacità degli anni successivi[32].
In maniera simile sarebbe toccata la stessa sorte alla casa-ospedale di Santa Margarita. Conosciamo soltanto un elenco dei beni del 1421, che mostrerebbe una capacità di accoglienza di una decina di donne. Sebbene alcuni beni siano descritti anche in questo

[27] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41 ff. 16-17 e 40, ff. 12v-13v, *Inventario del 1434;* vol. 41 ff 22-22v, *Inventario del 1443-1446*; vol. 41, ff. 27-28v, *Inventario del 1453*. Sebbene tra il 1443 e il 1446 ci sia una grande quantità di lenzuola, questi sono in uno stato deplorevole.

[28] La vendita delle proprietà di Santa Margarita, così come un elenco di donazioni intorno a questi anni e la loro trasformazione per ottenere liquidità, dovrebbero essere lette come un tentativo di risoluzione [Fernández Alonso 1956, 65]. Fernández citò alcuni di questi, ma vi sono tante altre donazioni da non poter dettagliare in questa occasione: Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 23-24 e f. 28. Ad ogni modo, le importanti mancanze a livello documentario della seconda metà del Quattrocento impediscono una precisa ricostruzione.

[29] Barcelona. Arxiu de la Catedral. Cisma d'Occident, c. 805. Sulla già menzionata donazione di Climent Çapera: Barcelona. Arxiu de la Catedral. Cisma d'Occident, cc. 775 e 976.

[30] Barcelona. Arxiu de la Catedral de Barcelona. Cisma d'Occident, c. 805; Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 15. Per le ragioni esposte risulta impossibile conoscere con esattezza l'arredamento di San Nicolás durante i primi del Quattrocento, ma si possono soltanto avanzare delle ipotesi a partire della ridistribuzione tra le case-ospedali maschile e femminile.

[31] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 12v-13 e 13-13v, rispettivamente.

[32] Dato coerente con la già analizzata critica di Conill sulla soppravivvenza soltanto di una terza parte dell'arredamento: Barcelona. Arxiu de la Catedral de Barcelona. Cisma d'Occident, c. 805.

caso come vecchi e rovinati dall'uso[33], di nuovo si incorporarono altri come «bonum» e «novum». Infine, l'apparizione di «laboratam» e altri termini relativi al colore, al materiale e all'aspetto del tessuto, fanno pensare a una scelta accurata[34].

Conclusioni

I dati riferiti permettono di attenuare l'immagine di continua decadenza delle case-ospedali della corona d'Aragona a Roma, fondate da Jacoba Ferrandis e Margarita Pauli. Si può quindi pensare che la crisi derivata dall'instabilità del papato nel secondo quarto del Quattrocento fu più dura di quella dei decenni precedenti. I primi inventari mostrano una realtà modesta, ma più positiva di quella che si intravede nella lettera del 1428 e negli inventari di beni tra il 1434 e il 1456.

Non è nemmeno da trascurare, in una riflessione sul processo di laicizzazione degli ospedali, il fatto che le strutture qui trattate furono fondate e gestite da due donne, due laiche. Successivamente vennero in soccorso le autorità della *natione*; saranno infatti sostituite da persone di rilievo residenti o transitanti a Roma, principalmente ecclesiatici e figure legate alla curia[35]. Così, gli ospedali divennero pian piano non solo istituzioni assistenziali ma anche enti di rappresentazione. Il dato è compatibile col fatto che i beni immobili si trovavano in una zona privilegiata, perché di passaggio e dinamica a livello socioeconomico. In ogni caso, gli ospedali sono testimonianza dell'implicazione della comunità e della loro imprescindibile vocazione di assistere materialmente e spiritualmente il bisognoso in un contesto romano avverso. In tal modo s'intendeva servire Dio e offrire un'immagine onorevole della corona d'Aragona [Fernández Alonso 1956, 72-73][36].

Dopo la fondazione della compagnia di Nostra Donna di Monserrato, una comunità molto più eterogenea inizierà un percorso verso la formazione di un'immagine e una risposta assistenziale più in concordanza con lo spirito rinascimentale, in linea con le altre *nationi* e con l'oligarchia cittadina.

Note

Il saggio fa parte della ricerca dottorale dell'autrice, la quale ha un contratto FPU all'interno del gruppo di ricerca *Geografías de la movilidad artística. Valencia en época Moderna* diretto da Mercedes Gómez-Ferrer.

[33] «Aldà/aldana» e infine «nullus valoris»: Roma. Archivio de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 133.

[34] Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 133v.

[35] Tra il 1474 e il 1476 spicca il nome del *mercatore catalano* Blas Ferrer: Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, f. 29. Sull'importanza dei mercanti con posteriorità alla fondazione della compagnia di Nostra Donna di Monserrato [Vaquero Piñeiro 1994].

[36] Secondo gli statuti, «ad servitium Dei et utilitatem hospitalis et domorum ac pauperum et honorem nationis predictorum», Roma. Archivio de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 10-11v.

Bibliografia

BEVILACQUA, M. (1988) *Il monte dei Cenci: una famiglia romana e il suo insediamento urbano tra Medioevo ed età Barocca,* Roma, Gangemi editore.

BEVILACQUA, M. (2002). *I Cenci. Una famiglia romana nella città del Cinquecento*, in *I Cenci, nobiltà di sangue*, a cura di M. Di Sivo, Roma, Colombo, pp. 129-142.

BUGIANI, D., COLIZZA, A., ORLANDI, N. (1985). *Il complesso dei Cenci a Roma: il tessuto urbanistico tra il lungotevere e via Arenula*, Roma, Fondazione Istituto Pasteur.

CANCELLIERI, F. (1823). *Notizie istoriche delle chiese di S. Maria in Iulia di S. Giovanni Calibita nell'isola Licaonia e di S. Tommaso degli Spagnuoli o della Catena detta poi de' SS. Gio. e Petronio de' Bolognesi,* Bologna, tipografia Nobili.

FERNÁNDEZ ALONSO, J. (1956). *Las iglesias nacionales de España en Roma. Sus orígenes*, in «Anthologica Annua», n. 4, pp. 48-67.

FERNÁNDEZ ALONSO, J. (1968). *Santa Maria di Monserrato*, Roma, Marietti.

FERNÁNDEZ ALONSO, J. (1983-1984). *El hospital de los catalanes en Roma. Nuevos documentos de Nicolás Conill*, in «Anthologica Annua», n. 30-31, pp. 363-377.

GUALANDI, M. L. (2001). *Roma resurgens. Fervore edilizio, trasformazioni urbanistiche e realizzazioni monumentali da Martino V Colonna a Paolo V Borghese*, in *Roma del Rinascimento*, a cura di A. Pinelli, Roma-Bari, Laterza editori, pp. 123-160.

HEERS, J. (1988). *La vita quotidiana nella Roma pontificia ai tempi dei Borgia e dei Medici: 1420/1520*, trad. it., Milano, Rizzoli.

Identità e rappresentazione: Le chiese nazionali a Roma (1450-1650) (2016), a cura di A. Koller, S. Kubersky-Piredda, Roma, Campisano.

MILLÁN BOIX, M. (1964). *Nicolas Conill, curial y prior del Lugar Pío de la Corona de Aragón (1380-1435)*, in «Anthologica Annua», n. 12, pp. 85-127.

PEYER, H. C. (1991). *Viaggiare nel Medioevo. Dall'ospitalità alla locanda*, Roma-Bari, Editori Laterza.

PIATTI, T. (1910). *La Chiesa di S. Maria del Pianto in Roma: cenni storici*, Roma, Scuola tipografica francescana.

VAQUERO PIÑEIRO, M. (1994). *Una realtà nazionale composita: comunità e chiese spagnole a Roma*, in *Roma capitale (1447-1527)*, a cura di S. Gensini, Roma, Ministero per i beni e le attività culturali Ufficio centrale per i beni archivistici, pp. 473-491.

VIEILLARD, J. (1933). *Notes sur l'hospice Saint-Nicolas des Catalans à Rome au Moyen Age*, in «Mélanges d'archéologie et d'histoire», n. 50, pp. 183-193.

VINCKE, J. (1958). *Inicios del* hospitale Cathalanorum et Aragonensium *en Roma*, in «Hispania Sacra», n. 11, pp. 139-156.

Elenco delle fonti archivistiche

Barcelona. Arxiu de la Catedral. Cisma d'Occident, cc. 775 e 976.

Barcelona. Arxiu de la Catedral. Cisma d'Occident, c. 805.

Roma. Archivio di Stato. Cenci-Bolognetti. Patrimoniali, III, c. 3.

Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 40, ff. 24v-39.

Roma. Archivo de la Obra Pía-Establecimientos Españoles. Vol. 41, ff. 7-30 e 129-131.

ARQUITECTURA Y SALUD EN LA SEVILLA DEL QUINIENTOS: LA REDUCCIÓN DE HOSPITALES, VERMONDO RESTA Y EL ÁLBUM ANÓNIMO DE LA BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA

Carlos Plaza

Abstract

This study analyses the transition from dispersion to centralization of places of care in the city, which developed through the decisive reform of Sevillian hospitals implemented at the end of the 16th century by Cardinal Archbishop Rodrigo de Castro (1523-1600). For this purpose, it considers, for the first time ever, the hospitals drawn in the precious anonymous sketchbook of architectural drawings preserved in the National Library of Spain, which are rare examples of Spanish and – even more so – Sevillian hospital architecture.

Keywords

Renaissance Hospitals, Hospitals in Seville, cardinal archbishop Rodrigo de Castro Osorio, Vermondo Resta, architectural sketchbook

Introducción

El historiador Luis de Peraza dedicó un capítulo de su obra *Historia de Sevilla* a los hospitales con los que la ciudad contaba en 1535. Sobre ellos escribió «son los hospitales de Sevilla ciento y tantos, mui sabiamente ordenados, y los más dellos cada uno diputado para una particular enfermedad» [Morales Padrón 1978, 118]. Más allá de los hiperbólicos elogios que caracterizan la *laus urbs*, los hospitales y el cuidado de los enfermos en Sevilla aparecen a sus ojos como algo muy significativo de la ciudad de su tiempo. La «muchedumbre» de hospitales que ilustra Peraza nos indica la presencia difusa y capilar de instituciones hospitalarias en la ciudad de los años 30 del siglo XVI. La dispersión en la ciudad de los lugares dedicados al cuidado de enfermos es una característica de la ciudad islámica, que habría permanecido a lo largo del período bajomedieval tras la conquista de la ciudad por parte del rey Fernando III (1248). En la Sevilla del siglo XVI, de hecho, el legado islámico, ampliamente reinterpretado durante el período mudéjar, aún permanecía en muchos aspectos de la cultura y de la arquitectura como parte

© Aisu International 2021

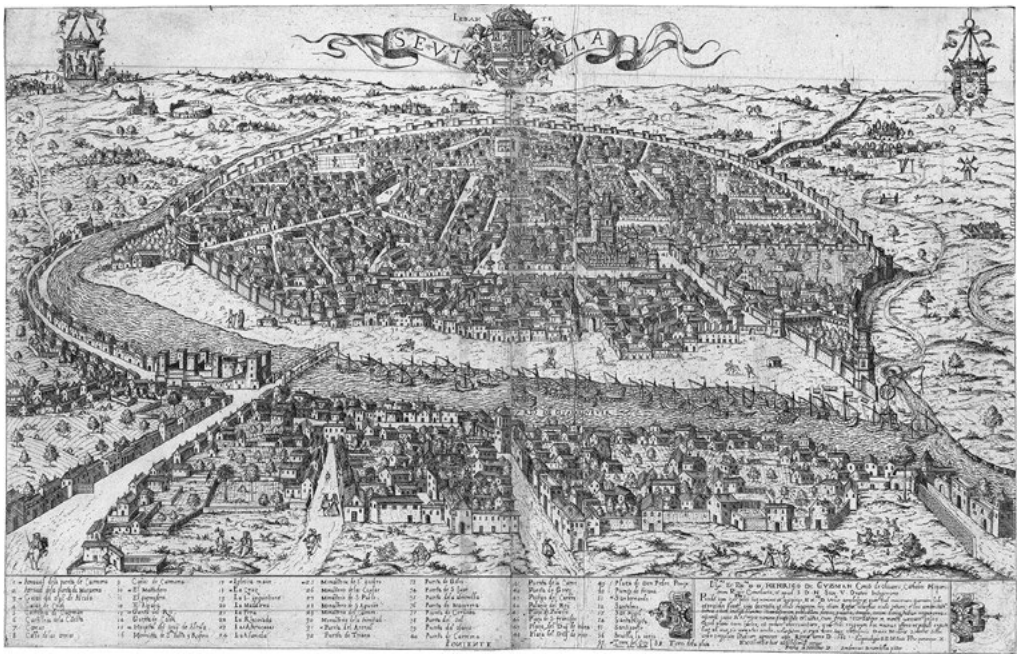
inherente y sustancial de la ciudad[1]. Este estudio analiza el paso de la dispersión a la centralización de los lugares para el cuidado de los enfermos en la ciudad, lo que vino actuado mediante la decidida reforma de los hospitales sevillanos, tanto organizativa como arquitectónica, puesta en acto a finales del siglo XVI por el cardenal arzobispo Rodrigo de Castro (1523-1600). Para ello se tendrá en consideración, por primera vez, los hospitales dibujados en el preciado álbum anónimo de dibujos de arquitectura de ámbito sevillano conservado en la Biblioteca Nacional de España cuales raros dibujos de arquitectura hospitalaria en España y tanto más en Sevilla.

La salud y los hospitales entre la ciudad de herencia islámica y la primera mitad del siglo XVI

La medicina en al-Andalus, la España islámica, llegó a elevadas cotas de desarrollo tanto intelectual como aplicativo. Son muy conocidas y estudiadas las obras de los médicos andalusíes que son considerados como una verdadera escuela que floreció entre Córdoba y Sevilla [Álvarez de Morales, Molina López 1999]. La organización de las prácticas médicas, así como los lugares para el cuidado de los enfermos en la arquitectura y la ciudad andalusíes, en cambio, no han sido estudiados con tanta profundidad, debido a la escasez de fuentes documentales y a la pérdida o transformación de las ciudades y las arquitecturas. Sabemos que en las ciudades de al-Andalus se desarrolló una amplia red de protección social al enfermo; si bien los extranjeros y viajeros eran acogidos y curados en las *zawiya* o rábitas o en las propias mezquitas, los más importantes lugares para el cuidado de enfermos en las ciudades andalusíes eran fragmentos de la ciudad que se configuraban como barrios asistenciales especializados y donde el propio enfermo era obligado a residir a costa de la comunidad y bajo el gobierno de unos rectores, en modo similar a las aljamas hebreas en las ciudades bajo dominio de los reinos castellanos [Franco Sánchez 1999]. Cuando estos barrios se organizaban en un modo más complejo, con administradores de rentas y reglamentos e incluso como lugares de enseñanza de prácticas médicas y edificios especializados, se configuraba el *maristan* como hospital-institución en la ciudad islámica, siendo el construido en la Granada nazarí a mediados del siglo XIV el único que ha sobrevivido en la península ibérica [García Granados, Girón Irueste, Salvatierra Cuenca 1989].

Tras la conquista por parte del reino de Castilla en 1248, la ciudad de Sevilla continuó a alojar a una importante comunidad islámica y hebrea, de las que provenían los médicos más importantes del Bajo Medievo en Sevilla, como el hebreo Juan de Aviñón autor de la obra *Sevillana Medicina* durante la segunda mitad del siglo XIV [de Aviñon, 1885]. La Reconquista trajo consigo el asentamiento de las órdenes religiosas; los principales monasterios y conventos surgieron de encerrar dentro de sus muros amplias áreas de la

[1] Sobre el amplio tema [Rodríguez Esteve 2012]; sobre Sevilla en particular [Plaza 2015; Plaza 2018b].

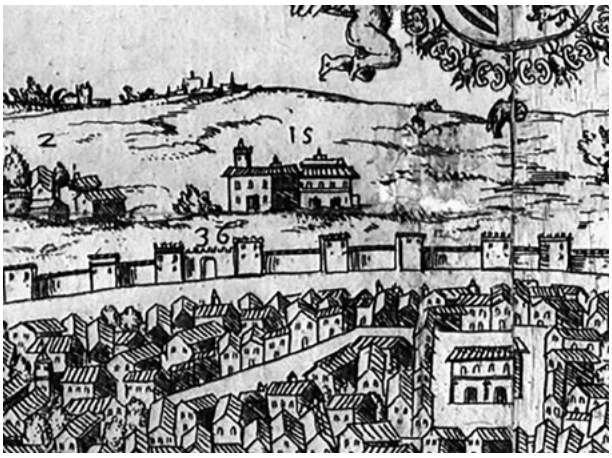


1: A. Brambilla (grabador), Pietro de Nobili (impresor), *Vista de Sevilla*, Roma, 1585. Estampa, aguafuerte, 562x774 mm [Madrid. Biblioteca Nacional de España. Invent/19628 bis].

ciudad islámica, siendo estas fundaciones religiosas los sustitutos en parte de los lugares para el cuidado de los enfermos en la multicultural ciudad medieval hispalense.

La ciudad era ya populosa en época islámica, pero desde finales del siglo XV aumentó exponencialmente su población hasta llegar a la segunda mitad del siglo XVI como una de las urbes más pobladas de Europa (Fig. 1). A ello es preciso añadir el hecho que Sevilla, como ciudad fluvial y con un puerto muy traficado, sufría a menudo epidemias, pestes e inundaciones que hacían estragos en la población. Además de un importante centro en época medieval, Sevilla fue el lugar privilegiado para la importación y la exportación de saberes, pero también de enfermedades y curas, entre el Viejo y el Nuevo Mundo dentro del Imperio de Carlos V, que era en sí mismo un avanzado espacio de circulación de la cultura médica [Slater, López-Terrada, Pardo-Tomás 2014]. De ello da cuenta el más importante médico de la ciudad del Quinientos, Nicolás Monardes, que en sus escritos fundió la moderna y culta medicina centroeuropea con la popular de matriz islámica y judía, además de destacar en el estudio y la experimentación de fármacos provenientes del Nuevo Mundo.

La dispersión hospitalaria que ilustra Peraza sería uno más entre los aspectos heredados de la organización de la ciudad medieval. En favor de una cada vez mayor racionalización de la gestión de estos lugares tendrá lugar, a partir de los años 20 y durante todo el siglo XVI, un proceso de centralización del cuidado al enfermo en hospitales cada vez más grandes y especializados. Dicho proceso de renovación tuvo su máximo exponente en el hospital de la Sangre, ya mencionado por el propio Peraza como un caso



2: Detalle de Fig. 1. "Hospital del Duque de Alcalá" o hospital de la Sangre.

excepcional. Fundado por Catalina de Ribera en 1500 en un lugar céntrico de la ciudad fue su hijo Fadrique Enríquez de Ribera quien decidió ampliarlo y reconstruirlo en 1535 en un lugar inmediatamente fuera de la muralla. En la vista de Sevilla grabada en Roma por Ambrogio Brambilla, de hecho, el "hospital del Duque de Alcalá" es la única institución hospitalaria representada expresamente y mencionada en la leyenda (Fig. 2). Dedicado al cuidado de las mujeres, el hospital fundía la política iniciada por los Reyes Católicos de construir grandes hospitales centralizados con los intereses de Fadrique por modelos italianos como el del hospital Mayor de Milán, una institución que visitó en 1519, recogiendo sus elogios, tanto sobre la arquitectura como sobre la forma de gobierno del hospital, en el memorial de su viaje a Italia y Tierra Santa [Plaza 2018a, 27].

El cardenal arzobispo Rodrigo de Castro y el proyecto reformista de reducción de hospitales en Sevilla

En la Sevilla de mediados del siglo XVI los hospitales se encontraban dispersos por la populosa ciudad y estaban sujetos a modos de gestión muy diferentes a través de entes asistenciales religiosos o laicos. Considerada inadecuada, la situación era compartida con muchas otras ciudades españolas y determinó la necesidad de poner en acto una gran reforma hospitalaria que Felipe II acometió a partir de los años 70 [García Oro, Portela Silva 2000]. La realización de un censo de todos los hospitales y lugares para el cuidado de enfermos de cada ciudad en España – indicando sus estatutos, estado del edificio y organización – dio en 1567 inicio a la reforma. Las respuestas dieron como resultado un panorama variado y complejo, determinándose la necesaria reducción de los hospitales de cada ciudad en un solo hospital general, lo que generó muchas posiciones contrarias en cada contexto urbano. Más que en otra ciudad española, la situación en Sevilla se presentaba de extrema gravedad. Si Peraza contabilizó treinta años antes más de un centenar de hospitales, el censo de Felipe II introdujo en el listado 74 lugares

para el cuidado de los enfermos, un elevado número que hizo que se ampliase la reducción a 2 grandes hospitales especializados. La drástica reforma, al igual que en el resto de España, despertó mucho recelo entre la sociedad sevillana por los muchos intereses depositados a lo largo del tiempo en la gestión de los hospitales, lo que provocó que no comenzase hasta la llegada a la ciudad en 1582 del enérgico arzobispo Rodrigo de Castro (1523-1600) [VV.AA. 2001; Pardo de Guevara y Valdés 2010].

Protector de las artes y la cultura además de estatista y fiel colaborador político de Felipe II, el cardenal arzobispo fue un convencido reformista, decidido seguidor en la península ibérica de las doctrinas reformadas de Carlo Borromeo [Hernández 1986]. La reforma hospitalaria unía dos de sus actividades en las que concentraba su obra: la atención a los más desfavorecidos y la promoción de la arquitectura. En 1582 hizo el cardenal arzobispo su entrada en Sevilla y dos años después iniciaba a materializarse la unificación de los pequeños lugares destinados a la curación y el cuidado de enfermos en dos grandes instituciones: el hospital del Amor de Dios, dedicado a las fiebres en San Andrés, y el del Espíritu Santo, dedicado a las enfermedades infecciosas, sobre todo las bubas, en la Magdalena, si bien, no obstante la reducción, otros hospitales continuaron a existir e incluso se fundaron otros nuevos [Collantes de Terán 1884; Collantes de Terán 1886; Carmona García 1979; García Oro, Portela Silva 2000, 119-124]. Las dos grandes sedes hospitalarias fruto de la reducción no han llegado hasta nosotros, tras múltiples reestructuraciones de esas áreas de la ciudad y drásticas demoliciones durante el siglo XX. A través de las planimetrías conocidas, de los siglos XVIII y XIX, se observan los airosos, patios, galerías porticadas, las iglesias o las escaleras que son fruto de las reformas realizadas con motivo de la reducción promovida por Rodrigo de Castro desde 1584. Como sede de los nuevos hospitales fueron elegidos edificios que albergaban ya sedes hospitalarias, que para materializar la reducción requirieron de amplias reformas. La documentación conservada, en ambos casos, muestra el complejo proceso de compra de las propiedades [Jiménez López 1992; Martínez García 1993], pero también que las obras de estos hospitales fueron dos de las más importantes de la Sevilla de finales del siglo, taller de experimentación de técnicas constructivas y organización de obras en el que estuvieron involucrados los arquitectos mas relevantes ligados al ámbito eclesiástico: Asensio de Maeda (1547-1607) y Vermondo Resta (1555-1625) [Recio Mir 2000a; Recio Mir 2000b].

Si el primero estaba ligados al ambiente eclesiástico a partir de su papel como maestro mayor de la Catedral, Vermondo Resta, en cambio, era el arquitecto de confianza de Rodrigo de Castro, por lo que su papel en relación a la reducción destaca sobre el anterior. De familia de arquitectos milaneses, trabajó también para el duque de Piamonte y la República de Lucca antes de llegar a España en la corte del cardenal arzobispo. En Sevilla, lo encontramos ya en 1590 consolidado profesionalmente como maestro mayor de las fábricas del arzobispado y residiendo en el palacio arzobispal, siendo desde unos años antes responsable de numerosas obras en los edificios religiosos ligados a la extensa y rica archidiócesis hispalense hasta 1600, año de la muerte del prelado y protector, cuando inició a trabajar en el Alcázar, donde también acabaría llegando a ser maestro mayor desde 1607 [Plaza 2016].

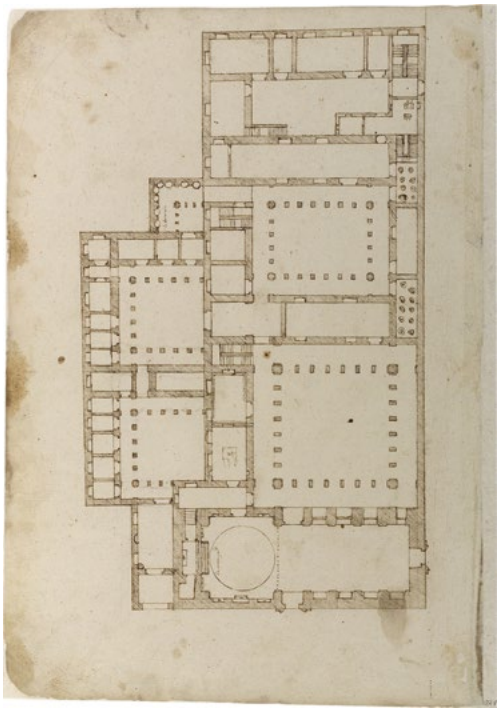
Vermondo Resta aparece puntualmente en la lagunosa documentación ligada a las obras de reforma de los hospitales promovidas por el cardenal arzobispo, si bien los documentos no permiten conocer mucho sobre la naturaleza de las mismas; la pérdida de los edificios, a su vez, no ha permitido el análisis de los proyectos realizados [Jiménez Martín 1979, 2826; Marín Fidalgo 1988, 29]. El papel decisivo de Rodrigo de Castro en la reducción de los hospitales hizo que nombrase a su arquitecto de confianza «maestro mayor y veedor de las obras de los hospitales reducidos», apareciendo en pagos relativos a las obras del hospital del Espíritu Santo desde 1588 [Recio Mir 2000a, 891; Monclova González 2011, 423]. Es por ello que consideramos al italiano como el responsable de la política arquitectónica para la reducción de hospitales: tanto del necesario estudio de las tantas fábricas hospitalarias dispersas en la ciudad como de las reformas de los nuevos hospitales en los cuales se materializó la reducción. Ambas fábricas preexistentes a la reducción precisarían de un gran proyecto de reforma que los convirtiese en las dos grandes instituciones hospitalarias sevillanas, lo que habría precisado de una profunda investigación tipológica por parte del arquitecto.

Los hospitales en el álbum sevillano de la Biblioteca Nacional de España y el arquitecto Vermondo Resta

En la Biblioteca Nacional de España se conserva un álbum de finales del siglo XVI que contiene los dibujos de proyectos de ámbito sevillano, entre los que se encuentran tres hospitales[2]. El álbum es uno de los más significativos conservados en ámbito español; contiene edificios religiosos y, en menor medida, civiles, junto a unos pocos folios con estudios geométricos, anatómicos y decorativos de menor importancia y otros pocos con elementos arquitectónicos, tales como pedestales. No obstante se encuentre hoy desmembrado, las idénticas medidas y el unitario grafismo de los dibujos indican que estamos frente a un álbum compuesto por un único arquitecto a modo de libro de estudios y proyectos. En base a la datación estilística finisecular de las arquitecturas dibujadas, así como a la relación de los arquitectos con algunas fábricas representadas, la atribución ha oscilado entre Juan de Minjares y Asensio de Maeda[3], habiéndose relacionado también con el ámbito escurialense por el uso decidido de la proyección ortogonal [Merino Rodríguez 2016, 249-250]. Es la serie de esquemas en planta de algunos complejos religiosos la que relaciona inequívocamente el álbum con la escena arquitectónica sevillana (Fig. 3). Los dibujos de los monasterios y conventos no representan exactos levantamientos de los edificios, que conocemos en base a dibujos de su configuración desde el siglo XIX hasta hoy, sino más bien propuestas de reforma destinadas a la regularización en base a elementos tipológicos característicos: como las escaleras, los patios

[2] Madrid. Biblioteca Nacional de España. Álbum sevillano. DIB 14/22. El primer y más profundo estudio sigue siendo [Bustamante, Marías 1991].

[3] Además de Fernando Marías y Agustín Bustamante, que lo relacionaron con Juan de Minjares, véanse [Rodríguez Ruiz 1999; Morales Martínez 2000].



3: V. Resta (atribuido), Planta reformada del convento de Santa María de la Merced, Sevilla, 1585-1590 ca. Dibujo a pluma y tinta parda sobre papel agarbanzado verjurado, 425x300 mm [Madrid. Biblioteca Nacional de España. DIB 14/22/20].

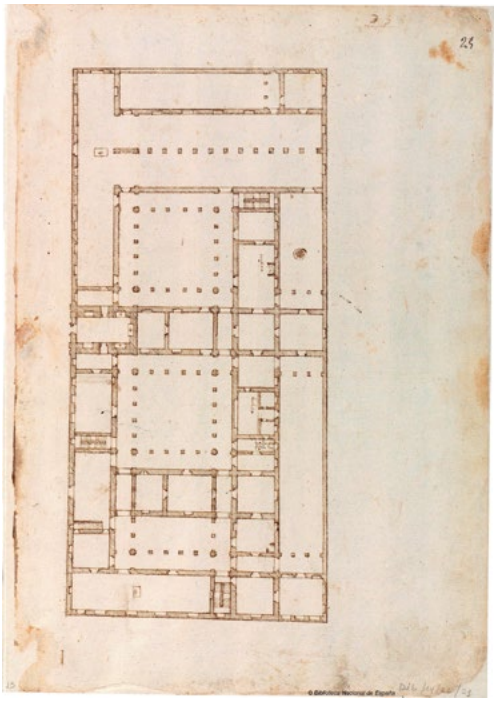
4: V. Resta (atribuido), Planta y alzado de fachada de orden rústico. 1585-1590 ca. Dibujo sobre papel verjurado, pluma y tinta parda. 425x297 mm [Madrid. Biblioteca Nacional de España. DIB 14/22/7].

porticados, las crujías en fachada, las naves cruciformes o las iglesias y las capillas. Los proyectos de ámbito religioso-asistencial contenidos en el álbum –monasterios conventos y hospitales– muestran, en conjunto, una gran operación de reforma arquitectónica en el ámbito eclesiástico sevillano, la cual no podría haber sido emprendida por otra autoridad en la ciudad que no fuese el cardenal arzobispo Rodrigo de Castro. Es por ello que relacionamos este álbum con el arquitecto Vermondo Resta, en quien el cardenal arzobispo confió la transformación reformista de los complejos religiosos y hospitalarios, y a quien también es posible reconducir otros dibujos del álbum que estarían relacionados con sus proyectos, concretamente en el ámbito escurialense o de la arquitectura de los jardines en el Real Alcázar (Fig. 4)[4].

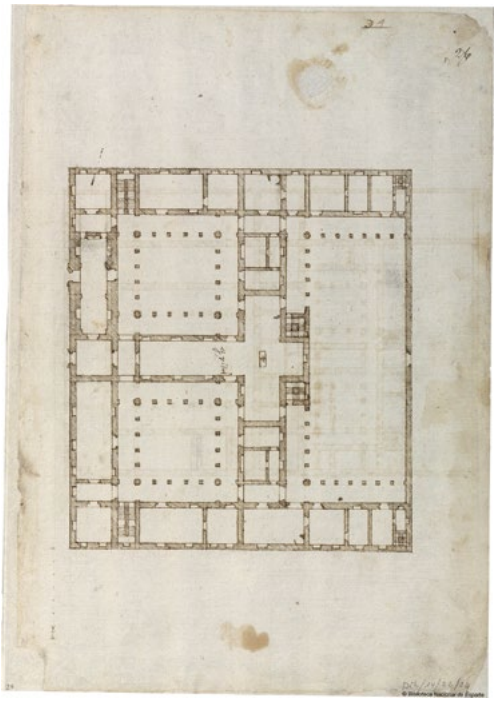
Algunos dibujos de monasterios y conventos pueden identificarse a través de una leyenda identificativa y su confrontación con las actuales plantas. En su conjunto, ilustrarían, un estudio de la situación de los principales complejos religiosos y sus posibilidades de

[4] Sobre la atribución a Vermondo Resta [Plaza 2020].

reforma arquitectónica como parte de una más amplia política reformista emprendida por el cardenal arzobispo.
De la misma naturaleza serían los dibujos de 3 hospitales contenidos en el álbum. A diferencia de la mayoría de los grandes complejos religiosos, no vienen acompañados de una leyenda que facilite su identificación. Por asimilación a los dibujos de los conventos y monasterios, los hospitales representados podrían ser algunos entre los 75 hospitales censados para la reducción, los cuales no son representados simplemente como levantamientos sino a través de un proceso gráfico de regularización que lleva consigo, a la vez, una inicial propuesta de transformación. Previamente a la realización definitiva de la reducción, hemos de pensar en la necesaria realización de los estudios previos de los tantos hospitales existentes, muchos de ellos comprendidos en la intrincada morfología de los amplios complejos religioso-asistenciales, a su vez fundida con el tejido urbano de la ciudad. Estos análisis arquitectónicos de estados actuales y posibilidades de reforma habrían sido la base de la realización de los ambiciosos proyectos de reforma y ampliación una vez decididos cuáles habrían de ser los hospitales finalmente elegidos: el de Amor de Dios y el del Espíritu Santo.
El pago en 1590 del mármol destinado a las columnas dóricas y a la fuente del patio del hospital del Amor de Dios en pleno proceso de reforma muestra, entre otros documentos, la implicación en primera persona de Vermondo en las obras de estos dos principales



5: V. Resta (atribuido), Planta de hospital, 1585-1590 ca. Dibujo a pluma y tinta parda sobre papel agarbanzado verjurado, 425x297 mm [Madrid. Biblioteca Nacional de España. DIB 14/22/23].



6: V. Resta (atribuido), Planta de hospital, 1585-1590 ca. Dibujo a pluma y tinta parda sobre papel agarbanzado verjurado, 425x297 mm [Madrid. Biblioteca Nacional de España. DIB 14/22/24v].

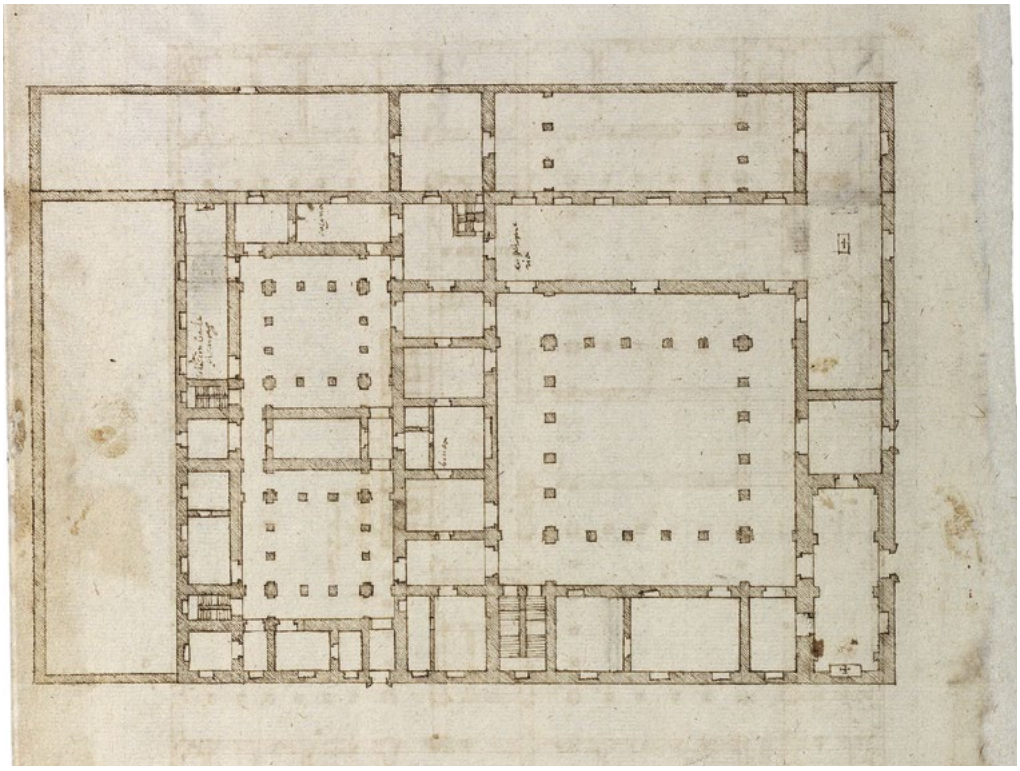
hospitales [Recio Mir 2000a, 879], lo que unido a su cargo como maestro mayor de los hospitales nos hace pensar en el papel del italiano en el estudio de los principales edificios hospitalarios censados en la búsqueda de los más adecuados para materializar la reducción: una operación a la que podría corresponder los dibujos de los 3 hospitales. Diversos aspectos de los edificios representados en el álbum nos hacen descartar que se trate de proyectos imaginarios o de ejercicios abstractos de hospitales ideales, sobre todo los pies forzados de los dibujos, no obstante los esfuerzos de racionalización. En proyectos ideales el arquitecto habría obrado con una mayor libertad, rigor compositivo y coherencia formal en la combinación de los elementos tipológicos a los que recurre: naves en T del hospital, claustros, patios de servicio, capillas públicas y estancias fruto de la subdivisión de crujías. Los hospitales dibujados se caracterizan por ser complejos organizados en base a grandes patios adosados a crujías, las cuales a veces se subdividen en funcionales estancias para el hospital, otras veces se configuran como grandes naves cruciformes que alojan los espacios destinados a la enfermería o a la estancia de los enfermos o también albergan las capillas públicas abovedadas junto a los accesos en la fachada principal. Tanto los elementos tipológicos como los recursos gráficos para su representación unen estos tres hospitales con los esquemas en planta de los conventos y monasterios presentes también en el álbum, por lo que se deben a una similar iniciativa en ámbito religioso asistencial y a unos mismos patrones arquitectónicos de intervención.

En relación a cada uno de ellos, el más grande posee una crujía central que alberga la capilla pública y que separa los dos claustros principales que se forman a base de arcadas de pilares, compuestos en las esquinas y con pilastras en las galerías, una solución que también está presente en los otros hospitales, conventos y monasterios del álbum (Fig. 5)[5]. La crujía que separa los claustros de sendos patios alargados de servicio alberga la «botica», la «cuçina» y el «destilador», mientras que los espacios para el cuidado de enfermos se encuentran en los extremos del complejo: uno muy amplio en forma de T, con dos naves yuxtapuestas y un crucero con brazos de dimensiones diferentes, y otro con una sola nave en el extremo opuesto. Según la escala gráfica que posee cada dibujo, este hospital mide 400x175 pies, grandes naves cruciformes de 28 pies, claustros con un *impluvium* de 70 pies de lado, arcadas con vanos de 10 pies y una capilla pública de 50x30 pies.

Los otros dos hospitales están dibujados en las dos caras de un mismo folio[6]. El primero de ellos es el único que presenta una configuración donde predomina la simetría sobre el eje del portal de acceso, con la excepción de la ubicación de una única capilla pública en uno de los lados de la fachada (Fig. 6). De proporción casi rectangular, el hospital mide 360x370 pies, con una zona de «hospital» o «enfermería» a modo de nave cruciforme. Los claustros simétricos tienen un *impluvium* de idénticas dimensiones de los del hospital anterior, 70 pies de lado con arcadas con vanos de 10 pies, la capilla mide 80x20 pies y un gran patio trasero, alineado regularmente con los anteriores, se desarrolla tras la cabecera de la nave del hospital. El segundo también muestra una configuración muy

[5] Madrid. Biblioteca Nacional de España. Álbum sevillano. DIB 14/22/23.

[6] Madrid. Biblioteca Nacional de España. Álbum sevillano. DIB 14/22/24v/r.



7: V. Resta (atribuido), Planta de hospital, 1585-1590 ca. Dibujo a pluma y tinta parda sobre papel agarbanzado verjurado, 425x297 mm [Madrid. Biblioteca Nacional de España. DIB 14/22/24r].

racional con 390x290 pies (Fig. 7). Crujías de diferentes luces se organizan a partir de un eje que divide dos pequeños claustros –de 40x40 pies– y cruza la crujía central que los separa del gran claustro principal –de 80x80 pies–, rompiéndose la configuración simétrica debido a la forma de la amplia nave cruciforme de la «enfermería».

Los proyectos muestran conseguidos intentos de racionalizar grandes manzanas del tejido urbano que conformaba la morfología de la ciudad de herencia islámica. Al igual que los conventos, conformados tras la Reconquista englobando entre sus muros áreas enteras de ciudad andalusí, la misma suerte habrían corrido los más relevantes complejos asistenciales censados en la ciudad del Quinientos. Permanece aún por profundizar a qué hospitales o complejos se refiere. Confrontando los hospitales representados en el álbum con los hospitales del Amor de Dios y del Espíritu Santo, de los cuales conocemos planimetrías de los siglos sucesivos a la reducción, distan mucho de la configuración arquitectónica, aún compartiendo los mismos elementos morfológicos[7]. La

[7] Véanse los planos, por último [Monclova González 2011]: Sevilla. Archivo de la Diputación Provincial. Mapas y Planos, 42, Plano del Hospital del Amor de Dios, 1710; Sevilla. Archivo de la Diputación Provincial. Mapas y Planos, 43, Plan del Hospital del Espíritu Santo, Balbino Marrón, 1845.

conformación del primero es irregular y alargada, midiendo en su longitud algo más de 300 pies, mientras que el segundo de ellos, más regular, medía 187,50 x 150 pies, considerablemente menor que el más pequeño de los hospitales del álbum[8]. Si bien se aproximan en cuanto a dimensiones a escala urbana. Los hospitales representados en el álbum supondrían, por analogía a los conventos, ejercicios de reforma y regularización en base a unidades tipológicas básicas de algunos de los tantos hospitales existentes en la ciudad de la época de la reforma, quizás estudiados como posibles sedes centrales tras la reducción.

Consideraciones finales

Si en los albores del siglo XVI la arquitectura ligada a la salud ciudadana no distaría mucho de la situación en época islámica, a finales del siglo se consumó un cambio radical en la organización y en la arquitectura hospitalaria en Sevilla. La dispersión en la ciudad andalusí, de la cual es heredera la ciudad mudéjar y del primer Quinientos, dio paso a la centralización que fue materializada mediante una reducción que hizo pasar de 75 pequeños o medianos lugares para la asistencia y el cuidado de los enfermos a dos grandes hospitales generales: del Espíritu Santo y del Amor de Dios. La gran reforma, llevada a cabo por el cardenal arzobispo Rodrigo de Castro, supuso también una gran operación arquitectónica. Mediante el estudio de los 3 hospitales presentes en el álbum de ámbito sevillano de la Biblioteca Nacional de España se plantea su pertenencia a la gran operación arquitectónica que fue la gran reforma hospitalaria, con la cual los dibujos vienen relacionados por primera vez. Como rarísimos testimonios de dibujos de proyectos de arquitectura hospitalaria, vinculamos estos dibujos, junto al entero álbum, al arquitecto milanés Vermondo Resta – arquitecto de confianza del cardenal arzobispo así como maestro mayor del arzobispado, de los hospitales y, posteriormente, del Alcázar– lo que abre nuevas perspectivas sobre el papel del arquitecto en la arquitectura de la ciudad.

Bibliografia

BUSTAMANTE, A, MARÍAS, F. (1991). *Anónimo andaluz del siglo XVI*, in *Dibujos de Arquitectura y Ornamentación de la Biblioteca Nacional. Siglo XVI*, a cura di E. M. Santiago Páez, Madrid, Biblioteca Nacional de España, pp. 11-35.

CARMONA GARCÍA, J. I. (1979). *El sistema de hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*, Sevilla, Excma Diputación Provincial.

COLLANTES DE TERÁN, F. (1884). *Memorias históricas de los establecimientos de caridad de Sevilla y descripción artística de los mismos*, Sevilla, J. M. Ariza.

COLLANTES DE TERÁN, F. (1886). *Los establecimientos de caridad de Sevilla que se consideran como particulares: apuntes y memorias para su historia,* Sevilla, Oficina de El Orden.

[8] Aproximadamente, el del Amor de Dios tenía una longitud de 87 m. mientras que el del Espíritu Santo, de configuración más regular, medía 52x42 m.

DE AVIÑON, J. (1885, I ed. 1545). *Sevillana Medicina. Que trata el modo conservativo de los que habitan la muy insigne ciudad de Sevilla, la cual sirve y aprovecha para cualquier otro lugar destos reinos*, a cura di Sevilla, Imp. Enrique Rasco.

FRANCO SÁNCHEZ, F. (1999). *La asistencia al enfermo en Al-Andalus. Los hospitales hispanomusulmanes*, in *La Medicina en Al-Andalus*, a cura di C. Álvarez de Morales, E. Molina López, Granada, Junta de Andalucía – Consejería de Cultura, pp. 135-173.

GARCÍA GRANADOS, J. A., GIRÓN IRUESTE, F., SALVATIERRA CUENCA, V. (1989). *El maristán de Granada. Un hospital islámico*, Granada, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

GARCÍA ORO, J., PORTELA SILVA, M. J. (2000). *Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato*, in «Cuadernos de Historia Moderna», n. 25, pp. 87-124.

HERNÁNDEZ, M. (1986). *Influencia en la península ibérica, in San Carlo e il suo tempo, Actas del congreso internacional, Milán, 21-26 de mayo 1984*, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura, vol. I., pp. 461-491.

JIMÉNEZ LÓPEZ, R. (1992). *El Hospital del Amor de Dios de Sevilla*, Sevilla.

JIMÉNEZ MARTÍN, A. (1979). *Vermondo Resta*, in *Gran Enciclopedia de Andalucía*, vol. VI, Sevilla, Anel, pp. 2826-2827.

La Medicina en Al-Andalus (1999), a cura di C. Álvarez de Morales, E. Molina López, Granada, Junta de Andalucía – Consejería de Cultura.

MARÍN FIDALGO, A. (1988). *Vermondo Resta*, Sevilla, Diputación Provincial.

MARTÍNEZ GARCÍA, C. (1993). *El hospital el Espíritu Santo (1587-1837)*, tesis doctoral, Universidad de Sevilla.

MERINO RODRÍGUEZ, F. (2016). *El dibujo arquitectónico en los tratados de arquitectura hispánicos del siglo XVI*, tesis doctoral, Universidad de Barcelona.

MONCLOVA GONZÁLEZ, F. J. (2011). *Aproximación a la arquitectura hospitalaria*, in «Archivo Hispalense: Revista histórica, literaria y artistica», t. 94, n. 285-287, 415-436.

MORALES MARTÍNEZ, A. (2000). *La etapa sevillana de Juan de Minjares, in Felipe II y las artes, actas del congreso internacional, 9-12 de diciembre de 1998*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, pp. 242-252.

MORALES PADRÓN, F. (1978). *La Historia de Sevilla de Luis de Peraza*, in «Boletín de la Real Academia Sevillana de Buenas Letras: Minerva Baeticae», n. 6, pp. 75-173.

PLAZA, C. (2015). *El alcázar, los jardines y las villas del Renacimiento en Sevilla: ideología y arquitectura entre el legado islámico y la búsqueda de la Antigüedad Clásica*, in *Los jardines del Real Alcázar: historia y arquitectura desde el Medievo islámico al siglo XX*, a cura di A. Marín Fidalgo, C. Plaza, Sevilla Ayuntamiento de Sevilla – Patronato del Real Alcázar, pp. 40-83.

PLAZA, C. (2018a). *De la "Sevilla Tiburtina" a la ciudad "fundada en el agua". Arquitectura, ciudad y paisaje en Italia en el viaje a Jerusalén de Fadrique Enríquez de Ribera (1518-1520)*, in «Acta/Artis Estudis di modern art», n. 6, pp. 13-37.

PLAZA, C. (2018b). *"Inter Graecos et Arabes Concordia": Antigüedad, identidad local y arquitectura "alla moresca" en el Renacimiento en Sevilla*, in «Mitteilungen des Kunsthistorischen Institutes in Florenz», a. 60, n. 1, pp. 171-200.

PLAZA, C. (2020). *Sul disegno d'architettura del Cinquecento tra Italia e Spagna attraverso la collezione della Biblioteca Nacional,* in *Disegni spagnoli e italiani del Cinquecento della Biblioteca Nacional de España*, a cura di B. Navarrete Prieto, G. Redín Michaus, Roma, De Luca Editori d'Arte, pp. 81-90.

RECIO MIR, Á. (2000a). *Materiales y técnicas constructivas en la Sevilla del bajo Renacimiento a partir de los datos de los hospitales del Amor de Dios y del Espíritu Santo*, in *Actas del Tercer*

Congreso Nacional de Historia de la Construcción, Sevilla, 26-28 de octubre de 2000, vol. 2, a cura di A. Graciani, S. Huerta, E. Rabasa *et al.*, Sevilla, Instituto Juan de Herrera, pp. 887-894.

RECIO MIR, Á (2000b). *La reducción de hospitales sevillanos de 1587: repercusiones artísticas y burocracia constructiva*, in «Laboratorio de Arte» , n. 13, pp. 39-57.

RODRÍGUEZ ESTEVE, J. C. (2012). *La herencia del Islam en la arquitectura española*, in *El mundo árabe como inspiración*, a cura di F. Roldán Castro, Sevilla, Universidad de Huelva, pp. 89-113.

RODRÍGUEZ RUIZ, D (1999). *Anónimo andaluz. Álbum de dibujos de arquitectura*, in *Velázquez y Sevilla*, catálogo de la exposición, coord. L. Méndez Rodríguez, José Luis Romero de Torres (Sevilla, Monasterio de Santa María de las Cuevas-Centro Andaluz de Arte Contemporáneo, 1 de octubre-12 de diciembre de 1999), Sevilla, Junta de Andalucía, pp. 154-155.

SLATER, J., LÓPEZ-TERRADA, M., PARDO-TOMÁS, J. (2014). *Medical Cultures of Early Modern Spanish Empire*, Burlington, Routledge.

VV. AA. (2001). *Xornadas sobre o Cardenal Rodrigo de Castro, actas das xornadas, 5-6 octubre de 2000*, Santiago de Compostela, Conselleria de Cultura.

Elenco delle fonti archivistiche

Madrid. Biblioteca Nacional de España. Álbum sevillano. DIB 14/22.

Madrid. Biblioteca Nacional de España. Álbum sevillano. DIB 14/22/23.

Madrid. Biblioteca Nacional de España. Álbum sevillano. DIB 14/22/24v/r.

Sevilla. Archivo de la Diputación Provincial. Mapas y Planos, 42, Plano del Hospital del Amor de Dios, 1710.

Sevilla. Archivo de la Diputación Provincial. Mapas y Planos, 43, Plan del Hospital del Espíritu Santo, Balbino Marrón, 1845.

Sitografia

PARDO DE GUEVARA Y VALDÉS, E. (2010). *Castro Osorio, Rodrigo de*, in *Diccionario Biográfico Español, vol. 12*: http://dbe.rah.es/biografias/15862/rodrigo-de-castro-osorio [luglio 2021].

PLAZA, C. (2016). *Vermondo Resta*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 87, pp. 33-36: https://www.treccani.it/enciclopedia/vermondo-resta_%28Dizionario-Biografico%29/ [gennaio 2021].

GLI OSPEDALI DI PALERMO E MESSINA TRA XVI E XVII SECOLO: ARCHITETTURA, SERVIZI E SPAZIO URBANO

Emanuela Garofalo

Abstract

A competition for the primacy in the Island took place during the 16th century in Palermo and Messina, the two main Sicilian cities at that time, thus establishing the grounds for comparison in architectural and urban construction sites. This assumption is also confirmed in the design of the "places of care" – modern hospitals which both cities were equipped with – with a focus, in addition to the efficiency of the new institutions, to the quality of the architectural image and the urban location.

Keywords

Palermo S. Bartolomeo hospital, Palermo S. Giacomo hospital, Messina S. Maria della Pietà hospital, 16th century hospitals.

Introduzione

Nel corso del Cinquecento Palermo e Messina, l'antica capitale del regno e l'emergente città dello Stretto – caposaldo nel sistema difensivo del Mediterraneo occidentale e porto strategico – risultano essere realtà molto dinamiche, soggette a un processo di rinnovamento con l'avvio di diverse imprese architettoniche e urbane, che si intensificano a partire dalla metà del secolo, sotto l'egida dei viceré e delle *élite* locali[1]. Nella fioritura di cantieri che – per circa un secolo – imprimono segni indelebili sul volto delle due città e che in molte occasioni appaiono comparabili o direttamente correlati e sincronici, la storiografia ha individuato i segnali di una contesa politica per il primato nell'Isola «combattuta a colpi di architettura» [Aricò 1981, 129; Giuffrè 2003, 570]. L'impegno indirizzato alla dotazione di un *decorum* nuovo e di edifici e servizi all'altezza di una moderna capitale investe così anche i "luoghi della cura". In entrambe le città si registrano diverse iniziative rivolte alla dotazione di ospedali – rinnovati, riedificati dalle fondamenta o fondati *ex novo*[2] – riservando grande attenzione, oltre che all'efficienza delle nuove strutture, alla qualità dell'immagine architettonica e alla collocazione nello

[1] Per una visione di sintesi e una riflessione sul ruolo egemone delle due città nel contesto regionale [Nobile 2001].

[2] Sull'edilizia ospedaliera a Palermo in età moderna [Mazzè 1998].

© Aisu International 2021

spazio urbano. Tra gli episodi segnalati dalla storiografia, tre appaiono particolarmente rilevanti proprio in relazione a questi ultimi aspetti, due nella città di Palermo e uno a Messina, che, sebbene non sincronici almeno nella fase di avvio, si possono far rientrare in quel confronto a distanza che ha stimolato e sostanziato il progressivo ammodernamento delle due città. L'analisi sarà avviata dal caso di Messina, trattandosi, in ordine cronologico, del primo intervento in ambito ospedialiero.

L'ospedale di S. Maria della Pietà a Messina

Risalgono al 1542 e al governo del viceré Ferrante Gonzaga le prime notizie circa l'intenzione di realizzare in un'area allora periferica della città, in direzione sud e in un'unica moderna struttura, un grande ospedale chiamato a riunire amministrativamente i piccoli complessi assistenziali preesistenti [Garofalo 2016, 78]. L'iniziativa, dal punto di vista della politica sanitaria, non era in realtà una novità nell'Isola, essendo stata realizzata un'analoga operazione a Palermo già un secolo prima, sebbene in quel caso riadattando al nuovo uso un edificio preesistente[3]. Per la stessa città di Messina, inoltre, uno dei capitoli varati dal Consiglio civico, alla presenza del viceré Giovanni Moncada, nel 1460 prevedeva già «che di tutti gli ospedali della città se ne dovesse formare uno solo, aggregando al medesimo tutte le rendite» [Gallo 1879, 368-369]; provvedimento tuttavia disatteso per quasi un secolo.
L'aspetto innovativo dell'intervento cinquecentesco, ad ogni modo, risiedeva nella sua portata urbana. Il nuovo ospedale era stato pensato infatti come cerniera tra il margine meridionale della città e un'area di espansione[4], programmata a seguito della decisione di annettere la collina del Tirone all'interno di un rinnovato circuito murario (Fig. 1). Tale decisione, deliberata dal Consiglio civico nel 1540 [Aricò 2013b, 126], nasceva da valutazioni di carattere difensivo[5].
Studi recenti hanno messo in discussione il ruolo di committente del viceré Ferrante Gonzaga e soprattutto l'attribuzione del progetto dell'ospedale e della pianificazione urbana dell'area di espansione all'ingegnere Antonio Ferramolino e al maestro carrarese Giovanni Del Mastro, come sostenuto dalla precedente storiografia[6] [Aricò 2013b, 126-127]. Se le argomentazioni e le fonti presentate appaiono inequivocabili sugli sviluppi progettuali ed esecutivi del programma al tempo del viceré Jaun de Vega, in carica dal 1546, il suo concepimento già in termini operativi intorno alla data del 1542 è altrettanto chiaro. Ferrante Gonzaga interviene per dare impulso concreto alla costruzione

[3] Sulla fondazione di un grande ospedale generalista a Palermo, nel trecentesco Palazzo Sclafani al tempo di Alfonso il Magnanimo (tra 1431 e 1433) [Carta 1969, 84-86; Mazzè 1992; Carta 1994].

[4] Parte di tale area, all'esterno delle mura quattrocentesche, costituiva l'antica giudecca [Chillemi 1996].

[5] Sulla revisione cinquecentesca del sistema fortificatorio di Messina dagli anni '30 del XVI secolo [Aricò 2010, 148-153].

[6] Sull'attribuzione del primo progetto dell'ospedale a Ferramolino e Del Mastro, più volte ripetuta e sulla cui inattendibilità si concorda con quanto osservato da Nicola Aricò, e sulle notizie relative alla posa della prima pietra [Buonfiglio Costanzo 1606, 37].

1: G. Braun, F. Hogenberg, *Messina*, da *Civitates Orbis Terrarum*, Köhln, Kempen, 1582. Al numero 1 l'ospedale di S. Maria della Pietà, al numero 2 l'area di nuova urbanizzazione [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Braun_Messina_UBHD.jpg].

di «uno hospitale grande nominando di la pieta in lo piano di fora di la porta di santo antonio», come si evince da una lettera del 23 agosto 1542, nella quale assegna al cantiere un capo mastro *fabricatore* e un capo mastro *perriatore et calcararo*, con relative squadre di maestri e manovali, preoccupandosi inoltre del trasporto dei materiali da costruzione [Garofalo 2016, 78]. È probabile, tuttavia, che in questa fase non si sia andati oltre i lavori preliminari alle fondazioni e la posa della prima pietra – il 12 ottobre del 1542, secondo la testimonianza di Buonfiglio Costanzo [Buonfiglio Costanzo 1606, 37] – e che il progetto non fosse stato ancora del tutto definito. Inoltre, si presume che a rallentare la costruzione siano intervenute anche le criticità generate dal sisma che il 10 dicembre del 1542 colpì duramente la Sicilia.

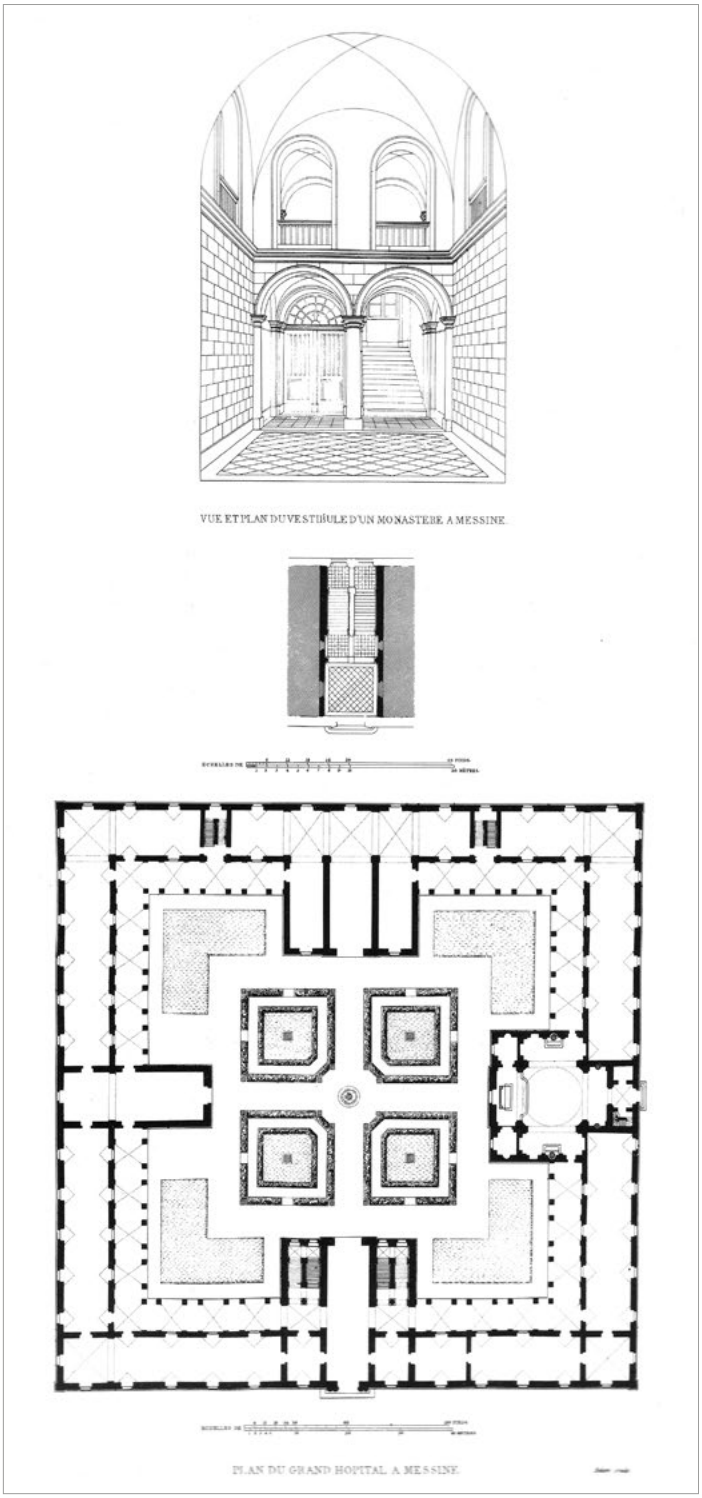
Le notizie successive risalgono al 1548, al tempo del viceré Vega, quando trovava finalmente attuazione – il 16 aprile – l'unione degli ospedali della città, ricevendo il 6 giugno lo *sta bene* del pontefice Paolo III [Gallo 1755, 207]. Nello stesso anno il viceré incaricava l'architetto Pedro Padro di elaborare un piano di urbanizzazione per l'area tra le mura vecchie e quelle nuove, imperniata sul piano di S. Antonio [Aricò 2013b, 126-127]. Le preoccupazioni principali riguardavano la necessità di carattere difensivo di lasciare inedificato un sufficiente spazio in prossimità delle mura e quella di predisporre il disegno delle strade preventivamente all'avvio delle edificazioni. Per informazioni circostanziate sui progressi delle fabbriche dell'ospedale, tuttavia, occorre

attendere il 1554, quando risulta ultimato un quarto dell'edificio [Aricò 2013a, 146]. Nessuna certezza esiste a oggi in merito alla datazione esatta e all'autore del primo progetto. Scartati i nomi di Ferramolino e Del Mastro, una nuova ipotesi messa in campo è quella di Giovannangelo Montorsoli, in virtù della posizione di vertice dallo stesso ricoperta nelle principali imprese architettoniche della città dal 1550 [Aricò 2013a, 147-148; Aricò 2013b, 127]. A questi sarebbero poi succeduti nella prosecuzione del cantiere – probabilmente intervenendo a modificare il progetto – Andrea Calamech e Jacopo del Duca, e successivamente Francesco Zaccarella e Giovanni Maffei[7]. Se l'intera sequenza è in realtà in larga parte solo ipotetica – rispecchiando la successione alla carica di architetto della città, alla quale con ogni probabilità spettava la direzione di questo importante cantiere civico amministrato da deputati eletti dai giurati – è certo che alcuni aspetti del progetto furono ridiscussi in corso d'opera. Ciò attesta per esempio la richiesta a Calamech, nel 1571, di elaborare una pianta dell'edificio e un modello ligneo [Basile 1942, 59], poi passato al vaglio dei deputati e approvato nel 1574 [Aricò 2013b, 127], o ancora nello stesso anno la delibera di spostare la chiesa nell'ala settentrionale del complesso[8].

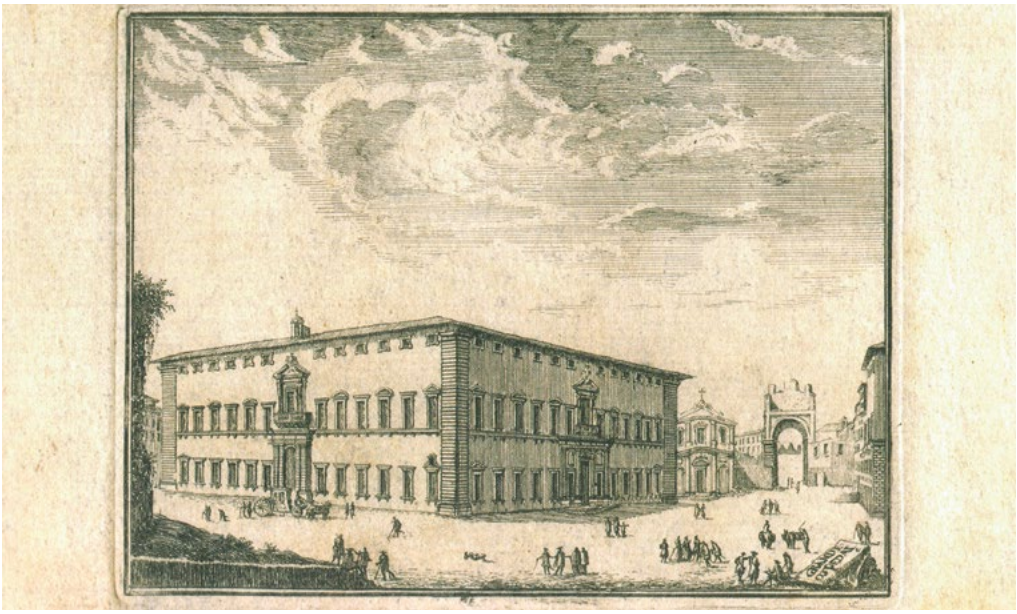
Il cantiere proseguì fino al primo decennio del Seicento, quando il grande blocco quadrangolare, articolato su tre livelli e con ampia corte centrale, fu ultimato, in particolare con il contributo di una donazione elargita a tal fine da Girolamo Conti nel 1605 [Gallo 1755, 207]. L'aspetto complessivo dell'edificio, scomparso in seguito al terremoto del 1908, ma già sensibilmente danneggiato dal sisma del 1783, è noto – nella configurazione raggiunta tra fine Seicento e metà Settecento – attraverso un disegno e alcune incisioni. La configurazione planimetrica dell'ospedale e la distribuzione degli ambienti nel primo livello sono inoltre raffigurate in una tavola di Hittorff e Zanth, abbinate per analogia al disegno in pianta e alzato del vestibolo e di una scala di un convento messinese non specificato [Hittorff, Zanth 1983, 34, pl. 12] (Fig. 2). Si tratta di un edificio a pianta quadrata, di circa 57 m di lato, con maniche edificate di ridotta ampiezza, che solo al centro si sviluppano in profondità nello spazio della corte centrale, analoga al chiostro di un convento. Tra i volumi protesi sulla corte interna si distinguono il corpo d'ingresso, con vestibolo passante al centro e due scale a doppia rampa sui lati, e quello della chiesa, con impianto a croce greca, il cui braccio di ingresso si inserisce all'interno dell'ala dell'ospedale, preceduto da un vestibolo con accesso diretto dalla strada. La chiesa risulta inoltre accessibile lateralmente, dalle corsie del loggiato che corre lungo il perimetro della corte interna; lo stesso è infine caratterizzato da un colto motivo a

[7] Gli interventi di Andrea Calamech e – al tempo in cui l'autore messinese scriveva – di Francesco Zaccarella erano già stati segnalati [Buonfiglio Costanzo 1606, 37]; sul coinvolgimento di Giovanni Maffei [Gallo 1755, 207; Hittorff, Zanth 1983, 34], al quale i seguenti riferimenti bibliografici assegnano rispettivamente il disegno dei portali e il progetto della chiesa, attribuzione – quest'ultima – contestata da Nicola Aricò in favore di Montorsoli, ma soltanto sulla base di alcuni indizi, non essendo a oggi emerse fonti dirimenti in materia [Aricò 2013a, 148-150].

[8] La delibera non sembra tuttavia aver trovato attuazione [Aricò 2013a, 148].



2: J. I. Hittorff, L. Zanth, *Plan du Grand Hópital, et plan et vue di vestibule d'un Monastére, a Messine*, 1835 [Hittorf, J. I., Zanth, L. (1983, I ed. 1835). *Architecture moderne de la Sicile ou Recueil des plus beaux monumens religieux et des édifices publics et particuliers les plus remarquables de la Sicile mesurés et dessinés par J. J, Hittorff et L. Zanth architectes*, a cura di L. Foderà, Palermo, Flaccovio].

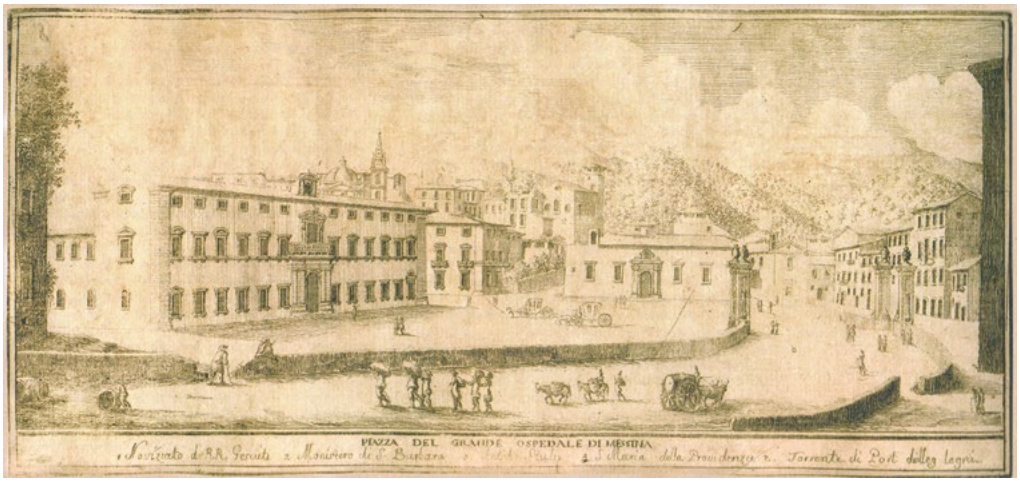


3: F. Sicuro, *Grande Ospedale di Messina*, 1767-1770 ca. [Palermo. Galleria regionale della Sicilia di Palazzo Abatellis. Inv. 9602].

serliana, che, qualora riferibile al primo progetto, sarebbe uno dei primi casi tra i pochi registrati in Sicilia tra fine Cinquecento e primo Seicento [Nobile 1995, 30].
Se la pianta ricalcava nel complesso il modello conventuale, seppure con le peculiarità già evidenziate, all'esterno l'edificio si presentava come un imponente palazzo urbano, con cantonali bugnati e finestre a edicola. La veste architettonica dei due prospetti gemelli, come appare ad esempio in un'incisione di Francesco Sicuro (Fig. 3), in particolare il partito centrale con portale tra paraste binate collegato al balcone sovrastante, con schema analogo a quello adottato nel rinnovato palazzo reale di Messina, dimostra una precipua attenzione per l'immagine urbana dell'ospedale. Proprio i due prospetti gemelli – al centro dei quali si inserivano rispettivamente gli spazi semipubblici del corpo di ingresso e della chiesa – denunciano la singolarità dell'edificio, evidente anche nelle sue dimensioni complessive in rapporto al tessuto urbano, come si legge ancora chiaramente nella pianta della città delineata dall'architetto camerale Gianfrancesco Arena dopo il terremoto del 1783 (Fig. 4). L'imponenza dell'edificio è evidente anche in una precedente incisione dell'album di Sicuro, che ne raffigura il contesto urbano e paesaggistico circostante, rivelandone allo stesso tempo l'ulteriore asimmetria di uno dei fronti, con due soli livelli (Fig. 5), come si intuisce inoltre nella veduta prospettica presente nel *Teatro geografico antiguo y moderno del Reino de Sicilia*, del 1686[9] (Fig. 6). Inserito in quest'ultimo prezioso codice celebrativo e nel percorso attraverso la città dello Stretto

[9] Per la prima pubblicazione del codice manoscritto, custodito a Madrid [Consolo, De Seta 1990]; per più approfondite analisi critiche [Di Fede 2008; Manfrè 2013].

4: G. Arena, *Pianta della Città di Messina rilevata dopo le rovine de' terremoti di febbrajo 1783*, 1783. Alla lettera I l'Ospedale Grande di Messina [Napoli. Biblioteca Nazionale. C.G. 6/42. Su concessione del Ministero della Cultura © Biblioteca Nazionale di Napoli].



5: F. Sicuro, *Piazza del Grande Ospedale di Messina*, 1767-1770 ca. [Palermo. Galleria regionale della Sicilia di Palazzo Abatellis. Inv. 10151].

delineato dall'atlante di Francesco Sicuro, il grande ospedale di Messina aveva assunto e occupava, ancora nella seconda metà del XVIII secolo, un posto di rilievo nel racconto per immagini della città[10].

[10] Per una accurata analisi dell'atlante di Francesco Sicuro [Aricò 2013b].

6: Anonimo, *Hospital de Mecina*, disegno a penna e acquerello, 1686, [Madrid. Archivio General y Biblioteca del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Ms. 003, *Teatro geografico antiguo y moderno del Reyno de Sicilia*].

Gli ospedali di S. Giacomo e S. Bartolomeo a Palermo

Analogamente, per le fabbriche cinquecentesche degli ospedali di S. Giacomo e di S. Bartolomeo a Palermo, quella dell'immagine urbana appare una preoccupazione primaria. Come già accennato, l'iniziativa di riunire le strutture assistenziali presenti in città sotto il controllo di un unico grande ospedale generale era stata attuata a Palermo al principio degli anni '30 del Quattrocento. All'operazione, tuttavia, non era corrisposta alcuna significativa impresa architettonica e urbana, essendo stato adattato ad accogliere la nuova funzione il trecentesco Palazzo Sclafani, vanto dell'architettura civile siciliana del XIV secolo nella precoce adozione della tipologia a blocco quadrangolare isolato con corte centrale[11]; nessun grande cantiere, quindi, né sensibili ricadute sul contesto urbano, almeno nel suo assetto fisico. Ben più rilevante per le implicazioni sulla componente fisica e d'immagine della città è invece ciò che accade nell'ambito della sua dotazione ospedaliera nel corso del XVI secolo. Se l'ospedale "grande e nuovo" continuava a svolgere la sua funzione di ospedale generale, nel corso del Cinquecento, soprattutto nella seconda

[11] Sul palazzo Sclafani, dalla fondazione ai restauri del secolo scorso [Isgrò 2017].

7: Anonimo, *Palermo*, disegno a penna e acquerello, 1686, [Madrid. Archivio General y Biblioteca del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Ms. 003, *Teatro geografico antiguo y moderno del Reyno de Sicilia*]; al n.1 ospedale di S. Giacomo, al n. 2 ospedale di S. Bartolomeo.

metà del secolo, nuove strutture – talora rifondazioni di istituzioni precedenti – vanno infatti ad arricchire e diversificare la dotazione assistenziale della città. In relazione al rapporto istituito con il contesto urbano e soprattutto all'aspetto magniloquente delle fabbriche, l'ospedale di S. Bartolomeo, dal 1608 detto "degli Incurabili", e quello di S. Giacomo degli Spagnoli appaiono due casi particolarmente significativi (Fig. 7).
L'ospedale di S. Bartolomeo, non più esistente a meno di un loggiato rivolto verso il mare inglobato in una fabbrica moderna, era ubicato all'estremità orientale della città murata cinquecentesca, tra l'antico porto della Cala e porta Felice[12]. Fin dal 1321 è documentata l'esistenza nella stessa area di un piccolo ospedale – in collegamento diretto con la chiesa parrocchiale, anch'essa scomparsa, di S. Nicolò alla Kalsa – retto dalla confraternita di S. Bartolomeo e destinato in un primo momento a pellegrini e forestieri infermi [Carta 1969, 158; Mazzè 1998, 118-119].

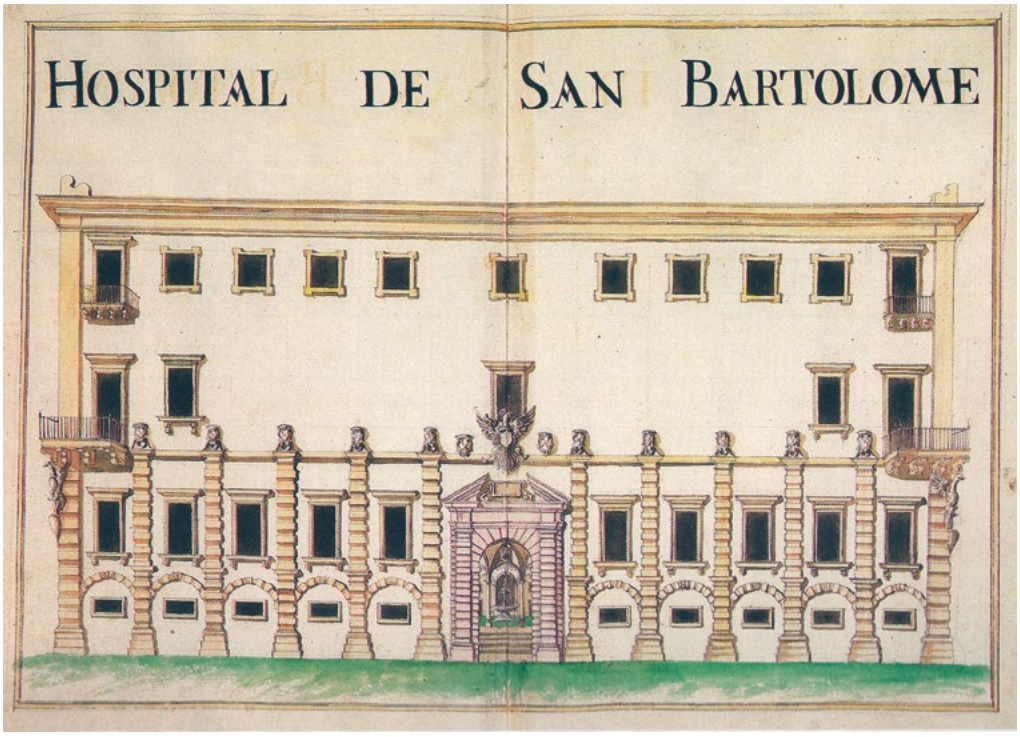
[12] L'edificio è stato colpito nei bombardamenti del 1943 e successivamente demolito e rimpiazzato dall'Istituto nautico; in tale occasione si decise di mantenere memoria del primo nel frammento relativo al doppio loggiato, inglobato in un parallelepipedo e utilizzato oggi come spazio espositivo.

Secondo le testimonianze raccolte tra Sei e Settecento, la fondazione di un nuovo e moderno nosocomio risalirebbe al 1586 e al viceregno di don Diego Henriquez de Guzman, conte di Alba de Liste, a seguito del prolungamento della via Toledo fino al mare, decretato dal suo predecessore Marco Antonio Colonna (che determinò tra l'altro una cesura tra l'ospedale e la chiesa di S. Nicolò)[13]. È l'importante cantiere urbano, quindi, a creare l'occasione per la costruzione di una struttura ospedaliera moderna e dallo stesso nuovo asse direttamente collegata con l'ospedale grande, ubicato dalla parte opposta della città, in prossimità del piano del palazzo reale e della cattedrale, e del quale l'ospedale di S. Bartolomeo costituiva – come si è detto – una sorta di succursale specializzata. La collocazione in prossimità del fronte a mare, in un luogo preminente ma allo stesso tempo sul margine della città, ne faceva una struttura idonea alla cura dei malati affetti da morbi contagiosi gravi, essendo stato destinato dal 1533, su disposizione del Senato cittadino, in particolare ai malati di sifilide [Mazzè 1998, 120].
La frammentarietà della documentazione a oggi rintracciata non consente di seguire con precisione l'andamento del cantiere, che portò innanzitutto alla definizione di un edificio con un impianto quadrangolare e corte centrale, circondata da un portico scandito da «venti colonne di pietra bigia» [Palermo 1858, 110]. Gli eruditi locali hanno trasmesso la memoria di un elevato numero di iscrizioni, osservate sui diversi fronti dell'edificio e al suo interno, le quali forniscono precise datazioni per una serie di successivi interventi[14]; tra queste, due inserite in corrispondenza dei cantonali del prospetto principale rivolto sulla via Toledo, al di sotto di aquile in marmo simbolo del Senato cittadino, sembrerebbero circoscrivere tra il 1586 e il 1609 la fase principale del processo di edificazione del nuovo ospedale[15]. A tale fase – a eccezione del portale, che un'altra iscrizione riconduceva al 1621 – dovrebbe pertanto risalire l'elegante prospetto noto attraverso il disegno presente nel *Teatro geografico antiguo y moderno del Reyno de Sicilia* (1686) (Fig. 8). Paraste bugnate di ordine dorico scandivano le campate nella parte inferiore del prospetto, collegate in alto da un'esile cornice e in basso da archi ribassati, che separavano le finestre del piano destinato agli ambienti di servizio e di contatto con il pubblico da altrettante bucature poste più in basso. Il ritmo serrato delle paraste cedeva il passo a una campata più ampia al centro del prospetto, dove attraverso un portale – nel disegno probabilmente quello del 1621 – superati alcuni gradini si accedeva a un vestibolo e alla corte interna. La distribuzione di finestre e balconi nella

[13] Le fabbriche più antiche, un'infermeria e la cappella di S. Maria la Candelora, avevano conosciuto un primo ampliamento intorno al 1347, e dal 1430 l'ospedale veniva aggregato all'ospedale "grande e nuovo", come astanteria «per gli forestieri che capitassero ammalati»; al 1433 risale una prima ricostruzione, mentre nel 1543 si effettuò un primo ampliamento realizzando un'infermeria per le donne. Elargizioni da parte del viceré Vega e del Senato cittadino per ulteriori lavori e ampliamenti sono state registrate dal 1549 al 1576; alla volontà espressa dal viceré Marco Antonio Colonna nel 1580 sembrerebbe legarsi la decisione di una nuova ricostruzione dell'ospedale, avviata solo nel 1586 [Mazzè 1998, 119-121].

[14] Sui progressivi ampliamenti, parziali rifacimenti e restauri, documentati tra XVII e XIX secolo [Mazzè 1998, 122-144].

[15] Palermo. Biblioteca Comunale. O. Mangananti, *Sacro teatro palermitano*, t. 3, ms. del XVII secolo, ai segni QqD13, ff. 983-984.



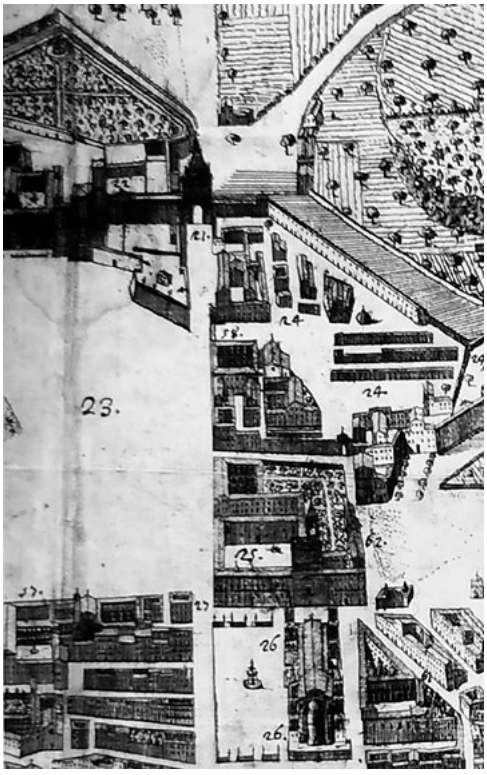
8: Anonimo, *Hospital de San Bartolome*, disegno a penna e acquerello, 1686 [Madrid. Archivio General y Biblioteca del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Ms. 003, *Teatro geografico antiguo y moderno del Reyno de Sicilia*].

parte superiore del prospetto lascia intuire la presenza delle corsie per i degenti, in un unico livello a doppia altezza (a meno delle due campate prossime ai cantonali). Tale organizzazione è confermata inoltre da un disegno di un viaggiatore francese, Jean Aimé Moutier, del 1818, che raffigura l'alzato della corte interna sezionando le ali laterali, composte soltanto da due piani con un notevole sviluppo in altezza del secondo; un secondo disegno dello stesso autore ritrae i due livelli del loggiato superstite[16], in origine ubicato sul fronte laterale dell'edificio principale, tra la Porta Felice e la via Toledo. Il doppio loggiato sormonta un primo ordine – scomparso – connotato da un portale di matrice serliana e da quattro finestre a edicola, analoghe ad altri esempi cinquecenteschi nella stessa città.

Se quindi l'organizzazione distributiva dell'ospedale rifondato a fine Cinquecento – a meno delle addizioni sei-settecentesche – è in linee generali abbastanza chiara, di più complessa decifrazione risulta a oggi la questione dei luoghi e degli spazi dedicati alla

[16] I due disegni fanno parte dei materiali di ricerca del progetto COSMED e sono custoditi presso il dipartimento di Architettura dell'Università di Palermo. L'attendibilità dei disegni sembrerebbe confermata dalla presenza di numerose annotazioni dimensionali, che fanno ritenere si tratti di rilievi effettuati con misurazioni *in situ*. Si ringrazia il prof. Marco Rosario Nobile per la segnalazione dei disegni.

"cura dell'anima", tra successive costruzioni e demolizioni di oratori e cappelle, dopo il distacco fisico dalla parrocchia di S. Nicolò a seguito del prolungamento della via Toledo. L'aspetto dell'assistenza ai malati non era comunque di certo trascurato, operando tra l'altro nel suddetto nosocomio la nobile Compagnia della Carità, fondata al fine nel 1533. La gran copia di stemmi e iscrizioni commemorative citati dalle fonti – che offrono indicazioni sulla committenza, ma tacciono in merito a progettisti e artefici coinvolti nel cantiere – e la stessa inclusione del prospetto sulla via Toledo nel codice madrileno – già citato anche per il caso di Messina – tra i *mirabilia* architettonici della città danno conto della considerazione riservata all'edificio e del ruolo rappresentativo attribuitogli nel più generale quadro dell'architettura monumentale della capitale siciliana.
In prossimità di Porta Nuova e all'estremità opposta della via Toledo, tra il 1587 e il 1589, per impulso del viceré Henriquez de Guzman si avviava la costruzione dell'ospedale di S. Giacomo destinato alla cura delle milizie spagnole (Fig. 9), in sostituzione delle strutture giudicate ormai inadeguate del piccolo ospedale di S. Giacomo la Mazara, ceduto ai militari dai canonici regolari di S. Giorgio in Alga nel 1560 e ubicato in un'area prossima a quella acquisita per la nuova costruzione [Mazzè 1998, 361; Vella 2015, 10]. L'ospedale, attestandosi con un fronte sul principale asse urbano, contribuì a qualificare architettonicamente il quartiere militare creato in prossimità del Palazzo Reale e della adiacente porta urbica, in un'ampia area trapezoidale compresa tra quest'ultima, le mura cinquecentesche, il complesso dell'arcivescovado e la via Toledo.



9: G. Lazzara, *Plano de la Ciudad de Palermo*. Particolare del quartiere dei militari e dell'ospedale di S. Giacomo, 1703 [Madrid. Archivo del Servicio Geografico del Ejercito. LM-6a -2a -a n°22].

Il processo di edificazione del nuovo nosocomio procedette con lentezza e conobbe una battuta d'arresto, essendo riavviato solo intorno al 1621 dal viceré Emanuele Filiberto di Savoia, con ulteriori interventi di completamento fino al principio del secolo successivo [Mazzè 1998, 361]. Le principali tappe del cantiere sono state immortalate da iscrizioni annotate dagli eruditi locali tra Sei e Settecento [Mazzè 1998, 361], mentre dell'edificio cinque-seicentesco – oggi caserma dei carabinieri – rimangono le fattezze originali del prospetto sulla via Toledo e alcuni frammenti della corte interna.
Se nella pianta di Palermo di Gaetano Lazzara l'ospedale, intorno al 1703, è raffigurato come un edificio quadrangolare, con corte centrale e quattro fronti egualmente sviluppati, che si tratti in realtà della "idealizzazione" di una fabbrica piuttosto irregolare emerge con evidenza dal confronto con il dettaglio della pianta di Francesco Negro e Carlo Ventimiglia, del 1640, e la veduta dall'alto dello stato attuale. Dei diversi corpi di fabbrica che concorrono a delimitare una corte interna non del tutto chiusa da edifici di età moderna, è probabile che quello lungo la via Toledo, più profondo e architettonicamente curato degli altri, coincida con la parte dell'edificio realizzata allo scadere del XVI secolo. Ciò riguarderebbe, in particolare, i primi due ordini di bucature del prospetto sulla suddetta via, scandito da paraste doriche e archi ciechi policentrici e caratterizzato dall'uso di un bugnato ricco, in aggiunta ai motivi decorativi della spada uncinata e delle conchiglie a valva, simboli di San Giacomo. L'assenza di un portale su questo fronte fa inoltre supporre che l'accesso all'ospedale avvenisse dall'interno del quartiere militare.
La veduta dall'alto restituisce infine il rapporto tra le fabbriche dell'ospedale e la preesistente chiesa di S. Giacomo, annessa al nosocomio e dal 1620 circa adibita a uso esclusivo dello stesso[17].

Conclusioni

A dispetto delle peculiarità e delle difformità già sottolineate, i tre casi studio offrono significative convergenze sotto diversi profili: dalle strategie insediative e di inserimento nel contesto urbano – in aree di margine, ma allo stesso tempo prossime a punti cruciali della città e ben connesse al tessuto viario della stessa – alle responsabilità nella gestione delle istituzioni ospedaliere così come dei cantieri per la costruzione delle nuove strutture, sostanzialmente dipendenti dall'amministrazione cittadina; dal supporto finanziario proveniente dalle *élite* locali, all'interessamento espresso per l'avvio delle nuove fondazioni da parte dei viceré in carica.
Diversi temi attendono ulteriori indagini, a partire innanzitutto da un nuovo mirato scandaglio delle fonti archivistiche; tra questi, è sicuramente auspicabile un'ulteriore riflessione sulle responsabilità progettuali, così come sull'organizzazione dei cantieri e l'operato della committenza, sui modelli di riferimento complessivi e sulla distribuzione e articolazione delle funzioni, tra cura del corpo e cura delle anime. Il rapporto con l'acqua, come bene indispensabile al buon funzionamento dell'ospedale, e la relazione tra

[17] Sulle vicende della chiesa si vedano in particolare i contributi [Mazzè 2015; Greco 2015].

edifici e caratteri orografici e ambientali dei siti prescelti per le nuove costruzioni sono altri possibili temi di approfondimento.
Se nel suo studio sugli ospedali del Rinascimento a Firenze John Henderson poneva l'accento sulla relazione tra magnificenza delle nuove strutture architettoniche ospedaliere, razionalità dei relativi modelli amministrativi e città ideale [Henderson 2006, XXVIII], l'episodio messinese e i due nosocomi palermitani qui brevemente analizzati ci appaiono in definitiva accomunati da una visione nella quale anche "i luoghi della cura" e la loro dignità architettonica concorrono a delineare il volto di una città moderna, essendo chiamati a decretarne il rango di capitale.

Bibliografia

ARICÒ, N. (1981). *Per una genealogia della normativa urbanistica in Sicilia, secoli XIII-XVI*, in «Incontri Meridionali», a. IV, n. 3, pp. 125-150.

ARICÒ, N. (2010). *Il ritratto di Messina del 1554*, in «Storia dell'urbanistica», n. 2, vol. I: *I punti di vista e le vedute di città secoli XIII-XVI*, a cura di U. Soragni, S. Colletta, pp. 139-159.

ARICÒ, N. (2013a). *Architettura del tardo Rinascimento in Sicilia. Giovannangelo Montorsoli in Sicilia 1547-57*, Firenze, Olschki.

ARICÒ, N. (2013b). *Una città in architettura. Le incisioni di Francesco Sicuro per Messina*, Palermo, Caracol.

BASILE, F. (1942). *Studi sull'architettura di Sicilia. La corrente michelangiolesca*, Roma, Liber.

BUONFIGLIO COSTANZO, G. (1606). *Messina città nobilissima*, Venezia, presso Gio. Antonio & Giacomo de Franceschi.

CARTA, G. (1969). *Il sistema ospedaliero nel centro storico di Palermo*, Palermo, Luxograph.

CARTA, G., CARTA, M. (1994). *Il cavaliere, la morte e il diavolo: l'Ospedale grande, il Trionfo della morte, l'urbanistica aragonese a Palermo, 1300-1458*, Palermo, Dipartimento città e territorio.

CHILLEMI, F. (1996). *La Giudecca di Messina*, in «Città e territorio», n. 5, pp. 5-13.

CONSOLO, V., DE SETA, C. (1990). *Sicilia Teatro del mondo*, Torino, Nuova ERI Edizioni RAI.

DI FEDE, M. S. (2008). *Carlos Castiglia e il Teatro Geografico Antiguo y Moderno del Reino de Sicilia (1686)*, in «Lexicon. Storie e architettura in Sicilia e nel Mediterraneo», n. 7, pp. 61-65.

GALLO, C. D. (1755). *Apparato agli annali della città di Messina*, Napoli, Francesco Gaipa.

GALLO, C. D. (1879, I ed. 1756-1758). *Annali della città di Messina di Caio Domenico Gallo. Nuova edizione*, vol. II, Messina, Tipografia Filomena.

GAROFALO, E. (2016). *'L'impeto de l'animo al vincere e l'ardore de la mente a la gloria'. Il governo di Ferrante Gonzaga (1535-1546), tra opere pubbliche e committenza privata*, in *La Sicilia dei viceré nell'età degli Asburgo. La difesa dell'isola, le città capitali, la celebrazione della monarchia 1516-1700*, a cura di S. Piazza, Palermo, Caracol, pp. 61-86.

GIUFFRÈ, M. (2003). *La Sicilia*, in *Storia dell'architettura italiana. Il Seicento*, vol. II, a cura di A. Scotti Tosini Milano, Electa, pp. 560-573.

GRECO, S. (2015). *San Sebastiano alla Galka: una basilica tardo gotica riformata nell'Ottocento*, in *Il Restauro della Chiesa di San Giacomo dei Militari a Palermo*, Palermo, Regione siciliana, Assessorato dei beni culturali e dell'identità siciliana, Dipartimento dei beni culturali e dell'identità siciliana, pp. 29-34.

HENDERSON, J. (2006). *The Renaissance Hospital, Healing the Body and Healing the Soul*, New Haven-London, Yale University Press.

HITTORFF, J. I., ZANTH, L. (1983, I ed. 1835). *Architecture moderne de la Sicile ou Recueil des plus beaux monumens religieux et des édifices publics et particuliers les plus remarquables de la Sicile mesurés et dessinés par J. J, Hittorff et L. Zanth architectes*, a cura di L. Foderà, Palermo, Flaccovio.

ISGRÒ, S. (2017). *L'*Hosterium Magnum *di Matteo Sclafani a Palermo. Architettura e restauri*, in «Lexicon. Storie e architettura in Sicilia e nel Mediterraneo», n. 25, pp. 51-68.

L'edilizia sanitaria a Palermo dal XVI al XIX secolo: l'Ospedale Grande e Nuovo (1992), a cura di A. Mazzè, Palermo, Accademia delle Scienze Mediche.

L'edilizia sanitaria a Palermo dal XVI al XIX secolo. Parte seconda (1998), a cura di A. Mazzè, Palermo, Accademia Nazionale di Scienze, Lettere e Arti.

MANFRÈ, V. (2013). *La Sicilia de los cartógrafos: vistas, mapas y corografías en la Edad Moderna*, «Anales de Historia del Arte», n. 23, pp. 79-94.

MAZZÈ, A. (2015). *Notizie storiche sulla chiesa di san Giacomo dei Militari*, in *Il Restauro della Chiesa di San Giacomo dei Militari a Palermo*, Palermo, Regione siciliana, Assessorato dei beni culturali e dell'identità siciliana, Dipartimento dei beni culturali e dell'identità siciliana, pp. 21-28.

NOBILE, M. R. (1995). *L'architettura religiosa: il cantiere gesuita*, in *I Lombardi e la Sicilia. Ricerche su architettura e arti minori tra Il XVI e il XVIII Secolo*, a cura di R. Bossaglia, Pavia, Tipografia Commerciale Pavese, pp. 25-58.

NOBILE, M. R. (2001). *Palermo e Messina*, in *Storia dell'architettura italiana. Il secondo Cinquecento*, a cura di C. Conforti, R. J. Tuttle, Milano, Electa, pp. 348-371.

PALERMO, G. (1858). *Guida istruttiva per Palermo e suoi dintorni/riprodotta su quella del cav. D. Gaspare Palermo dal beneficiale Girolamo Di Marzo-Ferro*, Palermo, Tipografia P. Pensante.

VELLA, L. (2015). *Il quartiere militare di San Giacomo: lettura iconografica (1588-1885) e connotazione urbana dell'impianto*, in *Il Restauro della Chiesa di San Giacomo dei Militari a Palermo*, Palermo, Regione siciliana, Assessorato dei beni culturali e dell'identità siciliana, Dipartimento dei beni culturali e dell'identità siciliana, pp. 9-19.

Elenco delle fonti documentarie

Palermo. Biblioteca Comunale. O. Mangananti, *Sacro teatro palermitano*, t. 3, ms. del XVII secolo, ai segni QqD13, ff. 983-984.

L'OSPEDALE E LA CHIESA DI SANTA MARIA DELLA VITA IN BOLOGNA. VICENDE ARCHITETTONICHE E RAPPORTI URBANI TRA MEDIOEVO ED ETÀ MODERNA

Daniele Pascale Guidotti Magnani

Abstract

The paper analyses the architectural history of the Hospital and the church of Santa Maria della Vita in Bologna. The investigation focuses on various kinds of spaces of the complex, which were used as hospital wards, but also as shops and places of worship. The construction history of the complex is strictly interlaced with some important landmarks of the architectural history of Bologna, such as the Palazzo dei Banchi by Vignola and obviously the church of Santa Maria della Vita by Bergonzoni.

Keywords

Bologna, Hospitals, Jacopo Barozzi da Vignola, Renaissance architecture, Baroque architecture.

Introduzione

Il tardo Medioevo vede la nascita delle due più importanti istituzioni assistenziali di Bologna fino all'età napoleonica. Si tratta degli ospedali di Santa Maria della Vita e di Santa Maria della Morte, che occupavano aree nodali della città, a pochissima distanza dalla piazza Maggiore. Una posizione che, all'occhio moderno, può parere incongrua: i due ospedali si inserivano infatti nel dedalo delle strade medievali, caratterizzato da una mescolanza di funzioni sovente in contrasto tra loro. I continui ampliamenti e progressivi adattamenti, ricavati con fatica nel tessuto urbano nel corso del Trecento e del Quattrocento, sono tuttora in parte leggibili. Nonostante l'importanza strategica e la ricchezza mercantile di Bologna, il Rinascimento non portò, come in altre città italiane, anche di minore importanza, a una riorganizzazione complessiva degli ospedali, con la costruzione di un nuovo edificio monumentale: sono ben noti i casi di Milano (Ca' Granda), Firenze (Innocenti) e Roma (Santo Spirito), ma il processo di razionalizzazione degli edifici dedicati all'assistenza investe anche città di minori dimensioni come Pavia (San Matteo) o Parma (ospedale Maggiore) e addirittura città di provincia come Faenza (*Domus Dei*). In realtà, anche a Bologna si assiste nel Quattrocento a tentativi di accentrare le istituzioni assistenziali e dotarle di sedi consone, collocate in luoghi che,

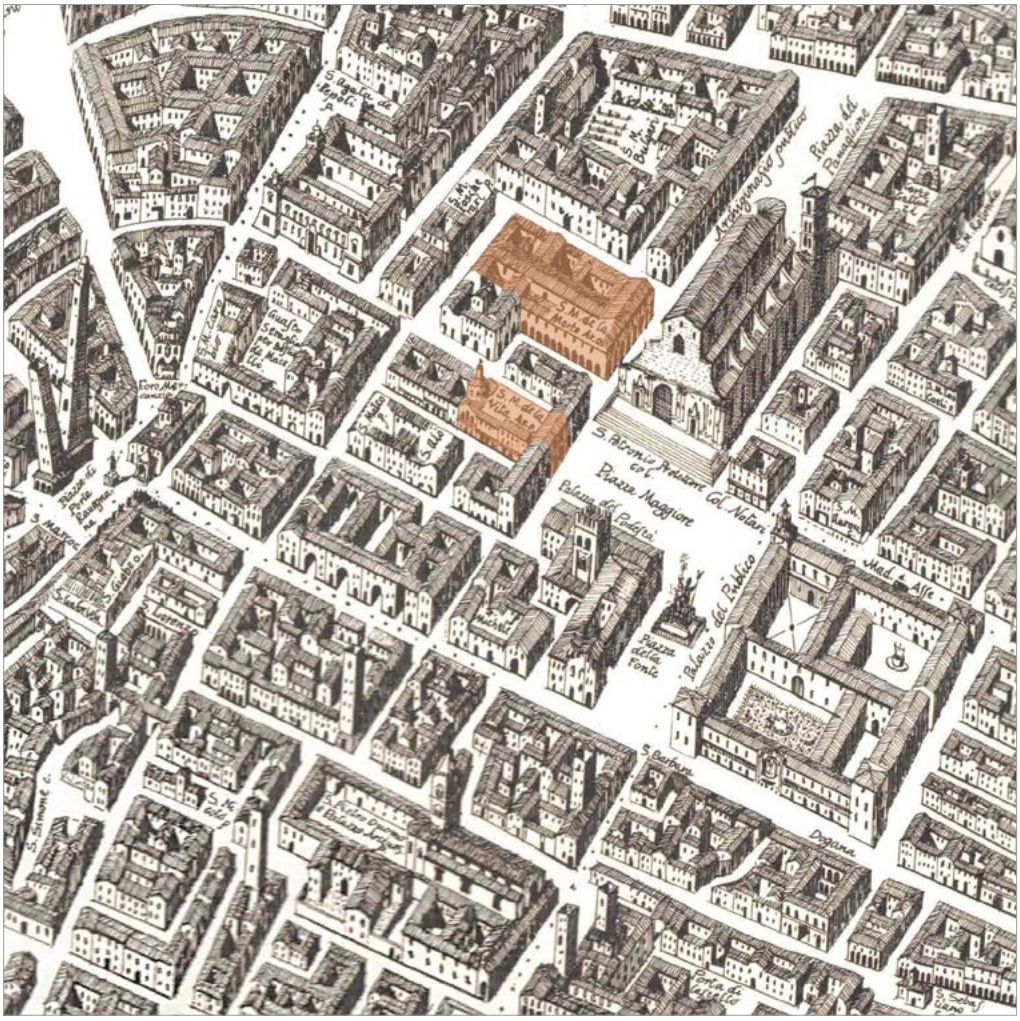
© Aisu International 2021

pur *intra moenia*, risultano comunque più periferici e meno affollati: il signore della città, Giovanni Bentivoglio, è fautore della costruzione del conservatorio del Baraccano, con il suo lungo portico che affianca il tratto terminale della strada di Santo Stefano, e dell'ospedale dei Bastardini, il cui portico, di eccezionale slancio e vero "catalogo" di capitelli all'antica, rimase incompiuto. Le operazioni citate mostrano comunque che gli antichi ospedali (della Vita e della Morte) si mantennero saldamente nelle mani delle confraternite che li reggevano, refrattarie a ingerenze più o meno marcate da parte del potere politico, quasi emblema di una tradizione ben radicata nel tessuto sociale popolare erede della città comunale. Le contraddizioni cui si è fatto cenno, non solo di carattere urbano, ma anche sociale e politico, sono ben evidenti analizzando la storia costruttiva dell'ospedale della Vita.

Le origini

Secondo una non sempre attendibile *Lezenda* medievale [Orioli 1995], nel 1261 il perugino Riniero Fasani giunse in città con un folto seguito di ben ventimila Flagellanti. In realtà, studi recenti tendono a escludere una presenza diretta di Riniero in città e ad anticipare di un anno l'arrivo di una processione di Flagellanti proveniente dalla vicina Imola [Fanti 1997, 16]. Scopo suo e dei suoi seguaci era quello di promuovere l'autoflagellazione in pubblico – una sorta di «grandiosa catarsi collettiva» [Fanti 1997, 16] – come metodo di espiazione dei peccati, come forma di devozione e, non ultimo, come strumento per impetrare da Dio la cessazione di guerre ed epidemie, in un'epoca devastata dagli scontri tra papato e impero. I Flagellanti si installarono ben presto stabilmente in città e, a partire dal 1287, iniziarono ad acquistare immobili nei pressi di piazza Maggiore, con l'intento di costruire un ospedale per i bisognosi. Il carisma dei confratelli sembra così mantenersi fedele al carattere devozionale ma anche fortemente politico delle origini: il Comune di Bologna richiedeva loro di continuare a svolgere la loro attività di pacificazione e interposizione nelle frequenti liti intestine della città medievale, mentre la cura dei bisognosi si inscriveva «nella prospettiva cristiana del povero visto come immagine del Cristo sofferente, e del valore soddisfattorio delle opere di carità per i peccati commessi, ma anche nel clima di coscienza civica che è proprio del periodo comunale» [Fanti 1997, 16]. In quest'ottica, dunque, non fa meraviglia che la confraternita dei Battuti bianchi bolognesi sia stata fondata proprio nel pieno centro della città, a due passi dai luoghi del potere (i palazzi del Comune), del commercio (piazza Maggiore), dello studio (la Curia Bulgari, su cui poi sorgerà l'Archiginnasio), nei luoghi cioè di maggior confluenza di persone e dov'era certamente più necessaria l'opera di intermediazione dei confratelli (Fig. 1). La funzione assistenziale, in un primo tempo, era paritetica all'opera di pacificazione: è chiaro quindi che la collocazione dell'ospedale in luogo così centrale era una soluzione di compromesso tra le due anime della confraternita.

La pratica di ospitare pellegrini e curare gli infermi divenne preponderante per la vita della confraternita solo a partire dal secolo successivo, quando i movimenti dei flagellanti furono costretti dal papa Clemente VI a cessare la cruenta pratica dell'autoflagellazione



1: F. de' Gnudi, Ichnoscenographia di Bologna, 1702. Sono evidenziate le posizioni degli ospedali di Santa Maria della Vita (in basso) e di Santa Maria della Morte (in alto) rispetto a piazza Maggiore [ridisegno di L. Confortini, 1985; rielaborazione dell'autore].

pubblica, che continuò tuttavia a essere praticata in privato, come si vedrà, in spazi destinati ai soli confratelli. È dunque dal tardo Medioevo che inizia a sorgere il complesso di S. Maria della Vita come lo conosciamo oggi, dotato di spazi destinati alla devozione privata o pubblica – gli oratori, la chiesa – e ambienti utilizzati per la pratica della cura – le infermerie, la spezieria. A questi si aggiungevano locali da reddito, come le lucrose botteghe collocate lungo le vie Clavature e Pescherie Vecchie e addirittura affacciate su piazza Maggiore, fondamentali per via dei rilevanti profitti reimpiegati nello svolgimento dell'attività ospedaliera.

Il «casamento» dell'ospedale

> Una giesia cum uno chaxamento habitabile ad uxo de spedale et per hospicio de qualumqua povero infermo et miserabile quali per chausa de varie infirmità li adveneno et concoreno, a li quali benignamente se li dà rechapito, e sonno […] piatosamente cum grandissima cura et diligentia gubernati cusì de l'anima como che etiam del corpo e a recuperatione de la loro sanitade […].[1]

In queste parole che introducono il *Campione* dei beni della confraternita della Vita del 1516 sono perfettamente delineate le caratteristiche assistenziali che, seppure non primarie al momento della fondazione, erano ormai divenute fondamentali e informavano di sé la struttura del complesso. All'attività ospedaliera si affiancava una fervente vita confraternale, che nella pratica della disciplina e nel conforto agli infermi univa l'osservanza delle opere di misericordia alla meditazione sulla passione di Cristo. Una chiesa aperta alla cittadinanza, regolarmente officiata, completava il quadro delle funzioni che avevano sede nel "casamento" di proprietà della confraternita, esteso da piazza Maggiore verso oriente, tra le vie Pescherie Vecchie e Clavature.
Tale casamento si era progressivamente formato a partire dai primi acquisti immobiliari effettuati dalla confraternita, fino a raggiungere l'estensione attuale nel XVI secolo. A questo scopo, fondamentale era stato l'acquisto dalla famiglia Caccianemici, nel 1452, di una porzione del vecchio portico dei Banchi, con le relative redditizie botteghe affacciate direttamente sulla piazza[2]. Tutta questa parte del casamento fu investita dall'opera di ricostruzione della facciata dei Banchi, promossa negli anni 1566-1568 dal vicelegato Cesi per dare maggior decoro alla piazza e al contempo imprimere il suggello del potere papale all'antica piazza del Comune. Com'è noto, e com'è stato ampiamente analizzato da Tuttle, il monumentale e "romano" progetto della facciata è di Jacopo Barozzi da Vignola, anche se i confratelli della Vita fecero eseguire la parte di loro spettanza dal capomastro Carlo da Limito [Tuttle 2001, 208-213] per una ragione di risparmio: «per architectorem ordinarium dicti hospitalis pro illius minori dispendio»[3]. Il voltone sopra alle Pescherie fu invece costruito solo nel 1579-1581, dopo la morte di Vignola e su disegno di Domenico Tibaldi[4]; il che non deve stupire, dal momento che il giovane Tibaldi era senz'altro il più genuinamente classico e informato sui princìpi dell'architettura all'antica tra gli architetti operanti a Bologna nel secondo Cinquecento, perfettamente in grado di portare a termine la costruzione senza deviare dal canone vignolesco.

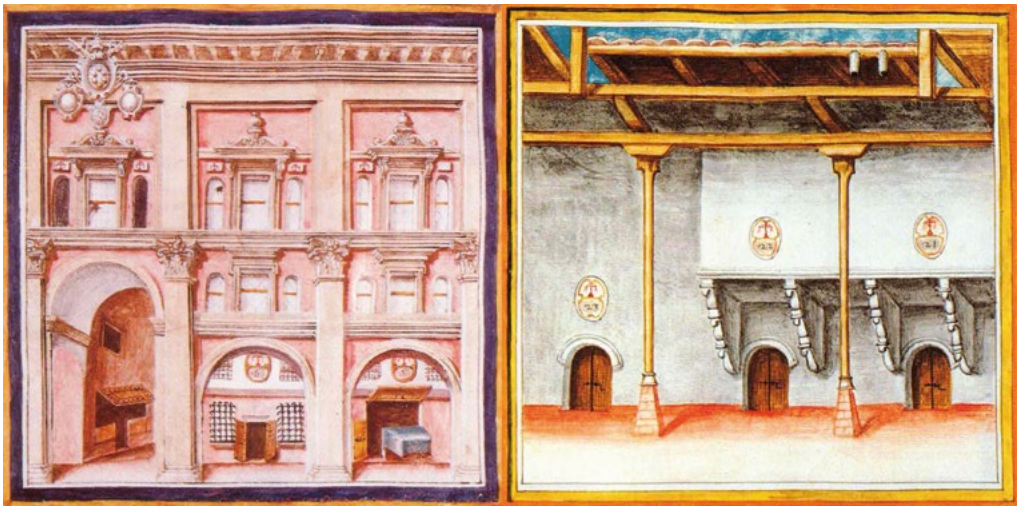
---

[1] Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie X, n. 12, Campione, 1516, c. 3r. Per la descrizione [Bocchi 1995, 8-9].

[2] Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie X, n. 4, Campione IV, c. 338r.

[3] Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie II, n. 2 (70), *Libro delle congregazioni*, 1560-1574, cc. 82v-83r.

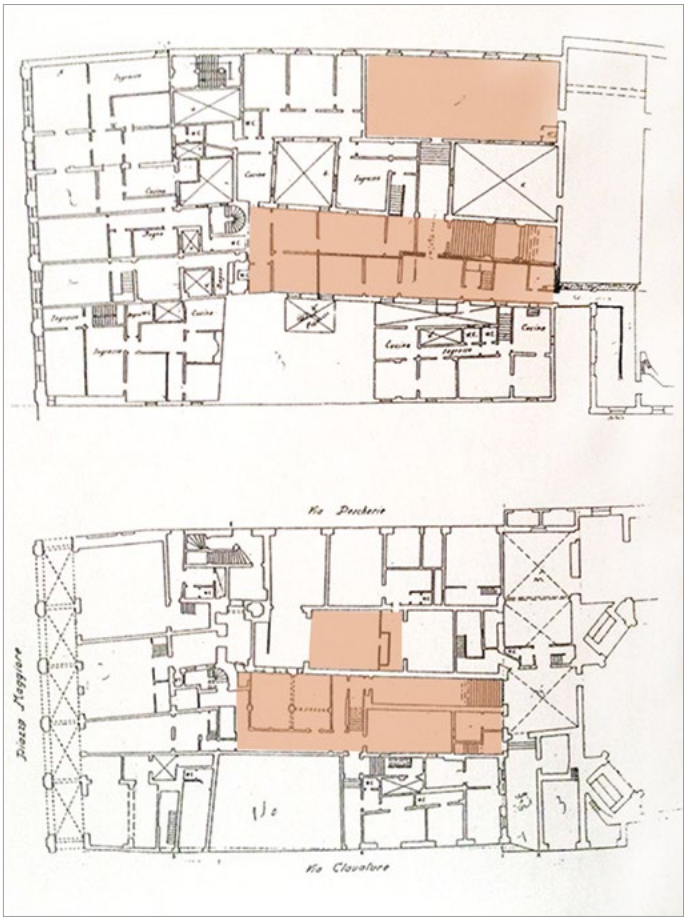
[4] Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie II, n. 2 (70), *Libro delle congregazioni*, 1574-1587, c. 63v.



2: F. Fabbri, Botteghe dell'ospedale della Vita affacciate verso piazza Maggiore, sotto il portico dei Banchi e verso via delle Pescherie Vecchie, 1601 [Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita, Serie X, n. 14, cc. 179, 186; Bocchi, F. (1995). *L'edilizia civile bolognese fra Medioevo e Rinascimento. Le miniature del Campione di S. Maria della Vita (1585-1601)*, Bologna, Grafis edizioni, pp. 19, 35].

Imboccando le due strade parallele che si dipartono dai voltoni della facciata dei Banchi, tuttavia, ci si può ben rendere conto di come l'edificio dell'ospedale mostri due volti differenti (Fig. 2): l'affaccio sulla piazza non è altro che un grande fondale, il cui punto di vista privilegiato sono le finestre del Palazzo Pubblico, dalle quali il cardinale Legato e il Senato cittadino potevano assistere alle feste e agli spettacoli che avevano luogo in piazza. In sostanza, in una piazza che si fa teatro – in anticipo sul gran secolo del barocco – la facciata vignolesca può essere interpretata come una ideale materializzazione delle scene illustrate da Serlio nel suo trattato [Serlio 1545, 68-69], nonché un antecedente della scena scamozziana del Teatro Olimpico di Vicenza. La "romanità" esibita dalla facciata vignolesca è un grandioso esperimento urbano di matrice soprattutto politica, ma è estraneo al carattere tipico delle costruzioni bolognesi [Tuttle 2001, 225-227]. Lungo le strade interne, infatti, l'ospedale mostrava un volto molto più domestico e usuale per i bolognesi dell'epoca. Su via Clavature, il casamento aveva una facciata senza portico, nella quale si aprivano diverse botteghe, in un disordine compositivo frutto delle progressive fasi di ampliamento dell'edificio. Verso via Pescherie Vecchie, invece, mostrava un aspetto oggi non più riconoscibile: le botteghe, infatti, erano protette dai tipici portici medievali bolognesi, ad altissime stilate lignee [Bocchi 1995, 26-37]; in alcuni casi si poteva notare addirittura una compresenza di portici e sporti su mensole lapidee. Questi elementi, ritenuti un antenato del portico, sono tuttora maggiormente visibili nelle zone più centrali e di più fitto insediamento della città, a causa del minore ingombro di suolo rispetto al portico [Ceccarelli 2015, 28-29].

All'interno dell'isolato, il casamento era occupato dalle infermerie (Fig. 3), che nel Seicento erano ben cinque, tre per gli uomini al piano terreno – la cui localizzazione non è ad oggi chiarissima – e due per le donne al piano superiore, più una "segreta"



3: Complesso di S. Maria della Vita, piante dei piani terreno e primo. Sono evidenziate le posizioni ipotizzabili delle infermerie degli uomini (al piano terreno) e delle donne (al primo piano) [Tuttle, R. (2001). *Piazza Maggiore. Studi su Bologna nel Cinquecento*, Venezia, Marsilio, figg. 114-115; rielaborazione dell'autore].

all'ultimo piano per i "poveri vergognosi"[5]. Tutte le infermerie erano dotate di altare per la celebrazione della messa quotidiana a edificazione degli infermi. L'infermeria delle donne fu ricostruita nel 1610 sopra a quella degli uomini «per patire […] dal gran fettore che rendono le pescarie et per esser ancor angusta e patir d'humidità e cattiva aria»[6]. Il progetto è forse di Floriano Ambrosini – come sembrerebbe suggerire la grafia che si trova nei disegni – impegnato negli stessi anni nella ricostruzione dell'oratorio. Tali necessità assistenziali vennero meno nel 1688, quando il conte Vincenzo Hercolani lasciò una cospicua rendita in eredità all'ospedale; con questa somma, i confratelli decisero di spostare le attività di cura in un nuovo edificio da costruirsi nel quadrante nord-ovest

[5] Si trattava di nobili o che venivano sovvenzionati da un'apposita opera pia, per evitare loro la vergogna di dover chiedere l'elemosina, in un'epoca nella quale lo *status* sociale richiedeva dei precisi obblighi e impegni di natura pubblica.

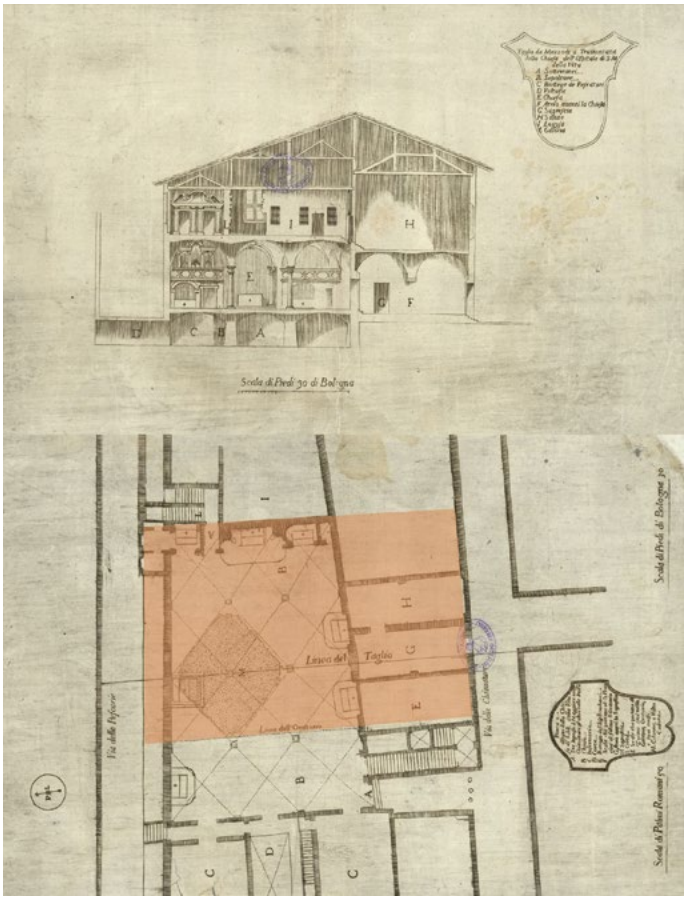
[6] Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie II, n. 4, *Libro delle congregazioni*, 1607-1624, c. 46v.

della città, in località più salubre e senza problemi di spazio. In effetti, l'ospedale della Vita aveva sempre patito il fatto di essere situato in un sito piuttosto ristretto, al contrario della confraternita sorella della Morte, che poteva disporre di un intero isolato con ampi spazi aperti (cortile porticato e cortile dei carri) [Pascale Guidotti Magnani 2015]. Al piano superiore del vecchio complesso si trovavano due oratori, entrambi a uso della compagnia stretta, cioè di quei membri della confraternita che, pur mantenendo lo stato laicale, adottavano una regola di vita che prevedeva una più assidua partecipazione a orazioni e momenti liturgici. L'oratorio piccolo era usato per l'esercizio privato della disciplina, mentre l'oratorio grande era appunto dedicato alla vita liturgica ed era ornato fin dal 1519 dal superbo gruppo scultoreo del *Transito della Vergine* di Alfonso Lombardi; fu ricostruito tra il 1611 e il 1617 su un progetto di Ambrosini eseguito da Bonifacio Socchi [Giordano 1997]. Nell'archivio dell'ospedale restano numerosi disegni, solo in parte pubblicati, e in gran parte attribuibili a Giulio della Torre, capomastro-architetto già collaboratore di Tibaldi nel cantiere del monastero di S. Procolo. Tali disegni mostrano diverse soluzioni per l'oratorio, che variano sia nella qualità formale, sia nell'orientamento. Quello prescelto si caratterizza per il sontuoso ordine corinzio con lesene appaiate; tale struttura fu poi riccamente ornata di stucchi, dorature e dipinti. Le tele hanno per oggetto episodi della vita del beato Riniero e tendono, programmaticamente, a esaltare l'attività assistenziale del fondatore [Sassu 1997], con una forzatura della verità storica ben giustificabile in un'età, quella della Controriforma, nella quale la pratica della "disciplina" era ormai malvista, mentre era sostenuto dalle gerarchie ecclesiastiche – e Bologna era la città del cardinale Paleotti – il carattere più chiaramente sociale delle confraternite [Prodi 1959, 179-182].

La chiesa

Poco o nulla sappiamo della chiesa primitiva, se non che, iniziata nel Duecento, aveva un orientamento nord-sud. Nel Quattrocento, i confratelli provvidero a costruire una nuova chiesa (Fig. 4) [Raule 1967, 18], più ampia della precedente e canonicamente orientata con il presbiterio a est. Si trattava di un edificio a tre navate, con pilastri ottagonali che sono ancora in parte conservati nell'attuale sacrestia; gli archi poggiavano su capitelli di stampo tardo-gotico. Un ulteriore restauro avvenne nei primi anni del Cinquecento: l'ultimo pagamento al maestro muratore Cesare da Carpi è del 1502 [Bocchi 1995, 10]; non è certo una coincidenza il fatto che lo stesso anno furono pagati 100 ducati a Lorenzo Costa per la pala dell'altare maggiore,[7] la *Presentazione al Tempio* passata a Berlino e malauguratamente distrutta nel 1945 nel tragico incendio dei depositi bellici dei musei berlinesi. La chiesa ospitava poi su un altare della parete nord, probabilmente collocato nel sito dell'altare maggiore della chiesa primitiva, l'affresco trecentesco della *Madonna col Bambino*, imbiancato nel 1502, segno di un mutamento di gusto, certo, ma forse anche

[7] Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie X, n. 14, *Libro Rosso*, Campione, c. 18r.



4: A. Barelli, Pianta del piano terreno e sezione trasversale dell'ospedale della Vita, con evidenziazione dell'ingombro della nuova chiesa seicentesca, 1686 [Bologna. Biblioteca Comunale dell'Archiginnasio. F. Gozzadini, cart. 27, n. 66; Galeazzi, G. (2011). *La chiesa di Santa Maria della Vita e il suo altare dedicato alla Madonna*, in «Arte a Bologna», n. 7/8, pp. 61-81].

di una non particolare devozione popolare per l'immagine; devozione che si propagò invece a tutta la città quando l'immagine fu riscoperta nel 1614.
Alla base dell'idea di ricostruire la chiesa in forma più monumentale stavano certo la crescente fama taumaturgica dell'immagine trecentesca, ma anche due eventi – tragico l'uno, propizio l'altro – imprevisti. Nel 1686 uno dei pilastri della chiesa cedette, causando il crollo di parte della volta, proprio in corrispondenza della cappella della Madonna. Agostino Barelli, architetto pubblico, realizzò per l'occasione tre incisioni che mostrano le piante dei piani inferiore e superiore e una sezione della parte crollata (Fig. 4)[8]. Queste incisioni sono utilissime per rendersi conto della conformazione della chiesa quattrocentesca, che era estesa in altezza solo al piano terreno del casamento, ospitando il piano superiore gli oratori e diversi ambienti a uso della confraternita. Nella chiesa si possono notare in particolare la doppia cantoria, una occupata dall'organo costruito da

[8] Bologna. Biblioteca Comunale dell'Archiginnasio. F. Gozzadini, cart. 27, n. 66. Per la pianta [Giordano 1997, 49].

Baldassarre Malamini nel secondo Cinquecento, e le due cappelle laterali all'altar maggiore, quella di destra occupata dal celebre *Compianto* di Nicolò dell'Arca. L'evento felice che portò alla costruzione della nuova chiesa fu invece la già citata eredità Hercolani, che permise di liberare molti spazi al piano superiore e di valutare la costruzione di una chiesa molto più alta di quella quattrocentesca.
Incaricato del progetto della chiesa fu Giovanni Battista Bergonzoni, frate del Terz'ordine di S. Francesco. Il primo progetto di Bergonzoni per la chiesa era alquanto semplice: una chiesa a navata unica, scandita da massicci pilastri e ravvivata solo da due colonne libere nella cappella maggiore. Non è quindi chiaro se il progetto a pianta ottagonale sia effettivamente un'idea di Bergonzoni o se sia una rielaborazione di spunti progettuali altrui. Questa seconda ipotesi potrebbe essere suffragata da un'incisione realizzata a Firenze da un non altrimenti identificato Giuseppe Giachi[9] e raffigurante la pianta della chiesa, con alcune varianti rispetto a quanto poi eseguito. Non è però ancora chiaro se le incisioni siano basate su un progetto di Bergonzoni o se siano state inviate proprio da Firenze da un architetto ancora sconosciuto. Quello che è certo è che l'impianto definitivo, a pianta centrale, è piuttosto insolito per chiese di queste dimensioni a Bologna; lo spazio, ritmato da colonne composite, si rifà all'interno della romana Sant'Agnese in Agone, come notato già da Wittkower [Wittkower 2003, 243]. Un possibile parallelo può essere cercato anche nella grandiosa Basilica della Salute di Venezia, iniziata da Baldassarre Longhena nel 1631: anche lì, una dedicazione mariana, una committenza civica, una pianta ottagonale movimentata da semicolonne, in una sorta di tardiva replica di quelle chiese rinascimentali a pianta centrale che possono essere definite, secondo la definizione di Bruno Adorni, "templi civici del Rinascimento" [Adorni 2002].
Rimase invece incompiuta la grande cupola, che, realizzata solo negli anni '80 del Settecento da Giuseppe Tubertini, sarebbe divenuta un vero *landmark* urbano [Galeazzi 2007]. Ineseguita fu anche la facciata che rimase al grezzo fino al 1904. Sono noti però alcuni disegni di grande qualità (Fig. 5), databili agli anni '20 del Settecento, che raffigurano una monumentale facciata e la cupola: non è chiaro se rispecchino il progetto originale di Bergonzoni [Pascale Guidotti Magnani 2000, 15][10].

Conclusioni

La storia del complesso della Vita, così intimamente legata alla storia urbana e architettonica di Bologna, mostra la secolare vitalità di una committenza, quella confraternale, dal carattere intermedio tra pubblico e privato, tra religioso e laicale. I confratelli si confrontarono nei secoli con situazioni sempre differenti, facendo tesoro delle occasioni che si presentavano loro per affacciarsi sulla scena urbana in modi differenti: così, le operazioni di rinnovamento di piazza Maggiore operate nel secondo Cinquecento

[9] Forse appartenente alla famiglia omonima di capomastri e impresari edili fiorentini.

[10] Bologna. Archivio dell'Opera Pia Davia Bargellini. B. 972, nn. 29, 44.

5: M. Cavazzoni, Santa Maria della Vita: pianta, progetto di facciata, progetto della cupola, sezione longitudinale mancante della cupola, primo ventennio del Settecento [Bologna. Archivio dell'Opera Pia Davia Bargellini. B. 972, nn. 44, 29/I, 29, 45/I].

dal vicelegato Cesi furono occasione per rendersi partecipi della "romanizzazione" del volto di Bologna voluto dal potere papale, mentre l'eredità Hercolani fu lo spunto per la realizzazione di una nuova chiesa dalle forme innovative e grandiose. Al di là di questi episodi, i confratelli operarono invece con mimetismo nei confronti del tessuto urbano preesistente: la chiesa medievale era pressoché invisibile dalla strada, così come il sontuoso oratorio seicentesco; le facciate esterne del complesso, punteggiate di botteghe, non si distinguevano in maniera particolare dalle costruzioni vicine. I luoghi della cura erano parimenti invisibili, celati ai piani superiori all'interno dell'isolato: del resto, già dal tardo Cinquecento la confraternita si era trasformata in luogo di aggregazione e devozione della migliore società bolognese e andava progressivamente perdendo i caratteri originari. Non è un caso che l'ultimo secolo della sua storia, il Settecento, si sia caratterizzato per l'allontanamento definitivo delle funzioni assistenziali, per ragioni di salubrità, certo, ma anche per una profonda mutazione del ruolo del malato e del povero nella società proto-illuminista.

Note

Questo lavoro è dedicato alla memoria di Graziano Campanini, per anni direttore del Museo della Sanità di Bologna, che tanto si è speso per la conservazione e la conoscenza del complesso di Santa Maria della Vita.
Si ringrazia, inoltre, Mario Bevilacqua per il suggerimento in nota 9.

Bibliografia

ADORNI, B. (2002). *Introduzione*, in *La chiesa a pianta centrale. Tempio civico del Rinascimento*, a cura di B. Adorni, Milano, Electa, pp. 9-14.

BOCCHI, F. (1995). *L'edilizia civile bolognese fra Medioevo e Rinascimento. Le miniature del Campione di S. Maria della Vita (1585-1601)*, Bologna, Grafis edizioni.

CECCARELLI, F. (2015). *L'architettura del portico bolognese tra Medioevo e prima età moderna*, in *I portici di Bologna nel contesto europeo*, a cura di F. Bocchi, R. Smurra, Bologna, Luca Sossella, pp. 21-36.

FANTI, M. (1997). *La Confraternita bolognese dei Disciplinati e la Chiesa di Santa Maria della Vita*, in *L'Oratorio di Santa Maria della Vita*, a cura di M. Poli, Bologna, ed. Costa, pp. 15-24.

GALEAZZI, G. (2007). *La grande cupola di Santa Maria della Vita*, in «Il Carrobbio», n. 33, pp. 74-83.

GIORDANO, F. (1997). *L'Oratorio dei Battuti. Vicende architettoniche e decorative*, in *L'Oratorio di Santa Maria della Vita*, a cura di M. Poli, Bologna, ed. Costa, pp. 39-60.

PASCALE GUIDOTTI MAGNANI, D. (2000). *"Le più squisite fabbriche … intagliate in rame alla guisa di quelle di Roma". Un atlante incompiuto dell'architettura moderna bolognese agli albori del Settecento*, in «Studi sul Settecento Romano», n. 36, pp. 11-51.

PASCALE GUIDOTTI MAGNANI, D. (2015). *"Uno edificio grande con portico in volta". Le vicende architettoniche dell'ospedale della Morte nel Cinquecento*, in *Tra la Vita e la Morte. Due confraternite bolognesi tra Medioevo e Età Moderna*, a cura di M. Medica, M. Gregory D'Apuzzo, Cinisello Balsamo, Silvana Editoriale, pp. 66-71.

PRODI, P. (1959). *Il Cardinale Gabriele Paleotti (1522-1597)*, vol. 2, Roma, Edizioni di storia e letteratura.

RAULE, A. (1967). *Il santuario di S. Maria della Vita in Bologna*, Bologna, A. Nanni.

SASSU, G. (1997). *Le decorazioni pittoriche dell'Oratorio della Vita*, in *L'Oratorio di Santa Maria della Vita*, a cura di M. Poli, Bologna, ed. Costa, pp. 61-84.

SERLIO, S. (1545). *Il secondo libro di perspettiva*, Paris, Imprimerie de Iehan Barbé.

TUTTLE, R. J. (2001). *Piazza Maggiore. Studi su Bologna nel Cinquecento*, Venezia, Marsilio.

WITTKOWER, R. (2003, I ed. it. 1958). *Arte e architettura in Italia 1600-1750*, Torino, Einaudi.

Elenco delle fonti archivistiche e documentarie

Bologna. Archivio dell'Opera Pia Davia Bargellini. B. 972, nn. 29, 44.

Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie II, n. 2 (70), *Libro delle congregazioni*, 1560-1574, cc. 82v-83r.

Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie II, n. 4, *Libro delle congregazioni*, 1607-1624, c. 46v.

Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie II, n. 2 (70), *Libro delle congregazioni*, 1574-1587, c. 63v.

Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie X, n. 4, Campione IV, c. 338r.

Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie X, n. 12, Campione, 1516, c. 3r.

Bologna. Archivio di Stato. Ospedale di Santa Maria della Vita. Serie X, n. 14, *Libro Rosso*, Campione, c. 18r.

Bologna. Biblioteca Comunale dell'Archiginnasio. F. Gozzadini, cart. 27, n. 66.

Sitografia

ORIOLI, R. (1995). *Fasani, Raniero*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 45, pp. 206-209: https://www.treccani.it/enciclopedia/raniero-fasani_(Dizionario-Biografico)/ [gennaio 2021].

I LUOGHI DI CURA NELLA LECCE DEL XVI-XVII SECOLO. IL CASO-STUDIO DELL'OSPEDALE DELLO SPIRITO SANTO. ANALOGIE E DIFFERENZE CON GLI ALTRI LUOGHI DEPUTATI ALL'ASSISTENZA SANITARIA IN CITTÀ ORMAI SCOMPARSI

Ivana Quaranta

Abstract

During the 16th and 17th century, Lecce was a very lively city, not only from an ethnic point of view but also in terms of religion, with an avant-garde welfare organization. This essay focuses on analysing the Ospedale dello Spirito Santo, the only facility that survived through the disruptive urban changes that took place in the following centuries and led to the almost total loss of information regarding the other institutions dedicated to the care of the diseased in modern age.

Keywords

Ospedale dello Spirito Santo, Lecce, healthcare facilities, modern age, medical assistance

Introduzione

Scopo del presente contributo è ricostruire dal punto di vista della storia urbana i luoghi dell'assistenza sanitaria a Lecce tra Cinquecento e Seicento, perché finora tutti gli studi che si sono occupati dei luoghi di cura in città lo hanno fatto soddisfacendo altri criteri di ordine statistico, demografico, economico, storico, antropologico. Si intende quindi ricostruire, per quanto possibile, la tipologia architettonica degli ospedali di Lecce in età moderna, di modo che altri studiosi possano eventualmente confrontarli con tipologie edilizie presenti in altre parti d'Italia e trarre delle conclusioni che possano essere univoche per tutti, segnando dei punti fermi relativamente a una tipologia architettonica che, almeno per quanto riguarda i periodi più antichi, resta molto vaga, non avendo a disposizione – soprattutto per l'area in oggetto – esemplari giunti integri sino a noi. Purtroppo, per quanto riguarda il caso leccese, l'unico ospedale conservatosi è quello dello Spirito Santo; ben poco rimane dell'Ospedale della Santissima Trinità dei Pellegrini e dell'Ospedale Fatebenefratelli, e nulla, se non testimonianze d'archivio, resta dell'Ospedale dei Santi Maurizio e Lazzaro.

© Aisu International 2021

La base bibliografica da cui si è partiti per lo studio della situazione sanitaria a Lecce a cavallo tra Cinquecento e Seicento è la *Lecce Sacra* di Giulio Cesare Infantino, in cui sono descritte le chiese e le cappelle della città al 1634 [Infantino 1634]. Tale volume è fondamentale per la ricostruzione della storia urbana di Lecce in generale e lo è ancor di più se si pensa che è una delle rarissime fonti coeve, la cui attendibilità è pressoché indiscutibile. Altro saggio fondamentale è la *Lecce d'altri tempi* di Amilcare Foscarini [Foscarini 1935], che, sebbene scriva circa quattro secoli dopo il periodo che si intende analizzare, trae una serie di conclusioni utilizzando fonti storiche ben definite, tra cui la numerazione dei fuochi della città di Lecce compilata tra il 4 e il 31 marzo 1508[1], una santa visita del 1544[2] e un manoscritto di Francescantonio Piccinni[3] che elenca le isole «così come erano intese tra 1757 e 1760». Proprio nella *Lecce d'altri tempi* sono enumerati due ospedali di cui non rimane traccia nemmeno nell'Archivio di Stato di Lecce: l'hospitalis S. Me de Vetrana (Santa Maria della Vetrana, o meglio dei Veterani), che si trovava in portaggio San Martino e della cui esistenza non parlano gli storici locali, e lo sconosciuto Ospedale di San Biagio. Mentre per il primo riusciamo a identificarne a grandi linee l'eventuale posizione, per il secondo non abbiamo alcun riferimento; Foscarini è praticamente l'unico a nominarlo sulla scorta delle fonti citate. A detti ospedali si aggiungeva l'Opera dei poveri ammalati, amministrata dalla compagnia del Santissimo Sacramento e tesa a prestare soccorso ai poveri infermi che non potevano essere accolti nell'ospedale dello Spirito Santo. Essa si serviva di medici salariati, il cui compito era quello di visitare gli ammalati e somministrare loro le cure necessarie.
È così che si delinea una mappa molto variegata dei nosocomi leccesi cinque-seicenteschi, lasciando presupporre una suddivisione dei malati per patologia e classe sociale. Basti pensare che l'ospizio dei Santi Maurizio e Lazzaro accoglieva i lebbrosi poiché si trovava lontano dal centro cittadino, mentre l'Ospedale della Santissima Trinità dei Pellegrini accoglieva principalmente coloro che vi facevano tappa lungo il proprio cammino verso o dal santuario di *finibus terrae* a Santa Maria di Leuca. Purtroppo, non si hanno altri riferimenti sui due ospedali di cui si è persa ogni traccia, tranne del nome, con la speranza che future ricerche facciano riaffiorare testimonianze del loro funzionamento e del ruolo all'interno del contesto cittadino.

Il quadro storico di riferimento

Nel primo periodo della dominazione spagnola, gli Aragonesi concessero a Lecce una serie di benefici, rendendolo un centro tra i più importanti del regno. Le contee furono riorganizzate assegnandole ad alleati della corona, mentre la città di Lecce – insieme a Brindisi, Otranto, Gallipoli e Taranto – era amministrata da un governatore che

[1] Napoli. Archivio di Stato. Vol. 852.

[2] Lecce. Biblioteca Provinciale. Vol 16 mss.

[3] Lecce. Biblioteca Provinciale. Vol. 77 mss: F. Piccinni, *Raccolta di antichi e moderni fatti*.

rispondeva direttamente alla corona. Lecce era una città molto fiorente dal punto di vista dei traffici commerciali per la massiccia presenza di ricche comunità di mercanti stranieri, tra cui veneziani, genovesi, fiorentini e ragusei.
Nel Cinquecento, a causa delle continue incursioni turche sulle coste, anche le città dell'entroterra, tra cui Lecce, furono dotate di nuove cinte murarie e furono interessate da un'imponente opera di potenziamento delle strutture difensive. Sotto il regno di Carlo V, sia il castello che le mura leccesi furono ricostruiti, e l'impulso architettonico non interessò soltanto la sfera civile, ma anche quella religiosa. La città si arricchì di nuove costruzioni civili e, soprattutto, religiose. Nello stesso periodo nacquero confraternite che si dotarono di statuti e regolamenti e che si dedicavano alle opere assistenziali più disparate: la cura dei malati, la sepoltura dei morti, l'insegnamento, l'accoglienza dei pellegrini, il sostentamento delle fasce più deboli della popolazione.
Fu proprio nel contesto descritto che sorsero, sotto una generale spinta edilizia, piccoli ospedali, molti dei quali portati avanti esclusivamente grazie ai lasciti testamentari dei fedeli, comprensivi di proprietà di diversa natura: botteghe, terreni, palazzi, oltre a lasciti in denaro impiegati per le esigenze più disparate legate all'amministrazione dell'ospedale. Non è questa la sede opportuna per occuparsi delle motivazioni che spingevano le persone in punto di morte ad affidare a tali strutture parte o la totalità dei propri beni. Quel che è certo è che alcune di queste istituzioni ricoprirono un ruolo chiave nella vita civile e religiosa della comunità, accumulando beni e ricchezze che necessitavano di un'amministrazione a volte anche molto complessa.

L'Ospedale dello Spirito Santo

L'Ospedale dello Spirito Santo è l'unica architettura civile con funzione di luogo di cura della Lecce del Cinquecento ed è giunto sino a noi nell'involucro esterno originario. La sua fondazione risale al 1392 per volontà di Giovanni d'Aymo, un umile ciabattino che faceva il guardiano della Porta Rugge. La leggenda narra che un pellegrino fiammingo giunse a Lecce e conobbe Giovanni d'Aymo, al quale confidò l'esistenza di un tesoro sepolto nei pressi della cappella di Sant'Oronzo fuori le mura; insieme decisero di riportarlo alla luce insieme nel cuore della notte. D'Aymo uccise poi il pellegrino e fuggì a Venezia col tesoro; rientrato a Lecce fu arrestato, ma comprò la libertà con il denaro rubato e fondò il convento dei Domenicani con la chiesa di San Giovanni Battista e l'ospedale dello Spirito Santo [Cantarelli 1885]. La struttura, che si presenta maestosa agli occhi del visitatore, è il frutto della ricostruzione del 1548 su progetto dell'architetto militare Gian Giacomo dell'Acaya, il quale si occupò della ricostruzione del castello e delle mura di Lecce, del borgo di Segine – che da lui prese il nome di Acaya – e fu autore di altre importanti opere di architettura militare a Cosenza, Napoli e Capua.
L'Ospedale dello Spirito Santo si trova subito dopo aver varcato Porta Rudiae, di fronte alla chiesa di San Giovanni Battista e all'ex convento dei Domenicani. Oggi è stato restaurato ed è sede della Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio per le provincie di Brindisi, Lecce e Taranto (Fig. 1). All'esterno si presenta come una struttura rettangolare massiccia e possente, caratterizzata da un alto zoccolo bugnato che

1: Ospedale dello Spirito Santo. Prospetti, agosto 2020 [foto di I. Quaranta].

sottolinea anche i profili di porte e finestre. La facciata è scandita da lesene binate scanalate, rispettivamente di ordine dorico al piano terra e ionico al primo piano, risultando così in contrasto con il resto dell'architettura barocca circostante: si configura infatti come un'architettura severa, il cui rigore è iterato identicamente, nella sua modularità, per l'intero prospetto.

La struttura ha subito profonde trasformazioni nel corso dell'Ottocento, modifiche che hanno interessato soprattutto la suddivisione degli spazi interni per soddisfare le esigenze di un moderno ospedale. Uno degli spazi originari che per primo ha subito manomissioni è il cortile interno, che nel corso dei secoli ha dovuto restringersi sempre più per far posto ai nuovi ambienti che si aggiungevano alla struttura preesistente. Il lato destro della struttura, subito dopo l'androne di ingresso, è quello che già nel 1662 – come recita un'epigrafe posta su porta e finestre – subì una modifica sostanziale con la costruzione di ambienti destinati ad accogliere giovani vergini. La documentazione relativa ai lavori di adeguamento strutturale e funzionale dell'edificio si fa più copiosa a partire dall'Ottocento. Tra gli incartamenti riguardanti i lavori eseguiti nell'Ospedale su progetto dell'ingegnere Oronzo Torsello custoditi nell'Archivio di Stato di Lecce[4] si legge che il salone al piano superiore destinato alle donne aveva una copertura a tettoia antichissima, molto probabilmente risalente al progetto cinquecentesco di Gian Giacomo dell'Acaya, che versava in cattivo stato di conservazione. L'ingegner Torsello

[4] Lecce. Archivio di Stato. Congregazione di Carità. B. 33 fasc. 257.

propose di coprire il salone «con volte parte di tufo e parte con figoli in luogo della tettoia marcita»[5]. Nelle stime dei lavori, inoltre, si legge che i muri perimetrali sul prospetto e sul retro non avevano lo spessore idoneo per poggiarvi delle volte in pietra, per cui fu fatto un lavoro molto accurato per conservare integra la facciata facendo in modo che gli spessori fossero adeguati ad accogliere le nuove coperture. Una sensibilità che non ci si aspetterebbe alla metà dell'Ottocento, quando ancora il concetto di bene culturale è ben lungi dall'essere riconosciuto.
Giulio Cesare Infantino, nella sua *Lecce Sacra*, descrive così l'Ospedale:

> Si veggono quivi magnifiche e sontuose fabriche con bellissime e commodissime stanze, sì per l'infermi come anche per li ministri che di continuo assistono per il servizio spirituale e temporale di quelli. […] Vi è un cortile principale, e a torno a quello tutte l'officine necessarie per sì tanta opera; una ben fornita speciaria piena di diversi semplici, e altre cose di confetture per l'infermi.
> […] A canto di detto cortile sta attaccata una chiesa, fabbricata non sono molti anni da limosine, con una porta incontro la sala dove dimorano l'infermi, che celebrandosi la messa nell'altare maggiore di quella possono comodamente tutti detti infermi dal letto vederla, benché dentro la medesima sala vi sia anche un altro altare nel quale si celebra per maggiore comodità degli ammalati [Infantino 1634, 23-24].

Dalla testimonianza di Infantino desumiamo che la struttura era organizzata attorno a un cortile centrale, dotata di tutto ciò che poteva servire per la corretta amministrazione della fabbrica, spezieria inclusa. La chiesa non ha un prospetto sulla via principale, e la porta d'ingresso dà sull'androne interno dell'ospedale. La sua struttura è ingabbiata nella costruzione principale, tanto che dall'esterno nulla fa presagire la presenza di una chiesa all'interno della massiccia architettura. Sulla strada si apre una porta secondaria, molto probabilmente utilizzata dai fedeli che vi si recavano per le preghiere, sormontata da una «monofora profonda come una cannoniera», un esplicito rimando alla formazione militare dell'architetto [Paone 1974, 309]. Unico decoro della finestra è una colomba scolpita nella pietra, simbolo dello Spirito Santo. Sempre dall'esterno è possibile ammirare le tre finestre della zona presbiteriale: quella centrale è posta in posizione di rilievo rispetto alle due laterali più piccole, anch'esse molto profonde (Fig. 2).
La cappella è ad aula unica scandita da quattro arcate per lato. Partendo da destra, si riscontra la presenza di un altare, della porta d'ingresso che dà sulla strada, e altre due arcate occupate da altrettanti altari; a sinistra invece, sono presenti tre arcate con rispettivi altari, più un'arcata cieca. Si rileva l'assenza dell'altare nella zona presbiteriale; segni sul pavimento indicano che fu spostato in epoca imprecisata. Riprendendo le parole di Infantino, la chiesa dello Spirito Santo era dotata di una «porta incontro la sala dove dimorano l'infermi» [Infantino 1634, 24]; la sua descrizione è molto precisa, in quanto scrive chiaramente che di fronte alla porta principale della chiesa si trovava lo stanzone delle degenze. Altro contributo importante per la ricostruzione della struttura

[5] Lecce. Archivio di Stato. Congregazione di Carità. B. 33 fasc. 257.

2: Chiesa dello Spirito Santo. Interni, agosto 2020 [foto di I. Quaranta].

architettonica dell'Ospedale dello Spirito Santo è offerto dalle visite pastorali[6] che si sono succedute nei primi anni del Seicento. In quella del 1606 il vescovo di Polignano descrive in modo molto preciso la cappella, dove sulla destra si trovava l'altare dedicato a san Leonardo dentro una balaustra di legno, al quale fu lasciato un legato da Ciancia dell'Antollia[7]. A sinistra un altro altare sotto il titolo dei santi Stefano e Lorenzo, eretto dal clerico dottore Alessandro Maggi[8]. Oltre a questi vi erano altri cinque altari, tre a destra e due a sinistra, che nel periodo della visita pastorale non avevano alcuna fondazione o data. Risulta chiaro che il delegato apostolico descrive la cappella volgendo le spalle all'altare maggiore, per cui ci si ritrova con quello che il visitatore oggi può ammirare visitando la cappella ed entrando dall'ingresso principale: tre altari a destra e quattro a sinistra; l'altare dell'ultima arcata sembra essere stato demolito, come si può notare dalle tracce che emergono sulla parete di fondo.
Tuttavia, Michele Paone in *Chiese di Lecce* riporta che la chiesa è percorsa sui fianchi da una duplice serie di quattro brevi arcate, nelle quali furono collocati sei altari, mentre nelle altre due arcate si aprivano due porte, una antistante all'altra [Paone 1978, 309]. Mentre concordiamo sul fatto che, all'epoca in cui l'autore scrive, gli altari potessero già essere

6 Lecce. Archivio di Stato. Scritture delle Università e Feudi. Serie I, atti diversi. B. 19, fasc. 45 (1626-1818).

7 Lecce. Archivio di Stato. Scritture delle Università e Feudi. Serie I, atti diversi. B. 19, fasc. 45 (1626-1818), notaro Ferrante Castromediano, settembre 1560.

8 Lecce. Archivio di Stato. Scritture delle Università e Feudi. Serie I, atti diversi. B. 19, fasc. 45 (1626-1818), notaio Leonardo Manca, 31 agosto 1574.

stati ridotti a sei, non si spiega come mai dica che di fronte alla porta che dà sulla strada si aprisse una porta, perché è chiaro che l'altare della seconda arcata è coevo agli altri. Una descrizione che contrasta nettamente sia con quella di Infantino che con quelle successive; difficile dire se si sia trattato di una svista o se effettivamente all'epoca di Paone le cose fossero effettivamente così. Fatto sta che oggi, dopo il restauro, si susseguono dall'ingresso principale tre altari a sinistra, con l'ultima campata vuota in quanto non sembra sia mai stata presente una porta, e tre altari a destra, dove la seconda campata è occupata a destra dall'ingresso che dà sulla strada principale. Manca l'altare maggiore, quello dove l'officiante celebrava le funzioni, ma si leggono tracce della sua presenza sul pavimento.
Sempre nella visita pastorale del 1606 si legge che i quadri all'interno della cappella sono tutti in ottimo stato di conservazione, ma gli altari sono spogli di suppellettili, come candelieri e croci; il vescovo si raccomanda che ogni altare abbia sia l'uno che l'altro. Nella visita pastorale del vescovo di Ostuni del 1626 ci sono altri riferimenti alla struttura architettonica dell'ospedale. Il delegato apostolico ordina che venga chiusa la cancellata sopra la porta d'ingresso che serviva per far sentire la messa agli infermi, visto che al piano superiore non dimorava nessuno ma vi si conservava il grano, in modo che non cadesse sull'altare. Oggi al posto di quella cancellata si trova la cantoria con l'organo costruito da Hieronimus Bassi o Baffi nel 1726. Ciò fa presupporre che nel corso del Seicento la chiesa abbia subito ulteriori modifiche, che portarono poi nei primi anni del Settecento alla costruzione della cantoria e dell'organo. Il delegato apostolico ordina inoltre che fosse costruito un campanile sulla chiesa almeno di due pilastri per sostenere una campana di conveniente grandezza. Da quello che rimane, non sembra che la chiesa dello Spirito Santo abbia mai avuto delle campane. Questo elemento è una particolarità esclusiva della costruzione, perché tutti gli altri luoghi di cura in città avevano cappelle la cui struttura era adiacente all'ospedale vero e proprio ed erano dotate di campane.
Sempre nella visita apostolica del 1626 si legge che l'altare della seconda infermeria non era adornato, dal momento che non sempre vi dimoravano gli infermi, e viene ordinato di tenerlo coperto con un panno. Nella visita pastorale sono elencati tutta una serie di ambienti dell'ospedale, come la chiesa, l'infermeria, la cucina, la dispensa, la speziaria.
Nel corso dell'ultimo restauro, sotto il pavimento della chiesa sono stati scoperti ambienti ipogei pieni di materiale osseo, oltre a strutture murarie con resti di dipinti parietali probabilmente databili al XIV secolo, e quindi facenti parte della costruzione originaria. Pregevole la scelta della Soprintendenza di coprire l'importante scoperta con una lastra di vetro, in modo che i visitatori possano ammirare la bellezza di quei frammenti di dipinti mantenutosi in ottimo stato di conservazione al di sotto del piano di calpestio.

L'Ospedale della Santissima Trinità dei Pellegrini

L'Ospedale dei Pellegrini fu voluto da un gentiluomo di Lecce, Achille Maresgallo, che nel suo testamento ordinò di fondare a sue spese un ospedale per i poveri pellegrini a Lecce, sulle orme di quello che era stato costruito a Roma da san Filippo Neri nel 1548. Esso sorgeva in portaggio S. Biagio, isola di Sant'Angelillo, ma ora non rimangono altro che «poche memorie e la chiesina» [Paone 1978, 309].

Infantino scrive del complesso: «è un picciolo Spedale nel quale albergano i peregrini, attaccato al quale è una picciola Chiesa e il suo fondatore fu Achille Marescallo» [Infantino 1634, 64]. Il suo esecutore testamentario fu Giovanni Tommaso Pandolfo, che diede seguito alle volontà di Maresgallo nel 1589, come si legge nell'iscrizione che si trova nella saletta di detto ospedale e che recita «Ioannes Thomas Pandolfus, Achillis Marescalli voluntatem exequens anno Domini M. D. 89». Furono chiamati a reggerlo i frati di San Giovanni di Dio e, quando questi passarono all'Ospedale dello Spirito Santo, fu affidato all'arciconfraternita della Santissima Trinità.
Ai primi dell'Ottocento l'Ospedale è in piena crisi, finché nel 1833, cessati i pellegrinaggi, l'arciconfraternita locava casa, ospizio e giardino a uso abitazione. La situazione al 1850 era la seguente:

> Nel largo che sta spianato d'innanzi la chiesa Trinità vecchia e nello esterno dello spiazzo o vestibolo della medesima verso la parte di ponente si apre una umile porticina, sul cornicione della quale elevasi una lapide portante l'adorata imagine della sacrosanta triade. È lo stemma dell'Ospizio dei Pellegrini. Si entra per detta porticina in un giardino adorno di vari alberi di agrumi, e un viottolo a man destra nell'entrare conduce in una casa a pianterreno, composta di varie stanze. A dritta si presenta una stanza da letto del Cappellano, un'altra dei pellegrini decentemente addobbate, e una terza a sinistra ad uso di cucina. Ora quest'Ospizio più non esiste [De Simone 1964] (Fig. 3).

La chiesa fu ricostruita dopo il 1797. La facciata è semplicissima, decorata da un timpano e due lesene con capitelli compositi. La stessa decorazione si trova all'interno a navata unica,

3: Ospedale della Santissima Trinità dei Pellegrini. Prospetti, agosto 2020 [foto di I. Quaranta].

scandita da tre campate. A sinistra si apriva la porta d'accesso all'ospedale, sormontata da un piccolo coro che permetteva l'affaccio al luogo di culto direttamente dai locali. La chiesa aveva una porta secondaria che dava sulla strada, murata in seguito alla sottrazione di alcune tele nel 1975. Ancora in buono stato di conservazione, oggi la chiesa, intitolata a san Nicola, è utilizzata dalla comunità ortodossa della sacra arcidiocesi d'Italia e Malta.
Al confronto con l'Ospedale dello Spirito Santo, la cappella è staccata dal corpo di fabbrica dell'ospedale, ma presentava un ingresso laterale che dava direttamente sulla strada – primo elemento in comune con la chiesa dello Spirito Santo – oltre a un coro che collegava la struttura direttamente con le stanze dei pellegrini. Fondamentale la testimonianza di De Simone, che riporta una descrizione piuttosto precisa dell'Ospedale dei Pellegrini e del giardino, desunta dai protocolli notarili custoditi nell'Archivio di Stato di Lecce. Proprio il cortile interno rappresenta una peculiarità degli ospedali non solo in età moderna, elemento fondamentale per la ripresa psicofisica dei degenti e di quanti condividevano per lavoro o necessità quegli spazi.

L'Ospedale Fatebenefratelli

L'Ospedale Fatebenefratelli era amministrato dall'ordine di San Giovanni di Dio, fondato in Spagna dal santo stesso (1495-1550), che arrivò a Lecce nel 1588 per istituire un convento-ospedale. Si stabilì in un primo momento nell'Ospedale della Santissima Trinità de' Pellegrini, che all'epoca aveva dodici letti, poi si spostarono per qualche anno nell'Ospedale dello Spirito Santo. A partire dal 1599 l'ordine realizzò chiesa, convento e ospedale sull'attuale via Palmieri, dove si trovava l'antica cappella di San Basilio. L'Ospedale Fatebenefratelli sorgeva in portaggio San Giusto, nell'isola di «S.ti Basilii» [Foscarini 1935]. Oggi solo la toponomastica (vico Spedale Fate Bene Fratelli) ricorda l'esistenza di un ospedale in quel punto dove sorgono i resti dell'imponente complesso architettonico ormai fatiscente, risalente agli anni tra il 1738 e 1742 e realizzato da Mauro Manieri. Il complesso prende il nome di chiesa e convento di Santa Maria della Pace, meglio conosciuto col nome di Istituto Margherita, perché fino a vent'anni fa ospitava un istituto scolastico. Peccato che della costruzione del 1599 non sia rimasto nulla, né nella chiesa né nell'attiguo convento, se non molto probabilmente solo le fondamenta. È ipotizzabile che Manieri abbia utilizzato la vecchia chiesa di San Basilio come punto di partenza per la costruzione della nuova, che presenta delle analogie sia con la chiesa dello Spirito Santo che con quella della Santissima Trinità dei Pellegrini: navata unica, collegamento diretto con l'ospedale tramite una sorta di "coro/balaustra", cortile interno (Fig. 4).
Nel caso del Fatebenefratelli, pur non negando la funzione ospedaliera della struttura, trattasi effettivamente di convento con annessa chiesa, non di un ospedale nell'accezione moderna del termine. La chiesa è adiacente al convento ma nello stesso tempo separata da esso, come entità distinta, contrariamente a quanto avviene nell'Ospedale dello Spirito Santo. Anche sull'Ospedale Fatebenefratelli i documenti d'archivio scarseggiano, soprattutto quelli relativi al periodo in esame, mentre si fanno più copiosi per i secoli successivi, quando il convento fu adibito a istituto scolastico e dismesso soltanto nel 1997.

4: Ospedale Fatebenefratelli, chiesa e convento di Santa Maria della Pace, meglio conosciuto come Istituto Margherita, agosto 2020 [foto di I. Quaranta].

5: Chiesa di Santa Maria della Pace. Prospetto della chiesa annessa all'Ospedale Fatebenefratelli, agosto 2020 [foto di I. Quaranta].

L'Ospedale Fatebenefratelli risulta quindi un complesso edilizio che nel corso dei secoli ha subito profondi rimaneggiamenti, anche a causa dei cambi di destinazione d'uso di cui è stato oggetto, ma che versa in una situazione assai precaria dal punto di vista strutturale. Purtroppo, senza un intervento immediato rischia di scomparire un pezzo di storia leccese, che era importante ricordare in questo contributo, dal momento che quasi nessuno ne conosce la storia e l'originaria destinazione d'uso ospedaliera (Fig. 5).

Ospedale dei Santi Maurizio e Lazzaro

Infantino descrive così l'Ospedale dei Santi Maurizio e Lazzaro: «la Cappella di San Lazzaro, propriamente sta nel luogo detto volgarmente il Sannà […]. Quivi è un gran cortile con stanze à torno, giardini e altre comodità per servizio de' leprosi, che vi dimorano, eretto dalla città di lecce in beneficio de' suoi concittadini, e non d'altri forastieri» [Infantino 1634, 212]. Dell'ospizio dei Santi Maurizio e Lazzaro non resta più nulla, se non forse l'attuale chiesa di San Lazzaro, che a causa dei continui ampliamenti e rimaneggiamenti non presenta più la struttura architettonica originaria.
Sempre grazie a Infantino veniamo a conoscenza del fatto che il convento di Santa Maria del Tempio, le cui fondamenta sono venute alla luce in seguito a lavori di costruzione di un parcheggio sotterraneo nell'attuale piazza Tito Schipa, fu ingrandito per comodità dei frati che vi dimoravano e degli infermi dei luoghi convicini nel 1440 grazie agli introiti garantiti dalle elemosine [Infantino 1634, 212]. Questo fa supporre che l'ospizio dei Santi Maurizio e Lazzaro e il convento di S. Maria del Tempio potessero avere rapporti molto stretti, data anche la vicinanza tra le due costruzioni. «Vi si tiene l'infermeria per i Padri non solo del luogo, ma anche de' conventi convicini, e ciò sì per esser luogo di buonissimo aere» [Infantino 1634, 212].
L'odierna chiesa di San Lazzaro è stata completamente ricostruita nel Settecento, e ciò ha fatto perdere qualunque memoria storica della cappella dell'ospizio, non avendo alcun tipo di riscontro nemmeno dalle fonti d'archivio. Le carestie e le conseguenti epidemie diminuirono, e l'ospedale lentamente decadde. La chiesa subì ulteriori ampliamenti nel 1916, che ne modificarono irrimediabilmente la struttura precedente.
De Simone in *Lecce e i suoi monumenti* accenna all'ospedale come dipendente dall'ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro in Piemonte [De Simone 1964, 324]. Con bolla di papa Gregorio XIII datata 13 gennaio 1572, l'ordine fu affidato in perpetuo a casa Savoia. Le poche carte, tutte di ordine amministrativo, sono rimaste nell'archivio dell'ordine a Torino e non aiutano la presente ricerca dal punto di vista architettonico.

Conclusioni

Non è un caso che tutte le strutture ospedaliere della città risalgano a un periodo storico antecedente al Cinquecento, almeno per quanto riguarda l'Ospedale dello Spirito Santo e l'Ospedale dei Santi Maurizio e Lazzaro, mentre tutte le ricostruzioni riguardano il periodo tra Cinquecento e Seicento. Questo significa che sicuramente la città necessitava

di luoghi di cura, e molto probabilmente ci fu un incremento della domanda per far fronte alle necessità della popolazione. I luoghi della cura hanno successivamente subito trasformazioni anche radicali, tanto da renderne quasi impossibile leggerne le tracce più antiche. Per quanto riguarda la città di Lecce, non è stato scritto nulla su tali complessi tra Cinquecento e Seicento, tanto che di molti si è persa quasi ogni traccia.
È possibile riassumere le peculiarità delle strutture ospedaliere leccesi a cavallo tra Cinquecento e Seicento come segue:

- Le chiese/cappelle sono inglobate nella struttura oppure adiacenti e collegate ad essa per mezzo di porte laterali;
- Il prospetto sulla strada non è sempre presente, ma l'accesso dalla strada è assicurato tramite ingressi secondari;
- È sempre presente il collegamento diretto chiesa-stanza dei degenti;
- Il cortile interno risulta un elemento indispensabile, dove si affacciavano spezierie e botteghe che assicuravano medicinali e unguenti utili alla cura degli ammalati.

Possiamo concludere che anche a Lecce sono presenti elementi comuni con la tipologia ospitaliera che riscontriamo nel resto d'Italia: le cappelle sono spesso di piccole dimensioni, ad aula unica e con una serie di altari laterali fatti erigere dalla nobiltà locale a seguito di lasciti testamentari; la sala delle degenze è dotata di un altare posto a una delle estremità, in modo che i malati potessero assistere alle celebrazioni liturgiche direttamente dal letto; il cortile riveste un ruolo di primaria importanza. Tuttavia, Lecce viaggia su un binario diverso rispetto a quanto avviene nel resto della penisola, soprattutto dal punto di vista dell'organizzazione in pianta di tali spazi: da un lato perché Gian Giacomo dell'Acaya era un architetto militare chiamato ad intervenire su un'opera preesistente, per cui è ipotizzabile pensare abbia avuto tutta una serie di vincoli nella realizzazione dell'opera; dall'altro lato, gli altri ospedali erano dipendenti da ordini religiosi, legati alla tipologia conventuale con chiostro centrale.

Bibliografia

CANTARELLI, G. B. (1885). *Monografia storica della città di Lecce*, Lecce, Tip. editrice Salentina.

DE SIMONE, L. G. (1964). *Lecce e i suoi monumenti*, Lecce, Centro Studi Salentini.

FOSCARINI, A. (1935). *Lecce d'altri tempi: ricordi di vecchie isole, cappelle e denominazioni stradali: contributo per la topografia leccese*, Bari, Ed. Alfredo Cressati.

INFANTINO, G. C. (1634). *Lecce Sacra*, Lecce, Pietro Micheli.

PAONE, M. (1978, I ed. 1974). *Chiese di Lecce*, vol. 1, Galatina, Congedo.

Elenco delle fonti archivistiche

Lecce. Archivio di Stato. Congregazione di Carità. B. 33 fasc. 257.

Lecce. Archivio di Stato. Scritture delle Università e Feudi. Serie I, atti diversi, b. 19, fasc. 45 (1626-1818).

Lecce. Biblioteca Provinciale. Vol 16 mss.

Lecce. Biblioteca Provinciale. Vol. 77 mss: F. Piccinni, *Raccolta di antichi e moderni fatti*.

Napoli. Archivio di Stato. Vol. 852.

I COMPLESSI SOCIOSANITARI DI PRIMA CONCEZIONE MODERNA NELLA STRUTTURA DELLA CITTÀ. PROPOSTE SETTECENTESCHE PER L'OSPEDALE DEL SALVATORE AL LATERANO

Barbara Tetti

Abstract

The S. Salvatore in Laterano Hospital represents a significant case related to the urban role in social welfare and health care of modern Roman complexes.
Built on an area rich in ancient remains, the complex gained a unitary definition during the late seventeenth century, when the 'hospital' as an establishment was changing from a recovery place for sick people and pilgrims to a scientific study and medical treatment institution. In this regard, throughout the eighteenth century the Roman milieu was involved in the construction and modification of certain hospitals, designed by major figures of the architectural scene; some designs – not all accomplished – were proposed for S. Salvatore, and are the basis for further exploration of the role of the Lateran institution.

Keywords

Restoration, hospital, eighteenth century Rome, Lateran, modern architecture.

Introduzione

La lettura dei valori di relazione instaurati fra la città e i grandi complessi assistenziali sociosanitari di concezione moderna, nelle diverse configurazioni derivate dalle profonde modificazioni avvenute nei secoli fino al presente, emerge come determinante nell'indagine delle dinamiche alla base dei processi di attualizzazione, della comprensione di come questi sono stati attuati e della loro efficacia, tanto sul piano della struttura urbana quanto su quello delle valenze architettoniche. Infatti, le strutture della cura subiscono nei secoli profonde modificazioni, mutando continuamente con le trasformazioni impresse alla città sia i valori legati all'architettura che il ruolo nell'ambito urbano a varia scala. Tali osservazioni si configurano come la necessaria base conoscitiva su cui articolare riflessioni e considerazioni di possibili strategie operative nell'ambito dei complessi sociosanitari di prima concezione moderna, progettati nel corso del XVIII secolo secondo i principi della scienza e degli avanzamenti della medicina. I luoghi della cura sono infatti realizzati o rinnovati secondo gli

© Aisu International 2021

avanzamenti della dottrina scientifica, quando l'*hospitale* muta da edificio per l'accoglienza dei *pauperum languentium* a luogo di studio e cura di particolari condizioni cliniche e infermità. I primi complessi assistenziali di matrice scientifica sono organismi destinati all'assistenza sanitaria dei cittadini, attrezzati per il ricovero, il mantenimento e le cure di specifiche patologie o condizioni cliniche, progettati secondo i più aggiornati dettami della scienza medica e, quindi, delle prescrizioni dei trattati per la progettazione [Castelli 1941; Leistikow 1967; Guardamagna 2001; Keyvanian 2015]. Con la progressiva specializzazione clinica, gli architetti sono chiamati a progettare interventi basati su nuove necessità funzionali e articolazioni formali, e le trasformazioni, costruzioni o ricollocazioni sono valutate in base alla configurazione urbana esistente e di proiezione futura. Tali azioni sono sostenute dalle indicazioni dottrinarie che vedono nell'assistenza una voce fondante della sovranità e normate da indicazioni diffuse mediante bolle pontificie, encicliche, chirografi, oltre che dagli statuti di ordini e confraternite.

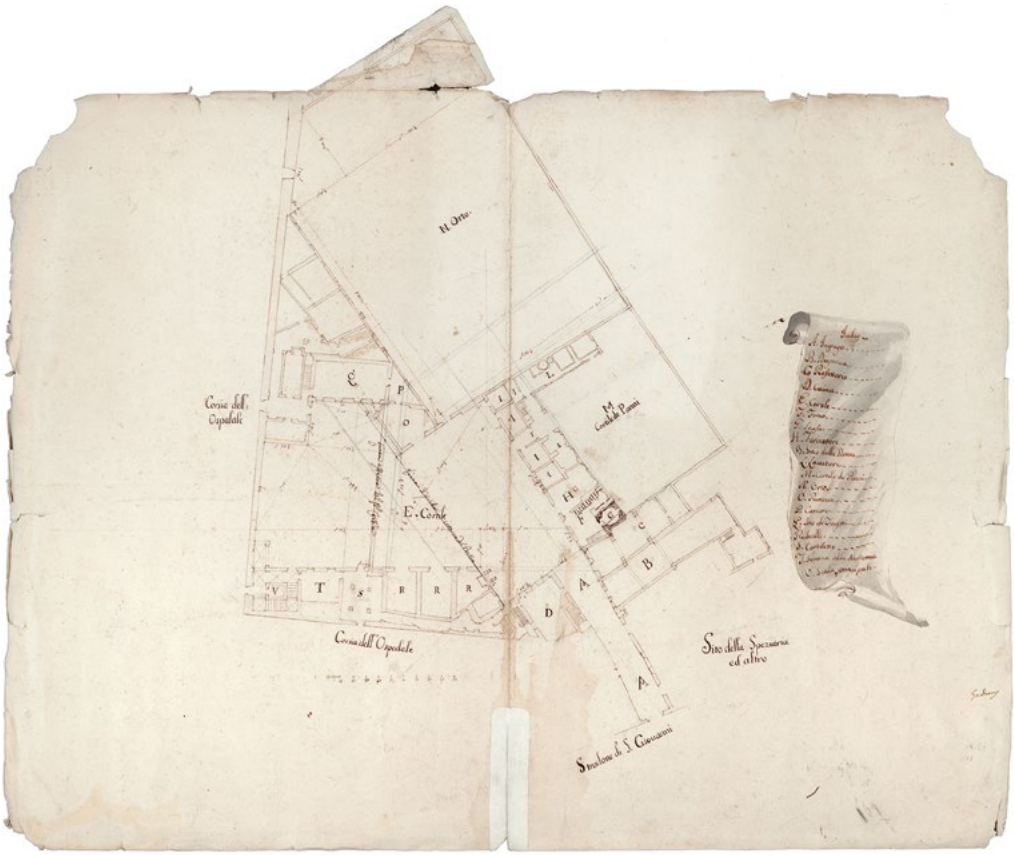
In ambito romano, si vengono così a configurare poli altamente specializzati di scala urbana, collocati sulla fascia più esterna dell'abitato [Canezza 1933; Ferro 1994; Piccialuti Caprioli 1994; Grattagliano 1999; Rotella 2013]. Infatti, nel corso del XVIII secolo, diversi edifici dedicati all'assistenza vengono realizzati o trasformati attraverso nuove costruzioni, addizioni o modificazioni, dando luogo all'archetipo delle odierne strutture ospedaliere: alcuni sono di nuova edificazione, come Santa Maria della Pietà, Santa Maria e San Gallicano; altri sono ricavati da modificazioni di strutture esistenti – Santa Maria della Consolazione, San Giacomo degli Incurabili, San Salvatore in San Giovanni in Laterano, San Rocco – o profondamente riorganizzati con l'addizione di rilevanti ampliamenti – Santo Spirito in Sassia. Alla formulazione di soluzioni architettoniche e di pianificazione della città sono chiamati i protagonisti della scena architettonica: Carlo De Dominicis e Gabriele Valvassori per l'ospedale di Santa Maria della Pietà "dei Pazzerelli" [Lefevre 1963; Innocenti Presciuttini 1992; Marcucci 1993; Picchiotti 1994; Salera 1994; Varoli Piazza 1994; Lotti 2000; Fiorino 2005; Mascherucci 2015; Fedeli Bernardini 2016], trasferito da piazza Colonna in via della Lungara, dove opera Filippo Raguzzini che soprintende anche alla costruzione del Santa Maria e San Gallicano [Masetti Zannini 1965; De Angelis 1966; Roca De Amicis 1992; Innocenti Presciuttini 1998]; Ferdinando Fuga al complesso del Santo Spirito per il suo ampliamento e la conseguente ridefinizione, oltre che Pietro Passalaqua che firma un nuovo oratorio [De Angelis 1952; Massani 1982; Colonna 1997-1998; Curcio 1998; Colonna 2001; Colonna 2002; Miarelli Mariani 2002; Piccialuti Caprioli 2002; Spagnesi 2002; Helas 2007]; degli stessi anni sono le opere di ammodernamento e riforma di San Giacomo degli Incurabili [Margarucci 1954; De Angelis 1955; Paperetti 1987; Innocenti Presciuttini 1992; Lio 2000], Santa Maria della Consolazione [Belli 1834; Belli 1835; Pericoli 1879; Proja 1979; Sette 1983-1987], e San Rocco, quest'ultimo interessato dagli interventi di trasformazione condotti da Nicola Forti [Garofalo 1949; Langellotti 1986; Fedeli Bernardini 1994; Tetti 2018] (Fig. 1).

1: Confronto fra la seconda metà del XVIII secolo [G. B. Nolli, *Nuova Topografia di Roma*, 1748, in *Le piante di Roma* (1962), a cura di A. P. Frutaz, Roma, s.n.] e la situazione attuale, 2020 [Google Earth]. Sono individuati i complessi di S. Maria e S. Gallicano, S. Spirito, S. Salvatore in Laterano e S. Giacomo in Augusta, S. Maria della Pietà, S. Rocco e S. Maria della Consolazione; in colore rosso i complessi attivi, in giallo quelli non più esistenti o dismessi.

Proposte settecentesche per l'Ospedale del Salvatore al Laterano

Anche se le realizzazioni saranno poi ridotte all'essenziale, per l'Ospedale del Salvatore al Laterano vengono avanzati diversi progetti di ammodernamento. La documentazione conservata presso l'Archivio di Stato di Roma dà conto di come durante il XVIII secolo la ricerca di una nuova definizione dei corpi interni al complesso proceda in sostanziale continuità con il secolo precedente, volta all'aggiornamento funzionale e all'adeguamento formale di quanto esiste, attraverso riflessioni legate alla riforma dell'istituzione ospedaliera che stimola l'inserimento di nuovi e specifici elementi, fra cui la biblioteca medica, il teatro anatomico e la camera incisoria [Guevarre 1693; Milizia 1781; Dubbini 2001].
L'Ospedale del San Salvatore in Laterano, impostato su un'aerea particolarmente densa di testimonianze del passato, alla fine del XVII secolo si presenta sviluppato sui due lati della via di San Giovanni in Laterano, al limite dell'area urbana [Scrinari 1965; Scrinari 1975-1977; Caraffa 1977; Curcio 1978; Scrinari 1978; Curcio 1979; Scrinari 1989; Liverani 1990; Scrinari 1991; Ilari 1999; Trenti 2003; Yamada, Cerrito 2015; Angelelli 2017; Gandolfo 2017; Helas 2017]. All'inizio del XVIII secolo, attraverso nuove edificazioni e rifusioni, il complesso ha parzialmente conseguito una configurazione unitaria verso la città; in particolare, la zona meridionale – compresa fra la piazza Lateranense, via di Santo Stefano Rotondo, via della Ferratella e le vigne dell'Ospedale – con gli interventi sulle due corsie e la nuova sagrestia, aveva raggiunto una nuova definizione formale, così l'attenzione si rivolge verso le strutture interne[1].

[1] Sulle vicende di formazione del complesso, in relazione alla città, fino al XVIII secolo [Curcio 1978; Curcio 1979; Raspe 2017; Russo 2017].



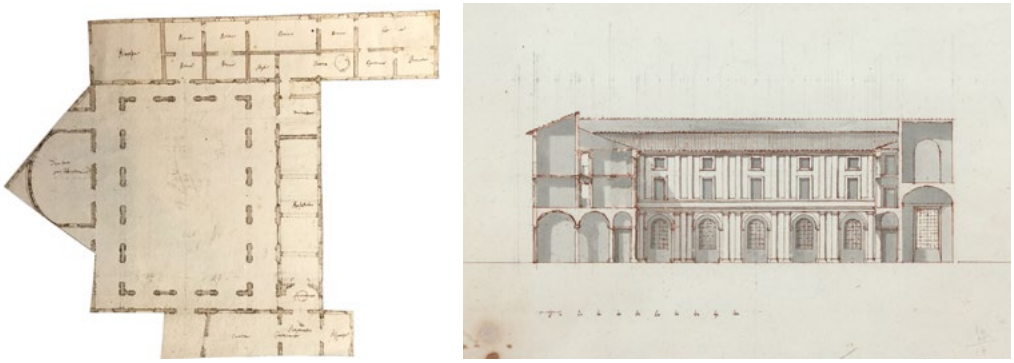
2: Ospedale San Salvatore, rilievo parziale del complesso, primi decenni del XVIII secolo [Roma. Archivio di Stato. Ospedale San Salvatore. B. 390].

La documentazione settecentesca relativa al San Salvatore comprende, oltre a numerosi documenti scritti, una serie di disegni, fra cui piante, prospetti e sezioni di diversa mano [Curcio 1979]. La sequenza si apre con il puntuale rilievo degli spazi che si affacciano sui due cortili interni e sull'orto, con l'indicazione delle funzioni rispettive di ogni ambiente, dei collegamenti interni e con l'esterno. Apprendiamo da questo come alcune funzioni specialistiche fossero già presenti, fra cui la stanza dell'anatomia, ricavata in un piccolo ambiente adiacente ai locali delle stalle, collegata direttamente alle corsie ospedaliere (Fig. 2)[2].

A partire dall'elaborato descritto sono redatte diverse proposte[3]. La prima è certamenta quella più ambiziosa e attinente all'idea di ammodernare l'ospedale con un nuovo

[2] Roma. Archivio di Stato. Ospedale San Salvatore. B. 390.

[3] Uno specifico studio delle proposte avanzate nel corso del XVIII secolo per l'ospedale è oggetto di una prossima pubblicazione; in questa sede si riportano sintetiche considerazioni nel più ampio quadro della

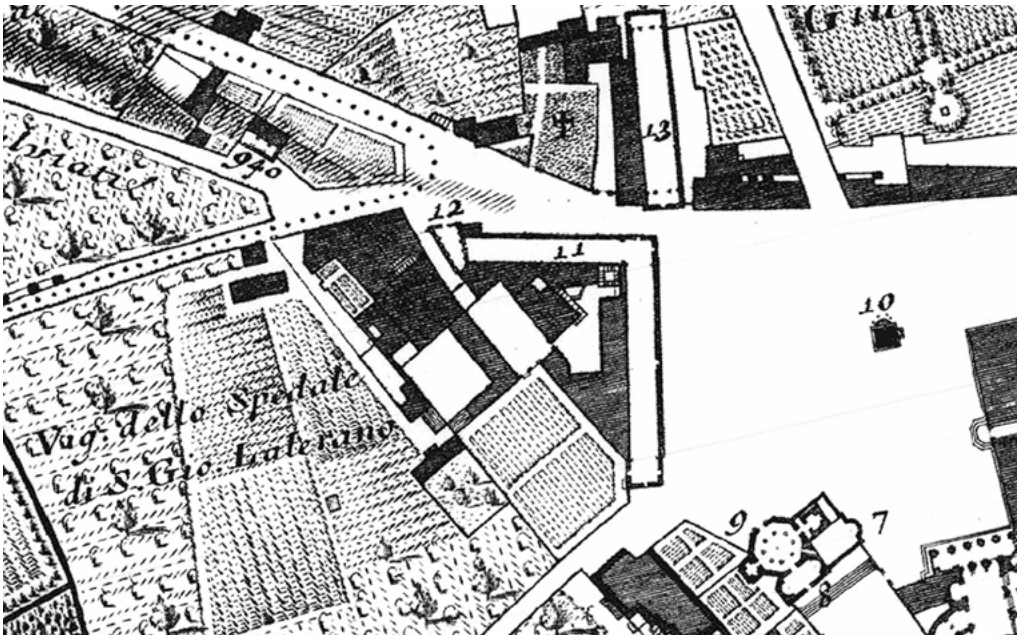


3-4: Ospedale San Salvatore, progetto per la riorganizzazione delle strutture interne; pianta e sezione. [Roma. Archivio di Stato. Ospedale San Salvatore. B. 390].

assetto formale e funzionale, adeguato all'immagine che l'istituzione ospedaliera rivolgeva alla città. Si sarebbe trattato di realizzare un cortile porticato rettangolare intorno al quale riorganizzare le funzioni già esistenti, regolarizzandone gli spazi e separando le zone di servizio da quelle di cura, ed inserire il teatro per l'anatomia. Alla pianta fa riscontro la soluzione per l'alzato, articolato su due livelli e scandito da un ordine semplificato di paraste abbinate entro cui si aprono arcate definite da un ordine minore al livello inferiore, e aperture impostate direttamente sulla cornice del primo ordine e quelle agganciate alla cornice di sommità, al livello superiore (Figg. 3-4). A partire dalle intenzionalità della prima soluzione se ne articolano altre tre: la prima prevede la nuova costruzione di un braccio fra i due cortili in sostituzione dell'esistente; la seconda prevede la sola regolarizzazione della facciata esterna, mentre una terza avanza la possibilità di realizzare un prospetto rivolto verso il percorso che costeggia le *Vigne dell'Ospedale*. Dalla lettura sinteticamente riferita, emerge come il tentativo di aggiornare la struttura ospedaliera, tanto nella sua definizione funzionale che formale, sia inizialmente perseguito con una soluzione che coniuga le due istanze; tale intento è progressivamente ridimensionato fino al solo inserimento del braccio che si stacca dalla corsia settentrionale. Nella pianta di Giovanni Battista Nolli, redatta fra il 1744 e il 1748, l'edificio figura inserito insieme al prolungamento del braccio adiacente la corsia occidentale. L'attività di rinnovamento continua poi oltre la metà del secolo con i lavori diretti dall'architetto Nicola Giansimoni che esegue le indicazioni del chirografo di Clemente XIII, dell'aprile 1759, per il rinnovamento dell'Ospedaletto San Filippo[4] [Porro 1986; Berna 1997; Bonaccorso 2000] (Fig. 5).

tematica ospedaliera considerata.

[4] Delle opere realizzate si conservano il fascicolo di *Conto e misura* di tutti i lavori e il disegno per un nuovo altare: Roma. Archivio di Stato. Ospedale San Salvatore. B. 132; b. 133; b. 403.



5: G. B. Nolli, *Nuova Topografia di Roma*, dettaglio, 1748 [*Le piante di Roma* (1962), a cura di A. P. Frutaz, Roma, s.n.].

Conclusioni

Il quadro sinteticamente delineato mette in luce come l'Ospedale al Laterano durante il XVIII secolo non resti estraneo alle riflessioni sull'architettura ospedaliera, sebbene il rinnovamento funzionale e il compimento della sua definizione formale non vengano attuati in favore di una più utilitaristica giustapposizione di volumi dalle modeste definizioni.
L'assetto settecentesco permane fino a quando la pianificazione della città, e quindi il ruolo stesso degli organismi di assistenza sanitaria, volge ad altre logiche. Nella cartografia dell'inizio del XX secolo si vede rimosso il braccio che aveva ridotto e regolarizzato il cortile maggiore [Ilari 1999][5]; nella prima metà del Novecento l'Ospedale è interessato dagli interventi di "liberazione" del portico prospiciente via di Santo Stefano Rotondo, mentre già si elevano le costruzioni del nuovo ospedale San Giovanni e del Celio [Giovannoni 1931; Portoghesi 1998; Portoghesi 2002][6].
Le profonde e vaste modificazioni che prendono avvio proprio dalla fine nel XIX secolo mutano profondamente il rapporto delle istituzioni ospedaliere di prima concezione moderna con la città, restituendo, a distanza di oltre due secoli, dei poli sanitari

[5] La situazione ottocentesca è ritratta in un dettagliato rilievo conservato nella collezione Lanciani della Biblioteca di Archeologia e Storia dell'arte di Roma. Per la situazione all'inizio del XX secolo a Roma: Roma. Archivio di Stato. Vecchio Catasto Edilizio Urbano. Rett. 15.

[6] Uno specifico approfondimento sugli interventi diretti da Gustavo Giovannoni è stato dedicato da chi scrive [Tetti 2021]..

compresi nella parte più interna dell'area urbana, sovente considerati come difficilmente adattabili alla ricezione delle revisioni funzionali e per questo giudicati bisognosi di problematici interventi spaziali, tecnici e organizzativi, che hanno condotto ad un'ampia gamma di operazioni che spazia dalla completa trasformazione, alla progressiva dismissione e all'abbandono, al centro delle questioni sui temi del riuso, della rifunzionalizzazione e del recupero [Colonna 2009; Di Castro 2009; Baggieri 2014].
Nel panorama romano, i grandi complessi assistenziali sociosanitari, al momento della loro realizzazione poli di scala urbana collocati sulla fascia più esterna dell'abitato, sono da lungo tempo al centro di un dibattito ancora vivace circa la possibilità di adeguamento all'attualità per mezzo di ristrutturazioni, riusi o riconversioni che, in alcuni casi di particolare problematicità, hanno lasciato spazio solo a dismissione e abbandono: Santa Maria e San Gallicano trasformato nell'Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà; Santo Spirito al presente Presidio ospedaliero Santo Spirito in Sassia, il cui complesso monumentale è polo congressuale Giubilarte srl; San Salvatore in Laterano, oggi Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata, e San Giacomo in Augusta, chiuso nel 2008 quando era Poliambulatorio Canova; vi sono poi Santa Maria della Pietà, trasferito successivamente a Monte Mario, e infine San Rocco e Santa Maria della Consolazione, attivi fino al XX secolo.
Tanto sul piano dei rapporti della struttura urbana, che delle valenze architettoniche, la lettura dell'esistente e la comprensione delle vicende del passato può offrire spunti di riflessione circa i metodi di intervento della progettazione futura, per comprendere se sia possibile far emergere delle modalità di adeguamento, compatibili con il portato storico, per i complessi sociosanitari di prima concezione moderna giunti in attività fino a noi, anche alla luce dei recenti avvenimenti pandemici.

Note

Il presente contributo prende avvio da una più ampia ricerca, condotta da chi scrive, oggi sviluppata con l'attribuzione di un assegno di ricerca sul tema *Attualizzazione dei Complessi socio-sanitari nella struttura della città. 'Ammodernamenti' a Roma dall'epoca dei Lumi ad oggi; alcune proiezioni*, Dipartimento Dsdra, Facoltà di Architettura, Sapienza Università di Roma.

Bibliografia

ANGELELLI, W. (2017). *Pitture medievali "di nessuno merito" nell'Ospedale dell'Angelo al Laterano tra realtà e manipolazione storiografica*, in *Tra Campidoglio e curia: l'ospedale del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum tra Medioevo ed età moderna*, a cura di P. Helas, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 79-89.

Archivi di ospedali e confraternite, in Roma religiosa nell'età rivoluzionaria: 1789-1799. Atti del seminario di studio svoltosi a Roma, Istituto Luigi Sturzo, 21-23 ottobre 1999 (2006), a cura di M. Grattagliano, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura.

BAGGIERI, G. (2014). *L'Ospedale della Consolazione, fucina di ricerca tra XVI e XIX secolo: è oggi sede del Comando dei Vigili Urbani di Roma*, in «Lazio ieri e oggi», a. 50, n. 598, pp. 266-267.

BELLI, A. (1834). *Della origine del v. ospedale della consolazione già chiamato di Vita eterna*, Roma, Marini.

BELLI, A. (1835). *L'ospitale delle donne presso Santa Maria della Consolazione*, Roma, Marini.

BERNA, C. (1997). *Per Nicola Giansimoni, architetto del secondo Settecento romano*, in «Arte cristiana», n. 85, pp. 357-368.

CANEZZA, A. (1933). *Gli arcispedali di Roma nella vita cittadina e nella storia*, Sancasciano Pesa, Tip. F.lli Stianti.

CARAFFA, F. (1977). *L'ospedale di San Giovanni in Laterano: topografia del territorio ospedaliero lateranense all'inizio del Duecento*, in «Alma Roma», a. 18, n. 5-6, pp. 85-101.

CASTELLI, G. (1941). *Gli ospedali d'Italia*, Milano, Medici Domus.

COLONNA, F. (1997-1998). *Hospitalis Sancti Spiritus in Saxia de Urbe. Origini sviluppo e trasformazioni nei secoli di un complesso ospedaliero romano*, tesi di dottorato, Politecnico di Torino.

COLONNA, F. (2001). *L'opera di Ferdinando Fuga nell'ospedale di Santo Spirito in Saxia di Roma*, in *Ferdinando Fuga 1699-1999 Roma, Napoli, Palermo*, a cura di A. Gambardella, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 293-303.

COLONNA, F. (2002). *Architetti e maestranze in sette secoli di storia nell'ospedale di Santo Spirito a Roma*, in «Rivista storica del Lazio», a. 4, n. 16, pp. 93-124.

COLONNA, F. (2009). *L'Ospedale di Santo Spirito a Roma: lo sviluppo dell'assistenza e le trasformazioni architettonico-funzionali,* Roma, Quasar.

CURCIO, G. (1978). *L'Ospedale di San Giovanni in Laterano: funzione urbana di una istituzione ospedaliera I,* in «Storia dell'arte», n. 32-34, pp. 23-39.

CURCIO, G. (1979). *L'Ospedale di San Giovanni in Laterano: funzione urbana di una istituzione ospedaliera II,* in «Storia dell'arte», n. 35-37, pp. 103-130.

CURCIO, G. (1998).*L'ampliamento dell'ospedale di Santo Spirito in Sassia nel quadro della politica di Benedetto XIV per la città di Roma*, in *Benedetto XIV e le arti del disegno. Convegno internazionale di studi di storia dell'arte: Bologna 28-30 novembre 1994*, a cura di L. Barroero, Roma, Quasar, pp. 177-231.

DE ANGELIS, P. (1952). *L'Arciospedale di Santo Spirito in Saxia nel passato e nel presente Roma*, collana di studi storici sull'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e sugli ospedali romani, n. 9, Roma, Nuova Tecnica Grafica.

DE ANGELIS, P. (1955). *L'arcispedale di San Giacomo in Augusta,* collana di studi storici sull'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e sugli ospedali romani, n. 15, Roma, Nuova Tecnica Grafica.

DE ANGELIS, P. (1966). *L'Ospedale di Santa Maria e San Gallicano*, collana di studi storici sull'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e sugli ospedali romani, n. 27, Roma, Nuova Tecnica Grafica.

DI CASTRO, F. (2009). *L' Ospedale di San Giacomo degli Incurabili (1339 - 2008)*, in «Strenna dei Romanisti», n. 70, pp. 265-284.

DUBBINI, R. (2001). *L'albergo dei poveri di Napoli e il rinnovamento della tipologia assistenziale nel XVIII secolo*, in *Ferdinando Fuga 1699-1999 Roma, Napoli, Palermo*, a cura di A. Gambardella, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 199-210.

FEDELI BERNARDINI, F. (1994). *«La nostra povera umanità nascente»: l'arcispedale di San Rocco da nosocomio a ospedale delle partorienti*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Vol. 2*: *Lineamenti di assistenza e cura e poveri e dementi*, a cura di F. Fedeli Bernardini, Bari, Dedalo, pp. 279-291.

FEDELI BERNARDINI, F. (2016). *La sorpresa di trovarsi in una vasta campagna sapendo di essere in città: l'ospizio dei Pazzerelli di Roma tra Lungara e Gianicolo*, in *Il Gianicolo: Il colle "aureo" della cultura internazionale della sacralità e della memoria*, a cura di C. Benocci, M. Fagiolo, Roma, Campisano, pp. 173-191.

FERRO, B. M. (1994). *Il gran teatro della romana pietà*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Vol. 2*: *Lineamenti di assistenza e cura e poveri e dementi*, a cura di F. Fedeli Bernardini, Bari, Dedalo, pp. 27-39.

FIORINO, V. (2005). *Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà: il profilo istituzionale e sociale (1548-1919)*, in «Mélanges de l'École Française de Rome. Italie et Méditerranée», t. 116, n. 2, pp. 831-881.

GANDOLFO, F. (2017). *L'aspetto architettonico dell'antico Ospedale dell'Angelo*, in *Tra Campidoglio e curia: l'ospedale del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum tra Medioevo ed età moderna*, a cura di P. Helas, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 65-77.

GAROFALO, F. (1949). *L'Ospedale di San Rocco delle partorienti e delle celate*, Roma.

GIOVANNONI, G. (1931). *Restauri dell'ospedale di San Giovanni in Roma*, in «Bollettino d'arte del Ministero della Educazione Nazionale», n. 11, pp. 481-490.

GUARDAMAGNA, L. (2001). *La lotta al pauperismo: ospedali e ospizi in Palermo*, in *Ferdinando Fuga 1699-1999 Roma, Napoli, Palermo*, a cura di A. Gambardella, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 83-84.

GUEVARRE, A. (1693). *La mendicità proveduta nella città di Roma coll'ospizio publico, findato dalla pietà, e benificenza di nostro signore Innocenzo XII Pontefice Massimo, con le risposte all'Obiezioni contro simili fondazioni*, Roma, Gio. Gjacomo Komarek Boemo.

HELAS, P. (2007). *Ospedale di Santo Spirito in Sassia*, in *RomRom: Meisterwerke der Baukunst von der Antike bis heute*, a cura di C. Strunck, E. Kieven, Petersberg, Michael Imhof, pp.183-187.

HELAS, P. (2017). *L'autorappresentazione dell'Ospedale del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum nelle arti visive del Tre e Quattrocento*, in *Tra Campidoglio e curia: l'ospedale del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum tra Medioevo ed età moderna*, a cura di P. Helas, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 91-108.

ILARI, A. (1999). *L'arcispedale del SS.mo Salvatore a S. Giovanni in Laterano nel secolo XIX*, in «Lazio ieri e oggi», n. 35, pp. 373-375.

INNOCENTI PRESCIUTTINI, L. (1992). *San Giacomo in Augusta o degli Incurabili*, in «Lazio ieri e oggi», n. 28, pp. 182-183.

INNOCENTI PRESCIUTTINI, L. (1998). *Chiesa di Santa Maria e San Gallicano*, in «Lazio ieri e oggi», n. 34, pp. 116-119.

KEYVANIAN, C. (2015). *Hospitals and urbanism in Rome 1200-1500,* Leiden-Boston, Brill.

LANGELLOTTI, A. (1986). *L'ospedale di San Rocco dalle origini al 1612*, in «Archivio della Società Romana di Storia Patria», n. 109, 1986, pp. 87-139.

LEFEVRE, R. (1963). *I «pazzarelli» di piazza Colonna*, in «Capitolivm», n. 38, pp. 610-614.

LEISTIKOW, D. (1967). *Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa. Una storia dell'architettura ospedaliera*, Ingelheim am Rhein, Boehringer Sohn.

LIO, A. (2000). *L'ospedale di San Giacomo e la chiesa di Santa Maria Porta Paradisi*, Roma, Palombi.

LIVERANI, P. (1990). *L'ambiente nell'antichità*, in *San Giovanni in Laterano*, a cura di C. Pietrangeli, Firenze, Nardini, pp. 23-28.

LOTTI, P. (2000). *Il complesso di Santa Maria della Pietà*, in «Strenna dei Romanisti», n. 61, pp. 289-304.

MARCUCCI, L. (1993). *Le vicende architettoniche di due chiese romane: S. Macuto e S. Maria della Pietà*, in «Palladio: rivista di storia dell'architettura e restauro», n. s. 6, n. 12, pp. 59-108.

MARGARUCCI, O. (1954). *I rinnovamenti periodici dell'Ospedale di S. Giacomo in Augusta*, in «L'urbe», n. s. 17, n. 6, pp. 17-25.

MASCHERUCCI, A. (2015). *L'opera architettonica di Carlo De Dominicis*, tesi di dottorato, Facoltà di Architettura, Sapienza Università di Roma.

MASETTI ZANNINI, G. L. (1965). *Uno sconosciuto teatro anatomico a San Gallicano ospedale della carità*, in «Capitolivm», n. 40, pp. 594-601.

MASSANI, M. (1982). *Le molte vite dell'ospedale Santo Spirito*, Roma.

MIARELLI MARIANI, G. (2002). *La facciata della corsia sistina. Un tardo esempio di restauro storico*, in *L'antico ospedale di Santo Spirito dall'istituzione papale alla sanità del terzo millennio*, *Convegno internazionale di studi, Roma 15-17 maggio 2001*, a cura di V. Cappelletti, Roma, Il Veltro, pp. 353-376.

MILIZIA, F. (1781). *Principi di Architettura civile*, t. 2, Bassano.

PAPERETTI, E. (1987). *Oneri e profitti di un patrimonio immobiliare: L'arciospedale di San Giacomo degli Incurabili*, in *L'Angelo e la città. Vol. 2: la città nel Settecento*, a cura di G. Curcio, Roma, Palombi, pp. 87-94.

PERICOLI, P. (1879). *L'Ospedale di Santa Maria della Consolazione di Roma dalle sue origini ai giorni nostri,* Roma, Galeati.

PICCHIOTTI, L. (1994). *Giovan Battista Contini nei disegni inediti dell'archivio di S. Maria della Pietà*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Vol. 2*: *Lineamenti di assistenza e cura e poveri e dementi*, a cura di F. Fedeli Bernardini, Bari, Dedalo, pp. 221-227.

PICCIALUTI CAPRIOLI, M. (1994). *La carità come metodo di governo: istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino, G. Giappichelli.

PICCIALUTI CAPRIOLI, M. (2002). *L'Ospedale di S. Spirito nel Secolo XVIII, Organizzazione e riforme*, in *L'antico ospedale di Santo Spirito dall'istituzione papale alla sanità del terzo millennio*, *Convegno internazionale di studi, Roma 15-17 maggio 2001*, a cura di V. Cappelletti, Roma, Il Veltro, pp. 269-288.

PORRO, D. (1986). *Lo scalone del palazzo Barberini ai Giubbonari e altre opere di Nicola Giansimoni architetto*, in «Studi romani», n. 34, pp. 95-106.

PORTOGHESI, P. (1998). *Recupero degli edifici storici dell'Ospedale di San Giovanni*, in «Zodiac», n. s. 19, pp. 184-189.

PORTOGHESI, P. (2002). *Il restauro degli ospedali storici di San Giovanni,* in «Il veltro», a. 46, n. 1-4, pp. 363-373.

PROJA, G. B. (1979). *Santa Maria della Consolazione e ospedale*, in «Alma Roma», a. 20, n. 5-6, pp. 45-48.

RASPE, M. (2017). *La Corsia Nuova dell'Ospedale del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum e i suo architetti Giacomo e Giovanni Battista Mola*, in in *Tra Campidoglio e curia: l'ospedale del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum tra Medioevo ed età moderna*, a cura di P. Helas, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale.

ROCA DE AMICIS, A. (1992). *La «rappresentazione in funzione»: Filippo Raguzzini e l'ospedale di San Gallicano a Roma,* in «Palladio: rivista di storia dell'architettura e restauro», n. s. 5, n. 10, pp. 55-68.

ROTELLA, D. (2013). *Ospedali a Roma e confraternite: dal XIII al XVIII secolo*, Roma, Aldo Primerano.

RUSSO, A. (2017). *Giovanni Battista Mola e la committenza Barberini al Laterano*, in I Mola da Coldrerio tra dissenso e accademia nella Roma barocca, a cura di A. Amendola, J. Zutter, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 45-57.

SALERA, P. (1994). *Il complesso architettonico di Santa Maria della Pietà dal 1548 al 1914*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Vol. 2*: *Lineamenti di assistenza e cura e poveri e dementi*, a cura di F. Fedeli Bernardini, Bari, Dedalo, pp. 207-220.

SCRINARI, V. S. M. (1965). *Per la storia e la topografia del Laterano*, in «Bollettino d'arte», n. 50, pp. 38-44.

SCRINARI, V. S. M. (1975-1977). *Documenti paleocristiani nell'ambito dello storico ospedale di San Giovanni al Laterano*, in «Rendiconti. Pontificia Accademia Romana di Archeologia», n. 48, pp. 377-391.

SCRINARI, V. S. M. (1978). *Aggiornamento sulla topografia lateranense*, in *Atti del IX Congresso internazionale di archeologia cristiana*, Roma, Città del Vaticano, Pontificio Istituto di archeologia cristiana, pp. 470-482.

SCRINARI, V. S. M. (1989). *Contributo all'urbanistica tardo antica sul Campo Laterano*, in «Actes du XIe Congrès Internationale d'Archéologie Chrétienne», n. 3, 1989, pp. 2201-2220.

SCRINARI, V. S. M. (1991). *Il Laterano imperiale*, Città del Vaticano, Pontificio Istituto di archeologia cristiana.

SETTE, M. P. (1983-1987). *"Restauri" romani di Pasquale Belli,* in «Quaderni dell'Istituto di Storia dell'Architettura», n. s. 1, n. 10, pp. 491-498.

SPAGNESI, G. (2002). *L'Ospedale di S. Spirito e il Rione Borgo*, in *L'antico ospedale di Santo Spirito dall'istituzione papale alla sanità del terzo millennio*, *Convegno internazionale di studi, Roma 15-17 maggio 2001*, a cura di V. Cappelletti, Roma, Il Veltro, pp. 47-60.

TETTI, B. (2018). *La maternità segregata. L'Ospedale di San Rocco a Roma per le partorienti "celate"*, in *La Città Altra. Storia e immagine della diversità urbana: luoghi e paesaggi dei privilegi e del benessere, dell'isolamento, del disagio, della multiculturalità*, a cura di F. Capano, M. I. Pascariello, M. Visone, Napoli, Federico II University Press, pp. 1923-1930.

TETTI, B. (2021). *Gustavo Giovannoni e i restauri di "liberazione" nell'ospedale di S. Giovanni al Laterano*, in «Bollettino del Centro Studi, n. 4, pp. 162-175.

TRENTI, S. M. (2003). *L'Ospedale dell'Angelo al Laterano*, in «Arte medievale», n. s. 2, n. 1, pp. 83-105.

VAROLI PIAZZA, S. (1994). *S. Maria della Pietà: i giardini e il parco*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Vol. 2*: *Lineamenti di assistenza e cura e poveri e dementi*, a cura di F. Fedeli Bernardini, Bari, Dedalo, pp. 229-256.

YAMADA, J., CERRITO, A. (2015). *Nuovi scavi e ricerche sulle prime fasi insediative cristiane nel complesso degli horti Domitiae Lucillae e della "domus Annii" (comprensorio ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma)*, in *Isole e terraferma nel primo cristianesimo: identità locale ed interscambi culturali, religiosi e produttivi: atti XI Congresso nazionale di archeologia cristiana, Cagliari, Dipartimento di storia, beni culturali e territorio - sede della Cittadella dei Musei, Cagliari, Pontificia Facoltà teologica della Sardegna, Sant'Antioco, Sala consiliare del Comune, 23-27 settembre 2014*, a cura di R. Martorelli, A. Piras, P. G. Spanu, Cagliari, PFTS University Press, pp. 687-694.

Elenco delle fonti archivistiche

Roma. Archivio di Stato. Ospedale San Salvatore. B.132; b. 133; b. 403.

Roma. Archivio di Stato. Ospedale San Salvatore. B. 390.

Roma. Archivio di Stato. Vecchio Catasto Edilizio Urbano. Rett. 15.

Sitografia

BONACCORSO, G. (2000). *Giansimoni, Nicola*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 54: https://www.treccani.it/enciclopedia/nicola-giansimoni_%28Dizionario-Biografico%29/ [gennaio 2021].

DALLA CURA D'ANIME ALLA CURA DEL CORPO: L'ANTICO OSPEDALE DI UDINE NEL CONTESTO URBANO

Federico Bulfone Gransinigh

Abstract

The first hospital of Udine consisted of fourteenth-century courtyard buildings built by the Flagellant Confraternity. A new autonomous complex, located within the city walls, was designed by the architect Pietro Bianchi at the end of the eighteenth century. He was inspired by the hospital designed by Filarete. The plan of the new building had a cruciform shape and was connected by a single front to the church of San Francesco which was part of an ancient convent complex.

Keywords

Udine, hospital, Pietro Bianchi.

Introduzione

Le strutture che ospitarono l'Ospizio dei Battuti di Santa Maria della Misericordia, ente principale dell'ospitalità e dell'assistenza all'interno della città di Udine, ebbero un'evoluzione in relazione alla crescita della popolazione, all'espansione urbana e al conseguente sviluppo delle cinte murarie cittadine. Il sodalizio dei Battuti era già attivo come fraterna devozionale dalla fine del XIII secolo e aveva sede all'interno della terza cinta muraria. Sarà questo il fulcro da cui prenderà il via l'espansione delle strutture ospedaliere cittadine connotatesi nei secoli come luogo di cura e degenza della magnifica città di Udine.

Nel 1791 l'Ospedale di Santa Maria della Misericordia diede alle stampe una *Raccolta delle regole* [Ospedale di S. Maria della Misericordia 1795]. L'*Avvertimento*, premesso alla raccolta stessa, rendeva noto che sin dal 1785 era stata nominata una commissione di quattro membri allo scopo di esaminare le disposizioni emanate in tempi diversi e, quindi, aggiornarle alle mutate necessità assistenziali e gestionali. La *Raccolta delle regole* permette di comprendere quale sia stata la travagliata storia e trasformazione da luogo pio, che traghettò l'istituzione da fraterna devozionale, che praticava l'assistenza ai poveri come estrinsecazione dell'*amor Dei*, a ente con scopi esclusivamente medico-assistenziali. Questo mutare delle funzioni determinerà, nei secoli, una trasformazione costante dell'edificato, sia in maniera intrinseca sia nei confronti del tessuto urbano storicizzato.

© Aisu International 2021

È quindi il Settecento a segnare un cambio di rotta nella definizione delle necessità medico-sanitarie, seguite anche all'annessione dei tre ospedali minori di San Nicolò, Sant'Antonio e San Gerolamo. Negli ultimi decenni del XVIII secolo si ebbe così l'erezione del nuovo nosocomio sorto, entro la quarta cinta muraria, per volontà dell'allora arcivescovo Gian Girolamo Gradenigo (1708-1786).

Dall'istituzione medievale alle riforme cinquecentesche

Il primo statuto della fraterna [Cargnelutti 1989, 77], compilato alla metà del Trecento e implementato sino alla fine del secolo, ha carattere decisamente devozionale. Quello riformato, invece, iniziato dalla metà del Quattrocento restituisce con chiarezza un nuovo approccio basato sul consolidamento dell'apparato burocratico del pio sodalizio, mentre la carità e la pietà verso i bisognosi vengono a concretizzarsi anche nell'attività dell'*Ospitale*. È di questo periodo l'istituzione delle gerarchie e delle figure preposte alla gestione sia del crescente patrimonio dell'associazione cultuale sia alla cura dei confratelli e degli infermi.

Nel Trecento la confraternita dei Battuti gestiva un ospizio per viandanti e bisognosi, mentre altre forme di assistenza erano svolte da diverse fraterne, fra le quali quella di Santa Maria Maddalena degli Esposti, che si occupava degli orfani. Già con la riforma degli statuti i Battuti ampliarono di molto le attività assistenziali rivolte anche agli abitanti del comune. Il patrimonio, durante i secoli, si arricchì grazie a donazioni e lasciti tanto che, divenendo alla fine del XV secolo l'istituzione più importante in città, mutò il suo stato costituendosi come nosocomio cittadino con il nome di *Ospitale Maggiore di Santa Maria della Misericordia*. Da questa data in poi, gli spazi dedicati all'accoglienza e alle cure furono costantemente modificati e aggiornati per permettere di accettare un sempre maggiore numero di ammalati e, allo stesso tempo, rendere la struttura più autonoma possibile rispetto all'approvvigionamento delle derrate alimentari e delle materie prime utili per le medicine.

La sede originaria migliorata per l'accoglienza e dotata anche di una casa per confratelli, dedicata all'uso esclusivo dei membri del pio sodalizio, vide un importante e necessaria modifica in concomitanza con le riforme cittadine del Cinquecento. In questo secolo l'ospedale raddoppierà la superficie originaria, accogliendo un numero sempre maggiore di poveri, infermi e, su richiesta del consiglio cittadino, orfani.

Furono inoltre costruiti un forno e una farmacia interni all'ospedale, al fine di controllare le quantità effettivamente impiegate di farina e medicinali. Ogni cosa era annotata dai *quadernieri*, i quali dovevano, oltre a ricopiare i quaderni delle uscite, entrate e degenze, mantenere aggiornato il calendario dei pagamenti[1]. Negli anni dopo il Concilio di Trento l'Ospedale diverrà centro di riferimento non solo per la cura d'anima e corpo,

[1] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 5-ex 293, *Verbali*, c. 137r-v, 30 novembre 1551.

ma anche, seguendo alcuni dettami propri del concilio tridentino, luogo in cui impartire una prima educazione ai fini dell'elevazione morale dei propri assistiti.
I sostegni economici e di conseguenza gli interventi anche di tipo architettonico, attuati nel XVI secolo, videro un sempre maggiore sostegno da parte del luogotenente di Udine e una forte apertura verso metodi di gestione, suddivisione degli spazi e cura messi in campo già da altri ospedali della Terraferma veneta. Si ha notizia, infatti, di lettere e richieste d'informazioni inviate al vescovo di Verona e al vicario di Vicenza con l'ausilio di un «homo o sacerdote che atto sia consigliar noi sopra tale regolazione de detti nostri hospitali a altri loci pii et maxime circa la cura delle anime, portando seco copia deli capitoli conpillati et che si osservano»[2] [Bianchi 2014]. La corrispondenza proveniente da Verona chiarisce che, almeno sulla carta, la gestione del pio sodalizio è condotta in maniera abbastanza simile ad altri luoghi di cura [Cargnelutti 1987, 44-58]; tuttavia, tali scambi di esperienze genereranno alcune considerazioni che si rispecchieranno sia negli statuti sia nelle destinazioni d'uso di vari ambienti dell'ospedale udinese, modificandone in parte la disposizione interna. Si definì, inoltre, l'assunzione di nuovo personale, sia per gli ammalati sia per gli orfani, e un miglioramento delle condizioni igieniche.
È da notare, inoltre, che i membri della fraterna udinese dei Battuti prenderanno spunto solo da quelle istituzioni presenti nei territori fuori dal Friuli e non attueranno paragoni e relazioni con altre fraterne pur attive nel territorio regionale, dedite alle medesime funzioni. Questo fa supporre che la gestione dell'Ospedale della Misericordia di Udine si sia lentamente costituita come modello all'avanguardia d'assistenza, a cui le altre fraterne e gli ospedali friulani guardarono come esempio [Caracci 1968; Altan 1987, 38-72; Londero 1994].
Sul complesso dell'Ospedale si hanno notizie ben prima delle riforme settecentesche; già dalla prima sede trecentesca si nota una certa attenzione ad alcune funzioni e caratteri dispositivi che si andranno nei secoli a definire come imprescindibili. A tal proposito, dal Quattrocento in poi si assiste in tutta Europa alla diffusione della tipologia a croce, con i reparti in genere raccordati attorno a un centro costituito dalla cappella, così da assolvere le funzioni di cura d'anima e corpo; soluzione questa che verrà usata anche in numerosi manicomi e prigioni ottocenteschi. Ad ogni modo, il caso di Udine dal XV secolo è diverso. Si ha, infatti, un complesso eterogeneo cui si addizionarono, negli anni successivi, corpi ristrutturati e ampliati in base alle esigenze. Il nucleo principale, dei primi del Trecento, comprendeva la sede della fraterna dei Battuti in una zona di nuova urbanizzazione, vicino al convento di San Francesco "di dentro", cioè posto all'interno delle mura cittadine (Fig. 1). L'agglomerato urbano che si era venuto a costituire all'intorno della fraterna era composto dalla chiesa, dall'ospizio e dalla casa dei confratelli con accesso dalla contrada di San Francesco. Dagli anni '40 del Trecento gli ambienti saranno decorati nelle sale interne sia da affreschi a tema devozionale e cultuale sia dagli stemmi dei priori e dei camerari che si susseguiranno nella gestione. Alla fine del Quattrocento, l'impianto del complesso

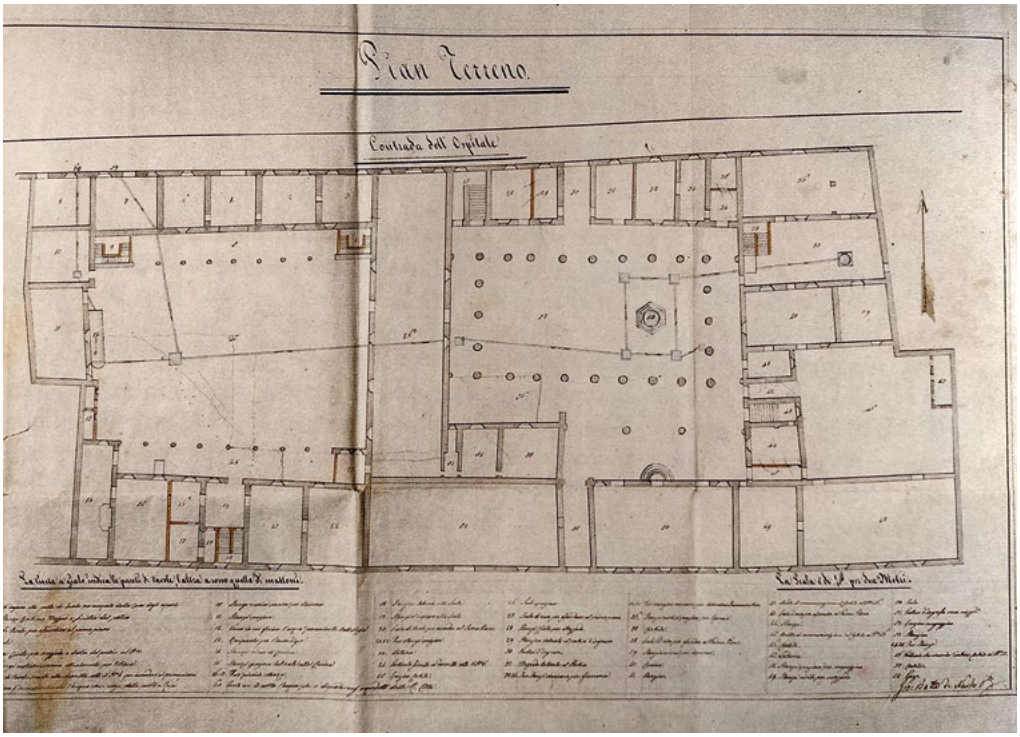
[2] Udine. Biblioteca Civica. Archivio Comunale. *Annales*. T. 51, c. 76r, 1 marzo 1543.

1: D. Rasicotti, *Pianta della città di Udine* (particolare), 1598 (?) [Udine. Civici Musei di Udine]. La pianta, in cui si individua chiaramente l'area occupata dall'ospedale, è un estratto dalla veduta prospettica intitolata *L'antica et nobilissima città d'Udine metropoli del Friuli*.

si era sviluppato attorno a due cortili principali, nei quali furono inserite due cisterne per il recupero delle acque piovane, come riportato nelle deliberazioni di consiglio del 1369 e del 1481[3] [Cargnelutti 1989, n. 123, 119] (Fig. 2).
È del 1489, invece, l'idea di dotare l'insieme di abitazioni, chiesa e ospedale di un fronte uniformato e comune. Infatti, la fraterna stabilirà di stanziare una parte dei proventi delle biade e delle donazioni in un fondo «edificando, costruendo et ornando in dicto hospitali»[4], nominando anche dei prefetti per sovrintendere ai lavori. Il progetto fu di

[3] Udine. Biblioteca Civica. Archivio Comunale. *Annales*. T. 8, c. 378v, 10 maggio 1369; t. 35, c. 235v, 1 dicembre 1481.

[4] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 3-ex 291, *Verbali*, c, 69r, 23 giugno 1489.



2: G. B. De Nardo, Pianta piano terra dell'ospedale, 1835 [Udine. Biblioteca Civica. F. principale]. Si individuano chiaramente, all'interno delle due corti, i pozzi corrispondenti alle due cisterne citate nei documenti tre-quattrocenteschi.

chiudere il secondo cortile con un fabbricato che desse ospitalità agli slattati. L'impianto dell'ospedale udinese, pur riformato, rimarrà comunque distante dalla matrice a croce, che dopo l'idea di Antonio di Pietro Averlino (1400 ca.-1469 ca.) trovò ampia applicazione in tutta l'Italia settentrionale. Proprio per quest'ultimo motivo all'esterno, sino alla fine del XV secolo, la struttura non aveva ancora una caratterizzazione che la definisse in maniera chiara rendendola riconoscibile all'interno della quinta urbana. A tal fine, nel 1473, si decise di affrescare l'immagine della Vergine sul prospetto principale del complesso, per identificarlo chiaramente e connotarne la dedicazione[5].
L'ampliamento degli spazi, sino al XVI secolo, sarà per lo più subordinato all'amministrazione quotidiana del nosocomio tramite la realizzazione di aree riservate ai magazzini, ai granai e alla gestione anche del patrimonio fondiario. Fra i vari interventi furono acquisite, infatti, alcune abitazioni attigue con corte da inserire all'interno del sistema di

[5] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 2-ex 290, *Verbali*, c. 94r, 29 maggio 1473.

spazi per il ricovero dei carri e delle derrate[6]. Terminati i lavori e chiuso anche il cantiere che aveva interessato il prospetto principale, il consiglio della fraterna poté presentare la fabbrica alla città con orgoglio, essendo divenuta un edificio non solo «utile alli poveri»[7] [Cargnelutti 1989, n. 126, 119], ma anche «ornamento della città per il bel riguardo ha dala banda dela strada»[8], definendo quindi la nuova facciata dell'ospedale. La struttura, a quest'epoca, dava alloggio in due ali separate alle donne e ai bambini e gli uomini.
I primi anni del Cinquecento furono il periodo in cui numerose architetture della città subirono interventi voluti sia dal consiglio dei nobili sia dai luogotenenti per dotare la città medievale di una nuova *facies* rinascimentale[9]; anche la cinta muraria più esterna rientrò nelle volontà di rinnovamento [Bulfone Gransinigh 2020b, 47-80]. Questi cantieri, bruscamente interrotti dal terremoto del 1511 e dalla rivolta popolare, ripresero al termine dell'*annus horribilis* e videro all'opera nei decenni successivi alcuni architetti di chiara fama, fra i quali Giovanni da Udine (1487-1561) e Andrea Palladio (1508-1580). Dalla fine del Cinquecento e per tutto il Seicento, per quanto riguarda il nosocomio gli interventi consisteranno nell'ampliamento dell'infermeria, nella riforma decorativa della chiesa e in una serie di cantieri per rendere più salubri le aree di degenza. Si decise, infatti, di trasferire le donne al primo piano, essendo questi locali meno umidi, e spostare gli uomini al piano terra. La struttura, priva di fondamenta, era caratterizzata, come si evince dalla documentazione[10], dalla presenza di una forte umidità, che fu contrastata consultando alcuni fisici della città di Udine per decidere quale pavimentazione fosse ottimale per proteggere i degenti dall'umido. Gli esperti proposero due soluzioni: fare un *terratium* o *battuto* ricoperto in tavole di legno, che comporterebbe freddo in inverno e conseguente nocività per gli infermi, oppure realizzare un piano sopraelevato del dormitorio con uno strato di pietre e calce su cui stendere delle mattonelle in cotto. Il consiglio dell'Ospedale propenderà per quest'ultima soluzione.

Pietro Bianchi e il progetto del nuovo Ospedale cittadino

Nel 1727 la *Pianta della città Udine* disegnata da Giovanni Antonio de Gironcoli (1670-1729) restituisce chiaramente l'estensione del complesso ospedaliero di fondazione medievale all'interno del tessuto urbano (Fig. 3).

---

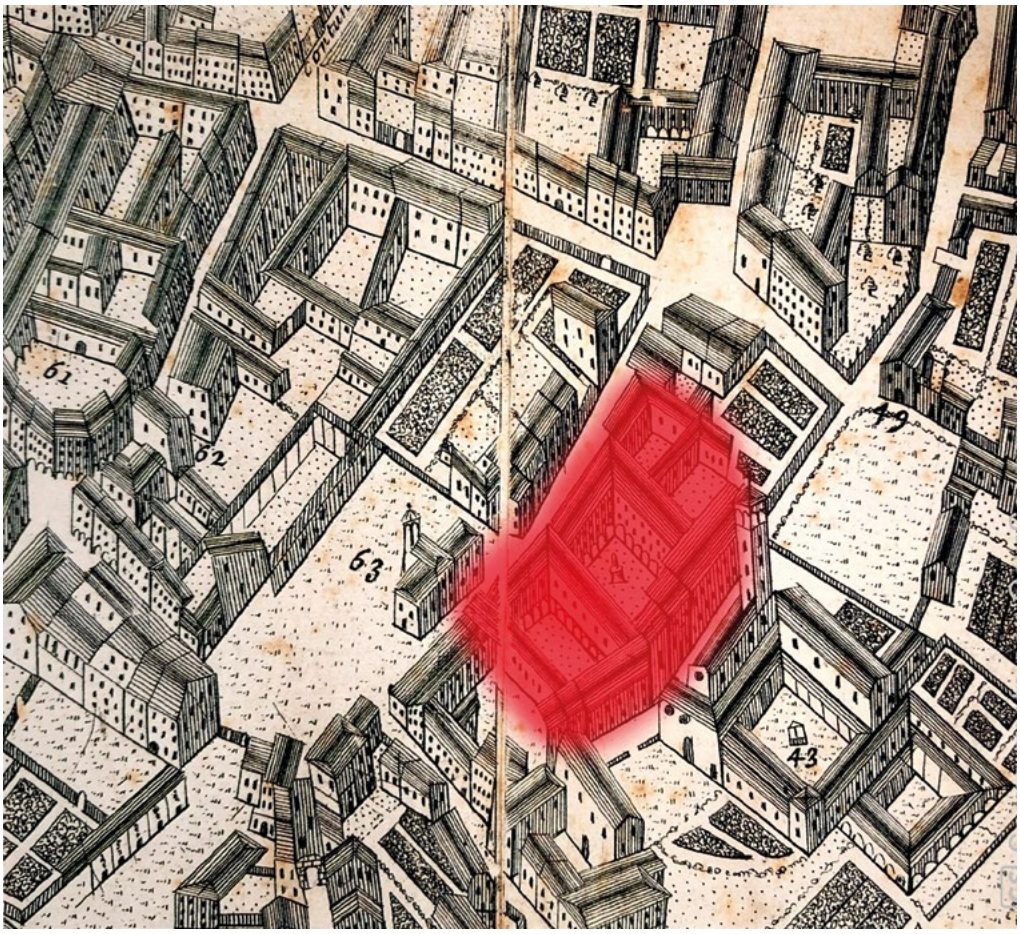
[6] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 2-ex 290, *Verbali*, cc. 152v, 157v, 19 settembre e 27 ottobre 1479.

[7] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 4-ex 292, *Verbali*, c. 36v, 7 gennaio 1526.

[8] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 4-ex 292, *Verbali*, c. 36v, 7 gennaio 1526.

[9] Udine. Biblioteca Civica. Archivio Comunale. *Annales*. T. 51, c. 20r, 14 luglio 1542 e altre.

[10] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 5-ex 293, *Verbali*, c. 118r-v, 30 marzo e 7 aprile 1550.



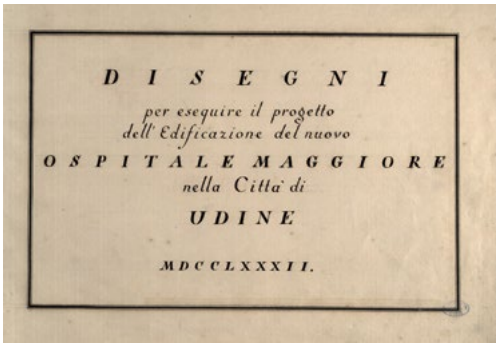
3: G. A. de Gironcoli, Pianta della città di Udine, 1727 [Udine. Civici Musei]. Qui si presenta un particolare della pianta che ritrae, evidenziato in rosso, l'antico ospedale e la sede della confraternita dei Battuti; di lato sulla destra si può vedere la chiesa di San Francesco e il complesso conventuale che, nel Settecento, diverrà sede del nuovo ospedale cittadino.

I continui ampliamenti e accorpamenti di edifici, pur eseguiti in maniera costante, risultano sempre sottodimensionati rispetto alle diverse necessità della popolazione, che nella seconda metà del Settecento crescerà ulteriormente. È del 1754, infatti, l'esigenza di compiere un ulteriore ampliamento, il quale interesserà l'infermeria maschile[11].
La fraterna e il consiglio dell'Ospedale si videro però costretti a prendere in considerazione la possibilità di trasferire la struttura in un nuovo complesso, più ampio e con spazi in parte modificabili anche in base alle esigenze della medicina di fine secolo. Quando la struttura non fu più in grado di soddisfare le accresciute esigenze dell'assistenza,

[11] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 14-ex 303, *Verbali*, c. 49r, 18 giugno 1735, c. 234r, 4 agosto 1742.

l'arcivescovo Gian Girolamo Gradenigo si fece carico dell'avvio di un nuovo cantiere per un nosocomio all'avanguardia [Barillari 1982, 19]. A tal fine fu acquisito il complesso dell'attiguo convento di San Francesco, il quale sorgeva all'interno della cinta muraria, a ridosso del quarto recinto. Nel 1771, infatti, le strutture conventuali erano divenute proprietà dell'amministrazione cittadina.
Il 1773 fu l'anno in cui si diede inizio alla demolizione di parte delle architetture della comunità religiosa; fu inoltre sconsacrata la chiesa di San Francesco [Trevisan 2020, 227-246] in previsione di renderla disponibile al nuovo Ospedale. Contestualmente fu avviato uno studio per rendere gli spazi, con il minor costo possibile, rispondenti alle nuove necessità e funzionali per la cura e degenza degli ammalati. Prima dell'inizio dei lavori la fraterna e il Consiglio comunale vagliarono gli interventi necessari avviando anche un confronto con altre realtà più all'avanguardia, come l'Ospedale di Padova. Tali risultati chiarirono ai committenti quanto le scelte sinora prese non fossero all'altezza dei canoni della medicina moderna, mostrando l'inadeguatezza e l'antieconomicità della soluzione che si voleva attuare a Udine.
Nel 1780, quindi, sempre su impulso di monsignor Gian Girolamo Gradenigo, fu nominata un'apposita commissione, la quale ebbe il compito di emanare un bando rivolto agli architetti e dilettati d'architettura [Barillari 1982, 19]. Tale concorso richiedeva la presentazione di proposte progettuali per la nuova struttura ospedaliera e contestualmente sollecitava mecenati, confraternite e cittadini a reperire i fondi necessari all'avvio e completamento del cantiere. Monsignor Gradenigo, forse non soddisfatto delle risposte giunte al bando, dopo poco tempo optò per la chiamata diretta di un professionista a lui già noto. Il progetto fu affidato così all'architetto veneziano Pietro Bianchi, accademico clementino e matematico, le cui tavole elaborate nel 1782 sono conservate presso la Biblioteca Civica di Udine[12] (Fig. 4).
Dell'attività del veneziano si hanno informazioni limitate: fra queste è interessante la partecipazione al concorso per la realizzazione del teatro di San Fantin (La Fenice) di Venezia [Olivato 1985, 122-133; Brusatin, Pavanello 1987], che non lo vide vincitore ma protagonista di un ricorso per la supposta irregolarità del bando. L'idea alla base di questo progetto s'inserisce in un insieme d'ideologie neoclassiche rispetto alle quali il Friuli non era rimasto ai margini. L'ambiente intellettuale friulano, tradizionalmente legato a Venezia e al Veneto, era attivo e aggiornato essendo vivace il dibattito che si era sviluppato al suo interno. In campo culturale gli stimoli più interessanti provenivano, nella seconda parte del secolo, dalle teorie riccatiane, le quali lasceranno un'impronta significativa nei cantieri friulani.
La cultura dei conti Riccati fu caratterizzata dalla diffusione unitaria della componente umanista più tradizionale e di quella scientifica di chiara matrice illuminista. Essi propugnavano un tipo di architettura in sostanza abbastanza tradizionale, caratterizzata sempre dall'uso degli ordini classici, alla quale diedero un taglio marcatamente

[12] Udine. Biblioteca Civica. F. principale. Ms. 1193, P. Bianchi, *Disegni per eseguire il progetto dell'edificazione del nuovo Ospitale Maggiore nella città di Udine*, MDCCCXXXII.



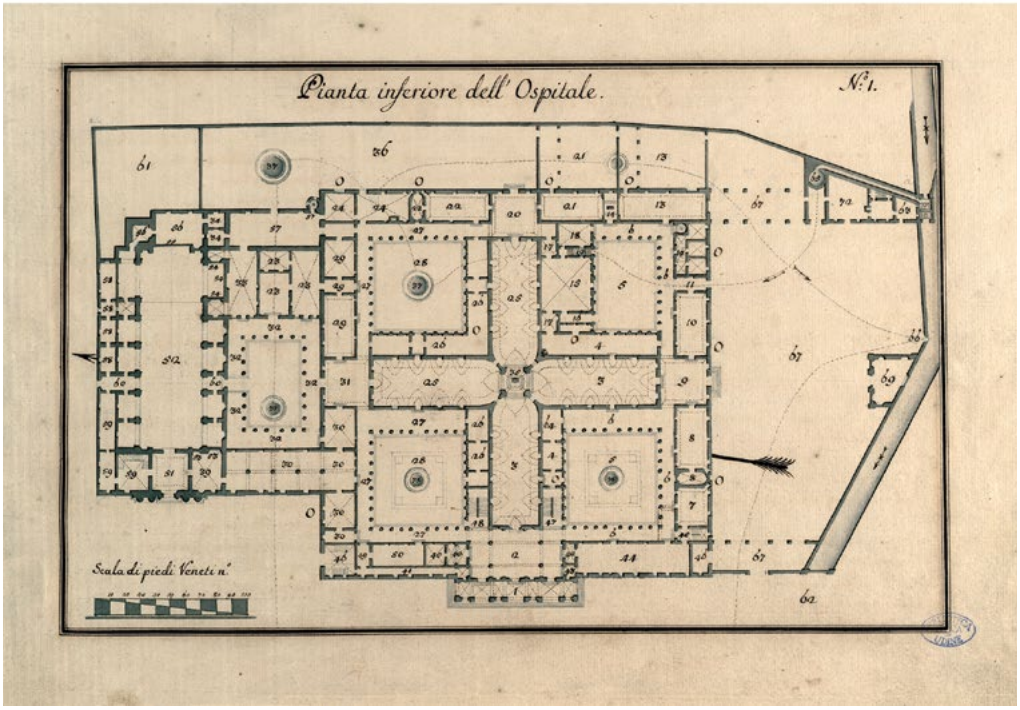
4: P. Bianchi, Frontespizi delle tavole di progetto, 1782 [Udine. Biblioteca Civica. F. principale. Ms. 1193].

scientifico [Bucco 1976, 91]. Queste teorie trovarono terreno fertile anche a Udine sia per i legami famigliari dei Riccati sia per la presenza dei Barnabiti, che avevano fondato in città, già da qualche tempo, una scuola pubblica. Tra i corsi era stato avviato un insegnamento d'architettura, il quale comprendeva oltre alle discipline tecnico-pratiche anche l'analisi della storia e delle varie arti [Battilotti 2007, 178-186; Bulfone Gransinigh 2020a, 45-68].

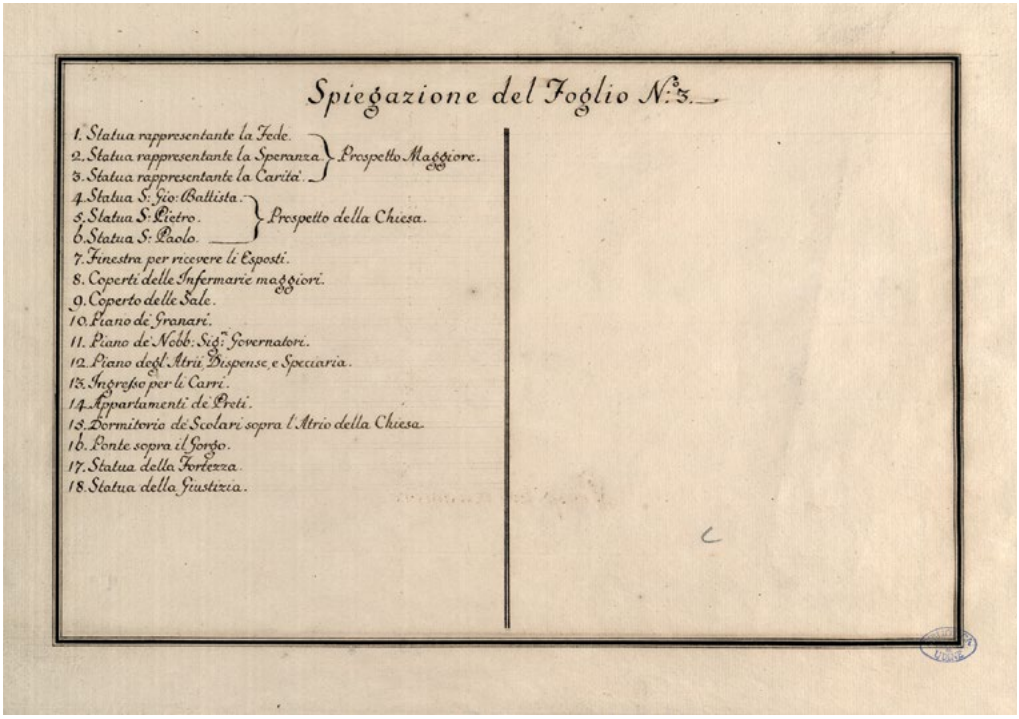
Il primo progetto proposto da Pietro Bianchi s'inserì, quindi, in un substrato culturale già ricco e propenso ad accogliere proposte aggiornate. Il complesso da lui ideato rispondeva a dei criteri che il professionista elencò in una lettera del 30 ottobre 1781: l'adozione della pianta a croce – richiesta dai governatori dell'Ospedale – (Fig. 5); la divisione dei reparti in base alle malattie; la collocazione della direzione amministrativa nel corpo centrale. Questi tre elementi, assieme ad altri, dimostrano la volontà del progettista nell'impostare una forma che rimandi chiaramente a canoni classici: «vi dirò solo che questo lato (quello principale), formando il prospetto e l'ingresso maggiore dell'ospitale è a imitazione dell'architetta natura costituito come il capo nell'uomo, contenente la direzione politica ed economica del pio luogo»[13] [Cargnelutti 1989, 129-131]. L'architetto veneziano decise di chiedere anche un parere al rettore del collegio udinese dei Barnabiti [Lovison 1998], Angelo Maria Cortenovis (1727-1801), il quale sottoporrà le tavole all'esame della prestigiosa Accademia clementina di Bologna, ricevendone l'approvazione il 31 dicembre dello stesso anno [Barillari 1982, 19]. Fu così impostata la planimetria dell'ospedale con matrice cruciforme e il prospetto principale fu collegato da un frontone unico alla chiesa preesistente di San Francesco, la quale fu ornata da una facciata di stampo classicheggiante, mentre l'interno subì la regolamentazione e riforma funzionale degli spazi trecenteschi.

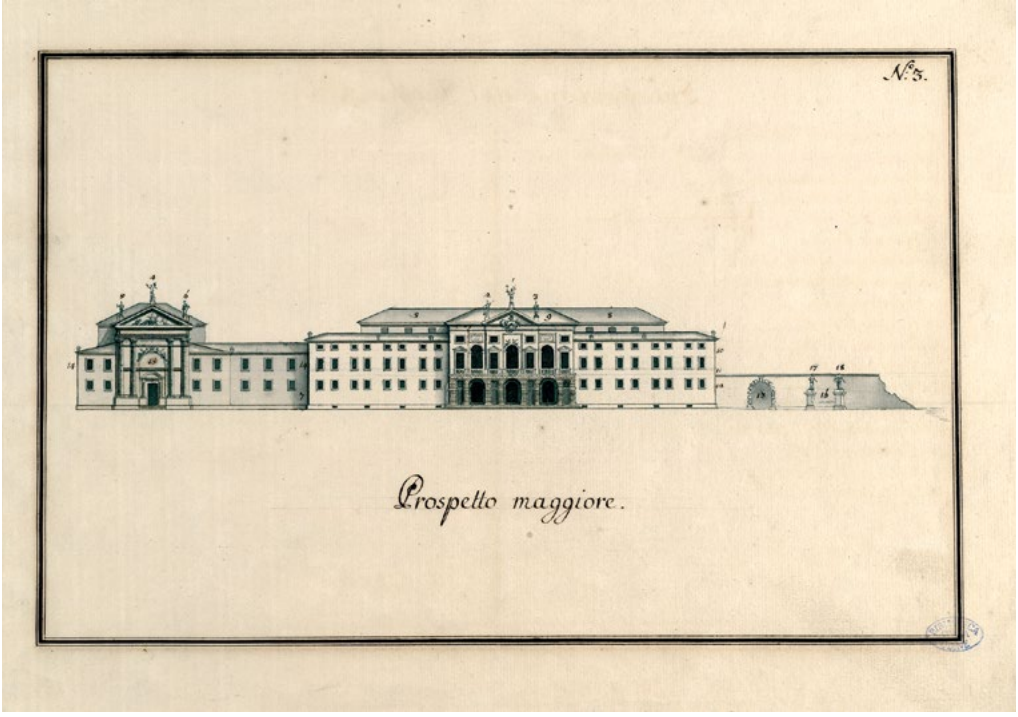
Come si può vedere anche dalle tavole, l'ingresso principale si differenzia per l'uso di moduli palladiani che definiscono così un porticato trattato a bugnato rustico con funzione d'ingresso coperto. Il piano superiore invece, com'era d'uso, fu ritmato da una serie di aperture cimate alternativamente da un timpano triangolare e da uno arcuato.

[13] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. B. 492. 5.



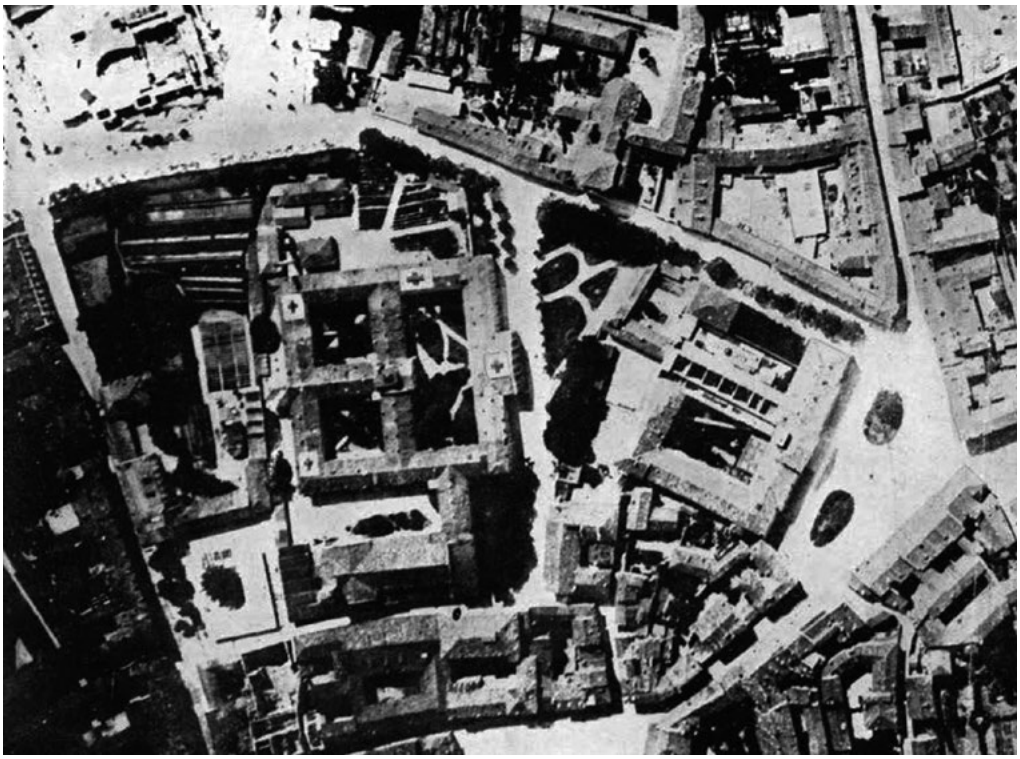
5: P. Bianchi, Spiegazione del Foglio n. 1; Pianta inferiore dell'Ospitale, 1782 [Udine. Biblioteca Civica. F. principale. Ms. 1193].





6: P. Bianchi, Spiegazione del Foglio n. 3; Prospetto Maggiore, 1782 [Udine. Biblioteca Civica. F. principale. Ms. 1193].

Alcune statue e lo stemma cittadino, infine, concludevano il prospetto (Fig. 6). Le restanti facciate furono trattate con linguaggi semplificati e animate volumetricamente dall'incrocio ortogonale dei corpi di fabbrica più alti rispetto a quelli delle infermerie.
I quattro grandi cortili interni permettevano la distribuzione ordinata delle funzioni e si costituivano come polmoni verdi perimetrati da portici. A questi ambienti esterni si accedeva dalle varie aree in cui erano suddivisi gli spazi. I febbricitanti sarebbero stati disposti lungo gli assi della croce nel cui punto mediano avrebbe trovato posto l'altare per la santa messa. Locali d'isolamento per i malati di mente erano stati pensati come divisi dagli altri ambienti, e nel lato settentrionale fu posta la ruota per gli esposti e i locali per le balie. Al primo piano, invece, furono collocate le camere singole o a due letti, gli alloggi per il personale e gli uffici del direttore e dell'amministrazione.
L'adozione dell'impianto planimetrico a croce era canonica nella progettazione degli ospedali e il modello tipologico cui Bianchi fece riferimento era, fra gli altri, l'Ospedale Maggiore di Milano [Grassi 1955, 137-138; De Fusco 1984, 163; Franchini 1995; Patetta 2011]. Queste scelte d'impianto si riscontrano già a partire dal Trecento a Firenze in Santa Maria Nuova, dove la pianta a due croci serviva per mantenere divisi i degenti di sesso maschile da quelli di sesso femminile. La centralizzazione dell'impianto, soprattutto negli ospedali, assolveva molto bene allo scopo di mantenere un controllo costante sugli ammalati oltre a permettere, come anche in quello udinese, di assistere alla messa, celebrata nella parte centrale. Tipologie cruciformi si ritrovano un po' in tutta Europa, tra cui l'Ospedale di Valencia (1492-1512), l'Ospedale Savoy di Londra del 1509 e il noto Ospedale delle Incurabili a Parigi (1635-1649) o l'Hotel Dieu di Lione (1622-1631).
Parte della gestione dell'Ospedale, pur essendo struttura dipendente dalla città, era ancora sopperita a carico dei religiosi, che trovarono posto all'intorno della chiesa di San Francesco, alla quale si accedeva anche dall'interno del nosocomio. Questo primo progetto, in seguito modificato e notevolmente ridotto, rispecchiava le conoscenze all'avanguardia sia del progettista sia della committenza, che desiderava avere in città un ospedale moderno ed efficiente. Il complesso di cura fu quindi progettato come unità separata dalla città e in grado di funzionare autonomamente. La popolazione ospedaliera era composta da ammalati indigenti, fanciulli abbandonati, ragazze madri, moribondi, convalescenti e malati di mente. L'ospedale era provvisto di un proprio acquedotto, del forno, del mulino e degli orti.
La complessa "macchina di cura", inserita all'interno del tessuto storicizzato della città, rispecchia chiaramente la formazione di Pietro Bianchi. Alla proposta di un progetto come quello udinese contribuì sicuramente l'ambiente veneto in cui Bianchi si era formato. Nei decenni di attività dell'architetto, infatti, numerose furono le personalità che dominarono la scena architettonica di Venezia e della provincia, fra cui spiccano Gian Antonio Selva (1751-1819) e la costante presenza dell'insegnamento palladiano ben rappresentato, anche in Friuli, da Giorgio Massari (1687-1766). A Venezia così come nei territori di Terraferma altre figure rendevano l'ambiente culturale ricco di stimoli: sicuramente si possono citare Andrea Tirali (1657-1737), Ottavio Bertotti Scamozzi (1719-1790), Tommaso Temanza (1705-1789) e gli stessi esponenti della nobile famiglia



7: Veduta aerea dell'ospedale civile di Udine nel 1915. Sono visibili le croci rosse poste sul tetto [C. Ermacora (1935). *Origine e sviluppo dell'Ospedale civile di Udine*, in «La Panarie», a. 12, n. 69, pp. 183-188: 185].

Riccati [Bucco 1976, 91]. Sebbene fosse iniziato già il cantiere, il progetto incontrò numerose resistenze anche da parte dei governatori udinesi; tale incresciosa situazione porterà l'architetto Bianchi a esprimere la sua amarezza per le opposizioni presentate al suo lavoro[14] [Cargnelutti 1989, 113].
Pochi anni dopo, nel 1786, venne a mancare l'arcivescovo Gradenigo, primo promotore dell'iniziativa; a seguito di tale vicenda la costruzione si trascinò a lungo, come dimostrato anche dai numerosi appelli alla carità pubblica da parte delle autorità sia civili sia religiose per proseguire i lavori. Il nipote dell'arcivescovo Paolo Erizzo, divenuto luogotenente di Udine, nel 1794 riuscì a far ripartire il cantiere che sarà purtroppo interrotto di nuovo pochi anni dopo a causa della caduta della Serenissima [Barillari 1982, 19].
Con l'avvento dei francesi l'ospedale dal 1798 al 1813 divenne caserma e in seguito all'arrivo degli austriaci fu impiegato come ospedale militare sino al 1833. Nella prima metà dell'Ottocento i lavori ripresero e furono affidati, nel 1842, all'ingegner Giuseppe Segusini (1801-1876) [Zugni Tauro 1963, 245-257], il quale rispettò buona parte

[14] Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. B. 492. 3.

delle scelte progettuali proposte dall'architetto Bianchi portando a termine il progetto. Durante il primo conflitto mondiale l'ospedale fu danneggiato e occupato dai tedeschi che, oltre a trasformarlo in *Feldspital*, utilizzarono la chiesa come deposito [Ermacora 1935, 186] (Fig. 7). Si concretizzerà, così, l'idea di Pietro Bianchi per un nosocomio funzionale e all'avanguardia che, purtroppo, ebbe vita breve in quanto già nel 1925 fu presentato il progetto per un nuovo ospedale in tutt'altra zona della città.

Conclusioni

Il legame costante con il tessuto storico di Udine si coglie sia nell'antica struttura del nosocomio trecentesco, posta all'interno della terza cerchia muraria, sia nel progetto settecentesco dell'architetto Pietro Bianchi. Quest'ultimo ideò una struttura che occupasse un settore urbano ormai privo d'interesse per la comunità e in parte demolito, ma sempre posto all'interno delle mura cittadine. Bianchi ideò un ospedale adatto a soddisfare le esigenze di una popolazione in crescita, adottando una tipologia classica, ma immaginando comunque un'architettura in grado di assolvere i compiti che le erano richiesti, fra i quali quelli di adeguarsi a strutture ospedaliere coeve e inserirsi così nel dibattito internazionale. Le travagliate vicende storiche hanno lasciato poche testimonianze del progetto originario, completato decenni dopo; di esso echeggiano flebili ricordi nelle strutture oggi occupate dal tribunale udinese.

Bibliografia

ALTAN, M. G. B. (1987*). Ospizi e xenodochi lungo le vie percorse d pellegrini, da romei e a crociati*, in *Storia della solidarietà in Friuli*, a cura di M. G. B. Altan *et al.*, Milano, Jaca book, pp. 38-72.

BARILLARI, D. (1982). *L'ospedale vecchio di S. Maria della Misericordia dei battuti in Udine*, in «Sot la Nape», a. 34, n. 3, pp.16-29.

BATTILOTTI, D. (2007). *Profilo dell'architettura udinese della prima metà del Settecento*, in *Arti e società in Friuli al tempo di Bartolomeo Cordans*, a cura di M. d'Arcano Grattoni, Udine, Forum editrice, pp. 178-186.

BIANCHI, F. (2014). *Ospedali e politiche assistenziali a Vicenza nel Quattrocento*, Firenze, University Press.

BRUSATIN, M., PAVANELLO, G. (1987). *Il teatro La Fenice: i progetti, l'architettura, le decorazioni*, Venezia, Albrizzi.

BUCCO, G. (1976). *La Cultura Riccatiana in Friuli e l'Edizione del Vitruvio Udinese*, in «Arte in Friuli. Arte a Trieste», a. 2, pp. 91-116.

BULFONE GRANSINIGH, F. (2020a). *Botteghe edili, capimastri e architetti nel Friuli Venezia Giulia all'epoca di Domenico Schiavi*, in *Domenico Schiavi. Arte ed architettura di una bottega friulana tra XVIII e XIX secolo*, a cura di G. Paron, Trieste, Luglio editore, pp. 45-68.

BULFONE GRANSINIGH, F. (2020b). *Fortificare la Piccola Patria: controllo e difesa dei confini in Friuli tra XV e XVII secolo*, in «Atti dell'Accademia udinese di Scienze Lettere e Arti», a. 411, n. 110, pp. 47-80.

CARACCI, P. (1968). *Antichi ospedali del Friuli*, Udine, Editrice arti grafiche friulane.

CARGNELUTTI, L. (1987). *Giovanni da Udine e le riforme dell'ospedale dei Battuti di S. Maria della Misericordia di Udine*, in «Metodi e ricerche», a. 6, n. 1, pp. 44-58.

CARGNELUTTI, L. (1989). *L'evoluzione istituzionale*, in *Ospitalità sanitaria in Udine*, a cura di L. Morassi, Udine, Casamassima, pp. 77-132.

DE FUSCO, R. (1984). *L'architettura del Quattrocento*, Milano, UTET.

ERMACORA, C. (1935). *Origine e sviluppo dell'Ospedale civile di Udine*, in «La Panarie», a. 12, n. 69, pp. 183-188.

GRASSI, L. (1955). *Aspetti nuovi dell'Antico Ospedale Maggiore sistemato ad uso dell'università di Milano*, in «Arte Lombarda», vol. 1, pp. 137-138.

LONDERO, A. (1994). *Per l'amor di Deu. Pietà e profitto in un ospedale friulano del Quattrocento (San Michele di Gemona)*, Udine, Società filologica friulana.

LOVISON, F. M. (1998). *Le scuole dei Barnabiti a Udine: 1679-1810*, Roma, Tipografia Don Bosco.

OLIVATO, L. (1985). *Progetti di teatri*, in *Le Venezie possibili. Da Palladio a Le Corbusier, Catalogo della mostra*, a cura di L. Puppi, G. Romanelli, Milano, Electa, pp. 122-133;

OSPEDALE DI S. MARIA DELLA MISERICORDIA (1795, I ed. 1791). *Raccolta delle regole dell'ospitale di S. Maria della Misericordia di Udine, dedicata a sua eccellenza il n. h. Pietro Canal, luogotenente generale della Patria del Friuli e protettore dello stesso pio luogo*, Udine, Murero.

Ospedali lombardi del Quattrocento: fondazione, trasformazioni, restauri (1995), a cura di L. Franchini, Como, New press.

PATETTA, L. (2011, I ed. 1984). *L'architettura del Quattrocento a Milano*, Milano, Maggioli editore.

TREVISAN, G. (2020). *La chiesa di San Francesco a Udine nei secoli XIII-XIV*, in *San Francesco di Udine. Un monumento da salvare e riscoprire*, a cura di C. Scalon, Udine, Gaspari editore, pp. 227-246.

ZUGNI TAURO, A. P. (1963). *L'architetto feltrino Giuseppe Segusini*, in «Bollettino CISA Andrea Palladio», a. 5, pp. 245-257.

Elenco delle fonti archivistiche

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 2-ex 290, *Verbali*, c. 94r, 29 maggio 1473.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 2-ex 290, *Verbali*, cc. 152v, 157v, 19 settembre e 27 ottobre 1479.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 3-ex 291, *Verbali*, c, 69r, 23 giugno 1489.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 4-ex 292, *Verbali*, c. 36v, 7 gennaio 1526.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 5-ex 293, *Verbali*, c. 118r-v, 30 marzo e 7 aprile 1550.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 5-ex 293, *Verbali*, c. 137r-v, 30 novembre 1551.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. 14-ex 303, *Verbali*, c. 49r, 18 giugno 1735, c. 234r, 4 agosto 1742.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. B. 492. 3.

Udine. Archivio Storico Diocesano, Archivio del Capitolo di Udine. Archivio Antico Ospedale. B. 492. 5.

Udine. Biblioteca Civica. Archivio Comunale. *Annales*. T. 8, c. 378v, 10 maggio 1369; t. 35, c. 235v, 1 dicembre 1481.

Udine. Biblioteca Civica. Archivio Comunale. *Annales*. T. 51, c. 20r, 14 luglio 1542 e altre.

Udine. Biblioteca Civica. Archivio Comunale. *Annales*. T. 51, c. 76r, 1 marzo 1543.

Udine. Biblioteca Civica. F. principale. Ms. 1193, P. Bianchi, *Disegni per eseguire il progetto dell'edificazione del nuovo Ospitale Maggiore nella città di Udine*, MDCCCXXXII.

L'OSPEDALE DIOCESANO E L'ESPANSIONE URBANA SETTECENTESCA DI JESI

Claudio Mazzanti

Abstract

The Ospedale Diocesano of Jesi, inaugurated in 1757, was a transition element between ancient health care and modern medicine. The Sanatorium was built at the western end of the historic centre, along the main expansion route of the town, between Porta Romana and Arco Clementino; this Hospital played a fundamental role in urban planning of the city. The designer was architect Arcangelo Vici and the medical facility was entrusted to the Brothers Hospitallers of Saint John of God.

Keywords

Eighteenth century, Marche region, Fatebenefratelli, Arcangelo Vici, urban landscape.

Introduzione

L'Ospedale diocesano di Jesi, importante architettura della metà del XVIII secolo, può essere incluso nel novero dei grandi programmi architettonici che suscitano particolare interesse non soltanto per il valore intrinseco degli stessi, ma anche in quanto hanno dato origine, con la loro creazione, a significative trasformazioni urbane. Per quanto concerne l'abitato marchigiano, il nuovo plesso sanitario inaugurato nel 1757, con molte caratteristiche innovative sia pure inserite in una consolidata tradizione locale di edilizia ospedaliera, va inquadrato nel contesto storico locale e delle zone centrali della penisola italiana, a partire dalle peculiarità della committenza e dell'ambiente socioculturale cittadino; sono da considerare, altresì, le capacità tecniche di coloro che materialmente si occuparono dell'edificazione, oltre alle problematiche inerenti la gestione di simili strutture collettive specialistiche.

Nell'affrontare la trattazione del primo grande nosocomio di Jesi non si può trascurare la figura di Arcangelo Vici, architetto al quale viene ormai comunemente attribuita l'opera; più in generale, è anche opportuna una sintetica analisi della tipologia ospedaliera specifica in quell'epoca. Solo l'insieme di tutte queste contingenze permette di comprendere l'importanza che tale struttura di servizio pubblico ha avuto nei confronti dell'impianto urbano jesino, diventandone il cardine per la futura espansione, organizzata proprio a partire dalla costruzione dell'edificio diocesano, di cui è possibile conoscere la maggior parte delle fasi di progettazione e di cantiere tramite lo studio dei documenti d'archivio.

© Aisu International 2021

Ospedali e sviluppo urbano di Jesi dal XII al XVIII secolo

Nella prima metà del XVIII secolo, con la fondazione della struttura ospedaliera sostenuta dalla Diocesi jesina, proseguiva nella città marchigiana la tradizione assistenziale consolidatasi da tempi remoti nella Vallesina; qui, difatti, già nel Medioevo può essere dimostrata l'esistenza di diversi luoghi di ricovero [Urieli 1990]. Un edificio con tali caratteristiche viene citato a Jesi, per la prima volta, nel 1084: era il cosiddetto Ospedale di San Giovanni, nella borgata di Terravecchia, zona in quel tempo di recente formazione, il cui sistema difensivo si dimostrò ben presto inefficace. A seguito delle numerose guerre che interessarono la città durante il XIV secolo, questa frazione urbana risultò particolarmente esposta alle incursioni nemiche [Urieli 1974, 503; Urieli 1982, 1]; la popolazione si vide quindi costretta a rientrare nel nucleo più antico, meglio difeso, occupando gli spazi interni alle mura che, alla fine dello stesso secolo, erano ancora inedificati [Mariano 1993, 71-72]. Di conseguenza, ormai abbandonato, il sobborgo extramurale scomparve rapidamente, così come il primitivo ospedale in esso presente; la zona sarebbe stata perciò ricordata con il citato toponimo di Terravecchia.
Tra il XII e il XIV secolo, esistevano a Jesi altri ospedali, come quello di Sant'Antonio, in principio collocato all'interno del centro abitato e, solo più tardi, spostato oltre il limite della cinta muraria, nelle adiacenze della chiesa di San Pietro Martire, presso la quale dovettero trasferirsi i frati domenicani, preposti all'assistenza dei bisognosi [Annibaldi 1902, 9]. Va pure ricordato l'Ospedale Pontis Esii, nominato in un documento del 1239; intorno ad esso si sviluppò poi un piccolo insediamento [Urieli 1982, 462]. Il fabbricato del ricovero, affacciato sul fiume Esino fuori Porta Valle, sorgeva in un punto che, per l'esistenza del ponte, si dimostrò strategico nella rete viaria territoriale del tempo. Tale zona aveva una spiccata connotazione commerciale, come dimostrava la presenza nelle vicinanze del Mercatale, detto poi Grammercato; qui confluivano i traffici provenienti da Osimo, Ancona, Senigallia, Chiaravalle, dai castelli limitrofi, oltre che dalla media e alta Vallesina [Fiecconi 1979, 320]. Un ulteriore antico ospedale fu quello di Santa Lucia, gestito dall'omonima confraternita[1], per il quale tuttavia non si può conoscere con esattezza la collocazione primitiva, essendosi di esso persa ogni traccia.
Nel XIV secolo, rispetto al grande sviluppo duecentesco, Jesi era caratterizzata da una forte decrescita demografica; i più recenti quartieri extramurali, fino a poco tempo prima densamente popolati, in questa fase scomparvero, come già detto per Terravecchia. In seguito, invece, tale tendenza si invertì un'altra volta, tanto che nella città fu intrapreso, dalla seconda metà del XV secolo, un importante rinnovamento urbanistico; ciò portò anche alla realizzazione di significative opere architettoniche, a partire dal maestoso Palazzo della Signoria progettato da Francesco di Giorgio Martini [Mariano, Agostinelli 1986]. L'edilizia civile preesistente fu interessata da totali rifacimenti e le vecchie abitazioni di legno sostituite con nuove costruzioni in mattoni, acquisendo in generale una dignità architettonica autonoma e diffusa, in passato riservata esclusivamente a pochi

[1] Jesi. Archivio Storico Diocesano. Sez. XIII, *Hospitalis Convalescentium*.

edifici pubblici [Mazzanti 2019]. Nello stesso tempo, il centro abitato tornò a crescere; in quel periodo, l'ampliamento oltre l'antica cinta muraria in direzione sud-ovest aveva anche lo scopo di recuperare l'area abbandonata di Terravecchia.
L'espansione urbana fu impostata sulla base di una precisa progettazione, predisponendo un vero e proprio piano regolatore [Mariano 1993, 91]. Il programma urbanistico, nondimeno, poté concretizzarsi in un periodo abbastanza lungo, protraendosi almeno per tutta la prima metà del secolo seguente, in quanto fortemente contrastato dagli abitanti del Contado[2]. Soltanto tra il 1530 e il 1540 risultava ormai pienamente formata la cosiddetta zona del Borgo, attraversata per tutta la sua estensione da un asse principale di collegamento, l'attuale corso Matteotti. Tutti i percorsi ricostituiti nel secolo precedente all'interno dell'antico nucleo, in sostituzione del remoto impianto medievale, erano ancora angusti e con estensione limitata; al contrario, la strada di recente realizzazione nel Borgo si presentava larga e perfettamente rettilinea; fu lastricata nel 1551 e ad essa fu dato in quel tempo il nome di via Sabella, in onore del cardinale Jacopo Savelli [Baldassini 1765]. Negli stessi anni, la già citata confraternita di Santa Lucia, abbandonata ormai la precedente struttura, aveva iniziato a gestire un nuovo centro ospedaliero, nella principale piazza Federico II, fulcro della vita sociale e delle attività commerciali cittadine, utilizzando un edificio prospiciente il duomo di Jesi; appare quindi evidente un legame dei confratelli col potere diocesano.
In generale, i luoghi di cura e accoglienza potevano essere gestiti dal clero, soprattutto dai frati degli ordini mendicanti [Parisciani 1996, 69], oppure da associazioni laicali solitamente d'ispirazione religiosa [Rosa 1982]; anche se le stesse amministrazioni civiche, in certe circostanze, ebbero modo di continuare attività già avviate [Masetti Zanetti 1992]. Nell'abitato jesino, sottoposto al dominio dello Stato pontificio, da tempi lontani veniva garantita un'assistenza soprattutto di carattere ecclesiastico; ciò perdurò ancora per gran parte del XVIII secolo, nel corso del quale cominciò anche qui a mutare la concezione della cura sanitaria, influenzata dalle idee e dalle riforme illuministiche che portarono a una maggiore consapevolezza scientifica sugli aspetti clinici [Pirani 1992].
Nei primi anni del XVIII secolo, l'ospedale affidato sempre alla confraternita di Santa Lucia occupava ancora la medesima sede al centro della città; era divenuto il principale riferimento sanitario della popolazione locale, sebbene, dopo due secoli dalla fondazione, si dimostrasse ormai del tutto insufficiente rispetto ai criteri contemporanei e ai bisogni del tempo, essendo costituito soltanto da sette ambienti, con una disponibilità di 17 posti letto per gli uomini e meno della metà per le donne. L'inadeguatezza della struttura poteva essere ascritta soprattutto ai mutati metodi operativi e alla sempre crescente mole di lavoro svolto dal personale sanitario [Conversazioni 1992]. Le avversità di vario tipo che tormentarono la popolazione jesina nel XVII secolo, con implicazioni rilevanti anche di carattere igienico e sulla salute pubblica, avevano aumentato le carenze del vetusto centro assistenziale [Giacomini 1992]. La realizzazione di un nuovo ospedale era

[2] I castelli nella Vallesina si opponevano soprattutto alla costruzione della nuova cinta muraria a difesa della zona d'espansione della città, in quanto la maggior parte degli oneri era a loro carico [Urieli 1985, 287].

divenuta imprescindibile; fu quindi programmato il trasferimento della struttura poco oltre limiti del nucleo edificato dell'epoca, evento che rappresentò la premessa per l'istituzione dell'ospedale diocesano; il conseguente intervento edilizio settecentesco con la realizzazione del complesso assistenziale soggetto al controllo episcopale, soprattutto per quanto concerne l'organizzazione planimetrica, può rappresentare un elemento intermedio tra i metodi di cura del passato e le necessità della moderna medicina. In sostituzione della precedente sede ospedaliera, in piazza Federico II, fu poi innalzato il settecentesco Palazzo Ripanti [Mariano 1991].

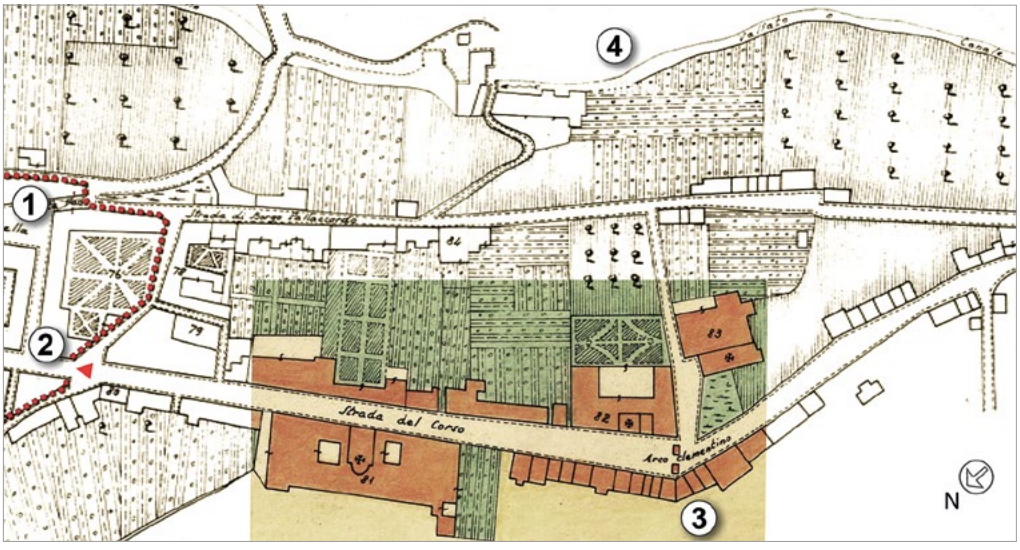
Alle soglie del XVIII secolo, nell'intorno del luogo dove sarebbe sorto il nuovo nosocomio, zona allora disabitata, esistevano già altri due ricoveri: quello "dei pellegrini che vanno in giro per il mondo" e l'altro detto "degli incurabili" [Conversazioni, Mozzoni 1990], antiche definizioni che specificano il tipo di assistenza esercitata per secoli a Jesi e in gran parte della penisola. In quel momento la città appariva fortemente mutata rispetto ad una configurazione riferibile alla fine del XVI secolo, quando il centro abitato era ancora tutto racchiuso all'interno di un'unica, circoscritta cinta muraria, interrotta soltanto dalle diverse porte urbiche. Alcune di queste avevano ormai perso l'antica importanza; al contrario, all'inizio del XVIII secolo, tra tutte appariva fondamentale la più recente Porta Romana, all'estremità occidentale dell'impianto urbano, sulla quale convergeva la via Sabella: quest'ultima, già principale direttrice dell'addizione tardo quattrocentesca, avrebbe mantenuto il ruolo di generatrice dell'ampliamento di Jesi che, in questa fase, continuava a crescere verso gli Appennini, in direzione della capitale dello Stato pontificio, lungo l'asse viario sostanzialmente parallelo al fiume Esino. Il nuovo settore urbano si sarebbe sviluppato in una stretta striscia di terreno pianeggiante, limitata lateralmente dai versanti scoscesi.

Superata la Porta Romana, oltre il perimetro edificato, la via Sabella fu prolungata mantenendo il medesimo andamento rettilineo; lungo questo percorso, nel 1622 fu fondato il convento di San Francesco di Paola con l'annessa chiesa. Nello stesso anno, il tratto di strada fra l'appena istituito complesso religioso e la Porta Romana fu lastricato, configurandosi così come proseguimento della carrozzabile risalente alla prima importante espansione della città. Si ponevano in questo modo i presupposti per l'incremento edilizio del XVIII secolo in quella direzione [Mariani 1965].

Nel 1734, esattamente alla fine del prolungamento della via Sabella, fu realizzato l'Arco Clementino per celebrare l'apertura della strada consolare clementina, attuale Strada Statale 76, che ora collegava più comodamente la valle dell'Esino con il mare, ripercorrendo l'antica via Flambegna [Urieli 1974, 47, 501]. L'Arco marcava, simbolicamente e fisicamente, il punto estremo del rettifilo, superato il quale l'asse viario doveva necessariamente curvare, a causa delle caratteristiche del territorio che, oltre quest'opera monumentale, risulta essere decisamente meno regolare e con pendenze ben più accentuate[3].

[3] Il XVIII secolo è stato un periodo di grande rinnovamento urbano a Jesi, come per Senigallia e Ancona, con la ricostruzione di palazzi nobiliari e edifici religiosi; i vescovi dell'epoca, tra cui Fonseca e Baldassini, furono promotori di un intenso programma di opere sociali [Taus 1992, 57].

L'occupazione dei lotti nella nuova urbanizzazione settecentesca, come già accaduto nella fase quattro-cinquecentesca, anche stavolta procedette a rilento. Due grandi vuoti, sugli opposti lati della via di recente lastricata, furono destinati ad opere rilevanti, tra loro affini per dimensioni e destinazione: oltre all'Ospedale diocesano, fu innalzato anche l'orfanotrofio femminile. Per la struttura ospedaliera, come già dimostrato, si era chiaramente palesata la necessità di realizzare una sede più grande, attrezzata e funzionale, così nella zona di nuova espansione nel 1736 fu acquistato un terreno di proprietà della contessa Teresa Ubaldini, sul quale erigere il nosocomio. La costruzione cominciò nel 1742 e si protrasse per quindici anni [Colini 1890, 123]. L'orfanotrofio femminile fu edificato più tardi, tra il 1771 e il 1775, su progetto dell'architetto Virginio Bracci [Honour, Corbo 1971], quale ultimo elemento del programma settecentesco di opere sociali nella città [Luconi 1969, 55]. Queste due importanti strutture collettive caratterizzarono fortemente il settore finale dell'asse di sviluppo urbano, ai lati del quale, nel divenire dei secoli, il tessuto edilizio continuò a sostituirsi alla campagna.
A causa delle già considerate caratteristiche del terreno, il citato prolungamento dell'antica via Sabella, il corso – oggi corso Matteotti – proprio in corrispondenza dell'Arco Clementino si raccordava con un altro percorso, la via Roma, sinuosa e in declivio, che al contrario del tratto precedente non risultava ortogonale all'Arco. Con tale tragitto veniva collegata la quota dell'antico abitato, oltre che dell'orfanotrofio femminile e dell'adiacente convento di San Francesco di Paola, con quella dove, più in basso, defluiva un canale idrico minore, il Fossato, diramazione del fiume Esino, raggiungendo infine il punto in cui l'acqua, oltre ad alimentare un mulino, poteva pure essere agevolmente raccolta in vasche e utilizzata per vari scopi, verosimilmente anche connessi all'igiene e all'attività sanitaria e quindi alle funzioni specifiche dell'ospedale (Fig. 1).



1: Autore ignoto, *Pianta della regia città di Jesi* (dettaglio), 1825. 1) Cinta muraria del XVI sec.; 2) Porta Romana; 3) Arco Clementino; 4) Fossato; in evidenza i principali interventi architettonici, indicati nella mappa originale: 81) Ospedale diocesano; 82) Conservatorio; 83) Chiesa di San Francesco di Paola.

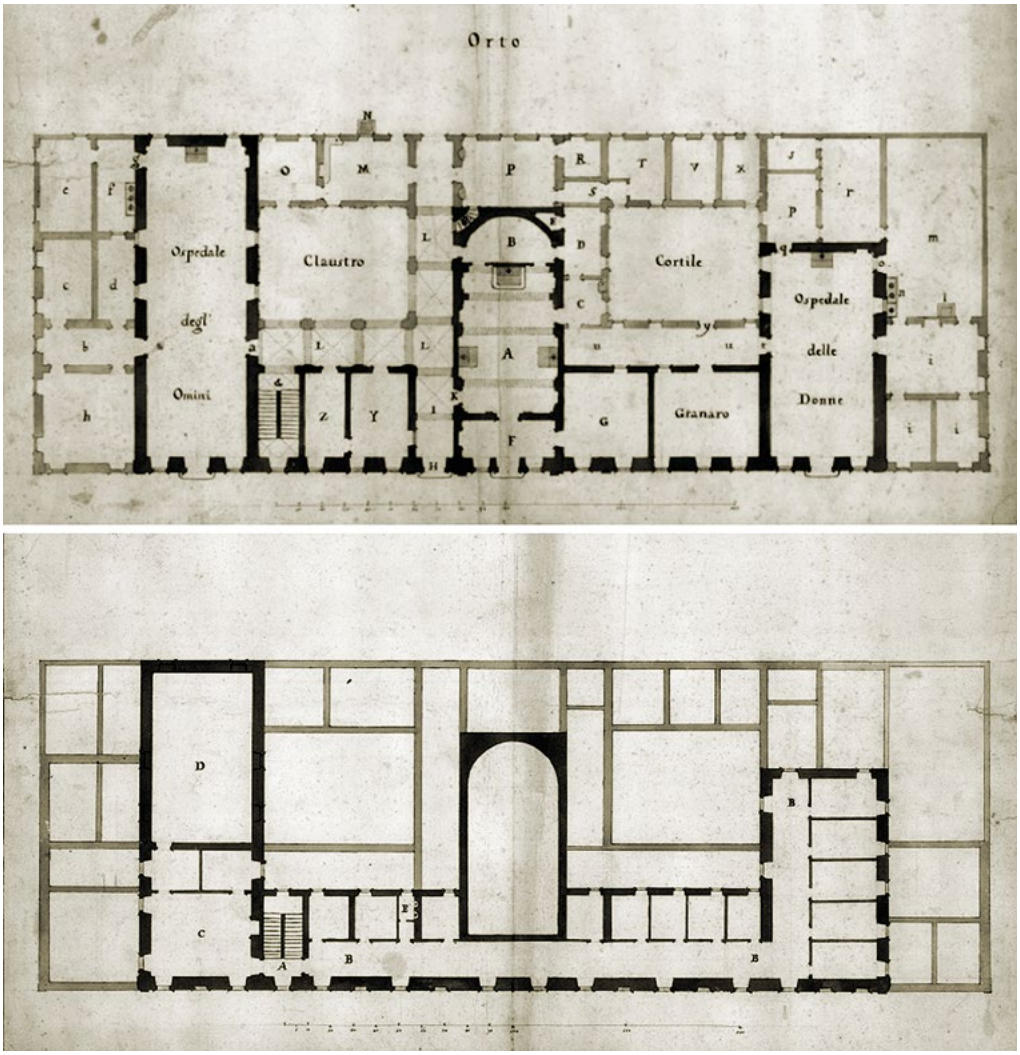
2: A sinistra, l'Arco Clementino visto dal corso Matteotti e, a destra, da via Roma, inizio XX sec. [N. Verdolini (1972). *Jesi nel primo Novecento*, Jesi, Edizioni Jesi e la sua valle].

La successiva edificazione della zona in forte pendenza, della quale l'Arco segna la quota maggiore, diede origine ad un rione periferico, dove si svolgevano attività artigianali e mercantili minori, ai lati della via Roma che divenne il principale accesso alla città. Ciò è altresì confermato dalle più antiche immagini fotografiche [Verdolini 1972, 69]: l'arco s'intravede sullo sfondo, decisamente di scorcio, quindi probabilmente esso non era stato immaginato come accesso solenne alla città, quanto piuttosto intendeva rappresentare il fondale monumentale del corso nel contesto urbano d'impianto regolare (Fig. 2).

L'Ospedale diocesano e il contributo dei Fatebenefratelli

Con l'avvio del cantiere per il nuovo luogo di cura jesino si decretò, al contempo, la fine dell'amministrazione dello stesso da parte della confraternita di Santa Lucia, che per secoli si era occupata della popolazione locale. Al principio del 1742, il 3 gennaio, papa Benedetto XIV istituì l'ospedale, pubblicando un breve pontificio con cui riconosceva al vescovo Antonio Fonseca [Moretti 1870, 78], di origine spagnola, il ruolo di delegato apostolico in questa parte delle Marche. L'alto prelato, tra le prime azioni di seguito intraprese, sollecitò l'arrivo a Jesi dei Fatebenefratelli, assegnando ai frati il mandato di portare a termine la costruzione del nuovo ospedale [Urieli 2003, 133]. Tutte le attrezzature e i beni funzionali all'attività medica, in passato assegnati alla pia associazione di Santa Lucia, da questo momento furono devoluti all'ordine di San Giovanni di Dio[4]. La nuova grande struttura di cura fu costruita a una distanza opportuna dal torrente, nel punto con migliore ventilazione e soleggiamento, già individuato nel 1736; il

[4] La congregazione, comunemente conosciuta come Fatebenefratelli, era nata in Spagna, ispirata dall'operato di Juan Ciudad (1495-1550), noto in seguito come Giovanni di Dio, canonizzato nel 1690 da papa Alessandro VIII. L'ordine, inizialmente sviluppatosi a Granada nella prima metà del XVI secolo, in poco tempo si affermò in gran parte dell'Europa, oltre che nel nuovo mondo. In occasione del primo capitolo, nel 1585, venne organizzato nelle due province ispanoamericana e italiana; quest'ultima, a sua volta, nel secolo seguente fu suddivisa in altre sette province, cioè romana, siciliana, napoletana, milanese, barese, sarda e calabro-lucana [Magliozzi 1993; Fappani 1994].



3: Autore ignoto (forse A. Vici), Ospedale diocesano di Jesi. Sopra, pianta del livello inferiore; sotto, pianta del "Piano di Cima", XVIII secolo [Jesi. Biblioteca Comunale Planettiana. Archivio degli Istituti Riuniti di Beneficenza. Ospedale Diocesano].

lungo fronte principale dell'edificio, che costeggia il rettifilo viario ed è caratterizzato da un'esposizione ottimale, si caratterizza per il suo sobrio barocco tardo-settecentesco. Le vicende relative all'ospedale jesino possono essere desunte da diversi documenti[5], innanzitutto dai progetti originali (Fig. 3); particolarmente utile è, inoltre, il libro di

[5] I progetti originali erano inizialmente conservati nell'Archivio degli Istituti Riuniti di Beneficenza di Jesi, successivamente trasferito presso la Bibilioteca Comunale Planettiana, all'interno del Palazzo della Signoria.

cantiere, con l'annotazione delle attività svolte e dei relativi aspetti economici, redatto quasi giornalmente a partire dagli ultimi giorni del mese di aprile del 1742 fino al 1759. Si tratta di un documento di fondamentale importanza per la conoscenza dell'opera, con notizie sui materiali impiegati e sulla loro provenienza, o su artisti e artigiani coinvolti[6]. Proprio grazie a questi rendiconti è possibile attribuire il progetto ad Arcangelo Vici, autore all'epoca particolarmente attivo nelle Marche, nonché padre del più noto Andrea [Busiri Vici jr 1956], nato nel 1743, proprio quando Arcangelo iniziava ad essere coinvolto nella costruzione dell'ospedale [Santoni 1990, 37]. A Vici, per il suo contributo alla costruzione dell'ospedale di Jesi, risultano erogati pagamenti, il primo dei quali risale ad agosto dello stesso 1743 – più di un anno dopo l'avvio dei lavori – in qualità sia di capomastro che di architetto, [Santoni 1990, 40].

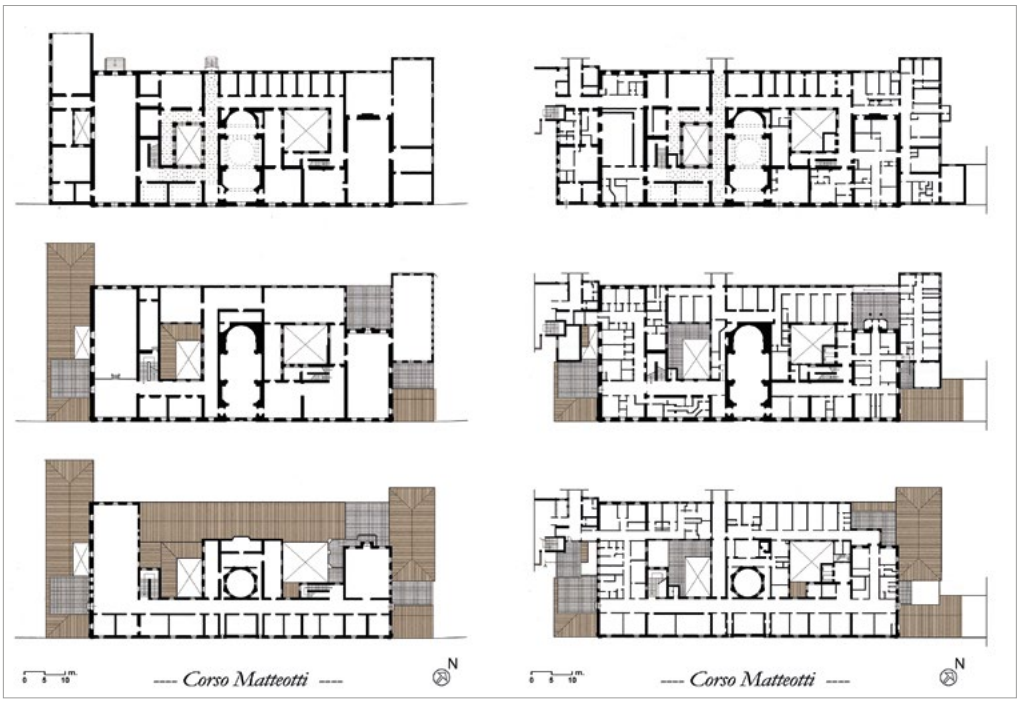
I finanziamenti, stanziati solo in parte dal vescovo, provenivano soprattutto dalle consistenti entrate economiche di cui beneficiavano i religiosi dell'ordine di San Giovanni di Dio; risorse, queste ultime, che in seguito vennero adoperate per far fronte alle spese di gestione della struttura sanitaria, inaugurata il 29 maggio 1757, nel giorno di Pentecoste [Luconi 1969, 78].

La composizione architettonica dell'edilizia ospedaliera era solitamente affidata agli architetti; ciononostante, i frati dell'Ordine avevano maggiore esperienza circa le esigenze funzionali e distributive degli ambienti. Di sicuro contribuì all'ideazione dell'edificio lo stesso superiore dell'ordine, Gerolamo Ferrari [Istituti Riuniti di Beneficenza di Jesi 1965, 33]. Alcune necessità pratiche hanno determinato le trasformazioni della struttura (Fig. 4), in particolare le modifiche apportate fino ai primi decenni del XX secolo [Congregazione di Carità di Jesi 1919; Municipio di Jesi 1919], individuate grazie a un rilievo non datato ma presumibilmente di poco successivo al 1920. È così possibile distinguerle dalle trasformazioni più recenti (Figg. 5-6), che hanno alterato la qualità architettonica del nosocomio jesino[7].

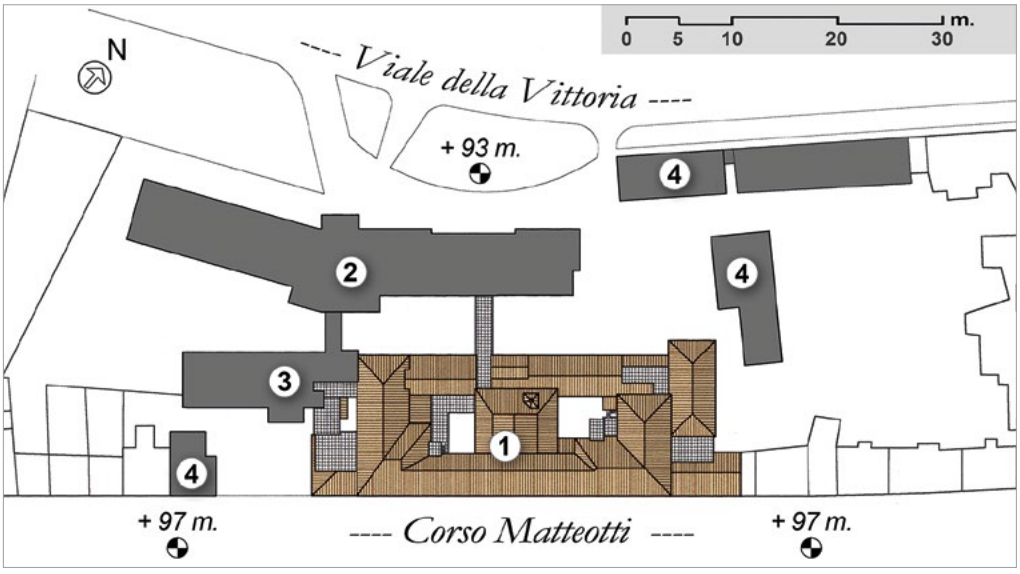
I Fatebenefratelli, dunque, poterono svolgere un ruolo decisivo sovvenzionando la costruzione, ma anche apportando la loro ormai secolare esperienza sia nella progettazione sia nella successiva gestione della struttura sanitaria. Non si può individuare una precedente tipologia edilizia ospedaliera a loro espressamente riconducibile, eppure già in precedenza era possibile riconoscere un preciso modello insediativo dell'ordine, con l'usuale inclusione in esso degli spazi di degenza [Cicinelli, Coladonato, Ferri 1988]: a seconda dei casi alcuni aspetti variano, ma sono comunque ravvisabili caratteristiche ricorrenti in tutti gli insediamenti gestiti dai frati ospedalieri, specialmente nelle varie

[6] Jesi. Biblioteca Comunale Planettiana. Archivio degli Istituti Riuniti di Beneficenza. Registro dei Pagamenti per la Fabbrica. ms.

[7] L'impianto originario dell'ospedale è oggi difficile da riconoscere a seguito delle importanti modifiche apportate nel tempo che, benché limitate all'esterno, sono state sostanziali all'interno per adattarlo alle moderne necessità dell'attività medica. Una prima modifica è precedente al 1927; un secondo intervento si ebbe nel periodo tra il 1957 e il 1965, con l'aggiunta di un padiglione indipendente sul retro della struttura preesistente, ad essa collegato con un semplice corridoio. Un ulteriore corpo di fabbrica fu costruito nella metà degli anni Settanta accanto all'organismo originario, leggermente arretrato. La struttura sanitaria è stata infine trasferita in un'altra zona di Jesi.



4: Ospedale diocesano di Jesi, piante [elaborazione grafica di C. Mazzanti]. Confronto tra la ricostruzione ipotetica dell'edificio originario, a sinistra, e il rilievo dello stato di fatto nel XX secolo, a destra; dall'alto si susseguono piano terra, primo e secondo piano.

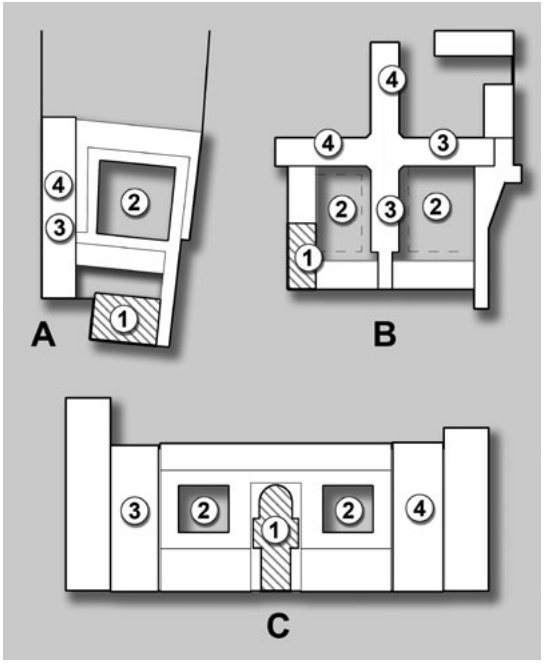


5: Ospedale diocesano di Jesi, planimetria generale, con individuazione dei corpi di fabbrica aggiunti nel XX secolo [elaborazione grafica di C. Mazzanti]. 1) Impianto settecentesco; 2) Ampliamento dopo il 1957; 3) Ampliamento dopo il 1970; 4) Edifici annessi, locali di servizio più recenti.

6: Ospedale diocesano di Jesi, rilievo dello stato di fatto nel XX secolo [elaborazione grafica di C. Mazzanti]. Dall'alto, prospetto principale su corso Matteotti e sezioni.

sedi italiane, tra il XVI e il XVII secolo. L'attività medica si svolgeva necessariamente all'interno dei conventi, nei quali tutti gli spazi potevano essere raggiunti attraverso l'elemento cardine, il chiostro. Quest'ultimo permetteva l'accesso anche alle infermerie, in genere costituite da lunghe aule nelle quali era sempre presente un altare; formavano grandi corsie contigue alla chiesa, organizzate in corpi di fabbrica con un solo piano, o anche due. I locali destinati esclusivamente al ricovero potevano essere diversi e separati tra loro, dato che queste strutture c'erano spazi riservati alle donne, nettamente divisi da quelli degli uomini. Parimenti necessaria doveva essere la farmacia, di uso sia interno all'ospedale che esterno, quindi con ingresso autonomo anche dalla via pubblica. Per mezzo del cortile era possibile accedere alla chiesa e alla sacrestia adiacente, alle celle dei monaci – inclusa l'abitazione del priore – al refettorio e alla foresteria. Tutte le parti del complesso cenobitico avevano una funzione essenziale, ad esempio il giardino-orto utilizzato soprattutto per la coltivazione delle erbe medicinali, così come tutti gli ambienti

di servizio, quali cucine, alloggi per personale non appartenente alla congregazione religiosa, depositi e latrine [Pazzini 1956].
Le sedi conventuali dei Fatebenefratelli erano articolate in due settori nettamente distinti: la zona pubblica, destinata ai ricoverati, e quella invece ad uso esclusivo della comunità religiosa. La chiesa, di solito ad aula unica con cappelle laterali, era aperta al culto anche per la collettività cittadina; in molti casi fu terminata dopo il completamento degli altri fabbricati e l'avvio delle attività ospedaliere. L'ordine di San Giovanni di Dio, soprattutto nelle prime fasi, preferiva occupare edifici già esistenti, che sarebbero stati poi modificati per adattarli alle specifiche necessità dell'attività sanitaria, anche attraverso una totale ristrutturazione. Una delle prime sedi di nuova progettazione in Italia, alla fine del XVI secolo, fu l'Ospedale di Santa Maria dell'Aracoeli a Milano per il quale si procedette, di fatto, a replicare l'impianto della Casa madre dell'ordine a Granada, l'Ospedale di San Juan de Dios, realizzando un blocco chiuso intorno al cortile; la chiesa appare collocata in un angolo, quasi avulsa dalle altre strutture. Questo impianto milanese tardo cinquecentesco risulta estraneo allo schema più famoso del limitrofo Ospedale Maggiore, realizzato nel secolo anteriore. Nelle opere dei Fatebenefratelli, in seguito, si può evincere l'evoluzione dello schema planimetrico, evidente ad esempio nel convento-ospedale di San Nevolone a Faenza, palesemente impostato sul sistema cruciforme ispirato al Filarete [Radice 1984]. Il complesso faentino e il nosocomio jesino, pressappoco coevi, appaiono per molti aspetti affini, dal punto di vista tipologico e per le modalità che portarono alla creazione di entrambi gli Istituti (Fig. 7): i frati ospedalieri nel XVIII secolo, in virtù della loro ormai consolidata esperienza in campo medico, venivano invitati ad insediarsi nelle città direttamente dalle autorità episcopali.



7: Strutture ospedaliere dei Fatebenefratelli, analisi tipologica [elaborazione grafica di C. Mazzanti]. A) Santa Maria dell'Aracoeli, Milano; B) San Nevolone, Faenza; C) Ospedale diocesano, Jesi. Elementi caratterizzanti: 1) Chiesa; 2) Cortili/chiostri; 3) Infermeria uomini; 4) Infermeria donne.

Dai già ricordati disegni progettuali settecenteschi per l'edificio di Jesi si comprende la sua concezione planimetrica, con la definizione di una pianta rettangolare simmetrica, ordinata intorno alla chiesa centrale, dedicata a San Giovanni di Dio, con ai lati due piccoli cortili laterali. Nell'insieme è un blocco rettangolare, di 96 m per 34 m, nel quale risaltano le due grandi aule di degenza per gli uomini e per le donne, cui si affiancano ulteriori corpi di fabbrica più bassi destinati ad attività accessorie. La forte simmetria che contraddistingue gli elaborati grafici originali non fu sicuramente mantenuta già in fase di esecuzione, come è possibile appurare analizzando l'opera realizzata, probabilmente a seguito di istruzioni date dagli stessi Fatebenefratelli. Le due aree scoperte comprese tra i corpi di fabbrica, nella loro conformazione attuale, non appaiono per niente allineate tra loro e la distribuzione degli ambienti intorno ad esse risulta molto cambiata rispetto al programma iniziale. Dei due cortili rappresentati nel progetto uno sarebbe stato ad uso pubblico, mentre l'altro è indicato come *claustro*, quindi presumibilmente destinato soltanto ai frati. Quest'ultimo, secondo il disegno, avrebbe dovuto essere delimitato su due lati da portici, coperti con volte a crociera; corridoi tramite i quali collegare diversi ambienti, compresa la chiesa e le infermerie, evitando così l'attraversamento dei luoghi di degenza.

Conclusioni

L'Ospedale diocesano, maggiore impresa di rinnovamento urbano del XVIII secolo a Jesi, sorse esattamente nel punto intermedio tra Porta Romana e l'Arco Clementino: la funzione del nuovo luogo di cura come caposaldo del futuro sviluppo urbano jesino era stata, di fatto, concepita già nel 1736, al momento dell'acquisto del lotto, quindi soltanto due anni dopo l'innalzamento dell'Arco, ma molto tempo prima dell'inizio dei lavori per l'edificio ospedaliero. Alla scelta del sito, pertanto, furono estranei sia l'architetto Arcangelo Vici, autore dei disegni di progetto, sia gli stessi Fatebenefratelli, giunti in città soltanto all'avvio del cantiere.

Diverse caratteristiche dell'Ospedale diocesano di Jesi rimandano direttamente al prototipo milanese quattrocentesco ispirato dal Filarete; analogie evidenti nella simmetria generale dell'insieme, rimarcata nel mezzo con l'inserimento aulico della cappella, o per la netta separazione tra il reparto femminile e quello maschile, nonché per il sistema dei percorsi distribuiti lungo i corridoi che attorniano i cortili. Il modello fu pienamente adottato dai Fatebenefratelli nella loro struttura sanitaria di San Nevolone a Faenza, mentre a Jesi manca la disposizione a crociera delle corsie, risolta più semplicemente con la realizzazione di due blocchi paralleli al tempio. È però necessario osservare che il sito per il nosocomio, scelto nella città marchigiana molto prima del coinvolgimento dei frati ospedalieri, proprio a causa della pendenza del suolo non permetteva il raddoppio dell'impianto effettivamente realizzato, che avrebbe invece reso possibile un risultato analogo a quello di Faenza.

La simmetria dell'impianto, con la chiesa che segna rigorosamente il centro sia dell'edificio di cura sia dell'intera addizione urbana, suggerisce la possibile esistenza di una pianificazione o, comunque, di qualche indicazione, ad oggi ancora da indagare, anteriore all'ideazione architettonica; quest'ultima, quindi, poté rappresentare una brillante risposta progettuale ad alcuni vincoli preordinati.

Bibliografia

ANNIBALDI, C. (1902). *Guida Storica/Artistica/Industriale di Jesi*, Jesi, Flori e Ruzzini.

BALDASSINI, G. (1765). *Memorie istoriche dell'antichissima e regia città di Jesi dedicate all'incomparabil merito dell'eminentissimo e reverendissimo signor cardinale Gianfrancesco Albani vescovo di Sabina e protettore di detta città da Girolamo Baldassini nobile e patrizio di Jesi, e dottore dell'una e l'altra legge*, Jesi, presso Pietropaolo Bonelli.

BUSIRI VICI JR, A. (1956). *L'architetto Andrea Vici d'Arcevia allievo del Vanvitelli*, in *Atti dell'VIII Congresso di Storia dell'Architettura, Caserta - 12-15 ottobre 1953*, Roma, Centro di Studi per la Storia dell'Architettura, pp. 127-143.

COLINI, F. (1890). *Memorie storiche della città di Jesi*, Jesi, Tipografia Ruzzini.

CONGREGAZIONE DI CARITÀ DI JESI (1919). *La questione dell'Ospedale Civile: osservazioni sulla Relazione e Proposta dell'Assessore Comunale ai LL. PP.*, Jesi, Tip. A. Spinaci.

CONVERSAZIONI, E. (1992). *Una fonte per la storia della sanità e dell'assistenza a Jesi dal XVI al XX secolo: l'Archivio degli Istituti riuniti di Beneficenza*, in «Atti e Memorie della R. Deputazione di storia patria per le Marche», n. 97, pp. 699-710.

CONVERSAZIONI, E., MOZZONI, L. (1990). *Un inedito del Vici: l'Ospedale Diocesano*, in «Biblioteca Aperta», fasc. 1, n. 2, pp. 21-26.

FIECCONI, A. (1979). *Insediamenti medioevali nella Vallesina*, in *Nelle Marche centrali. Territorio, economia, società tra Medioevo e Novecento: l'area esino-misena*, vol. I, a cura di S. Anselmi, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, pp. 317-349.

GIACOMINI, C. (1992). *Epidemia, carestia e povertà: aspetti di una crisi congiunturale nella Jesi del XVII secolo*, in «Atti e Memorie della R. Deputazione di storia patria per le Marche», n. 97, pp. 211-262.

Gli Ospedali della Melagrana: i Fatebenefratelli nei quattro secoli di Storia della Provincia Romana (1988), a cura di P. Cicinelli, B. Coladonato, E. Ferri, Roma, Centro Studi di San Giovanni di Dio.

ISTITUTI RIUNITI DI BENEFICENZA DI JESI (1965). *L'Ospedale civile di Jesi*, Jesi, Arti grafiche jesine.

LUCONI, G. (1969). *Storia di Jesi*, Jesi, Edizioni Jesi e la sua valle.

MAGLIOZZI, G. (1993). *San Giovanni di Dio narrato dal Celi*, Roma, Centro studi San Giovanni di Dio.

MARIANI, I. (1965). *Sette secoli di storia*, «Istituti Riuniti di Beneficenza», *L'ospedale civile di Jesi*, III.

MARIANO, F. (1991). *Alcune note e documenti sull'architettura a Jesi nel XVIII secolo*, in «Proposte e Ricerche», n. 26, pp. 204-224.

MARIANO, F. (1993). *Jesi città e architettura. Forme e tipologie dalle origini all'Ottocento*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi.

MARIANO, F., AGOSTINELLI, M. (1986). *Francesco di Giorgio e il Palazzo della Signoria di Jesi*, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi.

MASETTI ZANETTI, G. L. (1992). *Gli ospedali marchigiani (sec. XVI-XVII) in alcuni documenti Vaticani*, in «Atti e Memorie della R. Deputazione di storia patria per le Marche», n. 97, pp. 379-416.

MAZZANTI, C. (2019). *La trasformazione architettonica e urbana di Jesi alla fine del XV secolo: il Palazzo della Signoria e piazza Colocci*, in *Territori Fragili. Paesaggi Città Architetture*, a cura di L. Pignatti, M. Villani, P. Rovigatti *et al.*, Roma, Gangemi editore, pp. 120-127.

MORETTI, A. (1870). *Memorie degli illustri Jesini*, Jesi 1870, Tip. dei fratelli Polidori.

MUNICIPIO DI JESI (1919). *La questione dell'Ospedale Civile: Relazione e Proposta dell'Assessore Comunale Magg. Ing. Ernesto Galeazzi,* Jesi, Tipografia editrice Flori.

Ospedalieri o Ospitalieri di S. Giovanni di Dio o Ordine di S. Giovanni di Dio o Fatebenefratelli (1994), in *Enciclopedia bresciana*, vol. 11, a cura di A. Fappani, Brescia, La voce del popolo, p. 205.

PARISCIANI, G. (1996, I ed. 1982). *I Minori Conventuali a S. Marco e a S. Floriano di Jesi (sec. XIII-XIX)*, Urbino, Libreria G. Moretti.

PAZZINI, A. (1956). *Assistenza e ospedali nella storia dei Fatebenefratelli*, Casale Monferrato, Marietti.

PIRANI, G. (1992). *Malattia, Medicina e igiene nel Sei-Settecento. Idee e pratica nel ceto patrizio attraverso l'epistolario dei marchesi Pianetti di Jesi*, in «Atti e Memorie della R. Deputazione di storia patria per le Marche», n. 97, pp. 262-315.

RADICE, G. (1984). *I Fatebenefratelli, vol. 11: Il Convento Ospedale di S. Nevolone a Faenza*, Milano, Fatebenefratelli.

ROSA, M. (1982). *Forme assistenziali e strutture caritative della chiesa dal '500 al '700*, in *Stato e chiesa di fronte al problema dell'assistenza*, a cura del Centro italiano di storia sanitaria e ospedaliera, Roma, CISO Edimez, pp. 89-118.

SANTONI, F. (1990). *Note sull'attività di Arcangelo Vici a Jesi*, in «Biblioteca Aperta», fasc. 1, n. 2.

TAUS, P. (1992). *I progetti di architettura e urbanistica nella Jesi del '700*, in *Il Palazzo Pianetti di Jesi*, a cura di M. Agostinelli, Jesi, Cassa di risparmio di Jesi, pp. 57-90.

URIELI, C. (1974). *Jesi e il suo Contado, vol. 1: dalla civiltà romana alla fine del XIII secolo*, Jesi, Tip. Nicolini.

URIELI, C. (1982). *Jesi e il suo Contado, vol. 2: secoli XIV-XV*, Jesi, Litograf.

URIELI, C. (1985). *Jesi e il suo Contado, vol. 3: secolo XVI*, Jesi, Litograf.

URIELI, C. (1990). *Gli antichi Ospedali della Vallesina*, in «Biblioteca Aperta. Periodico della Biblioteca comunale di Jesi», fasc. 1, n. 2, pp. 5-15.

URIELI, C. (2003). *Relationes ad limina. Relazioni dei Vescovi di Jesi dal sec. XVI al XX*, Jesi, Arti grafiche jesine.

VERDOLINI, N. (1972). *Jesi nel primo Novecento*, Jesi, Edizioni Jesi e la sua valle.

Elenco delle fonti archivistiche

Jesi. Archivio Storico Diocesano. Sez. XIII, *Hospitalis Convalescentium*.

Jesi. Biblioteca Comunale Planettiana. Archivio degli Istituti Riuniti di Beneficenza. Registro dei Pagamenti per la Fabbrica. ms.

Sitografia

HONOUR, H., CORBO, A. M. (1971). *Bracci, Virginio* (1737-1815), in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 13: https://www.treccani.it/enciclopedia/virginio-bracci_%28Dizionario-Biografico%29/ [gennaio 2021].

LA RICERCA DI UN MODELLO PER L'ARCHITETTURA DELLA SALUTE: IL PROGETTO PER IL NUOVO OSPEDALE DI PADOVA (1776-1798). SAPERE MEDICO E RIFORMISMO IN ARCHITETTURA

Stefano Zaggia

Abstract

In the second half of the Eighteenth Century it was decided to build a new hospital for the city of Padua, because the Hospital of San Francesco, which had been built at the beginning of the fifteenth century, showed serious problems. It was indeed the advancements of Padua's own Medical School that contributed to acknowledging the material inadequacy of the hospital, no longer able to respond to the demands of scientific knowledge. This aspect was very important: starting from 1764 the hospital hosted the official seats for medical and surgical clinics, thus becoming a place for academic training. However, the decision to start the construction of a new hospital was due to the actions of Andrea Memmo who at the time was the Provveditore Straordinario (extraordinary superintendent) for the city of Padua since 1775. The architect Domenico Cerato was involved in the project as a designer. It was an opportunity to experiment with various architectural solutions, applying the latest medical knowledge.

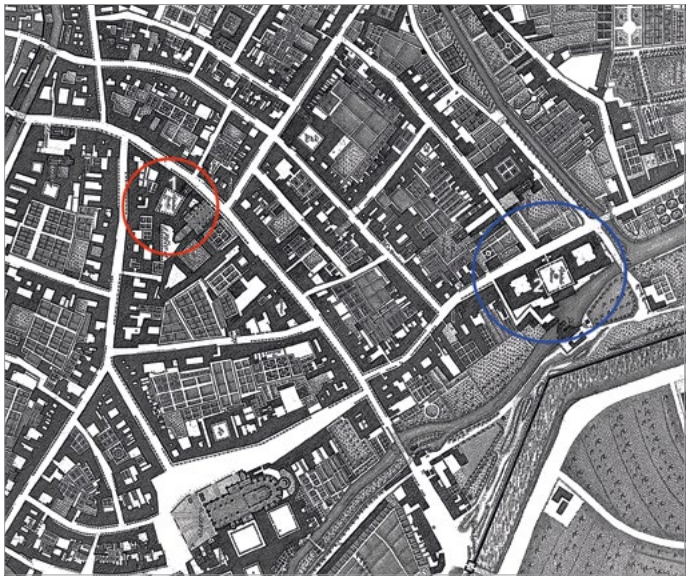
Keywords

Architectural model, urban transformation, healthcare architecture.

Introduzione

La decisione di costruire una nuova sede per l'Ospedale di San Francesco di Padova, che costituiva la principale struttura di ricovero dei poveri infermi per la città, fu presa nella seconda metà del Settecento, in un momento in cui in tutta Europa l'istituzione ospedaliera stava attraversando una fase di ripensamento e riorganizzazione, laddove la finalità della cura medica conquistava sempre maggiore importanza [Foucault, Barret Kriegel, Thalamy *et al.* 1979; Foucault 1988; Laget, Salaün 2004, 24-25].
Il complesso destinato alla cura dei poveri infermi esistente a Padova, edificato all'inizio del Quattrocento su iniziativa privata, manifestava ormai problemi gestionali e una localizzazione inadeguata per le più avanzate esigenze della medicina e dell'igiene [Bandelloni 1973; Associazione culturale francescana di Padova 1983; Pastori Bassetto 2001; Rippa Bonati 2010; Svalduz, Zaggia 2014]. In realtà alcune delle difficoltà

© Aisu International 2021



1: G. Valle, *Pianta di Padova*, incisione 1784. Al n. 1 il complesso del vecchio Ospedale di San Francesco; al n. 2 il nuovo Ospedale.

finanziarie originavano dal secolo precedente, aggravate in particolare a seguito del prelievo forzoso imposto nel 1696 dalla Repubblica di Venezia agli enti assistenziali della Terraferma, per far fronte alle spese occorse in occasione delle guerre con l'impero ottomano [Maddalena 2013, 47-48] (Fig. 1).

La situazione si era fatta progressivamente sempre più problematica sia per l'invecchiamento delle strutture che per l'aumento del numero dei degenti, non più assistiti in modo congruo a fronte delle nuove concezioni di cura e assistenza sanitaria. La sensibilità introdotta dal riformismo italiano settecentesco e i progressi della scuola medica padovana, infatti, fecero prendere atto dell'inadeguatezza materiale del complesso ospedaliero, non più rispondente ai dettami delle più aggiornate conoscenze scientifiche [Conforti 2013; Ongaro 2013]. Tale condizione era particolarmente avvertita poiché, dal 1764, l'Ospedale era diventato ufficialmente con decreto del Senato veneto, dopo secoli di sperimentazioni e iniziative provvisorie, sede delle nuove cattedre di clinica medica e chirurgica. La decisione era giunta al termine di un periodo connotato da discussioni e prese di posizione, sorte a seguito della proposta di riforma accademica elaborata nel 1760 da Simone Stratico [Del Negro 1984; Maddalena 2013, 100-106]; era l'esito di una temperie riformista a lungo attesa. L'assetto introdotto dal riordino didattico, la compresenza funzionale tra esigenze di cura, possibilità di sperimentazione clinica e insegnamento pratico divenne così una caratteristica istituzionale specifica del caso padovano nel contesto europeo [Ongaro 2013]. Com'è stato osservato, si trattò di un «rivoluzionario passaggio dalla semplice istituzione di una cattedra integrata da esercitazioni pratiche in ospedale a quella di un vero e proprio sistema didattico di tipo clinico con responsabilità assistenziali affidate ai docenti» [Maddalena 2013, 110]. Per lo svolgimento degli insegnamenti universitari e per l'esercizio della cura clinica nel complesso storico furono pertanto ricavati spazi separati dalle infermerie comuni

utilizzando una grande sala in precedenza riservata alle riunioni[1]. Tuttavia, la situazione dell'antico ospedale mostrava ormai i limiti di una concezione distributiva e organizzativa sorpassata. L'urgenza per una soluzione radicale era oramai evidente.

Politica e città: la decisione di costruire un nuovo edificio

La svolta decisiva per l'avvio delle procedure finalizzate alla costruzione di un nuovo ospedale si deve all'azione di Andrea Memmo, allora provveditore straordinario di Padova. Si trattava di una delle personalità di spicco della cultura riformista veneta: uomo politico e diplomatico, allievo di Carlo Lodoli e studioso di architettura [Pasquali 2009]. Già all'indomani dell'insediamento come provveditore della città, nel 1775, sulla base di analisi politiche e osservazioni amministrative Memmo stilò una precisa agenda d'interventi per favorire la ripresa economica e sociale di Padova, rilevando tra l'altro l'urgenza di migliorare le condizioni dell'ospedale [Zaggia 2010][2]. Le operazioni a carattere puntuale erano però concepite in rapporto alle condizioni "globali" della città in vista di un miglioramento complessivo degli standard cittadini, in definitiva orientate a quella che, con le parole usate a metà del secolo da Ludovico Muratori, possiamo definire la «pubblica felicità» [Muratori 1749; Curcio 2000, XXXV].

Per una verifica concreta delle soluzioni praticabili fu coinvolto Domenico Cerato, principale referente di Memmo nelle questioni architettoniche [Donvito, Zaggia 2016]. Cerato era il più importante architetto attivo a Padova nel Settecento: vicentino di nascita e abate consacrato, aveva formato le proprie competenze in architettura presso i seminari vescovili e soprattutto studiando l'opera di Palladio e Scamozzi. Quando Memmo giunse a Padova, Cerato aveva appena completato la costruzione della Specola – l'osservatorio astronomico dell'Università – e gestiva una scuola di formazione pratica per le maestranze edili annessa all'università [Mazzi 2016]. Sappiamo quindi che, sulla base delle sollecitazioni del provveditore, Cerato predispose dei rilievi del vecchio ospedale e allo stesso tempo iniziò a elaborare elenchi in merito alle funzioni, agli spazi e agli ambienti necessari in vista della progettazione di una nuova struttura ospedaliera[3].

Sul piano della politica amministrativa, Andrea Memmo, ben conscio delle precarie condizioni finanziarie dell'istituto, elaborò inoltre una proposta di riforma che prevedeva l'accorpamento dei numerosi piccoli enti assistenziali in modo da munire l'Ospedale di una solida base patrimoniale ed economica. La proposta fu sottoposta al vaglio del Senato veneto, ma non ebbe attuazione[4] [Maddalena 2013, 72-74].

---

[1] Sulla localizzazione degli spazi clinici ricavati nel vetusto edificio quattrocentesco [Comparetti 1793, 23].

[2] Padova. Biblioteca Civica. BP 2230/40: *Viste politiche sopra varie parti del governo di Padova, la maggior parte delle quali bisognose di lumi e ben maturi esami,* manoscritto.

[3] Dal foglio di appunti: «Addi 8 feb. 1776. Nota de' luoghi occorrenti per il nuovo ospitale degli infermi ordinata da sua eccellenza Andrea Memmo Provveditor». Padova. Biblioteca Civica. RIP, V 863.

[4] L'ipotesi fu rinviata per un esame alle magistrature preposte, ma non sortì effetti concreti.

Parallelamente alla proposta di riforma, come si diceva, il provveditore sollecitò sul piano concreto le procedure per giungere alla costruzione di un nuovo nosocomio, cooperando affinché si attivasse l'organo amministrativo che presiedeva alla gestione dell'istituto, il Numero dei XII che faceva capo al collegio dei giuristi [Pastori Bassetto 2001]. Il problema principale poi era quello d'individuare un sito adatto alle esigenze di un nuovo complesso: grazie alle attenzioni di Memmo, quindi, maturò l'idea di utilizzare come possibile luogo per un nuovo ospedale il complesso dei Gesuiti, soppresso nel 1773[5]. Nella relazione inviata al termine del suo mandato al Senato, il 15 luglio 1776, Memmo così descriveva le decisioni prese in merito al tema del nuovo ospedale: «fra le cose alle quali con somma compiacenza mia cooperai, fu il trasporto dell'Ospital Grande di San Francesco, orribile a vedersi, più orribile a provarsi da' poveri infermi, nella fu Casa Professa de' Gesuiti collocata in una situazione fra le più salubri della città, ed atta col tempo a tutti que' materiali regolamenti che sarebbe gran vergogna, dopo tanti illustri esteri esempi, e dello Stato ancora, di non adottare» [Tagliaferri 1975, 634]. Nell'idea di pianificazione di Andrea Memmo il rinnovo dell'istituto ospedaliero rappresentava uno dei nuclei forti sui quali organizzare la rinascita urbana patavina, improntata innanzitutto sulla modernizzazione delle attrezzature di servizio e nel rilancio della vocazione commerciale e turistica centrata sulla sistemazione del Prato della Valle [Zaggia 2010]. La struttura appartenuta ai Gesuiti, quindi, si prestava in modo opportuno non solo e non tanto per l'articolazione edilizia, connotata da grandi spazi inedificati delimitati da corpi di fabbrica, ma per una posizione urbana vantaggiosa: era inserita in un'area a ridosso delle mura caratterizzata da bassa densità edilizia e nelle vicinanze di un'importante arteria d'acqua corrente. La proposta fu accolta dal vescovo, Nicolò Antonio Giustiniani, che donò il complesso all'ente ospedaliero.

Architettura e salute: i progetti per il nuovo Ospedale

Dopo l'azione di sollecitazione politica, fu avviato l'*iter* progettuale: il collegio dei giuristi, che amministrava l'Ospedale di San Francesco, elesse tre cittadini padovani con il compito di presidenti alla Fabbrica[6]. Inizialmente si era ventilata l'ipotesi di adeguare le strutture del dismesso complesso religioso, ma ben presto si passò allo studio di un progetto per realizzare un edificio completamente nuovo. Pertanto, nella fase di progettazione Domenico Cerato elaborò diverse versioni alternative d'impianto, sottoposte poi al vaglio della committenza. Presso l'archivio dell'Ospedale, quindi, si sono conservate diciassette tavole che illustrano almeno quattro varianti [Bandelloni 1973, tavv. 8-17, 19][7].

[5] Padova. Biblioteca Civica. BP 9-1238, *Memoria della fondazione del nuovo Ospedale di Padova*, manoscritto.

[6] Padova. Biblioteca Civica. BP 9-1238, *Memoria della fondazione del nuovo Ospedale di Padova*, manoscritto.

[7] Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale.

Se dal punto di vista del carattere formale tutte le tavole progettuali esplicitano il modo di concepire gli edifici pubblici da parte di Domenico Cerato, impostate cioè ad una sobria misura desunta dalla lezione dei due principali riferimenti della sua formazione di architetto vicentino, Palladio e Scamozzi, appare esplicita nelle diverse soluzioni l'attenzione rivolta ai temi distributivi e alle dislocazioni funzionali interne. Le diverse proposte d'impianto, così, appaiono il frutto di un attento studio delle esperienze italiane e persino europee. Un aspetto non esplicitato dalle fonti, ma che sicuramente influì in modo determinante nel processo di elaborazione del complesso fu la collaborazione tra progettista e docenti di medicina dell'Università di Padova, in particolare con Giovanni Dalla Bona, titolare all'epoca della cattedra di medicina pratica *in Nosocomio*, quindi direttamente interessato agli spazi da impiegare per le finalità didattiche mediche [Silvestri 1988]. Da questo punto di vista sembra plausibile che gli ambienti medici universitari patavini fossero aggiornati in merito al dibattito apertosi in Francia sul modo migliore di erigere un ospedale, dopo la distruzione a causa di un incendio nel 1772 del parigino Hotel-Dieu[8]. Certo è che quello dell'articolazione architettonica e funzionale degli ospedali era un tema che nel corso del secolo aveva sollevato molteplici attenzioni non solo da parte degli architetti, ma anche e in modo molto approfondito da parte delle discipline mediche [Cheminade 1993; Laget, Salaün 2004; Rousteau-Chambon 2017]. La forma stessa degli edifici, l'organizzazione distributiva e la spazialità interna erano fattori ritenuti indispensabili agli effetti della cura e della salubrità.
A Padova, quindi, la discussione sulla soluzione progettuale oltre che l'ambito medico universitario coinvolse anche altre personalità del contesto architettonico veneto, come il conte Andrea Zorzi, dilettante di architettura, e soprattutto Bernardino Maccaruzzi, pubblico architetto veneziano[9]. La presenza del *proto* veneziano, il cui ruolo nell'elaborazione del piano non è al momento quantificabile sul piano concreto – forse limitata ad alcuni dettagli formali – rientra in una prassi consolidata nei cantieri pubblici del tempo, che prevedeva la richiesta di pareri e consulti a personalità estranee all'ambiente locale per ottenere una verifica e una conferma della validità di una soluzione progettuale. Nella sequenza di tavole rimaste, pertanto, appare evidente alla base dello sviluppo distributivo che Cerato sembra partire da una concezione tradizionale fondata sul richiamo al chiostro di origine monastica. Tuttavia, le varie versioni sembrano corrispondere ad una sorta di *ars combinatoria* degli spazi, laddove in particolare il disegno dei blocchi e delle funzioni via via aggregate mantengono però una precisa organizzazione verticale con sale di degenza (infermerie) – a doppia altezza – al primo piano e i servizi principali al piano terra e nei sotterranei. Le soluzioni sperimentate nei disegni purtroppo non sono

[8] Non si hanno documenti diretti relativi alle discussioni in merito nel corso della progettazione, ma la vicenda è ampiamente citata nel testo di pochi anni successivo del docente dell'insegnamento clinico succeduto a Della Bona [Comparetti 1793]. Sull'ampio dibattito suscitato [Cheminade 1993].

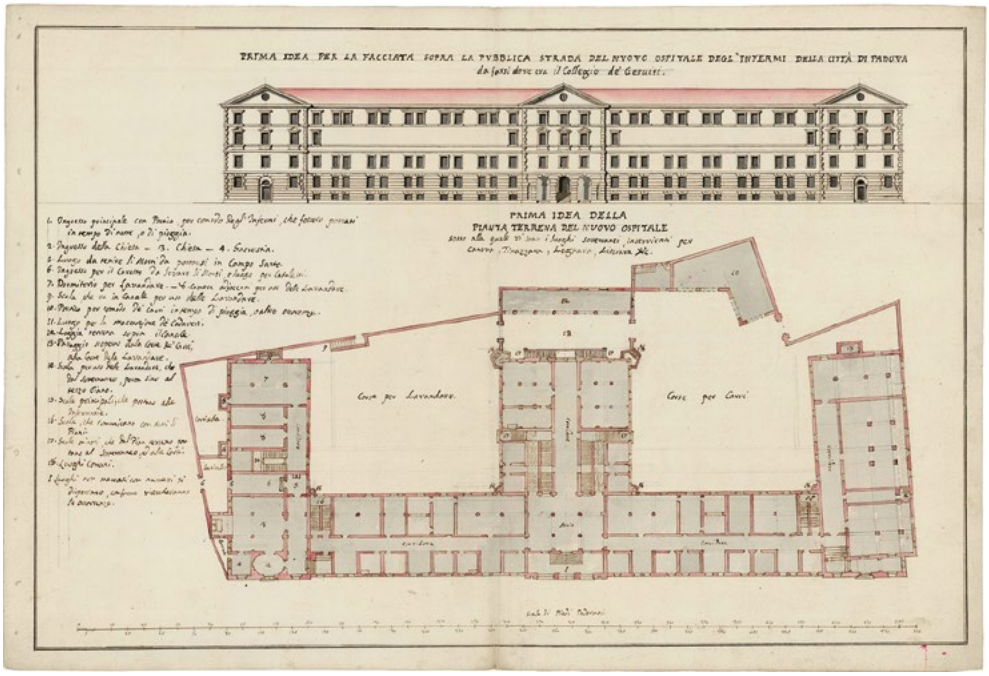
[9] Il coinvolgimento del conte Zorzi è segnalato dal cronista abate Gennari, il quale sembra attribuirgli non solo la scelta tra le varie proposte progettuali elaborate da Cerato, ma anche un ruolo di correzione e modifica [Gennari 1982, 140]. La presenza del *proto* Maccaruzzi è annotata nelle tavole relative alla «IV idea» e datata al 4 aprile 1779, quando il cantiere era già da tempo avviato.

accompagnate da relazioni scritte, utili a chiarire lo sviluppo del dibattito sull'organizzazione della nuova struttura. È possibile però comprendere che nelle tavole intitolate «Prima idea» l'architetto ragionò su una struttura "a pettine" con due cortili di servizio – «corte per lavandare» e «corte per carri» – aperti verso il fiume, attorno ai quali si disponevano al piano terra spazi funzionali e ai piani superiori le sale di degenza con pianta a L e doppia altezza, con separazione tra maschi e femmine; inoltre, il fabbricato centrale organizzava tutte le funzioni distributive, compresi i blocchi scala principali (Figg. 2-3). L'apertura della struttura verso meridione derivava, evidentemente, dalla necessità di ottemperare a esigenze di ventilazione e soleggiamento degli ambienti. Per quanto riguarda l'impostazione compositiva del prospetto principale sulla via pubblica, Cerato adotta una scansione con leggeri aggetti con terminazione a timpano triangolare in corrispondenza della mezzeria e delle due testate laterali del prospetto fortemente dilatato in larghezza. Già compare, inoltre, la posizione defilata della chiesa, posta sull'angolo nord-est del complesso e non evidenziata da elementi architettonici propri all'esterno; una soluzione che rimarrà costante in tutte le varianti, così come il linguaggio complessivo utilizzato per la composizione della facciata principale sulla via pubblica.

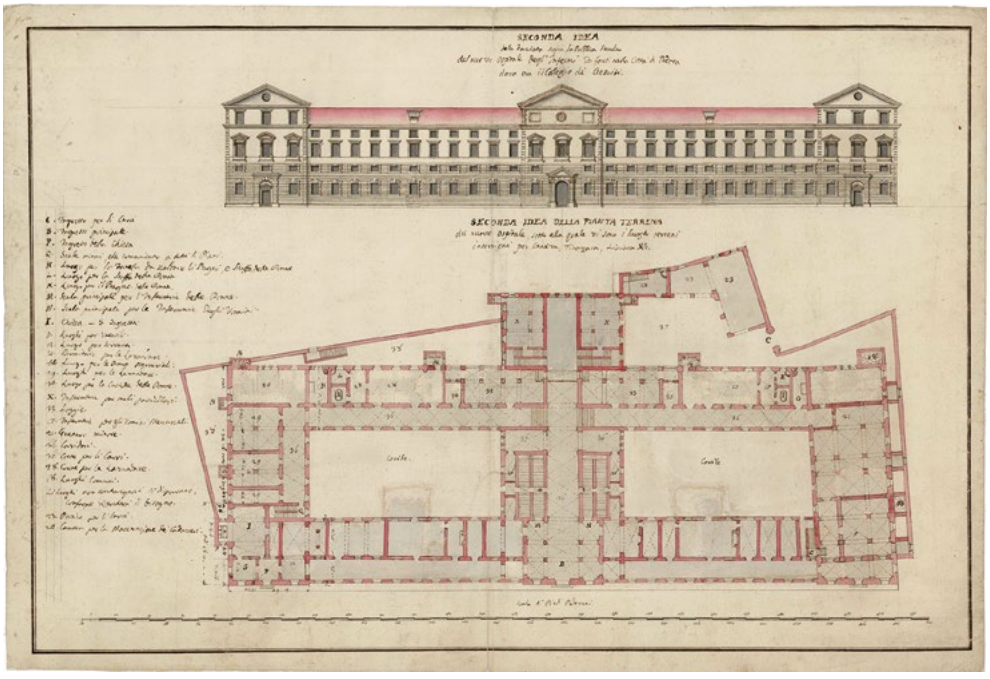
A questa prima soluzione, che forse tentava di rispondere a esigenze funzionali mediante sviluppi planimetrici rinnovati, segue un secondo impianto, studiato questa volta in due versioni, a partire dallo schema a corti rettangolari chiuse, già ampiamente utilizzato nei secoli precedenti e con alcuni esempi significativi in area veneta: le Zitelle e i Mendicanti a Venezia; o a Roma: gli Incurabili (Fig. 3). Dapprima Cerato studia un impianto tradizionale chiuso, con blocco centrale distributivo e sale di degenza al piano superiore. Nelle ulteriori tavole conservate, poi precisate nelle tavole della «Terza idea», riprendendo lo schema planimetrico suddetto l'architetto studia con grande attenzione il tema della ventilazione, la quale appare risolta attraverso stratagemmi architettonici: i blocchi edilizi verso meridione presentano logge aperte su due livelli, collegate poi a dei condotti laterali aperti nello spessore del corpo di fabbrica e protetti da grate in ferro: «due gran loggie acciò l'aria del mezzo giorno, oltre il beneficio del sole, possi entrare nelli cortili, et uscire per li ventilatori» (Figg. 4-5).

I dettagli descritti denotano l'aggiornamento sulle concezioni costruttive dibattute a livello europeo circa il modo di costruire gli ospedali in modo salubre. Il tema della ventilazione era il principale assillo della medicina del tempo [Cheminade 1993; Lauro 2017]. Poiché per la scienza medica del tempo all'aria veniva attribuito un ruolo essenziale come causa diretta della malattia, in particolare, numerosi medici avevano riflettuto sul tema, come ad esempio Hales [Hales 1743]. In ambito italiano venne anche proposto l'adozione di strumenti messi in opera per misurare la salubrità degli ambienti, come l'eudiometro di Landriani. Non è forse un caso, inoltre, che nella tavola che illustra il piano occupato dalle sale di degenza Cerato si preoccupi di indicare la distribuzione dei singoli letti (Fig. 6).

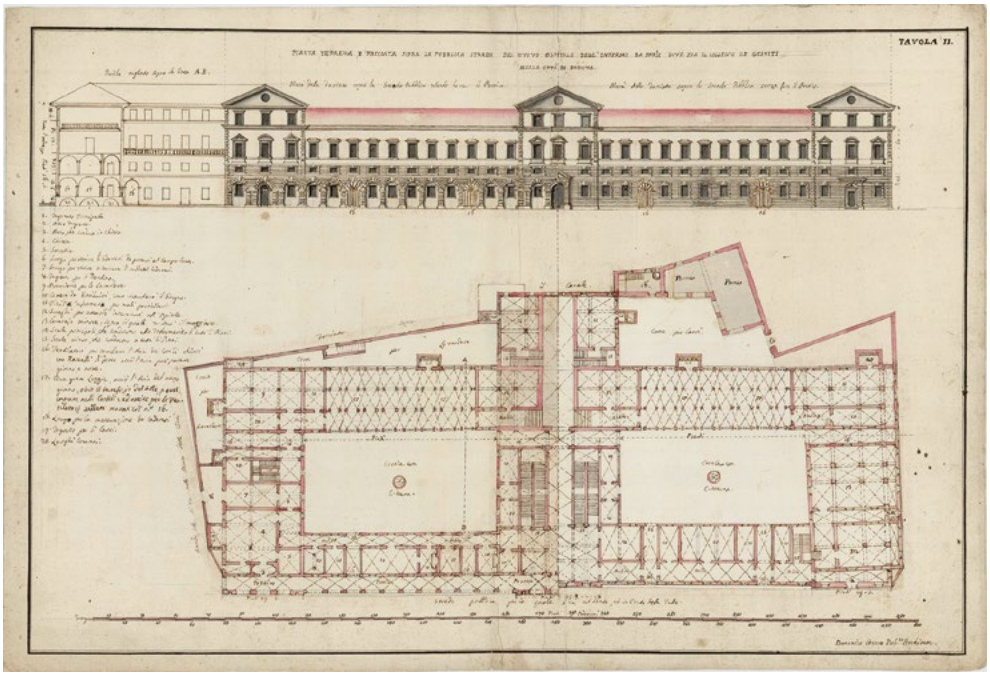
Fu infine elaborata un'ulteriore soluzione a tre cortili, che sembra derivare da una riflessione sull'impianto dell'ospedale maggiore di Milano, integrando due nuclei raccolti attorno a cortili di servizio e ampio chiostro centrale circondato dagli ambienti più rappresentativi (Fig. 7). Il grande cortile centrale studiato da Cerato sembra ovviare alla



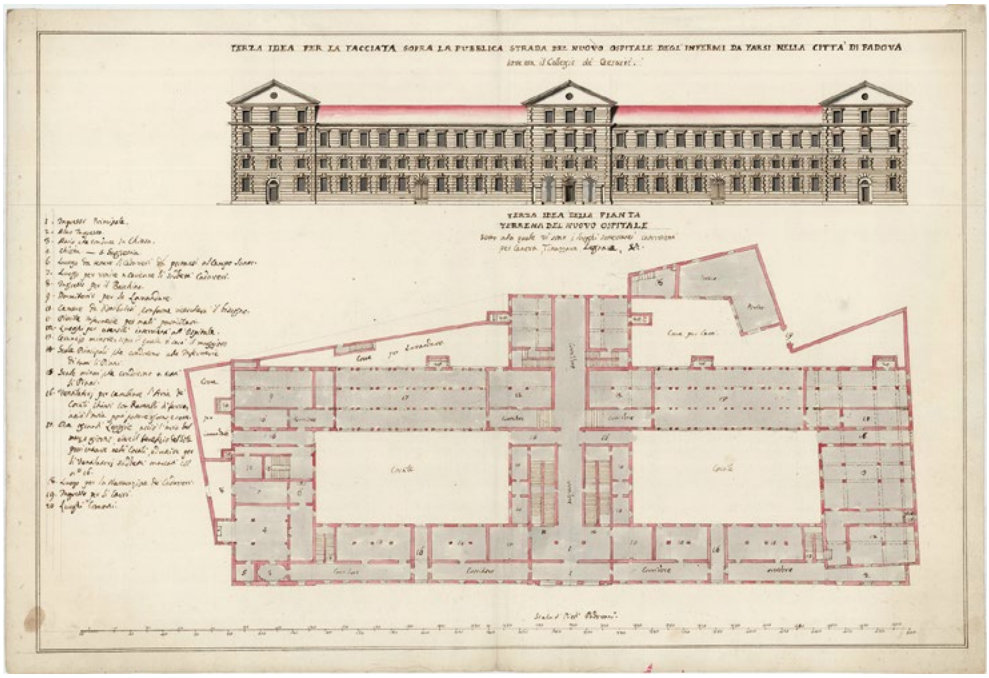
2: D. Cerato, «Prima idea» per l'Ospedale di Padova. Prospetto principale e pianta del piano terreno, s.d. [Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale].



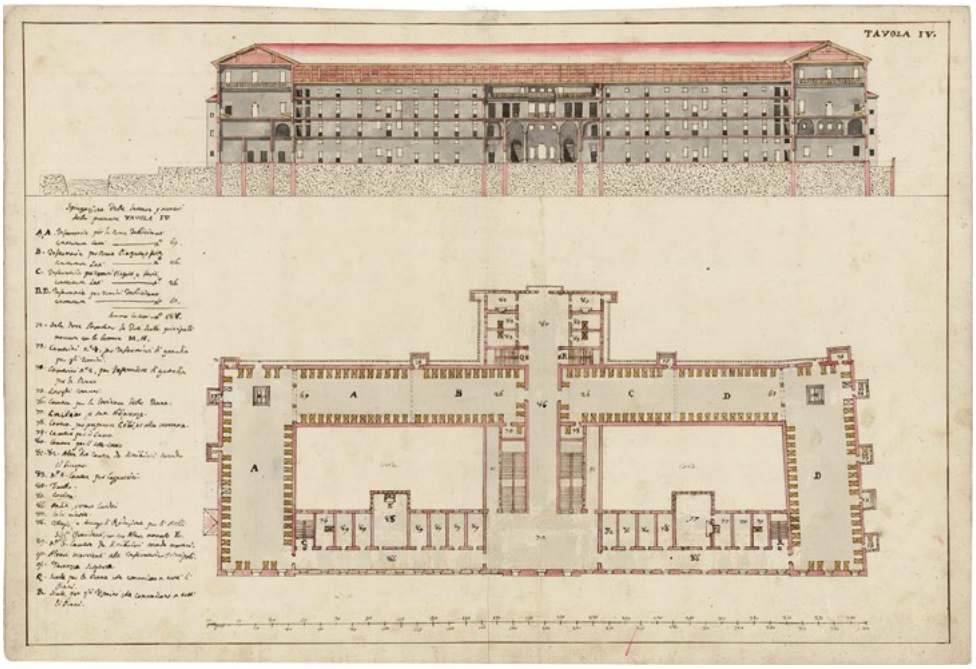
3: D. Cerato, «Seconda idea» per l'Ospedale di Padova. Prospetto principale e pianta del piano terra, s.d. [Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale].



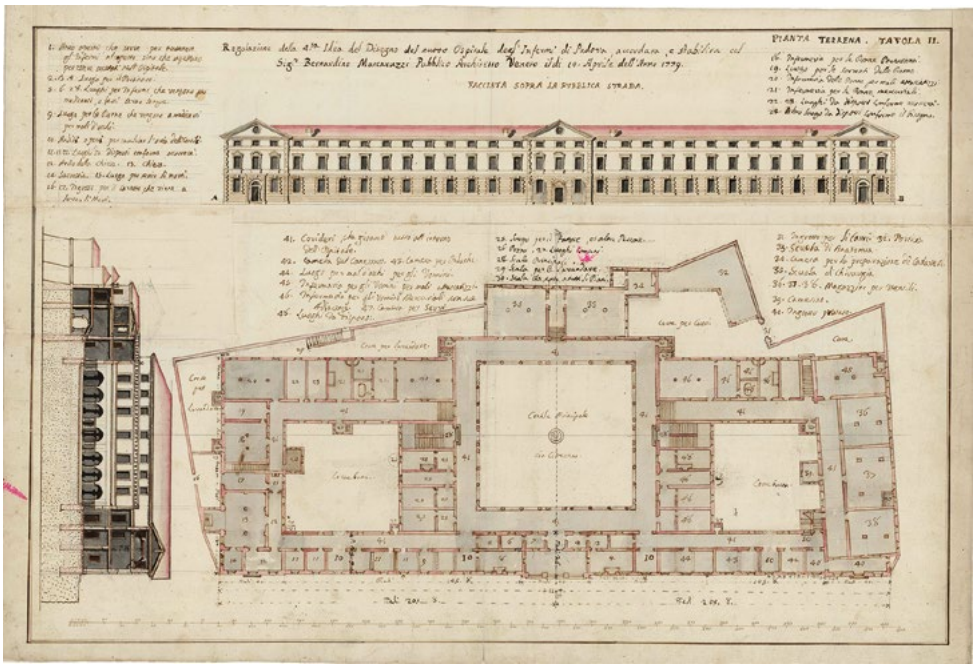
4: D. Cerato, Variante della «seconda idea» per l'Ospedale di Padova. Prospetto e pianta del piano terreno, s.d. [Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale].



5: D. Cerato, «Terza idea» per l'Ospedale di Padova. Prospetto principale e pianta del piano terreno, s.d. [Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale].



6: D. Cerato, «Terza idea» per l'Ospedale di Padova. Sezione trasversale e pianta delle sale di degenza con l'indicazione della distribuzione di letti, s.d. [Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale].

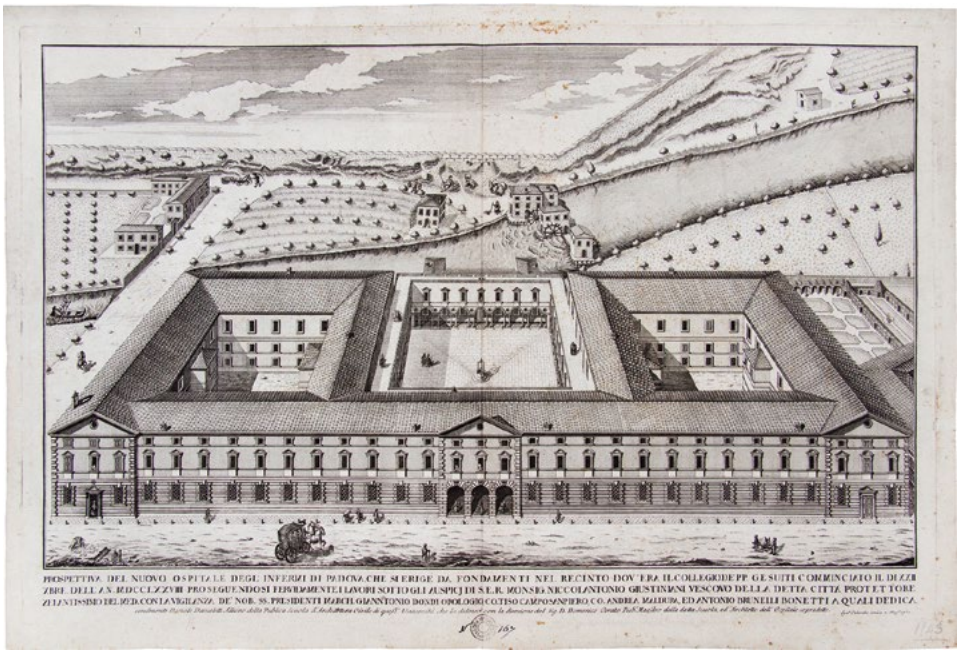


7: D. Cerato, *Regolazione della 4ta idea del nuovo Ospitale degli Infermi, accordata e stabilita col sig. Bernardino Maccaruzzi* [...]. Prospetto principale, pianta del piano terra e sezione longitudinale, 4 aprile 1779 [Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale].

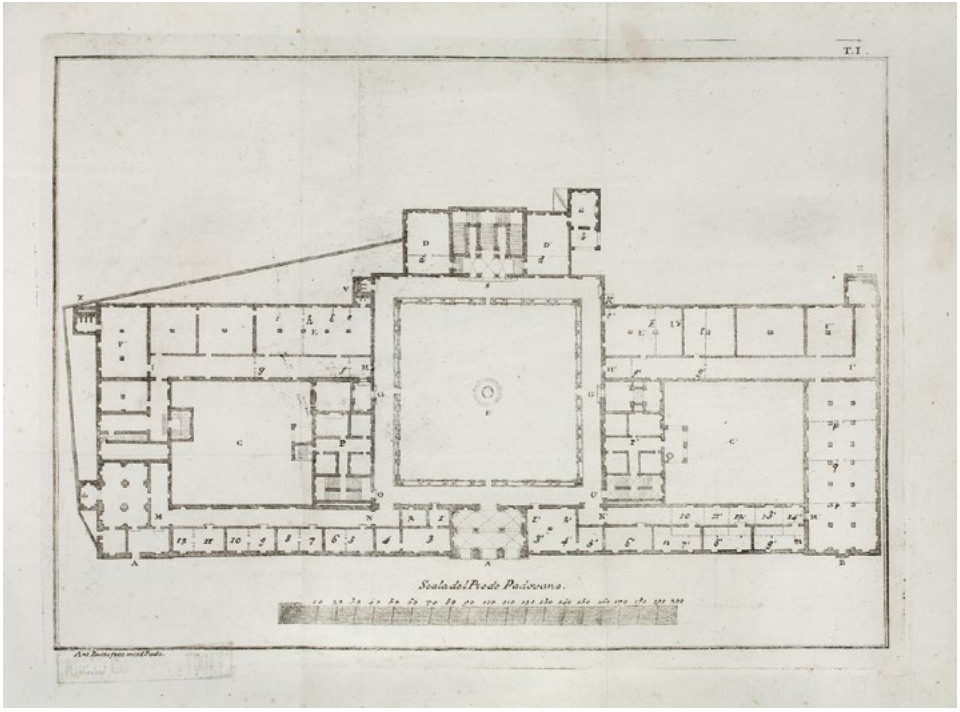
mancanza delle soluzioni di ventilazione studiate in precedenza. Il grande vuoto al centro di 100x100 piedi padovani – 35,5 metri circa – in questo senso assicurava l'opportuna esposizione al sole e la circolazione dell'aria. Declinato da un portico a serliane concatenate, leggermente sopraelevato con grande cisterna sotterranea, il progetto appare come la soluzione che risolve le richieste della committenza: quelle medico-sanitarie da un lato, legate alla massima areazione degli ambienti, e dall'altro le esigenze di monumentalità e dignità formale, proprie di un grande edificio pubblico. La parte alta del peristilio è inoltre pensata come coperta da una terrazza praticabile ad uso dei malati.
Quali altri furono quindi i modelli presumibilmente ripresi da Cerato? Il terreno del confronto tra impianti ospedalieri dell'epoca risulta complicato, qualora ci si addentri nell'ambito della differenziazione funzionale sempre più evidente nel corso del Settecento. Le realizzazioni più importanti in Italia furono i cosiddetti Alberghi dei Poveri, sebbene eretti con finalità per certi versi non del tutto sovrapponibili a quelle di un nosocomio, la cui funzione principale era oramai la cura dei malati. L'Albergo di Napoli, ad esempio, iniziato nel 1752 e progettato da Ferdinando Fuga, con la sua facciata di circa trecento metri rispondeva all'esigenza di dotare la città partenopea di strutture urbane adeguate alle ambizioni dei Borbone e in particolare di Carlo III [Guerra 1995]. Anche se il progetto fin troppo ambizioso ha poi subìto una drastica riduzione, la composizione a quattro cortili allineati al fianco di quello centrale, su cui sorgeva la chiesa, determina uno schema d'impianto rettangolare che può essere avvicinato a quello dell'Ospedale padovano.

Conclusioni

Nel marzo del 1778 iniziarono le demolizioni delle strutture del collegio dei Gesuiti e il 20 dicembre, con la presenza del vescovo, fu celebrata la posa della prima pietra. Il cantiere durò molti anni anche a causa delle limitate risorse economiche a disposizione dell'istituto, integrate però da un'intensa attività di sostegno, svolta soprattutto dal vescovo Nicolò Antonio Giustiniani, per la raccolta di fondi da privati mediante donazioni, elemosine, lotti, spettacoli [Bellinati 2012; Rippa Bonatti 2013] (Fig. 8).
Dal punto di vista costruttivo la fabbrica fu eseguita con attenzione e perizia, fatta per durare e assicurare la massima salubrità, come sottolineano le fonti dell'epoca [Brandolese 1795]. Nel corso della realizzazione, inoltre, furono introdotte alcune modifiche al piano originario, come ad esempio l'inserimento di uno scalone monumentale a tenaglia – oggi scomparso – fiancheggiato da aule per l'insegnamento clinico. Altri cambiamenti funzionali, in particolare, furono adottati sulla base dei suggerimenti espressi da Andrea Comparetti, titolare dell'insegnamento clinico dal 1787 [Baldini 1982; Ongaro 2002]. In particolare, non poche osservazioni furono espresse nel volume pubblicato nel 1793 inteso a illustrare la struttura e l'organizzazione più opportuna per un ospedale destinato alla cura e all'indagine clinica. Si tratta di un testo molto importante nel quale sono presentate riflessioni che riguardano non solo l'organizzazione noscomiale, ma anche il rapporto tra ospedale e territorio sulla base di precise analisi statistiche [Baldini 1982; Ongaro 2013, 244-252]. L'intervento di Comparetti, inoltre, riguardò la sistemazione



8: D. Danieletti, *Prospettiva del nuovo ospitale degli infermi di Padova che si erige dai fondamenti* [...]. Incisione di I. Colombo, 2 maggio 1782 [Collezione privata].



9: Pianta del piano terreno dell'Ospedale di Padova [Comparetti, A. (1793). *Saggio della scuola clinica dello Spedale di Padova*, Padova, stamperia Penada., fig. 1].

delle aule cliniche e la riorganizzazione funzionale dell'Istituto (Fig. 9). L'inaugurazione definitiva del nuovo edificio, quindi, avvenne alla fine di marzo del 1798 con il trasporto di tutti gli infermi presenti nelle vetuste infermerie del San Francesco, dopo alcuni anni convulsi seguiti alla caduta della Serenissima.

Bibliografia

BANDELLONI, E. (1973). *Sulla fabbrica dell'antico ospedale di Padova*, Padova, La garangola.

BELLINATI, C. (2012). *Il ministero pastorale di Nicolò Antonio Giustiniani 1772-1796,* in *Nicolò Antonio Giustiniani vescovo di Padova nel terzo centenario dalla nascita (1712-2012)*, a cura di C. Bellinati *et al.*, Padova, Azienda Ospedaliera di Padova, pp. 87-102.

BRANDOLESE, P. (1795). *Pitture, Sculture Architetture e altre cose notabili di Padova*, Padova, a spese di Pietro Brandolese. CHEMINADE, C. (1993). *Architecture et médecine à la fin du XVIIe siècle: la ventilation des hôpitaux, de l'*Encyclopédie *au débat sul l'Hôtel-Dieu de Paris*, in «Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie», n. 14, pp. 85-109.

COMPARETTI, A. (1793). *Saggio della scuola clinica dello Spedale di Padova*, Padova, stamperia Penada.

CURCIO, G. (2000). *Il buon governo de la pubblica felicità: architettura per la città e lo stato*, in *Storia dell'architettura italiana. Il Settecento*, a cura di G. Curcio, E. Kieven, Milano, Electa, pp. XI-XXXVII.

DEL NEGRO, P. (1984). *I Pensieri di Simone Stratico sull'Università di Padova (1760),* in «Quaderni per la storia dell'Università di Padova», n. 17, pp. 191-229.

Domenico Cerato. Architettura a Padova nel Secolo dei Lumi (2016), a cura di V. C. Donvito, S. Zaggia, Milano, Skira.

FOUCAULT, M. (1988). *L'incorporation de l'Hôpital dan la technologie moderne*, in «Hermès», n. 2, pp. 30-40.

GENNARI, G. (1982). *Notizie Giornaliere di quanto avvenne specialmente a Padova dal 1739 al 1800*, vol. 1, Fossalta di Piave, Rebellato.

GUERRA, A. (1995). *L'albergo dei poveri a Napoli*, in *Il trionfo della miseria*, a cura di A. Guerra, E. Molteni, P. Nicoloso, Milano, Electa, pp. 153-223.

HALES, S. (1743). *A description of ventilators: whereby great quantities of fresh air may be conveyed into mines, goals, hospitals, work-houses and ship, in exchange for their noxious air*, London, W. Innys.

Il complesso di San Francesco grande in Padova. Storia e Arte (1983), a cura dell'Associazione culturale francescana di Padova, Padova, Signum edizioni.

LAGET, P-L., SALAÜN, F. (2004). *Aux origins del l'Hôpital modern, une évolution européenne*, in «Les Tribunes de la santé», vol. 3, n. 2, pp. 19-28.

LANDRIANI, M. (1775). *Ricerche fisiche intorno alla salubrità dell'aria*, Milano, stamperia Giuseppe Marelli.

LAURO, M. (2017). *Une réflexion sur la forme des salle d'hôpital: le mémoire du medécin Huges Marte et son illustration par Jacques-Germain Soufflot*, in «In Situ», n. 31, pp. 1-10.

Les machine à guérir. Aux origine des l'hôpital moderne (1979), a cura di M. Foucault, B. Barret Kriegel, A. Thalamy *et al.*, Bruxelles-Liége, P. Mardaga.

MADDALENA, C. (2013). *Dal San Francesco all'Ospitale Civile*: *trasformazioni e continuità tra XVI e XIX secolo*, in *Sanità, amministrazione e cura. La ricerca della salute a Padova tra pubblico e privato*, a cura di C. Maddalena, M. Rippa Bonati, G. Silvano, Milano, Franco Angeli, pp. 45-126.

MAZZI, G. (2016). *"Un pratico Maestro di Architettura che ... insegnasse colle giuste regole"*, in *Domenico Cerato. Architettura a Padova nel Secolo dei Lumi*, a cura di V. C. Donvito, S. Zaggia, Milano, Skira, pp. 17-25.

MURATORI, L. A. (1749). *Della pubblica felicità, oggetto de' buoni principi*, Lucca, s.e.

ONGARO, G. (2002). *Andrea Comparetti*, in *Professori e scienziati a Padova nel Settecento*, a cura del Centro per la storia dell'Università di Padova, Treviso, Antilia, pp. 490-495.

ONGARO, G. (2013). *La riforma della didattica clinica e dell'assistenza ospedaliera a Padova tra Settecento e Ottocento,* in *Sanità, amministrazione e cura. La ricerca della salute a Padova tra pubblico e privato*, a cura di C. Maddalena, M. Rippa Bonati, G. Silvano, Milano, Franco Angeli, pp. 235-281.

PASTORI BASSETTO, I. (2001). *L'ospedale Grande di San Francesco a Padova (s. XVI-XVIII)*, Padova, Cleup editrice.

Relazioni dei Rettori veneti in Terraferma, *vol. IV: Podestaria e Capitanato di Padova* (1975), a cura di A. Tagliaferri, Milano, Giuffrè.

RIPPA BONATI, M. (2010). *La Gran Fabbrica del nuovo Ospitale degli Infermi di Padova,* in *I luoghi della cura. Studi e progetti per il nuovo ospedale e la Facoltà di medicina della città di Padova*, a cura di U. Trame, Padova, Il Poligrafo, pp. 62-77.

RIPPA BONATTI, M. (2013). *Carità privata e pubbliche virtù. Aspetti economici della realizzazione dell'ospedale Giustinianeo* in *Sanità, amministrazione e cura. La ricerca della salute a Padova tra pubblico e privato*, a cura di C. Maddalena, M. Rippa Bonati, G. Silvano, Milano, Franco Angeli, pp. 283-312.

ROUSTEAU-CHAMBON, H. (2017). *Premières réflexions théoriques sur l'architecture des hôtels-Dieu au XVIIIe siècle*, in «In Situ. Revue des patrimoines», n. 31, pp. 2-14.

SVALDUZ, E., ZAGGIA, S. (2014). *Il progetto e la 'fabbrica': il nuovo Ospedale di Padova (1776-1798)*, in *La salute e la fede. Il patrimonio artistico, archivistico e librario degli Ospedali di Padova,* a cura di M. C. Zanardi, Cittadella, Biblos, pp. 87-91.

ZAGGIA, S. (2010). «Isoletta sacra al commercio ed all'arti». Andrea Memmo, Melchiorre Cesarotti e il Prato della valle come esperimento di riforma del paesaggio urbano, in *Melchiorre Cesarotti e le trasformazioni del paesaggio europeo,* a cura di F. Finotti, Trieste, EUT, pp. 112-128.

Elenco delle fonti archivistiche e documentarie

Padova. Archivio dell'Azienda Ospedaliera. Direzione generale.

Padova. Biblioteca Civica. BP 9-1238, *Memoria della fondazione del nuovo Ospedale di Padova*, manoscritto.

Padova. Biblioteca Civica. BP 2230/40: *Viste politiche sopra varie parti del governo di Padova, la maggior parte delle quali bisognose di lumi e ben maturi esami,* manoscritto.

Padova. Biblioteca Civica. RIP, V 863.

Sitografia

BALDINI, U. (1982). *Comparetti, Andrea*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 27: https://www.treccani.it/enciclopedia/andrea-comparetti_%28Dizionario-Biografico%29/ [gennaio 2021].

CONFORTI, M. (2013). *Ospedali, università e medicina*, in *Il contributo italiano alla storia del pensiero: Scienze*: https://www.treccani.it/enciclopedia/universita-e-medicina-ospedali_%28Il-Contributo-italiano-alla-storia-del-Pensiero:-Scienze%29/ [gennaio 2021].

PASQUALI, S. (2009). *Memmo*, *Andrea*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 73: https://www.treccani.it/enciclopedia/andrea-memmo_(Dizionario-Biografico)/ [gennaio 2021].

SILVESTRI, D. (1988). *Della Bona, Giovanni*, in Dizionario Biografico degli Italiani, vol. 36: https://www.treccani.it/enciclopedia/giovanni-della-bona_(Dizionario-Biografico)/ [gennaio 2021].

RIFORMISMO ASBURGICO E RIFORMISMO SABAUDO. ARCHITETTURE OSPEDALIERE E RINNOVAMENTO URBANO A PAVIA E VIGEVANO TRA SETTE E OTTOCENTO

Gianpaolo Angelini

Abstract

The paper examines two operations carried out almost simultaneously in the Kingdom of Sardinia and in the State of Milan starting from 1770, i.e. the restoration of the 15th-century hospital of San Matteo in Pavia and the construction of the new hospital of Sacramento in Vigevano. The two events are placed in chronological contiguity and share the broader scenario, Italian but above all European, of developing more rational and more efficient healthcare facilities, paying specific attention to the relationship with city planning. However, within parameters that touch similar historical contexts and theoretical debates, the two cases stand out for the different options adopted by government institutions.

Keywords

Enlightenment, Architecture, Reformism, Pavia, Vigevano.

Introduzione

La geografia politica della Lombardia nel Settecento è caratterizzata da una storia di smembramenti territoriali a danno del corpo antico del ducato di Milano, che a partire dalla perdita della Lomellina nel 1714 si sarebbe conclusa alla metà del secolo con il passaggio dell'Oltrepò pavese al regno di Sardegna. Pavia veniva così a trovarsi nella nuova condizione di città di confine tra la Lombardia asburgica e le «province di nuovo acquisto» del Piemonte sabaudo, tra cui si annoverava anche Vigevano come effetto del trattato di Worms del 1743 [Dell'Acqua 1939, 91; Colombo 1996, 44-46; Ricuperati 1994, 514]. Da questi eventi che giungevano a rivoluzionare uno *status quo* secolare sarebbe poi derivata, per entrambe le città, una stagione di rinnovamenti sul piano delle riforme istituzionali e urbanistiche, il cui confronto consente di indagare i modi e gli esiti di due diversi esempi di riformismo settecentesco. In modo particolare è possibile collocare su binari paralleli i due casi di riorganizzazione di enti assistenziali e di restauro di edifici destinati alla cura dei malati offerti dalla costruzione *ex novo* dell'ospedale del SS. Sacramento a Vigevano e dal restauro e ampliamento del quattrocentesco ospedale

© Aisu International 2021

di S. Matteo a Pavia, le cui vicende si collocano entrambi a partire dall'ottavo decennio del secolo. I due interventi, pur situandosi in contesti differenti, come vedremo, condividono l'inserimento in tessuti storici sedimentati, introducendo nuove cellule spaziali e nuove molecole urbane che influiranno, in prospettiva, anche sullo sviluppo della città ottocentesca.

Vigevano: «esatezza, e diligenza»

Nelle vicende relative alla costruzione del nuovo ospedale di Vigevano un ruolo chiave ebbe monisgnor Giuseppe Maria Scarampi [Angelini 2005, 68], dal 1755 sul seggio vescovile della piccola diocesi, il quale fu coinvolto nelle fasi preliminari di unificazione dei tre nosocomi cinquecenteschi e nella gestione dei rapporti con l'architetto Francesco Martinez, forse in questo caso addirittura suggerendone personalmente la cooptazione. Inoltre, Scarampi tenne i contatti con il segretario degli interni e ministro di Stato Carlo Filippo Morozzo a Torino [Dulio 2005, 83]. D'altronde il vescovo aveva alle spalle una carriera di rilievo nell'apparato statale e di corte sabaudo come elemosiniere di corte e direttore del Collegio delle province, un incarico che gli aveva consentito di avere esperienza diretta del cantiere del Palazzo del Collegio, progettato da Bernardo Antonio Vittone; circostanza di un certo rilievo anche in ordine al discorso presente, poiché sarebbe stato proprio l'architetto torinese nel 1770 a firmare la perizia del progetto di Martinez per Vigevano. Il vescovo, per altro, si rivela ad una più attenta analisi personalità integrata agli apparati di controllo periferico dello Stato; egli era a tutti gli effetti colui che doveva farsi garante dell'attuazione delle politiche governative e, in quanto tale, il suo coinvolgimento in un cantiere laico come l'ospedale non si può comunque ritenere un segno di pura deferenza nei confronti dell'autorità vescovile [Angelini 2006]. Lo snodo tra gli anni '60 e '70 del secolo è determinante; nel 1768 si tenne il primo sinodo provinciale e si istituì la nuova Congregazione della carità, incaricata di inglobare e gestire l'attività di tutti gli istituti assistenziali cinquecenteschi [Muggiati 2005, 28-33]. Si pose, sin dalle prime fasi, la questione della costruzione di un nuovo edificio sulla cui localizzazione sorse una breve discussione: già nel 1767 il capomastro Giuseppe Busca aveva suggerito l'opportunità di trasferire l'ospedale in un luogo esterno al centro cittadino, un luogo «più vasto e salubre»; gli fece eco l'ingegnere Giuseppe Boldrini che proponeva «l'erezione di un nuovo ospedale in un sito aperto e di buona aria che vi fosse anche luogo per il passeggio dei convalescenti» [Dulio 2005, 78]. Nonostante la questione degli spazi e soprattutto dell'aerazione, che ciclicamente si sarebbe riproposta anche nel caso del S. Matteo pavese, prevalse però la volontà di erigere il nuovo edificio sul sito occupato dal cinquecentesco ospedale del Sacramento, in un sito compreso entro le mura cittadine a pochi isolati dalla piazza del duomo (oggi piazza ducale) e dal Palazzo vescovile. Il nuovo ospedale doveva quindi rimanere in città e di essa costituire una nuova cellula vitale in un piano di più ampia riforma del tessuto e del decoro urbano.
A breve giro, nel 1770, nello stesso anno in cui avviò l'ampliamento dell'ospedale Maggiore di Novara, Martinez elaborò un progetto organizzato intorno a tre cortili. L'articolazione del nuovo complesso nosocomiale si poneva come alternativa alla

tipologia a crociera, ancora in uso nell'ospedale di S. Giovanni Battista a Torino [Devoti 2016]; nella successione tra la prime due ariose corti un ruolo di snodo compositivo e spaziale è affidato al grande vano della cappella, forse seguendo un suggerimento del vescovo Scarampi che conosceva l'esempio offerto dal palazzo del Collegio delle province. D'altronde è lo stesso Vittone a darne conferma, quando nella perizia del 1770 del progetto di Martinez fa esplicito riferimento alla rassegna di modelli da lui codificati nella *Istruzioni* date alle stampe solo quattro anni prima: «ho fatto riflesso alla mia istruzione stata distesa per il buon regolamento di esse fabbriche» [Dulio 2005, 83]. Nel trattato Vittone aveva riunito esempi concreti come l'ospizio dei Catecumeni di Pinerolo o l'ospedale della Carità di Casale Monferrato, dove l'architetto riassumeva alcune tappe di una riflessione indirizzata al superamento o alla rielaborazione della tipologia cruciforme in favore di strutture a cortili paratatticamente disposti in sequenza. Nel caso vigevanese, le prime due corti ospitavano le infermerie, mentre la terza le cucine, collocate sull'asse mediano, e i vari servizi.
Purtroppo, a dispetto della «esatezza, e diligenza con cui sono distese» le tavole di progetto di Martinez e dei buoni propositi della Congregazione di Carità, la nuova fabbrica, la cui prima pietra venne posta nel 1771, rimase sostanzialmente incompiuta, con sospensione e rallentamento continuo dei lavori, che sarebbero ripresi a partire del secondo decennio del secolo successivo sotto la direzione dell'architetto Luigi Orelli [Dulio 2005, 85-89].
Il progetto di Martinez ha comunque interesse in relazione alla congruità con le politiche assistenziali governative, anche perché esso si prestava ad una progressione modulare del cantiere, soluzione che bene si adeguava ad essere realizzata per lotti, conservando nel frattempo al vecchio ospedale piena operatività, ma che aveva anche come ulteriore merito quello di introdurre nel disordinato tessuto edilizio dell'ex città sforzesca un organismo urbano regolare. Esso segnò la prima tappa di una nuova maglia urbana fondata su *insulae* quadrangolari, ma soprattutto inserì nel quadro cittadino una volumetria nuova, capace di offrire un modello iterabile di risanamento e di riqualificazione, come mostra il confronto tra il catasto cosiddetto "teresiano" e una mappa catastale di primo Novecento. Non a caso a fianco del nuovo ospedale sarebbe poi sorto, sia pure a distanza di tempo, il teatro cittadino, momento finale di un processo di integrale rivisitazione della contrada, divenuta nel corso del secolo successivo, l'asse viario privilegiato della città borghese pre e post-unitaria.

Pavia: «un grande spazio di sito opportunissimo»

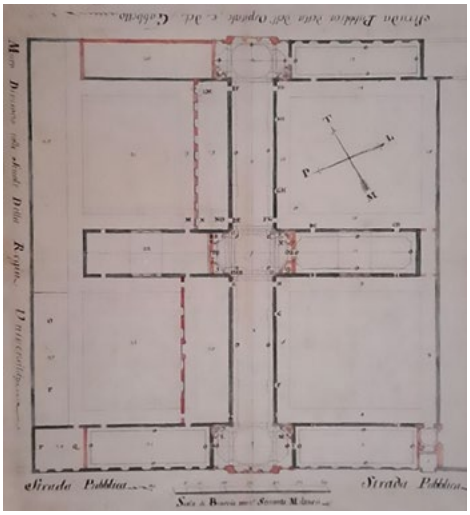
La vicenda settecentesca dell'ospedale di S. Matteo a Pavia è ben più complessa, poiché le dinamiche tra le autorità locali ed il governo centrale erano diverse e contemplavano più attori sulla scena [Erba 1994]. La data di avvio è però contigua: nel 1767 la Congregazione di carità diede incarico a Francesco Sartirana di progettare la riforma e l'ampliamento della grande crociera quattrocentesca, ormai ritenuta insufficiente e insoddisfacente (Fig. 1). È già in questa scelta risiede una prima divaricazione tra i due casi qui messi a confronto, poiché a Pavia viene cooptato non un architetto, bensì

1: Il complesso del Palazzo Centrale dell'Università di Pavia comprendente la Crociera quattrocentesca dell'ospedale di S. Matteo.

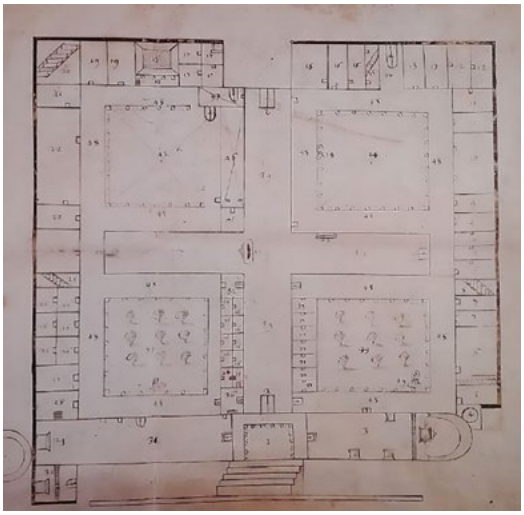
il vicepresidente della congregazione nonché docente di diritto presso la facoltà legale e presidente della Deputazione interinale per la reggenza dell'Università, quale era Sartirana. Egli tenne un dialogo fitto e fiduciario con Carlo di Firmian, ministro plenipotenziario della Lombardia austriaca e stabilì un filo diretto con le autorità governative tra Milano e Vienna.

Ovviamente nella decisione un peso ebbe la presenza a Pavia dell'Università, a cui l'ospedale era collegato a doppio filo, anche per l'adiacenza degli edifici. Sartirana tendeva a concepire le due istituzioni come unitarie, anche se le vicende progettuali e amministrative erano *de facto* divaricate. Per l'ateneo esistevano piani unitari di Giuseppe Piermarini avviati e portati a conclusione nello stesso torno d'anni, mentre per l'ospedale si susseguirono progetti e progettisti diversi in una sequenza anche piuttosto ravvicinata.

Il progetto di avvio spettava, come si è detto a Sartirana, che si pone su un piano di superamento non tanto della crociera rinascimentale, quanto del modello delle grandi camerate, ovvero le lunghe infermerie quattrocentesche, a cui affiancò camere separate lungo le pareti d'ambito (Fig. 2). A Pavia, infatti, non si procedette alla costruzione di un nuovo edificio, che doveva progressivamente sostituirsi all'antico, ma la struttura preesistente fu conservata e sottoposta a modifiche. Ciò pose il problema delle luci e dell'aerazione, dovuto all'innalzamento dei corpi di fabbrica sui cortili, tema che sarebbe stato all'ordine dei dibattiti successivi [Erba 1994, 171]. Il progetto di ammodernamento di Sartirana spostava l'ingresso dell'ospedale a est, chiudeva il cortile d'accesso



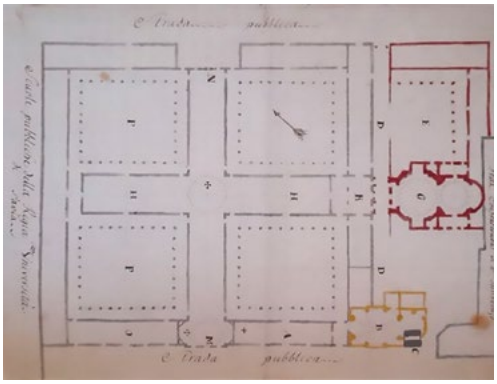
2: F. Sartirana, Progetto di restauro dell'ospedale di S. Matteo, c. 1770-71 [Milano. Archivio di Stato. Luoghi Pii, p.a. Cart. 465; Erba, L. (1994). *Le trasformazioni architettoniche nel Sette-Ottocento e il nuovo Policlinico*, in *L'Ospedale San Matteo di Pavia. Fatti e problemi del passato*, a cura di D. Zanetti, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 169-204].



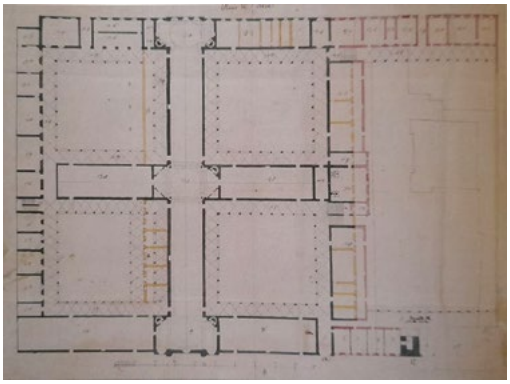
3: Planimetria dell'ospedale di S. Matteo, ultimo quarto del XVI secolo [Pavia. Archivio di Stato. Ospedale S. Matteo. Cart. 505].

a sud, su cui affacciava l'antica chiesa di S. Matteo privata della sua funzione di luogo di culto (Fig. 3), e avviava la costruzione della cupola all'intersezione dei bracci della crociera. Quest'ultima, oggi sede del Museo di archeologia, costituì sia dal punto di vista distributivo sia da quello visivo e dimensionale la modifica di maggior impatto sulla struttura antica, poiché introdusse muri di tamponamento tra l'infermeria maggiore e i due bracci orientale ed occidentale.

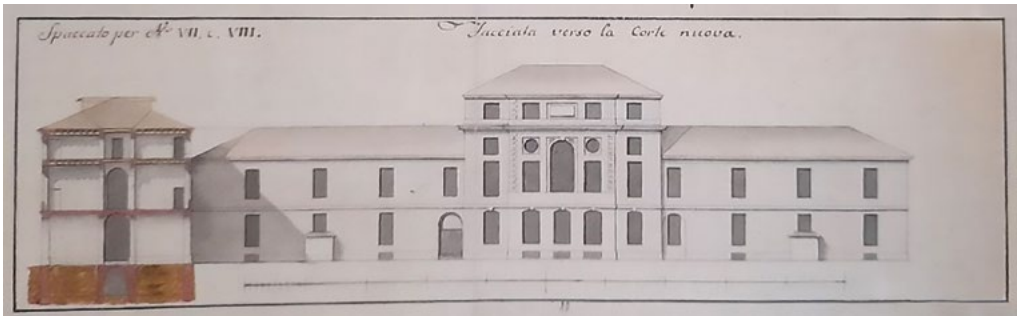
Tra il 1774 ed il 1775 un sopralluogo di Piermarini e le dimissioni di Sartirana aprirono la strada ad un nuovo progetto che fu affidato all'architetto Giulio Galliori (Fig. 4), all'epoca ingegnere capo della Veneranda Fabbrica del Duomo. Piermarini aveva ribadito la necessità di rialzare i muri dell'antica crociera per garantire l'aerazione dei locali, questione che maggiormente poneva contestazione nei confronti dei lavori diretti da Sartirana, ma la chiamata di Galliori, voluta dalla Congregazione, non era gradita a Firmian. Se quindi il momento fu di *impasse* per il cantiere dell'ospedale, da cui si sarebbe usciti solo con il reintegro di Sartirana e la conclusione della cupola nel 1779, il progetto di Galliori rappresentò un'occasione di riflessione sull'impatto urbanistico della fabbrica. Infatti, l'architetto milanese aveva proposto di posizionare la nuova chiesa del nosocomio oltre il perimetro del quadrilatero quattrocentesco, a est, al di là dell'asse viario nord-sud che collegava la contrada delle Gabbette – ora corso Carlo Alberto – e la contrada di S. Epifanio – ora piazza Leonardo da Vinci. Ciò richiese di considerare in termini nuovi l'ingerenza dell'ospedale in espansione sulla rete viaria pubblica. Infatti, Galliori propose di costruire un portico, aperto nelle ore diurne e chiuso in quelle



4: G. Galiori (copia di A. Capsoni), Progetto di riforma dell'ospedale di S. Matteo, 1775 [Pavia. Archivio di Stato. Ospedale S. Matteo. Cart. 632].



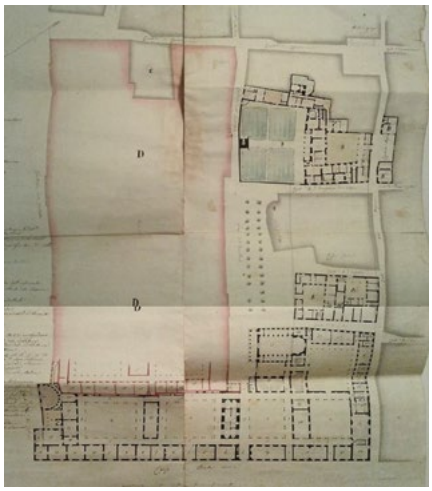
5: L. Malaspina, Piano terra dell'Ospedale di S. Matteo, 1786 [Milano. Archivio di Stato. Luoghi Pii, p.a. Cart. 465; Erba, L. (1994). *Le trasformazioni architettoniche nel Sette-Ottocento e il nuovo Policlinico*, in *L'Ospedale San Matteo di Pavia. Fatti e problemi del passato*, a cura di D. Zanetti, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 169-204].



6: L. Pollach, Facciata verso la corte interna dell'ospedale di S. Matteo, c. 1788 [Milano. Archivio di Stato. Luoghi Pii, p.a. Cart. 465; L. Erba (1994). *Le trasformazioni architettoniche nel Sette-Ottocento e il nuovo Policlinico*, in *L'Ospedale San Matteo di Pavia. Fatti e problemi del passato*, a cura di D. Zanetti, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 169-204].

notturne, anticipando quella fusione di spazi aperti e percorsi urbani che oggi caratterizza i cortili dell'ateneo pavese.

Tra il 1781 ed il 1782, accantonati i progetti di Galliori, sopraggiunsero fatti rilevanti: un riassetto finanziario dell'ospedale voluto dal governo pose il problema di nuovi e più efficienti spazi per l'assistenza e la cura dei malati. Leopoldo Pollach presentò nuovi progetti per l'ampliamento della crociera quattrocentesca, andando incontro alle posizioni di Firmian, occupando il sito della strada che Galliori aveva proposto di coprire a portico e demolendo alcune costruzioni adiacenti verso est. Tuttavia, da più parti si cominciava a comprendere che la collocazione urbana non fosse congeniale per l'ospedale, stretto com'era tra le costruzioni limitrofe. Ne diede testimonianza Samuel August Tissot, medico svizzero che aveva cattedra a Pavia, il quale propose il trasferimento al Castello visconteo, poiché «il est hors de la ville sans en être éloigné; il est un peu plus élevé; il est isolé; il a autant d'air qu'il est possible d'en avoir; et sûrement l'air la plus pur de Pavie» [Scotti 1980, 203].



7: Tipo rappresentante delle opere occorrenti per adattare la Casa Del Maino ad uso dello Studio Medico dell'I.R. Università di Pavia, 1857 [Pavia. Archivio di Stato. Università-Rettorato. Cart. 168].

Se la *modest proposal* di Tissot rimase sulla carta, nel 1786 una svolta decisiva al cantiere fu il coinvolgimento di Luigi Malaspina (Fig. 5), nuovo amministratore unico, che con la collaborazione di Johann Peter Frank, medico e professore, si occupò di un nuovo progetto per l'ala orientale dove collocare l'accettazione, la spezieria e gli uffici, che sarebbe stato il preludio agli ampliamenti ottocenteschi e che univa inoltre il richiamo alla semplicità e modularità dell'organismo quattrocentesco per il quale si proponeva la demolizione delle superfetazioni nei cortili. Infatti i lavori, approvati da Kaunitz e in parte modificati sulla base di un altro progetto nel frattempo elaborato da Pollach – in particolare nel nitido e solenne prospetto finestrato del corpo centrale (Fig. 6) – furono appaltati nel 1788, costituendo il primo nucleo di una nuova grande corte, corrispondente all'attuale cortile teresiano: «atterrandosi poi le case […] proprie dell'Ospedale, di nissun prodotto, ed inchiuse già attualmente nel suo recinto, si verrebbe a guadagnare un grande spazio di sito opportunissimo al passeggio dei convalescenti, al picciol orto botanico privativo della spezieria, e alla bramata ventilazione d'aria alle immediate annesse infermerie»[1]. È da sottolineare anche l'attenzione dedicata agli intonaci, adottando il finto mattone con fughe – «tinte rosse con li filetti bianchi» – alla congiunzione tra la fabbrica nuova e quella vecchia, il bianco e il grigio intenso ad imitazione del ceppo nella nuova ala orientale[2] [Erba 1994, 188].
I lavori si conclusero nel 1791, ma l'annessione al S. Matteo del Pio Luogo degli Esposti suggerì la necessità di nuovi corpi di fabbrica da allineare sulla contrada delle Gabbette a nord, avviati nel 1796 ma conclusi solo a decenni di distanza, nel 1825, su progetto

[1] Pavia. Archivio di Stato. Archivio Ospedale S. Matteo. Cart. 1786-1787, 2, 656, relazione Malaspina-Frank, 11 novembre 1786.

[2] Sui prospetti candidi della vicina Università [Erba 1995]. I recenti interventi di restauro delle facciate e dei cortili dell'ateneo non hanno tenuto conto delle testimonianze storiche, optando per un piano del colore orientato ad una armonizzazione tonale non sempre coerente.

dell'ingegner Giuseppe Sterpi. Tuttavia, l'ospedale aveva ormai esondato dai suoi confini storici e nel 1845 venne eretto il complesso a oriente, sul cortile teresiano, speculare all'ala tardosettecentesca di Malaspina e Pollach, che si sarebbe estesa sull'intero isolato sino a S. Francesco, l'attuale via Defendete Sacchi.
La costruzione delle nuove strutture, destinate ad ospitare moderne cliniche e caratterizzate da ampie e ariose finestre, si affiancava alla necessità di dare ordine formale ai prospetti esterni, in modo particolare in fregio alla contrada delle Gabbette dove si allinea una lunghissima facciata con tre portale che dovevano consentire l'accesso indipendente ai vari cortili.
Già dalla metà del secolo l'ospedale aveva raddoppiato la propria estensione storica, inghiottendo una porzione intera della città. Lo si percepisce molto bene se si valutano le dimensioni del neutro in questo piano della regia Università di Pavia del 1857 (Fig. 7), dove si può anche osservare l'articolazione dell'area a sud del S. Matteo, dove un piccolo vialetto alberato collegava l'aula magna al Palazzo Del Maino, dal 1863 di proprietà dell'ospedale [Calvi 1967; Angelini 2020], costeggiando la chiesa di S. Eusebio. Si tratta di un isolato in cui, a partire dai primi del Novecento, si sarebbero susseguiti vari stravolgimenti culminati nella demolizione della chiesa e l'apertura di piazza Leonardo da Vinci, soprattutto dopo che nel 1932 si concluse il trasferimento dell'ospedale nel nuovo complesso di padiglioni al di fuori del centro della città e si posero le premesse per la trasformazione della crociera rinascimentale e delle cliniche sette-ottocentesche in un grande polo universitario urbano [Franchini 1995].

Conclusioni

A consuntivo di queste due vicende, si possono avanzare alcune riflessioni e annotare alcuni spunti di ricerca per il futuro. Innanzitutto, si deve evidenziare che, se diversi sono i tessuti urbani in cui si pongono i due interventi, simile è però il laicismo di fondo che ispirò l'operato del governo piemontese a Vigevano e di quello austriaco a Pavia. Se questo orizzonte, a discendere da una concezione pubblica e statalista del bene collettivo, è comune, cionondimeno ci troviamo in presenza di *itinera* progettuali e amministrativi distinti. A Vigevano si incontrano: l'efficienza della progettazione edilizia; l'allineamento tra autorità centrali e autorità locali, con perno nella figura del vescovo Scarampi; l'applicazione di nuovi prototipi edilizi sperimentati e da poco codificati quali *exempla* da Vittone; infine, il dialogo stretto e sinergico tra professionisti e autorità. Di contro a Pavia si assiste ad altri fenomeni: il prammatismo imperante; la dialettica vivace tra autorità locali e governo centrale; il recupero e l'ampliamento parziale del fabbricato esistente; infine, funzionari e docenti universitari prestati alla progettazione – come Sartirana – che affiancavano architetti governativi, quali Piermarini e Pollach.
A ricomporre una circolarità di confronto, si può aggiungere che comuni all'ospedale del Sacramento di Vigevano e al S. Matteo di Pavia sono le sorti di decentramento novecentesco all'esterno dei nuclei storici delle città; decentramento che è destino condiviso da molti nosocomi antichi sul principio del XX secolo, ma che nel XVIII secolo, invece, le autorità governative tanto sabaude quanto asburgiche avevano rifuggito con

fermezza. Eppure, le due vicende qui messe a confronto indicano che, almeno dall'età dell'Illuminismo in poi, i grandi complessi ospedalieri rivestirono sulla scena urbana una componente importante di decoro pubblico e assunsero – fatto questo forse più importante ancora – una funzione di elemento organizzatore dello spazio cittadino.

Bibliografia

ANGELINI, G. (2005). *I benefattori dell'Ospedale*, in *L'Ospedale di Vigevano 1768-1911. Storia e Arte*, a cura della Società storica vigevanese, Vigevano, Arkè, pp. 68-74.

ANGELINI, G. (2006). *Giuseppe Maria Scarampi e la galleria del Palazzo Vescovile*, in «Viglevanum. Miscellanea di studi storici e artistici», a. XVI, pp. 80-91.

ANGELINI, G. (2020). *Palazzo del Maino*, in *Almum Studium Papiense. Storia dell'Università di Pavia*, III, *L'età contemporanea*, a cura di D. Mantovani, Milano, Cisalpino, pp. 675-682.

CALVI, G. P. (1967). *Palazzo Del Maino in Pavia*, Pavia, Università-Istituto di disegno.

COLOMBO, A. (1996, I ed. 1935). *Storia di Vigevano*, in *Vigevano e le sue storie. L'opera storiografica di A. Colombo. Una rilettura critica*, a cura di M. Cantella, Vigevano, Diakronia, pp. 35-159.

DELL'ACQUA, C. (1939). *Vigevano nella storia, nell'arte e nell'industria*, Vigevano, A. Crespi.

DEVOTI, C. (2016). *Un palazzo grandioso per il pubblico «conforto» e l'«ornamento della città»: l'Ospedale Maggiore di San Giovanni Battista*, in *Carlo e Amedeo di Castellamonte 1571-1683, ingegneri e architetti per i duchi di Savoia*, Roma, Campisano, pp. 239-254.

DULIO, R. (2005). *L'Ospedale tra Sette e Ottocento da Martinez a Orelli*, in *L'Ospedale di Vigevano 1768-1911. Storia e Arte*, a cura della Società storica vigevanese, Vigevano, Arkè, pp. 77-95.

ERBA, L. (1994). *Le trasformazioni architettoniche nel Sette-Ottocento e il nuovo Policlinico*, in *L'Ospedale San Matteo di Pavia. Fatti e problemi del passato*, a cura di D. Zanetti, Cinisello Balsamo, Silvana editoriale, pp. 169-204.

ERBA, L. (1995). *Il neoclassicismo a Pavia dal 1770 al 1792*, in *Storia di Pavia*, *vol. 4, t. 2: L'età spagnola e austriaca*, a cura della Banca del Monte di Pavia, Pavia, Banca regionale europea-Banca del Monte di Lombardia, pp. 963-968.

FRANCHINI, L. (1995). *L'ospedale Grande della Pietà di Pavia sotto il titolo di San Matteo*, in *Ospedali lombardi del Quattrocento : fondazione, trasformazioni, restauri*, a cura di L. Franchini, Como, New Press, pp. 104-109.

MUGGIATI, P. L. (2005). *Storia delle istituzioni assistenziali a Vigevano dal XV al XX secolo*, in *L'Ospedale di Vigevano 1768-1911. Storia e Arte*, a cura della Società storica vigevanese, Vigevano, Arkè, pp. 23-44.

RICUPERATI, G. (1994). *Il Settecento*, in *Storia d'Italia*, diretta da G. Galasso, VIII/1, Torino, UTET, pp. 441-834.

SCOTTI, A. (1980). *L'Ospedale San Matteo al tempo di Maria Teresa e Giuseppe II: dal ricovero indifferenziato alla clinica*, in «Annali di storia pavese», n. 2-3, pp. 193-218.

Elenco delle fonti archivistiche

Pavia. Archivio di Stato. Archivio Ospedale S. Matteo. Cart. 1786-1787, 2, 656, relazione Malaspina-Frank, 11 novembre 1786.

3

SPAZI E QUESTIONI DELLA CURA IN ETÀ CONTEMPORANEA

PLACES AND ISSUES OF THE HEALTHCARE DURING THE CONTEMPORARY AGE

LA RIFORMA CARCERARIA ILLUMINISTA NEL REGNO DELLE DUE SICILIE: IL CASO DEL TEMPIETTO DEL CARCERE CENTRALE DI TRANI COME SIMBOLO DEL RAVVEDIMENTO DISCIPLINARE DELL'INDIVIDUO

Mariagrazia L'Abbate

Abstract

Starting from certain architectural fragments stored in the Castle of Trani, this research analyses the chapel built in 1840 in the central court of the medieval castle when it was turned to the Central Prison. With the cultural revolution of the XVIII century, prisons became "disciplinary machines" and needed to be based on specific criteria inspired by illuminist ideas and the panoptic model. In the Central Prison of Trani, the chapel represented one of the elements of this cultural revolution.

Keywords

Prison cells chapel, Castle of Trani, Illuminist prison reform, panoptic layout, Kingdom of the Two Sicilies.

Introduzione

La riflessione politica, filosofica e umanitaria che ha portato tra Seicento e Settecento alla riforma del sistema detentivo va letta nell'ambito della rivoluzione culturale e metodologica apportata dall'Illuminismo in numerosi ambiti, e in concomitanza con la riorganizzazione delle principali istituzioni da parte dagli stati europei. Nasce così il concetto di "società disciplinare" [Foucault 1976] e la convinzione che la formazione o il recupero dell'individuo attraverso la disciplina, in quanto "utile" anello della produzione, avrebbe portato a un vantaggio per l'intera comunità. L'architettura assumeva il ruolo di operatore attivo nell'azione emendativa e l'edilizia pubblica si poneva al centro del dibattito con la definizione di nuove tipologie che potessero fungere da vere e proprie «macchine disciplinari» [Buccaro 1992, 105]. A metà Settecento il crescente sovraffollamento delle carceri ostacolava il controllo dell'ordine e della disciplina e il sistema causava un peggioramento dei rei. Dopo l'esperienza dei correzionali romani nel Seicento, la detenzione intesa come pena [Notarfrancesco 2013] non era scomparsa, ma era degenerata nei metodi.

© Aisu International 2021

Nel solco delle opere di Cesare Beccaria e John Howard, il ruolo attribuito alla detenzione cambia in modo ulteriore e definitivo. La punizione non è più indirizzata al corpo del detenuto, ma al suo animo, con uno scopo che non ha a che vedere con un senso di salvazione religiosa – solo in alcuni casi evocato e comunque subalterno - ed è invece determinato alla rieducazione e alla correzione. Il cambiamento ideologico è formalizzato anche nel diritto punitivo con l'introduzione della pena di reclusione nei codici penali. Si avverte allora l'esigenza di ripensare a un luogo strutturato per accogliere le riflessioni sulle nuove finalità, superare le criticità e mettere in pratica quei princìpi [Novelli 1935] intesi ormai come imperativi etici.
I primi episodi di carcere moderno, che hanno anticipato di un secolo le teorie illuministe, coincidono con le Carceri nuove in via Giulia (1652-1655) di Antonio del Grande e il Correzionale di San Michele (1701-1704) di Carlo Fontana, a Roma. Per entrambi, l'articolazione degli ambienti comuni e individuali consentiva ai reclusi di concentrare la vista sul corridoio centrale e ai supervisori di controllare tutto lo spazio con un colpo d'occhio. Il filo rosso che connette le funzioni, gli obiettivi e le spazialità è la visione, sia da parte del detenuto sia da parte del supervisore: la prigione moderna doveva essere teatro e camera ottica [Dubbini 1985, 9-13; Parente 1998]. Nel 1791 Jeremy Benthman propone il *Panopticon* quale sintesi architettonica di questo dibattito [Buccaro 1992, 105]. Egli illustra una "macchina" basata sulla soggezione mentale indotta da un potere astratto, gestito attraverso la luce e la prospettiva. Il soggetto è portato a credere di essere ininterrottamente controllato dalla torre centrale, unico elemento del potere fisicamente visibile dalle celle disposte attorno [Buccaro 1992]. Il controllo continuo e la disciplina del lavoro avrebbero dovuto influenzare positivamente la psiche e il comportamento del detenuto, costringendolo verso abitudini corrette [Foucault 1976]. L'architettura diventa una scena morale in cui tutti i personaggi che prendono parte alla vita penitenziaria sono attori. Benthman auspicava anche l'applicazione generalizzata della "macchina" panottica in modo che, costruendo una rete di dispositivi simili declinati ad ambiti diversi, fosse possibile intervenire sulla società in modo diffuso. Almeno fino alla metà dell'Ottocento questo modello, sostenuto dai governi dopo la Restaurazione, è stato perfezionato, ma di fatto ha avuto poche applicazioni, salvo rare eccezioni, soprattutto per l'edilizia carceraria, a vantaggio dello schema radiale a bracci [Buccaro 1992, 106-110].

Il modello panottico nel regno delle Due Sicilie: il Corpo di Ponti e Strade

Nel regno delle Due Sicilie una prima riorganizzazione del sistema penitenziario moderno si ebbe nel periodo napoleonico. Con due provvedimenti legislativi, nel 1802 e nel 1811, si stabiliva un programma di revisione e incremento degli spazi carcerari, avvalendosi sia di strutture di nuova realizzazione sia dell'edilizia esistente, con esplicita menzione di castelli e conventi. Nella maggior parte dei casi, per la riconversione di strutture storiche o per le carceri di nuova costruzione, sono stati adottati i criteri tradizionali, ritenuti più convenienti. Contemporaneamente, però, nel Mezzogiorno cominciava a strutturarsi una classe di architetti e ingegneri che, dimostrando da subito apertura agli impulsi del

panorama internazionale, ha contribuito a stimolare un vivace dibattito sui nuovi tipi di edilizia pubblica. Molti di questi tecnici erano strutturati presso il Corpo degli Ingegneri di Ponti e Strade [Buccaro, Matacena 2004; Rossi 2015], organo centralizzato competente nella progettazione e direzione dei cantieri delle opere pubbliche nel regno: questo ha permesso che l'organo deputato a gestire lo sviluppo dell'edilizia pubblica del regno fosse anche un ambiente fervido e aggiornato, sede del progresso scientifico e tecnologico. In quel periodo prestano servizio presso il Corpo figure come Giuliano de Fazio e Carlo Afan de Rivera [Buccaro, Matacena 2004], il cui contributo nel settore delle opere è importante non solo sul piano teorico-disciplinare, ma anche su quelli tecnico-scientifico, amministrativo e organizzativo; infatti, con la loro intensa attività sul campo, associata a ricerca, pubblicazioni e formazione attraverso la Scuola di applicazione fondata nel 1811 sul modello francese [Buccaro, Matacena 2004], hanno dato un'impronta significativa nello studio, sviluppo e promozione del modello panottico.
Gli ingegneri del Corpo riconoscevano al panoptismo il potenziale di soddisfare i nuovi princìpi richiesti nella progettazione degli impianti per la sicurezza pubblica. De Fazio per diversi anni ha condotto parallelamente una ricerca tipologica sulle strutture carcerarie e sanitarie, fino a giungere all'elaborazione di uno schema ugualmente valido per entrambe[1]: il primo importante studio è quello per il Lazzaretto di Messina del 1798, in collaborazione con Pompeo Schiantarelli, che approfondisce l'analisi dei due panottici progettati nel regno alla fine del Settecento (il nuovo Carcere di Catanzaro di Ermenegildo Sintes del 1793 e l'Ergastolo di Santo Stefano di Ventotene, costruito tra il 1793 e il 1797, di Francesco Carpi); con il progetto del carcere di Avellino, de Fazio elabora un modello che sarà assunto come riferimento per le nuove carceri sia in Italia che all'estero [Buccaro 1992]. La ricerca di de Fazio si intreccia anche con le scelte degli organi amministrativi, di cui egli stesso era membro, deputati a sovrintendere e indirizzare questa produzione nel regno. Nel 1808, nel Consiglio dei lavori pubblici, egli propone un nuovo sistema di lazzaretti esplicitamente basato sul modello panottico. Nel 1821, la Commissione incaricata di valutare il progetto per il carcere di Avellino di Luigi Oberty propose all'allora direttore generale del Corpo il modello panottico come unica possibilità in grado di garantire i princìpi su cui doveva essere strutturata l'edilizia carceraria moderna. Nel 1826, de Fazio pubblica *Sistema generale dell'Architettura de' Lazzaretti*, dove in parallelo affronta il tema del penitenziario; de Rivera, che ha sostenuto le ricerche di de Fazio, nel ruolo di direttore generale del Corpo dal 1824 al 1852, prescrisse l'impiego del modello panottico nella progettazione di tutte le carceri del Mezzogiorno [Buccaro, Matacena 2004].

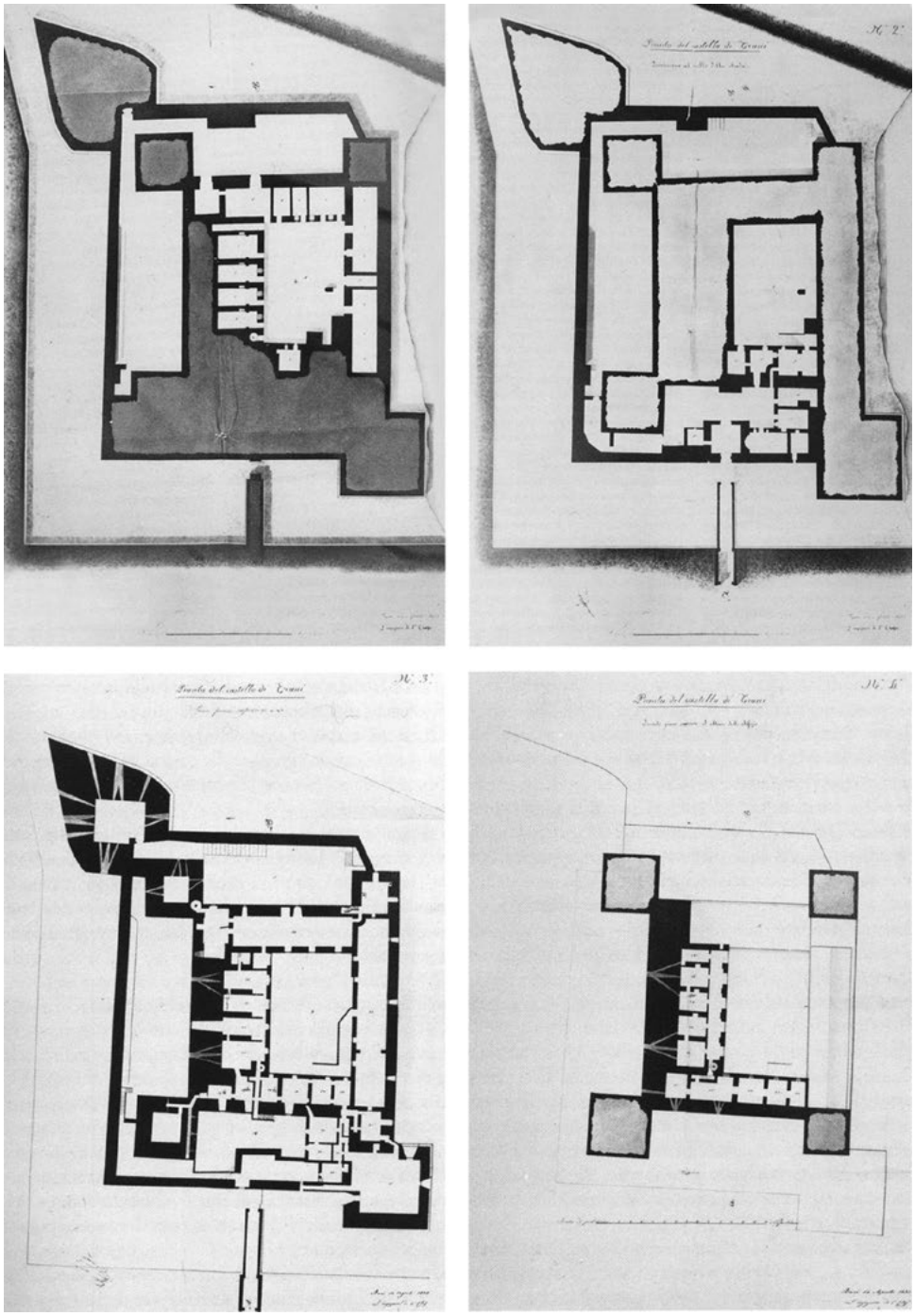
[1] Dal punto di vista pratico e funzionale, dalle sperimentazioni di de Fazio emerge che la struttura panottica consentiva sia di assicurare la separazione di infetti, poveri o detenuti sia una edificazione per moduli. Inoltre, il fatto che la funzione carceraria e quella sanitaria venissero assimilate così tanto nel tipo edilizio riflette il nuovo indirizzo della disciplina della correzione: si considerava evidentemente il reo alla stessa stregua di un degente, per cui i medesimi accorgimenti utili ad evitare la diffusione e aiutare la guarigione di un morbo potevano essere efficaci per perseguire l'emenda dei detenuti, il cui comportamento doveva essere "curato e corretto" per il vantaggio sociale.

Uno degli elementi ricorrenti in strutture panottiche carcerarie o sanitarie era il tempietto, collocato come *pantheon* cellulare in posizione tale da consentire ai detenuti o ai degenti di assistere alla funzione. Il simbolo religioso, che nei correzionali seicenteschi era un altare, adesso acquisisce una precisa identità architettonica: la centralità visuale rafforzava il messaggio emendativo dell'istituzione carceraria in chiave simbolica e religiosa, poiché al contempo consentiva di avere come punto di riferimento sempre presente il simbolo dell'ammonimento e dell'esortazione a una retta condotta. Oltre alla definizione attenta della sintassi del tempietto rispetto al resto della fabbrica, questo elemento è stato oggetto anche di una ricerca tipologica e lessicale.

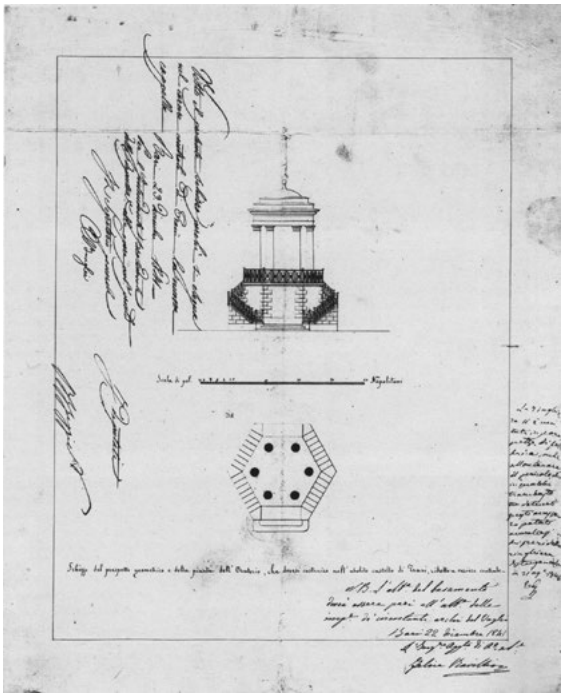
Il tempietto del carcere centrale nell'«abolito castello di Trani»

Il programma borbonico di potenziamento del sistema carcerario prevedeva che a Trani fosse istituito un carcere centrale. Con ordinanza di Ferdinando II, il 6 giugno 1831 il Castello di Trani veniva destinato alla funzione di carcere [Pasquale 1997] e l'ente deputato alle operazioni di trasmutazione fu il Corpo di Ponti e Strade.
Nel 1832 la Commissione visitatrice effettuava un primo sopralluogo minuziosamente descritto nei verbali [Pasquale 1997]. A fronte di una fabbrica in pessimo stato di conservazione, il maniero svevo, eccellente opera militare, aveva diverse peculiarità utili anche per le esigenze carcerarie e che valsero il giudizio positivo degli ispettori. Dal punto di vista funzionale e distributivo la struttura consentiva di compartimentare le funzioni pubbliche, amministrative e penitenziarie, permettendone l'indipendente svolgimento, e di distribuire i detenuti per categoria[2] [Pasquale 1997, 90]; i grandi ambienti potevano essere organizzati in celle. Dal punto di vista logistico, il castello era ed è facilmente raggiungibile dal centro, vicino alle principali vie di percorrenza ma fuori dal traffico cittadino.
Da sempre il castello ha avuto una posizione indipendente e periferica rispetto al nucleo urbano, fuori dalle mura e a nord di queste. Con la funzione carceraria, la fortezza ha rafforzato la sua ermeticità: vengono chiuse o ridotte la maggior parte delle finestrature verso l'esterno e il rapporto con la città diventa ancora più essenziale e rigidamente contingentato nei flussi e nei percorsi. Benchè si tratti di una struttura storica, la posizione rispetto alla città non si discosta molto dalle scelte intraprese tra Settecento e Ottocento per l'ubicazione dei penitenziari di nuova costruzione nelle maglie urbane di espansione. Gli ampliamenti ottocenteschi del centro di Trani, sotto la direzione del Corpo, estendono il borgo in direzione sud-ovest e sud-est, mentre a nord-ovest non si supera il limite delle mura antiche, confermando l'isolamento del castello.

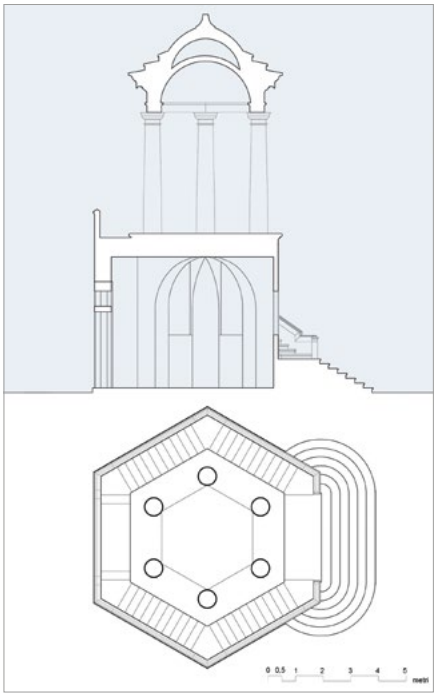
[2] La sensibilità e la convinzione dell'efficacia delle intuizioni umanitarie in ambito penitenziario erano, a metà dell'Ottocento, oramai assolutamente salde e condivise, al punto che nella documentazione di cantiere degli anni '40 dell'Ottocento si leggono esplicite critiche per alcune sistemazioni iniziali che prevedevano in certi ambienti la promiscuità di detenuti colpevoli di reati differenti.



1: G. De Giorgio, Planimetrie ai livelli pianterreno sottoposto al livello strada, pianterreno a livello strada, piano primo, piano secondo dei rilievi, 1834-1835, [Pasquale, M. (1997). Il castello di Trani. Vite e volti di un castello di Puglia, in *Il Castello Svevo di Trani: restauro, riuso e valorizzazione*, a cura della Soprintendenza per i Beni Ambientali, Architettonici, Artistici e Storici della Puglia, Napoli, Electa Napoli, figg. 34-35-36-37].



2: F. Ravillon, Progetto per la cappella del Carcere Centrale di Trani, 22 dicembre 1841, [Pasquale, M. (1997). *Il castello di Trani. Vite e volti di un castello di Puglia*, in Il Castello Svevo di Trani: restauro, riuso e valorizzazione, a cura della Soprintendenza per i Beni Ambientali, Architettonici, Artistici e Storici della Puglia, Napoli, Electa Napoli, fig. 49].



3: M. L'Abbate, Planimetria e sezione del tempietto del Carcere Centrale di Trani ricostruite attraverso la sintesi delle informazioni desunte dai documenti ottocenteschi di cantiere, dalla documentazione fotografica e dai blocchi misurati e schedati, 2016.

I lavori di riconversione del maniero cominciarono nel 1832, ma i rilievi furono eseguiti solo tra il 1834 e il 1835 [Pasquale 1997, 67-68]: i documenti riportano la meticolosa numerazione di tutti gli ambienti e la definizione delle nuove funzioni (Fig. 1). Per il cortile centrale, al numero 1 si riporta l'annotazione «Vaglio da poter servire pel maggior numero de' detenuti, in mezzo al quale si potrà costruire la cappella, a vista di tutte le camerate e corsee del Carcere in progetto (del nuovo carcere a dedursi)» [Pasquale 1997, 67-68] ribadendo qui, ancora nell'edificio penitenziario, la funzione di fulcro compositivo e questa volta anche morale dell'intero complesso.
La cappella è progettata e realizzata diversi anni più tardi[3], tra il 1840 e il 1843, quando i lavori riprendono dopo una fase di stallo con il nuovo ingegnere aggiunto del Corpo, Felice Ravillon [Pasquale 1997, 78]. I primi dati metrici sul tempietto, nel computo del febbraio 1840, descrivono un manufatto a pianta ottagonale. Del 22 dicembre 1841 è il disegno autografo di Ravillon [Pasquale 1997, 88]: lo *schizzo del prospetto geometrico e*

[3] Mentre a Trani si dava seguito alle intenzioni già espresse nei documenti del progetto degli anni '30, nel 1840 Ferdinando II ratificò un decreto con il quale si stabiliva che tutte le prigioni circondariali dovevano essere dotate di un luogo per permettere ai detenuti di seguire la messa nei giorni festivi [Berarducci 1988].

della pianta, ancora in fase preliminare, ha un impianto planimetrico e partizioni architettoniche simili al realizzato, ma proporzioni e dettagli differenti. Gli ulteriori appunti riportati nel corso degli anni sul medesimo disegno danno riscontro delle varianti apportate in corso d'opera[4] (Fig. 2). La schedatura dei frammenti del deposito di materiale architettonico oggetto di questo studio e l'analisi dei documenti restituiscono l'immagine del manufatto realizzato (Fig. 3).

Imponente all'interno del vaglio centrale, il tempietto a pianta esagonale occupava circa due quinti della lunghezza della corte e metà della larghezza, e con l'alto podio raggiungeva l'imposta degli archi del parlatorio, per consentire dalle celle la vista sul sacello. Il massiccio podio basamentale ospitava la sacrestia, ambiente coperto con una volta articolata in dodici settori corrispondenti a spicchi di cupola a sesto ribassato alternati a lunette piane (Fig. 4). Dalla bassa scalinata sul prospetto principale si dipartivano due scale simmetriche nello spessore murario del basamento, e tra queste vi era il nucleo centrale del podio, monumentalizzato dai cantonali in bugnato liscio. Sul podio vi era il sacello superiore con peristasi in ordine tuscanico, intonacata di colore chiaro: le colonne erano sormontate da una massiccia trabeazione su cui si impostava la copertura voltata, decorata all'intradosso con un cassettonato a rosoni in stucco marmoreo e all'estradosso articolata in una volta a padiglione in sei spicchi con base a gradoni. Per quanto riportato negli scandagli, ma non nei disegni, si può riscostruire il sistema di copertura formato da due cupole indipendenti sovrapposte, con raggio differente e freccia analoga. Gli intercolumni erano chiusi con telai lignei in «palanconi veneziani», cinque fissi e uno apribile per l'accesso al sacello. Qui vi era l'altare di forma esagonale e in legno d'abete, «composto da una gradella di ponti veneziani, dalla corrispondente mensa sostenuta da quattro colonnette tornite con basi e capitelli, da due scalini pei candelieri ed una piccola custodia nel mezzo, il tutto dipinto ad olio a vari colori»[5].

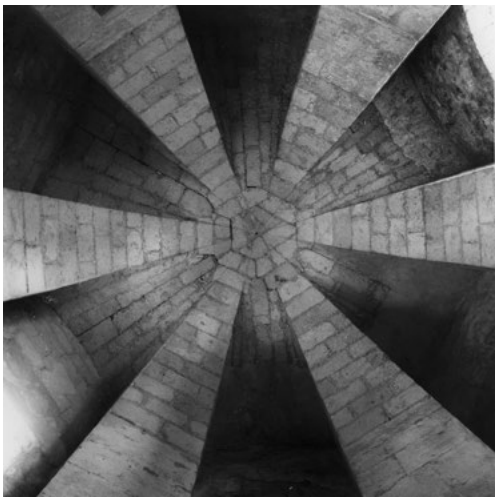
La vita reale del piccolo monumento ha coinciso esattamente con quella del carcere, ma soltanto per un breve periodo l'edificio ha ospitato la destinazione d'uso per cui era stato progettato. Dal 1863 fino all'abolizione della pena capitale nell'Italia postunitaria, la sacrestia è stata utilizzata come cappella per i condannati a morte[6]. Più tardi il piano terra è stato trasformato in barberia per i detenuti, dotato di lavabi e rivestito di piastrelle bianche, mentre il sacello ha perso ogni attributo sacrale [Pasquale 1997, 78]. Durante i lavori di restauro e ridefinizione funzionale del castello compresi nei programmi di intervento dell'allora Ministero per i beni culturali e ambientali, il tempietto è stato considerato «un forte elemento di distorsione nella lettura complessiva dei denotati architettonici sia del periodo svevo-angioino che di quello aragonese» [Benedettelli 1997,

---

[4] A piè di pagina Ravillon annota che «L'altezza del basamento dovrà essere pari all'altezza delle imposte de' circostanti archi del Vaglio», mentre a margine nel 1846 si segna la sostituzione della ringhiera lungo le scale [Pasquale 1997, 88].

[5] Bari. Archivio di Stato. Edifici Provinciali. B. 44, scandaglio n. 1 del 15 ottobre 1844.

[6] È noto dalla Memoria ragionata del 1835 che inizialmente la cappella per i condannati a morte era stata allestita in un vano del corpo est al piano terreno della fabbrica castellare mentre l'oratorio nel cortile centrale era riservato esclusivamente alla celebrazione della messa [Pasquale 1997, 68-69].



4: Trani, Castello. Chiostro ottocentesto, particolare della volta al piano terra, 19 marzo 1988. [Bari. Fototeca della Soprintendenza archeologia, belle arti e paesaggio per la città metropolitana di Bari. N. inv. 97258/cat. D].

5: Trani, Castello. Vista della cappella nel cortile centrale, 18 settembre 1975 [Bari. Fototeca della Soprintendenza archeologia, belle arti e paesaggio per la città metropolitana di Bari. N. inv. 35005/cat. D].

157-160] rispetto a quanto previsto dal progetto per la piazza d'arme; così, nel 1988 fu demolito (Fig 5).

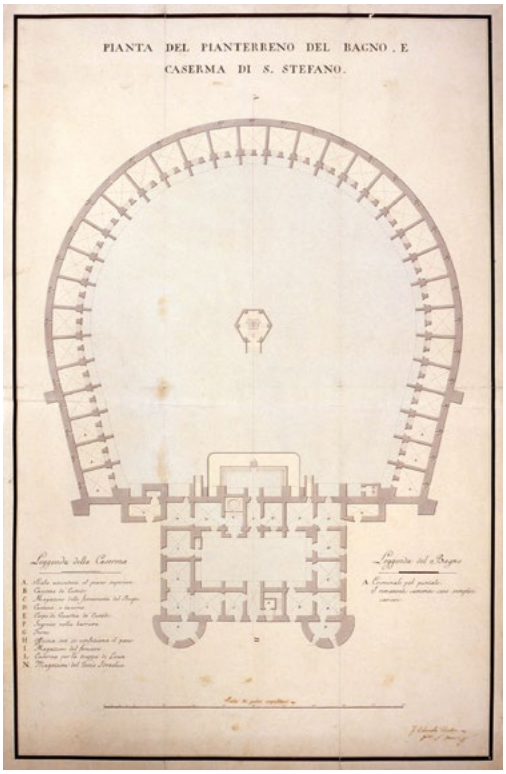
Dal punto di vista tipologico, compositivo, sintattico e semantico, il tempietto a pianta centrale all'interno di una corte rappresenta una scelta evocativa che ha come archetipo il tempietto di San Pietro in Montorio, prima espressione visuale della chiesa ideale di Leon Battista Alberti [Wittkover 2007; Bruschi 2010] e modello per il tempietto di San Rocco del Lazzaretto di Ancona di Luigi Vanvitelli [Starace 1979, 258]. Attraverso l'opera di Vanvitelli questa tipologia viene assorbita e riproposta negli studi e negli edifici realizzati dagli ingegneri del Corpo per penitenziari e lazzaretti nel Mezzogiorno[7].

L'Ergastolo di Santo Stefano di Ventotene (Fig. 6) è la prima struttura carceraria manifestamente di impianto panottico costruita nel regno borbonico, ispirata sia al modello benthmaniano sia al Lazzaretto di Ancona di Vanvitelli. Carpi riceve l'incarico per l'Ergastolo all'inizio della sua carriera; sarà poi membro del Consiglio dei lavori pubblici, primo direttore della Scuola di applicazione tra il 1811 e il 1812[8] e molto attivo nel settore delle opere pubbliche anche dopo la Restaurazione, negli stessi anni di de Rivera e de Fazio[9] [Buccaro 1992].

[7] A valle di queste considerazioni, si chiarisce la constatazione di Pasquale [Pasquale 1997, 129, nota 60] relativa al fatto che alcuni testi editi prima degli studi sistematici sul Castello di Trani, poco indagato fino a quando ha mantenuto la funzione carceraria, avevano retrodatato il tempietto.

[8] http://www.nordsud.unina.it/storia_ing/direttori-presidi.html.

[9] I contatti tra Carpi e de Fazio sono documentati dai rapporti lavorativi intercorsi tra i due tecnici.



6: G. Alessio, Pianta del piano terra dell'Ergastolo di Santo Stefano di Ventotene, XIX secolo [http://www.pianiregolatori.it/piani-regolatori/item/ventotene-piano-regolatore-comunale, conservata presso la Biblioteca Nazionale di Napoli e fotografata nella seconda metà degli anni Ottanta nell'ambito degli studi per il Piano Regolatore Generale del Comune di Ventotene e Santo Stefano].

L'Ergastolo presenta al centro dell'arena una cappella a pianta esagonale. La cella è impostata su podio, ai vertici dell'esagono vi sono sei pilastri radiali a pianta poligonale e, tra questi, delle tamponature che chiudono il sacello; attraverso sei grandi aperture archivoltate, una per lato, era assicurato il rapporto visuale tra l'altare al centro dell'ambiente e le celle disposte attorno a ferro di cavallo. Il piccolo ambiente ha una copertura a cupola che corrisponde all'estradosso a una volta a padiglione in sei spicchi con base a gradoni. Disegni e incisioni che rappresentano il carcere alla metà dell'Ottocento mostrano che in una prima fase il tempietto era preceduto da una scalinata tesa sul lato sud-ovest, che stabiliva una gerarchia tra i prospetti tutti uguali e una lettura assiale del manufatto in relazione all'asse principale dell'intero penitenziario. Con le modifiche del cortile, la scalinata è sostituita da due scale simmetriche che seguono il perimetro del podio fino alla quota dell'altare[10].

Nel 1830 de Fazio lavora al progetto per il Carcere centrale di Napoli, mai realizzato [Buccaro 1992, figg. 71-74][11]. Impostato secondo il modello panottico benthmaniano,

[10] Il caso del tempietto di Trani adotta contemporaneamente sia la soluzione della scalinata assiale, sia le due scale laterali simmetriche lungo il podio.

[11] Non si sono conservati i disegni originali, ma è possibile avere un'idea del progetto dai disegni di Saponara.

nel cortile centrale a semicerchio oltrepassato è posizionato un tempietto a pianta ottagonale, costituito da un massiccio alto podio su cui si imposta un sacello colonnato con copertura a cupola[12].
Circa l'adozione del modello panottico nella riconversione in istituti penitenziari di strutture storiche, operazione di per sé complessa se non nei rari casi in cui l'edificio preesistente aveva già una distribuzione che ben si adattava all'impianto radiocentrico, uno degli esempi più riusciti è il castello di Nisida, di cui si è occupato l'ing. Domenico Cuciniello nel 1824: struttura a pianta circolare, organizzata per volumi e percorsi concentrici. Nell'anello di fabbrica, attorno al quale si sviluppava esternamente un camminamento di ronda, erano disposte le celle, tutte rivolte verso il centro della corte dove era ubicata una cappella [Buccaro 2017].
Nell'ambito territoriale prossimo a Trani, è noto il progetto per il tempietto del Carcere circondariale di Bisceglie nel soppresso convento dei Domenicani. Della *Cappella ad uso del Carcere di Bisceglie,* mai realizzata, rimane il disegno dell'architetto Giuseppe Albrizio: su un podio basamentale a pianta rettangolare con due scale rettilinee sui lati corti si impostava il sacello a pianta ottagonale, con sei pilastri angolari e chiuso posteriormente da un muro. All'interno era previsto un altare a vista. I pilastri erano sormontati da una trabeazione dorica e copertura a cupola [Berarducci 1988].
I confronti sin qui individuati si riferiscono ai casi più noti. Altre indagini potranno consentire un ulteriore approfondimento e arricchire il quadro.

Conclusioni

Ravillon frequenta la Scuola di applicazione tra gli anni '20 e '30 dell'Ottocento [Russo 1967, 104-106], proprio nel momento in cui nel Corpo, e quindi nella Scuola, la sperimentazione e la divulgazione sull'applicazione del modello panottico all'edilizia carceraria erano al culmine. Dopo l'acquisizione del titolo, nel 1836 viene assorbito nel Corpo come aiuto ingegnere[13] e inizialmente opera nell'area di Napoli. Ravillon si forma e muove i primi passi in un contesto stimolante, che gli ha consentito di entrare in contatto con i personaggi di riferimento nel ramo dell'edilizia pubblica del regno e di aggiornarsi sulle ultime pubblicazioni e sugli esempi di edilizia carceraria che stavano facendo scuola. Dal 1840 diventa aggiunto, passa alla sezione provinciale del Corpo di Acque e Strade di Terra di Bari [Di Biasio 1993, 181] e nello stesso anno gli viene assegnato il cantiere del castello di Trani. Le scelte distributive e organizzative delle

[12] Oltre a questi esempi più affini al caso di cui si tratta, si cita la cappella dei penitenziari di Avellino, Campobasso e Palermo come tipologia coeva alternativa: torre a pianta circolare, più imponente nelle dimensioni ma più semplice nell'apparato architettonico decorativo, sviluppata su più piani per ospitare vari ambienti, tra cui anche la cappella.

[13] Napoli. Archivio di Stato. Consiglio Generale della Pubbica Istruzione, Gradi Accademici 1830-1837. B. 1971, fasc. 45. Nel fascicolo è conservato un documento del 1836 che riporta «Ravillon Felice, alunno della Scuola di applicazione di Ponti e Strade perché sia agevolato com'egli ingegnere di quel Corpo».

7: Trani, Castello. Cortile centrale, la cappella vista da ovest, 18 settembre 1975 [Bari. Fototeca della Soprintendenza archeologia, belle arti e paesaggio per la città metropolitana di Bari. N. inv. 35013/cat. D].

funzioni e soprattutto il progetto del tempietto cellulare sono chiaramente indirizzate dagli esempi più noti che Ravillon ben conosce. La lettura delle modifiche ottocentesche in relazione alle destinazioni d'uso fa pensare che anche per il caso tranese ci sia stato un esplicito tentativo di applicare alla fortezza il modello panottico di cui il tempietto cellulare era il fulcro spaziale e compositivo. L'organizzazione concentrica di strutture e cortili attorno al vaglio centrale rendeva il castello idoneo ad adattarsi all'organizzazione di un istituto penitenziario di nuova concezione[14] e a ospitare una distribuzione centripeta delle funzioni: gli spazi della detenzione erano principalmente ai piani primo e secondo e i rei erano divisi per categoria. Il piano terra ospitava ambienti per attività destinate ai detenuti (lavoro, istruzione, preghiera) oppure per attività di servizio per il personale; i percorsi di sorveglianza sfruttavano, implementandolo, il circuito dei camminamenti di ronda esistenti[15]. L'attenzione e lo sguardo dei detenuti non potevano non cadere sul *pantheon* cellulare che occupava in modo imponente il cortile centrale

[14] Il Castello in origine aveva un impianto strutturato su una simmetria più accentuata. Nel Cinquecento l'intero braccio sud fu trasformato in un solido terrapieno attrezzato con casematte e a esso fu addossata una struttura palaziale a tre livelli che ha ridotto in larghezza il cortile centrale e trasformato la piazza d'arme, in origine a pianta quadrata, in un cortile a pianta rettangolare [Pasquale 1997].

[15] Il camminamento nel cortile centrale alla quota del primo piano, impostato su arconi lungo i tre lati della corte centrale non nasce come percorso di ronda ma come parlatorio per i familiari dei detenuti [Pasquale 1997, 78-86].

(Fig. 7), sembrando quasi costretto tra le imponenti strutture castellari. Per quanto riguarda il tempietto, è evidente il richiamo al linguaggio vanvitelliano e alle successive declinazioni applicate al tipo nell'edilizia carceraria e sanitaria.
Tra gli esempi citati, è interessante richiamare proprio il tempietto dell'Ergastolo di Santo Stefano, rispetto al quale il caso tranese mostra maggiori analogie. Oltre a coincidere per tipologia e morfologia, vi è una stretta corrispondenza dimensionale[16]: si tratta delle dimensioni minime per inserire l'altare e garantire attorno a questo i movimenti dell'officiante. A fronte di un manufatto di dimensioni estremamente simili, la relazione con il resto della fabbrica è molto differente, i rapporti tra pieni e vuoti nel penitenziario di nuova edificazione sono costruiti e calibrati, mentre per il caso di Trani si devono adeguare all'esistente generando uno spazio in cui il tempietto sembra sovradimensionato. Dal punto di vista lessicale, l'esempio di Trani con il bugnato liscio, il sacello colonnato e l'imponente trabeazione, appare ancora più solenne, arricchito delle valenze neoclassiche di metà Ottocento.
Dopo la demolizione, i blocchi del *pantheon* cellulare del Carcere di Trani furono accantonati nel Castello per non precludere la possibilità di una futura ricostruzione. Lo studio di questo deposito ha dimostrato che, a distanza di trent'anni, del materiale pertinente al tempietto rimane meno del 30% (alcuni rocchi di colonna, un blocco dell'architrave, blocchi della balaustra e gradini), una quantità troppo esigua per poter ipotizzare un'anastilosi. Tuttavia, per il valore e i significati a cui questa architettura nel suo piccolo allude come pezzo di storia della nostra civiltà, la musealizzazione dei blocchi superstiti è da ritenersi necessaria.

Bibliografia

Architettura e urbanistica dell'età borbonica (2004), a cura di A. Buccaro, G. Matacena, Napoli, Electa Napoli.

BENEDETTELLI, M. (1997). *Il progetto di restauro e recupero funzionale,* in *Il Castello Svevo di Trani: restauro, riuso e valorizzazione*, a cura della Soprintendenza per i Beni Ambientali, Architettonici, Artistici e Storici della Puglia, Napoli, Electa Napoli, pp. 151-163.

BERARDUCCI, A. (1988). *Carcere in Palazzo S. Domenico*, in *Bisceglie nella documentazione grafica dal '500 al '900*, a cura di G. Dibenedetto, G. La Notte, Molfetta, Mezzina editore, pp. 111-114.

BRUSCHI, A. (2010, I ed. 1977). *Bramante*, Roma-Bari, Editori Laterza.

BUCCARO, A. (1992). *Opere pubbliche e tipologie urbane nel Mezzogiorno preunitario*, Napoli, Electa Napoli.

BUCCARO, A. (2017). *All'ingresso dei Campi Flegrei: una fonte inedita sul paesaggio storico di Nisida e sull'architettura del Castello Piccolomini*, in «Città e storia», a. 12, n. 2, pp. 171-199.

[16] In entrambi i casi il lato della cella misura circa 3,2 m.

DI BIASIO, A. (1993). *Carlo Afan De Rivera e il Corpo dei ponti e strade: ingegneri e territorio nel Regno di Napoli 1800 - 1860*, Latina, Amministrazione provinciale.

DUBBINI, R. (1986). *Architettura delle prigioni. I luoghi e il tempo della punizione (1700-1880),* Milano, Franco Angeli editore.

FOUCAULT, M. (1976). *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Torino, Einaudi.

NOTARFRANCESCO, D. (2013). *L'edilizia penitenziaria tra "vecchi" e "nuovi" spazi della pena*, in *La dignità della persona in carcere*, a cura di D. Notarfrancesco, V. Giordano, «Dispense dell'ISSP», n. 4, pp. 5-32.

PARENTE, A. (1998). *Architettura ed archeologia carceraria: Santo Stefano di Ventotene ed il «Panopticon»*, in «Rassegna penitenziaria e criminologica», n. 1-3, pp. 43-137.

PASQUALE, M. (1997). *Il castello di Trani. Vite e volti di un castello di Puglia,* in *Il Castello Svevo di Trani: restauro, riuso e valorizzazione*, a cura della Soprintendenza per i Beni Ambientali, Architettonici, Artistici e Storici della Puglia, Napoli, Electa Napoli, pp. 15-132.

ROSSI, P. (2015). *Tra neoclassicismo e progetto della città borghese. Una riflessione sull'opera degli allievi della Scuola di Ponti e Strade*, in «Annali di Storia delle università italiane», n. 2, pp. 99-128.

RUSSO, G. (1967). *La scuola d'ingegneria in Napoli: 1811-1967*, Napoli, Istituto editoriale del Mezzogiorno.

STARACE, F. (1979). *Luigi Vanvitelli e le immagini antiche*, in *Luigi Vanvitelli e il '700 europeo*, Atti del Congresso Internazionale di Studi, Napoli-Caserta, 5-10 novembre 1973, vol. 1, Napoli, Istituto di Storia dell'Architettura, pp. 235-274.

WITTKOVER, R. (2007, I ed. 1964). *Principi architettonici nell'età dell'Umanesimo,* Torino, Einaudi.

Sitografia

http://www.nordsud.unina.it/storia_ing/direttori-presidi.html [gennaio 2021].

NOVELLI, G. (1935). *Penitenziari, sistemi*, in *Enciclopedia Treccani*: https://www.treccani.it/enciclopedia/sistemi-penitenziari_(Enciclopedia-Italiana)/ [novembre 2020]

Elenco delle fonti archivistiche

Bari. Archivio di Stato. Edifici Provinciali. B. 44, scandaglio n. 1 del 15 ottobre 1844.

Napoli. Archivio di Stato. Consiglio Generale della Pubbica Istruzione, Gradi Accademici 1830-1837. B. 1971, fasc. 45.

LE SORGENTI DI ACQUA COME CURA DEL CORPO E DELLA MENTE

Monica Esposito

Abstract

In the last decades of the eighteenth century, in the town of Klampenborg, not far from Copenhagen, two parks were opened to the public. They become, for a long time, places of pilgrimage thanks to the presence of water sources, considered miraculous. These areas, immersed in nature, perform the function of physical and – at the same time – mental care, and sick people hoping for healing arrived here along with citizens seeking peace from the city. I will try to prove that the two parks will become a place of physical – first of all – and mental care for the population who feels the need to get away from the capital.

Keywords

Copenhagen, water springs, Dyrehaven.

Introduzione

Nel corso della storia, la città è sempre stata luogo privilegiato delle cure mediche per le continue innovazioni scientifiche e per la presenza di edifici di ospitalità; tuttavia, essa è stata spesso percepita come il luogo dove il corpo si ammala per le scarse qualità di vita. Non è dissimile la sensazione che i cittadini hanno di Copenhagen durante il XVIII secolo, anche a causa della sua conformazione urbana. Essa è caratterizzata da una struttura medievale: strette strade e abitazioni in legno, che favoriscono sia la diffusione di malattie – è d'esempio l'epidemia di peste del 1711 – sia la propagazione di incendi, tra i più distruttivi quelli del 1728 e del 1795 [Kappel 1996, 13]. Copenhagen risulta essere un posto insalubre, dalle pessime condizioni igienico-sanitarie per la presenza di zone paludosi e per la mancanza di fonti di acqua pura. Inoltre, il rigido clima e l'incerta situazione politica ed economica fanno della capitale un luogo poco accogliente dal quale è necessario allontanarsi. I cittadini, in particolar modo gli infermi, di ogni estrazione sociale vanno alla ricerca di fonti di acqua lontane dai grandi centri abitati, che, secondo le credenze dell'epoca, hanno poteri curativi. Le citate proprietà devono rintracciarsi nella salubrità dell'acqua che ha reali ed evidenti effetti benefici rispetto alle contaminate acque cittadine. Di conseguenza, è grande la fortuna di sorgenti che, presenti nei piccoli villaggi sparsi nella campagna danese, riescono ad attirare viaggiatori e malati in cerca di cura.

© Aisu International 2021

Il contributo presenterà due differenti esperienze che si sviluppano nella cittadina di Klampeborg, poco lontana da Copenhagen: la Emilie kilde e la Kirsten Piil kilde. Nel sobborgo, vengono aperti al pubblico aree che diventano, per lungo tempo, mete predilette dai viaggiatori per la presenza di fonti di acqua. In essi l'infermo trae, da un lato, un rimedio fisico ai suoi mali non solo dalla somministrazione dell'acqua, ma anche per la creazione di edifici di ospitalità, costituiti grazie alle donazioni dei numerosi viaggiatori alle chiese locali; dall'altro, essi diventano luoghi di piacevole diletto per la popolazione e per gli infermi. Infatti, con il passare del tempo e il consolidarsi di tali spostamenti, le aree immediatamente antistanti le sorgenti si trasformeranno in un luogo di svago per la popolazione che sente l'esigenza di allontanarsi dalla capitale anche solo per trascorrere brevi periodi a contatto con la natura. Nella seconda esperienza riportata, questa consuetudine nel XIX secolo si tradurrà nella fondazione del Bakken, il primo parco di divertimento della Danimarca, nonché il più antico ancora esistente.

La Emilie kilde

I due esempi a cui si farà riferimento si legano al coevo contesto culturale europeo che vede l'apertura al pubblico di grandi parchi e riserve private. Per citare un esempio, in Danimarca nel 1771 si consente l'ingresso a Kongens Have, letteralmente «il giardino del re», posizionato nel centro della capitale della nazione scandinava[1] e in cui si trova il castello reale di Rosenborg. In tutta Europa, la presenza di fonti nelle zone diventate accessibili rende tali posti mete di pellegrinaggio per i cittadini desiderosi di allontanarsi dalla poca accogliente città; alcuni di essi si trasformano in parchi di intrattenimento e di divertimento. Nei fatti:

> L'origine di questa particolare tipologia si lega alla presenza, in prossimità delle città, di taverne nel verde e di siti agresti in cui sgorgano acque curative che, per accrescerne il richiamo, vengono abbelliti con giardini. Nel corso dei secoli XVII e XVIII questi luoghi vanno acquisendo caratteristiche ricreative che travalicano quelle puramente terapeutiche: divengono cioè località di incontro alla moda, conosciute più per i circoli sociali che le frequentano che per la qualità delle acque. Sono fonti ma insieme luoghi di svago e ricreazione, di incontro, di passeggio nel verde [Panzini 1993, 97].

Nel contesto descritto si deve inserire la prima esperienza della Emilie kilde situata nella cittadina di Klampenborg. La città è un ricco sobborgo a nord di Copenhagen, che vede sorgere già nel XVIII secolo le prime grandi ville della ricca borghesia danese sia per la sua vicinanza alla capitale sia per la presenza di fonti di acqua e di una natura

[1] Più tardi, nel 1841, anche il parco cittadino diventa un luogo di intrattenimento. Infatti, qui viene messo in scena *Figaro Vauxhall* per il matrimonio del principe ereditario Federico VII a Rosenborg: per tale evento sono riprodotti oltre settanta componimenti di Rossini, Strauss, Lanner e nelle pause vengono cantate delle canzoni popolari. Il parco del Castello è appositamente illuminato da migliaia di lampade dalle forme orientali. Analogamente, lo spettacolo è ripetuto il 22 settembre dello stesso anno per il compleanno del re Cristiano VIII [Haugsted 1993, 20].

1: J. Juel, *Emilie kilde*, 1784 [https://www.kulturarv.dk/kid/VisVaerk.do?vaerkId=493960].

incontaminata. Tra esse vi è anche Sølyst, una casa di campagna circondata da un rigoglioso giardino, conosciuto per la vegetazione esotica proveniente da tutto il mondo. A partire dal 1784 il proprietario, il conte Ernst Heinrich Schimmelmann, consente l'accesso al pubblico nella zona in cui è presente una fonte di acqua, chiamata "di Emilie", in onore della defunta prima moglie morta di tubercolosi [Floryan 1996, 116]. La sorgente era stata trasformata in un memoriale dal proprietario per l'amata consorte, realizzato su disegno del celebre pittore danese Nikolaj Abraham Abildgaard [Kragelund 1999] e composto da un'urna su un pilastro il cui basamento funge da fontana. Il luogo viene scelto proprio perché in prossimità della piccola sorgente, la cui acqua era stata un rimedio per la donna negli anni della malattia ed era stato un punto di ristoro nelle passeggiate nella campagna circostante. Resa accessibile, l'area inizia ad essere frequentata assiduamente, diventando con il tempo il ritrovo della ricca borghesia danese in cerca di cura per le proprietà benefiche dell'acqua incontaminata. La fonte riveste un ruolo tanto importante nell'immaginario collettivo, simbolo di cura fisica e mentale, da diventare motivo di ispirazione per letterati e artisti a partire dalla fine del XVIII secolo. Infatti, nel 1784 il pittore Jean Juel raffigura la fontana attorniata da alcuni visitatori: tra essi vi è un bambino che regge un bicchiere colmo di acqua appena attinto dalla fonte (Fig. 1).

Simile scena è riportata, più tardi, in un altro dipinto dal titolo *Emilie kilde* ad opera del maestro dell'Accademia di belle arti Christoffer Wilhelm Eckersberg; protagonista è il memoriale intorno al quale vi è un ristretto gruppo di visitatori. Dunque, già il primo esempio restituisce l'evoluzione della concezione del parco che, aperto al pubblico, diventa prima un rimedio agli affanni fisici e poi un punto di ristoro per i visitatori, dando vita spesso a una vera e propria consuetudine ricreativa. Allo stesso modo, in altre cittadine quali Sophienholm, Dronningaard e Frederiksberg, le fonti di acqua, considerate curative e quasi miracolose, attirano sempre di più la popolazione danese.

La Kirsten Piil kilde ed il primo parco di divertimento della Danimarca

Altra importante fonte è la Kirsten Piil kilde, situata in prossimità del parco della riserva di caccia reale di Dyrehaven, ovvero "parco dei cervi", nella cittadina di Klampeborg. La sorgente è luogo di ritrovo degli infermi per le proprietà curative delle acque e finisce per diventare, per la vicinanza al parco reale, un piacevole posto di svago per i viaggiatori nella bella stagione estiva; tale usanza darà luogo alla creazione del parco di divertimenti del Bakken (Fig. 2). La fonte è resa celebre a partire dal 1583, quando una giovane ragazza copenhagense di nome Kirsten, secondo la leggenda, durante la notte si perde e vaga per la foresta, finché la sorgente miracolosa riesce a ricondurla sulla strada di casa. La storia si diffonde tra gli abitanti di Copenhagen che iniziano a recarsi

2: F. Richardt, *Kirsten Piils kilde*, 1866 [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sj%C3%A6lland_10_Kirsten_Pils_Kilde_V_1866.jpg].

in pellegrinaggio per berne l'acqua dagli effetti curativi. Secondo l'antica credenza, i visitatori, giunti alla fonte, per scacciare la malattia devono lanciare una moneta nella fontana e dopo bere da una tazza nuova, che deve essere poi rotta. La rottura del recipiente assume un significato simbolico, ovvero quello di aver allontanato e debellato definitivamente il male. Il viaggiatore deve dormire in tale luogo e porre sotto il capo un po' di terreno della sorgente, raccolto e avvolto in un panno. Il pellegrinaggio è associato ad una serie di altri rituali per cui, oltre a bere da una ceramica nuova e riposare durante la notte nelle vicinanze della fonte, il malato deve lasciare il posto indossando abiti nuovi. Per tale ragione, una volta arrivati sul luogo si ritrovano numerose stampelle, bende e bastoni che i visitatori guariti hanno lasciato nel corso degli anni, ma anche vecchi indumenti che potevano essere indossati dai malati più poveri per completare il rituale. Col tempo, tuttavia, la fonte e la relativa leggenda vengono dimenticate, fino a quando, nel 1732, essa viene di nuovo ripulita e viene apposta l'incisione: «la natura qui mostra quanto è bella. Quando la Fonte uscì dalle strade nascoste, Kirstine Piil fu colei che trovò l'acqua della fonte, 1583»[2]. Questi sono gli anni in cui l'illuminato monarca Federico V di Danimarca è impegnato in una serie di iniziative, tra cui l'istituzione dell'Accademia danese reale di belle arti e la promozione di un luogo per le rappresentazioni teatrali. Il re, allineandosi con le esperienze europee, consente anche l'ingresso alla grande riserva di caccia nel 1746, permettendone poi dal 1756 l'accesso all'aristocrazia; pertanto in estate, a partire da tale data, giocolieri e intrattenitori iniziano a piantare le loro tende intorno a Kirsten Piils kilde per allietare nobili e pellegrini che vi giungono per trarne benefici fisici. Inoltre, nel 1781 il sovrano rende l'accesso completamente pubblico al parco, ragion per cui si vede l'intensificarsi degli infermi. La fonte, che è l'attrazione principale, sembra avere grandi benefici sui cantanti, sui malati di colera e sui bambini. Tale è la fortuna del pellegrinaggio che il 2 luglio di ogni anno si inizia a celebrare la festa del giorno di mezza estate nella stagione chiamata anche "della fontana" [Floryan 1996, 117]. L'inizio della festività è segnato da brindisi di acqua, dal consumo di grandi quantità di cacciagione, di vini e di dolci; i partecipanti sono allietati da musica, da giochi, da canti, da funamboli e da acrobati. I venditori di tutta Europa giungono qui e la popolazione, non solo i malati, allestisce tende per godere della natura. È chiaro che il parco riesce a fornire contemporaneamente una cura alla mente e allo spirito.

Con l'aumentare dell'afflusso alla sorgente, i possessori delle tende, che offrono ospitalità a coloro che hanno intenzione di dormire per scacciare la malattia, e i cittadini in cerca di divertimento sono costretti a spostarsi verso oriente nell'area di Dyrehavsbakken, ovvero "il grande prato", e a pagare il suolo su cui allestiscono gli accampamenti. Il pagamento varia in base alla durata della permanenza sulla collina, alle dimensioni della tenda, al reddito del proprietario e probabilmente anche alla posizione.

La moltitudine di viandanti che, dalla capitale o dai piccoli sobborghi vicini, giungono al parco in cerca di acqua salubre fa aumentare il traffico lungo le strade di collegamento: tale fenomeno viene sfruttato dalle comunità locali per l'istituzione dei "blocchi dei

[2] Traduzione dell'autrice.

3: B. Olsen, *Kirsten Piils kilde*, 1874 [København Bymuseet].

poveri" lungo i punti di snodo. I blocchi sono casseforti, generalmente di legno, con lucchetti, in cui i viaggiatori inseriscono donazioni in denaro. Le offerte contribuiscono, insieme al pagamento delle tende, alla costruzione di due luoghi di ospitalità per i bisognosi gestiti dalla comunità ecclesiastica, uno nella cittadina di Gjentofte e l'altro in quella di Lyngby, che dal 1852 ottengono due edifici con otto letti. Pur evoluta la scienza medica nel corso del XIX secolo, le persone cercano ancora le sorgenti sacre non solo per i miracolosi effetti, ma per trascorrere anche semplicemente una serata di festa all'aria aperta. Dunque, è già evidente che tale pratica, oltre ad offrire una cura *sui generis*, riesce a dare sollievo ai malati e ospitalità ai meno abbienti, grazie all'istituzione degli ospedali e alla pratica della donazione dei vestiti.

Attraverso alcune rappresentazioni pittoriche è possibile avere idea del numero di cittadini attratti da questi luoghi. In un dipinto, *Kirsten Piils kilde*, è visibile la fontana in legno verso cui si appropinquano i viaggiatori di ogni classe sociale, che trascorrono piacevolmente la giornata di calura con musiche e rappresentazioni teatrali; sono riconoscibili tra le figure un arlecchino e vari suonatori (Fig. 3). L'allestimento delle tende e gli intrattenimenti verso la Dyrehavsbakken sono raffigurati nel dipinto del pittore C. A. Lorentzen dal titolo *En gøglertrup ankommer til Dyrehavsbakken*, ovvero «Un giocoliere arriva a Dyrehavsbakken», conservato allo Staten Museum For Kunst e realizzato intorno al 1800. Lorentzen testimonia l'entrata di una compagnia di giocolieri nel grande parco, in cui già sono allestite le tende ed è sopraggiunto un gran numero di visitatori delle diverse classi sociali (Fig. 4).

Lo spostamento degli accampamenti e degli intrattenitori verso il grande prato di Dyrehavsbakken permette dal 1840 la formazione del primo parco di divertimenti[3] della Danimarca, il Bakken. Esso ospita una giostra a vapore, una pasticceria con maestranze italiane e tende intorno ad uno spazio centrale vuoto destinato ai visitatori dove possono concedersi pranzi e momenti spensierati (Fig. 5). Significativa, quindi, diventa tale esperienza, poiché il parco e la Kirsten Pill diventano un luogo nel quale i viaggiatori infermi giungono per le caratteristiche ricreative oltre che terapeutiche.

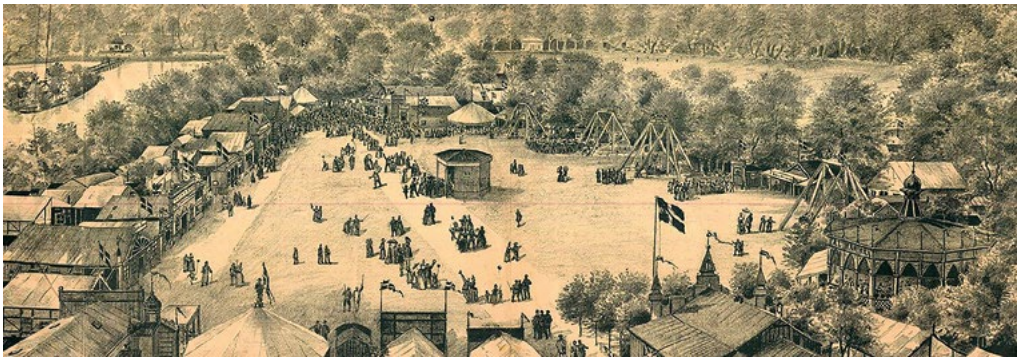
Nel corso del XIX secolo, l'evidente miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e delle cure mediche fa sì che si sviluppino simili luoghi di svago nella stessa capitale nella strada di Frederiksberg Allé[4], dove pure sono presenti fonti di acqua, e poi il celebre parco di divertimenti di Tivoli[5]. Oltre la presenza di attrazioni, il Bakken e il Tivoli avranno in comune la possibilità di godere dell'acqua proveniente dalla famosa

[3] I primi parchi pubblici spesso si trasformano in luoghi di intrattenimento e di divertimento, dove poter passare del tempo libero, affondano le radici nel Settecento, con lo sviluppo della progettazione dei parchi naturalistici e con la nascente concezione di paesaggio. Nascono così i primi viali alberati con aree a giardino e piccoli edifici privati, ritrovi in cui è possibile assistere a spettacoli teatrali o di marionette.

[4] L'architetto incaricato crea un giardino romantico, facendo della natura la protagonista; le persone, in sintonia con essa, devono avere l'illusione di essere lontane dalla città. Il fondatore è fortemente convinto della necessità di offrire divertimento a buon mercato e che il Tivoli sia elegantemente progettato da un architetto, a differenza della struttura spontanea del Bakken. Tra il 1841 e il 1842, nella strada di Frederiksberg Alle n. 9 si sviluppa l'Alleenberg, una sorta di luogo del diletto in stile cinese con ventidue piccoli edifici. Tra i più famosi vi è anche il Sommerlyst, un grande giardino di piacere con padiglioni, una giostra, ruote panoramiche e un palco. Lungo la strada sorgono un parco chiamato Valhalla, il padiglione svizzero, il St. Thomas e Rosenfryd; infine, nel 1857 viene aperto un complesso di intrattenimento in stile moresco chiamato Alhambra. Esso contiene la più grande sala da concerto di Copenhagen, che può ospitare fino a duemila persone [Haugsted 1993, 71].

[5] I modelli di riferimento sono le molteplici esperienze europee, precedenti e coeve, che il fondatore conosce grazie ai suoi numerosi viaggi; si possono citare il Vauxhall Gardens a Londra, uno dei parchi più antichi, sviluppatosi a partire dal 1600, e poi quello di Parigi, Le Jardin de Tivoli o Tivoli Boutin, fondato nel 1773 e chiuso nel 1850. Ad essi si aggiunge la famosa visita alla villa d'Este a Tivoli per le rovine, le magnifiche cascate e i giardini. In realtà, come visto, dalla fine del XVIII secolo si era diffusa nelle grandi città europee la moda di creare parchi secondo le teorie di Blondel. Dunque, al momento della costruzione di Tivoli esistono progetti simili in Germania, Francia e Inghilterra; purtroppo, nessuno di questi stabilimenti esiste ancora oggi.

4: C. A. Lorentzen, *En gøglertrup ankommer til Dyrehavsbakken*, 1798-1800 [https://open.smk.dk/artwork/image/KMS8662].



5: Bakken, 1889 [https://www.bakken.dk/om-os/bakkens-historie/bakkens-historie-kapitel-8/].

fonte della Kirsten Piils kilde. Ciò dimostra l'importante ruolo assunto dalla sorgente per i cittadini danesi. Nei fatti, nel 1844 Tivoli viene arricchita di una piccola attrazione che sarebbe diventata un nuovo ornamento per il giardino: si stava ricreando una sorgente dalla quale i visitatori del parco avrebbero potuto acquistare e bere l'acqua [Haugsted 1993, 104].

Conclusioni

L'apertura al pubblico nel XVIII secolo di grandi parchi lontani dalla città, caratterizzati dalla presenza di sorgenti, permettono ai malati e ai cittadini di godere di acqua pura e incontaminata, considerata altresì curativa e miracolosa. Le esperienze delle fonti di Emilie e di Kirsten hanno in comune l'idea di una terapia per il corpo grazie alle benefiche proprietà dell'acqua e una cura dello spirito e della mente tramite la natura e le varie attrazioni. Tuttavia, la Emilie kilde è il luogo di incontro di nobili e aristocratici, mentre la fonte di Kirsten è destinata ad un pubblico di diversa estrazione sociale, condizione che permetterà la creazione di un vero e proprio parco di divertimenti, aperto a tutti coloro che sono in cerca di momenti di ristoro e di pace.
Nel corso del XIX secolo, i parchi e le fonti di acqua offrono un momentaneo allontanamento dalla capitale per entrare in contatto con la rigogliosa natura e tali luoghi finiscono così per assumere un importante ruolo di accoglienza *sui generis* per i viaggiatori alla ricerca di una terapia del corpo e della mente.

Bibliografia

BRAMSEN, B. (1990). *København før og nu - og aldrig en billedkavalkade om København inden for voldene og søerne, Vestervold falder*, vol. 9, København, Palle Fogotdal.

COKE, D., BORG, A. (2011). *Vauxhall gardens: a history,* New Haven, Yale University Press.

EILSTRUP, P. (1975). *Tivoli, the story of the fairytale garden,* København, Scandinavian Idea-Publishers.

FLORYAN, M. (1996). *Gardens and garden life*, in *Copenhagen as it was in 1796*, a cura di M. Floryan, T. Kaappel, T. Melander, S. Miss, København, Thorvaldsen Museum, pp. 109-126.

HAUGSTED, I. (1993). *Tryllehaven Tivoli: Arkitekten H. C. Stillings bygninger og den ældste have,* Købenahvn, Museum Tusculanum.

Il giardino d'Europa Pratolino come modello nella cultura europea (1986), a cura di A. Vezzosi, Milano, Mazzotta.

KRAGELUND, P. (1999). *Abildgaard*, København, Museum Tusculanum Forlag.

PANZINI, F. (1993). *Per i piaceri del popolo: l'evoluzione del giardino pubblico in Europa dalle origini al XX secolo*, Bologna, Zanichelli.

The Pleasure garden, from Vauxhall to Coney Island (2013), a cura di J. Conlin, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

THOMAS, K (1996). Chrisitansborg Palace Burned in 1794 and a Large Part of the City in 1795, in *Copenhagen as it was in 1796*, a cura di M. Floryan, T. Kaappel, T. Melander, S. Miss, København, Thorvaldsen Museum, pp. 13-20.

LA CURA DEGLI "INVISIBILI". IL CASO DELL'OSPIZIO DI MENDICITÀ DI PISA (1862-1890)

Elena Serina

Abstract

The purpose of this contribution is to examine the link between health care and city through a specific case study: the Hospice of Begging of Pisa, a charitable institution for the weakest and most marginalized social classes, including beggars and poor disabled people. The combination of Health History and Urban History constitutes the most innovative aspect of this analysis, which aims to investigate the transformations caused by the foundation of the Hospice on Pisan space and society.

Keywords

Health assistance, charity, beggars, Pisa, disabled.

Introduzione

«Pisa lamentava da lungo tempo la mancanza di uno stabilimento di pubblica beneficenza, il quale provvedendo in modo stabile all'indigenza impotente giustificasse la soppressione dell'accattonaggio dalle sue strade, ormai fattosi molesto e intollerabile a tutti» [Chetoni 1864, 1]. Le parole di Leonardo Chetoni, primo direttore dell'Ospizio di mendicità di Pisa, sono emblematiche del ruolo che idealmente quest'ultimo doveva ricoprire all'interno del tessuto urbano pisano della metà dell'Ottocento. In effetti, il dilagare della cosiddetta "piaga dell'accattonaggio" aveva visto da tempo i cittadini richiedere la creazione di uno spazio *ad hoc,* in cui venissero concentrati e curati i poveri e i senzatetto. Già nel 1846 il conte Luigi Serristori, da poco nominato governatore di Pisa, in concomitanza con una commissione di cittadini appositamente creata dal Consiglio comunale, si attivò per raccogliere le somme da destinare alla costruzione di uno «stabilimento di mendicità»[1]. Il progetto, arenatosi per via dei «tempi fortunosi» del

[1] A testimonianza dello stretto nesso fra carità cittadina e filantropia privata vennero chiamati a far parte della commissione cittadini di estrazione nobiliare, come i cavalieri Francesco Roncioni, Lelio Franceschi, Alessandro Rosselmini e Francesco Sassetti, ed esponenti del clero locale, come il canonico Mariano Grassini. Sulla figura di Serristori [Lenzi 2007].

© Aisu International 2021

1848-1849, fu ripreso dopo l'Unità, quando il consiglio comunale nominò una commissione e un comitato promotore per portare a termine i lavori[2].
Una spinta decisiva per la fondazione dell'Ospizio venne dall'esigenza di "decoro urbano" che l'amministrazione comunale voleva imprimere alla città [Tolaini 1979, 255]. Essa fu infatti la parola d'ordine che animò le profonde trasformazioni del centro storico pisano subito dopo l'Unità. Se anche in precedenza non erano mancati interventi di regolarizzazione del piano urbano, in progressiva espansione per via dell'ampliamento dei tracciati ferroviari[3], fu solo dal 1861 che la classe politica dedicò una particolare attenzione a modificare la *facies* della città per andare incontro alle trasformazioni indotte dalla rivoluzione industriale [Tolaini 1979, 253]. Furono ad esempio avviati i lavori per costruire una nuova stazione, l'attuale centrale, e per valorizzare il settore meridionale della città, che si configurava sempre più come un polo di forte attrazione urbanistica. In questo quadro risultava sempre più inaccettabile la presenza di numerosi mendicanti per le vie del centro. La costruzione dell'Ospizio fu quindi interpretata come doppiamente funzionale: da una parte al mantenimento dell'ordine pubblico, dall'altra alla promozione di un'immagine positiva di Pisa agli occhi dei turisti, i quali restavano spesso «nauseati da tanto sconcio» [Chetoni 1864, 3]. Come ricordava lo stesso Chetoni:

> Chi di voi non ricorda lo stato in cui trovavasi ridotta questa nostra città per opera di una sfrenata turba di vagabondi, che sotto i luridi cenci del mendico e facendo mostra sovente di simulate infermità inondavano le più belle e popolose vie, portando la loro insistente importunità nei più frequentati ritrovi e nei caffè in cerca dell'elemosina? Chi può obliare il continuo turpiloquio e le ingiurie che da quei miserabili venivano proferite contro coloro cui non talentava il mantenerli in quegli ozi viziosi? [Chetoni 1864, 3].

L'Ospizio di mendicità di Pisa si configura, così, come un caso di studio specifico per indagare la graduale trasformazione degli spazi e dei mezzi riservati alla cura del povero alla fine del XIX secolo. Questo tema, ancora in gran parte trascurato dal dibattito storiografico, permette di intrecciare la storia urbana con quella sanitaria, data la stretta connessione fra luoghi di cura e trasformazioni di alcune aree urbane[4]. In effetti, la medicalizzazione dello spazio urbano costituì spesso una premessa fondamentale per il rafforzamento di meccanismi di controllo delle classi subalterne [Diani 1980]. A lungo considerati veri e propri *outcast*, gli indigenti si rivelano quindi soggetti privilegiati per

[2] La commissione fu composta dal canonico Gaetano Fantoni, dall'avvocato Angiolo Del Punta e da Paolo Folini, all'epoca uno degli ingegneri più noti di Pisa. Del Punta e Folini fecero anche parte del comitato, insieme ad altre otto persone: Francesco Ruschi, Franscesco Franceschi-Galletti, Giuliano Prini, Raimondo Masi e i consiglieri municipali Claudio Perroux, Giuseppe Nistri, Luigi Camici-Roncioni, Giuseppe D'Angiolo e Luigi Giannelli.

[3] Il primo piano regolatore urbano risale al 1852 e fu realizzato in seguito all'espansione dei quartieri meridionali a ridosso della stazione. Questi avevano subito un accelerato accrescimento dopo l'inaugurazione dei tratti Pisa-Livorno (1844) e Pisa-Lucca (1846).

[4] Per una panoramica generale sulla cura del povero in età liberale [Menozzi 1995; Zamagni 2001; Fiori 2005].

analizzare l'evoluzione della visione e dell'organizzazione della cura all'interno del tessuto cittadino. La loro assistenza sollevava infatti problemi di carattere sociale e sanitario, che si ripercuotevano sull'intera collettività e sul suo benessere: le trasformazioni messe in atto nella cura degli indigenti incidevano direttamente sulla vita cittadina.
Le vicende che portarono alla fondazione dell'Ospizio nel 1862 e l'analisi della sua attività fino al 1890 mostrano chiaramente l'influenza urbana dello stesso. La scelta di questo arco cronologico non è casuale: il 1862 infatti costituisce una data d'inizio significativa non solo perché vide la creazione dell'Ospizio, ma anche perché coincise con il primo tentativo dello Stato unitario di razionalizzare il ginepraio delle opere pie, *corpus* eterogeneo di enti morali a cui era perlopiù affidata la cura degli indigenti. Per regolarizzare la pubblica beneficenza, quell'anno venne varata, il 3 agosto, la legge n. 753 *Sull'amministrazione delle opere pie*, comunemente nota come «legge Rattazzi», che rese obbligatoria in ogni Comune la presenza di una Congregazione di carità, il cui scopo consisteva nell'amministrare i beni destinati all'erogazione di sussidi per gli indigenti[5]. L'estremo conclusivo è invece dato dal 1890, anno dell'emanazione della legge n. 6972 del 17 luglio *Sulle istituzioni pubbliche di beneficenza,* meglio nota come «legge Crispi». Essa segnò un *turning point* decisivo per la riorganizzazione del settore benefico-assistenziale, grazie al tentativo di sancire la fine dell'autonomia privatistica delle opere pie[6]. Queste ultime, ridenominate Istituti pubblici di beneficenza, vennero poste sotto l'amministrazione delle Congregazioni di carità, promosse ad enti principali della beneficenza comunale. Nello specifico, le Congregazioni furono incaricate di gestire e controllare inventari e bilanci delle opere pie poste sotto la loro dipendenza e di provvedere eventualmente a scioglierle o accorparle fra di loro per ridurne le spese di gestione. Alla base della riforma, oltre che motivi di carattere politico che miravano a indebolire l'ingerenza della Chiesa nel settore assistenziale, vi era infatti l'avvertita esigenza di porre fine al disordine patrimoniale e amministrativo con cui venivano gestiti i cospicui patrimoni delle opere pie [Frascani 1984].
In conclusione, indagare il funzionamento dell'Ospizio di mendicità di Pisa fra il 1862 e il 1890 permette di scandagliare il nesso fra cura e città entro un quadro legislativo piuttosto omogeneo. Questo legame sarà articolato attraverso tre snodi principali: innanzitutto, si indagherà sull'inserimento dell'Ospizio nell'intorno urbano, cercando di comprendere se vi stabilì forme di integrazione o, al contrario, fu concepito come un corpo estraneo. In seconda battuta, si rivolgerà l'attenzione all'organizzazione della cura al suo interno: chi erano cioè gli assistiti e in quali attività venivano coinvolti? Infine,

[5] La legge Rattazzi non riuscì tuttavia ad arginare l'ingerenza del clero e i meccanismi clientelari che spesso regolavano il funzionamento delle opere pie. L'impronta liberale della legge riconobbe infatti la tradizionale autonomia legislativa delle istituzioni di beneficenza, minando *de facto* qualsiasi volontà di controllo pubblico su quel multiforme corpo istituzionale composto da migliaia di istituzioni caritative e filantropiche [Preti 1984].

[6] Sul carattere innovatore della legge Crispi e sulle sue ripercussioni sul panorama legislativo assistenziale degli anni successivi [Cavaleri 1992].

aldilà della retorica ufficiale e del progetto iniziale, si verificherà l'impatto sociale dell'Ospizio e come andò concretamente configurandosi nel corso del tempo.
Al fine di ricreare un quadro analitico, la metodologia si baserà sulla pubblicistica coeva e sulle fonti archivistiche conservate presso l'Archivio di Stato di Pisa. In particolare, saranno analizzati i documenti di natura amministrativa e clinica come i regolamenti sanitari e i rendiconti dell'Ospizio. Ciò permetterà di incrociare testimonianze eterogenee sul suo funzionamento, al fine di comprendere come esso influì sullo spazio e sulla società pisana.

Le interazioni con l'intorno urbano

La scelta dell'ubicazione dell'Ospizio si rivelò fin da subito problematica. Il comitato promotore preferì inizialmente non appoggiarsi alla struttura di qualche opera pia preesistente, dato che nessuna sembrava adatta allo scopo. La costruzione di un nuovo edificio *ad hoc*, tuttavia, non suscitò un caloroso entusiasmo da parte dei cittadini, come lasciano intuire le scarse somme raccolte per avviare i lavori. A sollevare diverse perplessità era in particolare la creazione *ex nihilo* di uno stabilimento interamente adibito a ricovero di mendicità, che molti giudicavano insufficiente per gli obiettivi che si prefiggeva. L'esempio dell'antica Casa di refugio era infatti ancora ben impresso nei ricordi dei pisani [Feroci 1896, 59-61; Papeschi 1887, 15-17]: fondata nel 1781, era stata chiusa nel 1846 perché, come ricordava Chetoni, «il comodo del ricovero anziché esser di freno serviva d'incentivo all'accattonaggio» [Chetoni 1864, 10].
Data l'insufficienza di finanziamenti iniziali, il comitato dovette optare per l'occupazione di una struttura esistente e ottenne la parziale concessione del convento di San Domenico e di quello di Santa Maria del Carmine. Questa doppia collocazione fu dettata dall'esigenza di «cattivarsi la benevolenza di tutti» [Chetoni 1864, 10]: l'occupazione totale dello storico complesso di San Domenico e il conseguente trasferimento a Prato delle monache che vi abitavano avrebbe suscitato diversi malumori in città. Santa Maria del Carmine, che ospitava meno religiosi e si trovava a pochi metri di distanza da San Domenico, costituiva invece una seconda ottima base di appoggio.
La soluzione trovata fu sfruttata per separare in modo netto la sezione maschile da quella femminile, che furono collocate rispettivamente nel convento di Santa Maria del Carmine e in quello di San Domenico. Il primo riservava uno spazio maggiore agli indigenti: stando all'inventario dei beni dell'Ospizio, infatti, esso comprendeva dodici stanze al piano terra e quattordici al primo piano; la parte di San Domenico riservata alle donne ricoverate, invece, era dotata solo di nove stanze[7]. I due edifici si rivelarono strategici soprattutto per la loro posizione. Non soltanto erano collocati in via Vittorio

[7] Data l'assenza di fonti in proposito, risulta impossibile effettuare una ricostruzione più precisa degli spazi interni. L'unico riferimento al numero di stanze si trova in: Pisa. Archivio di Stato. *Prefettura*. S. III. Opere pie. B. 1274, "Inventario delle passività patrimoniali dell'Ospizio di mendicità di Pisa a tutto il 31 dicembre 1870. Brevi cenni sulla fondazione dell'Ospizio di mendicità di Pisa".

Emanuele (attuale corso Italia), nella parte meridionale della città, ma si trovavano anche nella principale via di raccordo fra la nuova stazione e il cuore del centro storico. L'Ospizio fu quindi concepito come una struttura integrata all'intorno urbano, che permetteva di «togliere lo spettacolo [dell'indigenza imponente] alla pubblica vista de' forestieri» in visita a Pisa [Chetoni 1864, 8].
A rafforzare l'interazione dell'Ospizio con la città contribuì anche la forte ingerenza del Comune nella sua gestione. Quest'ultimo non solo doveva versare un sussidio annuo per coprire il *deficit* di bilancio che puntualmente si registrava nei registri contabili dell'Ospizio, ma controllava indirettamente anche la sua vita amministrativa. Sia la nomina del direttore che quella della deputazione di soprintendenza erano infatti controllati dal Consiglio comunale[8]. Tramite questi due organi, quindi, il Comune aveva non solo modo di contribuire alle eventuali modifiche dello statuto dell'Ospizio, ma si assicurava anche un attento monitoraggio dei suoi bilanci. L'andamento economico era tenuto sotto stretta osservazione: ogni anno, dopo l'esame del bilancio consuntivo, la deputazione aveva l'obbligo di informare il Consiglio comunale, con un rapporto dettagliato redatto dal direttore, dello «stato economico, materiale e morale» dell'istituto (artt. 18 e 26) [Ospizio di mendicità 1862, 9-10]. Tale rapporto, una volta approvato, doveva poi essere reso apertamente consultabile da tutti i cittadini mediante la sua affissione nei locali dell'Ospizio e attraverso la stampa locale.
In effetti, i pisani contribuirono a sostentare l'istituto indirettamente, per mezzo del Comune, o direttamente, tramite lasciti, oblazioni ed elemosine. Mentre queste ultime erano raccolte liberamente in apposite cassette collocate in diverse chiese cittadine, le altre donazioni impegnavano i benefattori a mantenere il versamento della stessa quota per un minimo di cinque anni. Non potendo contare unicamente sulla carità cittadina, l'Ospizio si dotò di altre fonti di entrata, come i sussidi elargitigli da altre opere pie presenti in città o le rendite proprie, che si rivelarono indispensabili per garantire una certa stabilità economica.

L'organizzazione della cura

Anche se dischiuse i battenti il 28 dicembre 1862 per accogliere i mendicanti un tempo ospiti della Casa di refugio, l'Ospizio aprì definitivamente fra il 21 e il 23 giugno 1863. Nonostante la curiosità avesse spinto un numeroso pubblico a visitarlo, non fu organizzata alcuna speciale cerimonia per la sua inaugurazione ufficiale, fissata al 24 giugno[9].

[8] Nello specifico, il direttore era nominato sulla base di una terna proposta dalla deputazione. Quest'ultima era formata da dodici membri: sei scelti dal corpo dei contribuenti, che racchiudeva i principali benefattori dell'Ospizio, e sei che facevano parte del consiglio comunale. All'interno della deputazione venivano selezionati il segretario e, ogni sei mesi, un ispettore, che aveva il compito di presentare un rapporto sul funzionamento dell'Ospizio e proporre provvedimenti opportuni a migliorarne le prestazioni.

[9] «Con la semplicità compiaciuta a questa opera pia»: questo il commento di Chetoni nel ricordare l'inaugurazione dell'Ospizio. Pisa. Archivio di Stato. *Prefettura*. S. III. Opere pie. B. 1274, "Inventario delle

L'Ospizio si distinse presto all'interno del ginepraio delle opere pie pisane per l'utenza e il tipo di ricovero offerto. Esso rappresentò infatti un «istituto di pura beneficenza» per le classi sociali più deboli ed emarginate: gli anziani dai sessant'anni in su, i ciechi e i disabili di ogni età e i «ragazzi abbandonati per le strade» fra i sette e i quindici anni (art. 2) [Ospizio di mendicità 1862, 4]. Dati gli ingenti costi per il mantenimento dei ricoverati, del personale e della struttura, l'accoglienza in Ospizio fu riservata ai nativi o ai domiciliati a Pisa da almeno sette anni[10]. Fu anche consentita l'ammissione di indigenti provenienti da altri territori della provincia, ma non a titolo gratuito: a coprire le loro spese di spedalità doveva provvedere il Comune ai cui registri di popolazione risultavano iscritti. Furono invece esclusi gli affetti da malattie «cutanee, sordide e contagiose» (come la scabbia), i malati psichiatrici («gli alienati di mente») e i cosiddetti «indigenti validi», ovvero quelli che non presentavano evidenti malformazioni fisiche ed erano perciò imputati di vivere di elemosina per ozio [Ospizio di mendicità 1862, 4-5].
Proprio la considerazione del lavoro come di un «mezzo meramente moralizzatore» fu centrale nell'organizzazione della cura [Chetoni 1864, 8]. Una volta ammessi, i ricoverati venivano infatti suddivisi in diverse categorie, a ognuna delle quali era attribuita una speciale funzione all'interno dell'Ospizio[11]. In particolare, gli uomini erano coinvolti in attività di falegnameria per il rifacimento di infissi o mobili nei locali e in altre occupazioni manuali, come l'impagliatura dei fiaschi, il riaggiustamento di scarpe e vestiti o la manovalanza in diverse maestranze dentro o fuori l'Ospizio. Le donne erano invece destinate al riassetto e al lavaggio della biancheria, a lavori di maglia, al filato o al cucito. A questi impieghi interni si affiancavano esperienze di apprendistato in diverse botteghe cittadine, rivolte soprattutto ai ragazzi perché imparassero un mestiere. La continua sorveglianza sulla condotta e sui risultati ottenuti da queste attività è indicativa del fatto che esse erano state pensate per togliere i ricoverati «dall'inedia dell'ozio e moralizzarne l'esistenza» (art. 5) [Ospizio di mendicità 1862, 5]. Questo intento pedagogico è confermato dal modesto compenso che veniva loro assegnato per ogni impiego, pari alla metà del ricavato totale (l'altra metà era trattenuta dall'Ospizio per coprire i costi relativi all'acquisto di materie prime e attrezzi del mestiere). Nelle intenzioni del direttore, infatti, questo incentivo economico doveva servire a far sì che i ricoverati imparassero a desiderare il lavoro piuttosto che ritenerlo un castigo.
L'operosità era quindi percepita come parte integrante della cura. Quest'ultima non si esauriva al solo aspetto medico-terapeutico, ma era anch'essa declinata in senso

passività patrimoniali dell'Ospizio di mendicità di Pisa a tutto il 31 dicembre 1870. Brevi cenni sulla fondazione dell'Ospizio di mendicità di Pisa".

[10] Questa norma anticipava il domicilio di soccorso, che prevedeva il rimborso delle spese di sanità e la possibilità di godere di prestazioni assistenziali nel Comune di residenza. I risvolti economici di tale pratica, introdotta dalla legge Crispi, erano notevoli: vista la scarsissima disponibilità di risorse, i Comuni concedevano a fatica il certificato di residenza e spesso rifiutavano le spese per l'assistenza agli indigenti, addossandole al Comune in cui questi risultavano residenti.

[11] In particolare, i ricoverati erano divisi in due categorie, che raggruppavano gli «ospitati assolutamente invalidi» e quelli abili al lavoro. All'interno di ognuna venivano poi distinte due classi a seconda dell'età (dai 7 ai 15 anni o dai 18 anni insù).

paternalista e moralista: da un lato si prestava particolare attenzione alla disciplina, attraverso una rigida regolamentazione della giornata-tipo degli assistiti, dall'altra si insisteva sulla cosiddetta "cura d'anime". A testimonianza della permanenza della tradizionale *pietas* cristiana nella gestione degli indigenti, essa rivestiva infatti un'importanza equiparabile a quella dell'assistenza materiale. Per questo l'educazione religiosa ricoprì un posto centrale nella vita dell'Ospizio: i ricoverati, ad esempio, dovevano assistere alla messa festiva, seguire lezioni di catechismo e recitare quotidianamente preghiere mattutine e serali.

Accanto alla formazione spirituale prendeva posto quella scolastica. Sia ai ragazzi che agli adulti era impartita obbligatoriamente un'istruzione di livello elementare, che insegnasse loro a leggere, scrivere e far di conto. Essa serviva anche a migliorare l'immagine dell'Ospizio agli occhi degli stessi ricoverati, in modo che non fosse considerato un mero luogo di reclusione o di segregazione dal resto della società, ma «un asilo destinato loro dalla carità cittadina» [Chetoni 1864, 33].

Per quanto riguarda invece l'aspetto strettamente sanitario, la cura veniva perlopiù intesa come prevenzione. Emblematiche in tal senso erano le rigide prescrizioni igieniche che i ricoverati dovevano seguire fin dal risveglio: prima ancora di recitare le preghiere del mattino e andare a colazione, dovevano rifarsi il letto, ripulirsi il vaso da notte e provvedere alla propria igiene personale[12]. Queste attenzioni non erano dettate solo da ragioni di tipo sanitario, ma si legavano anche all'intento pedagogico che animava la concezione stessa di cura. Ne è una prova il sistema di punizioni e ricompense ideato per far rispettare la disciplina interna all'istituto: oltre alla buona condotta e all'impegno profuso nelle attività scolastiche e lavorative, si valutava anche il grado di pulizia della persona e del vestiario[13].

La prevenzione si basava poi sull'alimentazione. Anche se la dieta non era particolarmente varia né ricca di elementi calorici e proteici, era comunque abbondante e nutriente se posta a confronto con gli elementi base del vitto di gran parte della popolazione durante i primi decenni dello Stato unitario. Il pane bianco, la minestra preparata con brodo animale e la razione di carne, serviti solitamente a pranzo almeno una volta a settimana, erano infatti spesso assenti dalle tavole dei contadini conterranei. Sulla scia degli studi di Frascani è quindi presumibile che, come per la medicina ospedaliera ottocentesca, anche in Ospizio i pasti costituissero probabilmente l'intervento più concreto per preservare i ricoverati dalle malattie del tempo [Frascani 1984, 313]. Anche questo

[12] Nell'igiene personale rientrava, oltre alla pulizia del corpo, anche quella dei vestiti, che dovevano essere tenuti ordinati e ben lavati. Essi venivano ricevuti all'ingresso in Ospizio e potevano essere cambiati solo dopo due anni.

[13] Le ricompense erano date in denaro e variavano dalle 5 alle 10 lire a seconda dei meriti del premiato. In ogni caso, il loro ammontare complessivo non poteva superare le 200 lire. Anche le punizioni erano regolamentate e cambiavano in relazione alla gravità della trasgressione alle regole. Dopo l'ammonizione era generalmente previsto un trattamento a soli pane e acqua o l'isolamento nella cosiddetta "camera di disciplina" per un periodo massimo di tre giorni, in cui si dormiva su un letto di paglia e il vitto poteva essere ridotto. La pena più grave era l'espulsione, in seguito alla quale il ricoverato veniva consegnato alla polizia (artt. 151-157) [Ospizio di mendicità 1862, 34-35].

versante della vita in Ospizio fu regolato da una stretta disciplina: essi, ad esempio, dovevano mangiare in silenzio e a turno provvedere a lavare le stoviglie e a pulire il refettorio e la cucina.
Quanto invece all'assistenza medica vera e propria, essa era fornita da due chirurghi a stipendio fisso e da altri due non retribuiti. Oltre che ad esprimersi sull'ammissibilità degli indigenti in Ospizio, i medici erano tenuti a visitare tutti i ricoverati almeno una volta a settimana e a prescrivere adeguate misure sanitarie. Fra queste, le più frequenti erano la separazione dei malati dai sani o il trasferimento dei pazienti affetti da malattie infettive in ospedale. Quest'ultima disposizione fu adottata fino alla metà degli anni '70 del XIX secolo, quando anche in Ospizio fu allestita un'infermeria.

Luci e ombre: l'impatto sociale dell'Ospizio

Nelle intenzioni dell'amministrazione comunale e di quei privati cittadini che ne avevano incoraggiato la fondazione, l'Ospizio doveva costituire un nuovo spazio nella città deputato alle cure e all'internamento di mendicanti e altri indigenti cosiddetti «inabili al lavoro». I frequenti contatti fra Ospizio e Comune per la sua gestione permettono di mettere in risalto l'importanza che esso era chiamato a rivestire nella vita urbana pisana. Stando ai rendiconti annuali, a pochi anni dalla sua creazione l'Ospizio aveva già «purgato la città dall'accattonaggio», raggiungendo con successo i suoi obiettivi iniziali [Chetoni 1864, 31]. Aldilà della retorica altisonante con cui la sua attività veniva propagandata, risulta tuttavia utile chiedersi quale sia stato il suo concreto impatto sociale. Lo spoglio dei principali giornali locali coevi restituisce in realtà un'immagine diversa da quella delle fonti di natura amministrativa prodotte dall'istituto. Emerge infatti come, anche dopo la fondazione dell'Ospizio, la presenza di mendicanti in città non fosse stata né azzerata né ridotta. In un articolo del 1873, ad esempio, il settimanale «Ponte di Pisa» denunciava che tante erano le lettere di lamentela pervenute alla redazione riguardanti «una schiera di poveri elemosinanti con insistente ferocia» sul Lungarno e una «turba degli accattoni» ancora presenti nelle vie del centro e nei caffè [«Il Ponte di Pisa» 1873]. Addirittura, il giornale faceva notare come il vagabondaggio in particolare avesse assunto «proporzioni strane e forme nuove di aggressione», riferendosi in particolare agli «accattoni di mestiere», dipinti come «speculatori della carità e della benevolenza pubblica»[14] [«Il Ponte di Pisa» 1873].
Anche qualche anno dopo la situazione non sembrava essere migliorata. Nel 1879, ad esempio, il giornale politico amministrativo «Corriere dell'Arno», oltre a segnalare la presenza continua di *clochard* per strada, invocò più l'aiuto delle forze dell'ordine che quello di ospizi e opere pie per ridurre quella che definiva come «una delle piaghe del Paese» [«Corriere dell'Arno» 1979]. In linea con la concezione poliziesca del tempo,

[14] Questa sottolineatura non era casuale: nel linguaggio dell'epoca si era infatti soliti distinguere i mendicanti, che si trovavano in uno stato di vera indigenza, dai cosiddetti accattoni, che invece erano ritenuti vivere di elemosina più per ozio che per necessità [Fiori 2005, 23].

infatti, il fenomeno dell'accattonaggio fu correlato a una presunta pericolosità sociale. Non a caso il primo testo unico sulla pubblica sicurezza del regno d'Italia, emanato il 20 marzo 1865, associò ai mendicanti le categorie di vagabondi e oziosi, qualificando la loro gestione come un problema di ordine pubblico. Le norme che regolavano la questua erano piuttosto rigide ed esprimevano l'esigenza di effettuare uno stretto controllo sociale sui mendicanti: qualora nel Comune non vi fosse un Ospizio di mendicità, gli indigenti potevano mendicare in città e nel territorio circostante previa richiesta di un certificato comunale di indigenza e di invalidità [«Gazzetta Ufficiale» 1865, art. 67]. Era poi comunque vietato mendicare «facendo mostra di piaghe, mutilazioni o di deformità, o con grossi bastoni o con altre armi ovvero proferendo parole o facendo gesti od atti di disperazione» [«Gazzetta Ufficiale» 1865, art. 68].
Ancora più esplicito nel formulare un giudizio sull'Ospizio fu il settimanale «Gazzetta di Pisa», che, a fronte della «folla di accattoni» ancora presente in città, domandò esplicitamente a cosa servisse mantenere aperto l'Ospizio [«Gazzetta di Pisa» 1868a]. Con l'esortazione a «scuotere dal sonno quella commissione che dicesi preposta alla sorveglianza e al buon andamento dell'Ospizio», il giornale proponeva di ampliare i locali dell'istituto e di riformare il regolamento, dato che molti indigenti venivano esclusi dall'Ospizio perché non soddisfacevano i requisiti di ammissione [«Gazzetta di Pisa» 1868b]. Queste disfunzioni sono confermate anche dalla ricognizione archivistica condotta. Tramite essa è stato possibile rilevare che le richieste di ammissione respinte riguardassero principalmente gli indigenti non domiciliati a Pisa, ai quali era riservato un numero limitato di posti letto: 20 nella sezione femminile e 20 in quella maschile[15].

Conclusioni

In conclusione, dall'analisi dell'impatto sociale dell'Ospizio emerge il mancato raggiungimento degli obiettivi con cui fu fondato, principalmente legati a ragioni di decoro urbano. Il cronico *deficit* di bilancio fu indubbiamente fra le cause principali di tale fallimento. Sebbene le fonti a disposizione non permettano di ricostruire nel dettaglio le entrate e le uscite, è possibile ipotizzare che il contributo della cassa municipale fosse appena sufficiente a coprire il disavanzo. È quindi utile interrogarsi sulle responsabilità del Comune nel mal funzionamento dell'Ospizio. In effetti, dopo averne incoraggiato la nascita, le autorità comunali sembrarono disinteressarsi del suo sviluppo. Un tale atteggiamento è sintomatico del permanere di una concezione di assistenza più legata alla spontanea iniziativa di benefattori privati che ad una seria programmazione pubblica.

[15] Questo dato si riferisce al 1874, annata per cui tuttavia non è stato possibile ricavare il numero di posti letto complessivi: Pisa. Archivio di Stato. *Prefettura*. S. III, Opere pie. B. 708, lettera del direttore dell'Ospizio alla prefettura con oggetto "istanza di ricovero di Leopoldo Nardi", 5 giugno 1874. Si segnala comunque che fra il 1863 e il 1870 il totale dei ricoverati aumentò di quasi il doppio, passando da 89 a 160 individui: Pisa. Archivio di Stato. *Prefettura*. S. III. Opere pie. B. 1274, "Inventario delle passività patrimoniali dell'Ospizio di mendicità di Pisa a tutto il 31 dicembre 1870. Brevi cenni sulla fondazione dell'Ospizio di mendicità di Pisa".

Lo studio dell'Ospizio di mendicità di Pisa risulta quindi esemplificativo della più generale crisi della filantropia tradizionale ottocentesca, prima che la legge Crispi sancisse un *tournant* decisivo nell'inaugurare un sempre più crescente protagonismo dello Stato nella gestione dell'assistenza.

Bibliografia

Accattonaggio (1979), in «Corriere dell'Arno», 9 febbraio.

Accattonaggio (1868a), in «Gazzetta di Pisa», 19 settembre.

Accattoni e fiammiferai (1873), in «Il Ponte di Pisa», 26 novembre.

Allegato B «legge sulla sicurezza pubblica» alla legge 20 marzo 1865, n. 2248 inserta nella Gazzetta del 27 aprile u. s. n. 101 (1865), in «Gazzetta Ufficiale», n. 112.

CAVALERI, P. (1992). *L'assistenza tra disciplina pubblica e libertà dei privati. Cento anni di giurisprudenza sulla «Legge Crispi»,* Milano, A. Giuffrè.

CHETONI, L. (1864). *Ospizio di mendicità di Pisa. Memoria della sua fondazione, lista dei contribuenti e primo rendimento di conti*, Pisa, Tipografia Nastri.

DIANI, M. (1980). *Antinomia e ambiguità del controllo sociale: la medicalizzazione dello spazio urbano nel XIX secolo*, in «Storia urbana», a. IV, n. 13, 1980, pp. 77-88.

FEROCI, A. (1896). *Degli antichi spedali in Pisa,* Pisa, tip. Vannucchi.

FIORI, A. (2005). *Poveri, Opere pie e assistenza. Dall'unità al fascismo,* Roma, Studium.

FRASCANI, P. (1984). *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia. Malattia e medicina*, vol. 7, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 300-330.

L'accattonaggio e l'Ospizio di Mendicità (1868b), in «Gazzetta di Pisa», 10 ottobre.

LENZI, M. (2007). *Moderatismo e amministrazione nel Granducato di Toscana: la carriera di Luigi Serristori,* Firenze, L. S. Olschki.

MENOZZI, D. (1995). *Li avrete sempre con voi. Profilo storico del rapporto tra Chiesa e poveri*, Torino, Gruppo Abele

PAPESCHI, A. R. *(1881). Le Opere pie del Comune di Pisa. Relazione alla Commissione comunale dei provvedimenti finanziari*, Pisa, tip. Vannucchi.

Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi (2001), a cura di V. Zamagni, Bologna, Il Mulino.

PRETI, D. (1984). *La lotta tubercolare nell'Italia fascista*, in *Storia d'Italia. Malattia e medicina*, vol. 7, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 335-387.

Regolamento per l'Ospizio di mendicità di Pisa (1862), a cura dell'Ospizio di mendicità, Pisa, Tipografia Nistri.

TOLAINI, E. (1979, I ed. 1967). *Forma Pisarum. Storia urbanistica della città di Pisa. Problemi e ricerche*, Pisa, Nistri Licchi.

Elenco delle fonti archivistiche

Pisa. Archivio di Stato. Prefettura. S. III, Opere pie. B. 708, lettera del direttore dell'Ospizio alla prefettura con oggetto "istanza di ricovero di Leopoldo Nardi", 5 giugno 1874.

Pisa. Archivio di Stato. Prefettura. S. III. Opere pie. B. 1274, "Inventario delle passività patrimoniali dell'Ospizio di mendicità di Pisa a tutto il 31 dicembre 1870. Brevi cenni sulla fondazione dell'Ospizio di mendicità di Pisa".

L'ACROPOLI OSPEDALIERA NAPOLETANA: DAGLI INCURABILI ALLA RICONVERSIONE DI UN'AREA CONVENTUALE IN CLINICHE UNIVERSITARIE

Francesca Capano

Abstract

In the north-west area in the Naples city wall, originally part of the Greek acropolis, churches and monasteries were concentrated. Here, at the beginning of the XVIth century, Maria Lorenza Longo founded the Incurabili (Incurables) hospital, which developed quickly; in a century it had reached its present shape, like the neighbouring convents, becoming the reference point for this part of the city. A network was established between hospitals and convents, which led to the transformation of almost all religious buildings first into hospital (during the French decade) and then into university clinics (after the Italy's unification).

Keywords

Naples University, Guglielmo Melisurgo, Pier Paolo Quaglia, Vincenzo Rinaldo, Pediatric Clinics in Naples.

Introduzone

Dalla metà del Seicento l'area limitata a nord ovest del cosiddetto "centro antico" di Napoli, delimitata a sud dal decumano superiore (nel tratto delle vie Anticaglia, Pisanelli, Sapienza), da vico Limoncello a est e dal tracciato delle mura a nord e a ovest, aveva assunto una conformazione urbana definita dalla presenza quasi esclusiva di edifici religiosi, che si era mantenuta praticamente inalterata fino alla fine del XIX secolo. L'area conventuale gravitava intorno al polo dell'Ospedale di Santa Maria degli Incurabili, come descrive la *Mappa topografica della città di Napoli* di Giovanni Carafa duca di Noja (1750-1775), che rileva senza soluzione di continuità Sant'Aniello a Caponapoli, Sant'Andrea delle Dame, San Gaudioso, Santa Maria delle Grazie a Caponapoli, Santa Maria Regina Coeli, Santa Maria di Gerusalemme, Santa Patrizia e il nosocomio degli Incurabili. Questa eccezionalità era stata riconosciuta da Roberto Pane per la grande insula degli Incurabili, definita come «l'insieme conventuale più variamente articolato di tutto il centro antico» [Pane, Cinalli, D'Angelo *et al.* 1970, 60].

© Aisu International 2021

La vocazione dell'area a carattere religioso ha antica origine, grazie alla sua conformazione scoscesa e sopraelevata rispetto a *Neapolis* su cui si affacciava, e alla quale si offriva come sfondo prospettico in sequenza dopo il foro, i teatri e i templi. Il fenomeno di abbandono della *regio marmorata*, com'era chiamata in ricordo dei suoi monumenti, la relegò a zona semi-urbana anche se *intra moenia*. Questi luoghi, accidentati ma salubri per la presenza di venti, di pozzi e cisterne, che ne assicuravano l'approvvigionamento idrico, erano poco edificati e caratterizzati da orti. Durante l'Alto Medioevo si verificarono le prime riconversioni dei templi, di cui però non si conosce l'esatta ubicazione.
Gli edifici religiosi più antichi – la cui origine tradizionalmente si colloca tra i secoli IV e VI – sono il cenobio di San Gaudioso, dove si venerava la Vergine di Agnone; Sant'Agnello, poi Sant'Aniello a Caponapoli, la cui chiesa era dedicata a Santa Maria Intercede, e il monastero dei Santi Nicandro e Marciano, che accolse le reliquie di Santa Patrizia, a cui fu poi intitolato.
All'inizio del XV secolo l'area fu scelta dai monaci di Pietro da Pisa per costruire la chiesa e il monastero di Santa Maria delle Grazie a Caponapoli. Maria Lorenza Longo fondò nelle immediate vicinanze della casa dei lucchesi l'Ospedale di Santa Maria degli Incurabili, inaugurato nel 1519, che divenne il più grande ospedale napoletano, grazie alle donazioni dei cittadini non solo nobili. Sempre Longo istituì l'adiacente monastero di Santa Maria di Gerusalemme o delle Trentatré, destinato all'origine ad ospitare il suo confessore san Gaetano Thiene, e poi trasformato nella clausura dove si ritirò.
Tra la fine del secolo XVI e la prima metà di quello successivo quasi tutti gli spazi verdi e costruiti furono occupati da ordini monastici. Le monache canonichesse lateranensi acquistarono la proprietà di Antonio d'Aragona, duca di Montaldo (1570), per trasformarla nel convento e nella chiesa di Santa Maria Regina Coeli, inaugurata nel 1594. Dal 1583 le sorelle Parascandalo comprarono aree ancora inedificate da San

1: Il confronto tra il particolare della *Mappa Topografica* del duca di Noja (1750-1775) e la stessa area in un'immagine zenitale di Google con l'individuazione delle emergenze religiose: 1. chiesa di Sant'Aniello a Caponapoli; 2. ex complesso di Sant'Andrea delle Dame; 3. ex complesso di San Gaudioso; 4. ex monastero di Santa Maria delle Grazie; 5. chiesa e convento di Santa Maria Regina Coeli; 6. ospedale e chiesa di Santa Maria del Popolo degli Incurabili; 7. chiesa e monastero di Santa Maria di Gerusalemme; 8. ex complesso di Santa Patrizia.

Gaudioso e Sant'Aniello, su cui fecero costruire la chiesa di Sant'Andrea delle Dame con l'annesso convento[1].
L'antica acropoli era divenuta quindi un'acropoli assistenziale dove Incurabili e monasteri convivevano, instaurando tra loro diverse relazioni (Fig. 1): l'utilizzo condiviso degli orti officinali, questioni di confini o di sconfinamenti. Questo equilibrio entrò in crisi con il decennio francese.

Utilizzi e adattamenti: verso la città borghese

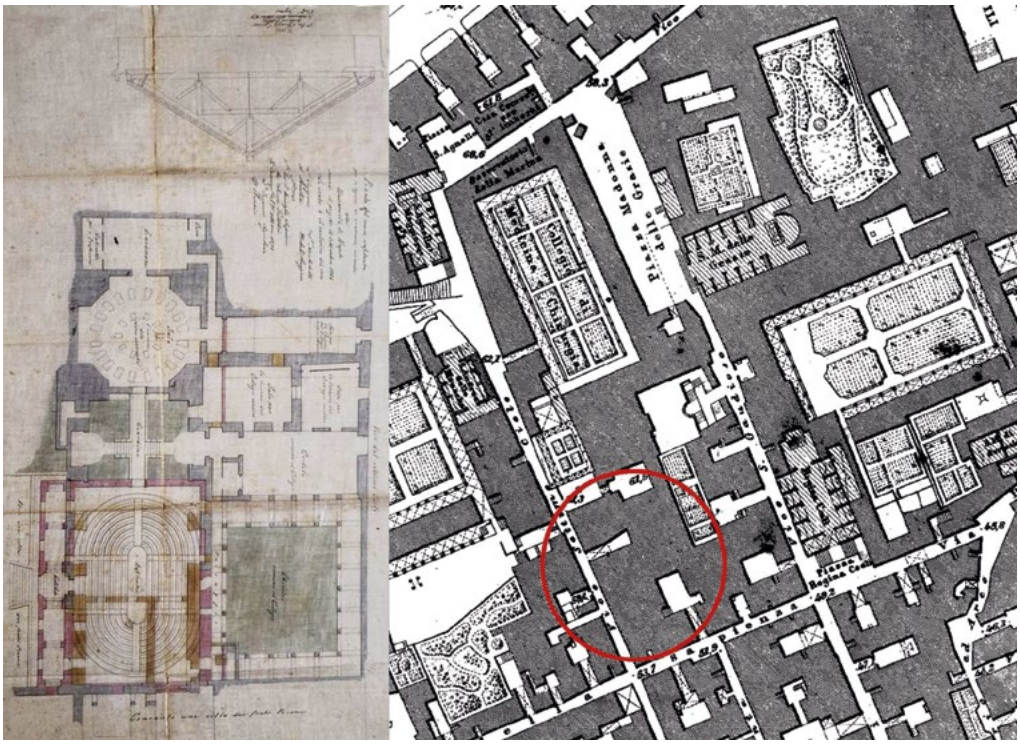
I napoleonidi attraverso le soppressioni degli ordini religiosi incamerarono gran parte del patrimonio immobiliare, ottenendo così spazi che avrebbero reso possibile una riorganizzazione della città; gli edifici acquisiti venivano riconvertiti nelle attrezzature necessarie, di cui Napoli mostrava evidenti carenze, per una città moderna. In scala minore qualcosa di simile era avvenuto durante il governo di Ferdinando VI. Nel 1767 i Gesuiti erano stati espulsi dal regno. E contestualmente il Collegio massimo fu trasformato per accogliere la regia Università, liberando il Palazzo dei Regi Studi, ristrutturato in Real Museo [Fratta 2004, 13]. La nuova collocazione delle istituzioni culturali destinava di fatto il versante occidentale dell'antica città, tra il polo dell'università a sud e quello del museo a nord, alla sistemazione di attività scientifiche, formative e culturali.
Con le soppressioni tra il 1808 e il 1809 tutti gli edifici religiosi furono avocati "per pubblica utilità"; alcuni al termine del governo francese furono restituiti, mentre altri rimasero al demanio. I nuovi usi dipesero dalle necessità dell'Ospedale degli Incurabili: infatti il monastero di Santa Maria delle Grazie fu definitivamente ceduto al nosocomio. Sorte simile toccò a San Gaudioso che, così come era stato il primo cenobio sull'antica acropoli, fu il primo complesso di quest'area a subire vari cambi di destinazione d'uso, divenendo un caso emblematico. Chiesa, convento e spazi verdi utilizzavano quasi interamente l'insula doppia, stretta e lunga, dell'antico impianto greco coloniale e furono adattati a utilizzi diversi. Furono sistemati in modo incongruo e alquanto disordinato: la specola astronomica, la residenza dei padri lucchesi – che cacciati dal convento di Santa Maria delle Grazie continuavano a officiare nella chiesa – l'Istituto scolastico Froebeliano, ambienti distaccati degli Incurabili e il Collegio medico cerusico [Giannetti 2018a, 112]. La riconversione in collegio dipese dalla necessità che scuola e ospedale fossero vicini, fattore determinante per molte delle scelte che seguirono. Il convento di Sant'Aniello fu invece venduto a un privato, poiché era la proprietà meno consistente, e trasformato in edificio per appartamenti [Giannetti 2018b, 105].
La conservazione di Santa Maria Regina Coeli, che ci è giunta quasi inalterata, dipese dalla sostituzione delle monache canonichesse con le suore francesi della Carità di Giovanna Antida Thouret, alle quali il governo francese assegnò il compito di istituire un educandato, che ha preservato il monastero, ancora oggi dello stesso ordine e

[1] Per le notizie su chiese e conventi [Galante 1985].

sede di una scuola [Capano 2018, 51]. Ad ogni modo, il rapporto di collaborazione con l'Ospedale continuò: risale a questo periodo l'istituzione della farmacia di supporto agli Incurabili [Ferraro 2017, 783].
Il decennio durò troppo poco (1806-1815) per mettere in pratica tutte le riforme avviate, lasciando però molti suggerimenti, in parte condotti dalla Restaurazione in continuità con l'amministrazione precedente, in parte intrapresi più tardi dopo l'Unità. Le soppressioni definitive furono infatti quasi tutte postunitarie.
Tra il 1863 e il 1864 il soppresso convento di Gesù e Maria era stato trasformato in clinica ospedaliera da Federico Travaglini, ingegnere direttore dell'Ufficio dei fabbricati pubblici del Genio Civile. L'edificio lontano dal centro sulla collina di San Potito era stato preferito in un primo momento a Santa Patrizia, poiché i lavori necessari alla conversione in ospedale per le condizioni dell'edificio richiedevano una spesa minore a quella necessaria a trasformare Santa Patrizia [Picone 1999, 38]. La posizione del nosocomio, però, fu sempre giudicata scomoda ma soprattutto lontana dagli Incurabili: nel 1864, infatti, anche Santa Patrizia e Sant'Andrea delle Dame, avocate alle religiose, furono destinate a ospedali. Nel verbale di consegna di Sant'Andrea al Comune di Napoli per diventare clinica universitaria è chiaramente evocata l'indispensabilità della vicinanza della sede delle lezioni all'Ospedale degli Incurabili [Mangone, Savorra 2018, 19]. Gli antichi edifici con gli ampi cortili e i corridoi che disimpegnavano celle, refettori, parlatori, etc. si prestavano alla trasformazione in ospedali e cliniche.
Al 1864 risale il progetto di Michele Ruggero di ristrutturare il Collegio medico cerusico di San Gaudioso [Amirante 2018, 133]. Venivano trasformati in particolare la chiesa, il cortile e gli ambienti su vico Settimo Cielo, oggi via Luigi De Crecchio. Il programma, alquanto spregiudicato, non teneva in alcun conto il valore storico artistico della chiesa che veniva suddivisa in tre parti: il coro, trasformato in una sala a pianta centrale; la navata, suddivisa nella grande aula ad anfiteatro e in un giardinetto di passaggio, che permetteva il collegamento tra l'ingresso occidentale e l'orto-giardino con la bella scala di Cosimo Fanzago, scampata alle demolizioni ma avulsa dal suo contesto. Il particolare della tavola 13 della *Pianta di Napoli* di Federico Schiavoni (1877) mostra tutto l'isolato quasi interamente occupato dal Collegio di medicina e chirurgia. Il braccio settentrionale, che chiudeva la corte grande rettangolare, ospitava invece la Specola della Marina (Fig. 2). Si ricorda che la prima soppressione francese aveva sistemato lì la Specola Astronomica, ma, costruito l'edificio a Miradois, questi ambienti furono ceduti alla Marina.

Ospedali, scuole mediche e istituti universitari

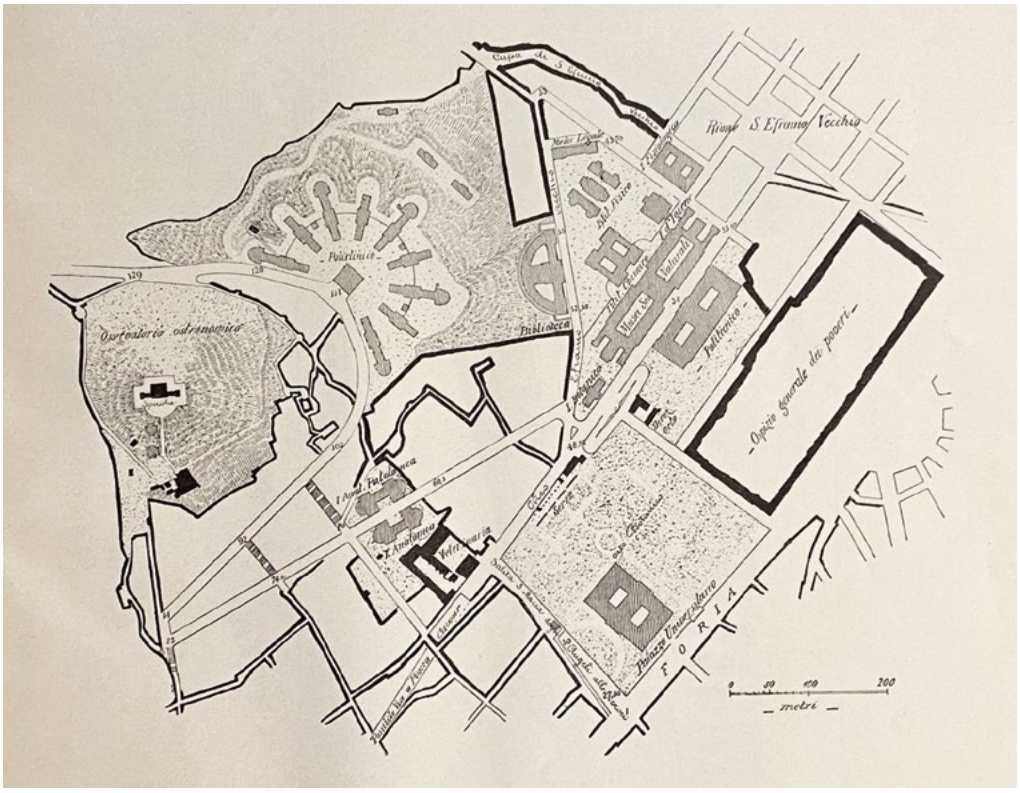
Per le cliniche ospedaliere, come abbiamo visto, si scelsero i conventi limitrofi agli Incurabili a nord del decumano superiore; l'area divenne, così, un polo attrattore per tutta l'università napoletana. La costante ricerca di spazi per adeguare l'ateneo condusse alla soppressione anche dei conventi della Sapienza e della Croce di Lucca, che riempivano il grande isolato a sud di Sant'Andrea della Dame fino a raggiungere il decumano mediano.



2: Il progetto di ristrutturazione del Collegio Medico Cerusico di Michele Ruggiero (1864) a confronto con il particolare dalla tavola 13 della *Pianta di Napoli* di Federico Schiavoni (1877) relativa all'ex complesso di San Gaudioso; in evidenza l'area del progetto Ruggiero [Napoli. Archivio di Stato; Napoli. Archivio Storico Municipale].

Nel 1886 l'ingegnere Mariano Cannizzaro fu incaricato di progettare gli istituti di chimica e fisica da costruire sui suoli ottenuti dagli abbattimenti dei suddetti monasteri. Tuttavia Cannizzaro si spinse più avanti e, in un clima culturale di modernità di cui l'università si faceva promotrice, ebbe il compito dal ministro della pubblica istruzione Michele Coppino di progettare una cittadella universitaria *ex novo*. L'ingegnere identificò un'area di espansione urbana sulla collina del Moiariello su suoli poco edificati tra l'Osservatorio astronomico e l'Orto botanico, ritenuti dal progettista gli unici istituti adatti alla funzione dottrinale. Entrambi erano stati costruiti *ex novo* durante il decennio francese – da Stefano Gasse il primo e Luigi de Fazio il secondo – e non si trattava, quindi, di adattamenti e riconversioni [Mangone, Savorra 2018, 20]. Il polo universitario e ospedaliero di Cannizzaro prevedeva una planimetria radiale a padiglioni per il policlinico e differenti soluzioni tipologiche per la biblioteca, il museo, il politecnico e gli altri istituti (Fig. 3).

Il progetto fu approvato, ma il consenso non fu unanime in ambiente napoletano: Luigi De Crecchio, professore di medicina, legale e politico – era senatore – si oppose vivamente al trasferimento in collina dell'università sempre in nome dell'indispensabile vicinanza delle cliniche universitarie all'ospedale degli Incurabili. I poteri economici e speculativi furono di sostegno alla corrente favorevole alla permanenza del polo



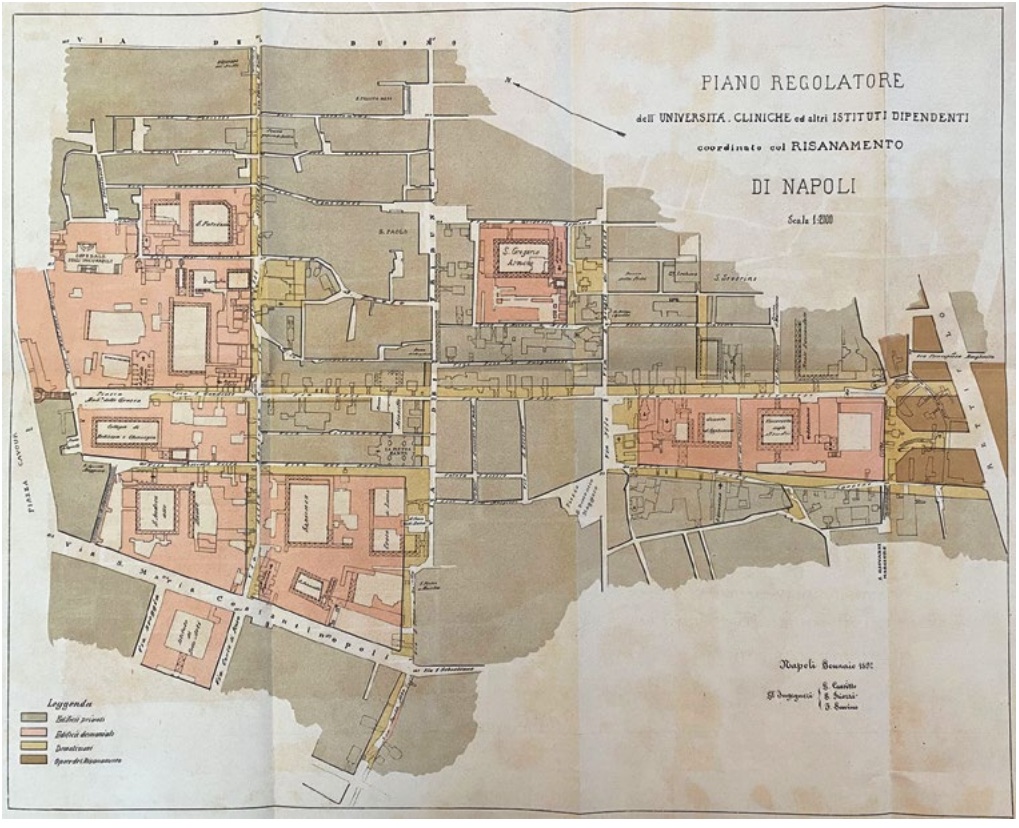
3: Planimetria generale [Cannizzaro, M. E. (1897). *La nuova Università di Napoli*, Milano, Tipografia Bernardon, tav. 1].

scientifico a Caponapoli. Vari appaltatori e società immobiliari si proposero per eseguire il progetto Cannizzaro, affidato infine al Risanamento di Napoli. La società era stata istituita, com'è noto, per migliorare le condizioni igieniche sanitarie dei quartieri bassi della città, dove nel 1884 era scoppiata la terribile epidemia di colera, e aveva grandi interessi economici e immobiliari sui suoli del centro cittadino. Debole sotto il profilo del piano di attuabilità economica, non abbastanza attento alla viabilità urbana e agli aspetti legati al collegamento tra centro e nuova ubicazione, chiaramente poco gradito al Risanamento, il progetto Cannizzaro fu abbandonato definitivamente nella seduta del Consiglio dei ministri del 9 gennaio 1892 [Mangone, Savorra 2018, 18-30].

Dai progetti alle realizzazioni: l'acropoli ospedaliera napoletana

Abbandonata l'idea di trasferire in luoghi decongestionati l'università e le cliniche, varie proposte furono sottomesse alla pubblica amministrazione da liberi professionisti, che in modo più o meno invasivo ricollegavano l'università all'Ospedale degli Incurabili, convertendo più o meno edifici religiosi, sventrando più o meno i decumani e i cardini della città antica.

Il piano di Giuseppe Cassitto, Gustavo Friozzi, Fortunato Savino, ad esempio, avrebbe utilizzato per il *Progetto di riduzione dell'attuale Università cliniche ed altri Istituti dipendenti coordinati col Risanamento di Napoli* (1892) [Cassitto, Friozzi, Savino 1892; Mangone 2010, 151-152] (Fig. 4) non solo i dismessi edifici religiosi, già in via di riconversione, ma anche i complessi di Santa Maria Regina Coeli, Santa Maria di Gerusalemme, trasformando così interamente l'isolato degli Incurabili in ospedale, e anche San Gregorio Armeno, avvicinandosi sempre di più all'Ateneo napoletano nell'antico antico collegio gesuitico. Inoltre si prevedeva un collegamento con il Rettifilo (corso Umberto I), principale asse stradale dello sventramento del Risanamento, e un adeguamento dell'impianto viario per connettere tra loro gli istituti. Era proprio questa la parte più debole del piano, che non riconosceva il valore simbolico e monumentale dell'impianto di origine greca. Il progetto creava un importante asse sud-nord, allargando il cardine, oggi identificato dalle vie Paladino, Nilo, Atri e vico San Gaudioso fino al sagrato della chiesa di Santa Maria delle Grazie. Si proponeva qualcosa di simile a quanto si stava facendo per via Duomo: anche qui infatti tutti gli edifici di un fronte, in questo caso quello occidentale, sarebbero stati arretrati. Lo stesso allargamento si ipotizzava

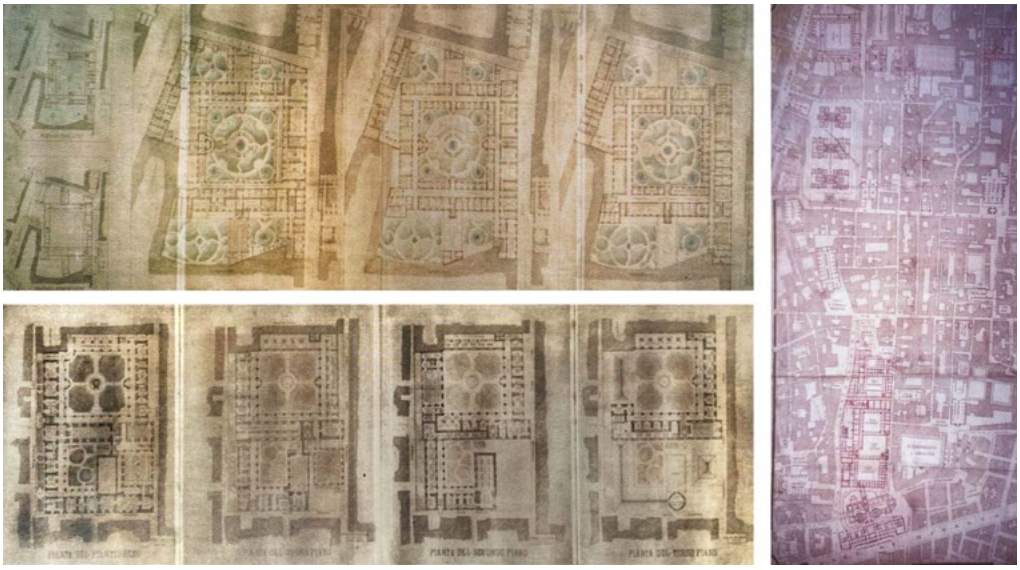


4: Planimetria generale [Cassitto, G., Friozzi, G., Savino, F. (1892). *Progetto di riduzione dell'attuale Università cliniche ed altri Istituti dipendenti coordinati col Risanamento di Napoli*, Napoli, Tipografia Trani, tavola allegata].

5: Marangio, O., Quaglia, P. P., *Progetto di sistemazione delle Facoltà della R.ª Università di Napoli*, 1892 [G. Amodio (2008). *Pier Paolo Quaglia: l'architetto del Risanamento napoletano*, Ospedaletto, Pacini, pp. 146-147].

per il decumano superiore, spostando le facciate degli edifici settentrionali e per un più breve tratto di quello maggiore tra le attuali piazza Bellini e vico del Fico al Purgatorio; anche via Mezzocannone veniva rettificata. Ampie piazze sarebbero state aperte, sempre abbattendo isolati di un ambiente unico, in corrispondenza di San Gregorio Armeno, di Santa Maria di Gerusalemme, della Croce di Lucca; un'altra piazza sarebbe risultata demolendo addirittura la chiesa di San Nicola a Nilo.
Sempre del 1892 è il *Progetto di Sistemazione delle Facoltà della R. Università di Napoli* di Oreste Marangio e Pier Paolo Quaglia, all'epoca direttore dell'Ufficio d'arte del Risanamento [Marangio, Quaglia 1892; Amodio 2008, 142-152][2] (fig. 5), che risparmiava San Gregorio Armeno, ma prevedeva l'abbattimento dei conventi della Sapienza e della Croce di Lucca, compresa la chiesa. L'impianto urbano veniva in gran parte risparmiato: l'unico intervento più consistente era l'allargamento e la rettificazione di via Mezzocannone, con un fronte monumentale e una scalinata a esedra per collegare la strada in salita con l'edificio principale, ex convento gesuitico; sempre a questo asse era affidato il collegamento con il Rettifilo a sud e il prolungamento a nord attraverso via San Domenico, che terminava nella maestosa facciata delle nuove facoltà scientifiche, risolta ancora con uno scalone a doppia rampa. Il nuovo istituto avrebbe occupato l'area dei conventi demoliti.

[2] Quaglia fu direttore dell'Ufficio d'Arte della Società pel Risanamento fino al 1895: i primi progetti per la società sono del 1889, poi continuò a lavorare per l'impresa come libero professionista [Amodio 2008, 64-65].



6: Quaglia P. P., Melisurgo, O., Progetti per l'Ateneo napoletano: ristrutturazione di Santa Patrizia, Sant'Andrea delle Dame e quadro d'unione del progetto di ristrutturazione dell'Università, 1892 [Università degli Studi di Napoli Federico II].

L'incarico di "risanare" gli edifici universitari fu affidato a Quaglia e a Guglielmo Melisugo, estromettendo Marangio[3]. Il progetto Melisurgo-Quaglia ridimensionava gli interventi ai soli edifici universitari, lasciando l'isolato degli Incurabili con il suo antico ospedale, che aveva già fagocitato Santa Maria delle Grazie, ma abbandonando fortunatamente l'annessione anche di Santa Maria Regina Coeli e Santa Maria di Gerusalemme. Al contrario, si proponeva un nuovo policlinico a padiglioni, al posto delle facoltà scientifiche previste dal primo incarico di Cannizzaro, e poi confermate dai progetti di Cassitto-Friozzi-Savino e Marangio-Quaglia. Di quest'ultima sistemazione abbiamo i disegni delle ristrutturazioni di Santa Patrizia, Sant'Andrea delle Dame e San Gaudioso, di diverse ipotesi del policlinico e del quadro d'unione[4] [Pinto 1998]. Nella planimetria a scala urbana è disegnata ancora una variante del nuovo ospedale, con poche differenze rispetto agli edifici costruiti; il disegno rileva anche il nuovo edificio universitario sul Rettifilo, mentre le altre cliniche erano confermate nei monasteri già soppressi (Fig. 6).

La ristrutturazione di Santa Patrizia fu molto invasiva per sistemare l'istituto di anatomia umana normale e patologica, di igiene e di medicina legale [Quagli, Melisurgo 1893; Quaglia, Melisurgo 1897; Alto Commissario per la città e provincia, Rusciano 2006, 368]. In nome della funzionalità didattica e medica tutti gli ambienti furono

[3] Melisurgo fu probabilmente socio dello studio professionale di Quaglia; dal 1° gennaio del 1899 fu capo dell'ufficio Espropriazione del Risanamento [Amodio 2008, 145].

[4] I progetti furono donati da Sergio Melisurgo, nipote di Guglielmo, all'ateneo napoletano.

7: Il nuovo ingresso dell'edificio di Sant'Andrea delle Dame, 1930 ca. [*Napoli. Le grandi opere del 1925-1930* (2006), a cura dell'Alto Commissario per la città e provincia, R. Rusciano, Napoli, Grimaldi & C., p. 368].

considerati come invasi, senza tenere in alcun conto il valore storico-artistico. Furono create nuove scale per disimpegnare aule, aule-teatri, studi, laboratori, il museo anatomico – in nome della memoria scientifica ritenuta più importante di quella storica-artistica evidentemente – oltre ai nuovi ingressi che rendevano permeabile l'edificio anche dai due cardini (oggi via Luciano Armanni e vico Limoncello); l'ingresso originario avveniva da vico Santa Patrizia (via Domenico Capozzi) e restava in funzione. I nuovi istituti così si collegavano direttamente con il contesto, ma soprattutto con le altre cliniche. Il riutilizzo della chiesa interna è emblematico: la navata fu separata dal coro, gli invasi furono frazionati anche in altezza. I solai furono realizzati con travi estradossate Hennebique [Carelli 1999, 48]. Anche il coro-abside, che aveva perso la cupola in seguito ai danni causati dai fulmini nel 1826, accolse in sovrapposizione la biblioteca e la specola microfotomatica [Di Mauro 1993, 150; Carelli 2018, 54, 57][5]. La chiesa, oggi aula magna dell'Università della Campania, fu restaurata a partire dal 1980 su sollecitazione dell'Università fridericiana dall'allora Sovrintendenza dei beni architettonici di Napoli,

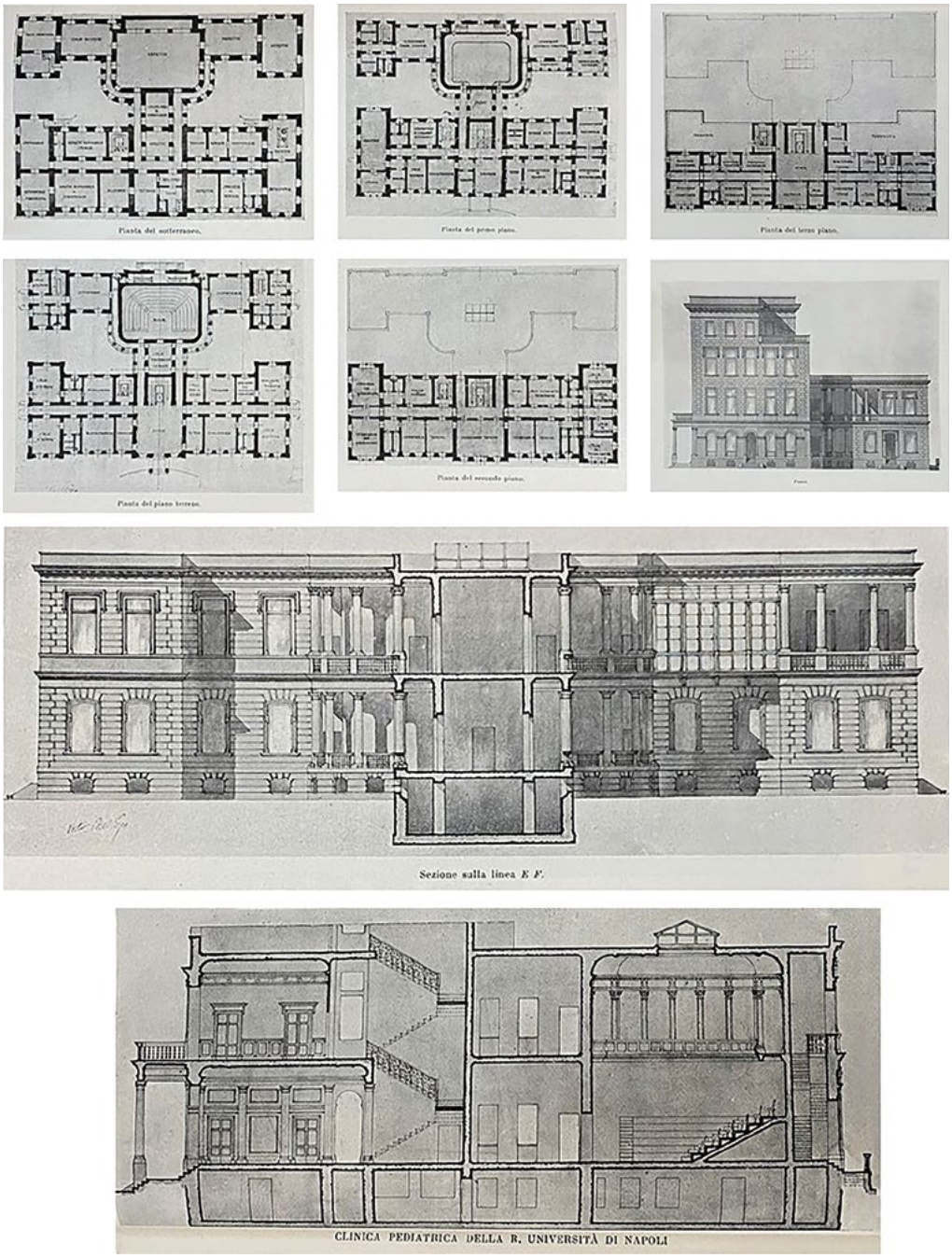
[5] Napoli. Archivio di Stato. *Corpo Reale del Genio Civile*. Fasc. 156, ff. 4, 7, 10, 11, 14.

liberando la navata di matrice cinquecentesca con le lesene corinzie, i grandi arconi e la trabeazione, che compongono il tipico contrasto tra piperno e intonaco bianco dell'architettura religiosa rinascimentale e di matrice post-tridentina napoletana.
La sistemazione di Sant'Andrea della Dame di Melisurgo e Quaglia prevedeva l'ampliamento del primo piano, il raddoppiamento del secondo e la superfetazione del terzo livello. Il progetto fu, per quanto possibile, più rispettoso del contenitore originale. Alla morte di Quaglia nel 1898, i lavori furono condotti solo da Melisurgo, che fu costretto a modificare le piante per le continue rivendicazioni dei direttori degli istituti [Amirante 2018, 140]. L'antico convento ospitava gli istituti di farmacologia, patologia generale e fisica, elettroterapia e radiologia, le cliniche di ostetricia e oculistica. Tra il 1927 e il 1928 fu costruito il nuovo ingresso da via Santa Maria di Costantinopoli (Fig. 7). L'edificio occupava un lotto stretto tra Costantinopoli e il pianoro dell'antica acropoli che accoglieva Sant'Andrea delle Dame. Il salto di quota veniva risolto con un'ampia scalinata, senza alcuna qualità architettonica se non quella funzionale, collegando però l'edificio alla scala urbana, poiché si creava l'attraversamento tra Costantinopoli e l'antico ingresso di via Settimo Cielo. Gli ambienti ai piani superiori del nuovo edificio furono destinati all'Istituto di chimica biologica. Questi lavori furono condotti dall'Alto Commissariato [Alto Commissario per la città e provincia, Rusciano 2006, 368].
A San Gaudioso invece rimase il Collegio medico. Il progetto di riammodernamento fu sospeso poiché fu data precedenza al nuovo ospedale, costruito tra il 1899 e il 1907, fortunatamente senza abbattere la chiesa della Croce di Lucca, che però rimase isolata e avulsa dal contesto. Il monastero di Santa Maria di Gerusalemme fu risparmiato ed è l'unico che mantiene ancora oggi l'originaria funzione di clausura; su parte degli orti e giardini, però, fu costruito il Dispensario antitubercolare dopo il secondo decennio del Novecento.

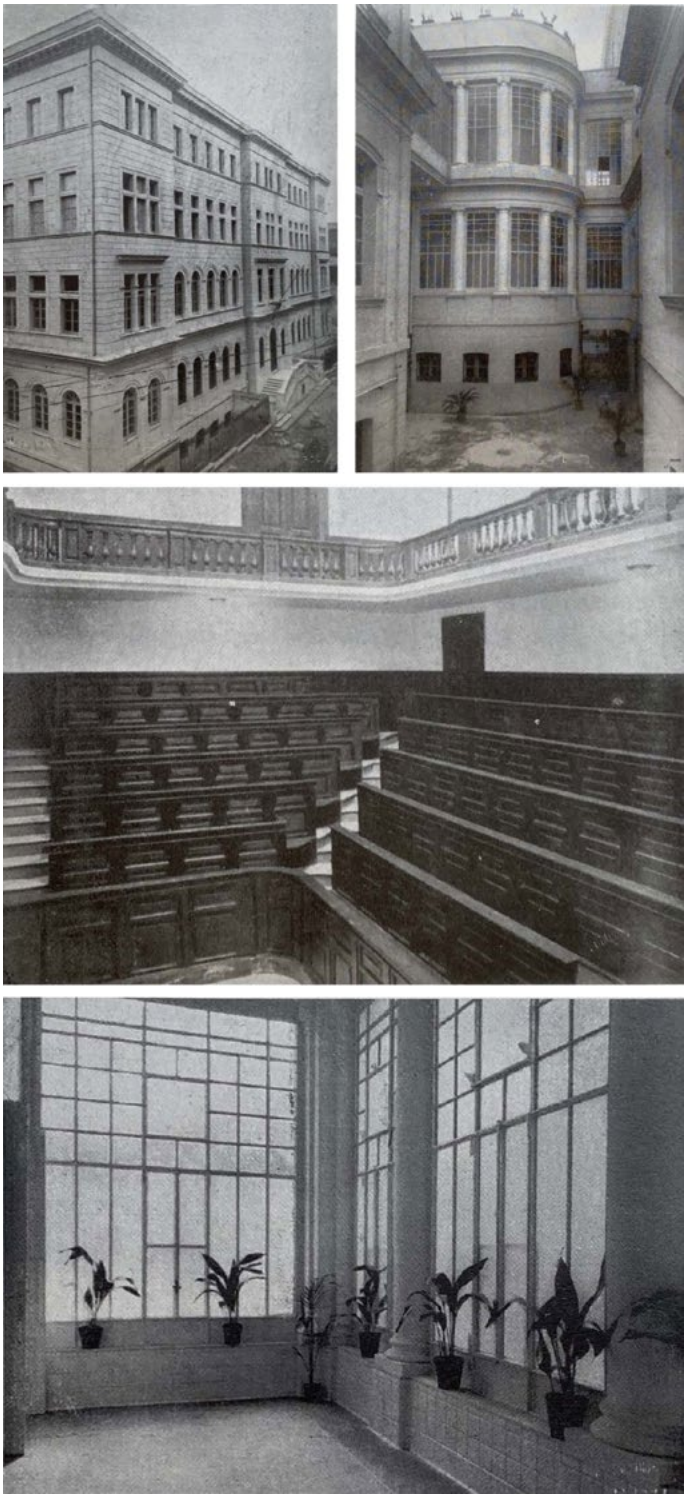
La clinica pediatrica

L'ospedale pediatrico fu costruito più tardi, affidato all'Alto Commissariato, sui suoli ottenuti dall'abbattimento di San Gaudioso, e solo in seguito alla istituzione della cattedra universitaria di pediatria. Al 1887 risale la prima Scuola pediatrica napoletana, voluta da Francesco Fede, professore di clinica medica; la prima angusta sede fu nell'ospedale di Gesù e Maria, dove si tenne anche il primo corso libero di medicina infantile. Nel 1904 ambulatori e aule di medicina pediatrica furono spostati a Sant'Andrea delle Dame. Quando pediatria divenne insegnamento obbligatorio, si iniziò a pensare a una sede idonea, per la quale si scelse di demolire l'ex Collegio medico cerusico a San Gaudioso, che ospitava gli istituti di batteriologia, odontoiatria, clinica ortopedica e le libere docenze.
Tra il 1922 e il 1925, realizzato un nuovo progetto, furono condotti solo i lavori delle fondazioni, poiché l'Alto Commissariato, entrato in servizio, fu responsabile del completamento dell'ospedale pediatrico come degli altri lavori pubblici [Alto Commissario per la città e provincia, Rusciano 2006, 369, 371-372]. L'architetto Vincenzo Rinaldo nel 1925 fu incaricato di una nuova progettazione dell'edificio fuori terra, per il quale seguì

scrupolosamente le prescrizioni di Rocco Jemma [«L'Architettura Italiana» 1925, 38], il professore di pediatria che aveva sostituito Fede.
La clinica fu costruita tra aprile 1926 e dicembre 1928, e inaugurata l'8 gennaio del 1929 [Alto Commissario per la città e provincia, Rusciano 2006, 373, 376]. Assecondando le richieste di Jemma, principalmente rivolte al rispetto delle norme igieniche, sanitarie e profilattiche, con particolare attenzione all'aereazione e al soleggiamento, Rinaldo propose un edificio che si componeva di due blocchi longitudinali, raccordati da un corpo centrale che creava due corti. Il progetto si adattava al lotto lungo e in pendenza; sarebbe stato impossibile pensare a un edificio a padiglioni di un sol piano, che meglio avrebbero assicurato l'areazione e il soleggiamento delle degenze dei malati, come consigliava la trattatistica ospedaliera. L'idea dell'architetto fu quella di creare il primo corpo più alto – cinque piani – e quello posteriore più basso – tre piani – in modo da assicurare sole e luce agli ultimi piani, dove furono sistemate le infermerie e le degenze. Tre erano gli ingressi su via De Crecchio (l'antica via Settimo Cielo): quello principale centrale era preceduto dalla stretta scala a tre rampe – che rispettava un'ottica di decoro e l'andamento in salita della strada –, quello di destra conduceva agli ambulatori speciali, quello di sinistra agli ambulatori generali ed era riservato anche agli studenti. Il vestibolo terminava con l'ampia scalinata che serviva i cinque piani, collegati anche dall'ascensore. L'atrio si presentava monumentale – nonostante fosse inserito in una pianta rettangolare e poco profonda come imposto dai vincoli spaziali – e di stampo eclettico: serliane, colonne ioniche monolitiche, lesene giganti e il soffitto decorato da Giuseppe Aprea [Di Benedetto 2018, 147]. I cinque piani del corpo centrale erano così suddivisi: al piano seminterrato servizi e impianti; al piano sopraelevato ambulatori e aule; al primo gabinetti, laboratori, biblioteca e archivio; al secondo l'ospedale; all'ultimo gli alloggi per le suore, le infermiere, le balie e la cappella con l'altare settecentesco proveniente dalla demolita chiesa dell'arsenale. Al piano dell'ospedale si trovavano le corsie, l'infermeria, l'infermeria privata con le sale per il ricovero a pagamento – dove le madri potevano accompagnare i figli – e la sala operatoria. Dall'ospedale si accedeva al terrazzo, ricavato sulla copertura del braccio posteriore, per le cure elioterapiche e per i convalescenti.
Il corpo centrale seguiva la forma dell'ampia aula quadrata a teatro con i sedili in legno, la cui altezza era pari a tre livelli. Esteriormente l'aula aveva gli angoli smussati e poi si raccordava attraverso il corpo trasversale – che diveniva di minore ampiezza – al basso braccio posteriore, suddividendolo in due padiglioni distinti. L'ala nord era destinata alla cura delle malattie infettive e quella sud alla tubercolosi (Fig. 8).
La descrizione del progetto su «L'Architettura Italiana» spiegava come le dimensioni delle corsie fossero state modulate in rapporto alla misura base del lettino per gli ammalati, in considerazione anche del giusto distanziamento per assicurare pulizia, arieggiamento e illuminazione naturale. I soffitti furono progettati piani perché più adatti all'areazione di quelli voltati. La facciata principale era così descritta: «Un edificio anche esternamente dovrebbe dimostrare lo scopo al quale è stato destinato, l'architetto studiò un tipo di architettura ispirata ai ricordi locali, che senza soverchie decorazioni e con carattere semplice e serio, avesse offerto l'impronta di un edificio per clinica» [«L'Architettura Italiana» 1925, 42] (Fig. 9).



8: V. Rinaldo, Clinica pediatrica: piante, prospetto e sezioni [*La nuova Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli* (1925), in «L'Architettura Italiana», n. 4, pp. 39-42].



9: La Clinica pediatrica: il prospetto principale su via De Crecchio, il cortile interno con il corpo smussato dell'aula anfiteatro, l'aula teatro, la veranda per le cure elioterapiche, 1930 ca. [*Napoli. Le grandi opere del 1925-1930* (2006), a cura dell'Alto Commissario per la città e provincia, R. Rusciano, Napoli, Grimaldi & C., pp. 371, 372, 375, 376].

Conclusioni

L'acropoli greca, divenuta a partire dall'Alto Medioevo area conventuale, accolse la fondazione dell'ospedale degli Incurabili. L'istituzione in poco divenne un riferimento per i napoletani e conseguentemente iniziò a espandersi a discapito dell'edilizia religiosa. Il rapporto osmotico che si era formato tra ospedale e scuola medica fu così forte da coinvolgere oltre le facoltà mediche anche gli altri dipartimenti dell'ateneo napoletano. Il legame con la città antica – a cui andrebbero aggiunti anche gli interessi economici, speculativi e immobiliari – scongiurò qualunque tentativo di decentramento dell'ateneo, accantonando anche progetti più innovativi.
L'ospedale prima fagocitò il monastero più vicino e poi coinvolse gli altri edifici religiosi, espropriati per usi civici, nella trasformazione in cliniche universitarie. Con il Novecento altri monasteri furono abbattuti per accogliere i nuovi ospedali, i cui progetti si adattarono alle condizioni ambientali non ideali; l'erosione a scapito dei pochi spazi verdi ex conventuali continuò anche nel dopoguerra.
Oggi questa acropoli contemporanea accoglie senza soluzione di continuità chiese abbandonate, crollate o brutalmente riconvertite, dipartimenti di discipline mediche, ospedali, conventi, clausure e, più in generale, un patrimonio storico artistico di inestimabile valore, contribuendo a un disordine urbanistico forse unico.

Bibliografia

AMIRANTE, G. (2018). *Il 'Progetto di ampliamento e sistemazione degli edifici universitari di Napoli'*, in *Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli*, a cura di G. Amirante, R. Cioffi, G. Pignatelli, Napoli, Giannini, pp. 131-141.

AMODIO, G. (2008). *Pier Paolo Quaglia: l'architetto del Risanamento napoletano*, Ospedaletto, Pacini.

CAPANO, F. (2018). *From border of the walled city to conventual and hospital citadel*, in «Eikonocity. Storia e iconografia delle città e dei siti europei», a. 3, n. 2, pp. 35-54.

CARELLI, E. (1999). *Trasformazioni e restauri nell'ex-monastero di S. Patrizia a Napoli*, in *Falsi Restauri. Trasformazioni architettoniche e urbane nell'Ottocento in Campania*, a cura di S. Casiello, Roma, Gangemi Editore, pp. 47-60.

CASSITTO, G., FRIOZZI, G., SAVINO, F. (1892). *Memoria illustrativa del Progetto di riduzione dell'attuale Università, cliniche ed altri Istituti dipendenti coordinati col Risanamento di Napoli*, Napoli, tip. Angelo Trani.

DI BENEDETTO, A. (2018). *La Clinica pediatrica. Le decorazioni*, in *Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli*, a cura di G. Amirante, R. Cioffi, G. Pignatelli, Napoli, Giannini, pp. 147-149.

DI MAURO, L. (1993). *Santa Patrizia*, in «Napoli Sacra», n. 3, pp. 149-150.

FERRARO, I. (2017, I ed. 2002). *Napoli. Atlante della città storica. Centro Antico*, Napoli, Oikos.

FRATTA, A. (2004). *Le sedi dell'Università di Napoli dalla fondazione a oggi*, in *Il patrimonio architettonico dell'Ateneo Fridericiano*, vol. I, a cura di A. Fratta, Napoli, Arte tipografica, pp. 3-31.

GALANTE, G. A. (1985). *Guida sacra della città di Napoli*, a cura di N. Spinosa, Napoli, Società editrice napoletana.

GIANNETTI, A. (2018a). *Il monastero di San Gaudioso*, in *Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli*, a cura di G. Amirante, R. Cioffi, G. Pignatelli, Napoli, Giannini, pp. 107-113.

GIANNETTI, A. (2018b). *La collina di Caponapoli da cittadella religiosa a sede delle Cliniche universitarie*, in *Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli*, a cura di G. Amirante, R. Cioffi, G. Pignatelli, Napoli, Giannini, pp. 101-105.

La nuova Clinica Pediatrica della R. Università di Napoli (1925), in «L'Architettura Italiana», n. 4, pp. 38-42.

MANGONE, F. (2010). *Centro storico, Marina e Quartieri spagnoli. Progetti e ipotesi di ristrutturazione della Napoli storico. 1860-1937*, Napoli, Grimaldi & C.

MANGONE, F., SAVORRA, M. (2018). *Prima della Città degli Studi di Roma. Le strategie per l'edilizia universitaria nell'Italia liberale e un progetto esemplare*, in «Quaderni dell'Istituto di Storia dell'Architettura», n. s. 68, pp. 5-38.

MARANGIO, O., QUAGLIA, P.P. (1892). *Progetto di massima pel riordinamento ed ampliamento dei locali necessarii alle facoltà universitarie della città di Napoli: memoria a S.E. il ministro della pubblica istruzione*, Napoli, R. tipografia De Angelis-Bellisario.

Napoli. Le grandi opere del 1925-1930 (2006), a cura di Alto Commissario per la città e provincia, R. Rusciano, Napoli, Grimaldi & C. [I ed. *Napoli: le opere del Regime dal settembre 1925 al giugno 1930 (anni IV-VIII E. F.)*, a cura dell'Alto Commissario per la città e provincia, Napoli, Francesco Giannini & Figli, 1930].

PANE, R., CINALLI, L., D'ANGELO, G., DI STEFANO, R., FORTE, C., CASIELLO, S., FIENGO, G., SANTORO, L. (1970). *Il Centro Antico. Restauro urbanistico e piano d'intervento*, vol. II, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

PICONE, R. (1999). *Da conventi ad attrezzature per la nuova città borghese: il caso del Gesù e Maria a Napoli*, in *Falsi Restauri. Trasformazioni architettoniche e urbane nell'Ottocento in Campania*, a cura di S. Casiello, Roma, Gangemi Editore, pp. 33-46.

PINTO, A. (1998). *Un secolo di storia e trasformazioni*, in *L'Aula Magna della Federico II. Storia e Restauro*, a cura di A. Fratta, Napoli, Consorzio editoriale Fridericiana Electa Napoli, pp. 59-86.

QUAGLIA, P. P., MELISURGO, G. (1893). *Progetto di ampliamento e sistemazione degli edifici universitari di Napoli. Relazione descrittiva*, Napoli, Tip. Giannini e figli.

QUAGLIA, P. P., MELISURGO, G. (1897). *Ampliamento e sistemazione degli edifici universitari: Legge del 30 Luglio 1896. Progetto definitivo per la sistemazione dello edificio di Santa Patrizia. Capitolato speciale d'appalto*, Napoli, Tip. Giannini e figli.

Elenco delle fonti archivistiche

Napoli. Archivio di Stato. *Corpo Reale del Genio Civile*. Fasc. 156, ff. 4, 7, 10, 11, 14.

L'HOSPITAL DE SANT PAU A BARCELLONA. UN COMPLESSO SANITARIO RICCO DI VALENZE TECNOLOGICHE E MICROURBANISTICHE

Raffaella Russo Spena

Abstract

The contribution aims to explore the theme of medical care in the first decade of the twentieth century through the experience of the Hospital de Sant Pau, designed in Barcelona by the Catalan architect Lluís Doménech i Montaner. Conceived as an impressive health complex with independent pavilions, it is a work rich in technological and micro-urban values. The vast Barcelona quadrilateral, corresponding to nine manzanas of the Eixample by Ildefons Cerdà, was transformed into an enclosed urban portion with a clear and rigorous layout, conceived as a garden city, intended to cure diseases through "science, faith, hope and charity", the three theological virtues to which the architect adds and introduces the further secular and rationalist contribution of scientific knowledge. Inside the hospital enclosure, the isolated pavilions, in addition to being efficient from the hygienic-sanitary point of view, are also efficient from the psychological point of view, since the large green spaces left free by their planimetric arrangement induce a serenity that contrasts anguished alienation produced by the industrial city. In the fourteen hectares of land in the north-east area of the casco antiguo of Barcelona, the urbe hospitalaria summarizes the singular synergy of architectural renewal, spiritual forces, and associationist drives that have transformed the image of the city to the point of being recognized as a universal heritage of humanity (1997).

Keywords

Urban hospitals, Catalan modernism, public health, clinic buildings.

L'imponente complesso sanitario a padiglioni indipendenti dell'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, corrispondente all'interno del quadrilatero barcellonese a nove *manzana*s dell'*Ensanche* di Ildefons Cerdà, viene tradotto da Domènech in una porzione urbana completamente recintata dall'impianto chiaro e rigoroso, da concepire come una città giardino destinata a curare la malattia mediante scienza, fede, speranza e carità, le tre virtù teologali alle quali l'architetto aggiunge e premette significativamente l'ulteriore contributo laico e razionalista della conoscenza scientifica. Un intenso simbolismo laico e religioso connota anche la disposizione dei padiglioni. Alle due estremità opposte di un ampio viale, il cui asse è ruotato di 45° rispetto alla griglia ortogonale di Cerdà, Domènech colloca rispettivamente l'edificio amministrativo e la cappella chiamata "della Resurrezione" con funzione di *morgue*.

© Aisu International 2021

1: Veduta aerea del complesso ospedaliero dell'Hospital de Sant Pau, Barcelona [www.santpaubarcelona.org].

2: Vista assonometrica del progetto iniziale di dodici padiglioni [www.santpaubarcelona.org].

Nei 14 ettari di *solar* nel *Barrio de Sarria y Horta*, nella zona a nord-est del *casco antiguo* a ridosso della Montaña Pelada, Domènech i Montaner realizza, tra il 1902 e il 1912, una *urbe hospitalaria* che, oltre a costituire una delle maggiori testimonianze del *modernisme* sotto il profilo strettamente architettonico, riassume quella singolare e forse irripetibile sinergia di forze spirituali e di spinte associative che, pure in presenza di episodi di conflittualità dialettiche talvolta anche molto aspre, caratterizzò la società catalana tra la fine del XIX e i primi anni del XX secolo. Le vicende che precedono e che accompagnano il lungo processo di progettazione e di realizzazione dell'Hospital de Sant Pau presentano forti analogie con quelle attraversate dal *Templo Expiatorio de la Sagrada Familia*, alla cui edificazione anche Gaudì si dedicherà con una passione e una tenacia che possono senz'altro essere qualificate come "epiche". All'alba del XX secolo le due opere sono sostenute da iniziative umanitarie di beneficenza promosse da un singolo o da una ristretta cerchia di individui: l'Hospital grazie alla donazione testamentaria del banchiere catalano Pau Gil i Serra[1] [Bohigas 1963, 50]; il *Templo* in virtù del sostegno finanziario assicurato dalla Asociación Espiritual de los devotos de San José. Entrambe si pongono obiettivi smisurati rispetto alle risorse finanziarie disponibili, e ambedue sono costruite per integrarsi in un progetto che è, allo stesso tempo, politico e spirituale e per testimoniare una sensibilità umana collettivamente condivisa. Nonostante gli specifici aspetti che le distinguono profondamente sotto il profilo architettonico, l'*Hospital* e il *Templo* sono tuttavia opere paragonabili circa il loro impatto simbolico sulla città.

[1] Nel mese di maggio del 1896, il console generale di Spagna a Parigi, eseguendo la volontà espressa dal defunto banchiere Pau Gil i Serra, barcellonese di nascita e parigino di adozione, ne apriva il testamento dando lettura delle disposizioni: «Eseguita la liquidazione, il capitale che ne risulterà sarà diviso in due parti. La prima sarà destinata alla fondazione di un Ospedale civile che, con il nome di San Pablo, sarà costruito nella città di Barcellona in conformità alle indicazioni che sono contenute in allegato a parte. Pau Gil, seguiva il corso di una antichissima tradizione barcellonese, ma anziché donare la metà del capitale accumulato in tutta una vita - quattro milioni di pesetas - per contribuire alla manutenzione dell'antico Hospital de la Santa Creu, lo destinava alla costruzione di un nuovo edificio, in cui *las grandes escaleras, laboratorios, capillas, etc., sean en todo conformes con la mas bien realizadas de Paris*», traduzione dell'autrice. Copia del testamento di Pau Gil: Barcelona. Arxiu Historic Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Volum VII, inventari 4, tom I. núm. 1 i 5.

Nelle sue disposizioni testamentarie Pau Gil aveva nominato come esecutori gli amici Josep Ferrer i Vidal e Edmund de Sivatte; inoltre, assieme ad altre indicazioni, prescriveva che l'ospedale dovesse avere almeno due blocchi che separassero i degenti in base alle patologie e al genere, e che il progetto fosse scelto mediante un pubblico concorso.

> L'incarico del progetto o del piano sarà assegnato in base a pubblico concorso. Al termine dei lavori di costruzione e dopo avere completato le installazioni necessarie gli esecutori saranno dimessi dal loro incarico e si procederà successivamente alla donazione alla municipalità di Barcellona ovvero ad altra istituzione che i miei citati esecutori riterranno idonea garantire nella massima sicurezza l'obiettivo che mi propongo, cioè che l'ammalato possa celermente essere accolto nella struttura destinatagli. Resta inteso che la donazione atterrà soltanto all'edificio e al terreno, giacché le spese di esercizio dell'ospedale dovranno essere sostenute dalla municipalità o da altra istituzione che si faccia carico della direzione[2] [Ramon Graells 2000, 209].

Il 31 ottobre del 1898 una commissione formata dal dottore Manuel Salinas, dall'architetto Josep Domènech i Estapà e da Valentí Basart, amministratore dell'Hospital de la Santa Creu, approva l'acquisto di un lotto di terreno edificabile di circa tre ettari nelle *Corts de Sarrià*. Il 14 dicembre gli esecutori testamentari pubblicano il bando del concorso di progettazione.
La capacità di ricovero dell'ospedale avrebbe dovuto essere di 300 degenti, di cui 100 affetti da patologie contagiose o inguaribili, con separazione per genere. L'impegno di spesa complessivo non avrebbe dovuto superare i due milioni di *pesetas*, e il punto 9 del bando di concorso chiariva che «l'amministrazione fiduciaria non è obbligata ad assegnare l'incarico della direzione delle opere all'autore del progetto vincente e si riserva il diritto di apportare allo stesso tutte le modifiche che riterrà opportune e perfino di adottarne un altro diverso, potendo in questo caso utilizzare tutti i dati che considererà convenienti del detto progetto vincente»[3] [Ramon Graells 2000, 209].
Al concorso partecipano tre progetti e, nella primavera del 1900, la giuria tecnica composta dagli architetti Emili Sala i Cortés, Pere Falqués i Urpí e Josep Amargós i Samaranch – preso atto del parere favorevole espresso dal vescovo di Barcellona Josep Morgades i Gili – assegna il primo posto all'elaborato di Josep Domènech i Estapà, ma prescrive modifiche per diminuire l'altezza eccessiva di alcuni padiglioni e chiede la rielaborazione del progetto.
Proprio nello stesso periodo il quotidiano *Diari de Barcelona* iniziava una campagna di stampa ferocemente critica delle installazioni dell'*Hospital Clínic* pressoché ultimate, ma ancora prive degli arredi e delle attrezzature necessarie. Si sottolineava la circostanza che quel nosocomio non fosse adeguato ai moderni criteri dell'edilizia ospedaliera e se ne attribuiva esplicitamente la responsabilità al direttore dei lavori. Anche in seguito alle polemiche sollevate dalla campagna di stampa, il 16 dicembre del 1900,

[2] Traduzione dell'autrice.

[3] Traduzione dell'autrice.

3: Contesto urbano e relazione tra Hospital de San Pau e Templo de la Sagrada Familia, Barcelona [Russo Spena, R. (2014). *Lluís Domènech i Montaner 1850-1923*, Napoli, CLEAN].

la commissione medica istituita dagli esecutori testamentari – e formata da Bartomeu Robert, Emerencià Roig e Joaquim Duran – esprimeva parere negativo su tutti i progetti presentati. La commissione medica riteneva infatti che:

> Nessuno dei tre progetti è accettabile, perché nessuno riesce a soddisfare le attuali esigenze di igiene. Sarebbe tuttavia ingiusto non rilevare che, per l'insufficiente estensione del lotto disponibile, riteniamo sia impossibile realizzare sullo stesso un ospedale che risponda alle condizioni che attualmente sono richieste. Prima di concludere il nostro compito […] ci permettiamo di offrire un consiglio. Si prescinda dai progetti che abbiamo fin qui esaminato, si estenda l'area del suolo disponibile fino alle dimensioni indicate come necessarie e si disponga un nuovo concorso oppure si affidi l'incarico a un professionista ritenuto idoneo all'elaborazione di un nuovo progetto che si attenga ai principi di igiene ospedaliera che abbiamo esposto e che sono universalmente accettati. Non si persegua né si auspichi la costruzione di un monumento che susciti l'ammirazione dei viandanti ma si esiga che meriti il plauso di quanti sperano che la nostra amata Ciudad sia finalmente dotata di un ospedale degno della sua cultura[4].

Il 19 giugno del 1901 la commissione medica affida infine l'incarico della realizzazione dell'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau a Domènech i Montaner[5] [Russo Spena 2014, 155].

---

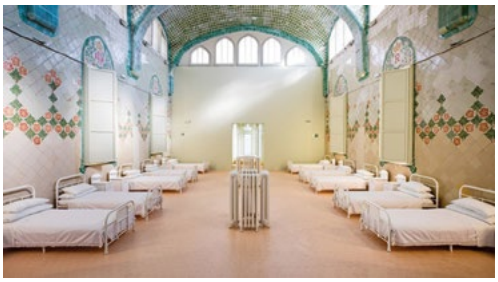
[4] Traduzione dell'autrice. Barcelona. Arxiu Historic Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Volum VII, inventari 4, tom I. núm. 1 i 5.

[5] Pochi anni prima di ricevere l'incarico del progetto dell'ospedale di Sant Pau, Domènech si era già misurato con il tema del progetto sanitario, adottando la tipologia distributiva a padiglioni e utilizzando la muratura di mattoni a vista. Nell'ospedale psichiatrico Institut Pere Mata che stava realizzando a Reus aveva infatti previsto un impianto planimetrico a croce latina il cui asse longitudinale era occupato dai blocchi destinati ad accogliere i servizi generali e sui quali si innestavano ortogonalmente i padiglioni delle degenze a pianta rettangolare allungata.

Il progetto di Domènech prende doverosamente atto sia delle prescrizioni testamentarie di Pau Gil sia delle precise indicazioni distributive e funzionali fornite dalla commissione medica: tipologia a padiglioni preferita a quella monoblocco; ripartizione volumetrica delle funzioni distinguendo tra zone da destinare ai servizi collettivi e spazi sanitari che sono ulteriormente differenziati secondo la specifica tipologia di attività sanitaria, di specializzazione e di genere; particolare attenzione ai percorsi distributivi, al soleggiamento e alla ventilazione degli ambienti; riduzione del numero di posti-letto a 25–30 per camerata; aumento della superficie a disposizione dei degenti, e infine limitazione dell'altezza degli edifici.
A monte delle considerazioni sopra esposte, si pone il problema della contestualizzazione urbanistica del complesso sanitario, poiché Cerdà aveva fissato il confine della città a nord-est, proprio in prossimità del suolo di proprietà della *Muy Ilustre Admnistración* dell'Hospital de la Santa Creu. Tuttavia, con un successivo ripensamento Cerdà includeva la zona che sarebbe stata poi occupata dall'ospedale all'interno della trama regolare delle residenze urbane. Domènech decide di prescindere dalla indicazione del piano urbanistico vigente, e anticipando le direttive del nuovo piano di variante – che sarà progettato dall'architetto francese Léon Jaussely[6] soltanto nel 1905 [Ramon Graells 2000, 225] – considera il lotto edificabile al di fuori dell'*Ensanche*. Nel 1902, l'architetto sviluppa il *Plano del Emplazamiento de los Hospitales de la Santa Cruz y de San Pablo*, trascurando in pari tempo anche la presenza del vicino *Templo de la Sagrada Familia* progettato da Gaudí e in corso di costruzione.

---

[6] «Si riteneva che fosse divenuto necessario interrompere o, almeno, contenere la monotona progressione della uniforme griglia urbanistica del Plan Cerdà e di migliorare Barcellona sotto il profilo estetico: dotare la città di monumenti e progettare il profilo artistico della *ciudad antigua* sono le direttrici principali che indicano il nuovo percorso da seguire. In una serie di articoli pubblicati su *La Veu de Catalunya*, tra il 29 dicembre 1900 e il 22 gennaio 1901, intitolati "Barcelona d'anys a venir", Josep Puig, criticando aspramente tanto il metodo quanto le modalità di realizzazione del piano urbanistico di Cerdà, considerava l'Ensanche *uno de los orrore mas grandes del mundo, uno de los orrore que, a buen seguro, no tiene paragon sino en las ciudades cursis de la America del Sur*. Al suo esasperante e totalitario geometrismo era necessario contrapporre arte, cioè varietà, apertura di prospettive, seguendo gli orientamenti – in parte Beaux-Arts alla Haussmann o della City Beautiful americana alla Burnham, in parte Picturesque alla Cubitt – o della Civic art europea. Una diversificazione dello *sky-line* cittadino che corrisponde, non casualmente, al desiderio del capitale finanziario di ottenere reddito differenziato dall'investimento immobiliare. Alla svolta del secolo, Puig intendeva introdurre la logica economica del capitalismo liberale nella pianificazione urbanistica della città di Barcellona. Poco prima del bando, nel 1903, del "Concurso Internaciónal Sobre Anteproyectos de Enlance de la Zona del Ensanche de Barcelona y los Pueblos Agregados entre sí y con el resto del termino municipal de Sarria y Horta", Domènech aveva avanzato una proposta di modifica che interrompesse il "tablero de ajedrez" di Cerdà. Il progetto vincitore del concorso, presentato da Leon Jaussely, nel 1905, impostato sul concetto di applicare a tutta la città una logica uniforme, trascurava la presenza dell'Hospital de la Santa Creu nella periferia settentrionale della città. L'*Anteproyecto* di Jaussely prendeva invece atto della peculiarità dell'area all'interno di Barcellona e vi localizzava la stazione ferroviaria centrale, elemento chiave della città moderna. Nel progetto definitivo del 1907, l'architetto francese riconosceva il valore monumentale dell'ospedale e della chiesa, come elementi distintivi della periferia, e li collegava con una strada diagonale la cui realizzazione iniziò nel 1919. La strada, intitolata Avenida Gaudì nel 1934, adottò le linee oblique dell'ospedale assecondando solo parzialmente l'ossessione di Gaudí di orientare l'asse principale della chiesa verso il centro della città», traduzione dell'autrice [Ramon Graells, p. 225].



4: Camerata per i degenti all'interno dell'Hospital de Sant Pau [Barcelona. Arxiu Historic Hospital de Santa Creu i Sant Pau].

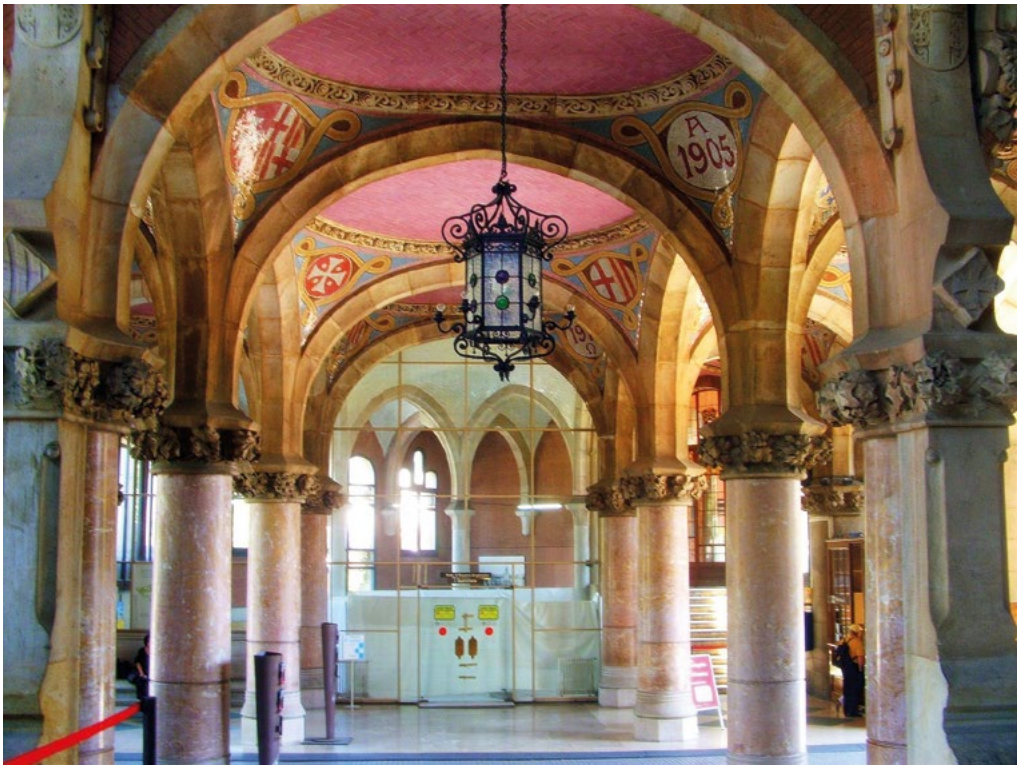
5: Illuminazione e ventilazione naturale dei padiglioni clinici [Russo Spena, R. (2014). *Lluís Domènech i Montaner 1850-1923*, Napoli, CLEAN].

Domènech adotta la soluzione policentrica anziché monocentrica, in cui, per ragioni di igiene e profilassi, lo spazio complessivamente occupato dai singoli padiglioni clinici – interconnessi mediante una fitta rete di gallerie sotterranee – è isolato dalla parte restante della città convertendolo in una "enclave" recintata. Il declivio naturale del terreno e l'orientamento planimetrico suggeriscono la creazione di due distinti giardini, d'estate e d'inverno, a monte e a valle di ciascuno dei padiglioni delle degenze, talché il progetto dell'architettura nell'interesse del malato si integra con l'organizzazione dello spazio destinato al verde. Questa scelta conferma ancora una volta la piena adesione di Domènech all'ideologia del progresso scientifico, allorché espone le ragioni che inducono alla scelta di un ospedale a padiglioni come risultato acquisito dai progressi della ricerca medica.

Basandosi poi su una rigorosa analisi distributiva, l'architetto progetta ciascuno dei 12 padiglioni, effettivamente realizzati nella prima fase con una precisione spinta fino al dettaglio, trattando con cura meticolosa sia l'organizzazione dei materiali costruttivi sia gli apparati decorativi, rimarcando le differenze funzionali tra ambienti privati – gli edifici destinati alle degenze - e volumi collettivi – i blocchi amministrativo e chirurgico – in modo che gli utenti ne potessero identificare senza le rispettive destinazioni d'uso.

Oltre alle caratteristiche microclimatiche, microurbanistiche e funzionali, di cui si è detto anche il sistema strutturale, la scelta dei materiali costruttivi e l'apparato decorativo sono trattati da Domènech all'interno di un originalissimo disegno unitario. Il mattone a vista di colore rosso chiaro utilizzato e apparecchiato seguendo una vasta gamma di disposizioni costruttive e decorative, unitamente al laterizio e alla ceramica, si trasforma da modulo costruttivo elementare in elemento di unitarietà architettonica dell'intero progetto. La muratura di mattoni a vista viene ingegnosamente realizzata dall'architetto con l'apparecchiatura tipica del *muro capuchino* a doppia fodera armata che, oltre a consentire l'inserimento delle canalizzazioni degli impianti tecnologici, conferisce al pannello verticale la stabilità necessaria per assorbire le spinte orizzontali esercitate dalle volte a crociera che sostengono gli orizzontamenti delle diverse unità cliniche. Tutti gli spazi interni dei padiglioni sono coperti da volte a crociera in mattoni, mentre le coperture esterne sono realizzate con tetti spioventi a due falde piane rivestiti da coppi e tegole policrome in laterizio smaltato, tipiche della tradizione *mudéjar*.

Gli edifici sono realizzati con muratura isodomica in pietra e mattoni a vista, dal cui paramento esterno emergono in rilievo inserti decorativi assai elaborati. Domènech ricorre a una tecnica decorativa che integra la funzione plastica con la varietà cromatica. L'abbinamento del rilievo con il colore risulta assai marcato nei due padiglioni centrali destinati ai servizi clinici generali.
L'impianto rigidamente simmetrico del padiglione chirurgico si integra con un programma decorativo ottenuto associando il mattone a vista con l'apparato scultoreo in pietra e il rivestimento ceramico policromo, sul cui sfondo bianco e azzurro-intenso sono ritmicamente rappresentate le barre verticali del vessillo della Catalogna, lo scudo araldico dell'Ospedale della Santa Creu e i monogrammi "P" e "G".
La distribuzione funzionale dei padiglioni delle degenze – fortemente caratterizzata dalla modularità – mostra una camerata principale di 28 posti letto al piano terra, la cui struttura è composta da archi leggermente ogivali a sostegno delle coperture a volta. Una delle due estremità della sala – di planimetria rettangolare con lati lunghi rispettivamente 54 e 11 metri – termina con un'abside circondata da tre archi, ciascuno dei quali consente di accedere ai diversi ambienti funzionali: la sala diurna, il vestibolo, una piccola cucina e lo studio del medico di guardia. Una scala di servizio – posta in posizione eccentrica rispetto a questi ambienti – consente di accedere al serbatoio idrico sul



6: Interno modernista del padiglione amministrativo dell'Hospital de Sant Pau [Russo Spena, R. (2014). *Lluís Domènech i Montaner 1850-1923*, Napoli, CLEAN].

livello di copertura. In corrispondenza dell'estremità opposta della sala principale sono raggruppate le camere d'isolamento e la scala che collega il primo piano – ove presente – con la terrazza di copertura. Il prospetto principale è marcatamente caratterizzato dai due corpi cilindrici della sala diurna – di pianta circolare con copertura a cupola emisferica – e dal serbatoio idrico sostenuto da un peristilio circolare. Sulla proiezione verticale delle colonne è collocato il portale d'ingresso, profusamente ornato e sormontato da una nicchia contenente la statua del santo patrono del padiglione.
All'interno del recinto ospedaliero, i padiglioni delle degenze si trasformano in blocchi di edifici opportunamente orientati e ventilati, circondati dal verde e illuminati dalla luce solare. I padiglioni isolati, oltre a essere efficienti sotto il profilo igienico-sanitario favorendo il ricambio d'aria, lo sono anche sotto l'aspetto psicologico, poiché gli ampi spazi lasciati liberi dalla loro disposizione planimetrica inducono un'atmosfera di pacata serenità che contrasta l'angosciosa alienazione prodotta dalla città commerciale e industriale.

Bibliografia

BANCELLS, C. (1988). *Sant Pau. Hospital Modernista*, Barcelona, Edicions de Nou Art Thor.

BASSEGODA I NONELL, J. (1980). *Lluis Domènech i Montaner*, Barcelona, Edicions de Nou Art Thor.

BOHIGAS, O. et alii (1973). *Lluís Domènech i Montaner*, Barcelona, Edició Lluís Carulla i Canals.

CIRICI, A., GOMIS, J. (1967). *1900 in Barcelona: modern style, art nouveau, modernismo, jugendstil*, Barcelona, G. Wittenborn.

DOMÈNECH I GIRBAU, L. (1988). *Domènech i Montaner: Aprendre d'una arquitectura*, Barcelona, Universitat Politecnica de Catalunya.

FIGUERAS I BORULL, L. (1994). *Lluís Domènech i Montaner,* Barcelona, Viguera Editores.

GARCIA-MARTIN M. (1990). *L'Hospital de San Pau*, Catalana de Gas, Barcelona.

RAMON GRAELLS, A. (2000). *Hospital de Sant Pau*, in *Lluís Domènech i Montaner año 2000*, a cura di O. Bohigas, Barcelona, Collegi d'Arquitectes de Catalunya: Centre de Documentació , pp. 208-229.

RUSSO SPENA, R, (2014). *Lluís Domènech i Montaner 1850-1923,* Napoli, CLEAN.

SERRACLARA PLÁ M. T., MARTÍ M. (2001). *Hospital de la Santa Cruz y San Pablo: historia, arquitectura, arte,* Barcelona, Guinovart & Oshsa.

Elenco delle fonti archivistiche

Barcelona. Arxiu Historic Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Volum VII, inventari 4, tom I. núm. 1 i 5.

LO STILE DELLO CHALET NELLE STRUTTURE PER LA CURA DEL LATTE SVIZZERO NELLE LOCALITÀ A PIÈ DELL'ALPI NELL'OTTOCENTO

Ewa Kawamura

Abstract

In the 19th century, the Swiss whey cure flourished in the German-speaking countries with its specialized facility called Molkenkuranstalt in chalet-style architecture. Afterward, the milk cure became a healthy pastime, and the buildings – Milchkuranstalt, Schweizerei, Meierei, and Milchhalle – were converted to cafés, restaurants, or inns. The chalet-style design was still preferred to create the Swiss atmosphere, and the trend continued into the 20th century, but it began to decline during WW2.

Keywords

Whey (milk) cure, milkhall, Schweizerei, Schweizerhaus, Swiss chalet-style architecture.

Introduzione

La cura del siero di latte, in tedesco *Molkenkur*, fu di moda durante l'Ottocento soprattutto nelle località germanofone. La sua notorietà nacque in Svizzera, più precisamente a Gais nell'Appenzello, già dalla metà del Settecento. Nel 1749 Conrard Meyer, medico di Arbon nel Canton Turgovia, consigliò una cura con il siero di latte fresco di capra ad un uomo d'affari zurighese affetto da polmonite [Meyer-Ahrens 1860, 471], il quale guarì dopo il soggiorno curativo presso la locanda Ochsen a Gais, fondata da Ulrich Heim; così è riportato nel libro di suo nipote, il medico Johann Heinrich Heim (1802-1876) dal titolo *Die Heilkräfte der Alpenziegen-Molken und der Molkenkurort Gais* (*I poteri curativi del siero di latte delle capre alpine di Gais*), pubblicato nel 1844 [Heim 1844, 97-98; Fuchs 2007]. Il padre, Samuel Heim (1764-1860), rappresentava la seconda generazione nella gestione della locanda Ochsen [Fuchs 2006]; tuttora esiste l'edificio, ampliato nel tempo, dove si era iniziata con successo la cura del siero di latte in maniera esclusiva a Gais fino al 1814 [Meyer-Ahrens 1860, 471]. Dopo la morte di Johann Heinrich Heim, nel 1878, comparve un altro volume, *Der Molken-, Milch- und Luftkurort Gais: im Kanton Appenzell A.-Rh., Schweiz* (*La stazione climatica e quella del sieto e del latta di Gais*), edito dall'autorevole editore Orell Füssli [Heim 1878], nel quale fu rappresentato il romanzo umoristico sul tema della cura del siero a Gais scritto dal medico di Winterthur Ulrich Hegner (1759-1840), apprezzato addirittura come uno dei

© Aisu International 2021

migliori medici svizzeri. Quest'opera di Hegner intitolata *Die Molkenkur* (*La cura del siero di latte)* era stata già pubblicata nel 1812 dallo stesso Orell Füssli; l'autore divenne molto popolare, tanto che nel 1819 uscì anche il seguito del romanzo in due parti *Suschens Hochzeit* (*Le nozze di Suschen*) [Hegner 1819b].
Il *boom* della cura del siero di latte – chiamato a Gais anche *Gaisschotten* – è descritto nel citato romanzo *Die Molkenkur* dal protagonista straniero, arrivato in Svizzera per tale ragione; tuttavia, lo stesso nutriva dubbi sull'efficacia della cura, nonostante all'epoca fosse considerata un buon rimedio per qualsiasi parte del corpo, in particolare per malattie polmonari e della gola grazie anche all'aria salubre della località [Feierabend 1865, 226-227]. La terapia consisteva nel bere una certa quantità di siero e di latte due volte al giorno, di mattina e di sera, seguendo la ricetta del medico. Il siero di latte di capra veniva portato ogni mattina presto mantenendolo caldo con un trasporto particolare (Fig. 1). Si riteneva che anche l'odore della stalla avesse un effetto terapeutico [Hegner 1819a, 28-29]. Lo spazio architettonico fu appositamente progettato per poter fare inalare tali effluvi, contribuendo a liberare le vie respiratorie degli ospiti [Wyder 2003, 91].

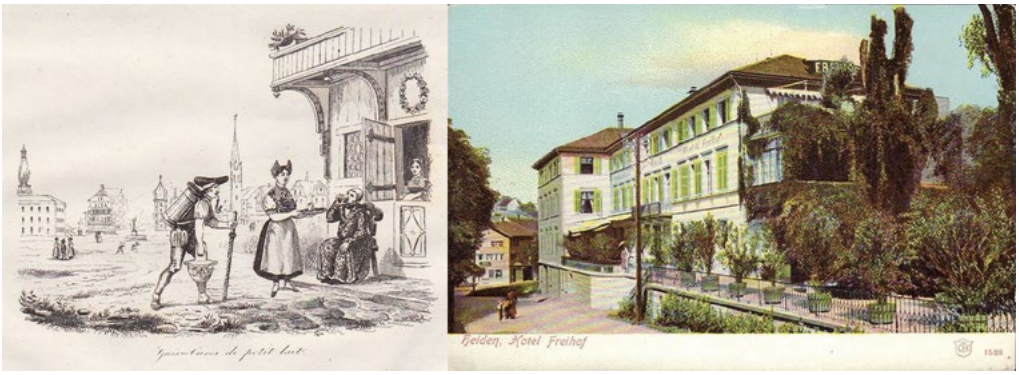
Edificio per la cura del siero e per quella del latte: da *Molkenkuanstalt* a *Milchkuranstalt*

L'edificio per la cura del siero, nel quale si poteva bere il latte appena munto, fu chiamato semplicemente *Molkenkur*, talvolta *Mokenkurhaus*, ma più solitamente *Molkenkuranstalt*. Nel 1826 una modesta struttura di tale tipo a Gais era così descritta a causa della scarsa qualità dell'ambiente architettonico:

> *Es gibt da keine Trinklaube, keinen Saal ebener Erde für die Molkentrinkenden, keine schattige Promenade im Freien, um sich in den Zwischenräumen zwischen den einzelnen Gläsern die vorgeschriebene Bewegung zu machen. Unter einer Leinwanddecke, welche an dem alten Haus festgemacht ist, und vorne auf ein Paar Stecken ruht, muß man die Molken in Empfang nehmen*[1] [von Kronfels 1826, 48].

In ogni caso, la grande reputazione di Gais come *Molkenkurort*, ossia come stazione di cura del siero, aveva dato l'avvio all'istituzione di uno stabilimento specializzato sia nel Canton Appenzello che nel resto della Svizzera e in Germania [Meyer-Ahrens 1860, 472]. Per esempio, all'epoca anche Interlaken era frequentata spesso per la cura del siero, pertanto nel 1859 fu costruito il *Kursaal* (l'attuale "Casino Interlaken") nello stile dell'Oberland Bernese con il *Molkenkuranstalt*, e l'anno seguente fu rinnovata la pensione Jungfraublick per offrire anche *Molkenkuranstalt* [Baedeker 1859, 7, 101]. Alcune

[1] «Non esiste lo spazio della sala per chi beve siero di latte al pianterreno, nessuna passeggiata ombreggiata all'aperto per effettuare il movimento prescritto fra gli spazi tra i singoli bicchieri. Sotto una copertura di tela, che è attaccata alla vecchia casa e poggia di fronte su un paio di bastoncini, si deve ricevere il siero di latte», traduzione dell'autrice.



1: A sinistra, *Gais - Cures de petit lait*, incisione d'epoca raffigurante il portatore del siero e l'ospite della cura a Gais; a destra, cartolina degli inizi del Novecento dell'Hotel Freihof, la sede per la cura del siero di latte ad Heiden [archivio Kawamura].

strutture di *Molkenkuranstalt* esistono ancora oggi dopo aver cambiato la propria destinazione: a Jakobsbad presso Gonten, nel Canton Appenzello, il *Milchkuranstalt* costruito nel 1845 è oggi un albergo[2]; lo stabilimento di Bachtel nel Canton Zurigo ora è un ristorante[3], con un prospetto simile a quello di metà Ottocento[4]. Anche nel caso di Unterwasser, nel Canton San Gallo, esiste ancora l'ex *Molkenkuranstalt zum Sternen*, fondato a metà Ottocento, oggi albergo omonimo con l'aggiunta di un'ala[5]; la prima ala ottocentesca, invece, non ha subito radicali cambiamenti nel prospetto esterno[6]. È da notare che i suddetti edifici per la cura del siero di latte non avevano un aspetto particolare, essendo semplici palazzi o case d'epoca senza adottare ancora lo stile dello *chalet*.
La fama di Gais fu successivamente oscurata da Heiden, un'altra località climatica nell'Appenzello, dov'era possibile godere anche dei benefici delle acque termali, rese famose nell'Hotel Freihof dal medico Gabriel Rüesch (1794-1856), specialista della cura termale e autore di diversi libri, tra cui *Heiden und seine Wolkenkuranstalt in Freihof* (*Heiden e il suo stabilimento del siero di latte al Freihof,* 1854). Secondo quest'ultimo volume, ad Heiden si poteva usufruire della classica cura di bere il siero, ma anche del bagno nel latte e dell'acqua termale [Rüesch 1854, 20]. La sede principale era l'Hotel Freihof, costruito nel 1847 a due piani [Rüesch 1854, 20]; oggi lo stesso palazzo è sede dell'ufficio della polizia (Fig. 1).
Grazie alla fortuna di Heiden, i *Molkenkurort* cominciarono a coincidere con alcune località termali, soprattutto in Germania. Mentre gli stabilimenti svizzeri per la cura del

[2] https://www.hotel-jakobsbad.ch/-LO79utYsR_8UCEABh2J.

[3] http://www.bachtel-kulm.ch/.

[4] Zürich. Zentralbibliothek. ZH, Bachtel I, 2: *Molkenkuranstalt von J. Ryf auf dem Bachtel Cant Zürich, 1856-73*.

[5] https://www.sternen.biz/sternen.php.

[6] Wien. Stadtarchiv St. Gallen. *Privatarchive (1400 ca. – 2000)*. W 200/76.01: *Unterwasser: Luft- und Molkenkuranstalt zum Sternen von Wendelin Looser* (1894).

siero di latte, anche nel caso del *Freihof* di Heiden, non adottavano lo stile dello *chalet*, in Germania accadeva il contrario, preferendolo per il *Molkenkuranstalt* per richiamare la Svizzera, dove era nata la cura. Per esempio, nel 1827 già nella famosissima località termale Baden Baden fu aperto lo stabilimento *Molkenkur* in uno *chalet*, oggi adibito a ristorante sotto lo stesso nome [Ruef 1852][7]. A Bad Hombrg (Assia), lo stabilimento per la cura del siero di latte fu fondato nel 1859 dal farmacista Julius Hoffmann, il quale assunse un pastore svizzero che scendeva ogni anno dall'Appenzello per servire il siero. La struttura fu poi ricostruita nel 1882 nello stile dello *chalet* svizzero[8], collocato davanti al giardino delle rose; in seguito, la stessa divenne caffè, ma dopo la seconda guerra mondiale subì un cambiamento formale in casa a graticcio, oggi adibita a ristorante gastronomico[9].
Il volume intitolato *Les cures de petit-lait en Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie* (*Cure del siero di latte in Svizzera, Germania, Tirolo e Stiria*, 1867), scritto dal medico francese Félix Roubaud (1820-1878), segnalava le seguenti principali località per la terapia: oltre la celebre Gais, in Svizzera vi erano Weissbad, Gonten, Rorschach e Horn; in Austria Gleichenberg, Ischl, Aussee, Egerdach, Meran (oggi in Italia), Tüffer e Neuhaus (entrambe oggi in Slovenia); in Germania Baden Baden, Streitberg, Schlangenbad, Kierling e Vöslau (le ultime due oggi in Austria). Secondo il libro, in una delle celebri località nella Stiria, Tüffer (Laško in sloveno), all'epoca nel territorio austro-ungarico, «aucun établissement n'est spécialement consacré aux cures de petit-lait; cependant un chalet suisse, élevé au milieu d'un jardin anglais, est plus particulièrement destiné à cet usage»[10] [Roubaud 1867, 40].
Il *Molkenkuranstalt* non si trovava solo nelle località termali, ma anche nei luoghi di grande altitudine per approfittare dell'aria salubre naturale della montagna. Come il precedente caso di Bachtel in Svizzera, in Germania una dimora storica, il medievale castello Schöneck a Boppard sul Reno (Renania-Palatinato), fu adibita addirittura negli anni '40 dell'Ottocento come *Molkenkuranstalt*, con molta probabilità in stile dello *chalet*:

> *Keine Kosten wurden gescheut um aus der alten Schlossburg gemütliche Wohnungen zu schaffen, und die nächste Umgebung in zierliche Gärten und Parkanlagen zu verwandeln. Es ward ein Schweizerhaus neu gebaut, in dem ein Senne aus Appenzell die Molken bereitet, eine Heerde von 40 Stück Ziegen, mehrer Esel und Eselinnen, und eine Anzahl Kühe angeschafft u. s. w.*[11] [von Ehrenkreuz 1848, 13].

---

[7] https://www.molkenkur-baden-baden.de/.

[8] https://www.lagis-hessen.de/de/odk/record/id/1083.

[9] https://am-roemerbrunnen.de/ueber-uns/.

[10] «Nessuno stabilimento è particolarmente dedicato alle cure del siero di latte; tuttavia uno chalet svizzero, costruito nel mezzo di un giardino all'inglese, è maggiormente destinato a questo uso nello specifico», traduzione dell'autrice.

[11] «Nessuna spesa è stata risparmiata per creare accoglienti appartamenti dal vecchio castello e per trasformare l'area circostante in giardini e parchi graziosi. Fu costruita una casa svizzera (*Schweizerhaus*), in cui un pastore dell'Appenzello preparava il siero di latte, con un gregge di 40 capre, tanti asini e asine, un certo numero di mucche, ecc.», traduzione dell'autrice.

2: In alto a sinistra, incisione d'epoca raffigurante la *Molkenkur* di Heidelberg in stile dello *chalet* alla svizzera; in alto a destra, cartolina degli inizi del Novecento del *Milchkuranstalt Schweizerhaus* a Volkesberg; in basso a sinistra, cartolina degli inizi del Novecento del nuovo *Milchkuranstalt* a Band Willdbad [archivio Kawamura]. In basso a destra, lo *Schweizer Milchkuranstalt* Fürstenwall di Magdeburgo, attualmente a uso di birreria [foto dell'autrice].

Sulla collina di Heidelberg, nel 1851 il pittore di porcellane Albrecht Wagner costruì lo *chalet* nel gusto svizzero per attrezzare la struttura per la cura del siero di latte detta semplicemente *Molkenkur* (Fig. 2) [Seupel 1869, 112]. In seguito, favorito dall'agevole collegamento con la ferrovia a cremagliera realizzata nel 1870 dall'ingegnere svizzero Nikolaus Riggenbach, uno *chalet*, destinato ad albergo-ristorante e tuttora esistente, fu aggiunto alla struttura[12].

In seguito, la cura del siero di latte diventò semplicemente quella del latte, *Milchkur*, da svolgere preferibilmente durante la stagione primaverile. Infatti, già nel 1838 fu pubblicato un libro dal titolo *Die Frühlings Milchkur* (*La primavera della cura di latte*), scritto dal medico austriaco Eduardus Jacobus Regenhart per spiegare l'effetto curativo del latte per i sintomi di diverse malattie e per migliorare il funzionamento degli organi [Regenhart 1838]. Con la diffusione della cura del latte, la struttura fu chiamata *Milchkuranstalt*, cioè stabilimento per la cura del latte. A Volkesberg

[12] https://www.molkenkur.de/ [gennaio 2021].

Idar-Oberstein (Renania-Palatinato) esisteva un *Milchkuranstalt* chiamato appositamente *Schweizerhaus*, "casa svizzera" (Fig. 2), perchè realizzato in stile dello *chalet* svizzero. Nei paesi di lingua tedesca sorsero numerosi *Milchkuranstalt* nello stile dello *chalet* o in quello paesano, detto *Heimatstil*, preferibilmente costruito con elementi a graticcio in legno. Per esempio, lo stile architettonico della pensione Sonnenalm con il servizio di *Milchkuranstalt* a Sonthofen (Allgäu) è quello del tradizionale *chalet* bucolico, mentre quello di Alsdorf bei Betzdorf Stieg (Renania-Palatinato) è della casa a graticcio; quello di Mannheim (Baden-Württemberg), invece, racchiudeva l'aspetto decoroso dello *chalet* eclettico. A volte, per casi minori, non si rispettava tanto lo stile svizzero: è il caso dello Schlosspark di Biebrich (Wiesbaden), in cui vi è una casa semplice, ma accompagnata da un pittoresco chioschetto rustico in legno. Infine, il *Milchkuranstalt* di Carl Adolf Marks ad Ober-Rochwitz (Dresda) era una semplice stalla senza alcuna particolarità, mentre quello con il ristorante Ziegelhof di Oppau (Ludwigshafen am Rhein) era una casa con pergolato leggermente in Jugentstil.

Come nel caso del *Molkenkuranstalt*, anche lo stabilimento per la cura del latte si trovava spesso nelle località termali, per esempio a Bad Wildbad (Baden-Württemberg) (Fig. 2) e Bad Ems (Renania-Palatinato). In quest'ultima località vi era oltre alla casa rustica a graticcio, detta *Milchkur Sanitas* e costruita nel 1905 affianco alla chiesa ortodossa russa, anche lo *Schweizer Milchkuranstalt*, già aperto nel 1889 sulla strada Wilhelms Allee, dove si beveva il latte svizzero in un ambiente simile ad una caffetteria, gestita da un direttore proveniente dall'Appenzello [Reuter 1908, 52]. Anche a Bad Reichenhall (Bavaria) esisteva agli inizi del Novecento un *Milchkuranstalt*-caffetteria, di Alois Spieldiener; inoltre, anche a Bad Neuenahr (Renania-Palatinato) e a Soolbad Elmen (Bad Salzelmen, in Sassonia-Anhalt) c'era un simile *Milchkuranstalt* come ritrovo. Sulle cartoline turistiche di inizio Novecento talvolta il *Milchkuranstalt* stesso era uno dei luoghi più importanti da visitare: si vedano, oltre quelle delle ultime due località termali, anche le cartoline di Heringsdorf (Meclemburgo-Pomerania anteriore), Bochum (Renania settentrionale-Vestfalia) e Stecklenberg (Sassonia-Anhalt). Tuttavia, oggi molti *Milchkuranstalt* sono scomparsi: quello più noto era forse lo *Schweizer Milchkuranstalt Fürstenwall* di Magdeburgo (Sassonia-Anhalt), costruito a fine Ottocento [Redaktion 2015], ora sostituito da un omonimo simile sulla riva del fiume Elba, ma con funzione di birreria (Fig. 2).

Il *Milchkuranstalt* si diffuse anche nelle grandi città della Germania e della Svizzera, come Berlino [«Die Gartenlaube. Illustrierstes Familienblatt» 1889, 307-308, 322-323], Francoforte (1877) [Spiess 1881, 118], Dresda (1879) [Bollinger, Franck 1879, 451] e 1883 [Schäfer 1907, 154], Zurigo [«Amtsblatt des Kantons Zürich» 1882, 2155], Basilea (1878, 1890) [Meier 1972, 99; Meier 1994, 182][13], e Berna (1883) [Hofer 2012, 2]. A Berlino, più precisamente a Kreuzberg vicino al parco con cascata Viktoriapark, vi è ancora oggi l'edificio dell'ex *Milchkuranstalt* [Architekten und Ingenieur-Verein zu Berlin 1896, 653-655],

[13] Basel. Archiv im Kanton Basel-Stadt. AL 45, 4-55-5: *Basler Milchkuranstalt von W. Schmid, Schützenmattstrasse 3* (1896).

3: Lo stato attuale dello *Schweizerei* di Rödental, che faceva parte del parco del castello di Rosenau [foto dell'autrice].

e non a caso davanti ad esso fu costruita anche una villetta nello stile dello *chalet* per uniformarsi all'ambiente, in quanto la presenza della cascata riporterebbe alla bellezza naturale della Svizzera. Tuttavia, in questo caso il *Milchkuranstalt* di Berlino era un grande opificio per prodotti lattiero-caseari, mentre normalmente tra il XIX e il XX secolo con lo stesso termine si indicava una struttura per la ristorazione. Nel caso del *Milchkuranstalt* di Rüttenscheid (Essen, Renania Settentrionale-Vestfalia), l'edificio a graticcio, con l'insegna significativa: «zum Schweizerei» ("in Svizzera"), serviva da caffetteria.

Schweizerei e *Schweizerhaus*

In Germania vi è un termine specifico, *Schweizerei*, che indica la casetta dove si beve il latte fresco, la cui struttura è spesso nello stile dello *chalet* svizzero: un esempio è quella che fa parte del castello di Rosenau a Rödental presso Coburgo, paese natale del futuro principe Alberto, consorte della regina Vittoria d'Inghilterra. Lo *Schweizerei* di Rosenau, a forma di *chalet*-stalla con mucche, era stato riprodotto fedelmente e vantava dipendenti tutti provenienti dalla Svizzera. L'edificio originario del 1820 non esiste più, ma oggi ne è stato ricostruito un altro per ospitare un ristorante-birreria[14] (Fig. 3).
Lo *Schweizerei* non era legato solo alla cura del latte svizzero, ma anche al romanticismo e al pittoresco, oltre che al *boom* del viaggio in Svizzera per assaporare, in un

[14] http://www.schweizerei.de/Geschichte/.

caffè-ristorante o in un albergo, l'atmosfera rurale alpina al di fuori della nazione. In tante località di paesi germanofoni, soprattutto nella regione della Slesia, esisteva lo *Schweizerei* nello stile dello *chalet*. Alcuni sorsero sin dagli anni '20 dell'Ottocento [Prudlo 1837, 230], come nel caso di Heuscheuer (Polonia) (Fig. 4), Falkenberg (Riesengebrige), Schneeberg (Děčínský Sněžník, Repubblica Ceca), Schlossberg di Graz (Austria) (Fig. 4); frequentemente si trovavano anche nelle località termali, come Bad Gleichenberg (Austria), e molti nell'attuale Polonia, come Bad Salzbrunn (Szczawno-Zdrój), Bad Charlottenbrunn (Jedlina-Zdrój), Bad Kudowa (Kudowa-Zdrój) e Bad Landeck (Lądek-Zdrój). La struttura era di dimensioni abbastanza grandi, e l'aspetto architettonico dello *Schweizerei* era meno evidente nello stile dello *chalet* come nel caso di Loschwitz (Dresda) e di alcuni altri come Wilhelmshöhe Petersdorf (Piechowice), Fürstensteiner Grund (Wąwóz Książ) e Breslavia nel Scheitniger Park in Polonia.
Un'altra struttura simile allo *Schweizerei* era lo *Schweizerhaus*, casa svizzera dal sapore romantico, come nel caso di Rheinstein (Fig. 4). Lo *Schweizerhaus*, che fa parte del castello Rheinstein sul Reno costruito nel 1842 [Luks 1878, 56], è collocato appositamente per poter godere del paesaggio visto dal Reno; oggi funziona come ristorante. Numerosi *Schweizerhaus* furono concepiti con funzione di caffè-ristorante o di villa privata in montagna o presso un laghetto; fiorirono nello stesso periodo dell'Ottocento fuori dalla Svizzera, in particolare nei paesi di lingua tedesca, ma anche in tante altre nazioni europee. In ogni caso, lo *Schweizerhaus* non riguardava tanto la cura del latte svizzero, escluso

4: In alto a sinistra, cartolina degli inizi del Novecento dello Schweizerei a Heuscheuer; in alto a destra, incisione del 1842 raffigurante lo Schweizerei di Schlossberg di Graz; in basso a sinistra, cartolina degli inizi del Novecento dello Schweizerhaus del castello Burg Rheinstein sul Reno; in basso a destra, cartolina degli inizi del Novecento dello Schweizerhaus nel parco Bürgerpark di Brema [archivio Kawamura].

il caso della denominazione per l'insegna del *Milchkuranstalt*, ma rifletteva piuttosto la fascinazione per l'atmosfera alpina della Svizzera: gli esempi sono numerosissimi, tra cui quello disegnato dal celebre architetto Karl Friedrich Schinkel sull'isolotto Pafaueninsel vicino Berlino. A Brema, invece, nel parco Bürgerpark, fu eretta nel 1871 la casa del direttore del parco, chiamata *Schweizerhaus* (Fig. 4). Nello stesso parco nel 1880 fu costruita sempre dall'architetto Heinrich Müller la latteria, *Meierei*, nello stile dello *chalet* eclettico [Buchenau, Steilen 1934, 255], dov'era possibile bere il latte fresco; attualmente è un caffè-ristorante (Fig. 5).

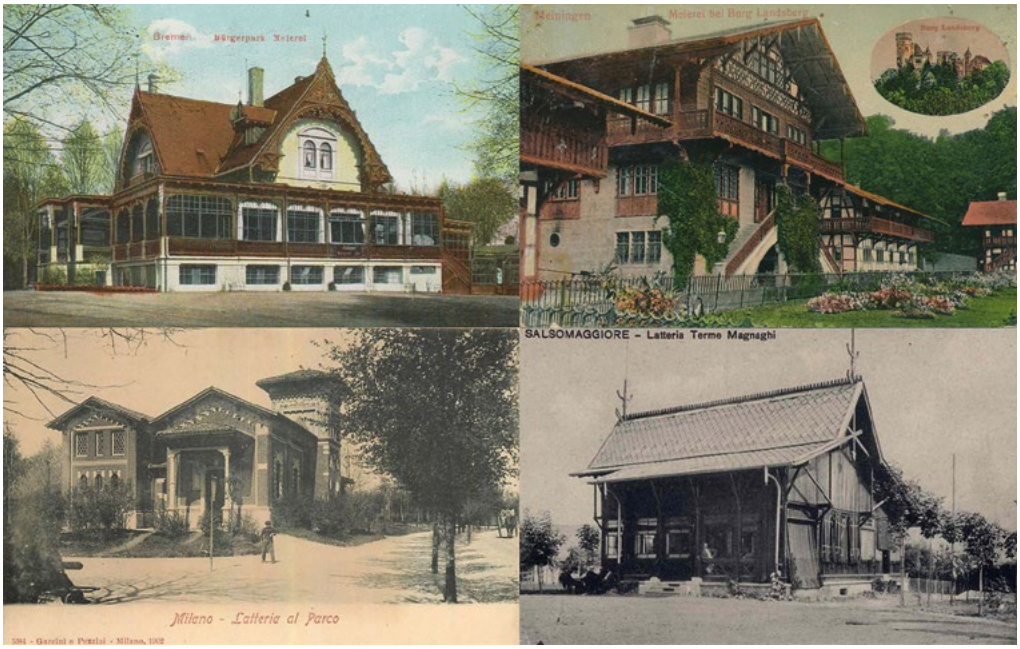
Meierei e Milchhalle

Nello stesso periodo della fioritura della cura del latte, dalla seconda metà dell'Ottocento agli inizi del Novecento, troviamo diversi casi di latteria, in tedesco *Meierei*, costruiti spesso nello stile dello *chalet*. Alcune *Meierei* funzionavano come lo *Schweizerei*: erano infatti punti di ristoro dove si beveva il latte come in un caffè-ristorante. Il complesso di Meiningen (Turingia) (Fig. 5), parte del castello Landsberg, fu completato nel 1842 «im Styl der schweizer Häuser» ("in stile della casa svizzera"), con una grande stalla dedicata ai bovini svizzeri [Brückner 1853, 133], seguendo il filone del pittoresco come espressione del paesaggio idilliaco svizzero. Infatti, il grande letterato Ludwig Bechstein testimoniò: «Die Meierei und die sich über ihr erhebende Burg ein sehr reiszendes und malerisches Bild»[15] [Bechstein 1853, 72]. La *Meierei* di Radebeul (Sassonia), invece, era nata sin dall'inizio come ristorante nel 1882[16]. Il progetto della *Meierei* non era legato sempre allo stile dello *chalet* svizzero, anzi rispecchiava spesso l'aspetto di casa tradizionale locale, come nel caso della *Meierei* di Fischerthal a Barmen (Wuppertal) eretta nel 1890[17].
Un'altra struttura simile alla *Meierei* era la *Milchhalle*, la sala del latte, che inizialmente funzionava come struttura per la cura e in seguito come punto di ristoro. L'edificio della *Milchhalle*, dotato dello *stand* per servire un bicchiere di latte, era spesso più piccolo rispetto alla *Meierei* e al *Milchuranstalt*; la sua forma era variabile, non sempre secondo i dettami *chalet* svizzero. Uno dei primi esempi di *Milchhalle* nacque a Davos, nota località climatica svizzera per la cura della tisi, nel celebre Grand Hotel Kurhaus (Kuranstalt Holsboer), fondato nel 1873: lì vi era una *Milchhalle* [Halter 1994, 30], simile ad una grande stalla [«Europäische Wanderbilder» 1890], dove si poteva prendere il latte appena munto, sempre come terapia per la tisi [Muddock 1881, 96]. La *Milchhalle* intesa come un punto di ristoro semplice, invece, sorse agli inizi del Novecento in tante altre località della Germania, della Slesia e dell'Austria (Vienna, Hannover, Dresda, Bad Oeynhausen, Bruck an der Leitha, Lamsdorf, Warthelager, Altengrabow, ecc.), per consumare il latte fresco, ormai non sempre proveniente dalla Svizzera. In quel periodo

[15] «La latteria e il castello che lo sovrasta creano un quadro molto affascinante e pittoresco», traduzione dell'autrice.

[16] http://radebeul-info.de/2020/08/24/historische-ansichten-6-die-meierei/.

[17] https://www.barmer-anlagen.de/verein/historie/.



5: In alto a sinistra, cartolina degli inizi del Novecento del *Meierei* di Brema nel parco Bürgerpark; in alto a destra, cartolina degli inizi del Novecento del *Meierei* di Meiningen; in basso a sinistra, cartolina degli inizi del Novecento della Latteria al Parco Sempione di Milano; in basso a destra, cartolina degli inizi del Novecento della Latteria svizzera di Salsomaggiore Terme [archivio Kawamura].

bere del buon latte era diventato una specie di piacere, così come può essere l'andare a prendere un caffè oggi. Tale fenomeno si diffuse anche in Italia settentrionale: lo testimoniano la Latteria svizzera di Torino nel parco del Valentino, su disegno dell'architetto francese Jean-Pierre Barillet-Deschamps [Leva Pistoi 1969, 56], quella di Milano nel parco Sempione (Fig. 5), e quella di Salsomaggiore Terme (Fig. 5) [Bossaglia, Bonatti Bacchini 1986, 120]. Anche in Francia arrivò agli inizi del Novecento la stessa cultura della latteria: furono realizzate la Laiterie Saint-Martin a Saint-Dié-des-Vosges e lo Chalet des Chèvres (poi *laiterie*) a Lille nel parco Vauban, in forma di casetta rustica; anche in Belgio a Bruxelles vi fu una *laiterie* come ottimo caffè-ristorante nel parco Bois de la Cambre.

In Francia, la *laiterie* già esisteva essendo diffuso il prestigioso bovino svizzero: la regina Maria Antonietta ne fece costruire una negli anni '80 del Settecento al Petit Trianon, nel parco del castello di Versailles, su disegno di Richard Mique, dove poteva fingere di essere una lattaia campagnola immersa in paesaggio pittoresco e campestre [Martin 2011, 2-3. 160, 218]. Inoltre, la regina aveva nello stesso tempo un'altra *laiterie* per il piacere bucolico nel parco del castello di Rambouillet, sistemata dall'architetto Jacques Jean Thévenin [Martin 2011, 208-256]. I progetti di entrambe le latterie non hanno alcun legame con lo *chalet* svizzero; tuttavia, anche in Francia, dopo la diffusione della cura del latte dalla seconda metà dell'Ottocento, la *laiterie* aderiva a tale stile.

Conclusioni

Le strutture dedicate alla cura del siero di latte e poi solo del latte, chiamate rispettivamente *Molkenkurasntalt* e *Milchkuranstalt*, si erano diffuse soprattutto nei paesi di lingua tedesca con sostanziali differenze: se in Svizzera erano realizzate come edifici senza particolari connotazioni, al di fuori del paese natale grosso modo furono progettate preferibilmente in stile dello *chalet* per accentuare l'atmosfera e come simbolo di provenienza del latte servito. Le denominazioni dell'edificio destinato a tale scopo variarono col tempo: sotto il nome di *Schweizerei* o *Schweizerhaus* si voleva esprimere il legame con la Svizzera pittoresca. In particolare, il secondo termine non indicava solo il punto di ristoro, ma più semplicemente la casa in stile svizzero diffusa soprattutto in Germania e in altri paesi europei, portando ciascuno una propria interpretazione dello *chalet*, spesso piuttosto fantasiosa [Kawamura 2018]. La parola *Meierei*, invece, non atteneva più al significato di opificio di latticini o di caseificio, ma aveva iniziato ad indicare talvolta anche il caffè-ristorante con latte, ancora una volta spesso in stile dello *chalet*. La sala del latte *Milchhalle*, invece, era originariamente la struttura creata per la cura del latte; in seguito, agli inizi del Novecento, comprendeva anche una casetta dotata dello *stand* per bere l'alimento. Dopo la scomparsa di tale moda, i punti di ristoro di certe località italiane, come il bar a piccola struttura indipendente o il chiosco con lo *stand*, hanno adottato il nome di *chalet*, ma senza le intenzioni e dello stile originario. Lo strano termine diffusosi attualmente in Italia deriva forse dalla storia qui trattata, originata dalla cura del siero di latte svizzero con la trasformazione della forma architettonica della struttura specifica e della relativa terminologia.

Bibliografia

«Amtsblatt des Kantons Zürich» (1882), n. 81.

ARCHITEKTEN UND INGENIEUR-VEREIN ZU BERLIN (1896). *Berlin und seine Bauten*, vol. 2, Berlin, Ernst.

BAEDEKER, K. (1859). *Die Schweiz*, Coblenz, Baedeker Verlag.

BECHSTEIN, L. (1853). *Schloss Landsberg bei Meiningen*, Meiningen, Gadow in Hildburghausen.

BOLLINGER, O., FRANCK, L. (1879). *Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie*, vol. V, Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel.

BOSSAGLIA, R., BONATTI BACCHINI, M. (1986). *Tra liberty e déco: Salsomaggiore*, Parma, Artegrafica Silva.

BRÜCKNER, J. (1853). *Landeskunde des Herzogthums Meiningen*, vol. II, Meiningen, Brückner und Renne.

BUCHENAU, F., STEILEN, D. (1934). *Die freie Hansestadt Bremen: eine Heimatkunde*, Bremen, Arthur Geist.

Die Kuranstalt W.J. Holsboer. Grand Hotel Kurhaus Davos (1890), collana «Europäische Wanderbilder», n. 185, Zürich, Orell Füssli.

FEIERABEND, A. (1865). *Die klimatischen Kurorte der Schweiz*, Wien, Braumüller.

HALTER, E. (1994). *Davos: Profil eines Phänomens*, Zürich, Offzin Zürich.

HEGNER, U. (1819a). *Die Molkenkur*, Zürich, Orell Füßli.

HEGNER, U. (1819b). *Susuchens Hochzeit, oder die Folgen der Molkenkur*, Zürich, Orell Füßli.

HEIM, J. H. (1844). *Die Heilkräfte der Alpenziegen-Molken und der Molkenkurort Gais*, Zürich, Schulthess.

HEIM, J. H. (1878). *Der Molken-, Milch- und Luftkurort Gais: im Kanton Appenzell A.-Rh., Schweiz,* Gais, Orell Füßli.

HOFER, A. (2012). *125 Jahre Schweizerischer Milchwirtschaftlicher Verein SMV 1887-2012*, Bern, SMV-SSIL.

KAWAMURA, E. (2018). *Tipi e vicende degli chalet e villaggi svizzeri 'fuori dalla Svizzera' fra Ottocento e Novecento*, in *La Città Altra*, a cura di F. Capano, M. I. Pascariello, M. Visone, Napoli, FedOA – Federico II University Press, pp. 323-330.

LEVA PISTOI, M. (1969). *Torino: mezzo secolo di architettura, 1865-1915. Dalle suggestioni post-risorgimentali ai fermenti del nuovo secolo*, Torino, Tip. Torinese editrice.

LUKS, H. T. (1878). *Kleiner Führer für die Rhein-reise von Köln bis Mannheim Heidelberg*, Berlin, Verlag von Albert Goldschmidt.

MARTIN, M. (2011). *Dairy Queens: The Politics of Pastoral Architecture from Catherine de' Medici to Marie-Antoinette*, Cambridge (Mass.)-London, Harvard University Press.

MEIER, E. A. (1972). *Basel in der guten alten Zeit*, Basel, Birkhäuser.

MEIER, E. A. (1994). *Basel einst und jetzt: der Wandel des Basler Stadtbildes im Lauf der Zeit*, Basel, Buchverlag Basler Zeitung.

MEYER-AHRENS, C. (1860). *Die Heilquellen und Kurorte der Schweiz: in historischer, topographischer, chemischer und therapeutischer Beziehung geschildert*, vol. II, Zürich, Orell, Füßli u. Co.

Milchanstalten für Kinder (1889), in «Die Gartenlaube. Illustrierstes Familienblatt», n. 10, pp. 307-308; n. 19, pp. 322-323.

MUDDOCK, J. E. (1881). *Davos-Platz as an Alpine Winter-Station for Consumptive Patients*, London, Simpkin, Marshall & Co.

PRUDLO, F. (1837). *Die vorhandenen Höhenmessungen in Schlesien beider Antheile, der Grafschaft Glatz, der preußischen Lausitz und den Angrenzungen, vorzüglich in den gebirgigen Theilen*, Breslau, Graß, Barth und Comp.

REGENHART, J. (1838). *Die Frühlings Milchkur,* Wien, Mechitaristen.

REUTER, C. (1908). *Bad-Ems as a Health Resort*, London, Baillière, Tindall and Cox.

ROUBAUD, F. (1867). *Les cures de petit-lait en Suisse, en Allemagne, dans le Tyrol et la Styrie*, Paris, Chez Adrien Delahaye, libraire – Place de l'École-de-Médecine.

RUEF, A. (1852). *Die heißen Quellen von Baden-Baden und die Molkenkuranstalt daselbst,* Karlsuhe, Hasper.

RÜESCH, G. (1854). *Heiden und seine Molken-Kuranstalt im Freihof,* Trogen, Schläpfer.

SCHÄFER, F. (1907). *Wissenschaftlicher Führer durch Dresden*, Dresden, Zahn & Jaensch.

SEUPEL, F. (1869). *Die Entstehung der Stadt Heidelberg: Ein vaterländisches romantiſhes Gemälde*, Heidelberg, Selbstverl.

SPIESS, A. (1881). *Frankfurt am Main in seinen hygienischen Verhaeltnissen und Einrichtungen*, Frankfurt am Main, Mahlau & Waldschmidt.

VON EHRENKREUZ, B. (1848). *Die Molkenkur-Anstalt auf dem Schlosse Schöneck bei Boppard am Rhein*, Koblenz, Wilhem Blum.

VON KRONFELS, F. K. (1826). *Gais Weisbad und die Molkenkuren im Canton Appenzell*, Constanz, Wallis.

WYDER, M. (2003). *Kräuter, Kröpfe, Höhenkuren: die Alpen in der Medizin - die Medizin in den Alpen*, Schlieren, Verl. Neue Zürcher Zeitung.

Elenco delle fonti archivistiche

Basel. Archiv im Kanton Basel-Stadt. AL 45, 4-55-5: *Basler Milchkuranstalt von W. Schmid, Schützenmattstrasse 3* (1896).

Wien. Stadtarchiv St. Gallen. *Privatarchive (1400 ca. – 2000)*. W 200/76.01: *Unterwasser: Luft- und Molkenkuranstalt zum Sternen von Wendelin Looser* (1894).

Zürich. Zentralbibliothek. ZH, Bachtel I, 2: *Molkenkuranstalt von J. Ryf auf dem Bachtel Cant Zürich, 1856-73*.

Sitografia

FUCHS, T. (2006). *Samuel Heim*: https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/029133/2006-08-28/ [dicembre 2020].

FUCHS, T. (2007). *Johann Heinrich Heim*: https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/004147/2007-12-05/ [dicembre 2020].

http://www.bachtel-kulm.ch/ [dicembre 2020].

http://radebeul-info.de/2020/08/24/historische-ansichten-6-die-meierei/ [gennaio 2021].

http://www.schweizerei.de/Geschichte/ [gennaio 2021].

https://am-roemerbrunnen.de/ueber-uns/ [dicembre 2020].

https://www.barmer-anlagen.de/verein/historie/ [gennaio 2021].

https://www.hotel-jakobsbad.ch/-LO79utYsR_8UCEABh2J [gennaio 2021].

https://www.lagis-hessen.de/de/odk/record/id/1083 [gennaio 2021].

https://www.molkenkur.de/ [gennaio 2021].

https://www.molkenkur-baden-baden.de/ [dicembre 2020]

https://www.sternen.biz/sternen.php [dicembre 2020].

REDAKTION (2015). *Zeitgeist: Milch und Molke heilen gestresste Großstädter*, in «Magdeburg Kompakt»: http://archiv.magdeburg-kompakt.de/zeitgeist-milch-und-molke-heilen-gestresste-grossstaedter/ [gennaio 2021].

TRA ISTANZA SANITARIA E EDUCATIVA. GLI INGEGNERI E L'ARCHITETTURA SANATORIALE A SALERNO DURANTE IL VENTENNIO

Simona Talenti, Annarita Teodosio

Abstract

At the end of the 1920s, an anti-tubercular project set up by the Fascist government encouraged the construction of a network of sanatoriums throughout the country. A seaside village was also built in a marginal area of Salerno to welcome frail and sick children. It was a complex with four pavilions, characterized by a simple and unadorned style. The first anti-tubercular sanatorium, constructed on a hill in the hinterland, was inaugurated in 1938 in line with the national architectural model.

Keywords

Salerno, sanatorium, seaside hospice, Camillo Guerra, Silvio Guidi.

Introduzione

I sanatori, luoghi di cura per la tubercolosi, nascono inizialmente nelle zone montane di Germania, Francia e Svizzera[1] grazie all'aiuto di singoli benefattori o società filantropiche. Lo sviluppo della tipologia architettonica è strettamente connesso al dilagare della patologia in Europa tra XIX e XX secolo [Sabbatani 2005] e ai conseguenti progressi della medicina. Per fronteggiare il "mal sottile" si prevede la degenza in particolari strutture, simili ai comuni ospedali, ma con disposizione differenziata delle camere, percorsi separati per il personale sanitario, ampie zone a verde, e collocate in particolari zone climatiche – mare, media e alta montagna – lontane dai centri urbani. Confinare i malati in luoghi isolati, con precise caratteristiche igienico-sanitarie, rappresenta allora l'unica arma disponibile per arginare la diffusione del contagio e favorire la guarigione: all'architettura, dunque, sembra essere affidato il compito decisivo per la lotta alla malattia [Del Curto 2010]. Tuttavia, non è solo la sapiente collocazione a definire l'efficacia delle strutture, quanto anche il loro carattere intrinseco: alle qualità estetiche del paesaggio si affiancano quelle compositive e stilistiche di edifici che testimoniano l'evoluzione del linguaggio architettonico.

[1] Davos, località delle Alpi svizzere collocata a circa 1.600 m di altitudine, diventa uno dei maggiori centri sanatoriali europei grazie al suo clima secco e ventilato indicato per la climaterapia; proprio qui, nel sanatorio di Berghof è ambientato *La montagna incantata* di Thomas Mann [Sabbatani 2005].

© Aisu International 2021

I sanatori si diffondono nel nostro paese a partire dai primi anni del Novecento[2]. A seguito della prima guerra mondiale, in occasione di un importante incontro internazionale organizzato dalle Croci Rosse, è portato all'ordine del giorno il tema della loro costruzione, sollecitando esplicitamente i vari stati, tra cui quello italiano, a diffondere in maniera capillare queste strutture intese come «centri di diagnosi e di propaganda» [Sabbatani 2005, 128]. Alla destinazione preventiva si affianca, a partire dalla fine degli anni Venti, lo scopo curativo sostenuto dal Governo fascista mediante un preciso programma antitubercolare. La lotta alla malattia rappresenta così la più importante delle bonifiche attuate dal regime: la cosiddetta "bonifica del popolo" [Del Curto 2010, 223]. Con il R.D.L. n. 2055 del 27 ottobre 1927 si incentiva infatti la costruzione di una vera e propria rete sanatoriale su tutto il territorio nazionale e si istituisce una prima commissione di specialisti che, nell'estate del 1929, si trasforma in un apposito Ufficio tecnico [Menini 2017]. Guidato dall'ingegnere Gobbi Belcredi, l'Ufficio Costruzioni Sanatoriali vede la presenza di un consulente medico, il tisiologo Eugenio Morelli, dell'architetto ingegnere Ugo Giovannozzi, esperto di questioni artistiche, e del valido collega Giulio Marcovigi [Guidi 1931], che si era già distinto per la progettazione dell'ospizio marino bolognese Murri, realizzato sul litorale riminese tra 1911 e 1912 [Talenti 2016; Talenti 2017]. Coordinatore del nuovo ente è l'ingegnere Silvio Guidi, che, negli anni Trenta, sarà anche l'ideatore e progettista di un istituto sanatoriale a Salerno pienamente aderente ai modelli teorici proposti dall'ufficio.
Agli stessi anni risalgono le prime proposte urbanistiche di espansione della città campana lungo la costa orientale, le quali, seppur non attuate, preconizzano le future linee di sviluppo del centro urbano [Giannattasio 1995]. Proprio in tali aree ancora libere in località Torre Angellara, un luogo allora periferico a ridosso del mare, alquanto distante dal centro antico ma facilmente accessibile grazie alla vicinanza di una importante arteria di comunicazione – la strada delle Calabrie – alcuni documenti attestano l'istituzione nel 1900 di una prima struttura sanatoriale[3], che nell'estate del 1924 ormai ospita 150 bambini affetti da varie patologie «curati con bagni di sole e di mare, stufe di arena ed esercizi ginnici»[4]. In questa stessa zona, nel corso degli anni Trenta, si assiste alla progressiva definizione di un complesso marino-sanatoriale dedicato all'educazione e alla cura dei giovani.

I primi interventi di prevenzione e cura

Collocandosi «alla testa di tutte le consorelle del Mezzogiorno, nell'azione di profilassi antitubercolare» [Conforti, Barela, Sciaraffia 1928, 45], la città di Salerno vede tra il 1927 e il 1929 la costruzione del primo dispensario antitubercolare su progetto dell'ing.

[2] La prima realizzazione è la pineta di Sortenna Sondalo 1903 [Soffitta 2008].

[3] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura, Affari Generali, Sanità Pubblica. B. 1035, f. 1, sez. 10. Istituzione del Sanatorio Provinciale Umberto I per i tubercolotici, Salerno.

[4] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura, Gabinetto. B. 443, f. 14. Colonia marina di torre Angellara.

Vittorio Paciello [Dodaro 1997]. Collocato non lontano dalla cattedrale, a ridosso dei vecchi quartieri cittadini particolarmente densi e insalubri, l'edificio si trova in posizione elevata e a contatto con il verde dell'ex convento di San Michele. Si tratta di una costruzione a due piani, sobria, con poche decorazioni di gusto liberty. L'esperienza salernitana sembra anticipare i contenuti della circolare ministeriale che, nel 1928[5], definirà le linee guida per la costruzione di tali ambulatori la cui funzione principale è quella di prevenzione, assistenza ed educazione igienica del tubercolotico e della sua famiglia [Destino 2014]. Tuttavia, la mancanza di adeguate strutture alternative in città giustificherebbe la dimensione del fabbricato e la presenza di stanze di ricovero collocate al primo piano [Dodaro 1997] per una eventuale degenza.
Negli stessi anni a Torre Angellara si avvia la realizzazione di un vero e proprio villaggio marino-sanatoriale infantile[6]. La sua ubicazione rispetta perfettamente le abitudini già consolidate per tali tipologie assistenziali, concepite come "isole" da collocare in aree remote, al fine di evitare qualunque possibile contagio. Il nuovo complesso è un luogo che racchiude sia le funzioni educative e ludiche di una colonia estiva, dunque con lo scopo di ospitare i giovani in vacanza, che quelle di sanatorio, per curare i bambini tubercolotici. Per una carenza di fondi si sceglie di recuperare e rifunzionalizzare edifici esistenti appartenenti ai cantieri navali riadattati nelle planimetrie e nei prospetti per rispondere pienamente alle nuove esigenze funzionali. Così iniziano i lavori che, attraverso fasi diverse e successive, porteranno all'istituzione dell'Ospizio marino destinato ai piccoli pazienti affetti da forme gravi della malattia. L'edificio, di impianto rettangolare allungato, è collocato a ridosso della strada statale 19 e della linea ferroviaria, parallelamente alla costa. Ristrutturato inizialmente da Tommaso Gualano, ingegnere a capo dell'ufficio tecnico comunale, il fabbricato assume attraverso l'ampliamento a est una simmetria planimetrica che consente di collocarvi venti posti letto conferendogli anche una maggiore "dignità" architettonica e una più semplice e rigorosa separazione per sessi[7]. L'adeguamento funzionale prevede inoltre un'ampia terrazza destinata all'elioterapia[8].
A partire dal 1930 l'Ospizio subisce ulteriori trasformazioni che puntano, peraltro, a raddoppiarne la capienza mediante l'annessione di terreni e vecchie casupole circostanti. Nel primo progetto, non realizzato, l'ingegner Flavio Cermola riorganizza alcuni spazi al pianterreno, colloca due dormitori al piano superiore e altrettante verande coperte con una struttura «in ferro e vetri speciali permeabili ai raggi ultravioletti»[9];

---

[5] Circolare Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica – Divisione A. T. – Sezione I, n. 20300.20-14/686, 16 febbraio 1928 [Soffitta 2008].

[6] Per una dettagliata ricostruzione delle vicende legate al complesso [Ribera 2009].

[7] Salerno. Archivio Storico del Comune. Atti Vari. Cat. II, class. II, fasc. 3/2. T. Gualano, Progetto dei lavori di adattamento e di ampliamento di pianterreni in Pastena per la Colonia Marina Vittorio Emanuele III, Relazione.

[8] Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 9. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Disegni. Fabbricato esistente.

[9] Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 8. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Relazione.

inoltre, include l'aggregazione di un fabbricato per l'isolamento poco distante, staccato ma vicino, dotato di alloggio del custode e di tutti i servizi. La proposta dell'ingegnere del Consorzio provinciale antitubercolare prevede anche «la bitumazione» della strada comunale, che sembrava costituire «una grave fonte di infezione»[10], la sistemazione a verde delle aree esterne con un'aiuola sul lato orientale e un ampio giardino posto tra l'edificio e l'arenile piantumato con oleandri e piante resinose[11]. La disposizione della vegetazione secondo logiche formali classiciste, improntate alla simmetria e alla geometria rigida, rendono però questi spazi più assimilabili a un giardino all'italiana che a delle aree gioco per i piccoli ospiti[12] (Fig. 1).

L'assetto definitivo è attribuibile a un progetto elaborato da Camillo Guerra, allora a capo dell'ufficio tecnico comunale di Salerno, artefice di molte altre importanti opere in città[13] che sembrano distinguersi dalla cultura costruttiva corrente soprattutto per le sperimentazioni strutturali. Difatti, anche in questo caso d'intervento minore di recupero, il professore napoletano utilizza innovativi solai con soletta piena nervata e controsoffittatura realizzata con sistema Perret[14] in sostituzione di quelli esistenti in legno, per i quali già l'ingegnere Cermola aveva immaginato delle strutture in ferro e volterrane[15]. La distribuzione planimetrica proposta da Guerra, con una differente collocazione dei dormitori e l'accorpamento del vano scala, rispetto alle soluzioni precedenti sembra prediligere l'ampiezza delle superfici dei *solarium*[16]. Come si desume dal disegno del prospetto[17], le terrazze occupano quasi l'intera facciata rivolta al mare e sono scandite da una sequenza di colonne accoppiate e unificate da una cornice continua che, probabilmente, serviva da appoggio per coperture mobili di protezione dall'eccessivo irraggiamento[18]. Il richiamo al linguaggio classico e monumentale si fa esplicito nell'ingresso enfatizzato da un pronao convesso leggermente aggettante con quattro colonne in cui scanalature e scuri rimandano alla simbologia fascista, così come il sovrastante balcone rivolto verso il mare (Fig. 1).

---

[10] Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 8. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Relazione.

[11] Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 8. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Relazione.

[12] Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 9. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Disegni.

[13] Tra queste, il palazzo comunale (1929-34), lo stadio Vestuti (1931), le palazzine INCIS, ecc. [Ghiringhelli 2004; Zampino, Mangone 2010].

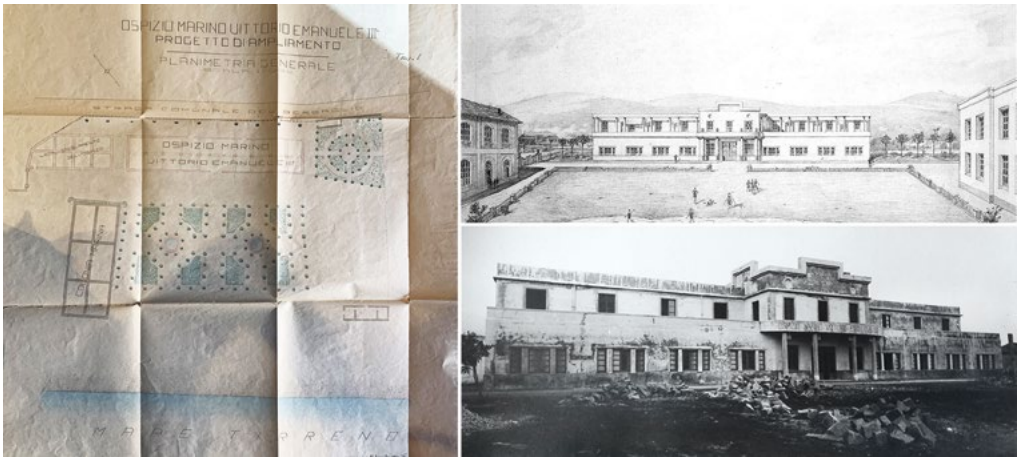
[14] Salerno. Archivio di Stato. Atti Vari, Cat. II, Class. II, Fascic. 3/2. Municipio di Salerno, Lavori di adattamento e di ampliamento dei pianterreni in Pastena per la Colonia Marina Vittorio Emanuele III - Capitolato speciale di appalto, Capo I - Indicazioni preliminari e condizioni generali, p. 18.

[15] Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 8. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Relazione.

[16] Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore Urbanistica – Nuovo Ordinamento, tubo 368a.

[17] Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore Urbanistica – Nuovo Ordinamento, tubo 368a.

[18] Attualmente non rimane traccia di tali colonne accoppiate e anche nelle foto d'epoca non appaiono. Ci sono dubbi sulla loro effettiva realizzazione.



1: A sinistra, F. Cermola, Ospizio marino Vittorio Emanuele III. Progetto di ampliamento, planimetria generale [Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 9]; in alto a destra, C. Guerra, Ospizio Marino Vittorio Emanuele III. Progetto di ampliamento. Veduta prospettica; in basso a destra, Veduta in seguito ai bombardamenti della Seconda Guerra Mondiale [Napoli. Archivio Guerra. Album IX, "Colonia marina P.e Umberto e P.a Maria - Salerno (1929)"].

Anche i due edifici gemelli perpendicolari alla costa e simmetrici rispetto all'Ospizio hanno una genesi piuttosto lunga e complicata. Ad ovest, la Colonia permanente regina Elena, destinata ai bambini fragili e predisposti alla tubercolosi, è frutto di una serie di interventi succedutisi nel tempo su un edificio preesistente[19]. La trasformazione più sostanziale risale alla prima metà degli anni Trenta ed è connessa alla costruzione dell'Educatorio principi di Piemonte. Il nuovo edificio, collocato a est e realizzato su progetto dell'ingegner Cermola a partire dal 1932, sembra riproporre una semplificazione del linguaggio e delle scelte compositive del collega napoletano, che ha allora appena terminato l'adiacente padiglione Aerium. Anche la Colonia regina Elena viene in quegli anni profondamente modificata, soprattutto nei prospetti, ad opera dello stesso Cermola [«Opere pubbliche: edilizia, idraulica, strade, ferrovie, porti, archeologia. Rassegna Mensile Illustrata» 1933] per creare un'omogeneità formale non solo tra i due fabbricati che si fronteggiano, ma nell'intero complesso.
La ricerca di un carattere stilistico unitario, giocato sull'iterazione di alcuni elementi architettonici e simbolici, sembra essere l'obiettivo prioritario dei diversi interventi succedutisi nel tempo che hanno consentito di portare finalmente a compimento il nucleo originario del villaggio sanatoriale. Le costruzioni relativamente basse, bianche, con prospetti lineari e semplici definiscono un impianto caratterizzato da un'accentuata simmetria. Solo apparentemente estranea a questa composizione conclusa in se stessa è la colonia realizzata da Guerra, forse l'opera più eclatante e significativa dell'intero complesso.

[19] La trasformazione del vecchio stabilimento dei cantieri navali avviene a seguito dell'acquisto del fabbricato nel 1924 da parte dell'Amministrazione Provinciale. Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 634, f. 13. Colonia marina di Torre Angellara, delibere relative all'acquisto del terreno e alla costruzione di un padiglione, 1930.

Il padiglione Aerium

La costruzione, che probabilmente insiste sull'area di sedime di un'antica masseria cinque-secentesca adiacente alla Torre Angellara[20], predisposta per accogliere 200 piccoli ospiti gracili o affetti da tubercolosi[21], viene finanziata con i fondi raccolti in occasione delle nozze dei principi di Piemonte[22] e inaugurata alla presenza di Umberto di Savoia il 20 dicembre 1931[23]. Diverse sono le ipotesi elaborate per questo "asilo" marino a due passi dal mare e nelle vicinanze della Colonia permanente regina Elena. Per questo nuovo stabilimento, soprannominato Aerium e intestato al nome degli Augusti Principi[24], l'ufficio tecnico comunale, incaricato del progetto, presenta il 24 gennaio 1930 una prima soluzione alquanto grandiosa nonché onerosa, che prevede «la costruzione di due padiglioni distinti, uno per maschi, l'altro per femmine della capacità ciascuno di 100 posti letto, riuniti da un porticato di passaggio aventi in comune un corpo di fabbrica centrale nel quale erano situati la scala, l'abitazione delle suore e la Cappella»[25]. Fin dai primi elaborati Camillo Guerra, allora direttore dell'ufficio, concepisce una moderna ossatura in cemento armato con pilastri fondati su plinti e tamponature in tufo giallo e mattoni forati[26].

Alcuni disegni conservati presso l'Archivio del Comune di Salerno, datati 1930, sembrerebbero raffigurare diverse varianti del progetto originario dall'impianto poligonale[27] (Fig. 2). Una prima proposta potrebbe corrispondere ad alcuni grafici dove lo stabilimento si presenta scandito da una serie di imponenti torrette, che sottolineano gli angoli del manufatto, e da numerose e ampie finestrature – tutte rigorosamente rettangolari – che, attraverso la ricerca di luce e aria, dimostrano di voler rispondere alle recenti prescrizioni igieniche. L'elemento centrale del prospetto sul fronte mare è messo in evidenza da un coronamento alquanto originale. Alcune colonne, simili a fasci littori, sorreggono un volume semisferico a sua volta sovrastato da una copertura piana: una

[20] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 634, f. 13. Colonia marina di Torre Angellara, delibere relative all'acquisto del terreno e alla costruzione di un padiglione, 1930.

[21] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394 f. 10. Colonia marina. Appalto dei lavori di costruzione del padiglione, 17 ottobre 1930.

[22] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394 f. 10. *Aerium* (s.d.), testo inviato alla stampa.

[23] Come testimoniato da un filmato muto dell'istituto Luce che registra l'evento: https://patrimonio.archivioluce.com/luce-web/detail/IL5000037038/2/salerno-ll-aa-rr-i-principi-piemonte-inaugurano-nuovo-padiglione-marino-torre-angellara.html&jsonVal=. Si veda anche: Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 19. Note per le spese sostenute per la visita fatta il 20.12.31 dai Principi di Piemonte per la cerimonia di inaugurazione del fabbricato delle Colonie estive e Casa del Balilla.

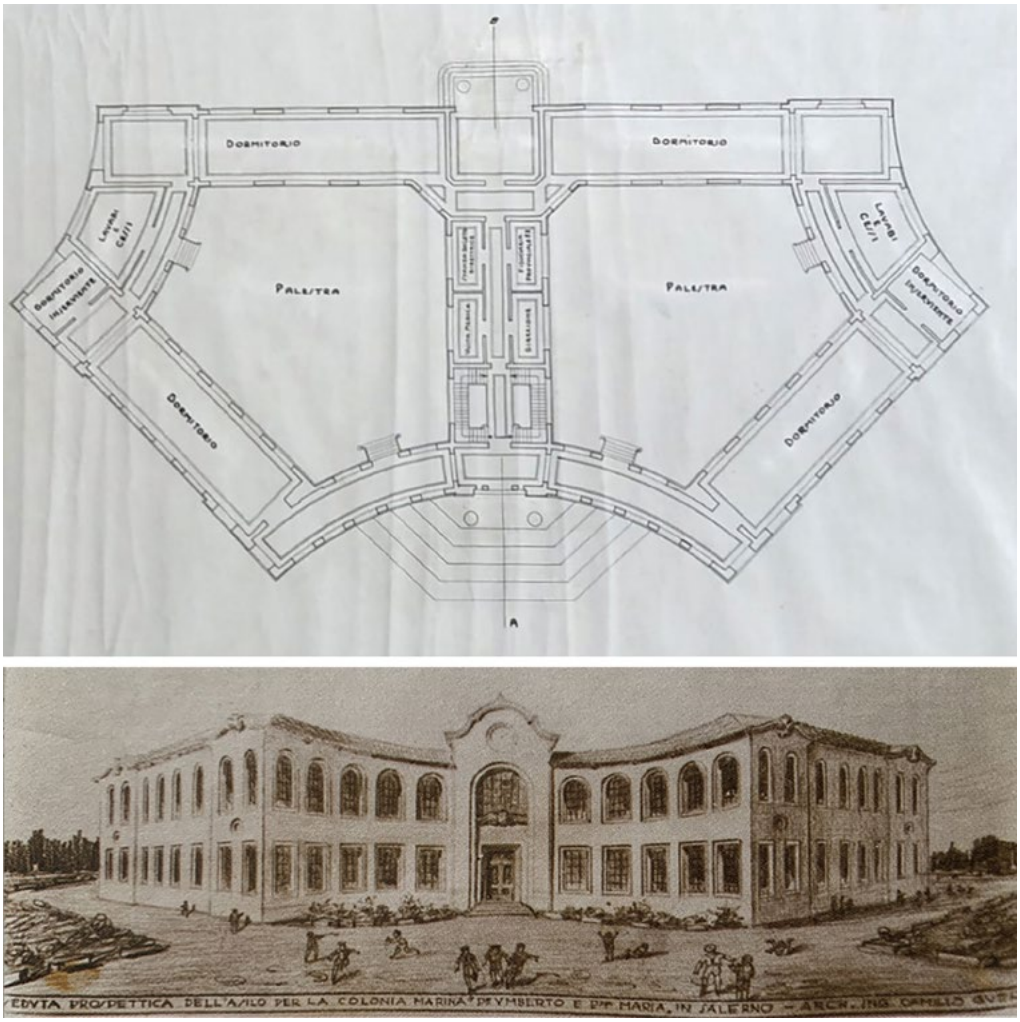
[24] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 19. Note per le spese sostenute per la visita fatta il 20.12.31 dai Principi di Piemonte per la cerimonia di inaugurazione del fabbricato delle Colonie estive e Casa del Balilla.

[25] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 15. Relazione di collaudo ai lavori di costruzione della colonia marina in Torre Angellara.

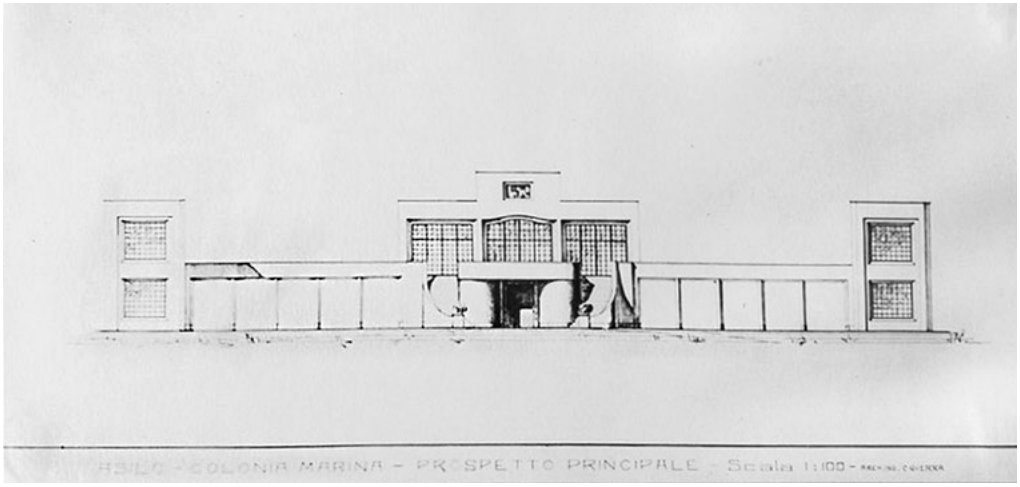
[26] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 15. Relazione di collaudo ai lavori di costruzione della colonia marina in Torre Angellara.

[27] Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore Urbanistica – Nuovo Ordinamento. Tubi 368a, 368b.

soluzione che riecheggia le commistioni volumetriche dell'architettura francese degli ultimi decenni del XVIII secolo. Il ricorso alla monumentalità e a una composizione piuttosto stravagante sembra però stonare con le innovazioni strutturali e costruttive previste dal progettista e assiduamente portate avanti dall'ingegnere napoletano in quegli anni.
Una versione semplificata, probabilmente successiva, con l'ingresso principale verso l'arenile presenta nel prospetto una concavità piuttosto accentuata non dissimile dalla soluzione elaborata per il fronte mare del Palazzo di Città (Fig. 2). Le diverse facciate sono scandite da una successione regolare e ritmica di finestre – a tutto sesto quelle del primo piano – che si interrompe soltanto in corrispondenza dell'accesso collocato in posizione centrale e valorizzato da un corpo più alto coronato da un cornicione ondulato.



2: C. Guerra, Planimetria e veduta prospettica dell'asilo per la Colonia Marina [Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore Urbanistica – Nuovo Ordinamento. Tubo 368a].



3: C. Guerra, Prospetto principale della colonia marina [Napoli. Archivio Guerra. Album IX, "Colonia marina P.e Umberto e P.a Maria - Salerno (1929)"].

Queste linee morbide e sinuose, riaffioranti in parte anche nelle coperture laterali seppur in maniera meno evidente, sembrano ancora parafrasare gli stilemi barocchi cari all'ingegnere. Tuttavia, per contenere la spesa eccessiva, all'Ufficio tecnico viene richiesta una nuova soluzione presentata nel corso del mese di ottobre 1930[28]. Oltre a ridurre notevolmente l'importo del capitolato e del numero di posti letto (scesi a un totale di 160), il nuovo progetto abbandona l'impianto compatto a favore di corpi di fabbrica distinti e collegati tra loro da passaggi coperti[29] (Fig. 3). Questa ipotesi, più essenziale nelle forme e funzionale nella composizione, segue le indicazioni fornite dalle diverse autorità comunali e governative di innalzare «vari padiglioni interdipendenti con terrazzi e ampi locali con palestre e campi sportivi da costituire un complesso adeguato alle moderne esigenze e al programma del Governo Fascista»[30].
Il giorno successivo alla gara d'appalto del cosiddetto «padiglione colonie estive» avvenuta il 17 ottobre 1930[31], Guerra sintetizza le sue scelte compositive e stilistiche, affermando che «il progetto è ispirato alla massima semplicità e parsimonia, come al tema si addice, ed è architettonicamente concretato in poche linee chiare e luminose che denotano anche l'essenza costruttiva dell'opera»[32]. Ad ogni modo, nella relazione di collaudo del 1932, l'ingegnere Giuseppe Petrilli ricorda:

[28] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 15. Relazione di collaudo ai lavori di costruzione della colonia marina in Torre Angellara.

[29] Ibidem; Napoli. Archivio Guerra. Album 9, n. 545. Colonia marina P.e Umberto e P.a Maria. Salerno.

[30] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 10. *Aerium* (s.d.), testo inviato alla stampa.

[31] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 10. Colonia marina. Appalto dei lavori di costruzione del padiglione, 17 ottobre 1930.

[32] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 10. Lettera al Prefetto di Salerno a firma di Camillo Guerra, 18 ottobre 1930.

> Per considerazioni tecnico-sanitarie si ravvisò l'opportunità di ritornare al primitivo concetto di costruire un unico edificio con cortili chiusi e ciò specialmente per riparare l'edificio stesso dai venti impetuosi della località e per poter eventualmente utilizzare il padiglione anche per colonia invernale. Si ritornò pertanto al primitivo progetto[33].

Il tecnico collaudatore ribadisce inoltre che il progetto realizzato, appaltato alla ditta napoletana Campanella, è una semplificazione di quello elaborato inizialmente, «la cui pianta è stata alquanto ridotta»[34].
La nuova Colonia viene realizzata nel corso del 1931[35], con impianto perfettamente simmetrico e un volume compatto, così come previsto fin dai primi elaborati, ma con una sobrietà di linguaggio e di forme parzialmente più aderenti all'estetica del razionalismo. Rimangono solo due colonne, simili a fasci littori, a decorare il prospetto concavo esposto a sud e quello di accesso parallelo alla strada, oltre al tradizionale balcone collocato in posizione assiale e alla stella incisa sulla parte più alta del fronte mare. La soluzione dei cortili chiusi, giustificata con l'utilizzo invernale, si dimostra in contrasto con la tipologia sanatoriale dell'epoca, ma anche con quella delle colonie di vacanza diffuse in tutta Italia, dove la ricerca di una efficace circolazione dell'aria aveva sempre condotto a impianti a pettine o con corti aperte [Teodosio 2014]. Le esigenze sanitarie e salutistiche del complesso sanatoriale, che prevedono ampi spazi interni (camerate e refettori) con doppio affaccio, sono completate da alcuni spazi verdi progettati attorno al nuovo manufatto. I documenti dell'epoca menzionano «tre aiuole dinanzi al fabbricato e […] due ampi spazi sistemati a pineta […] ove i bambini potrebbero riunirsi durante la canicola»: una soluzione che «avvantaggerebbe [anche] l'igiene locale»[36]. Se gli interventi del giardiniere sono attestati dalla liquidazione dell'orticoltore nel gennaio 1932[37], la realizzazione di un viale di accesso in asse con l'edificio, che avrebbe conferito maestosità al prospetto nord, sembra essere stata differita e probabilmente mai portata a termine[38]; vengono invece costruiti il muro di cinta dell'Ospizio e la recinzione dell'intera zona dell'arenile[39].

---

[33] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 15. Relazione di collaudo ai lavori di costruzione della colonia marina in Torre Angellara.

[34] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 16. Pagamenti corrisposti all'impresa Campanella per la costruzione della colonia estiva.

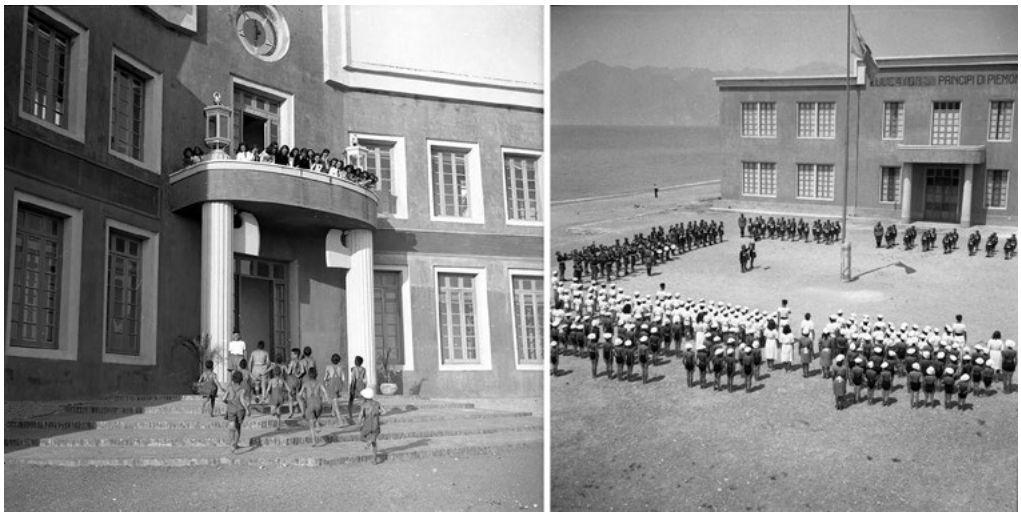
[35] I lavori di Campanella terminano nell'ottobre 1931 e l'edificio risulta arredato il 17 dicembre. Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 17. Inventario degli oggetti di arredo e corredo esistenti nel padiglione della colonia estiva di Torre Angellara.

[36] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Avanzamento e liquidazione dei lavori della Colonia estiva di torre Angellara, 1931-32.

[37] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Padiglione Colonie marine. Liquidazione dei lavori di giardinaggio.

[38] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Planimetria con la sistemazione dell'area e il nuovo accesso.

[39] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Completamento del muro di cinta dell'ospizio marino.



4: Vedute storiche dell'Aerium e del padiglione "Educatorio principi di Piemonte" [Eboli. Archivio Digitale. F. Gallotta, inv. 35293, inv. 38770].

La costruzione dell'Aerium offre nuovamente a Camillo Guerra l'opportunità di cimentarsi con le più innovative tecniche costruttive utilizzate per realizzare un telaio in calcestruzzo armato con solai a nervature incrociate, lasciate ineditamente a vista ispirate al sistema Hennebique [Mollo 2000, 188]. I prospetti rigorosamente bianchi rinviano certamente alle conoscenze delle proprietà antisettiche del latte di calce e al principio fisico di riflessione dei raggi solari, che consente di evitare un surriscaldamento dell'edificio nei mesi estivi, ma potrebbero anch'essi estrinsecare una maggiore sensibilità all'estetica della modernità. Tale predilezione per le tinte chiare si esplicita anche nei rivestimenti e negli arredi dipinti o smaltati rigorosamente di bianco: dai tavoli del refettorio ricoperti di tela cerata, alle panche e agli armadi in legno verniciati[40], ai letti in ferro con rete metallica[41]. Sono smaltati in bianco perfino gli sfondi delle targhe in legno sui quali, con lettere nere, si esplicita l'ideologia fascista della forza e della salute: insegne suscettibili di essere collocate dentro o fuori l'edificio con frasi come «alle nuove generazioni perché acquistino la sanità e la forza tra i monti e il mare per la grande Italia Fascista» o «non più piccoli volti sofferenti fanciullezza non più dolorante ma gagliarda, agguerrita alla lotta e al trionfo della vita»; o ancora, la scritta posta sulla cornice del pronao del sanatorio che, riprendendo un motto della Scuola medica salernitana recita: «aer sit mundus, habitabilis ac luminosus»[42]. Il probabile riferimento planimetrico alle iniziali del duce B e M [Fera 2005] testimonierebbe la difficoltà di elaborare una composizione razionale e in grado di smorzare la retorica e il simbolismo del regime. Tra istanza

[40] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 13. Fornitura di mobili per la colonia marina.

[41] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 17. Inventario degli oggetti di arredo.

[42] Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 13. Fornitura di mobili per la colonia marina.

sanitaria ed educativa, tra retaggi accademici e asciuttezza linguistica, il padiglione progettato da Guerra estrinseca così ancora tutta l'ambiguità della cultura architettonica salernitana del Ventennio (Fig. 4).

Il Sanatorio antitubercolare Giovanni da Procida

Dagli anni Trenta nella nostra penisola si assiste alla realizzazione di una fitta rete sanatoriale [Del Curto 2010] che prevede anche a Salerno, ad integrazione dell'offerta cittadina, la costruzione di un istituto antitubercolare destinato essenzialmente ai pazienti adulti. Le linee guida per la realizzazione di questa particolare tipologia architettonica risalgono all'inizio del decennio. Nella relazione presentata al Congresso nazionale degli ingegneri nell'aprile 1931 e pubblicata sulla rivista di settore «L'Ingegnere» nel maggio dello stesso anno [Guidi 1931], Silvio Guidi illustra i differenti modelli a cui gli ospedali sanatoriali avrebbero dovuto fare riferimento. Le strutture per la cura della tubercolosi vengono suddivise in funzione della loro ubicazione – in pianura o in montagna – dell'orientamento e della specificità della loro destinazione d'uso, in particolar modo per le cosiddette colonie post-sanatoriali [Guidi 1931]. Dallo schema planimetrico allo stile della facciata, dalle indicazioni costruttive alla scelta dell'arredo, tutto viene rigorosamente dettagliato per conseguire una standardizzazione che avrebbe permesso di ottenere un risultato igienico-sanitario appropriato con costi contenuti. Come consiglia lo stesso dottor Morelli, «tutto deve essere funzionale ma allo stesso tempo deve concorrere a creare quell'atmosfera familiare e rasserenante che tanta importanza ha nella cura sanatoriale» [Bonesio, Del Curto 2011, 203], contribuendo così anche a superare la consolidata immagine infausta di queste strutture antitubercolari. Lo schema compositivo a T, la separazione dei sessi, la centralizzazione dei servizi e l'orientamento delle infermerie a sud-est costituiscono le invarianti di quella rete di edifici di più di 60 unità diffusa in maniera capillare dal Nord al Sud Italia [Del Curto 2010], tra cui si annoverano l'esperienza montana di Sondalo, ma anche quelle più grandiose del Centro Forlanini di Roma o dell'Ospedale sanatoriale principi di Piemonte di Napoli.
Lo stesso ingegnere Guidi, direttore dell'Ufficio tecnico dell'INFPS-Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, è il progettista del nuovo Sanatorio antitubercolare salernitano, un edificio che avrà un grande impatto anche tra i non addetti ai lavori comparendo su alcune testate giornalistiche [«Idea fascista» 1933; «Il Popolo Fascista» 1939] che ne presentano persino un *rendering ante litteram* [«Idea fascista» 1933][43]. L'ubicazione del complesso, in un'area di 5 ettari sulla collina La Mennola posta a nord del centro urbano, sembra testimoniare la volontà di rifuggire l'arenile prediligendo in questo caso un luogo sopraelevato ameno, isolato e panoramico, particolarmente adatto

[43] Nell'articolo si specificano anche i costi di costruzione, ammontanti a circa sei milioni di lire, a cui contribuiscono l'Amministrazione Podestarile (apertura strada di accesso) e il Consorzio Antitubercolare (acquisto del suolo).

per l'orientamento e la ventilazione[44]. Nella relazione tecnica dell'INFPS del 1935 si legge che la struttura è

> Situata a 2 chilometri dalla città di Salerno, sulle colline in destra del Torrente Irno, con giacitura declinante da nord-ovest a sud-est in posizione particolarmente adatta e per esposizione, accesso, e vegetazione. […] Il territorio è attualmente coltivato in parte a seminativo e in parte ad uliveto ed agrumeto con numerose piante d'alto fusto[45].

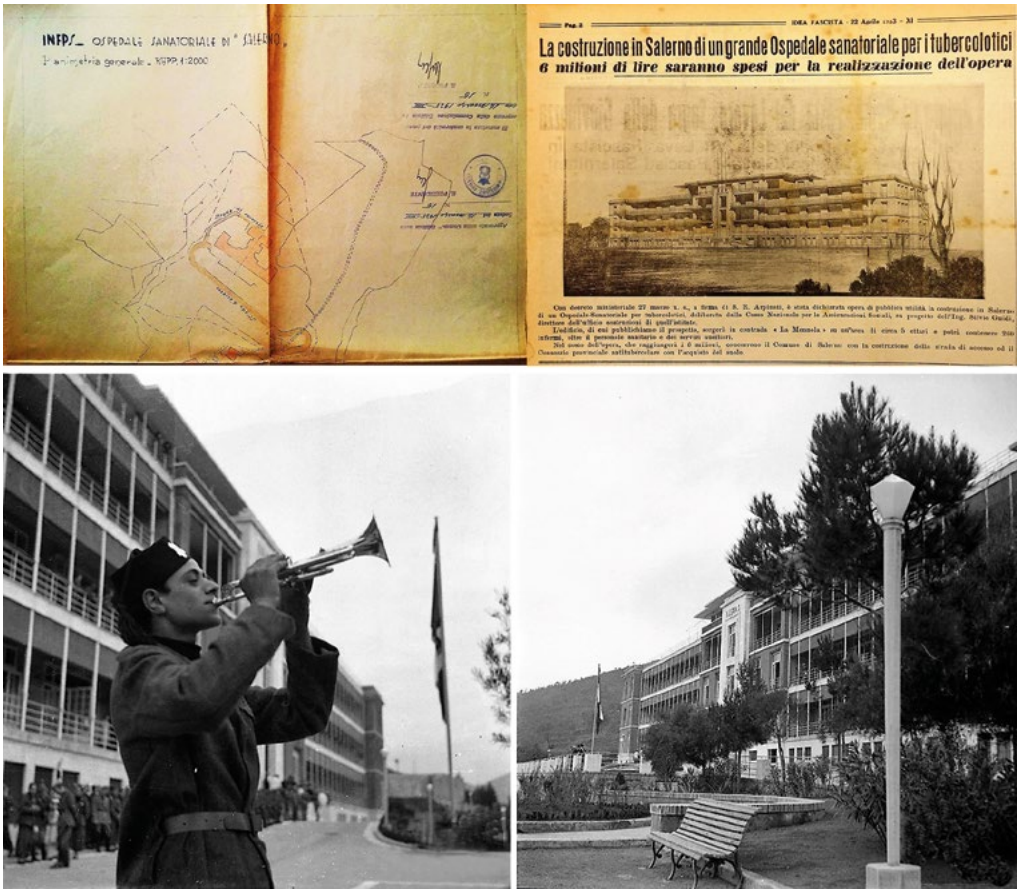
Il progetto include anche la sistemazione delle aree libere intorno all'edificio organizzate con percorsi e viali alberati all'aperto destinati alla passeggiata dei degenti, distinti mediante apposite recinzioni in due reparti per uomini e per donne.
L'opera comporta anche una serie di adeguamenti infrastrutturali, come il prolungamento della rete idrica per l'approvvigionamento delle acque bianche, di un tratto di fogna per lo smaltimento di quelle nere e persino la costruzione di un viadotto elicoidale sospeso su piloni in cemento armato. La realizzazione di questa temeraria sopraelevata, che compare già nelle prime planimetrie di progetto[46] [«Idea fascista» 1933], oltre ad essere necessaria per rendere raggiungibile la zona ha rappresentato «una grande opera nell'opera» [Del Curto 2010, 272], come accade già in diversi sanatori alpini: dall'Umberto I di Prasomaso (1909) coi suoi impianti maestosi (teleferica ad acqua, linea ferroviaria per il trasporto dei materiali), al villaggio Morelli di Sondalo, dove contrafforti, strada e tornanti sospesi su grandi arcate ridisegnano la montagna [Bonesio 2008, 52; Menini 2017].
Il Sanatorio intitolato a Giovanni da Procida, membro della Scuola medica salernitana, è inaugurato nel 1938 dopo i lavori durati circa tre anni (Fig. 5). Molti sono gli elementi che sembrano ricalcare fedelmente il modello promulgato dall'Ufficio Costruzioni Sanatoriali alla cui definizione aveva contribuito lo stesso Guidi: le dimensioni, la capienza (circa 260 degenti), lo schema planimetrico con la rigida suddivisione per sessi anche per i percorsi orizzontali e verticali; la scansione dei prospetti con compatte testate angolari di isolamento e ampie verande aperte a sud suddivisibili in singoli *box* grazie a infissi scorrevoli e ruotanti che si pongono ortogonalmente alla facciata; la terrazza in copertura per la cura elioterapica; la superficie degli spazi interni e le dotazioni delle singole camere; la tipologia e la collocazione degli impianti tecnologici e dei servizi (cucina, refettorio, cappella, ecc..)[47]. L'orografia e l'accesso all'area di sedime del fabbri-

[44] Durante il secondo conflitto mondiale, per la sua collocazione in cima alla collina da cui è possibile osservare tutta la vallata, il Sanatorio sembra costituire un obiettivo strategico e pericoloso per gli Alleati: http://www.archiviodistatosalerno.beniculturali.it/Risorse/scaricabili/schegge.pdf.

[45] Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore urbanistico. B. 37. Ospedale Sanatoriale Antitubercolare. INFPS - Servizio Tecnico - Ufficio Costruzioni Sanatoriali. Relazione sommaria accompagnate il progetto dell'Ospedale Sanatoriale da costruirsi in Salerno.

[46] Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore storico. B. 37. Ospedale Sanatoriale di Salerno. I.N.F.P.S. Planimetria generale.

[47] Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore urbanistico. B. 37. Ospedale Sanatoriale Antitubercolare. INFPS - Servizio Tecnico - Ufficio Costruzioni Sanatoriali. Relazione sommaria accompagnate il progetto



5: In alto a sinistra, Il Sanatorio antitubercolare in una planimetria di progetto che include anche il tracciato del nuovo viadotto elicoidale [Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore storico. B. 37]; in alto a destra, Il Sanatorio in un estratto da «Idea Fascista» [*La costruzione in Salerno di un grande ospedale sanatoriale per i tubercolotici* (1933), in «Idea fascista», 22 aprile, p. 2], e, in basso, in due immagini d'epoca [Eboli. Archivio Digitale. F. Gallotta, inv. 40520, inv. 36201].

cato, con gli inevitabili impatti tecnici e economici, costringono il progettista a realizzare un edificio di "tipo sud" con ingresso sul fronte dallo stesso lato delle verande, che rappresenta un adattamento del più diffuso e canonico "tipo nord" con entrata sul retro [Del Curto 2010].

L'applicazione di un prototipo nazionale, scevro da declinazioni locali, consente anche a una città di provincia, fino ad allora caratterizzata perlopiù da architetture monumentali di impronta classicista, di sperimentare le moderne forme del linguaggio razionalista.

dell'Ospedale Sanatoriale da costruirsi in Salerno.

Conclusioni

Il nuovo volto della Salerno degli anni Trenta è disegnato quasi esclusivamente da ingegneri [Talenti 2018] e l'architettura sanatoriale non costituisce un'eccezione. Camillo Guerra, uno dei maggiori protagonisti della scena architettonica salernitana del Ventennio, è il pioniere dell'uso del cemento armato in città e di una progressiva semplificazione del linguaggio architettonico, ma risente ancora di certi influssi accademici, che emergono soprattutto nelle esperienze dello stadio Vestuti o del villaggio di Torre Angellara, composizioni rigorosamente simmetriche e monumentali. Silvio Guidi, invece, risulta estraneo al contesto salernitano e, probabilmente, si è limitato ad applicare un modello prestabilito dall'ente a cui apparteneva, senza apportarvi modifiche o contributi personali. Pertanto, si rivela di più difficile interpretazione il suo contributo alla disciplina, che peraltro sembra non essere stato finora oggetto di approfondite indagini. La distribuzione razionale, l'attenzione all'orientamento e alla migliore illuminazione possibile, l'assenza di ogni decorazione, elementi che caratterizzano il Sanatorio da Procida, rappresentano quindi solo la declinazione di un prototipo e non l'espressione di una effettiva modernità.

Le strutture sanatoriali salernitane sono ubicate in due zone opposte della città e lontano dal suo nucleo storico. Il villaggio di Torre Angellara, collocato lungo le future linee di espansione, è ben presto circondato dal nuovo tessuto urbano, nonostante le barriere costituite dai tratti viari e ferroviari che lo rendono una sorta di isola dai contorni ben definiti. La sua seppur parziale conservazione è connessa alla successione di usi di natura medico-assistenziale, destinati ancora una volta a bambini e giovani. Il complesso situato sulla collina La Mennola, invece, sembra mantenere tuttora un certo distacco dalla città che lo lambisce senza raggiungerlo. E forse proprio questa sua specificità ne incentiva il permanere della funzione sanitaria nel tempo. Il presidio, difatti, è ancora attivo e attualmente adibito a covid *hospital*, andando quasi a recuperare la sua antica funzione.

La costruzione delle strutture dedicate alla prevenzione e la cura della tubercolosi rientra in un vasto programma di trasformazione urbana che investe Salerno durante il Ventennio. Numerosi sono gli edifici pubblici e le attrezzature di cui la città si dota [Giannattasio 1995; Dodaro 1997], spesso condizionati dai retaggi di un passato storicista che riaffiora in maniera più evidente nelle sedi istituzionali e nelle realizzazioni vicine al centro antico e al nuovo fronte mare [Dodaro 1997]. In questo contesto, i luoghi di cura, più liberi per funzione e collocazione e meno condizionati da intenti rappresentativi, diventano interventi di portata eccezionale non solo per la loro valenza sanitaria e sociale, ma soprattutto in quanto preziosa occasione di progresso tecnologico, impiantistico e formale in un contesto, come quello salernitano, ancora ai margini di quella ventata di rinnovamento che sta attraversando il resto d'Italia e d'Europa.

Note

Il lavoro è frutto di una ricerca comune. Tuttavia, all'interno di questo scritto sono di Simona Talenti il primo e il terzo paragrafo; di Annarita Teodosio il secondo e il quarto paragrafo.

Bibliografia

BONESIO, L. (2008). Il villaggio Morelli a Sondalo, in *Il bello che cura, L'architettura dei dispensari antitubercolari e dei sanatori in Italia tra le due guerre*, a cura di L. Bonesio, F. Mangione, C. Rosponi *et al.*, collana «Il quaderno di architettura», a. 2, n. 2/3, Fondazione CE.S.A.R. onlus.

Il villaggio Morelli. Identità paesaggistica e patrimonio monumentale (2011), a cura di L. Bonesio, D. Del Curto, Parma, Diabasis.

CONFORTI, A., BARELA C., SCIARAFFIA (1928). *Città di Salerno, Realizzazioni e sviluppi dell'attività Municipale nel primo anno di Amministrazione Podestarile*, Salerno, Stamperia Beraglia.

DEL CURTO, D. (2010). *Il sanatorio alpino. Architetture per la cura della tubercolosi dall'Europa alla Valtellina*, Roma, Aracne.

DESTINO, M. M. (2014). *La cura impossibile. Le origini della terapia sanatoriale e degli istituti antitubercolari in Puglia tra '800 e '900*, Brindisi, HOBOS Edizioni. 2014.

DODARO, V. (1997). *Salerno durante il Ventennio. Gli edifici pubblici, l'edilizia popolare, l'urbanistica*, Salerno, De Luca.

FERA, F. S. (2005). *Un nuovo programma organizzativo: la 'colonia' marina un simbolo della formazione giovanile del Regime Fascista?*, in *Architetture per le colonie di vacanza. Esperienze europee*, a cura di V. Balducci, Firenze, Alinea, pp. 61-65.

GHIRINGELLI, O. (2004). *Camillo Guerra 1889-1960. Tra neoeclettismo e modernismo*, Napoli, Electa.

GIANNATTASIO, G. (1995). *Salerno: la città moderna. Piani e progetti dall'Ottocento ai primi decenni del Novecento*, Salerno, 10/17.

GUIDI, S. (1931). *Relazione Tecnica sulla attività svolta dall'Ufficio Costruzioni Sanatoriali*, in «L'Ingegnere», vol. 5, n. 5, pp. 320-330.

Il duce per i lavoratori. Lo sviluppo della Previdenza Sociale. I dati dell'imponente attività in Provincia di Salerno (1939), in «Il Popolo Fascista», 22 aprile, p. 2.

L'assistenza ospedaliera e di profilassi sociale (1933), in «Opere pubbliche: edilizia, idraulica, strade, ferrovie, porti, archeologia. Rassegna Mensile Illustrata», n. 11-12, pp. 556-558.

La costruzione in Salerno di un grande ospedale sanatoriale per i tubercolotici (1933), in «Idea fascista», 22 aprile, p. 2.

MENINI, G. (2017). *L'aria pura e i sanatori di sondalo*, in *Memorie dell'aria in Alta Valle*, a cura di L. Dei Cas e L. Schena, Bormio, Centro studi storici Alta Valtellina pp. 177-194.

MOLLO, L. (2000). *Camillo Guerra. Il padiglione della Colonia Marina di Salerno*, in *Costruire e abitare la nuova architettura della città. Atti del convegno internazionale, Bologna, Palazzo d'Accursio e Aula absidale Santa Lucia, 9-10-11 marzo 2000*, Calderara di Reno, Grafiche Ruggiero, pp. 187-196.

RIBERA, F. (2009). *Architetture per la prevenzione e la cura durante il Ventennio a Salerno: il villaggio Marino Sanatoriale di Torre Angellara*, in *Le strutture di cura ed il contesto ambientale: interazioni e procedure di analisi e valutazione*, a cura di V. Iannizzaro, Salerno, CUES, pp. 42-68.

SABBATANI, S. (2005). *La nascita dei sanatori e lo sviluppo socio-sanitario in Europa ed in Italia. La lotta alla tubercolosi dal periodo post-risorgimentale al 1930*, «Le infezioni in medicina», n. 2, pp. 123-132.

Salerno. Il Palazzo di Città (2010), a cura di G. Zampino, F. Mangone, Napoli, Paparo edizioni.

SOFFITTA, A. (2008). *I dispensari antitubercolari. L'architettura della prevenzione*, in *Il bello che cura, L'architettura dei dispensari antitubercolari e dei sanatori in Italia tra le due guerre*, a cura

di L. Bonesio, F. Mangione, C. Rosponi *et al.*, collana «Il quaderno di architettura», a. 2, n. 2/3, Fondazione CE.S.A.R. onlus.

TALENTI, S. (2016). *Tra due litorali: ospizi marini e città tra terapia e villeggiatura da Viareggio alla Riviera romagnola*, in *Urbanistica per la villeggiatura e per il turismo del Novecento*, a cura di F. Canali, collana «ASUP Annuario di Storia dell'Urbanistica e del Paesaggio», vol. 3, Firenze, Emmebi Edizioni, pp. 52-62.

TALENTI, S. (2017). *Entre hôpital et colonie de vacances: l'hospice maritime en Italie du milieu du XIXe siècle aux premières décennies du XXe siècle*, in «IN SITU», n. 31, pp. 1-25.

TALENTI, S. (2018). *De nouveaux savoirs architecturaux pour les ingénieurs civils italiens entre les XIX e et XX e siècles*, in *Les Ingénieurs, unité, expansion, fragmentation (XIXe et XXe siècles). T. I: La production d'un groupe social*, a cura di A. Derouet, S. Paye, Paris, Classiques Garnier, pp. 129-149.

TEODOSIO, A. (2014). *Sguardi verso l'orizzonte. Le colonie marine italiane tra Tirreno e Adriatico*, in *Le jeu savant. Luce e oscurità nell'architettura del XX secolo – Light and Darkness in XX Century Architecture*, a cura di S. Berselli, M. Brunner, D. Mondini, Mendrisio, Mendrisio Academy Press, 2014, pp. 127-135.

Elenco delle fonti archivistiche

Napoli. Archivio Guerra. Album 9, n. 545. Colonia marina P.e Umberto e P.a Maria. Salerno.

Salerno. Archivio di Stato. Atti Vari, Cat. II, Class. II, Fascic. 3/2. Municipio di Salerno, Lavori di adattamento e di ampliamento dei pianterreni in Pastena per la Colonia Marina Vittorio Emanuele III - Capitolato speciale di appalto, Capo I - Indicazioni preliminari e condizioni generali, p. 18.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394 f. 10. *Aerium* (s.d.), testo inviato alla stampa.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394 f. 10. Colonia marina. Appalto dei lavori di costruzione del padiglione, 17 ottobre 1930.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394 f. 10. Lettera al Prefetto di Salerno a firma di Camillo Guerra, 18 ottobre 1930.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Avanzamento e liquidazione dei lavori della Colonia estiva di torre Angellara, 1931-32.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Completamento del muro di cinta dell'ospizio marino.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Padiglione Colonie marine. Liquidazione dei lavori di giardinaggio.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 12. Planimetria con la sistemazione dell'area e il nuovo accesso.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 13. Fornitura di mobili per la colonia marina.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 15. Relazione di collaudo ai lavori di costruzione della colonia marina in Torre Angellara.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 16. Pagamenti corrisposti all'impresa Campanella per la costruzione della colonia estiva.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 17. Inventario degli oggetti di arredo e corredo esistenti nel padiglione della colonia estiva di Torre Angellara.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 394, f. 19. Note per le spese sostenute per la visita fatta il 20.12.31 dai Principi di Piemonte per la cerimonia di inaugurazione del fabbricato delle Colonie estive e Casa del Balilla.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura. B. 634, f.13. Colonia marina di Torre Angellara, delibere relative all'acquisto del terreno e alla costruzione di un padiglione, 1930.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura, Affari Generali, Sanità Pubblica. B. 1035, f. 1, sez. 10. Istituzione del Sanatorio Provinciale Umberto I per i tubercolotici, Salerno.

Salerno. Archivio di Stato. F. Prefettura, Gabinetto. B. 443, f. 14. Colonia marina di torre Angellara.

Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 8. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Relazione.

Salerno. Archivio di Stato. Misc. E II 9. Ospizio marino "Vittorio Emanuele III", Progetto di ampliamento, Disegni. Fabbricato esistente.

Salerno. Archivio Storico del Comune. Atti Vari. Cat. II, class. II, fasc. 3/2. T. Gualano, Progetto dei lavori di adattamento e di ampliamento di pianterreni in Pastena per la Colonia Marina Vittorio Emanuele III, Relazione.

Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore storico. B. 37. Ospedale Sanatoriale di Salerno. I.N.F.P.S. Planimetria generale.

Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore urbanistico. B. 37. Ospedale Sanatoriale Antitubercolare. INFPS - Servizio Tecnico - Ufficio Costruzioni Sanatoriali. Relazione sommaria accompagnate il progetto dell'Ospedale Sanatoriale da costruirsi in Salerno.

Salerno. Archivio Storico del Comune. Settore Urbanistica – Nuovo Ordinamento. Tubi 368a, 368b.

Sitografia

http://www.archiviodistatosalerno.beniculturali.it/Risorse/scaricabili/schegge.pdf [gennaio 2021].

https://patrimonio.archivioluce.com/luce-web/detail/IL5000037038/2/salerno-ll-aa-rr-i-principi-piemonte-inaugurano-nuovo-padiglione-marino-torre-angellara.html&jsonVal= [gennaio 2021].

L'INNOVAZIONE DELL'ARCHITETTURA SANITARIA E ASSISTENZIALE IN IRPINIA FRA LE DUE GUERRE

Daniela Stroffolino

Abstract

The essay aims to analyse the functional and constructive innovations of hospital and welfare buildings developed in Italy in the years between the world wars through the case of a small Italian province – that of Avellino – which saw the opening of large construction sites in the mid-1930's for the consortium hospital – for which a national call for bids was launched – and for the anti-tuberculosis sanatorium, blocked after a few years due to the war and completed as late as the 1960s.

Keywords

Irpinia, hospital, sanatorium, assistance house, 1930s.

Introduzione

Nell'anno in cui l'emergenza COVID-19 ha evidenziato le criticità sanitarie del territorio italiano e ancor più del Meridione, mi preme ricostruire la storia - incredibilmente lunga e farraginosa per la parte burocratica - degli ospedali in Irpinia, area interna della Campania fra le più povere, dove da sempre le emergenze trovano risoluzioni quanto mai lente se non supportate dalla presenza di fattive forze politiche.
Nello specifico l'attenzione è ricaduta sulle architetture ospedaliere, come l'Ospedale civile consorziale e il Sanatorio antitubercolare Maffucci, progettate a metà degli anni Trenta per la città di Avellino – capoluogo di provincia dal 1806 – ma anche su altre forme di assistenza promosse dal regime e concretizzate con la costruzione di specifici edifici, ricadenti in precise tipologie.
Il primo ospedale civile era sorto in città nel 1847 in seguito al contratto d'affitto stipulato fra il Comune, il Consiglio generale degli ospizi e il dottor Pietro Giacomo de Conciliis, proprietario dell'edificio scelto per installarvi il nosocomio [Massaro s.d., 53]. L'imponente edificio a forma di "C" sorgeva nel cuore della città, alle spalle del Duomo, nel largo Sette Dolori, che divenne per l'appunto piazza Ospedale. I lavori di adeguamento alla nuova funzione iniziarono subito dopo l'acquisizione e furono assegnati all'architetto Denti, mentre la cura dei malati fu affidata alle Figlie della Carità. Già all'inizio del Novecento l'ospedale era considerato obsoleto e con gravi problemi strutturali, come si rileva dalla relazione del regio commissario Salvatore De Gaetano datata 1904 [Massaro s.d., 62]. Egli sottolinea soprattutto la mancanza di reparti destinati alle

© Aisu International 2021

differenti patologie, anche se infettive, e l'esiguo numero di letti per gli infermi poveri, in quanto una parte dell'edificio era destinato ad ospedale militare ed una ad alloggio delle suore. Inoltre, il pian terreno era occupato dalla farmacia, dalle cucine e dal refettorio dell'adiacente orfanotrofio, il che rendeva più precaria la situazione igienica. Pesanti critiche erano destinate anche al personale medico.
Incredibilmente, ancora nel 1914 l'ospedale era privo di luce elettrica, quando invece la città ne era dotata già a partire dal 1888, e aveva sale operatorie – definite "indegne" – in cui gli interventi chirurgici avevano spesso esito mortale. Negli anni seguenti si acquisirono nuovi edifici per ampliare ed organizzare al meglio la struttura. Così in una relazione redatta nel 1933 dal cav. Gino Romano, commissario prefettizio del Pio Ente, per definire un nuovo regolamento interno amministrativo e sanitario si legge:

> I locali avranno due reparti: uno per la medicina e uno per la chirurgia. Vi sono inoltre: una o più sale per militari e corpi affini; due sale per isolamento; due sale per ammalati di occhi; una sala di osservazione; sale a pagamento per uno o due infermi ciascuna; un locale per alloggio alle suore; un locale per alloggio al medico di guardia; una sala opportunamente arredata per il pronto soccorso, un locale per alloggio del portiere e locali accessori per bagni, cucine, lavanderie ecc. [Massaro s.d., 83].

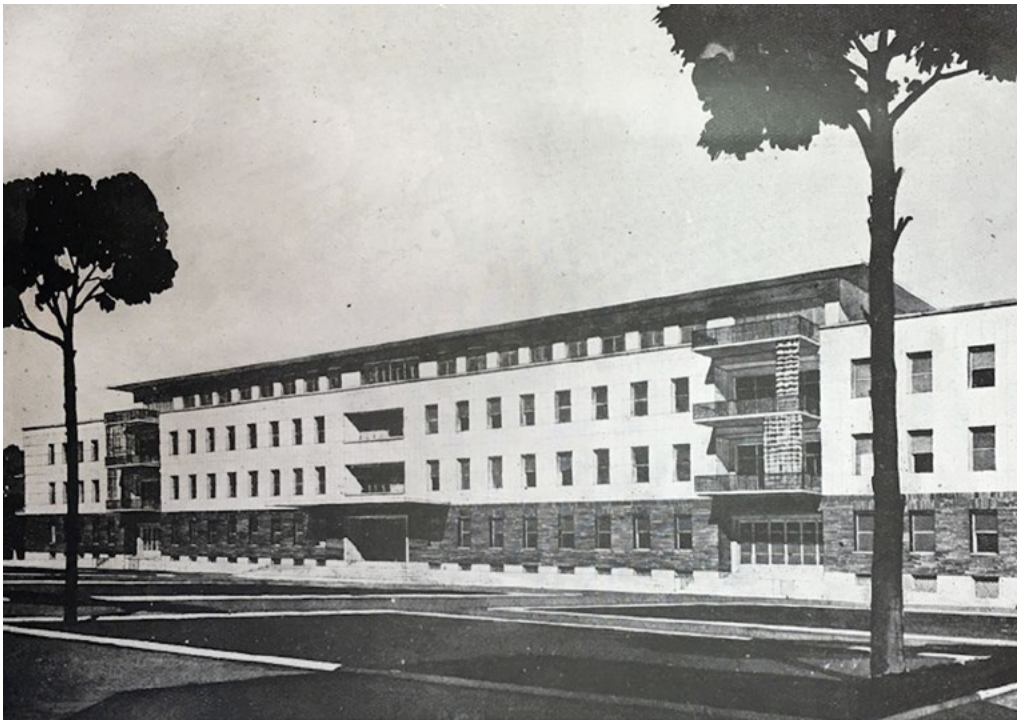
L'Ospedale civile di Avellino

Due anni dopo viene bandito il concorso nazionale per architetti e ingegneri per la realizzazione del nuovo Ospedale consorziale. Il consorzio viene costituito su iniziativa del prefetto fra l'Amministrazione provinciale, il Comune capoluogo e le Amministrazioni di tutti i comuni della provincia con decreto datato 11 agosto 1935.
La rivista «Domus» nel numero 89 (maggio 1935) pubblica il bando, che sarà poi rivisto e prorogato fino al 31 marzo 1936, nel quale si precisa che i concorrenti hanno massima libertà nella scelta dell'orientamento, della disposizione e dell'organizzazione interna, e che tali scelte progettuali – dalle soluzioni igienico-sanitarie ai materiali – dovranno essere motivate in una relazione particolareggiata. Segue l'elenco dei disegni da consegnare (planimetria generale, piante, prospetti, sezioni, particolari architettonici e costruttivi, prospettiva esterna), e la richiesta di un preventivo di spesa [«Domus» 1935]. Interessante l'articolo 15, in seguito modificato, in cui vengono indicate le funzioni ospedaliere da inserire nel progetto inizialmente calibrato per 100 posti letto, ma con la possibilità – già espressa in questo primo bando – di ampliamento a 200:

> Art. 15. – l'ospedale dovrà avere la capacità complessiva di 100 (cento) posti letto per ammalati aventi diritto all'assistenza ospitaliera gratuita e 20 per gli abbienti e i semi abbienti, con gli accessori annessi, così distribuiti:
> a) Ingresso principale, Sede per l'Amministrazione, Direzione, Segreteria, Economato e Cassa, Accettazione, Pronto Soccorso, Ambulatorio;
> b) Guardia medica, Sala di riunione del personale sanitario con annessa biblioteca, Camera e studio del medico di guardia;
> c) Sala di radiologia e terapia fisica, Sala di analisi chimico-batteriologiche;

d) Reparto di medicina: 30 posti letto, di cui 15 per uomini e 15 per donne;
e) Reparto di chirurgia: 40 posti letto, di cui 20 per uomini e 20 per donne;
f) Reparto di ostetricia e ginecologia: 8 posti letto;
g) Reparto di oculistica: sei posti letto;
h) Reparto dermo-sifilopatico: sei posti letto;
i) Locale di isolamento: sei posti letto;
l) Locale di osservazione: quattro posti letto;
m) Reparto a pagamento di 20 letti per abbienti e semi abbienti, con camere da 12 posti letto;
n) Ogni reparto, a seconda della destinazione, avrà altri locali, attinenti specialmente al servizio al quale è destinato;
o) Cucine, Dispense, Magazzini, Dormitori e Refettorio per n. 15 suore e otto infermieri (fra uomini e donne);
p) Cappella degli uffici religiosi;
q) Sala anatomica;
r) Sala mortuaria.
I progetti prevederanno in larga massima la possibilità di un futuro ampliamento fino a 200 letti [«Domus» 1935, 66].

Dalla pubblicazione del discorso tenuto dal prefetto Enrico Trotta il 30 maggio del 1936 [Trotta 1936] scopriamo le vicende che seguirono l'uscita del bando. In un primo momento, infatti, l'area prescelta era un lotto quadrato con lato di 120 m, sulla strada che da Avellino porta a Benevento. Tale scelta decadde nel momento in cui si decise che l'edificio andava fin dall'inizio predisposto per 200 letti e che – per lasciare maggiore spazio alla creatività dei progettisti – bisognava eliminare l'eccessivo frazionamento dei reparti e servizi riducendoli a soli quattro reparti (medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pediatria). Si optò, pertanto, per un'area più vasta di forma rettangolare di oltre 20.000 mq a nord del centralissimo viale Regina Margherita, lungo il quale si stava edificando anche la caserma Berardi, con il lato maggiore lungo 200 m rivolto a mezzogiorno, in modo da offrire all'edificio la migliore esposizione. L'area era completamente pianeggiante, già dotata di servizi idrici ed elettrici. Il termine fu ulteriormente prorogato al 31 marzo 1936. I progetti consegnati furono ben ventitré. Nella Biblioteca provinciale di Avellino è conservata la relazione conclusiva della giuria per il «Concorso Nazionale per il Progetto di massima del Nuovo Ospedale» [Consorzio per la costruzione dell'ospedale civile di Avellino 1936].
Il progetto premiato fu quello di Francesco Fariello e Cesare Valle, astri nascenti del panorama architettonico italiano, per aver realizzato «un complesso non soltanto rispondente a tutti i molteplici requisiti necessari al buon funzionamento dell'ospedale, ma che assicura anche una notevole economia di gestione. La possibilità di un'esecuzione graduale, richiesta dal bando di concorso, è in questo progetto pienamente assicurata. l'architettura è infine, unitaria, chiara e piacevole e perfettamente intonata, con felicissimo senso di modernità, all'ambiente e alla destinazione particolare dell'edificio» [Consorzio per la costruzione dell'ospedale civile di Avellino 1936, 7] (Fig. 1). Naturalmente anche il «Corriere dell'Irpinia» dedica un lunghissimo articolo ai risultati



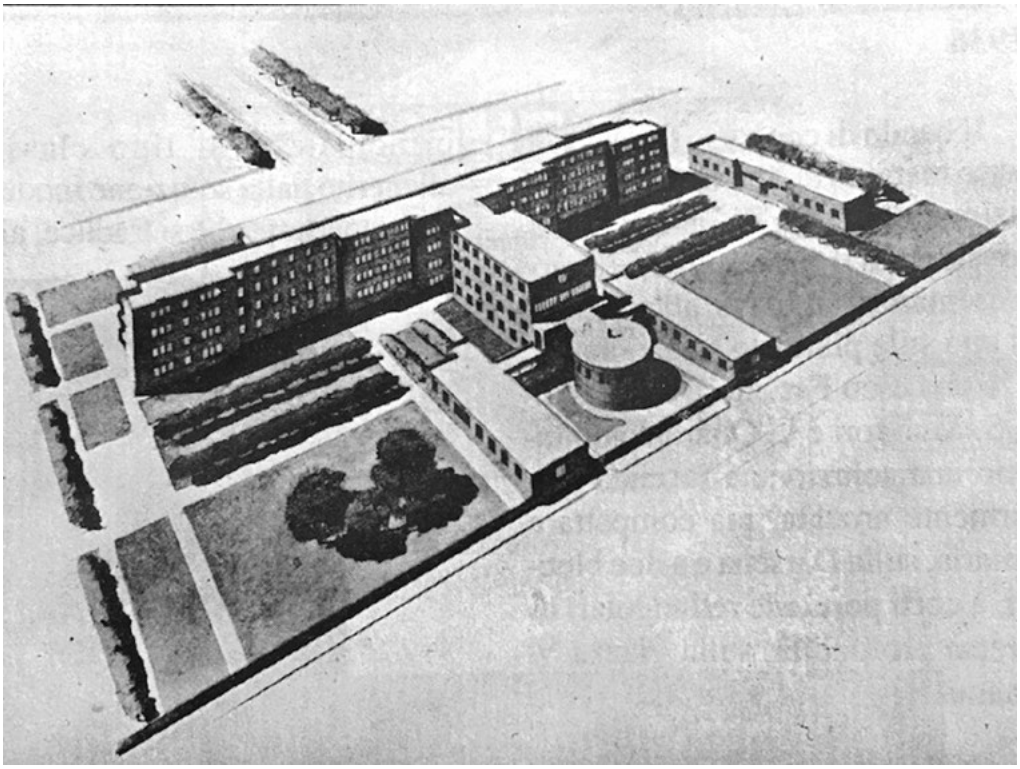
1: F. Fariello, C. Valle, Concorso per l'Ospedale civile di Avellino, 1936, facciata principale, vista prospettica [Amministrazione Provinciale Di Avellino (1939). *L'opera del Rettorato nel quadriennio 1935 XIII-1939 XVII*, Avellino, Tip. Pergola, tav. fuori testo].

del concorso nel numero del 6 giugno 1936, riportando uno stralcio della relazione tecnica, in cui i progettisti spiegano l'*iter* progettuale con la premessa che

> L'ospedale quale tipo architettonico di edificio ha subito di recente un notevole progresso riguardante soprattutto la sua distribuzione, la sua organizzazione e la sua attrezzatura nelle forme e negli impianti. Oggi si è giunti alla determinazione di abbandonare senza preoccupazioni e senza rimpianti il tipo di ospedale a padiglioni (o a distribuzione orizzontale) preferendo raccogliere i locali di degenza con relativi servizi, in uno o pochi edifici a più piani ed adoperando il sistema di distribuzione in verticale, mediante mezzi meccanici. Questo sistema mentre realizza una notevole economia di impianti e di costruzione, se adeguatamente applicato non comporta inconvenienti di rilievo [«Corriere dell'Irpinia» 1936, 2].

Per gli ospedali di grandezza media come quello di Avellino la tipologia illustrata è considerata sicuramente la più adatta: sfogliando le riviste di architettura dell'epoca è possibile visionare numerosi progetti eseguiti in risposta ai bandi di concorso che avevano come oggetto la realizzazione di nuovi ospedali, la cui costruzione era prevista in numerosi comuni di diversa grandezza. La dimensione delle strutture era naturalmente calcolata in funzione della popolazione, e la scelta della tipologia (a padiglioni o a blocco unico) scaturiva inevitabilmente da questo numero. Il progetto in questo senso più ambizioso

fu quello per l'Ospedale Maggiore di Milano (Niguarda), progettato dall'ing. Giulio Marcovigi e dall'arch. Giulio Arata, organizzato secondo un sistema di padiglioni a corridoio, a cinque piani, collegati da gallerie fuori terra [«L'Architettura italiana» 1934, 167]. Molto ambizioso anche il maestoso progetto per l'Ospedale di Brescia dell'arch. Angelo Bordoni che sperimenta nuove forme organizzative – in questo caso un anello esagonale dai cui vertici partono dei corpi a Y – per sostituire il sistema a padiglioni e ottenere conseguentemente una forte riduzione delle spese di gestione [«L'Architettura italiana» 1934, 168]. Nell'ambito dei progetti di ospedali di media grandezza sicuramente spicca, in quanto tipologicamente molto vicino all'ospedale di Avellino, quello di Chieti, opera dell'arch. Camillo Guerra e dell'ing. Giuseppe Florio, vincitore di concorso. La struttura si basa su un lungo blocco principale di cinque piani con i lati corti curvi, in cui sono dislocati tutti i servizi e i reparti, e uno più piccolo perpendicolare al primo, con i reparti di malattie infettive e i servizi mortuari [«L'Architettura italiana» 1937, 168].
Passando ad analizzare il progetto del nosocomio avellinese, la citata relazione dei progettisti sottolinea l'importanza dell'orientamento del blocco principale per la disposizione delle funzioni e di conseguenza per la composizione del fronte principale dell'edificio. Infatti, il blocco unico lungo ben 128 m è rivolto a meridione e in esso sono alloggiati tutti i reparti. La soluzione formale per risolvere la monotonia determinata



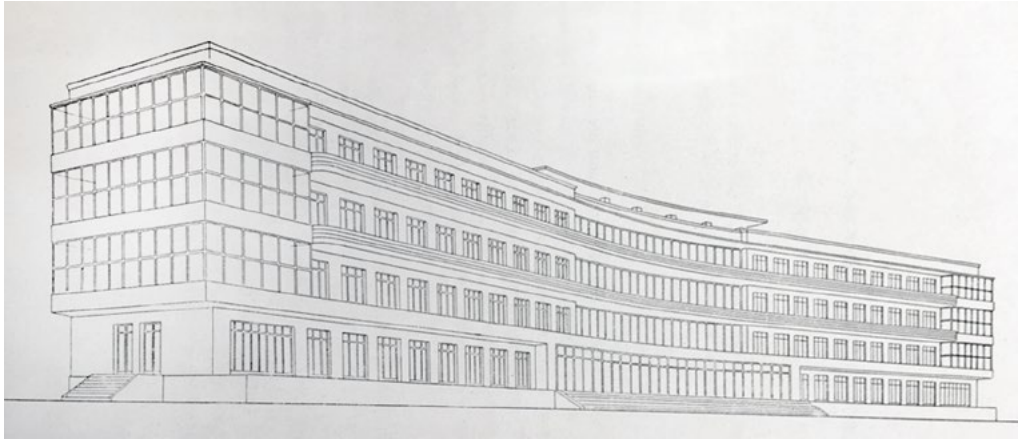
2: F. Fariello, C. Valle, Concorso per l'Ospedale civile di Avellino, 1936, veduta assonometria d'insieme [Ordine degli architetti della provincia di Avellino (1995). *Francesco Fariello Architetto*, Avellino, Jacelli, p. 69].

dal blocco unico fu trovata nell'uso dei materiali, nella maggiore altezza e nell'aggetto della copertura del blocco centrale rispetto ai laterali e nel ritmico alternarsi di vuoti e pieni. I tre ampi ingressi, infatti, sono sormontati da balconi sporgenti sui varchi laterali che fanno da contrappunto a quelli rientranti dell'ingresso centrale. Sul fronte settentrionale perpendicolare all'edificio principale si sviluppa un corpo più piccolo, ma della stessa altezza in cui sono collocati i servizi, le sale operatorie, i laboratori. L'estremità nord di questo edificio è collegata frontalmente con una cappella di forma circolare e, attraverso porticati coperti, al padiglione con gli alloggi per le suore e a quello con i servizi mortuari. Sull'estremità occidentale dell'area, ma in posizione completamente separata dal resto sorge il piccolo padiglione per le malattie infettive (Fig. 2).
Entrando nel dettaglio della organizzazione delle funzioni e dei reparti inseriti nel blocco principale si individuano: al piano rialzato gli ambulatori, il pronto soccorso e tutta l'area amministrativa; al primo piano il reparto di medicina (uomo/donna), laboratori di analisi e radiologici; al secondo piano il reparto di chirurgia e sale operatorie; al terzo piano il reparto di ostetricia e pediatria. Tutti i servizi – cucine, lavanderie, magazzini, dormitorio per il personale – sono dislocati nei seminterrati.
I lavori iniziarono nel 1938, ma, allo scoppio della guerra nel 1940, quello che ancora era solo uno scheletro in cemento armato venne messo a disposizione dell'Autorità militare italiana, che lo avrebbe completato e attrezzato per 100 posti letto per adibirlo ad ospedale militare. Nel 1943 il rustico fu requisito dall'Ufficio lavori del Genio Militare di Napoli e utilizzato prima dai militari italiani, poi dai canadesi. Alla fine della guerra l'edificio fu trasformato in alloggi per gli sfollati dei bombardamenti. Nel 1948 si registra la presenza di ben 140 famiglie e non una soluzione per fornire la città del nuovo ospedale. Il vecchio ospedale era ancora attivo e tale rimarrà fino al 1959 quando l'Ufficio del Genio Civile ne chiede lo sgombero per evidenti problemi di sicurezza. In questo stesso anno era stato approvato il progetto da 30 milioni per la costruzione di tutte le opere murarie per il completamento dell'ospedale nuovo di Avellino, i cui lavori furono portati a termine solo nel 1968 dall'impresa Damiano Ciardiello con sostanziali modifiche del progetto originario dovute alla necessità di ottenere un numero maggiore di posti letto.

Il Sanatorio antitubercolare "A. Maffucci"

Nei dieci anni intercorsi fra la chiusura del vecchio e l'apertura del nuovo ospedale, la funzione assistenziale sanitaria fu svolta da quello che era stato progettato e realizzato come Sanatorio antitubercolare, ma che in realtà non svolse mai questa funzione. Il progetto del Sanatorio di Avellino nasce nell'ambito della imponente operazione di lotta alla tubercolosi intrapresa dal regime fascista e portata avanti capillarmente su tutto il territorio nazionale in seguito all'approvazione del R. D. L. n. 2055 del 27 ottobre 1927. In dodici anni si raggiunse il numero di 425 istituti di cura, realizzati secondo precise indicazioni formali e funzionali contenute nei progetti tipo elaborati dall'Ufficio costruzioni sanatoriali secondo le indicazioni scaturite dagli studi e dall'esperienza di Eugenio Morelli, clinico tisiologo, incaricato di sovrintendere l'applicazione della legge.

Il modello messo a punto prevedeva una planimetria a "T" da dividere simmetricamente nell'ala maschile e femminile, le camere di degenza allineate sul fronte principale orientato in modo da avere la migliore esposizione, affacciate sul ballatoio-veranda che consentiva, con un sistema di infissi movibili, di effettuare l'elioterapia anche nei mesi più freddi. L'accesso alle camere era consentito da un lungo corridoio che attraversava longitudinalmente l'edificio principale, mentre l'ingresso, il blocco dei collegamenti verticali e dei servizi dovevano trovarsi nel corpo perpendicolare disposto a nord. Poiché questa organizzazione funzionale non era sempre possibile, fu predisposta anche la tipologia che spostava solo l'ingresso a sud e quindi sul fronte principale [Del Curo 2018]. In Campania, già nel 1931, erano iniziati a Napoli i lavori del grande Sanatorio "Principe di Piemonte", realizzato dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale e terminati solo nel 1938. Dello stesso anno è l'inaugurazione del Sanatorio di Salerno "Giovanni da Procida", costruito su progetto del 1933 dell'ing. Silvio Guidi. Entrambi gli ospedali – edificati in zone collinari ricche di vegetazione ed esterne al tessuto urbano – si basano sul tipo progettuale con ingresso sul fronte principale e mostrano l'evidenza di un linguaggio formale comune: il blocco d'ingresso e il piano terreno leggermente aggettante e messo in risalto dall'uso del travertino bianco, le ali laterali caratterizzate dalle lunghe verande disegnate da ringhiere continue e sottili *pilotis* bianchi. Nell'entroterra campano l'unico sanatorio realizzato, purtroppo con tempi lunghissimi, fu quello della provincia di Avellino, che diversamente dagli altri due seguiva le indicazioni della pianta di tipo nord, anche se per mancanza di spazio nel lotto prescelto sacrificava la forma a T, concentrando tutte le funzioni in un unico blocco. Nel discorso del prefetto Trotta del 30 maggio 1936, l'edificio si dice già in costruzione con una variante in corso d'opera per aumentare i posti da 50 a 160. L'area prescelta è esterna al centro abitato, sulla strada statale Avellino-Benevento, in posizione elevata e circondata dal verde, in modo da avere una migliore qualità dell'aria. Il progetto redatto dall'ingegnere capo dell'Ufficio



3: C. Colomba, Sanatorio antitubercolare "A. Maffucci", Avellino, 1936, veduta prospettica [Amministrazione Provinciale Di Avellino (1939). *L'opera del Rettorato nel quadriennio 1935 XIII-1939 XVII*, Avellino, Tip. Pergola, tav. fuori testo].

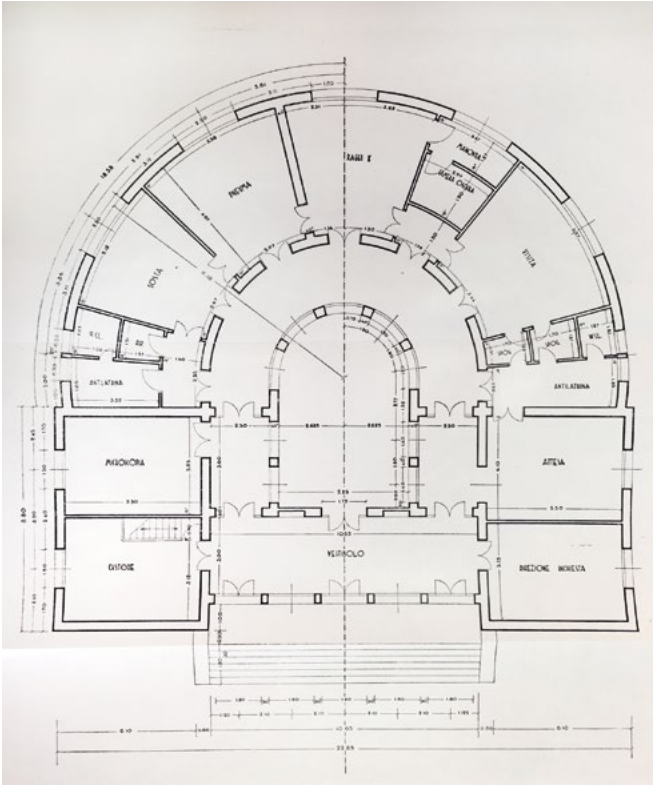
tecnico provinciale Carlo Columba risponde perfettamente e con un linguaggio moderno, di chiara derivazione razionalista, alle indicazioni codificate per la tipologia del sanatorio: il disegno planimetrico impostato su un settore circolare e perfettamente simmetrico, i ballatoi continui e ininterrotti che permettono ai malati l'elioterapia, il *solarium* sul tetto.
Il progetto viene interamente pubblicato nel volume a cura dell'Amministrazione provinciale, *L'opera del Rettorato nel quadriennio 1935 XIII - 1939 XVII*, con alcune fotografie dei lavori in corso. Viene inoltre descritta l'organizzazione delle funzioni per ogni livello:

> Piano rialzato: Economato, cucina, refettori, reparto pediatrico, isolamento pediatrico.
> Primo piano: Alloggio suore, amministrazione, gabinetti medici, reparto chirurgico, sala operatoria.
> Piano secondo (degenza donne): Isolamento, degenza, soggiorno degenza, isolamento.
> Si è adottata la separazione dei sessi per piano che consente una sensibile semplificazione dei servizi [Amministrazione Provinciale di Avellino 1939, 37-38].

Nell'esposizione delle linee guida e dei criteri ispiratori del progetto, si sottolinea che la forma lineare ed arcuata è stata adottata «per la doppia necessità di non scendere a troppo grande profondità con le fondazioni e non dover eseguire troppo forti lavori di sbancamento, data la forte pendenza trasversale del terreno. La forma curvilinea segue infatti una sinclinale esistente» [Amministrazione Provinciale di Avellino 1939, 37].
L'idea, dunque, scaturisce da quella esigenza di economia che era una delle indicazioni base di Morelli. L'edificio nel progetto iniziale prevedeva l'ingresso e i blocchi scala sulla parte posteriore dell'edificio, cioè sul lato esposto a nord, dove alloggiava anche una scala a ferro di cavallo che serviva esclusivamente il primo piano con gli ambulatori, esterna al blocco principale e collegata ad esso tramite un corridoio sospeso, leggermente arcuato, che fungeva da pensilina per l'ingresso ammalati, chiara citazione della pensilina disegnata da Alvar Alto per l'ingresso del Sanatorio di Paimio. Questa distribuzione permetteva di lasciare la facciata con la migliore esposizione completamente libera per le funzioni terapeutiche. Infatti, guardando la pianta del piano rialzato si rilevano le due grandi sale refettorio caratterizzate da ampie vetrate che dovevano dare la possibilità ai degenti di beneficiare del tepore del sole anche in inverno. Nel progetto le facciate vetrate della parte centrale si alternano a quelle in muratura delle ali laterali, per ritornare con verande a filo a chiusura delle estremità dell'edificio (Fig. 3). L'idea progettuale di Columba, pur seguendo le indicazioni distributive dell'Istituto Nazionale, riesce a dare alla struttura una certa originalità soprattutto nel disegno di facciata, distinguendola dalla maggior parte dei sanatori progettati nello stesso periodo in Italia. La leggerezza del vetro, la copertura aggettante del *solarium*, la linea continua ed ininterrotta degli ampi balconi ne denotano il carattere moderno e razionale. Purtroppo, anche questo progetto fu portato a termine solo dopo la guerra agli inizi degli anni Cinquanta con evidenti modifiche che lasciano trapelare una probabile diverso utilizzo dell'edificio. Infatti, nel 1957 viene trasferito qui il reparto "medicina uomini" del fatiscente ospedale vecchio.

Dal capoluogo alla provincia

Contemporaneamente al sanatorio di Avellino, si realizza la Sezione dispensariale di Lioni, comune popoloso dell'Alta Irpinia; un edificio di ridotte dimensioni che serviva per la diagnosi della malattia. Questo, dopo lunghe traversie per la scelta della collocazione più idonea, fu costruito in una particolare forma a D, su via Ronca (Fig. 4). Ancora oggi esistente, ma abbandonato, il Comune ha programmato una riqualificazione per trasformarlo in Casa della cultura.
In questo veloce *excursus* degli edifici nati in Irpinia al fine di assistenza alla popolazione, in una più ampia accezione che va oltre quella puramente sanitaria, vanno sicuramente ricordate le 82 Case dell'assistenza, realizzate fra gennaio e luglio del 1938 per offrire un pasto caldo alla popolazione indigente. Il numero così elevato spiega il livello di povertà e di fame che attanagliava la provincia. Come spiega il prefetto Tamburini nell'introduzione al volume di cui volle la pubblicazione e in cui sono raccolti tutti i progetti suddivisi per numero di posti a sedere, «le case dell'assistenza funzioneranno sempre quando se ne presenti una reale necessità, dovranno star chiuse quando non sia palese il bisogno. Potranno essere impiegate come cucine popolari per masse operaie e per il passaggio dei braccianti che si recano al lavoro nel Tavoliere, potranno essere di uso misto, cioè con buoni a pagamento e con quelli gratuiti, ma è necessario tener



4: Consorzio antitubercolare provinciale, Sezione dispensabile di Lioni, 1936, planimetria [Amministrazione Provinciale Di Avellino (1939). *L'opera del Rettorato nel quadriennio 1935 XIII-1939 XVII*, Avellino, Tip. Pergola, tav. fuori testo].

5: Progetto per la costruzione della Casa dell'ECA, Villanova del Battista (AV), 1939 [*Le case dell'assistenza in Irpinia* (1939), a cura della Regia Prefettura di Avellino, Avellino, Tip. Pergola, tav. fuori testo].

presente che il loro funzionamento non dovrà mai essere di incoraggiamento all'ozio ed alla formazione di una mentalità parassitaria» [Regia Prefettura di Avellino 1939, 7-8]. Naturalmente si tratta di edifici molto semplici ad un solo piano, caratterizzati da un unico ambiente con cucina a vista e il solo banco di distribuzione a dividere le due funzioni, nell'intento che tutto possa essere controllato da una sola persona e che il calore irradiato dalle attrezzature della cucina possa espandersi nella sala e renderla più accogliente, specie nelle giornate più fredde. La differenza fra i vari tipi era data essenzialmente dal numero dei posti a sedere stabiliti in base alla popolazione. Nel solo paese di Montella l'edificio era pensato a due piani con refettorio al pianterreno e dormitorio – maschile e femminile – al primo piano. Dal punto di vista architettonico, l'edificio più emblematico risulta quello di Villanova del Battista (Fig. 5) realizzato a chiusura del grande lotto trapezoidale in cui quasi 10 anni prima, in seguito al terremoto del 1930, erano state alloggiate un cospicuo numero di casette asismiche. Il prospetto principale, lungo 45,80 metri, è caratterizzato al centro e sulle estremità da corpi più alti e leggermente aggettanti, intonacati con un colore scuro a contrasto con il bianco dei setti murari arrotondati sul lato esterno, che scandiscono i varchi a mo' di colonne, le scritte e i fasci decorativi, le cornici, il blocco più basso. Alle spalle dell'ingresso centrale si erge l'alta torre littoria realizzata con mattoncini a faccia vista. L'ingresso principale, come spiega la planimetria, è posizionato sul lato corto orientale preceduto da un pronao, mentre l'angolo a nord-ovest è arrotondato per sfruttare al meglio le dimensioni del lotto.

Conclusioni

Fra il 1935, anno in cui fu bandito il concorso nazionale per l'Ospedale civile, e il 1940 furono messe in cantiere diverse opere che dovevano modernizzare e migliorare palesemente la situazione sanitaria in Irpinia. Alla fine, videro la luce solo il piccolo Dispensario antitubercolare di Lioni e le ben 82 Case dell'Assistenza, che per la semplicità delle strutture edilizie e la reale necessità dei tempi trovarono pronta e immediata realizzazione. La pianta del territorio provinciale (Fig. 6) con l'indicazione dei comuni e la capienza degli edifici, testimonia l'azione capillare attuata. Oggi la maggior parte di questi edifici sono stati abbattuti, alcuni hanno cambiato funzione a seconda delle necessità, come l'ECA di Avellino trasformata prima in scuola elementare e poi in centro sociale. In realtà quasi tutti sono stati convertiti in spazi polifunzionali messi al servizio della comunità.
Ben diverso il destino dell'Ospedale civile Moscati, chiuso definitivamente nel 2010 in seguito all'inaugurazione della Città ospedaliera, struttura dove sono convogliati anche i reparti presenti nel vecchio Ospedale Maffucci, nonostante il recente restauro del 2004. Queste due grandi strutture aspettano da dieci anni un'operazione di rifunzionalizzazione. In questa epoca di emergenza causata dal COVID-19, in prima battuta si era pensato di dedicare proprio l'Ospedale Maffucci alla cura della malattia, ma il progetto si è arenato quasi subito, avendo trovato da parte della Regione Campania una decisa opposizione, per essere troppo decentrato rispetto all'ospedale provinciale.

6: Casa dell'Assistenza ECA, Villanova del Battista (AV), 1939 [*Le case dell'assistenza in Irpinia* (1939), a cura della Regia Prefettura di Avellino, Avellino, Tip. Pergola, tav. fuori testo].

Bibliografia

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI AVELLINO (1934). *Statuto organico del Consorzio per la costruzione di un ospedale civile in Avellino*, Avellino, Stab. tip. Labruna.

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI AVELLINO (1939). *L'opera del Rettorato nel quadriennio 1935 XIII - 1939 XVII*, Avellino, Tip. Pergola.

CARULLO, P. (2002). *Il sanatorio antitubercolare "A. Maffucci". Razionalismo organico fra le colline di Avellino*, in «L'Irpinia Illustrata», n. 2, pp. 98-101.

CONSORZIO PER LA COSTRUZIONE DELL'OSPEDALE CIVILE DI AVELLINO (1936). *Concorso Nazionale per il Progetto di massima del Nuovo Ospedale: relazione conclusiva*, Avellino,Tip. Pergola.

DEL CURTO, D. (2018). *La costruzione della rete sanatoriale italiana*, in *Il villaggio Morelli. Identità paesaggistica e patrimonio monumentale,* a cura di L. Bonesio, D. Del Curto, Milano, Mimesis, pp. 189-224.

FARIELLO, F., VALLE, C. (1936). *Relazione tecnica progetto Ospedale civile di Avellino*, in «Corriere dell'Irpinia», 6 giugno, p. 2.

Il "Sanatorio" di Costarainera e il suo Parco terapeutico fra storia e attualità (2019), a cura di S. G. Pirero, Costarainera, TSG Edizioni.

MASSARO, A. (s.d.). *L'ospedale di Avellino*, Avellino, RO.MA editrice.

ORDINE DEGLI ARCHITETTI DELLA PROVINCIA DI AVELLINO, (1995). *Francesco Fariello architetto*, Avellino, PoliGrafiche Jacelli.

PERUGINI, G. (1932). *Per l'ospedale civile e pel dott. Gaetano Perugini*, Avellino, Tip. Ferrara.

Il sanatorio di Costarainera e il suo parco terapeutico fra storia e attualità (2019), a cura di S.G. Pirero, Imperia, TSG edizioni.

REDAZIONE (1934). *Il nuovo Ospedale Maggiore di Milano*, in «L'Architettura italiana. Periodico mensile di architettura tecnica», n. 12, p. 167.

REDAZIONE (1934). *Il nuovo ospedale di Brescia*, in «L'Architettura italiana. Periodico mensile di architettura tecnica», n. 12, pp. 168-169.

REDAZIONE (1935). *Concorso Nazionale per la costruzione dell'Ospedale Civile di Avellino*, in «Domus», n. 89, pp. 65-66.

REDAZIONE (1936). *I risultati del concorso naz. per il progetto dell'ospedale provinciale*, in «Corriere dell'Irpinia», 6 giugno, pp. 1-2.

REDAZIONE (1937). *Concorso nazionale per l'ospedale civile della SS. Annunziata a Chieti*, in «L'Architettura italiana. Periodico mensile di architettura tecnica», n. 15, pp. 103-112.

REGIA PREFETTURA DI AVELLINO (1939). *Le case dell'assistenza in Irpinia*, Avellino, Tip. Pergola.

TARANTINO, A. (1953). *Ospedale civile di Avellino: anno 1953*, Avellino, Tip. Pergola.

TROTTA, E. (1936). *Opere pubbliche ed iniziative varie:attività commerciali e situazione agricola: discorso al Consiglio Generale del 30 maggio 1936-XVI,* Avellino, Tip. Pergola.

ZANETTI, E. (1934). *Moderni orientamenti nella tecnica costruttiva ospedaliera*, in «L'architettura italiana», n. 5, p. 162.

LUIGI PICCINATO E IL PIANO DI RICOSTRUZIONE DI PESCARA: DALLA "CURA" DELLA CITTÀ AL PROGETTO DEI LUOGHI PER LA CURA

Gemma Belli

Abstract

In 1946, Luigi Piccinato was commissioned the Reconstruction Plan of Pescara. In line with the urban planning culture of the initial decades of the century, since 1934 the urban planner had begun to tackle the issue of "risanamento" for the treatment of the problems of the old centres and the ill people of the city, accepting the teachings of Giovannoni, taken up in the thinning out theory. From the beginning of the Thirties, he also began to tackle the design of places for care within the framework of a rigorous functional organization of the plans on which he worked. Thus, in Pescara, Piccinato operated on both the urban and architectural scale, highlighting the ability to mediate between them and to relate to international urban planning culture.

Keywords

Luigi Piccinato, Reconstruction, Hospital area.

Introduzione

Il piano di ricostruzione di Pescara redatto da Luigi Piccinato (1899-1983) nel 1946 rappresenta un interessante caso studio, che consente di esaminare in quale modo il progetto dei luoghi urbani destinati alla cura sia stato affrontato da uno degli indiscussi padri dell'urbanistica italiana del XX secolo[1]; "padre" in quanto costruttore di un insieme più o meno coeso di scelte teoriche, di regole di formazione di concetti e di immagini, di norme e di operazioni politiche [Secchi 1992]. La scelta di tale esempio nell'ambito di una produzione sterminata – in sessant'anni di carriera, dal 1924 al 1983, Piccinato è infatti protagonista di un'attività molto intensa, che lo vede autore di oltre 230 piani generali e 150 attuativi, in Italia e all'estero – è motivata dal fatto che, nel capoluogo abruzzese, l'urbanista di Legnago interviene prefigurando le linee dello sviluppo futuro, pure mediante l'individuazione delle aree cittadine adibite a funzione ospedaliera,

[1] Densa è la bibliografia su Luigi Piccinato; ciononostante la sua figura e la sua opera non appaiono ancora indagate in maniera sistematica, e soprattutto lo sono molto meno di quanto l'indiscussa fama possa lasciare supporre [De Sessa 1985; Merlini 1992; Gabellini 1993; Belli 1996; Malusardi 1996; Belli, Maglio 2015].

© Aisu International 2021

e concentrandosi sul disegno architettonico di alcuni edifici per la cura e di strutture assistenziali. Difatti, a Pescara progetta il grande complesso ospedaliero, con annesso padiglione per i malati di tubercolosi, il brefotrofio e il ricovero per anziani, dando prova di un'indiscutibile capacità di sapersi confrontare con le diverse scale progettuali, e confermando il suo assunto per cui «l'urbanista ha già dentro il suo cuore tutta una educazione e una capacità produttiva architettonica. In tanto è urbanista in quanto è architetto, mai il rovescio» [Pozzi 1981, 18].
Il piano, variamente menzionato in relazione alla storia di Pescara nel Novecento[2], va connesso alla prima delle due formulazioni dell'idea di urbanistica rintracciabili nella riflessione e nella pratica di Piccinato. Quella, cioè, elaborata tra la metà degli anni Venti e l'inizio dei Cinquanta, la quale fissa il centro dell'attenzione nella preoccupazione di dovere marcare il primato dell'architetto rispetto agli altri tecnici e professionisti che a diverso titolo si occupano dei problemi urbani; formulazione che, a partire dagli anni Cinquanta, muterà, anche in concomitanza con l'ampliarsi della dimensione concettuale della disciplina, e in rapporto al ruolo dello Stato e delle politiche perseguite nella società democratica per orientare le forze economiche nell'ambito dello sviluppo prorompente dei *Trente Glorieuses*: in questa seconda fase Piccinato, dopo essersi quasi unicamente alimentato della cultura tedesca, entrerà in contatto con quella americana[3].

All'indomani della guerra: Luigi Piccinato a Pescara

«Ho visto recuperare i morti tra il gracchiare sinistro dei gufi»: così, l'architetto di Legnago descrive il suo arrivo a Pescara, all'indomani della guerra, quando è chiamato a elaborare il piano di ricostruzione per una città in cui «il grado delle distruzioni è grande; le famiglie rimaste senza tetto, numerose» [Piccinato 1946, in Id. 1977a, 231], e la ferrovia non esiste più; ovunque campeggiano rovine, esito, da un lato, dei «bombardamenti aerei, i quali hanno punteggiato di vuoti, per così dire, l'intera città da un capo all'altro (sia pure in diversa misura) ed hanno anche investito l'estrema periferia e la campagna […], [dall'altro] delle mine l'effetto delle quali è localizzato in precisi e determinati settori» [Piccinato 1946, in Id. 1977a, 230].
In poco meno di ottant'anni, dall'Unità d'Italia sino alla seconda guerra, il volto della città abruzzese era cambiato considerevolmente. Se nel 1861 essa contava solo

[2] Sono molti gli scritti sulla storia del capoluogo abruzzese nel Novecento in cui, ovviamente, il piano è menzionato. Per un'analisi puntuale [Piacentini 1998].

[3] Mi fa piacere precisare che questo contributo è stato elaborato avvalendosi della consultazione dei materiali custoditi presso l'Archivio Luigi Piccinato di Roma, diretto con grande generosità dal professore Sergio Zevi. Esso si pone nella scia delle ricerche promosse, assieme ad Andrea Maglio, con la giornata di studi *Luigi Piccinato (1899-1983). Architetto e urbanista*, tenutasi a Napoli nel maggio del 2014, e confluita l'anno successivo nel volume omonimo; propone, inoltre, taluni temi analizzati nel lavoro *Luigi Piccinato, urbanistica e modernizzazione nel Novecento italiano*, attualmente in corso di elaborazione per l'editore Carocci, da parte di chi scrive con Attilio Belli.

quattromila abitanti, appena due anni dopo, con l'inaugurazione della linea ferroviaria Ancona-Foggia, era iniziato uno sviluppo prorompente. Cosicché, dal 1876 si delinea la necessità di una fusione con il comune di Castellammare, con l'obiettivo di creare un'unica grande realtà economica nel punto intermedio della costa adriatica. Il piano redatto dall'ingegnere Altobelli, approvato nel febbraio del 1885, individua le aree residenziali, amministrativa e commerciale, nonché quelle per un futuro sviluppo turistico-balneare, e disegna la maglia ortogonale fondata sugli assi fondamentali dei corsi Vittorio e Umberto. Il piano del 1910 di Antonino Liberi, invece, si concentra sull'area della Pineta e sulle sue possibilità di sviluppo turistico. Dopo il primo conflitto mondiale, poi, diventata significativa anche la presenza industriale, la città inizia a misurarsi con l'organizzazione di forze politiche e sociali legate alla presenza operaia. Durante il fascismo, con l'istituzione della nuova provincia, nel gennaio 1927, attraverso distacco di territori da L'Aquila, Chieti e Teramo, Pescara viene toccata da una sorprendente crescita demografica e da un'intensa attività edilizia, che interessa soprattutto la zona centrale, entro il nucleo della vecchia fortezza. Così, l'ingegnere Sebastiano Bultrini è incaricato di redigere un nuovo piano regolatore, destinato però a rimanere su carta; sarà, invece, parzialmente realizzato il progetto di un nuovo centro direzionale e burocratico per la città, concepito dall'architetto Vincenzo Pilotta. L'intenso sviluppo economico tarda, tuttavia, a tradursi in una nuova immagine urbana; e pertanto, sin dai primi mesi del 1942, seppure in pieno conflitto, da più parti è sollecitata la messa in cantiere di un piano urbanistico generale.

Tuttavia, nell'estate del 1943 la città viene quasi completamente rasa al suolo: il 31 agosto un bombardamento alleato colpisce il nuovo centro urbano e il palazzo delle poste; e il 14, 17 e 20 settembre, il centro, oramai sfollato, viene ulteriormente sfregiato; di lì a poco, le mine tedesche devastano il resto [Varagnoli 2019]. Si contano 1.065 edifici rasi al suolo, con 6.185 vani corrispondenti, e ancora più numerosi sono quelli gravemente danneggiati, con un grado di distruzione pari al 69% [Piccinato 1946, in Id. 1977a]. Di conseguenza, con D.M. n. 125 del 29 maggio 1945, il Comune viene incluso tra quelli che devono formare un piano di ricostruzione entro tre mesi. E poiché il termine non viene rispettato, l'anno dopo l'incarico viene offerto a Luigi Piccinato, oramai affermato professionista in Italia e all'estero, oltre che membro della Commissione dei lavori pubblici per i piani di ricostruzione.

Il suo programma è adottato dal Consiglio comunale il 18 luglio del 1946. Una volta pubblicato, vengono presentate 75 opposizioni, rispetto alle quali il Comune formula le sue controdeduzioni, relative soprattutto alle ipotesi definite per le aree interessate dalla linea ferroviaria. Illustrato nuovamente, il piano viene ripubblicato dal 15 al 30 maggio 1946, poi dal 20 luglio al 3 agosto, e infine approvato il 30 aprile 1947 dal ministro dell'assistenza post-bellica, Emilio Sereni, con lo stralcio di alcune zone rinviate a nuovo studio, e con l'eliminazione di talune previsioni. È inoltre fissato un periodo di due anni entro cui valutare se confermarlo, estendendolo sino a dieci anni, o invece procedere alla stesura di un nuovo piano regolatore.

Sin dal principio, lo strumento è concepito dal suo progettista come un dispositivo per risolvere gli aspetti contingenti, «le situazioni di dettaglio, in un quadro che non impedisca,

ma anzi faciliti e si inquadri nella linea di un futuro piano regolatore, rendendo l'opera di ricostruzione così organica da rappresentare il primo passo, la premessa di un più completo programma urbanistico» [Piccinato 1946, in Id. 1977a, 230]: con esso, egli intende fornire un assetto razionale a una città dotata di un organismo simile a quello di molte città del nuovo continente, "fatta di strade", e del tutto priva di sistemi di piazze.
Pertanto, Piccinato estende la zonizzazione all'intero territorio comunale, «in maniera che, con la lenta ma continua opera di ricostruzione, scaturisca quell'ordine generale che finora è mancato» [Piccinato 1946, in Id. 1977a, 235]; prevede una ristrutturazione e razionalizzazione del sistema viario e del traffico di transito, secondo uno schema consueto nei suoi piani, che separa i flussi interni dai maggiori di attraversamento; configura una serie di nuove piazze; punta sulla valorizzazione e qualificazione delle zone più importanti della città, tenendo conto delle rispettive funzioni; suddivide l'area urbana secondo fasce edilizie tipologicamente caratterizzate; si preoccupa del dimensionamento e della localizzazione dei servizi; attribuisce grande rilievo al verde, tanto negli ambiti periferici, vincolando le due pinete e le pendici delle colline, quanto nelle zone centrali, trasformando in parco pubblico le ville Risesis, Selecchi, Muzi e Sabucchi, e vincolandone altre a parco privato, immaginando il tutto come un organismo aperto in grado di accogliere futuri ampliamenti, sia lungo la linea costiera che verso le aree collinari [Avarello, Cuzzer, Strobbe 1975, 51].

Luigi Piccinato e la cura della città

Prima di esaminare il ruolo che i luoghi e le architetture per la cura rivestono nel progetto di piano per Pescara, occorre brevemente premettere che, in questa fase, Piccinato pone il problema della "cura", innanzitutto, con riferimento al compito dell'urbanista, il quale nel suo operare oltre che ad un giudice è assimilabile ad un medico, che interviene in situazioni compromesse, a cui deve trovare un rimedio [Piccinato 1959, in Id. 1977b]. Le metafore della città e del paesaggio come soggetti malati, e più in generale del paese ammalato, ricorrono in tutti i suoi scritti, perché, come già sottolineato da Chiara Merlini [Merlini 1992], il progettista fa della propria azione una pratica di medicalizzazione, fondata su una sequenza che va dal riconoscimento dei sintomi all'individuazione di una terapia. Tale dimensione terapeutica implica un doppio risvolto: da un lato, esige una "ricetta", e quindi Piccinato prescrive, indicando tipi e quantità per salvare i corpi malati; dall'altro lato, richiede che la cura vada calibrata in rapporto agli organismi cui è destinata: pertanto il metodo non è mai uguale, e il piano è adattabile e flessibile. Ma l'urbanistica – precisa ulteriormente – non consiste solo in un problema di cura: non bisogna, cioè, correre «dal medico nel momento in cui il dolore è così acuto da denunciare una malattia grave in stato avanzato, la quale forse avrebbe potuto evitarsi» [Piccinato 1957, in Id. 1977b, 1053]; è pure questione di profilassi, aspetto che Piccinato sottolinea in numerosi scritti, tra cui, spesso citato, quello apparso su «Ulisse» nel 1957, intitolato, appunto, *Il paese malato. Problema di profilassi urbanistica* [Piccinato 1957, in Id. 1977b]. E anche nel descrivere la sua idea di città come organismo, egli preferisce ricorrere a una visione che condensi i problemi da risolvere nelle espressioni della città

1: L. Piccinato, Pescara: tavola dei danneggiamenti bellici, 1946. Planimetria in scala 1: 2.000 [Laboratorio RAPu – Dipartimento di Architettura e Pianificazione – Politecnico di Milano].

e del paese malati, dell'urbanista come medico, e della pianificazione urbanistica come cura e terapia, piuttosto che impiegare il tradizionale vocabolario metaforico, per cui le unità abitative sono cellule, le strade arterie, i parchi polmoni, il centro urbano il cuore, ecc. Se nella cura dei vecchi centri l'urbanista si lega alle radici igieniste e alle tendenze medicali a considerare le città malate proprie della cultura disciplinare dei primi decenni del secolo, riguardo ai problemi delle città storiche, che affronta già dal 1929 [Piccinato 1930], accoglie l'insegnamento giovannoniano, chiaramente ripreso nella teoria del diradamento, ma reso maggiormente flessibile: diradamento che a Pescara viene applicato nell'area della piazza Garibaldi – la città vecchia, in cui l'edilizia aveva riportato gravissimi danni – «ricavando qua e là dei larghi e degli spazi, atti a dare aria e luce alle piccole strade» [Piccinato 1946, in Id. 1977a, 235].

Zone e architetture della cura nel piano di ricostruzione di Pescara

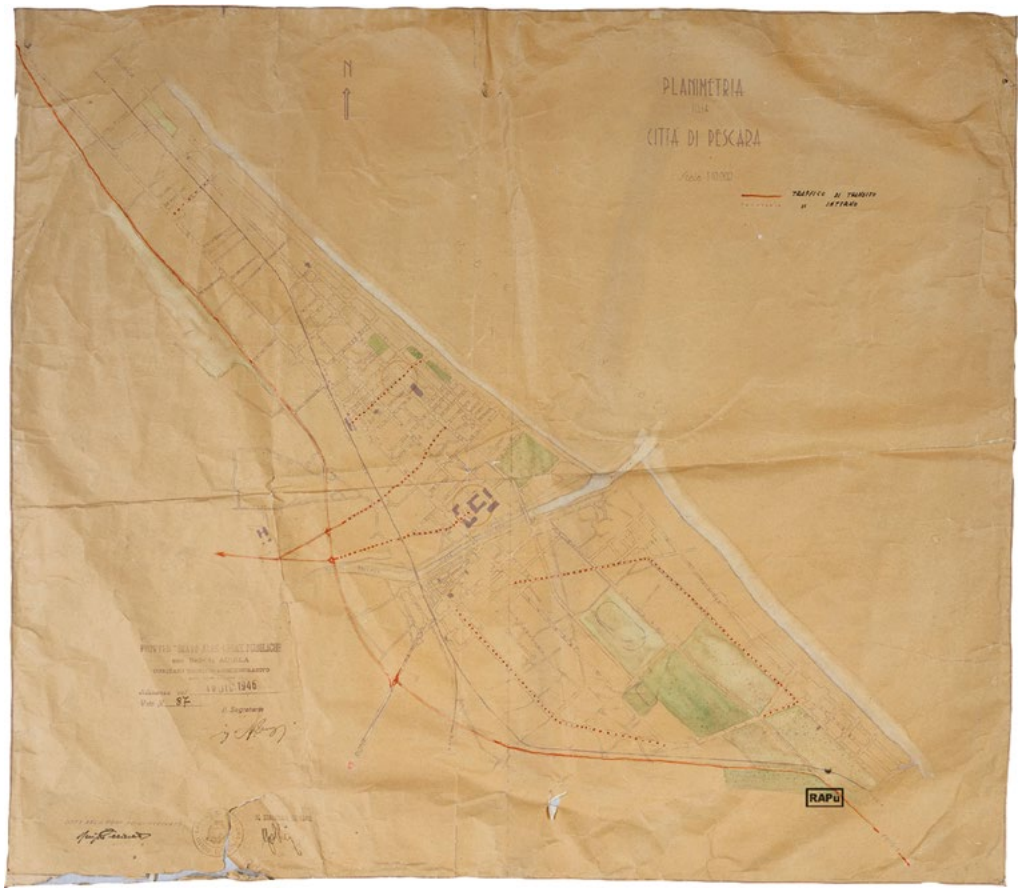
Come di consueto, Piccinato parte dalla interpretazione delle tendenze in atto nella crescita urbana: procede, cioè, dalla lettura delle mappe storiche per ricostruire i processi di sviluppo nella relativa articolazione spaziale e sostanziare il "movimento" delle città. Quindi, passa a definire la zonizzazione, tema sempre centrale nella sua "ricetta" di piano. E se il canone che egli costruisce in campo urbanistico, pur ponendosi in un raffronto costante con l'esperienza europea, muove sempre da una riflessione sulla storia della costruzione della città italiana a partire dal Medioevo – epoca in cui, a suo avviso, i progetti aderivano profondamente alla struttura della società che li produceva, e la coscienza della unità degli interessi era diffusa – anche la zonizzazione è introdotta come concetto già presente nell'urbanistica del passato, e per l'appunto in quella medievale. Ed è consacrata come la più importante conquista dell'urbanistica, canone organico fondamentale, capace di garantire alla città un più moderno assetto, facendo sì che tutto si risolva nell'interesse collettivo, «dentro al quale vive quello individuale […] principio [che] è indice di maturità, di coscienza urbanistica e di coscienza civica» [Piccinato 1946, in Id. 1977a, 243].
Pertanto, a Pescara, dove il piano di ricostruzione si estende al territorio compreso tra il fosso di Vallelunga a sud, il cavalcavia ferroviario della linea Pescara-Penne a nord, la

2: L. Piccinato, Pescara: piano di ricostruzione, 1946. Studio prospettico per la sistemazione della zona centrale [Laboratorio RAPu – Dipartimento di Architettura e Pianificazione – Politecnico di Milano].

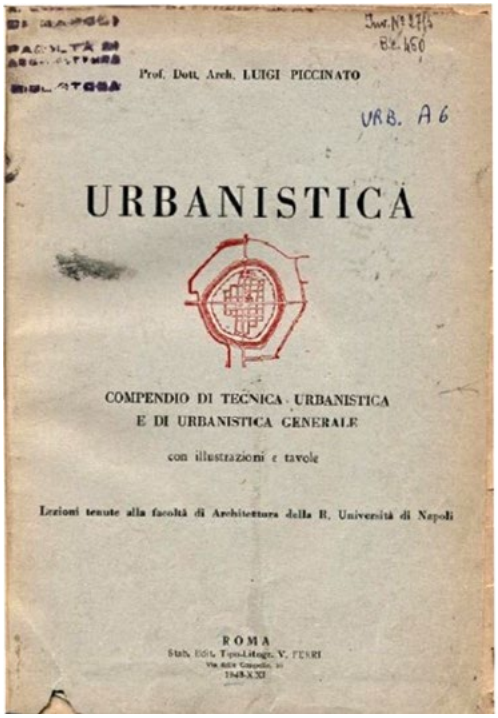
ferrovia Ancona-Foggia e via Caravaggio (via Salaria Vecchia) alle prime pendici collinari, Piccinato stabilisce la zona ospedaliera in un settore quadrilatero nella parte occidentale della città, a nord del fiume, tra le attuali vie Rigopiano, Fonte Romana e Renato Paolini.
Riguardo alla collocazione di tale zona funzionale, in rapporto agli altri ambiti urbani, Piccinato aveva formulato precise indicazioni già nel 1943, nel *Compendio* delle lezioni tenute alla Facoltà di Architettura di Napoli, lavoro che anticipa, come è noto, il celebre *Urbanistica* del 1947 [Piccinato 1943, 1947b]. Analizzando le aree ospedaliere nell'ambito delle "zone per impianti speciali o servizi", ne aveva sottolineato il ruolo fondamentale per la città. Poi, anche in sintonia con le sperimentazioni condotte con alcuni piani, come ad esempio quello elaborato per Napoli nel 1936-39, nel quale la cittadella della cura era stata situata sulla collina dei Camaldoli, aveva ipotizzato che l'ubicazione di tale zona dovesse avvenire a contatto con ampie aree verdi, in un sito esposto a venti favorevoli («né sopravento né sottovento»). E così, a Pescara, il piano prevede il vincolo a zona rurale per un settore circostante l'area ospedaliera, al fine di garantirne la salubrità, nonché eventuali possibilità di ampliamento. Qui Piccinato vi concepisce il nuovo ospedale civile, tra il 1946 e il 1947, l'adiacente padiglione per la cura della tubercolosi e il brefotrofio; mentre colloca il ricovero per anziani, su incarico dell'Ente Comunale Assistenza[4], un po' più a sud, nei pressi della sponda settentrionale del Pescara.
Per cogliere il quadro generale, va ricordato che, qualche anno prima, il sistema delineato dal regime fascista aveva segnato un massiccio intervento dello Stato nella gestione della questione ospedaliera, aveva stimolato il dualismo tra la componente sanitaria e

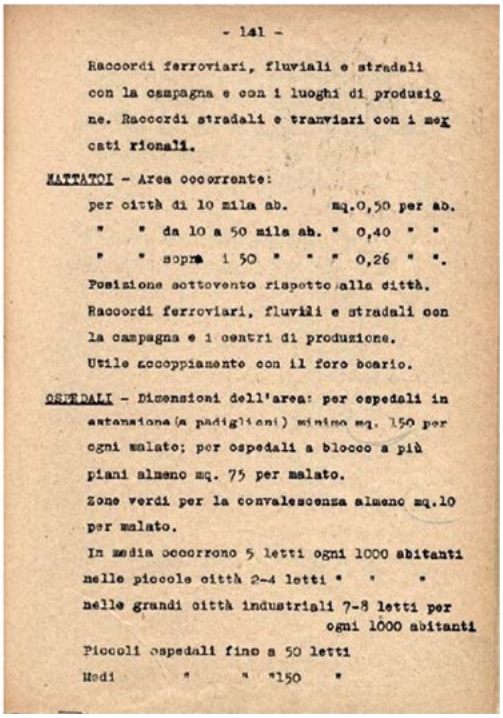
[4] L'Ente è istituito con legge n. 847 del 3 giugno 1937 in luogo delle congregazioni di carità, e con lo scopo di fornire assistenza a soggetti in condizioni di particolare necessità.

quella tecnico-amministrativa addetta a compiti gestionali, con la trasformazione delle Congregazioni di Carità in Enti Comunali di Assistenza (ECA), ma aveva anche istituito i piani regolatori ospedalieri e stabilito le linee guida per la costruzione di ospedali; e il decreto legislativo del 20 luglio 1939 aveva fissato le norme tecniche per la costruzione di ospedali, con la dotazione di spazi per ciascun ammalato: 150 mq nel caso di ospedali a padiglioni, e 75 mq nel caso di ospedali a blocco in edifici multipiano. Il progetto di Piccinato muove, inoltre, dal presupposto, da lui esplicitato sin dal 1936, che a un'istituzione ospedaliera «di giorno in giorno […] più importante e esigente» [Piccinato 1936, 71], non avessero ancora fatto riscontro nuovi tipi architettonici, essendosi la tecnica sanitaria e l'organizzazione ospedaliera a lungo cristallizzate nei modelli ottocenteschi. Nuove ipotesi distributive, per le forme e per l'attrezzatura dell'ospedale, erano quindi state formulate solo in tempi recenti; tra queste, Piccinato, sempre aggiornato sul panorama nazionale e internazionale, guarda con interesse alle sperimentazioni condotte negli anni Trenta da Ettore Rossi a Viterbo, Modena e Bolzano, che gli suggeriscono, inoltre, di immaginare l'ospedale non più come «disperato ricovero per i degenti delle classi più



3: L. Piccinato, Pescara: piano di ricostruzione, 1946. Planimetria in scala 1: 10.000 [Laboratorio RAPu – Dipartimento di Architettura e Pianificazione – Politecnico di Milano].





- 141 -

Raccordi ferroviari, fluviali e stradali con la campagna e con i luoghi di produzione. Raccordi stradali e tranviari con i mercati rionali.

MATTATOI - Area occorrente:
per città di 10 mila ab. mq.0,50 per ab.
" " da 10 a 50 mila ab. " 0,40 " "
" " sopra i 50 " " " 0,26 " ".
Posizione sottovento rispetto alla città.
Raccordi ferroviari, fluviali e stradali con la campagna e i centri di produzione.
Utile accoppiamento con il foro boario.

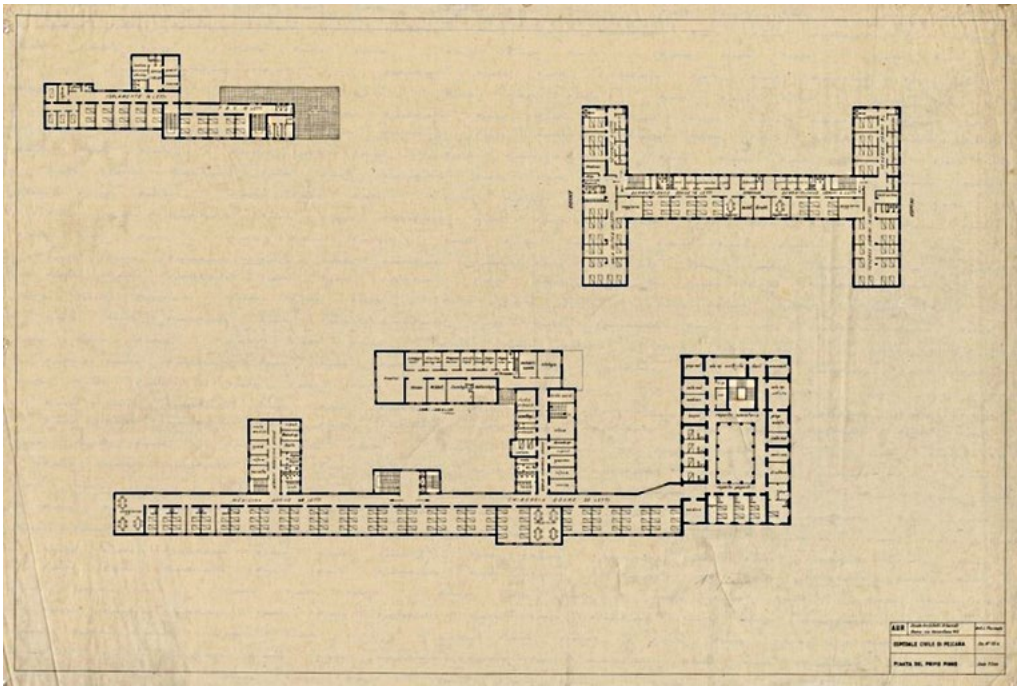
OSPEDALI - Dimensioni dell'area: per ospedali in estensione (a padiglioni) minimo mq. 150 per ogni malato; per ospedali a blocco a più piani almeno mq. 75 per malato.
Zone verdi per la convalescenza almeno mq.10 per malato.
In media occorrono 5 letti ogni 1000 abitanti
nelle piccole città 2-4 letti " " "
nelle grandi città industriali 7-8 letti per ogni 1000 abitanti
Piccoli ospedali fino a 50 letti
Medi " " 150 "

4: L. Piccinato, *Urbanistica. Compendio di tecnica urbanistica e di urbanistica generale*, 1943. Copertina e pagina 150 con le indicazioni dimensionali per gli edifici ospedalieri [Biblioteca di Area Architettura – Università Federico II di Napoli].

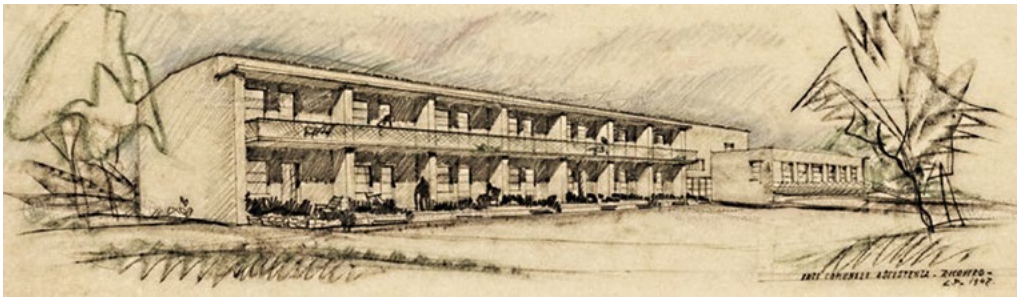
povere […] [ma come un] rassicurante […] luogo di risanamento nel quale sia possibile accogliere il malato nel suo più adatto e perfetto ambiente» [Piccinato 1936, 71].
Partendo dal presupposto che un ospedale urbano dovesse avere in media 5 posti letto ogni 1.000 abitanti, e considerando che Pescara all'epoca contava una popolazione di circa 100.000 abitanti, Piccinato disegna l'edificio con 505 posti letto e 44 culle, cioè come una grande struttura[5]. Circa l'opportunità di optare per una soluzione a padiglioni, o piuttosto per una in altezza – dibattito intenso in quegli anni – egli propende per la seconda, perché meglio capace di contenere i costi dei moderni impianti divenuti complessi, e quindi onerosi. La struttura a blocco unico, oltre a economizzare e a semplificare spazi e volumi da un punto di vista della realizzazione, avrebbe consentito una riduzione delle spese di gestione, e la possibilità di offrire più rapidamente e comodamente servizi all'interno. Inoltre, facendo riferimento alle norme tecniche per la costruzione di ospedali, Piccinato fissa 75 mq di spazio per ogni ammalato e almeno 10 mq di zone verdi per la convalescenza.

[5] Secondo Piccinato possono essere definiti: piccoli, gli ospedali con circa 50 letti; medi, quelli con 150; grandi, quelli con 500; grandissimi, quelli con oltre 500.

Con linguaggio razionale, l'architetto concepisce un corpo di fabbrica planimetricamente esteso e articolato – una sorta di grossa E, dove i vari bracci sono collegati pure da bassi percorsi porticati – a ospitare i vari reparti (ginecologia, chirurgia, ortorinolaringoiatria, ostetricia, medicina generale), gli spazi per la degenza, i laboratori clinici, la radiologia, il comparto operatorio, gli alloggi per il personale e gli uffici per la direzione e amministrazione. Al grosso corpo ad E si accede attraverso il volume degli ambulatori, che a loro volta immettono nel blocco destinato alla dermosifilopatia. Le stanze dei degenti sono: a 6 o 8 letti, con servizi igienici separati; a 2 letti, o anche singole, con servizi in stanza, per malati paganti. Tutte presentano l'accesso da un lungo corridoio comune e finestre per l'illuminazione. Vengono, inoltre, previsti spazi di soggiorno comune, a intervallare l'infilata di camere. In volumi distaccati, invece, sorgono gli alloggi per le suore, la camera mortuaria, e il padiglione per la cura della tubercolosi, malattia che proprio in quegli anni conosceva una nuova pericolosa ripresa. Quest'ultimo, in particolare, evidenzia una pianta generata dall'aggregazione di tre rettangoli di dimensioni differenti, di cui il più piccolo posto allo snodo tra i maggiori; e si innalza per due piani: uno riservato agli uomini e l'altro alle donne, ciascuno con terrazze, e stanze a 6 letti, con servizi separati; ai pazienti in isolamento, invece, sono riservate camere a 4 letti, con servizi annessi. Tutte le stanze dei degenti sono accessibili da un corridoio interno, e si aprono su un ampio terrazzo comune. Il corpo scala è ubicato nel volume all'intersezione tra il blocco riservato ai pazienti e quello dei servizi, e in copertura è previsto uno specifico terrazzo per l'elioterapia. L'immagine complessiva è caratterizzata da tetti



5: L. Piccinato, Pescara: Ospedale civile, 1946-47. Pianta del primo piano [www.archivioluigipiccinato.it].



6: L. Piccinato, Pescara: ricovero per anziani, 1947. Veduta prospettica [www.archivioluigipiccinato.it].

piani, dalla contrapposizione tra l'intonaco della facciata e la pietra della fascia basamentale, dal ritmo netto dei pilastrini metallici della struttura pergolata. Propongono analoghe soluzioni, spaziali e formali, anche il brefotrofio e il ricovero per anziani. In quest'ultimo, poi, appare particolarmente studiato il rapporto degli ambienti interni con le logge di pertinenza e con gli spazi verdi.
Tuttavia, la cosa maggiormente interessante è che, mutuando la stessa organizzazione che presiede all'organizzazione della città, Piccinato si preoccupa di stabilire in ciascuna delle architetture ospedaliere una chiara articolazione delle funzioni: aspetto che reputa indispensabile ai fini di «una facile ed immediata "comprensione" del funzionamento dell'istituzione, nella quale tutti i più vari settori si sentono ben classificati e legati all'insieme […] [con la conseguente] formazione di quella *psicologia ospedaliera* così indispensabile alla disciplina e al buon andamento del delicato lavoro» [Piccinato 1936, 75].

Conclusioni

Le previsioni del piano di Luigi Piccinato rimarranno pressocché inattuate, nell'ambito di una vicenda progettuale che si rivelerà particolarmente controversa, e nel corso della quale il progettista sarà ulteriormente incaricato di predisporre un unico strumento urbanistico generale, a includere quello di ricostruzione: un piano, quello generale, adottato nel 1956 da una giunta comunale di sinistra, e poi subito sconfessato da quella di segno opposto, subentrata nello stesso anno. Una vicenda, sulla quale interverrà aspramente Antonio Cederna dalle pagine de «Il Mondo» di Pannunzio [Cederna 1960, 13].
Nei fatti, però, le scelte del piano di ricostruzione mostreranno una sorta di scollamento dalla complessa realtà pescarese e dai problemi amministrativi locali, non tanto per colpe effettive dell'amministrazione civica o del progettista, ma piuttosto perché, come lo stesso Piccinato scrive, sarà proprio lo strumento del piano di ricostruzione a rivelarsi carente: «[si sarebbe trattato] – egli dice – di affrontare la ricostruzione, non già come la riparazione delle ferite di guerra, ma quale mezzo per programmare in modo più moderno e più produttivo: non già ricostruzione ma costruzione […]. Dalle rovine della guerra, si sarebbe potuto trar partito per quella visione più ampia, sociale, economica e produttiva che solo i piani regolatori, a tutti i livelli, avrebbero consentito» [Piccinato 1947a, in Id. 1977a, 849].

Bibliografia

AVARELLO, P., CUZZER, A., STROBBE, F. (1975). *Contributo per un'analisi urbana*, Roma, Bulzoni.

BELLI, A. (1996). *Immagini e concetti nel piano. Inizi dell'urbanistica in Italia*, Milano, Etas.

CEDERNA, A. (1960). *L'imbroglio di Pescara*, in «Il Mondo», n. 3, p. 13.

DE SESSA, C. (1985). *Luigi Piccinato architetto*, Bari, Dedalo.

GABELLINI, P. (1993). *Luigi Piccinato, Plinio Marconi. La fondazione dell'urbanistica contemporanea*, in *Cinquant'anni di urbanistica in Italia, 1942-1992*, a cura di G. Campos Venuti, F. Oliva, Roma-Bari, Editori Laterza, pp. 448-451.

La tutela difficile. Patrimonio architettonico e conservazione a Pescara (2019), a cura di C. Varagnoli, Corfinio, MAC edizioni.

Luigi Piccinato (1899-1983). Architetto e urbanista (2015), a cura di G. Belli, A. Maglio, Roma, Aracne.

MALUSARDI, F. (1993). *Luigi Piccinato e l'urbanistica moderna*, Roma, Officina.

MERLINI, C. (1992). *Luigi Piccinato. Una professione per la città e la società*, in *Urbanisti italiani. Piccinato, Marconi, Samonà, Quaroni, De Carlo, Astengo, Campos Venuti*, a cura di P. Di Biagi, P. Gabellini, Roma-Bari, Editori Laterza, pp. 25-95.

PIACENTINI, S. (1998). *Pescara: il piano di ricostruzione di Luigi Piccinato*, in «Storia urbana», n. 85, pp. 97-115.

PICCINATO, L. (1930). *Sistemazione delle città a carattere storico per adattarle alle esigenze della vita moderna*, intervento al XII Congresso della FIHUAT (Fédération Internationale pour l'Habitation, l'Urbanisme et l'Aménagement des Territoires), Roma 1929, in *Atti del XII Congresso Internazionale dell'Abitazione e dei Piani Regolatori*, Roma 1930, pp. 343-358; poi in Id. (1977b), *Scritti vari 1924-1974/1975-1977*, 3 voll., Roma, stampato in proprio, pp. 379-393.

PICCINATO, L. (1936). *Concorso per l'ospedale di Bolzano*, in «Architettura», n. 2, pp. 71-79.

PICCINATO, L. (1943). *Urbanistica. Compendio di tecnica urbanistica e di urbanistica generale. Lezioni tenute alla facoltà di Architettura della Reale Università di Napoli*, Roma, Ferri.

PICCINATO, L. (1946). Piano di ricostruzione di Pescara, in Id. (1977a), Relazioni ai piani regolatori, 1926-1974, 2 voll., Roma, stampato in proprio, pp. 225-243.

PICCINATO, L. (1947a). *Ricostruire Firenze,* in «Metron», n. 16, pp. 8-32; poi in Id. (1977b), Scritti vari 1924-1974/1975-1977, 3 voll., Roma, stampato in proprio, pp. 849-870.

PICCINATO, L. (1947b). *Urbanistica*, Roma, Sandron.

PICCINATO, L. (1957). *Il paese malato: problema di profilassi urbanistica*, in «Ulisse», n. XXVII, pp. 1467-1472; poi in Id. (1977b), Scritti vari 1924-1974/1975-1977, 3 voll., Roma, stampato in proprio, pp. 1051-1063.

PICCINATO, L. (1959). *La città per l'uomo*, in «Italia domani», 11 gennaio, p. 17; poi in Id. (1977b), Scritti vari 1924-1974/1975-1977, 3 voll., Roma, stampato in proprio, pp. 1119-1121.

PICCINATO, L. (1977a). *Relazioni ai piani regolatori*, 1926-1974, 2 voll., Roma, stampato in proprio.

PICCINATO, L. (1977b). *Scritti vari 1924-1974/1975-1977*, 3 voll., Roma, stampato in proprio.

POZZI, C. (1981). *Intervista a Luigi Piccinato, redattore del Piano di Ricostruzione e del Piano Regolatore del 1957 di Pescara*, Roma.

SECCHI, B. (1992). *Autori nella folla: per una ricostruzione dell'immaginario disciplinare*, in *Urbanisti italiani. Piccinato, Marconi, Samonà, Quaroni, De Carlo, Astengo, Campos Venuti*, a cura di P. Di Biagi, P. Gabellini, Roma-Bari, Editori Laterza, pp. 569-580.

IL TRACOMATOSARIO DI BIVONA. UN'ARCHITETTURA PER LA CURA DEI BAMBINI NEL PAESAGGIO SICILIANO

Antonino Margagliotta, Paolo De Marco

Abstract

The trachoma hospital in Bivona (built around 1950) was the largest health facility in Sicily for the treatment of trachoma: a grandiose white architecture surrounded by greenery that still today constitutes a notable "presence" in the city, important also for the community that enjoyed its economic and social benefits. It represents an "unexpected" architecture that has brought an architectural language and a culture of living at a European level to the innermost areas of the island.

Keywords

Architecture, project, city, landscape, Sicily.

Introduzione

All'indomani dell'istituzione dell'autonomia regionale (1948), la Regione Sicilia, a cui sin d'allora è attribuita la programmazione e l'attuazione della politica sanitaria, con la Legge Regionale n. 23 del 5 luglio 1949, istituiva le Unità ospedaliere circoscrizionali al fine di assicurare una pronta ed efficace assistenza sanitaria dei centri minori dell'isola, sia con il potenziamento di strutture esistenti sia attraverso la creazione di nuovi ospedali, ciascuno con una capacità ricettiva di almeno cento posti letto e un'organizzazione rispondente «alle esigenze di un'idonea e moderna organizzazione ospedaliera […] e, possibilmente, di qualche altra specialità tra le più importanti» [«G.U.R.S.» 1949]. Le singole circoscrizioni, oltre il comune sede dell'Unità, comprendevano quelli viciniori in rapporto alla loro ubicazione, all'entità numerica delle popolazioni, alla possibilità di comunicazioni. La prima delle quattro Unità ospedaliere circoscrizionali previste nella provincia di Agrigento è quella di Bivona con un nuovo ospedale da costruire. È questo il primo atto che porterà alla costruzione del Tracomatosario di Bivona, la più importante struttura della Sicilia per la cura del tracoma.
Il presente lavoro ha origine dalle ricerche condotte per l'elaborazione delle tesi di laurea, il cui relatore è stato il prof. Antonino Margagliotta, di Gianluca Lentini e di Calogero Cappello [Cappello 2013-2014; Lentini 2013-2014]. Sebbene queste affrontino questioni progettuali legate soprattutto alla valorizzazione e modificazione degli spazi aperti, gli studi sul manufatto architettonico e i relativi apparati grafici hanno consentito di avviare ulteriori approfondimenti.

© Aisu International 2021

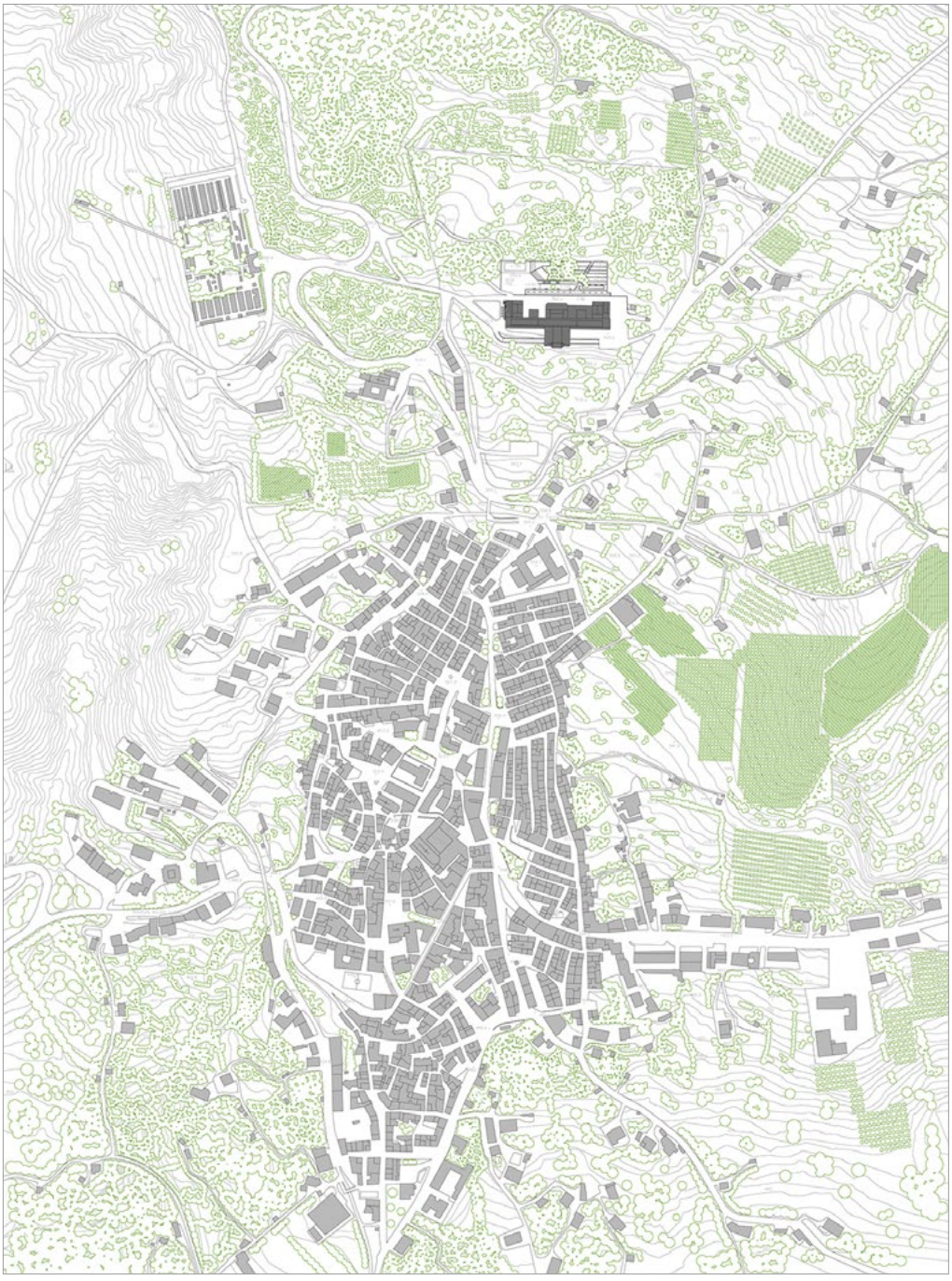
La città e il paesaggio

Il Tracomatosario sorge a Bivona, comune di 3.410 abitanti della provincia di Agrigento, distante 66 chilometri dal capoluogo e 88 da Palermo. È un centro montano nel sistema dei monti Sicani (la principale vetta del territorio bivonese è il monte delle Rose, alto 1.436 metri), il cui abitato si sviluppa tra i 420 metri s.l.m. nella parte meridionale e i 600 metri in corrispondenza del Tracomatosario, a nord dell'edificato che costituisce il punto più alto della città (Fig. 1). Al centro di un'area caratterizzata dalla presenza di numerosi comuni, Bivona vanta antiche origini: la sua presenza è attestata già in epoca normanna con un centro abitato che deriva probabilmente da un *casale* arabo, infeudato nel XIII secolo e divenuto una «terra cum turri» [Marrone 1987, 49]. Il toponimo è spiegato in un uno scritto del 1557: «È questa terra detta Bivona, quasi Bibona, cioè bis-bona, per la perfezione dell'aria, essendo posta sopra altissime rupi e per l'abbondanza delle salutifere acque e fruttiferi arbori, de' quali sommamente abbonda, luogo veramente più che buono e amenissimo» [Marrone 1987, 152]; e, infatti, la città è sempre ricordata come "luogo ameno", irrigato di acque, ornata di alberi. Per queste motivazioni il padre gesuita Domenech, in una lettera inviata a Ignazio di Loyola nel 1553, chiede di fondarvi un Collegio della Compagnia di Gesù:

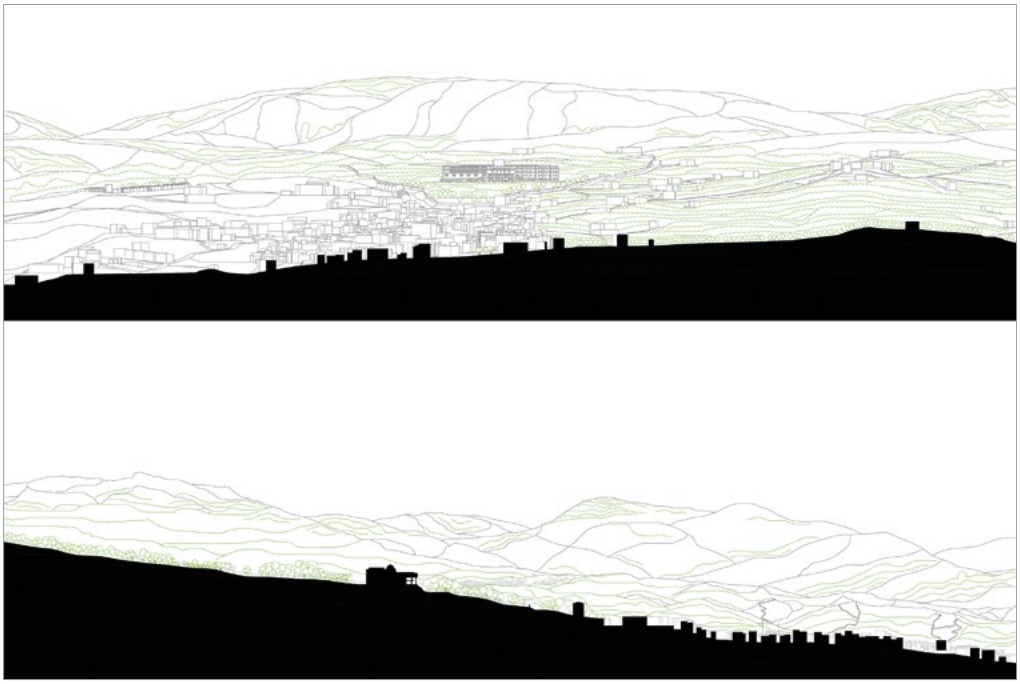
> Oltre a ciò sappia V.P. che questa terra si trova in mezzo a molte altre terre e città, che le fanno corona. A dieci, venti, venticinque miglia, poco più poco meno, da essa distanti si trovano Agrigento, Termini, Trapani, Mazara, Giuliana, Prizzi, S. Stefano, con Palermo ch'è ad una giornata di viaggio. E poiché è terra sana e molto abbondante di frumento, carni e legna, e quanto ai costumi molto migliore di Palermo e Messina, si crede che dai paesi circonvicini molti genitori vi manderanno a studio i figlioli piuttosto che nelle due predette città. È inoltre ricca di fontane e giardini, sano n'è il clima e gode fama di essere la migliore fra le montagne di questo regno [Marrone 1987, 206].

Nel XVI secolo Bivona è infatti una città popolosa – conta più di 5.000 abitanti – che raggiunge l'assetto urbanistico che manterrà nel tempo: nel 1540 vi è fondato l'ospedale degli Incurabili; nel 1554 è elevata da Carlo V a città ducale. Nel 1812, poi, sotto il governo borbonico il paese, nonostante abbia ormai una popolazione di appena 2.383 abitanti, è designata "capoluogo di circondario", cioè uno dei 23 distretti in cui fu divisa l'isola; tale ruolo fu mantenuto fino all'annessione della Sicilia al regno d'Italia nel 1860. Da allora, e soprattutto dagli inizi del Novecento – quando viene realizzata la strada rotabile interna, la strada Nazionale, che collegava Palermo e Girgenti via Corleone attraversando Bivona – il comune si afferma come importante centro amministrativo e culturale dell'alto Agrigentino e dell'entroterra palermitano, sede di numerosi uffici sanitari e amministrativi e di istituzioni scolastiche. Dopo anni di declino demografico, Bivona raggiunge il massimo storico della popolazione con più di 5.600 abitanti proprio nel periodo di costruzione del Tracomatosario.

Si dice che, generalmente, si possono distinguere tre grandi ambiti per contrastare una malattia, a cui corrispondono altrettante scale spaziali: la chirurgia, la farmacologia e il "regime" di vita [Frochaux 2020]. Quest'ultimo non riguarda semplicemente l'attività



1: C. Cappello, G. Lentini, Planimetria del centro urbano di Bivona [Cappello, C. (2013-2014). *Bivona e il Tracomatosario. Progetto del parco dell'ex Ospedale dei bambini*, tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento; Lentini, G. (2013-2014). *Il Tracomatosario di Bivona. Il progetto degli spazi aperti*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento].



2: C. Cappello, G. Lentini, Profili territoriali del centro urbano di Bivona [Cappello, C. (2013-2014). *Bivona e il Tracomatosario. Progetto del parco dell'ex Ospedale dei bambini*, tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento; Lentini, G. (2013-2014). *Il Tracomatosario di Bivona. Il progetto degli spazi aperti*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento].

terapeutica o l'alimentazione, ma comprende anche l'ambiente in cui si vive, l'aria che si respira, il clima, il territorio. Il Tracomatosario di Bivona rientra dunque in questa particolare categoria di luoghi per la cura, pensati per accogliere pazienti di lunga degenza e per offrire vita sana in ambienti salubri. Il territorio e la città, infatti, sono sempre stati rigogliosi per la presenza di un'abbondante vegetazione dovuta, oltre alle piantumazioni legate alla frutticoltura, a interventi di rinaturalizzazione avviati sin dagli anni Trenta e alla successiva politica di riforestazione delle aree interne e montuose siciliane (Fig. 2).

La storia

Negli anni Cinquanta, poco distante dall'abitato e nella parte più alta di Bivona, furono iniziati i lavori di costruzione dell'ospedale circoscrizionale che, sin dall'origine, venne pensato come il più grande centro siciliano per il ricovero e cura del tracoma, malattia degli occhi che imperversò in Sicilia soprattutto nel secondo dopoguerra colpendo le popolazioni segnate dalla povertà e maggiormente i bambini. Il tracoma (dal greco "occhio ruvido") era una malattia infettiva che affliggeva entrambi gli occhi causata dal *chlamydia trachomatis*, un batterio che provocava un processo infiammatorio ad evoluzione cronica con una patologia molto contagiosa trasmessa mediante il diretto contatto

con la persona infetta, attraverso oggetti contaminati o mediante vettori[1]. La malattia era diffusa nelle aree caratterizzate da sottosviluppo socioeconomico e da cattive condizioni igieniche; tuttora persiste nei paesi a basso livello igienico, con scarsità di acqua e sovraffollamento. In Italia, nel XX secolo, la malattia divenne endemica nelle regioni meridionali e le principali vittime furono i bambini, che, oltre al rischio di perdere la vista, venivano isolati per evitare il contagio: per le sue caratteristiche il tracoma era una patologia estremamente discriminante.

L'assegnazione del principale tracomatosario siciliano a Bivona si deve all'iniziativa dell'ingegnere Baldassarre Guggino, di origine bivonese, che occupava i più alti gradi del Genio Civile e ne fu pure progettista insieme al nipote ingegnere Emanuele Guggino, docente e direttore dell'Istituto di idraulica dell'Università di Catania.

L'Amministrazione comunale, nel periodo in cui era sindaco Giovanni Cinà, con la delibera consiliare n. 32 del 4 agosto del 1956 si dichiarò disposta a cedere gratuitamente un'area estesa quasi 9,5 ettari in contrada Prato. Tuttavia, non fu possibile concederla gratuitamente, per cui si procedette alla vendita al prezzo simbolico di 50.000 lire, con l'obbligazione assunta dall'acquirente di destinare il terreno annesso al Tracomatosario a parco e giardino escludendo qualsiasi altra utilizzazione e di ricoverare gratuitamente tutti i bambini tracomatosi del Comune di Bivona[2].

È pensabile, dunque, che la costruzione dell'edificio fosse iniziata nel 1956 e presto completata: dalle testimonianze raccolte a Bivona – dato che non sono più reperibili il progetto originario e la documentazione relativa ai lavori – è stato riferito che la realizzazione ha riscontrato delle difficoltà nelle prime fasi di lavoro, comportando l'adeguamento delle fondazioni alla bassa portanza del terreno; si suppone, però, che fosse necessaria solo la definizione della cessione dell'area. Infatti, già nel 1958 il Tracomatosario era stato dato in gestione all'Ordine dei cavalieri di Malta e costituiva un esempio positivo dal punto di vista sanitario e sociale, tanto che nel bilancio della Regione Siciliana del 1960 si prospettava di studiare la possibilità di crearne un altro, sempre a Bivona, «visti i risultati nettamente positivi del primo»[3].

---

1 I segni e i sintomi del tracoma iniziavano con un lieve prurito ed irritazione ad occhi e palpebre, e progredire con l'offuscamento della vista e dolore oculare, fino alla cecità permanente.

2 Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Nota del Commissariato per la liquidazione degli usi civici n. 919 del 29 ottobre 1956. La sdemanializzazione e la vendita fu autorizzata dall'assessore regionale per l'agricoltura e foreste con il decreto n. 6/2086 del 19 febbraio 1958, a favore dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità (e non a favore del patrimonio dello Stato, come precedentemente deliberato dal Consiglio comunale). Si rese pertanto necessario l'ulteriore decreto n. 6/16108 del 9 gennaio 1959 con cui il medesimo Assessore consentiva la stipula del contratto a favore del Demanio dello Stato; l'atto fu redatto presso l'Intendenza di Finanza di Agrigento in forma pubblica-amministrativa il 1 agosto 1962 n. 21 di rep.

3 Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Stati di previsione dell'entrata e della spesa della Regione Siciliana per l'anno finanziario dal 1 luglio 1960 al 30 giugno 1961, Assemblea Regionale Siciliana. «Resoconti parlamentari», IV legislatura – seduta CLXIV, 9 dicembre 1960, p. 2808.

La struttura fu realizzata dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica con fondi U.N.R.R.A. (United Nations Relief and Rehabilitation Administration)[4]; inizialmente fu gestita dall'Amministrazione Aiuti Internazionali (A.A.I.) che però si intese disponibile a dismetterlo a condizione che fosse concesso a un ente qualificato. Infatti, come accennato, nel 1958 il Tracomatosario fu concesso «in uso temporaneo» all'Associazione dei cavalieri della veneranda lingua d'Italia del sovrano militare Ordine gerosolimitano di Malta «dietro corresponsione di un canone ricognitorio»[5]; infatti, già nel marzo dello stesso anno, l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica aveva disposto la stipula della convenzione tra il Demanio dello Stato e l'Ordine dei cavalieri di Malta per la gestione temporanea[6]. Interessante, per la conoscenza della struttura e del suo funzionamento, è il contratto del 23 giugno 1958, con cui il Ministero della sanità concesse, con decorrenza dal 1 novembre 1958 per la durata di tre anni e con la possibilità di proroghe fino a complessivi nove anni, il complesso edilizio con il terreno annesso per la gestione della colonia permanente e la cura dei bambini tracomatosi, incluso l'arredamento, le attrezzature sanitarie, le stoviglie e gli utensili, gli apparecchi esistenti nel fabbricato. Nel contratto, inoltre, l'Associazione dei cavalieri di Malta si obbligava: a ospitare e assistere nell'Istituto, in reparti distinti, 100 bambini e 100 bambine, di età compresa tra i 6 e i 12 anni, segnalati dagli enti provinciali antitracomatosi; a fornire il vitto idoneo per qualità e quantità alle esigenze dei bambini; a provvedere alla loro vigilanza e alla loro istruzione «in corsi riconosciuti ed autorizzati dalla competente Autorità scolastica»; ad assicurare l'idonea cura dei bambini con l'assunzione di un direttore medico oculista in possesso di diploma di specializzazione «e che sia di gradimento del Ministero della Sanità»[7]. Inoltre, l'Associazione dei cavalieri di Malta non poteva svolgere nessun lavoro di ampliamento e di trasformazione del fabbricato senza l'autorizzazione del Ministero della sanità e di concerto con il Demanio; mentre, alla fine del contratto, avrebbe dovuto riconsegnare al Ministero il complesso immobiliare e mobiliare «tutto in buono stato di manutenzione salvo il naturale deperimento conseguente all'uso»[8]. Successivamente la concessione fu rinnovata fino ad arrivare al

[4] I fondi U.N.R.R.A. erano stati istituiti per fornire aiuto e assistenza ai paesi più colpiti dalla seconda guerra mondiale con programmi orientati a sostenere le fasce più deboli della popolazione.

[5] Il 20 settembre 1958, nei locali della Prefettura di Agrigento, fu firmata la convenzione tra il Demanio dello Stato (di concerto con il Ministro della Sanità) e l'Associazione dei cavalieri della veneranda lingua d'Italia del sovrano militare Ordine Gerosolimitano di Malta: Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Contratto del 20 settembre 1958, registrato dalla Corte dei Conti il 19 maggio 1959 al Reg. n. 2 Finanze, foglio n. 166. Intendenza di Finanza, Scheda n. 258, Tracomatosario, Bivona.

[6] Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Nota n. 370.607 del 27 marzo 1958.

[7] L'Ordine dei cavalieri di Malta doveva versare un canone annuo di 10.000 lire, mentre gli erano corrisposti dal Ministero della sanità per l'organizzazione e la gestione dell'Istituto dei sussidi annuali in proporzione al numero dei ricoverati per una somma complessiva non inferiore all'importo annuo di 150 presenze giornaliere e sulla base della retta giornaliera per assistito, che all'atto della sottoscrizione della convenzione era stabilita in 800 lire, ma suscettibile di successivi adeguamenti.

[8] Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Nota n. 370.607 del 27 marzo 1958.

4 maggio del 1968, quando fu registrata un'altra convenzione, analoga alla precedente, ma che riduceva il numero dei bambini ricoverati a 80 maschi e 80 femmine.
Negli anni di gestione dell'Ordine dei cavalieri di Malta, la struttura divenne una sorta di collegio a fini benefici con una forma di "ricettività" rivolta, nel tempo, a centinaia di bambini provenienti da tutta la Sicilia per essere assistiti e curati dal tracoma. Tuttavia – scrive il giornalista Carmelo Miduri, autore del libro *I bambini della Croce Bianca* – «ci furono medici che prescrivevano il ricovero per tracoma anche quando questo non c'era. Nessuno però li può chiamare a responsabilità di qualche tipo, se non quella di aver salvato la vita di quei bambini […] salvati dalla disperazione e con disperazione» [Miduri 2007, 47][9].
Nel 1971 intervenne la politica ad interrompere la gestione dei cavalieri di Malta e il funzionamento del Tracomatosario[10]. A un'interrogazione parlamentare rispose l'Unione italiana per la promozione dei diritti del minore e per la lotta contro l'emarginazione sociale dando sostegno alla gestione e chiedendo anzi che venga prorogata di almeno altri tre anni, «poiché detto centro costituisce una delle poche infrastrutture civili ed un'occasione di lavoro per oltre 35 dipendenti in una delle zone tra le più depresse della Sicilia»; l'Unione auspicava però una soluzione che prevedesse «la piena utilizzazione degli impianti [dato che potevano ospitare fino a 200 bambini] e del personale in altri settori dell'assistenza sanitaria all'infanzia come, ad esempio, la cura e il riadattamento dei bambini spastici» [«Notiziario dell'Unione Italiana per la promozione dei diritti del minore e per la lotta contro l'emarginazione sociale» 1971].
La vita del Tracomatosario, tuttavia, si concluse nel settembre del 1972, con la chiusura da parte del Ministero della sanità della colonia per bambini tracomatosi e attivando le procedure di riconsegna dell'immobile al Demanio dello Stato per dar vita a un nuovo Istituto per la rieducazione dei ciechi e dei sordomuti. L'Amministrazione provinciale di Agrigento nel dicembre del 1972 si dichiarò disponibile ad assumere in proprio i locali e le attrezzature per tale finalità e a provvedere nelle more alla custodia dell'immobile e delle attrezzature, a cui fa seguito il nullaosta del Ministero. In quegli anni la vita dell'edificio si era evidentemente fermata, ma il complesso si presentava ancora in buono stato di conservazione, anche se con problemi di infiltrazioni d'acqua piovana, di approvvigionamento idrico e di riscaldamento. L'intera struttura viene presa in consegna dall'Intendenza di finanza di Agrigento e dal Ministero della sanità tramite il Medico provinciale[11].

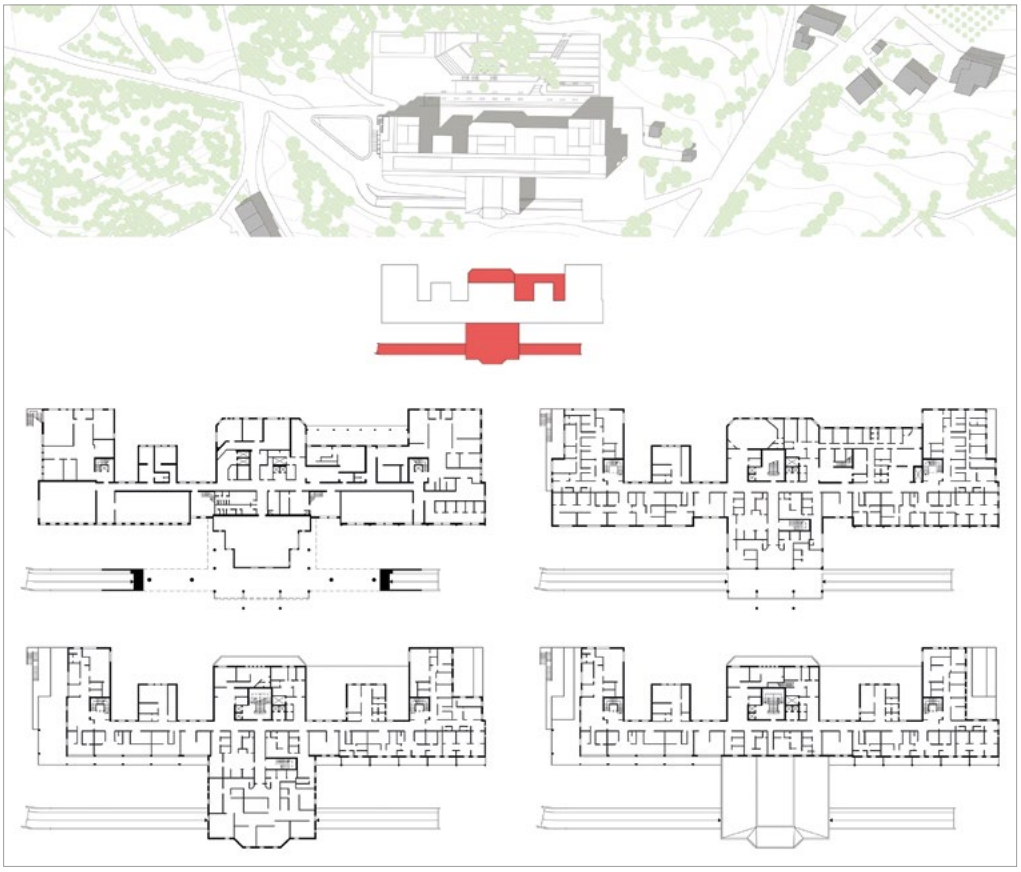
---

[9] Dal libro, nel 2017, è stato tratto l'omonimo film del regista Andrea Zaniol con riprese fatte a Bivona, nel quale si descrive la Sicilia povera del secondo dopoguerra: l'anno scolastico 1960-61 di alcuni bambini in età di scuola elementare lasciati dalle loro famiglie in un misterioso palazzo bianco, "ricoverati" apparentemente per la cura del tracoma, pur non essendone affetti. I medici ne avevano prescritto il ricovero - e la struttura li aveva accolti - per salvarli dall'abbandono, dalla miseria e dalla povertà.

[10] L'iniziativa parte con una interrogazione parlamentare dei senatori Francesco Renda e Nicolò Rosario Cipolla del Partito Comunista Italiano.

[11] La consegna segue la riserva dei rimborsi da effettuarsi dall'ordine di Malta al Ministero della sanità, ai sensi dell'art. 9 della convenzione del 4 maggio 1968 per i danni individuati all'immobile.

L'edificio, senza alcuna utilizzazione, cominciò a cadere in rovina: nel 1974 il Comune di Bivona ne chiese la restituzione; di contro, nel 1981 fu disposto il trasferimento dell'Unità Sanitaria Locale con una convenzione stipulata solo nel 1985 e che ne formalizza la proprietà tuttora, mentre il parco rimase proprietà del Comune. Agli inizi degli anni Novanta furono realizzati i lavori per la trasformazione in un "ospedale grande" su progetto degli ingegneri Vincenzo Rizzo e Gaetano D'Angelo, che si concentrarono principalmente sull'ala ovest dell'edificio, alterando completamente l'organizzazione spaziale, formale e cromatica complessiva, e sull'aggiunta di un corpo centrale con il nuovo accesso, compromettendo in minor misura l'ala est. (Fig. 3)
Oggi, sfigurato da questi interventi, dopo essere stato occupato unicamente da uffici e avere ospitato alcuni servizi sanitari dell'ASP, la struttura è in stato di abbandono. Nel 2013 la gestione del parco (del giardino storico rimangono solo le strutture murarie) è stata conferita dal Comune di Bivona all'Azienda foreste demaniali della provincia di Agrigento.



3: C. Cappello, G. Lentini, Planimetria, schema planimetrico (con indicazione dell'ampliamento in rosso) e piante dello stato attuale del Tracomatosario [Cappello, C. (2013-2014). *Bivona e il Tracomatosario. Progetto del parco dell'ex Ospedale dei bambini*, tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento; Lentini, G. (2013-2014). *Il Tracomatosario di Bivona. Il progetto degli spazi aperti*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento].

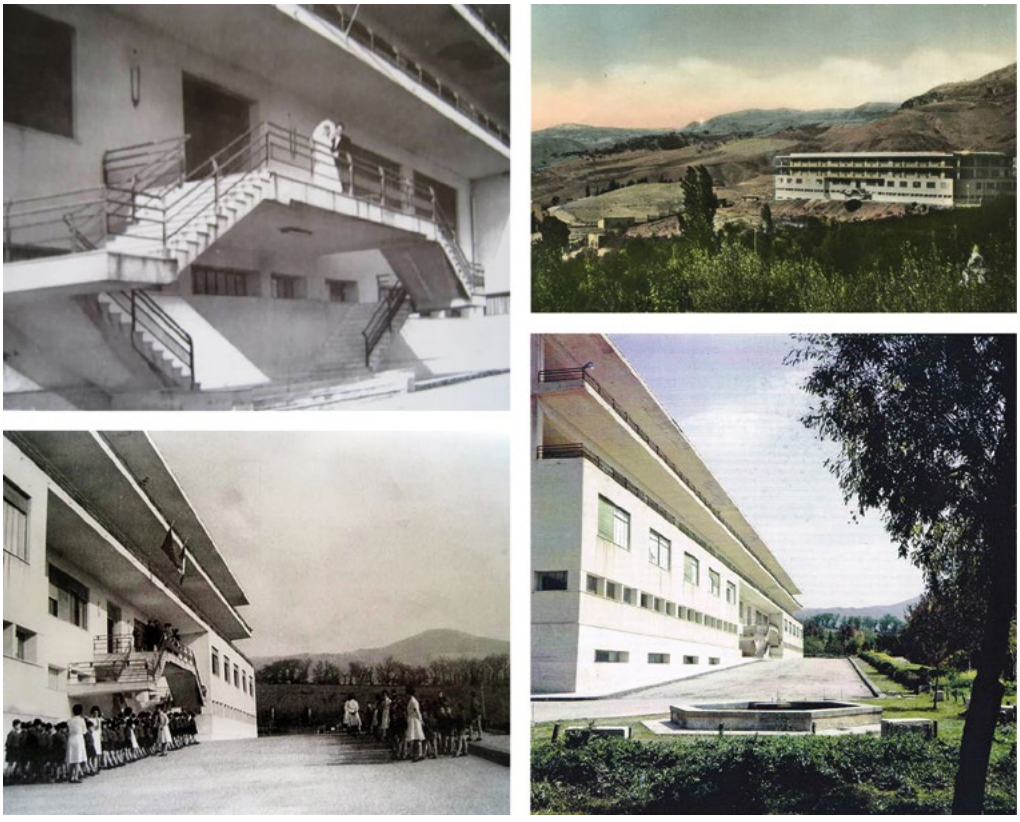
L'architettura

Le ragioni della "macchina per la cura" del Tracomatosario di Bivona non si possono comprendere senza considerare la terapia a cui i pazienti erano sottoposti: oltre al trattamento farmacologico con antibiotico e la terapia chirurgica nel caso di stadi più avanzati, si ricorreva a frequenti cure d'aria e bagni di sole e si forniva assistenza e attività scolastica a 200 bambini, metà maschi e metà femmine, di età compresa tra i 6 e i 12 anni. Se è vero che al giorno d'oggi i tempi di cura della maggior parte delle malattie si sono notevolmente ridotti, non sono molto lontani gli anni in cui il trattamento di alcune patologie durava diverse settimane o mesi; vi erano poi anche certi disturbi a cui i medici non sapevano porre rimedio e per i quali si prescriveva semplicemente il riposo, l'aria fresca e pulita, il sole. Una malattia molto infettiva, come il tracoma, richiedeva poi il distanziamento, se non il confinamento vero e proprio. L'edificio sorge, infatti, poco fuori del centro abitato, in posizione elevata, completamente immerso nel grande parco che, a sua volta, si confonde nel paesaggio circostante. La sua posizione permette di godere di una vista libera e completa sulla città e sui monti circostanti, rendendo la struttura ben visibile e riconoscibile da qualsiasi angolazione la si osservi. Si presentava come un'architettura semplice e rigorosa, progettata essenzialmente a partire dalla sua funzione e al contempo attenta all'inserimento paesaggistico e al rapporto con la città.
La localizzazione dell'edificio non è indipendente dal suo funzionamento "interno": la distanza da grandi centri abitati e l'altitudine della montagna – luogo simbolico della cura da *La montagna incantata* di Thomas Mann, proprio come per tanti sanatori in Italia e in Europa – permettono di godere di aria più pulita e fresca. Posizionato al di sopra del centro abitato, l'edificio è una sorta di terrazza con vista verso il paesaggio circostante, il quale esercita un rilevante impatto psicologico, e in esso si inserisce con armonia grazie alle studiate proporzioni. Inoltre, l'orientamento in direzione est-ovest persegue il basilare principio di massimo irraggiamento delle superfici verticali. La forma allungata dell'edificio sembra far riferimento, più che alla tipologia dell'ospedale, a quello di alcune case di cura ottocentesche, le cosiddette *convalescent home* diffuse nel Regno Unito e negli USA, dall'impianto simmetrico con accesso centrale e due ali allungate a creare degli ambienti diffusamente illuminati, rivolti verso sud; a queste ali si agganciano sul fronte nord, meno irraggiato, una serie di volumi contenenti corpi scala, servizi, spazi ambulatoriali ed aule.
L'accesso all'edificio – prima dell'intervento "distruttivo" con l'ampliamento degli anni Novanta – avveniva centralmente, in corrispondenza di uno "scavo" nel volume complessivo e mediante un'elegante doppia scala esterna che esaltava l'impianto simmetrico e conduceva direttamente all'area pubblica al primo piano, composta da una *hall* d'ingresso, uno spazio centrale che smista i flussi e i percorsi, e da grandi sale, probabilmente destinate alle attività didattiche e ricreative. Attraverso una scala a tenaglia si giungeva ai due piani successivi, perfettamente identici tra loro e dedicati, separatamente, alla degenza delle bambine e dei bambini. I giovani pazienti risiedevano in gruppi di quattro o cinque nelle stanze lungo il fronte sud dell'edificio; queste possedevano pareti completamente vetrate, rivolte a sud, prospicienti le lunghe logge che percorrono

orizzontalmente l'intera facciata proseguendo, con un'elegante soluzione angolare, anche sui fronti est e ovest. Le logge-terrazze, così come nei sanatori, offrono luce e aria e diventano anche qui elementi importante dello spazio della cura, oltre che, insieme alle finestre a tutta altezza, dispositivi di facciata per favorire la relazione tra il mondo esterno e gli interni. In questo modo l'edificio diventa un luogo accogliente e luminoso, permeabile all'ambiente che lo circonda per determinare un contatto con la città e il paesaggio, alimentare il senso di appartenenza ed eliminare l'idea di segregazione. Il piano inferiore a quello d'accesso era invece destinato agli spazi di servizio e deposito, a cui si aggiungeva un ulteriore piano seminterrato con accesso carrabile sul fronte orientale, dove si raggiungeva una maggiore altezza fuori terra.
Il funzionamento della "macchina per la cura", le gerarchie interne e le funzioni specifiche, sono perfettamente visibili in alzato. L'attacco a terra si caratterizza per un "basamento" leggermente sporgente rispetto alla facciata e rivestito in marmo, corrispondente al piano seminterrato a cui seguono, proseguendo verso l'alto, due ordini di aperture: una prima sequenza di finestre rettangolari, pensate e trattate come un'unica fascia orizzontale che percorre l'intero volume e che danno luce internamente agli spazi di servizio; un secondo ordine di aperture, più ampie e distanziate, ma pur sempre con proporzione orizzontale, che corrispondono invece alle grandi sale al piano d'ingresso. I successivi due livelli del volume, svuotati dalle logge e grazie all'arretramento della facciata, completano armoniosamente una composizione estremamente funzionale e di grande equilibrio formale. L'edificio si presentava, poi, tutto intonacato di bianco negli interni e negli esterni: un chiaro riferimento al movimento moderno, ma anche e soprattutto una risposta ai princìpi di igiene – necessità primaria in un'architettura sanitaria e ancor di più per la cura del tracoma – permettendo di individuare con facilità lo sporco e di mantenere quindi gli ambienti più puliti insieme alla costruzione di spazi essenziali, all'impiego di un arredo minimo e all'adozione di finiture lavabili su tutte le superfici[12].
L'estrema chiarezza distributiva e la somiglianza ai modelli anglosassoni e mitteleuropei fa ipotizzare, in assenza di altre notizie specifiche sul progetto originario, che questo sia stato redatto su una forte base manualistica, sebbene le strutture destinate alla cura del tracoma non fossero particolarmente diffuse e imponessero particolari specificità: l'organizzazione del piano d'ingresso ricorda gli spazi standardizzati dei *ward*, ovvero i reparti o corsie ospedaliere, esemplificati nei manuali di progettazione d'uso comune nel XX secolo, con un'organizzazione dei percorsi che, con livelli di autonomia, dà alle piante ampi margini di flessibilità; i due ultimi livelli, invece, sembrano costruiti sul modello del sanatorio, con cui il Tracomatosario condivide la ricerca di massimo irraggiamento e ventilazione. Nonostante ciò, questa moderna architettura

[12] Agli inizi del Novecento le raccomandazioni sanitarie sono assunte come metafora dei principi innovatori dello spirito nuovo per cui la *legge della biacca* enunciata da Le Corbusier è utile per far pulizia non solo nel linguaggio dell'architettura ma anche nella casa e nella vita dell'uomo moderno: «Da nessuna parte restano angoli sporchi o oscuri: *tutto si mostra così com'è in realtà*» [Le Corbusier 1925, trad. it. 2015, 191].

nel centro della Sicilia è molto più di un assemblaggio di modelli o tipologie, come dimostrano alcune eleganti soluzioni: il rivestimento lapideo a regolare l'attacco a terra e il rapporto con il suolo inclinato; l'uso di parapetti metallici nelle logge per enfatizzare l'andamento orizzontale della composizione, coerentemente perseguita in tutti gli elementi formali, in cui l'intonaco bianco esalta il gioco della luce e dell'ombra; la particolare scelta di ubicare l'ingresso al primo piano – spiegabile solo con la volontà di separare funzionalmente spazi d'accesso pubblico e zone di servizio – risolta con un incavo (rilevante eccezione "scavata" nella configurazione volumetrico complessivo) in cui si inserisce una doppia scala intenzionalmente ardita, memore di alcune opere dell'esperienza razionalista.
Le cartoline e le foto d'epoca illustrano i caratteri originari del complesso, oggi ancora visibili nelle parti sopravvissute all'incuria e risparmiate dagli interventi successivi alla chiusura del Tracomatosario: grazie all'inserimento nel contesto e al rapporto con l'abitato, la struttura è parte integrante del paesaggio ed elemento di completamento della città – oggi diremmo un *landmark* urbano – quasi un moderno castello o monastero che dall'alto guarda ed è guardato dalla città (Fig. 4).



4: Cartoline postali e foto d'epoca, 1960 circa.

5: Il rapporto tra la configurazione originaria e l'ampliamento degli anni Novanta, 2014 [foto di A. Margagliotta].

Conclusioni

Il Tracomatosario di Bivona appartiene a quelle costruzioni del tempo in cui gli edifici per la cura, con il loro programma funzionale, si mostravano come architetture prima che venissero svuotate successivamente delle potenzialità progettuali e relegate a specialismi di settore. Fino ad un passato recente, infatti, gli ospedali hanno rappresentato significativi episodi della storia dell'architettura e delle città, grandi e piccole, mentre oggi sono diventate delle intricate macchine tecnologiche alle quali l'architettura stenta ad esprimersi. Il complesso appartiene anche a un modo e a un mondo in cui città e strutture sanitarie – ma si potrebbe anche dire di ogni architettura – si assomigliano al punto da essere quasi accomunate da un unico destino. Il Tracomatosario, nella fase della gestione dell'Ordine dei cavalieri di Malta, ha portato sviluppo economico e sociale al Comune di Bivona e, nello stesso tempo, è stato espressione del paesaggio fisico e sociale del tempo anche dell'intera Sicilia.

In quegli anni la vita del Tracomatosario coincideva e raccontava la comunità di Bivona, che godette non soltanto dei benefici sociali, ma anche di quelli economici che coinvolgevano un vasto indotto. Esso diventa una architettura che autenticamente appartiene alla città e in cui la città si riconosce: lo raccontano i riti che vi si celebrarono, come le

prime comunioni o i servizi i servizi fotografici dei matrimoni con giovani sposini ritratti sulle rampe dell'edificio o nel parco.
Il Tracomatosario costituì una *presenza* per il paesaggio naturale e urbano e per la stessa comunità. Rappresentò anche una *presenza* architettonica "imprevista", che portava nelle zone più interne della Sicilia i caratteri di un tardo razionalismo e una cultura dell'abitare e del costruire di qualità europea. Anche se ai margini della città, esso fu un luogo che le appartenne e un'architettura moderna riconosciuta con orgoglio, come testimoniano le cartoline del tempo che inseriscono l'edificio tra i suoi monumenti; e questo fino a quando fu abbandonato, ingrandito e sfigurato (Fig. 5). Lo stesso destino che nel frattempo ha subìto la città.

Bibliografia

CAPPELLO, C. (2013-2014). *Bivona e il Tracomatosario. Progetto del parco dell'ex Ospedale dei bambini*, tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento.

LE CORBUSIER (1925). *L'art decoratif d'aujourd'hui*, Paris, Cres [trad. it., 2015. *L'arte decorativa*, Macerata, Quodlibet].

Legge Regionale 5 luglio 1949, n. 23. Istituzione di Unità ospedaliere circoscrizionali nella Regione Siciliana (1949), in «G.U.R.S.», n. 31.

LENTINI, G. (2013-2014). *Il Tracomatosario di Bivona. Il progetto degli spazi aperti*, Tesi di laurea, Università degli Studi di Palermo, Corso di Laurea in Architettura – sede di Agrigento.

MARRONE, A. (1987). *Bivona città feudale*, vol. I, Caltanissetta-Roma, Salvatore Sciascia Editore.

MIDURI, C. (2007). *I bambini della Croce Bianca*, Siracusa, Editore Lombardi.

Elenco delle fonti archivistiche

Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Contratto del 20 settembre 1958, registrato dalla Corte dei Conti il 19 maggio 1959 al Reg. n. 2 Finanze, foglio n. 166. Intendenza di Finanza, Scheda n. 258, Tracomatosario, Bivona.

Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Nota del Commissariato per la liquidazione degli usi civici n. 919 del 29 ottobre 1956.

Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Nota n. 370.607 del 27 marzo 1958.

Bivona. Archivio Comunale. Tracomatosario. Stati di previsione dell'entrata e della spesa della Regione Siciliana per l'anno finanziario dal 1 luglio 1960 al 30 giugno 1961, Assemblea Regionale Siciliana. «Resoconti parlamentari», IV legislatura – seduta CLXIV, 9 dicembre 1960, p. 2808.

Sitografia

FROCHAUX, M. (2020). *La dimensione spaziale ha sempre fatto parte della medicina*, 14 maggio: https://www.espazium.ch/it/attualita/la-dimensione-spaziale-ha-sempre-fatto-parte-della-medicina [gennaio 2021].

Prospettive assistenziali (1971), in «Notiziario dell'Unione Italiana per la promozione dei diritti del minore e per la lotta contro l'emarginazione sociale», n. 16, ottobre-dicembre: http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/016/16_notiziario_ulces.htm [gennaio 2021].

GLI ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA NEGLI ANNI DEL MIRACOLO ECONOMICO

Elisa Dalla Rosa

Abstract

The paper focuses on the main events that contributed to the formation and development of the twentieth century Veronese hospitals, analysing the documentation preserved in the historical archives of the University Hospital. The 1950s were in fact the golden years for surgery in Verona. Until the Seventies, Verona's healthcare system was hospital-based, linked to the school of surgery, while a partnership with the University started later: the first contract was dated 31 October 1968, and was followed by another, signed in January 1976. Professors began to enter the hospital in December 1969, and specialist schools were opened in 1977, becoming more than 40 in the 1990s. In 2010, the two hospitals merged to form the Integrated University Hospital.

Keywords

Hospitals, Hospital pavilions, Specialty block, Integrated University Hospital.

Introduzione

Il *paper* ripercorre le principali vicende che hanno concorso alla realizzazione e all'evoluzione degli Istituti ospitalieri veronesi novecenteschi, attraverso l'analisi della documentazione archivistica conservata presso l'Archivio storico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, e si focalizza sul ruolo svolto dalla sanità veronese negli anni del miracolo economico. Gli anni Cinquanta rappresentano infatti per la chirurgia veronese il periodo d'oro. Fino agli anni Settanta la sanità veronese era di tipo ospedaliero, legata alla scuola chirurgica, e solo in seguito arrivò l'Università; alla prima convenzione, datata 31 ottobre 1968, ne seguì una successiva, firmata nel gennaio 1976. I professori cominciarono ad entrare nel policlinico nel dicembre 1969 e nel 1977 si attivarono le scuole di specializzazione, divenute più di 40 negli anni Novanta [Bozzini 1991]. Poco alla volta la sanità veronese diventò una sanità universitaria basata su due ospedali: Borgo Trento e Borgo Roma. Il primo, l'Ospedale civile Maggiore, è percepito come ospedale dei veronesi, contornato da lunghi viali con alti pini marittimi, con padiglioni obsoleti alternati a edifici di recentissima costruzione, lungo la riva sinistra dell'Adige; come ospedale universitario il secondo, il Policlinico di Borgo Roma, situato ai margini del centro urbano. Nel 2010 i due ospedali si sono fusi nell'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata.

© Aisu International 2021

La costituzione dell'Ospedale civile Maggiore

Le prime strutture assistenziali con funzioni di carità, assistenza ai diseredati, ai pellegrini e ai viaggiatori, collegate a movimenti religiosi, a Verona come in altre città, erano gli *xenodochia* o *domus hospitales,* che sorgevano in prossimità delle sedi episcopali, delle diaconie, dei monasteri, lungo le principali vie di comunicazione e gli itinerari di pellegrinaggio. Il termine *hospitale* nella documentazione veronese venne a confondersi con il termine *hospicium:* il primo assunse successivamente il significato di ricovero per pellegrini e ammalati, il secondo di area di albergo e luogo di pernottamento [Szabò 1992]. A Verona, invece, l'Ospedale comunale e pubblico dei Santi Giacomo e Lazzaro, sorto nel 1223, convisse a lungo con una diffusa assistenza e carità privata [Fainelli 1962; Pastore, Varanini 1996]. Nel Quattrocento si contavano ben trentaquattro enti sorti tramite confraternite, comunità e singoli, desiderosi di fornire assistenza sanitaria e ospitalità a pellegrini, poveri e ammalati.

La politica ospedaliera di Verona rimase di pertinenza municipale anche dopo l'annessione alla Repubblica veneta. Nel 1426 fu fondata per volontà del Collegio dei notai la Domus Pietatis con la duplice funzione di luogo per l'assistenza sanitaria e per l'educazione degli esposti [Gaberlotti 1996]. Al 1515 risale la fondazione della santa Casa di misericordia, sorta in piazza Bra, per ospitare sifilitici e malati di lungo decorso, distinti da quelli acuti che trovavano assistenza presso la Domus Pietatis. La santa Casa di misericordia perseguiva inoltre l'educazione, tramite l'apprendimento della lettura e della scrittura, dei pupilli dediti all'accattonaggio [Lanaro 1996]. Nel 1573 nacque un nuovo ente assistenziale: l'Opera dei derelitti, associata di lì a poco al Luogo pio dei mendicanti. Nel 1750 la rete ospedaliera fu riorganizzata con una distinzione fra cura assistenziale medica e sostegno caritativo: tutti gli ospedali furono accorpati in un'unica struttura, la santa Casa della misericordia, nell'area situata all'interno delle mura [Rainoldi 2017]. Tuttavia, il primo ospedale dei veronesi ai margini dell'*urbe* antica trovò collocazione presso l'ex sede conventuale di Sant'Antonio e a partire dal 1879 fu sottoposto ad ampliamenti per migliorare le proprie funzioni assistenziali.

Per rispondere alle esigenze demografiche e residenziali della città e per migliorare lo stato degli enti assistenziali, si decise di raggruppare in un'unica amministrazione l'Ospedale civile di Sant'Antonio, l'Ospedale Alessandri, l'Abbazia di San Zeno, la Trinità e la Casa di ricovero. A ritardare l'avvio dei lavori, oltre alla difficile situazione economica dell'istituto, contribuì un fattore esogeno che complicò le trattative: il lascito di Alessandro Alessandri per la realizzazione di un ospedale infantile. La localizzazione dell'area su cui far sorgere l'ospedale per bambini provocò discussioni e polemiche: la zona, infine, fu individuata in tre appezzamenti di terreno confinanti con la strada provinciale per Parona, all'estremità di Borgo Trento, prossimi alla fermata del tram elettrico e attigui alla ferrovia Verona-Caprino-Garda. A novembre 1908 si perfezionò l'acquisto del terreno; dopo pochi mesi iniziarono i lavori. L'opera fu inaugurata il 7 giugno 1914 [Rainoldi 2010; Rainoldi 2017].

Nel 1923 il presidente dimissionario Giulio Ottolenghi suggerì di congiungere l'ospedale infantile Alessandri all'Ospedale civile di Sant'Antonio, trasferendo quest'ultimo

in prossimità dell'ospedale infantile, a sinistra dell'Adige, presso il quartiere alto borghese in via di espansione fra gli anni Trenta e Quaranta. La delibera del 7 novembre 1924 vide l'unanimità del Consiglio ospedaliero in relazione al congiungimento dei due ospedali, poiché l'Ospedale civile non era più in grado di soddisfare i più moderni criteri di igiene e scienza. Il nuovo ospedale sarebbe sorto in parte sull'area di pertinenza dell'ospedale Alessandri e in parte su un'area da acquistare appositamente; avrebbe consentito di ospitare un numero maggiore di degenti, da 570 a 875, in previsione di futuri aumenti demografici[1].
L'Ospedale civile maggiore di Borgo Trento, sorto nel periodo tra il 1932 e il 1942 su progetto di Pio Beccherle attorno al vecchio nucleo che comprendeva l'ospedale infantile – edificato fra 1911 e 1927 – e l'astanteria pediatrica, si articolava in padiglioni da uno o due piani, oltre agli interrati e ai cunicoli di collegamento, con servizi generali centralizzati, e si estendeva su un'area di 149.102 mq, all'interno dei quali sorgeranno nel 1965 e nel 1970 gli edifici dell'ospedale geriatrico e della maternità.

Gli Istituti ospitalieri dalla guerra al miracolo economico

Il 23 aprile 1945 i tedeschi in ritirata abbandonarono l'ospedale inaugurato nel 1942, ponendo fine alla requisizione perpetrata sin dal settembre 1943. Il segretario dell'amministrazione ospedaliera fu avvertito dal personale in servizio presso il nosocomio. Il segretario capo, dopo aver informato il commissario prefettizio, predispose un servizio di vigilanza per occupare immediatamente la sede, onde evitare eventuali razzie e vandalismi ai danni di impianti e materiali lasciati in uso dai tedeschi. A partire dal 24 aprile alcuni dipendenti si aggregarono al personale in servizio per tutelare materiali ormai introvabili, come impianti radiologici, elettrici, telefonici, la centrale termica, la lavanderia, la cucina a vapore, la biancheria e le coperte[2].
Il 30 aprile iniziò la raccolta dei materiali e delle attrezzature in uso e dal 9 maggio si svolse lo sgombero dalle macerie, sotto la garanzia che il centro ospedaliero sarebbe rimasto a disposizione della città. E così sin dai primi giorni di maggio la struttura venne messa a disposizione dell'amministrazione ospedaliera, anche grazie all'intervento e alla collaborazione della Croce Rossa americana che si interessò delle vicende ospedaliere. Le spese di riatto dei fabbricati, compresi quelli dell'Ospedale Alessandri, furono sostenute dal governo militare alleato, mentre i costi per lavaggio, trasporto di mobilio e delle attrezzature rimasero a carico dell'amministrazione ospedaliera[3]. I lavori di ripristino dei padiglioni iniziarono subito e per velocizzare la ricostruzione fu concordata la sequenza dei lavori con la Croce Rossa americana. Inoltre, il centro ospedaliero poté

[1] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Progetto per la costruzione del nuovo centro ospedaliero della città di Verona*, 14/10/1928, b. non numerata.

[2] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Delibera n. 296 del 25 giugno 1945*.

[3] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Delibera nn. 290 e 291 del 25 giugno 1945*.

usufruire degli aiuti alimentari, del materiale sanitario di provenienza UNRRA e ENSI, l'ente nazionale per la distribuzione dei soccorsi in Italia.
La fine del conflitto vide le vicende dell'ospedale veronese legarsi indissolubilmente allo sviluppo urbanistico della città. La presidenza dell'amministrazione ospedaliera fu assunta subito dopo la Liberazione dall'avvocato Odoardo Bonazzi, cui nel 1957 fece seguito il conte Iseppo Loredan. Le figure determinanti per il futuro ospedaliero veronese furono soprattutto Luigi Girolamo Selmo e Giambattista Rossi. L'avvocato Selmo fu assessore comunale a Verona e presidente degli Istituti ospitalieri dal 1957 al 1962. La sua presidenza favorì molteplici iniziative: l'istituzione presso l'Ospedale civile Maggiore di una scuola per infermieri generici riservata a coloro aventi 3 anni di tirocinio ospedaliero; l'istituzione delle giornate mediche internazionali, che collocarono la città al centro della medicina europea; la riorganizzazione dell'emoteca e il potenziamento del servizio di donazione di sangue; la costituzione di tre reparti di radiologia, il centro recupero discinetici, il centro del rene artificiale, il servizio di rianimazione, la divisione neurochirurgia e il centro diagnostico con isotopi radioattivi; infine, la riorganizzazione amministrativa e il centro meccanografico. Selmo predispose la realizzazione dell'edificio blocco delle specialità, per il quale ottenne un finanziamento statale grazie all'interessamento di Guido Gonnella[4]. Rossi, avvocato civilista, fu presidente degli Istituti ospitalieri dal 1962 al 1977. Egli contribuì alla formulazione della normativa che nel 1968 condusse gli ospedali da istituzioni di pubblica assistenza e beneficienza a enti ospedalieri e si impegnò nella discussione parlamentare della legge che nel 1978 istituì il Servizio Sanitario Nazionale [Rainoldi 2009-2010].
Nell'immediato dopoguerra la città fu assorbita dall'opera di ricostruzione e i problemi ospedalieri furono momentaneamente accantonati; tuttavia, negli anni Sessanta l'aumento demografico e i cambiamenti intervenuti nel contesto socioeconomico evidenziarono le criticità ospedaliere. La principale era rappresentata dalla cronica insufficienza di posti letto: i ricoveri giornalieri superavano le duemila presenze a fronte di una capienza massima di circa 1.100 degenti; pertanto, letti e ammalati occupavano corridoi e atri. I nuovi posti letto si sarebbero ottenuti innalzando i padiglioni, collegandoli fra di loro o realizzando un nuovo blocco. L'amministrazione Selmo aveva contato fiduciosamente su un contributo statale di lire 700.000.000 per i danni di guerra e, pur non avendo la disponibilità finanziaria, aveva appaltato i lavori per un nuovo blocco delle specialità. A un certo punto una nuova decisione opposta e condivisa con l'allora presidente della Provincia, Gozzi, e il sindaco di Verona, Zanotto, deviò verso la costruzione di un secondo ospedale situato dall'altra parte della città. La scelta ricadde presso il frutteto annesso all'ospedale psichiatrico di San Giacomo alla Tomba, ceduto dalla provincia agli Istituti ospitalieri. Dal momento che l'ospedale in costruzione doveva fungere da satellite rispetto a quello di Borgo Trento, di fatto si stava realizzando la sede delle specialità in un nuovo edificio

[4] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *L'anno 1958 nella vita dei nostri tre ospedali; Relazione del presidente Avv. Luigi Selmo. Sulle costruzioni ospedaliere programmate e sulle costruzioni già compiute nei nostri tre ospedali; L'anno 1960 nella vita dei nostri tre ospedali*.

1: Consegna della medaglia di anzianità al personale il 24 dicembre 1960, avv. Selmo [Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore].

ospedaliero, i cui lavori furono avviati a dicembre 1962 su progetto di Ettore Rossi, progettista che aveva elaborato il blocco delle specialità durante l'amministrazione Selmo. Il finanziamento dell'opera veniva coperto in gran parte da mutui ordinari con l'Istituto di credito fondiario delle Venezie, assistiti dalla fideiussione del Comune di Verona e in piccola parte da mutui con la Cassa depositi e prestiti con il contributo dello Stato[5]. I primari dell'Ospedale di Borgo Trento espressero le loro ostilità all'iniziativa, ma nel gennaio 1963 furono gettate le fondazioni. Entro il 1968 gli Istituti ospitalieri di Verona avrebbero raggiunto una capienza di 3.200 posti letto per acuti, di cui 1.100 presso Borgo Roma, ampiamente sufficienti per le necessità della popolazione. Nel frattempo, i tempi erano diventati maturi per una riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale: la Provincia, oltre a sovrintendere gli ospedali dei paesi, gestiva le istituzioni assistenziali e caritative cittadine come la maternità, il brefotrofio e l'ospedale psichiatrico. Rossi si dedicò alla ristrutturazione e all'ammodernamento di queste strutture. Nel 1963 furono inaugurate la Casa di soggiorno per anziani e il nuovo ospedale geriatrico e nel 1969 il Policlinico universitario di Borgo Roma, sede di lì a poco della Facoltà di medicina. Nel 1970 vennero completati la maternità di Borgo Trento e il nuovo ospedale psichiatrico di Marzana.

[5] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, n. prot. 16287b, 17 maggio 1967.

2: Attività scientifiche, cardioreumatologia [Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore].

Da sanità ospedaliera a sanità universitaria

L'ipotesi dell'istituzione in Verona di una facoltà di medicina, quale raddoppio di quella dell'Università di Padova, assumeva concretezza dopo un biennio di trattative condotte congiuntamente fra l'amministrazione ospedaliera e il Consorzio veronese per lo sviluppo degli studi universitari, costituitosi fra Comune, Provincia e Camera di commercio di Verona[6]. All'inizio del 1966 nacque l'idea di dare vita a una Facoltà di medicina in vista dell'utilizzazione del nuovo ospedale di Borgo Roma[7], destinato ad aggiungersi con 1.100 nuovi posti letto e con una nuova organizzazione di reparti ospedalieri, al complesso ospedaliero di Borgo Trento. Con tale soluzione la città avrebbe mantenuto

[6] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 3 aprile 1968.

[7] Nella seduta del novembre 1966 il presidente ricordava che da un anno circa erano state avviate conversazioni con esponenti dell'Università di Padova per un eventuale sdoppiamento in Verona della facoltà medica e sull'impossibilità della costituzione di una facoltà medica autonoma a Verona; inoltre, accennava alla posizione contraria dei medici. Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 7 novembre 1966; B. 9, F.1-13, *Delibera del Consiglio di Amministrazione*, 3 novembre 1967.

la stessa ricettività di posti, con la differenza di poter disporre di reparti clinici anziché ospedalieri, poiché il nuovo ospedale avrebbe potuto rappresentare la sede idonea delle cliniche. L'idea fu sottoposta all'esame dei maggiori enti cittadini, e il problema fu esaminato da un punto di vista generale. Le Regioni trivenete, che allora contavano oltre 6 milioni di abitanti, disponevano di una sola Facoltà medica, ad eccezione di quella di Trieste allora in formazione, con solo uno studente di medicina ogni 3.000 abitanti. La possibilità di dare vita a una Facoltà medica era allettante e la città di Verona offriva una posizione geografica favorevole per il versante del Trentino-Alto Adige, quello lombardo orientale e veneto occidentale. Fu subito scartata, anche a seguito di notizie assunte presso il Ministero della pubblica istruzione, l'istituzione di una Facoltà di medicina nuova, e si optò per il raddoppio di una Facoltà medica esistente, che si trovasse nelle condizioni di sovraffollamento tali da giustificare, a norma di legge, la richiesta di raddoppio integrale di cattedre e di tutti i corsi di insegnamento[8]. Fu scelta l'Università di Padova perché la Facoltà di medicina si trovava nella condizione di sovraffollamento, avendo superato i 2.000 iscritti, richiesta dalla legge per il raddoppio delle cattedre, e perché la città di Verona era sede distaccata della Facoltà di economia e commercio dell'Università patavina. Tale orientamento fu convalidato dal Consiglio di amministrazione[9]. Seguirono i primi cauti sondaggi[10] con l'Università di Padova per accertare la disponibilità ad una collaborazione e se ne discusse sulla stampa cittadina, regionale e in varie sedi politiche [«L'Arena» 1966; «Il Gazzettin» 1967; «L'Arena» 1967a; «L'Arena» 1967b; «L'Avvenire d'Italia» 1967a; «L'Avvenire d'Italia» 1967b; «L'Arena» 1967a; «L'Arena» 1967b]. Si dichiararono favorevoli, nel corso del 1967, il Consiglio provinciale di Verona[11], il Partito liberale italiano (direzione provinciale di Verona)[12] il Partito socialista unificato (federazione di Verona)[13], il Comitato provinciale della Democrazia Cristiana di Verona[14] e il Collegio dei primari degli Istituti ospitalieri di Verona. Quest'ultimo sconsigliava la cessione totale o parziale del nuovo ospedale di Borgo Roma all'Università di Padova per lo sdoppiamento delle sole cattedre d'insegnamenti clinici, perché prematura e gravosa per il bilancio cittadino e le finalità ospedaliere; riconoscendo la preminenza dell'interesse cittadino nella costituzione della

---

[8] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 3 aprile 1968, p. 2.

[9] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 5 luglio 1966.

[10] Dettagli ulteriori sui sondaggi preliminari sono contenuti in Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, F.1-13, *Delibera del Consiglio di Amministrazione*, 3 novembre 1967

[11] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 5*, 8 marzo 1967.

[12] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 4,* s.d.

[13] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 3 bis*, 7 Aprile 1967.

[14] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 2*, 6 febbraio 1967.

Facoltà medica locale, raccomandava la soluzione integrale del problema dell'assistenza ospedaliera, con la qualificazione degli Istituti ospitalieri al livello di un grande centro ospedaliero regionale, secondo quanto previsto dalla riforma, attraverso la completa occupazione del nuovo centro, non appena pronto[15]. L'iniziativa ricevette il plauso del ministro della pubblica istruzione, onorevole Gui, in occasione di una visita privata presso il cantiere dell'erigendo ospedale di Borgo Roma il 25 febbraio 1967[16]. Gli enti locali veronesi e gli Istituti ospitalieri convergevano, dopo intense e vivaci discussioni, sull'inderogabilità delle seguenti condizioni: la Facoltà di medicina doveva essere realizzata nella sua completezza, pur con gradualità, e non limitata alla parte dei corsi del secondo triennio; la Facoltà non avrebbe dovuto gravare sulle finanze degli enti locali, disposti ad assumere solo qualche onere straordinario; gli Istituti ospitalieri avrebbero messo a disposizione della Facoltà collaborazioni nei limiti degli oneri finanziari a carico dei bilanci ospedalieri se i posti letto a destinazione universitaria avessero avuto invece destinazione ospedaliera, prevista dall'originario piano di sviluppo della rete ospedaliera cittadina. La Facoltà non avrebbe sottratto posti letto o altre disponibilità para-ospedaliere ai fini dell'assistenza della popolazione, e l'inserimento dell'organizzazione universitaria nell'ambito degli Istituti ospitalieri si sarebbe dovuta improntare su criteri collaborativi[17]. Nella seduta del 29 marzo il presidente informava il consiglio sullo stato delle trattative in corso con l'Università di Padova e illustrava le questioni centrali ancora da definire: il problema dell'istituzione del primo triennio, il numero dei posti letto da mettere a disposizione delle singole cliniche[18] e, infine, il problema degli oneri da sostenersi per l'attuazione dell'intero triennio, affinché le spese a carico degli Istituti ospitalieri potessero limitarsi alla sola parte assistenziale[19].

Il 31 ottobre 1968 si manifestava l'accordo delle parti per addivenire al raddoppio del secondo triennio degli insegnamenti della Facoltà di medicina e chirurgia nella sede staccata di Verona. Artefici della convenzione erano Rossi, in veste di presidente del consiglio di amministrazione degli Istituti ospitalieri, Gozzi, in veste di presidente e in

[15] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 1*, 20 gennaio 1967.

[16] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 3 aprile 1968, p. 5. Anche la pubblicistica locale ne fa menzione [«L'Arena» 1968].

[17] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 3 aprile 1968, p. 6.

[18] Per maggiori dettagli sulla ripartizione dei posti letto: Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 26 marzo 1969.

[19] «L'esempio di altri ospedali parzialmente clinicizzati come Parma, Ferrara e Padova, ad esempio, ci inducono a rimanere tranquilli sul piano degli oneri di gestione essendosi constatato che le relative spese di gestione trovano sollievo nel fatto che alcuni oneri fra i non minori e cioè quelli inerenti a gran parte del personale sanitario vengono posti a carico delle rispettive università», Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 29 marzo 1968, p. 2. Informazioni più dettagliate sull'andamento delle trattative e sulle previsioni di spese ed entrate si ricavano dalla lettera riservata inviata da Rossi a Gozzi in data 13 febbraio 1967: Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Lettera Riservata*, 13 febbraio 1967.

3: Aldo Moro in visita all'Ospedale di Borgo, Trento, 1965 [Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore].

rappresentanza del Consorzio per la costituzione e lo sviluppo degli studi universitari di Verona, e il professor Ferro, rettore pro-tempore dell'Università degli studi di Padova[20]. Gli Istituti ospitalieri si impegnavano a mettere a disposizione dell'Università di Padova per gli insegnamenti del secondo triennio del corso di laurea in medicina e chirurgia locali e attrezzature per l'espletamento delle funzioni didattiche scientifiche e di ricerca[21], per un numero complessivo di 900 posti letto.

[20] Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Convenzione per la istituzione ed il funzionamento in Verona di corsi paralleli raddoppiati del secondo triennio del corso di laurea in medicina e chirurgia*, repert. n. 1278.

[21] L'iniziativa coinvolgeva i seguenti insegnamenti e istituti: patologia speciale medica; patologia speciale chirurgica; clinica otorinolaringoiatria; clinica medica generale; clinica chirurgica generale; clinica pediatrica; clinica ostetrica e ginecologica; clinica delle malattie nervose e mentali; clinica dermosifilopatica; clinica oculistica; clinica ortopedica; clinica odontoiatrica; istituto di radiologia; istituto di anatomia; istologia patologica.

Conclusioni

Alla prima convenzione ne seguì una successiva, firmata nel gennaio 1976. I professori entrarono nel policlinico nel dicembre 1969, e otto anni dopo fecero la loro comparsa le scuole di specializzazione, divenute quaranta negli anni Novanta. La Facoltà era ormai avviata; mancava solo l'istituzione del primo triennio a suggellare l'autonomia che pervenne con una legge speciale. Nel 1982 Verona ottenne la sua università con tre facoltà: economia e commercio, medicina e chirurgia e magistero [Bozzini 1991, 68]. Nell'arco di un decennio accanto al Policlinico di Borgo Roma sorsero gli edifici per i laboratori e le aule del primo triennio, una grande mensa universitaria e la piastra per l'odontoiatria. Tutto ciò conduceva ad un ampliamento dell'attività di ricerca che aveva come fulcro il Policlinico di Borgo Roma, divenuto ormai sede di alcuni dei principali istituti di ricerca regionali, e sanciva il passaggio definitivo dalla sanità ospedaliera alla sanità universitaria.

Bibliografia

Cliniche universitarie in Borgo Roma? Benissimo: ma prima bisogna discuterne (1966), in «L'Arena», 30 dicembre.

FAINELLI, V. (1962). *Storia degli Ospedali di Verona dai tempi di San Zeno ai nostri giorni*, Verona, Istituti ospitalieri.

Favorevole il Senato accademico di Padova a sdoppiare la facoltà di Medicina (1967b), in «L'Avvenire d'Italia», 14 giugno.

Favorevoli i primari ospitalieri alla creazione della facoltà medica (1967b), in «L'Arena», 5 marzo.

GABERLOTTI, M. G. (1996). *La Domus Pietatis*, in *L'ospedale e la città. Cinquecento anni d'arte a Verona*, a cura di A. Pastore, G. M. Varanini, Verona, Cierre edizioni, pp. 69-80.

Il ministro on. Gui favorevole all'istituzione della facoltà di medicina nella nostra città (1968), in «L'Arena», 11 febbraio.

I sanitari pro e contro la Facoltà di Medicina (1968b), in «L'Arena», 2 febbraio.

Istituti Ospitalieri di Verona. Storia di una grande tradizione medico-chirurgica (1991), a cura di P. Bozzini, Verona, Unità locale socio-sanitaria.

LANARO, P. (1996). *Carità e assistenza, paura e segregazione. Le istituzioni ospedaliere veronesi nel Cinque e Seicento verso la specializzazione*, in *L'ospedale e la città. Cinquecento anni d'arte a Verona*, a cura di A. Pastore, G. M. Varanini, Verona, Cierre edizioni, pp. 43-55.

L'impegno per la facoltà di medicina fatto proprio anche dagli enti locali (1967a), in «L'Arena», 24 febbraio.

L'ospedale e la città. Cinquecento anni d'arte a Verona (1996), a cura di A. Pastore, G. M. Varanini, Verona, Cierre edizioni.

Proposta la costituzione d'una facoltà di medicina (1967), in «Il Gazzettin», 24 febbraio.

Quanto verrà a costare ai cittadini la progettata facoltà di medicina? (1968b), in «L'Arena», 9 marzo.

RAINOLDI, V. (2009-2010). *Da destra a sinistra Adige. Il trasferimento degli Istituti Ospitalieri veronesi e la loro modernizzazione (1899-1945)*, tesi di laurea, Università degli studi di Verona.

RAINOLDI, V. (2010). *L'Ospedale dei Veronesi da Sant'Antonio in Valverde a Borgo Trento*, in «Il Fracastoro», a. CIII, n. 1, pp. 15-99.

RAINOLDI, R. (2017). *Gli spazi del lutto negli ospedali veronesi del Novecento: l'evoluzione della progettazione*, in «IN_BO. Ricerche e progetti per il territorio, la città e l'architettura», vol. 8, n. 12, pp. 135-149.

SZABÒ T. (1992). *Xenodochi, Ospedali e locande: forme di ospitalità ecclesiastica e commerciale nell'Italia del Medioevo (secoli VII-XVI)*, in Id., *Comuni e politica stradale in Toscana e in Italia nel Medioevo*, Bologna, CLUEB, pp. 285-319.

Verona potrebbe essere sede di una facoltà di Medicina (1967a), in «L'Avvenire d'Italia», 24 febbraio.

Elenco delle fonti archivistiche

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Convenzione per la istituzione ed il funzionamento in Verona di corsi paralleli raddoppiati del secondo triennio del corso di laurea in medicina e chirurgia*, repert. n. 1278.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Delibera del Consiglio di Amministrazione*, 3 novembre 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 5 luglio 1966.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 29 marzo 1968.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 3 aprile 1968.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 26 marzo 1969.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Lettera Riservata*, 13 febbraio 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, n. prot. 16287b, 17 maggio 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 1*, 20 gennaio 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 2*, 6 febbraio 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 3 bis*, 7 aprile 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 4,* s.d.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. B. 9, f. 1-13, *Schema di convenzione, allegato 5*, 8 marzo 1967.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Delibere nn. 290 e 291 del 25 giugno 1945*.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Delibera n. 296 del 25 giugno 1945*.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Deliberazione del Consiglio di Amministrazione*, 7 novembre 1966.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *L'anno 1958 nella vita dei nostri tre ospedali*.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *L'anno 1960 nella vita dei nostri tre ospedali*.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Progetto per la costruzione del nuovo centro ospedaliero della città di Verona*, 14/10/1928, b. non numerata.

Verona. Archivio Ospedale Civile Maggiore. *Relazione del presidente Avv. Luigi Selmo. Sulle costruzioni ospedaliere programmate e sulle costruzioni già compiute nei nostri tre ospedali*.

ARCHITETTURA E POLIOMIELITE: IL PROGETTO DI LUIGI VIETTI PER IL NIDO VERDE A ROMA

Francesca Salatin

Abstract

On 19 July 1961, a clinic for the treatment and re-education of polio children, known as Nido Verde, was inaugurated in Rome. The project was commissioned by the family of Count Vittorio Cini and dedicated to his wife, the actress Lyda Borelli, passed away in 1959.
The building was designed by Luigi Vietti, an architect already connected to the Cini family for numerous projects in Venice – in particular, the headquarters of the Adriatic Electricity Society in Rio Marin and the redevelopment of the island of San Giorgio Maggiore, hosting the Giorgio Cini Foundation. The experience of San Giorgio, with its charitable vocation, probably constituted the testing ground for Nido Verde.
Despite the great social value, the specificity of the architectural typology, and the calibre of the client, the Nido Verde design was left out of the studies on Luigi Vietti.

Keywords

Poliomyelitis, Vittorio Cini, Rome, Luigi Vietti.

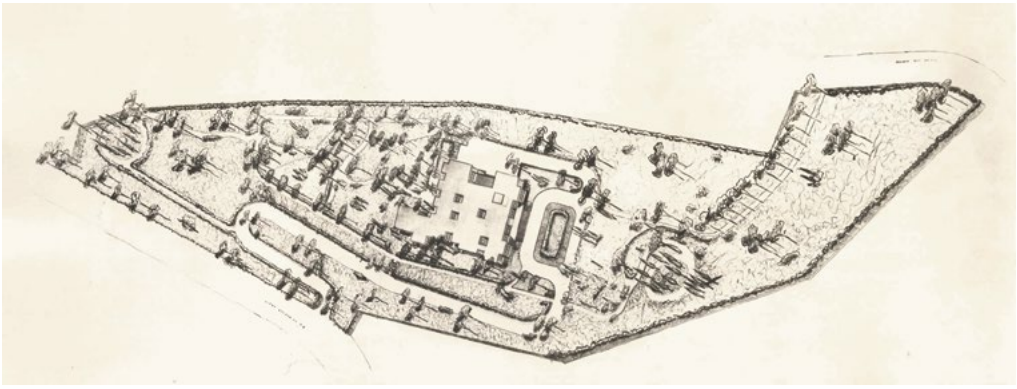
Introduzione

Il 10 marzo 1959 veniva approvato dal sindaco di Roma, su parere favorevole della Commissione edilizia e dell'Ufficio d'igiene, il progetto per la costruzione di una clinica destinata alla cura e alla rieducazione dei bambini poliomielitici, nota come Nido Verde, in via Proba Petronia, località Poggio Aurelio[1] (Fig. 1). A presentare il progetto, approvato in tempi brevissimi, è l'Associazione per l'assistenza all'infanzia poliomielitica "Assipolio". L'associazione, presieduta da Antonino Papaldo, giudice costituzionale e curatore del *Codice delle leggi sanitarie,* nasce nel luglio del 1958[2] e mira a colmare una lacuna nel sistema sanitario nazionale, quella della "cura dopo la cura": si occupa, infatti, di assistenza ambulatoriale diurna ai bambini che hanno superato la fase infettiva, ma presentano postumi della poliomielite, una delle malattie infettive più temute e invalidanti nella

[1] Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Relazione Tecnica illustrativa del progetto dell'erigendo Nido Verde* del 31 marzo 1959 a cura dell'ing. Fabrizio Finesi.

[2] Ente riconosciuto con decreto del presidente della Repubblica 2 febbraio 1959, n. 107 [«Gazzetta Ufficiale» 1959].

© Aisu International 2021



1: Planimetria del Nido Verde, s.d. [Archivio Ufficio Tecnico della Fondazione Cini].

prima metà del XX secolo, che conosce una recrudescenza durante gli anni Cinquanta. La diffusione della malattia, infatti, aveva raggiunto nel 1952 un picco negli Stati Uniti, con 58.000 casi in un anno, 3.145 morti e oltre 21.000 casi di paralisi registrati [Zamula 1991]: un tragico bilancio che alimenta la corsa al vaccino e che vede proprio gli Stati Uniti fin dagli anni Trenta in prima linea, complice una maggiore sensibilizzazione dovuta al fatto che il presidente Franklin D. Roosevelt ne era stato colpito. Le sperimentazioni, come noto, confluiscono nei vaccini di Hilary Koprowski e Jonas Salk, rispettivamente nel 1951 e nel 1955, e infine in quello di Albert Sabin, che rappresenta il contributo risolutivo all'eradicazione della malattia, poiché più efficace e meno costoso, e utilizzato anche in Italia per le vaccinazioni di massa dal 1964[3].

Il 1958, anno di fondazione dell'Assipolio, vanta un triste primato: un'epidemia causò oltre 8.000 casi di paralisi e centinaia di morti in Italia, registrando i numeri più alti mai raggiunti nella nazione. Sul banco degli imputati viene chiamata la classe politica, a partire dal ministro della sanità Vincenzo Monaldi che tra novembre e dicembre viene ripetutamente interrogato in Parlamento [Senato della Repubblica 1958]. La situazione sanitaria italiana di quegli anni è disastrosa, quasi al pari di quella economica: si contano 806.000.000.000 lire di disavanzo, il penultimo posto in Europa per recettività ospedaliera e la più alta percentuale di malati di mente – quattro ogni mille. In questa cornice, si discute di mettere a disposizione almeno 4 milioni di dosi di vaccino per poter immunizzare la gran parte dei bambini da 0 a 6 anni: un appello che resta lettera morta [Camera dei Deputati 1958; «Il Messaggero» 1958, 1]. Solo a Roma i morti per polio nel 1958 sono 1.174, ovvero mille in più di quelli registrati l'anno precedente [s.a. 1961]; un impressionante aumento, con conseguenze rilevanti per la già difficile situazione dell'assistenza post-ospedaliera, che in quegli anni procede più per benevolenza privata che per diritto. E il Nido Verde non fa eccezione.

[3] La vaccinazione diventa obbligatoria con la legge n. 51 del 4 febbraio 1966.

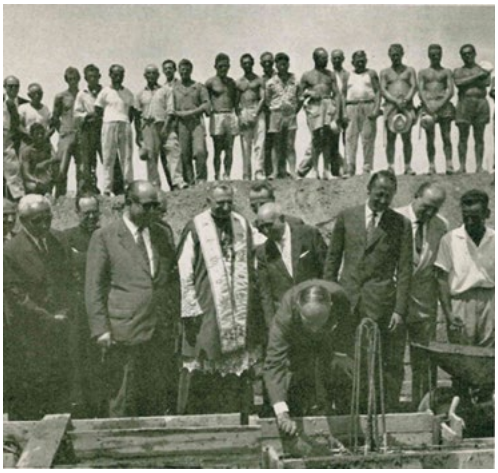
Il progetto del Nido Verde

A commissionare e finanziare il progetto del centro Nido Verde con scopi didattici e fisioterapici, volto ad accogliere nelle ore diurne un centinaio di bambini indigenti con postumi di polio, è la famiglia del conte Vittorio Cini [Reberschak 1981], membro del Senato negli anni Trenta, ministro delle comunicazioni nel 1943, e da quell'anno in contrasto con il regime, tanto da essere per breve tempo detenuto a Dachau; negli anni del dopoguerra divenne industriale e mecenate di spicco nel contesto veneziano: alla memoria di sua moglie, Lyda Borelli, l'attrice e diva del cinema muto scomparsa nel 1959, verrà intitolato il Nido (Fig. 2). L'attenzione della famiglia Cini alla poliomielite trova ragione nei problemi di salute della figlia Yana, affetta da giovane dalla malattia: negli scambi epistolari rinvenuti in archivio è proprio Yana insieme al marito Fabrizio Alliata di Montereale a seguire il progetto del costruendo Nido Verde[4].
Il costo dell'opera è stimato in 250.000.000 lire, circa 3.500.000 euro odierni[5], con un contributo nella prima fase dei lavori da parte del Ministero, secondo la legge del 3 agosto 1949, n. 589, che prevede «Provvedimenti per agevolare l'esecuzione di opere pubbliche di interesse degli Enti locali»: rapidità di esecuzione e calibro delle figure coinvolte sono la spia del forte legame dei Cini con le istituzioni. La posa della prima pietra del Nido Verde avviene nel 19 luglio 1960 (Fig. 3), con grande risonanza da parte della stampa romana e alla presenza dei ministri per i lavori pubblici e della sanità, rispettivamente Giuseppe Togni e Camillo Giardina, e dell'arcivescovo monsignor Ettore Cunial, vicegerente di Roma. I lavori si concluderanno nell'arco di un anno e mezzo[6].
L'edificio sorge in un lotto di proprietà dell'Assipolio di 5 ettari di verde al culmine di una collina e si compone di due piani, un seminterrato di circa 500 mq, destinato ai locali di servizio e all'abitazione del custode, e il piano terra di 1800 mq (Fig. 4). Si tratta di un volume in mattoni e vetro molto articolato, che si snoda attorno a quattro patii di circa 4x4 m, ritmato nei prospetti da una serie di *bow-window* che permettono un'interazione tra interno ed esterno: un gioco di trasparenze che consente agli operatori di controllare contemporaneamente più ambienti (Fig. 5). A marcare l'ingresso vi è una grande pensilina in calcestruzzo armato.
Il disegno del Nido Verde prende vita almeno dall'ottobre 1958 e prevede un reparto in pieno mezzogiorno, di 451 mq, destinato alla ginnastica e alle terapie, comprese quelle in piscina (Fig. 6), e un secondo reparto, sempre a sud, di 456 mq, adibito a soggiorno a scuola materna. A nord, invece, trovano posto gli uffici della direzione e i locali per le visite mediche. Il nucleo centrale dell'impianto è destinato ai servizi igienici e agli spogliatoi. Particolare attenzione è poi posta all'influenza del colore sui fenomeni di natura fisiologica e psicologica (Fig. 7). Ad esempio, il locale della ginnastica segmentaria è

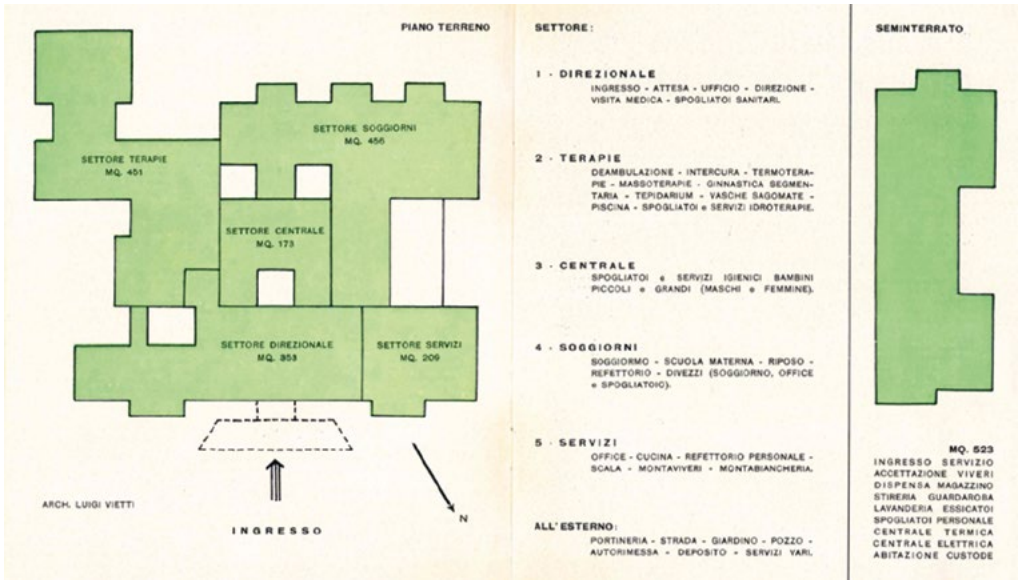
[4] Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Carteggi*.

[5] Conversione Istat.

[6] Nel luglio del 1961 vengono commissionati gli arredi e nel marzo 1962 vengono effettuati i collaudi degli impianti.



2: Prima comunione al Nido Verde negli anni Sessanta.
3: Il ministro Giardina posa della prima pietra del Nido Verde. Da sinistra a destra: ing. Malagoli, dr. Lojacono, mons. Gilardi, ministro Togni, dr. De Leone, mons. Cunial, dr. Motta, giudice costituzionale Papaldo, ing. Finesi, arch. Vietti [S.a. (1961). *La posa della prima pietra nel Nido verde Lyda Cini: echi della stampa romana con i testi stenografici dei discorsi pronunciati*, Roma, Tip. Julia, foto Soriano].



4: Luigi Vietti, Planimetria del Nido Verde, 1961 [S.a. (1961). *La posa della prima pietra nel Nido verde Lyda Cini: echi della stampa romana con i testi stenografici dei discorsi pronunciati*, Roma, Tip. Julia].

pensato in giallo, verde e rosso, poiché «la tinteggiatura delle pareti (elemento di non trascurabile importanza) contribuisce a rendere più viva e più attenta la psiche del soggetto, rendendolo maggiormente disposto alla collaborazione»[7].

[7] Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Locale n.22/ginnastica segmentaria*.

5: Nido Verde "Lyda Cini" sotto la neve, 1969.

6: Nido Verde, Yana Cini assiste alle terapie in piscina.

Di contro, nella stanza per le massoterapie si prevede «una tinta unita di colore neutro […] che contribuisca alla monotonia» e che, in aggiunta a un sovrariscaldamento, dovrà favorire il semiassopimento dei bambini[8]. Gli anni di realizzazione del centro sono quelli in cui la Montecatini lancia sul mercato il Ducotone, la prima idropittura prodotta in Italia, che soppianta la tempera garantendo maggior igiene, essendo lavabile, battericida e antimuffa, come recitava lo spot con Gino Bramieri: tra la documentazione relativa al progetto si conserva la *brochure* della Montecatini, dal titolo *Il colore nei locali degli Istituti di cura*, con un affondo sulla colorata clinica pediatrica dell'Università di Padova, progettata dall'architetto Daniele Calabi con l'ingegnere Giulio Brunetta, e sull'Ospedale Maggiore di Novara, degli architetti Umberto e Aldo Rizzotti[9].
Il Nido è luogo di scarto, nel duplice senso recentemente discusso da Tomaso Montanari a proposito delle periferie urbane [Montanari 2020]: è luogo di ciò che è stato scartato, lasciato ai margini dalle istituzioni, ma anche e soprattutto di ciò da cui potrebbe venire lo scarto, la mossa che fa imboccare una strada diversa al gioco, attraverso un percorso di riabilitazione nella collettività. Immerso nel verde[10], il Nido è uno spazio altro rispetto alla città, protetto, isolato, nascosto alla vista, ma non ghettizzante, a differenza di molti istituti omologhi dell'epoca[11], strutturati in forma ospedaliera o di collegio, sancendo una frattura con la quotidianità familiare degli ospiti[12]. Il Nido combina as-

8 Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Locale n.24/massoterapie*.

9 Rizzotti gode di un sodalizio professionale con Astengo, con il quale fonda il gruppo ABRR insieme a Bianco e Renacco, per gli studi per il Piano regionale piemontese e per l'area torinese.

10 Il giardino viene descritto come "aula attiva" [s. a. 1961, 1].

11 Negli stessi anni si occupano di riabilitazione post-polio anche la clinica Anna Longo – poi Villa Fulvia – sull'Appia, la clinica Leonarda Vaccari, il centro Don Gnocchi, il Don Orione, e la clinica Spolverini di Ariccia.

12 «Non è mai stata una sensazione piacevole sapere di essere debitrice della generosità e compassione di qualcuno per il fatto di aver potuto frequentare la scuola elementare, piuttosto che per un diritto naturale in una società che si definisce civile. Accanto a questo leggero fastidio c'è un'indubbia gratitudine per la fortuna che mi toccò. In quegli anni, e per molti ancora dopo, bambini con problemi, fisici o mentali

7: Il refettorio del Nido Verde.

sistenza, istruzione ed educazione, nell'ottica di una piena integrazione dei bambini: ogni mattina i piccoli ospiti venivano recuperati dai pulmini messi a disposizione dal centro e alla sera ricondotti in famiglia. Inoltre, i cancelli del Nido si aprivano alla città, permettendo l'ingresso a familiari e parenti.
Il fattore di distinzione maggiore risiede nelle scelte architettoniche, come variamente ribadito negli articoli pubblicati in occasione dell'inaugurazione del centro: per venire incontro alle difficoltà di deambulazione degli ospiti, che per la maggior parte presentano forme paralitiche agli arti inferiori, il Nido ha uno sviluppo essenzialmente orizzontale, sebbene non si escludano futuri innalzamenti. Un elemento solo all'apparenza scontato: gli altri istituti erano ospitati in sedi non progettate per questo bisogno specifico, e quindi articolate su più piani.

Tra Venezia e Roma

A dare corpo al progetto sono due professionisti, Luigi Vietti ed Enea Perugini[13], entrambi accumunati da uno stretto legame alla committenza Cini e in particolare al recupero dell'isola di San Giorgio Maggiore a Venezia, sede della fondazione voluta da Vittorio Cini in memoria del figlio Giorgio, prematuramente scomparso nel 1949[14].

---

o entrambi – non faceva differenza – non erano accettati nelle scuole normali, ma venivano destinati appunto a ricevere l'istruzione in luoghi separati e nascosti dal mondo, in istituti se erano ricoverati tipo convitto, o in scuole speciali, che li accoglievano per il tempo scolastico. Ghetti, veri e propri ghetti, dove era difficile avere percezione del mondo esterno e dove, nella maggioranza delle esperienze che mi è capitato di incontrare e di leggere da adulta, non c'era un trattamento tale da lasciare un buon ricordo, piuttosto qualcosa da dimenticare. Niente di tutto ciò era minimamente contemplato al Nido Verde» [Ciccani 2016, 13].

[13] Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Progettista e direttore lavori*, 10 marzo 1959.

[14] Sulla Fondazione [Agnati 2001]; per le vicende dell'isola di San Giorgio [Damerini 1956]; sulle architetture [Salatin 2018]; sui restauri del complesso monumentale [Forlati 1977].

Luigi Vietti[15], incaricato della progettazione e degli arredi del Nido, è noto al grande pubblico per essere l'architetto delle ville di Cortina, Portofino e di lì a qualche anno della costa Smeralda. Il sodalizio tra Vietti e Cini è probabilmente il frutto di una conoscenza di lungo corso, che affonda le radici negli anni Trenta: nel 1934 Vietti ha un grande riscontro nazionale con il progetto a più mani per il Littorio. Vittorio Cini, che da armatore forse aveva già familiarità con i lavori di Vietti per il porto genovese, entra in contatto diretto con l'architetto in qualità di commissario generale per l'Esposizione Universale Roma. Il sodalizio tra i due darà i suoi frutti nella Venezia del dopoguerra [Marzo, Bertini 2019], dove Vietti è chiamato ad affiancare Cesare Pea e Angelo Scattolin per il progetto della sede della SADE in Rio Novo, per le abitazioni al Lido per i dipendenti Sidarma, società navale di cui Giorgio, figlio di Vittorio, era presidente, nonché per il recupero dell'isola di San Giorgio Maggiore. Qui, accanto al restauro della parte monumentale sotto la guida di Ferdinando Forlati, il progetto prevedeva un ridisegno completo dell'isola, che impegna Vietti come progettista del 1951 al 1953: è lui a firmare l'impianto generale, i progetti per i due centri di formazione e assistenza, il Centro marinaro e il Centro arti e mestieri, rivolti alla cura dei ragazzi – spesso orfani – delle classi più disagiate, oltre al ben noto teatro Verde.

Se Vietti è tra i protagonisti della scena architettonica nazionale, tanto da essere tra i delegati italiani al CIAM a Bruxelles, Enea Perugini[16] [Rotim-Malvić 2015] occupa il posto della comparsa. È un ingegnere istriano, trasferitosi a Venezia nel 1945 e attivo precedentemente soprattutto a Fiume, dov'è artefice di diversi progetti, tra i quali quello per lo stadio, e inoltre gode di incarichi politici nell'organizzazione fascista locale. A Venezia per tutta la vita dirigerà l'Ufficio tecnico della Fondazione, ampliando alcuni edifici di Vietti e progettando la prima piscina coperta di Venezia, unico suo elemento degno di nota. Perugini sarà l'uomo di fiducia di Cini, prendendo parte accanto a Eugenio Miozzi al progetto di restauro del teatro Goldoni[17] e firmando il progetto per il teatro delle celebrazioni di Bologna, parte del complesso della Casa Lyda Borelli per artisti e operatori dello spettacolo.

È certamente Perugini, che sarà poi affiancato dall'ingegnere romano Fabrizio Finesi, a seguire gli aspetti più tecnici, come quelli impiantistici, e sicuramente la piscina, visto che in quegli anni stava progettando quella più grande e complessa nell'isola. Inoltre, è verosimilmente Perugini a porre la questione del possibile innalzamento del

[15] Vietti si laurea a Roma nel 1928 e solo due anni dopo è uno dei tre delegati italiani del MIAR, Movimento Italiano Architettura Razionale, per il III CIAM a Bruxelles; nel 1934 ha un grande riscontro nazionale con concorso per il Littorio, la mai realizzata sede del partito nazionale fascista lungo via dell'Impero a Roma, firmando un progetto a più mani [Pagano 1934; «Architettura» 1940; Rusche 1995; Scimemi 2009]. Su Vietti [Magnani 1991; Dell'Aira 1997; Barisone, Scelsi 1999; Gramigni 2000].

[16] Nel 1972 Perugini riceve, dal ministro della pubblica istruzione, la medaglia d'argento ai benemeriti della scuola della cultura e dell'arte.

[17] L'Ufficio tecnico del Comune, insieme all'arch. De Meo per il Lyons Club e a Perugini per la Fondazione Cini, elabora nel 1960 un progetto di ripristino del teatro, chiuso nel 1947: Venezia. Archivio Progetti IUAV. *Eugenio Miozzi: miscellanea di atti, progetti e fotografie già nell'archivio personale*. U. 19, "Progetto di restauro del teatro Goldoni di Venezia: relazione generale/ingegnere capo G. Caporioni".

Nido Verde per far spazio a più ospiti, memore dell'esperienza veneziana, dove l'incremento delle richieste di ammissione ai centri di formazione obbliga a sopraelevare gli edifici di nuova costruzione.
Ascrivibile a Vietti è l'articolazione dei prospetti del Nido, che richiama quello delle officine meccaniche di San Giorgio Maggiore, così come la pensilina d'ingresso, che ricorda l'esempio genovese della stazione viaggiatori del ponte Andrea Doria, o ancora l'interesse per il colore, già cifra connotante gli ambienti di San Giorgio, dominati dai toni del turchino e del rosso, ovvero i colori della marineria. Più in generale l'esperienza di San Giorgio traccia il solco nel quale si inserisce anche il progetto del Nido Verde: sono di luoghi di cura, sia essa morale, fisica, intellettuale o del patrimonio costruito; il tutto nel segno della rinascita personale del committente e della sua famiglia. Negli stessi anni si collocano anche il progetto di sistemazione dell'Istituto veneziano Solesin a San Vio e della casa di riposo per artisti Lyda Borelli a Bologna.

Conclusioni

Quella del Nido Verde è una esperienza che si esaurisce presto: dapprima rappresenterà un modello a cui guardare anche dall'estero[18], ma già alla fine degli anni Settanta chiuderà i battenti [«Il Messaggero di Roma: il giornale del mattino» 1993], quando la gestione passa al Comune di Roma, non senza polemiche e scandali: nel frattempo nel 1966 il vaccino per la polio diventa obbligatorio e nel 1974 la Legge Regionale n. 62 promuove l'integrazione dei bambini con disabilità nelle scuole ordinarie.
Oggi il luogo è abbandonato, inaccessibile e quasi dimenticato: quella del Nido Verde resta una vicenda sociale e architettonica ancora da sondare, capace di fornire informazioni su piani diversi, chiarendo gli interessi e gli orizzonti di gusto della committenza e precisando l'attività di Luigi Vietti, segnata da una generale carenza di studi a fronte di una carriera professionale ricca e di lungo corso, e, non ultimo, spunto di riflessione di straordinaria attualità.

Note

La presente ricerca è stata condotta nell'ambito del riordino, svolto dall'autrice e tuttora in corso, dell'archivio dell'ufficio tecnico della Fondazione Giorgio Cini di Venezia e grazie alle testimonianze di Raffaela Pepitoni, Liliana Gabriele, Roberto Bertoldi, ospiti del Nido Verde tra il 1963 e il 1971, a cui va il più sentito ringraziamento.

[18] Il giornale «Polio France. Croisade contre la polio» nel n. 58 del 1 aprile 1964 titola *La reducation en piscine - au Nido Verde Lida Cini pres de Rome*, pubblicando una foto delle terapie in acqua: http://www.journaux-collection.com/fiche.php?id=539642.

Bibliografia

BARISONE, S., SCELSI, V. (1999). *Luigi Vietti: architetture liguri*, Genova, Erga.

CICCANI, P. (2016). *Zia, lo sai che sei un po' strana?!,* Roma, CreateSpace Independent Publishing Platform.

DAMERINI, G. (1956). *L'isola e il cenobio di San Giorgio Maggiore*, Venezia, Fondazione Giorgio Cini.

DELL'AIRA, P. V. (1997). *Luigi Vietti: progetti e realizzazioni degli anni '30*, Firenze, Alinea editrice.

D.P.R. 2 febbraio 1959, n. 107, Riconoscimento della personalità giuridica della "Assipolio – Associazione Assistenza Infanzia Poliomelitica", con sede in Roma (1959), in «Gazzetta Ufficiale», 3 aprile, n. 80, p. 3.

FORLATI, F. (1977). *S. Giorgio Maggiore, il complesso monumentale e i suoi restauri (1951–1956), in memoriam*, Padova, Antoniana.

GRAMIGNI, M. (2000). *L'arte del costruire in Luigi Vietti,* Novara, Zen.

Il concorso per il Ministero degli Affari Esteri (1940), in «Architettura», a. XIX, fasc. XI, pp. 529-566.

Un'intervista con il prof. Monaldi. Il Ministro della Sanità considera la vaccinazione come l'unica difesa possibile (1958), «Il Messaggero di Roma: il giornale del mattino», 16 novembre.

Balduina, il "Nido Verde" chiuso da quasi vent'anni (1993), «Il Messaggero», 20 giugno, p. 34.

La Fondazione Giorgio Cini. Cinquant'anni di Storia (2001), a cura di U. Agnati, Milano, Electa.

PAGANO, G. (1934). *Il Palazzo del Littorio, atto I, scena I*, in «Casabella», a. VII, n. 78, pp. 9-14.

ROTIM-MALVIĆ, J. (2015). *Enea Perugini, Giulio Duimich e Yvone Clerici nell'architettura a Fiume tra le due guerre,* in «Quaderni del Centro di Ricerche Storiche Rovigno», vol. 26, n. 1, 2015, pp. 271-352.

RUSCHE, C. (1995). *I tre siti per il "Foro Fascista"*, in *Classicismo, classicismi: architettura; Europa, America 1920-1940*, a cura di G. Ciucci, Milano, Electa, p. 146.

S. A. (1961). *La posa della prima pietra nel Nido verde Lyda Cini: echi della stampa romana con i testi stenografici dei discorsi pronunciati*, Roma, Tip. Julia.

SALATIN, F. (2018).*'Una cosa affettuosa': Luigi Vietti e i progetti per il recupero dell'isola di S. Giorgio Maggiore*, in «Studi Veneziani», vol. LXXVI, pp. 85-105.

SCIMEMI, M. (2009). *Architettura del Novecento a Venezia. Il palazzo Rio Nuovo*, Venezia, Marsilio.

Ville in montagna, al mare, in campagna di Luigi Vietti (1991), a cura di F. Magnani, Milano, Di Baio.

ZAMULA, E. (1991). *A New Challenge for Former Polio Patients*, in «FDA Consumer», vol. 25, n. 5, pp. 21-25.

Elenco delle fonti archivistiche

Venezia. Archivio Progetti IUAV. *Eugenio Miozzi: miscellanea di atti, progetti e fotografie già nell'archivio personale*. U. 19, "Progetto di restauro del teatro Goldoni di Venezia: relazione generale/ingegnere capo G. Caporioni".

Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Carteggi*.

Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Locale n.22/ginnastica segmentaria*.

Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Locale n.24/ massoterapie*.

Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Progettista e direttore lavori*, 10 marzo 1959.

Venezia. Archivio Ufficio Tecnico Fondazione Giorgio Cini. Nido Verde. *Relazione Tecnica illustrativa del progetto dell'erigendo Nido Verde* del 31 marzo 1959, a cura dell'ing. Fabrizio Finesi.

Sitografia

CAMERA DEI DEPUTATI (1958). *Seduta di mercoledì 26 novembre 1958*, in «Atti parlamentari»: https://www.camera.it/_dati/leg03/lavori/stenografici/sed0079/sed0079.pdf [gennaio 2021].

http://www.journaux-collection.com/fiche.php?id=539642 [maggio 2021].

MARZO, M., BERTINI, V. (2019). *Luigi Vietti. Progetti veneziani*, in «Festival dell'Architettura Magazine», n. 48-49: https://www.famagazine.it/index.php/famagazine/article/view/289/1045 [gennaio 2021].

MONTANARI, T. (2020). *Solo lo scarto salva la bellezza*, in «Il Fatto Quotidiano», 21 luglio: https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2020/07/21/solo-lo-scarto-salva-la-bellezza/5874723/ [gennaio 2021].

REBERSCHAK, M. (1981). Voce *Vittorio Cini*, in «Dizionario Biografico degli Italiani», vol. 25: https://www.treccani.it/enciclopedia/vittorio-cini_%28Dizionario-Biografico%29/ [gennaio 2021].

SENATO DELLA REPUBBLICA (1958). *75° seduta pubblica. Resoconto stenografico giovedì 11 dicembre 1958*: http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/434376.pdf [gennaio 2021].

LO SPAZIO DI CURA NEL LAVORO DI ROBERT VENTURI. LA GUILD HOUSE A PHILADELPHIA (1960-1963)

Rosa Sessa

Abstract

The paper investigates one of the most famous projects by Robert Venturi, the Guild House, a care home for the elderly completed in 1963. The essay presents how the architectural characteristics relate to the program, while analysing the correlation of the Guild House with its surrounding context, not only on a neighbourhood scale but also on a larger scale: the building is indeed part of a complex strategy of construction of spaces of care in the city of Philadelphia promoted by the Friends Neighborhood Guild since the beginning of the nineteenth century.

Keywords

Robert Venturi, Guild House, care home, Friends Neighborhood Guild, Philadelphia.

Introduzione

Mr. Frazer è uno scrittore costretto in un letto di ospedale da una patologia sconosciuta. Davanti ai suoi occhi di involontario spettatore si dipanano le storie dei personaggi che abitano la sua stessa corsia: un russo e un messicano sparati apparentemente senza motivo mentre sorseggiavano un caffè in un ristorante aperto tutta la notte, l'investigatore che segue il caso, il dottore, la consolante presenza di suor Cecilia. Mentre guarda la sedia a rotelle che non gli è ancora concesso di usare, Frazer si interroga sul valore delle finestre che illuminano la sua stanza e che gli permettono di ritagliarsi una visuale, seppur limitata, sul paesaggio circostante. Lo scrittore si ritrova così a riflettere sul tempo trascorso a osservare quegli angoli di cielo, fumo e neve, diventati improvvisamente indispensabili per chi, come lui, non può spostarsi:

> *Out of the window of the hospital you could see a field with tumbleweed coming out of the snow* […]. *From the other window, if the bed was turned, you could see the town, with a little smoke above it, and the Dawson mountains looking like real mountains with the winter snow on them.* […] *It is really best to be in bed if you are in a hospital; since two views, with time to observe them, from a room the temperature of which you control, are much better than any number of views seen for a few minutes* […]. *If you stay long enough in a room the view, whatever it is, acquires a great value and becomes very important and you would not change it, not even by a different angle* [Hemingway 2003, 40-42].

© Aisu International 2021

Mr. Frazer è il protagonista di *The Gambler, the Nun, and the Radio*, un racconto di Ernest Hemingway pubblicato nel 1933 [Hemingway 2003][1]. È probabile che Robert Venturi, appassionato lettore dello scrittore americano[2], conoscesse già questa storia quando, nel 1960, la Friends Neighborhood Guild di Philadelphia gli affida il progetto di una casa di riposo per anziani da costruirsi nel quartiere settentrionale di Poplar, lungo Spring Garden Street. A quella data il giovane architetto aveva già fatto esperienza della lunga malattia e della morte del padre, avvenuta solo un anno prima. Non sorprende, quindi, la volontà di Venturi di mettere al centro del progetto per la Guild House l'esperienza dei pazienti, con le finestre che assumono l'importante ruolo di contrastare il senso di isolamento e di rimozione dalla vita che continua a scorrere, inesorabile, lungo le strade del quartiere e della città.

Committenza

Quando la Friends Neighborhood Guild commissiona a Robert Venturi il progetto di una nuova casa di cura e residenza per anziani economicamente svantaggiati, Venturi è un giovane architetto di trentacinque anni membro della stessa comunità religiosa a cui l'organizzazione è legata [Brandi Cateura 1988; Sessa 2020, 23-58]. La Friends Neighborhood Guild è infatti un'associazione quacchera di volontariato e promozione sociale, ispirata ai valori della Society of Friends, comunità religiosa di origine inglese approdata lungo le coste della neonata colonia della Pennsylvania fin dalla sua fondazione, avvenuta alla fine del XVII secolo. Quaccheri erano infatti sia il teologo inglese William Penn (1644-1718), proprietario della colonia d'oltreoceano, che il suo cartografo Thomas Holme (1624-1695), con il quale Penn disegna nel 1682 la pianta della nuova città: è quindi a partire dalla sua stessa struttura che Philadelphia vuole proporsi come una città ideale, dove i lotti privati tutti uguali e gli spazi civici (sia la piazza centrale che i quattro giardini pubblici, opportunamente disposti nella griglia urbana) sono chiamati a rappresentare quei valori di tolleranza religiosa e di uguaglianza tra i cittadini che andranno a ispirare la vita della nuova comunità[3].

---

[1] Il racconto è pubblicato la prima volta nel 1933 nella raccolta di Hemingway *Winner Take Nothing* con il titolo originale di *Give Us a Prescription, Doctor*.

[2] Riferimenti a scritti di Ernest Hemingway e di altri scrittori americani sono frequenti nelle lettere che Robert Venturi (1925-2018) invia ai genitori durante i suoi anni di studio alla University of Princeton (1944-1950) e durante il suo biennio di ricerca all'American Academy in Rome (1954-1956). Le lettere sono oggi parte della Venturi Scott Brown Collection conservata presso gli Architectural Archives della University of Pennsylvania. Hemingway è anche citato, insieme a Henry James, James Baldwin e Ralph Waldo Emerson, nel discorso recitato da Venturi nel 1993 a Chicago in occasione delle celebrazioni per il centenario dell'American Academy in Rome [Venturi 1996, 47-56].

[3] Sulle origini della Pennsylvania e sulla controversa figura del suo fondatore, si veda il recente studio [Murphy, Smolenski 2018]. Sulle origini e le motivazioni dietro la griglia "ideale" della città di Philadelphia [Saffron 2011; Mann 2016].

Ancora oggi i Quaccheri, fedeli alle motivazioni originarie, perseguono una spiritualità attiva in cui gli ideali religiosi danno forma concreta alle scelte di vita e alle ambizioni nel mondo. Alcuni dei loro motti, come «La fede è azione» e «La bellezza è intervento»[4], ben rappresentano il ruolo dinamico e trasformativo – non solo spirituale, ma anche fisico – che i Friends intendono assumere nella società. Se la pianta stessa della città di Philadelphia può essere considerata il primo e più importante contributo dei Quaccheri alla vita e al carattere della città, il primo istituto di cura da loro fondato è il Friends Hospital, il più antico ospedale psichiatrico privato d'America, istituito nel 1813, aperto ai primi pazienti nel 1817, e ancora attivo a Philadelphia[5].

L'associazione vera e propria si costituisce nel 1879 nel quartiere di Northern Liberties con il nome di Friends Mission No. 1, un'istituzione benefica che organizza scuole serali e attività filantropiche «[...] to serve and respond to the needs of the people in its community, particularly those people who are less able to help themselves»[6]. Venti anni dopo, nel 1899, il nome viene cambiato in Friends Neighborhood Guild. L'aggiunta del termine *neighborhood* – che appunto significa "quartiere" – non è casuale, e suggerisce fin da subito gli obiettivi della missione rivolta al miglioramento delle condizioni di vita delle comunità distribuite tra i diversi settori urbani di cui si compone Philadelphia, e in particolare dei quartieri settentrionali di Northern Liberties, Poplar e Ludlow. L'associazione si impegna così in attività votate alla cura della città di Philadelphia, un concetto questo da intendersi certamente in modo allargato: riguarda infatti non solo la spiritualità della comunità, ma anche la sua salute – fisica e mentale – così come la qualità dello spazio fisico in cui questa vive.

I primi progetti della Friends Neighborhood Guild sono dedicati non solo all'educazione delle classi meno abbienti, ma anche all'inclusione dei tanti immigrati europei che tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento arrivano a Philadelphia, al fine di un più veloce e facile adattamento di questi nuovi cittadini – spesso analfabeti e raramente capaci di esprimersi in inglese – alla vita urbana statunitense [Ribeiro 2014].

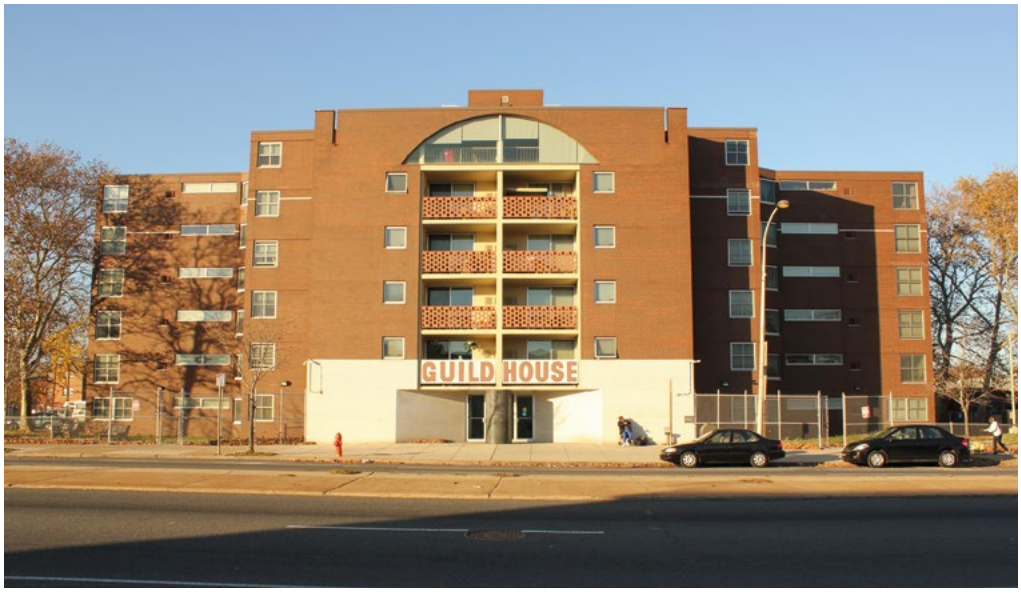
Le finalità della missione evolvono rapidamente seguendo i continui cambiamenti nelle necessità della città. Così, quando Philadelphia dopo il secondo conflitto mondiale vede aumentare la popolazione di colore e la diffusione di fenomeni di segregazione e razzismo, la Friends Neighborhood Guild rivolge la propria attenzione all'integrazione di

---

[4] Per la storia dei Quaccheri e la loro evoluzione attuale: https://quaker.org/.

[5] Conosciuto anche con il nome di Frankford Asylum (dal nome del quartiere in cui sorge), il nome originario dell'istituzione era The Asylum for Persons Deprived of the Use of their Reason [Glennon 2017]: https://friendshospital.com/about-us/our-timeline/. L'edificio principale è noto con il nome di Scattergood Building: è questo un complesso di volumi – di cui uno contenente una biblioteca – circondato da un giardino e costruito in un'area che all'epoca era ancora rurale. Il contatto con la natura era infatti ritenuto essenziale nel diciannovesimo secolo per la cura dei disturbi psichici. Il Friends Hospital, che ha visto i primi ampliamenti già dalla metà dell'Ottocento, è stato inserito nel National Register of Historic Places nel 1999.

[6] Dalla collezione Friends Neighborhood Guild Records conservata presso lo Special Collection Research Center delle Temple University Libraries a Philadelphia: https://library.temple.edu/finding_aids/friends-neighborhood-guild-records-1903-2015-bulk-1903-2004.



1: R. Venturi, W. Short, Guild House, 1960-1963. La facciata principale su Spring Garden Street [foto di Rosa Sessa, 2015].

afroamericani e latino-americani nella vita della comunità. Sotto la guida dello scrittore e attivista Francis Bosworth (1904-1983), in carica come direttore dell'associazione tra il 1943 e il 1967, la Friends Neighborhood Guild assume il ruolo di facilitare la coesione sociale tra le diverse etnie non solo organizzando attività educative e ricreative, ma anche inaugurando un programma di edilizia a basso costo in collaborazione con la Philadelphia Housing Authority.
In questo ambizioso e complesso programma che ha come obiettivi la cura dei più deboli, la costruzione di *social housing* e il rinnovamento architettonico delle aree più periferiche della città, si inserisce anche il progetto per la Guild House (Fig. 1).

Progetto

L'affiliazione di Robert Venturi e dei suoi genitori alla comunità religiosa dei Quaccheri sembra essere un elemento che ha un certo peso nella scelta del progettista della Guild House: alla data della commissione da parte della Friends Neighborhood Guild, ovvero il 1960, Venturi è infatti un architetto ancora alle prime armi in procinto di completare il suo primo progetto *ex novo* (la sede della North Penn Visiting Nurses Association, un edificio di modeste dimensioni costruito ad Ambler, in Pennsylvania) insieme all'amico e collega William Short[7].

[7] Anche se quasi coetanei, William Hosley Short (1924-1991) ha alle spalle una più lunga esperienza di Venturi nel campo della progettazione architettonica e tra il 1956 e il 1960 è impegnato nella supervisione

Tuttavia, la fama di Robert Venturi come giovane e promettente esponente dell'*élite* culturale di Philadelphia era già consolidata. Figlio di Robert Sr., noto imprenditore di origini abruzzesi [Di Florio 2019], e di Vanna Luisi, discendente di immigrati pugliesi e grande appassionata di arte e letteratura, Venturi aveva avuto accesso a una formazione d'eccellenza: aveva studiato nelle migliori scuole private della città (la quacchera Lansdowne Friends School prima e la Episcopal Academy poi), si era laureato all'Università di Princeton con Jean Labatut e, soprattutto, aveva vinto la prestigiosa borsa di ricerca dell'American Academy in Rome, che a metà degli anni Cinquanta gli aveva permesso di risiedere a Roma e di viaggiare per due anni estensivamente in Europa e lungo le coste del Mediterraneo[8]. Così, a partire dal suo ritorno dall'Italia avvenuto nel 1956, Venturi era da subito stato coinvolto – prima come assistente di laboratori di composizione architettonica, poi come docente di corsi teorici – nella vita accademica della University of Pennsylvania, godendo a pieno della stimolante atmosfera animata dagli architetti e intellettuali che circondavano la figura di Louis Kahn (1901-1974), tra cui i giovani e talentuosi Romaldo Giurgola (1920-2016), Denise Scott Brown (1931), Anne Tyng (1920-2011) e Carles Vallhonrat (1928-2017).

D'altra parte, come progettista Venturi vantava già importanti collaborazioni – non solo con Louis Kahn e Oskar Stonorov (1905-1970) a Philadelphia, ma anche con lo studio di Eero Saarinen (1910-1961) a Bloomfield Hills in Michigan, dove aveva lavorato per due anni tra il 1951 e il 1953 –, mentre come architetto indipendente si era occupato del restauro e della rifunzionalizzazione della Duke House dell'Institute of Fine Arts di New York, un progetto che aveva avuto una certa risonanza[9]. Così, se è possibile che i legami familiari con la Society of Friends abbiano giocato un ruolo importante in questa commissione, è pur vero che la Friends Neighborhood Guild stava in quel momento affidando un importante progetto a un architetto ormai pronto ad affrontare un simile incarico [Sessa 2020], e membro della stessa comunità religiosa con cui condivide gli stessi ideali e la stessa visione di quello che una residenza e casa di cura per anziani deve rappresentare nella società.

Per portare a termine il lavoro, Venturi e Short chiamano a collaborare Cope & Lippincott, un altro giovane studio di Philadelphia i cui fondatori, Paul M. Cope (1921-2006) e Horace M. Lippincott (1922-2010), sono stati colleghi di Venturi durante il suo tirocinio allo studio di Stonorov.

La Guild House è completata tra il 1960 e il 1963 al numero 711 di Spring Garden Street, nel tratto in cui questa importante arteria cittadina, composta da cinque corsie

del cantiere del Guggenheim Museum a New York progettato da Frank Lloyd Wright (1867-1959). Conosciuti durante gli anni di studio alla Princeton University, i due saranno partner professionali nello studio Short & Venturi da loro fondato e attivo tra il 1960 e il 1964 a South Street, in pieno Center City di Philadelphia.

[8] Per un approfondimento sulle attività di Robert Venturi all'American Academy in Rome e sui suoi contatti con l'ambiente culturale italiano del dopoguerra [Stierli 2007; Costanzo 2009; Costanzo 2016; Sessa 2020, 147-230].

[9] Il progetto è completato tra il 1957 e il 1959 in collaborazione con Cope & Lippincott [Cohen 2019].

a scorrimento veloce, lambisce il quartiere di Poplar e lo separa dall'area più centrale della città. È questo un settore poco denso, caratterizzato da lotti industriali a sud, da un tratto ferroviario sopraelevato a ovest che lo divide dal più vivace quartiere di Spring Garden, e da una bassa e rada area residenziale popolare a nord-est. Il lotto della Guild House confina infatti con le Richard Allen Homes, il primo progetto interrazziale di *housing* sociale costruito in città nel 1941[10]: patrocinato dalla Philadelphia Redevelopment Authority con i fondi nazionali dell'Housing Act del 1937, l'intervento – costituito da basse stecche di appartamenti a due o tre piani che affacciano su aree verdi comuni – viene ricondotto ai principi dell'architettura moderna messi a punto nella costruzione delle *Siedlungen* tedesche. Eppure, per venire incontro all'immaginario dei futuri occupanti, le Allen Holmes deviano dai modelli europei e presentano tetti spioventi e finiture esterne in mattoni rossi, coerenti con le tecniche e le forme delle tipiche *row house* di Philadelphia. Interessato a lavorare in continuità con il contesto urbano preesistente, è proprio la prossimità a questi modesti edifici a fornire a Venturi i primi elementi d'ispirazione per il progetto: la Guild House dovrà da una parte entrare in dialogo con le Allen Holmes e dall'altra, grazie alla sua scala maggiore, diventare un nuovo elemento riconoscibile in un'area priva di edifici significativi.
Evitando scientemente la tipologia a torre o la *slab* modernista – conformazioni che pure avrebbero lasciato più spazio per i giardini al piano terra – Venturi decide di occupare completamente il lotto a disposizione articolando il volume della Guild House in un edificio in mattoni rossi alto solo sei piani: le rientranze laterali lasciano appena lo spazio per modeste aree di sosta all'aperto occupate da poche panchine e circondate da una recinzione a rete metallica. L'intento di non schiacciare il quartiere retrostante con la presenza della Guild House riesce certamente con successo. L'obiettivo di Venturi è infatti quello di costruire «a building on a street», in contrasto ai «superblock» modernisti: «pragmatically working within the existing urban fabric, […] its analogous brick surfaces helped make the building at home in its context and promote urban unity» [Venturi 1996, 133-136] (Fig. 2).
Finestre per lo più quadrate, suddivise in pannelli apribili o scorrevoli, bucano le pareti dell'edificio, contravvenendo a una delle regole più rigide del moderno, e cioè, nelle parole di Venturi, quella di considerare l'apertura come «absence of wall» [Venturi 1996, 255-257]. La presenza di finestre dalle forme tradizionali, riproposte come elemento simbolico e convenzionale e quindi familiare per gli occupanti della residenza e per gli altri abitanti del quartiere, sostiene le tesi di Venturi contro il forzato (e poco funzionale) astrattismo modernista:

> *I rediscovered windows! How hard it is now to remember how taboo it was then to do windows.* […] *I came to make a generic window – a window that looked like a window, that was symbolically a window as well as formally a window* […]. *[The] double-hung windows*

[10] Sulle politiche urbane di Philadelphia che pongono come obiettivo la risoluzione dei problemi razziali del periodo [Bauman 1987].

2: R. Venturi, W. Short, Guild House, 1960-1963. Il retro dell'edificio (prospetto nord) e la sua relazione con le Allen Houses [foto di Rosa Sessa, 2015].

3: R. Venturi, W. Short, Guild House, 1960-1963. Dettaglio dell'articolazione volumetrica e delle finestre dei prospetti laterali [foto di Rosa Sessa, 2015].

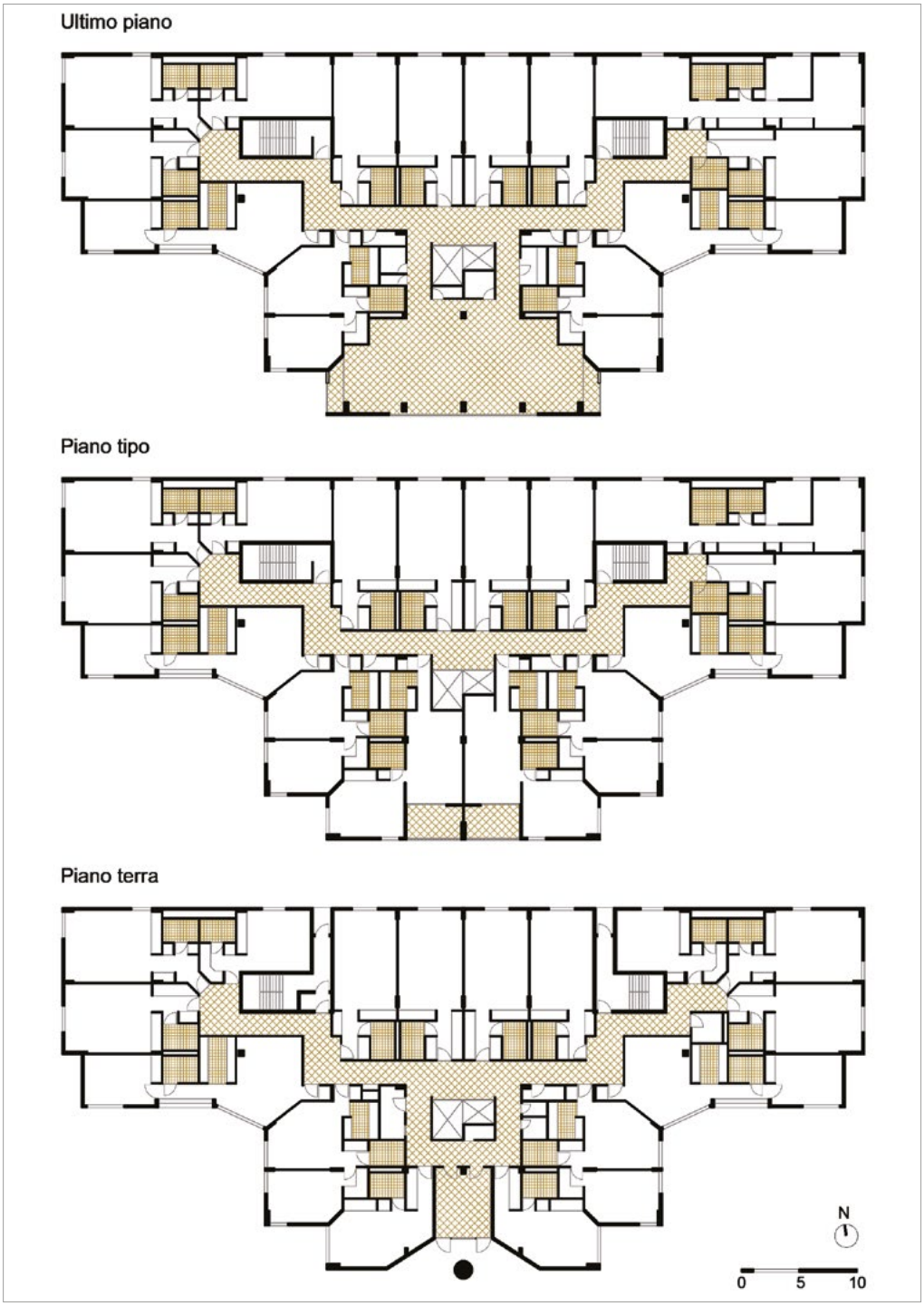
> *with a central vertical muntin in the Guild House facades [were] an even more literal representation of a conventional window of the United States* [Venturi 1996, 255-257].

Le finestre della Guild House, che modulano le sue facciate sia attraverso le loro diverse dimensioni, sia attraverso dei lievi slittamenti dagli assi principali lungo i quali sono collocate, sono però innanzitutto considerate da Venturi come l'elemento che permette agli anziani ospiti di mantenere un rapporto, almeno visivo, con l'esterno. Per questo motivo la maggior parte dei novantuno appartamenti della casa di cura affacciano a sud, verso la «interesting activity of the street» [Venturi 1977, 116] di Spring Garden e verso il panorama su Center City. Inoltre, quasi tutte le unità abitative – e in particolare i trilocali, i bilocali e i monolocali più ampi, quelli cioè destinati agli anziani con un maggior grado di autonomia – sono tutti appartamenti d'angolo che garantiscono agli ospiti una doppia visuale su due diverse direzioni, una condizione che ricorda la stanza d'ospedale descritta nel racconto di Hemingway (Fig. 3).
Venturi ha quindi un approccio sia squisitamente funzionalista nei confronti delle finestre sia linguistico-simbolico: «In the end, architects might have to adore windows as elements that create and modulate light inside and are perhaps the single most important architectural elements signifying historically the quality of a building and the character of style» [Venturi 1995, 257]. Non a caso, quindi, sarà proprio una finestra – ampia, fuori scala, e dalla sorprendente forma ad arco – l'elemento al quale Venturi affida il ruolo di monumentale coronamento dell'edificio, insieme all'importante compito di nobilitare lo spazio comune all'ultimo piano e di massimizzare per gli anziani la visuale sulla città.
La finestra palladiana non è il solo elemento eccezionale che Venturi progetta per ravvivare e creare tensione in una composizione che altrimenti risulterebbe troppo piatta e eccessivamente convenzionale. È in quest'ottica, quindi, che bisogna leggere l'elemento dell'ampia e tozza colonna in granito scuro all'ingresso (che esalta e allo stesso tempo nega l'entrata all'edificio), la simmetria centrale ossessivamente reiterata da tutti gli elementi della composizione, il richiamo alla *commercial architecture* della grande insegna a caratteri rossi «Guild House», i tagli dei parapetti che denunciano le false facciate, i mattoni bianchi ornamentali che interrompono la continuità del paramento rosso e, soprattutto, la ben nota antenna dorata, *objet trouvé* che viene immortalato nella campagna fotografica di fine cantiere per poi sparire dall'edificio – ma non dalle sue narrazioni – subito dopo.

Narrazioni

Uno dei motivi dietro la notorietà della Guild House si deve certamente alla descrizione fatta da Venturi stesso nel suo primo libro, *Complexity and Contradiction in Architecture*, pubblicato dal Museum of Modern Art di New York nel 1966. Nell'undicesimo capitolo intitolato *Works*, l'autore mostra attraverso dodici dei suoi primi progetti il modo in cui le idee espresse nel libro possano trovar posto nella pratica corrente: all'interno di questo capitolo la Guild House è presentata come un edificio non concepito per essere

«an indipendent pavilion, but instead would recognize the spatial demand of the street» [Venturi 1977, 116]. A tal fine Venturi inflette l'edificio e realizza un prospetto su strada diverso dalle altre facciate, una lezione sulla differenza tra fronte e retro certamente appresa dalla tradizione costruttiva americana, sia residenziale, sia commerciale, ma soprattutto dalla necessità di accordare l'intricato disegno degli esterni alle complesse esigenze degli interni.
Un *budget* limitato ha orientato il progettista verso la scelta di elementi ordinari, come il mattone e le finestre tradizionali; eppure alcuni elementi eccezionali sono chiamati a enfatizzare il ruolo archetipico – «vestigial role» [Venturi 1977, 116] – del prospetto su strada, come la colonna in granito nero, in contrasto con le pareti oblique in mattoni bianchi vetrificati, che sottolinea l'ingresso e riporta alla mente le tozze colonne di Frank Furness (1839-1912) e dell'architettura tardo-vittoriana di Philadelphia.
Venturi descrive la distribuzione irregolare degli interni come «intricate mazes of walls, which accomodate the very complex and varied program» [Venturi 1977, 116]. Per quanto riguarda il corridoio, l'architetto afferma di non aver voluto ricreare l'effetto tunnel (e qui la critica è diretta all'Unité d'Habitation), ma di aver voluto disegnare un passaggio non lineare e, soprattutto, considerato come spazio residuale, organicamente definito dai vani degli appartamenti a cui va l'attenzione principale nella distribuzione planimetrica (Fig. 4).
Se non sono le strutture multipiano di Le Corbusier il riferimento di Venturi, a svelarci il modello a cui l'autore sta guardando è il libro stesso, solo qualche pagina prima. In ben due capitoli Venturi analizza con attenzione l'edificio per appartamenti a Brema progettato da Alvar Aalto (1898-1976), uno dei moderni che lui più apprezza. L'edificio di Aalto, come la Guild House, orienta gli appartamenti verso sud attraverso la distorsione del prospetto principale, dando l'impressione di una struttura organica che cresce rivolgendosi verso il sole e verso il panorama. L'equilibrata tensione di uno schema prevalentemente geometrico attraversato dalle linee eccezionali delle diagonali sembra essere una lezione di Aalto che Venturi mette in pratica nella Guild House: basti guardare alle piante per riconoscere una similarità di approccio, sia nel caso dell'ingresso al pian terreno, sia per la distribuzione delle unità abitative nel piano tipo.
La descrizione fatta della Guild House in *Complexity and Contradiction* affronta in modo equilibrato sia aspetti di "superficie" sia aspetti distributivi, non separando mai le soluzioni formali dalle esigenze del programma funzionale. La replica dorata dell'antenna posta in copertura è l'unico elemento presentato da Venturi attraverso delle esplicite associazioni all'arte: l'architetto cita l'ingresso del cinquecentesco castello di Anet in Francia e le opere pop art dello scultore Richard Lippold (1915-2002), ma racconta anche come l'antenna televisiva possa essere interpretata come simbolica della vita sedentaria degli anziani ospiti.
Un diverso approccio critico e narrativo si ritrova già in *Learning from Las Vegas,* il secondo libro di Venturi, pubblicato nel 1972 e scritto insieme a Denise Scott Brown e Steven Izenour [Venturi, Scott Brown, Izenour 1977]. Qui la Guild House è direttamente associata ai temi che impegnano Venturi e Scott Brown in quegli anni: presentata in contrapposizione all'eroico modernismo del Crawford Manor (grattacielo



4: R. Venturi, W. Short, Guild House, 1960-1963. Planimetrie del piano terra (in basso), piano tipo (al centro), ultimo piano (in alto) [elaborazione grafica dell'arch. Alessandro Cirillo].

per appartamenti progettato da Paul Rudolph a New Haven e completato nel 1966), la Guild House è descritta come un'architettura di significato, di evocazione e di comunicazione di un messaggio: «Guild House symbolism involves ornament and is more or less dependent on explicit associations. […] The content of the explicit symbolism of Guild House is what we call 'ugly and ordinary'» [Venturi, Scott Brown, Izenour 1977, 93]. I suoi elementi non convenzionali sono ora interpretati in chiave dichiaratamente iconografica e simbolista e, senza alcun dubbio, è la sua facciata a diventare l'oggetto principale di questo nuovo discorso sull'edificio. È questa presentazione, più che la descrizione in *Complexity and Contradicition*, a influenzare la successiva critica alla Guild House. La sua facciata, slegata da funzione e contesto, diventa una tela su cui imbastire discorsi iconografici e narrazioni certamente influenzate dal clima Post-Modern degli anni Settanta e Ottanta, un dibattito mai neutrale in cui la critica pone l'opera di Venturi sempre ai due estremi: da una parte taccia l'americano di populismo e glorificazione della banalità [Frampton 1993, 343], dall'altra lo saluta come colui che ha (ri)scoperto le ancora ricche opportunità offerte dalla conoscenza e dalle allusioni all'architettura storica, un'operazione che gli ha permesso di superare l'ingenuo funzionalismo dell'ortodossia modernista [Ghirardo 1996, 13-19].
Tra le interpretazioni più interessanti e attente dedicate alla Guild House c'è quella di Stanislaus von Moos. Nella prima monografia dedicata allo studio Venturi, Rauch & Scott Brown, lo studioso svizzero rilegge l'opera su Spring Garden in chiave percettiva. L'uso di finestre più piccole per la facciata più vicina al fronte strada, e via via più grandi sui prospetti retrostanti, va a realizzare una prospettiva rovesciata che avvicina il fronte principale ad alcune ricerche sulla percezione simultanea portate avanti dalla Pop Art in quel periodo. Il confronto è in particolare con l'opera *Three Flags* (1958) di Jasper Johns [von Moos 1987, 47-59]: è questa un'associazione potente, che ribadisce il ruolo di schermo pop del prospetto principale della Guild House.
Pochi critici hanno saputo eguagliare la raffinata lettura di von Moos, e ancor meno sono tornati a interrogare la Guild House oltre la sua iconica facciata. Così, la maggior parte delle narrazioni focalizzerà la propria attenzione proprio su quella finta antenna televisiva dorata, «a friendly, if embarassingly literal, symbol of elderly people's leisure activity» [von Moos 1987, 282]. «In histories of postmodernism, the Guild House antenna is not only often the first image to appear but is used to exemplify the postmodern triumph of images» [Lavin 2017, 219]: e c'è una certa ironia nel constatare che, seppur durata solo poche ore (quasi una performance artistica, più che un'installazione[11]), sarà proprio la beffarda presenza dell'antenna dorata a cristallizzarsi nella memoria e a veicolare l'immagine riconoscibile e indimenticabile del prospetto principale della Guild House.

[11] L'antenna è considerata opera d'arte e realizzata con i fondi cittadini del Percent for Art Ordinance per 640 $.

5: Il contesto urbano che circonda la Guild House: a sinistra, l'Allen Houses, un intervento di *social housing* completato nel 1941; a destra, vista su Spring Garden Street e sullo *skyline* del Center City di Philadelphia [foto di Rosa Sessa, 2015].

Conclusioni

Dietro una delle facciate più note e contestate del Novecento, è attiva ancora oggi un'apprezzata struttura residenziale e sanitaria *no profit* che accoglie anziani a basso reddito e a diversi gradi di autonomia. Per adeguarla agli standard contemporanei l'edificio è stato ristrutturato nel 2009 da Robert Venturi e Denise Scott Brown: il progetto – che ha avuto un costo complessivo di 10 milioni di dollari e che è stato suddiviso in tre fasi di cantiere per mantenere la casa di cura costantemente operativa – ha visto il rinnovo degli interni, l'abbattimento delle barriere architettoniche, la rifunzionalizzazione di undici appartamenti per disabili, e l'installazione di nuovi sistemi per il condizionamento dell'aria e per la protezione al fuoco delle strutture. Inoltre, nuovi spazi sono stati riorganizzati nel seminterrato, oggi trasformato in uno spazio benessere fornito di palestra e aree ricreative.

L'attenzione ai bisogni dei residenti, o le scelte architettoniche legate al programma funzionale assistenziale e sanitario, risultano assenti in gran parte della letteratura sulla Guild House, così come un ruolo solo marginale sembra giocare il contesto che circonda l'edificio, tenuto invece in grande considerazione nelle fasi di progetto (Fig. 5). Grazie all'articolazione volumetrica e al trattamento superficiale delle facciate, la Guild House entra infatti in relazione autentica con il quartiere residenziale alle sue spalle mentre, sul fronte strada, percettivamente suggerisce una composizione di cinque volumi diversi, inflessi e simmetrici rispetto a un asse centrale. In questo modo, in assenza di un contesto significativo su Spring Garden Street, la Guild House contribuisce a ricreare il suo stesso paesaggio urbano, un gesto di cura e attenzione alle condizioni circostanti a servizio non solo degli anziani che lì vi abitano, ma anche di chi attraversa quell'area del quartiere.

A pochi anni dalla scomparsa dell'architetto e in un clima di rinnovato interesse per la stagione postmoderna, una seria rivisitazione degli edifici di Venturi, che vada oltre la superficie delle facciate, sembra oggi più urgente che mai.

Bibliografia

BAUMAN, J. F. (1987). *Housing, Race, and Renewal: Urban Planning in Philadelphia, 1920-1974*, Philadelphia, Temple University Press.

BRANDI CATEURA, L. (1998). *Robert Venturi. Upbringing Among Quakers*, in Ead., H*ow Being Brought Up as an Italian American Helped Shape the Characters, Lives, and Fortunes of Twenty-Four Celebrated Americans*, New York, William Morrow & Company, pp. 194-201.

COHEN, J. L. (2019). *Opus 2: Robert Venturi's Metamorphosis of Duke House*, in *Complexity and Contradiction at Fifty. On Robert Venturi's "Gentle Manifesto"*, a cura di Martino Stierli, David Brownlee, New York, The Museum of Modern Art, pp. 114-127.

COSTANZO, D. (2009). *The Lessons of Rome: Architects at the American Academy, 1947-1966*, tesi di dottorato, The Pennsylvania State University.

COSTANZO, D. (2016). *"I'll Try My Best to Make It Worth It": Robert Venturi's Road to Rome*, in «Journal of Architectural Education», vol. 70, n.2, pp. 269-283.

DI FLORIO, V. (2019). *Robert Venturi. Una esplorazione delle origini atessane*, Atessa, Quaderni di Cultura Atessana.

FRAMPTON, K. (1993, I ed. originale 1980) *Storia dell'architettura moderna*, Bologna, Zanichelli.

GHIRARDO, D. (1996). *Architecture after Modernism*, London, Thames & Hudson.

HEMINGWAY, E. (2003, I ed. 1961). *The Gambler, the Nun, and the Radio*, in Id., *The Snows of Kilimanjaro and Other Stories*, New York, Scribner, pp. 37-54.

LAVIN, S. (2017). *Oh My Aching Antenna: The Fall and Rise of Postmodern Creativity*, in «Log», n. 37, pp. 214-227.

SESSA, R. (2020). *Robert Venturi e l'Italia. Educazione, viaggi e primi progetti 1925-1966*, Macerata, Quodlibet.

STIERLI, M. (2007). *In the Academy's Garden: Robert Venturi, the Grand Tour and the Revision of Modern Architecture*, in «AA Files», n. 56, pp. 42-63.

The Worlds of William Penn (2018), a cura di A. Murphy, J. Smolenski, New Brunswick, Rutgers University Press.

VENTURI, R. (1977, I ed. 1966). *Complexity and Contradiction in Architecture*, New York, The Museum of Modern Art.

VENTURI, R. (1996). *Iconography and Electronics upon a Generic Architecture. A View from the Drafting Room*, Cambridge Mass., The MIT Press.

VENTURI, R., SCOTT BROWN, D., IZENOUR, S. (1977, I ed. 1972). *Learning from Las Vegas*, Cambridge Mass., The MIT Press.

VON MOOS, S. (1987). *Venturi, Rauch & Scott Brown. Buildings and Projects,* New York, Rizzoli.

Sitografia

GLENNON, P. (2017). *Friends Hospital bicentennial a reminder that change still needed in mental health care | Philly History*, in «The Philadelphia Inquirer», 9 novembre: https://www.inquirer.com/philly/opinion/commentary/friends-hospital-mental-health-psychoanalysis-history-20171109.html [gennaio 2021].

https://friendshospital.com/about-us/our-timeline/ [gennaio 2021].

https://library.temple.edu/finding_aids/friends-neighborhood-guild-records-1903-2015-bulk-1903-2004 [gennaio 2021].

https://quaker.org/ [gennaio 2021].

MANN, E. (2016). *Philadelphia's grid marks birth of American urban dream*, in «The Guardian», 22 marzo:

https://www.theguardian.com/cities/2016/mar/22/story-of-cities-7-philadelphia-grid-pennsylvania-william-penn-america-urban-dream [gennaio 2021].

RIBEIRO, A. (2014). *Friends Neighborhood Guild*, in «The Encyclopedia of Greater Philadelphia»: https://philadelphiaencyclopedia.org/archive/friends-neighborhood-guild/ [gennaio 2021].

SAFFRON, I. (2011). *Philly's love-hate relationship with parks*, in «The Philadelphia Inquirer», 7 maggio: https://www.inquirer.com/philly/blogs/inq_ed_board/Saffron-.html [gennaio 2021].

4

LE CITTÀ DEGLI ALIENATI: GLI OSPEDALI PSICHIATRICI E LA CURA CHE NON C'È

THE CITIES OF THE MISFITS: THE PSYCHIATRIC HOSPITALS AND THE MISSING TREATMENT

LA "CITTÀ DEI MATTI": INTERNAMENTO COATTO, CURA E RIABILITAZIONE IN UN CASO ESEMPLARE. IL POLO DI SANTA MARIA MADDALENA NELLO SVILUPPO URBANO DI AVERSA

Marina D'Aprile, Elena Manzo

Abstract

Although largely documented with diverse exegetic perspectives, Aversa's Real Casa de' Matti (Royal House of Lunatics) still offers original investigative paths. Starting from the innovative contributions that this institution gave to modern psychiatry and to mental hospital architecture design, the study delves into the architectural and urban changes that the conversion into insane asylums produced within Aversa's historic centre and its former monasteries, where the mental hospital branches and its criminal seat were housed.

Keywords

Mental hospital, adaptive reuse, 19th-century architectural history, historic preservation.

Introduzione

Le ex strutture manicomiali, per oltre un secolo sottoposte a una *damnatio memoriae* frutto della loro funzione, sono "luoghi di memoria" peculiari, ancora oggi, esposti a significativi rischi di perdita e cancellazione. Il loro essere risorse di cultura complesse e vulnerabili ne promuove, quindi, l'analisi secondo prospettive diversificate che, in modo coordinato, ne esplorino i significati favorendone riconoscimento e tutela. In linea con simili istanze, lo studio ha affrontato l'Ospedale psichiatrico di Aversa (CE) – già noto alla critica – ricostruendone le dinamiche d'impianto e lo sviluppo attraverso gli sguardi incrociati dello storico e del "conservatore".

L'episodio è un caso isolato del panorama italiano: cinque monasteri soppressi di distinti ordine, cronologia ed estensione, localizzati in prevalenza all'esterno del centro murato, nell'antica pianura leborina a circa 20 km da Napoli che, tra il 1813 e la prima età postunitaria, furono adibiti a manicomio – prima civile, poi, anche giudiziario – componendo un sistema alla scala urbana. Al momento della massima espansione il polo comprese una sede centrale civile – l'ex monastero di Santa Maria Maddalena – alle cui dipendenze, progressivamente, furono assegnate tre succursali e un plesso destinato ai "folli criminali", nel primo XX secolo, ampliato fino ad assumere le dimensioni di una

© Aisu International 2020

vera cittadella. Piuttosto rilevanti furono, quindi, gli effetti sulle connotazioni urbane ed edilizie di Aversa indotti dalla presenza di tale realtà, segnatamente, tra XIX e primo XX secolo. Le circostanze e i protagonisti, i criteri e le prassi che ne definirono l'impianto e i processi di accrescimento qualificano, dunque, ingredienti importanti della ricostruzione storica della città, in particolare in riferimento a una pratica, la riconversione funzionale a fini assistenziali delle ex fabbriche conventuali, così comune dei programmi costruttivi dell'Ottocento, da qualificare un tratto distintivo di quella cultura.

Giovanni Maria Linguiti e la Real Casa de' Matti ad Aversa. Verso una storia di polo assistenziale a scala urbana

È il 1817 quando la «Gazzetta Piemontese» pubblica un resoconto inviato da Napoli il 12 maggio. È l'elogio all'operato di Giovanni Maria Linguiti nel Frenocomio di Aversa, un piccolo ma importante centro urbano di origine normanna tra Napoli e Caserta [«Gazzetta Piemontese» 1817, 816][1].
Abate dell'ordine mendicante dei Serviti di Maria, laureato in legge, filosofia e teologia, Linguiti si era dedicato con passione alla medicina, studiando principalmente la follia, su cui aveva scritto diversi saggi. In particolare, *Ricerche sopra l'alienazione della mente umana* lo aveva reso così popolare nella comunità scientifica e presso le autorità governative che, nel 1812, con editto reale gli era stata affidata la complessa gestione del primo manicomio pubblico del regno delle Due Sicilie: la Real Casa de' Matti di Aversa [Linguiti 1812]. Appena insediato, il direttore

> Si rivolse ad applicare i progressi delle scienze a migliorare la sorte di tante vittime infelici della più terribile malattia, quale è certamente quella della perdita della ragione. Avvisò egli che nello sconcerto delle facoltà della mente la Provvidenza lasciava quasi sempre in tutto il loro vigore le forze del corpo; e che adoperare utilmente le seconde valea lo stesso che rendere più agevole la guarigione delle prime. Mosso da questa convinzione […], concepì egli l'idea di convertire la real casa de' matti di Aversa in una casa di utili lavori, nella quale si conciliassero insieme il sollievo e le distrazioni degl'infermi co' loro vantaggi [«Gazzetta Piemontese» 1817, 816].

Fondata nel 1813 con Regio Decreto 10137/3 dell'11 marzo, l'istituzione era nata a seguito di un articolato percorso, avviato in età borbonica e conclusosi durante il decennio della dominazione francese[2]. La necessità di decongestionare il cinquecentesco Ospedale napoletano degli Incurabili, traslocando la sua ormai affollatissima, insalubre

[1] Il resoconto fu firmato con la sigla «G. delle D. S.».

[2] Napoli. Archivio di Stato. Leggi e Decreti originali. Vol. 65, *Decreto n. 10137 dell'11 marzo 1813.* Con il Regio Decreto dell'11 febbraio 1809 e poi con quello determinante n. 1655 del marzo 1813 si stabilì sia il monopolio governativo dei nosocomi sia la fondazione di un ente o "Istituto speciale". Napoli. Archivio di Stato. Ministero dell'Interno, II inventario, 9, 11/02/1809. La riforma ebbe come referente scientifico-culturale l'azione intrapresa in Francia da Filippo Pinel nel 1792 presso il manicomio di Bicêtre.

sezione dei "poveri pazzi", e l'esigenza di disciplinare il regime sanitario dei manicomi erano infatti state alla base dell'emendamento legislativo, cui erano seguite presto ulteriori disposizioni per regolamentare il funzionamento del morotrofio[3]. Altrettanto complessa era stata la decisione della sua ubicazione, giacché si era dovuta prevedere una struttura sufficientemente capiente, sia per i malati provenienti dalla "pazzeria" della capitale, sia per i successivi ricoverati, nonché individuare un luogo fuori dal centro abitato, ma ben collegato con Napoli. Al contempo, la disponibilità dell'ingente patrimonio edilizio degli ordini minori, reso fruibile a seguito delle leggi eversive, aveva orientato il governo napoleonico verso una politica di riuso pubblico di quelle strutture, per riconvertirle a nuove destinazioni di carattere sociale. La decisione finale, così, cadde sull'adeguamento del convento aversano dei frati Minori Osservanti di Santa Maria Maddalena e, eseguite celermente le opere necessarie per trasformarlo in manicomio, il 5 maggio 1813 fu aperto «per accogliervi la classe degli Uomini», la cui direzione fu affidata a Linguiti, su segnalazione del ministro dell'interno Giuseppe Zurlo[4].

Muovendosi in una direzione diametralmente opposta a quella di un'interpretazione del ricovero dei "pazzi" in termini di isolamento e segregazione di individui ritenuti pericolosi o dannosi per la comunità, l'abate impresse subito un approccio nosografico all'istituto, definendo le sezioni di internamento in base al sesso e alla pericolosità sociale della patologia. Fondamentale fu, poi, il suo orientamento architettonico nella trasformazione del convento, sia per la riorganizzazione degli spazi interni, operazione rivelatasi complessa per le caratteristiche dell'edificio, sia per la sistemazione degli esterni, assolvendo la natura un ruolo terapeutico fondamentale. Riteneva, infatti, che la definizione di un ambiente confortevole costituisse una condizione primaria per la riabilitazione fisica e morale dell'alienato, giacché la pazzia era per lui una malattia da assistere e curare, non un problema di ordine pubblico.

Si delineò, così, quella gestione delle terapie che, prendendo avvio dalle letture di Philippe Pinel e di Jean-Étienne Dominique Esquirol, nonché dalle teorie igieniste coeve, segnatamente, di Jean Colombier, François Dublet e, ancor più, di Joseph-Marie de Gérardo, avrebbe guidato l'orientamento di gran parte dei successivi direttori del manicomio aversano [Colombier, Dublet 1795; Pinel 1809; Esquirol 1829; Esquirol 1835; de Gérardo 1839]. Basti pensare alle innovazioni introdotte, dal 1831 al 1856, da Giuseppe Simoneschi negli strumenti di contenzione e cura, come il letto ideato con Benedetto Vulpes per sostituire quello tradizionale a sponde alte – convenzionalmente detto "a tomba" – che procurava escoriazioni e sofferenze[5]; oppure al sistema di vasche per i

---

[3] Per approfondimenti sulla Real Casa de' Matti, poi, Reale Manicomio (1865-1934), quindi, Reale Ospedale psichiatrico (1934-1947), infine, Ospedale psichiatrico S. Maria Maddalena (1947-1999) [Rossi 1842; Catapano 1986; Carrino, Di Costanzo 2011; Manzo 2013]: http://www.spazidellafollia.eu/it/complesso-manicomiale/ospedale-psichiatrico-di-aversa-"santa-maria-maddalena".

[4] Napoli. Archivio di Stato. Leggi e Decreti originali. Vol. 65, *Decreto n. 10137, 11 marzo 1813*. Per approfondimenti storici sul complesso monastico [Parente 1857; Parente 1858; Amirante 1998, 173-183].

[5] Vulpes era professore d'Igiene e di Patologia al Real Collegio medico-chirurgico di Napoli e, dal 1813, medico presso la Real Casa. Sul moderno sistema di letti [Vulpes 1855].

bagni a sorpresa, sostituito da un modello analogo a quello in uso nel manicomio di Salpetrière, con l'impianto di erogazione dell'acqua innestato all'interno di un cassone in legno, coperto da tavole in legno e cuoio, così da controllare gli agitati e i furenti impedendone l'uscita. Nel 1880, con Gaspare Virgilio si avvieranno poi gli espropri dei lotti limitrofi per la realizzazione della colonia agricola e, cinque anni dopo, la trasformazione del morotrofio in un sistema a padiglioni, collegati da una trama di percorsi distribuiti tra le aree verdi [Virgilio 1875; Virgilio, D'Aniello 1890; Cecere 1909][6].
Consolidate le strutture fatiscenti, ridisegnati gli ambienti per dare maggiore spazio ad ampie sale comuni a svantaggio delle celle di isolamento e reclusione, migliorati la salubrità e l'igiene, rivolgendo particolare attenzione anche alle latrine e ai lavatoi, Linguiti, inoltre, sostituì le grate in ferro con elementi in legno a doghe distanziate e curò personalmente l'arredo con originali accorgimenti, come le finte fioriere sui davanzali e *trompe l'oeil* con sfondi campestri o rappresentazioni figurate, per indurre serenità. Predispose anche la sala biliardo, la stamperia e due teatri, di cui uno destinato alla musica, per il quale acquistò «moltissimi strumenti di musica, onde si formò un'orchestra permanente, nella quale sono tutti i giorni indistintamente esercitati quanti sono matti» [«Gazzetta Piemontese» 1817, 816; Gualandi 1823, 23].
Dalle poche restituzioni grafiche dell'impianto e da alcuni resoconti storici, sappiamo che agì pure sulle aree esterne per realizzarvi ampi orti, percorsi alberati per salubri passeggiate e giardini quadripartiti a *parterre* [Gualandi 1823, 23]. Tali innovazioni permasero a lungo, come testimonia l'economista toscano Luigi Serristori nel 1846:

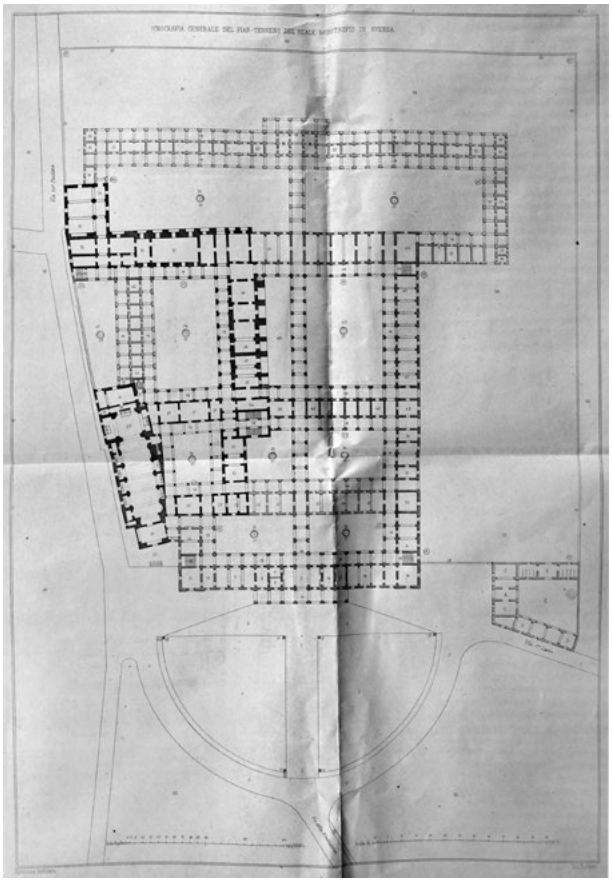
> L'aspetto di questa Casa è ben lungi dal richiamare l'uso cui è destinata. Con molto ingegno vi sono state prese tutte le misure di precauzione, al tempo stesso premurosamente evitando tutto quello che poteva risvegliare delle idee melanconiche, e produrre delle sinistre impressioni. È in questa veduta che le muraglie dello Stabilimento sono ricoperte di pitture, i cui soggetti sono costantemente lieti[7].

Come scrisse nel 1891 Antonio Cantalupi, encomiando l'orientamento terapeutico-pedagogico fondato sulla vita comunitaria e sulla partecipazione ad attività ludiche, culturali e lavorativo-artigianali, la Real Casa de' Matti di Aversa fu il primo manicomio in Italia a sperimentare «il metodo razionale filosofico e caritatevole di curare i dementi trattandoli bene», anche all'interno di «laboratori nei quali appare tutta la cura con cui si accudiscono gli infelici ricoverati» [Cantalupi 1891, 354].
Il sovraffollamento, causato dal continuo afflusso di alienati provenienti da tutto il regno peninsulare, però, contrastava con tale positiva risonanza, tanto da richiedere un ampliamento della struttura già lo stesso anno della sua apertura. Linguiti, di contro, con

---

[6] Documenti sulla colonia agricola sono in: Caserta. Archivio di Stato. Opere Pie. B. 468, fasc. 25, *Autorizzazione Sovrana per acquisto di fondi*, 3/3/1879.

[7] Napoli. Archivio di Stato. Ministero dell'Interno. I inventario, 1846, L. Serristori, *Sulla Real Casa d'Aversa*. Su Serristori [Lenzi 2007].



1: N. Stassano, Icnografia generale del pian terreno del R. Morotrofio di Aversa. Progetto di ampliamento e restauro dell'arch. Nicola Stassano, 1855 [Stassano, N. (1856). *Progetto di ampliamento e restauro del Real Morotrofio della Maddalena in Aversa*, Napoli, Stabilimento Tipografico di Gaetano Nobile, foll. non numerati].

modernità di vedute, aveva sottolineato quanto fosse più adeguato costruire un manicomio unico e più spazioso, progettato *ab origine* per questa funzione.
Del resto, su tale tema convergerà la gran parte dei successivi direttori, primo fra tutti Biagio Miraglia, che nel 1861 pubblicherà il *Programma di un manicomio modello* [Miraglia 1861]. A coadiuvarlo in questo lavoro ci sarà l'architetto Nicola Stassano che, nel 1843, redigerà un progetto per l'ampliamento della Maddalena, organizzato intorno a cortili, secondo un impianto rettangolare per oltre 700 "individui", la cui maglia regolare si sarebbe prestata a svilupparsi secondo "semplici linee" addizionali, così da avere sempre un'unica struttura [Stassano 1856] (Figg. 1-2).
A dispetto di quanto Linguiti rivendicasse, già il 10 giugno del 1813, con decreto n. 10891/3° Div., al manicomio aversano fu aggregata la succursale del convento dei Cappuccini al Monte, cui si aggiunsero, nel 1821, l'ex monastero benedettino di Montevergine e, nel 1837, la sede di Sant'Agostino degli Scalzi. Nel 1876, al quadro indicato si associerà infine l'ex monastero di San Francesco di Paola, già destinato a penitenziario dopo la soppressione, ora devoluto a sezione per 19 rei-folli, avviandosi così l'istituzione del primo manicomio giudiziario italiano.

2: Aversa. Ospedale psichiatrico di Santa Maria Maddalena. Facciata principale dell'edificio costruito da N. Stassano con il viale di accesso, 2012.

A poco più di sessant'anni dalla fondazione della sede centrale del suo polo nosocomiale, dunque, Aversa muta rapidamente il suo volto da "città conventuale" a "città dei folli", secondo qualità, fenomeni e processi del tutto peculiari, sui cui effetti urbani ed edilizi si è scelto qui d'indagare.

Adattamento delle antiche strutture conventuali aversane all'uso manicomiale ed effetti della sua dismissione. Note sui caratteri e le dinamiche delle trasformazioni architettoniche e urbane

La Real Casa de' Matti di Aversa non è un tema inedito della ricerca storica che, dalla psichiatria all'architettura, ne ha più volte indagato gli svolgimenti [Rossi 1842; Saporito 1907; Cascella 1913; Catapano 1986; Parente 1988; D'Aprile 2002; Carrino, Di Costanzo 2011; Manzo 2013]. Ad essa, negli ultimi anni, si sono anche dedicati piani e progetti di riuso che, in ambito accademico e in seno alle competenti amministrazioni pubbliche, ne hanno affrontato il riassetto da prospettive diverse, non sempre congruenti alla salvaguardia della sua identità storica né delle testimonianze materiali [D'Aprile, Lanza 2019]. Al di là di poche eccezioni, meno approfondita ne è stata, invece, l'esegesi storica sia delle succursali [Cecere 1998, 27-66] sia del manicomio giudiziario [Fiengo, Guerriero 1997], l'ultima realtà del polo aversano ad essere approntata.
Come verificato all'incirca per la metà dei manicomi pubblici italiani del XIX secolo, anche le sedi in parola furono il frutto della riconversione funzionale di antichi monasteri demanializzati [Rossi 1842; Catapano 1986; Carrino, Di Costanzo 2011; Manzo 2013]. Tale circostanza invita, allora, a ricercare le possibili istanze e gli indirizzi condivisi dei criteri e le pratiche che connotarono tali intraprese, all'interno di un tema più generale, il quale individua nella riutilizzazione ad uso pubblico di un ricco patrimonio storico

un tratto distintivo della cultura architettonica e urbana dell'Ottocento[8]. Sulla base anche di un apparato documentario inedito, queste note intendono, quindi, restituire un primo sintetico quadro delle architetture succursali del manicomio civile e della sede criminale, evidenziando gli approcci e le prassi che ne contraddistinsero gli interventi di adeguamento, segnatamente, rispetto alle modifiche prodotte sulle costruzioni e le trame urbane di storica costituzione.

Fino all'affermazione dei padiglioni isolati, per forza di cose, tradotti in volumi *ex novo* sorti, spesso, in sostituzione delle fabbriche storiche, il programma edilizio degli alienisti rivelò, com'è noto, ampi limiti di applicabilità all'interno di preesistenze nate per altre funzioni, solo in parte collimanti con gli scopi di sorveglianza e assistenza tipici di un manicomio. La necessità di disporre in ogni reparto, secondo una morfologia in fondo uniforme, di dormitori per 10-20 unità, di sale per le attività sanitarie e, in maniera diversa, di servizi, di fatto, poteva essere soddisfatta solo rinunciando in parte alla modularità dei locali e a un'omogenea dotazione spaziale per tutti i degenti. L'osservazione è tanto più pertinente per il polo aversano, costantemente costretto al recupero di nuovi ambienti per il perenne sovraffollamento. Del resto, l'istituzione di una rete di sedi alla scala urbana non fu il frutto di un atto preordinato e conseguentemente progettato, bensì una meccanica risposta alla continua sete di spazi, alla quale non seguì mai un'efficace integrazione tra la Casa centrale e i suoi distaccamenti.

L'adattamento in sale e dormitori delle celle conventuali che, se non modificate, furono destinate ai "pensionari" (ospiti paganti), distribuiti singolarmente o in coppia, dunque, si realizzò a prezzo della demolizione di setti e con il consolidamento delle scatole murarie e degli orizzontamenti (archi di scarico, barbacani, *tarcenali*, ecc.). Reiteratamente, infatti, in ogni sede le fonti documentano opere di "robustamento" di muri, solai e coperture[9].

Le parole di Francesco Saporito sull'inadeguatezza, nonostante i lavori, all'uso manicomiale degli antichi conventi esprimono quella che fu, in realtà, un'acquisizione diffusa sin dall'età napoleonica:

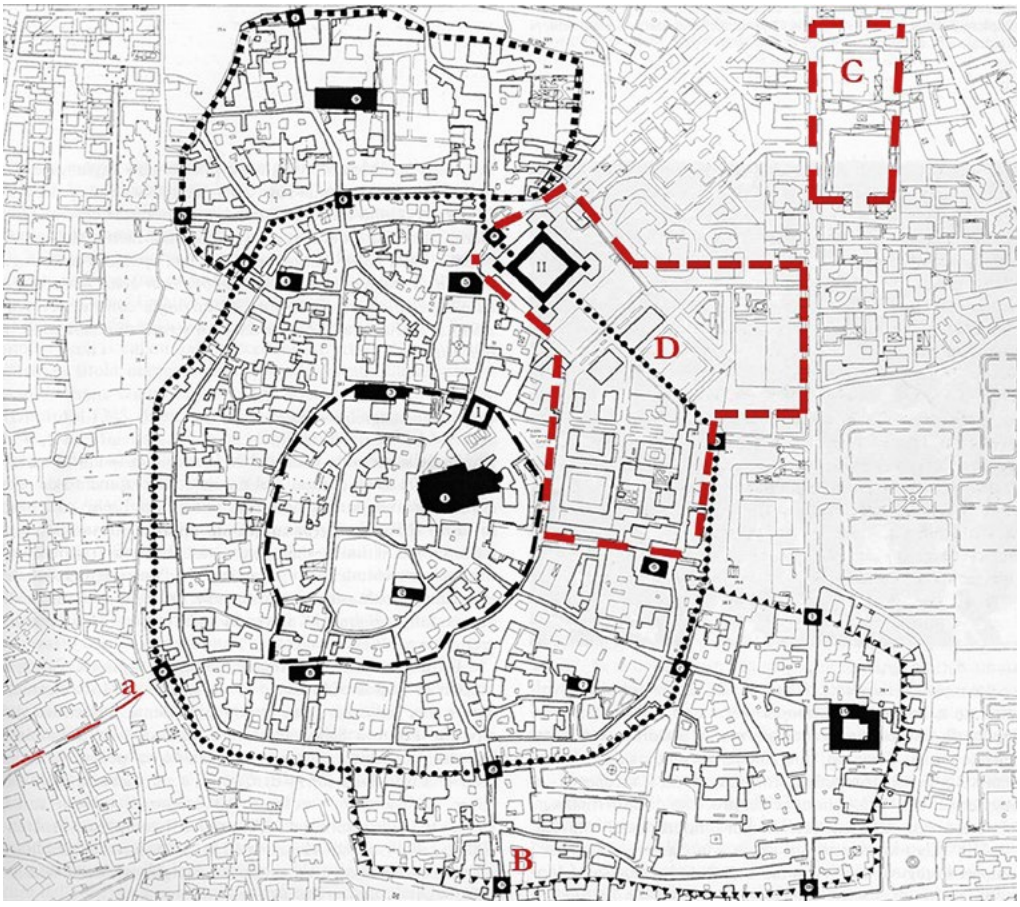
> Trasformare una terrazza in dormitorio, ricacciare altri dormitorii nei sottotetti, dimezzare, con una impalcatura, l'ampia navata di una antica chiesa, sovrapporre un secondo piano ad un pianterreno […], offendono, ad un tempo, l'estetica e l'igiene […], e soprattutto fanno deviare lo sviluppo dell'Istituto dalle norme che la moderna tecnica viene tracciando [Saporito 1907, 30].

---

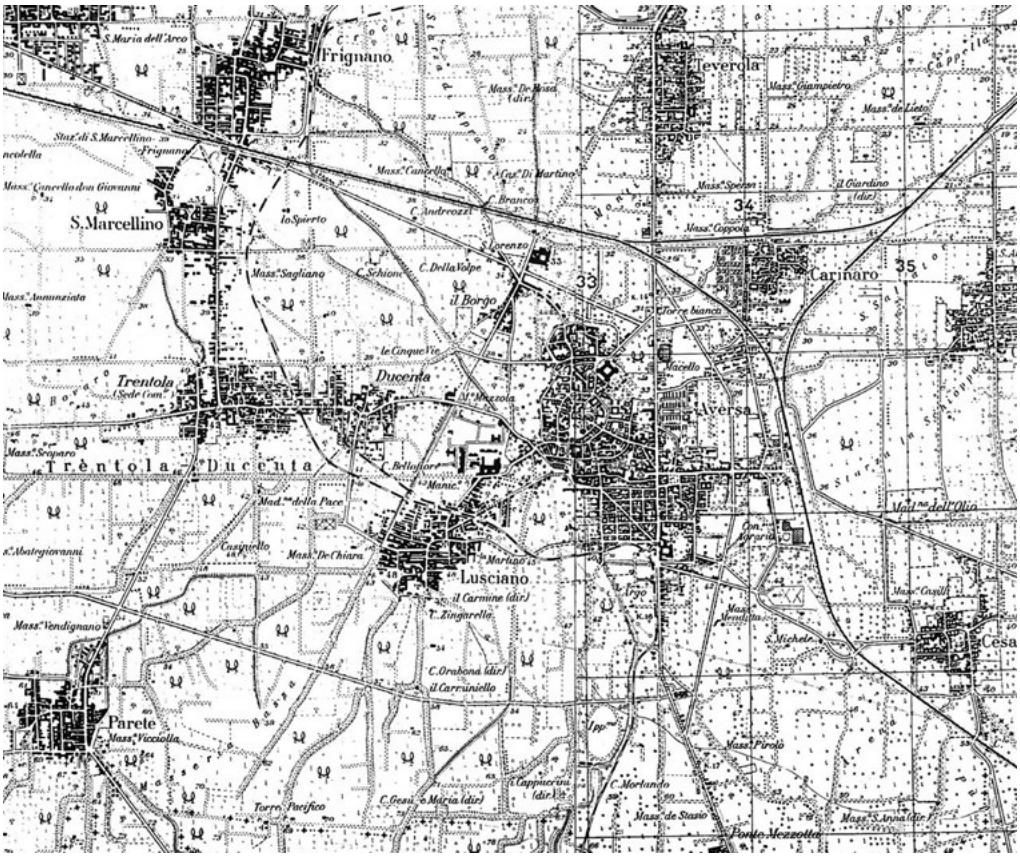
[8] Nella seconda età borbonica, oltre alla demolizione delle porte e di limitati tratti delle mura e all'ampliamento del polo psichiatrico, ad Aversa, ad esempio, si attuarono le trasformazioni in caserma di artiglieria dell'ex convento del Carmine e in carcere del San Francesco di Paola, le espropriazioni delle grance di Monteoliveto e San Martino, poi privatizzate, e le riconversioni ad uso pubblico delle antiche sedi monastiche di San Domenico, San Carlo Borromeo, San Pietro a Maiella, Sant'Agostino dei Calzati e San Lorenzo.

[9] Caserta. Archivio di Stato. Prefettura, Opere Pie. B. 468, fasc. 25, 62; F. 234, fasc. 512, 574; F. 537, fasc. 26. Napoli. Archivio di Stato. Ponti e strade. B. 566, fasc. 5369; b. 584, fasc. 3643; b. 618, fasc. 6541; b. 726, fasc. 9632; Napoli. Archivio di Stato. Ministero Lavori Pubblici. B. 10, fasc. 70; b. 398, fasc. 36; Napoli. Archivio di Stato. Ministero dell'Interno. Bb. 6, 1854-1855/95.

Al fine di usufruire di vaste aree libere e a verde, quasi tutte le sedi del polo psichiatrico furono reperite *extra moenia* (Figg. 3-4). Le sole eccezioni furono quelle di Montevergine, interna al quartiere tardomedievale, e di San Francesco di Paola, appartenente all'area di fondazione normanna. Il convento dei Cappuccini al Monte, la prima succursale (1813), al contrario soffrì di un'eccessiva distanza dalla città e dalla Casa madre e, soprattutto, di una disagevole rete viaria. Il complesso era sorto, infatti, in una zona caratterizzata da un importante nodo stradale, intercettato dall'*Antiqua*, l'asse che, dall'*Atellana*, congiungeva alla *Consolare Campana* [D'Aprile 1997; Jacazzi 2018], dal tardo Medioevo progressivamente abbandonato a causa della strada regia voluta da Carlo II al principio del XIV secolo, strada che aveva trasferito lo sviluppo aversano sul versante orientale.



3: Aversa. La città murata e il polo psichiatrico. [Fiengo, G., Guerriero, L. (2002). *Il centro storico di Aversa. Analisi del patrimonio edilizio*, t. 1, Napoli, Arte tipografica, p. 24, *Ricostruzione del tracciato delle mura urbane*; rielaborazione di M. D'Aprile]. Con la lettera a e il tratteggio rosso è indicata l'antica via per il convento della Maddalena e il *vicus* di Lusciano. Le lettere B, C e D, rispettivamente, localizzano i complessi di Montevergine, Sant'Agostino e l'area dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Per le mura, con il tratteggio è il circuito eretto entro il primo XII secolo e con i pallini il tracciato datato 1144-fine XII sec. I triangoli identificano l'addizione protoangioina e i quadrati quella tardo-trecentesca. Le cifre I e II, infine, indicano il *castrum vetus* e quello normanno-svevo; i numeri arabi le parrocchie.



4: Aversa. Posizione dell'ex sede dei Cappuccini rispetto alla città, 1957 [Firenze. IGM 1957. Fol. 184, *Trentola-Aversa*, scala 1: 25000].

Costruito in almeno due fasi (1545-1547) inglobando l'antica chiesa di Santa Giuliana (XI secolo), riedificato con l'annesso tempio della Santissima Trinità tra il 1576 e il 1587, a quanto pare, l'ex convento ospitò senza grandi modifiche il reparto femminile del Morotrofio [Parente 1857, 283-284; Parente 1858, 132-138]. Nel 1821, la metà del monastero, rimasta fino ad allora ai Padri, fu espropriata per destinare l'intero sito a una nuova sezione maschile, funzionale "all'alleggerimento" della Maddalena, mentre le donne si trasferirono nella costituenda succursale di Montevergine [Parente 1858, 134]. Nel 1851, per le cause indicate, il manicomio fu poi dismesso per restituire l'edificio, fino ai primi del XX secolo, all'uso religioso [Cecere 1998, 31-32]. Già rudere nella cartografia IGM 1905, il luogo è oggi invaso da erbacce e discariche abusive, nonostante la presenza di diverse interessanti vestigia.

Di fondazione tardomedievale (1314), riconfigurato e ampliato tra la metà del XVI e il primo cinquantennio del XVII secolo, il monastero di Montevergine era un complesso architettonico di notevole rilievo [Parente 1858, 392; Amirante 1998, 265], oggi

parzialmente ricostruibile attraverso le fonti[10]. Nel 1807, in seguito alla sua soppressione, il tavolario Giovanni Sabbatino ne descrisse l'appartamento abbaziale con gallerie, affacci al giardino ed «eccellenti pitture»[11]; ma è soprattutto il rapporto del sindaco del 1809, quando la fabbrica era ormai adibita a «magazzino de' viveri e foraggi per le truppe», che meglio ne restituisce la composizione: 19 stanze di mediocre grandezza, anche affacciate alla strada, un "quarto nobile" di otto locali, galleria, sala e anticamera, alcuni bassi, due granai, una loggia scoperta, «una bellissima scala di fabbrica» e, tra il primo e il secondo cortile, una «piccola chiesa con sagrestia»[12].

Anche qui la funzione manicomiale fu esercitata fino al 1851, allorquando al complesso della Maddalena rimase aggregata soltanto la succursale istituita nell'ex convento di Sant'Agostino. Montevergine ospitò poi una caserma dei carabinieri e, nel 1960, fu alienato ai privati. Nelle more dell'adozione del piano di recupero del centro storico [Guerriero 2006], nella totale inerzia dell'Amministrazione, nel 1999 l'ex convento fu demolito e sostituito con un edificio residenziale – Palazzo Vitagliano – nonostante il fatto che, sebbene non trascritto nell'atto di vendita (1960), essendo un bene pubblico, il vincolo ai sensi della legge 1089/39 avrebbe dovuto considerarsi vigente [Fiengo, Guerriero 2002, 596]. Per la verità, già nel 1985 un'ala del monastero era stata cancellata per erigere un ufficio postale[13]. Del resto, sin dagli anni Sessanta, ad Aversa si era avviata una sistematica campagna di sostituzioni e incrementi edilizi a danno del centro storico, di cui aveva fatto le spese anche il giardino di Montevergine con la realizzazione di alcuni palazzi multipiano in c.a. del tutto avulsi da un contesto tradizionale fatto di case, mediamente, su tre livelli fuori terra.

Il seicentesco convento di Sant'Agostino degli Scalzi, succursale del manicomio dal 1836, a quella data aveva già subito alcuni adattamenti con demolizione di setti e aggiunta di ambienti. Tra il 1810 e il 1812, con la direzione di Giovanni Sabbatino, il complesso era stato infatti convertito in ospedale per detenuti[14]. Altre opere si erano poi eseguite nei primi anni '20, con la direzione di Alessandro Orabona, «Ingegnere del Reale Stabilimento»[15]. Diventato quindi carcere succursale nel 1834, due anni dopo vi fu istituita anche la «Casa ausiliaria del R. Morotrofio», mantenendo tale doppia funzione fino ai primi del XX secolo.

Tra gli interventi postunitari[16] va segnalato, in particolare, il piano, solo in parte attuato, di Nicola Stassano e Biagio Miraglia, che riproponeva con limitate varianti il loro progetto per un manicomio muliebre da erigere alla Maddalena [Miraglia 1866]. Dopo

[10] Aversa. Archivio Storico Diocesano. *Libro Maggiore di Montevergine*, 1750.

[11] Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Ponti e Strade. B. 252.

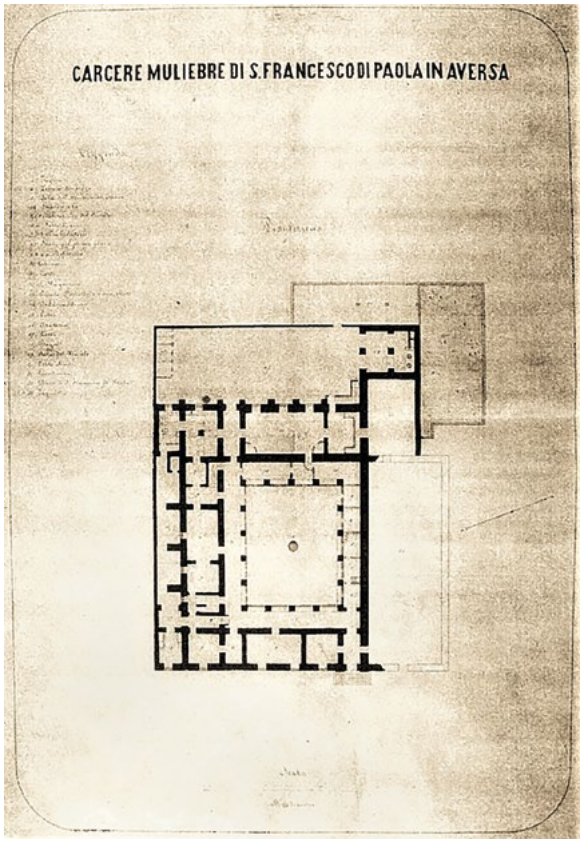
[12] Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Culto. B. 6, fasc. 16/2.

[13] Il decreto di vincolo, autorizzato alla fine degli anni Ottanta, fu annullato con sentenza del TAR Campania del 29/6/1993 [Russo 1995, 54-55].

[14] Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Carceri. B. 104 bis.

[15] Napoli. Archivio di Stato. Ponti e strade. B. 618, fasc. 6541.

[16] Caserta. Archivio di Stato. Prefettura, Opere Pie. B. 234, fasc. 512, 574.



5: Aversa, Carcere muliebre di S. Francesco di Paola. Progetto di adattamento, pianta p.t., arch. Riegler, 1853 [Cecere, T. (1998). *Aversa. La città consolidata*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, p. 207].

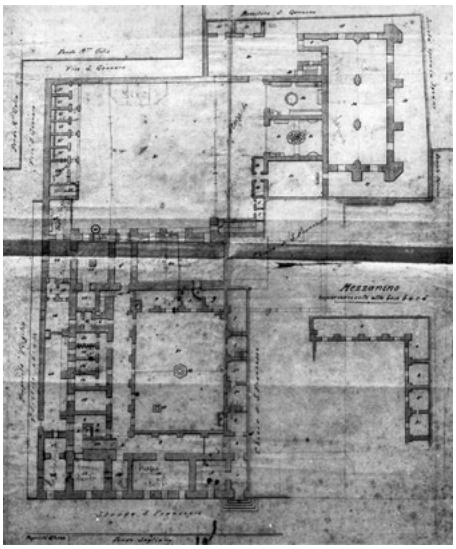
l'abbandono cui pure la sede di Sant'Agostino fu lungamente soggetta, una volta dismesso il manicomio, negli anni Quaranta l'edificio fu ceduto ai privati che, con una recente ristrutturazione, ne hanno ulteriormente depauperato l'identità, nonostante il vincolo finalmente appostovi nel 1995.

Il primo nucleo dell'Ospedale giudiziario fu insediato nel monastero di S. Francesco di Paola nel 1876. Cominciato a costruire nel 1558, dopo la soppressione del 1808, il convento fu devoluto ai militari, per essere poi trasformato in carcere tra il 1814 e il 1815 e, dal 1841, in Deposito di mendicità[17]. Abolito quest'ultimo nel giugno 1849, «per disfare e rifare da capo le nuove opere e le antiche» dell'erigendo carcere si erogarono 3 mila ducati[18]. Ulteriori interventi si attuarono nel 1855 e alla fine di quel decennio[19] (Fig. 5). In linea con quanto approntato negli altri istituti, questi lavori avevano comportato il

[17] Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Carceri. B. 104 bis; Napoli. Archivio di Stato. Ponti e Strade. Bb. 469, 501, fasc. 4150; b. 550, fasc. 5116; b. 568, fasc. 5394; b. 709, fasc. 8938.

[18] Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Carceri. B. 104 bis.

[19] Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Carceri. B. 108.



6: Aversa, Manicomio giudiziario. Pianta piano terreno e mezzanino, 1898 [Fiengo, G., Guerriero, L. (1997). *Le origini normanno-sveve del Quartiere di Cavalleria*, in *Lo sviluppo urbano sei-settecentesco di Aversa e l'episodio urbanistico del Lemitone*, a cura di G. Fiengo, Napoli, Arte tipografica, p. 185]. Il grafico evidenzia i primi interventi di adeguamento all'uso manicomiale messi in atto a partire dal 1876.

7: Planimetria del manicomio giudiziario di Aversa e delle zone da espropriarsi pel suo ampliamento, 1920 [Fiengo, G., Guerriero, L. (1997). *Le origini normanno-sveve del Quartiere di Cavalleria*, cit., p. 193]. Redatto dal Genio Civile di Caserta, il vasto programma di acquisizioni comprese la chiesa di Santa Maria dei Castroni (V), il refettorio del seminario diocesano (XII), il conservatorio di San Gennaro con la chiesa (XIII), la confraternita del Carminiello (XVII) e diversi edifici privati.

tamponamento delle arcate del chiostro, la demolizione di alcuni setti interni e l'aggiunta di ambienti *ex novo* adiacenti alle antiche strutture (Fig. 6). Fu però nel periodo 1909-1939 che si realizzarono le azioni più distruttive, coinvolgendo nell'ampliamento del complesso ben sei isolati del settore nord-est del "secondo anello" della città murata, di fondazione normanna [Fiengo, Guerriero 2002, 21-94]. Nel penitenziario furono così incorporati qualificati episodi storici civili e religiosi, nel tempo, sorti tra il duomo e le mura nord-est: il conservatorio di San Gennaro e il suo tempio, la chiesa trecentesca di Santa Maria dei Castroni, la confraternita vaccariana del Carminiello e alcune fabbriche residenziali (Fig. 7). Dal 1934, con la chiesa di Santa Maria degli Angeli, fu aggregato all'istituto anche l'ex castello aragonese, frutto della ristrutturazione del forte normanno-svevo, riconfigurato a metà Settecento come caserma di cavalleria [Vitale 1954, 58, 96; Cecere 1998, 81-82, 84-85; Fiengo, Guerriero 2002, 57].

A parte l'ex castello, la costruzione dei nuovi padiglioni comportò la demolizione di tutte le fabbriche storiche indicate, compresa la sede dei Paolotti, nonché delle strade adiacenti e dell'intero tratto nord-est/est delle mura con la porta di San Francesco, configurando quindi la più ingente cancellazione del patrimonio culturale cittadino conseguente all'adattamento manicomiale degli antichi edifici.

In conclusione, benché l'adeguamento alla funzione manicomiale non abbia certo coinciso, se non per meri motivi economici, con la salvaguardia delle testimonianze architettoniche

e urbane di storica costituzione, nel caso di studio le maggiori distruzioni si sono verificate, però, a seguito della dismissione del morotrofio, cui è seguito o l'abbandono – quindi, il degrado e la perdita – o la cessione ai privati con le conseguenze enunciate.
Non va dimenticato, infatti, che le attuali condizioni delle ex sedi del polo aversano fanno registrare una realtà, quella della Maddalena, in grave stato di abbandono, degrado e dissesto, quella dei Cappuccini, allo stato di rudere, e le scarse vestigia del Sant'Agostino, lasciate come laconiche testimonianze di un passato, incomprensibile ai più, all'interno di un contesto di completa ristrutturazione a fini residenziali di un bene "vincolato".

Note

Frutto di stretta collaborazione, la stesura del presente lavoro è curata da Elena Manzo per il paragrafo «Giovanni Maria Linguiti e la real Casa de' matti ad Aversa. Verso una storia di polo assistenziale a scala urbana» e da Marina D'Aprile per il paragrafo «Adattamento delle antiche strutture conventuali aversane all'uso manicomiale ed effetti della sua dismissione. Note sui caratteri e le dinamiche delle trasformazioni architettoniche e urbane».

Bibliografia

AMIRANTE, G. (1998). *Aversa dalle origini al Settecento*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

CANTALUPI, A. (1891). *Della costruzione dei manicomi ed in particolare del nuovo progetto di Napoli*, in «Il Politecnico. Giornale dell'ingegnere architetto civile ed industriale», a. XXXIX, pp. 352-367.

CASCELLA, F. (1913). *Il R. Manicomio di Aversa nel 1° centenario della fondazione*, Aversa, Tipografia Fratelli Noviello.

CATAPANO, V. D. (1986). *Le Reali Case dei Matti nel Regno di Napoli*, Napoli, Liguori.

CECERE, G. (1909). *La Colonia agricola del R. Manicomio di Aversa*, Aversa, Tipografia del Reale Manicomio.

CECERE, T. (1998). *Aversa. La città consolidata*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

COLOMBIER, J., DUBLET, F. (1795). *Instruction sur la manière de gouverner les Insensés, et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés,* Paris, De l'Imprimerie royale.

D'APRILE, M. (1997). *L'urbanizzazione seicentesca dei territori della "Starza dell'Arco" nelle registrazioni enfiteutiche della Real Casa Santa dell'Annunziata*, in *Lo sviluppo urbano sei-settecentesco di Aversa e l'episodio urbanistico del Lemitone*, a cura di G. Fiengo, Napoli, Arte tipografica, pp. 26-30.

D'APRILE, M. (2002). *Utilizzazione e valorizzazione del patrimonio monumentale in Terra di Lavoro tra conservazione e riuso: gli ex-monasteri di Santa Maria Maddalena in Aversa e di San Francesco in Santa Maria Capua Vetere*, in *Ager Campanus. Ricerche di architettura*, a cura di A. Gambardella Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 49-57.

D'APRILE, M., LANZA, L. (2019). *Re-use and enhancing planning of the "madness spaces". Memory and future of the Royal House of lunatics in Aversa*, in *Il Patrimonio culturale in mutamento. Le sfide dell'uso. Atti del 35° Convegno Internazionale di studi Scienza e Beni culturali di Bressanone, 1-5 luglio 2019,* a cura di G. Biscontin, G. Driussi, Venezia, Arcadia ricerche, pp. 1175-1184.

DE GERARDO, J.-M. (1839). *De la bienfaisance publique*, Bruxelles, Societé Belge de Librairie.

ESQUIROL, J.-E. D. (1829). *Della Alienazione Mentale o della Pazzia in genere e in ispecie*, vol. 2, Milano, Felice Rusconi.

ESQUIROL, J.-É. D. (1835). *Mémorie historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton*, Paris, Paul Renouard.

FIENGO, G., GUERRIERO, L. (1997). *Le origini normanno-sveve del Quartiere di Cavalleria*, in *Lo sviluppo urbano sei-settecentesco di Aversa e l'episodio urbanistico del Lemitone*, a cura di G. Fiengo, Napoli, Arte tipografica, pp. 163-203.

FIENGO, G., GUERRIERO, L. (2002). *Il centro storico di Aversa. Analisi del patrimonio edilizio*, tt. 2, Napoli, Arte tipografica.

«Gazzetta Piemontese» (1817), n. 62, 24 maggio.

GUALANDI, D. (1823). *Osservazioni sopra il celebre Stabilimento d'Aversa nel Regno di Napoli, e sopra molti altri Spedali d'Italia destinati alla reclusione e cura de' pazzi, con alcune considerazioni sopra i perfezionamenti di che sembra suscettivo questo genere di Stabilimenti*, Bologna, Tipografia dei fratelli Masi.

Il centro storico di Aversa. Piano di recupero 1996-2003 (2006), a cura di L. Guerriero, vol. 2, Napoli, Arte tipografica.

JACAZZI, D. (2018). *La cittadella monastica benedettina di San Lorenzo sulla Via Campana*, in *La città altra. Storie e immagini della diversità urbana: luoghi e paesaggi dei privilegi e del benessere, dell'isolamento, del disagio, della multiculturalità*, a cura di F. Capano, M. I. Pascariello, M. Visone, Napoli, Fedoa Press, pp. 145-152.

Le case dei matti. L'ospedale psichiatrico "Santa Maria Maddalena" di Aversa 1813-1999 (2011), a cura di C. Carrino, R. Di Costanzo, Napoli, Filema.

LENZI, M. (2007). *Moderatismo e amministrazione nel Granducato di Toscana. La carriera di Luigi Serristori*, Firenze, L. S. Olschki.

LINGUITI, G. M. (1812). *Ricerche sopra l'alienazione della mente umana*, Napoli, Tip. Angelo Trani.

MANZO, E. (2013). *La Real Casa dei Matti in Aversa*, in *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti *et al.*, Milano, Electa, pp. 277-279.

MIRAGLIA, B. (1861). *Programma di un manicomio modello italiano seguito dall'applicazione dei precetti del programma alle riforme del Real Morotrofio di Aversa*, Aversa, Tipografia del Real Morotrofio.

MIRAGLIA, B. (1866). *Progetto su la riforma di un Manicomio Ausiliario detto S. Agostino degli Scalzi pel Dott. Cav. B.G. Miraglia seguito dal progetto architettonico dell'arch. N. Stassano,* Aversa, Tipografia del Reale Manicomio.

PARENTE, G. (1857). *Origini e vicende ecclesiastiche della città di Aversa*, t. 1, Napoli, G. Cardamone.

PARENTE, G. (1858). *Origini e vicende ecclesiastiche della città di Aversa*, t. 2, Napoli, G. Cardamone.

PARENTE, G. (1988). *Tra Sapere e Potere: La cura della follia nel Regno di Napoli*, in *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società, istituzioni*, a cura di A. Massafra, Bari, Dedalo, pp. 1230-1240

PINEL, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier.

ROSSI, A. A. (1842). *Degli ospizi de' folli, e specialmente di quelli che sono nella nostra città di Aversa*, in «Annali Civili del Regno delle Due Sicilie», vol. XXIX, fasc. LVII, pp. 4-24.

RUSSO, M. (1995*). Il patrimonio architettonico assoggettato alla legge di tutela: osservazioni al PRG e nuove proposte di vincolo*, in *La conservazione del patrimonio architettonico. Osservazioni al P.R.G. di Aversa*, a cura di G. Fiengo, Napoli, Arte tipografica, pp. 45-58.

SAPORITO, F. (1907). *Il manicomio di Aversa in rapporto alla Legge e ai progressi della tecnica manicomiale. Mali e rimedi,* Napoli, Tip. F. Giannini e figli.

STASSANO, N. (1856). *Progetto di ampliamento e restauro del Real Morotrofio della Maddalena in Aversa*, Napoli, Stabilimento Tipografico di Gaetano Nobile.

VIRGILIO, G. (1875). *Del governo dei manicomii e dell'assistenza dei pazzi in Francia, Svizzera e Inghilterra: relazione al consiglio amministrativo del manicomio di Aversa*, Napoli, G. De Angelis e figlio.

VIRGILIO, G., D'ANIELLO, P. (1890). *Il manicomio di Aversa secondo la sua definitiva sistemazione edilizia: programma medico [di] G. Virgilio [...] seguito dal progetto architettonico [di] Pietro D'Aniello,* Aversa, Tip. Panfilo Castaldi.

VITALE, A. (1954). *Quasi un secolo di storia aversana*, Aversa, Tipi F.lli Macchione.

VULPES, B. (1855). *Descrizione di un letto per reprimere il furore de' folli. Nota del Segretario perpetuo Cavalier Benedetto Vulpes. Letta nella tornata del 13 luglio 1854*, in «Atti del Real Istituto d'Incoraggiamento», t. VIII, pp. 383-386.

Elenco delle fonti archivistiche

Aversa. Archivio Storico Diocesano. *Libro Maggiore di Montevergine*, 1750.

Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Carceri. B. 104 bis.

Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Carceri. B. 108.

Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Culto. B. 6, fasc. 16/2.

Caserta. Archivio di Stato. Intendenza, Ponti e Strade. B. 252.

Caserta. Archivio di Stato. Opere Pie. B. 468, fasc. 25, *Autorizzazione Sovrana per acquisto di fondi*, 3/3/1879.

Caserta. Archivio di Stato. Prefettura, Opere Pie. B. 234, fasc. 512, 574.

Caserta. Archivio di Stato. Prefettura, Opere Pie. B. 468, fasc. 25, 62.

Caserta. Archivio di Stato. Prefettura, Opere Pie. B. 537, fasc. 26.

Napoli. Archivio di Stato. Leggi e Decreti originali, vol. 65, *Decreto n. 10137 dell'11 marzo 1813.*

Napoli. Archivio di Stato. Ministero Lavori Pubblici. B. 10, fasc. 70.

Napoli. Archivio di Stato. Ministero Lavori Pubblici. B. 398, fasc. 36.

Napoli. Archivio di Stato. Ministero dell'Interno. Bb. 6, 1854-1855/95.

Napoli. Archivio di Stato. Ministero dell'Interno. I inventario, 1846, L. Serristori, *Sulla Real Casa d'Aversa*.

Napoli. Archivio di Stato. Ministero dell'Interno. II inventario. B. 9, 11/02/1809.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e Strade. B. 469, 501, fasc. 4150;

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e Strade. B. 550, fasc. 5116.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e strade. B. 566, fasc. 5369.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e Strade. B. 568, fasc. 5394.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e strade. F. 584, fasc. 3643.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e strade. F. 618, fasc. 6541.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e Strade. F. 709, fasc. 8938.

Napoli. Archivio di Stato. Ponti e strade. F. 726, fasc. 9632.

Sitografia

http://www.spazidellafollia.eu/it/complesso-manicomiale/ospedale-psichiatrico-di-aversa-"-santa-maria-maddalena" [gennaio 2021].

UN POSTO CONVENIENTE PER GENTE SCONVENIENTE

Giuseppina Scavuzzo

Abstract

Foucault denied the possibility of architecture to reverse the sense of oppressive devices such as asylums and exonerated the architect of the "peace crimes" described in the homonymous book by Franco Basaglia, on which he wrote an essay. The history of the Gorizia psychiatric hospital contradicts this irrelevance of architecture, showing how Basaglia's denial of the institution is also achieved through architectural transformations and the dialogue with various well-known architects.

Keywords

Psychiatric architecture, psychiatric hospital, asylums.

Introduzione

Il patrimonio costituito dagli ex ospedali psichiatrici può essere studiato da molteplici punti di vista. Uno è quello storico, che indaga lo sviluppo architettonico e le relazioni tra l'architettura e gli altri saperi coinvolti nella realizzazione di questi complessi; un'altra questione è il riuso, tra memoria e rigenerazione di aree da restituire alla città. I molti studi condotti in Italia su entrambi gli aspetti [Ajroldi, Crippa, Doti *et al.* 2013; Doti 2018] fanno riferimento al 1978, anno dell'entrata in vigore della legge n. 180, come termine cronologico di conclusione della storia di una tipologia architettonica, o meglio di una destinazione funzionale messa al bando per legge, l'ospedale psichiatrico, con il conseguente avvio dell'interrogazione sul riuso. Tuttavia, è rimasto quasi sempre in ombra il ruolo dell'architettura nel momento di passaggio che prepara l'approvazione della legge n. 180 o «legge Basaglia».
Il presente saggio intende approfondire la fase preparatoria e il luogo in cui si colloca, il piccolo ospedale psichiatrico di Gorizia dove Basaglia inizia la sua azione, attraverso alcuni documenti inediti e altri dimenticati o trascurati, potenzialmente utili al dialogo contemporaneo tra architettura e psichiatria, tra città e cura.

Dal manicomio austroungarico all'Ospedale Psichiatrico Provinciale

La legge n. 180 afferma il diritto dei "matti" di vivere nella città, immaginata in grado di mettere in discussione i miti del benessere e della produttività per fare spazio a chi ne

© Aisu International 2020

incarna la contraddizione e per questo ne è escluso. Il manicomio nasce, come spiega Michel Foucault, dalla volontà di mettere ordine in quelle zone fragili del mondo in cui già durante il Medioevo e il Rinascimento si era sentita la minaccia dell'insensato [Foucault 1963, 61]. In seguito, interviene il proposito di riportare alla produttività persone dai comportamenti spesso "sconvenienti", cioè indecorosi, e di peso per casse pubbliche, attraverso l'istituzione di manicomi con colonie agricole, economicamente convenienti[1].

Quanto descritto si rispecchia nella storia del manicomio Franz Joseph I costruito nel 1911 a Gorizia, allora Görz, città dell'impero austroungarico [Plesnicar 2011]. Molte decisioni relative alla scelta del sito, all'impianto planimetrico, a padiglioni simmetrici rispetto all'asse dei servizi, e al carattere stesso dell'architettura sono improntate a criteri di economicità e produttività imposti da agronomi e ingegneri. Le loro direttive prevalgono spesso sui princìpi terapeutici sostenuti dagli psichiatri e su quelle dell'architetto Ludovico Braidotti, autore anche del manicomio di Trieste, che redige il progetto, ma che, nelle fasi esecutive, è sostituito dall'ingegnere capo dell'Ufficio tecnico provinciale. Tuttavia, il progetto risente, in parte, del dibattito sviluppatosi intorno allo Steinhof viennese sull'equilibrio tra libertà e controllo e tradotto nello studio di variazioni di spazi interni: dalle stanze di prima classe, il cui modello sono le camere d'albergo, ai dormitori di terza classe, fino ai camerini di contenzione [Topp 2017b]. Tutte tipologie presenti nel piccolo manicomio goriziano, in cui i villini per i paganti differiscono dai padiglioni comuni, dove i dormitori si alternano a gruppi di celle di isolamento.

I manicomi austroungarici, pur nel loro classismo, attribuiscono un ruolo allo spazio nel processo di cura. Foucault, che non prende mai in esame questi istituti, descrive invece la struttura spaziale del manicomio, anche quello a padiglioni, come la trasposizione del *panopticon*, in cui la negazione di uno spazio privato e l'azzeramento dello *status* sociale dell'internato sono fondamentali per l'efficacia del dispositivo [Foucault 2015, 79]. È stato già evidenziato quanto, nella ricostruzione "genealogica" del filosofo francese, lo sforzo compiuto da architetti e psichiatri di studiare il ruolo terapeutico dello spazio sia trascurato e sottostimato [Topp 2017a].

Il manicomio goriziano, raso al suolo dai bombardamenti della prima guerra mondiale, viene riscostruito sotto il Fascismo, nella Gorizia ormai italiana, e inaugurato nel 1933. Il progetto, dell'architetto Silvano Barich, ricalca l'impianto planimetrico del vecchio complesso per recuperare le fondazioni dei padiglioni distrutti [s.a. 1933]. Una differenza indicativa rispetto al primo impianto è la scomparsa, nel nuovo Ospedale Psichiatrico Provinciale (OPP), dei due villini paganti: lungi dall'essere una scelta orientata all'uguaglianza nella cura, la modifica sancisce quanto l'ospedale psichiatrico sia ormai il "manicomio dei poveri", come sosterrà il movimento per la liberazione manicomiale, mentre i ceti più agiati si rivolgeranno alle case di cura private. Scompare, così, la declinazione in diversi livelli di *privacy* studiata dagli architetti austroungarici,

[1] Il titolo del presente saggio riprende quello di uno scritto di A. T. Schull [Schull 1980], in cui si evidenzia l'influenza dell'economia capitalista sul sistema di cura e classificazione dei malati di mente e i conseguenti principi distributivi dei manicomi vittoriani.

come l'articolazione di giardini aperti, cortili chiusi, recinzioni dissimulate da siepi, che misurava diversi gradi di negoziazione tra libertà e controllo nel manicomio austriaco, sul modello dei giardini dello Steinhof. A parte il giardino centrale, nel nuovo ospedale i padiglioni si affacciano tutti su cortili chiusi da recinzioni in muratura e rete metallica.

L'arrivo di Franco Basaglia

Nell'ospedale prima irrigidito dal regime, poi impoverito dalla seconda guerra mondiale e infine segnato dal nuovo confine con la Jugoslavia, che viene a coincidere con uno dei suoi muri di cinta, arriva nel 1961 Franco Basaglia, al primo incarico come direttore. Questo luogo marginale diviene allora la fucina di un esperimento inedito, la cui eco arriva ovunque. Jean Paul Sartre dirà: «Se volete vedere una realtà dove si elabora un sapere pratico, andate a Gorizia» [Babini 2009, 178]. La storia dell'ospedale dimostra quanto il "sapere pratico" non possa che confrontarsi con la realtà fisica dei luoghi e dell'architettura. Anche Foucault si interessa a quanto Basaglia sta realizzando a Gorizia [Foucalt 1994, 209] e per il libro *Crimini di pace,* curato dallo psichiatra italiano, scrive il saggio *La casa della follia* [Basaglia, Ongaro Basaglia 1975].
Parlando del ruolo dello spazio nei luoghi delle istituzioni totali, il filosofo francese manifesta sfiducia nella possibilità dell'architettura di invertirne il senso perché, dice, «non vi sono, per definizione, macchine di libertà» [Foucault 2001, 62]. La fase basagliana della storia dell'ospedale di Gorizia sembra, in parte, confutare questa visione tendenzialmente riduttiva del ruolo dell'architettura, raccontando quanto la negazione dell'istituzione muova anche dalla trasformazione fisica dei luoghi, in parallelo a un intenso confronto tra Basaglia e diversi architetti. Sotto la direzione di Basaglia vengono sospesi l'elettroshock e le forme di contenzione fisica – camicie di forza, letti di contenzione, l'uso di legare agli alberi i pazienti – e ai malati viene restituito il diritto di parola attraverso l'istituzione di assemblee generali. Dal punto di vista dell'organizzazione dello spazio, vengono aperti i reparti, divelti cancelli e abbattute, dagli stessi pazienti, le recinzioni dei cortili.
I primi interventi sugli interni sono mirati a riportare luce e aria con colori chiari alle pareti e l'eliminazione delle scure zoccolature a olio tipiche di tutti i vecchi ospedali psichiatrici. Nei soggiorni, luogo delle assemblee, vengono realizzate grandi pitture murali "alla Mondrian" [Slavich 2018, 86]. I murali, ora perduti ma immortalati da un documentario girato durante le assemblee[2], non servono solo a vivacizzare e decorare; essi sono interventi di arte civile che conferiscono dignità al luogo in cui si esercita la più alta forma di terapia, la libertà, come reciterà uno dei più famosi *slogan* per la deistituzionalizzazione psichiatrica: "la libertà è terapeutica".
Il recupero dell'identità dei pazienti, che prima la malattia e poi l'ospedale hanno messo in crisi, passa per interventi, anche minuti, di riconquista di uno spazio, come la

[2] PELTONEN, P. (1968). *La favola del serpente*, produzione: Radiotelevisione finlandese (Yleisradio); regia: Pirkko Peltonen; riprese: Rai di Venezia; montaggio: Rai di Milano; b/n; durata 30'.

consegna ai pazienti di comodini in cui conservare gli effetti personali requisiti al momento del ricovero. Questi piccoli elementi di arredo, architetture *in nuce*, serbando oggetti e ricordi in uno spazio delimitato e protetto, contribuiscono alla ricostruzione di una memoria e di un'identità.

Il progetto di riordino redatto con Daniele Calabi

Basaglia va oltre gli interventi puntuali, come dimostra un documento recentemente ritrovato negli archivi della Regione Friuli Venezia Giulia. Si tratta dello *Studio preliminare per il riordinamento dell'ospedale psichiatrico di Gorizia*, datato giugno 1962, e firmato da Basaglia e dall'architetto veneziano Daniele Calabi. Il documento, privo di disegni, è un testo programmatico che espone una visione chiara di quello che i due pensano debba essere il nuovo ospedale psichiatrico goriziano. Tuttavia, «il problema […] non è sostanzialmente diverso da quello che si presenta a quasi tutti gli ospedali psichiatrici italiani nell'attuale fase di sviluppo delle conoscenze scientifiche, delle tecniche terapeutiche, delle sensibilità sociali»[3].

Il programma smantella, sistematicamente e senza provocazioni, l'ospedale come luogo di internamento: non essendo ancora maturi i tempi per negare legalmente l'ospedale psichiatrico, questo viene negato architettonicamente. Si propone la costruzione di un nuovo edificio, un "centro diagnostico", con 150 posti letto e tutte le tecnologie aggiornate per la diagnosi e la terapia, e la trasformazione degli attuali reparti in spazi domestici, definiti "case degli assistiti", con camere, soggiorni, servizi, laboratori di pittura e di teatro. I padiglioni cessano, quindi, di essere luoghi della terapia che non si identifica più nella vita all'interno dell'istituzione in quella coincidenza tra cura e dispositivo terapeutico-architettonico alla base dell'internamento.

Il documento ritrovato serve anche a dimostrare all'amministrazione la sostenibilità economica del progetto: per tale ragione è sintetico, ma l'idea di trasformazione che contiene fa trasparire un intenso scambio tra Basaglia e Calabi e un'affinità nell'intendere cura, socialità e residenzialità. Diversi aspetti del programma si ritrovano, infatti, negli ospedali psichiatrici progettati da Calabi, soprattutto in quello di Verona, dello stesso anno. In quel momento Daniele Calabi è un ingegnere e architetto al culmine della sua attività, più maturo rispetto al giovane psichiatra, e ha già realizzato a Gorizia la locale casa di riposo per cui, nel 1960, ottiene il premio internazionale di architettura «Andrea Palladio».

L'ospedale di Verona si articola intorno agli spazi verdi e ai campi da gioco, luoghi della socialità. Gli edifici direzionali e amministrativi si trovano in posizione periferica. I reparti, che ricreano ambienti di vita domestica, sono disposti asimmetricamente intorno al vuoto centrale, con collegamenti vetrati rivolti verso gli spazi aperti di uso comune.

---

[3] Trieste. Archivio Regione Friuli Venezia Giulia. Fasc. *Ospedale psichiatrico di Gorizia* 1955-1990: Calabi, D., Basaglia, F. (1962). *Studio preliminare per il riordinamento dell'ospedale psichiatrico di Gorizia*, 1 giugno.

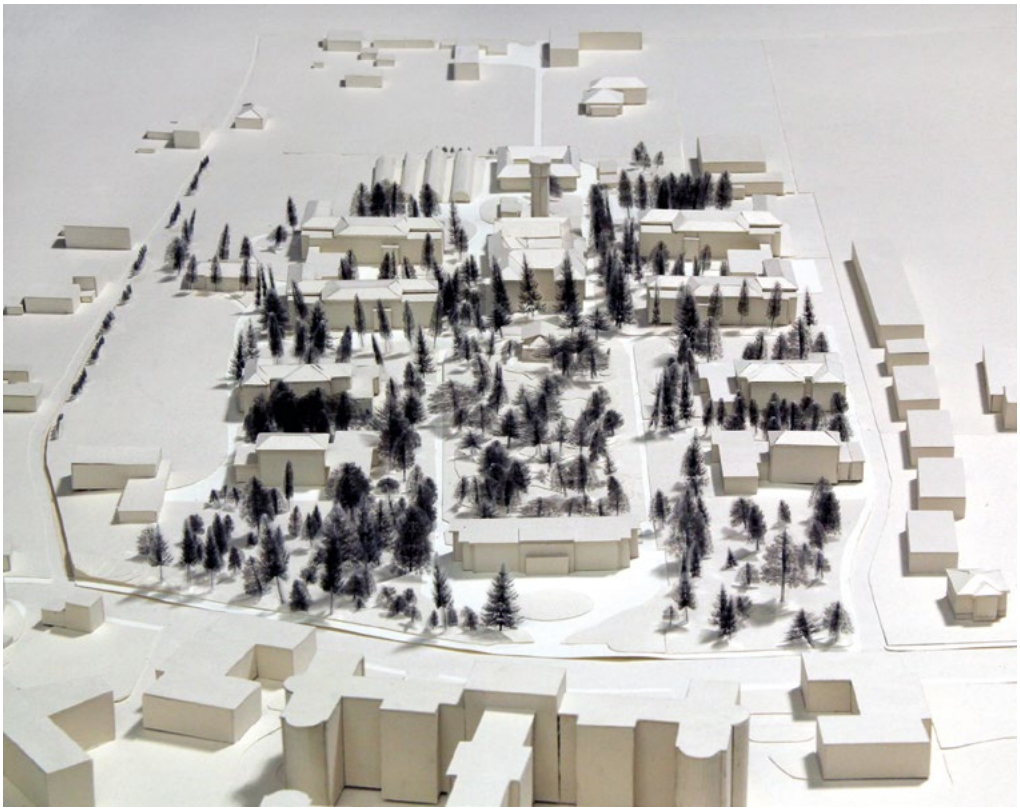
Per favorire gli scambi con l'esterno, laboratori e negozi, pensati per un pubblico e per lavoratori provenienti sia dall'interno che dall'esterno dell'istituto, sono posizionati vicino all'ingresso. Il progetto, contestato proprio per questa accessibilità al pubblico, viene tuttavia approvato nel 1963. La morte prematura impedisce all'architetto di seguirne la realizzazione, completata nel 1969 con diverse modifiche.
A Verona, Calabi realizza un'inversione spaziale e concettuale dell'ospedale a padiglioni simmetrici rispetto all'asse dei servizi, come quello goriziano: al centro c'è lo spazio che identifica la comunità dei pazienti piuttosto che gli edifici che rappresentano l'istituzione. La cura è la comunità stessa, divenuta "terapeutica", principio attivo per la guarigione. Gli spazi ospedalieri in senso stretto, come in una città, sono servizi cui rivolgersi al momento e per il tempo necessario. Un'inversione di senso che lo studio preliminare di riordino cerca di imprimere anche all'ospedale goriziano.

Le trasformazioni degli interni

La scomparsa di Calabi e la lentezza nell'approvazione dei finanziamenti al progetto di riordino inducono Basaglia ad avviare, intanto, dei lavori di trasformazione interna dei padiglioni, mentre il padiglione malattie infettive viene trasformato, alla fine del 1964, in un "ospedale di giorno", versione ridotta del centro diagnostico pensato con Calabi.
Del progetto di modifica viene incaricato un tecnico locale, Lucio Cerani. I disegni di Cerani, ritrovati negli archivi della Regione Friuli Venezia Giulia[4], mostrano come Basaglia intenda smantellare il meccanismo manicomiale agendo dall'interno: i muri delle celle di isolamento sono demoliti e i grandi dormitori sono frazionati in camere per piccoli gruppi di pazienti. Nella relazione che accompagna il progetto, scritta dallo stesso Basaglia, l'operazione viene definita «nucleizzazione». I nuclei, di capacità variabile da un minimo di due a un massimo di sei letti, dotati di nuovi blocchi servizi, si raccolgono intorno a degli ambienti soggiorno-pranzo facilmente raggiungibili da una cucina comune. Un ulteriore soggiorno comune serve tutto il piano, per ospitare le assemblee. La nuova disposizione prevede spazi di disimpegno tra le camere, i servizi e il corridoio, assenti nella precedente distribuzione in cui i dormitori e le celle hanno accesso diretto dai lunghi corridoi per facilitare la sorveglianza. La differenziazione in spazi riservati a gruppi piccoli di pazienti, disimpegni, spazi comuni, ricorda i distributivi dei padiglioni austriaci di prima classe, in cui gli spazi filtro mediano tra privato, socialità, spazi di servizio.
In un successivo documento inviato all'Amministrazione provinciale[5], Basaglia propone che il progetto di riordino abbia una validità quinquennale e sia poi verificato secondo le esigenze dei pazienti, aprendo all'ipotesi di comunità autonome esterne, il sistema di

[4] Trieste. Archivio Regione Friuli Venezia Giulia. Fasc. 1955-1990, n. 2444, *Ampliam. e sistemaz. dell'OPP di Gorizia. Progetto e contributo statale*.

[5] Venezia. Archivio Basaglia. Serie 3, fasc. 2, *Proposte per il proseguimento della riorganizzazione dell'ospedale psichiatrico* (s. d.).



1: L'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale, oggi Parco Basaglia, modello in scala 1:200 realizzato presso il laboratorio di Progettazione Architettonica 3, docente G. Scavuzzo, Università degli studi di Trieste, corso di laurea magistrale CU in Architettura, 2018.

assistenza diffuso poi realizzato a Trieste. Il carattere temporaneo del progetto è centrale nelle richieste che Basaglia avanza all'architettura per l'assistenza psichiatrica, perché transitorietà e convertibilità corrispondano, per il malato, alla propria condizione che egli deve sentire transitoria, aperta a un futuro alternativo. Una trasformabilità confermata dall'ospedale di Calabi a Verona, utilizzato oggi per ospitare servizi legati alla salute ma non psichiatrici.

L'esperienza di Basaglia a Gorizia si chiude nel 1968, quando un omicidio commesso da un paziente in permesso di uscita, i conseguenti procedimenti legali e il clima di ostilità diffuso in città, portano alle dimissioni dello psichiatra. L'azione di de-istituzionalizzazione prosegue a Trieste e qui trova il compimento nella prima chiusura ufficiale di un ospedale psichiatrico sostituito dalla Comunità terapeutica.

Le trasformazioni progettate, e parzialmente realizzate, fin qui descritte, non possono essere viste solo come l'azione di un buon direttore che apporta migliorie al complesso di cui è responsabile ma si collocano in una visione più ampia del possibile ruolo dell'architettura nella cosiddetta liberazione manicomiale, come confermano gli scritti e i confronti di Basaglia con diversi architetti.

La *querelle* con gli architetti francesi di «Recherches»

Il primo dei testi in cui Basaglia si confronta con l'architettura è l'articolo *Exclusion, programmation et intégration* [Minguzzi, Basaglia, Ongaro Basaglia 1967], scritto nel 1967, insieme allo psichiatra Gian Franco Minguzzi e a Franca Ongaro per il numero speciale della rivista francese «Recherches», intitolato *Programmation, architecture et psychiatrie* e dedicato ai luoghi e alle architetture per la psichiatria. L'articolo, giudicato troppo radicale, non verrà inserito nello speciale, ma pubblicato in una sezione nel numero 5 della rivista, intitolata *En marge du numéro spécial «Architecture, Programmation, Psychiatrie»*.
La rivista «Recherches», fondata nel 1965, è l'organo di divulgazione della FGERI, Fédération des Groupes d'Études et de Recherches Institutionnelles, un collettivo di gruppi di ricerca operanti in diverse discipline – architettura, pianificazione urbana, linguistica, etnografia, cinema, psichiatria – espressione di un movimento intellettuale e politico trasversale a correnti comuniste, anarchiche, socialiste, che si raccoglie intorno al filosofo e psicanalista Félix Guattari. Trasformatosi poi in CERFI, Centre d'Études, de Recherches et de Formation Institutionnelles, il collettivo intenderà fornire proposte e progetti di rinnovamento alle istituzioni psichiatriche, educative, giudiziarie e sanitarie in senso ampio. Per la FGERI la follia è una stimolante questione teorica, da discutere con le istituzioni dando sostanza al proprio essere militante, ma sempre nell'ambito di un discorso politico e filosofico più ampio. Per Basaglia, che pure è interessato alla lettura filosofica della follia, quello psichiatrico è prioritariamente un urgente problema sociale. Questa differenza di priorità fa giudicare l'articolo di Basaglia troppo radicale nella sua critica sociale rispetto al numero della rivista che si prefigge di individuare soluzioni architettoniche per riformare il sistema di cura.
Il testo degli psichiatri italiani muove dall'assunto che non sia possibile parlare di ristrutturazione e umanizzazione delle istituzioni psichiatriche fin tanto che queste continuano a confermare l'esclusione del malato dalla società dei sani e dei produttivi. Nel testo si contesta la «corsa per la costruzione del più bell'Ospedale psichiatrico "pensato" dal più "bravo" architetto», dove il paziente sarà «costretto ad adattarsi alla cornice in cui è circoscritto… come se la sua vita fosse destinata a svolgersi in un'altra dimensione» [Minguzzi, Basaglia, Ongaro Basaglia 1967, 82][6]. All'architettura, invece, si chiede «come poter costruire qualcosa che contenga in sé la possibilità di autodistruggersi per mutarsi, prima di iniziare ad agire sul malato come uno spazio che gli si impone e non più il luogo in cui egli trovi il proprio significato?» [Minguzzi, Basaglia, Ongaro Basaglia 1967, 82][7].
La radicalità espressa nell'articolo può apparire in contraddizione con il lavoro di trasformazione che Basaglia conduce, in quello stesso momento, sull'ospedale goriziano. In realtà le modifiche apportate migliorano le condizioni di vita dei malati, ma hanno il

[6] Traduzione dell'autrice.

[7] Traduzione dell'autrice.

fondamentale obiettivo di sostenerne le pratiche di resistenza, di dare spazio alla contestazione dell'istituzione da parte dei malati; non puntano a riformare l'istituzione, ma, quasi all'opposto, a metterla in discussione dall'interno. Lo scambio con gli architetti francesi conferma questa interpretazione dei progetti goriziani.

La bozza di articolo per «Casabella»

Un altro importante documento è un testo dattiloscritto, datato 1976, conservato nell'archivio della Fondazione Basaglia con la dicitura «Schema di articolo per Casabella, titolo provvisorio Psichiatria ed Architettura», autori Franco Basaglia, Franca Basaglia, Giorgio Bellavitis, Nani Valle[8].
Nel dicembre del 1971 lo studio architetti Bellavitis & Valle è incaricato della redazione di un piano programma per la riabilitazione del parco di San Giovanni", sede dell'ospedale psichiatrico di Trieste di cui Basaglia è divenuto direttore lo stesso anno. L'attività di Bellavitis e Valle sul complesso durerà cinque anni e comprenderà interventi a scale diverse: dal ridisegno della viabilità interna, al restauro e riuso dei padiglioni per funzioni residenziali, ospedaliere e laboratoriali per l'Università di Trieste, fino agli interventi sugli interni e l'arredamento [Pastor 2016].
Tuttavia, mentre l'*iter* di elaborazione, approvazione e finanziamento dei progetti procede con i tempi delle procedure amministrative e della burocrazia, l'azione di deistituzionalizzazione messa in moto da Basaglia avanza velocemente: prima che gli interventi di riconversione vengano realizzati, i degenti si sono già trasformati in "ospiti", secondo il riconoscimento giuridico previsto dalla legge, e si procede con il decentramento in nuclei di assistenza esterni, diffusi nella città. Quando l'ospedale è ufficialmente dismesso non si è ancora organizzata una gestione collettiva degli edifici del complesso, condannando alcune parti all'abbandono.
La bozza di articolo muove dal "progetto mancato" per Trieste, ma sembra conseguenziale all'articolo per «Recherches». Se nella rivista francese si chiede all'architettura la disponibilità a progettare la propria trasformazione anche in termini di rappresentazione sulla scena urbana, in questo caso è la dismissione dell'ospedale esistente a coinvolgere la città stessa. Considerato quanto la questione del riuso degli ex ospedali psichiatrici sia ancora aperta, lo scritto sembra un messaggio arrivato dal passato a fornire considerazioni che, nel momento concitato di attuazione di una riforma, nessuno ha ascoltato. Anche a quel clima controverso sono legate, probabilmente, le ragioni per cui l'articolo rimane inedito; che sia stato proposto a «Casabella» o viceversa richiesto è un'informazione al momento mancante.
L'interesse dell'articolo non risiede in indicazioni operative sul riuso – le ipotesi di riconversione sarebbero state affidate alle immagini a corredo del testo, mancanti. Il tema principale dello scritto è il confronto tra architettura e psichiatria che la vicenda

[8] Venezia. Archivio Basaglia. Serie 9 *Lavori*, fasc. 5, b. 11, 1972-1980: Basaglia, F. Ongaro Basaglia, F., Bellavitis, G., Valle, N., *Schema di un articolo per Casabella* datt., 7 cc.

dell'ospedale di Trieste fa emergere «come sintomo di una crisi che coinvolge il rapporto fra gli architetti e le istituzioni […] viene affrontata la questione di che cosa sia la psichiatria e di che cosa sia l'architettura, non in una prospettiva planetaria e generica, ma in una concreta prospettiva d'uso delle rispettive competenze tecniche rispetto ai bisogni cui deve rispondere l'assistenza psichiatrica»[9].
Le sfide aperte dal fallimento dell'ospedale psichiatrico sembrano mettere in crisi più l'architettura che la psichiatria: «la negazione dell'istituzione mette in crisi la professionalità dello psichiatra, come protagonista dell'istituzione, ma gli consente ancora dei margini operativi e culturali. Ma in una prassi psichiatrica tendente alla problematizzazione del rapporto tra psichiatra e malato, il margine per la razionalizzazione tipologica dei bisogni, operata dall'architettura, si riduce fino all'estinzione»[10].
La psichiatria istituzionale tradizionale consentiva la trasmissione di istruzioni tecniche all'architetto che elaborava tipologie e le perfezionava in senso autoprotettivo per la società e per lo psichiatra. La sfida, che a Trieste non si fa in tempo a cogliere, è progettare un'architettura per una pratica psichiatrica che smette di fornire istruzioni, rifuggendo le classificazioni e gerarchie nosologiche in cui il corpo e il destino del malato sono incasellati. Questa psichiatria mette in crisi la nozione stessa di progetto come proiezione verso una realtà fisica, perché i suoi tempi di previsione e realizzazione sono asincroni rispetto alla problematizzazione del rapporto tra psichiatra e malato, riguardante anche la relazione tra architettura della cura e malato.
La riconversione del parco di San Giovanni interroga la suscettibilità di strutture caratterizzate da una forte tipologizzazione specialistica a essere riutilizzate non solo da una pratica psichiatrica trasformata – che per lo più punterà a uscire dai confini del parco – ma da una città stessa che non si vuole più aproblematica ed emarginante. Basaglia chiede all'architettura non solo di sostenere il malato mentale nel cercare la propria dimensione, ma di svolgere questo ruolo problematizzante per tutti, anzi a maggior ragione per chi, diversamente dal folle che a modo suo contesta il controllo imposto, lo interiorizza inconsapevolmente.

Conclusioni

L'ultimo testo in cui Basaglia parla di architettura, lo stesso anno della sua scomparsa, il 1980, è la prefazione al libro di un architetto e docente al Politecnico di Torino, Sergio Santiano, dal singolare e programmatico titolo: *B come architetture, z come salute. Per un uomo che sembra doversi liberare, per sopravvivere, e della medicina e dell'architettura diventate mercificazione* [Santiano 1980].

[9] Venezia. Archivio Basaglia. Serie 9 *Lavori*, fasc. 5, b. 11, 1972-1980: Basaglia, F. Ongaro Basaglia, F., Bellavitis, G., Valle, N., *Schema di un articolo per Casabella* datt., 7 cc., p. 1.

[10] Venezia. Archivio Basaglia. Serie 9 *Lavori*, fasc. 5, b. 11, 1972-1980: Basaglia, F. Ongaro Basaglia, F., Bellavitis, G., Valle, N., *Schema di un articolo per Casabella* datt., 7 cc., p. 1.

Al centro della prefazione è la metafora del manicomio come rappresentazione teatrale di cui lo psichiatra e l'architetto sono i «capocomici», come «farsa» per cui «l'architetto prepara sempre le stesse quinte» [Basaglia 1980, 5]. Quella rappresentata è una farsa perché la falsa razionalità della malattia mentale nasconde l'irrazionalità temuta, impedisce di vedere la tragedia vera della follia che è «il viversi altrimenti per non poter vivere se stessi. […] Chi può parlare è solo la Ragione, la ragione del più forte, la ragione dello Stato e dei suoi delegati, architetto o psichiatra che siano e mai quella del diseredato-committente, dell'emarginato, di chi non ha» [Basaglia 1980, 5]. Dunque, si invita l'architetto ad aprire occhi e orecchie per vedere e sentire, al di là delle pretese della ragione dominante, le richieste di questo committente "sconveniente".
La responsabilità limitata che Foucault attribuisce all'architettura vale finché all'architetto sono richieste solo soluzioni e risposte aproblematiche alle istruzioni dello psichiatra. Se, invece, gli si chiede di porsi delle domande, di problematizzare la propria posizione, allora se chiude occhi e orecchie a chi già dalla follia è indotto «a viversi altrimenti per non poter vivere se stesso» [Basaglia 1980, 5]. Ebbene, in quel caso, anche l'architetto è imputabile di "crimini di pace".
L'istanza che sembra scaturire dalla vicenda goriziana e dal dialogo tra psichiatria e architettura che da lì ha preso forma è che l'architettura debba aprirsi a usi non programmati, sostenere i tentativi di resistenza alla pressione a essere performanti imposta dal *trend* normalizzante della città contemporanea, mettere il sapere disciplinare al servizio di un sovvertimento invece che di un mantenimento delle condizioni date, se queste contraddicono una missione fondamentale del fare abitare: mettere in condizione di essere se stessi nel luogo in cui si vive.

Bibliografia

BABINI, V. (2009). *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: Una storia del novecento*, Bologna, Il Mulino.

Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione (1975), a cura di F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia Torino, Einaudi.

BASAGLIA, F. (1980). *Prefazione*, in Santiano, B., *B come architettura, z come salute. Per un uomo che sembra doversi liberare, per sopravvivere, della medicina e dell'architettura diventate mercificazione,* Verona, Bertani, pp. 5-7.

FOUCAULT, M. (1963, I ed. fr. 1961). *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Biblioteca Universale Rizzoli.

FOUCAULT, M. (1994). *Dits et écrits. 1954-1988*, vol. 2, Paris, Gallimard.

FOUCAULT, M. (2001, I ed. ing. 1982). *Spazio, sapere e potere,* in *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*, a cura di S. Vaccaro, Milano, Mimesis, pp. 53-72.

FOUCAULT, M. (2015, I ed. fr. 1974). *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli.

I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento (2013), a cura di C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti *et al.*, Milano, Electa.

MINGUZZI, G. F., BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F. (1967). *Exclusion, programmation et intégration*, in «Recherches», n. 5, pp. 75-84.

PASTOR, B. (2016). *Progettazione di ospedali: l'organizzazione dello spazio tra specializzazione e flessibilità, ovvero la ricerca del tipo neutro*, in *La concretezza sperimentale. L'opera di Nani Valle*, a cura di S. Maffioletti, Padova-Venezia, Il poligrafo-IUAV, pp. 155-178.

PLESNICAR, M. (2011).*Un campo fecondissimo di vedute discordanti. L'ospedale psichiatrico di Gorizia "Francesco Giuseppe I". Nascita e sviluppo dell'istituzione manicomiale nel dibattito politico provinciale (1861-1911)*, Mariano del Friuli, Edizioni della Laguna.

S. A. (1933). *L'Ospedale psichiatrico provinciale di Gorizia*, Gorizia, Tipografia Sociale.

SANTIANO, S. (1980). *B come architettura, z come salute. Per un uomo che sembra doversi liberare, per sopravvivere, della medicina e dell'architettura diventate mercificazione,* Verona, Bertani.

SCHULL, A. T. (1980). *A convenient place to get rid of inconvenient people: the Victorian lunatic asylum* in *Buildings and society: essays on the social development of the built environment*, a cura di A. D. King, London, Routledge, pp. 37-60.

SLAVICH, A. (2018). *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Merano, AB.

TOPP, L. (2017a). *Freedom and the Cage: Modern Architecture and Psychiatry in Central Europe, 1890-1914*, University Park, The Penn State University Press.

TOPP, L. (2017b). *Isolation, Privacy, Control and Privilege: Psychiatric Architecture and the Single Room*, in *Healing Spaces, Modern Architecture and the Body*, a cura di S. Schrank, D. Ekici, Routledge, London-New York, pp. 85-102.

Elenco delle fonti archivistiche

Trieste. Archivio Regione Friuli Venezia Giulia. Fasc. 1955-1990, n. 2444, *Ampliam. e sistemaz. dell'OPP di Gorizia. Progetto e contributo statale*.

Trieste. Archivio Regione Friuli Venezia Giulia. Fasc. *Ospedale psichiatrico di Gorizia* 1955-1990: Calabi, D., Basaglia, F. (1962). *Studio preliminare per il riordinamento dell'ospedale psichiatrico di Gorizia*, 1 giugno.

Venezia. Archivio Basaglia. Serie 3, fasc. 2, *Proposte per il proseguimento della riorganizzazione dell'ospedale psichiatrico* (s. d.).

Venezia. Archivio Basaglia. Serie 9 Lavori, fasc. 5, b. 11, 1972-1980: Basaglia, F. Ongaro Basaglia, F., Bellavitis, G., Valle, N., *Schema di un articolo per Casabella* datt., 7 cc.

Sitografia

DOTI, G. (2018). *Spazi della follia: damnatio memoriae vs riuso*, in «Il giornale dell'architettura»: http://ilgiornaledellarchitettura.com/web/2018/05/15/spazi-della-follia-1-damnatio-memoria-e-vs-riuso [maggio 2018].

ALTERITÀ FISICA E MENTALE NELLA CITTÀ. QUANDO UNA CURA NON C'È

Martina Di Prisco, Anna Dordolin, Paola Limoncin

Abstract

The theme of care is intertwined with urban history in the relationship between clinical and social phenomena that develop in architecturally defined forms and spaces. The autism condition led us to investigate the spaces of the city in which this care relationship takes place. Spatial shapes and urban relations tell us which is the role of architecture in guaranteeing a more democratic city capable of welcoming physical and mental otherness.

Keywords

Autism, neurodiversity, inclusion, SensHome, architecture.

Introduzione

Autismo e città

Il tema della cura si intreccia con la storia urbana quando lo rileggiamo nel rapporto tra fenomeno clinico e fenomeno sociale che si sviluppa in forme e spazi definiti architettonicamente. In linea con le ricerche che stiamo conducendo[1], è di grande interesse approfondire la questione dal punto di vista dell'autismo, categoria medica e fenomeno socioculturale [Solomon 2010], attraverso l'individuazione dei modi in cui cura e progettazione possono essere interrelati nella formazione di oggetti e spazi urbani [Imrie, Kullman 2016].

Senza necessariamente intendere la cura come finalizzata alla guarigione da una malattia, cercheremo di analizzare le sue interconnessioni con l'architettura, tentando di proporre delle possibili declinazioni. Quattro casi studio saranno illustrati come paradigmatici di altrettante interpretazioni del concetto di "cura".

[1] M. Di Prisco è dottoranda presso il dottorato di ricerca in Ingegneria civile ambientale e Architettura, interateneo tra l'Università degli Studi di Trieste e l'Università degli Studi di Udine (XXXV ciclo); A. Dordolin e P. Limoncin sono assegniste nell'ambito del progetto di ricerca *La casa Sensibile SENSHOME: Sensori per Ambienti Speciali. La casa il più possibile normale e speciale quanto necessario*, finanziato dal programma europeo Interreg V-A Italia-Austria 2014-2020. Il progetto SENSHOME punta su una rete di competenze trasversali e internazionali. *Lead partner* è la Libera Università di Bolzano; partecipano l'Università degli Studi di Trieste, Kärnten University of Applied Sciences e Eureka s.r.l. Responsabile scientifico per Trieste è la professoressa Giuseppina Scavuzzo del Dipartimento di Ingegneria e Architettura.

© Aisu International 2020

Autismo. Dalla scoperta della patologia alla consapevolezza che non esiste cura

I primi testi sull'autismo descrivono spesso bambini chiusi nel proprio mondo, tanto che la parola *autistico* nella sua origine denota una persona tendente all'isolamento e alla solitudine [Kanner 1943], con diagnosi spesso associate a disfunzione cerebrale, ritardo mentale o psicosi infantile.
Introdotto nella letteratura medica nei primi anni del Novecento, il concetto di autismo ha mantenuto, fino agli anni Quaranta, una connotazione legata al sintomo di schizofrenia infantile, passando poi ad essere definito in un quadro clinico caratterizzato dall'incapacità di rapportarsi con l'ambiente. Nel 1967 si fa strada la teoria che l'autismo sia un disturbo causato dalla freddezza emotiva dei genitori [Cohmer 2014], ed è appena negli anni Ottanta che viene dimostrato come la condizione sia dovuta ad un chiaro fattore biologico, confutando le precedenti affermazioni sulla sua presunta genesi psichica.
Il gruppo di ricerca coordinato dalla psichiatra Lorna Wing definisce l'autismo non come una malattia, ma come un quadro sintomatologico di un insieme di condizioni dove ciascuno presenta un caso a sé. Viene introdotta la formula "condizioni dello spettro autistico", che rappresenta un'ampia gamma di atipicità cognitive e comportamentali: da individui che hanno bisogno di aiuto continuo a persone che vivono e lavorano in modo indipendente [Wing, Gould 1979].
Il riconoscimento della permanenza di tale condizione e della sua incurabilità porta le comunità di persone autistiche a introdurre il termine *neurodiversità*[2], definendo l'autismo non come una malattia, ma come una caratteristica della persona stessa[3].

La cura: un aspetto controverso

La maggior parte del lavoro presente in letteratura è guidato dall'intenzione di assistere, supportare o mitigare le presunte abilità mancanti delle persone autistiche, «perseguendo involontariamente un programma normativo di "riparazione delle persone"» [Frauenberger, Spiel, Makhaeva 2019, 666][4]. Anche la progettazione per l'autismo ha generalmente come punto di partenza il deficit di questi soggetti, e lascia in secondo piano le questioni etiche e morali sulla comprensione e accettazione delle disabilità nella società.

---

[2] Judy Singer, sociologa con tratti autistici, ha coniato il termine nel 1998. Con la sua definizione, ha posto l'accento sulle qualità e sulle risorse delle persone neurodiverse, valorizzando i loro modi atipici di imparare, pensare ed elaborare informazioni, vedendoli come variazioni umane. Per la neurodiversità, le persone con autismo rappresentano una normale variazione neurologica al pari di razza, genere o sessualità. Il paradigma della neurodiversità sostiene che la condizione autistica non è da curare, quanto piuttosto una specificità umana o una differenza nei modi di socializzare, comunicare e percepire, che non sono affatto necessariamente svantaggiosi [Jaarsma, Wellin 2012].

[3] «Per loro, come è già stato detto, l'autismo non è una malattia, ma una parte costitutiva di ciò che sono. Cercare una cura implica presumere che l'autismo sia una malattia, non una nuova categoria di differenza umana», traduzione a cura delle autrici [Ortega 2009, 431].

[4] Traduzione a cura delle autrici.

L'autismo ci porta a riflettere sul significato di *cura* quando sappiamo che una guarigione non c'è, ma che la cura stessa va intesa come una serie di azioni che portano a un maggior benessere della persona, attuate attraverso la terapia abilitativo-riabilitativa [Giddan, Ucelli Di Nemi 2003], la vita in comunità e in determinati contesti e ambienti progettati per le diverse sensibilità.

Gli abitanti (della città) con una sensibilità particolare

Nell'ambito della sociologia urbana, negli anni Venti la scuola di Chicago pubblica una serie di saggi in cui intende analizzare e comprendere i processi attraverso i quali nella città si incontrano gruppi etnici e sociali diversi, e come modifichino il contesto sociale in cui si trovano e siano a loro volta influenzati da esso. «In altre parole, la città non è semplicemente un meccanismo fisico e una costruzione artificiale: essa è coinvolta nei processi vitali della gente che la compone; essa è un prodotto della natura, e in particolare della natura umana» [Park 1984, 1][5].

L'opera di Simmel ha influito in modo diretto sui teorici americani, attraverso il suo saggio sulla vita nelle metropoli e la sua specifica interpretazione della vita quotidiana nelle città all'inizio del Novecento. La città non viene più analizzata attraverso i suoi mutamenti strutturali, ma attraverso i suoi modelli relazionali.

Se proviamo a leggere la città dal punto di vista dell'interazione tra persone autistiche e ambiente, dobbiamo innanzitutto guardare al funzionamento sensoriale differente che vivono i soggetti neurodiversi. Viene vissuta una *diversa esperienza sensoriale* [Bogdashina 2011] nel suo complesso, legata sia alla percezione sensoriale stessa che al movimento del corpo nello spazio: questo comporta una diversa esperienza di socialità. Il corpo fisico e il corpo sociale[6] si muovono e articolano la loro relazione con l'ambiente in modo *a-tipico*. Provando a delineare i *funzionamenti urbani atipici* delle persone autistiche, le problematiche ricorrenti sono: percezione sensoriale accentuata e quindi rischio di sovraccarico percettivo; necessità di comunicare utilizzando sistemi di immagini; bisogno di rispettare una *routine* e di seguire delle sequenze temporali di supporto all'azione [Talu, Tola 2018].

Simmel è interessato a capire come il singolo soggetto si comporta quando è chiamato a gestire una crescente pluralità di ruoli e situazioni che si verificano nella città. Egli definisce le metropoli come luogo di *sovrastimolazione* sensoriale, deducendo che l'uomo, per adattarsi all'ambiente, ha sviluppato un organo di difesa definito intelletto, che lo protegge dagli stimoli eccessivi a cui è sottoposto [Simmel 1995]. Tuttavia, tale capacità di *auto-difesa* dell'uomo moderno non è sviluppabile nelle persone autistiche proprio perché hanno una diversa sensibilità. Per questo motivo, quando parliamo di città dobbiamo tenere conto che la struttura visiva dei luoghi è un importante elemento

[5] Traduzione a cura delle autrici.

[6] Termine a cui lo psichiatra Franco Basaglia fa spesso riferimento nei suoi testi per indicare il tema della riparazione del corpo fisico e di quello sociale. La società pretende di "riparare il corpo organico", tornando a sentirsi sana e produttiva, mentre il malato (mentale) rappresenta la contraddizione dei miti del benessere e della produttività.

sensoriale: la leggibilità dello spazio e delle sequenze, il senso di orientamento offerto, la qualità dell'ambiente e la sua conformazione spaziale, possono limitare le stimolazioni cognitive e favorire così un senso di benessere [Söderström 2016].
La metropoli di cui ci parla Simmel, in cui «la vicinanza e la angustia dei corpi rendono più sensibile la distanza psichica» [Simmel 1995, 49], porta l'individuo ad alienarsi per difendersi dagli «stimoli nervosi e contraddittori» [Simmel 1995, 42] che essa provoca. Questo fa riflettere ancora oggi su come l'interazione tra ambiente sociale e ambiente costruito medi non solo come vediamo, ma anche come ci sentiamo, noi stessi e gli altri. Studi recenti mostrano che i disturbi dell'umore e dell'ansia sono prevalenti tra i residenti delle città e l'incidenza della schizofrenia è fortemente aumentata tra i nati e cresciuti in un ambiente urbano [Davidson, Henderson 2016, 90].

Questioni sulla progettazione per l'autismo

La persona neurotipica non ha le competenze personali necessarie a capire la mente della persona autistica, a meno che non abbia con essa una stretta correlazione sociale. Le divergenze di percezione tra neurotipico e autistico sono inevitabili. Si potrebbe dire che molte persone autistiche hanno effettivamente acquisito un maggiore livello di comprensione della società e dei costumi dei neurotipici rispetto al contrario, forse a causa della necessità di sopravvivere e potenzialmente prosperare in una cultura "normale" [Milton 2012]. È interessante quindi capire come la città si pone nei confronti di chi è portatore di una sensibilità diversa affinché la società abbia la capacità di accoglierlo.
L'osservazione di spazi e forme che l'architettura ha definito, e definisce tuttora, per ospitare gli autistici nel corso degli ultimi due secoli ci racconta il fenomeno fisico e sociale della cura. Dalla condizione clinica e sociale riconosciuta al malato di mente nelle varie epoche dipende la sua "collocazione" nello spazio della città: viene espulso, quando considerato indemoniato; chiuso in manicomio, quando considerato folle; ricoverato in istituti di cura, quando l'obiettivo è modificare o normalizzare il suo comportamento. La rivoluzione psichiatrica degli anni Sessanta e Settanta ha portato il tema della salute mentale fuori dai manicomi e dentro le città, ma ci sono voluti ancora degli anni per far sì che l'autismo venisse riconosciuto, dai medici prima e dagli architetti poi, per la sua complessità: una condizione e non una malattia, uno spettro e non una categoria standardizzabile.
Fino agli anni Ottanta la persona autistica è incompresa e la sua condizione è assimilata a disturbo psichico; bisognerà aspettare tempi recenti per veder nascere le prime comunità per giovani e adulti autistici e centri servizi specificamente dedicati, che supportino le loro famiglie nella "cura". L'idea che lo spazio urbano debba essere esso stesso spazio per la salute, anche mentale, è sostenuta in diverse linee guida [Ahrentzen, Steele 2010; Brand 2010; Aarup Jense, Dorthe 2016] che riguardano la progettazione residenziale per persone autistiche, dove grande importanza viene data alla relazione dell'abitazione con il suo intorno [Ahrentzen, Steele 2016], alla localizzazione delle strutture per l'autismo rispetto alla rete di servizi e mobilità e all'inserimento di questi edifici nel paesaggio urbano.

Più o meno vicine ai centri urbani, le residenze si configurano in diversi modelli insediativi: in alcuni casi sono appartamenti progettati *ad hoc*, ma inseriti in edifici e quartieri esistenti[7]; altre volte prendono la forma di *cluster* di abitazioni che condividono spazi aperti attrezzati[8]. Vi sono poi i centri servizi, dove la residenzialità è solo una delle funzioni offerte e sono collocati in punti strategici rispetto alla rete infrastrutturale principale[9].
Ciò che emerge dallo studio delle linee guida è in ogni caso l'impossibilità di rispondere in maniera univoca alle esigenze di una categoria di persone che presenta caratteristiche molto diverse al suo interno, uno *spettro* appunto. Non c'è un'unica strategia o soluzione per la progettazione di spazi abitativi e di cura delle persone autistiche, ma ci sono elementi da prendere in esame e comporre in modo ogni volta diverso. Alcune indicazioni progettuali sono fornite dalle autrici americane Ahrentzen e Steele nel loro libro *At Home with Autism*, proponendo strategie e dispositivi per un efficace inserimento nel quartiere delle abitazioni per autistici e dei loro spazi esterni [Ahrentzen, Steele 2016, 76]. Le connessioni della residenza con il vicinato, una buona leggibilità dei percorsi e degli spazi nei dintorni della casa, la sicurezza di tali percorsi e il rapporto con il sistema dei trasporti sono tutti elementi che andrebbero considerati nel progetto [Singer 2014][10], così da garantire alle persone neurodiverse il diritto al benessere e a una vita il più possibile autonoma.

Gli spazi della cura: la ricerca SENSHOME

Di autismo si parla quasi sempre riferendosi ai bambini o agli adolescenti, raramente agli adulti e ancora meno agli anziani. Ma cosa succede se i genitori o i familiari prossimi non sono più in grado di prendersi cura di queste persone? È a questo periodo di vita che si riferisce l'espressione "dopo di noi", regolamentata in Italia con la legge 112/2016 sull'assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Garantire una vita indipendente, dignitosa e integrata nella società è uno degli obiettivi di questa legge e al quale punta il progetto di ricerca SENSHOME, finanziato dal programma europeo Interreg V-A Italia-Austria 2014-2020, condotto dall'Università degli

[7] Si veda il progetto *Le case comuni, co-housing* per persone con disabilità, sviluppato a Milano dalla Fondazione La Comune a partire dal 2012. Due o tre studenti universitari vivono per un certo periodo di tempo insieme a giovani adulti Asperger che decidono di lasciare l'abitazione dei genitori.

[8] Si veda il progetto di Leddy Maytum Stacy Architects per Sweetwater Spectrum Community in California, il progetto di M. Singer *A New Model for Shared Housing* e i prototipi di abitazioni mobili AThome per adulti sviluppati in Danimarca dalla Special Area Autism in collaborazione con vari architetti, tra cui i Pluskontoret Arkitekter e i Wienberg Architects.

[9] È il caso della Home Special Home a Feletto Umberto, della Fondazione Progetto Autismo Fvg Onlus.

[10] Michael Singer ha sviluppato un progetto ideale di residenze per adulti autistici, costruite sul principio del gruppo-comunità che condivide la casa e alcuni servizi. Tra i parametri che individua per la progettazione degli spazi esterni e di relazione della residenza, cita le relazioni di vicinato, oltre alle attrezzature per attività all'aperto e la possibilità di parcheggio.

Studi di Trieste, dalla Libera Università di Bolzano e dall'Università di Scienze Applicate della Carinzia.
La progettazione di architetture di interni, con l'integrazione di sensori (acustici, igrometrici, termici) che migliorino la sicurezza preservando la *privacy* delle persone, ha come fine ultimo quello di garantire benessere e autonomia nella vita degli autistici. Il lavoro iniziale è stato quello di individuare e comparare le linee guida internazionali per l'architettura *autism-friendly* e parallelamente raccogliere e analizzare attraverso un ridisegno critico progetti di spazi residenziali per persone autistiche. È stato così possibile verificare se e come le linee guida, spesso criticate dai gruppi di attivisti autistici e dalle famiglie, trovassero applicazione nella realizzazione delle strutture abitative.

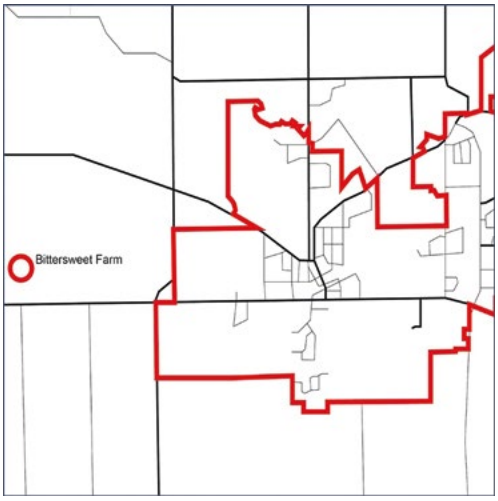
Integrazioni urbane: quattro casi studio

Rivolgendo lo sguardo alla città contemporanea, sono state analizzate quattro esperienze residenziali pensate per la neurodiversità, progettate e organizzate in modo che le persone autistiche possano imparare ad abitare e vivere la socialità. I casi studio presi in esame mostrano con quale eterogeneità di forme e strategie si cerca di rispondere ai bisogni delle persone autistiche adulte, che a loro volta differiscono per cultura, etnia e contesto territoriale. Tali esempi, localizzati in diverse aree geografiche, si distinguono per rapporto con la città, modello insediativo e servizi offerti.

La comunità in città

Sweetwater Spectrum Community
Progettista: Leddy Maytum Stacy Architects
Localizzazione: Sweetwater - 369 5th St W, Sonoma, CA 95476, Stati Uniti (Fig. 1).
Quando ha aperto nel 2013, Sweetwater Spectrum Community era una delle prime realtà autonome nella nuova ondata di comunità residenziali dedicate all'autismo. Si erge su 11.000 mq a Sonoma County, 50 km a nord di San Francisco, e ospita sedici adulti autistici in quattro case con quattro camere da letto ciascuna.
La *leadership* di Sweetwater Spectrum ha realizzato la struttura in un lotto ben inserito nel tessuto della città, offrendo l'opportunità di integrazione all'interno della comunità esistente. Le imprese locali e i residenti di Sonoma partecipano a programmi e attività di volontariato presso la comunità di Sweetwater così come i residenti di Sweetwater svolgono lavori *part-time*, lezioni, attività nella comunità di Sonoma. La vita dei residenti e la salute delle due comunità si intrecciano e si arricchiscono reciprocamente.
Sweetwater è progettato come un modello abitativo flessibile e replicabile, che incorpora un *design* specifico per l'autismo e supporta la tutela ambientale. Un'ampia area si estende all'aperto, con una serie di cortili, spazi attivi e contemplativi, la piscina terapeutica e una fattoria, un orto biologico e un frutteto.
Gli edifici sono stati progettati in un'ottica di flessibilità e adattabilità, prevedendo la possibilità di costruire quattro unità residenziali aggiuntive nell'area della fattoria.
La relazione con l'esterno avviene sia da un punto di vista fisico che sociale e prende forma in spazi codificati: tra la strada e la residenza, tra lo spazio condiviso e lo spazio

1: Sweetwater Spectrum Community e la città, 2020 [rappresentazione grafica delle autrici].



2: Bittersweet Farm e la città, 2020 [rappresentazione grafica delle autrici].

personale, tra l'esterno e l'interno, sulla soglia [Kirchmayr 2019]. Per chi vive un'esperienza sensoriale *a-tipica* con l'ambiente, diventano quindi fondamentali le caratteristiche degli ambiti di transizione, veri e propri "luoghi per l'adattamento". In questo caso sono pensati nel rapporto tra volumi e paesaggio: una serie di soglie scandiscono il ritmo e accompagnano dalla scala individuale a quella della comunità, con la possibilità di rifugiarsi in angoli appartati e di visualizzare in anteprima uno spazio prima di accedere all'area successiva.

Comunità agricola residenziale. L'alternativa non urbana delle Farm community

Bittersweet Farm

Localizzazione: Bittersweet Farm - 12660 Archbold-Whitehouse Rd, Whitehouse, OH 43571, Stati Uniti (Fig. 2).

La necessità, emersa a partire dagli anni Settanta, di sviluppare percorsi abilitativo-riabilitativi in reali contesti di vita porta alla nascita delle *farm community,* comunità agricole residenziali per adulti con autismo. L'aspetto fondante di queste comunità è il loro inserimento in un contesto rurale, considerato il più adatto per coerenza e prevedibilità ambientale, ma allo stesso tempo foriero di possibili attività, principalmente agricole. Bittersweet Farms è stata la prima del suo genere negli Stati Uniti; fornisce servizi residenziali, di inserimento lavorativo e di centro diurno per le persone con disturbi dello spettro autistico.

L'area di pertinenza è di circa 300.000 mq e comprende dodici moduli abitativi, alcuni edifici amministrativi, i locali di servizio alla vita rurale e alle altre attività terapeutiche. L'insediamento si sviluppa in una sorta di piccolo villaggio, assolutamente lontano dalle

logiche e dalle forme dell'istituzione; accoglie venti residenti adulti, con diversi gradi di autismo e ritardo dello sviluppo, che partecipano attivamente ad un programma giornaliero basato sulle esigenze individuali. I programmi includono orticoltura, lavorazione del legno, arte, cura degli animali, cucina, pulizie, riciclaggio e mantenimento dei terreni. Il contesto fisico è strettamente correlato e coerente con gli interventi abilitativi, che si svolgono durante la vita "reale" della comunità per valorizzare la capacità delle persone autistiche di auto-progettazione e scelta. La *farm community* è collettiva e produttiva: i residenti vi lavorano in quanto si ritiene che l'attività lavorativa sia fondamentale per la dignità della persona adulta [Giddan, Ucelli Di Nemi 2003, 344-345], e la vendita dei prodotti è il principale collegamento con il "mondo esterno". Nel vicino centro rurale di Whitehouse i residenti usufruiscono dei servizi alla persona, dei negozi e ristoranti.

Centro servizi per il territorio

Home special Home Progettoautismo FVG Onlus
Localizzazione: Progettoautismo - Via Perugia, 3, 33010 Feletto Umberto UD (Fig. 3).
La struttura Home Special Home è ubicata a Feletto Umberto, in provincia di Udine. L'edificio è collocato in un'area mediamente densificata e si trova in una zona abbastanza marginale e a carattere industriale rispetto al centro cittadino.
Acquistato dalla Fondazione Progettoautismo FVG Onlus, il centro nasce dall'intento di alcuni genitori di aiutarsi tra loro e di attivare sul territorio friulano servizi per ragazzi autistici, impiegando risorse private e pubbliche di ambito socio-assistenziale. Il centro si distribuisce su tre livelli e si erge su un lotto di 5.000 mq.
È un esempio di centro servizi diurno, residenziale e semiresidenziale, che si rivolge al territorio in senso più ampio, dove viene offerta una gamma di prestazioni che vanno

3: Home special Home Progettoautismo FVG e la città, 2020 [rappresentazione grafica delle autrici].

4: AT Home e la città, 2020 [rappresentazione grafica delle autrici].

dalla diagnosi alla terapia, dalla formazione del personale all'accompagnamento delle famiglie. La posizione strategica della struttura di Progettoautismo, rispetto ai poli urbani e all'infrastruttura della regione, la rende un punto di riferimento anche per altre realtà legate all'autismo, costituendo una rete ben connessa tra centri specialistici e di sostegno e associazioni che supportano i familiari.
Il progetto più recente e anche innovativo della Fondazione è quello dedicato alla residenzialità: in tre appartamenti già realizzati sono svolte attività di abilitazione alla vita indipendente con fine-settimana di prova e "settimane respiro". Uno speciale appartamento ospiterà persone in casi di emergenza, in collaborazione con l'azienda sanitaria locale. Il progetto a lungo termine della Fondazione è realizzare sul terreno adiacente un *co-housing* per genitori e figli autistici adulti, in un'ottica di mutuo aiuto.

Prove di autonomia per ragazzi e adulti in Danimarca

AT Home - Case mobili flessibili per persone con autismo
Progettista: Pluskontoret Arkitekter
Localizzazione: Hinnerup Kollegiet, Stadion Allé 1, Hinnerup - Gødvad Botilbud, Stavangervej 13, Silkeborg - Botilbud Nordre Fælledvej 2, Tørring (DK) (Fig. 4).
AT Home è un progetto danese intrapreso da Specialist Area Autism[11] ed è stato sviluppato attraverso ricerche e studi sulle preferenze abitative da parte di persone con autismo e delle loro famiglie. Ciò che distingue questo progetto da quelli precedenti è che la casa è spostabile per eventuali trasferimenti. Il primo prototipo è stato realizzato nella periferia della città di Tørring, in Danimarca, in un'area da cui è possibile accedere facilmente a zone panoramiche e aree pubbliche, ai trasporti, a negozi e alla biblioteca; è stato poi replicato in altre due zone della regione dello Jutland Centrale.
Pluskontoret Arkitekte ha creato una tipologia abitativa sfaccettata in termini espressivi che, seguendo le logiche della prefabbricazione, la rende flessibile e adattabile a diversi contesti residenziali.
Il modello abitativo di base è un monolocale di 35 mq con possibilità di aggiungere una stanza di 15 mq; è costruito con materiali sostenibili e assemblabile in loco. L'unità può essere collocata in base alle specifiche esigenze della persona autistica: affiancata alla residenza dei propri genitori oppure disposto assieme ad altri volumi, costituendo una vera e propria residenza di comunità. Lo spazio abitativo è minimo e si dilata verso l'esterno attraverso i due ingressi indipendenti che fungono da soglie con l'area esterna comune e quella di pertinenza.

[11] Organizzazione del servizio psichiatrico e sociale della Regione centrale della Danimarca. Il servizio fornisce e sviluppa le migliori condizioni per il benessere e la crescita di adulti con autismi; gestisce 27 differenti unità abitative e offre servizi a 420 persone nello spettro autistico.

Conclusioni

I quattro progetti presentati interpretano in modi molto diversi il concetto di "cura" e propongono configurazioni altrettanto variabili della relazione tra residenze e strutture per la terapia e città nel suo insieme. Se teniamo conto dell'infinita gamma di atipicità cognitivo-comportamentali esistenti nello spettro autistico, alcune di queste strutture potrebbero non essere adeguate per certi residenti con sensibilità differente.
Le *farm community*[12] sono alternative rispetto all'ambiente urbano perché si pensa che in esso sia impossibile raggiungere livelli di benessere adeguati; sono periferiche rispetto al centro città, in un contesto rurale lontano dagli altri servizi cittadini. Si tratta in genere di piccoli insediamenti abitativi strutturati intenzionalmente in modo non istituzionale, ma "familiare", che risultano ben integrati con il territorio grazie a un sistema di scambio basato sulle attività agricole e di allevamento e al coinvolgimento e sostegno delle famiglie con programmi specifici.
Le comunità residenziali come Sweetwater, progettate in dettaglio e con grande consapevolezza, rappresentano delle comunità intenzionali e realizzate in aree della città ben delimitate, dove gli accessi sono controllati e i bordi del lotto definiti chiaramente. Si inseriscono in un contesto per lo più residenziale, con lo scopo di trovare supporto nei servizi limitrofi. Una città nella città, forse difficilmente replicabile, che nonostante la localizzazione strategica può rischiare l'isolamento rispetto il tessuto circostante.
Il modulo abitativo danese, flessibile e movibile, è forse un passo avanti nel tentativo di personalizzare lo spazio, individuale e collettivo, del suo fruitore. I progettisti che hanno ideato il primo prototipo stanno infatti lavorando su una seconda generazione di moduli abitativi integrabili.
Guardando alla città contemporanea, risulta necessario considerare i sistemi di relazioni architettoniche, paesaggistiche e urbane attraverso l'introduzione di meccanismi di connessione tra gli spazi della città [Miano 2020]. Potremmo immaginare nuove forme di prossimità e una ridistribuzione dei servizi per la "cura" dell'autismo: un sistema flessibile, resiliente alle condizioni dello spettro, che garantisca diversi gradi di integrazione a seconda delle esigenze della singola persona. L'inserimento di piccole cellule abitative che permettono margini di scelta su dove abitare – vicino ai propri genitori, in contesti rurali, in piccole comunità residenziali e attrezzate – potrebbe favorire l'instaurarsi di nuove relazioni all'interno delle città ormai sature.
La conformazione degli spazi interstiziali e di transizione tra le cellule e il tessuto urbano in esso inserite si relazionerebbe e adatterebbe al contesto esistente grazie al supporto di interventi infrastrutturali atti a tenere conto delle diverse sensibilità. Uno scenario di questo tipo potrebbe fornire un contributo al «superamento dei luoghi dell'isolamento

[12] Il primo esempio di *farm community* in Italia nasce nel 2002 sulle rovine di un'azienda agricola dismessa, in Valle Staffora, a 3 km dal centro abitato di Ponte Nizza, nel cuore dell'Oltrepò Pavese. La Cascina Rossago è composta da tre case, disposte attorno ad uno spazio centrale, che ospitano ciascuna otto persone adulte con autismo e con gravi problemi di comunicazione e disturbi di comportamento.

e della segregazione che caratterizzano la città attuale, in una logica di apertura non solo fisica ma in grado di ridefinire i rapporti tra i cittadini» [Miano 2020, 16].
Il sociologo Damian Milton riflette sul fatto che le persone autistiche e quelle non autistiche mancano di comprensione delle percezioni reciproche e chiama questa disgiunzione di reciprocità il «problema della doppia empatia» [Milton 2012, 883]. Nonostante questo sia un problema di reciprocità, infatti, lo squilibrio di potere consente ad un gruppo di ritenersi normale, mentre l'altro gruppo viene categorizzato *a-normale* sulla base di un deficit sociale [Belek 2019]. In tale misura, la costruzione e il mantenimento di ambienti urbani "sensibili" diventa fondamentale e sono proprio i progettisti che, (ri) concettualizzando la disabilità in termini sociali piuttosto che esclusivamente medici, possono attuare un importante cambiamento dal discorso dell'inclusione al discorso della reciprocità [Milton 2012].
La struttura della città e le qualità dello spazio urbano sono elementi che influenzano i comportamenti umani e contribuiscono a creare ambienti più o meno adatti alla creazione del benessere delle persone, considerate nelle loro diversità [Capuano 2020]. Passando dal discorso dell'inclusione a quello della reciprocità, l'autismo ci stimola e supporta nel pensare a una città più democratica, in grado di accogliere l'alterità fisica e mentale. Una città, in sintesi, capace di guardare al benessere di ognuno al di là della "membrana sottile" [Söderström 2016] che separa neurotipici e neurodiversi, la cui differenza sta nel diverso grado di sensibilità, nella presenza o meno di un filtro protettivo che smorza gli effetti dell'ambiente. In questo senso le persone autistiche sono garanti della qualità urbana: «ci raccontano cose essenziali su cosa sia una buona città e cosa no» [Milton 2012, 883].

Bibliografia

AARUP JENSEN, L., DORTHE, J. (2016). *Residential services: Specialist Area Autism, Denmark*, presentazione, Autism Geneva's conference on housing for adults with autism, Geneva.

AHRENTZEN, S., STEELE, K. (2010). *Advancing Full Spectrum Housing: Design for Adults with Autism Spectrum Disorders*, Arizona, Arizona State University.

AHRENTZEN, S., STEELE, K. (2016). *At Home With Autism: Designing for the Spectrum*, Bristol, Bristol University Press. 2016.

BRAND, A. (2010). *Living in the Community. Housing Design for Adults with Autism*, London, Helen Hamlyn Centre, Royal College of Art.

BOGDASHINA, O. (2011). *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*, Crema, Uovonero.

CAPUANO, A. (2020). *La dimensione terapeutica urbana e le architetture per la cura*, in *La città come cura e la cura della città. HealthScape: nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura*, a cura di P. Miano, Macerata, Quodlibet, pp. 65-83.

DAVIDSON, J., HENDERSON, V. L. (2016). *The Sensory City: Autism, Design and Care*, in *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, a cura di C. Bates, R. Imrie, K. Kullman, Oxford, Wiley Blackwell, pp. 74-94.

FRAUENBERGER, C., SPIEL, K., MAKHAEVA, J. (2019). *Thinking Outside The Box. Designing Smart Things with Autistic Children*, in «International Journal of Human-Computer Interaction», vol. 35, n. 8, pp. 666-678.

GIDDAN, J. J., UCELLI DI NEMI, S. (2003). *L'alternativa non urbana: le farm communities per adulti con autismo*, in «NÓOç», n. 4, 2003, pp. 341-350.

IMRIE, R., KULLMAN, K. (2016). *Designing with Care and Caring with Design*, in *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, a cura di C. Bates, R. Imrie, K. Kullman, Oxford, Wiley Blackwell, pp. 1-15.

JAARSMA, P., WELLIN, S. (2012). *Autism as a Natural Human Variation: Reflections on the Claims of the Neurodiversity Movement*, in «Health Care Analysis», vol. 20, n. 1, pp. 20-30.

KANNER, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*, in «Nervous Child», vol. 2, pp. 217-250.

KIRCHMAYR, R. (2019). *Pensare la soglia. Trentun aforismi per l'architettura*, in *Riparare l'umano. Lezioni da un manicomio di frontiera*, a cura di S. Pratali Maffei, G. Scavuzzo, G. Guaragna, Siracusa, LetteraVentidue, pp. 138-14.

MIANO, P. (2020). *L'architettura come cura: i nodi di salubrità nella costruzione dello spazio pubblico contemporaneo*, in *La città come cura e la cura della città. HealthScape: nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura*, a cura di P. Miano, Macerata, Quodlibet, pp. 23-41.

MILTON, D. (2012). *On the ontological status of autism: the "double empathy problem"*, in «Disability & Society», vol. 27, n. 6, pp. 883-887.

ORTEGA, F. (2009). *The cerebral subject and the challenge of neurodiversity*, in «BioSocieties», n. 4, pp. 425-445.

PARK, R. E. (1984, I ed. 1925). *The city: suggestions for the investigation of human behaviour in the urban environment*, in *The city*, a cura di R. E. Park, E. W. Burgess, R. D. McKenzie, Chicago, University of Chicago Press, pp. 1-46.

SIMMEL, G. (1995). *La metropoli e la vita dello spirito*, a cura di P. Jedlowski, Roma, Armando Editore.

SÖDERSTRÖM, O. (2016). *I don't care about places: the whereabouts of design in mental health care*, in *Care and Design: Bodies, Buildings, Cities*, a cura di C. Bates, R. Imrie, K. Kullman, Oxford, Wiley Blackwell, pp. 56-70.

SOLOMON, O. (2010). *Sense and the senses: Anthropology and the study of Autism*, in «Annual Review of Anthropology», n. 39, pp. 241-259.

TALU, V., TOLA, G. (2018). *La città per immagini. Verso la definizione di un insieme di requisiti spaziali per la progettazione di città autism friendly,* Milano, LISt Lab.

WING, L., GOULD, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities*, in «Journal of Autism and Developmental Disorders», n. 9, pp. 11-29.

Sitografia

BELEK, B. (2019). *Autism*, in «The Cambridge Encyclopedia of Anthropology»: https://www.anthroencyclopedia.com/entry/autism [gennaio 2021].

COHMER, S. (2014). *Early Infantile Autism and the Refrigerator Mother Theory (1943-1970)*, in «Embryo Project Encyclopedia»: http://embryo.asu.edu/handle/10776/8149 [gennaio 2021].

SINGER, M. (2014). *A New Model for Shared Housing*: https://www.michaelsinger.com/philosophy/design-for-autism/ [dicembre 2020].

UNA CITTÀ GIARDINO PER LA CURA E L'ACCOGLIENZA. L'OSPEDALE PSICHIATRICO DI COLLEMAGGIO A L'AQUILA: STORIA E SCENARI FUTURI DI RECUPERO E VALORIZZAZIONE

Alessandra Vittorini, Carla Pancaldi, Giovanna Ceniccola

Abstract

In the 19th century, the idea that the treatment of mental disorders should take place in dedicated and specialized places was reaffirmed. In this scenario, in L'Aquila, the reception of people suffering mental illness has changed, and the former neuropsychiatric hospital of Collemaggio will be dedicated to such people. Built with new construction techniques and new materials, the hospital is made up of pavilions surrounded by tree-lined avenues and gardens, where the personal treatment and "non-containment" have been experimented. The essay reflects on the reuse of the disused area and pavilions, protected since 2011, in the particular scenario of the post-earthquake reconstruction.

Keywords

L'Aquila, Collemaggio, Mental asylums, Agricultural colony, Preservation of historical heritage.

Introduzione

Da oltre dieci anni la città dell'Aquila si sta misurando con la difficile impresa della sua ricostruzione, dopo il tragico terremoto del 2009. In un "cratere sismico" che copre circa un quarto della regione, il capoluogo rappresenta il contesto più complesso, con le sfide più impegnative: una città d'arte di fondazione medioevale, con un importante e pregevole centro storico, che sta progressivamente recuperando la sua immagine e i suoi spazi grazie ai tanti interventi di restauro, recupero architettonico e urbano, valorizzazione e riqualificazione, anche con l'insediamento di nuove funzioni. È il caso dell'area di margine sud-orientale del centro storico, non investita dai processi di urbanizzazione tra Medioevo e Rinascimento e rimasta libera anche dopo la ricostruzione seguita al terribile sisma del 1703. È solo nella seconda metà del XIX secolo, infatti, che la città inizia a immaginarsi in una forma nuova e avvia la valorizzazione di quell'area, fino ad allora marginale e periferica. Così, dopo la realizzazione nel 1820 della nuova Porta San Ferdinando – poi Porta Napoli – prende corpo il grande viale alberato che la collega alla città, poi arricchito dalla Villa comunale e dal Palazzo dell'Emiciclo (1888). Da lì si traccia, nel 1854, anche il nuovo viale verso la Basilica di Collemaggio, che rafforza

© Aisu International 2020

in senso rappresentativo e monumentale il sito ove il monaco Pietro da Morrone, poi Celestino V, aveva voluto fondare la sua chiesa che, con l'annesso convento, sarebbe divenuta il luogo simbolo della città. Tra fine Ottocento e inizio Novecento quel settore si consolida dunque con nuove direttrici urbane, sistemi di viali alberati, luoghi verdi e di svago, nuove funzioni di rilievo ed edifici pubblici importanti, in un quartiere-giardino di villini a bassa densità in cui il rapporto con la natura, il paesaggio e le emergenze monumentali appare predominante [Stockel 1981] (Fig. 1).
Nello scenario descritto si colloca – tra il 1903 e il 1915 – la realizzazione del manicomio provinciale di Collemaggio, un interessante esperimento di riabilitazione e cura dei malati di mente attraverso il lavoro e la vita associata, in un sistema di padiglioni ed edifici di servizio e una "colonia agricola" articolati in ampi spazi verdi estesi su circa 9 ettari, progettati e armoniosamente inseriti nella morfologia del luogo. La parziale dismissione, a partire dagli anni Ottanta, consegna l'area ad un progressivo degrado, con la collocazione estemporanea e casuale delle diverse funzioni cui la proprietà (ASL) decide di destinare edifici e spazi.
All'indomani del sisma del 2009 il grande prato davanti alla Basilica diventa un'immensa tendopoli per migliaia di sfollati e nella vicina area dell'ex ospedale psichiatrico si localizzano diverse funzioni ed attività di assistenza, medico-sociali e associative, mentre agli edifici originari, ormai inagibili, si aggiungono strutture provvisorie, container e prefabbricati.

1: L'Aquila, Vista dall'alto dell'ex Ospedale neuropsichiatrico di Collemaggio e dell'estesa area verde che corrispondeva alla colonia agricola, dicembre 2020 [https://www.google.com/maps/place/67100+L'Aquila+AQ/@42.341126,13.4035213,466a,35y,39.16t/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x132fd2f005cfeba1:0x4f8e9dac999f1f8d!8m2!3d42.3498479!4d13.3995091]. Si noti il rapporto con la città e con la Basilica, in primo piano. Si legge, inoltre, la presenza di una moltitudine di piccole strutture collocate prevalentemente lungo i viali laterali del complesso che corrispondo alle costruzioni provvisorie realizzate all'indomani del sisma.

Da allora si sono susseguite numerose proposte e idee per la valorizzazione e il riuso degli edifici e dell'area, in un quadro spesso scoordinato ed episodico, legato alle disponibilità di fondi e/o ai diversi programmi degli enti proprietari. Intanto il processo di recupero di monumenti e spazi pubblici ha progressivamente restituito a quel settore urbano una centralità e un ruolo trainante per l'intero centro storico. Da fine 2017, a restauri ultimati, la Basilica di Collemaggio è tornata ad accogliere cerimonie, eventi e grandi flussi di visitatori, turisti e fedeli. Nel 2018 il restauro del Palazzo dell'Emiciclo ha riconfigurato l'ampio piazzale della Villa comunale, su cui si affaccia anche il sistema di sedi (nelle ex GIL maschile e femminile) del Gran Sasso Science Institute, scuola superiore universitaria inaugurata nel 2013. Nello stesso anno è stata completata anche la riqualificazione del vicino Parco del Sole, con l'Amphisculpture (menzione speciale del Premio Nazionale del Paesaggio MIBAC 2019) dell'artista statunitense Beverly Pepper, che introduce i nuovi e inediti linguaggi della creatività contemporanea nel sistema del verde e dei luoghi monumentali della collina di Collemaggio.
Il futuro dell'intero complesso, così come in altri casi italiani ed europei [Lenza 2017], non può essere quindi immaginato al di fuori di un complessivo ripensamento dell'intero settore urbano e del suo rapporto con il centro storico, e nell'equilibrio – oggi come ieri – tra città e natura, tra spazi costruiti e aree libere, tra disegno urbano e sistema dei luoghi pubblici. Nonostante il degrado, l'abbandono e gli usi incongrui, la "cittadella" dell'ex ospedale mantiene molti dei suoi elementi originari che, sapientemente recuperati e valorizzati, possono ancora restituire il senso di quella progettazione improntata al corretto rapporto con la natura, il verde, il contesto; un valore di cui si sente oggi sempre più il bisogno per ridisegnare il futuro di città e comunità.
La rilevanza del complesso, il suo significato e le istanze di tutela sono stati valutati ed esplicitati con forza nella dichiarazione di interesse storico artistico estesa all'intera area, emessa nel 2011[1] proprio con l'obiettivo di garantirne un recupero attento e compatibile, controllarne le trasformazioni e le nuove destinazioni. E soprattutto, prevenire il rischio – purtroppo sempre presente – di proposte progettuali che vedano quell'ambito solo come una mera disponibilità di "area libera edificabile" pronta ad accogliere, con disinvolte demolizioni, sostituzioni edilizie e nuove costruzioni, ogni nuova funzione cittadina non altrimenti localizzabile. Sarebbe una scelta incomprensibile e dannosa, che quell'area decisamente non merita, e che richiede invece di essere utilmente ripensata e indirizzata. La ricostruzione storica che di seguito si propone serve anche a questo. Essa prende le mosse proprio da quel legame simbiotico, intrecciato dagli albori del Novecento, tra la città – interessata anche allora da importanti trasformazioni – le scelte per l'impianto urbano del complesso ospedaliero e la progettazione di dettaglio dei singoli padiglioni.

[1] Decreto del direttore regionale beni culturali e paesaggistici per l'Abruzzo n. 357 del 13 dicembre 2011, con il quale l'ex ospedale psichiatrico di L'Aquila è stato dichiarato di interesse importante ai sensi dell'art. 10, c. 1 del D.Ls 22 gennaio 2004 n. 42.

L'accoglienza dei malati di mente nella città dell'Aquila

Le vicende costruttive del manicomio provinciale di Collemaggio [Marzoli, Daniele 2010; Giannantonio 2013, 112-134] sono intimamente legate ad un'area che ha assunto nel tempo un profondo significato storico e simbolico. Si tratta del *Colle de Medio*, sito a sud-est della città dell'Aquila, sede del primo nucleo monastico organizzato da Pietro da Morrone e su cui fu eretto, a partire dal XIII secolo, il complesso di Santa Maria di Collemaggio. Tale luogo, scelto da papa Celestino V per curare con la preghiera lo spirito e l'anima, sei secoli dopo, venne "consacrato" alla cura della mente per accogliere un numero sempre maggiore di alienati provenienti da tutta la provincia[2]. Nel complesso conventuale esistente, già destinato ad Ospizio di mendicità[3], fu in prima istanza accolto un numero esiguo di "dementi tranquilli" (1896), sino ad allora ospitati a Teramo nell'Ospedale di Sant'Antonio Abate. Successivamente, fu realizzato un primo padiglione in prosecuzione dell'ala ovest del convento, e infine venne costruito, nell'ampia area a nord-ovest della Basilica, il manicomio provinciale (1903-1915), oggi noto come ex ospedale neuropsichiatrico di Collemaggio.

Nell'ambito della riorganizzazione e pianificazione del sistema di accoglienza dei malati mentali a L'Aquila, appare interessante notare che nessun'altra area fu considerata in alternativa a Collemaggio; i dubbi che prolungarono i tempi per la costruzione del manicomio sono solo riconducibili alle proposte alternative di collocarlo nell'area a sud-ovest del convento, in diretta continuità con il padiglione in costruzione, o nell'area a nord-ovest della Basilica[4]. Per entrambe le suddette aree, prossime al complesso conventuale, potevano considerarsi, in aggiunta agli evidenti motivi di convenienza nel riuso di servizi generali già organizzati ed utilizzabili, le particolari condizioni di vita, isolamento, libertà

---

[2] Nel verbale del Consiglio provinciale del 10 dicembre 1902 si legge che il numero dei malati a carico della Provincia, pari a 310, dal 1874 al 1896 era addirittura triplicato. L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, fasc. 3, *Progetto di massima per un manicomio provinciale nella città di Aquila, Allegato 1, Verbale del Consiglio Provinciale di Aquila del 10 dicembre 1902.*

[3] Con la legge 13 febbraio 1807 [«Bullettino Ufficiale…» 1813] vennero soppressi gli Ordini minori, fra cui anche quello dei Celestini. Il convento tornò alle sue funzioni nel 1821, in quanto venne concesso agli Agostiniani. Con la successiva soppressione del 1861 (decreto luogotenenziale n. 251 del 17 febbraio: https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/decreto_luogotenenziale_17_febbraio_1861_n_239.pdf) esso continuò ad essere utilizzato da un numero ridotto di Minori impegnati nella sola cura della chiesa. Considerata la particolare collocazione di quest'ultima, ampia parte della struttura esistente, opportunamente adeguata, fu destinata dal comune dell'Aquila ad Ospizio di mendicità e concessa alla Provincia dell'Aquila (15 marzo 1867). L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale. B. 2384, F. 13, *Ospizio di mendicità-Osservatorio per minorenni*

[4] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Verbali del Consiglio Provinciale di Aquila del 10 dicembre 1902, del 21 gennaio 1903, dell'8 giugno 1903.* Con delibera del Consiglio provinciale del 10 dicembre 1902 in prima istanza fu approvata la costruzione del manicomio sul fondo Marinangeli, già Petrini, considerando che per ampliamenti e per la realizzazione della colonia agricola si sarebbe dovuto acquistare il fondo confinante di proprietà Antonini. Con la successiva delibera dell'8 giugno 1903 fu revocato l'acquisto del fondo Petrini e approvato l'acquisto dei fondi Cito-Castelli per la definitiva costruzione del manicomio nella zona a nord-ovest della basilica.

e quiete. Incisero, dunque, sulla scelta definitiva dell'area a nord-ovest della Basilica, le migliori condizioni del terreno e la dimensione, tale da agevolare l'insediamento della colonia agricola, e anche il successivo graduale ampliamento della struttura[5].
Sulla realizzazione della colonia, il primo direttore del nosocomio aquilano, il dottore Beniamino Vespa[6], ebbe cura di confrontarsi con i direttori di diverse cliniche psichiatriche italiane[7], alcuni dei quali, presenti anche all'XI Congresso della Società freniatrica italiana, ben conoscevano gli orientamenti sulle più recenti forme di assistenza e riabilitazione dei malati attraverso il lavoro nei campi e a contatto con la natura. In tale consesso, Augusto Tamburini[8] aveva infatti avuto occasione di sottolineare, nella relazione conclusiva presentata con il titolo *Sui provvedimenti per diminuire l'affollamento dei manicomi ed il carico relativo delle province*, l'importanza di ricoveri organizzati «a forma di grandi Colonie Agricole e Case di Lavoro» in cui i dementi cronici, oltre ad attenuare i costi della retta, avrebbero potuto riattivare positivamente le loro energie psichiche[9] (Fig. 2). Da qui, l'evidente convenienza nel fare ricadere la scelta sui fondi privati Cito-Castelli, siti appunto a nord-ovest della Basilica, di ampiezza tale da consentire l'immediata organizzazione della colonia, provvisti di fabbricati per la conduzione dei terreni e di acque sorgive utilizzabili anche per la buona gestione del complesso manicomiale. Lo psichiatra Clodomiro Bonfigli, nuovamente consultato sul tema, confermò che su tali terreni si sarebbe potuto costruire un "manicomio modello"[10].
Sulle migliori condizioni orografiche dei fondi Cito-Castelli, valutate anche in relazione al più ampio contesto urbano in corso di trasformazione, l'ingegnere Domenico Ginocchietti, estensore del primo progetto per il manicomio provinciale (1899), ebbe modo di notare che «la massa dei fabbricati in luogo di essere come altrove nascosta, formerà un'appendice della città e pel giuoco della distribuzione e della simmetria potrà dare anche un effetto prospettico soddisfacente», che in tali stabilimenti «non può venir dato da lusso di decorazione che devono essere assolutamente bandite»[11]. Tale visione

[5] La difficoltà del Consiglio provinciale di provvedere alla spesa finanziaria necessaria a realizzare contestualmente l'intero complesso impose di valutare sin da subito la possibile realizzazione in più fasi.

[6] Beniamino Vespa (1866-1904), dal 1899 libero docente in clinica delle malattie nervose e mentali, fu primo direttore del Manicomio provinciale dell'Aquila.

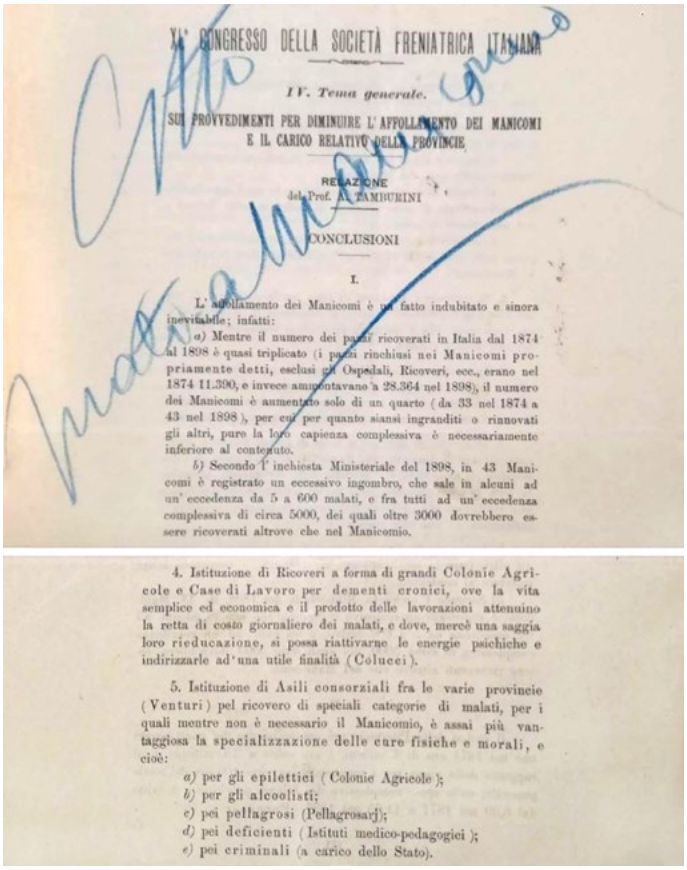
[7] Si tratta dei professori Ezio Sciamanna (1850-1905, direttore Clinica psichiatrica di Roma), Clodomiro Bonfigli (1838-1909, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Reggio Emilia, dal 1873 del nosocomio di Ferrara, dal 1893 dell'Ospedale psichiatrico provinciale di S. Maria della Pietà a Roma), Leonardo Bianchi (1848-1927, direttore del Manicomio provinciale di Napoli), Angiolo Filippi (1836-1905, dal 1878 docente nella cattedra di medicina legale di Firenze).

[8] Augusto Tamburini (1848-1919), psichiatra, fu direttore dal 1877 del Manicomio di Reggio Emilia. Dal 1877 al 1919 fu direttore della Rivista sperimentale di freniatria.

[9] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Atti dell'XI Congresso della Società Freniatrica Italiana, Ancona 29 settembre-3 ottobre 1901*.

[10] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Verbale Consiglio Provinciale di Aquila dell'8 giugno 1903*.

[11] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Lettera di Domenico Ginocchietti alla Deputazione della Provincia dell'Aquila dell'8 aprile 1899*.



XI° CONGRESSO DELLA SOCIETÀ FRENIATRICA ITALIANA

IV. Tema generale.

SUI PROVVEDIMENTI PER DIMINUIRE L'AFFOLLAMENTO DEI MANICOMI E IL CARICO RELATIVO DELLE PROVINCIE

RELAZIONE
del Prof. A. TAMBURINI

CONCLUSIONI

I.

L'affollamento dei Manicomi è un fatto indubitato e sinora inevitabile; infatti:

a) Mentre il numero dei pazzi ricoverati in Italia dal 1874 al 1898 è quasi triplicato (i pazzi rinchiusi nei Manicomi propriamente detti, esclusi gli Ospedali, Ricoveri, ecc., erano nel 1874 11.300, e invece ammontavano a 28.364 nel 1898), il numero dei Manicomi è aumentato solo di un quarto (da 33 nel 1874 a 43 nel 1898), per cui per quanto siansi ingranditi o rinnovati gli altri, pure la loro capienza complessiva è necessariamente inferiore al contenuto.

b) Secondo l'inchiesta Ministeriale del 1898, in 43 Manicomi è registrato un eccessivo ingombro, che sale in alcuni ad un'eccedenza da 5 a 600 malati, e fra tutti ad un'eccedenza complessiva di circa 5000, dei quali oltre 3000 dovrebbero essere ricoverati altrove che nel Manicomio.

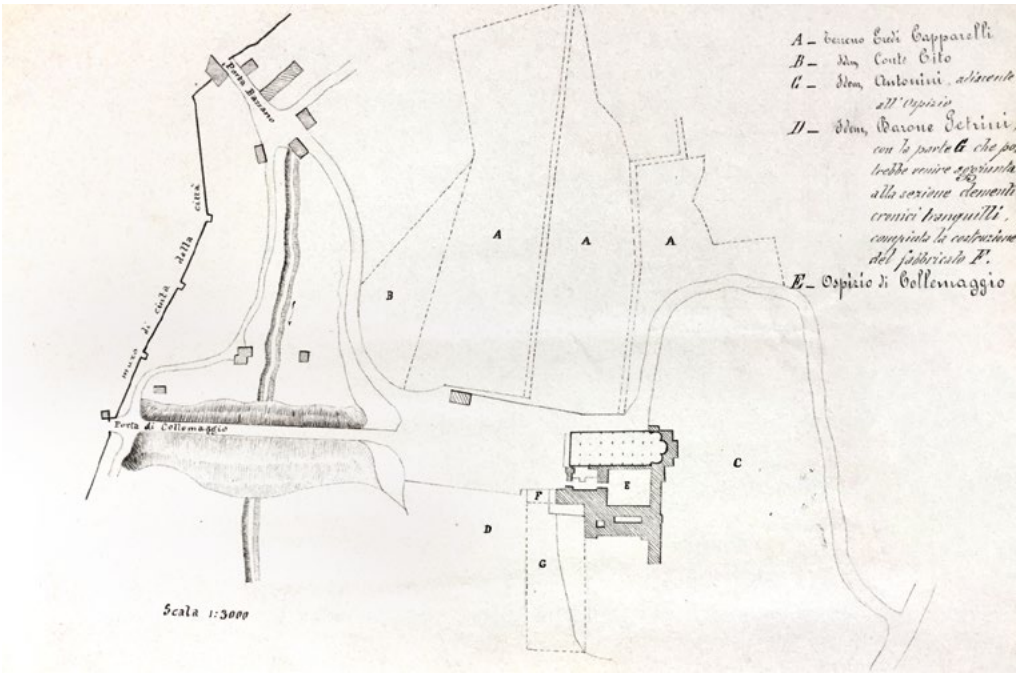
4. Istituzione di Ricoveri a forma di grandi Colonie Agricole e Case di Lavoro per dementi cronici, ove la vita semplice ed economica e il prodotto delle lavorazioni attenuino la retta di costo giornaliero dei malati, e dove, mercè una saggia loro rieducazione, si possa riattivarne le energie psichiche e indirizzarle ad'una utile finalità (Colucci).

5. Istituzione di Asili consorziali fra le varie provincie (Venturi) pel ricovero di speciali categorie di malati, per i quali mentre non è necessario il Manicomio, è assai più vantaggiosa la specializzazione delle cure fisiche e morali, e cioè:

a) per gli epilettici (Colonie Agricole);
b) per gli alcoolisti;
c) pei pellagrosi (Pellagrosari);
d) pei deficienti (Istituti medico-pedagogici);
e) pei criminali (a carico dello Stato).

2: Estratto degli atti dell'XI Congresso della Società freniatrica italiana, relazione del prof. Augusto Tamburini, 1901 [L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X].

è evidentemente suggestionata dalle trasformazioni urbanistiche in corso proprio nella parte meridionale della città, sino ad allora rimasta libera, e anche da un sistema viario di collegamento alla città arricchito dal viale alberato perpendicolare alla facciata della Basilica (1854), oggi noto come viale di Collemaggio. Un nuovo legame si era instaurato fra la città e il convento, sino ad allora raggiungibile solo attraverso la strada sterrata *extra moenia* che dalla Porta di Bazzano saliva in direzione sud-est sino al *Colle de Medio*; tale tracciato è in parte conservato all'interno dell'area dell'ospedale di Collemaggio, tutelata per effetto del decreto n. 357/2011. Abbandonato il progetto di più difficile realizzazione di un viale alberato rettilineo di collegamento fra la stessa Porta di Bazzano e la Basilica (1751), un secolo dopo (1854) fu realizzato, attraverso il progressivo riempimento del vallone esistente, un ampio viale rettilineo che modificò totalmente il rapporto fra l'intera area di Collemaggio, la basilica e la città [Stockel 1981, 289, 299] (Fig. 3). Sui presupposti fin qui affrontati, il progetto Ginocchietti, di fatto non realizzato, fu in parte ripreso e reinterpretato dall'ingegnere Guido Rimini, capo dell'Ufficio tecnico provinciale, che infine propose al Consiglio provinciale un manicomio con impianto a "padiglioni isolati" per circa 260 malati, disposti in modo simmetrico ai lati di un viale centrale sul quale erano attestati gli edifici di servizio, superando di fatto il primo



3: Pianta dei terreni da espropriare nel tenimento dell'Aquila alla contrada Collemaggio per la costruzione del Manicomio provinciale, 1903 [L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, fasc. 6].

progetto di massima sul fondo Petrini con quello in via definitiva previsto sui fondi Cito-Castelli. I lavori avviati nel 1904 si conclusero nel 1915 con alcune variazioni rispetto al progetto approvato. Furono realizzati i primi sei padiglioni, l'edificio dei servizi generali posto al centro dell'area con annessa la direzione, l'edificio con i servizi lavanderia, disinfezione e bagni. Nell'elaborazione delle varie proposte progettuali, l'ingegnere Rimini, presumibilmente sulla base delle indicazioni ricevute dallo stesso professore Bonfigli e dal nuovo direttore del nosocomio aquilano, il professore Gaetano Bellisari, considerò in aggiunta alle strutture in progetto la possibile cura in «case private dei dintorni», raccomandata dagli psichiatri e già sperimentata in Europa e in alcuni manicomi italiani come quello di Reggio Emilia[12]. Nel 1939, con l'istituzione del reparto neurologico il manicomio divenne "ospedale neuro-psichiatrico", fra gli anni Quaranta e Cinquanta il progetto fu completato con la costruzione di tre nuovi padiglioni, mentre i servizi esistenti venivano sottoposti a progressivi interventi di adeguamento, che, nonostante la chiusura dell'ospedale a seguito della legge Basaglia, conservarono in parziale uso il complesso sino al 2009.

[12] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, fasc. 3, *Progetto di massima di un nuovo Manicomio Provinciale di Aquila, Relazione dell'ingegnere Guido Rimini del 24 marzo 1903*. Sui problemi di accoglienza legati alle sostanziali differenze fra il numero di uomini e di donne, fu considerato anche l'esempio del rinomato Manicomio di Herzberg a Berlino.

Il progetto architettonico: cantiere, materiali e tecniche

A partire dalle soluzioni proposte dall'ingegnere Ginocchietti, Guido Rimini, che assumerà anche l'incarico di direttore dei lavori fino al 1907 per trasferirsi poi a Perugia come direttore dell'Ufficio tecnico provinciale, rielabora il progetto in base alle esigenze dell'Ente [Giannantonio 2013, 121]. Il carteggio, conservato in archivio, dimostra come Rimini, per rispondere all'incarico affidatogli, abbia affrontato uno studio serrato dei contemporanei progetti e cantieri di costruzione di manicomi in Italia, Germania e Svizzera, studiando pubblicazioni e confrontandosi con colleghi progettisti[13].
Il progetto preliminare è valutato dal professore Bonfigli[14], che fornisce osservazioni alle quali Rimini darà un dettagliato riscontro motivando razionalmente ogni scelta progettuale[15]. Le successive valutazioni del Genio Civile, sottolineando che il progetto appare «lodevolmente studiato» rispetto ai più recenti dettami della scienza, sollecita una riflessione sull'utilizzo dei materiali "moderni"[16]. Il progetto, infatti, prevede edifici realizzati con strutture miste in muratura e cemento armato con nuovi sistemi di isolamento delle coperture: rispetto a queste scelte l'Ente di controllo rileva scarsa sperimentazione e in particolare per l'isolamento poca compatibilità con il clima aquilano.
I primi edifici realizzati sono i padiglioni degli agitati e dei semi-agitati, uguali tra loro, e il fabbricato destinato a lavanderia, disinfezione e bagni. Nel 1905 la Deputazione provinciale de L'Aquila approva un capitolato speciale dei lavori[17], allegato al contratto sottoscritto con le imprese esecutrici nel luglio dello stesso anno.
Per la realizzazione delle strutture in *béton* armato è stipulato un contratto con la specializzata ditta Odorico &C di Milano. Il capitolato prevede di realizzare in *béton* armato le strutture dei solai e i cornicioni di gronda modanati in stile neoclassico, secondo uno specifico dettaglio elaborato dallo stesso Rimini. La scarsa conoscenza di questo nuovo sistema costruttivo, probabilmente, è il motivo che induce a lasciare aperta l'ipotesi di scegliere in fase esecutiva le tecniche da adoperare. Per i locali con luci estese della lavanderia, ad esempio, sebbene il progetto ipotizzi la realizzazione di solai su due

[13] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila n. 2573 del 09.11.1903.*

[14] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila n. 4524 del 04.11.1903.*

[15] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila n. 2573 del 09.11.1903.*

[16] «Intorno all'impiego su vasta scala di tale cemento armato richiamasi l'attenzione dell'Amministrazione, giacché se è vero che in molte costruzioni moderne si è adoperato e se ne va estendo l'uso, è pur vero che nelle applicazioni fatte i risultati ottenuti presentano vantaggi ed inconvenienti, di cui bisogna tener conto» in L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Corpo Reale del Genio Civile, Ufficio di Aquila, Risposta al foglio n. 38 del 05.01.1904.*

[17] L'Aquila. Archivio di Stato. Fondo Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila.*

travi principali poggiate sia sulle murature che su pilastri in *béton*[18], si prende anche in considerazione la possibilità di eliminare le strutture in cemento armato. La poca sperimentazione della nuova tecnica costruttiva porterà Rimini a far realizzare dei campioni in scala 1:1 delle travi in *béton* armato «allo scopo di studiare la possibilità e la convenienza della loro applicazione»[19].
Ai "nuovi" orizzontamenti si affiancano, poi, tradizionali volte in mattoni per gli ambienti interrati e altrettanto tradizionali controsoffitti in camorcanna per le grandi aule, per schermare i solai in cemento[20].
Per la scelta dell'impermeabilizzazione dei solai di copertura è prevista la stesura di un primo «strato di sabbia finissima [con cui] si realizza lo strato impermeabile formato da 4 strati di carte speciali o uno strato di feltro e tre strati di carte speciali fra loro convenientemente sovrapposti e spalmati con 4 strati di vero mastice bituminoso detto *Holzcement*»[21].
Grande attenzione è attribuita alla qualità dei materiali e alle prove strutturali. È previsto l'utilizzo esclusivo di cemento Portland a lenta presa con certificato che dettagli «le variabilità di volume, tempo occorrente alla presa, resistenza alla trazione e alla compressione»[22]. Oltre all'utilizzo di ferri delle migliori qualità e privi di difetti, con precise resistenze[23], ripiegati ad uncino perché «non possano sfuggire al *béton*»[24], è imposto l'esclusivo impiego di malta realizzata con «arena di cava vagliata a spigoli acuti e ghiaietta o pietrisco delle dimensioni adatte allo spessore del getto, scevri da materie eterogenee

---

[18] L'Aquila. Archivio di Stato. Fondo Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila*, p. 11.

[19] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale. B. 2511, *Costruzione del Manicomio. Personale adibito per lo sviluppo del progetto e per assistenza ai lavori, Nota dell'ingegnere Guido Rimini n. 148 del 19.01.1905*.

[20] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila*, p. 15.

[21] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila*, p. 18.

[22] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila*, p. 4.

[23] «Il ferro […] avrà una resistenza alla rotture di almeno kg 38 per cmq, un allungamento percentuale dopo rottura non minore del 20% coefficiente di qualità maggiore di 920» in L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Corpo Reale del Genio Civile, Ufficio di Aquila, Risposta al foglio n. 38 del 05.01.1904*.

[24] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila,* p. 5.

e da detriti»[25]. Per le strutture così realizzate, i cui materiali dovevano essere provvisti di un certificato di un ente governativo, è previsto il controllo dal punto di vista statico dall'ingegnere capo dell'Ufficio tecnico provinciale seguendo le Istruzioni ufficiali tedesche per la realizzazione di strutture in *béton*[26] [*Istruzioni per la esecuzione…* 1907, 8].
Se per la messa in opera delle tecniche "moderne" si utilizzano materiali forniti direttamente dall'impresa esecutrice, è l'Amministrazione provinciale che si occuperà della fornitura dei materiali essenziali per la costruzione delle opere murarie e per le finiture, rintracciandoli principalmente sul territorio. Per il cantiere dei padiglioni di osservazione ed infermeria[27], ad esempio, oltre al reimpiego del pietrame grezzo ricavato dalla sistemazione dell'area sono forniti pietra da taglio estratta dalla cave di Roio Piano per la realizzazione delle zoccolature, degli stipiti e delle cornici delle aperture, cantonali lapidei per le angolate degli edifici, calce idraulica delle Fornaci d'Imola, mattoni di calcestruzzo puro misto a calce idraulica, arena estratta dalle «cave del Soccorso fuori la Porta del Castello»[28].
L'ingegnere Rimini è un direttore dei lavori molto presente, eseguendo un serrato controllo del cantiere rispetto ai tempi, alla qualità dei materiali e alla messa in opera; chiederà preventivi, campioni di materiali, certificati di altre Amministrazioni pubbliche rispetto a ciò che gli viene offerto, al fine di garantire il massimo dell'efficienza al nuovo manicomio provinciale. Giungeranno così a L'Aquila campioni di pozzolana da Civita Castellana, laterizi da Amelia, infissi interni ed esterni da Milano commissionati all'impresa Keller, letti per i reparti da Brescia, vari campioni di pavimenti.
Schizzi e disegni mostrano gli studi e le riflessioni che accompagnano il suo ruolo di direttore dei lavori volto a migliorare sempre più il progetto[29] (Fig. 4). Per specifici dettagli costruttivi, che presuppongono peculiari competenze, invece, non esita a chiedere supporto, come nel caso della messa in opera dell'isolamento per tetti piani per il quale si rivolge alla ditta Bollinger di Milano[30].

---

[25] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila,* p. 4.

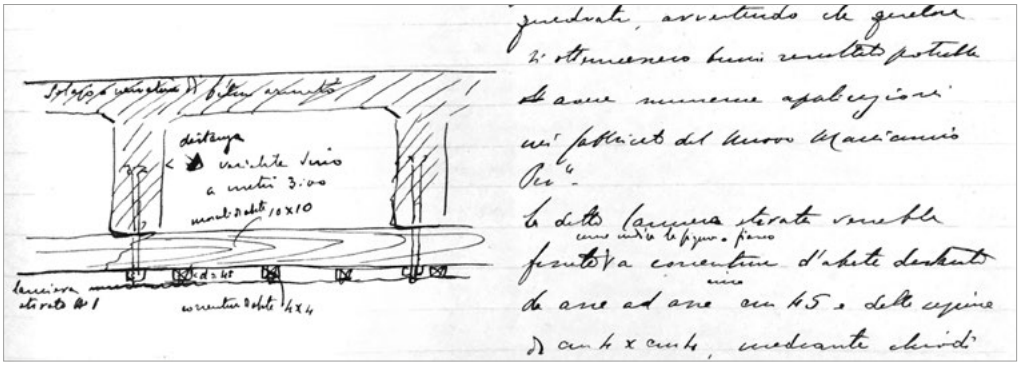
[26] Rispetto al collaudo, la Prefettura darà indicazione di incaricare un tecnico esterno all'Amministrazione. L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila del 26.03.1904*.

[27] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati, B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, Ufficio Tecnico provinciale di Abruzzo Ultra 2, *Capitolato speciale d'appalto per lavori di terra e murari sino al piano superiore dello zoccolo, Costruzione del nuovo Manicomio provinciale in Aquila, Padiglioni di osservazione ed infermeria, sezione uomini e donne.*

[28] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Opere a misura*. Nell'elenco delle lavorazioni a misura è specificato anche che la malta per le murature dovrà prevedere l'utilizzo di un metro cubo di arena ogni tre quintali di calce idraulica.

[29] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9-10, fogli vari.

[30] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Nota dalla ditta Bollinger del 25.05.1905*.



4: G. Rimini, Schizzo del solaio e del sistema di sostegno della controsoffittattura, posto a lato di una nota di corrispondenza con l'impresa esecutrice, 1905 [L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Nota di Rimini del 22.07.1905*].

Particolare attenzione è dedicata all'aspetto impiantistico di riscaldamento, nel quale è coinvolta la ditta Lehman già impegnata nella realizzazione di impianti simili in altri ospedali. Con i suoi tecnici, la ditta è presente a L'Aquila per verificare le effettive esigenze del cantiere e del nuovo complesso al di là dei disegni di dettaglio che lo stesso direttore dei lavori più volte invierà, nei quali con esattezza sono indicate la posizione degli elementi radianti e le tipologie impiantistiche, tenendo conto anche delle rigide temperature della città[31].

La costruzione del nuovo manicomio ha reso necessarie anche tutte le opere di urbanizzazione, così come per un nuovo quartiere: strade, fognature, impianti idrici. Per quest'ultimi, si sviluppa un sistema di adduzione dell'acqua potabile con tubazioni in ghisa che si dirama a partire dall'interno della "barriera della città", così come è definita la cinta muraria[32]. È questa, ancora, occasione di lavoro e vedrà impegnate centinaia di persone per lungo tempo, in quello che all'epoca era certamente il più grande cantiere della città[33]. I lavori si concludono con la realizzazione di sei padiglioni di degenza con l'edificio della direzione, quello destinato a lavanderia e la torre-serbatoio, immersi in un sistema di disegnati giardini, e dell'ampia area che ospiterà la colonia agricola (Fig. 5). Se i primi due padiglioni, speculari rispetto all'asse centrale, si sviluppano su due piani con un seminterrato, gli altri sono dotati di tre piani fuori terra. Gli elevati sono scanditi dalle rigorose bucature arricchite dal disegno degli infissi, segnati da fasce marcapiano, e definiti in sommità da cornici modanate che appaiono opporsi alle lisce fasce lapidee delle zoccolature, tutti elementi, insieme alle finiture interne e all'impiantistica, tuttora conservati.

---

[31] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Corrispondenza con l'impresa Lehman,* ff. vari.

[32] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Progetto per la conduttura di acqua potabile – Perizia per l'indennità da offrirsi alla signora Filomena Nurzia di Aquila per reputazione di un terreno sito in contrada Collemaggio del 06.04.1904.*

[33] L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale. B. 2511, *Costruzione del Manicomio. Personale adibito per lo sviluppo del progetto e per assistenza ai lavori, Avviso del 14.05.1904.*

5: L'Aquila, ex ospedale neuropsichiatrico di Collemaggio, padiglione a tre livelli destinato ai tranquilli. Gli edifici conservano quasi tutti gli elementi originari così come sono conservati i giardini sebbene per la scarsa manutenzione la vegetazione abbia preso il sopravvento sul costruito [foto di G. Ceniccola, giugno 2021].

Conclusioni

L'Ospedale neuropsichiatrico di Collemaggio svolge le sue funzioni fino alla sua chiusura, seguita alla legge 180/1978, nota come «legge Basaglia», termine ultimo di una fase oscura e controversa della cura dei malati fra gli anni Quaranta e Sessanta [Aricò 2019]. Tuttavia, a differenza di altre realtà italiane che hanno subìto il completo abbandono delle strutture, ha conservato in uso alcuni dei suoi padiglioni, sino a che il sisma del 2009 li ha resi inagibili. Allo stato attuale l'intera area, parzialmente utilizzata e non ancora interamente oggetto di interventi di restauro post-sisma, conserva il disegno urbano del progetto originario, l'insieme dei padiglioni con i loro principali e caratteristici elementi costruttivi, il patrimonio arboreo con numerose specie di pregio e gli edifici a servizio della colonia agricola. Appare dunque evidente che la conservazione integrata dell'intera area debba essere sostenuta con forza attraverso forme di tutela consapevoli del suo ruolo storico all'interno della città. In tale quadro assume un ruolo decisivo il citato provvedimento del 2011, teso anche ad orientare una valorizzazione attenta alle peculiarità del sito, ai suoi valori materiali e immateriali, nell'interesse della memoria della città.

Note

Il paragrafo «Introduzione» è stato elaborato da Alessandra Vittorini, direttore della Fondazione Scuola beni attività culturali (Soprintendente per la città dell'Aquila e i comuni del cratere fino al 31 agosto 2020); il paragrafo «L'accoglienza dei malati di mente nella città dell'Aquila» da Carla Pancaldi, e il paragrafo 3 «Il progetto architettonico: cantiere, materiali e tecniche» da Giovanna Ceniccola, entrambe funzionari della Soprintendenza archeologia, belle arti e paesaggio per le province di L'Aquila e Teramo.

Bibliografia

Abruzzo. L'Aquila. Ospedale psichiatrico "S. Maria di Collemaggio". Schede di rilevazione 2005 e aggiornamento 2010 (2010), a cura di R. Marzoli, M. T. Daniele, in *Primo Rapporto sugli Archivi degli ex Ospedali Psichiatrici*, a cura del gruppo di coordinamento del Progetto Nazionale "Carte da legare", Angri, Gaia, pp. 9-12.

ARICÒ, F. (2019). *Dentro le mura di Collemaggio. La fotografia psichiatrica tra uso e abuso,* in «Itinera», n. 18, pp. 125-142.

«Bullettino Ufficiale delle Leggi e dei Decreti del Regno di Napoli» (1813), a. 1807, t. I, Napoli, Stamperia Reale.

GIANNANTONIO, R. (2013). *Nella città del dolore. Esperienze manicomiali in Abruzzo tra Otto e Novecento*, Pescara, CARSA.

Istruzioni per la esecuzione di costruzioni in béton armato nei fabbricati in Germania in data 16 aprile 1904 (1904), Berlino, libreria Guglielmo Ernst e figli.

LENZA, C. (2017). *I manicomi tra memoria e futuro: esempi europei*, in «Magazine del Festival dell'Architettura», n. 41, pp. 82-89.

STOCKEL, G. (1981). *La città dell'Aquila. Il centro storico tra il 1860 e il 1960*, L'Aquila, Edizioni del Gallo Cedrone.

Elenco delle fonti archivistiche

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale. B. 2384, F. 13, *Ospizio di mendicità-Osservatorio per minorenni*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Corrispondenza con l'impresa Lehman,* ff. vari.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Nota dalla ditta Bollinger del 25.05.1905*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila del 26.03.1904*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2507, *Progetto per la conduttura di acqua potabile – Perizia per l'indennità da offrirsi alla signora Filomena Nurzia di Aquila per reputazione di un terreno sito in contrada Collemaggio del 06.04.1904.*

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Atti dell'XI Congresso della Società Freniatrica Italiana, Ancona 29 settembre-3 ottobre 1901*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Lettera di Domenico Ginocchietti alla Deputazione della Provincia dell'Aquila dell'8 aprile 1899*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale. B. 2511, *Costruzione del Manicomio. Personale adibito per lo sviluppo del progetto e per assistenza ai lavori, Avviso del 14.05.1904*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale. B. 2511, *Costruzione del Manicomio. Personale adibito per lo sviluppo del progetto e per assistenza ai lavori, Nota dell'ingegnere Guido Rimini n. 148 del 19.01.1905*.

L'Aquila. Archivio di Stato. Fondo Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Capitolato per Lavori in béton armato, di decorazione in béton e coperture Holzcement per il Fabbricato ad uso Lavanderia, Disinfezione e Bagni e per due padiglioni Agitati e Semiagitati del Nuovo Manicomio Provinciale di Aquila*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, *Opere a misura.*

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati, B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9, Ufficio Tecnico provinciale di Abruzzo Ultra 2, *Capitolato speciale d'appalto per lavori di terra e murari sino al piano superiore dello zoccolo, Costruzione del nuovo Manicomio provinciale in Aquila, Padiglioni di osservazione ed infermeria, sezione uomini e donne.*

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 9-10, fogli vari.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Corpo Reale del Genio Civile, Ufficio di Aquila, Risposta al foglio n. 38 del 05.01.1904*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila n. 4524 del 04.11.1903*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza Alienati. B. 2511, cat. X, classe 6, fasc. 10, *Nota della Deputazione Provinciale di Aquila n. 2573 del 09.11.1903*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, fasc. 3, *Progetto di massima di un nuovo Manicomio Provinciale di Aquila, Relazione dell'ingegnere Guido Rimini del 24 marzo 1903*.

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, fasc. 3, *Progetto di massima per un manicomio provinciale nella città di Aquila, Allegato 1, Verbale del Consiglio Provinciale di Aquila del 10 dicembre 1902.*

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Verbale Consiglio Provinciale di Aquila dell'8 giugno 1903.*

L'Aquila. Archivio di Stato. F. Amministrazione Provinciale, Assistenza alienati. B. 2508, cat. X, *Verbali del Consiglio Provinciale di Aquila del 10 dicembre 1902, del 21 gennaio 1903, dell'8 giugno 1903.*

Sitografia

Collezione delle Leggi e de' Decreti emananti nelle provincie continentali dell'Italia Meridionale durante il periodo della Luogotenenza, t. I: https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/decreto_luogotenenziale_17_febbraio_1861_n_239.pdf [luglio 2021].

L'"ALTRA CITTÀ" PER LA CURA DELLA PSICHE. LE CASE DON UVA TRA REALIZZAZIONE E RICONVERSIONE OSPEDALIERA

Carolina De Falco

Abstract

As part of the asylum structures, the Case della Divina Provvidenza (homes of the Divine Providence), "other cities" built by Don Pasquale Uva, following the example of Cottolengo, have not suffered abandonment or change of intended use. In addition to the attention paid to the sociality of the individual, they are distinguished by the gradual adaptation – in the expansion phase starting from the second post-war period – to hospital-type structures, also tracing the transition from the pavilion to the monobloc model, thanks to quality interventions by engineers and architects.

Keywords

Case della Divina Provvidenza Don Uva, psychiatric hospitals, History of the City, second half of the Twentieth Century.

Introduzione

Un capitolo rilevante nell'ambito delle architetture per la salute è offerto dalle strutture destinate alle patologie mentali, realizzate in un arco temporale ben definito, tra la loro istituzione nell'Ottocento e la dismissione seguita alla legge Basaglia nel 1978. A una prima fase preunitaria che si attesta sull'adeguamento di strutture preesistenti, a seguito dell'evoluzione della psichiatria, la ricerca di una più appropriata tipologia manicomiale registra un'attenta riflessione sull'opportunità di adozione del sistema a padiglioni alti due o tre piani [Ajroldi, Crippa, Doti *et al.* 2013; De Falco 2013]. L'intenzione è quella di separare le diverse patologie, collegando i vari nuclei tra loro con percorsi di servizio, traendo al tempo stesso innumerevoli vantaggi nell'illuminazione delle degenze – orientate a sud e sud-est – nella vista a contatto diretto con l'esterno e nella disposizione degli edifici nel verde, riproponendo una vera e propria analogia con la città. Attraverso la disposizione dei padiglioni, infatti, connessi, isolati o a villaggio, si insegue l'illusione di un luogo non recluso, ovvero *open door*, che dall'inizio del Novecento lascia intravedere inoltre nuove possibilità di cura nella maggiore libertà consentita ai pazienti. D'altro canto, la "città" dei folli, creata per la loro tutela, ma nell'isolamento a protezione dei sani, ubicata ai margini dei centri urbani, sia per una potenziale espansione che per

© Aisu International 2020

la prevista autosufficienza attraverso le cure ergoterapiche nei campi coltivati, tenta un graduale riavvicinamento alla città "normale".
In questo ambito, si collocano le Case della Divina Provvidenza sorte, a partire dal 1922, grazie all'impegno di don Pasquale Uva, con sedi in Puglia a Bisceglie e a Foggia, in Basilicata a Potenza e nel Lazio a Guidonia. Inoltre, le suore Ancelle della Divina Provvidenza estendono l'opera missionaria all'estero in Argentina e in Paraguay[1]. Tra le sedi italiane, ha già meritato attenzione l'Ospedale neuropsichiatrico a Potenza e in particolare l'Istituto ortofrenico, opera meno nota di Marcello D'Olivo, del 1965-1972, che si distingue per il singolare innesto a 45° nella galleria di servizio dei tre corpi bassi con le camere di degenza e dell'alto edificio brutalista, con la portineria e gli studi medici[2] [De Falco 2019]. Tuttavia, è d'interesse soffermarsi ulteriormente proprio sulle prime sedi pugliesi, la Casa madre a Bisceglie e quella a Foggia.
Elemento distintivo delle Case Don Uva, rispetto a quanto è accaduto più in generale ai complessi manicomiali quasi sempre riadattati a nuova destinazione d'uso, quando non in stato di abbandono, è il graduale adeguamento verso strutture di tipo sanitario non psichiatrico già nella fase di ampliamento a partire dal secondo dopoguerra, fino alla completa riconversione, in ciò favorite dalla proprietà di tipo ecclesiastico. Allo stato attuale, infatti, i diversi centri dell'"Universo Salute Opera Don Uva" sono specializzati nel trattamento delle malattie cronico-degenerative, dotati di *hospice* geriatrici, e offrono prestazioni sanitarie riabilitative per un ampio spettro di patologie, dall'ambito neurologico a quello cardiologico, fino allo pneumologico, in quest'ultimo periodo naturalmente dedicati all'emergenza COVID-19[3]. D'altra parte, fin dall'origine, la sede principale a Bisceglie è stata dotata di una varietà di strutture e di spazi per la socializzazione, riabilitativi, sportivi e ricreativi, offrendo «più l'immagine di una piccola città, anziché di un'Istituzione»[4]. Servizi che ancora oggi costituiscono un punto di forza, grazie agli interventi di qualità di ingegneri e architetti che hanno reso possibile il passaggio dall'istituzione manicomiale a quella ospedaliera.

Bisceglie: la socialità dell'individuo al centro

La Casa Don Uva a Bisceglie è istituita per diradare l'affollamento dei complessi manicomiali di Aversa e Nocera. L'intitolazione è debitrice alla piccola Casa della Divina Provvidenza, sorta a Torino nel 1832 e conosciuta anche con il nome del suo fondatore Giuseppe Benedetto Cottolengo, santificato nel 1934, che si occupa tutt'oggi di assistenza alle persone con disabilità fisiche e mentali, agli anziani e ai minori orfani.

[1] https://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=prodente&Chiave=416.

[2] Nel 1968, D'Olivo realizza inoltre il centro sociale del complesso della Divina Provvidenza a Guidonia.

[3] Nel 2015, per le tre sedi di Bisceglie, Foggia e Potenza, è subentrata nella proprietà la società "Universo Salute Opera Don Uva", in regime di accreditamento istituzionale con il servizio sanitario regionale.

[4] https://www.donuva.it/polo-sanitario-moderno-2/.

1: Casa della Divina Provvidenza a Bisceglie, il plastico della "città" dei folli, scala 1:1000, 1968 c.a. [Bisceglie. Archivio Casa della Divina Provvidenza].

Sull'esempio torinese, tanto da meritare la definizione di "Cottolengo del Mezzogiorno" sul «Giornale d'Italia» del 1949, Don Uva persegue l'intento di fondare una «città di parecchie migliaia di abitanti, tutti sofferenti […] innalzare fabbricati per ospedali e ricoveri» [Felsani 1951a, 33, 44; Garofalo 1995, 290] (Fig. 1).
Nel 1931, la direzione è affidata a Pietro Armenise, libero docente di malattie nervose e mentali presso l'Università di Bari, e a Domenico Sarno, aiuto presso la Clinica neurologica dell'Università di Napoli, mentre nel 1935 sono riconosciuti all'istituzione i requisiti di ospedale psichiatrico. Durante tale periodo, lo scambio tra tecnici e alienisti risulta particolarmente fruttuoso a proposito del dibattito sulle tipologie da adottare. Il primo nucleo del complesso a Bisceglie, che si estende su ben 2.500 mq di terreno fino al mare, è costituito da due padiglioni psichiatrici femminili, in mattoni e travertino, dovuti all'ingegnere Luigi Buttiglione, impegnato pure a Foggia e a Potenza. La pubblicazione prodotta in occasione della celebrazione del venticinquennio dell'Opera Don Uva, nel 1948, descrive lo stato dei luoghi evidenziando le impressioni favorevoli sia dei visitatori comuni, per la «magnificenza dei padiglioni bellamente dislocati su una lieve e salubre altura della marina pugliese, arieggiati da graziosi piazzali, cui si accede per lunghi viali fioriti», sia dei medici, per «l'accurata attrezzatura degli impianti, dei servizi generali, igienici e sanitari, dei gabinetti diagnostici e di cura, con terapeutica improntata ai dettami ultimi della scienza» [Felsani 1951a, 112] (Fig. 2).
Dopo la guerra, nel 1948, don Uva denuncia *Un aspetto della grave Questione del Mezzogiorno d'Italia. La mancanza dell'assistenza psichiatrica* segnalando la carenza degli ospedali a tale scopo destinati e proponendo di aumentarne il numero dai soli cinque esistenti, compreso quello di Bisceglie, fino a dieci [Uva 1948]. Tra questi, in Puglia

2: Casa della Divina Provvidenza a Bisceglie, spazi nel verde in una foto storica, anni Settanta [Bisceglie. Archivio Casa della Divina Provvidenza. Album fotografico].

3: Universo Salute Opera Don Uva, unità di cardiologia e pneumologia (ex padiglione psichiatrico maschile). Sullo sfondo l'ex secondo padiglione psichiatrico femminile, anni Trenta [foto di C. De Falco].

viene annoverato senz'altro l'Ospedale psichiatrico interprovinciale salentino a Lecce[5]; tuttavia ci si auspica il progetto di una nuova struttura pure a Foggia, oltre a quelle a Potenza in Basilicata, a Benevento in Campania e a Cosenza in Calabria, queste ultime due non più realizzate.

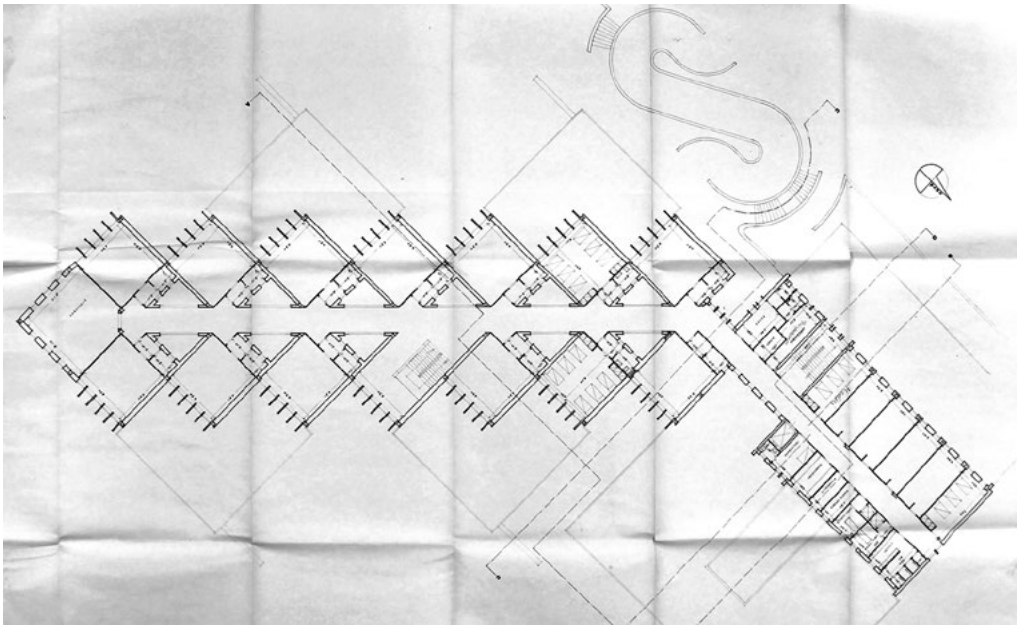
Un anno dopo, don Uva promuove l'innovativo progetto di un vero e proprio "villaggio" autonomo, rieducativo, para e post-psichiatrico, per 700 assistiti con 100 persone di soccorso, da progettarsi su 150 ettari di terreno, caldeggiandone l'iniziativa attraverso l'organizzazione, nel 1950, del Convegno regionale pugliese psichiatrico-assistenziale e incontrando di persona finanche Giulio Andreotti, allora sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei ministri, per ottenere un finanziamento[6]. La proposta suscita interesse proprio per l'apertura alle attività paramediche, dettando inoltre le modalità per l'ulteriore sviluppo del centro di Bisceglie, inteso come «ospedale senza attrezzatura ospedaliera apparente, con l'aspetto e il ritmo di un piccolo villaggio […] con architettura arieggiante un centro urbano» [Garofalo 1995, 296-297]. Anche la grandiosa chiesa in pietra di Trani, dedicata a san Giuseppe padre dei sofferenti, iniziata nel 1937 con linguaggio neoromanico improntato ai caratteri del regionalismo, ma completata nel 1951, è in linea ai principi dell'*open door*, grazie alla navata di 35 metri di lunghezza, rivolta verso l'arteria principale della città, via Giovanni Bovio, e preceduta da un piazzale di ben 3.000 mq, per essere in grado di ospitare fino a 4.000 fedeli, anche esterni all'ospedale psichiatrico. Nel 1971, il piazzale della chiesa è completato dalla palazzina degli uffici amministrativi, opera dei fratelli ingegneri Libero e Demetrio Martucci, cui si devono gli interventi nelle

[5] Nel 1899, l'ingegnere capo dell'Ufficio tecnico Luigi Libertini è incaricato dell'adeguamento del monastero degli alcantarini a manicomio provinciale di Terra d'Otranto, sotto la guida di Leonardo Bianchi [De Falco 2013b].

[6] L'impossibilità, tuttavia, da parte dello Stato a erogare contributi a soggetti diversi dalle Province e dai Comuni determina l'esito negativo del finanziamento al progetto, per il quale erano stati richiesti 500 milioni di lire.

diverse sedi Don Uva a partire dagli anni Sessanta. L'originale facciata, chiaroscurata da motivi esagonali a incasso e semicircolari in aggetto, che si confrontano con il linguaggio neoromanico dell'edificio religioso, chiude il terzo lato del piazzale.
Nel 1951 l'Ospedale di Bisceglie ospitava 3.200 pazienti. Pertanto, tra il 1955 e il 1960, ancora su progetto di Buttiglione, si aggiungono il terzo padiglione psichiatrico femminile e il grande edificio a corte per il padiglione psichiatrico maschile, quest'ultimo completamente trasformato e riconvertito in unità di cardiologia, pneumologia e centro di riabilitazione Alzheimer (Fig. 3). Inoltre, il padiglione per l'osservazione viene ridestinato ai folli tubercolotici, in base a un accordo con il Consorzio provinciale antitubercolare, e dotato di sala chirurgica completa e sala a raggi X indipendente. In tal modo, la Casa Don Uva a Bisceglie diviene l'undicesimo su 57 ospedali psichiatrici italiani a essere dotato di un padiglione specificamente dedicato agli ammalati di TBC [Felsani 1951b, 26].
Il 1955, anno della morte di don Uva, segna una svolta in campo psichiatrico: al Convegno nazionale di studi per la riforma della legislazione sugli ospedali psichiatrici – organizzato dal Centro nazionale di prevenzione e difesa Sociale e dall'Amministrazione provinciale di Milano con l'appoggio dell'Unione province italiane – emerge la criticità rispetto alla normativa del 1904 e si mostra l'arretratezza italiana nei confronti delle altre realtà europee [Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale 1956, 784; Dell'Olio 1977, 249-250]. Pertanto, viene avanzata la proposta di legge per sostituire al concetto di custodia quello di cura del malato mentale determinandone il passaggio di competenza al Ministero della sanità, in favore di una tutela non più di tipo legale, ma sanitaria e sociale. In particolare, una più razionale autonomia nell'organizzazione dei servizi manicomiali e «una prepotente affermazione dei sentimenti umanitari, un nuovo sviluppo ed orientamento della psichiatria, facevano dare quasi un carattere di obbligatorietà prima non sentito al ricovero e all'assistenza della infanzia psichicamente anormale» [Felsani 1951b, 7]. Da tale punto di vista, aderendo alle più moderne dottrine psicosomatiche e assicurando ai medici le possibilità diagnostiche e terapeutiche più all'avanguardia, le Case della Divina Provvidenza si mostrano addirittura in anticipo con tale indirizzo.
Guidato dallo spirito religioso, don Uva tenta infatti di inquadrare il problema dei malati psichici in un'ottica più ampia, prestando attenzione non solo alla cura delle malattie sia mentali che conseguenti a queste, quali la denutrizione o le inosservanze igieniche, ma anche all'affettività e alla socialità dell'individuo. Il modello terapeutico adottato si mostra non solo in linea con le direttive più aggiornate, ma adotta la pedagogia emendativa attraverso il lavoro, perfino retribuito, o comunque inteso quale fonte di sostentamento: dall'agricoltura alla pastorizia, dalla scuola di ricamo all'officina meccanica, fino ai laboratori di impagliatoria, falegnameria e tipografia, mentre è considerata non ultima pure l'istruzione elementare.
Inoltre, sono previste soprattutto attività di svago, come teatro, cinema e luoghi per l'intrattenimento e per lo sport, come campi da tennis, basket e calcio. Viene infatti osservato che «sono paghi e lieti questi eterni fanciulli, questi poveri mutilati cui natura fu matrigna, di poter intercalare nel loro ritmato quotidiano lavoro una audizione radiofonica, o uno spettacolo cinematografico o teatrale all'aperto, o l'intervento alle rituali feste pubbliche, immedesimati per consuetudine nel villaggio manicomiale come se fosse il

loro paese d'origine» [Felsani 1951b, 31]. A tal riguardo, vanno evidenziati gli interventi degli ingegneri Libero e Demetrio Martucci, cui si deve il progetto dell'ampia struttura polifunzionale destinata a centro sociale e cinema, purtroppo mai portata a termine per mancanza di fondi, rimanendo allo stato grezzo, con la singolare copertura dal profilo "seghettato". Va sottolineato che la squadra "Don Uva calcio 1971" continua tutt'ora l'attività agonistica e sportiva debitrice della struttura e del campo da gioco realizzati.
In occasione del 50° anniversario della Fondazione Don Uva, nel 1972, insieme al nuovo laboratorio di biochimica e neuropatologia, è inaugurato l'edificio per la psico-socioterapia, progettato dai Martucci nel 1968 (Fig. 4). La necessità di aiutare materialmente e moralmente i dimessi dal manicomio, guariti o convalescenti, fin dalla fine dell'Ottocento, aveva destato l'interesse, tra gli altri, del direttore del manicomio di Nocera Giovannangelo Limoncelli, che aveva tentato di organizzare un consorzio di diverse province sia in Campania che in Puglia.
L'edificio psico-socioterapico di Bisceglie è formato da elementi cubici sfalsati, per favorire l'esposizione a sud-ovest delle camere a sei letti, innestati lungo una galleria corridoio, mentre al piano terra si collocano refettori, sale convegno e TV. Le facciate, intonacate di giallo, sono movimentate da singolari *brise soleil* verticali dalla forma sagomata, di colore grigio scuro. L'abbinamento a infissi di tipo tradizionale, così come la stessa singolare disposizione della pianta dell'edificio, inducono a ipotizzare un riferimento all'Istituto ortofrenico di Marcello D'Olivo a Potenza, progettato nel 1965 e concluso nel 1972, per il quale Libero Martucci aveva diretto i lavori di cantiere, mostrandosi particolarmente ispirato dall'opera, come descrive in una relazione tecnica.



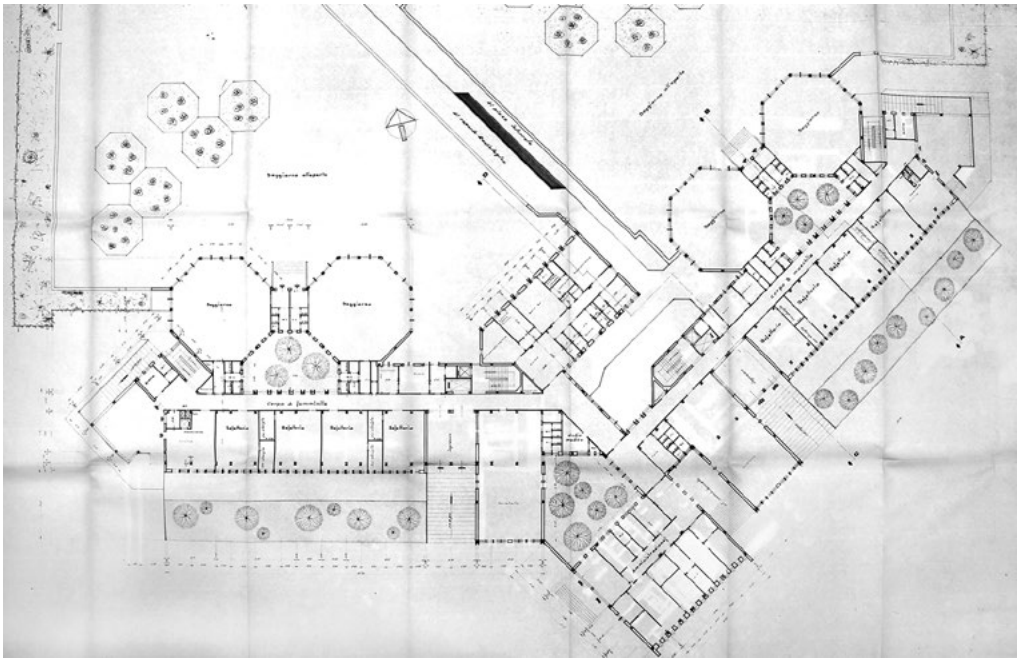
4: D. Martucci, L. Martucci, Casa della Divina Provvidenza a Bisceglie, edificio della psico-socioterapia, pianta del primo piano, scala 1:1000 e 1:100, 1968-1972 [Bisceglie. Archivio privato Martucci].

Foggia: dal sistema a padiglioni al monoblocco

Il primo nucleo della Casa della Divina Provvidenza a Foggia, per il quale viene richiesta l'attribuzione del nuovo sito alla Provincia nel 1943 e che entra in funzione nel 1949, è elaborato da Luigi Buttiglione, con edifici analoghi a quelli di Bisceglie. Oltre al grande fabbricato dell'ospedale psichiatrico, ai padiglioni per deficienti, ciechi e sordomuti distinti per sessi, sono previsti un padiglione per l'isolamento e uno per gli anziani; al centro, in maniera insolita e funzionale, sono collocati i servizi generali. Dell'intero complesso l'Istituto ortofrenico, «davvero importante e davvero imponente» secondo la descrizione, è lodato per le «linee sobrie ed eleganti […] la moderna attrezzatura degli impianti igienici, radiologici» e per le ampie corsie, «vaste terrazze, saloni spaziosi ed arieggiati, cortili e verande battuti dal sole [che] rendono gaio il soggiorno degli infermi» [«Giornale d'Italia» 1948 in Felsani 1951a, 91]. Pure a Foggia è data grande importanza all'ergoterapia, in particolare agricola, grazie alla coltivazione di diversi ettari di terreno a ortaggi e graminacee, con frutteto, oliveto e vigneto.
A seguito dell'ampliamento resosi necessario negli anni Settanta, gli ingegneri Martucci progettano due grandiosi edifici: la casa delle suore Ancelle e il nuovo ospedale psichiatrico. Il primo presenta una complessa pianta con tre corpi di fabbrica di differente altezza, disposti a incastro secondo i lati di un triangolo equilatero, rivestiti di lucidi listelli di *klinker* ceramico chiaro e animati da *brise soleil*, bucature di ampiezza differente e formalistici aggetti (Fig. 5). Più interessante, per il superamento del modello a padiglioni con quello cosiddetto a monoblocco, è l'ospedale psichiatrico che si adegua alla tipologia dell'edificio ospedaliero americano della prima metà del Novecento, come gli esempi del H. Ford a Detroit, del 1915-1919, e del General Hospital a Los Angeles, del 1934 [Li Calzi, Fontana, Sandolo 2002].
Con il modello a monoblocco viene superata la criticità presente nel sistema a padiglioni relativa alla mancanza di funzionalità per i servizi comuni riproposti in ogni edificio, con conseguente aumento dei costi di gestione e lentezza negli spostamenti. La nuova tipologia ospedaliera è praticabile anche grazie alla scoperta delle tecniche di disinfezione, che, evitando i pericoli di contagio diretto, rendono inutile la separazione fisica e l'eccessiva frammentazione dei reparti in singoli edifici. In Italia, tuttavia, l'ospedale monoblocco si realizza in ritardo, considerato il Decreto Ministeriale del 1939 che impone alle strutture ospedaliere di avere un numero di piani fuori terra non superiore a sette, considerato anche il minore costo dei suoli e prediligendo invece altri fattori, quali la corretta illuminazione e l'aereazione preferibilmente non artificiale, come invece accade oltreoceano [«Gazzetta Ufficiale» 1939, 3837; Capolongo 2006, 46][7]. In ogni caso, la ripetizione dello stesso schema planimetrico in altezza consente la concentrazione di tutti i reparti di diagnosi, cura, degenza e servizi generali, rispondendo nel miglior modo alle esigenze sanitarie, poiché la vicinanza fra i reparti e la facilità delle

[7] Il Decreto Ministeriale del 20 luglio 1939, *Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere* [«Gazzetta Ufficiale» 1939], rappresenta il primo dettato normativo in materia di edilizia sanitaria.

5: D. Martucci, L. Martucci, Casa della Divina Provvidenza a Foggia, Casa delle suore Ancelle, 1972. [Bisceglie. Archivio Casa della Divina Provvidenza. Album fotografico].



6: D. Martucci, L. Martucci, Casa della Divina Provvidenza a Foggia, pianta del nuovo ospedale psichiatrico, scala 1:100, 1972. [Bisceglie. Archivio Casa della Divina Provvidenza].

7: D. Martucci, L. Martucci, Casa della Divina Provvidenza a Foggia, prospetto del nuovo ospedale psichiatrico, scala 1:100, 1972. [Bisceglie. Archivio privato Martucci].

8: D. Martucci, L. Martucci, Casa della Divina Provvidenza a Foggia, il nuovo ospedale psichiatrico, 1972. [Bisceglie. Archivio Casa della Divina Provvidenza. Album fotografico].

comunicazioni agevolano i rapporti fra medici, chirurghi e specialisti. Tra gli altri, la nuova "fabbrica della salute" ha il pregio di rendere più semplice la sorveglianza, problema particolarmente avvertito proprio nel caso degli ospedali psichiatrici, tanto che nel caso di Potenza si era fatto ricorso a un sistema di gallerie coperte per raccordare i percorsi tra i diversi padiglioni. Viceversa, uno dei limiti più sentiti nel caso dell'edificio monoblocco consiste nella riduzione dei luoghi destinati alla socializzazione.

È importante ricordare che fin dal 1937 si era reso necessario dotare Foggia e la sua provincia di un centro ospedaliero efficiente e moderno, dalla capacità di 500 letti. Nel 1942 il progetto è affidato all'architetto razionalista Ettore Rossi, co-autore del piano regolatore dell'E42 e ricordato per aver vinto il concorso del 1933 per il Policlinico di Modena, dove adotta la tipologia a monoblocco [Di Pietro 1965; Giuntini, Muzzioli 2005]. I lavori nell'ospedale lombardo, iniziati nel 1940 ma proseguiti dopo gli eventi bellici, si concludono nel 1963, mentre per l'Ospedale di Foggia i lavori di costruzione hanno inizio solo nel 1962.

Nel 1974, i Martucci realizzano dunque per il centro Don Uva l'Ospedale psichiatrico S. Maria, alto da sei a sette piani e articolato su una pianta a L che unisce i due reparti maschile e femminile, mentre un edificio collocato all'incrocio tra i due bracci contiene i servizi generali e, al primo livello, la sala operatoria e una sala gessi (Figg. 6-7). Un tipo di articolazione che può essere associata in parte alla tipologia a "monoblocco siamese", come descritta da Carlo Casati, autore dell'Ospedale psichiatrico di Codogno nel 1953, perché articolata in due volumi connessi tra loro nei piani bassi [Casati 1965; Direzione Generale Sanità Regione Lombardia 2008].

Gli esterni presentano un rivestimento in ceramica color mattone e in pietra chiara; altrettanto curate sono le finiture degli interni. Al piano terra le sale refettorio si aprono sul verde, mentre quattro volumi bassi, due per lato, dalla forma esagonale, sono adibiti a soggiorno e affacciano su altrettanti, così descritti, "soggiorni all'aperto", con aiuole fiorite per lasciare spazio alla dimensione umana[8] (Fig. 8).

[8] Bisceglie. Archivio privato Martucci. F. 47- 4, *relazione tecnica*.

Conclusioni

Nel corso della seconda metà del Novecento, da un lato la città dei folli si trasforma tentando un'"apertura" che la restituirà attraverso il "liberi tutti" al contesto urbano, pur subendo i complessi manicomiali una fase di *damnatio memoriae* e di abbandono; dall'altro, invece, anche l'ospedale moderno, specialmente con l'istituzione dei policlinici, viene considerato come centro specialistico autosufficiente e comunque "altro" rispetto alla città.
Da tale punto di vista, le Case della Divina Provvidenza costituiscono un modello non usuale di capacità di riconversione senza modificare la destinazione d'uso rivolta alla cura della salute, ponendo in particolare al centro l'aspetto della socialità dell'individuo e perseguendo al contempo l'evoluzione medica, tecnologica e architettonica dei complessi ospedalieri, anche nel passaggio dal modello a padiglioni alla tipologia a monoblocco.

Note

In questa sede è stato ripreso e ampliato il saggio *Le Case della Divina Provvidenza nell'Italia Meridionale* [De Falco 2013], con i dovuti ringraziamenti alla madre superiora suor Marcella Cisa, purtroppo scomparsa, per l'accesso all'archivio. Inoltre, si ringrazia l'arch. Ida Martucci per l'accesso all'archivio privato Martucci.

Bibliografia

Atti del Convegno Nazionale di studio per la Riforma della legislazione sugli Ospedali psichiatrici. Milano, Palazzo Isimbardi, 7-8-9 ottobre 1955 (1956), a cura del Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale - Amministrazione provinciale di Milano, Milano, A. Giuffrè.

CAPOLONGO, S. (2006). *Edilizia ospedaliera. Approcci metodologici e progettuali*, Milano, Hoepli.

CASATI, C. (1965). *L'Ospedale psichiatrico di Codogno*, in «Ospedali Cliniche moderne. Bimestrale di studi e tecnica clinico-ospedaliera», n. 2, pp. 50-54.

DE FALCO, C. (2013). *Le Case della Divina Provvidenza nell'Italia Meridionale*, in *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti *et al.*, Milano, Electa, pp. 306-314.

DE FALCO, C. (2019). *Marcello D'Olivo tra "le suggestioni della fantasia e i rigori del ragionamento matematico. Un aggiornamento storiografico*, in «Bollettino del Centro di studi per la Storia dell'Architettura», n.s. 1, pp. 79-90.

DELL'OLIO, G. (1977). *Cristo ebbe bisogno di lui. Vita di don Pasquale Uva fattosi servo degli esclusi*, Roma, Tipografia poliglotta romana.

DELL'OLIO, L. (2000). *L'architettura degli edifici per la sanità*, Roma, Officina Edizioni.

DI PIETRO, P. (1965). *L'ospedale di Modena,* Modena, Bassi & Nipoti.

FELSANI, G. (1951a). *Casa Divina Provvidenza. Cronistoria dell'opera*, vol. I, Bisceglie, Tip. Scuola Casa della Divina Provvidenza.

FELSANI, G. (1951b). *Casa Divina Provvidenza. Ospedali psichiatrici e Istituti ortofrenici di sua fondazione*, vol. II, Bisceglie, Tip. Scuola Casa della Divina Provvidenza.

GAROFALO, S. (1995). *La più difficile carità. Il servo di Dio Don Pasquale Uva*, voll. 2, Gorle, Casa della Divina Provvidenza - Opera Don Uva.

«Giornale d'Italia» (1948), 4 dicembre.

GIUNTINI, A., MUZZIOLI, G. (2005). *E Venne il Grande Spedale. Il sistema ospedaliero modenese dalle origini settecentesche a oggi*, Modena, Azienda USL Modena.

I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento (2013), a cura di C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti *et al.*, Milano, Electa.

Istruzioni per le costruzioni ospedaliere (1939), in «Gazzetta Ufficiale», n. 187, pp. 3836-3841.

L'architettura della salute: Luoghi e storia della sanità lombarda (2008), a cura della Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, Milano, Regione Lombardia.

LI CALZI, E., FONTANA, S., SANDOLO, A. (2002). *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, Milano, Libreria CLUP.

UVA, P. (1948). *Un aspetto della grave Questione del Mezzogiorno d'Italia. La mancanza dell'assistenza psichiatrica*, Bisceglie, Tip. Scuola Casa Divina Provvidenza

Elenco delle fonti archivistiche

Bisceglie. Archivio privato Martucci. F. 47- 4, *relazione tecnica*.

Sitografia

Casa della Divina Provvidenza. Istituti ospedalieri, centri di riabilitazione di Bisceglie (2005):

https://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=prodente&Chiave=416 [gennaio 2021].

DE FALCO, C. (2013b). *Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino – OPIS*, in *Spazi della follia*, a cura di C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti *et al.*, Portale del Sistema Archivistico Nazionale (SAN): https://spazidellafollia.unicam.it/it/complesso-manicomiale/ospedale-psichiatrico-interprovinciale-salentino-opis [gennaio 2021].

https://www.donuva.it/polo-sanitario-moderno-2/ [dicembre 2020].

5

IGIENISMO E IGIENISMI. PIANI, RISANAMENTI E TRASFORMAZIONI URBANE

HYGIENE AND HYGIENISM. PLANS, “RISANAMENTI”, AND URBAN TRANSFORMATIONS

L'UTOPIA IGIENISTA PER UNA CITTÀ SENZA LUOGHI DI CURA

Guido Zucconi

Abstract

Due to the great discoveries in the field by microbiology (mainly by Koch and Pasteur), what took shape in the last twenty years of the nineteenth century is an organic system of controls. It allowed the elimination of disastrous diseases such as pulmonary tuberculosis and cholera. Even in Italy, urban centres become the main theatre of this administrative action which has above all prevention purposes. Methods of analysis and intervention are applied here, borrowed from medicine and surgery on the human body. Within the hygienist's proposal, there is a utopian component too that suggests a type of city where hospitals have a marginal role (as in Jules Verne's 1879 story) or, even, no longer exist as in the science fiction novel written by Paolo Mantegazza in 1897.

Keywords

Hygienism, Microbiology, System, Control, Disease.

Introduzione

Prima di entrare nel merito di questioni più generali, dobbiamo domandarci: chi sono gli *igienisti*? Potremmo sommariamente definirli come coloro che si occupano di igiene pubblica oppure come quegli specialisti di varia origine, impegnati sul fronte della prevenzione sanitaria, anche attraverso una serie di presidi appositamente creati.
Per dare una risposta meno generica, dobbiamo riferirci ad un contesto preciso, in particolare agli effetti prodotti nell'Europa di fine Ottocento dall'irrompere della microbiologia, grazie agli strabilianti risultati che provengono dai laboratori prima francesi, poi tedeschi. Il sapere biomedico acquista allora una valenza politica che prima non aveva: una sua branca specifica – l'*igiene pubblica* – offre soluzioni concrete affinché la società possa finalmente liberarsi da una serie di ricorrenti flagelli epidemiologici.
Nell'arco di un trentennio – tra il 1860 e il 1890 – prima Louis Pasteur, poi Robert Koch hanno individuato e isolato gli agenti patogeni di alcuni grandi mali che hanno flagellato la città ottocentesca: dopo la febbre tifoide, è la volta della tubercolosi polmonare, e infine del colera. Straordinariamente perfezionato rispetto ai prototipi seicenteschi, il microscopio bioculare ha permesso di rivelare una serie di cause patogene, prima di allora ricercate in modo empirico attraverso l'osservazione dei fenomeni: dagli esperimenti sulle rane di Lazzaro Spallanzani fino alla epocale scoperta immunologica compiuta da Edward Jenner. Il suo vaccino contro il vaiolo prende il via nel 1797, a partire dalla constatazione che i mungitori erano esenti da quel male. C'è poi il caso di Louis

© Aisu International 2020

Pasteur che, nell'elaborare l'antidoto contro la rabbia, era partito da una serie di esperimenti su di un animale quasi immune come il coniglio.
In aggiunta, gli scienziati sono ora in grado di comprendere i meccanismi che sono all'origine della loro propagazione: cibo avariato o comunque mal conservato, mancanza di luce e di ricambio, commistione tra acque potabili e deiezioni umane nel terzo. Grazie al microscopio e alla scoperta di organismi, impercettibili all'occhio umano, crolla definitivamente quella *teoria dei miasmi*, la quale sin dagli albori della medicina era stata chiamata in causa per spiegare la trasmissione delle malattie contagiose. Si consideri anche il principio delle acque cattive, che nel caso del colera aveva tuttavia un suo fondamento: alcune ricerche di medici inglesi avevano individuato una serie di pozzi e di fonti all'origine di focolai epidemici, particolarmente virulenti. Ora si sa con certezza che a diffondere il contagio sono i microrganismi contenuti in acque contaminate da feci infette.
Per segnalare il passaggio epocale descritto, la storiografia francese ha coniato l'espressione *révolution pastorienne*, mentre il resto del mondo parlerà semplicemente di "avvento della microbiologia". Alain Corbin ci ha dato una definizione:

> Il neo-ippocratismo aveva fatto ricorso agli umori, […] alle condizioni climatiche, per spiegare le malattie infettive; con il nuovo specialista *pasteuriano* s'impone l'eziologia microbiologica; contemporaneamente, l'attenzione cessa di concentrarsi sull'uomo sofferente e sui suoi rapporti con il contesto, per spostarsi sull'oggetto biologico: il micro-organismo che ci sforza di studiare in quanto tale, con finalità euristiche ancor più che terapeutiche [Corbin 1988, 165][1].

Tutto ciò cambia completamente lo stile e il paesaggio nel mondo della medicina, trasformato in uno scenario asettico e sterilizzato, dove prevale il colore bianco: riguarderà laboratori scientifici, dispensari, ospedali e tutti gli altri ambiti entro il perimetro della medicina, modificati secondo le nuove norme di prevenzione sanitaria. Per quel che riguarda la storia urbana, la *révolution pastorienne* arriverà a oltrepassare le mura dei luoghi connessi alla cura, coinvolgendo gli spazi sia collettivi sia privati della città, entrambi sottoposti agli imperativi dell'igiene pubblica. Per Corbin, al fondo dell'analisi batteriologica c'è dunque una componente euristica, in grado di individuare e spiegare ben di più che la sola origine delle patologie. In altre parole, la biochimica fornisce gli elementi per determinare, anche all'interno del perimetro urbano, il confine tra il puro e l'impuro, tra il bene e il male.
Nel definire i compiti degli igienisti dobbiamo perciò considerare una carica, tra l'ideologico e il missionario, che alimenta e sostiene un'azione, ai loro occhi, salvifica. Questa lotta per il bene, condotta nel nome della scienza, li spinge ad elaborare un progetto di società che finisce per andare ben oltre il problema della cura e della difesa dal morbo, ovvero ciò che dovrebbe rappresentare il loro *core business*. Nel comprendere questa dimensione politica dell'igienismo, molto dobbiamo a Michel Foucault, soprattutto ai

[1] Traduzione dell'autore.

saggi raccolti in *Microfisica del potere*, dove egli analizza nitidamente gli orizzonti del sapere medico e ne illustra la volontà di prolungare il raggio di azione, ben al di là dei tradizionali recinti destinati alla terapia [Foucault 1969; Foucault 1977; Foucault 1997]. Non tutti, ma una parte consistente degli igienisti di fine Ottocento ha voluto elaborare un vero e proprio progetto di società, il quale si è poi ovviamente riflesso sulle modalità di controllo, fino ad arrivare a condizionare – spesso in modo pesante – l'assetto futuro dei centri urbani.
La scoperta del *microbo*, così battezzato nel 1878 dal Pasteur, non resterà perciò confinato al solo mondo della biologia e della medicina né circoscritto al solo ambito accademico, ma avrà una consistente ricaduta sulla vita di tutti i giorni, sulle abitudini dei singoli e sui comportamenti collettivi; dopo aver condizionato ambiti giuridici, amministrativi ed economici, andrà a rivoluzionare gli assetti edilizi.
Dal punto di vista dei sanitari, la città è da intendersi come vasta entità da analizzare e controllare in modo sistematico: per la prima volta viene letta e rappresentata attraverso la lente del riscontro statistico, con l'ausilio di inchieste e di indagini condotte a tappeto sulle condizioni sanitarie: tutto questo si tradurrà poi in una serie di quantità assolute e di relazioni numeriche esprimibili in leggi matematiche. In una seconda fase, attraverso i precetti di una medicina rinvigorita da eccezionali scoperte scientifiche, gli stessi igienisti saranno chiamati ad indicare una strategia che possa prevenire la diffusione di malattie e di patologie contagiose, le *epidemie*. In particolare, attraverso princìpi oggettivi, come quelli relativi al soleggiamento e all'angolo d'incidenza dei raggi solari, si procede a disciplinare le dimensioni dei cortili e degli stacchi tra fronti, a determinare le sezioni delle strade, a definire le caratteristiche distributive di mattatoi, scuole, e ospedali.
Dallo sforzo di oggettivazione, compiuto allora dagli igienisti, ha origine quel *corpus* di norme che entrano alla fine degli anni '80 nei nuovi regolamenti edilizi e che, più tardi, faranno il loro ingresso nel vocabolario della pianificazione con il termine *standard*, ripreso dal mondo dei pesi e delle misure. Anche lo spazio dell'abitazione è sottoposto ad una serie di *standard*: si tratta di rapporti tra le parti e dimensioni minime che dovranno essere rigorosamente applicati. A questo proposito, si pensi al ruolo fondamentale che svolge il concetto di "alloggio salubre", non più lasciato alla soggettività dell'osservatore, ma basato su di una serie di parametri oggettivi forgiati dagli stessi igienisti.
Su tali premesse, possiamo dividere in due distinte categorie le inchieste sulle abitazioni comuni, realizzate nell'ultimo quarto dell'Ottocento, a tutti i maggiori centri europei e nord-americani: quelle che appartengono ad un *prima* e quelle che vengono dopo l'avvento della batteriologia. In questo secondo caso, vi è una perfetta quantificazione del fabbisogno, ovvero degli *alloggi insalubri* che dovranno essere sostituiti.

L'igiene a scala urbana

Consolidatasi nel periodo compreso tra gli anni '70 e '80 dell'Ottocento, la *microbiologia* fornirà una base oggettiva ad una serie di provvedimenti in materia di igiene pubblica nei centri abitati, i quali, un po' dovunque, prenderanno corpo nell'ultimo ventennio dell'Ottocento. Bisogna chiamare in causa gli straordinari successi conseguiti con le

scoperte scientifiche per spiegare il consenso che le proposte igieniste riscuoteranno a livello politico: si pensi che in Francia, tra il 1880 e il 1913, l'aspettativa di vita si allunga di otto anni per gli uomini e di nove per le donne [Murard, Zylberman 1996, 333].
A cavallo tra amministrazione e scienza, l'azione dell'igienista punterà soprattutto a eradicare e a prevenire la diffusione di gravi patologie come la tubercolosi polmonare e il colera. Una volta accertata l'origine microbiologica, si scoprono strette connessioni con il contesto ambientale dominato da un alto grado di affollamento. Le due gravi patologie sono infatti associabili a specifiche condizioni che ne permettono la diffusione: la scarsità di aria e di luce nel caso della tubercolosi polmonare, la commistione tra acqua potabile e deiezioni umani nel caso del colera.
Sul banco degli imputati sono perciò le gravi deficienze sanitarie che caratterizzano le città particolarmente dense. I mali che hanno tradizionalmente afflitto i centri abitati ora non sono più collocabili, come in passato, nell'ordine delle catastrofi ineluttabili. Koch ha dimostrato, in modo incontrovertibile, che la diffusione del colera avviene attraverso le feci infette e quindi grazie alla commistione tra acque nere e acque bianche, provenienti dalla stessa falda sotterranea. Per tagliare il male alla radice, è necessaria la costruzione di due reti completamente separate, l'una per acquedotto e l'altra per la fognatura. Parimenti, all'interno di ogni singola abitazione la luce solare e le correnti d'aria eliminano la presenza dell'agente patogeno, all'origine della tubercolosi polmonare.
Una volta individuate le origini microbiche delle principali malattie, l'azione che ne consegue avrà un carattere quasi esclusivamente preventivo: diventa quindi essenziale definire una profilassi che riguardi sia le singole cellule che l'intero complesso costruito. Il riferimento alla città-nel-suo-insieme indica un primo, significativo spostamento d'interesse, da parte della cultura medica, dai luoghi deputati alla cura e alla prevenzione – come ospizi, lazzaretti, ospedali – al contesto urbano.
Se la città superaffollata di fine Ottocento costituirà il campo privilegiato d'intervento, l'esperto di sanità pubblica sarà il coordinatore di una strategia, la quale a livello sia nazionale sia locale cercherà di riportare il tutto ad una condizione di salubrità. Per raggiungere questo obiettivo non basta però seguire le norme di profilassi dettate dalla scienza e fatte proprio dall'ordinamento dello Stato: occorrerà anche modificare il contesto edilizio che ha reso possibile la diffusione delle patologie. Servirà predisporre regolamenti d'ornato che non sono più tali, perché non riguardano la sistemazione dei fronti architettonici, ma incorporeranno le indicazioni che provengono dalla scienza: più che sul decoro, l'accento sarà posto sull'efficacia nel soleggiamento e dell'areazione degli ambienti abitati. Su queste basi, l'ingegnere sanitario sarà chiamato a progettare il piano di risanamento, riferendosi alle risultanze dell'inchiesta sanitaria: vi sono comprese le nuove reti per l'afflusso di acqua potabile e per il deflusso delle acque nere. Alla fine, anch'egli risulta partecipe, a pieno titolo, di un progetto molto ambizioso che nasce e sviluppa nei paesi occidentali, nel corso dell'ultimo quarto dell'Ottocento.
All'interno dell'ambito di operatività qui trattato si colloca il significato che intendiamo dare al termine *igienista*. Questa definizione comprende in realtà un insieme complesso di specialisti, formato da biologi, da ingegneri e soprattutto da medici che hanno posto in prima linea l'azione preventiva rispetto alla missione terapeutica loro affidata fino dai

tempi di Ippocrate. Gli uni e gli altri corrispondono a figure di scienziati che propongono un modello di società governato dalle norme della biologia

Rispetto al nuovo quadro che si delinea dopo le scoperte e riforme degli anni '80, possiamo misurare la distanza con una plurisecolare tradizione di profilassi collettiva. Nel passato, le norme di contenimento erano attuate soltanto in condizioni particolari e in situazioni estreme: su questo terreno si erano spinti i soli militari, e in qualche caso anche le autorità civili, con provvedimenti quali cordoni sanitari e quarantene. Si trattava di misure transitorie, chiamate a tamponare congiunture particolarmente gravi. Ora nella "città degli igienisti" si tratteggia un sistema permanente di norme tale da prevenire o addirittura tagliare alla radice il diffondersi del male. L'azione della mano pubblica si colloca in un quadro stabile e ordinario, interamente gestito da personale civile.

Dobbiamo chiederci come si ponga questa nuova branca della medicina rispetto alla sua progenitrice. Se alla scienza di Ippocrate spetta sempre il compito della cura, attraverso le sue molteplici articolazioni specialistiche, all'igiene pubblica sembra competere l'onere della prevenzione secondo precise norme di profilassi che riguardano la sfera sia individuale che collettiva. Occorre perciò realizzare una cornice materiale entro cui possa adeguatamente svolgersi l'azione preventiva: reti idriche e di smaltimento, alloggi e quartieri dal carattere salubre, fino alla città intera, la cui scansione di pieni e vuoti è definita dalle norme igieniche. Qui, lo abbiamo già visto, entra in gioco il ruolo dell'ingegneria sanitaria, da intendersi come braccio operativo dell'igiene pubblica. Il suo raggio di azione include la totalità degli spazi dove si svolge l'attività umana; ognuno sarà sottoposto ai princìpi della prevenzione che ne detterà la disposizione planimetrica e i caratteri distributivi. In questo repertorio, praticamente illimitato, rientra anche lo stesso ospedale, da considerarsi come un ambito di potenziale contagio; come tale, sotto la spinta e l'applicazione rigida dei dettami igienici, assumerà la disposizione "a padiglioni". Oltre agli opifici e ai nosocomi, i compiti assegnati all'ingegnere sanitario comprendono tutto l'universo del costruito, dagli edifici pubblici fino allo spazio – come l'alloggio – destinato alla sfera privata.

Inoltre, un posto speciale è occupato delle costruzioni scolastiche, nella fase che segue all'introduzione del principio dell'obbligatorietà: una volta approvata la legge Coppino (1876), in Italia così come altrove ci sono infatti evidenti necessità di tipo non soltanto quantitativo, ma anche qualitativo, allo scopo di determinare tipi e modelli per un corretto e salubre svolgimento delle finalità didattiche. Anche in questo caso si va dal particolare al generale: dal banco, ove l'allievo dovrà mantenere una corretta postura, fino alla disposizione e all'articolazione dell'intero complesso.

Medico igienista e ingegnere sanitario devono perciò lavorare in sinergia, secondo una precisa distinzione dei rispettivi compiti: se il primo opera interamente ed esclusivamente nel campo della prevenzione, al secondo sono concessi margini più ampi che giungono fino ai territori di una più vasta modellistica. D'altra parte, se all'igienista – sia esso medico, chimico o biologo – sono consentiti sconfinamenti nel campo dell'utopia, l'azione dell'ingegnere sanitario dovrà restare entro i limiti della realtà: a lui si domanda di tradurre le risultanze scientifiche in edifici, in reti e in appositi spazi. Ad entrambi spetta comunque il compito di disegnare una cornice ove inserire il disegno futuro per

una città liberata dai vincoli dell'insalubrità. Attraverso questa nuova concezione del piano, il destino dei centri urbani cessa di essere concepito come disegno semplice di uno schema viario – così com'era accaduto in passato – per divenire proiezione planimetrica di un ambiente e di una società profondamente rinnovati.
Quando, trentacinque anni fa, scrissi un capitolo dedicato agli igienisti all'interno de *La città contesa* [Zucconi 1989, 23-48] ero convinto allora che fossimo alle soglie di una nuova tradizione di studi dedicati alla straordinaria capacità pervasiva del progetto igienista e alla sua forte influenza sulla nascente urbanistica: si pensi alle molteplici matrici igieniste – a cominciare dalla nozione di *standard* – che stanno all'origine di quel proprio sapere specialistico. Così non è stato, se si escludono molti studi nel campo della storia della medicina e una recente produzione nel campo della storia sociale e ambientale. Colpisce il perdurante silenzio da parte degli urbanisti rispetto a quel valore previsionale che la cultura sanitaria attribuisce al piano; quest'ultimo già allora concepito come risposta a un serie di fabbisogni, preventivamente analizzati attraverso l'indagine statistica. Proprio questo nesso cogente tra analisi e progetto, in seguito, entrerà a pieno titolo tra gli obiettivi dell'urbanistica. Forse perché troppo impegnati nel rimarcare la loro stretta parentela con le "magnifiche sorti progressive dell'architettura moderna", gli urbanisti italiani hanno ignorato questo fondamentale capitolo di una loro possibile e credibile genealogia.

Il caso italiano

Nell'Italia degli anni '80 dell'Ottocento, la microbiologia si afferma non solo nel campo della scienza, influenzando fin dagli inizi anche la sfera dell'amministrazione. Questo avviene soprattutto in una fase di «alto profilo riformista», secondo la definizione di Ernesto Ragionieri [Ragionieri 1976, 1691], in coincidenza con i governi guidati da Francesco Crispi, pur con qualche interruzione tra il 1887 e il 1896. Tale fase è stata accantonata, e spesso condannata, dalla storiografia, tutt'al più ricordata per la riforma dell'ordinamento giudiziario attraverso il Codice Zanardelli. La crisi del sistema bancario e soprattutto il fallimento della politica coloniale saranno all'origine non soltanto della caduta di Crispi in Parlamento, ma anche di una sorta di *damnatio memoriae*, alimentata in seguito da una serie di giudizi sferzanti[2]. Massimo studioso della storia politico-amministrativa italiana, Ragionieri ha formulato un diverso tipo di giudizio, descrivendo l'azione dello statista siciliano come determinante per rafforzare e consolidare lo Stato unitario [Ragionieri 1967; Ragionieri 1976, 1758].
In campo sanitario il disegno riformista si attua soprattutto tra il 1887 e il 1891, quando i risultati della "*rèvolution pastorienne*" – o "l'avvento della microbiologia" – avranno consistenti effetti sul piano legislativo. Nasce allora un vero e proprio "stato sanitario",

[2] Alle accuse di bigamia formulate da Felice Cavallotti si uniranno quelle di traditore degli ideali repubblicani, né hanno giovato in seguito all'immagine di Crispi sia l'ammirazione di Mussolini sia il giudizio di Gramsci, che vedrà in lui un campione di autoritarismo e di imperialismo velleitario.

dotato non soltanto di un ampio margine di potere, ma anche di un adeguato corredo di risorse finanziarie e di personale qualificato, oltre che di chiare finalità. Decisiva sarà la reazione del legislatore all'indomani delle drammatiche epidemie di colera che colpiscono l'Italia nelle estati del 1884 e del 1885, con 7.000 casi mortali nella sola città di Napoli [Zannoni 1896].
Concepita dal Governo Depretis sotto la sferza dell'emergenza, la legge di Napoli del 1885 estenderà i princìpi dell'ingegneria sanitaria a tutti i maggiori centri della penisola. Diverso è il caso del Codice d'igiene pubblica, che sarà approvato nel 1888 come risultato di una meditata riflessione riguardante gli strumenti di controllo e di prevenzione del male. Molto di quanto poi stabilito in quel dispositivo di legge discendeva in realtà da proposte precedentemente discusse in Parlamento ma non approvate nel ventennio precedente al 1885[3].
Il passaggio fondamentale è rappresentato dall'approvazione del Codice d'igiene pubblica [«Gazzetta Ufficiale» 1888], in parte mutuato dall'ordinamento del *Reich* tedesco, specialmente dalla legge del 1876. Così come disegnato da Francesco Crispi, nella doppia veste di primo ministro e di responsabile degli affari interni, lo "stato sanitario" prende la forma di una piramide tecnico-amministrativa, posta alle dipendenze dell'esecutivo e articolata a diversi livelli: Comune, Provincia e Stato centrale, rispettivamente corrispondenti alle figure del sindaco, del prefetto e dello stesso ministro degli interni. Dietro il Codice del 1888 c'è in realtà l'azione di un medico-igienista torinese, Luigi Pagliani, che possiamo considerare come il protagonista della rivoluzione sanitaria di fine Ottocento: ideatore e artefice di questo coraggioso provvedimento legislativo, egli avrà il ruolo di direttore della sanità pubblica, collocato al vertice della piramide di cui abbiamo detto.
I due provvedimenti del 1885 e del 1888 rappresentano un insieme organico che permette, allo Stato e alle sue articolazioni territoriali, un'efficace azione sul piano del controllo e dell'intervento nel corpo malato della città italiana. Se la legge di Napoli crea le condizioni perché si operi *in corpore vili,* il Codice d'igiene punta a creare una rete permanente di controllo fondata su precise competenze nel campo delle scienze mediche e veterinarie, così come nell'ambito dell'ingegneria civile.
Di fronte alla vastità e alla complessità del nuovo quadro normativo, la celebre distinzione di Isidoro da Siviglia tra *urbs* e *civitas* ci aiuta a comprenderne il senso: se la legge del 1885 sembra riguardare la città costruita – da intendersi come sequenza di pieni e di vuoti – il Codice d'igiene pubblica attiene alla seconda definizione, ovvero alla *civitas*, da intendersi come la comunità delle donne e degli uomini che la abitano e la vivono.

[3] Nel 1865 la legge per l'unificazione amministrativa del regno conteneva un allegato riguardante l'igiene pubblica. Ai diversi gradi dell'apparato pubblico erano istituiti i consigli di sanità, con il compito di segnalare condizioni di particolare gravità al referente del proprio livello, come sindaci, prefetti o ministro dell'interno; a questi ultimi spettava il potere di realizzare quegli interventi che avrebbero consentito di sanare le situazioni di maggior disagio. Nonostante i buoni propositi, la legge non avrà effetti significativi, soprattutto per la mancanza sia di una adeguata dotazione di fondi sia di un personale tecnico-amministrativo appositamente dedicato ai problemi della sanità pubblica.

Attorno al 1890, il meccanismo sembra procedere a pieno regime, confortato dagli ottimi risultati provenienti dall'attuazione dei provvedimenti e dei dispositivi previsti. Soprattutto grazie ai due efficaci strumenti legislativi, la compagine urbana è ora stretta in una morsa tecnico-amministrativa. Partendo dall'analisi oggettiva delle condizioni di disagio sanitario, il sistema definisce gli strumenti di controllo, per arrivare ai mezzi di un'efficace azione risanatrice e quindi all'intervento chirurgico sulla città.
In Italia, già nei secondi anni '80 dell'Ottocento, diventa quindi realtà il modello di "città degli igienisti", non più sogno o utopia così come vagheggiata nei decenni precedenti. I centri urbani, giudicati fondamentalmente insalubri, sono dunque presi tra due potenti leve dell'azione pubblica: l'una riguardante un sistema di presidi e di controlli costanti, l'altra relativa ai modi e ai tempi dell'intervento risanatore. Tutto l'apparato, messo a punto in quegli anni cruciali, riguarda unicamente le modalità di prevenzione entrando, se non in misura minima, nel campo della cura.
Nel 1896 la rovinosa caduta politica di Crispi trascina con sé la costruzione realizzata con l'aiuto di Pagliani: il Governo Di Rudinì cancellerà la Direzione superiore di sanità e l'annessa scuola di perfezionamento in igiene pubblica. In questo modo, sarà decapitata quella piramide amministrativa di cui abbiamo parlato. Resterà però in piedi la base, solidamente ancorata alla struttura dei comuni e delle province italiane: quasi un paradosso per una legge che era stata concepita in termini verticistici, secondo una visione centralista dello stato.

L'utopia igienista

Nella lezione inaugurale del corso tenuto all'Università di Torino nell'anno 1896-1897, Pagliani afferma che:

> L'igiene ha fatto in questo ultimo secolo dei progressi giganteschi. Dalle norme empiriche […] l'igiene è andata man mano allargando i suoi confini, ed ha assunto il grado di vera scienza sociale […] Questo enorme progresso e questa sua trasformazione, l'igiene la deve essenzialmente a due coefficienti: in primo luogo alla rivoluzione politico-sociale che, sul finire del secolo scorso, ha sconvolto gli ordinamenti del mondo civile; in secondo luogo, alle scoperte fisico-chimico-biologiche che, nel secolo presente, si sono succedute con una rapidità vertiginosa [Garelli 1898, 3].

Nelle parole di Pagliani, l'igiene pubblica è eletta al rango di migliore rappresentante sia dei progressi della scienza microbiologica sia della rivoluzione sociale che ha avuto luogo nel corso dell'Ottocento. Tra il 1875 e il 1885, nel decennio magico per la microbiologia, l'Europa ha compiuto un'eccezionale serie di passi che hanno permesso di andare alla radice di molti tra i più devastanti mali di sempre: tra Berlino e Parigi, tra i laboratori di Koch e di Pasteur, sono state individuate non soltanto le cause, ma i possibili rimedi nei confronti di malattie infettive come il carbonchio, la rabbia, la difterite, le febbri tifoidi, la tubercolosi polmonare e il colera. Alla scoperta scientifica fanno seguito precise indicazioni profilattiche – dal vaccino al risanamento urbano – in una sequenza

che alla fine impatta con l'organizzazione amministrativa del sistema di prevenzione: possiamo dunque parlare di un *igienismo politico* che sembra collegarsi a scenari ancora più ampi di quelli destinati alla prevenzione e alla cura della malattia.
Di fronte alle ambizioni delle riforme di fine secolo in ambito sanitario, alcuni studiosi hanno parlato di "utopia contrastata, se non addirittura sconfitta": tra questi Lion Murard e Patrick Zylberman, nel volume *L'Hygiène dans la République* [Murard, Zylberman 1996], hanno voluto sottolineare un esito ben inferiore alle ambizioni iniziali rispetto ad un progetto solo in parte realizzato. In quel caso, partendo dalla lettura di Foucault, di cui i due autori sono allievi, il riferimento era soprattutto al programma di controllo generalizzato della società; si veda ad esempio, l'idea di realizzare un capillare *casellario sanitario*, ove ogni individuo sarebbe stato schedato in forme di volta in volta aggiornate e sempre più sofisticate.
Tuttavia, prima di chiamare in causa una possibile *débacle*, è legittimo parlare in questi casi di componenti utopiche? Siamo infatti all'interno di una corrente di pensiero, l'igienismo, che si prefigge ben determinati obiettivi, con lucidità e a volte persino con cinismo. Nel caso italiano, potremmo intendere in modo diverso la locuzione *utopia sanitaria* evocata dai due autori francesi: da noi, potrebbe riferirsi all'estremizzazione del concetto di "profilassi integrale", da intendersi alla fine di un lungo percorso di riforme come l'unico e fondamentale strumento per dare soluzione ai problemi igienici.
Il nuovo ambito dell'immunologia induce a grandi speranze fino a spingere il sistema di prevenzione al punto di rendere in futuro inutili i luoghi destinati alla cura. Ne emergerebbe una città senza ospedali, in quanto modellata secondo i precetti della medicina preventiva: qui, secondo i cultori di una "utopia igienista", predisporre una fitta rete di presidi sanitari consentirebbe di estirpare il male, eliminandone la diffusione alla radice. In questo genere di contesto la parola chiave non è dunque "terapia", ma "prevenzione": quest'ultima da attuarsi attraverso una precisa profilassi, ovvero con una serie di norme e di protocolli, i quali hanno tutti origine dal mondo della scienza. Andranno poi a collocarsi in un ambito, che sta a metà strada tra medicina e politica, tra i precetti sanitari e gli ordinamenti amministrativi.
Abbiamo potuto vedere come, nel corso degli anni '80, il legislatore italiano – tra Depretis e Crispi – abbia saputo fornire un'ampia piattaforma per favorire l'incontro e l'interazione tra scienza e amministrazione. Se prevalga l'una o l'altra delle due diverse facce del problema, è questione tutta da acclarare; resta comunque il fatto che la medicina propriamente detta fornisce la base di partenza per una figura – quella del medico igienista – il cui profilo alla fine si discosterà non poco da quello del suo progenitore.
A cavallo tra Otto e Novecento, il medico-igienista Paolo Mantegazza[4] scrive un romanzo di grande successo, *L'anno 3000,* dove il lettore viene proiettato verso scenari futuri o, per meglio dire, futuribili [Mantegazza 2010]. Per queste ragioni, l'opera è stata sommariamente catalogata come fantascientifica e in seguito ha dato origine ad alcuni film collocabili in quel filone. Al centro del racconto è Andropoli, la città del futuro

[4] Sulla figura e sull'opera di Mantegazza [Armocida, Rigo 2007].

modellata secondo i precetti dell'igiene e dove il male, grazie ad una capillare azione preventiva, è stato progressivamente estirpato. Nel visitare la città plasmata dai precetti dell'igiene pubblica, i protagonisti del romanzo domandano al loro accompagnatore: «ma dove sono gli ospedali?»; la risposta è semplice: «Qui non c'è più bisogno di ospedali!» [Mantegazza 2010].
Oltre a Mantegazza, anche Jules Verne ha descritto una città ideale, France-ville, centro marittimo creato *ex novo* e modellata secondo i principi dell'igiene pubblica; *Les Cinq Cents Millions de la Bégum* è il titolo di questo romanzo breve pubblicato nel 1879 [Verne 1879]. Anche il libro francese, come il testo di Mantegazza, sarà oggetto di una trasposizione cinematografica, a riprova del duraturo successo di questo genere letterario. Verne era un famelico lettore di riviste scientifiche, alla continua ricerca di possibili anticipazioni di scenari futuri. Nel testo compare una netta distinzione tra la dimensione privata e quella pubblica dei princìpi sanitari, equamente applicati in quest'altra città realizzata grazie ad una favolosa donazione, da cui il titolo del romanzo. A differenza di Andropoli, a France-ville esistono gli ospedali, ma sono utilizzati con assai minore intensità dagli abitanti rispetto ad una città-tipo di carattere industriale, con cui il paragone è costante, attraverso una serie di pseudo-statistiche. In questo centro dai contorni ideali, i luoghi della cura svolgono comunque un ruolo marginale.
Tornando alla visione di Mantegazza, per quanto estrema, essa riflette l'illusione indotta dalla nascita dell'immunologia; tra le file degli specialisti ha fatto nascere l'idea che, alla lunga, le principali malattie possano essere eliminate da un'efficace azione preventiva. Ogni patologia può trovare, se non un vaccino specifico, comunque un antidoto in grado di prevenirne la diffusione e, sui tempi lunghi, di cancellarne l'esistenza. Gli sviluppi dell'eziologia avevano permesso di stabilire che ogni malattia ha una precisa causa biologica, secondo Pasteur e Koch, quasi sempre riconducibile a un'infezione batterica; tutto ciò conferisce più di una semplice illusione, addirittura un senso di vertigine tale da fare ritenere inutili i luoghi destinati alla degenza. Nell'utopia igienista divulgata da Mantegazza è implicito quasi un auspicio di eternità per un mondo segnato dal trionfo della prevenzione: esattamente come nel "sogno" evocato nel suo romanzo, vivremo in una società e in una città dove non c'è più bisogno né spazio per i luoghi di cura.

Bibliografia

CORBIN, A. (1988). *Claire Salomon-Bayet, (sous la direction de), préface de André Lwoff. PASTEUR ET LA RÉVOLUTION PASTORIENNE (Paris, Payot, 1986, 486 p.)*, in «Revue d'Histore du XX.e Siècle», n. 4, pp. 165-168.

FOUCAULT, M. (1969, I ed. francese 1963). *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*, Torino, Einaudi.

FOUCAULT, M. (1977, ed. it.). *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di A. Fontana, P. Pasquino, Torino, Einaudi.

FOUCAULT, M. (1997, I ed. 1977). *La nascita della medicina sociale*, in *Archivio Foucault vol. 2. Poteri, saperi e strategie*, a cura di A. Dal Lago, Milano, Feltrinelli, pp. 145-172.

GARELLI, M. (1898). *Lezioni d'igiene raccolte dall'Assistente Garelli, a.a. 1896-97*, Torino, Università degli Studi di Torino.

Legge n. 5849 (serie 3°), sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno (1888), in «Gazzetta Ufficiale», n. 301, pp. 5797-5803.

MANTEGAZZA, P. (2010, I ed. 1897). *L'Anno 3000. Viaggio verso Andropoli*, Acireale, Tipheret.

MURARD, L., ZYLBERMAN, P. (1996). *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918,* Paris, Fayard.

RAGIONIERI, E. (1967). *Politica e amministrazione nella storia dell'Italia unita,* Roma-Bari, Editori Laterza.

RAGIONIERI, E. (1976). *La storia politica e sociale*, in *Storia d'Italia*, *vol. IV, t. 3: Dall'Unità a oggi*, a cura di R. Romano, C. Vivanti, Torino, Einaudi, pp. 1620-1880.

VERNE, J. (1879). *Les cinq cents millions de la begum; suivi de Les revoltes de la Bounty*, Paris, J. Hetzel.

ZANNONI, A. (1896). *Sulla convenienza di una società per l'esecuzione delle opere di risanamento delle città ed affini*, in «L'ingegneria sanitaria», n. 5, pp. 17-25.

ZUCCONI, G. (1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942*), Milano, Jaca Book.

Sitografia

ARMOCIDA, G., RIGO, G. S. (2007). *Mantegazza, Paolo*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. LXIX: https://www.treccani.it/enciclopedia/paolo-mantegazza_%28Dizionario-Biografico%29/ [gennaio 2021].

OLTRE IL RISANAMENTO. LA CULTURA DEGLI IGIENISTI A NAPOLI E LA COSTRUZIONE DELLA CITTÀ CONTEMPORANEA, TRA BONIFICHE, INTERVENTI URBANI, PROGRAMMI EDILIZI E REGOLAMENTI LEGISLATIVI

Elena Manzo

Abstract

In the Summer of 1884, the Asian cholera outbreak was also recorded in Naples, where there was the highest death toll in Italy. Foul waters and inadequately preserved foodstuffs were main causes of the spread of the disease. In addition, the air was corrupted by the toxic exhalation resulting from decomposition phenomena coming from the subsoil, and most of the dwellings in the historic centre were in very poor hygienic conditions.

The cholera showed how urgent it was to design a drastic urban renewal, to reclaim the insanitary neighbourhoods and, above all, to construct a more modern and efficient sewer system. This circumstance, directly or indirectly, has delineated the shape of Naples to this day.

Based on the study of unpublished documents, the essay is aimed at investigating the said events from a new perspective. The focus is on the Hygiene Engineering's cultural scene, running in the background.

Keywords

"Risanamento" master plan [Masterplan for Renewal and Development of the City of Naples], Naples, Hygiene Engineering, Gaetano Bruno, Marino Turchi.

A Napoli, più che altrove, da sempre trovano verifica le osservazioni di Henri Lefebvre su come le caratteristiche di una città siano date dai "ritmi" che la regolano e la popolano [Lefebvre 1992; Lynch 1995; Lefebvre 2004, 1-69]. «By city rhythms», dice poi John Allen in *World within cities*,

> we mean anything from the regular comings and goings of people about city to the vast range of repetitive activities, sound and even smells that punctuate life in the city and which give many of those who live and work there a sense of time and location. This sense has nothing to do with the overall orchestration of effort or any mass coordination of routines across a city. Rather it arises out of the teeming mix of city life as people move in and around the city at different times of the day or night, in what appears to be a constant renewal process week in, week out, season after season [Allen 1999, 56].

© Aisu International 2020

A Napoli, il rapporto tra lo sviluppo urbano e i "ritmi" sociali rappresenta una singolare specificità, così aderente al suo carattere intrinseco da leggerne traccia in cronache e diari di viaggio di *flâneurs* baudelaireiani come Charles de Brosses, secondo il quale la città di Partenope

> est la seul ville d'Italie qui sente véritablement sa capitale; le mouvement, l'affluence du peuple, l'abondance et le fracas perpétuel des équipages […] tout contribue à lui donner cet extérieur vivant et animé qu'ont Paris et Londres, et qu'on ne trouve point du tout à Rome [de Brosses 1858, 376].

Nell'ultimo quarto dell'Ottocento, a Napoli, una concatenazione di eventi, cui si legarono questioni e indagini sulla salubrità dei contesti abitativi, innescarono l'avvio di una profonda alterazione di questi "ritmi", legandosi a quella inevitabile mutazione socio-politica seguita alla trasformazione in capoluogo di provincia dell'ex capitale del regno borbonico delle Due Sicilie, uno dei più potenti regni d'Europa. Nel neonato Stato unitario, infatti, l'inizio della costruzione dell'immagine di Napoli in città contemporanea o, più specificatamente, la nascita del suo volto di città borghese, seppur concordemente a quanto ha argomentato Pasquale Villari, non trovò mai la presenza concreta di una classe media imprenditoriale, ma soprattutto "intellettuale"; ci fu, invece, un popolo che continuò a versare in condizioni miserrime di povertà e ignoranza [Villari 1878][1].
Di tutto ciò, si può considerare spartiacque il *Piano pel Risanamento e Ampliamento* di Napoli, approvato con Regio Decreto il 25 luglio del 1885, del quale si faranno sintetici riferimenti in questa sede, giacché oramai ampiamente storicizzato [Doria 1952; Russo 1960; Alisio 1980; Ferraro 2018; Manzo 2018; Guerriero, Curiale 2019].
Scaturito da uno studio avviato al principio degli anni '80 del XIX secolo dall'ingegnere Adolfo Giambarba, capo della I divisione dell'Ufficio tecnico del Comune di Napoli, il piano era stato sottoposto alle amministrazioni locali competenti solo nell'ottobre del 1884, cioè già a poche settimane dalla diffusione dell'epidemia del colera asiatico [Municipio di Napoli, 1884]. Dopo un lungo *iter* progettuale e consultivo con le autorità statali e, nello specifico, a seguito del parere espresso a febbraio del 1885, fu necessario il suo completamento, integrandolo con il riassetto del sistema idrico e fognario. L'incarico fu svolto da Gaetano Bruno, ingegnere capo delle fognature della IV Direzione tecnica municipale – ossia l'Ufficio idraulico – e professore di costruzioni idrauliche presso la Scuola di Applicazione. Questi, per l'appunto, già da tempo, analizzava e verificava lo sbocco dei collettori a mare per il miglioramento del sistema cloacale della città [Bruno 1874; Bruno 1885][2].
L'approvazione di una parte delle opere previste si ebbe il 7 gennaio 1886 con il Regio Decreto n. 3618, ma i lavori iniziarono ufficialmente il 15 giugno 1889, dopo il Regio

[1] È da specificare che, nel 1861, Villari con i tipi de La Voce, diede alle stampe un opuscolo de «Le Lettere», rimasto a lungo poco noto e, successivamente, conosciuto come *Le prime lettere meridionali con prefazione di Gaetano Salvemini* [Villari 1920; Villari 1971; Aliberti 1974].

[2] Sulla figura di Gaetano Bruno [Montuono 2012].

1: G. Giambarba, Piano di Risanamento. Foglio d'insieme della pianta. Planimetria, scala 1:200, anno 1889 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904). Non catalogato].

Decreto n. 6024 del 17 marzo, quindi, a circa cinque anni dalla redazione della prima soluzione, subendo continui rallentamenti, nel corso dei quali furono apportate integrazioni e sostanziali modifiche all'idea originaria. Infine, l'8 luglio 1904, quando fu emanata la legge speciale n. 351 *per il Risorgimento economico della città di Napoli*, si

avviarono ulteriori e paralleli interventi sul tessuto edilizio e si programmarono nuove opere di ampliamento[3].
In realtà, nel 1887, era stata istituita anche una specifica Commissione comunale per vagliare progetti e istanze di concessione, ma il Regio Decreto n. 3618, avallando il procedere secondo approvazione per piani parcellari, consentì di operare in deroga a quello di Giambarba e Bruno[4] [Manzo 2018, 119]. Sicché, nel 1889, fu redatta una nuova tavola generale, che fu suddivisa in 220 quadranti di intervento, però ratificati solo nel 1894, a lavori già iniziati.
L'intera parabola del Risanamento, con alterne vicende, pertanto, fu contraddistinta da condizionamenti politici ed economici, interessi privati, varianti, complessità attuative. L'esito finale, su cui convoglia la condivisa lettura storiografica, fu un assoluto distacco dalle intenzioni iniziali proprio per favorire il tornaconto delle imprese appaltatrici e azionarie, confluite, nel 1888, nel grande consorzio della Società pel Risanamento. Esse furono libere di agire grazie, anche e soprattutto, alla pericolosissima legge n. 2359 sulle *Espropriazioni per causa di pubblica utilità*, approvata con il Regio Decreto del 25 giugno 1865[5].
Per gli apparati documentari finora a disposizione degli studiosi, tale prospettiva interpretativa, di fatto, si è potuta incentrare solo sull'analisi dei cosiddetti Quartieri Bassi, quelli compresi tra la fascia portuale e lo strategico asse di via Foria, escludendo inevitabilmente proprio l'approfondimento della visione d'insieme del piano. Questa, invece, è la sua qualità maggiore, perché è alla base della costituzione della nuova forma della struttura insediativa di Napoli e della trasformazione dell'ex capitale in quella che potremmo chiamare "la città borghese" dell'Ottocento.
Infatti, mentre si procedette alla bonifica e alla ristrutturazione dei tessuti edilizi più degradati e insalubri, si definirono le tipologie abitative per le aree di espansione e si intervenne con una complessa operazione di miglioramento e potenziamento, tanto del sistema fognario, quanto di quello per l'approvvigionamento idrico, al punto da raggiungere una fornitura di acqua potabile di 500 litri: una quantità considerevole se rapportata ai 1000 litri di Roma e ai soli 70 di Torino, dove «nessun progresso si è fatto da 30 anni», come fu osservato dall'ingegnere Francesco Corradini nel 1892 [Corradini 1892, 84].
In realtà, già in epoca borbonica, era diffusa la consapevolezza della necessità di intervenire con soluzioni risolutive, indirizzate sia al miglioramento della rete cloacale e

[3] Nel 1888 furono pubblicate la relazione "spiegativa" del progetto per l'esecuzione dei lavori e la delibera di Giunta [Municipio di Napoli 1888]. Sulla planimetria, edita nell'aprile 1889, si indicarono gli interventi previsti, si quotarono le preesistenti altimetrie e quelle nuove ottenute per colmata e, poi, si campirono a colori pastello le differenti fasi di "esproprio", "colmata", "sventramento" ed "edificazione". L'approvazione si ebbe con vidimazione ufficiale nel 1894, così come si evince dai timbri apposti [Manzo 2018]: Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904).

[4] Il fondo documentario ora è stato pubblicato nella sua interezza nel catalogo critico del libro *Opera della mente o del caso. Progetti per il risanamento di Napoli* [Guerriero, Curiale 2019].

[5] La legge era stata redatta sul modello francese dal giurista Giuseppe Pinelli, ministro di grazia e giustizia, per disciplinare l'indennità di esproprio comparandola al valore di mercato dell'immobile e fu poi abrogata con Decreto Presidenziale n. 327, emanato l'8 giugno 2001.

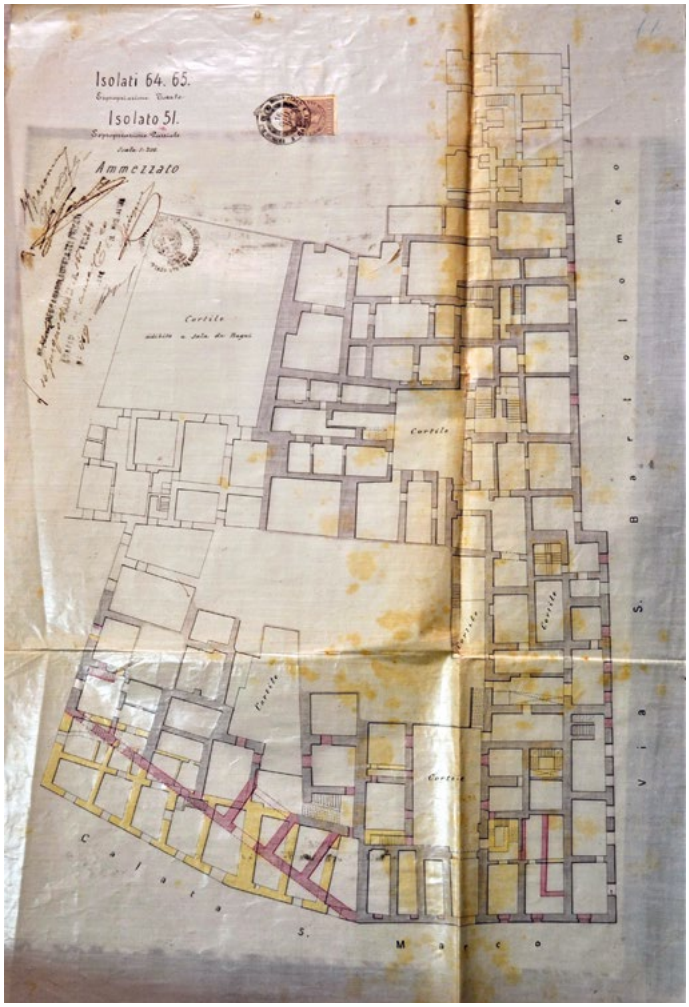
alla separazione delle acque meteoriche, di scarico e di rifiuto, sia all'annosa questione dell'elevata densità abitativa dei quartieri più antichi, e, quindi, alla bonifica dei cosiddetti fondaci, cioè di palazzine di oltre quattro o cinque piani, solitamente malsane e fatiscenti, frequentemente chiuse intorno a una corte comune, dove viveva il ceto meno abbiente in condizioni di sovraffollamento e dove coesistevano attività artigianali e mercantili. Per far fronte a ciò, infatti, nel febbraio del 1860, il re Francesco II aveva istituito una *Commissione incaricata della formazione di un disegno generale dei miglioramenti e delle ampliazioni da apportarsi all'ambito della città di Napoli*. Con l'Unità, poi, si erano conservati inizialmente i programmi borbonici nelle loro linee generali, ma, soprattutto, perché fossero potenziati collegamenti stradali e facilitate le comunicazioni tra la zona orientale e quella occidentale [De Fusco 1972, 283].

Intanto, però, l'azione di riordino giuridico-amministrativo, attuata dal Governo a livello nazionale, stava avendo significativi riflessi sulla politica urbanistica del capoluogo campano, condizionandone le scelte con esiti non sempre proficui, come nel già ricordato caso della legge n. 2359 del 1865. Questa, di contro, il 20 marzo di quello stesso anno era stata anticipata dall'emendamento n. 2248 – reso poi esecutivo l'8 giugno, con Regio Decreto n. 2322 – il cui allegato C aveva esteso a tutte le province italiane il Regolamento sanitario emanato dallo Stato sabaudo nel 1859 e aveva previsto che i sindaci fossero affiancati dalla Commissione municipale di Sanità. A carattere consultivo, costituita da quattro membri nominati dal Consiglio comunale, da uno o due medici, di cui quello "condotto" o, in alternativa, il più anziano, da un ingegnere e dal direttore dell'Ufficio[6] [«Gazzetta Ufficiale» 1865a; «Gazzetta Ufficiale» 1865b].

Con il conseguente totale capovolgimento dell'assetto degli organi istituzionali regionali e comunali ben presto si formarono gli Uffici tecnici a luogo di quelli d'arte e le Commissioni edilizie subentrarono a quelle d'ornato con il compito di studiare e redigere i piani regolatori, i regolamenti edilizi e di garantire le norme di "sanità pubblica", sempre nel rispetto della proprietà privata. Con il sostegno dell'azione politico-ideologica promossa dalla cultura igienista, poi, si approvò il *Codice di igiene e sanità pubblica* nel 1888 e, tre anni dopo, si fondò la prima Scuola di perfezionamento d'igiene pubblica, il cui primo direttore fu Luigi Pagliani [Pagliani 1886; Pagliani 1890; Pagliani 1902; Pagliani 1912-1920].

In breve tempo, secondo lo spirito del secolo, la gestione della politica urbanistica italiana rispecchiò la cultura dell'ingegneria sanitaria, che, mettendo insieme le competenze scientifiche di entrambi le discipline – per l'appunto, l'ingegneria, e la medicina – approcciò la città con metodologia e terminologia pari a quelle adottate per la cura dell'organismo umano, ma approdando a una disparità di interventi talvolta diametralmente divergenti, come nel caso di Torino e Firenze [Comoli Mandracci 1992; Fanelli 1980, 211-219].

[6] I commissari restavano in carica tre anni, non erano "stipendiati" dal Comune e potevano essere affiancati da membri aggiunti, quali gli assessori all'assistenza sanitaria e alla polizia municipale, due professori di medicina, uno di chimica, uno di farmacia e uno di veterinaria [Della Peruta 1980; Manzo 2011].



2: Progetto d'Arte, isolati nn. 64-65 (esproprio totale) e isolato n. 51 (esproprio parziale). Pianta del pianoterreno, 16 giugno 1891 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati]

Ad alimentare gli orientamenti governativi contribuirono le posizioni igieniste in atto, le cui principali matrici, se si escludono alcuni tentativi isolati di fondare specifiche associazioni – come quella proposta dal professore Colmarino a Venezia nel 1847, durante il Congresso degli Scienziati Italiani – vanno ricercate nell'Accademia Medica di Torino e, segnatamente, nel saggio *Dell'influenza delle leggi sull'igiene*, scritto nel giugno 1862 dal presidente Benedetto Trompeo [«Giornale della Società Italiana d'Igiene» 1879b, 124; Zucchi 1879, 114]. Parallelamente e perfettamente in linea con quanto si discuteva in Europa e Oltreoceano – basti pensare all'American Public Health Association, nata nel 1872 e tuttora attiva, oppure alla tedesca Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege, istituita nel 1873 – Gaetano Pini era riuscito a dar vita alla Società italiana d'igiene nel 1878, pochi mesi dopo la nascita a maggio della pressoché coeva Société Française d'Hygiène [«Giornale della Società Italiana d'Igiene» 1879a, 110-115].

3: Progetto d'Arte, isolati nn. 64-65 (esproprio totale) e isolato n. 51 (esproprio parziale). Prospetto su via San Bartolomeo da "d" a "c", a sinistra; prospetto su Calata San Marco da "b" a "c", a destra; scala 1:200, 16 giugno 1891 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati].

4: Progetto d'Arte, isolati nn. 64-65 (esproprio totale) e isolato n. 51 (esproprio parziale). Prospetti su Piazzetta privata alla Calata San Marco, lato ovest, raccordo da "g" a "h"; lato nord, raccordo da "g" a "f"; lato est, da "a" a "f" e da "b" a "c", in alto; prospetto su via San Bartolomeo da "c" a "d", in basso; scala 1:200, 16 giugno 1891 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati].

Gli studi tecnico-scientifici italiani, però, restavano ancora un passo indietro, soprattutto rispetto all'Inghilterra, così come la consapevolezza del rapporto tra igiene pubblica e città manifestava scarsa maturità e competenza [Pogliano 1984, 615-623; Di Carlo 2002; Carusone 2017-2018]. È questo ciò che evidenziò con enfasi il medico napoletano Eugenio Fazio quando scrisse:

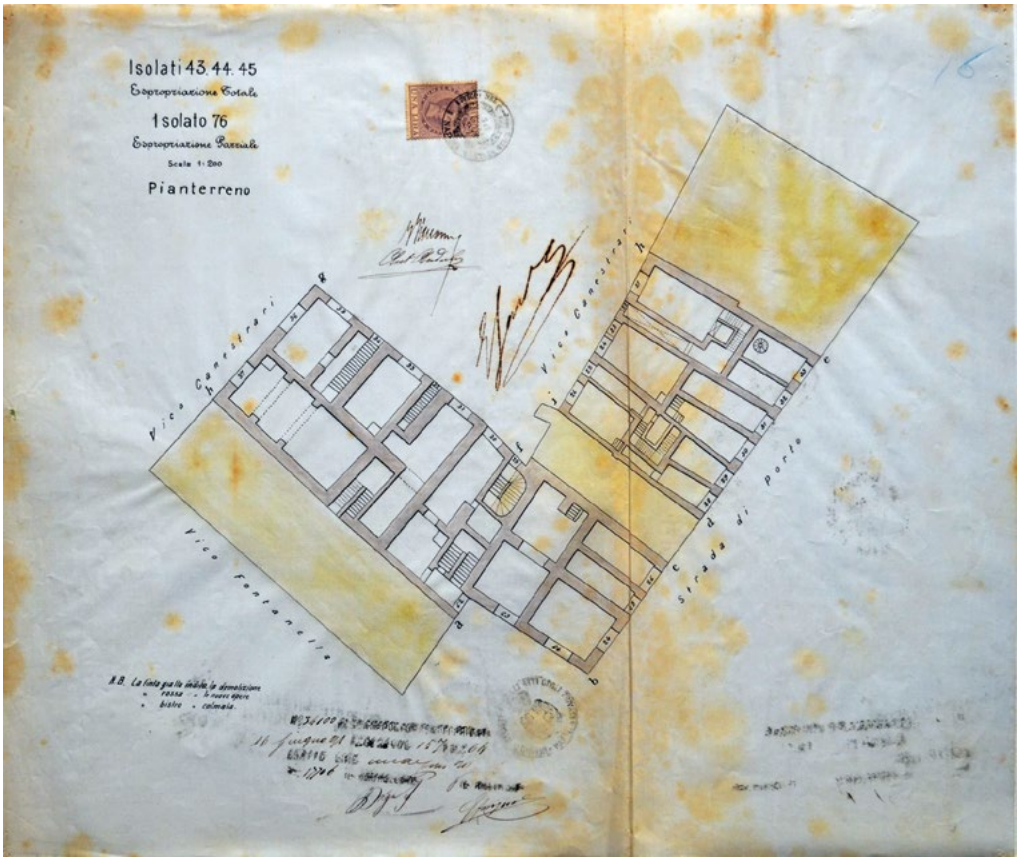
> di tutti i paesi niuno ha un Codice sanitario cosi completo e pratico come l'Inghilterra. Ciò che distingue la Legislazione sanitaria inglese da quella di altri paesi è che le sue principali disposizioni emanano dal Parlamento, invece di essere delle semplici ordinanze

> amministrative; essa è l'opera della azione stessa, che ne ha riconosciuta la necessità nel suo proprio interesse, onde le leggi sono rispettate, osservate religiosamente, e tutti vi si sottopongono senza obbiezione o rumori. Grazie all'azione benefica di queste leggi, informate alle circostanze speciali locali ed alle peculiari contingenze delle popolazioni, il tasso della mortalità si è abbassato, il numero delle malattie è diminuito, e la vita media è aumentata [Fazio 1896, 230].

Inoltre, aggiunse che «in nessun paese, come in Inghilterra, il principio della libertà individuale e della inviolabilità del domicilio è così radicato» [Fazio 1896, 230][7].
Come Fazio, che tra l'altro svolse con attiva militanza la sua nomina a direttore della prestigiosa «Rivista Internazionale d'Igiene», a Napoli erano in molti a richiedere, già da oltre cinquant'anni, sia maggiori aggiornamenti sul piano professionale strettamente legato alle tecniche operative, sia strumenti legislativi più idonei e organi amministrativi meno direttamente coinvolti con gli attori del rinnovamento urbano. Denunce in tal senso erano state mosse, per esempio, da Salvatore De Renzi già in piena epoca ferdinandea e, in seguito, da alcuni dei più noti protagonisti di questa nuova stagione culturale, tra cui è d'obbligo citare Giulio Cesare Alessandro Melisurgo, le cui decennali esperienze consumate in Inghilterra erano confluite nel volume *Ingegnerie Sanitarie ed Urbane*, edito nel 1880, quando condusse diversi cantieri del capoluogo campano e, intanto, redigeva una puntuale quanto costruttiva analisi delle condizioni malsane e degradate della città, pubblicata due anni dopo nel suo saggio-denuncia *L'igiene omicida e gli odori di Napoli* [Melisurgo1882; Meliseliurgo 1885].
Lo scoppio della pandemia di colera, però, fu l'occasione per rinvigorire il dibattito igienista in atto, giacché nel capoluogo partenopeo si registrò il maggior numero di morti della Penisola, i quali si sommarono a tutti quelli già contati nelle precedenti epidemie – ben 7 a partire dal 1838 – tanto che, già alla metà degli anni '80 del secolo, il tasso di mortalità era stato pari a circa il 33 per mille dell'intera popolazione urbana [Spatuzzi 1885, 137-154, 434-452; Direzione generale di statistica 1886; Forti Messina 1976; Forti Messina 1984; Tognotti 2000].
Il dito fu puntato soprattutto sulla diffusione del morbo per contaminazione di cibi infettati da acque putride e dalla carenza di acqua potabile, nonché sull'assenza di una adeguata rete fognaria, al punto che gran parte delle strade dei Quartieri Bassi si erano trasformate in cloache a cielo aperto [Fazio 1884; Fazio 1885, 461-462]. Intanto, analisi e inchieste erano state condotte per far fronte in modo risolutivo alle continue epidemie, che decimavano soprattutto gli abitanti del centro storico, trasformando Napoli in «un vero e proprio cimitero vivente», come scrisse Fazio all'alba del colera del 1884 [Fazio 1885, 461-462], facendo eco al dottor Achille Spatuzzi, medico statista dal 1873 al 1878 presso il Municipio, il quale si era già avvalso della collaborazione di Giambarba

[7] Fazio, di cui si dispone di poche informazioni documentate, insegnava "Principii d'igiene" presso la Scuola d'applicazione per gl'ingegneri in Napoli e fu fondatore della «Rivista Internazionale d'Igiene», che diresse fino alla sua prematura morte, avvenuta il 22 gennaio 1902. Inoltre, rivestì la carica di assessore per l'igiene del Municipio di Napoli [«Ingegneria Sanitaria» 1902].

[Spatuzzi 1873; Spatuzzi 1879]. Ne conseguì un approccio alla questione di indubbia matrice igienista, da cui scaturì il ricorso alla tecnica dei tagli "chirurgici" e degli sventramenti, mentre si ragionava, muovendosi tra ipotesi di adottare un sistema cloacale a circolazione continua, di introdurre impianti pneumatici o di ricorrere alla separazione dei condotti per acque meteoriche da quelli per scoli impuri e reflui [Varriale 2004].
Affianco a personaggi noti e meno noti alla letteratura, quali, ad esempio, Alessandro Bobbio, Fedele Di Siervo, Giustino Fiocca, Lorenzo Gelanzè, Agostino Lista, Giulio Cesare Alessandro Melisurgo, Nicola Montella, Davide Torcia, Luigi Villani, Francesco Carrelli, Federico Rendina o Lamont Young, è da ricordare il medico Marino – o Mario – Turchi. Consulente dell'ospedale delle prigioni di San Francesco, questi fu soprattutto un rinomato e stimato professore d'igiene privata e pubblica e polizia medica presso la Reale Università degli Studi di Napoli, tanto da essere eletto rettore nel 1879. Allievo di Luigi Sementin, Turchi era stato chiamato a svolgere un determinante ruolo consultivo della Commissione municipale d'Igiene di Napoli, grazie alle esperienze maturate nel corso dei suoi studi sulle condizioni malsane delle aree più degradate del capoluogo



5: Progetto d'Arte, isolati nn. 43-44-45 (esproprio totale) e isolato n. 76 (esproprio parziale). Pianta del pianoterreno, scala 1:200, 16 giugno 1891 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati].

partenopeo [Melisurgo 1891]. Membro della Giunta comunale, s'inserì tra le più avanzate posizioni proposte in Italia sia da medici, come il marchigiano Angelo Celli, il milanese Carlo Zucchi o il patologo torinese Giacinto Pacchiotti, sia da ingegneri della caratura di Emilio Bignani Sormani, Antonio Cantalupi e Filadelfo Fichera. Quest'ultimo, sostenitore dell'applicazione della "miasmatica" agli organismi urbani, fu il promulgatore della cosiddetta teoria della densificazione della popolazione, da lui introdotta in occasione della redazione del piano regolatore di Catania [Fichera 1886; Dato 1988; Casciato 1997].
Turchi, distinguendosi per l'attenta disamina operata sulla situazione del degrado napoletano, aveva concentrato gran parte degli studi sulla fatiscenza delle case private del ceto medio e basso, «abbominevoli abitazioni dove il nostro minuto popolo mena grama e infelicissima vita» [Turchi 1861, 3]. Al contempo, da un lato, aveva approfondito l'igiene degli edifici di reclusione, internamento e cura, degli stabilimenti privati e per l'istruzione, da lui ritenuti espressioni tipiche della costruzione dell'immagine della città borghese; dall'altro aveva stigmatizzato sempre l'abbandono in cui versavano gran parte delle strade dei quartieri più antichi e l'obsolescenza della rete fognaria, oramai insufficiente rispetto all'elevata densità della popolazione. Fu stesso Turchi, infatti, ad evidenziare come mancassero

> della capacità proporzionata alle acque domestiche, ed alle acque meteoriche […] le parti alte della città ed anche le imene sono o del tutto prive, o assai, al provvedute, in ispecie il quartiere San Carlo all'Arena, della Stella, di Montecalvario, di San Ferdinando, di Chiaja. Aggiungi che nelle parti basse verso la così detta Marina, e verso Chiaja, dove vanno a mettere tutte le cloache, gli ultimi tronchi han sì lieve pendenza, e talvolta nessuna per la poca elevazione delle strade sul livello del mare; e però a grande stento passano le materie, ed i canali di leggieri si ostruiscono con grave deterimento della pubblica salute [Turchi 1862, 35].

Su queste premesse e sulla diffusa comune posizione di denuncia del sovraffollamento delle abitazioni delle classi meno abbienti e dell'inquinamento delle acque, Giambarba, all'alba dell'epidemia del 1884, elaborò il suo piano, che fu integrato da quello del sistema fognario disegnato da Bruno. Questi era un autorevole riferimento grazie alla robusta esperienza consolidata sin dagli anni '70 durante i suoi viaggi di studio presso capitali europee all'avanguardia, come Londra, Amsterdam, Vienna e Praga [Bruno 1873; Bruno 1874]. Su incarico di una commissione, nel 1883, Bruno aveva redatto un innovativo progetto di rete cloacale, scartando il dibattuto sistema pneumatico Liernur, adottato ad Amsterdam con successo, ma ritenuto poco idoneo per Napoli, per preferire quello a circolazione continua tenacemente sostenuto da Giulio Cesare Alessandro Melisurgo. Indubbio è dunque il suo legame con le esperienze inglesi nel campo dell'ingegneria sanitaria, di cui uno dei maggiori esponenti era stato Joseph Bazalgette, il cui modello a circolazione continua adottato per Londra era stato proposto per Bruxelles e Danzica.
Nell'ambito del panorama culturale e professionale descritto, l'approvazione del piano *pel Risanamento*, com'è noto, fu accompagnata dalla stesura delle *Disposizioni per provvedere alla pubblica igiene della città di Napoli*, note anche come *Provvedimenti per Napoli,* presentate dall'onorevole Agostino Depretis alla Camera dei deputati il 27 novembre 1884, cui seguì l'importante e determinante legge n. 2892 *pel risanamento della*

città di Napoli del 15 gennaio 1885. Ad aprile dello stesso anno, il Collegio degli ingegneri e degli architetti di Napoli, organismo che ebbe sempre un'attiva partecipazione intellettuale e militante nelle questioni inerenti ai miglioramenti della città, si espresse esplicitamente sul "bonificamento" dell'impianto urbano, suggerendo, da un lato, l'utilizzo delle «materie fecali in vantaggio all'agricoltura» [«Bollettino degli Ingegneri e degli Architetti di Napoli» 1885b, 50-51], dall'altro, questione ben più delicata e controbattuta, di ricorrere al sistema cloacale a circolazione unica, per scongiurare il rischio di sversamento dei liquami nel golfo, ma ricorrendo a una struttura fognaria a doppia conduttura, così da mantenere separate le acque meteoriche.
Tuttavia, un cospicuo materiale grafico, rimasto a lungo inedito, sollecita oggi ulteriori riflessioni che si uniscono a quanto già attestato dalla letteratura specialistica al riguardo. Fondamentale in tal senso è la consultazione della serie *Risanamento*, oggi conservata presso l'Archivio Storico Municipale di Napoli, dove è stata recentemente assemblata, schedata e messa a disposizione degli studiosi[8]. I rilievi, le analisi dimensionali, i progetti e i disegni esecutivi, con le varianti e le fasi attuative che la compongono, costituiscono i grafici elaborati per tutti i lotti compresi nei 220 quadranti e, pertanto, è possibile analizzare il piano di Giambarba e Bruno nella sua interezza, con anche le aree di ampliamento. Finora, infatti, erano note solo le tavole dei 167 quadranti relativi ai Quartieri Bassi, ma senza quelle del quartiere Vicaria e di parte di Mercato[9].
Ulteriori analisi critiche scaturiscono comparando tale ricco *corpus* grafico con numerosi altri documenti per lo più inediti, tra cui in particolar modo quelli della serie *Opere Pubbliche*. Con questi, infatti, oggi è possibile verificare quelle alterazioni dei prospetti causate dalle opere di colmata, nonché confrontare lo stato preesistente, le opere previste e quelle realizzate con le numerosissime deroghe ammesse per la legge del 1865[10]. È il caso, per esempio, del lotto delimitato dalle strade San Marco di Ferrari, San Bartolomeo e via Medina, comprendente gli isolati numero 64, 65 e 51, su cui si "incise" per colmata[11]. Si tratta di uno dei nodi nevralgici coinvolti dai lavori del Risanamento, proprio all'interno della forcella disegnata dalle vie Guglielma Sanfelice e Agostino Depretis,

[8] Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904).

[9] Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904). La planimetria d'insieme è fuori catalogazione. Per quanto attiene, invece, i cosiddetti "quadranti" e le rispettive tavole degli elaborati grafici, è da specificare che tutti i disegni relativi ai quartieri Porto, Pendino e parte di Mercato, furono pubblicati per la prima volta da Giancarlo Alisio, escludendo però quelli di Vicaria, della restante parte di Mercato e delle aree di ampliamento [Alisio 1980]. Nelle zone di espansione si erano programmati interventi di nuova edilizia e si sarebbero dovute sperimentare interessanti proposte tipologiche, diversificate in base alla numerosità del nucleo familiare e al ceto sociale, con studi fino ad allora inediti. Per approfondimenti su specifici interventi previsti sui lotti in relazione il piano di Giambarba [Manzo 2018].

[10] Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento.

[11] Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati.

6: Progetto d'Arte, isolati nn. 43-44-45 (esproprio totale) e isolato n. 76 (esproprio parziale). Prospetto su vico Canestrari con Sezioni della scala del portoncino n. 32 e del portoncino n. 34, in basso; prospetto su via Porto, in alto, scala 1:200, 16 giugno 1891 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati].

come biforcazione da piazza Bovio (detta anche "Borsa") del Corso Umberto I – in seguito soprannominato dai napoletani "Rettifilo" – cioè, la lunga *avenue* hausmanniana tesa fino alla stazione ferroviaria centrale, l'asse portante del nuovo sistema stradale indicato da Giambarba.

Altrettanto interessanti sono i disegni redatti per eseguire le opere di colmata lungo via Porto – oggi inclusa in via Marina – perché, oltre ad attestare come l'intera strada fosse stata elevata di circa 3,5 metri e i suoi scoli per le acque putride e i pozzi neri fossero stati divelti per far posto alle nuove tubature fognarie, testimoniano questa importante porzione della città, oggi non più esistente, in quanto completamente rasa al suolo dai bombardamenti della seconda guerra mondiale[12].

La cosiddetta "incisione" per colmata fu sempre uno degli interventi ufficialmente consentiti dal Consiglio edilizio, seppur limitatamente a quegli edifici dalle condizioni statiche valutate pessime e insanabili, sebbene gli ingegneri napoletani avessero richiesto espressamente che «in nessun caso il Municipio s'impegni in ricostruzioni di facciate o di edifici, ma che si riservi la facoltà di sorvegliare strettamente le nuove edificazioni, tanto dal punto di vista igienico, quanto dal punto di vista edilizio» [«Bollettino degli Ingegneri e degli Architetti di Napoli» 1885b, 27].

Per la bonifica del tessuto edilizio più fatiscente e malsano, Giambarba indicò di procedere a "tagli chirurgici" e, verso le aree orientali, ove possibile, di rettificare i tracciati viari per predisporre uno sviluppo edilizio di espansione preesistente pressoché regolare. È questo quanto accadde, per esempio, in corrispondenza dell'attuale piazza Carlo III, dove c'è il Real Albergo dei Poveri, che diventò il fondale prospettico del tridente costituito dal corso Garibaldi e dalle vie Colonnello Carlo Lahalle e Sant'Alfonso Maria de Liguori, tridente nel quale si realizzò una regolare maglia abitativa disegnata da lotti

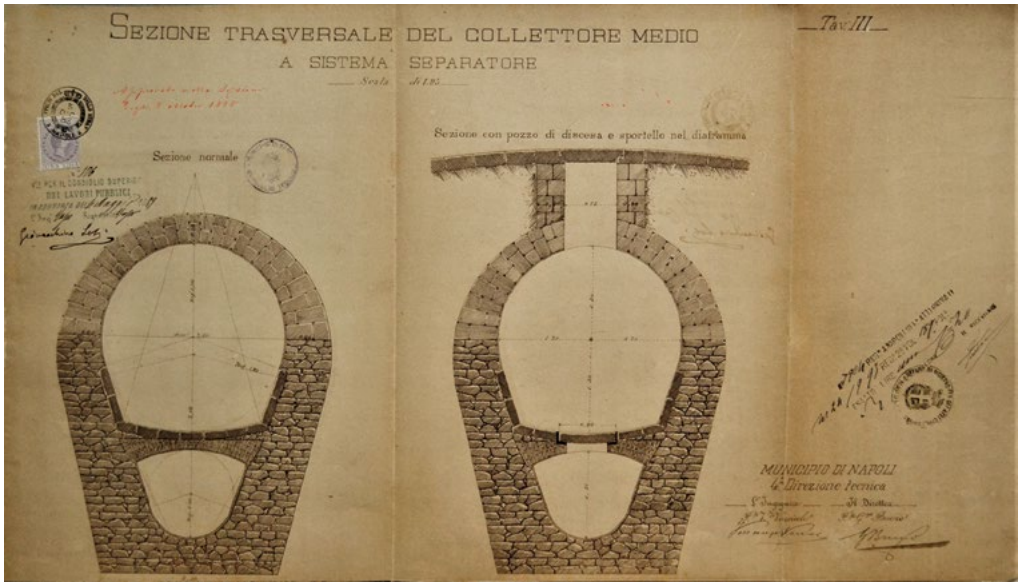
[12] Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati.

tra loro ortogonali; come nel caso del Rione Vasto, contiguo alla Stazione Centrale, dove fu pianificata la costruzione di "nuovi fabbricati"[13].
Rispetto ai precedenti piani di riqualificazione della città di Napoli, nel processo di risanamento indicato da Giambarba e Bruno ci fu l'indubbio fattore del salto di scala dell'intervento, per cui la lettura del degrado edilizio fu complessiva e unitaria, ma soprattutto fu condotta congiuntamente all'elaborazione di un dettagliato programma di rigenerazione del sistema della rete idrica e fognaria, in perfetto accordo con lo spirito igienista del tempo. Fu invece assente quella visione di *embellissement stratégique* del barone Haussmann, che aveva fatto di Parigi il paradigma della città contemporanea e aveva connotato la riqualificazione estetica della capitale francese di una sua autonomia caratteriale, al di là delle strategie sanitarie. L'introduzione dell'omologazione di dotazioni infrastrutturali per ciascun quartiere, per esempio, aveva costituito una delle quinte sceniche più adeguate a rappresentare la crescita e il consolidamento del ceto medio come nuova classe egemone. Su un altro fronte, però, l'esperienza parigina aveva insegnato la distinzione dello spazio urbano per parti univocamente riconducibili a specifiche funzioni, per la «residenza, circolazione, educazione, cultura, spettacolo, attività ricreative» [Sica 1992, 1020], le quali si presentavano come

> una rete di luoghi nella loro gerarchia, definiti e separati, specializzati eppure totalizzanti; e una fenomenologia della città, cioè gli stessi luoghi visti nei loro legami con l'utenza, veicoli e strumenti dell'ideologia dominante […]. Documenti, da un lato, della realtà urbana nelle sue espressioni più puntuali, dall'altro, specchio soggettivo di una coscienza collettiva che apre prospettive rivelatrici sulla pratica sociale e quindi svela quella "forma" della città che discende dalla fruizione e dall'uso sociale [Sica 1992, 1019].

È questo uno dei principali aspetti della strutturazione della città borghese del XIX secolo. Per Napoli, si sostanziò solo quando si avviarono i lavori del Risanamento, il cui piano, infatti, implicitamente riorganizzò la distribuzione delle funzioni urbane in zone specializzate e, come aveva già posto in evidenza Villari, avviò la definizione di un tessuto abitativo distinto per aree omogenee sociali [Villari 1878; Villari 1902].
Napoli era sempre stata la città della "promiscuità", ma di tipo sociale, dove i differenti ceti convivevano negli stessi luoghi in una narrazione continua tra vicoli asfittici, squarci di panorami mozzafiato, lussuosi palazzi e fatiscenti "case palaziate", ossia case d'affitto. Nello stesso edificio, molto frequentemente abitavano al piano nobile una delle più antiche famiglie aristocratiche e, ai piani terranei, vi erano i cosiddetti "bassi" o botteghe. Napoli fino al programma di riassetto edilizio seguito all'epidemia di colera del 1884 era stata la città dell'*Ancient Regime*, della contrapposizione tra aristocrazia e popolo, tra re e sudditi, dove da cuscinetto sociale c'erano stati i cosiddetti "togati", cioè quei professionisti colti e meno colti che avevano costituito l'espressione di una forma partenopea

[13] Per una lettura complessiva del progetto si rimanda alla planimetria d'insieme redatta nel 1889: Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904). Fuori catalogazione.



7: V. Varriale, G. Bruno, Sezione trasversale del collettore medio a sistema separatore, sezione normale e sezione con pozzo di discesa e sportello nel diaframma, tav. III, scala 1:25, 1888 [Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, Ispettorato, Fognature. B. 83, ff. non numerati].

di borghesia, un'incompiuta classe sociale, per parafrasare alcune osservazioni di Eric Hobsbawm [Hobsbawm 1975; Ghirelli 1973; Ghirelli 1977; Allegrezza 2007]. È proprio su tale fondale che, dopo l'epidemia del 1884, si affacciarono inediti temi edilizi come l'alloggio operaio o del ceto medio.

Intanto, il piano di Giambarba e Bruno, alterato nelle sue linee generali e senza più la forza di conservare la sua visione organica e d'insieme, fallì nei suoi principi cardine, creando puntuali disfunzioni al tessuto storico della città.

Lo studio del sistema cloacale, tuttavia, rimase un costate polo di attenzione, in cui continuarono a confluire indagini e ricerche, così come dimostra il cospicuo *corpus* grafico reperito, che documenta l'analisi delle sezioni dei collettori e le valutazioni dei materiali da adottare per far fronte alle frequenti dispersioni delle acque nei terreni, nonché il lavoro di ricostruzione e miglioramento dell'incanalamento delle acque reflue, di quelle meteoriche e dei rifiuti fecali ed organici[14].

Inoltre, istituito nel 1887 uno specifico ufficio per la schedatura di tutti gli edifici ricadenti nel nucleo antico dalla città, Napoli vide la più approfondita e puntuale catalogazione della sua popolazione che mai si era avuta in Europa. Organizzata su una classificazione basata sullo stato di salubrità degli edifici e sulle condizioni fisiche degli individui, fu integrata da analisi concernenti ampi fattori condizionanti il benessere

[14] Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, Ispettorato Fognature. Bb. 83-84.

della popolazione, dalle possibili patologie infettive, fino ai tempi di percorrenza tra l'abitazione e il posto di lavoro. Tale operazione fu la prima – e rimasta a lungo l'unica – indagine in senso globale del problema, il cui approccio scientifico si deve alla maturità raggiunta dalla cultura igienista e dell'ingegneria sanitaria a Napoli. Tuttavia, a un così capillare e attento lavoro, come sappiamo, non seguì un altrettanto encomiabile intervento di trasformazione della città, che è rimasta chiusa fino ad oggi dalla quinta creata dal lungo Rettifilo, dietro cui i quartieri sono stati lasciati per lo più in condizioni malsane, se si escludono pochi brani urbani mentre la maggior parte della città si regge ancora sulla rete fognaria pianificata con il piano del 1885.

Bibliografia

ALIBERTI, G. (1974). *Ambiente e società nell'Ottocento meridionale*, Roma, Edizioni di storia e letteratura.

ALISIO, G. (1980). *Napoli e il Risanamento. Recupero di una struttura urbana*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

ALLEGREZZA, P. (2007). *L'élite incompiuta: la classe politico-amministrativa negli anni della destra storica (1861-1876)*, Milano, Giuffrè.

ALLEN, J. (1999). *World within cities*, in *City Worlds*, a cura di D. Massey, J. Allen, S. Pile, London-New York, Routledge, pp. 51-92.

Atti della Società d'Igiene (1879), in «Giornale della Società Italiana d'Igiene», a. I, vol. I.

BRUNO, G. (1873). *Relazione all'assessore municipale Prof. Buonomo*, Napoli, s.n.

BRUNO, G. (1874). *Relazione al municipio di Napoli sui sistemi di fognatura per le grandi città,* Napoli, tip. F. Giannini.

BRUNO, G. (1885). *Fognatura della città di Napoli. Ultimi studi e proposte definitive in seguito al parere emesso dal Consiglio superiore dei Lavori Pubblici*, Napoli, F. Giannini.

CARUSONE, M. (2017-2018). *Napoli e il dibattito igienico-sanitario tra XIX e XX secolo*, tesi di dottorato in Architettura, Disegno Industriale e Beni Culturali, ciclo XXXI, Università della Campania Luigi Vanvitelli.

CASCIATO, M (1997). *Fichera, Filadelfo*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 47, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, *ad vocem*.

COMOLI MANDRACCI, V. (1992). *Ascesa, caduta e trasformazione di Torino, capitale post-unitaria*, in *L'architettura delle trasformazioni urbane 1890-1940. Atti del XXIV congresso di Storia dell'Architettura, Roma 10-12 gennaio 1992*, a cura di G. Spagnesi, Roma, Centro di Studi per la Storia dell'Architettura pp. 199-208.

CORRADINI, F. (1892). *Le fognature di Torino e le deliberazioni della Giunta Comunale*, in «Ingegneria Sanitaria», a. III, n. 6, pp. 82-84.

DATO, G. (1988). *Ingegneria sanitaria e città meridionale. Il contributo di Filadelfo Fichera*, in «Urbanistica», n. 93, pp. 31-38.

DE BROSSES, C. (1858). *Le Présidentes de Brosses en Italie. Lettres familiéres écrites d'Italie en 1739 et 1740*, t. I, Paris, Didier et Ce- Libraires-éditeurs.

DE FUSCO, R. (1972). *Storia di Napoli, vol. X: Architettura e urbanistica della Napoli contemporanea a oggi*, Napoli, Società editrice Storia di Napoli.

DELLA PERUTA, F. (1980). *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in «Studi Storici», a. XXI, n. 4, pp. 713-759.

DI CARLO, V. (2002). *I laboratori della sanità pubblica. L'amministrazione sanitaria italiana tra il 1887 e il 1912*, Roma-Bari, Laterza editori.

DIREZIONE GENERALE DI STATISTICA (1886). *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno. Relazione generale*, Roma, tip. di Reggiani e soci.

DORIA, G. (1952). *Storia di una capitale. Napoli dalle origini al 1860*, Milano-Napoli, R. Ricciardi.

FANELLI, G. (1980). *Le città nella storia d'Italia. Firenze*, Roma-Bari, Editori Laterza.

FAZIO, E. (1884). *Le epidemie coleriche e le condizioni sanitarie di Napoli*, Napoli, Tip. Unione.

FAZIO, E. (1885). *Il colera del 1884 in Napoli. Statistica, cause della insalubrità, voti e proposte*, in «Giornale della Real Società italiana d'Igiene», pp. 230-232.

FAZIO, E. (1896, I ed. 1886). *Un Ministero della Sanità pubblica in Inghilterra*, estratto dalla «Rivista internazionale d'Igiene», n. 10-11 e ora in «L'Ingegneria sanitaria», a. VII, n. 12, pp. 461-467.

FERRARO, I. (2018, I ed. 2003). *I Quartieri bassi e il Risanamento*, Napoli, Oikos Edizioni.

FICHERA, F. (1886). *Risanamento delle città con applicazione a Catania: principi tecnici di ingegneria sanitaria urbana. Opera utile agli ingegneri, agli urbanisti...*, Catania, Nicolò Giannotta.

FORTI MESSINA, A. L. (1976). *Il colera a Napoli nel 1836-1837. Gli aspetti demografici*, in «Mélanges de l'école française de Rome. Moyen-Age, Temps modernes», t. 88, n. 1, pp. 319-366.

FORTI MESSINA, A. L. (1984). *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia. Annali, vol. 7: Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 431-494.

GHIRELLI, A. (1973). *Storia di Napoli*, Torino, Einaudi.

GHIRELLI, A. (1977). *Napoli italiana: la storia della città dopo il 1860*, Torino, Einaudi.

GUERRIERO, L., CURIALE, F. (2019). *Opera della mente o del caso. Progetti per il risanamento di Napoli*, Napoli, Fabrica.

HOBSBAWM, E. J. (1975). *The Age of Capital 1848-1875*, London, Weidenfeld and Nicolson.

Invito agli igienisti per la costituzione d'una società italiana d'igiene (1879b), in «Giornale della Società Italiana d'Igiene», pp. 124-126.

LEFEBVRE, H. (1992). *Éléments de rythmanalyse*, Paris, Syllepse.

LEFEBVRE, H. (2004). *Rhythmanalysis: Space, Time and Everyday Life*, London, Continuum.

Legge 20 marzo 1865, n. 2248 (1865a), in «Gazzetta Ufficiale», n. 101, 27 aprile.

Legge 20 marzo 1865, n. 2248. Allegato C (1865b), in «Gazzetta Ufficiale», n. 113, 11 maggio.

LYNCH, K. (1995, I ed. 1972). *What Time Is This Place?*, Cambridge, MIT Press.

MANZO, E. (2011). *Città e territori urbani, tra "Espropri per pubblica utilità" e "Risanamento igienico"*, in *Architettare l'Unità. Architettura e istituzioni nelle città della nuova Italia. 1861-1911*, a cura di F. Mangone, M. G. Tampieri, Napoli, Paparo edizioni, pp. 365-377.

MANZO, E. (2018). *Il "Risanamento" di Napoli. Dal progetto urbano alla scala architettonica*, in «Atti e Rassegna Tecnica della Società degli Ingegneri e degli Architetti in Torino», a. LXXII, n. 1, n. s., pp. 113-122.

MELISURGO, G. C. A. (1882). *L'Igiene omicida e gli odori di Napoli*, *note di Giulio C. A. Melisurgo*, Napoli, Tip. dell'Accademia reale di scienze.

MELISURGO, G. C. A. (1885). *Pareri e commenti sulla fognatura di Napoli*, Napoli, F. Giannini.

MELISURGO, G. C. A. (1891). *Marino Turchi e l'Italia igienica. Ricordi del professore Giulio Melisurgo*, Napoli, F. Giannini.

MONTUONO, G. M. (2012). *Gaetano Bruno, ingegnere e urbanista napoletano dell'800 (prove per una monografia)*, in *Storia dell'Ingegneria, atti del 4° Convegno Nazionale, Napoli 16/17/18 aprile 2012, vol. I*, a cura di A. Buccaro, F. R. d'Ambrosio, G. Fabricatore, Napoli, Cuzzolin, pp. 441-453.

MUNICIPIO DI NAPOLI (1884). *Progetto per l'ampliamento della città di Napoli e Risanamento delle zone insalubri. Relazione*, Napoli, s.n.

Necrologio (1902), in «Ingegneria Sanitaria», XIII, n. 1, p. 20.

PAGLIANI, L. (1886). *La polizia sanitaria in Italia di fronte alle epidemie di colera*, Roma, tip. Camera dei Deputati.

PAGLIANI, L. (1890). *Relazione al Consiglio superiore di sanità intorno allo ordinamento della Direzione della sanità pubblica ed agli atti da essa compiuti dal 1º luglio 1887 al 31 dicembre 1889 letta in seduta del 18 gennaio 1890, dal direttore prof. Luigi Pagliani*, Roma, Stabilimento tipografico italiano.

PAGLIANI, L. (1902). *Le abitazioni igieniche ed economiche per le classi meno abbienti nel secolo XIX*, Torino, Camilla e Bertolero.

PAGLIANI, L. (1912-1920). *Trattato di igiene e di sanità pubblica: colle applicazioni alla ingegneria e alla vigilanza sanitaria*, Milano, Vallardi.

Pel bonificamento di Napoli (1885), in «Bollettino degli Ingegneri e degli architetti di Napoli», 16 febbraio, vol. III, n. 4, pp. 27-28.

POGLIANO, C. (1984). *L'utopia igienista*, in *Storia d'Italia*. *Annali*, *vol. 7: Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 587-631.

Relazione e voti del Collegio degl'Ingegneri ed Architetti in Napoli intorno al bonificamento della città di Napoli (1885b), in «Bollettino degli Ingegneri e degli Architetti di Napoli», 1 aprile, vol. III, n. 7, pp, 49-51.

RUSSO, G. (1960). *Il risanamento e l'ampliamento della città di Napoli*, a cura della Società pel Risanamento di Napoli, Napoli, L'Arte Tipografica.

SICA, P. (1992). *Storia dell'urbanistica. L'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza editori.

SPATUZZI, A. (1873). *La statistica medica diretta all'ordinamento amministrativo dell'igiene pubblica della città di Napoli*, Aversa, tip. dell'Istituto artistico.

SPATUZZI, A. (1879). *La costituzione sanitaria di Napoli. Note statistico-etiologiche in rapporto alla mortalità del sessennio 1873-1878*, Napoli, pei tipi di Antonio Cons.

SPATUZZI, A. (1885). *La teoria di Max von Pettenkofer sul colera e le epidemie del 1873 e del 1884 in Napoli*, in «Il Morgagni. Giornale indirizzato al progresso della medicina», a. XXVII, parte 1, pp. 137-154; 434-452.

Studi e proposte per la esecuzione del Piano di Risanamento delle sezioni Porto, Pendino, Mercato, Vicaria (1888), a cura di Municipio di Napoli, Napoli, F. Giannini.

TOGNOTTI, E. (2000). *Il mostro asiatico. Storia del colera in Italia*, Roma-Bari, Laterza editori.

TURCHI, M. (1861). *Sulla Associazione Filantropica Napoletana: per migliorare merce nuove abitazioni la sorte degli operai, dei poveri, dei poco agiati della citta di Napoli*, Napoli, Stamp. Del Vaglio.

TURCHI, M (1862, I ed. ed. 1861). *Sulla Igiene pubblica della città di Napoli. Osservazioni e proposte*, Napoli, fratelli Morano.

VARRIALE, R. (2004). *Napoli invisibile: il sottosuolo nel dibattito ottocentesco*, in «Mélanges de l'école française de Rome», t. 116, vol. 2, pp. 723-743.

VILLARI, P. (1878). *Le lettere meridionali ed altri scritti sulla questione sociale in Italia*, Firenze, Successori Le Monnier.

VILLARI, P. (1902). *Scritti sulla Questione Sociale in Italia*, Firenze, G. C. Sansoni.

VILLARI, P. (1920). *Le prime lettere meridionali con prefazione di Gaetano Salvemini*, Roma, La Voce.

VILLARI, R. (1971). *Rivolta e coscienza rivoluzionaria nel secolo XVII*, in «Studi storici», a. XII, n. 2, pp. 235-264.

ZUCCHI, C. (1879). *Sull'origine, formazione ed ordinamento della società italiana d'igiene*, in «Giornale della Società Italiana d'Igiene», n. 1, pp. 115-118.

Elenco delle fonti archivistiche

Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904).

Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. F. Cartografie e Disegni, serie Risanamento (1889-1904). Fuori catalogazione.

Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, Ispettorato Fognature. Bb. 83-84.

Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento.

Napoli. Archivio Storico Municipale. Sezione Pontenuovo. Seconda Serie, Opere Pubbliche, piano del Risanamento. B. 121, ff. non numerati.

LO "SVENTRAMENTO" COME RISANAMENTO: LA "CURA" DELLA CITTÀ TRA LESSICO E PRASSI NEL CASO NAPOLETANO

Andrea Maglio

Abstract

The lexical element in its various registers (popular, cultured, technical, and administrative) is closely linked to the cultural transformations that accompany the entire history of the Neapolitan "Risanamento". The most obvious case is that of the term sventramento (disembowelment, evisceration), of purely medical utilization, which was used in 1884 by prime minister Agostino Depretis, meaning the need for a surgical operation on the body of the "sick" city through a large number of demolitions and the construction of a new neighbourhood. From that moment on this word became part of the vocabulary of architects and urban planners to indicate the creation of road axes obtained by demolishing the pre-existing urban structure, but many other examples could be cited in which the adopted terminology involves a value judgment on the indicated action or stems from a thought that betrays one's ideological position.

The Neapolitan case displays a significant connection between engineering culture, that of medical sciences, and that of social science studies. It also contributes to the birth of a new awareness regarding the preservation of monuments. In all these fields it is necessary to adopt a specific language, which often passes from one area to another while maintaining the same meaning and sometimes partially changes the sense. For an analysis of the relationship between lexicon and urban practice, therefore – thanks to the presence of a lively debate articulated on different lexical registers – the Neapolitan context of the years in concern provides a case study of particular interest.

Keywords

Naples, Risanamento, sventramento, sanitary engineering.

Introduzione

La vicenda del Risanamento napoletano è stata oggetto di numerosi e approfonditi studi che hanno analizzato principalmente le trasformazioni di carattere urbano grazie a cui si registra un cambiamento macroscopico nell'immagine della città [Russo 1960, Alisio 1980]. Nel corso di circa due decenni a Napoli è posto in atto un mutamento connesso a una decisa modernizzazione, uno dei fenomeni più rilevanti tra le città italiane in epoca post-unitaria. Se voci favorevoli o contrarie non mancano di indagare le cause del

© Aisu International 2020

fenomeno e di ragionare sulle modalità dell'intervento, il problema dell'igiene urbana diviene prioritario nella definizione di obiettivi da raggiungere e criteri d'intervento.
Al di là degli aspetti materiali e delle modifiche del tessuto urbano, appare quanto mai significativo il dibattito culturale che accompagna l'operazione e che ne è spesso direttamente derivato. Pur essendo stato anch'esso oggetto di diversi contributi scientifici, il mutamento culturale alimentato dal vasto programma di interventi offre invece nuovi spunti di riflessione per almeno tre ordini di questioni: le radicali trasformazioni urbane pongono infatti drammaticamente anche il problema della conservazione della memoria di quanto viene distrutto, favorendo la nascita di un diffuso movimento d'opinione; il potenziamento delle reti infrastrutturali si salda alla cultura igienista che nel corso dell'Ottocento aveva guadagnato un posto rilevante nel dibattito cittadino, oltre che nazionale; e, infine, l'adozione di un lessico tecnico anche da parte di altri attori – di ambito politico, letterario e artistico – denota la specifica posizione critica e spesso tradisce precisi assunti ideologici. Si vuole qui ricostruire, nei limiti di un saggio, parte del dibattito di riferimento – strettamente disciplinare da un lato e pubblico dall'altro – anche attraverso un'analisi del lessico adoperato, per evidenziare il ruolo delle ben note trasformazioni urbane rispetto ai mutamenti culturali, sui quali in parte si fonda, ma che spesso contribuisce a determinare (Fig. 1).

1: Inaugurazione dei lavori di Risanamento, 15 giugno 1889 [D'Ambra, R. (1889). *Napoli antica*, Napoli, Raffaele Cardone, tav. III].

Lo “sventramento”: una cura per la città malata

Nel corso del XIX secolo numerose sono le operazioni di “ristrutturazione” urbana basate su opere di demolizione con la sostituzione di un nuovo tessuto stradale ed edilizio. In Europa i casi di Londra (1848-1865), Parigi (1853-1869), Vienna (1859-1872) e Bruxelles (1867-1871) rappresentano quelli di dimensioni maggiori, mentre in Italia al piano urbanistico di Poggi per Firenze del 1865 seguono quelli per Roma (1873 e 1883) e quello per Milano del 1884. In tutti questi casi sono previste ampie demolizioni delle aree storiche ai fini di un miglioramento delle condizioni igieniche e di una razionalizzazione della rete stradale. Il concetto di “sventramento” è quindi strettamente connesso alla cultura urbanistica ottocentesca e non nasce in occasione del Risanamento napoletano, ma il termine, di origine medica, per la prima volta è utilizzato per definire un’operazione di carattere urbanistico proprio in relazione al capoluogo partenopeo. Da questo momento diverrà usuale definire in tal modo la sostituzione di un nuovo tessuto urbano ad uno precedente, ritenuto inadatto e antigienico. Non a caso, la parola *sventramento* non trova una traduzione letterale nelle altre lingue europee, laddove per definire la stessa operazione di carattere urbano si usano altri termini che rimandano

2: Piazza Giovanni Bovio e il Rettifilo, tra il 1896 e il 1898, prima del posizionamento della fontana del Nettuno, Foto Alinari [*Napoli nelle collezioni Alinari e nei fotografi napoletani fra Ottocento e Novecento* (1981), a cura di G. Galasso, M. Picone Petrusa, D. del Pesco, Napoli, Gaetano Macchiaroli, p. 222].

all'idea di "distruzione", come ad esempio il francese *percée*, l'inglese *demolition*, lo spagnolo *demolición* e i tedeschi *Abriss* o *Niederreißen*.
La celebre frase «bisogna sventrare Napoli» è pronunciata dal primo ministro Agostino Depretis in occasione della visita di re Umberto I nei quartieri napoletani maggiormente colpiti dall'epidemia di colera del 1884 [Capurso 2011]. Contro il volere dei suoi consiglieri, preoccupati per i rischi di contagio, il re aveva preferito recarsi nell'ex capitale borbonica a portare una parola di conforto ai colerosi, posticipando così una visita a Pordenone, involontariamente generando anche falsi miti circa le sue stesse parole: l'erronea notizia che il re avrebbe spedito un telegramma alla città friulana con il testo «A Pordenone si fa festa, a Napoli si muore. Vado a Napoli» ha spinto alcuni cittadini partenopei a far costruire una lapide in sua memoria, con tali parole scolpite, sul ponte della Sanità. Dall'8 settembre 1884 Umberto è quindi in città e visita tutte le aree colpite dall'epidemia: come riportano le cronache dei quotidiani di tutta Italia e di molte capitali europee, di fronte ai comitati di soccorso il 10 settembre Depretis pronuncia la storica frase, poi ripresa anche dal sovrano [«L'Illustrazione italiana» 1884, 178; «*Il Messaggero*» 1884; «La Rassegna» 1884]. Il termine entra rapidamente a far parte del linguaggio comune, con un'accezione del tutto positiva. Nelle settimane successive alla visita del re a Napoli i quotidiani nazionali continuano a riferire dei progetti e della preparazione dello "sventramento" napoletano, auspicando che anche in altre città italiane – quali Roma, Firenze e Genova – si intervenga per migliorarne le condizioni igieniche tramite, appunto, uno "sventramento" [«La Patria del Friuli» 1884b; «La Patria del Friuli» 1884a]. Non tutti questi interventi auspicati avranno luogo, ma è rilevante quanto l'episodio napoletano abbia dato impulso a un approccio "igienista" ai problemi della città (Fig. 2).

Salus populi suprema lex: le inchieste sociali e la cultura "igienista"

Nella seconda metà del XIX secolo, come nel resto del Paese, anche a Napoli fiorisce una tradizione di studi "igienisti" finalizzati a risolvere i problemi causati dal sovraffollamento e dalle condizioni di povertà, proponendo interventi sulla forma urbana e sulle infrastrutture. Il termine *igienismo* è associato ad un movimento di pensiero ottocentesco fondato su una rigida disciplina di osservazione delle leggi naturali e identifica una corrente filosofica diffusasi prima negli Stati Uniti e poi in Europa. Nell'ambito della storia urbana, tuttavia, il termine assume un'accezione differente, relativa alla tradizione di studi – medici, sociologici, urbani, economici, ingegneristici – che cerca di risolvere i problemi di degrado delle aree urbane più svantaggiate. I lavori della Royal Commission inglese condotti tra il 1844 e il 1845 avevano concluso che doveva esistere una correlazione tra il sovraffollamento e la diffusione delle epidemie, soprattutto di colera, tifo e tubercolosi [Zucconi 2001, 55-56]: da questo punto di vista l'analisi sui mali della città si accompagna all'indagine statistica, anche al *social survey* di tipo americano. Certamente affine a questa idea di "risanamento" della città contemporanea è la tradizione dell'ingegneria sanitaria che nasce con uno sguardo più ampio rispetto ai problemi della città, sebbene oggi sia concentrata soprattutto sulla gestione di acque e rifiuti

[De Fraja Frangipane 2011]. Riferendosi alla pianificazione urbana di fine Ottocento, Zucconi scrive che «l'orizzonte tecnico del progettista di piani sembra esaurirsi entro l'ambito dell'ingegneria stradale e dell'idraulica: da qui provengono la gran parte dei termini tecnici che costituiscono il lessico della pianificazione: rettifilo, anello, ramificazione, derivazione, rete secondaria e rete principale» [Zucconi 1999, 28]. Il contributo dato dall'ingegneria sanitaria alla nascita delle discipline specificamente urbanistiche non è certo secondario e il "trasferimento" di un lessico da un ambito all'altro testimonia chiaramente questo rapporto.

I problemi delle metropoli europee appaiono comuni e le epidemie flagellano ugualmente tutte le grandi città del continente. Poiché Napoli è la più popolosa città d'Italia, e lo resterà fino alla prima guerra mondiale, misura la gravità dei propri problemi guardando a Londra e Parigi e assistendo allo stesso modo alla nascita di numerosi studi che potrebbero essere inseriti appunto nel filone "igienista". Tra le prime e più complete espressioni di questo nuovo approccio alla città vi sono gli studi del medico Marino Turchi, tra cui l'indagine su Napoli del 1861, in cui le misure per il miglioramento delle condizioni igieniche riguardano aspetti molto diversi, dalle fognature ai mercati e dagli acquedotti alle carceri e ai cimiteri, compresa una *Proposta per gli edifizii*. Già nel 1861 Turchi indica la regione dei Quartieri Bassi, in particolare Porto, Pendino e Vicaria, come «la più importante di Napoli, la più insalubre, la più negletta» [Turchi 1862[2], 49]. Non è un caso se proprio queste zone saranno al centro della bonifica operata con il Risanamento di fine secolo. Nel 1860 Turchi era stato nominato da Giuseppe Garibaldi professore d'igiene e in seguito diventerà preside della Facoltà di medicina, e infine rettore dell'Università di Napoli. A lui si deve la costruzione del primo edificio per case popolari in città, realizzato nel 1868 presso il ponte della Sanità dall'ingegnere Giustino Fiocca e sotto l'egida dell'Associazione filantropica napoletana da lui fondata [Baculo 1986; Baculo 1995; Serraglio 2012]. Inoltre Turchi entra a far parte della prima Commissione d'igiene istituita in epoca post-unitaria, nel 1861, insieme a Gennaro Barbarisi e a Salvatore De Renzi; quest'ultimo, docente di storia della medicina, era già stato protagonista della vicenda legata alla rovinosa epidemia di colera del 1836 quando, da direttore dell'ospedale di Santa Maria di Loreto, aveva precocemente legato la diffusione del morbo alle problematiche dell'approvvigionamento di acque potabili, individuando anche disfunzioni ed elementi di rischio negli acquedotti [Di Fiore 2020, 118].

L'indagine di Turchi sui mali di Napoli apre la strada da un lato a una serie di inchieste, studi e descrizioni della grande città "malata" e dall'altro lato contribuisce alla fioritura del pensiero igienista con cui sono proposte "cure" per tale malessere. Al di là del problema tecnico, dettagliatamente affrontato da Turchi, diversi scritti puntano infatti a denunciare le condizioni miserevoli di parte della popolazione assumendo un tratto più sociologico: tra questi, le *Lettere Meridionali* di Pasquali Villari – edite nel 1875 e poi ripubblicate dieci anni dopo proprio a seguito dell'epidemia di colera – *La miseria in Napoli* di Jessie White Mario (1877) e *Napoli a occhio nudo* di Renato Fucini (1878). Il filone della denuncia di ambito sociale apre la strada anche al lavoro di Matilde Serao, che nel 1884 pubblica *Il ventre di Napoli* prima in forma di articoli e poi in volume, in risposta diretta alla frase di Depretis e quale aperta critica agli intenti del governo.

Individuando il problema nella diffusione di "sottoscala", "cavalcavia", "portoncini angusti", "vicoli ciechi", "angiporti", "supportici" e "fondaci", Serao propone soluzioni alternative, e quindi di "rifare" piuttosto che "sventrare" [Serao 1884]. Evidentemente, la giornalista immagina un intervento ben più impegnativo e puntuale – ugualmente condotto con precisione chirurgica – in cui la struttura viaria della città non venga però stravolta. La questione terminologica è estremamente rilevante per sottolineare i toni della denuncia e modificare la parola d'ordine di Depretis. Non a caso, nella seconda edizione del volume del 1906, notevolmente ampliata rispetto alla precedente, Serao riporta la traduzione italiana di alcuni termini dialettali usati vent'anni prima. Inoltre, potendo osservare il Rettifilo ormai terminato, non esita a darne un giudizio negativo definendolo "paravento", "sipario", "tela di illusione", poiché dietro si celerebbe ancora il degrado della vecchia città [Serao 1906].

Tale letteratura si confronta, specificamente sul piano linguistico, con almeno due ordini di problemi, di cui il primo riguarda l'appropriazione e la divulgazione di un linguaggio tecnico spesso desunto da altri ambiti disciplinari e il secondo l'assimilazione e la comprensione di un lessico locale, talvolta incomprensibile al di fuori dei confini municipali. Pasquale Villari apre la raccolta delle sue *Lettere meridionali* riportando la risposta di un architetto alla sua domanda circa la definizione di "fondaco" o "funnaco", da cui deriverebbe anche il termine dispregiativo, riferito a una donna, di "funnachera" [Villari 1885, 5-6]. Nel testo ovviamente si fa poi riferimento ai "bassi", alle "grotte" in cui vivono gli "spagari", ossia quanti fabbricano lo spago, e a diversi altri termini gergali o dialettali. La letteratura di denuncia adopera lo strumento linguistico per evidenziare le specificità di un determinato contesto, ma anche per usare la connotazione negativa di molti lemmi a supporto dell'operazione di denuncia stessa.

Contemporaneamente alle inchieste e all'individuazione dei mali che affliggono la città si radica una cultura "igienista" che dall'ambito medico si diffonde anche in quello ingegneristico e prova a suggerire soluzioni. Nell'ultimo trentennio dell'Ottocento a livello nazionale si moltiplicano gli studi e nascono riviste specializzate come «L'ingegneria sanitaria», fondata nel 1890, e «L'ingegnere igienista», fondata nel 1900, poi entrambe fuse nel 1905 nella «Rivista di ingegneria sanitaria» – quest'ultima ancora trasformata nel 1911 nella «Rivista di ingegneria sanitaria e di edilizia moderna». A Napoli già prima del 1884 diverse operazioni mirano al miglioramento delle infrastrutture, in particolare fognature e reti idriche. L'acquedotto del Serino, un'antica opera d'epoca romana, è ricostruito tra il 1882 e il 1885 sotto la supervisione di Gaetano Bruno. Docente presso la Scuola di applicazioni – futura Facoltà di Ingegneria –, ispettore capo dell'opera di Risanamento e già ingegnere municipale e capo dell'Ufficio idraulico, Bruno rappresenta una delle figure chiave di questo nuovo clima culturale[1] [Montuono 2012]. Accanto a lui va menzionato Eugenio Fazio, professore d'igiene alla napoletana Scuola di applicazioni per ingegneri, ma anche

[1] Napoli. Archivio privato Francesco Bruno. BRUNO, F. (2005). *Gaetano Bruno (Napoli 1844-1909)*, dattiloscritto, Napoli.

assessore per l'igiene al Comune di Napoli e fondatore della «Rivista internazionale d'igiene», una figura che salda l'ambito medico con quello ingegneristico e con le scienze sociali [*«L'ingegneria sanitaria»* 1902; Manzo 2018, 115]. Anzi, l'impulso fornito anche dai lavori del Risanamento non solo pone la città al centro dell'attenzione generale, ma porterà ad una serie di azioni atte a rivendicare un primato culturale: il più significativo e visibile di tali eventi è costituito dall'Esposizione d'igiene tenutasi a Napoli nel 1900, la prima unicamente centrata su tale argomento e celebrata come un successo da riviste e commentatori [«L'Ingegneria moderna» 1900a; «L'Ingegneria moderna» 1900b; Pepe 1900; Zabban 1900; Parisi 2001; Montuono 2016].

Pacta sunt servanda: il dibattito parlamentare tra ideologia politica e cultura tecnica

Il presidente del Consiglio Depretis, il cui padre Francesco era morto di colera durante l'epidemia del 1836, intende mantenere le promesse effettuate nel corso della sua visita a Napoli e dopo poche settimane, il 27 novembre 1884, presenta in Parlamento una proposta di legge. Questa viene discussa prima alla Camera e poi al Senato, per essere infine approvata e promulgata il 15 gennaio 1885 col nome di *Legge per il Risanamento della città di Napoli*. Il dibattito parlamentare risulta di particolare interesse, tanto per le tesi a sostegno delle diverse posizioni assunte quanto per un'analisi della specifica terminologia adottata, indicativa del clima entro cui nasce tale provvedimento e della capacità di penetrazione di determinate culture disciplinari. La discussione vede schierarsi favorevoli e contrari all'approvazione della legge, i primi convinti della necessità dei provvedimenti, i secondi timorosi di sprechi e malversazioni. Tra le righe emerge un altro conflitto, fondato sul carattere di eccezionalità dell'intervento, poiché diversi deputati temono che la legge possa costituire un precedente per analoghe iniziative e perdere il carattere di straordinarietà. In realtà, di fatto si sono già verificati interventi governativi con "carattere di pubblica utilità", come la costruzione dei muraglioni del Tevere dopo la rovinosa piena del 1870, ma anche gli interventi connessi allo *status* di capitale di Torino e di Firenze. Inoltre, il carattere di straordinarietà è messo strumentalmente in discussione dagli oppositori dell'operazione anche per il precedente della legge n. 198 del 14 maggio 1881, con cui erano stati stanziati 25 milioni di lire per la città di Napoli.

La natura squisitamente politica dell'intervento di Risanamento è confermata dal fatto che il numero di decessi causati dall'epidemia del 1884 risulta maggiore, in percentuale, in altri centri della penisola rispetto a quelli napoletani. D'altro canto, il cospicuo investimento previsto è anche considerato una sorta di risarcimento alla città per la perdita del suo ruolo di capitale, come ricordato dallo stesso Depretis e, con ben maggiore veemenza, dal deputato e giornalista napoletano Rocco De Zerbi [Maglio 2003]. Peraltro, alcuni dei parlamentari coinvolti nel dibattito sono anche attori di quello stesso panorama culturale da cui sono scaturiti studi, inchieste e articoli. Oltre a quello di De Zerbi, è il caso di Pasquale Villari, senatore del regno dal 26 novembre 1884, con cui il linguaggio tecnico e localistico adottato nelle *Lettere meridionali* entra nel dibattito politico:

infatti, riprendendo quanto scritto nel libro, Villari anche in aula traccia un'attenta disamina del fondaco, concludendo che «il fondaco, la grotta, il basso non sono case»[2].
Anche il tema del "Rettifilo" – altro termine nuovo – diviene oggetto di uno scontro politico. Nicola Amore, sindaco di Napoli ma anch'egli senatore dal novembre 1884, interviene per affermare con perentorietà che «non vi ha bonificazione possibile di quei quartieri bassi se non sfilano in mezzo ad essi delle grandi e spaziose strade che possano veramente *sventrarli*, secondo la felice espressione del presidente del consiglio»[3]. L'efficacia di questa soluzione è negata nella stessa seduta da Francesco Brioschi, nel 1863 fondatore e rettore del Politecnico di Milano, nonché senatore sin dal 1865; rivolgendosi a Depretis e rilevando uno dei veri nodi problematici dell'intera questione, egli afferma: «quale relazione Ella trova fra un problema così complesso quale è quello dell'igiene ed un bel rettilineo?». Sembrano echeggiare nelle parole di Brioschi quelle usate da Matilde Serao per supportare, da un diverso punto di vista, la stessa critica al Risanamento napoletano. In realtà, pur essendo considerata non risolutiva, l'idea del Rettifilo è vista con favore anche dalla maggioranza dei parlamentari scettici rispetto al complesso intervento di bonifica, mentre ben diverso è il caso dell'operazione "chirurgica" preliminare al tracciamento della nuova strada. La nuova accezione attribuita da Depretis alla parola "sventramento", pur entrando rapidamente nel linguaggio giornalistico e tecnico, non è condivisa da tutti e il deputato piemontese Luigi Tegas la definisce addirittura una parola «un poco barbara», considerando l'intervento incapace di ottenere il "risanamento" della città[4].
L'utilizzo di parole evocative con una potente carica semantica entra a far parte dei discorsi dei più abili oratori tra i parlamentari, equamente divisi tra favorevoli e contrari alla legge in discussione. Benedetto Cairoli, esponente pavese della Sinistra ma avversario interno di Depretis, sostiene i provvedimenti per Napoli parlando di «invasioni coleriche», «orrendo spettacolo» dei quartieri bassi, «squallida miseria», «fetida fogna», «acque impure» e «pozzi perduti» per contrapporre infine agli «antri», ai «sotterranei» e al «lugubre ambiente» il clima della città su cui splende tanto «sorriso di cielo»[5]. Senza dubbio il dibattito istituzionale riflette una presa di coscienza dell'opinione pubblica rispetto ai temi dell'ingegneria sanitaria, entrati a pieno titolo nella discussione politica anche attraverso l'adozione di specifiche terminologie tecniche. La questione napoletana diviene scontro tra le diverse fazioni politiche, ma allo stesso tempo rappresenta una prassi d'intervento potenzialmente utilizzabile in qualsiasi altra città, come risulta ben

[2] Napoli. Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele III. *Intervento di Pasquale Villari al Senato, seduta del 10 gennaio 1885*, in «Atti del Parlamento italiano» (1885), sessione 1882-84, vol. X, p. 3018.

[3] Napoli. Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele III. *Intervento di Nicola Amore al Senato, seduta del 10 gennaio 1885*, in «Atti del Parlamento italiano» (1885), sessione 1882-84, vol. X, p. 3035.

[4] Napoli. Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele III. *1a tornata di venerdì 19 dicembre 1884 (1885)*, in «Atti del Parlamento Italiano. Discussioni della Camera dei Deputati», XV legislatura, sessione 1882-1884 (20/06/1884-22/12/1884), vol. X, p. 10367.

[5] Napoli. Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele III. *1a tornata di venerdì 19 dicembre 1884 (1885)*, in «Atti del Parlamento Italiano. Discussioni della Camera dei Deputati», XV legislatura, sessione 1882-1884 (20/06/1884-22/12/1884), vol. X, p. 10382.

3: La via di Porto in una foto Chauffourier, successiva al 1877 [*Napoli nelle collezioni Alinari e nei fotografi napoletani fra Ottocento e Novecento* (1981), a cura di G. Galasso, M. Picone Petrusa, D. del Pesco, Napoli, Gaetano Macchiaroli, p. 228].

4: La via di Porto in un dipinto di Vincenzo Migliaro, s. d. [Caputo, R. (2001). *Vincenzo Migliaro (1858-1938)*, Napoli, Grimaldi, p. 29]. La strada, oggi non più esistente, rientra nel piano di ristrutturazione urbana.

chiaro dalle parole dei parlamentari. Anzi, tale dibattito, nella sua articolazione e nelle sue specifiche "tecniche", trova ben pochi casi analoghi anche nel contesto europeo, che invece segue con attenzione la vicenda. Non stupisce quindi come, anche in virtù della risonanza ottenuta all'estero dall'intera pandemia e non solo dal caso napoletano, il ministro degli esteri, il campano Pasquale Stanislao Mancini, si renda promotore di un "codice sanitario internazionale", nella consapevolezza che alla radice del problema vi sia la diffusione rapida dei contagi tra diverse nazioni [«La Patria del Friuli» 1884c] (Figg. 3-4).

Occidit qui non servat: conoscenza e conservazione dei monumenti

Tra gli effetti dei lavori di risanamento eseguiti a Napoli v'è anche una nuova consapevolezza dell'importanza di tutelare il patrimonio storico-artistico e architettonico. Accanto all'operazione di bonifica, infatti, lo "sventramento" comporta anche la perdita di edifici di notevole importanza e la decisione di realizzare una strada rettilinea non permette la possibilità di salvare eventuali "emergenze" architettoniche. Da più parti si assiste al desiderio di documentare quella parte di città destinata a scomparire: le 118 litografie di Raffaele D'Ambra, raccolte nel 1889 nel libro *Napoli antica*, corrispondono proprio a tale esigenza [D'Ambra 1889]. Inoltre, su iniziativa di Alberto Avena, membro della

direzione dei Musei di antichità a Napoli, e del direttore di San Martino, Giulio de Petra, il ministro della pubblica istruzione Michele Coppino commissiona al pittore Vincenzo Migliaro, dopo un parere espresso da Domenico Morelli, una serie di tele poi realizzate tra il 1888 e il 1893 [Pavone 1987]. Migliaro era già conosciuto per il suo lavoro verista, teso a rappresentare la vita brulicante dei vicoli cittadini, dove amava passeggiare con il poeta Salvatore Di Giacomo [Caputo 2001, 14]. Ovviamente, anche diverse campagne fotografiche vengono condotte dalle case più celebri, come Alinari, Brogi e D'Amato, proprio con l'ottica di restituire quella che sarà una "Napoli scomparsa".
La conoscenza del patrimonio artistico si fonda naturalmente su una vasta e approfondita documentazione e di fronte alla discussa "opera risanatrice del piccone" non si rende necessario solo il valore testimoniale di dipinti e fotografie, ma anche una ricerca storica accurata. Su queste premesse nasce la rivista «Napoli Nobilissima», intorno alla figura prestigiosa di Benedetto Croce e con studiosi come Giuseppe Ceci, Salvatore Di Giacomo, Vittorio Spinazzola, Michelangelo Schipa e molti altri. Nell'editoriale iniziale, sul primo numero della rivista, indirizzato «ai nostri benevoli lettori», i componenti della redazione auspicano che dagli articoli nasca un libro nel giro di tre o quattro anni, «quando pur, di molte cose che vi si leggeranno, non più nulla di vivo sarà rimasto, se non il ricordo e forse, anco, il rimpianto» [Carafa *et al.* 1892]. Anche in tal caso – e non potrebbe essere diversamente – la questione lessicale acquisisce una decisiva importanza e proprio alcuni slittamenti verso il dialetto risultano particolarmente significativi: lo "sventramento" diventa così "sgarrupazione", un termine che da un lato denota una demolizione e dall'altro, metaforicamente, l'andare in rovina, ossia il destino che tocca agli abitanti dei rioni bonificati, destinati a perdere quell'economia di sussistenza legata alla vita del vicolo [Maglio 2003].
Vera anima della rivista, Benedetto Croce non si esprime mai a sfavore dello "sventramento" e della nuova strada, ma rimpiange la perdita di un patrimonio in parte non ancora indagato. «Affrettiamoci a dare un ultimo sguardo di saluto al pezzo che ancora si divincola semivivo», scrive il filosofo tra afflato nostalgico e senso di incertezza per ciò che verrà, ma parlando di "agonia" di una strada [Croce 1894, 177]. Il ruolo di Croce assume rilevanza anche per la sua partecipazione alla Commissione municipale per la salvaguardia del patrimonio artistico, a cui nel 1890 è affiancata quella toponomastica. Di quest'ultima il filosofo napoletano è nominato segretario, mentre presidente risulta lo storico Bartolommeo Capasso, nato proprio nel quartiere di Porto. Il problema della nomenclatura è del tutto complementare a quello della memoria dei monumenti perduti poiché, come affermato nella relazione conclusiva dei lavori della commissione, si auspica che vengano mantenuti i nomi delle strade precedenti i lavori di bonifica, da considerarsi «parte integrante della storia cittadina» [Alisio 1980, 80] (Fig. 5).

Conclusioni

La complessa vicenda del Risanamento napoletano presenta elementi di sicuro interesse non solo per gli effetti sulla forma e sulla struttura della città, ma anche per quelli sulla cultura disciplinare tecnica e sulla condivisione di tali problematiche da parte di ampie

5: Palazzo Piscicelli [D'Ambra, R. (1889). *Napoli antica*, Napoli, Raffaele Cardone, tav. XXVII]. A seguito della demolizione del palazzo, nel 1889 l'arco è stato spostato nell'androne di palazzo Castriota Scanderbeg a via Santa Maria di Costantinopoli.

fasce dell'opinione pubblica: il trasferimento della questione su un piano nazionale, anche tramite il ricco e articolato dibattito parlamentare, pone al centro delle azioni politiche il tema della modernizzazione della città italiana, mentre di fronte alla radicalità delle trasformazioni urbane emerge una nuova consapevolezza circa l'importanza della conoscenza e della tutela del patrimonio architettonico e artistico. A scala nazionale, negli ultimi due decenni del secolo la nascita dei regolamenti di igiene edilizia, degli uffici d'igiene e del corpo degli ufficiali sanitari corrisponde allo sforzo dell'intera macchina statale impegnata in tale modernizzazione [Zucconi 1999, 33]. Il caso napoletano non solo non è da meno, ma grazie al vastissimo programma di Risanamento funge da laboratorio di sperimentazione, partendo da una condizione di degrado – almeno in alcune aree – di gran lunga maggiore di altri comuni, ma anche da una solida cultura ingegneristico-sanitaria e medico-igienista.
L'Esposizione d'igiene del 1900 intende restituire l'entità delle trasformazioni avvenute nell'ultimo quindicennio, un lasso di tempo in cui la città avrebbe risolto i tre suoi principali problemi igienici relativi alla fornitura idrica, al sistema fognario e allo "sfollamento" dei quartieri malsani [Zabban 1900, 65]. Non a caso, dei 100 milioni stanziati per il piano nel 1885, ben 25 sono riservati all'adeguamento della rete fognaria.

Sebbene le imprese chiamate a realizzare tali infrastrutture siano quasi esclusivamente straniere o al limite settentrionali, come avviene per tutti i servizi pubblici napoletani, e nonostante la continua necessità di rifinanziare il piano di Risanamento con robuste iniezioni di fondi pubblici, questa stagione costituisce effettivamente un punto di svolta nel processo di modernizzazione delle infrastrutture urbane, nello svecchiamento delle élites culturali e nel compimento di una tradizione accademica e scientifica avanzata [Barbagallo 2015]. Gli *Studi completivi del piano di Risanamento*, condotti in soli tre mesi nel 1887 da una squadra di 700 rilevatori, tra cui 168 ingegneri, rappresenta un esito del dibattito culturale fiorito nei decenni precedenti, ma che grazie al piano di bonifica trova una concreta possibilità di misurare su una scala così ampia l'efficacia delle soluzioni proposte.
Il filtro interpretativo linguistico risulta particolarmente utile per riconoscere le differenti posizioni ideologiche e la carica semantica di una certa terminologia. Colpisce anche la capacità di trasferimento da un ambito all'altro – tecnico, politico, letterario, giornalistico, ecc. – come anche il fatto che la parola chiave pronunciata da Depretis divenga d'uso comune in ambito tecnico e di contro il dibattito parlamentare registri l'adozione di un sistema denominativo più specificamente disciplinare. Se lo stesso termine "sventramento" evoca la saldatura tra la cultura medico-igienista, quella dell'ingegneria sanitaria e quella delle inchieste sociali, non è un caso se tale parola sia usata a proposito di Napoli, dove si attua il più rilevante programma di risanamento dell'epoca post-unitaria.

Bibliografia

ALISIO, G. (1980). *Napoli e il Risanamento. Recupero di una struttura urbana*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

BACULO, A. (1986). *Il Panopticon di Marino Turchi*, in *Utopie rilette della Napoli capitale ed ex-capitale*, a cura di A. Baculo *et al.*, Napoli, Liguori, pp. 103-142.

BACULO, A. (1995). *La casa operaia a Napoli dopo l'Unità. Marino Turchi e il Social Reform*, in *Lavoratori a Napoli dall'Unità d'Italia al secondo dopoguerra. Saggi, catalogo della mostra (Napoli sett-nov 1995)*, Napoli, Progetti museali Editore, pp. 269-273.

BARBAGALLO, F. (2015). *Napoli, Belle Époque. 1885-1915*, Roma-Bari, Editori Laterza.

CARAFA, R. *et al.* (1892). *Ai nostri benevoli lettori*, in «Napoli Nobilissima», vol. I, n. 1-2, pp. 1-2.

CAPURSO, A. (2011). *Le frasi celebri nella storia d'Italia*, Milano, Mondadori.

CAPUTO, R. (2001). *Vincenzo Migliaro (1858-1938)*, Napoli, Grimaldi.

CROCE, B. (1894). *L'agonia di una strada*, in «Napoli Nobilissima», vol. III, n. 12, pp. 177-180.

D'AMBRA, R. (1889). *Napoli antica*, Napoli, Raffaele Cardone.

DE FRAJA FRANGIPANE, E. (2011). *Ingegneria sanitaria. Due secoli di storia, di cultura, di scienza*, Milano, CIPA.

DELL'AMICO, M. R. (2010). *Nuove fonti archivistiche sull'opera del Risanamento e dell'ampliamento di Napoli*, in *Storia dell'ingegneria. Atti del III Convegno Nazionale*, a cura di S. D'Agostino, Napoli, Cuzzolin, pp. 1003-1014.

DI FIORE, G. (2020). *Pandemia 1836. La guerra dei Borbone contro il colera*, Milano, UTET.

FUCINI, R. (1878). *Napoli a occhio nudo. Lettere ad un amico*, Firenze, Le Monnier.

FUSCO, L., MOCCIA, F. D., POLITO, S. (1984). *Dietro il Risanamento: i quartieri bassi di Napoli*, Napoli, Litografie artistiche napoletane.

«L'Illustrazione Italiana» (1884), n. 38, 21 settembre.

«La Patria del Friuli» (1884a), 11 ottobre.

«La Rassegna» (1884), 11 settembre.

Il padiglione pompeiano nell'Esposizione d'Igiene progettato dall'Arch. Salvatore Cozzi (1900a), in «L'Ingegneria moderna», n. 9.

L'esposizione d'igiene in Napoli nel 1900 (1900b), in «L'Ingegneria moderna», n. 1, pp. 1-2.

MAGLIO, A. (2003). *Strumenti lessicali nella vicenda del Risanamento napoletano*, in *Cahier des mots de la ville Italie/Italy/Italia*, vol. 5, a cura di B. Marin, Marseille, Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme di Aix-en-Provence, pp. 67-75.

MANGONE, F. (2004). *L'architetto del Risanamento: Pier Paolo Quaglia*, in *Architetture e territorio nell'Italia meridionale tra XVI e XX secolo. Scritti in onore di Giancarlo Alisio*, a cura di M. R. Pessolano, A. Buccaro, Napoli, Electa Napoli, pp. 306-313.

MANZO, E. (2018). *Il "Risanamento" di Napoli. Dal progetto urbano alla scala architettonica*, in «Atti e Rassegna Tecnica della Società degli Ingegneri e degli Architetti in Torino», a. LXXII, n. 1, n. s., pp. 113-122.

MONTUONO, G. M. (2012). *Gaetano Bruno ingegnere e urbanista napoletano dell'800 (prove per una monografia)*, in *Storia dell'ingegneria. Atti del IV Convegno nazionale*, vol. I, Napoli, Cuzzolin, pp. 441-453.

MONTUONO, G. M. (2016). *«La bella sirena risorta a nuova vita». Dall'epidemia di colera del 1884 all'Esposizione d'Igiene del 1900*, in *History of Engineering. Storia dell'ingegneria. Proceedings of the 2nd International Conference. Atti del 6° Convegno nazionale*, a cura di S. D'Agostino, vol. II, Napoli, Cuzzolin, pp. 725-736.

Napoli nelle collezioni Alinari e nei fotografi napoletani fra Ottocento e Novecento (1981), a cura di G. Galasso, M. Picone Petrusa, D. del Pesco, Napoli, Gaetano Macchiaroli.

Necrologio di Eugenio Fazio (1902), in «L'ingegneria sanitaria», vol. XIII, n. 1., p. 20.

PARISI, R. (2001). *Verso una città salubre. Lo spazio produttivo a Napoli tra storia e progetto*, in «Meridiana», n. 42, pp. 53-74.

PAVONE, M. A. (1987). *Napoli scomparsa nei dipinti di fine Ottocento*, Roma, Newton Compton.

Provvedimenti igienici ed edilizj per l'avvenire (1884b), in «La Patria del Friuli», 6 ottobre.

PEPE, G. (1900). *A zonzo per la Esposizione d'Igiene in Napoli. Il progetto del Sanatorio dei tubercolosi poveri*, in «L'Ingegneria Moderna», n. 18, 138, e n. 19, 148-149.

RUSSO, G. (1960). *Il risanamento e l'ampliamento della città di Napoli*, a cura della Società pel Risanamento di Napoli, Napoli, L'Arte Tipografica.

SERAO, M. (1906, I ed. 1884). *Il ventre di Napoli*, Milano, Treves (II ed. Napoli, Perrella).

SERRAGLIO, R. (2012). *Architetture per i lavoratori tra Napoli e Caserta. Progetti e realizzazioni dal XVIII al XX secolo*, Napoli, La scuola di Pitagora.

Simpatie internazionali e radicali provvedimenti (1884c), in «La Patria del Friuli», 18 settembre.

SNOWDEN, F. M., (1995). *Naples in the time of Cholera 1884-1911*, Cambridge (Mass.), Cambridge University Press.

Sventriamo Napoli. (1884), in «Il Messaggero», 13 settembre.

TURCHI, M. (1862, I ed. 1861). *Sulla igiene pubblica della città di Napoli: osservazioni e proposte*, Napoli, Marino.

VILLARI, P. (1885, I ed. 1875). *Lettere meridionali*, Roma, Tipografia dell'Opinione.

WHITE MARIO, J. (1877). *La miseria in Napoli*, Firenze, Le Monnier.

ZABBAN, E. (1900). *Napoli e l'Esposizione d'igiene*, in «Nuova Antologia», a. LXXXVII, fasc. 681, n. 171, pp. 61-82.

ZUCCONI, G. (1999, I ed. 1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book.

ZUCCONI, G. (2001). *La città dell'Ottocento*, Roma-Bari, Editori Laterza.

Elenco delle fonti archivistiche e documentarie

Napoli. Archivio privato Francesco Bruno. BRUNO, F. (2005). *Gaetano Bruno (Napoli 1844-1909)*, dattiloscritto, Napoli.

Napoli. Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele III. *1a tornata di venerdì 19 dicembre 1884 (1885),* in «Atti del Parlamento Italiano. Discussioni della Camera dei Deputati», XV legislatura, sessione 1882-1884 (20/06/1884-22/12/1884), vol. X, pp. 10367-10385.

Napoli. Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele III. «Atti del Parlamento italiano» (1885), sessione 1882-1884, vol. X.

NAPOLI E LA NASCITA DELL'INGEGNERIA SANITARIA: DAL RISANAMENTO ALL'ESPOSIZIONE D'IGIENE DEL 1900

Roberta Gambardella

Abstract

In 1884 the city of Naples lived a terrible year due to the umpteenth cholera epidemic. During the same years, solutions to improve the unhealthy conditions of the city were studied and Sanitary Engineering came in help. This discipline has the purpose of improving environmental quality. These years were marked by a great improvement of hygiene and health conditions of the city. Thus, in 1900, Naples was chosen to host the Hygiene Exhibition.

Keywords

Naples, Risanamento, Expo, Hygiene, Sanitary Engineering.

Introduzione

In Italia, nel corso dell'Ottocento, il verificarsi di numerose manifestazioni di malattie infettive fece sì che gli studiosi focalizzassero la propria attenzione sul problema dell'igiene nelle città, considerate luoghi malsani e focolai di tremende epidemie. Inizialmente l'argomento sembrò essere un tema di appannaggio esclusivo di medici, farmacisti e chimici, mentre verso la fine del secolo iniziò ad interessare anche gli architetti e gli ingegneri; è bene ricordare che le due figure avevano ruoli abbastanza differenti: al primo erano attribuite mansioni di tipo compositivo, mentre al secondo si affidavano principalmente la risoluzione di questioni organizzative e la progettazione delle infrastrutture [Palermo 2004, 90].

Fu con l'ulteriore epidemia di colera del 1884, che colpì duramente Napoli, che si comprese la necessità di agire concretamente per risolvere i problemi delle città insalubri. Gli ingegneri acquisirono un ruolo sempre più centrale in questo ambito, non contribuendo solo al miglioramento degli impianti di distribuzione delle acque e smaltimento di quelle reflue, ma anche alla progettazione urbanistica: ne è testimonianza il fatto che il lessico in tema di pianificazione della struttura urbana andasse sempre di più rispecchiando la sua origine ingegneristica, usando parole come "rettifilo", "anello", "ramificazione", "deviazione", "rete secondaria" e "rete principale", tipica della progettazione delle infrastrutture [Zucconi 1999, 28]. Fu proprio in questi anni che nacque una nuova

© Aisu International 2020

disciplina, quella dell'ingegneria sanitaria: «l'insieme delle norme suggerite dalla scienza, dalla pratica dell'arte per procurare la salute della popolazione colla esecuzione delle opere e degli edifici appropriati a questo scopo» [Zucconi 1999, 35].
Il ruolo dell'ingegnere sanitario (detto anche "ingegnere igienista")[1] fu frainteso soprattutto nei primi tempi, tanto che in una rivista specialistica si spiegò come questa nuova figura non sostituisse quella del medico, bensì la affiancasse nella lotta alle epidemie:

> Questo fine è principalmente il risanamento dei luoghi abitati, inteso nel suo più largo significato. E questo essenzialmente appartiene alla competenza dell'ingegnere sanitario. Lo studio delle cause che turbano tale risanamento nei loro rapporti con la vita organica dell'uomo, è di competenza del medico igienista [Spataro 1890, 2].

Quindi, l'ingegnere sanitario doveva avere sia competenze mediche che tecniche, approfondendo la conoscenza della realtà urbana come se fosse un corpo umano. La comprensione delle problematiche alla base della diffusione frequente e devastante delle malattie era necessaria per una corretta analisi e per attuare un adeguato piano, con l'obiettivo di neutralizzare i fattori di rischio [Palermo 2004, 95-96]. Si trattava di analizzare ciò che non era visibile dall'occhio umano: «prelievi di campioni di acqua potabile, ispezioni di pozzi neri, sopralluoghi nelle abitazioni più sordide sono i tasselli di una conoscenza degli aspetti materiali che riorganizza i dati secondo quadri e tabelle statistiche» [Zucconi 1999, 35].
All'evolversi del ruolo dell'ingegneria in ambito sanitario si accompagnò un periodo di produzione normativa, perché ormai in Italia era necessaria l'emanazione di regolamenti di igiene edilizia nonché l'istituzione di uffici comunali di igiene, con l'obiettivo di osservare e controllare le condizioni igieniche della città [Palermo 2004, 95-96].
Un ulteriore passo in avanti verso la diffusione della cultura igienista fu fatto con la legge n. 5849 del 1888, *Tutela della igiene e dalla sanità pubblica*, con cui si istituì una scuola di perfezionamento d'igiene pubblica. La scuola nacque poi nel 1889 a Roma presso i laboratori della Direzione generale di sanità e aveva il compito di formare i laureati in ingegneria e in medicina rispettivamente per i ruoli di ingegnere sanitario e ufficiale sanitario [Zucconi 1999, 40]. «Attraverso l'istituzione della scuola di perfezionamento, il governo intendeva formare i funzionari del nuovo "stato sanitario"; e intendeva procedere senza alcuna intermediazione di tipo accademico, avocando a sé, e in particolare al Ministero degli interni, il compito di istruire i nuovi tecnici» [Zucconi 1999, 40]. Con la stessa legge furono istituiti anche gli Uffici di igiene, si dettarono i regolamenti edilizi e nacquero nuove mansioni come quella del funzionario sanitario [Giovannini 1996, 20].

[1] La figura dell'ingegnere igienista o sanitario non era un'esclusiva italiana; infatti, anche nelle maggiori città europee vi sono problematiche simili a quelle nostrane, e questa nuova figura emergente viene denominata in francese come *architecte-salubriste*, mentre in Germania come *Gesundheit-Ingenieur*. Da sottolineare anche come nella lingua francese il tecnico non era un ingegnere, bensì un architetto [Marchis 2007].

Non mancarono le polemiche sia da parte del settore medico che di quello degli ingegneri: in particolare, nel 1891 il congresso di ingegneri e architetti italiani si chiuse con l'auspicio che venissero create delle cattedre di ingegneria sanitaria, non allontanando questa figura dal mondo accademico [Zucconi 1999, 42]. I corsi presso la scuola di perfezionamento romana furono tenuti dal professore Luigi Pagliani – autore del *Trattato di Igiene e di Sanità Pubblica*, tra i più completi dell'epoca [Pagliani 1912-1920] – fino al 1896, anno in cui fu soppresso l'istituto [Fatta, Campisi, Vinci 2010, 934-935]. Solo pochi anni dopo, con l'emanazione del Regio Decreto del 23 maggio 1898 n. 219, fu finalmente istituito un «corso dimostrativo dei principii di igiene» per gli «allievi Ingegneri delle Scuole di Applicazione», aperto anche agli ingegneri laureati[2] [«Gazzetta Ufficiale» 1898, 2302].
A partire dall'ultimo decennio dell'Ottocento iniziarono ad essere fondate le prime riviste specialistiche – «L'Ingegneria Sanitaria» nel 1890, il cui supplemento «L'Ingegnere Igienista» è stato distribuito tra il 1900 e il 1904, e «L'Ingegneria Moderna» nel 1900 – a testimonianza dell'enorme interesse dell'ingegneria per le questioni dell'igiene urbana [Zucconi 1999, 79-80].

Napoli tra Risanamento e ingegneria sanitaria

La città di Napoli, per diversi motivi, ha fornito un importante campo di applicazione per gli studi di carattere igienico-sanitario, permettendo di sperimentare soluzioni per migliorare la salubrità dell'ambiente urbano. Le prime analisi effettuate in questo ambito risalgono alla seconda metà dell'Ottocento, in particolare grazie al medico Marino Turchi che si interessò al caso napoletano, studiando tutti gli aspetti che secondo il suo parere avrebbero contribuito a rendere gli ambienti malsani e proponendo, in seguito, diverse ipotesi per la risoluzione di tali problematiche[3]. Successivamente, a cavallo tra l'Ottocento e il Novecento, si verificò una metabolizzazione della cultura igienista che coinvolse non più solo i medici, ma anche gli ingegneri: appartengono a questo periodo numerosi studi e proposte per la realizzazione di nuovi impianti di adduzione idrica e smaltimento delle acque o la sostituzione di quelli più vecchi al fine di garantire maggiore igiene in tutti gli ambienti, compresi quelli situati negli affollati quartieri dove si diffuse maggiormente il colera nel 1884. Infatti, era ormai chiaro che sia l'acquedotto sia il sistema fognario non fossero più adeguati e che fossero una delle cause principali della diffusione della malattia: già nel 1870 il Comune di Napoli aveva inviato il giovane ingegnere Gaetano Bruno in viaggio nelle maggiori città europee, al fine di studiare le tecniche utilizzate soprattutto per la realizzazione delle condutture cloacali [Montuono 2012]. In questo ambito, Napoli e Torino furono tra le prime città italiane a studiare e approfondire in maniera concreta un nuovo sistema fognario adeguato alla necessità [Marchis 2007, 77-78].

---

[2] Il corso si tenne in sette Scuole di applicazione: Bologna, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Roma e Torino [Fatta, Campisi, Vinci 2010, 935].

[3] Per una lettura approfondita dei problemi riscontrati e delle proposte effettuate [Turchi 1862].

Solo con la grave epidemia del 1884[4] emerse la consapevolezza che bisognava agire concretamente e al più presto: molti studi erano già stati portati avanti e i tempi erano ormai maturi per poter realizzare i progetti per il miglioramento delle condizioni igieniche dalla città. Alla fine dello stesso anno il presidente del Consiglio Agostino Depretis presentò un disegno di legge per attuare un piano di risanamento per Napoli, il quale fu discusso accesamente in sede parlamentare: vi erano opinioni discordanti tra i deputati, divisi tra chi aveva il timore di speculazioni e chi invece voleva porre presto rimedio a questa ennesima tragedia sanitaria [Maglio 2003]; alla fine il disegno di legge venne approvato dalla maggioranza e si poté proseguire con la promulgazione della legge per Napoli n. 2892, emanata il 15 gennaio 1885. Con questa normativa fu finalmente analizzata nel dettaglio la cosiddetta "questione Napoli" e furono previsti dei fondi per garantire una maggiore salubrità tramite il diradamento edilizio, lo sventramento urbanistico, la sistemazione della rete fognaria e la realizzazione dell'illuminazione cittadina[5]. Nello stesso anno fu inoltre inaugurato l'acquedotto del Serino, un evento molto sentito e celebrato con l'installazione di una fontana a piazza del Plebiscito.
Il piano per il Risanamento di Napoli fu predisposto dall'ingegnere capo del Comune, Adolfo Giambarba, e prevedeva un intervento urbanistico che avrebbe cambiato i connotati della città, in particolar modo dei quartieri colpiti duramente dal colera. Massicce opere di demolizione, sventramento e diradamento edilizio avrebbero portato a strade più ariose e alla creazione di nuove piazze [Russo 1960; Alisio 1980].

> Mentre dunque le strade e le piazze rappresentavano dapprima il 22,31 per cento della superficie, dopo i lavori avrebbero rappresentato il 61,69 per cento; differenza corrispondente a un notevole sfollamento di popolazione. Ed esaminata da altri aspetti, l'opera comprendeva 271 strade vecchie, di cui 144 da abolire del tutto e 127 da allargare; determinava l'abbattimento di 56 fondaci e 527 isolati di case, di cui 391 interamente e 136 in parte; distruggeva 17.000 abitazioni e 62 chiese; espropriava 7.100 proprietari di cui 5400 interamente e 1700 in parte; e per ultimo spostava 87.477 persone, di cui 69.198 definitivamente e 18.249 temporaneamente, Il piano non poté essere eseguito per intero, perché sopravvennero difficoltà finanziarie [Zabban 1900, 75-76].

Lo slancio igienista a Napoli non portò soltanto alla creazione di arterie stradali più ariose e al diradamento del tessuto edilizio, ma anche al risanamento delle abitazioni già esistenti, nel tentativo di garantire dei livelli minimi di luce e aria per ogni casa. Infatti, tramite la legge n. 5849 del 22 dicembre 1888 e le istruzioni ministeriali del 20 giugno 1896 fu possibile stabilire dei criteri che permettessero di raggiungere l'obiettivo: in particolare si normò l'altezza minima delle case, il massimo numero di piani per ogni

[4] L'epidemia di colera del 1884 è stata sicuramente quella più devastante del XIX secolo, ma la città fu colpita numerose volte nei decenni precedenti. Gli studi per il miglioramento dell'igiene urbana non si sono sviluppati in seguito alla diffusione della malattia, bensì sono il frutto di analisi già svolte antecedentemente. Per capire l'impatto di un'altra grave epidemia di colera a Napoli [Forti Messina 1976].

[5] Sui progetti edilizi e sulle incoerenze legislative [Manzo 2018].

palazzo, l'ampiezza dei cortili e furono attuati altri interventi che avrebbero contribuito ad un miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie delle singole abitazioni.
Non bisogna però ricordare il Risanamento di Napoli solo per le vicende di sventramento urbanistico e per il forte dibattito che ne è scaturito. Nonostante lo scopo primario fosse quello di migliorare la salubrità urbana, vi era anche un'attenzione al patrimonio culturale, testimoniato dal tentativo di salvaguardare il più possibile gli edifici storici e di culto che si trovavano nelle zone interessate. Infatti, già in sede parlamentale erano posti dubbi sull'andamento stradale, studiando possibili soluzioni per modificarlo in modo tale da non demolire importanti edifici che si trovavano proprio sull'asse del futuro "Rettifilo" [Maglio 2003]. Tuttavia, si ritenne non conveniente modificare il tracciato poiché erano pochi gli edifici di valore e preservarli avrebbe comportato la progettazione di strade troppo articolate e curvilinee. Proprio in questo periodo, precisamente nel 1892, nacque la rivista «Napoli Nobilissima» – fondata da Benedetto Croce – il cui intento principale era quello di promuovere il patrimonio culturale della città, restituendo alla memoria collettiva la Napoli prima del Risanamento: molti articoli descrivono accuratamente gli edifici che sarebbero stati demoliti a breve, e non mancano riferimenti alla toponomastica originaria che sarebbe inevitabilmente cambiata. Ci sono anche commenti positivi nei confronti dei lavori: d'altronde, sono diversi i casi in cui – nell'ottica dei commentatori – le demolizioni delle baracche potevano restituire dignità ai monumenti nascosti; ne è un esempio Porta Capuana [Don Fastidio 1892, 47].
Un risvolto positivo del Risanamento è stato quello di permettere alla disciplina dell'ingegneria sanitaria di crescere e svilupparsi, di apprendere quanto la nuova figura dell'ingegnere igienista fosse importante per il miglioramento della qualità di vita dei cittadini e della salubrità della città. Tuttavia, solo con il Regio Decreto del 1898 fu introdotta all'interno delle università una cattedra di igiene per gli ingegneri, che a Napoli fu tenuta dal professore Eugenio Fazio[6].
Nella prima metà del Novecento la disciplina dell'ingegneria sanitaria si sviluppò concretamente in ambito universitario attraverso l'operato di Girolamo Ippolito, professore di costruzioni idrauliche presso l'Università di Napoli, nonché dei suoi allievi Luigi Mendia ed Eugenio de Fraja Frangipane, i quali, rispettivamente presso le sedi accademiche di Napoli e Milano, diedero vita alle prime attività di ricerca scientifica e alle iniziative di formazione universitaria in questo settore[7].

> Uno dei primi Istituti Italiani che ha sentito questa esigenza è stato quello di Idraulica e Costruzioni Idrauliche dell'Università di Napoli. Benché, infatti, non esistesse ancora un insegnamento ed un laboratorio di ricerche specifico, l'attività scientifica dell'Istituto stesso, per gran parte, sino dal 1930, era indirizzata in questo senso [Mendia 1956, 1].

[6] Il dott. Fazio da anni sosteneva l'importanza di istituire un corso di igiene per gli ingegneri. Quando finalmente fu creato il primo corso presso la scuola di applicazione napoletana fece una prolusione, che fu molto seguita ed applaudita [«L'Ingegneria Sanitaria 1899, 63-64].

[7] Sulla storia dell'ingegneria sanitaria in Italia [De Fraja Frangipane 2011].

L'ingegneria sanitaria divenne una scienza abbastanza diffusa, sebbene la prima cattedra nell'ex capitale borbonica sia stata istituita solo negli anni Cinquanta. Infatti, con il decreto del presidente della Repubblica n. 892 del 28 giugno 1956, l'Università degli studi di Napoli modificò il suo statuto, introducendo con l'art. 135 la cattedra di ingegneria sanitaria e con l'art. 213 un corso di specializzazione in ingegneria sanitaria della durata di un anno.

L'Esposizione d'igiene del 1900

A Napoli la questione dell'igiene fu particolarmente sentita, tanto che in meno di un ventennio la città fece notevoli progressi; il movimento igienista ebbe il suo apice proprio nel 1900, quando fu inaugurata l'Esposizione nazionale dedicata all'igiene e alla salute – la prima in Italia. In realtà, nei decenni precedenti furono già presentate alcune esposizioni sull'igiene, ancora in forma embrionale, organizzate in occasione dei congressi della Federazione delle Società italiane d'igiene. Quella che si tenne a Padova nel 1889, che accompagnava il terzo congresso delle società, si può considerare come la prima dimostrazione di quanto avrebbe potuto presentare l'Italia in un'esposizione sul tema: gli espositori furono circa 150, quasi tutti provenienti dalle province nelle vicinanze, mentre le province più lontane furono scarsamente rappresentate [«L'Ingegneria Sanitaria» 1900].
Tanti erano i dubbi sulla candidatura della città per questo evento, poiché da tempo la città era considerata «una sirena dal volto irresistibilmente incantevole, ma dal corpo […] chiazzato di pustole e piaghe» [Zabban 1900, 63]; insomma, era Napoli una città degna di ospitare un'Esposizione d'igiene ed essere una città esemplare in tal senso? La scelta fu alla fine premiata, sia perché anche altre città usufruirono in seguito dei finanziamenti analoghi a quelli previsti dalla legge per Napoli, seguendo quindi uno tra i primi modelli italiani in tema di risanamento, ma anche e soprattutto per la capacità di riscattare quella cattiva fama da cui la città non riusciva a sfuggire agli occhi dell'opinione pubblica [Giovannini 1996, 15].
Promotore di questa esposizione fu il Comitato napoletano della Lega nazionale contro la tubercolosi, che insieme all'Associazione pro Napoli propose questo evento sia per raccogliere denaro da destinare alla costruzione di un sanatorio, ma anche come occasione per educare la popolazione napoletana alla cultura igienista [Zabban 1900, 61-62]. Inoltre, la Lega nazionale contro la tubercolosi fece molte pressioni per realizzare questo evento proprio nel 1900, poiché sarebbe stato l'anno santo, quello del Giubileo cattolico, che avrebbe condotto a Roma moltissimi pellegrini italiani e stranieri; l'Esposizione sarebbe stata un incentivo in più per visitare la città partenopea, data anche la vicinanza di Napoli alla sede pontificia [Zabban 1900, 61-62].
L'Esposizione d'igiene a Napoli del 1900 fu seguita attentamente da una neonata rivista tecnica, fondata proprio nello stesso anno: «L'Ingegneria Moderna». Già nel primo numero la rivista mise in risalto l'evento che si sarebbe svolto dal mese di aprile fino a quello di ottobre. Il luogo scelto per l'Esposizione fu «la parte di Villa Nazionale compresa tra via Caracciolo e la Riviera di Chiaia, dal caffè di Napoli alla piazza Principessa di Napoli» [«L'Ingegneria Moderna» 1900d, 1] – l'attuale villa comunale – con l'obbligo

di non modificare ed alterare la disposizione dei viali e degli alberi e non danneggiare le statue e le fontane [«L'Ingegneria Moderna» 1900d, 1]. Furono realizzati numerosi padiglioni, per la maggior parte costituiti da una struttura in legno, che fungeva anche da elemento decorativo. Poche furono le eccezioni, tra cui l'auditorium, posto tra le due grandi fontane prospicienti il lungomare in corrispondenza dell'ingresso principale, che fu intonacato totalmente per non farlo sembrare un padiglione espositivo dal carattere provvisorio [«L'Ingegneria Moderna» 1900d, 2][8].

A corredo delle accurate descrizioni dei progetti dei padiglioni vi erano molti disegni: nel primo numero fu già inserita la planimetria di progetto in scala 1:2000 con l'inquadramento dell'area dove avrebbe avuto luogo la manifestazione – corredata da una legenda in cui sono segnalati i singoli padiglioni – mentre nei numeri successivi furono rappresentati in maniera dettagliata i padiglioni più interessanti attraverso immagini di prospetti, piante e schizzi[9]. Questi particolari costruttivi erano importanti non solo per il tema trattato e per il significato intrinseco che portava la manifestazione con sé, ma anche per catturare l'attenzione dei più esperti: «da questo semplice accenno alla classificazione deliberata, i lettori comprenderanno quanto interesse deve prendere alla Esposizione la classe degli ingegneri, architetti ed industriali» [«L'Ingegneria Moderna» 1900d, 2].

Tra i padiglioni più significativi vi erano il padiglione pompeiano[10], dove si sarebbero esposte le più recenti scoperte provenienti dagli scavi di Pompei e tutti gli oggetti che riguardavano il tema dell'igiene presso gli antichi, il padiglione del Municipio di Napoli[11], in cui esporre i lavori edilizi ed igienici eseguiti negli ultimi anni in città, e il padiglione di ingegneria sanitaria. La rivista «L'Ingegneria Moderna» fu poi premiata con la medaglia d'oro dal giurì dell'Esposizione nazionale d'igiene [«L'Ingegneria Moderna» 1900c] e l'anno successivo pubblicò la relazione della giuria dell'Esposizione riguardo agli espositori, ripartita in diversi numeri.

---

[8] La rivista riporta una dettagliata descrizione del progetto dell'auditorium; è interessante anche notare come l'edificio fosse illuminato la sera: «raggiante luce elettrica dagli archi, dalle fontane luminose» [«L'Ingegneria Moderna» 1900, 2], i cui usi non sono solo funzionali, ma anche decorativi.

[9] In particolare, a partire dal numero 14 della rivista «L'Ingegneria Moderna», a. I, sono inseriti diversi articoli dal titolo *A zonzo nella Esposizione d'Igiene in Napoli*, in cui ci sono descrizioni sui padiglioni e sullo svolgimento dell'Esposizione nel suo complesso [Pepe 1900].

[10] «L'interno è scompartito in tre ambienti, illuminati da finestre nei muri, da due porte, e dalla luce abbondante che piove dall'alto del *compluvium*. Il maggiore di questi ambienti, a sinistra della piscina, […] contiene modelli in sughero ed in gesso di edifizi pompeiani meritevoli di considerazione dal punto di vista igienico, quali sono le pubbliche terme, le officine per conceria per fornai e per *caionzari*, dei quali ultimi l'esistenza è stata recentemente scoperta in Pompei. Vi figureranno inoltre modelli che varranno a mostrare il sistema delle cisterne, dei primitivi pozzi d'acqua viva, dei castelli acquarii (dividicula) e della conduttura forzata d'acqua, e finalmente sarà messo in chiaro il sistema dei cessi, dei pozzi neri e delle pubbliche fogne. Dei due minori ambienti, a destra della piscina, uno contiene gli utensili di toeletta, gl'istrumenti di chirurgia, e quant'altro può concernere la vita antica dal punto di vista dell'igiene; l'altro conterrà il bagno donato dall'on. de Prisco all'Amministrazione degli Scavi di Pompei con tutto l'apparecchio di riscaldamento» [«L'Ingegneria Moderna 1900b].

[11] Il padiglione del Municipio sarebbe rimasto anche dopo la fine dell'Esposizione e si trovava nell'area dove attualmente si trova il Circolo del tennis [«L'Ingegneria Moderna» 1900a].

Gli espositori all'evento furono numerosi e si ebbe così la possibilità di dare maggiore risalto alle piccole imprese e ditte locali che in altre esposizioni non avevano potuto partecipare. La rivoluzione igienista coinvolse qualsiasi campo: dalla presentazione di progetti edilizi al cibo, dai materiali utilizzati per le costruzioni all'arredamento e al vestiario. Tra i materiali più elogiati vi era il cemento per le pavimentazioni ospedaliere che avrebbe garantito una maggiore pulizia, ma anche il marmo e i laterizi con caratteristiche qualitative migliori della media; furono particolarmente lodati anche alcuni oggetti innovativi come le fontanine a zampillo, che avrebbero permesso di abbeverarsi senza toccare il tubicino con la bocca [Rispoli 1901, 59].
Essendo il fine ultimo dell'Esposizione quello di raccogliere fondi per costruire un sanatorio, furono presentati numerosi progetti per questa tipologia di edificio. Sorprendentemente, molti dei disegni presentati non rispettavano i requisiti minimi di luce e aria. Infatti, si legge:

> Mentre il limite dell'altezza dei fabbricati dovrebbe essere di metri 10, corrispondenti a due piani oltre il sottosuolo, abbondano i progetti a tre, quattro e persino cinque piani con ascensori e senza. […] I salotti di trattenimento si trovano spesso inframmezzati dalle camere da letto, da che deriva il viziamento reciproco dell'aria e la certezza di correnti nocive; mentre che nei sanatorii i padiglioni non dovrebbero contenere altro che le sole camere da letto coi locali accessorrii. Né mancano quelli, i quali alle camere da letto hanno inframmezzato perfino i refettori […]. Le camere da letto ed i salotti di trattenimento non hanno sempre una esposizione regolare, ed in taluni progetti è impedito l'accesso ai raggi solari dai fabbricati adiacenti, che proiettano la loro ombra sulle finestre delle camere sudette. […]. Le finestre per numero ed ampiezza non presentano in tutti i progetti i requisiti richieste dall'igiene tanto per la diffusione della luce, quanto per il continuo e completo ricambio dell'aria […] [Pepe 1900, 148-149].

L'evento fu poi anche registrato da altre riviste, come «L'Ingegneria Sanitaria», premiata anch'essa con la medaglia d'oro all'Esposizione d'igiene [«L'Ingegneria Sanitaria» 1901]:

> È una mostra riuscita quella dell'Esposizione d'Igiene di Napoli? Essa, è una bella iniziativa, e data la ristrettezza dello spazio e la brevità del tempo impiegatovi, è da lodarsi specie per l'ordine e la pulizia che vi regnano, cose che a Napoli sembrano un paradosso od un fatto nuovo [D'Amelio 1900, 106].

Conclusioni

Sebbene il Risanamento napoletano sia un evento ampiamente studiato, è possibile ancora guardarlo sotto punti di vista differenti, indagando ambiti finora poco studiati. La città di Napoli, certamente segnata dalla perdita del ruolo di capitale, riuscì a ritrovare energie e idee per rinnovarsi attraverso il contributo fornito da ambiti molto diversi come la medicina, l'ingegneria, il giornalismo e altro ancora.

Malgrado le forti difficoltà che Napoli aveva vissuto nell'arco di tutto il XIX secolo, la diffusione della cultura igienista permise il progredire degli studi e il conseguimento di importanti risultati in ambito scientifico: si parla spesso di "parabola igienista" poiché questo movimento, nato appunto intorno agli anni '70 e '80 dell'Ottocento, ha avuto un forte sviluppo verso la fine del secolo, raggiungendo il culmine proprio negli anni dell'Esposizione d'igiene a Napoli, per poi vivere una fase discendente causata soprattutto dal forte sviluppo dell'industria e dall'emergere di nuove esigenze.
Nella prima fase, i contributi dei medici hanno permesso di capire le cause scatenanti delle malattie come il colera e la tubercolosi; una volta scoperte, si poteva finalmente pensare ad opere di prevenzione e non più di contenimento dell'epidemia. È in questo periodo che la figura dell'ingegnere diventa realmente protagonista: si occupava della progettazione di acquedotti e fognature di qualità, ma anche della realizzazione di edifici che riducessero al minimo il rischio di contrarre la malattia all'interno della propria abitazione. In questa fase è sembrata prevalere una cieca fiducia nell'igienismo, tale da pensare che questa scienza potesse finalmente risolvere i problemi atavici delle città, considerati luoghi malsani per eccellenza. La nascita della nuova branca dell'ingegneria deriva proprio dal positivismo che si diffondeva in quegli anni.
Nonostante nel Novecento l'igienismo non fosse più un argomento centrale, furono proprio quelli gli anni in cui la disciplina si strutturò in ambito universitario, con l'istituzione nel 1956 – come detto – della prima cattedra di ingegneria sanitaria. Un'ulteriore testimonianza della necessità di affiancare all'ambito progettuale tale materia, in cui appare rilevante l'analisi di tutto ciò che è invisibile all'occhio ma che condiziona la vita dell'uomo, si avrà infine solo nel 1989 con la nascita di un corso di laurea *ad hoc* presso l'Università di Napoli.

Bibliografia

ALISIO, G. (1980). *Napoli e il Risanamento. Recupero di una struttura urbana*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

D'AMELIO, A. (1900). *L'Esposizione d'Igiene di Napoli, la sezione Ingegneria Sanitaria*, in «L'Ingegneria Sanitaria», a. XI, n. 6, giugno, pp. 105-106.

DE FRAJA FRANGIPANE, E. (2011). *Ingegneria Sanitaria: due secoli di storia, di cultura, di scienza*, Milano, CIPA.

DON FASTIDIO (1892). *Notizie ed osservazioni, Porta Capuana*, in «Napoli Nobilissima», vol. I, pp. 47-48.

FATTA, G., CAMPISI, T., VINCI, C. (2010). *L'architettura sanitaria. Sperimentazioni ed applicazioni tra Ottocento e Novecento*, in *Storia dell'Ingegneria, atti del 3° convegno nazionale, Napoli 19-20-21 aprile 2010*, t. 1, a cura di S. D'Agostino, Napoli, Cuzzolin, pp. 934-945.

FORTI MESSINA, A. L. (1976). *Il colera a Napoli nel 1836-1837. Gli aspetti demografici*, in «Mélanges de l'école française de Rome. Moyen-Age, Temps modernes», t. 88, n. 1, pp. 319-366.

GIOVANNINI, C. (1996). *Risanare le città. L'utopia igienista di fine Ottocento*, Milano, FrancoAngeli.

Il padiglione del Municipio di Napoli nella Esposizione d'igiene del 1900 (1900a), in «L'Ingegneria Moderna», a. I, n. 5, 15 marzo, p. 33.

Il padiglione Pompeiano nell'Esposizione d'igiene (1900b), in «L'Ingegneria Moderna», a. I, n. 9, 15 maggio, p. 65.

La medaglia d'oro concessa dal giurì al nostro giornale (1900c), in «L'Ingegneria Moderna», a. I, n. 19, 15 ottobre, p. 146.

L'esposizione di igiene di Padova (1900), in «L'Ingegneria Sanitaria», a. I, n. 1, p. 11.

L'esposizione d'igiene in Napoli nel 1900 (1900d), in «L'Ingegneria Moderna», a. I, n. 1, 15 gennaio, pp. 1-2.

«L'Ingegneria Sanitaria» (1901), a. XII, n. 6, giugno, p. 101.

MAGLIO, A. (2003). *Strumenti lessicali nella vicenda del Risanamento napoletano*, in *Cahier des mots de la ville. Italie/Italy/Italia*, vol. 5, a cura di B. Marin, Marseille, Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme di Aix-en-Provence, pp. 67-75.

MANZO, E. (2018). *Il "Risanamento" di Napoli. Dal progetto urbano alla scala architettonica*, in «Atti e Rassegna Tecnica della Società degli Ingegneri e degli Architetti in Torino», a. LXXII, n. 1, n. s., pp. 113-122.

MARCHIS, V. (2007, I ed. 2006). *Dall'ingegneria come pratica all'ingegneria come scienza*, in *La Storia dell'ingegneria e degli Studi di Ingegneria a Palermo e in Italia*, a cura di V. Cardone, F. P. La Mantia, Fisciano-Salerno, CUES, pp. 79-80.

MENDIA, L. (1956). *Il laboratorio di Ingegneria Sanitaria dell'Università di Napoli*, in «Ingegneria Sanitaria», n. 2, pp. 1-6.

MONTUONO, G. M. (2012). *Gaetano Bruno ingegnere e urbanista napoletano dell'800 (prove per una monografia)*, in *Storia dell'ingegneria. Atti del IV Convegno nazionale*, vol. I, Napoli, Cuzzolin, pp. 441-453.

PAGLIANI, L. (1912-1920). *Trattato di igiene e di sanità pubblica: colle applicazioni alla ingegneria e alla vigilanza sanitaria*, Milano, Vallardi.

PALERMO, P. C. (2004). *Trasformazioni e governo del territorio, introduzione critica*, Milano, FrancoAngeli.

PEPE G. (1900). *A zonzo nell'Esposizione d'igiene di Napoli*, in «L'Ingegneria Moderna», a. I, n. 14, 30 luglio, pp. 105-106.

Principii di igiene applicati all'ingegneria, prolusione del prof. Fazio alla Scuola di applicazione di Napoli (1899), in «L'Ingegneria Sanitaria», a. X, n. 4, pp. 61-64.

Regio Decreto n. 219 concernente disposizioni varie per l'insegnamento dell'igiene (1898), in «Gazzetta Ufficiale», n. 147, 25 giugno, pp. 2301-2302.

RISPOLI, F. P. (1901), *La relazione della giuria dell'Esposizione d'igiene*, in «L'Ingegneria Moderna», a. II, n. 8, 30 aprile, pp. 58-60.

RUSSO, G. (1960). *Il risanamento e l'ampliamento della città di Napoli*, a cura della Società pel Risanamento di Napoli, Napoli, L'Arte Tipografica.

SPATARO, D. (1890), *Sulla istituzione degli ingegneri sanitari in Italia*, in «L'Ingegneria Sanitaria», a. I, n. 1, pp. 1-3.

TURCHI, M. (1862, I ed. 1861). *Sulla igiene pubblica della città di Napoli: osservazioni e proposte*, Napoli, Marino.

ZABBAN, E. (1900). *Napoli e l'esposizione d'igiene*, in «Nuova Antologia», a. IV, vol. LXXXVII, 1900, pp. 61-84.

ZUCCONI, G. (1999, I ed. 1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book.

RIPENSARE LA CITTÀ E I LUOGHI DEDICATI ALLA CURA: UNA STORIA DI PALERMO TRA OTTOCENTO E NOVECENTO

Paola Barbera

Abstract

The paper focuses on the case study of Palermo between the 19th and 20th century through a discussion on urban planning and construction of new hospitals, and aims to compare two scales of interpretation – the one related to the urban dimension and the one related to architecture – to reconstruct the ways in which the debate between doctors, hygienists, urban planners, architects, administrators, and citizens has transformed the city and the places where we are still cured today.

Keywords

Hospitals, Urban planning, Palermo, 19th-20th century.

Introduzione

La questione del risanamento della città di Palermo, affrontata sin dall'immediato periodo post-unitario, ma poi in realtà assai più lentamente trasposta dalle carte al corpo della città, si intreccia con il tema della costruzione di una moderna ed efficiente rete di strutture sanitarie per il soddisfacimento delle medesime esigenze di cura e attenzione alla salute. Così come il piano di risanamento propone un'alternativa radicale alla città storica, intervenendo sia sul piano quantitativo con gli ampliamenti che su quello qualitativo tramite la trasformazione del centro e dell'idea stessa di città, allo stesso modo i progetti per i luoghi della cura forniscono una risposta diversa a quella che fino a quel momento era stata data pressoché esclusivamente attraverso l'utilizzo di strutture conventuali nel perimetro della città murata.

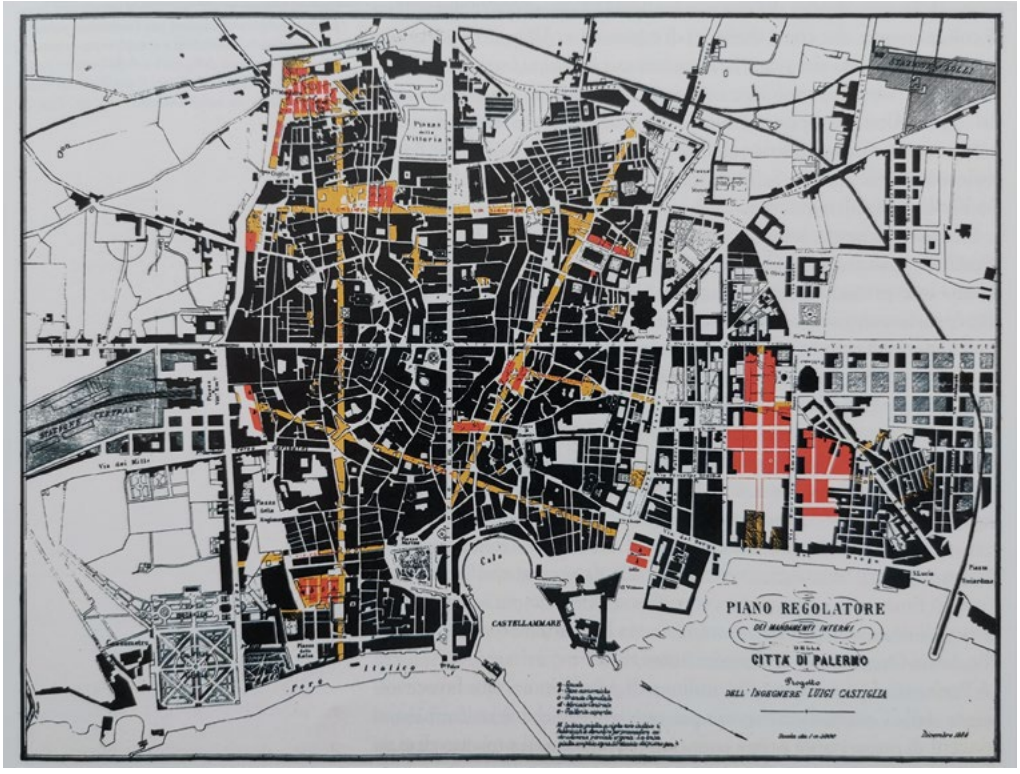
In questo contributo si analizzerà il caso studio della città di Palermo tra Ottocento e Novecento, utilizzando contemporaneamente due scale di lettura, quella del piano urbano e quella del progetto di architettura. Indagare insieme i due aspetti – i piani e i progetti – per scoprire se si tratta di storie parallele, intrecciate o se, al contrario, sono più rilevanti le incongruenze e le distanze ci consente nel caso palermitano di comprendere alcuni caratteri che condizioneranno in maniera decisiva lo sviluppo della città contemporanea. La costruzione delle strutture ospedaliere e delle reti sanitarie contribuirà infatti a determinare l'espansione della città, che non seguirà solo la logica, legata ai valori immobiliari,

© Aisu International 2020

del rapporto centro-periferia, ma che si fonderà su assi di sviluppo capaci di individuare settori urbani distinti per caratteri sociali e, dunque, anche funzionali e simbolici.
L'intervento sarà diviso in due parti, secondo una sequenza cronologica: nella prima – a partire dall'unità di Italia – si analizzeranno le vicende dei piani di risanamento, che ininterrottamente sono oggetto di dibattito in consiglio comunale e sui giornali fino alla fine del secolo, con l'approvazione del piano 1894; nella seconda, invece, ci si concentrerà sui complessi sanitari realizzati, al fine di comprendere la loro relazione con i piani e con la città costruita.

Piani per risanare la città

Com'è noto, l'imponente trasformazione post-unitaria di molte città italiane avviene sulla base di una legge speciale emanata per Napoli a seguito dell'epidemia di colera del 1884, e poi estesa a tutti i comuni del regno. Gli strumenti di pianificazione urbana della seconda metà dell'Ottocento vengono messi a punto anche per rispondere a un'esigenza diffusa di miglioramento di condizioni igieniche insostenibili; le realizzazioni costituiscono il primo banco di prova e sperimentazione delle nuove idee [Zucconi 1999].



1: L. Castiglia, Piano regolatore dei mandamenti interni della città di Palermo, 1884 [Inzerillo, S. M. (2017). *Urbanistica e società negli ultimi duecento anni a Palermo*, Palermo, 40due edizioni, p. 39].

Il caso di Palermo non fa eccezione e, nei decenni immediatamente successivi all'unità, si sviluppa un fitto dibattito e una ancor più fitta sequenza di atti amministrativi tutti incentrati sulla questione del risanamento. Già il 2 agosto 1860, quando le strade sono ancora piene di macerie in seguito ai bombardamenti della flotta borbonica, il pretore Giulio Benso Duca di Verdura dà incarico a sei tra i più noti architetti e ingegneri della città di «ideare un vasto piano di fondamentali riforme» che «risponda alla civiltà dei tempi» e «metta Palermo a livello delle migliori città d'Europa» [Inzerillo 2017, 32]. Una delle pratiche che il pretore prescrive ai tecnici nell'incarico è quella di «aprire delle strade, che a guisa di grandi arterie debbano insinuarsi nei quattro quartieri, in cui in atto è divisa la città […] onde migliorare la condizione sanitaria del paese, che la ristrettezza dei siti rende poco ariata ed insalubre […]» [Costantino 2007, 44]. La scelta dei tempi ci mostra inequivocabilmente che il ridisegno della città e il progetto di nuovi edifici e servizi è uno dei primi atti fondativi che, quasi con valore dimostrativo, vuol segnare la differenza tra il governo borbonico e quello della nascente nazione unita; va segnalato, tuttavia, che nell'elenco delle opere previste non è presente alcun ospedale. Il tema della salubrità è affidato interamente agli interventi a scala urbana.
Il nuovo soggetto che si propone di agire sul corpo della città è l'amministrazione comunale con il suo volto politico, ma anche con una rinnovata compagine tecnica, strutturata a partire dal 1863 in un ufficio di nuova istituzione, composto da un ingegnere capo (Tommaso Lo Cascio), un ingegnere «destinato all'acqua» (Luigi Castiglia), e quattro ingegneri, uno per ciascun mandamento della città (Giuseppe Damiani, Giovanni Moscuzza, Antonio Boscaino, Francesco Enrico De Simone), oltre a un ingegnere destinato all'ufficio edilizio (Giovan Battista Filippo Basile)[1].
Ambizioni e desideri, nell'immaginare e disegnare una nuova moderna città, si scontrano con risorse non sufficienti e impongono delle scelte, come ben si evidenzia nella relazione annuale redatta da Antonio Rudinì, giovanissimo sindaco poco più che ventenne, nel 1866:

> Rinnovare il sottosuolo delle vie e delle piazze, tracciando acquidotti neri e gallerie per le acque piovane e potabili, è opera che dovrebbe essere condotta senza interruzione per tutta la superficie del nostro paese. Eppure noi ci siamo limitati alle arterie di maggior transito senza internarci nelle vie tortuose e anguste dove il manco di aria e di luce rende più urgente la riforma del sottosuolo, per iscemare almeno quelle cause di insalubrità, che solo è possibile rimuovere col travaglio instancabile del piccone e della martellina. Con questo intendimento sono stati diretti i pubblici lavori; e noi abbiamo quasi scordato l'abbellimento della città per pensare all'igiene [Rudinì 1866, in Costantino 2007, 39].

Le risorse economiche disponibili vengono quindi canalizzate tutte in una direzione che è quella dell'igiene e della ricerca di salubrità.

[1] Palermo. Archivio Damiani. Verbale della seduta del Consiglio Comunale, 17 novembre 1863, sindaco Antonio Rudinì.

La storia dei piani di risanamento ottocenteschi di Palermo è una storia nota; ripercorriamo dunque qui solo alcuni aspetti strettamente correlati al nostro tema. Il 29 novembre 1884 torna in consiglio comunale la questione della salubrità della città e la giunta delibera di affidare all'Ufficio tecnico della città il compito di «studiare la questione della soverchia agglomerazione dei centri abitati e dei vari mandamenti della città, come causa di malsania e proporre un disegno di opere tendenti a migliorare in riguardo alla ventilazione, all'illuminazione, i quartieri meno igienici» [Di Leo 2007, 71-72]. Non a caso è proprio l'ingegnere preposto alle acque, Luigi Castiglia, che «avendo un progetto di massima compiuto e rispondente allo scopo», lo mette a disposizione dell'Amministrazione per «prenderlo in considerazione e provocare una discussione» [Di Leo 2007, 72] (Fig. 1). Nello stesso anno l'ingegnere Castiglia propone anche un piano per le fognature della città; va segnalato peraltro che tale piano è l'unico a prevedere la realizzazione di un grande ospedale cittadino, poi non contemplato successivamente.
In pochi mesi, e certamente anche a causa delle epidemie che porteranno all'emanazione della legge di Napoli, l'Amministrazione recepisce il progetto e affida all'assessore ai lavori pubblici, Alessandro Paternostro, e all'assessore all'igiene, Salvatore Scichilone, la stesura di una relazione sulla questione del risanamento. La relazione dei due propone «un piano regolatore diffinitivo in vista di quanto consigliato all'art. 18 della legge di Napoli» [Paternostro, Scichilone 1885 in Di Leo 2007, 73]. Il 28 marzo 1885, su

2: F. Giarrusso (relatore), Piano regolatore di risanamento della città di Palermo approvato dalla Commissione Consiliare, 1886 [Barbera Azzarello, C. (2008). *Raffigurazioni, Vedute e Piante della città di Palermo dal sec. XV al sec. XIX secolo*, Caltanissetta, Lussografica, p. 521].

3: F. Giarrusso (relatore), Piano regolatore di ampliamento e risanamento della città di Palermo, 1886 [Inzerillo, S.M. (2017). *Urbanistica e società negli ultimi duecento anni a Palermo*, Palermo, 40due edizioni].

proposta dei due assessori, viene istituita una commissione per l'esame dei progetti di bonificamento, sia di iniziativa pubblica che di imprenditori privati, incentrati su alcuni temi: demolizioni e nuove costruzioni, fognatura, conduttura d'acqua.
Nel 1886 si arriva all'approvazione del piano regolatore elaborato, sulla base del piano Castiglia, da una commissione presieduta da Giuseppe Damiani Almeyda e di cui fanno parte lo stesso Castiglia, Achille Viola, Michele Capitò e Felice Giarrusso; quest'ultimo è il relatore che darà il nome al piano [Marsala 1999] (Fig. 2). Al piano di risanamento, che si affida a rettilinei tagli urbani per risolvere i problemi del centro antico, si associa rapidamente il piano di ampliamento, che affida la questione dell'igiene della città nuova a una scacchiera regolare di isolati e a un'ingente quantità di giardini pubblici (Fig. 3). Per le zone di ampliamento viene proposta una modifica alle vigenti condizioni di legge, affinché il comune possa imporre il dimensionamento di strade e cortili, possa determinare *standard* minimi per le abitazioni e possa stabilire che «sino a quando la città non avrà raggiunta tra fabbricati, strade e giardini pubblici una superficie corrispondente al rapporto di 50 metri quadrati per abitante, i proprietari dei terreni dovranno cederli ad un prezzo equo in rapporto al reddito attuale a chiunque vorrà costruire abitazioni secondo le norme igieniche» [Di Leo 2007, 77]. Tuttavia, anche in questo caso un piano basato su criteri di igiene e salubrità affida esclusivamente alla dimensione urbana, e non alla collocazione di nuove strutture sanitarie, il tema della cura. Della costruzione di ospedali non si fa più cenno in nessuna delle fasi di approvazione del piano e neanche nella fase dei piani particolareggiati che segue e approfondisce la prima pianificazione.

In attesa dell'approvazione definitiva da parte delle strutture centrali dello Stato, che avverrà solo nel 1894 dopo una serie di rimandi tra l'Amministrazione comunale e il Consiglio superiore dei lavori pubblici, si opera attraverso strumenti parziali: convenzioni con privati e "prelevamenti", che finiscono col determinare un'attuazione episodica e per brani parziali delle previsioni iniziali.

I luoghi di cura

Negli anni in cui si dibatte del piano vengono costruire due nuove importanti strutture sanitarie in zone non ancora urbanizzate: l'ospizio marino per la cura dei bambini affetti da tubercolosi, a partire dagli anni '70 dell'Ottocento, e il nuovo manicomio, nel decennio successivo [Sessa 1989; Raia 2011]. I due moderni ospedali vedono la collaborazione strettissima tra progettisti e medici che concorrono, ciascuno con le proprie competenze, alla progettazione di edifici che rispondano in maniera efficace alle funzioni richieste. In entrambi i casi è adottato il tipo dell'edificio a padiglioni e condivisa la scelta di un'ubicazione necessariamente distante dal centro urbano. La tendenza al decentramento, obbligatoria – si direbbe – visto il tipo di funzione ospitata, si confermerà come dominante anche nel corso Novecento, insieme a un altro carattere: le strutture ospedaliere non svolgeranno mai il ruolo di attrezzatura qualificante per la zona di città in cui si andranno a insediare.

L'aspetto singolare della storia degli edifici per la sanità a Palermo sembra risiedere proprio nella mancanza di rapporto con il piano urbano. Pressoché ignorati dalla pianificazione legata al risanamento e all'ampliamento, i nuovi ospedali, di cui pure è invocata a gran voce la costruzione già all'inizio del secolo, sembrano non trovare dimora in nessuna area della città. Progetti definiti in planimetrie precise, in prospetti acquerellati e in prospettive a volo d'uccello aspettano di trovare una collocazione urbana adeguata e vagano sulle planimetrie urbane lungo i primi decenni del Novecento.

I due casi palermitani quantitativamente più rilevanti, quello del nuovo ospedale civico e quello delle cliniche universitarie (poi policlinico), sono accomunati da un *iter* in cui i progetti vengono spostati da una zona all'altra della città, a conferma di un'assenza totale di pianificazione per l'ubicazione di attrezzature così rilevanti. Il primo progetto per il nuovo ospedale civico della città, fino a quel momento sempre più precariamente ospitato in edifici del centro storico – tra il convento di San Francesco Saverio all'Albergheria e il monastero della Concezione su un bastione del circuito murario – viene redatto dall'ingegnere Luigi Bruno a seguito della vittoria di un concorso bandito nel 1901 [*Concorso del nuovo Ospedale…* 1904; Mazzé 1992; Cammarata 1999, 102-105].

Le spese per il concorso sono sostenute da Ignazio Florio, in quel momento presidente dell'Amministrazione dell'ospedale civico, che acquista e dona anche una vastissima area, il fondo Anca, esteso oltre 180.000 mq e ubicato in una zona periferica della città, sulla direttrice che dalla piazza del Politeama si inoltrava in direzione di Monreale. Alla presenza del re e della regina, nel 1906, viene posta la prima pietra delle nuove costruzioni. Frammentarie e parziali realizzazioni di padiglioni ospedalieri avvengono nel corso degli anni Dieci e Venti in assenza di finanziamenti che consentano un organico

completamento dell'opera; tuttavia, quando nel 1926 viene concessa all'amministrazione comunale la facoltà di contrarre un mutuo per opere pubbliche[2], non sono previsti fondi per la costruzione dell'ospedale civico né per altre strutture sanitarie, con l'eccezione delle cliniche universitarie. Soltanto nel 1931 un apposito decreto legge [«Gazzetta Ufficiale» 1931] storna la cifra originariamente prevista per il nuovo macello comunale e la destina alla costruzione dell'ospedale. L'incarico viene immediatamente affidato all'ingegnere capo dell'Ufficio tecnico comunale, Vincenzo Nicoletti che, dopo aver visitato gli ospedali di Napoli, Genova, Bergamo, Torino e Milano, elabora un primo progetto sempre all'interno del fondo Anca. La coeva vicenda delle cliniche universitarie probabilmente influisce sulla scelta di abbandonare l'originaria ubicazione e sceglierne un'altra, a sud della città murata, in prossimità del fiume Oreto, proprio dove all'inizio degli anni Trenta si stanno realizzando i nuovi edifici dell'Università di Palermo, anche in questo caso dopo un tortuoso peregrinare tra zone diverse della città. Il progetto finale di Nicoletti, approvato il 17 ottobre 1932, ripropone lo stesso tipo di padiglione ideato per il fondo Anca, modificandone lievemente la disposizione all'interno del lotto.
Non a caso nel 1930, quando il progetto per le cliniche universitarie è del tutto definito e i cantieri sono stati appena avviati, in molti auspicano una soluzione a scala urbana che concentri in un'unica zona delle città tutte le attrezzature sanitarie:

> Ora, sarebbe altamente desiderabile che il così grave problema ospedaliero cittadino […] avesse la sua migliore soluzione con un opportuno concentramento ospedaliero nei pressi delle nuove cliniche, realizzandosi così un perfetto policlinico […] ad esempio, il nuovo ospedale di Palermo potrebbe sorgere a retro delle cliniche […] una tale sistemazione generale sarebbe oltre ogni dire augurabilissima [«Giornale di Sicilia» 1930, 3].

Le cliniche universitarie funzionano come un polo attrattivo che spinge a realizzare le due nuove cittadelle della sanità nella medesima area, ma anche le stesse avevano subito, nel corso degli anni, diversi spostamenti sulla carta, prima di approdare alla loro definitiva ubicazione.
Nell'archivio di Antonio Zanca, dal 1911 professore di disegno d'ornato e architettura elementare all'Università di Palermo, si conservano studi e progetti per le cliniche universitarie redatti sin dal 1912[3]. A questo incarico vanno collegati altri materiali presenti in archivio che riguardano pubblicazioni, raccolte fotografiche e disegni relativi al policlinico di Pavia, all'ospedale di Milano, a quello di Roma, al complesso di Sant'Orsola a

[2] Con il Regio Decreto n. 886, 6 maggio 1926, *Provvedimenti per la città di Palermo per la esecuzione di opere pubbliche straordinarie,* la città di Palermo viene autorizzata a contrarre un mutuo di lire 300.000.000 per la realizzazione di opere pubbliche; nell'elenco allegato al decreto, al punto 10, tra le opere inserite nel finanziamento si prevede la «costruzione, sistemazione ed adattamenti di istituti scientifici e di cliniche nella Regia Università degli Studi (lire 27.000.000)» [«Gazzetta Ufficiale» 1926].

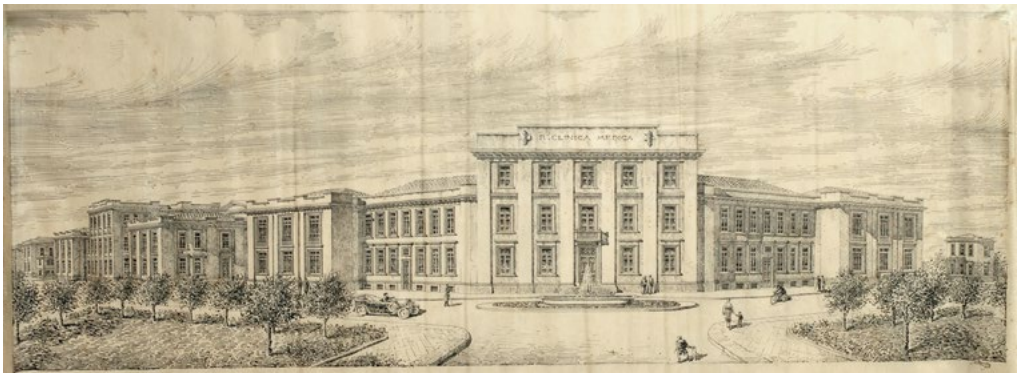
[3] Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca. Progetto di massima proposto dalla Facoltà medico-chirurgica per la costruzione di un ospedale clinico e per la sistemazione degli Istituti clinici ed anatomici della Università di Palermo (1912), Palermo 1913.

4: A. Zanca, Sistemazione dell'Ospedale della Concezione e nuovi edifici annessi per le cliniche medica e chirurgica, 1919-1920 [Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca].

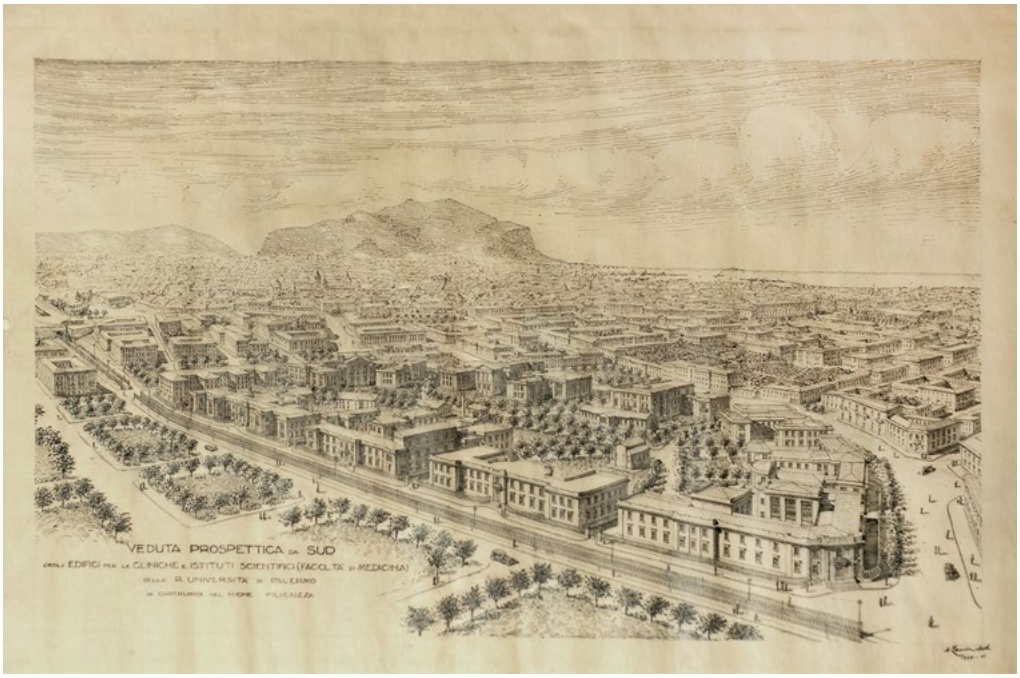
5: A. Zanca, Piano della Concezione e nuovi edifici per le cliniche, 1919-20 [Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca].

Bologna. Per poco meno di un decennio vengono elaborati da Antonio Zanca progetti da ubicare in zone diverse della città: tra le carte si ritrovano le proposte per il riuso del ricovero di mendicità nella contrada Malaspina, allora lontana dalla città; per il fondo Anca, dove sarebbe dovuto sorgere l'ospedale civico; per la zona della Vigna del Gallo, in prossimità dell'Orto botanico; infine, per l'area del Bastione della Concezione, dove l'antico convento rivestiva già una funzione ospedaliera. Per quest'ultimo sito, dove pochi anni dopo sorgerà il nuovo Palazzo di Giustizia a seguito della demolizione del bastione e del convento, Zanca redige tra il 1919 e il 1920 diverse proposte, rispettando le nuove vie di piano e ponendo il proprio progetto in forte relazione con la città esistente e con quella che si va costruendo [Rotolo 2005] (Fig. 4-5). La questione della realizzazione dei nuovi edifici sanitari viene ancorata al tema al risanamento urbano dal progettista, che sottolinea come «il municipio di Palermo avrebbe raggiunto in tal guisa un doppio fine, avrebbe concorso cioè a risolvere la questione ospedaliera […] e avrebbe risanato il più malsano e lurido rione della città» [Corrao, Cottone 1999, 120]. Solo dopo il Regio Decreto del 1926, che stanzia la cifra necessaria per le nuove cliniche, l'incarico ad Antonio Zanca viene perfezionato con un contratto notarile dell'8 ottobre 1927, e il progetto prende corpo in via definitiva con la redazione di elaborati compiuti e consegnati già nel 1928 e cantieri avviati e conclusi nei primissimi anni Trenta.
Se lo studio tipologico dei padiglioni viene eseguito con grande attenzione in relazione al programma funzionale proposto dai vari medici – il progetto «era da considerarsi, più che altro, come una fedele traduzione grafica dei desiderata dei Direttori»[4] – sul

[4] Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca. A. Zanca, *Relazione aggiuntiva al progetto di massima*, giugno 1927.



6: A. Zanca, Veduta della regia clinica medica e della piazza antistante, 1928 [Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca].



7: A. Zanca, Veduta prospettica da sud degli edifici per le cliniche e per gli istituti scientifici (Facoltà di medicina), 1928 [Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca].

fronte del rapporto tra progetto e città Zanca non esita a scegliere un sistema di costruzioni perimetrali che possano volgere le diverse facciate a piazze e strade del quartiere, come illustrato nelle prospettive a china oggi custodite in archivio. Quattro viste che ci mostrano il fermo intento del progettista di porre il progetto in stretta relazione con il tessuto urbano del quartiere (Figg. 6-7). Al centro del lotto, un sistema di viali alberati e un giardino connettono i vari edifici e pongono in posizione baricentrica i servizi

comuni come cucina e lavanderia. La scelta trova inizialmente un'opposizione da parte del Consiglio superiore di sanità pubblica, che sottolinea come possa apparire poco appropriata la vicinanza tra i padiglioni di degenze, la strada carrabile e persino una linea ferrata. Tuttavia, il progetto e le scelte del progettista sono infine approvati proprio in ragione della necessità di costituire un rapporto con il tessuto urbano, «tenendo conto delle circostanze contingenti […] che si collegano in buona parte con i bisogni, anche estetici della sistemazione edilizia del quartiere della Filiciuzza» e riconoscendo i «vantaggi estetici non dubbi nei riguardi della sistemazione del quartiere»[5].

L'auspicata relazione tra architettura e città, tenacemente ricercata nell'impianto di Zanca e citata anche dal Consiglio superiore di sanità pubblica come legittima ragione per derogare ad alcuni criteri di orientamento e isolamento delle costruzioni ospedaliere, non raggiungerà il risultato sperato. Al contrario, il raddoppio dell'area destinata ai servizi ospedalieri con la costruzione dell'ospedale civico costituirà, più che una cittadella della sanità, una sorta di enclave avulsa dal corpo della città, che non riesce in alcun modo a qualificare il tessuto edilizio circostante, ancora oggi in attesa di risposte, in parte soffocato da un tessuto minuto di vicoli e casupole, in parte sopraffatto da una nuova rete viaria e di trasporti. Per altri edifici ospedalieri nel corso degli anni Venti e Trenta verranno compiute scelte analoghe che, osservate oggi nel loro insieme, sembrano definire una sorta di cinta di edilizia ospedaliera distante dalle zone di maggiore pregio e valore fondiario del centro urbano.

Se, dunque, la realizzazione delle strutture sanitarie avviene fuori da logiche di piano, in zone forse già poco appetibili per un'espansione edilizia qualificata, che finiscono col diventarlo ancora meno con la costruzione dei nuovi edifici, al contrario sul fronte del progetto di architettura l'edilizia sanitaria ci consente di segnalare alcune scelte che raggiungono obiettivi significativi tra la fine degli anni Venti e i primissimi anni Trenta. È il caso della sperimentazione linguistica condotta da Giuseppe Vittorio Ugo nel fronte posteriore dell'ospedale sanatoriale Ingrassia, caratterizzato da una continua e ininterrotta loggia che disegna con marcata orizzontalità ed esilissimi pilastrini il prospetto, perfettamente rispondente allo scopo di curare i pazienti con l'esposizione ai raggi del sole. Analogo risultato è raggiunto da Francesco Damiani Mancinelli, che realizza i padiglioni, la scuola e la chiesa per la Casa del Sole, per la cura dei bambini, lasciando che le sole strutture in cemento armato, completamente libere per lasciar passare aria e sole, disegnino un'architettura nuova (Fig. 8).

Infine, non è forse un caso che l'unico edificio costruito a Palermo tra gli anni Venti e i primi anni Quaranta ad essere ospitato sulle pagine di «Casabella» è la scuola per bambini costruita all'interno dell'ospizio marino dall'ingegnere Mario Umiltà, «un'opera modesta, ma ci dà il metro di un mutamento di mentalità, che ci sembra di buon augurio» [«Casa Bella» 1933].

[5] Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca. *Parere del Consiglio Superiore di Sanità pubblica*, 30 luglio 1928.

8: F. D. Mancinelli, Veduta esterna della chiesa della Casa del Sole, 1929-31 [Palermo. Archivio Damiani].

Conclusioni

Tra Ottocento e Novecento allo schema di città compatta racchiusa entro le mura, che ospita molte delle principali funzioni pubbliche, incluse quelle ospedaliere, all'interno di vecchi conventi, si sostituisce un'idea nuova che trasforma il tessuto urbano antico e definisce quello nuovo in relazione a temi legati alla salubrità, all'igiene e all'insediamento di luoghi di cura.
Alla stagione dei "risanamenti" che in realtà si protrae, nelle realizzazioni, dalla seconda metà dell'Ottocento fino alla seconda guerra mondiale, si associa la costruzione di una nuova rete di attrezzature sanitarie, micro "città-satellite" dedicate agli impianti di nuove strutture ospedaliere.
Il sistema a padiglioni nel parco, già sperimentato a Palermo nell'ampliamento dell'ospedale psichiatrico, e nell'ospizio marino alla fine dell'Ottocento, viene riproposto dal policlinico universitario, al quale si affianca con analoghe modalità insediative e identica tipologia il nuovo ospedale civico. Tuttavia, piani e progetti sembrano seguire strade differenti, talvolta divergenti, e le strutture sanitarie, la cui ubicazione non è mai oggetto di una riflessione nell'ambito della pianificazione urbana, stentano a trovare a posto nella città e mancano l'obiettivo di qualificare le zone in cui sorgono.

Bibliografia

BARBERA AZZARELLO, C. (2008). *Raffigurazioni, Vedute e Piante della città di Palermo dal sec. XV al sec. XIX secolo*, Caltanissetta, Lussografica.

CAMMARATA, V. (1999). *Architetture e opere pubbliche a Palermo 1930-1940*, Palermo, Novecento.

Concorso del nuovo Ospedale e delle Cliniche universitarie di Palermo bandito dal Consiglio d'amministrazione dell'Ospedale di Palermo sotto gli auspici del comm. Ignazio Florio; il progetto Humanitas degli ing. prof. G. La Mensa e cav. G. Spadaro classificato il secondo dalla Commissione esaminatrice e respinto dall'Amministrazione; il progetto Vir dell'ing. Luigi Bruno Gallo prescelto per la costruzione: considerazioni e confronti (1904), Palermo, Stabilimento tipografico G. Fiore.

CORRAO, R., COTTONE, A. (1999). *I progetti di Antonio Zanca per la clinica medica della Regia Università di Palermo*, in Studi sull'edilizia in Italia tra Ottocento e Novecento, a cura di R. Capomolla, R. Vittorini, Roma, Edilstampa, pp. 119-151.

COSTANTINO, D. (2007). *La modernizzazione della città. Palermo nei primi anni dopo l'unificazione*, in DI LEO, P. (a cura di), pp. 17-59.

DI LEO, P. (2007). *Il piano del quartiere contro il piano della città*, in *Linguaggio Pensiero Realtà. Urbanistica a Palermo da Pisanelli a Giarrusso*, a cura di P. Di Leo, Palermo, Compostampa pp. 61-128.

INZERILLO, S. M. (2017, I ed. 1981-1984). *Urbanistica e società negli ultimi duecento anni a Palermo*, Palermo, 40due edizioni.

La sistemazione edilizia universitaria di Palermo verso la sua realizzazione. Un'opera cospicua di decoro cittadino, degno patrimonio alle glorie del nostro illustre Ateneo (1930), in «Giornale di Sicilia», 21 gennaio, p. 3.

Linguaggio Pensiero Realtà. Urbanistica a Palermo da Pisanelli a Giarrusso (2007), a cura di P. Di Leo, Palermo, Compostampa.

MARSALA, M. T. (1999). *La perfezione topografica del piano regolatore di risanamento e di ampliamento della città di Palermo redatto dall'ingegnere Felice Giarrusso (1885-1894)*, in «Storia dell'urbanistica», n.s. 3/1997, Roma, Edizioni Kappa, pp. 71-111.

MAZZÈ, A. (1992). *L'edilizia sanitaria a Palermo dal XVI al XIX secolo: L'Ospedale Grande e Nuovo,* Palermo, Accademia delle scienze mediche.

Padiglione in Palermo (1933), in «Casa Bella», a. VI, n. 11.

PATERNOSTRO, A., SCICHILONE, S. (1885). *Relazione sul bonificamento della città*, Palermo, Stabilimento tipografico Virzì.

RAIA, F. (2011). *Architettura sanitaria post-unitaria. Il dispensario diurno (1920-1928) di Ernesto Basile a Palermo,* tesi di dottorato (XXII ciclo), Università degli studi di Palermo.

Regio Decreto n. 886, 6 maggio 1926, Provvedimenti per la città di Palermo per la esecuzione di opere pubbliche straordinarie (1926), in «Gazzetta Ufficiale», n. 129, 5 giugno, pp. 2274-2276.

Regio Decreto n. 1272, 24 settembre 1931, Finanziamento dei lavori di costruzioni del nuovo ospedale civile di Palermo (1931), in «Gazzetta Ufficiale», n. 247, 24 ottobre, pp. 5195.

ROTOLO, G. (2005). *Opere e progetti per l'università di Palermo (1910-1934)*, in *Un archivio di architettura tra Ottocento e Novecento. I disegni di Antonio Zanca (1861-1958)*, a cura di P. Barbera, M. Giuffrè, Cannitello, Biblioteca del Cenide, pp. 203-235.

RUDINÌ, A. (1866). *Relazione del Sindaco di Palermo al Consiglio Comunale*, Palermo, Tipografia Lima.

SESSA, E. (1989). *Manicomi, Sanatori, Ospedali*, in Pirrone, G., *Palermo una Capitale dal Settecento al Liberty*, Milano, Electa, pp. 194-197.

ZUCCONI, G. (1999, I ed. 1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book.

Elenco delle fonti archivistiche

Palermo. Archivio Damiani. Verbale della seduta del Consiglio Comunale, 17 novembre 1863, sindaco Antonio Rudinì.

Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca. A. Zanca, *Relazione aggiuntiva al progetto di massima*, giugno 1927.

Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca. *Parere del Consiglio Superiore di Sanità pubblica*, 30 luglio 1928.

Palermo. Università degli Studi di Palermo. Collezioni scientifiche del Dipartimento di Architettura. F. Antonio Zanca. Progetto di massima proposto dalla Facoltà medico-chirurgica per la costruzione di un ospedale clinico e per la sistemazione degli Istituti clinici ed anatomici della Università di Palermo (1912), Palermo 1913.

LA CURA DELLA CITTÀ. I PIANI DI RISANAMENTO A VENEZIA

Alessandra Ferrighi

Abstract

The plan for the improvement of Venice was discussed between 1886 and 1896, after a long planning phase that also included a mesh of several plans presented. The need to preserve the uniqueness of Venice as required by art experts, and the need to improve the city, as required by city health supporters, became two sides of the same coin. After a long battle to see the Plan approved, the relevant projects were implemented only in part, mostly after being amended, and many were abandoned.

Keywords

Venice, Urban Improvement Plan.

Introduzione

Alla fine dell'Ottocento lo stato di salute delle persone corrispondeva – si potrebbe dire – allo stato di salute delle città dove vi abitavano. In quegli stessi anni la medicina stava raggiungendo quei traguardi che avrebbero consentito nei decenni a venire le conoscenze utili a comprendere, controllare e curare le malattie, in particolare quelle contagiose ed epidemiche che per secoli avevano decimato la popolazione nelle stesse città. La prevenzione e l'igiene dei luoghi dell'abitare e del lavoro rimanevano ancora l'unica cura per molte delle malattie infettive; la salute era una questione che riguardava l'intera società e non il singolo, diventando presto una questione di carattere nazionale [Pogliano 1984; Cosmacini 2005].

Nell'Italia unita da Nord a Sud le malattie, come il colera per esempio, continuavano a diffondersi una volta penetrate nel territorio nazionale. Si propagavano dove le abitazioni erano prive o carenti nelle reti fognarie e nella distribuzione dell'acqua potabile, dove vi era maggiore densità abitativa e affollamento nelle stesse, superando infine, molto facilmente, i confini della "città dei poveri" fino a raggiungere la "città dei ricchi"[1]. L'epidemia di colera che arrivò in Italia dalla Francia nel giugno del 1884 colpì alcune province del Piemonte, interessando nei mesi successivi tutta la Penisola. L'area partenopea, e in particolare la città di Napoli con quasi 8.000 morti registrati nel solo 1884, misero in evidenza come l'insalubrità dei bassifondi e le critiche condizioni di vita della popolazione fossero

[1] La malattia colpiva principalmente le persone povere che vivevano in condizioni d'igiene precaria, ma poi si propagava senza distinzioni di classe in tutta la popolazione [Forti Messina 1984].

© Aisu International 2020

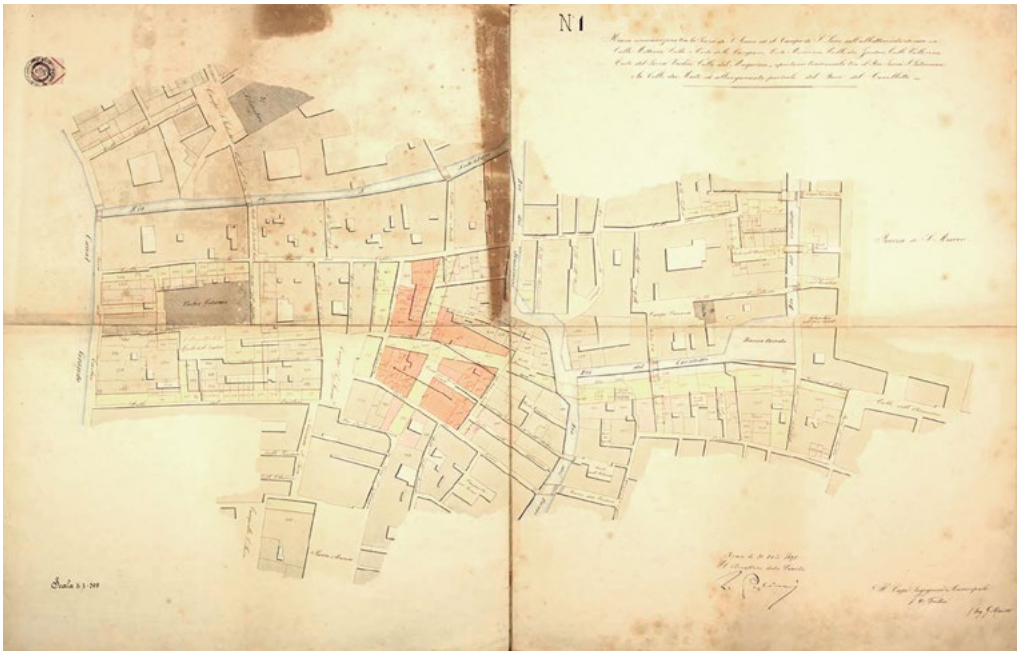
state la causa scatenante del proliferarsi del contagio e dei decessi. Questa ennesima epidemia nazionale portò all'approvazione della legge *Per il risanamento della città di Napoli* [«Gazzetta Ufficiale» 1885] dando avvio ai relativi piani, finalizzati ai soli centri antichi da rivedere e riprogettare secondo nuove condizioni di salubrità[2].
Nel panorama descritto anche Venezia è stata una delle tante città italiane da risanare. Ciò che la rendeva del tutto diversa dalle altre città era il suo essere costruita sull'acqua, senza terreni su cui espandersi e senza porte o mura bastionate da demolire per lasciare spazio ai grandi viali alberati, cerniera di potenziali aree di espansione. Tuttavia, ciò che la rendeva uguale alle altre erano le condizioni di molte delle abitazioni considerate malsane secondo le più moderne concezioni medico-sanitarie. I grandi palazzi dalle facciate traforate, legati indissolubilmente al celebre passato della città, rappresentavano le eccezioni in un centro antico costituito per la maggior parte da piccole case, edificate in continuità le une alle altre con affacci su calli strette e buie, abitate da lavoratori a basso salario o povera gente. Prendersi cura delle persone attraverso la sorveglianza attiva dello stato di salute significava anche a Venezia modificare le condizioni abitative e le reti di distribuzione e smaltimento delle acque. Bisognava abbattere vecchie case prive di dotazioni impiantistiche e poco illuminate, creare nuove calli dalla sezione più ampia consentendo all'aria e alla luce di penetrare nelle abitazioni, creare le reti di smaltimento dei rifiuti allontanandoli il più possibile dalle condotte di acqua potabile. Le "bonifiche" furono attuate nel tempo con un doppio registro: da un lato con l'avvio delle discussioni e la successiva realizzazione dell'acquedotto e della fognatura; dall'altro con la costruzione di nuove e più "moderne" abitazioni attraverso l'adozione del piano di risanamento in applicazione della legge per Napoli e gli incentivi da dare ai privati attraverso premi d'incoraggiamento per la costruzione di case sane ed economiche [Ferrighi 2020].

I ventiquattro progetti del piano di risanamento

Nella stesura di piani per Venezia per la prima volta si era guardato alla città nel suo insieme, almeno nelle intenzioni. Solo il 29 settembre 1895 fu approvato il piano di risanamento della città con Regio Decreto [«Gazzetta Ufficiale» 1895] in applicazione delle leggi 25 giugno 1865, n. 2359 e 17 gennaio 1885, n. 2892 [«Gazzetta Ufficiale» 1865; «Gazzetta Ufficiale» 1885]. Dopo una lunga traversia cominciata nel 1886 Venezia ottenne lo strumento progettuale e finanziario per il risanamento della città[3]. Il piano era stato discusso e approvato in Consiglio comunale tra agosto e settembre del 1889. Si presentava così la possibilità di attuare quel processo di rinnovamento nel tentativo

[2] Negli anni postunitari, qualche decennio prima dei piani di risanamento, erano stati approvati i piani di espansione delle città. Si pensi al progetto per Firenze capitale di Giuseppe Poggi del 1864, con i nuovi quartieri disposti a corona intorno al nucleo antico [Poggi 1882; Borsi 1970], oppure al piano per Roma di Alessandro Viviani del 1873, con i nuovi quartieri satellite collegati da arterie penetranti il centro antico [Cuccia 1991].

[3] Sull'*iter* procedurale del piano avviato nel 1886 [Ferrighi 2019, 98-103; Ferrighi 2020, 30-51].



1: A. Forcellini, G. Manetti, Progetto n. 1. Nuova comunicazione tra la piazza di San Marco ed il campo di S. Luca coll'abbattimento di case in calle Mettivia, calle e corte delle Campane, corte Morosina, calle dei Zendai, calle Vallaresso, corte del Forno Vecchio, calle del Magazen, apertura trasversale tra il rio Terà S. Paternian e le calle dei Morti ed allungamento parziale del rivo del Cavalletto, scala 1:500, 1889 [Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, fasc. Venezia].

di apportare le migliorie igienico-sanitarie alla città attraverso ventiquattro progetti da realizzarsi in dodici anni. Dei quaranta progetti iniziali rimasero sul tavolo solo i ventiquattro del piano di risanamento, mentre i sedici progetti del piano edilizio-regolatore furono abbandonati perché, secondo la Giunta provinciale, non erano stati accompagnati da un piano finanziario[4].

I criteri-guida dei progettisti, volti al risanamento della città, furono l'allargamento di molte calli del centro cittadino – alcune dalla larghezza di 80 fino a 150 centimetri o poco più – e la demolizione di case malsane per lasciare posto a «fabbricati igienici e decorosi»[5]. L'opera doveva essere «eminentemente igienica» con l'obiettivo di lasciarsi alle spalle quelle cause permanenti d'infezione che avevano dato origine a non poche

[4] Il piano del 1889 fu licenziato dall'ing. Girolamo Manetti che affiancava l'ing. Annibale Forcellini, capo dell'Ufficio tecnico del Comune di Venezia. Sulla figura di Forcellini [Sambo 2001, 46; Sorteni 2001, 77-81]; sulla riorganizzazione degli uffici tecnici e sulle loro competenze [Zucconi 1989, 49-68].

[5] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, *ing. Annibale Forcellini e ing. Girolamo Manetti, Descrizione sommaria delle Opere di Risanamento, progettate per la Città di Venezia*, s.d. [ottobre 1889].

epidemie nel passato anche recente della città lagunare[6]. S'invocava il «martello demolitore» da adottare come provvedimento sanitario per abbattere quelle case malsane che non sarebbero dovute «essere permesse per abitazioni di esseri umani»[7]. Anche nel centro della città – nel sestiere di San Marco – si proponevano più progetti, l'uno sovrapposto all'altro, pur di risolvere le questioni più urgenti[8]. Tra questi le imponenti demolizioni per creare le nuove arterie di attraversamento e il crocevia a San Luca; le costruzioni delle case per la classe media; il lungo collegamento da calle dell'Ascension, dietro piazza San Marco, fino al Canal Grande penetrando con sventramenti mirati il cuore della città. E ancora demolizioni a San Samuele – «una delle contrade del Sestiere di San Marco ove più si agglomera la popolazione povera, in umidi tuguri» – con l'unico fine di migliorare le condizioni di aereazione e luce nelle calli e di ricambio d'acqua dei rii del Duca e di San Vidal – «da cui emanano mefitiche esalazioni»[9]. Nelle altre aree della città, se si escludono le demolizioni di caseggiati malsani per lasciare posto a case salubri e l'individuazione di aree libere su cui edificare nuove abitazioni per il ceto operaio, le questioni che emersero riguardavano principalmente la viabilità. Allargare le vecchie calli e demolire gli angusti sottoportici diventarono i tratti distintivi della maggior parte dei progetti, senza dare enfasi a luoghi monumentali come stava accadendo in altri piani di città italiane, ma semplicemente creando alcune direttrici in grado di migliorare gli spostamenti interni alla città.

Nonostante gli obiettivi comuni dei singoli progetti del piano, mettendo insieme le ventiquattro tavole, si evidenziano le tessere di un mosaico che restituisce una discontinuità nel risanamento della città. Era come se la lente d'ingrandimento si fosse soffermata su questioni particolari di alcune aree – di situazioni di degrado come quella delle calli troppo strette, per esempio – ma a una distanza maggiore se ne potevano scorgere molte altre ancora, per le quali non si era data una risposta progettuale. I ventiquattro progetti furono rappresentati in altrettante tavole alla scala di rappresentazione che andava dal 1:200 al 1:500, fino a 1:1000 per quelli ove si indicavano delle aree libere su cui edificare nuove abitazioni. Nella tavola generale riassuntiva alla scala 1:3000 – per una visione d'insieme della città – forse affioravano piccoli frammenti e porzioni dove si evidenziavano l'edificato da demolire e da ricostruire, probabilmente in giallo e in rosso così come convenzionalmente si usava[10]. Dalle tavole emerge una grande perizia nel resti-

---

[6] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, *ing. Annibale Forcellini e ing. Girolamo Manetti, Descrizione sommaria delle Opere di Risanamento, progettate per la Città di Venezia*, s.d. [ottobre 1889].

[7] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, *ing. Annibale Forcellini e ing. Girolamo Manetti, Descrizione sommaria delle Opere di Risanamento, progettate per la Città di Venezia*, s.d. [ottobre 1889].

[8] Il progetto n. 1 contiene i progetti n. 2, 3, 21 e 22.

[9] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, *ing. Annibale Forcellini e ing. Girolamo Manetti, Descrizione sommaria delle Opere di Risanamento, progettate per la Città di Venezia*, s.d. [ottobre 1889].

[10] La tavola generale è solo citata nei documenti, ma non risulta agli atti. Probabilmente è stata utilizzata una planimetria di Venezia a stampa così come era stato fatto per la rappresentazione d'insieme per il

tuire il numero dei mappali e la quantità di metri quadrati da abbattere o costruire per contabilizzare il costo degli interventi.
Tra l'approvazione del piano di risanamento in Consiglio comunale nel settembre 1889 e la presentazione dello stesso al Ministero dell'interno nel giugno 1890 si formarono vivaci apprensioni nei confronti della possibile alterazione al carattere di Venezia. Le pesanti accuse nei confronti della Giunta e del Consiglio comunale da parte dall'opinione pubblica costrinsero il Ministero della pubblica istruzione, attraverso la Commissione permanente di belle arti, alla nomina di una Commissione ministeriale e municipale al fine di esaminare nel dettaglio i progetti di piano e valutare quali fossero attuabili nel rispetto della duplice esigenza artistica e sanitaria[11]. L'esito del lavoro della Commissione non fu unanime. Da un lato prese voce la maggioranza presieduta da Camillo Boito [Zucconi, Serena 2002; Scarrocchia 2018], che consigliava di limitare al massimo le demolizioni e di rispettare il carattere tipico della città; dall'altro vi era una minoranza, capeggiata da Luigi Pagliani [Cosmacini 2005, 339-343; Tosatti 2009, 256-258; Zocchi 2014], che per la salubrità della città pretendeva che l'ampiezza delle calli, sia per le nuove che per quelle da sistemare, non fosse mai inferiore alla metà dell'altezza delle case o a 5 metri. Non va taciuto che negli stessi anni era stata istituita la Direzione generale di sanità pubblica presso il Ministero dell'interno ed era stata approvata la riforma sanitaria con la legge Crispi-Pagliani, dando così avvio alla struttura piramidale dello Stato per la salute pubblica [«Gazzetta Ufficiale» 1888; Cosmacini 2005, 269-357; Tosatti 2009, 251-261].
Le conclusioni della Commissione ministeriale e municipale arrivarono agli organi ministeriali preposti alla validazione dei piani. La Giunta superiore di belle arti espresse parere favorevole, mentre il Ministero dell'interno insistette affinché le note di Pagliani fossero accolte nell'interesse dell'igiene della città [Comune di Venezia 1892]. Solo il 7 giugno 1893 il Consiglio comunale entrò di nuovo nel merito dei progetti del piano attraverso «uno studio minuzioso, accurato ed esauriente delle proposte della commissione» [«Atti del Consiglio comunale di Venezia» 1893, 228]. In buona sostanza fu l'ennesima revisione ai progetti del piano di risanamento. Nello stesso tempo il Consiglio comunale dimostrò quanto fosse stato messo in atto rispetto alle richieste contenute nell'«Ordine del giorno» della Commissione ministeriale e municipale, licenziato il 24 giugno 1891, per non vanificare i progetti contenuti nel piano e per garantire nuove linee guida per la salubrità della città. L'escavo dei canali era stato inserito in un piano razionale di programmazione delle attività di pulizia degli stessi per garantire il corretto flusso e riflusso delle acque durante le maree. La fognatura della città era allo studio; la pulizia delle cisterne dell'acqua potabile era garantita dai fondi accantonati nel bilancio. Al contrario, l'impedire l'abitabilità nei piani terreni, bui e umidi, risultò più difficile da applicare perché questo avrebbe comportato la costruzione di un numero pari di nuove abitazioni in sostituzione a quelle

piano del 1886 [Ferrighi 2020, fig. 9].

[11] I lavori della Commissione si chiusero il 24 giugno 1891 [Cadel 1891].

2: E. Trevisanato, Progetto n. 1. Modificazioni portate dalla Commissione mista, 12 luglio 1895 [Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, fasc. Venezia].

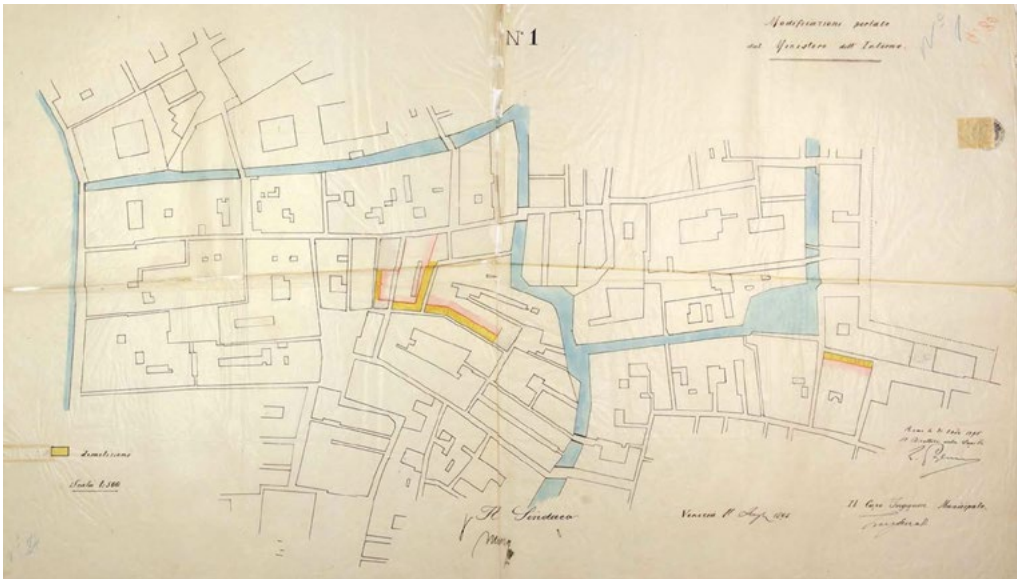
malsane[12]. I progetti del piano di risanamento furono analizzati in base alle criticità sottolineate dalla Commissione ministeriale e municipale, tra progetti da accogliere con o senza piccoli suggerimenti e da rivedere nella loro interezza, come quelli del Sestiere di Castello nella zona di via Garibaldi, tra la Fondamenta di Sant'Anna e Seco Marina[13].
Il piano così revisionato ritornò all'Ufficio degli ingegneri sanitari del Ministero dell'interno che esaminò in ogni sua parte l'*iter* procedurale dei piani per Venezia per l'approvazione definitiva del piano di risanamento. Che l'alta mortalità nella città di Venezia durante le epidemie fosse dovuta alle condizioni igienico-sanitarie di molte aree e al sovraffollamento nelle case malsane era convinzione della commissione dell'Ufficio degli ingegneri sanitari già citato[14]. La stessa era anche convinta che il piano di risanamento con i suoi ventiquattro progetti, seppure integrati e modificati, non lo si potesse

> considerare come un vero e completo piano di risanamento, poiché non tende ad eliminare che una piccola parte delle cause suscettive di modificazioni, dalle quali dipendono

[12] Da qui nasce l'incoraggiamento delle case a premio proposto dal Consiglio comunale il 19 maggio 1891 [Ferrighi 2020, 67-75].

[13] Si tratta dei progetti n. 10, 11 e 12 del piano di risanamento che prevedevano la demolizione completa dei fabbricati esistenti e la costruzione di nuovi edifici, in una delle zone più povere e densamente abitate della città. L'Ufficio d'arte municipale, con a capo l'ing. Enrico Trevisanato, apportò quelle modifiche richieste dalla Commissione attraverso un «nuovo studio radiale, razionale, completo» [Cadel 1891, 31].

[14] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, relazione manoscritta dell'Ufficio degli ingegneri sanitari, *Risanamento di Venezia*, 19 aprile 1894.



3: E. Trevisanato, Progetto n. 1. Modificazioni portate dal Ministero dell'interno, 11 luglio 1895 [Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, fasc. Venezia].

> le condizioni igieniche non soddisfacenti di Venezia, è purtuttavia innegabile che dalla sua applicazione dovrà derivare un sicuro vantaggio per lo stato sanitario della città[15].

Fu così portato in approvazione il piano e concessa alla città di Venezia l'applicazione degli articoli 12, 13, 15, 16 e 17 della legge per Napoli. Furono riconosciute la specificità e il carattere della stessa città lagunare, tanto da poter autorizzare «larghezze inferiori a quelle che per altre città si richiederebbero»[16] per le sue caratteristiche calli. Purtuttavia, le tavole di progetto furono integrate dalle annotazioni volute dagli uffici della Direzione di sanità del Ministero dell'interno, presieduta da Pagliani. Ogni progetto fu così accompagnato dalla tavola con le modifiche volute dalla Commissione ministeriale municipale e da quella del Ministero dell'interno, che andò a ratificare la larghezza di alcune calli, ove fosse ritenuto necessario per le nuove condizioni di salubrità imposte dagli obiettivi del piano di risanamento[17].

---

[15] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, relazione manoscritta dell'Ufficio degli ingegneri sanitari, *Risanamento di Venezia*, 19 aprile 1894, ff. 55-56.

[16] Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, relazione manoscritta dell'Ufficio degli ingegneri sanitari, *Risanamento di Venezia*, 19 aprile 1894, f. 56.

[17] Per i ventidue progetti: Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, fasc. Venezia.

Conclusioni

Nell'avviso di deposito del Comune di Venezia del 2 settembre 1896 si rese noto che il piano di risanamento era costituito da soli ventidue progetti. Due dei ventiquattro furono stralciati dallo stesso piano, avendone data esecuzione nell'attesa del Regio Decreto di attuazione pubblicato nel settembre del 1895[18]. I rimanenti progetti furono in seguito, per l'ennesima volta, sottoposti al parere del Consiglio comunale prima di essere resi esecutivi. «E fu saggio consiglio» perché «sarebbe stato del tutto inopportuno considerare come definitivi ed immutabili i progetti studiati fin dal 1886» [Comune di Venezia 1904, 3].
Nei dodici anni previsti dalla legge per l'attuazione dei progetti del piano, solo una piccola parte di questi furono concretamente realizzati[19]. Alcuni furono abbandonati *in itinere* perché erano cambiate le condizioni al contorno. I progetti nn. 23 e 24, quelli attraverso i quali si sarebbero dovute creare nuove aree nei sestieri di Cannaregio, Santa Croce e Dorsoduro e della Giudecca su cui costruire "case sane" per la classe operaia, furono tra i primi a essere ritirati grazie all'acquisizione di altri lotti, un tempo di carattere produttivo e poi dismessi, da parte del Comune[20]. Altri ancora perché la Commissione ministeriale e municipale aveva posto dei limiti agli allargamenti delle calli facendo così decadere le finalità igienico-sanitario del progetto stesso[21].
Nel 1903 – in prossimità dello scadere dei dodici anni – furono presi in esame i progetti rimasti da realizzare[22]. Il progetto n. 3 che riguardava l'intorno del teatro a San Luca, il teatro Goldoni, fu ridimensionato nelle iniziali "ambizioni" e portato a un terzo del suo costo iniziale. Di fatto fu allargata calle del Teatro di fronte agli ingressi della platea e dei palchi e demolito il complesso costituito dalle «luride ed antigieniche catapecchie denominate Castel Cimisino» [Comune di Venezia 1904, 6]. I progetti nn. 8 e 18, attraverso uno studio più attento del contesto, furono interamente ripensati rispetto all'idea

[18] Venezia. Archivio storico del Comune. Comune di Venezia, avviso 17286-1440, 2 settembre 1896. Vi è l'elenco dei ventidue progetti; in calce è riportato «NB. I progetti 10 e 22 furono eseguiti». Il progetto n. 10 *Abbattimento di case lungo calle Carrera, Catapan e Fica a San Pietro di Castello* e il n. 22 *Allargamento di calle della Scimmia a San Salvatore* furono infatti avviati con altre procedure, in quanto resisi necessari e urgenti per creare da un lato nuovi alloggi e dall'altro rendere migliori le condizioni di viabilità tra Rialto e le Mercerie.

[19] Furono eseguiti i progetti nn. 9, 19 e 20 con lo scopo di demolire case insalubri e ricavare aree disponibili per nuovi edifici residenziali; i progetti nn. 5, 13, 15, 16b, 16c e 21 per l'allargamento di calli o la demolizione di bassi sottoportici.

[20] Le acquisizioni delle aree dismesse furono nel sestiere di Santa Croce la fonderia Neville a San Rocco, nel sestiere di Cannaregio le chiovere a San Giobbe, i depositi di legnami ai Gesuiti, la fabbrica delle conterie a San Leonardo, dove già nei primi anni del Novecento erano stati costruiti diversi gruppi di case sane ed economiche [Comune di Venezia 1906].

[21] Furono abbandonati i progetti nn. 2, 4, 6, 7, 16a e 17.

[22] Nel 1903 fu nominata una nuova Commissione per l'esame dei progetti ancora da realizzarsi – si trattava dei progetti nn. 3, 5, 8, 11, 12, 14 e 18. I membri nominati furono gli assessori Francesco Gosetti, Ettore Sorger e Luigi Picchini, e i consiglieri Giovanni Bordiga e Attilio Cadel. Questi ultimi due erano stati negli anni precedenti figure di spicco nella stesura e sviluppo del Piano per la città di Venezia [Ferrighi 2020, 96-135].

4: Rielaborazione del Piano di risanamento di Venezia con la localizzazione delle tavole dei ventiquattro progetti, 1889-1895 [rielaborazione dell'autrice; per i progetti del Piano: Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, fasc. Venezia].

iniziale di risanamento: il primo, grazie all'esproprio di un piccolo cortile, fu reso più agile il collegamento tra calle dei Greci e riva degli Schiavoni; con il secondo, attraverso l'allargamento di un sottoportico, la creazione di un nuovo ponte e pochi altri interventi, si realizzò il collegamento tra campo San Barnaba e calle della Toletta.
In conclusione, dei ventidue progetti del piano di risanamento del 1889 – a loro volta una selezione dei quarantadue iniziali presentati con le opere proposte per sanificare la città di Venezia e migliorarne la viabilità del dicembre 1886 [*Atti del consiglio comunale di Venezia* 1886, 348-357, 360-367] – solo quattordici furono portati a compimento. Fu un continuo assottigliarsi delle possibilità d'intervento per il risanamento della città lagunare. L'ultima revisione, più attenta rispetto ai caratteri della città, si dimostrò più matura e forse più incisiva nel proporre delle soluzioni alternative; forse perché non era così urgente la questione abitativa dal momento che erano già stati realizzati molti interventi residenziali, o probabilmente perché si era fatto tesoro delle esperienze degli anni precedenti, dalle bocciature ai suggerimenti arrivati da più fronti.
A Venezia, nei primi anni del Novecento, da un lato rimasero incompiute molte delle opere progettate, dall'altro si attuarono progetti di riconversione di numerose aree per scopi industriali e commerciali, e per esigenze residenziali, mai sufficienti in una città in espansione demografica. Le inchieste avviate da Raffaele Vivante, medico capo

dell'Ufficio d'igiene del Comune di Venezia, sulle condizioni delle abitazioni delle classi più disagiate evidenziarono ancora molte criticità, tanto da offendere «il nostro sentimento di igienisti e cittadini» [Vivante 1910, 81]. La cura della città era solo agli inizi di un lungo percorso che fu purtroppo interrotto dalla grande guerra.

Bibliografia

Atti del consiglio comunale di Venezia, anno 1886 (1886), Venezia.

BORSI, F. (1970). *La capitale a Firenze e l'opera di G. Poggi*, Roma, Colombo.

CADEL, A. (1891). *Relazione della commissione ministeriale e municipale intorno al piano di risanamento ed al piano regolatore per la città di Venezia*, Venezia, Ferdinando Ongania Edit.

Camillo Boito moderno (2018), a cura di S. Scarrocchia, Milano-Udine, Mimesis.

Camillo Boito. Un protagonista dell'Ottocento italiano (2002), a cura di G. Zucconi, T. Serena, Venezia, Istituto veneto di scienze, lettere ed arti.

COMUNE DI VENEZIA (1904). *Piano di risanamento della città. Modificazioni e nuove proposte*, Venezia, C. Ferrari.

COMUNE DI VENEZIA (1906). *Case sane economiche e popolari*, Bergamo, Istituto d'arti grafiche.

COSMACINI, G. (2005). *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Roma-Bari, Editori Laterza.

CUCCIA, G. (1991). *Urbanistica, edilizia, infrastrutture di Roma Capitale 1870-1990. Una cronologia*, Roma-Bari, Editori Laterza.

Dispaccio del Ministero della pubblica istruzione, 25 aprile 1892 (1892), in *Atti e documenti riguardanti il progetto di risanamento ed il piano regolatore della città di Venezia*, a cura del Comune di Venezia, Venezia, M. Fontana, pp. 329-331.

FERRIGHI, A. (2019). *Un piano per Venezia (1886-1895). Conflitti e contraddizioni intorno al risanamento della città*, in «ArcHistoR architettura storia restauro», a. VI, n. 12, pp. 96-135.

FERRIGHI, A. (2020). *Venezia e la casa salubre. Dai piani per la città alle abitazioni a premio (1891-1925)*, Wuppertal, Steinhauser.

FORTI MESSINA, A. L. (1984). *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in *Storia d'Italia. Annali, vol. 7: Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 431-494.

Legge 25 giugno 1865, n. 2359, Sulle espropriazioni per causa di utilità pubblica (1865), in «Gazzetta Ufficiale», n. 165, 8 luglio, pp. 315-317.

Legge 15 gennaio 1885, n. 2892, Per il risanamento della città di Napoli (1885), in «Gazzetta Ufficiale», n. 14, 19 gennaio, pp. 249-250.

Legge 22 dicembre 1888, n. 5849, Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno (1888), in «Gazzetta Ufficiale», n. 301, 24 dicembre, n. 301, pp. 5797-5803.

POGGI, G. (1882). *Sui lavori per l'ingrandimento di Firenze. Relazione di G.P. (1864-1877)*, Firenze, Tip. G. Barbera.

POGLIANO, C. (1984). *L'utopia igienista*, in *Storia d'Italia. Annali, vol. 7: Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 587-631.

Regio Decreto 26 novembre 1895, n. 278, che autorizza il Comune di Venezia ad applicare le disposizioni di alcuni articoli della legge 17 gennaio 1885 n. 2892 all'esecuzione del piano di risanamento della città (1895), in «Gazzetta Ufficiale», n. 278, 26 novembre, p. 6245.

SAMBO, A. (2001). *L'amministrazione dello Stato nel settore dei lavori pubblici a Venezia dall'età napoleonica all'unità: istituzioni e figure professionali*, in *L'ingegneria civile a Venezia. Istituzioni, uomini, professioni da Napoleone al fascismo*, a cura di F. Cosmai, S. Sorteni, Venezia, Marsilio, pp. 35-49.

Seduta del Consiglio comunale, 7 giugno 1893 (1893), in «Atti del Consiglio comunale di Venezia», 7 giugno, pp. 228-233.

SORTENI, S. (2001). *L'ingegnere nell'ente locale: istituzione e funzionamento dell'ufficio tecnico del comune di Venezia*, in *L'ingegneria civile a Venezia. Istituzioni, uomini, professioni da Napoleone al fascismo*, a cura di F. Cosmai, S. Sorteni, Venezia, Marsilio, pp. 63-93.

TOSATTI, G. (2009). *Crispi ministro dell'Interno*, in *Francesco Crispi. Costruire lo Stato per fare forma alla Nazione*, a cura di A. G. Ricci, L. Montevecchi, Roma, Edizioni private e varie, pp. 251-261.

VIVANTE, R. (1910). *Il problema delle abitazioni in Venezia*, Venezia, Tip. C. Ferrari.

ZOCCHI, P. (2014). *Pagliani, Luigi*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. LXXX, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, *ad vocem*.

ZUCCONI, G. (1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1855-1942)*, Milano, Jaca Book.

Elenco delle fonti archivistiche

Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, fasc. Venezia.

Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, *ing. Annibale Forcellini e ing. Girolamo Manetti, Descrizione sommaria delle Opere di Risanamento, progettate per la Città di Venezia*, s. d. [ottobre 1889].

Roma. Archivio Centrale dello Stato. Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica, Affari generali 1882-1915. B. 817, relazione manoscritta dell'Ufficio degli ingegneri sanitari, *Risanamento di Venezia*, 19 aprile 1894.

Venezia. Archivio storico del Comune. Comune di Venezia, avviso 17286-1440, 2 settembre 1896.

IL RUOLO DEL SAPERE IGIENISTA NEL PIANO INA-CASA

Ermanno Bizzarri

Abstract

The INA-Casa plan was a social housing program meant, among other things, to resolve the Italian residential emergency after World War II. The aim was to give working citizens a healthy accommodation, and to construct new neighbourhoods according to sanitary regulations that were also formulated in the work-in-progress phase. Designers had to provide physical and mental wellness to the inhabitants on the basis of recommendations that influenced the research and legislation to come.

Keywords

INA-Casa, urban planning, social housing, sanitary engineering, psychological well-being.

Introduzione

Nel secondo dopoguerra, in Italia il tema dell'abitazione era definito un "problema", che implicava particolari connessioni tra più aree del sapere [Diotallevi, Marescotti 1948, cap. 1-tav. 1], e un "pericolo moderno" per la vita dell'uomo [De Carlo 1948, 42]. Benché la situazione non fosse del tutto nuova[1], le devastazioni belliche acuirono le già difficili condizioni abitative di gran parte della popolazione. Oltre a un lieve aumento dell'indice di affollamento del censimento del 1951 rispetto a quello già preoccupante del 1931, a causa dei danni bellici si registrò la distruzione di circa due milioni di vani e il danneggiamento in diversa misura di circa altri quattro milioni[2]. Ciò portò alla convivenza forzata di più nuclei familiari, alla creazione di abitazioni di fortuna e baracche malsane e alla ricerca di ricovero nelle grotte[3].

Approvato con la legge 28 febbraio 1949, n. 43, sotto il nome di *Piano d'incremento dell'occupazione operaia* [«Gazzetta Ufficiale» 1949c], il piano INA-Casa s'inserì nel contesto

[1] Le prime proposte per la risoluzione del problema furono avanzate già dal 1939 [Nicoloso 2010].

[2] Nel 1931 l'indice di affollamento era pari a 1,36 persone per stanza, mentre nel 1951 era 1,39, con picchi compresi tra l'1,70 e l'1,86 nel Meridione. In particolare, nel Mezzogiorno fu rilevato un affollamento medio di 6 persone per stanza [Beretta Anguissola 1963, 7-9; Di Biagi 2010, 17-18].

[3] Caso esemplare fu quello dei Sassi di Matera, oggetto della legge 17 maggio 1952, n. 619, *Risanamento dei rioni dei «Sassi» nell'abitato del comune di Matera*, la cosiddetta «legge Colombo» [«Gazzetta Ufficiale» 1952]. Per l'intero territorio nazionale, invece, fu promulgata la legge 9 agosto 1954, n. 640, *Provvedimenti per l'eliminazione delle abitazioni malsane*, indirizzata soprattutto alle famiglie alloggiate in grotte e baracche [«Gazzetta Ufficiale» 1954].

© Aisu International 2020

di risoluzione dell'emergenza abitativa durante la Ricostruzione con duplice scopo: la creazione di posti di lavoro per il riassorbimento della disoccupazione attraverso il settore edilizio e la realizzazione di alloggi per rispondere alla domanda residenziale [Beretta Anguissola 1957, 6]. Per la prima volta, però, si decise di affrontare il tema della casa economica non più secondo criteri quantitativi, ma puntando a una produzione di qualità [Bonelli 1959, in Fabbri, Menozzi, Quistelli *et al.* 1982, 254]. Fondamentale per assicurare ai futuri abitanti una casa vivibile era il rispetto delle norme d'igiene edilizia, dalla scala architettonica a quella urbanistica. L'impronta sperimentale del piano rese lo stesso un lavoro *in itinere*, permettendo di provare nuovi parametri di progettazione e di attendere i risultati a breve termine per confermare o rivedere i criteri adottati.
In questo saggio s'intende evidenziare come i princìpi costruttivi derivanti dall'ingegneria sanitaria, tradotti in schemi e raccomandazioni progettuali, hanno avuto un ruolo determinante nell'impostazione del piano INA-Casa.

Tratti igienisti dell'urbanistica INA-Casa

La legge n. 43/1949 rendeva chiara la finalità del piano: la costruzione e l'assegnazione sul territorio nazionale di alloggi per una precisa categoria di cittadini, i lavoratori[4]. Il primo criterio da seguire per la distribuzione delle abitazioni era l'indice di affollamento di ogni comune e l'entità delle distruzioni belliche subite, destinando al Meridione e alle isole maggiori – secondo l'art. 10 della stessa legge – almeno un terzo delle risorse economiche da investire [«Gazzetta Ufficiale» 1949c, 623-624]. Pur utilizzando leggi e decreti, la principale strategia normativa del programma passava attraverso una tipologia testuale ben nota agli addetti al settore: il manuale di progettazione, composto da quattro fascicoli editi durante i due settenni del piano e contenenti le norme per l'elaborazione dei disegni, nonché le delibere del Comitato di attuazione.
L'obiettivo dei fascicoli era quello di «agevolare il compito delle stazioni appaltanti e dare un più preciso orientamento ai progettisti» [Gestione INA-Casa 1949, 5]. Le linee guida illustrate non erano norme tassative, ma soltanto «un punto di partenza chiaramente determinato (così da evitare errori di impostazione, che l'esperienza ha dimostrato tutt'altro che infrequenti)» [Gestione INA-Casa 1949, 5]. Tuttavia, con l'avanzare del tempo e il riscontro dei risultati ottenuti, i suggerimenti e gli esempi offerti si trasformarono in regole prestazionali fino a diventare più stringenti e matematiche, mostrando in maniera pratica il *modus operandi* per il decennio GesCaL e anticipando gli *standard* della legge n. 765/1967 [Gabellini 2010]. L'unico aspetto inderogabile era il rispetto delle norme igieniche su due livelli: urbanistico, per la sistemazione degli

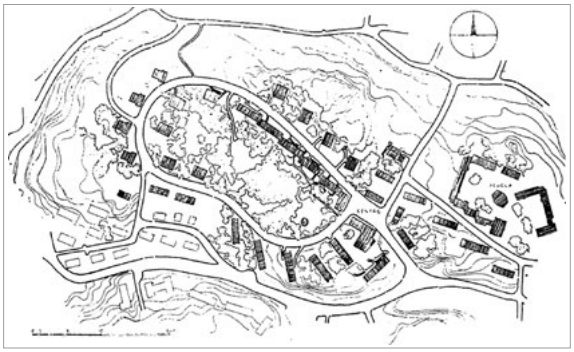
[4] Il piano INA-Casa si basava sulla partecipazione economica delle amministrazioni pubbliche, delle aziende private e di cooperative in qualità di stazioni appaltanti e su quella dei lavoratori dipendenti come futuri proprietari, il cui contributo, teoricamente garantito dal salario mensile percepito, anticipava parte dei costi di realizzazione. Per i lavoratori agricoli, gruppo escluso dai beneficiari del piano, fu promulgata la legge 30 dicembre 1960, n. 1676, *Norme per la costruzione di abitazioni per i lavoratori agricoli* [«Gazzetta Ufficiale» 1961].

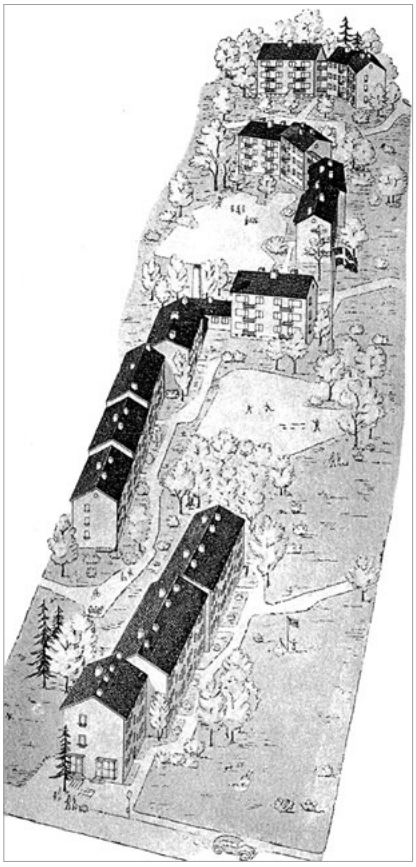
edifici e dei quartieri, e architettonico, in riferimento ai caratteri spaziali e distributivi dell'alloggio.
L'emergenza fu affrontata a partire dalla riduzione del sovraffollamento, una delle principali cause di diffusione delle epidemie. Definendo come "nucleo familiare del lavoratore", a distanza di quattro anni dalla fine della guerra, «la famiglia costituita dal lavoratore, dal coniuge, dai discendenti e dagli ascendenti seco lui conviventi, oltre agli eventuali collaterali ed affini sino al quarto grado che siano conviventi ed a carico del lavoratore stesso» [«Gazzetta Ufficiale» 1949b, 7], si comprende che le famiglie in coabitazione e locatarie di un alloggio inadeguato, condizioni di preferenza nei criteri di assegnazione[5] [«Gazzetta Ufficiale» 1949b, 7], erano numerose sia nella misura dei loro componenti sia come categoria. Dunque, il piano prevedeva alla scala architettonica il contenimento del coefficiente medio di affollamento fissandolo a un rapporto di due persone a vano utile [«Gazzetta Ufficiale» 1949b, 7]; dal punto di vista urbanistico, invece, si consigliava l'adozione di una densità di popolazione non superiore ai 500 ab/ha [Gestione INA-Casa 1949, 9-10], ridotta a 300 ab/ha nel secondo settennio, sempre ad eccezione dell'inserimento di singole costruzioni nel tessuto urbano preesistente [Gestione INA-Casa 1957, 11].
L'urbanistica INA-Casa, al contrario della tendenza generale dell'edilizia sociale italiana precedente[6], aveva carattere estensivo, pur non adottando totalmente la soluzione residenziale unifamiliare per ragioni di economia di suolo e di costruzione [Fabbri 1975, 38]. Infatti «un secolo di esperienza ha provato che l'addensamento di popolazione in nuclei residenziali di elevata densità, composti con blocchi di edifici a cortili chiusi e a molti piani, con strade relativamente strette, privi o quasi di zone verdi, origina a breve scadenza un peggioramento delle condizioni generali di vita» [Gestione INA-Casa 1950, 7-8]. Ciò concordava anche con i modelli presi a riferimento [Gestione INA-Casa 1950, 18-22, 24-29], i quartieri residenziali del neo-empirismo scandinavo, le cui sistemazioni urbane varie e integrate nel contesto mostrarono un nuovo modo di applicazione delle norme igienico-edilizie (Figg. 1-2). Sconsigliata fortemente la maglia ortogonale e rettilinea dei tracciati ottocenteschi e razionalisti [Gestione INA-Casa 1950, 13, 16-17], nei fascicoli era raccomandata una composizione urbanistica aperta alla città, che evitasse linee rette e che utilizzasse più tipologie edilizie nello stesso quartiere (Fig. 1).

---

[5] Tra gli altri criteri di preferenza, in relazione alle condizioni sanitarie residenziali, vi era la mancanza totale di una soluzione abitativa, la sistemazione in un ricovero di fortuna e l'occupazione di «un alloggio assolutamente antigienico» [«Gazzetta Ufficiale» 1949b, 7].

[6] In Italia il dibattito sugli schemi e sulle tipologie delle case popolari è acceso sin dal primo Novecento, laddove il concetto di *tipo architettonico* è strettamente legato a quello di *valore*, soprattutto in senso politico-sociale [Di Sivo 1981, 11-12]. Sebbene le ragioni economiche abbiano sempre fatto propendere committenza pubblica e progettisti verso soluzioni a carattere intensivo, anche in Italia è possibile ritrovare una forte compagine – supportata dalle teorie di Ebenezer Howard prima [Howard 1902] e Lewis Mumford poi [Mumford 1938; Mumford 1945] – a favore della bassa densità abitativa, dei sobborghi-giardino e della casa unifamiliare operaia [Boldi 1909; Schiavi 1911; Giovannoni 1931; Selvafolta 2018]. Per amor di sintesi non è possibile in questa sede trattare esaustivamente l'argomento, ma, tra tutte, si rimanda alle esperienze del Milanino [Boriani, Bortolotto 1991], della città-giardino Aniene [Marsilio 2003; Galassi, Rizzo 2013] e del quartiere romano della Garbatella [Costantini 1922; Stabile 1996].





1: B. Gate, Lidingö – unità residenziale [Gestione INA-Casa (1950). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 2: suggerimenti, esempi e norme per la progettazione urbanistica – progetti tipo*, Roma, Tip. M. Danesi, p. 18]. La didascalia originaria, riportata nel secondo fascicolo delle norme per la progettazione delle unità INA-Casa, descrive così la planimetria: «esempio felice di composizione intorno ad uno spazio interno, costituito dalla cima boscosa della collina, la quale ha consentito la creazione di belle visuali locali lungo tutta la strada ad anello» [Gestione INA-Casa 1950, 18].
2: Sandviker, Svezia – abitazioni operaie [Gestione INA-Casa (1950). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 2: suggerimenti, esempi e norme per la progettazione urbanistica – progetti tipo*, Roma, Tip. M. Danesi, p. 28]. L'immagine, pubblicata nel secondo fascicolo delle raccomandazioni per la progettazione INA-Casa, è accompagnata dalla seguente didascalia: «si noti quanto risulta felice la disposizione di questi gruppi di case intesa a costruire ambienti architettonici raccolti, a creare scorci prospettici gradevoli, sempre componendo col verde e con la natura del terreno gli elementi edilizi» [Gestione INA-Casa 1950, 28].

L'adozione di un impianto urbano organico e non concluso in sé concordava con i princìpi dell'ingegneria sanitaria per un'adeguata aerazione e un ottimale soleggiamento. La raccomandazione generale di escludere in tutti gli edifici cortili chiusi[7], semichiusi, chiostrine e cavedi [Gestione INA-Casa 1949, 10] era dettata dalla necessità di garantire una corretta ventilazione per tutte le parti della casa, senza aria stagnante ma in costante ricambio. Tale suggerimento era valido anche per l'illuminazione: evitando che l'edificio si facesse ombra da solo per forma si otteneva un'esposizione degli alloggi su più lati, consigliata almeno in misura doppia e solo eccezionalmente ortogonale. Inoltre, si limitavano agli ambienti di servizio gli affacci a nord-est e nord-ovest o anche alla camera da letto nel caso in cui non fosse l'unica [Gestione INA-Casa 1949, 10]. La stessa quantità

[7] Sebbene con tale indicazione le linee guida raccomandino, nemmeno troppo velatamente, di evitare edifici a corte, all'interno del piano INA-Casa sono state svolte sperimentazioni anche in tal senso, maggiormente durante il secondo settennio. La realizzazione più conosciuta che adotta tale tipologia, declinandola in maniera tale da evitare problemi d'igiene edilizia, è il quartiere INA-Casa di via Cavedone a Bologna (1955-1964), del gruppo rappresentato dall'arch. Federico Gorio [Gorio 1958; Gorio 1962].

di luce doveva essere assicurata a tutti i piani[8], adottando un rapporto illuminante di 1/6 [Gestione INA-Casa 1949, 10] e rispettando le distanze tra fabbricati in relazione alle altezze, avendo cura di garantire una giusta insolazione invernale; la sola restrizione di mantenere una distanza minima pari a una volta e mezza l'altezza dell'edificio più elevato era data agli edifici paralleli [Gestione INA-Casa 1957, 12]. In generale erano preferibili fabbricati con un basso numero di piani, mediamente tre [Gestione INA-Casa 1956, 9], in quanto un'altezza superiore poneva problemi sia costruttivi che di mobilità degli inquilini [Gestione INA-Casa 1956, 11]; tuttavia, l'elevazione era comunque influenzata dal contesto[9] e rimandata sempre in ultima battuta ai regolamenti edilizi comunali. Le linee guida spezzavano anche il rapporto di diretta dipendenza tra ampiezza delle strade e altezza dei fabbricati: i fascicoli suggerivano il dimensionamento della sezione stradale secondo l'entità del traffico presumibile [Gestione INA-Casa 1950, 55] e secondo i rapporti preesistenti tra spazi liberi ed edifici [Gestione INA-Casa 1950, 9].
Una questione che non fu subito considerata problematica fu la scelta e l'acquisizione delle aree edificabili, in quanto non tutte consentivano la corretta applicazione delle norme d'igiene edilizia. In principio non si mirava alla creazione di interi quartieri, ma all'inserimento di edifici nel tessuto urbano storico o di espansione, laddove erano già garantiti i servizi principali e l'inclusione sociale [Gestione INA-Casa 1950, 5, 10-12]. Pur potendo disporre dello strumento d'esproprio[10] [«Gazzetta Ufficiale» 1949c, 625], il criterio economico portava a preferire terreni in donazione o a condizioni di particolare favore [«Gazzetta Ufficiale» 1949b, 6] e aree periferiche, più libere e ampie, ma carenti in attrezzature essenziali. Tale circostanza portò alla formulazione di due soluzioni: la prima fu l'indizione di concorsi di carattere prevalentemente tecnico-costruttivo, con i quali si richiedeva, ad esempio, la progettazione di piccoli impianti di depurazione e smaltimento delle acque, per le località sprovviste di fognature, e di elementi tecnologici e impiantistici per migliorare l'abitabilità dell'alloggio[11] [Gestione INA-Casa 1949, 61-65]. La seconda si tradusse nella redazione di un *Promemoria ad uso del progettista* [Libera 1952; Gestione INA-Casa 1956], con il quale si offriva un ausilio progettuale per il calcolo di massima delle dotazioni di quartiere, inclusi le aree libere, quelle verdi e ricreative e i servizi assistenziali e sanitari.

---

[8] Dal questionario d'indagine agli assegnatari si scoprì che molti, pur avendo fatto richiesta per alloggi al piano terra, domandarono in seguito di passare ai piani superiori, lamentando una scarsa insolazione, problemi di umidità e mancanza di *privacy*. Perciò, dal secondo settennio si consigliò di mantenere uno scarto tra la quota interna dell'alloggio e il livello di campagna di almeno 60 cm, o altrimenti di sfruttare tali locali per altre destinazioni [Gestione INA-Casa 1956, 11-12].

[9] Gli edifici superiori a quattro piani erano da realizzare nei grandi centri urbani, mentre in generale bisognava accordare l'altezza dei fabbricati all'altimetria del suolo, all'inserimento nel paesaggio e alla tradizione costruttiva locale.

[10] Si applicavano le norme della legge 15 gennaio 1885, n. 2892, *Risanamento della città di Napoli* [«Gazzetta Ufficiale» 1885], vigenti in Italia fino al 1977.

[11] Si tratta dei bandi di concorso per ingegneri per l'iscrizione nell'albo dei progettisti INA-Casa.

Tabella 1: Prospetto degli indici di superficie utile degli alloggi di edilizia pubblica in Italia dal 1938 al secondo settennio INA-Casa [elaborazione dell'autore].

Normativa	Superficie utile [m²]					
	Indici	Alloggio da:				
		1 vano + accessori	2 vani + accessori	3 vani + accessori	4 vani + accessori	5 vani + accessori
R. D. 28 aprile 1938 n. 1165, *Approvazione del testo unico delle disposizioni sull'edilizia popolare ed economica*	massimi	–	65 m²	80 m²	95 m²*	110 m²
D. L. 8 maggio 1947, n. 399, *Provvidenze dirette ad agevolare la ripresa delle costruzioni edilizie*	minimi	40 m²	50 m²	65 m²	80 m²	110 m²**
L. 2 luglio 1949, n. 408, *Disposizione per l'incremento delle costruzioni edilizie*	massimi	–	65 m²	80 m²	95 m²	110 m²
Piano d'incremento dell'occupazione operaia, I settennio (1949-1956)	minimi	30 m²	45 m²	60 m²	75 m²	90 m²
L. 9 agosto 1954, n. 640, *Provvedimenti per l'eliminazione delle abitazioni malsane*	massimi	–	34 m²	42 m²	50 m²	–
Piano d'incremento dell'occupazione operaia, II settennio (1956-1963)	minimi	–	50 m²	70 m²	90 m²	110 m²
*Successivamente la legge n. 290/1943 apportò modifiche indicando che la possibilità di costruire alloggi di quattro vani abitabili, oltre gli accessori, con superficie totale non superiore a 90 m².						
**Pur fissando i minimi di superficie utile, il D. L. n. 399/1947 indica la superficie massima per l'alloggio da cinque vani.						

Caratteri distributivi e spaziali di un alloggio salubre

A livello architettonico, a differenza delle altre leggi sull'edilizia sociale che fissavano un valore massimo, le norme progettuali INA-Casa prescrivevano una superficie minima utile dell'alloggio, leggermente aumentata dal primo al secondo settennio [Gestione INA-Casa 1949, 10; Gestione INA-Casa 1956, 19; Gestione INA-Casa 1957, 13] (Tab. 1). La motivazione può essere ricercata nel fatto che, avendo stabilito come costo di costruzione un valore massimo a vano di 400.000 lire[12] [«Gazzetta Ufficiale» 1949a, 2], era possibile

[12] Tale limite fu comunque superato perché ritenuto adeguato solo ai tempi d'emanazione della legge a causa delle variazioni dei costi di costruzioni e di fattori maggiormente incidenti e non riducibili, come

impiegare parte della disponibilità economica nel miglioramento dell'appartamento, nel caso in cui non fosse stata spesa l'intera somma [Gestione INA-Casa 1949, 7]. Ad ogni modo, il numero di vani di un alloggio non doveva superare il numero dei componenti del nucleo familiare più uno [«Gazzetta Ufficiale» 1949a, 4; «Gazzetta Ufficiale» 1956, 4227]. A tal proposito, è da evidenziare l'inclusione di nuclei monopersonali nel piano assistenziale attraverso la previsione di alloggi composti da un solo vano con accessori nel primo settennio[13], eliminati nel secondo per scarsa richiesta (Tab. 1). Inoltre, furono definite parzialmente le metrature delle stanze e i relativi arredi di cui i singoli alloggi dovevano essere forniti [Gestione INA-Casa 1956, 17-26]. Tra tutti i suggerimenti, quello più rilevante era l'inammissibilità della presenza di «più o meno di due letti» [Gestione INA-Casa 1956, 22] singoli in una camera diversa da quella matrimoniale, laddove all'avvio del programma era consigliato l'uso del soggiorno come camera da letto per i figli nel caso in cui fosse stato necessario distinguerli per sesso [Gestione INA-Casa 1950, 42]. In tal modo, però, si contravveniva alla regola igienista fondamentale per la progettazione degli alloggi INA-Casa: evitare la promiscuità d'uso degli spazi.

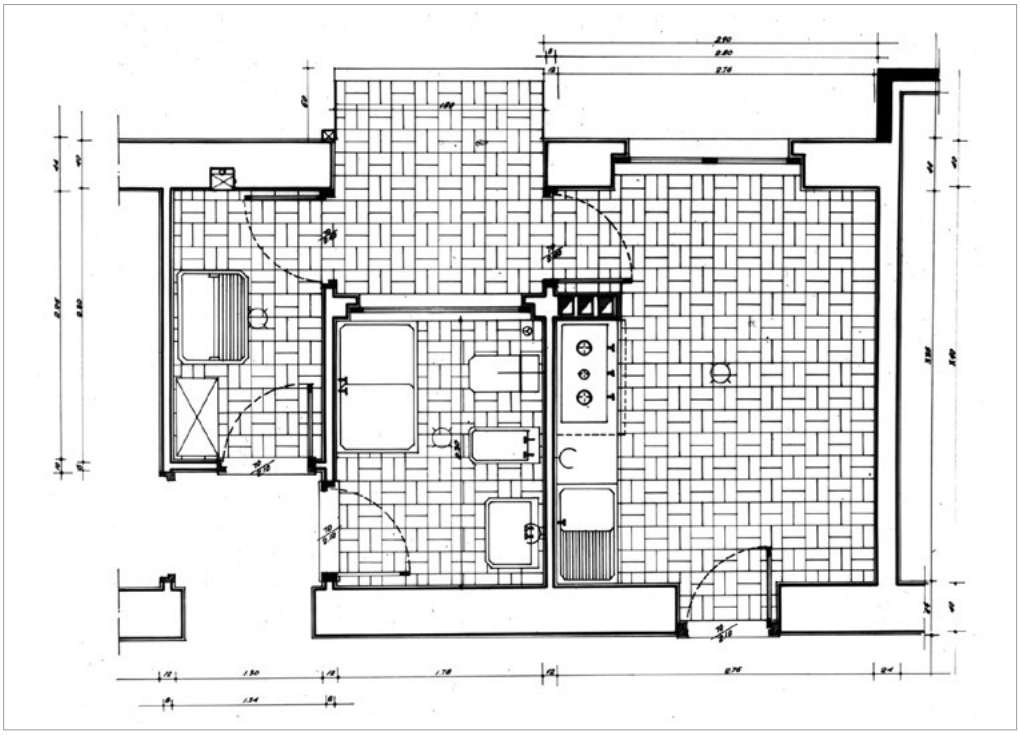
Confermato legislativamente il divieto d'utilizzo dell'alloggio diverso dall'abitazione se non per l'esercizio di attività lavorative svolte a domicilio o in ambito familiare[14] [«Gazzetta Ufficiale» 1949a, 5], progettualmente bisognava assicurare un'unica destinazione per ambiente, sempre nell'ottica di economia di costruzione. In primo luogo si rese chiara la necessità di dotare le abitazioni di un lavatoio affinché il bagno non fosse usato impropriamente [Gestione INA-Casa 1949, 9], creando così un ambiente costantemente umido. Il lavatoio poteva essere interno, scelta preferita dagli assegnatari [Gestione INA-Casa 1956, 23], o esterno, posto nella loggia o sui balconi nelle località dal clima favorevole. Con l'avanzare del programma fu anche avviato nei grandi centri un esperimento grazie al quale circa un migliaio di alloggi furono dotati di lavatrici e asciugatrici elettriche o di agitatori d'acqua a comando elettrico incorporato nella vasca da bagno [Gestione INA-Casa 1956, 23; Ente Gestione Servizio Sociale Case per i Lavoratori 1956], in previsione di una diffusione commerciale di questi elettrodomestici. Tale opportunità permetteva un'ulteriore economia di spazio e condizioni igrometriche interne più controllate.

Le linee guida consigliavano di sviluppare l'intero alloggio intorno al blocco loggia/balcone-bagno/lavatoio-cucina [Gestione INA-Casa 1950, 52] (Fig. 3) sia per ragioni ingegneristiche, sfruttando un unico cavedio per gli impianti, che per motivi funzionali. Infatti la loggia, o il balcone, era l'ambiente che permetteva agli inquilini di vivere

il prezzo di acquisizione delle aree o di realizzazione delle attrezzature primarie [Parenti 1967].

[13] L'esempio più noto è *l'edificio degli scapoli o per persone sole* di Adalberto Libera nel quartiere Tuscolano a Roma.

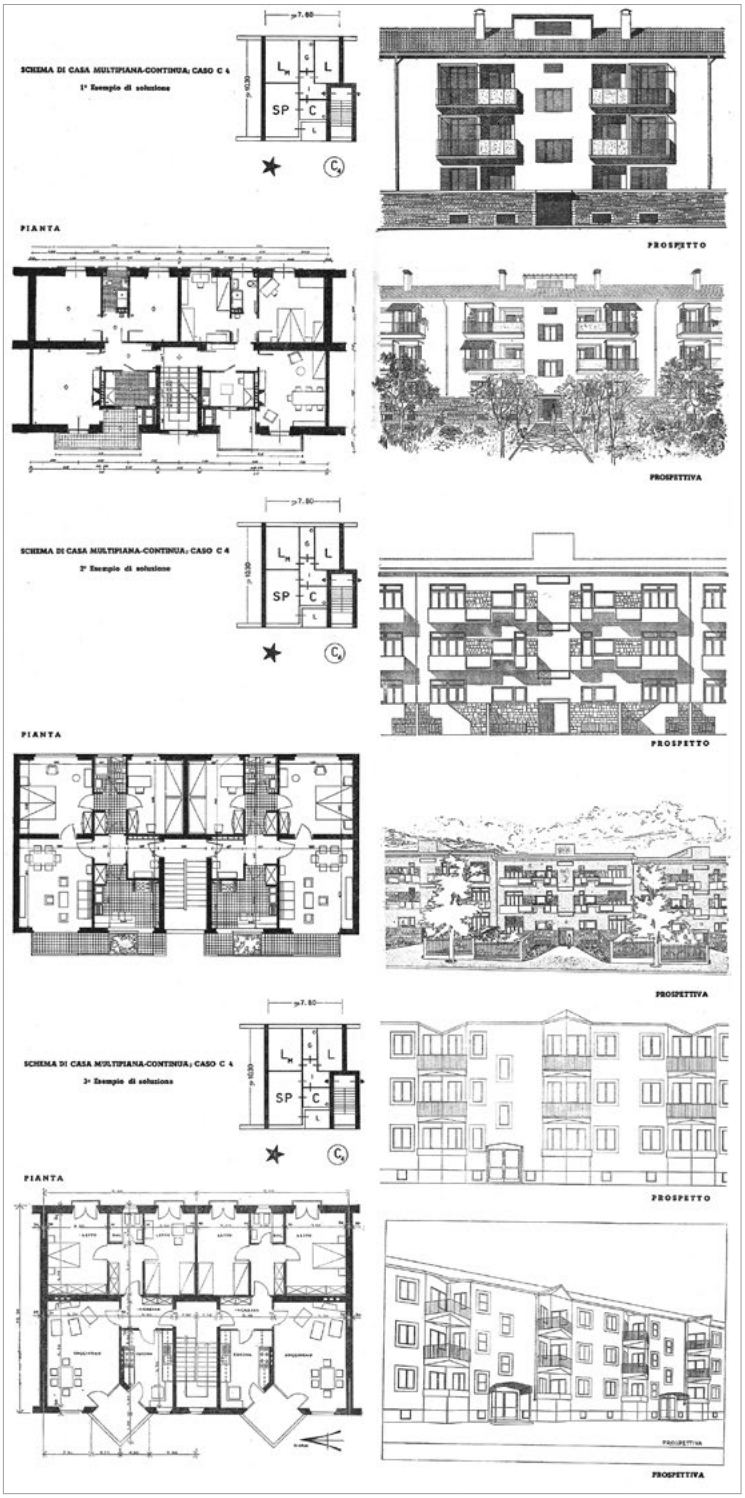
[14] La possibilità di esercitare attività lavorative assimilabili a quelle domestiche era probabilmente data dal fatto noto che spesso il reddito del lavoratore dipendente non era l'unico del nucleo familiare. I lavori extra non dichiarati, come ad esempio quelli di piccola sartoria o accudimento dei bambini, erano per lo più una maniera per l'adulto che rimaneva a casa, generalmente la donna, di arrotondare e dare il proprio contributo economico.



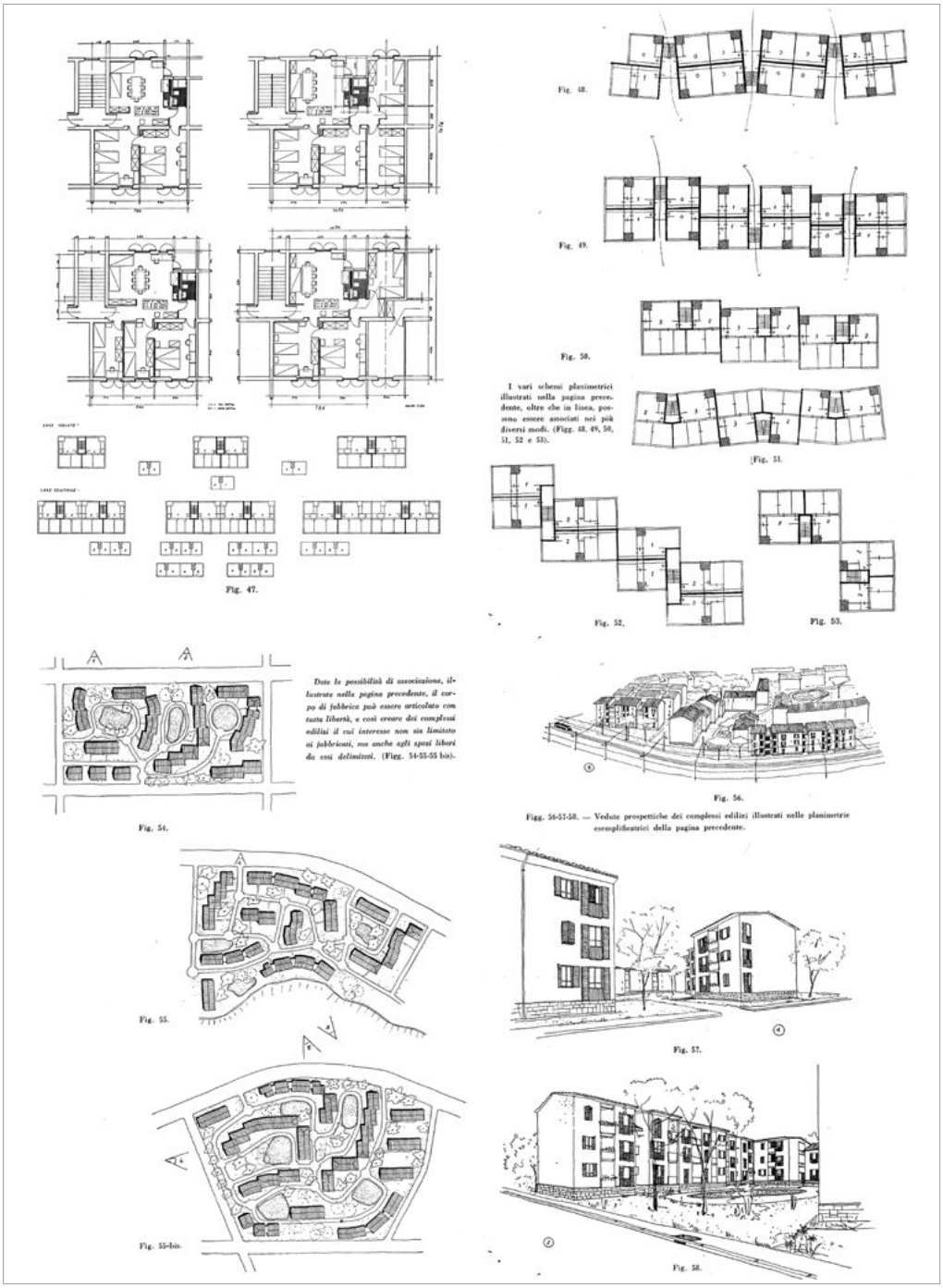
3: Possibilità di composizione del blocco loggia/balcone-bagno-lavatoio-cucina elaborata dallo studio Mendia Carile-Maione, s.d. [Archivio privato Mendia Carile. Portfolio]. Per una panoramica sull'attività dello studio a metà Novecento si rimanda alla monografia incentrata sulla figura dell'arch. Elena Mendia [Ingrosso 2020].

all'aperto nella *privacy* del proprio alloggio, ma al tempo stesso un locale di servizio impiegato per la stenditura della biancheria [Gestione INA-Casa 1950, 44, 49], e dunque occorreva un affaccio del bagno o del lavatoio per facilitare il passaggio dei panni [Gestione INA-Casa 1956, 23]. In relazione alla cucina, invece, la loggia serviva, assieme alla cappa, all'aerazione dei fumi di cottura e per il contenimento dell'umidità dell'acquaio. Al fine di illustrare le possibilità di composizione degli ambienti dell'alloggio, la Gestione INA-Casa pubblicò schemi e progetti d'ufficio da prendere a modello [Gestione INA-Casa 1949; Gestione INA-Casa 1950] (Figg. 4-5).

La progettazione INA-Casa prese in considerazione anche il problema termico. L'intenzione era quella di dotare gli alloggi di tutti i *comfort* possibili, nonostante i costi proibitivi della produzione industriale al tempo. Perciò tra i già citati concorsi di carattere prevalentemente tecnico-costruttivo, facendo appello alla serietà e all'inventiva dei progettisti, ve ne era uno per la progettazione di un tipo di stufa economica, efficiente e portatile, e un altro per un sistema di riscaldamento d'acqua per il bagno a basso costo d'impianto e d'esercizio e facilmente riproducibile in serie [Gestione INA-Casa 1949, 62-63]. L'attenzione fu naturalmente rivolta anche ai materiali e alle tecnologie costruttive per evitare eccessive spese di riscaldamento [Gestione INA-Casa 1956, 49-50, 56-66]. «In linea teorica si potrebbe realizzare un edificio staticamente perfetto e con tutti



4: Esempi di soluzioni progettuali al solo livello architettonico per la composizione di una casa multipiano continua con due alloggi per scala secondo lo stesso schema distributivo planimetrico degli ambienti [Gestione INA-Casa (1949). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 1: suggerimenti, norme e schemi per la elaborazione e presentazione dei progetti. Bandi di concorso*, Roma, F. Damasso, pp. 40-45].



5: Esempio di soluzione e procedimento progettuale per la composizione a livello architettonico e urbanistico di case multipiano continue con due alloggi per scala [Gestione INA-Casa (1950). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 2: suggerimenti, esempi e norme per la progettazione urbanistica – progetti tipo*, Roma, Tip. M. Danesi, pp. 45-48].

gli impianti funzionanti alla perfezione, senza che, per questo, l'edificio risulti abitabile» [Gestione INA-Casa 1956, 49]: pertanto, le linee guida raccomandavano di progettare secondo la temperatura media del mese più freddo della zona climatica d'insediamento e di adottare tutte le misure in difesa dall'umidità.
La cura del dettaglio materico e tecnologico derivava essenzialmente da due istanze. La prima era la necessità di limitare al minimo le spese di manutenzione [Gestione INA-Casa 1949, 8], cosicché i futuri inquilini potessero permettersi di mantenere in buone condizioni i fabbricati e il proprio benessere abitativo. La scelta dei materiali doveva essere ponderata, in maniera tale da non rappresentare un dispendio economico né durante la realizzazione né lungo la vita utile dell'edificio [Gestione INA-Casa 1950, 40]. La seconda istanza, invece, riguardava i rapporti interpersonali tra gli abitanti: i materiali costruttivi, ad esempio, dovevano essere acusticamente isolanti a sufficienza per prevenire le cause di attrito tra i vicini [Gestione INA-Casa 1950, 8].
La questione relazionale evidenzia un ulteriore aspetto che il piano INA-Casa incluse nel conseguimento di una corretta igiene edilizia: la conquista del benessere mentale dei residenti. Il programma, infatti, aveva come obiettivo la realizzazione di un'«edilizia aderente alle necessità pratiche e insieme psicologiche degli abitanti» [Bonelli 1959, in Fabbri, Menozzi, Quistelli *et al.* 1982, 252]. Sebbene nei fascicoli sia utilizzata più volte la locuzione *benessere psicologico*, il termine esatto con il quale si faceva riferimento a tale sfera dell'igiene, nonché fine ultimo della progettazione, è *salute morale*. La scelta lessicale e la predilezione della questione etica probabilmente erano dovuti all'impronta democristiana del piano e allo stigma che segnava ancora la psicologia e la psichiatria negli anni Cinquanta.
Ancora una volta il mancato ottenimento della salute morale era da imputare al sovraffollamento, tra le cui dirette conseguenze vi erano una «percentuale rilevante di litigiosità, criminalità e delinquenza minorile, alto numero di nati illegittimi» [Gestione INA-Casa 1950, 8]. Con il piano INA-Casa s'intendeva dimostrare che ad adeguate condizioni di abitabilità corrispondeva un tenore comportamentale degli inquilini più alto. Il manuale suggeriva ai progettisti, con spirito quasi paternalistico, di mostrare ai futuri abitanti come vivere decorosamente in una casa: era compito sociale dell'architetto e dell'ingegnere soddisfare le esigenze pratiche e funzionali degli abitanti tramite la ricerca di una certa qualità estetica che influenzasse anche la morale comune [Gestione INA-Casa 1950, 41].
Al benessere mentale concorrevano anche elementi godibili dall'alloggio. I progettisti potevano ricorrere alle risorse paesistiche per influenzare positivamente le condizioni psicologiche degli abitanti, migliorando il quartiere tramite una valorizzazione ragionata del contesto e consentendo di avere delle visuali libere e piacevoli da ciascun appartamento [Gestione INA-Casa 1949, 11]. Allo stesso modo il verde contribuiva alla creazione di un ambiente sano per la salute fisica e morale: la vegetazione preesistente era da rispettare al punto tale da determinare parte della progettazione e bisognava garantire la stessa quantità di aree naturali a tutti i cittadini, anteponendo l'uso comune a quello privato di pertinenza [Gestione INA-Casa 1949, 11]. Nel secondo settennio furono addirittura dati suggerimenti più precisi sulla tipologia di vegetazione da inserire nei giardini e negli orti privati e sulla consistenza delle aree pubbliche [Gestione INA-Casa 1956, 41-42].

Furono individuate ulteriori cause di malessere e di depressione per gli abitanti a livello urbanistico: su tutte la monotonia dei fabbricati, da evitare per l'effetto alienante e affinché ciascun edificio fosse univocamente riconoscibile. A tale scopo, ai progettisti erano consigliati l'uso di più tipi edilizi secondo ritmi diversi, il ricorso al gioco di quote e una combinazione di materiali e cromie differenti [Gestione INA-Casa 1949, 25]. Altra causa, infine, era il problema della distanza dai centri urbani e dalla presenza di servizi primari, che poteva far percepire il nuovo quartiere, spesso periferico, come «residenza di confino sociale o villaggio dei poveri scacciati alla città» [Bonelli 1959, in Fabbri, Menozzi, Quistelli *et al.* 1982, 255]. Anche per questo furono calcolate le dotazioni minime di attrezzature collettive da inserire nei nuovi quartieri, in maniera tale da evitare l'effetto dormitorio e caratterizzare gli insediamenti come poli urbani aggregati.

Conclusioni

Dalla disamina delle norme progettuali igienico-edilizie si può apprezzare l'approccio pratico del piano INA-Casa alla risoluzione del problema sanitario dell'abitazione. Non si espongono soltanto meri princìpi, ma si offrono linee guida ragionate su progetti tipo per la composizione spaziale dell'alloggio e nuovi metodi di dimensionamento per la sistemazione urbanistica e le attrezzature di quartiere. Tra tutti i caratteri ben più noti di carattere linguistico, morfologico e tipologico, il tema dell'igiene edilizia nel piano INA-Casa è forse stato quello meno indagato, ma che ha avuto un ruolo fondamentale sulla direzione intrapresa dal programma: è infatti l'aspetto che dà più informazioni sui progetti circa la conformazione urbanistica e lo sviluppo distributivo delle cellule residenziali.
Inoltre, risulta chiaro che l'abitazione era intesa come luogo di salute fisica, psicologica e morale al di là del costo di realizzazione. Nonostante l'approccio didascalico dei progettisti sull'utilizzo dell'abitazione, nei fascicoli si evidenzia sempre di più con lo scorrere del tempo che bisognava garantire pari condizioni di vivibilità a tutti i cittadini secondo il criterio di qualità. Ciò traspare non solo dalle parole, ma dall'impostazione del piano in termini di dimensionamento di ambienti residenziali e di quartiere: stessi requisiti da assicurare a tutti gli abitanti dei nuovi quartieri, che alloggiassero al piano terra o all'ultimo piano, così come stesse possibilità da offrire a coloro i quali vivevano nei centri urbani, maggiori o minori, o nelle zone più attrezzate. Con i quartieri INA-Casa si è dimostrato come l'ambiente non costruito ma progettato fosse importante per i bisogni fondamentali dell'uomo: aria, luce, natura, paesaggio e aree di ritrovo collettivo necessitano di spazi e distanze per rendere la casa un luogo sicuro, abitabile e igienico.
Infine, durante i quattordici anni di attuazione il piano INA-Casa segnò un percorso progettuale seguito dai successivi piani di edilizia sociale, come nel caso della Gestione case per i lavoratori[15]. Se con la legge n. 167/1962 si cominciò a dotare i comuni di uno strumento urbanistico attuativo finalizzato alla realizzazione di quartieri residenziali

[15] «Si è stabilito di accettare, in prima ipotesi, come valida la tipologia edilizia corrente in Italia […] sperimentata e diffusa nella passata esperienza dell'INA-Casa e riproposta frequentemente dal contenuto dei

pubblici integrati, fu con la circolare ministeriale 20 gennaio 1967, n. 425 [Di Sivo 1981, 112-116], la legge n. 765/1967 e successivamente con il decreto ministeriale 1444/1968 che si diede la definizione degli *standard* residenziali e urbanistici, la quantificazione dei costi delle opere di urbanizzazione primaria e secondaria e l'approfondimento di concetti come l'indice di affollamento. Per la prima volta, infatti, si definirono in maniera univoca soluzioni a problemi che il piano INA-Casa aveva affrontato e cercato di risolvere con un approccio nuovo sia in campo progettuale che nell'*iter* amministrativo, divenendo quindi la premessa fondamentale per l'innovazione dei meccanismi della programmazione e del coordinamento dell'edilizia pubblica apportata dalla legge n. 867/1971, conosciuta come «legge per la casa».

Note

Il contributo qui presentato fa parte del lavoro di ricerca dottorale condotto dall'autore. Per una trattazione più esaustiva dell'argomento si rimanda alla tesi finale, in fase di stesura.

Bibliografia

BERETTA ANGUISSOLA, L. (1957). *L'azione del piano INA-CASA nei suoi aspetti economico-sociali*, in «Architettura cantiere», n. 12, 1957, pp. 6-11.

BOLDI, M. A. (1909). *Le case popolari*, voll. I-II, Milano, Hoepli.

BONELLI, R. (1959). *Edilizia economica: politica dei quartieri*, in «Comunità», n. 17, ora in *L'immagine della comunità: architettura e urbanistica in Italia nel dopoguerra* (1982), a cura di M. Fabbri, A. Greco, L. Menozzi *et al.*, Roma, Casa del libro editrice, pp. 252-259.

BORIANI, M., BORTOLOTTO, S. (1991). *Origini e sviluppo di una città giardino. L'esperienza del «Milanino»*, Milano, Guerini.

CENTRO STUDI GESCAL (1964). *Prima relazione sugli standard edilizi*, Roma, Centro studi della GesCaL.

COSTANTINI, I. (1922). *Le nuove costruzioni dell'Istituto per le Case Popolari in Roma. La borgata giardino Garbatella*, in «Architettura e arti decorative», a. II, fasc. III, pp. 119-137.

DE CARLO, G. (1948). *Il problema della casa*, in «Volontà», a. II, n. 10-11, pp. 41-49.

Decreto del Presidente della Repubblica 22 giugno 1949, n. 340. Norme integrative e complementari per l'attuazione della legge 28 febbraio 1949, n. 43, concernente provvedimenti per incrementare l'occupazione operaia agevolando la costruzione di case per lavoratori (1949a), in «Gazzetta Ufficiale», a. 90, supplemento ordinario al n. 150, 4 luglio.

Decreto del Presidente della Repubblica 4 luglio 1949, n. 436. Regolamento per l'esecuzione della legge 28 febbraio 1949, n. 43, riguardante provvedimenti per incrementare l'occupazione operaia, agevolando la costruzione di case per lavoratori (1949b), in «Gazzetta Ufficiale», a. 90, supplemento ordinario al n. 169, 26 luglio.

"piani di zona". […] Inoltre si è stabilito di assumere mediamente, in prima ipotesi, i criteri distributivi correnti ed accettati di norma dalla passata Gestione INA-Casa» [Centro Studi GesCaL, 26-27].

Decreto del Presidente della Repubblica 9 aprile 1956, n. 1265. Norme integrative e complementari per l'attuazione delle leggi 28 febbraio 1949, n. 43 e 26 novembre 1955, n. 1148, concernenti provvedimenti per incrementare l'occupazione operaia agevolando la costruzione di case per lavoratori (1956), in «Gazzetta Ufficiale», a. 97, n. 295, 21 novembre, pp. 4225-4234.

DI BIAGI, P. (2010, I ed. 2001). *La «città pubblica» e l'Ina-Casa,* in *La grande ricostruzione. Il piano INA-Casa e l'Italia degli anni Cinquanta*, a cura di P. Di Biagi, Roma, Donzelli editore, pp. 3-31.

DIOTALLEVI, I., MARESCOTTI, F. (1948). *Il problema sociale, costruttivo ed economico dell'abitazione*, Milano, Poligono.

DI SIVO, M. (1981). *Normativa e tipologia dell'abitazione popolare. Volume primo: l'origine e lo sviluppo nelle leggi della casa dal 1902 al 1980*, Campi Bisenzio, Alinea editrice.

ENTE GESTIONE SERVIZIO SOCIALE CASE PER I LAVORATORI (1956). *Sistemi di lavatura ed asciugatura dei panni nei quartieri INA-Casa*, Roma, Ente Gestione Servizio Sociale.

FABBRI, M. (1975). *Le ideologie degli urbanisti nel dopoguerra*, Bari, De Donato editore.

GABELLINI, P. (2010, I ed. 2001). *I manuali: una strategia normativa*, in *La grande ricostruzione. Il piano INA-Casa e l'Italia degli anni Cinquanta*, a cura di P. Di Biagi, Roma, Donzelli editore, pp. 99-111.

GALASSI, A., RIZZO, B. (2013). *Città Giardino Aniene*, Bologna, Edizioni Minerva.

GESTIONE INA-CASA (1949). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 1: suggerimenti, norme e schemi per la elaborazione e presentazione dei progetti. Bandi di concorso,* Roma, F. Damasso.

GESTIONE INA-CASA (1950). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 2: suggerimenti, esempi e norme per la progettazione urbanistica – progetti tipo*, Roma, Tip. M. Danesi.

GESTIONE INA-CASA (1956). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. 3: Guida per l'esame dei progetti delle costruzioni Ina-Casa da realizzare nel secondo settennio*, Roma, TI. BA.

GESTIONE INA-CASA (1957). *Piano incremento occupazione operaia. Case per lavoratori. Fascicolo 4: norme per le costruzioni nel secondo settennio*, Roma, TI. BA.

GIOVANNONI, G. (1931). *Vecchie città ed edilizia nuova*, Torino, UTET.

GORIO, F. (1958). *Bologna: Quartiere di via Cavedone*, in «Architettura cantiere», n. 15, pp. 35-40.

GORIO, F. (1962). *Quartiere Ina-casa e Incis di via Cavedone a Bologna*, in «Casabella Continuità», n. 267, pp. 24-48.

HOWARD, E. (1902, I ed. 1898). *Garden Cities of To-Morrow*, London, Swan Sonnenschein & Co.

I 14 anni del piano Ina-casa (1963), a cura di L. Beretta Anguissola, Roma, Staderini.

INGROSSO, C. (2020). *Elena Mendia. Un'architetta nella Napoli del Secondo Dopoguerra*, Siracusa, LetteraVentidue.

Legge 28 febbraio 1949, n. 43, *Provvedimenti per incrementare l'occupazione operaia agevolando la costruzione di case per lavoratori* (1949c), in «Gazzetta Ufficiale», a. 90, n. 54, 7 marzo, pp. 622-626.

Legge 17 maggio 1952, n. 619. Risanamento dei rioni dei «Sassi» nell'abitato del comune di Matera (1952), in «Gazzetta Ufficiale», a. 93, n. 139, 18 giugno, pp. 2206-2208.

Legge 9 agosto 1954, n. 640. Provvedimenti per l'eliminazione delle abitazioni malsane (1954), in «Gazzetta Ufficiale», a. 95, n. 186, 16 agosto, pp. 2671-2673.

Legge 30 dicembre 1960, n. 1676. Norme per la costruzione di abitazioni per i lavoratori agricoli (1961), in «Gazzetta Ufficiale», a. 102, n. 13, 16 gennaio, pp. 207-209.

Legge n. 2892 per il Risanamento della città Napoli (1885), in «Gazzetta Ufficiale», n. 14, 19 gennaio, pp. 249-250.

LIBERA, A. (1952). *La scala del quartiere residenziale*, in AA. VV., *Esperienze urbanistiche in Italia*, Roma, Istituto Nazionale di Urbanistica, pp. 129-150.

MARSILIO, C. (2003). *Montesacro-"Città Giardino Aniene". Memoria e identità di un quartiere di Roma*, Latina, Associazione culturale Novecento.

MUMFORD, L. (1938, I ed. italiana 1953). *The Culture of the Cities*, London, Seker & Warburg.

MUMFORD, L. (1945). *Urbanistica. Una introduzione americana al "Garden Cities of Tomorrow"*, in «Metron», a. I, n. 1, pp. 2-12.

NICOLOSO, P. (2010, I ed. 2001). *Genealogie del piano Fanfani. 1939-50*, in *La grande ricostruzione. Il piano INA-Casa e l'Italia degli anni Cinquanta*, a cura di P. Di Biagi, Roma, Donzelli editore, pp. 33-62.

PARENTI, G. (1967). *Una esperienza di programmazione settoriale nell'edilizia: l'Ina Casa*, Roma, Giuffrè.

SCHIAVI, A. (1911). *La casa a buon mercato e la città giardino*, Bologna, Zanichelli.

SELVAFOLTA, O. (2018). *Temi e luoghi della città giardino in Italia nei primi decenni del Novecento*, in «Ciudades», n. 6, pp. 75-97.

STABILE, R. (1996). *La borgata giardino "Garbatella", 1920-1929*, in STRAPPA, G., MERCURIO, G., *Architettura moderna a Roma e nel Lazio 1920-1945. Conservazione e tutela*, Roma, Edilstampa, pp. 151-153.

6

IL PATRIMONIO EDILIZIO DELLA CURA TRA CONSERVAZIONE, USI E RIUSI

THE CONSTRUCTED HERITAGE OF THE HEALTHCARE AMONG CONSERVATION, USE, AND RE-USE

IL RUOLO DEL PATRIMONIO AL TEMPO DEL COVID-19. RISCHIO, RIUSO, RILANCIO

Chiara Mariotti, Leila Signorelli

Abstract

This paper reflects on the role of cultural heritage in times of COVID-19, highlighting some of its specific issues: from a heritage at risk, since the lockdown closed monuments and sites, to an online entertainment for people living in quarantine, which turned from an inactive inheritance to a resilient resource also enabling temporary medical uses. Starting from certain case studies (especially from OGR Turin research), it analyses the impacts of the pandemic on heritage conservation as well as heritage inputs in building/conveying the memory of such global events in their tangible and intangible aspects.

Keywords

Cultural Heritage, COVID-19 pandemic, Risk, Reuse, Relaunch.

Introduzione

La città, o meglio il patrimonio della città, durante la pandemia COVID-19 ha assunto e attraversato significati talvolta inediti: da teatro della vita quotidiana e luogo di mitigazione delle differenze, un uso privilegiato del patrimonio sperimentato in alcuni recenti progetti europei – tra questi, a titolo di esempio, si ricorda il progetto H2020 ROCK in cui le autrici sono state direttamente coinvolte[1] – a scena inanimata dove le relazioni tra le persone sono state prima ridotte e poi annullate, limitando la possibilità di interazione solo a livello virtuale e immateriale, trincerati dietro ai muri di un confinamento che ha acuito le differenze sociali.

Come scrive in un recente articolo Emanuela Gasca di Fondazione Fitzcarraldo – rinomato centro indipendente, con sede a Torino, di progettazione, ricerca, formazione e documentazione in materia di *management*, economia e politiche della cultura – nella definizione del 2005 dell'Association for Leisure and Tourism Education il *turismo* è inteso come «il movimento di persone verso attrattori culturali, in città o paesi diversi dal loro luogo di residenza con l'obiettivo di raggiungere nuove esperienze per

[1] ROCK è acronimo di *Regeneration and Optimization of Cultural heritage in creative and Knowledge cities*: https://rockproject.eu.

© Aisu International 2020

soddisfare i loro bisogni culturali» [Gasca 2020]. Il "movimento", lo spostarsi fisicamente come condizione essenziale del godimento del patrimonio e dei suoi valori, è stato negato nell'era pandemica durante il primo *lockdown* ed è stato fortemente ridimensionato nella seconda fase. Considera l'autrice nella sua analisi che «non abbiamo ad oggi gli strumenti per poter prevedere quello che accadrà, ma sicuramente possiamo osservare il settore e provare a porci delle domande per la ripartenza a partire proprio dalle tre dimensioni citate pocanzi (motivazione di viaggio, spazio di movimento e tempo della vacanza) che esplicitano la definizione tradizionale di turismo» [Gasca 2020].

La fruizione dei beni culturali durante la pandemia

Il COVID-19 ha ridisegnato la geografia culturale della fruizione, prima sul piano virtuale e poi in un tentativo di gestire la ripartenza, nell'incertezza del comportamento dei contagi nei mesi a venire, promuovendo la dimensione della *prossimità*, le cui parole chiave sono *staycation* – dalla crasi dei termini *stay* e *vacation* – cioè un tempo trascorso a scoprire mete non-diverse dal luogo di residenza, e *undertourism,* una modalità di fruizione dei beni culturali che si contrappone all'*overtourism* preferendo luoghi non affollati e all'aria aperta. Basti pensare al successo, nell'estate 2020, delle escursioni in montagna, come quelle immortalate tra le Dolomiti, paesaggio tutelato e patrimonio mondiale UNESCO, dunque beni culturali a tutti gli effetti secondo quanto contenuto nella parte terza del Codice 42/2004. A questo proposito, sono state sollevate non poche polemiche da parte degli estimatori, degli escursionisti esperti e delle stesse organizzazioni di soccorso alpino, in particolare il Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico, che hanno segnalato una forte mancanza di "cultura della fruizione" negli avventori occasionali, spinti a visitare questi luoghi come alternativa alla città, con episodi palesi di sottovalutazione del valore culturale di essi, ma che esigono invece un codice comportamentale specifico a cui attenersi, richiamato attraverso la stampa e la pagina ufficiale di Facebook [Schergna 2020].

Le immagini delle nostre città deserte che imperversavano sui quotidiani e sui *social* durante la fase acuta dei contagi e del *lockdown* hanno trasmesso la percezione di un patrimonio divenuto scena muta senza persone (Fig. 1), cui si è sommato gradualmente il "pericolo" di abbandono; sensazione resa ancor più tangibile dall'appello di ICCROM a ridurre i rischi per i siti e le collezioni del patrimonio culturale nei periodi di chiusura, quando cioè si è dovuto rinunciare ad altre forme di contatto oltre a quella interpersonale, come l'esperienza *on-site*. ICCROM ha sottolineato «i preoccupanti segnali di difficoltà per il settore dei beni culturali e per le comunità associate, innescati in particolare dalla crisi economica effetto delle misure attuate dai Paesi» [ICCROM 2020].

L'impossibilità di esperire la dimensione fisica dei luoghi conteneva in sé il rischio di passare da una condizione in cui il "non si visita/usa" si trasformasse – e degenerasse – in "non si manutiene/non si cura". Accanto a questo, però, si è fatto spazio un fenomeno interessante, quello del patrimonio culturale come "compagno di quarantena": si sono così moltiplicate le applicazioni di *digital cultural heritage*, con cui il contatto

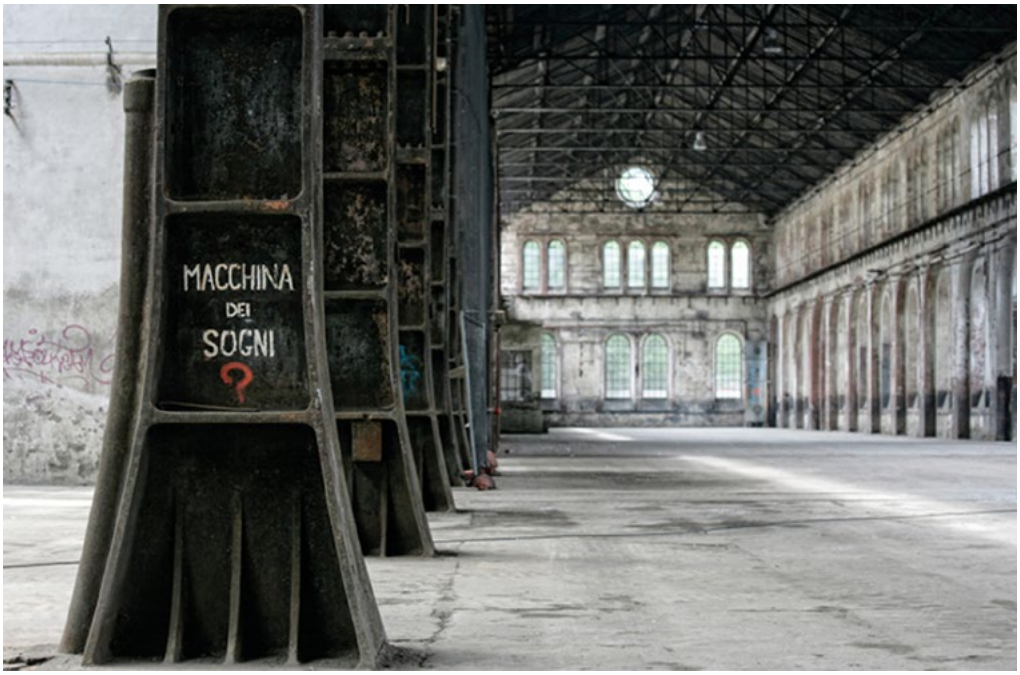
1: L. Piazza San Marco a Venezia durante il *lockdown* [foto di L. Signorelli].

fisico con i luoghi di cultura e con il patrimonio si è spostato dall'esperienza *on-site* a quella unicamente *on-line*. I nuovi modi di fruire il patrimonio culturale si sono quindi orientati a un'incentivazione del virtuale e del vicino, e il fatto che le attuali condizioni fungano da acceleratore della trasformazione digitale è alla base del documento *Tackling Coronavirus contributing to a global effort* [OECD 2020], in cui l'esperienza del patrimonio si amplia ben oltre i confini fisici, portando le destinazioni dentro le case dei potenziali visitatori, condizione che invita a riflettere sul futuro del pubblico internazionale.

Rispetto allo scenario delineato, il presente contributo affronta, per così dire, una "ramificazione" della dimensione di *utilitas* propria del patrimonio architettonico, ovvero il suo riuso temporaneo come luogo di cura emergenziale nel periodo più acuto della pandemia da COVID-19. Il rischio preannunciato di una totale assenza di relazione con il patrimonio culturale è stato così provvisoriamente colmato da un aumentato godimento – e conoscenza – virtuale e da una prospettiva di graduale fruizione di prossimità. In entrambi i casi il patrimonio si è rivelato risorsa resiliente: ha dimostrato ancora una volta di permanere e resistere adattandosi al cambiamento, ponendo l'accento sulla dimensione di *utilitas*, puntando cioè sul suo "valore d'uso" anche temporaneo; e non lo ha fatto solo offrendo la possibilità di esperirlo in modo indiretto, mediato dall'interfaccia dei *device*, ma calando questo cambiamento nella sua "carne", diventando cioè temporaneamente altro da sé. Non sono stati sporadici i casi di riuso per necessità sanitarie e ospedaliere che hanno reso il patrimonio parte attiva, ingranaggio essenziale della lotta contro la pandemia.

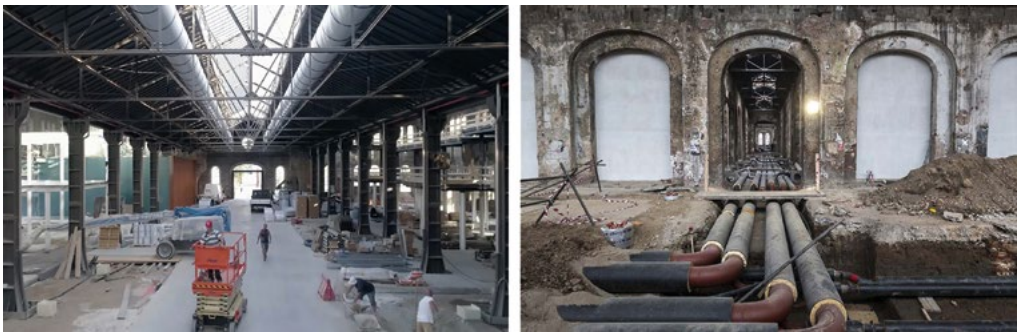
Il patrimonio e la cura: il caso delle OGR di Torino

Letteralmente travolti dall'ondata pandemica e in assenza di tempo e spazio per fronteggiare la crisi sanitaria, tutti i territori colpiti alle diverse latitudini hanno sfruttato in prima istanza quanto già nelle loro disponibilità, ivi compresa l'architettura storica o del passato più recente. Così, tra gli altri, le Officine Grandi Riparazioni (OGR) di Torino e la Fiera di Milano in Italia, la Fiera di Belgrado in Serbia, il Palazzo Reale di Kabul in Afghanistan, lo stadio del Borussia Dortmund in Germania e il Convention Center di Washington negli Stati Uniti sono stati trasformati in ospedale COVID-19, mentre, per richiamare un ulteriore esempio europeo toccato da una sorte ancor più estrema e luttuosa, il Palazzo del Ghiaccio di Madrid in Spagna convertito in camera mortuaria.
Del resto, per l'architettura la trasformazione è un modo di essere, *conditio sine qua non* della sua sopravvivenza come dispositivo funzionale e funzionante; l'attitudine alla trasformazione del costruito esistente è infatti anche e soprattutto sintomo della capacità di misurarsi con le contraddizioni della contemporaneità al fine di accogliere i principi di un "nuovo, altro, possibile e necessario", proprio come accaduto al dilagare del coronavirus. Sul fronte opposto, per chi si occupa di conservazione del patrimonio, la trasformazione è al contempo strumento e minaccia per la permanenza fisica dell'architettura. Eppure, nello scenario pandemico, trasformazione e conservazione hanno trovato una comune giustificazione nel soddisfacimento di un bisogno fondamentale di tipo collettivo: la cura.
Tra le vicende di adattamento alle necessità di un'imprevedibile cura emergenziale si distingue quella delle OGR di Torino per il respiro europeo che ha dimostrato nel corso della sua vicenda trasformativa, tuttora in evoluzione. Da tempo l'ex impianto metalmeccanico si offre alle più svariate modificazioni per rispondere con tempestività ed efficacia, ma sempre in una riconosciuta cornice valoriale, alle innumerevoli "sfide del cambiamento" (Fig. 2).
Le OGR sono un caso emblematico per la dimensione sia fisica, di circa 180.000 mq, sia temporale della trasformazione che copre, considerando l'ultima conversione in reparto COVID-19, quasi venticinque anni. Le Officine sono un enorme comparto industriale costruito alla fine dell'Ottocento in sostituzione delle due precedenti aree di lavorazione delle ferrovie, quella di Porta Nuova e di Porta Susa, per creare un nuovo polo metalmeccanico destinato alla riparazione dei treni. Dismesse alla fine degli anni Novanta, diventavano il fulcro di un ben più ampio programma di riprogettazione urbana incentrato su tutte le aree industriali dismesse che innervavano il territorio torinese, a partire dalle quali si impostava il nuovo Piano Regolatore della città del 1995. Da quel momento, si sono susseguite importanti trasformazioni che hanno cambiato profondamente l'assetto e il volto di Torino e, contestualmente, arricchito la stratificazione di quel complesso architettonico.
Il PRG del 1995 intendeva interrare la linea ferroviaria che tagliava la città e costruire, su quel sedime, un grande *boulevard* come occasione di ricucitura del tessuto urbano e di trasformazione dei vuoti industriali inattivi. Stando alle indicazioni del piano, per l'area delle OGR, classificata come ZUT (Zona Urbana di Trasformazione) e pertanto



2: M. D'Ottavio, Le OGR di Torino. Operae 2013 alle Officine Grandi Riparazioni di Torino, 2013 [https://www.artribune.com/arti-visive/arte-contemporanea/2017/05/anteprime-programma-arti-visive-2017-2018-nuove-ogr-di-torino-mostre/].

eleggibile ad «area di sacrificio» [Comune di Torino, Ufficio del Piano Regolatore, Studio Gregotti Associati 1995], era prevista la demolizione integrale e la sostituzione con una nuova edilizia residenziale e parco pubblico; una parte del lotto, infine, doveva essere riservata al Politecnico di Torino per l'ampliamento del complesso universitario, come realmente è avvenuto. Approvato il piano, nel 1996 prendeva forma un vero e proprio movimento di opposizione alla demolizione del sito industriale promosso da *Città svelata*, un'associazione fondata e composta da architetti che, in buona parte, avevano lavorato alla costruzione del PRG e che, dall'interno, ne riconoscevano le criticità [Zucca 2018]. Veniva così organizzato un primo evento nelle OGR grazie al quale da un lato la cittadinanza prendeva coscienza di quel brano essenziale della memoria industriale torinese, dall'altro gli attori principali del piano ne riscontravano il potenziale cambiandone per sempre il destino. Seguivano a cascata eventi di portata nazionale e internazionale, tra i quali la mostra *Torino 001* allestita in occasione del XXIII Congresso Mondiale UIA del 2008 [Bagnasco, Olmo 2008] e le iniziative di *Esperienza Italia 150*, organizzate nell'ambito del 150° anniversario dell'unità d'Italia [«Rivista Museo Torino» 2011].
La situazione si è evoluta concretamente nel 2013, quando la Società consortile OGR-CRT – dove CRT sta per Cassa di Risparmio di Torino – acquistava l'intero complesso delle Officine da Sistemi Urbani del gruppo Ferrovie e ne trasferiva la proprietà al Comune di Torino trattenendone i diritti di superficie. La OGR-CRT improntava un progetto flessibile di tutela, riuso e riappropriazione; l'idea alla base della trasformazione



3: For Engineering Architecture, Il cantiere di restauro delle OGR, in cui si evidenzia la parte impiantistica, 2018 [https://www.for-arch.com/portfolio_page/ogr_officine_grandi_riparazioni/].

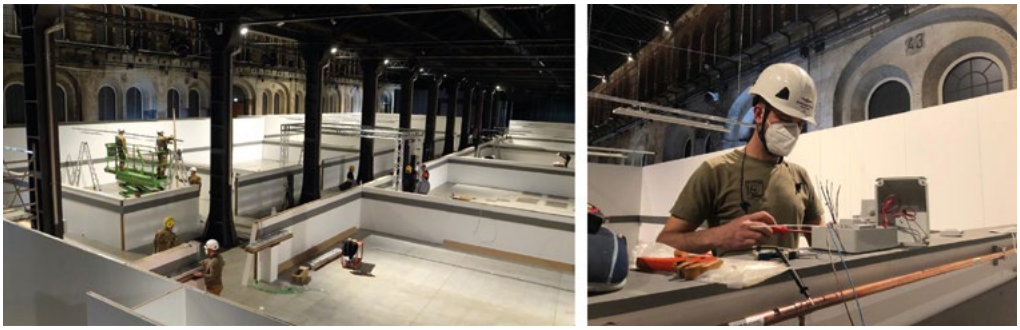
era reinterpretare il "processo di produzione" convertendo la storica officina dei treni in *officina della cultura*. Nasceva così un *hub* di ricerca e innovazione strutturato su tre assi tematici che oggi rivivono nelle macro-funzioni – *OGR Cult*, *OGR Tech* e *Snodo* – insediate nel principale edificio del complesso, ovvero l'edificio ad H. Dopo sei mesi di apertura sperimentale utili a capire i flussi di persone e di opinioni rispetto a quell'operazione, furono avviati i lavori di restauro, affidati al gruppo For Engineering Architecture (Roberto Mancini, Valeria Sclaverano e Corrado Vaschetti) che si conclusero in tre anni. Il restauro perseguiva un approccio orientato alla "conservazione attiva" con inserzioni puntuali e moderne, realizzate nel rispetto del carattere della fabbrica esistente, ma tenendo sempre alti gli *standard* prestazionali, soprattutto in relazione agli aspetti strutturali e impiantistici (Fig. 3).
Proprio quando sembrava che le OGR avessero finalmente trovato una nuova stabilità funzionale, qualcosa veniva ad interromperla: pur nella drammaticità della situazione, l'uso temporaneo a ospedale COVID-19 non solo confermava la dinamicità creativa del nuovo *hub*, ma alimentava una continuità processuale che vedeva nella cura il suo principale vettore di trasformazione.

La *cura per il patrimonio* e il *patrimonio per la cura* nella trasformazione temporanea

La sperimentazione di nuovi processi di sviluppo economico fondati sui pilastri della cultura e della creatività ha trasformato le OGR di Torino in una «aggregazione produttiva di specifica pertinenza culturale dove dalla "cultura del fare" si è passati al "fare cultura" nella sua accezione più ampia» [Signorelli, Mariotti 2020, 49]. In quest'orizzonte si inquadra l'ultima trasformazione in presidio sanitario con circa 100 posti di terapia sub-intensiva e di degenza per malati COVID-19; funzione interrotta il 31 luglio 2020 all'apparente calo della curva dei contagi. In piena crisi sanitaria, nelle OGR la "cultura" si è specificatamente declinata come *cultura della cura* per la società a cui quell'acceleratore d'impresa è rivolto, in linea con il concetto di *venture philanthropy* che le Officine da tempo sostengono e che giustifica l'operosità nei confronti di attività

ad elevato impatto sociale. A questo proposito, risultano quanto mai efficaci le parole del direttore generale delle OGR e segretario generale della Fondazione CRT Massimo Lapucci: «avevamo promesso che le OGR di Torino non avrebbero avuto paura di trasformarsi e di plasmarsi per il bene comune» [Ferrero 2020].
Così nella fase più acuta e drammatica della pandemia, le OGR sono diventate uno «spazio *buffer* per l'emergenza» [AIPAI 2020][2]. Dopo mostre, esposizioni e concerti è stata allestita l'emergenza. L'uso del termine "allestimento" non è figurativo: la gara per l'individuazione del soggetto incaricato della predisposizione del nuovo reparto ospedaliero è stata infatti affidata a un'azienda specializzata nell'organizzazione di eventi (modoeventi.it), affiancata dall'aeronautica militare e da una ditta di apparecchiature mediche. I numeri della trasformazione sono lo specchio di un'operazione straordinaria per rapidità, ma complessa sul piano economico, tecnico-operativo e culturale: 3 milioni di euro di investimento, un giorno per il sopralluogo, uno per l'offerta, dodici per la realizzazione e apertura ai malati.
Tra le peculiarità dell'intervento si annovera anche l'ubicazione del presidio sanitario che, in casi di emergenza, viene di norma installato all'aperto utilizzando tende da campo. Contrariamente alla prassi comune, per il reparto COVID-19 di Torino si è scelto di operare all'interno di un edificio esistente, sfruttando proprio le caratteristiche specifiche di quella architettura. Una simile scelta ha imposto la progettazione *ad hoc* di un modello di ospedale temporaneo, composto di un sistema modulare di cellule aperte; ogni modulo ospitava otto posti letto ed era definito da pareti esterne alte 3 m – opportunamente staccate da quelle della fabbrica storica – e pareti interne alte 1,5 m per facilitare la visibilità delle situazioni cogenti, dall'individuazione delle realtà critiche dei pazienti alla localizzazione del personale medico. Per le pareti si è fatto ricorso alle pannellature tipiche degli allestimenti fieristici, le cosiddette "tamburate", costituite da due cartelle affiancate con interposta intercapedine per il passaggio degli impianti; l'unica variazione ha interessato il trattamento superficiale che ha previsto l'applicazione di tre mani di uno smalto sanitario lavabile come da indicazioni normative. Infine, in corrispondenza della parte alta delle pareti, è stato messo in opera un elemento continuo in legno di spessore pari a 19 mm necessario a creare un supporto rigido per il fissaggio degli apparecchi sanitari a muro (prese elettriche, campanello per l'assistenza sanitaria, Wi-Fi per l'accesso alle cartelle mediche, luci, etc.) (Fig. 4). In fase di progettazione, le attenzioni maggiori sono state riservate agli aspetti connessi all'accessibilità e all'impiantistica, entrambi di grande complessità quando si parla di riuso del patrimonio esistente. La sicurezza degli accessi è stata assicurata grazie a un sistema di bussole di filtro funzionali ad evitare lo scambio di aria e quindi di contaminazione tra le tre macroaree in cui è stato diviso il reparto infettivo, ovvero zona "verde" senza pericolo di contagio, "gialla" di preparazione del personale sanitario e "rossa" di degenza dei malati. Da ultimo, l'aggiornato sistema impiantistico delle Officine – impianto elettrico, di areazione,

[2] Si specifica che i dati relativi all'allestimento del reparto ospedaliero COVID-19 delle OGR sono tratti da tale riferimento.



4: Genio dell'Aeronautica Militare, I lavori di allestimento dell'area sanitaria da 92 posti letto all'interno delle OGR da parte del Genio dell'Aeronautica Militare, 2020 [http://www.aeronautica.difesa.it/comunicazione/notizie/Pagine/Genio-Aeronautica-OGR-Torino-per-Ospedale-Covid.aspx].

riscaldamento, illuminazione, etc. – ha assunto una fondamentale funzione ausiliaria nei riguardi di quella "industria temporanea", supportando l'elevato *standard* tecnologico richiesto alla nuova *officina ospedaliera*.
Proprio al tema impiantistico si deve il felice sodalizio tra le OGR e l'inedito uso sanitario: sono stati infatti gli impianti a creare un ponte interessantissimo con l'architettura storica, scelta tra le strutture esistenti inizialmente individuate come possibili sedi dell'ospedale da campo per il suo essere "macchina impiantistica" all'avanguardia. Ha inoltre contribuito alla costruzione di un'efficace dialettica *contenuto-contenitore* la naturale conformazione spaziale dell'ex impianto industriale, dalle elevate altezze delle due maniche laterali dell'edificio ad H alla tripartizione delle Officine Nord (*OGR Cult*) dove la presenza di due grandi infissi ha creato una compartimentazione assolutamente congeniale alla divisione del reparto nelle tre macro-zone cui si è già fatto cenno (Fig. 5).
A pochi mesi dalla chiusura del reparto di terapia sub-intensiva e di degenza per malati COVID-19 [Sciullo 2020], è possibile trarre un primo bilancio: le OGR hanno dato a Torino l'opportunità di competere a livello europeo prima nell'industria

5: Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino", Le OGR a fine lavori, pronte per entrare in funzione, 2020 [http://www.aslcittaditorino.it/pronta-larea-sanitaria-delle-ogr-torino-2/].

metalmeccanica, poi nell'industria culturale e creativa all'interno della quale rientra, a pieno titolo, la risposta d'eccellenza fornita all'emergenza sanitaria. Le Officine sono dunque un esempio del ruolo cardine che può assumere il costruito esistente per la città in tempo di crisi. In questo modo, si spiega la *cura* come vettore di trasformazione costante nella vicenda delle OGR: dalla *cura per il patrimonio* da parte dei cittadini, al *patrimonio per la cura* dei cittadini. La contingenza pandemica che ancora stiamo vivendo sembra allora poterci ispirare un approccio di rinnovata consapevolezza condivisa e di corresponsabilità civica diffusa nei confronti dell'eredità architettonica che siamo chiamati a custodire [Petraroia 2020, 11].

Conclusioni

L'esperienza delle OGR enfatizza la dimensione sociale e culturale della cura, che qui diviene *cultura della cura*, del patrimonio e dei cittadini che hanno salvato quel patrimonio, quasi fosse una risposta silenziosa delle Officine, un modo per sdebitarsi salvando, questa volta loro, chi un tempo si era battuto affinché sfuggissero alla demolizione. La vicenda torinese fornisce lo spunto per riflettere da un lato sugli impatti della pandemia sulla disciplina della conservazione del patrimonio architettonico, dall'altro sul contributo del patrimonio nel costruire/veicolare la memoria di questi eventi negli aspetti materiali e immateriali, essendo la pandemia un evento di portata innegabilmente epocale per il XXI secolo.

Quando sarà finalmente superata la fase critica dell'emergenza COVID-19, è verosimile che si prefigurino due scenari per il nostro patrimonio:

- il primo è quello di un patrimonio che, dimostratosi capace di "guardare avanti" e supportare direttamente e indirettamente, fisicamente e virtualmente la crisi, sia posto al centro della ripresa sociale ed economica, come leva, molla del rilancio;
- il secondo è quello di un patrimonio che, nella ripresa, riesca a non dimenticare cosa è accaduto durante la pandemia – ipotizzando che nell'arco del prossimo anno sia già possibile considerarla "passato" – conservandone i *segni*, che siano di temporaneo abbandono, di nuove modalità di fruizione e accesso al patrimonio nell'equilibrio di pro e contro, come il rischio del prevalere del digitale; *segni* di trasformazioni dovute al riuso, dove trovino spazio interrogativi relativi al "cosa fare" di quelle tracce data la temporaneità della contingenza/emergenza o al "come elaborare" un sistema di interpretazione di questa mappa di informazioni.

Nel bilanciamento tra i termini *conservazione*, *conoscenza* e *fruizione* – che sostanziano il concetto di *valorizzazione* descritto dal Codice 42/2004 – la vicenda complessiva delle OGR registra un diverso equilibrio di pesi della terna, rispettivamente nella situazione *pre* e *post* COVID-19, con molteplici aspetti di interesse. Fino al recente restauro pre-COVID-19, il peso maggiore è attribuibile alla conservazione sostenuta da una comunità – le cui intenzioni sono state veicolate dapprima dall'azione di *Città svelata* e poi dai cittadini – che si batte per evitare la demolizione del complesso prevista dal PRG del 1995; segue la conoscenza che si fa motore del restauro del 2018 e che guida la scelta del nuovo uso, quindi la fruizione della fabbrica, attraverso il quale viene reinterpretata

e attualizzata la funzione storica, da industria metalmeccanica a industria culturale e creativa. Da quel momento, la terna citata sembra equilibrare le proprie istanze per raggiungere nel pieno della pandemia una nuova condizione con nuove priorità, quando le OGR sono state riconosciute come uno spazio idoneo a mettere in atto, compatibilmente con i tempi emergenziali, una nuova trasformazione: è allora la *fruizione* il termine privilegiato, rispetto al quale la *conservazione* si conferma comunque pilastro fondante. Nel corso di un'operazione che potenzialmente esponeva ad alti rischi la conservazione della fabbrica e dei suoi valori culturali, l'edificio storico con le sue qualità ha guidato l'innesto della nuova funzione secondo una lettura della distribuzione delle necessità ospedaliere rispettosa e congeniale all'articolazione spaziale dell'architettura. Le OGR non sono state dunque un semplice contenitore per l'uso ospedaliero, ma luogo di straordinaria integrazione fra la fabbrica storica restaurata e la funzione transitoria, un'integrazione di sistemi assicurata proprio da aspetti impiantistici e distributivi[3]. In sintesi, si potrebbe considerare che, nella fase pre-COVID-19, la *conservazione* che ha garantito il salvataggio delle OGR declina il "tema della cura" come *cura del patrimonio*, mentre nella fase post-COVID-19 l'uso che ha guidato la trasformazione temporanea declina il tema come *cura dei cittadini*.

Anche in relazione all'aspetto legato alle *heritage communities* [Council of Europe 2005] è possibile notare un'oscillazione del ruolo di queste nelle due fasi descritte rispetto alle quali la pandemia funge da spartiacque. Nella fase pre-COVID-19 il ruolo delle comunità di patrimonio – *Città Svelata* e cittadinanza attiva – è la chiave per le sorti del manufatto, in quella post-COVID-19 la presenza di quella comunità resta un passaggio fondamentale pur rovesciando i rapporti iniziali: è una comunità che usufruisce del patrimonio che in passato ha tutelato, offrendo di fatto a quel patrimonio l'occasione di restituire idealmente il favore nel "curare" e salvare la propria comunità. Un inedito connubio di *tutela*, *cura* e *cultura* che sostanzia e dà valore alla riflessione del recente documento *European quality principles for EU-funded interventions with potential impact upon cultural heritage*, in cui si afferma che «the role of heritage for healthy communities thus forms a cornerstone for excellence in conservation» [ICOMOS 2019].

Note

Il presente contributo è frutto di una collaborazione tra le autrici. Tuttavia, si riconosce l'autorialità dei paragrafi «Introduzione», «La fruizione dei beni culturali durante la pandemia» e «Conclusioni» a Leila Signorelli; i paragrafi «Il patrimonio e la cura: il caso delle OGR di Torino» e «La *cura per il patrimonio* e il *patrimonio per la cura* nella trasformazione temporanea» sono invece da attribuire a Chiara Mariotti.

[3] Preme infine sottolineare due aspetti: rispetto ai casi presentati nella sessione del convegno, le OGR sono state l'unico complesso adibito a uso sanitario senza precedenti legati a tale funzione nella "storia d'uso" della fabbrica. Inoltre, la vicenda torinese costituisce forse un *unicum* nel panorama italiano come luogo della produzione culturale e creativa – già complesso industriale – adattato alla funzione emergenziale durante il COVID-19.

Bibliografia

PETRAROIA, P. (2020). *Editoriale*, in «Il Capitale Culturale», n. 21, pp. 7-14.

SIGNORELLI, L., MARIOTTI, C. (2020). *OGR - Officine Grandi Riparazioni di Torino: patrimonio industriale come fucina di creatività e innovazione*, in «Recupero e Conservazione», n. 160, pp. 42-51.

Torino 011. Biografia di una città. Gli ultimi 25 anni di Torino, guardando al futuro dell'Italia, Catalogo della mostra (Torino, 29 giugno-18 ottobre 2008) (2008), a cura di A. Bagnasco, C. Olmo, Milano, Mondadori Electa.

Sitografia

AIPAI (2020). *Le Officine Grandi Riparazioni di Torino*, webinar organizzato dall'Associazione Italiana Patrimonio Archeologico Industriale (AIPAI) nell'ambito del ciclo di eventi dedicato ai "Grandi temi del patrimonio industriale e urbano", 2 luglio: https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=694897437723640&id=788510487894868 [novembre 2020].

COMUNE DI TORINO, UFFICIO DEL PIANO REGOLATORE, STUDIO GREGOTTI ASSOCIATI (1995). *Piano Regolatore Generale*: http://www.museotorino.it/resources/pdf/books/552/files/assets/common/downloads/page0046.pdf [novembre 2020].

COUNCIL OF EUROPE (2005). *Council of Europe Framework Convention on the Value of Cultural Heritage for Society*, CETS n. 199: https://rm.coe.int/1680083746 [novembre 2020].

FERRERO, C. (2020). *Alle OGR di Torino 100 posti per degenza e terapia dei pazienti con Coronavirus*, in «AGI», 29 marzo: https://www.agi.it/cronaca/news/2020-03-29/coronavirus-torino-ogr-massimo-lapucci-7950068/ [novembre 2020].

GASCA, E. (2020). *[Turismo 4.0] Put people first. Turismo post Covid: scenari e domande aperte*, in «AGCULT», 6 luglio: https://agcult.it/a/21427/2020-07-04/turismo-4-0-put-people-first-turismo-post-covid-scenari-e-domande-aperte [novembre 2020].

https://rockproject.eu [novembre 2020].

ICCROM (2020). *COVID-19: Appello dell'ICCROM per la tutela del patrimonio culturale*, International Centre for the Study of the Preservation and Restoration of Cultural Property: https://www.iccrom.org/sites/default/files/2020-04/covid19_appello_delliccrom_per_la_tutela_del_patrimonio_culturale.pdf [novembre 2020].

ICOMOS (2019). *European quality principles for EU-funded interventions with potential impact upon cultural heritage*, Paris, ICOMOS International Secretariat: http://openarchive.icomos.org/2083/ [novembre 2020].

OECD (2020). *Tackling coronavirus (COVID-19) contributing to a global effort*, Organisation for Economic Co-operation and Development: https://www.oecd.org/coronavirus/en/ [novembre 2020].

Officine Grandi Riparazioni: fucina di treni e di vite (2011), in «Rivista Museo Torino», n. s.: http://www.museotorino.it/resources/pdf/magazine/flip/ogr/files/assets/common/downloads/publication.pdf [novembre 2020].

SCHERGNA, C. (2020). "*Non organizzate le escursioni in base a Instagram, ma cercate quelle più adatte a voi*", *appello del Soccorso Alpino ai tantissimi turisti che affollano le montagne*, in «Il Dolomiti», 21 agosto: https://www.ildolomiti.it/cronaca/2020/non-organizzate-le-escursioni-in-base-a-instagram-ma-cercate-quelle-piu-adatte-a-voi-lappello-del-soccorso-alpino-ai-tantissimi-turisti-che-affollano-le-montagne [novembre 2020].

SCIULLO, M. (2020). *Chiuso l'ospedale CoVid, le OGR di domani "dimenticano" i biglietti: tutte le mostre saranno gratis*, in «Torino oggi», 29 settembre: https://www.torinoggi.it/2020/09/29/leggi-notizia/argomenti/eventi-11/articolo/chiuso-lospedale-covid-le-ogr-di-domani-dimenticano-i-biglietti-tutte-le-mostre-saranno-gratis.html [novembre 2020].

ZUCCA, M. (2018). *Azione pubblica alle OGR. Parlano i fondatori di "Città svelata, ricerche e battaglie per la qualità dello spazio pubblico"*, 10 luglio: http://www.mauriziozucca.com/wordpress/?p=3108 [novembre 2020].

TRA CAPITALE UMANO E URBANO. IL DOPPIO REGISTRO DELLA CURA NEL PROGRAMMA DI VALORIZZAZIONE DELLA CASA DEL MUTILATO DI ANCONA

Marco Pretelli, Paolo Clini, Antonello Alici, Chiara Mariotti

Abstract

This paper deals with the way the theme of care was approached in the enhancement plan of the Casa del Mutilato in Ancona. It traces back the history and events surrounding this example of rationalist architecture, and highlights the importance of care and its twofold meaning: on one hand, the care of the built human capital – from its original function as a shelter for disabled war veterans to its future use as a public health centre; on the other hand, the care of the urban and architectural capital, analysing the 1920s city renewal and hygiene plan and the current challenges of redeveloping such a strategic urban hub while preserving its 20th-century architecture.

Keywords

Human and urban capital, enhancement, 20th-century architecture, care, heritage community.

Introduzione

Il presente lavoro affronta le modalità con cui il tema della *cura*, come tema sociale e culturale, è stato declinato nelle fasi preliminari del programma di valorizzazione della Casa del Mutilato di Ancona. Il Convegno AISU-Pavia 2020 ha offerto l'occasione per presentare un ambizioso progetto di ricerca, nato sul finire del 2019, attorno all'edificio razionalista del capoluogo marchigiano, coinvolgendo l'Università di Bologna e l'Università Politenica delle Marche. Alla luce della recente crisi sanitaria, il progetto ha assunto anche una forte attualità interrogandosi sul problema della salute pubblica, cercando di dare una risposta "in forma urbana". La crisi causata dalla diffusione del COVID-19, infatti, da un lato ha riportato all'attenzione generale il tema della cura che, da sempre, stabilisce forti analogie con l'attività di chi opera su architetture storiche e paesaggi stratificati; dall'altro, invece, ha messo in attesa molte pratiche del patrimonio culturale materiale e immateriale, sospendendo riti e tradizioni e congelando azioni e programmi di intervento sul costruito con conseguenze importanti per la vita sociale e culturale delle comunità. Entrambi questi aspetti interessano la Casa di Ancona sia perché la salute e il benessere costituiscono un motivo ricorrente nella storia del manufatto

© Aisu International 2020

sia perché la macchina culturale che il progetto è riuscito ad attivare è tra quelle che in questi mesi hanno subìto un arresto temporaneo.
L'obiettivo del contributo è evidenziare il doppio registro della *cura* per la proposta di valorizzazione della Casa anconetana, strutturata in:

- *Cura del capitale umano*, aspetto che ha contraddistinto la vocazione d'uso della fabbrica nata come ricovero per i mutilati e invalidi di guerra e che può essere reinterpretato e attualizzato in relazione alle necessità sanitarie della contemporaneità;
- *Cura del capitale urbano e architettonico*, questione che negli anni Venti e Trenta del secolo scorso ha guidato la costruzione dell'edificio lungo un asse viario di nuova progettazione, secondo le indicazioni del piano di risanamento dell'antico ghetto ebraico e che ancora oggi, ma con strategie operative differenti, rinnova le sfide di riqualificazione di quel nodo urbano strategico e di conservazione di quell'architettura del XX secolo.

Focalizzato sul concetto di benessere sociale e culturale, l'intervento illustra i primi esiti di una riflessione che ha al suo centro l'adeguamento concettuale e fisico di un'architettura, nata per dare assistenza a determinate categorie di cittadini, da ripensare come elemento di supporto, aggregazione e riconoscimento per la *heritage community* a cui è storicamente riferita.

Curare la città e i suoi cittadini: la costruzione della Casa tra urbanistica e architettura

La Casa di Ancona è una delle tante Case del Mutilato che costellano l'Italia, testimone e insieme simbolo dei modelli di risanamento urbano e della sperimentazione architettonica del ventennio tra le due guerre (Fig. 1). La sua costruzione ha origine dal *Piano per il risanamento della zona dell'Astagno*, l'antico ghetto ebraico alle pendici dell'omonimo colle, che mostrava da tempo evidenti segni di degrado. Il piano riprendeva il progetto del 1886, basato sulla legge per il risanamento della città di Napoli che prevedeva lo strumento dell'esproprio per pubblica utilità[1]. Commissionato nel 1919 alla Società anonima per costruzioni di Roma e redatto secondo le teorie del diradamento edilizio, lo stesso puntava alla realizzazione di due nuovi assi viari ortogonali alla costa, che avrebbero rafforzato il cambio di orientamento del tessuto urbano storico dall'asse nord-sud a quello est-ovest, e creato un collegamento diretto tra piazza Garibaldi e piazza Roma sventrando il tessuto urbano della città antica a sud di corso Vittorio Emanuele[2]. La realizzazione di corso Stamira – o Stamura – prevedeva la demolizione della Banca commerciale, mentre quella di corso Palestro avrebbe comportato l'abbattimento del complesso di Sant'Agostino per realizzare un'«ampia artistica scalinata tra

[1] Il piano per Ancona, approvato dal Consiglio comunale il 9 ottobre 1886, restava senza attuazione [Pavia, Sori 1990, 101-102; Petti 1998; Alici 2019].

[2] Il piano era stato giudicato dalla stampa «magnifico e grandioso [...], un abbellimento indiscutibile per la città che nel suo centro acquisterebbe la forma di via rettilinea uso Torino» [Pavia, Sori 1990, 112].

1: Casa del Mutilato di Ancona [foto di M. De Masi, 2019, tratta da *Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona* (2019), a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir, p. 83].

la nuova piazza e la sottostante piazza Garibaldi», per proseguire in direzione di via Cialdini e discendere in via Mamiani, nel quartiere Archi [Pavia, Sori 1990, 114]. Il piano, presentato alla Giunta comunale il 3 settembre 1920, restò su carta per quasi dieci anni a causa della rinuncia della Società romana, evidentemente dovuta alle croniche difficoltà finanziarie dell'amministrazione.

Nel 1928 la Società anonima per le costruzioni di Roma presentò un nuovo progetto, ancora definito "opera di pubblica utilità", che proponeva lo sventramento dell'antico quartiere per la realizzazione di 21 lotti edificabili[3]. Il programma, che si riduceva al

[3] Il progetto veniva presentato dal capo dell'Ufficio tecnico del Comune, l'ingegnere Battenti, il 10 dicembre 1928 e approvato il 27 giugno 1929 [Petti 1998, 96].

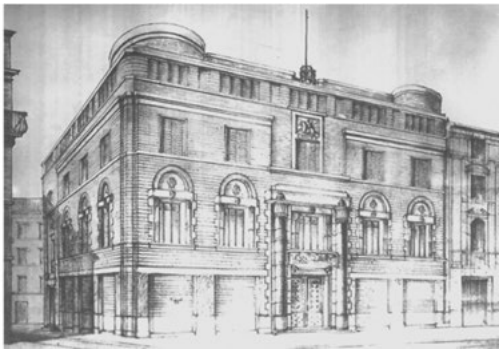
2: L. Garlatti Venturini, Studio del piano regolatore per il nuovo corso Stamira, 1928 [*Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona* (2019), a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir. p. 13].

solo corso Stamira, era a firma di Luigi Garlatti Venturini (1885-1962), molto attivo ad Ancona tra gli anni Venti e il secondo dopoguerra [Burattini 2015] (Fig. 2). La sua puntuale opera di ricucitura delle maglie del tessuto storico lungo l'asse del nuovo corso è testimoniata da numerosi disegni e schizzi prospettici. Corso Stamira si distendeva in leggera salita da piazza Garibaldi a piazza Cavour, incontrando nel suo percorso le vie Astagno, Podesti, Ad Alto, Leopardi, piazza Roma e tagliando i giardini Stamura. L'opera imponeva la definizione di un impianto architettonico di scala adeguata, che trovava in quattro edifici esistenti i punti cardine per il disegno delle nuove cortine edilizie. Lungo corso Stamira ci sarebbero stati edifici «rispondenti in tutto alle esigenze dell'architettura moderna»[4], dove il linguaggio storicista avrebbe prevalso sulle avanguardie internazionali.

Il piano, approvato a giugno 1929, doveva la sua attuazione ai provvedimenti che seguivano il terremoto del 3 ottobre 1930[5]. Il nuovo corso veniva completato nell'arco di circa un ventennio, popolandosi dei palazzi del potere economico, tra cui la Banca commerciale e la Cassa di Risparmio, ma vi trovavano spazio anche l'Hotel Roma e Pace e il cinema Rex. La Casa del Mutilato si innestava in questo nuovo scenario urbano grazie alla cessione gratuita all'Associazione Nazionale fra Mutilati e Invalidi di Guerra (ANMIG) dell'area di circa 250 mq, in piazza 3 Aprile angolo via Ad Alto, disposta dal podestà il 30 giugno 1934. Il progetto portava la firma di Eugenio Angelo Petetti (1882-1957), che si aggiudicava il concorso bandito nel 1937 proponendo un'opera che lui stesso giudicava «sanamente moderna, italianamente moderna, tradizionalmente moderna» [Cassani Simonetti 2019, 45] (Fig. 3).

[4] L'espressione compare sul «Corriere Adriatico» del 9 ottobre 1928 [Ciani, Sori 1992, 578].

[5] Il piano utilizzava la legge speciale per la ricostruzione del terremoto, Regio Decreto Legge n. 1477 del 10 novembre 1930 [Petti 1998, 96-97].



3: Case dei Mutilati di Roma e di Ancona a confronto. A sinistra, M. Piacentini, La Casa Madre dei Mutilati di Roma, 1928; a destra, A. E. Petetti, Prospettiva di progetto della Casa del Mutilato – II versione, 1937 [https://opac.sba.uniroma3.it/arardeco/1929/29_X/Art1/X1P1.html (gennaio 2021); Munafò, P., Pigliapoco, P. (2018). *Casa del Mutilato, Ancona. Un'architettura da scoprire e far rivivere*, Ancona, Associazione Nazionale tra Mutilati e Invalidi di Guerra e Fondazione p. 138].

Il tema della *cura* è dunque presente sin dall'inizio nella vicenda della Casa, che trova una precisa collocazione sia all'interno dell'attività della sezione locale dell'ANMIG che nel percorso di affermazione del regime, insediatosi stabilmente ad Ancona nel 1922 con l'intenzione di penetrare in maniera capillare e sistemica nel tessuto sociale facendo leva soprattutto sull'architettura. L'edificio si inserisce a pieno titolo nel processo di *cura della città* contro il degrado e verso migliori condizioni igienico-sanitarie; inoltre, rappresenta una pagina significativa nella definizione del volto moderno ed efficiente del centro storico di Ancona. Esso rappresenta allo stesso tempo la *cura dei cittadini* sotto forma di assistenza ai reduci di guerra, e dunque appare l'esito di una disposizione collettiva e sociale, essendo pubblico ma dalla forte valenza privata; «fortezza e tempio» [Pretelli, Mariotti 2019, 109] contemporaneamente, ma ancora prima "casa" per la famigliare accoglienza che si impegnava a riservare ai propri figli tornati mutili dalla guerra. Le questioni rappresentate dalla Casa del Mutilato – quelle della *cura* a più livelli – sono oggi un lascito importante da cui partire per riaffermare la centralità dell'architettura nella città e nella società.

Quando la *cura* viene meno: dall'abbandono e allo stato di conservazione attuale

Ultimata nel 1942, la Casa del Mutilato assolveva alla funzione socioassistenziale fino al 1944, quando le truppe alleate la sottraevano all'ANMIG. Rientrata in possesso della propria sede nel 1946, l'Associazione si trovava economicamente costretta a dividerla con altri utilizzatori, tra i quali la Regione Marche che, subentrata come affittuaria alla fine degli anni Settanta, ne diventò proprietaria nel 1991 facendosi garante da un lato della continuità d'uso della fabbrica – nuova sede del Consiglio regionale e ancora solo parzialmente riservata all'ANMIG – ma imponendo dall'altro pesanti trasformazioni. L'applicazione incondizionata di contropareti e controsoffitti alterava così la spazialità

4: Alcuni ambienti della Casa dopo i lavori di adattamento funzionale, 2019 [foto di C. Mariotti].

degli ambienti interni, occultando partiti architettonici e apparati decorativi, mentre l'adeguamento normativo causava l'aggiunta acritica di nuovi collegamenti verticali e di un locale impianti in copertura (Fig. 4). Ogni forma di utilizzo cessò definitivamente nel 2007, anno in cui l'edificio fu dichiarato di interesse storico-architettonico dalla Direzione regionale per i beni culturali e paesaggistici delle Marche; da allora, la Casa è un contenitore vuoto, inattivo e oneroso.

Allo stato attuale, l'edificio mostra i segni di due principali fattori di degrado: la sovraesposizione all'uso e l'abbandono, ai quali si somma la documentata difficoltà dell'architettura moderna a «invecchiare bene» [Ponti 1957, 118], complici la fragilità intrinseca di alcuni nuovi materiali e la sperimentazione di soluzioni e tecniche costruttive non ancora validate alla prova del tempo (Fig. 5). Le più frequenti forme di alterazione si rintracciano nello sfondellamento dei solai in laterocemento, nella perdita dei copriferri degli elementi in calcestruzzo armato, con conseguente ossidazione delle armature, e in fenomeni di deterioramento dei rivestimenti interni ed esterni – le lastre lapidee, gli intonaci Terranova e quelli finto travertino – imputabili soprattutto all'assenza di un idoneo sistema di regimazione delle acque che, nel lungo periodo, rischia di ammalorare

5: Esempi di materiali e tecniche costruttive impiegati nella Casa anconetana. Manifesti e pieghevoli divulgativi.

6: Quadro sinottico delle principali forme di alterazione e degrado, 2019 [foto di C. Mariotti]..

anche le strutture portanti[6] (Fig. 6). Quasi senza soluzione di continuità, il degrado architettonico si è fatto urbano: l'intorno della Casa appare oggi profondamente svilito, privato dei luoghi di aggregazione sociale e animato solo dal traffico veicolare.
Venuta meno la *cura*, intesa sia come occupazione attiva con funzioni sociosanitarie per i reduci della grande guerra sia come preoccupazione ordinaria per la buona *salute* dei luoghi, l'organismo complesso della Casa si è di fatto spento, evidenziando ancor più la sua *dimensione urbana* e il suo *valore d'uso sociale*, ovvero legato alla funzione in termini di ricadute per la comunità destinataria. La sfida della ripartenza è allora la *gestione della complessità* – connaturata al restauro per i contenuti pluridisciplinari e la natura processuale, ma anche alle specifiche problematiche conservative del patrimonio razionalista – improntando, in un orizzonte di continuità, un progetto capace di rigenerare il sistema aperto della Casa attraverso rinnovati equilibri dinamici fondati proprio sulla *cura alle diverse latitudini*. In tal modo, questa diventa un'occasione per promuovere una riflessione diacronica sui temi e sui luoghi della cura, così intimamente connessi alla città del Fascismo e alla città contemporanea.

[6] La fenomenologia del degrado è stata definita sulla base dei sopralluoghi effettuati dagli autori nel luglio 2019.

Ripartire dalla *cura*: il nuovo programma di valorizzazione tra capitale umano e urbano

Le sorti della Casa di corso Stamira furono riprese in mano nel 2017 grazie all'attivismo di un comitato civico costituitosi con l'obiettivo di restituire il manufatto alla città[7]. A quella prima azione propositiva seguirono la pubblicazione di una monografia nel 2019, *Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona* [Biagi Maino, Cassani Simonetti, Maltoni 2019], che implementava il dato conoscitivo della fabbrica con particolare riferimento al suo stato di conservazione a circa dieci anni dall'abbandono, e una giornata di studi che metteva a confronto istituzioni pubbliche e *stakeholder* locali, sollecitando la costruzione di scenari predittivi di rivitalizzazione[8]. Al momento, sono invece in corso la cessione in permuta del manufatto dalla Regione all'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), nonché la definizione di un accordo quadro tra ASUR, Soprintendenza archeologica, belle arti e paesaggio delle Marche, Università Alma Mater Studiorum di Bologna e Università Politecnica delle Marche come premessa all'avvio di una credibile proposta di valorizzazione della Casa da destinare a nuova sede ASUR e polo sanitario pubblico, che preluda allo stesso tempo alla riconversione di quel nodo urbano strategico.

La macchina culturale attivata nell'ultimo anno scaturisce da un'iniziativa *bottom-up*, che muove dall'attitudine alla cura del patrimonio da parte di una comunità di cittadini orientata a diventare una *heritage community* nel senso della Convenzione di Faro, capace cioè di sostenere, nell'ambito dell'azione pubblica, la valorizzazione di aspetti precipui del lascito del passato in un clima di corresponsabilità civica e secondo una cultura ispirata alla sussidiarietà e all'impegno per la cura dei beni comuni[9]. A questa comunità si deve oggi il riconoscimento e l'apprezzamento diffuso di un sistema di valori materiali e immateriali che stanno contribuendo a rendere la Casa anconetana eleggibile da eredità a patrimonio culturale, deposito insostituibile di conoscenze e memorie collettive e individuali, risorsa attiva per la crescita economica, l'occupazione, la coesione, ma anche per il benessere e la salute della società. Invero, il ruolo assunto dal comitato conferma ed enfatizza l'importanza vitale della «partecipazione sociale che, quando "scatta", induce a scoprire in termini relazionali la tutela dell'eredità culturale» [Petraroia 2014, 43].

---

[7] Il comitato è stato fondato nel 2017 su iniziativa di Alessandra Maltoni; da allora, durante gli assidui incontri dei membri sono state sostenute proposte concrete, tra le quali quella di valorizzare la funzione pubblica della Casa, in considerazione della sua capienza e del suo valore storico, per iniziative culturali per di più in un luogo centralissimo della città. Per approfondimenti [Niccolini 2019].

[8] La giornata di studi *La Casa del Mutilato di Ancona. Storia e prospettive di riuso* si è tenuta il 31 ottobre 2019 nel capoluogo marchigiano; in tale occasione è stata presentata anche la monografia, richiamata nel testo, che gli autori del saggio hanno contribuito a redigere.

[9] «A heritage community consists of people who value specific aspects of cultural heritage which they wish, within the framework of public action, to sustain and transmit to future generations» [Council of Europe 2005, 2].

Del resto, gli aspetti relazionali sono stati da subito il fulcro del programma di valorizzazione della Casa, coinvolgendo trasversalmente persone, comunità, enti e territori all'interno di una visione sistemica, inclusiva e condivisa, ma al contempo rigorosa della tutela. Da tempo, infatti, si è aperto un dialogo tra cittadini e istituzioni scientifiche che, con distinzione e integrazione dei rispettivi ruoli e competenze, saranno chiamati a partecipare alla sfida di ridare una "seconda vita" al manufatto; in prima linea le Università che, insieme ai tecnici ASUR e in forza della Terza Missione che le investe, si faranno carico delle questioni teoriche e tecniche connesse alla riapertura e rimessa in funzione dell'edificio.
Le linee di indirizzo operativo del nuovo programma, attualmente in definizione, ripartono dalla *cura* che si conferma *fil rouge* nella storia del manufatto. Ancora una volta, il tema si sviluppa su un doppio registro, quello della *cura* del *capitale umano* e del *capitale urbano-architettonico*. Il primo registro si rintraccia nella volontà di riproporre la questione della *salute dei cittadini*, aggiornando la funzione storica ormai inattuale rispetto alle mutate esigenze della contemporaneità, ovvero passando dai reduci della grande guerra ai reduci di un'infinità di altre guerre più o meno figurate – ultima la pandemia da COVID-19 che ha riportato al centro del dibattito proprio il ruolo dei luoghi di cura nella/per la città e la loro inevitabile transitorietà in rapporto ai tempi e alle fasi urbane. Il secondo registro, quello della cura del capitale architettonico e urbano, persiste come asse cardine in quanto fondamento delle strategie di tutela, riferite specificamente al restauro del moderno con implicazioni connesse ai caratteri di riproducibilità, sperimentazione, transitorietà, durabilità e carica ideologica tipici del patrimonio razionalista. Le trasformazioni urbane intervenute negli anni Venti e Trenta del secolo scorso, e quindi quella dimensione urbana della Casa cui si è già fatto cenno, hanno inoltre ampliato gli orizzonti conservativi del programma che include anche il contesto, considerando la riapertura dell'edificio un impulso alla riattivazione dell'interno *boulevard* quale spina dorsale del tessuto storico. In questo senso, l'operazione attualizza anche il paradigma della cura urbana, spostandosi dall'azione della propaganda per risanare quel brano di città attraverso la costruzione di nuove architetture, che, come la Casa del Mutilato, marcavano la presenza del regime in ogni settore della vita sociale – compreso quello della salute – alla conservazione e riabilitazione della fabbrica con funzioni medico-sanitarie per riverberare all'esterno, a scala urbana, quei benefici sociali. Oggi più che mai è infatti evidente che la *salute* non riguarda più soltanto l'ambito medico, ma è diventata una questione ben più complessa, che investe la definizione di strumenti per il benessere dei cittadini e contestualmente per una cura strutturale della città [Miano 2020].
Il doppio registro – umano e urbano – del programma sollecita a sua volta questioni inerenti ai piani di conservazione e gestione della fabbrica in relazione al suo nuovo uso nel medio-lungo periodo, ma non solo. La revisione dei modi post-pandemici di fruire dei luoghi aperti al pubblico e di accedere ai contenuti culturali dell'architettura che li ospita offre altresì l'occasione per un'interessante apertura al digitale intesa anche come forma di "igiene" del nostro tempo, dall'erogazione di servizi sanitari da remoto alla predisposizione di strumenti abilitanti capaci di rendere la Casa un vero e proprio snodo narrativo urbano.

Si prospetta dunque una complessa iniziativa culturale di trasferimento e attualizzazione di significati finalizzata alla ricerca di un nuovo benessere sociale che passi attraverso il benessere dell'edificio e della popolazione e ribadisca il valore, sostanziale e non accessorio, dell'architettura e della conservazione dell'architettura per la società.

Conclusioni

Come anticipato nel paragrafo «Introduzione», le pratiche relative alla valorizzazione della Casa del Mutilato di Ancona hanno subìto purtroppo un inevitabile arresto negli ultimi mesi a causa della situazione pandemica. Raccontarne gli sviluppi in questa sede vuole essere prima di tutto un modo per rimettere in moto un meccanismo virtuoso che si ritiene possa diventare di riferimento nei processi di riconoscimento, estrazione, aggiornamento e ridistribuzione di valore/i del patrimonio; inoltre, s'intende così supportare la definizione di *roadmap* per costruire resilienza, sollecitare nuovi concetti e attivare buone pratiche negli insediamenti umani e nelle città, che stanno indubbiamente affrontando cambiamenti epocali.
La vicenda anconetana apre un'interessante finestra sulla questione della *salute* come tema di interesse collettivo e di grande attualità in rapporto al rapido evolversi dei tempi, pur riferendosi a un passato recente: dapprima si declina sotto forma di "risarcimento" delle ferite degli eroi della grande guerra, nelle pieghe di un'operazione che fornisce anche una raffigurazione sociale del problema attraverso la costruzione della Casa all'interno di una città rinnovata e più salubre; in un secondo momento, porta in primo piano gli aspetti di abbandono e degrado e quindi di tutela, introducendo i concetti di *heritage* e *heritage communities*, per arrivare infine a immaginare nuove funzioni sanitarie per istituzioni come l'ANMIG, che proprio nel 2019, quando il percorso di valorizzazione prendeva le mosse, celebrava il centenario della nascita della sezione di Ancona prospettando un'effettiva riapertura e un idoneo restauro. Si arriva così alle riflessioni circa l'adeguamento concettuale e fisico del manufatto razionalista da convertire a nuovo polo sanitario pubblico che rendono esplicita la relazione per cui *avere cura* dell'architettura e della città consente di *curare* anche la collettività che la custodisce.
Analizzando più in dettaglio il programma di valorizzazione della Casa, è inoltre possibile riconoscere una specifica attribuzione di pesi ai termini della terna, attraverso la quale il Codice dei beni culturali e del paesaggio descrive l'azione di *valorizzazione* [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 13]: *conoscenza, conservazione, fruizione*. Se da un lato è vero che la *conoscenza* sembra far convergere su di sé l'incidenza maggiore fungendo da molla per la costituzione del comitato civico cui si deve l'avvio del meccanismo culturale di rimessa in valore del bene, dall'altro è altrettanto vero che l'uso, dunque la *fruizione*, resta centrale per tutta la vicenda e ne segna le tappe cruciali, dalla costruzione alla dismissione fino alla riabilitazione funzionale. Quest'ultima a sua volta riconosce all'uso il ruolo di principale mezzo di *conservazione,* ma al contempo di potenziale fattore di rischio: muoversi nel solco della vocazione d'uso della Casa con l'obiettivo di aggiornarne oggi la funzione sanitaria significa scontrarsi con tutta una serie di problemi ad altissimo tasso di compromissione per la materialità e spazialità storica – si pensi solo, a titolo

di esempio, agli aspetti relativi all'impiantistica e all'accessibilità o agli *standard* prestazionali richiesti dalle normative vigenti. In generale, in questa fase ancora progettuale e per certi aspetti teorica, i termini della terna possono dunque considerarsi pressoché in equilibrio; l'eventuale ridistribuzione dei pesi dipenderà molto dallo sviluppo delle fasi successive e dagli esiti del cantiere.
Un altro aspetto essenziale della vicenda interessa poi le comunità. Nel ripercorrere la storia del manufatto, se ne individuano almeno tre: la prima comunità destinataria, costituita dai mutilati e invalidi di guerra; quella che attualmente si sta battendo per la difesa della Casa, nonché prossima destinataria dei servizi sanitari; infine, la cosiddetta comunità scientifica che guiderà il progetto. La partecipazione ai processi di tutela in un'ottica sempre più inclusiva consente di considerare tutti i gruppi al momento coinvolti come parte di un'unica *heritage community*, capace di arricchire la *società civile* rafforzando il ruolo della *cittadinanza attiva* – un concetto quest'ultimo alla base del neologismo *citizen science* da intendersi come forma indispensabile di convergenza tra scienza, luoghi e persone[10].
Nella prospettiva descritta, il binomio *capitale umano-capitale urbano*, sul quale si sta strutturando il nuovo programma di valorizzazione dell'edificio anconetano, conduce allora a un altro dualismo, quello *urbs-civitas*, e ci invita a riflettere su come la cura della città fisica e del suo patrimonio costruito possa divenire *ipso facto* cura dei suoi cittadini. In tal senso, il progetto sulla preesistenza svela il proprio contributo fondamentale nel radicare una nuova idea di cura che garantisca il requisito della salubrità a più livelli.

Bibliografia

ALICI, A. (2019). *Piani e progetti per Ancona tra le due guerre*, in *Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona*, a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir, pp. 5-13.

Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona (2019), a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir.

BURATTINI, P. (2015). *Proposte di sviluppo e ricostruzione per Ancona tra gli anni '20 e '50*, in *L'architettura negli archivi. Guida agli archivi di architettura nelle Marche*, a cura di A. Alici, M. Tosti Croce, Roma, Gangemi editore, pp. 160-163.

CASSANI SIMONETTI, M. (2019). *Tra casa e sacrario. La Casa del Mutilato nella topografia simbolica di Ancona tra le due guerre*, in *Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona*, a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir, pp. 29-58.

CIANI, M., SORI, E. (1992). *Ancona contemporanea 1860-1940*, Ancona, Clua.

[10] Nell'ambito della progettazione europea per il patrimonio, il tema del *citizen science* è da alcuni anni al centro di diversi programmi; ad esempio, il prossimo programma *Horizon Europe* mira a rafforzare l'interazione tra scienza e società favorendo la co-creazione di iniziative integrate che coinvolgano direttamente i cittadini e la società civile nel "fare" ricerca e innovazione. Tra gli altri, si vedano [European Commission 2020; Leach, Parkinson, Lichten *et al.* 2020].

HEALTHSCAPE. Nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura (2020), a cura di P. Miano, Macerata, Quodlibet.

LEACH, B., PARKINSON, S., LICHTEN, C. A. *et al.* (2020). *Emerging developments in citizen science Reflecting on areas of innovation*, Santa Monica-Cambridge, RAND Corporation.

MUNAFÒ, P., PIGLIAPOCO, P. (2018). *Casa del Mutilato, Ancona. Un'architettura da scoprire e far rivivere*, Ancona, Associazione Nazionale tra Mutilati e Invalidi di Guerra e Fondazione.

NICCOLINI, N. (2019). *Il Comitato per la Casa del Mutilato. Una storia esemplare*, in *Architettura tra le due guerre*, a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir, pp. 139-142.

PAVIA, R., SORI, E. (1990). *Ancona*, Roma-Bari, Editori Laterza.

PETRAROIA, P. (2014). *La valorizzazione come dimensione relazionale della tutela*, in *Il diritto dell'arte. La protezione del patrimonio artistico*, vol. III, a cura di G. Negri Clementi, S. Stabile, Milano, Skira, pp. 41-49.

PETTI, G. (1998). *Architettura ad Ancona tra stile "Liberty" e stile "Littorio"*, in *Ancona anni Venti e Trenta. Immagine di una città*, a cura di F. Brugiamolini, Ancona, Canonici, pp. 89-98.

PRETELLI, M., MARIOTTI, C. (2019). *La Casa del Mutilato di Ancona: problemi e temi dell'intervento di restauro, tra conservazione e valorizzazione*, in *Architettura tra le due guerre. La Casa del Mutilato di Ancona*, a cura di D. Biagi Maino, M. Cassani Simonetti, A. Maltoni, Firenze, Edifir, pp. 97-122.

PONTI, G. (1957). *Amate l'architettura. L'architettura è un cristallo*, Genova, Vitali e Ghianda.

Sitografia

COUNCIL OF EUROPE (2005). *Council of Europe Framework Convention on the Value of Cultural Heritage for Society*, Faro Convention, Faro, 27 ottobre 2005: https://rm.coe.int/1680083746 [gennaio 2021].

Decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42. Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137 (2004), in «Gazzetta Ufficiale», s. o. n. 45, 24 febbraio: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2004/02/24/45/so/28/sg/pdf [gennaio 2021].

EUROPEAN COMMISSION (2020). *Citizen Science and Citizen Engagement. Achievements in Horizon 2020 and recommendations on the way forward*, Luxembourg, Publications Office of the European Union: https://apre.it/wp-content/uploads/2021/04/ec_rtd_swafs_report-citizen_science.pdf [gennaio 2021].

RICONFIGURARE UNA MACHINE À GUÉRIR. UNA STRATEGIA URBANA E ARCHITETTONICA PER IL RIUSO DELL'OSPEDALE CIVILE A CAGLIARI

Pier Francesco Cherchi, Caterina Giannattasio, Marco Lecis

Abstract

"Hospital city" is a research project and a teaching experience addressing the reuse of the San Giovanni di Dio historic hospital in Cagliari, based on an interdisciplinary approach between Architectural and Urban Design and Restoration. The old hospital is a monument and an innovative work, both in design and functional terms, conceived by the neoclassical architect Gaetano Cima. Since 2000 it has been subjected to the progressive transfer of numerous departments to a new general hospital, slipping silently into a state of suspension and now waiting to be returned to the city and to its citizens.

Keywords

Architectural design, Conservation, hospital architecture, Ancient and New, Interdisciplinarity.

Introduzione

Il lavoro illustra gli esiti di una ricerca progettuale e un'esperienza didattica, dal titolo *Città Ospitale*, inserite nell'ambito di un filone di ricerca volto ad affrontare il tema del riuso delle "grandi fabbriche storiche urbane". Nello specifico, si tratta di ospedali, carceri, tribunali, stazioni, mercati e altri tipi edilizi civili che accompagnano la formazione dei nuovi stati nazionali europei tra la fine del XVIII secolo e l'inizio del XX, dando corpo a una grandiosa operazione di rinnovamento avviata dalla cultura dell'Illuminismo e dalla nascente borghesia industriale. Tali architetture hanno perduto in molti casi la loro funzione originaria e soffrono attualmente una condizione di abbandono o di utilizzo precario. Da qui la scelta di porre la nostra attenzione su simili manufatti, in molti casi testimonianze architettoniche uniche e condensatori della memoria delle comunità che le hanno create, ma anche elementi strategici nei processi di ripensamento del futuro della città contemporanea [Tweed, Sutherland 2004]. La ricerca in questione, affrontata accostando le competenze della composizione architettonica e urbana e del restauro, intende andare oltre le pratiche del mero adattamento dello spazio storico a nuovi scopi, sperimentando strategie per l'intervento sull'esistente, in una prospettiva urbana e sistemica, come azione di ripensamento critico delle relazioni tra architetture

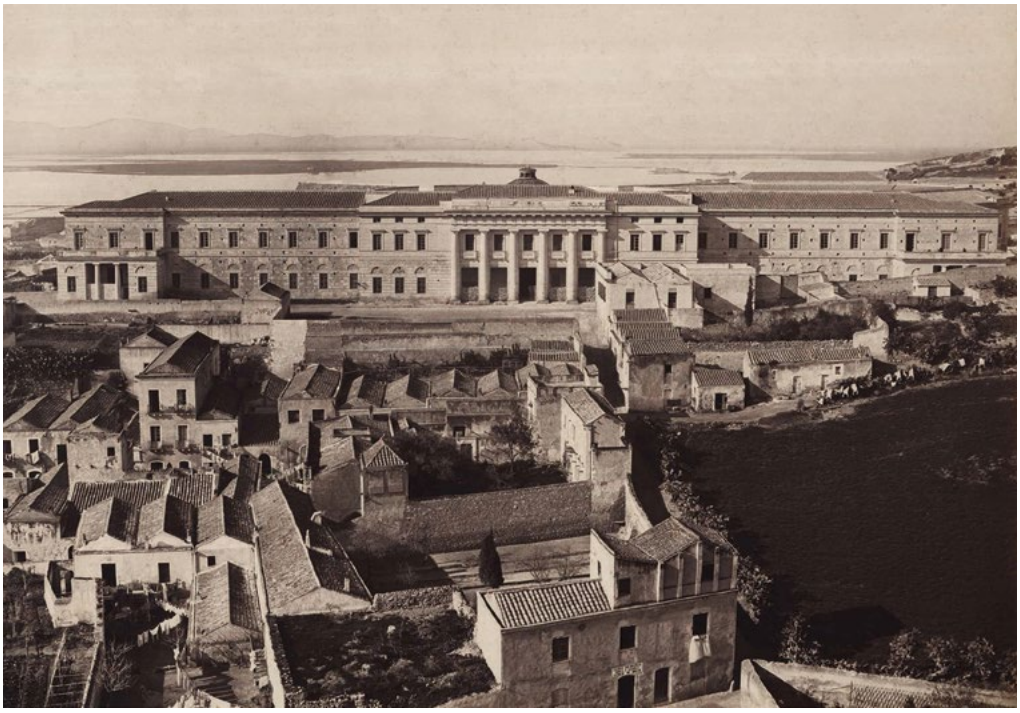
© Aisu International 2020

del passato in disuso, città e cittadini. Tra le varie fabbriche al centro della *Città Ospitale* vi è l'Ospedale Civile di Cagliari, fabbrica monumentale ottocentesca a firma del noto architetto neoclassico Gaetano Cima, su cui il presente contributo intende riflettere.

Cagliari nel XIX secolo. Il nuovo Ospedale Civile e le altre fabbriche della nascente città borghese

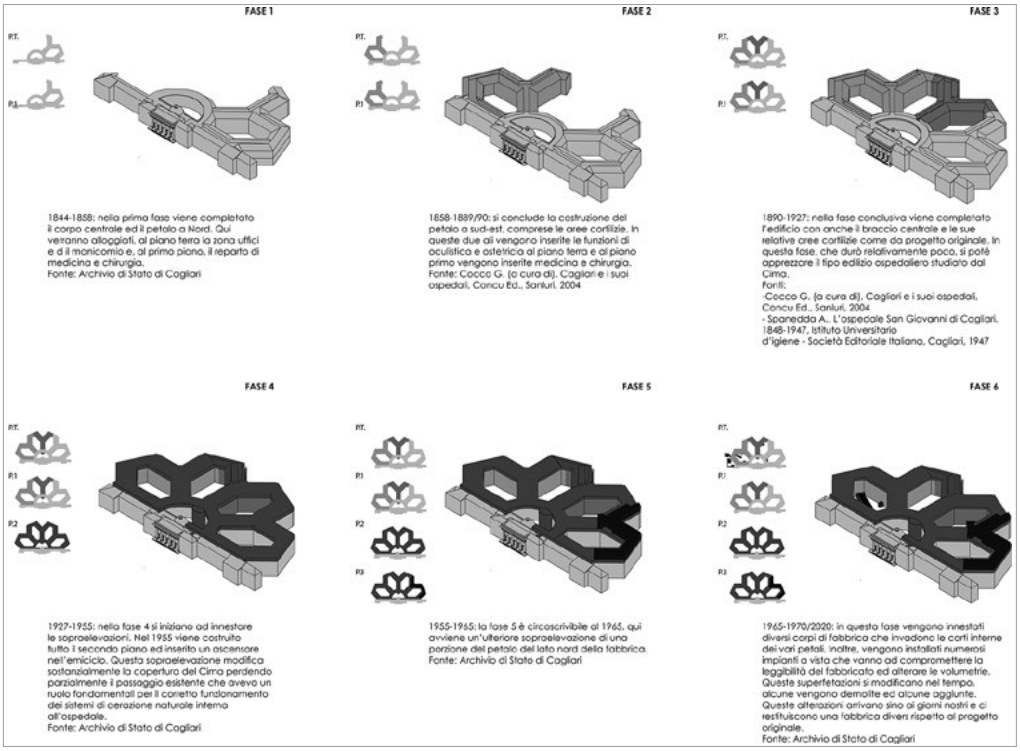
Com'è noto, verso la metà del XIX secolo la costruzione di alcune importanti fabbriche civili segna una radicale trasformazione per Cagliari, piccolo centro urbano, ma principale città della Sardegna. Da piazzaforte militare, strategicamente situata in un'isola nel mezzo delle rotte mediterranee, la città cambia carattere e configurazione con l'abbattimento di parte della monumentale cinta muraria. Abbandonata la vocazione militare, essa si avvia lentamente a divenire una città borghese, condizione che sarà raggiunta – con tutte le inerzie legate all'arretratezza e alla posizione marginale – solo nella prima metà del Novecento. Pezzi chiave di questo processo sono i nuovi monumenti civili che spiccano per caratteri architettonici e dimensioni inedite su un tessuto ancora legato alle misure della città medioevale[1]. La sequenza è inaugurata da un edificio che si distingue ancora per imponenza e qualità: la grande fabbrica dell'Ospedale civile, progettata nel 1842 da Gaetano Cima, principale architetto cittadino nella stagione post-illuminista (Fig. 1).
Dopo quasi due secoli, il centro di Cagliari è ancor oggi segnato dai suoi principali edifici ottocenteschi, avendo la città storica mantenuto chiari i rapporti e i caratteri della sua evoluzione nel tempo (Fig. 2); tuttavia, conseguentemente all'espansione e alle trasformazioni della modernità – con i progressi tecnici di molti degli usi degli edifici – quelle fabbriche si sono rese obsolete. Pertanto, risulta ora necessario un ripensamento del loro ruolo urbano che si fonda su alcune considerazioni. Le grandi fabbriche civili ottocentesche sono certamente un'eredità strategica, al di là del valore strettamente monumentale e di testimonianza. Per dislocazione, rapporti di scala e specificità di configurazioni spaziali, esse rappresentano nodi urbani di soluzione problematica, e proprio tali condizioni critiche ne rendono evidente l'importanza. Ovviamente, non è semplice trovare risorse e soggetti interessati ad affrontare il recupero integrale di manufatti di grande dimensione; ed è sicuramente complicato farvi convergere usi diversi o definire le modalità per una loro apertura alla città. Pertanto, riflessioni guidate da visioni ampie e transdisciplinari, ma allo stesso tempo in grado di elaborare strategie puntuali d'intervento, studiate caso per caso, diventano imprescindibili. Ovviamente occorre svincolare il monumento dalla specificità e dall'uniformità degli usi del passato per reintegrarlo nella città, alla sua pluralità di modi di vita e d'impiego, evitando di relegarlo nel limbo di una destinazione puramente monumentale.

[1] Dalla metà del secolo vengono realizzati il nuovo carcere (opera di Giovanni Imeroni, 1955), la stazione dei treni (1879), il mercato civico (a firma di Enrico Melis, 1884, demolito nel 1973) e il Palazzo Comunale (di Crescentino Caselli, 1899). La serie testimonia una ricca transizione stilistica, da un sobrio neoclassicismo all'ecclettismo e al liberty, e riflette le diverse immagini che la città offre di sé stessa.



1: Cagliari, Ospedale Civile San Giovanni di Dio. Vista della fabbrica, 1870 circa [Cagliari. Archivio Storico del Comune. F. fotografico. Serie IX collezioni e album, collezione Cocco. Foto n. 499].

2: Cagliari, Ospedale Civile. La fabbrica nel contesto urbano allo stato attuale, 2020 [http://www.sardegnageoportale.it/webgis2/sardegnafotoaeree/; elaborazione: P. F. Cherchi].



3: Cagliari, Ospedale Civile. Cronologia delle fasi costruttive, 2019-2020 [elaborazione a cura di P. F. Cherchi, C. Giannattasio, M. Lecis; restituzione grafica a cura degli studenti del laboratorio integrato di progettazione architettonica e restauro, laurea magistrale in Architettura, Università degli studi di Cagliari, a. a. 2019-2020].

Le fasi iniziali della ricerca si sono fondate sullo studio e sull'analisi storica della fabbrica e delle sue vicende costruttive[2] (Fig. 3). Particolarmente significativo è stato il riconoscimento delle ragioni del progetto di Cima, contraddistinto da forme alquanto singolari; per far ciò è necessario inquadrare il lavoro dell'architetto progettista nel panorama culturale e nel dibattito in corso al volgere del XIX. Quando Gaetano Cima avviò la ricerca di un sito adeguato alle esigenze della costruzione erano passati settant'anni dall'incendio dell'Hôtel-Dieu a Parigi, del 1772, il quale, com'è noto, segnò l'avvio di una stagione di accesi confronti tra scienziati-medici e architetti, tutti chiamati a dare una risposta razionale al tema della miglior organizzazione architettonica dell'ospedale moderno. Il

[2] L'analisi storica è una pratica a cui si è ricorso senza pregiudizi ideologici né aspettative predeterminate, nella convinzione che la conoscenza sia uno strumento fondamentale per il progetto e che l'analisi preliminare consenta all'opera architettonica di acquisire una coerenza circostanziata da fatti storici, pur nella consapevolezza che ogni forma di conoscenza non possa assurgere a un ruolo risolutivo nel processo di formazione del progetto. Tale idea è coerente con il pensiero di Vittorio Gregotti, il quale, nell'esprimere la scarsa fiducia nel ricorso esclusivo all'analisi del dato esistente, afferma: «soprattutto si tratta di mettere da parte ogni illusione deduttiva, di chi pensa cioè che il progetto possa essere dettato dalla sola lettura, anche la più approfondita, delle condizioni e del contesto considerato» [Gregotti 1991, 35].

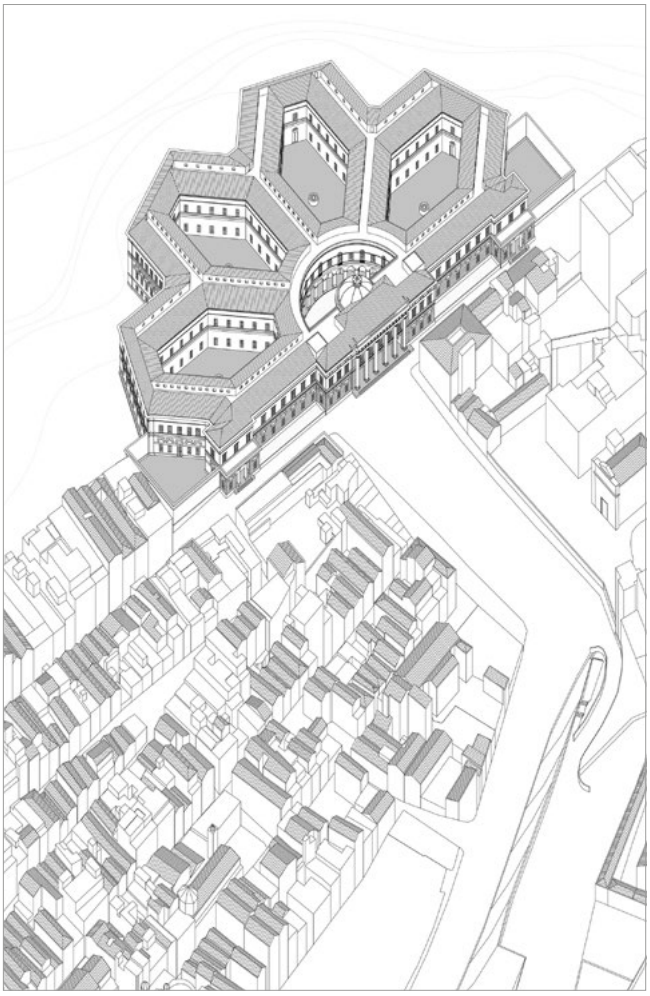
dibattito che ne seguì divenne una vera disputa tra le varie competenze coinvolte, che si evolse intorno a due modelli di organizzazione spaziale contrapposti: lo schema a pianta centrale e quello a padiglioni separati disposti lungo filari paralleli. Nonostante gli sforzi degli architetti promotori dello schema radiale[3], il progetto di ospedale panottico presentava diversi punti deboli. Dunque, a partire dall'Ottocento prevalse il modello meccanicista, appannaggio dei medici, contraddistinto da un'organizzazione articolata in blocchi autonomi, rispondenti a precise logiche sanitarie. Si trattava, nello specifico, di un impianto che Michael Foucalt definirà *machine à guérir* [4], espressione che sintetizza in modo efficace l'idea che progressivamente i medici mettono in atto, secondo un processo di meccanizzazione dell'architettura ospedaliera che avrebbe definitivamente allontanato gli architetti dal progetto dei luoghi per la cura e la salute.

Le sequenze ordinate dei padiglioni separati e allineati garantivano evidentemente vantaggi sia in termini di organizzazione razionale che di rispondenza alle ossessive esigenze della ventilazione continuativa. Peraltro, tali sequenze mal rispondevano alla propensione verso la retorica monumentale e concisa del tardo neoclassicismo; aspetto, questo, di cui era ben consapevole l'architetto Cima. Nell'affrontare la sfida della progettazione di un ospedale moderno si è supposto che egli si sia domandato come ricomporre la frattura tra forma e funzione conformemente ai requisiti della nascente disciplina dell'organizzazione ospedaliera, e al contempo rispondente all'ideale post-illuminista della "magnificenza civile" che esprimeva «un traguardo di civiltà urbana, sintesi del bello e dell'utile» [Cattaneo 1978, 6]. Una sfida che trova in Cima una risposta singolare, che combina il tipo palaziale, lo schema radiale e la separazione in corpi lineari distinti. Su un corpo oblungo egli innesta un impianto radiale di tipo panottico, centrato sul tamburo della cappella aperta verso l'emiciclo del cortile interno, centro geometrico ma soprattutto spirituale della moderna *machine à guérir.* Nella parte mediana del corpo lineare, attestato lungo lo spazio pubblico, Cima inserisce il centro dell'emiciclo, che diviene generatore di una sequenza radiale di corpi di fabbrica, ripiegati in mezzeria per formare i lati di cinque cortili intermedi esagonali. Per l'eloquenza e la magnificenza dell'apparato figurativo neoclassico, il volume rettilineo si conforma in relazione intensa con la città, come una vera e propria *scaenae frons* (Fig. 4). Nei suoi due livelli sono collocati gli ingressi, gli spazi della amministrazione e gli spazi del *triage*, mentre nei corpi radiali trovano sistemazione razionale e ordinata i reparti, divisi per sesso e per patologia.

Quando nella seconda metà del Novecento la popolazione crebbe e mutarono i paradigmi dell'organizzazione sanitaria, l'impianto planimetrico manifestò i suoi limiti, non

[3] Per un approfondimento del dibattito e delle vicende della nascita dell'"ospedale moderno" nel XVIII secolo [Cherchi 2016, 43-57].

[4] Michael Foucalt descriveva l'ospedale come macchina terapeutica: «l'ospedale-edificio si organizza poco a poco come strumento di azione medica: deve permettere di osservare bene gli ammalati, dunque di meglio predisporre le cure; la forma degli edifici deve, con l'accurata separazione degli ammalati, impedire i contagi; [...] l'ospedale non è più semplicemente il tetto sotto cui si riparano la miseria e la morte prossima, è con la sua stessa sostanza materiale, un operatore terapeutico» [Foucault 2014, 189].



4: P. F. Cherchi, Cagliari, Ospedale Civile. Assonometria della configurazione originaria precedente alle alterazioni apportate nel secondo dopoguerra, 2015.

consentendo né una crescita ulteriore né un'efficace riorganizzazione dei flussi. Il vincolo tipologico portò nel tempo al lento declino dell'edificio, incapace di rimodularsi e adattarsi a nuovi utilizzi. Riportare in vita e promuovere le qualità della permeabilità e della flessibilità di un impianto tipologico singolare e concluso, senza snaturare la grandezza e l'unicità dei suoi caratteri architettonici, costituisce la sfida che siamo oggi chiamati ad affrontare nell'immaginare un nuovo corso per l'ospedale e che abbiamo affrontato nella ricerca *Città Ospitale*.

Una strategia per restituire il monumento alla città

Come altre architetture civili della città ottocentesca, l'ospedale è un condensatore di vita, un luogo di incontro e di condivisione, crocevia della comunità; per dirla con le parole di Guido Canella, una «città nella città» [Canella 1979, 2]. L'immagine canelliana

restituisce il carattere di chiusura e l'alterità dell'ospedale, separato per ragioni istituzionali e tecniche, complesso e autosufficiente, assimilabile, appunto, a una città. La strategia del laboratorio *Città Ospitale* prova, però, a ribaltare questo punto di vista, assumendo come paradigma della progettazione l'idea che la fabbrica possa configurarsi sul piano simbolico e funzionale come parte perfettamente integrata alla città, parzialmente aperta e in continuità con il suo contesto; in altri termini, non una città nella città, nucleo articolato introverso, ma una sua estensione permeabile, accogliente e ospitale. Questo rovesciamento concettuale investe l'idea generale del monumento e dei suoi caratteri tipologici: la configurazione compiuta e centripeta dell'edificio diviene uno spazio riformato e attraversabile. Si tratta di una sfida certamente impegnativa, che si focalizza sull'inserimento di nuovi usi, che presuppone un'azione significativa sul piano progettuale.

In sintesi, la strategia messa in atto è riassumibile in due azioni principali. La prima è l'apertura alla città attraverso una nuova connessione fisica e di percorsi, oltreché mediante una riconfigurazione degli usi calibrata sulle necessità attuali dell'ambito urbano e dell'intorno immediato del manufatto. Per questa ragione diventa determinante un intervento al pian terreno in continuità diretta con la città, secondo un approccio specifico, diverso da quello a cui poter fare ricorso per il resto dell'edificio. Tale livello viene così a configurarsi come interfaccia tra la città e i piani superiori, di cui si pone al servizio; per svolgere questo ruolo necessita di un rinnovamento degli spazi e dei percorsi, atti a promuoverne la permeabilità, la libertà di movimento, la varietà e l'interconnessione di usi. Queste sono tutte caratteristiche tipiche della vita delle strade di una città, ora in procinto di essere trasposte a rinnovamento di una tipologia storica. Questo è, a nostro avviso, l'esercizio progettuale più avvincente e sperimentale della proposta, nel momento in cui viene a basarsi sulla convinzione che sia possibile generare un processo di trasformazione senza cancellare l'immagine storica, bensì facendola evolvere con pochi interventi mirati, con innesti puntuali capaci di innescare, per triangolazione, le nuove percorrenze.

La seconda azione, conseguente alla prima, sta nel leggere l'ospedale come un organismo dai caratteri urbani – per certi versi specchio ed estensione della città – consentendo di considerarne le parti secondo nuove relazioni e dotandole di parziale autonomia. Attraverso un simile approccio si rende possibile studiare e attuare il riuso dell'edificio per momenti separati, programmaticamente definiti e attivabili in tempi indipendenti, e tale aspetto appare assolutamente opportuno di fronte a una fabbrica così vasta e articolata, quale quella in questione, per la quale pensare a un'unica funzione impiantata in un tempo circoscritto sembra insostenibile. Se, dunque, al piano terra è affidato il ruolo di spazio di mediazione, ai piani superiori diverse porzioni dell'ospedale potrebbero essere riservate ad ambiti funzionali più caratterizzati e unitari, indipendenti tra di loro e con possibilità di attuazione diacronica.

Le azioni previste non sono certamente indifferenti e si ritiene che possano contribuire al successo della strategia. D'altra parte, l'intervento su un edificio storico si rende più efficace e adeguato, non tanto nell'introduzione di modificazioni che ambiscono, a volte ingenuamente, a un'improbabile neutralità nei confronti della preesistenza, quanto nella

scelta di usi che, oltre ad essere adattabili ai limiti fisici dell'impianto originario, rafforzino l'aura storica associata alla funzione originaria. Per questo, nel caso in oggetto, si è ritenuto necessario rifunzionalizzare il vecchio ospedale preservandone la vocazione assistenziale, con l'obiettivo di contribuire a definire un riferimento comunitario e uno spazio di incontro culturale e sociale finalizzato al benessere e alla cura di sé, all'interno del quale il cittadino possa ristabilire un equilibrio psicofisico e riappropriarsi di uno stile di vita salutare.

Il laboratorio didattico *Città Ospitale*. Usi flessibili, innesti contemporanei e nuove percezioni

Un aspetto caratterizzante del laboratorio *Città Ospitale* è la sua dimensione integrata e l'apertura a esperienze di ambito diverso. L'affiancamento delle discipline della composizione architettonica e urbana e del restauro ha attestato la possibilità di giungere a risultati qualificati e controllati [Cocco, Giannattasio 2017]. Tale affiancamento si fonda su una visione che intende guardare la vita delle forme, data da «accostamenti, compenetrazioni e sovrapposizioni» [Ferlenga 2007, 15], facendo in modo che il progetto sia capace di raccontare, proprio attraverso le sue forme, il suo passato e il suo presente.
In relazione all'ultimo aspetto, appare utile descrivere il modo in cui si è affrontato il rapporto delle ricerche sull'ospedale in qualità di docenti universitari, considerando importante aprire le esperienze didattiche ai problemi reali del territorio e, quando possibile, cercando di integrarle con le concrete attività di ricerca e di consulenza universitarie. Tenere insieme questi ambiti non è un processo semplice, e non si ritiene corretto intenderlo nel senso della mera sovrapposizione: partendo da questo presupposto, l'impegno sta nel caratterizzare indipendentemente i vari livelli e nel cercare di definire con scrupolosità i termini della loro integrazione. Nello specifico, il processo prende avvio dal problema concreto, l'ipotesi di una consulenza reale, per la quale vengono definiti i punti di una strategia d'intervento con un gruppo esperto e ristretto di professori e ricercatori. Una volta completata questa fase, viene elaborata una metodologia didattica, derivandola dalla strategia predisposta. Tale passaggio deve garantire allo studente un quadro ampio, articolato e stimolante per l'apprendimento degli strumenti progettuali, pur rimanendo vincolato a un ventaglio di problematiche concrete ben individuate. I piani di lavoro rimangono paralleli, ma non sono coincidenti: è una condizione propizia che offre occasioni di affinamento e di verifica su entrambi i fronti.
Nel caso in oggetto, si è lavorato con studenti dell'ultimo anno della carriera universitaria magistrale, sperimentando, appunto, nuove possibilità di ridefinizione della spazialità del piano terra dell'ospedale. La lettura della fabbrica monumentale, sia alla scala urbana che architettonica, ha costituito un punto di avvio imprescindibile. Essa è stata interpretata nella sua valenza storica, materica ed estetica, nonché prestando particolare attenzione agli aspetti legati alla memoria. Pertanto, gli studenti sono stati accompagnati a investigare l'architettura ricostruendone la storia, le cronologie e le stratigrafie attraverso i segni materici e di degrado – questi ultimi prevalentemente dovuti a un

sovraccarico funzionale protrattosi progressivamente negli anni – a riconoscerne i valori tipologici e formali, legati alla dimensione e all'impianto distributivo e decorativo, e al contempo a registrare i valori di memoria connessi alla sua destinazione d'uso, ovvero al suo essere stato prevalentemente luogo di sofferenza, ma anche di speranza e di nascita. Tale approccio è stato essenziale per sviluppare nei discenti un'attenzione verso il manufatto che fosse contestualmente analitica e critica, con il preciso intento di metterli nella condizione di essere guidati nella scelta delle proposte progettuali, da una visione consapevole di ciò che la fabbrica è stata, è, e potrà essere, proprio nel rispetto dei suoi intrinseci significati. Ciò non ha precluso la possibilità di optare per scelte talora implicanti la distruzione di materia storica, ma, qualora ciò sia avvenuto, si è trattato di azioni circoscritte e motivate, sempre attente a far permanere i fondamenti tipologici, architettonici e costruttivi sui cui il manufatto si basa, ovvero in grado di contemperare i valori della storia con quelli della contemporaneità. Successivamente si è "isolata" una porzione specifica della pianta, capace di presentare i principali temi in gioco, vale a dire il rapporto diretto con la città, la configurazione tipologica rigida e gerarchica degli spazi, la relazione con le corti interne, sulla quale gli studenti hanno lavorato per gruppi, secondo una sequenza di fasi predeterminata.

La prima parte del lavoro è stata dedicata alla prefigurazione generale di una nuova spazialità, utilizzando schemi sintetici applicati a una scala sufficientemente ampia, per poi effettuare un salto di scala, scendendo a un livello di dettaglio molto maggiore. Ci si è così concentrati sul disegno, anche costruttivo, di un solo "pezzo", un dispositivo architettonico di piccola scala scelto tra gli elementi delineati nella prima prefigurazione, il quale doveva costituire l'elemento d'innesto, l'elemento ridotto, capace di generare una nuova spazialità in virtù delle sue proprietà architettoniche e in relazione alla sua dislocazione. Nella terza fase del laboratorio si è tornati, poi, alla scala generale, individuando sulla porzione prescelta i punti di inserimento dei dispositivi elaborati e completando l'intervento. Un esercizio strutturato in questo modo, muovendosi sulle due scale, ha consentito di ottenere un nuovo carattere spaziale, a partire dall'inserimento e dall'elaborazione, come già anticipato, di elementi minuti, volti a interagire con sensibilità e specifica accortezza con la conformazione e con l'immagine consolidata della preesistenza storica. Inoltre, un altro aspetto rilevante su cui tutti gli studenti sono stati chiamati a rispondere è stato quello dell'accessibilità per tutti, in coerenza con le finalità del Centro interdipartimentale Cagliari Accessibility Lab dell'ateneo cagliaritano, di recente costituzione[5].

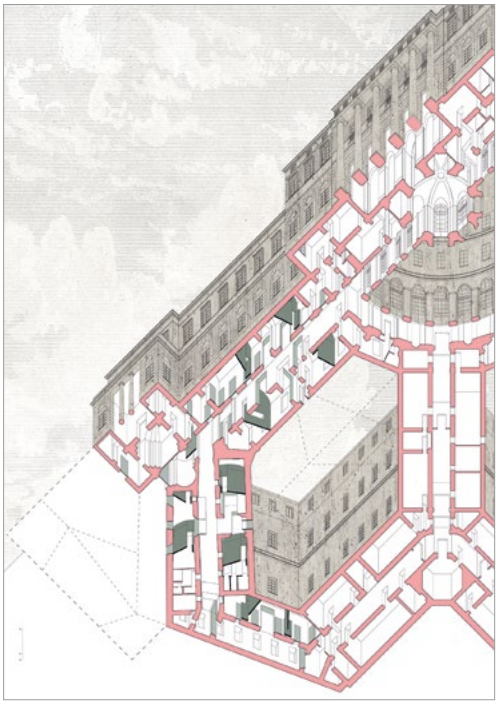
I progetti qui presentati, andando oltre la messa alla prova della strategia, mirano a mettere in luce un'indagine sullo spazio capace di generare rinnovate percezioni del monumento, senza necessariamente ricorrere all'introduzione di nuove forme. Attraverso i lavori selezionati è possibile osservare che i caratteri di permeabilità e di

[5] Tale questione è stata affrontata con grande attenzione per i caratteri peculiari del monumento, giungendo a proposte attraverso cui si è riusciti a dare un valore aggiunto allo stesso, attestando che un progetto, nel momento in cui parte da validi presupposti, può riuscire a definire soluzioni "universali" adatte a un'utenza ampliata, e non "progetti speciali per persone speciali".

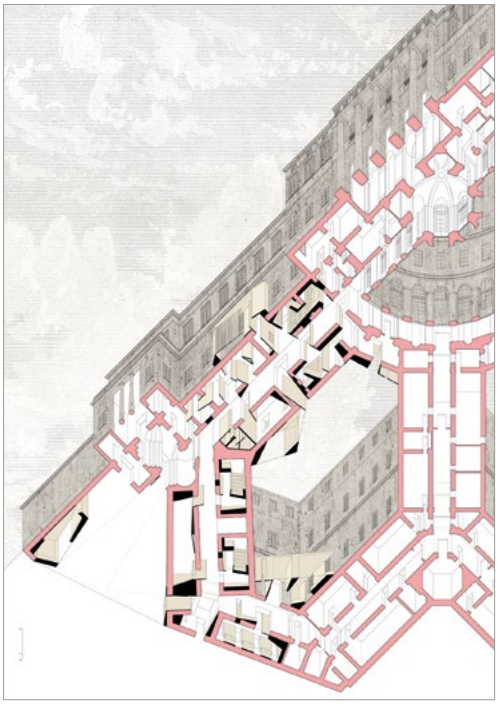
apertura della nuova spazialità non sono perseguiti alterando la forma storica, ma, piuttosto, modificandone la percezione. Tale risultato è stato cercato, come già annunciato, proprio a partire da limitate alterazioni alla materia storica, se non laddove la sottrazione minima venga a essere giustificata come parte dell'azione critica dell'intervento, e procedendo per innesti che, chiamati innanzitutto a sottolineare la forma antica generando una nuova percezione degli spazi, fossero al contempo capaci di favorire lo svolgimento di nuove funzioni (Figg. 5-6-7). Per raccontare efficacemente il risultato, contestualmente al tema della creazione di nuovi ingressi e alla modifica dei flussi interni, appare opportuno soffermarsi su un aspetto rilevante per la nostra trattazione, ovvero sulla realizzazione di una nuova spazialità come esito della relazione rigida tra il corridoio centrale lineare e le stanze laterali. La nuova condizione non altera la giacitura delle masse murarie storiche né inserisce nuove figure autonome, ma si costituisce mediante l'inserimento di "dispositivi" puntuali e l'apertura di varchi trasversali, dai quali in ogni ambiente sia sempre possibile traguardare la vista verso lo spazio successivo, secondo una sequenza di triangolazioni continue. Tali dispositivi non si manifestano come figure autonome, ma come commenti e puntualizzazioni capaci di svelare significati esistenti – struttura della forma storica – di conferire nuove valenze e di modificare la percezione del manufatto.

In merito alla relazione tra percezione e conservazione, già negli anni Settanta del Novecento Evgenii Mikhailovskii sosteneva che la conservazione doveva essere interpretata e formulata non come pratica della forma, ma come disciplina protesa a modificare la percezione del manufatto, per renderne leggibile e trasmissibile il valore culturale [Mikhailovskii 2011]. Per quanto il pensiero dell'architetto russo vada inquadrato nel contesto storico e culturale di riferimento, la sua posizione è utile alla nostra trattazione. Per Mikhailovskii la conservazione non consisteva nella modificazione o nel ripristino della forma architettonica, ma in un processo continuo di inquadramento dell'esperienza estetica dell'architettura, tale che il visitatore potesse acquisire il senso dell'importanza culturale dell'opera. Anche nel nostro caso il riconoscimento del valore storico e culturale dell'opera rappresenta il presupposto per ogni ragionamento e azione progettuale. Una comunità che percepisce in forma prevalente e rilevante il valore strumentale dell'edificio in quanto parte del sistema sanitario non ha piena percezione dei valori storici né può lucidamente inquadrarli in una prospettiva attuale e contemporanea. Nel dibattito in corso sul tema, George Otero-Pailos offre un'interpretazione dell'intervento di conservazione come pratica di riposizionamento culturale e sottolinea che il riconoscimento della pregnanza culturale della forma architettonica è una questione ancora attuale[6]. Se, in termini gene-

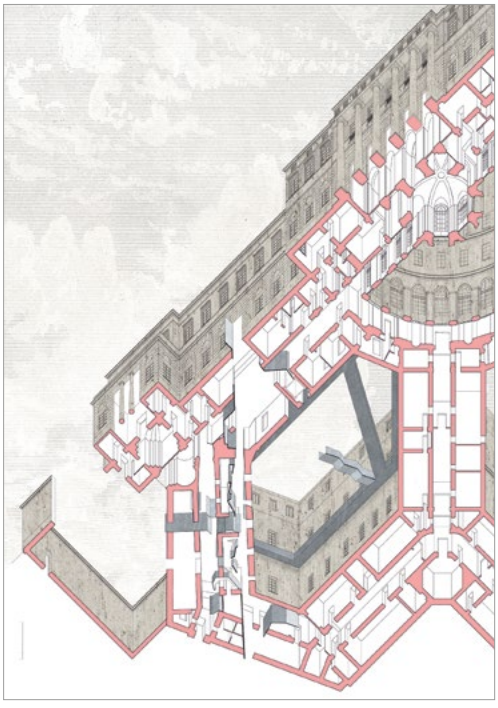
[6] Nel descrivere il posizionamento di Rem Koolhaas nel dibattito sulla conservazione, Otero-Pailos spiega come nel progetto del 2006 di recupero dell'ex-miniera di Zeche Zollverein a Essen l'obiettivo sembra essere l'invisibilità della forma. Secondo la sua interpretazione, il nuovo ingresso progettato può essere riletto come un "supplemento senza forma", perché configurabile come aggiunta che sembra indistinguibile dalla preesistenza e che si configura come addizione sottile e impercettibile. A Zollverein non fu richiesto di cambiare la preesistenza, ma di rinquadrare il modo in cui la fabbrica veniva percepita intervenendo



5: S. Lissia, M. Pinna, S. Serrau, Cagliari, Ospedale Civile. Progetto di riuso, vista assonometrica, 2020.



6: I. Congiu, G. Dettori, M. Mureddu, Cagliari, Ospedale Civile. Progetto di riuso, vista assonometrica, 2020.



7: L. Cassago, A. Perseu, A. Pischedda, Cagliari, Ospedale Civile. Progetto di riuso, vista assonometrica, 2020.

rali, le ragioni e le finalità del riposizionamento culturale di un'opera storica possono essere in molti casi condivisibili, è forse discutibile l'idea sostenuta da Otero-Pailos secondo cui un'aggiunta sia priva di forma. Inoltre, non è dimostrabile che il progetto che si articola su addizioni "silenziose" «metta in crisi una delle fondamentali pratiche del progetto architettonico: la produzione di una nuova forma» [Koolhaas, Carver, Otero-Pailos *et al.* 2014, 95]. In tale affermazione le discipline della composizione e del restauro sembrano contrapporsi e stagliarsi su due piani diversi, dove una appare come dedita alla generazione di un nuovo inizio, l'altra limitata al congelamento di uno stato della materia. Di contro, le nostre attività di ricerca e laboratoriali si fondano su un'idea di progetto che persegue la rilevanza culturale delle forme non centrandosi sulla costituzione di una nuova figura, ma come parte del naturale processo dialogico di modificazione e di decadimento dell'esistente. Dunque, nel processo lento e ineludibile di trasformazione della materia, il progettista interviene non alterando la forma data, ma assicurandone, attraverso una rinnovata percezione, un'esistenza rinnovata e prolungata.

Conclusioni

Nelle ipotesi avanzate, come anticipato, il monumento abbandonerebbe i suoi aspetti di chiusura e autoreferenzialità per essere trasformato in un'architettura integrata con la città, predisponendosi a occupazioni diverse e relativamente autonome. In tale prospettiva, uno sforzo di modificazione della percezione del manufatto si rende necessario per un'efficace attuazione dell'apertura al contesto urbano. Infatti, come altre fabbriche civili ottocentesche, l'ospedale storico rappresenta nell'immaginario collettivo un limite invalicabile, una "realtà altra", separata e distante dalla città stessa. Pertanto, il progetto di conservazione non si riduce all'inserimento bilanciato di nuovi usi, ma favorisce strategicamente un pieno riconoscimento dei valori culturali e del potenziale del monumento, in modo da consentire che esso non venga più percepito semplicemente come luogo "dove si va quando si sta male", bensì come spazio collettivo aperto ai cittadini. La trasformazione, proprio a partire da tale riconoscimento, avanza un'ipotesi progettuale coerente e unitaria, coordinata e guidata in tutte le sue fasi. In tale ottica, la sfida di dare nuova vita alla fabbrica può essere considerata superata solo nel momento in cui la trasformazione sia in grado di reinterpretare i suoi caratteri fondanti, traducendosi in un'azione progettuale attenta e argomentata, che non agisce per cancellazione né tantomeno per sovrapposizione incoerente e astratta.

là dove era più necessario anche sul piano tecnico e programmatico. L'intervento di Koolhaas si riduce, dunque, alla costruzione di un nuovo ingresso, costituito da una rampa mobile immaginata come un nastro trasportatore della vecchia fabbrica [Koolhaas, Carver, Otero-Pailos *et al.* 2014, 95].

Bibliografia

CANELLA, G. (1979). *L'Ospedale tra storia interna e storia esterna*, in «Hinterland», n. 9-10, p. 2.

CATTANEO, C. (1978). *Introduzione*, in *L'idea della Magnificenza Civile. Architettura a Milano 1770-1848*, a cura di L. Patetta, Milano, Electa, p. 6.

CHERCHI, P. F. (2016). *Typological Shift. Adaptive reuse of abandoned monumental hospitals in Europe*, Siracusa, LetteraVentidue.

COCCO, G. B., GIANNATTASIO, C. (2017). *Misurare Innestare Comporre. Architettura storica e progetto/Measure Graft Compose. Historical architectures and design*, Pisa, Pisa University Press.

FERLENGA, A. (2007). *Ciò che esiste*, in *Antico e Nuovo. Architetture e Architettura*, *Atti del Convegno (Venezia, 31 marzo-3 aprile 2004)*, a cura di A. Ferlenga, E. Vassallo, F. Schellino, Padova, Il Poligrafo, pp. 15-18.

FOUCAULT, M. (2014, I ed. 1975). *Sorvegliare e Punire: nascita della prigione*, Torino, Einaudi.

GREGOTTI, V. (1991). *Dentro l'Architettura*, Torino, Bollati Borlinghieri.

KOOLHAAS, R., CARVER, J., OTERO-PAILOS, J. *et al.* (2014). *Preservation is overtaking us*, New York, Columbia University Graduate School.

MIKHAILOVSKII, E. (2011). *The Methods of Restoration of Architectural Monuments: contemporary theoretical conceptions*, in «Future Anterior», n. 1, pp. 84-95.

TWEED, C., SUTHERLAND, M. (2004). *Built Cultural Heritage and Sustainable Urban Development*, in «Landscape and Urban Planning», n. 83, pp. 62-69.

STRUTTURE OSPEDALIERE DA TUTELARE? L'INSULA DELL'OSPEDALE NAPOLETANO DEI PELLEGRINI TRA QUESTIONI DI SICUREZZA E CONSERVAZIONE

Adriana Marra, Giovanni Fabbrocino

Abstract

Safety and functionality of Health Facilities (HFs) are challenges for all countries holding a historical and architectural heritage. Besides a number of decommissioned historical HFs, many hospitals are operational, which leads to a technical debate on the maintenance in the scope of conservation. Potential of digital technologies in the area of HF inventory condition assessment are investigated herein, and an illustrative example – the hospital Vecchio Pellegrini of Naples – is illustrated.

Keywords

Health facilities, Conservation, Digital Technologies, Crowdsensing, Vecchio Pellegrini Naples.

Introduzione

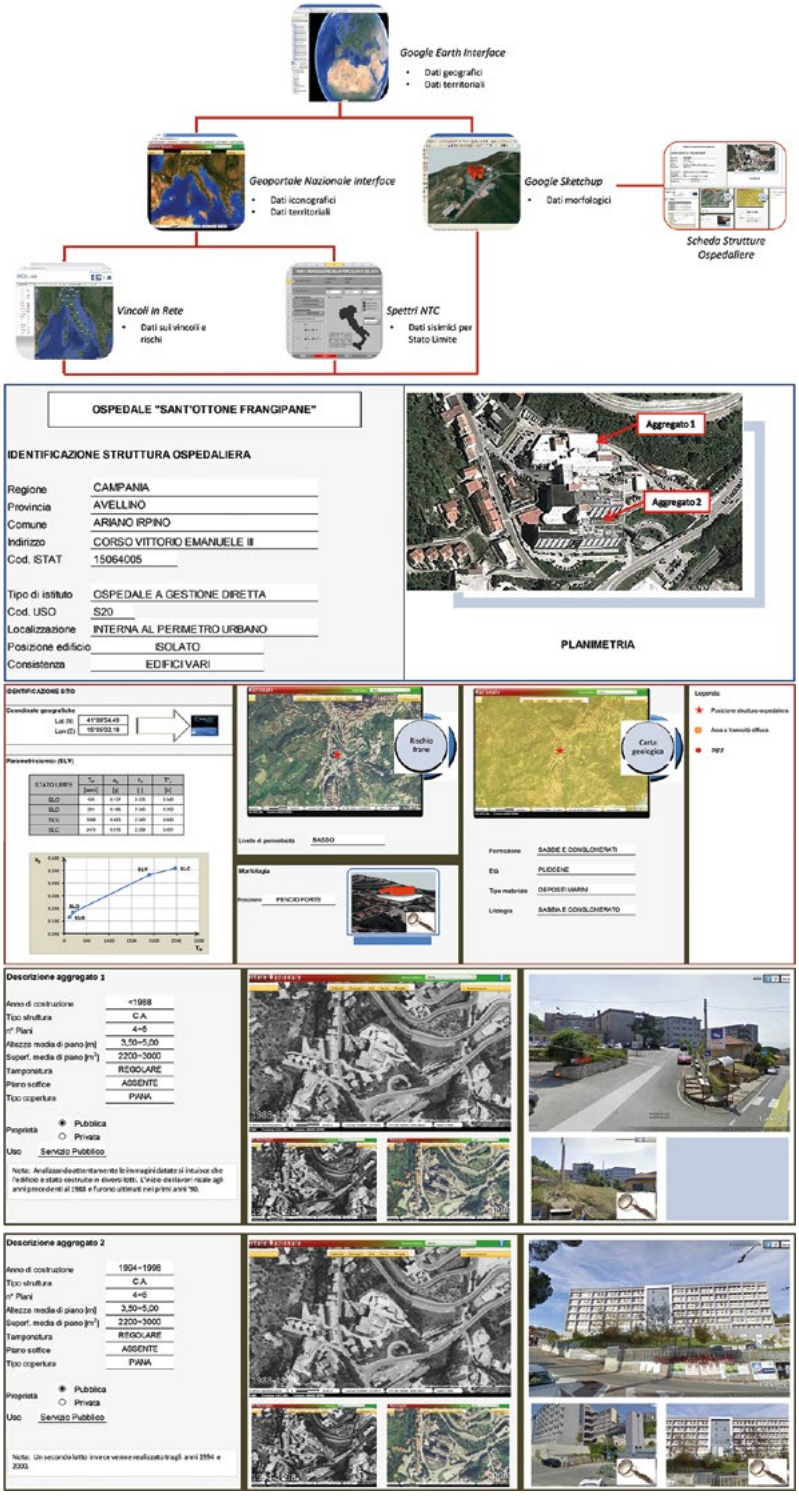
Gli eventi sismici che hanno interessato l'Italia negli ultimi decenni hanno aperto un costante e acceso dibattito sulle questioni inerenti alla conservazione e sicurezza del nostro patrimonio costruito. Numerose testimonianze del nostro passato sono state fortemente danneggiate da tali eventi che hanno provocato delle perdite, talvolta irrimediabili, della nostra storia e memoria. Tuttavia, anche costruzioni più recenti, che talvolta hanno un'importanza strategica proprio nelle fasi di emergenza, hanno mostrato la loro fragilità in tali circostanze riportando danni non trascurabili: ne è un esempio il caso dell'Ospedale San Salvatore, dichiarato inagibile subito dopo il terremoto che ha sconvolto l'Abruzzo nell'aprile del 2009. Quest'ultimo evento ha portato a indagare sulle questioni relative alla sicurezza e manutenzione delle strutture sanitarie, ma anche sulle tecniche di monitoraggio già adottate o da impiegare sul territorio nazionale per ridurre i rischi a cui tali strutture sono esposte[1] [Ranieri, Gargaro, Fabbrocino 2019]. Ciò ha evidenziato quanto sia importante incrementare la sicurezza del nostro patrimonio

[1] Tra il 2014 e il 2019 è stato implementato un progetto di ricerca circa la sicurezza delle strutture sanitarie e le tecniche di monitoraggio strutturale per la riduzione del rischio sismico, finanziato dall'Azienda

© Aisu International 2020

costruito attraverso azioni mirate e periodiche per salvaguardare la vita degli occupanti e garantire l'operatività delle strutture strategiche. Al tempo stesso, è diventata ancor più evidente la necessità di conoscere la storia e gli eventi che tali strutture hanno subito nel tempo sia per garantire che gli interventi messi in atto non alterino i valori insiti in esse sia per promuovere nuove forme di conoscenza in modo da coinvolgere attivamente la comunità, non solo quella tecnico-scientifica, nei processi di conservazione del patrimonio storico-architettonico. Di conseguenza, sono state indagate le potenzialità derivanti dall'utilizzo dei sistemi di *web-mapping* e di *crowdsensing* nell'ambito della ricerca storica e nella comprensione dello stato di fatto delle strutture storiche [Marra, Fabbrocino 2020]. Tali sistemi, infatti, permettono alla comunità di condividere e utilizzare dati e informazioni attraverso pagine web e *social network* rendendola protagonista attiva dei processi di tutela e valorizzazione del patrimonio storico-architettonico.
Nel contesto descritto, è stata rivolta un'attenzione particolare ai presidi ospedalieri presenti in Italia e ricadenti nelle zone con elevata pericolosità simica (zona 1-2). Il punto di avvio della ricerca è stata l'analisi dei requisiti tecnici e prestazionali delle strutture sanitarie che assumono un ruolo strategico sia in condizioni ordinarie che eccezionali. L'ospedale rappresenta uno dei settori più complessi dell'edilizia, soprattutto per il ruolo svolto nell'ambito dell'assistenza sanitaria e per le necessità specifiche di ogni area funzionale che lo contraddistingue; inoltre, richiede l'impiego di un numero assai elevato di specializzazioni professionali e di tecnologie avanzate ed innovative. Il processo di progettazione-costruzione-gestione delle strutture ospedaliere è di estrema e crescente complessità, soprattutto se si considera una loro analisi su larga scala. Tuttavia, le moderne tecnologie digitali, gli strumenti di *crowdsensing* e le numerose banche dati disponibili in rete, opportunamente combinate con le banche dati già disponibili negli stessi ospedali, possono essere estremamente utili nel fornire un quadro effettivo delle strutture presenti sul territorio e supportare gli studi propedeutici alla mitigazione dei rischi naturali, ma soprattutto quelli per il monitoraggio e la diagnostica in vista della pianificazione degli interventi di manutenzione da espletare per garantire l'efficienza dei presidi ospedalieri nell'ottica della conservazione.
A partire dalle piattaforme accessibili *online* e dagli strumenti disponibili in specifici ambiti disciplinari (Fig. 1), è stata elaborata una scheda sintetica che integra tutte le informazioni e consente di raggiungere una conoscenza estesa di tali strutture. La scheda riporta i dati relativi alla storia, all'epoca costruttiva e agli aspetti morfologico-dimensionali, tecnologici e geomorfologici dell'intero sistema strutturale, relazionandoli ai rischi cui le strutture sono esposte, da quello sismico a frane o alluvioni (Fig. 1).
L'analisi implementata ha evidenziato che circa il 10% dei presidi ospedalieri esaminati sono ospitati all'interno di strutture in muratura aperte prima del 1920 (Grafico 1), quindi con un'età superiore ai 70 anni [Fabbrocino, Rainieri 2013]. Limitando l'analisi alle strutture presenti nel sud Italia, laddove estese sono le aree esposte al rischio sismico, è

Sanitaria Regionale Molise (ASREM) e sviluppato presso l'Università del Molise, con responsabile scientifico il prof. ing. Giovanni Fabbrocino.



1: A. Marra, G. Fabbrocino, Piattaforme e strumenti integrati per la conoscenza e caratterizzazione delle strutture storiche in prospettiva sismica, in alto; Schema infografico dei dati rilevanti per l'Ospedale Sant'Ottone Frangipane di Ariano Irpino (AV), in basso, 2020.

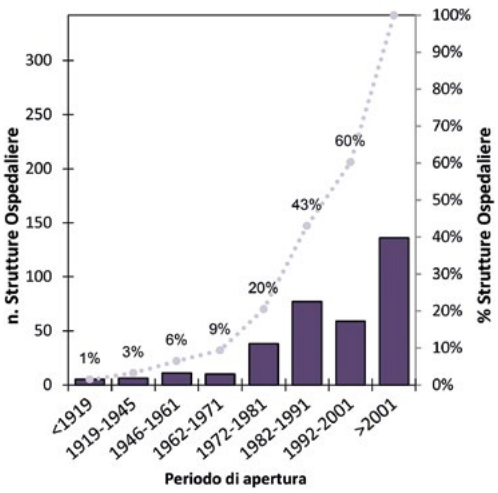
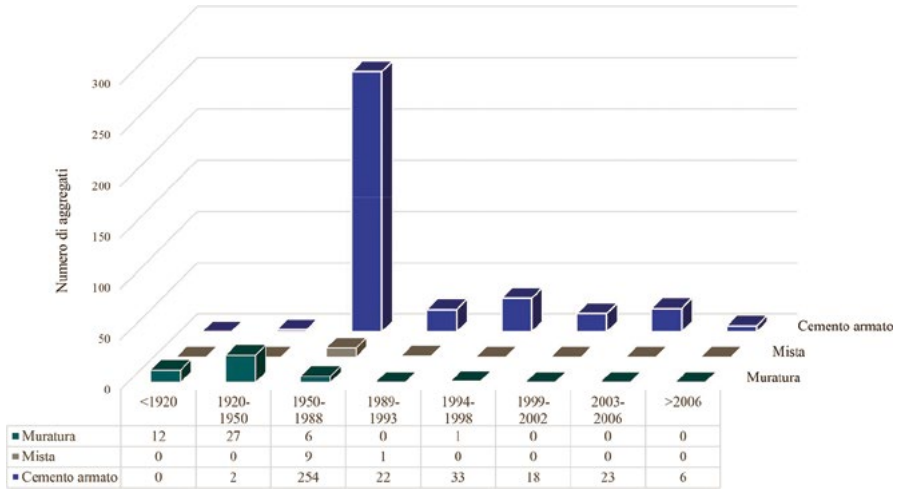


Grafico 1: A. Marra, G. Fabbrocino, Distribuzione percentuale dei presidi ospedalieri per periodo di apertura, 2020.

stata elaborata una statistica relativa ai materiali da costruzione impiegati nella realizzazione di nuove costruzioni o l'ampliamento delle esistenti (Grafico 2); si osserva un diffuso uso del cemento armato a partire dall'immediato dopoguerra e la scomparsa dal panorama delle strutture sanitarie della muratura a partire dal medesimo periodo.
I risultati, se da un lato portano a interrogarsi sulle tematiche relative alla manutenzione e alla sicurezza di strutture progettate e costruite con norme obsolete, evidenziano anche la vastità del problema della conservazione e della tutela degli edifici destinati ad accogliere funzioni sanitarie che hanno tuttavia una potenziale rilevanza architettonica. Dopo un *excursus* sulla normativa vigente e sulle modalità di intervento per i manufatti storici, è stata condotta un'analisi del complesso ospedaliero del vecchio Pellegrini di Napoli a partire dalle informazioni recuperate in rete. Grazie a questo studio è stato



	<1920	1920-1950	1950-1988	1989-1993	1994-1998	1999-2002	2003-2006	>2006
Muratura	12	27	6	0	1	0	0	0
Mista	0	0	9	1	0	0	0	0
Cemento armato	0	2	254	22	33	18	23	6

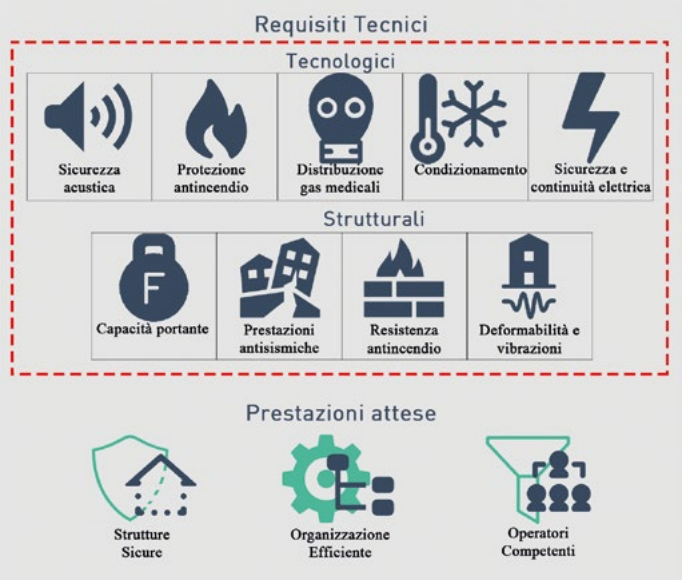
Grafico 2: A. Marra, G. Fabbrocino, Numero di aggregati per tipologia costruttiva e periodo di apertura, 2020.

possibile verificare la fattibilità dell'applicazione delle moderne tecnologie digitali e degli strumenti digitali agli approcci tradizionalmente adottati nell'ambito dei processi legati alla conservazione del patrimonio storico.

Tutela e conservazione delle strutture sanitarie italiane

Il patrimonio culturale è caratterizzato dall'insieme delle cose mobili e immobili che presentano un interesse artistico, storico e che sono testimonianze aventi valore di civiltà [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 12, 14]. Tali beni sono assoggettati alle disposizioni di tutela identificate all'articolo 3 del Codice stesso. In particolare, la tutela è assicurata mediante quelle attività finalizzate a conoscere e individuare i beni costituenti il patrimonio culturale per garantirne la pubblica fruizione attraverso misure volte alla protezione e conservazione. Quest'ultima, come specificato all'articolo 29, comprende un insieme coerente e coordinato di attività finalizzate alla: (i) prevenzione, «[...] attività idonee a limitare le situazioni di rischio» cui il bene è esposto; (ii) manutenzione, «[...] attività e degli interventi destinati al controllo delle condizioni del bene culturale e al mantenimento dell'integrità, dell'efficienza funzionale e dell'identità del bene e delle sue parti»; (iii) restauro, interventi diretti sul bene e finalizzati «[…] all'integrità materiale e al recupero del bene medesimo, alla protezione e alla trasmissione dei suoi valori culturali» [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 21].
Le disposizioni di tutela si applicano, dunque, ai beni culturali appartenenti a soggetti pubblici quando è subentrata la verifica di interesse culturale [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 16] e ai beni appartenenti a privati a seguito della dichiarazione di interesse culturale [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 17]. Specifiche disposizioni si applicano a opere di autori non più viventi o la cui esecuzione risalga a oltre settanta anni [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 16]. Per tali categorie, finché non viene effettuata la verifica di interesse culturale, vige la presunzione di interesse culturale, periodo durante il quale valgono tutte le disposizioni di tutela. In caso di esito positivo – dichiarazione di vincolo – ai beni vengono applicate definitivamente le disposizioni di tutela, rendendoli quindi inalienabili.
È quindi evidente che per le strutture ospedaliere ospitate all'interno di manufatti storici si dovrebbero garantire interventi periodici di manutenzione ordinaria e straordinaria, non solo per assicurarne l'operatività, che coincide con la loro fruizione, ma anche la loro conservazione e salvaguardia. L'operatività di tali strutture preserva il legame con la comunità, e la vita quotidiana ne assicura le risorse necessarie per la gestione. Tuttavia, ciò non equivale sempre a realizzare interventi propriamente conservativi e rispettosi dei valori culturali del bene. Spesso, infatti, per garantire la fruizione dei servizi nelle giuste condizioni si rendono necessarie opere su componenti strutturali e impiantistici che possono comportare modifiche, anche sostanziali, minacciando l'integrità del bene e delle sue parti.
Per conservare adeguatamente il patrimonio ospedaliero storico è fondamentale seguire le indicazioni riportate in raccomandazioni e direttive nazionali e internazionali [ICOMOS 2003; «Gazzetta Ufficiale» 2011; Moro, Neri 2011], grazie alle quali è possibile preservare e potenziare il valore del bene ricorrendo a interventi compatibili con il valore

stesso. Tali raccomandazioni prevedono che la pianificazione degli interventi sia il risultato di un percorso di conoscenza che consente di comprendere e identificare gli aspetti relativi alla storia, alle caratteristiche geometriche e materiche del manufatto, nonché di valutare i requisiti tecnici e prestazionali propri delle strutture sanitarie (Fig. 2).
Per tutelare le strutture ospedaliere è necessario calibrare adeguatamente gli interventi sia sulle componenti strutturali che impiantistiche. Per le prime, nell'ottica della conservazione, è necessario rispettare la materia che costituisce il bene e gli originali schemi statici. Se le condizioni sono tali da compromettere la conservazione del manufatto, gli interventi da attuare dovranno essere limitati, in numero ed estensione, e indirizzati a singoli elementi valutando l'utilizzo di nuovi materiali, in base alla loro compatibilità con le materie originali, e i requisiti di sicurezza e durabilità [Moro, Neri 2011]. Al tempo stesso il continuo sviluppo tecnologico dei sistemi impiantistici, sempre più complessi, e le disposizioni normative, che in tanti casi indicano i livelli prestazionali che un edificio deve raggiungere per garantire i servizi a esso assegnati, devono spesso confrontarsi con il mancato allineamento ai concetti di tutela. La naturale conseguenza è l'invasività del sistema impiantistico nei confronti del bene e dell'organismo strutturale. Pertanto, gli interventi sugli impianti [Crova 2018], che hanno una relazione più o meno profonda con il sistema strutturale, devono essere valutati sulla base dell'impatto che l'intervento può avere, direttamente o indirettamente, sulla capacità dei singoli elementi strutturali o sull'intera struttura e sulla base della loro conformità ai princìpi di reversibilità, distinguibilità, minimo intervento e compatibilità, che sono propri della disciplina del restauro [Crova 2018, 26-27].
Nell'ambito della tutela e fruizione delle strutture ospedaliere, gli interventi di conservazione – ossia protezione, manutenzione, restauro – dovranno essere conseguenza di un'approfondita analisi conoscitiva, dal punto di vista architettonico, strutturale e



2: A. Marra, G. Fabbrocino, Strutture ospedaliere: requisiti tecnici e prestazioni attese, 2020.

impiantistico, dell'edificio oggetto d'intervento e del riconoscimento dei valori culturali in esso insiti. Occorre poi sottolineare che, gli interventi di manutenzione e riqualificazione delle strutture ospedaliere sono caratterizzati da processi complessi derivanti dalla necessità di mantenere attivi i servizi offerti, con la conseguenza di una forte interferenza tra cantieri e attività ospedaliera. Intervenire sulle strutture esistenti comporta la necessità di adattare il programma di lavoro all'imprevedibilità della consistenza tecnologica, che sia strutturale, impiantistica, o ambientale, delle preesistenze.
Pertanto, gli interventi da attuare sulle strutture in oggetto dovranno essere pianificati in modo da assicurare la prosecuzione dei servizi e delle attività offerte e dovranno essere indirizzati verso zone di minore pregio e valore. La loro correttezza e valutazione potrà essere supportata dall'applicazione delle tecnologie digitali e degli strumenti di *crowdsensing*, nonché dalla loro correlazione, che consentono di acquisire un livello di conoscenza che, seppur a un livello preliminare, permette a ogni modo di pianificare gli interventi da attuare nell'ottica della sicurezza e conservazione.

L'Ospedale vecchio Pellegrini di Napoli

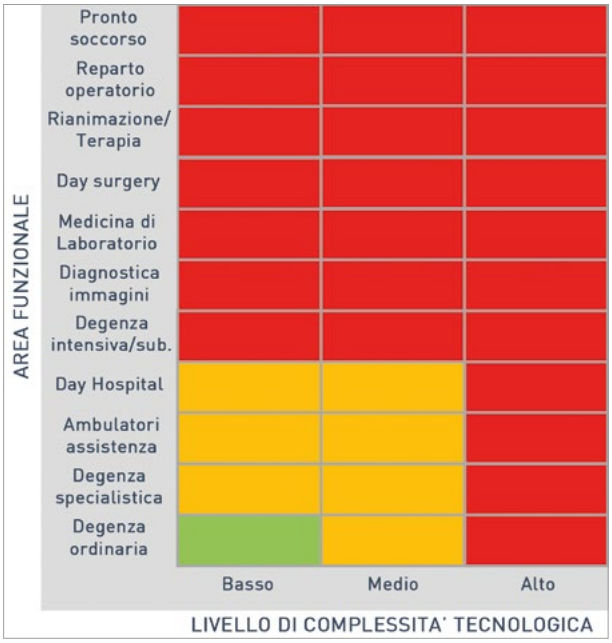
Il complesso ospedaliero del vecchio Pellegrini di Napoli sorge nel cuore del centro storico della città, occupando un'intera *insula* del quartiere della Pignasecca (Fig. 3). L'Ospedale rappresenta un importante punto di riferimento per l'intero quartiere e per tutta l'area del centro antico, in quanto la sua ubicazione centrale all'interno del tessuto cittadino ha fatto sì che sin dalle sue origini la struttura potesse non solo fornire supporto ai pellegrini che transitavano nella città di Napoli, ma anche controllare i fenomeni sociali diffusi, come epidemie e povertà, che nel corso dei secoli hanno minacciato la città.
La storia del complesso ospedaliero è legata in modo particolare alla fondazione dell'augustissima Arciconfraternita e Ospedali della Santissima Trinità dei Pellegrini e Convalescenti, avviata a partire dal 1578 su volere di un gruppo di artigiani napoletani. L'intento dei fondatori era quello di creare una confraternita, su modello di quella dei Pellegrini già presente a Roma, che associasse al culto religioso l'opera di assistenza quotidiana verso i bisognosi e, in particolare, verso i pellegrini che ogni giorno transitavano a Napoli durante i loro lunghi viaggi. Inoltre, s'intendeva così costruire un complesso costituito da chiesa-ospedale sulla scia della tradizione cristiana dei grandi pellegrinaggi dell'epoca.
La prima casa ospitale fu aperta presso il convento di Sant'Arcangelo a Baiano nel 1579 e fu successivamente trasferita all'interno di locali molto più ampi nei pressi di San Pietro ad Aram. Nel 1582 l'Arciconfraternita prese possesso del lascito del cavaliere gerosolimitano Fabrizio Pignatelli di Monteleone che aveva avviato, nel corso del 1574, la costruzione della chiesa di Santa Maria Materdomini e di un fabbricato, da adibire a ospedale, su un pezzo di terreno rimastogli nei pressi della Pignasecca a seguito delle confische subite per la realizzazione dell'attuale via Toledo. Alla morte di Fabrizio Pignatelli risultava conclusa solo la chiesa; per completare i lavori già avviati, nonché proseguire la sua opera caritatevole verso i pellegrini, Camillo Pignatelli, suo nipote ed

3: In alto, Facciata ospedale vecchio Pellegrini, 2019 [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ospedale_dei_Pellegrini.jpg]; in basso, localizzazione del complesso ospedaliero nel contesto urbano, 2020 [GoogleMaps].

erede, cedette all'Arciconfraternita «il luogo, la Chiesa e gli annui ducati 1500, col peso dell'Ospedale» [De Simone 1845, 63]. L'Arciconfraternita dei Pellegrini portò a compimento il maestoso progetto del Pignatelli con la costruzione dell'oratorio e dell'ospedale, dando origine a quello che in seguito a numerose trasformazioni e manomissioni è diventato l'attuale Ospedale dei Pellegrini.

Nei primi decenni della sua storia, l'Arciconfraternita conosce una crescita impetuosa: aumentano i pellegrini ospiti del complesso e il numero di confratelli che se ne prendono cura. Nel corso del XVIII secolo si dispose l'ampliamento della corte della Chiesa, «per ricevervi con più agio i pellegrini» [De Simone 1845, 64] e rispondere alle nuove esigenze prestazionali. Contestualmente furono avviati lavori di consolidamento statico e di miglioramento architettonico della chiesa, ma «le precarie condizioni strutturali, segnatamente alla numerose lesioni nei muri dovute all'aggiunta di un nuovo presbiterio» [Malangone 2008, 225] portarono alla ricostruzione della fabbrica «diretta da Gaetano Barba e Nicola Cappelli, con disegno del Vanvitelli» [De Simone 1845, 64].
Nel corso del XIX secolo l'Arciconfraternita estese la sua opera ai convalescenti e agli ammalati poveri che presero progressivamente il posto dei pellegrini, il cui numero andava diminuendo per le mutate forme di vita. L'ospedale fu lentamente indirizzato nel 1815 al soccorso dei feriti e fratturati, anche a causa della soppressione degli Ospedali dell'Annunziata e di San Giacomo Apostolo, istituendo un vero e proprio servizio di pronto soccorso, divenuto per la sua efficienza un importante punto di riferimento per l'intera città [Mezzogiorno 2001]. Contemporaneamente furono istituiti gli ambulatori per le cure e le consultazioni mediche e anche un dispensario di medicine, estendendo quindi il bacino d'utenza agli ammalati cronici.
Numerose trasformazioni furono realizzate sul complesso dopo la seconda guerra mondiale, periodo in cui l'ospedale subì ingenti danni, soprattutto a seguito dell'incursione aerea del 6 settembre 1943[2]. Nel 1968, per legge la struttura passò alla sfera pubblica e l'Arciconfraternita si staccò definitivamente dall'Ospedale. Negli anni successivi, l'edificio è stato oggetto di interventi di ristrutturazione, riorganizzazione funzionale e adeguamento; tra questi si annoverano gli interventi realizzati nel 1996 su progetto della società messinese Architecna, legati soprattutto alle esigenze moderne e alla necessità di inserire all'interno della struttura prestazioni complesse quanto funzionali. Ancora oggi sono in corso verifiche strutturali necessarie a causa dell'esteso quadro fessurativo che interessa alcuni locali del complesso e la facciata prospiciente via Giovanni Ninni e vico Pellegrini.
Dopo aver acquisito le informazioni relative alla storia e allo stato di fatto del complesso ospedaliero, sono stati indagati gli aspetti concernenti i requisiti tecnologici del complesso. Come precedentemente esposto, nell'ambito delle strutture ospedaliere gli aspetti tecnologici, ovvero gli aspetti relativi alle tecnologie edilizie, impiantistiche e apparecchiature, rivestono un'importanza significativa in quanto qualsiasi struttura non può essere considerata come semplice involucro edilizio, ma come un organismo costituito dall'edificio e dal sistema tecnologico e impiantistico che in esso si radica e lo caratterizza, garantendo i servizi e le funzioni a cui è destinato.

[2] «Il 6 settembre 1943 […] L'Ospedale dei Pellegrini viene giù alle 5 del pomeriggio: l'équipe chirurgica del professore Raffaele Chiarolanza monta una sala operatoria d'emergenza nel cortile del grande edificio, sotto una tenda» [Monda 2005].



4: A. Marra, G. Fabbrocino, Ospedale vecchio Pellegrini-livello di complessità tecnologica, 2020.

Nello specifico, l'Ospedale vecchio Pellegrini si caratterizza per un livello di complessità tecnologica[3] medio-alto (Fig. 4) e un grado di obsolescenza non trascurabile[4]. Inoltre, le condizioni attuali e lo stato di degrado in cui versa la struttura evidenziano la necessità di intervenire con una certa urgenza per evitare che si possa perdere un manufatto dall'elevato valore simbolico e pratico nel contesto urbano e nella storia della sanità.
Tuttavia, per il caso in esame risulta essere piuttosto ardua la pianificazione di idonei interventi di recupero e riqualificazione. Il vecchio Pellegrini, che occupa una posizione urbana centrale e interagisce strutturalmente con la chiesa della Santissima Trinità dei Pellegrini, si caratterizza come un unico corpo di fabbrica e, nonostante i numerosi interventi di ampliamento, ristrutturazione e adeguamento, presenta ancora unità strutturali appartenenti al primo nucleo originario, di cui si conservano materiali e schemi strutturali (Fig. 5).
Pertanto, gli interventi di recupero e riqualificazione andrebbero pianificati a valle di un'analisi globale della struttura, con lo scopo di identificare le zone meno sensibili agli

[3] Il livello di complessità tecnologica – che può essere alto, medio o basso – è strettamente correlato alle caratteristiche, sia qualitative che quantitative, degli impianti e delle attrezzature presenti nelle diverse aree funzionali di un ospedale, nonché alla loro corretta organizzazione e relazione, che consente di condividere i sistemi impiantistici più complessi e di ottimizzare i percorsi, dei dati e dei pazienti [Terranova 2005].

[4] Il grado di obsolescenza è riferito agli aspetti strutturali, tecnologici e organizzativi e può essere contrastato attraverso interventi atti a recuperare tanto l'organismo edilizio quanto a rispondere alle mutate esigenze tecnologiche e organizzative.

OSPEDALE "VECCHIO PELLEGRINI"

IDENTIFICAZIONE EDIFICIO

Regione	CAMPANIA
Provincia	NAPOLI
Comune	NAPOLI
Indirizzo	VIA PORTAMEDINA ALLA PIGNASECCA, 41
Cod. ISTAT	63049
Tipo di istituto	AZIENDA OSPEDALIERA
Cod. USO	S20
Localizzazione	URBANA CENTRALE
Posizione edificio	D'ESTREMITA'
Consistenza	EDIFICI VARI

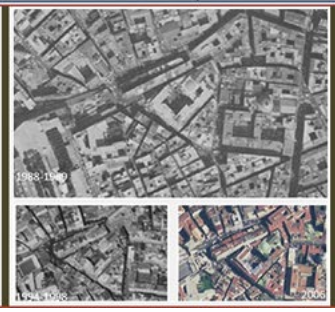
PLANIMETRIA

Descrizione edificio

Anno di costruzione	<1988
Tipo struttura	MISTA
n° Piani	4÷6
Altezza media di piano [m]	3,50÷5,00
Superf. media di piano [m²]	1600÷2200
Tamponatura	REGOLARE
Piano soffice	ASSENTE
Tipo copertura	PIANA

Proprietà ◉ Pubblica ○ Privata

Uso Servizio Pubblico



5: In alto, Chiesa della Santissima Trinità dei Pellegrini, 2017 [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Trini4na.jpg]; in basso, A. Marra, G. Fabbrocino, Scheda ospedale – identificazione edificio, al centro; scheda ospedale – descrizione edificio, 2020.

interventi da quelle di maggior pregio, e in modo da rispettare i requisiti necessari allo svolgimento dei servizi offerti dalla struttura stessa.
Tuttavia, occorre evidenziare che altri fattori complicherebbero ulteriormente gli interventi di recupero e riqualificazione di tale struttura ospedaliera. L'ubicazione del vecchio Pellegrini, con l'impossibilità di realizzare ulteriori ampliamenti e la ridotta flessibilità della struttura, il cui processo di evoluzione è parallelo allo sviluppo delle nuove attività ospedaliere per cui a ogni area è assegnata una specifica destinazione d'uso, comporterebbero il ricorso a interventi fortemente invasivi che potrebbero compromettere l'autenticità della fabbrica.

Conclusioni

La ricerca condotta, tramite gli strumenti offerti dalle tecnologie digitali, evidenzia il contributo che l'intera comunità, fatta di specialisti e non, può offrire nell'ambito dei processi di connessi al patrimonio culturale. Altrettanto numerose ed eterogenee sono le informazioni rese disponibili dai *social network*, dai *blog* e dai siti internet professionali e di informazione, condivise quotidianamente dalla comunità, che diventa inconsapevolmente protagonista della gestione e valorizzazione del patrimonio storico-architettonico.
Maggiore e più costante coinvolgimento della comunità è auspicabile per aumentarne la sensibilità ai temi della conservazione, da un lato, e all'uso consapevole degli strumenti digitali utili a supportare la comunità tecnico-scientifica, dall'altro. Ciò è in linea con il paradigma della *heritage community*, le cui potenzialità nel sostegno delle pubbliche amministrazioni nei processi di gestione, conservazione e valorizzazione del patrimonio culturale sono ancora poco sfruttate.
Lo studio condotto in ambiente digitale sul complesso ospedaliero del vecchio Pellegrini di Napoli dimostra l'efficacia dell'approccio nell'impostazione di ricerche storiche destinate a soddisfare le esigenze dei tecnici impegnati nella gestione e manutenzione strutturale e funzionale del complesso. Le tecnologie digitali e gli strumenti di *crowdsensing* utilizzati offrono all'operatore risultati confortanti anche sotto il profilo della valutazione dello stato di conservazione. Al tempo stesso, è emersa la necessità di tutelare tale bene non solo per l'epoca costruttiva, che gli attribuisce un valore architettonico e culturale, ma anche per la sua importanza pratica e sociale, legata alla funzione che da sempre la struttura ha svolto e che può continuare a svolgere qualora venissero pianificati programmi di manutenzione idonei e condivisi.
I risultati proposti, ovviamente non completamente esaustivi in relazione alle esigenze di una singola struttura, sono viceversa pienamente compatibili con un approccio a scala larga della gestione delle strutture sanitarie. Questi possono certamente supportare i processi decisionali dei responsabili della conservazione e tutela del patrimonio architettonico e della sicurezza, sotto il profilo statico e sismico, di complessi talvolta dotati di un elevato valore simbolico nella storia della sanità nazionale, per i quali ancora oggi la fruizione coincide con l'assolvimento delle funzioni cui sono preposte.

Note

Il testo presentato è frutto del lavoro collettivo degli autori, risultato di un continuo confronto e di una comune discussione. Giovanni Fabbrocino ha concepito e supervisionato la ricerca; Adriana Marra ha scritto i paragrafi «Tutela e conservazione delle strutture sanitarie italiane» e «L'Ospedale Vecchio Pellegrini di Napoli». A entrambi gli autori si devono i paragrafi «Introduzione» e «Conclusioni».

Bibliografia

CROVA, C. (2018*). Gli impianti tecnologici nelle normative e nelle Carte del restauro: il loro rapporto con la disciplina della conservazione*, in *Conservazione vs Innovazione. L'inserimento di elementi tecnologici in contesti storici*, a cura di D. Concas, Padova, Il Prato publishing house, pp. 21-30.

DE SIMONE, G. (1845). *Le chiese di Napoli descritte ed illustrate da Giuseppe de Simone con tavole litografiche dirette da Prota e Lotti*, Napoli, stamperia del Genio tipografico.

Edilizia per la sanità: ospedali, presidi medici e ambulatori, strutture in regime residenziale (2005), a cura di F. Terranova, Torino, UTET.

FABBROCINO, G., RAINIERI, C. (2013). *Some remarks on the design of smart SHM systems for advanced seismic protection of health facilities*, in *2013 IEEE Workshop on Environmental Energy and Structural Monitoring Systems*, Trento, New York City, pp. 1-6.

Linee guida per la valutazione e riduzione del rischio sismico del patrimonio culturale: Allineamento alle nuove Norme tecniche per le costruzioni (2011), a cura di L. Moro e A. Neri, Roma, Gangemi editore.

MALANGONE, M. (2008). *L'architettura religiosa*, in *Carlo Vanvitelli*, a cura di B. Gravagnuolo, Napoli, Guida editore, pp. 217-234.

MARRA, A., FABBROCINO, G. (2020*). Open-access web mapping as a virtual survey tool for cultural heritage: an application to the Armenian religious architecture documented by Paolo Cuneo*, in «DisegnareCON», vol. 13, n. 25, pp. 7.1-7.12.

MEZZOGIORNO, V. (2001). *Istituzione ospedaliera e scuola di medicina a Napoli: dalle origini al secolo XIX*, in *Medicina e Ospedali: memoria e futuro. Aspetti e problemi degli archivi sanitari. Atti del convegno, Napoli 20-21 dicembre 1996*, Roma, Ministero per i beni e le attività culturali, Direzione generale per gli archivi, pp. 21-27.

RAINIERI, C., GARGARO, D., FABBROCINO, G. (2019). *Hardware and Software Solutions for Seismic SHM of Hospitals*, in *Seismic Structural Health Monitoring. Springer Tracts in Civil Engineering. From Theory to Successful Applications*, a cura di M. Limongelli, M. Çelebi, Cham, Springer, pp. 279-300.

Sitografia

Decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42. Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137 (2004), in «Gazzetta Ufficiale», s. o. n. 45, 24 febbraio: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2004/02/24/45/so/28/sg/pdf [gennaio 2021].

ICOMOS (2003). *Principles for the Analysis, Conservation and Structural Restoration of Architectural Heritage*: https://www.icomos.org/images/DOCUMENTS/Charters/structures_e.pdf [novembre 2020].

MONDA, L. (2005). *Napoli durante la II guerra mondiale ovvero: i 100 bombardamenti di Napoli*, convegno 5 marzo 2005 "Napoli durante la II guerra mondiale" organizzato dall' Istituto di Studi Storici Economici e Sociali, Napoli-Palazzo della Posta centrale-Emeroteca Tucci: http://www.isses.it/Convegno050305/Monda.pdf [novembre 2020].

IL COMPLESSO IDROTERMALE E ALBERGHIERO DI POÇOS DE CALDAS/ MINAS GERAIS - BRASILE: DAGLI SPAZI DI CURA ALLE AREE TUTELATE

Ana Paula Farah, Anamaria Canuto Sales de Oliveira

Abstract

The Hydrothermal and Hotel Complex, a central area of the Poços de Caldas city, in the state of Minas Gerais, Brazil, is registered since 1985, by municipal decree nº 3,254 and, since 1989, by the Minas Gerais State Constitution. It was the city's first nucleus ruled by the thermal bath standards as a healing environment based on European concepts. This research intends to analyse the Complex's historiography, its appropriation through the years, and its effects on this area's cultural significance.

Keywords

Cultural significance, thermal tourism, disciplinary field of restoration.

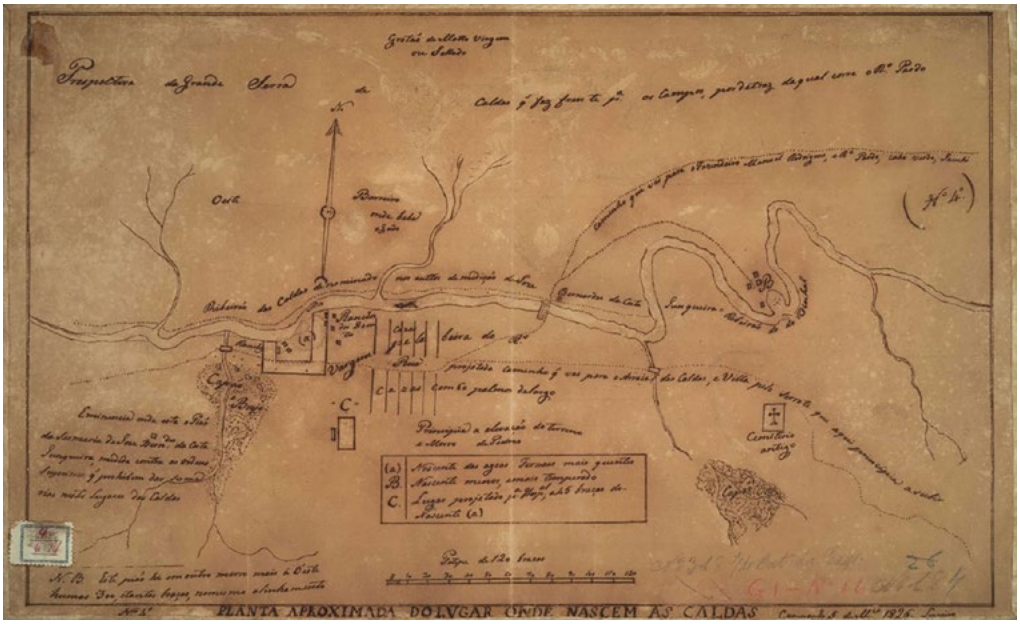
Introduzione

La città di Poços de Caldas si trova in Brasile, nella regione meridionale dello Stato di Minas Gerais, al confine con lo Stato di San Paolo. Il suo sviluppo urbano è avvenuto grazie al successo delle sue acque medicinali, capaci di attirare turisti, pazienti alla ricerca di trattamenti e investimenti per la sua affermazione come stazione idrotermale, modello di riferimento nel paese.

In Brasile le sorgenti termali erano già conosciute popolarmente molto prima dei rapporti di viaggio, redatti da viaggiatori e studiosi dell'argomento, che comunque dall'inizio del XIX secolo furono di grande importanza per la diffusione delle proprietà medicinali delle acque e per l'attrazione di investimenti in queste aree. Dalla regione centrale fino al sud del Brasile, furono determinanti i rapporti di viaggio del francese Auguste de Saint-Hilaire, che descrisse le caratteristiche delle aree termali degli Stati di Santa Catarina, Goiás, San Paolo e Minas Gerais [Franco 2014, 30].

Il cosiddetto *Campo de Caldas*, oggi corrispondente alla zona centrale della città di Poços de Caldas, era considerato dai pochi residenti un luogo mistico a causa dei vapori odorosi di zolfo e delle proprietà delle acque che lì si riversavano, responsabili per la guarigione delle ferite del bestiame e per l'eccezionale lucentezza del pellame. Il francese Auguste de Saint-Hilaire le chiamò *acque del Rio Pardo*, in riferimento al fiume che attraversa la zona, e così le descrisse nel 1818:

© Aisu International 2020



1: Mappa di Poços de Caldas, 1826. [http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_cartografia/cart525961/cart525961.jpg]. È possibile vedere un primitivo piano stradale, i torrenti e l'area "paludosa" dove oggi si trova il Complesso idrotermale.

> Le acque minerali del Rio Pardo non sono amare come quelle di Araxá, ma hanno un gusto di uovo marcio molto pronunciato. [...] Il gusto di queste acque è sufficiente a dimostrare che sono essenzialmente sulfuree e che, di conseguenza, potrebbero essere utilizzate con successo nella cura delle malattie della pelle, purtroppo molto diffuse in Brasile. Tuttavia, mentre sono altamente raccomandati i bagni di Caldas Novas e di Caldas Velhas, vicino a Santa Cruz de Goiás, le cui acque possiedono chiaramente poche proprietà medicinali, le sorgenti del Rio Pardo sono totalmente ignorate, tranne che nelle immediate vicinanze, non essendo state finora menzionate da nessun autore. Vorrei raccomandarle agli amministratori della Provincia di San Paolo, in quanto non lontane da grandi centri abitati, come Moji-Mirim, Campinas e Jundiaí, potrebbero essere utilizzate con grande vantaggio[1] [Saint-Hilaire 1972, 18].

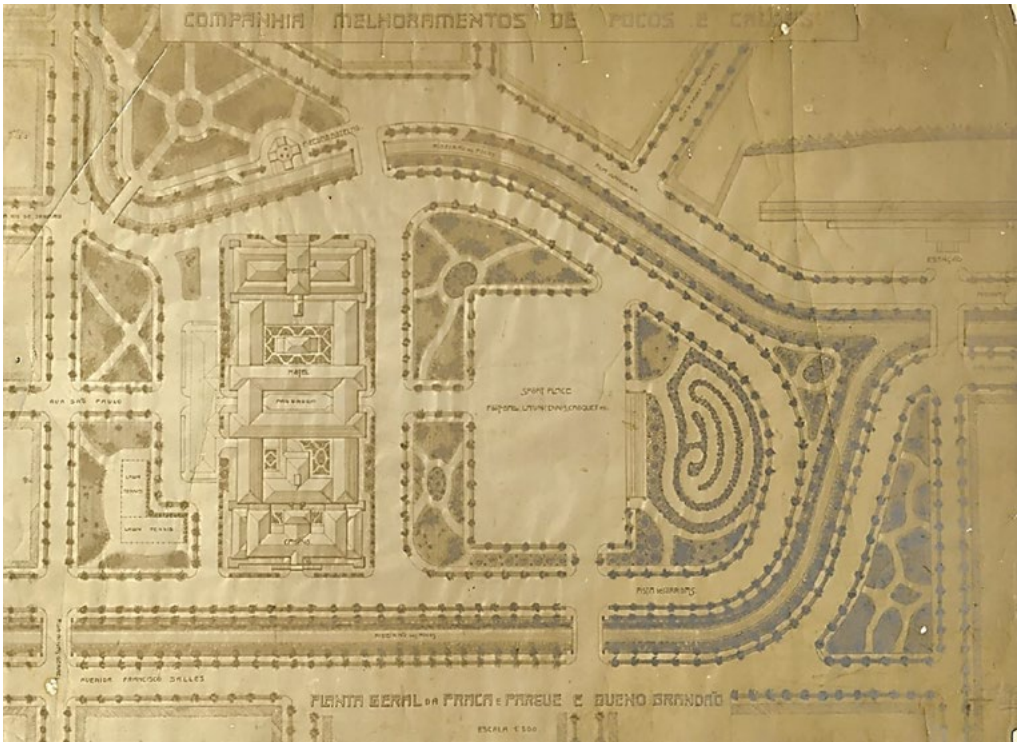
Franco chiarisce che nel primo decennio del XIX secolo un'importante pietra miliare per lo sviluppo del termalismo nel paese fu la fondazione delle Facoltà di medicina di Rio de Janeiro e di Bahia, portando la discussione del termalismo in ambito scientifico attraverso le analisi di campioni provenienti da diverse sorgenti termali e dando vita alle prime pubblicazioni e a tesi nazionali sull'argomento [Franco 2014]. Decretata l'indipendenza del Brasile nel 1826, il Governo di Minas ordinò che fossero eseguiti il primo piano di rilevamento topografico, la mappatura e i piani di ingegneria nella zona di Campo de

[1] Traduzione delle autrici.

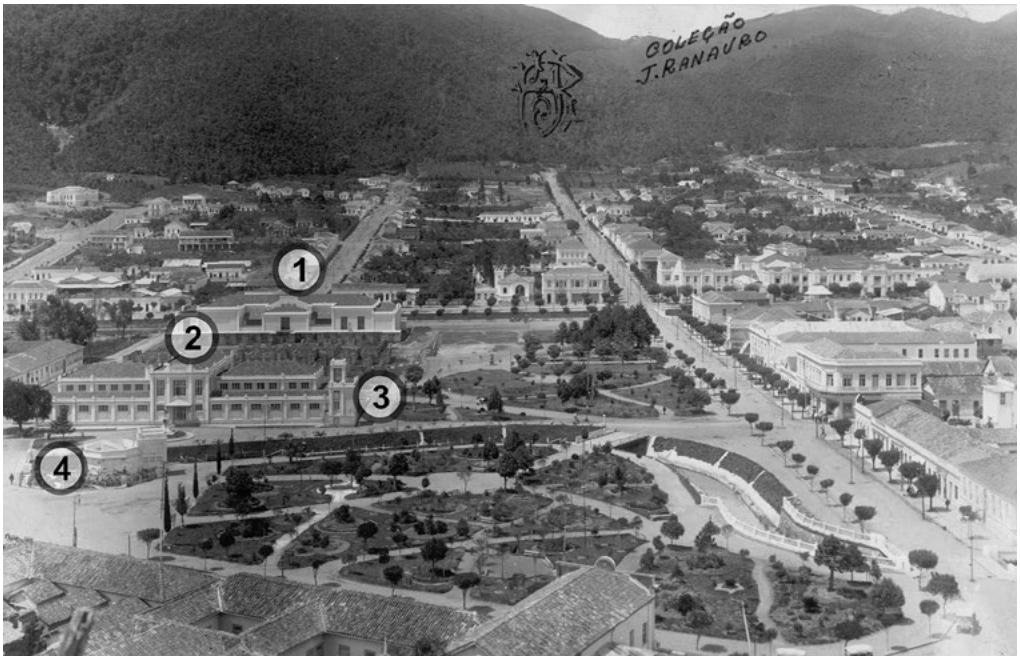
Caldas, allora nota come *Vale Milagroso* per le sue popolari acque virtuose [Marras 2004, 34]. Nella valle c'erano alcune fattorie precarie, costruite dai malati vicini alle prime sorgenti termali [Pozzer 2001, 9] (Fig. 1). Sulla base dei rilievi effettuati, i primi interventi nell'area del Campo de Caldas risalgono al 1873, con la costruzione di un centro termale e di un hotel annesso, tramite la concessione per lo sfruttamento delle acque termali alla società Termas D. Pedro II. In quel periodo furono istituiti i primi centri di idroterapia nel paese, come ad esempio l'Instituto sanitário hidroterápico, a Nova Friburgo (1872) e l'Imperial Estabelecimento Hidroterápico, a Petrópolis [Franco 2014].
Nel 1884, anno dell'inaugurazione delll'Hotel da Empresa, il dottor Eiras, un medico di Petrópolis dello Stato di Rio de Janeiro, descrisse Poços de Caldas, allora con circa 1.500 abitanti, con una grande piazza e poche vie in cui si trovavano i principali edifici: hotel, magazzini, case d'affari e poche residenze. Il dottore fece notare la mancanza di un tempio religioso, di negozi e di industrie, punti che mostrano l'eccezionalità della formazione delle città a carattere idrominerale rispetto ad altre della stessa dimensione e nella stessa epoca. Nel 1886, la città fu visitata dall'imperatore D. Pedro II per l'inaugurazione del Ramal de Caldas e della Mogiana Railway and Navigation Company, punto di riferimento per lo sviluppo della località, permettendo un maggiore accesso di pazienti alla ricerca di cure idrotermali e di turisti dalla capitale di San Paolo e da città vicine come Campinas, Mogi Mirim e Jundiaí. La presenza di una compagnia ferroviaria paulista nel territorio di Minas Gerais fa capire l'importanza delle stazioni termali all'epoca, non solo in qualità di polii della salute, ma anche come centri economici e di svago [Franco 2014] (Fig. 2).

2: «Fontes Pedro Botelho, Mariquinha e Chiquinha. Inaugurate ufficialmente dall'imperatore D. Pedro II il 22 ottobre 1886, oggi popolarmente note come Boca do Leão», descrizione della foto di José Ranauro [Collezione José Ranauro. Collezione del Museu Histórico e Geográfico, senza codice].

La ricerca di cure termali che richiedevano lunghi spostamenti fino alle stazioni termali e lunghi periodi di permanenza – in Brasile le cure duravano in media da 21 giorni a 4 mesi – determinò lo sviluppo del turismo nel paese, così come avvenne in Europa. All'inizio del XX secolo, le stazioni idrominerali disponevano già di servizi alberghieri specializzati per soddisfare le esigenze di *comfort* e intrattenimento di una ristretta *élite*, che veniva in queste città non solo per le cure mediche, ma anche alla ricerca di distrazione dai grandi centri urbani. Come risultato della maggiore circolazione di investimenti, nei primi anni del XX secolo le stazioni termali furono oggetto di rimodellamento urbano, di fornitura di servizi igienico-sanitari e altri miglioramenti. Tra il 1909 e il 1918, Poços de Caldas fu interessata da diversi piani di miglioramento urbano, come la pavimentazione e l'alberatura delle vie e la rettifica dei corsi d'acqua.
Nel contesto descritto, i casinò e le case da gioco iniziarono a svolgere un importante ruolo nell'economia non solo a Poços de Caldas, ma nella maggior parte delle città termali; i profitti da essi derivanti erano poi reinvestiti nell'introduzione di attrezzature e infrastrutture per le stazioni termali. In quest'ambito, la concessione per lo sfruttamento delle acque termali a Poços de Caldas, nel passaggio alla The Melhoramentos Company, contemplava nel contratto l'obbligo da parte della società di costruire non



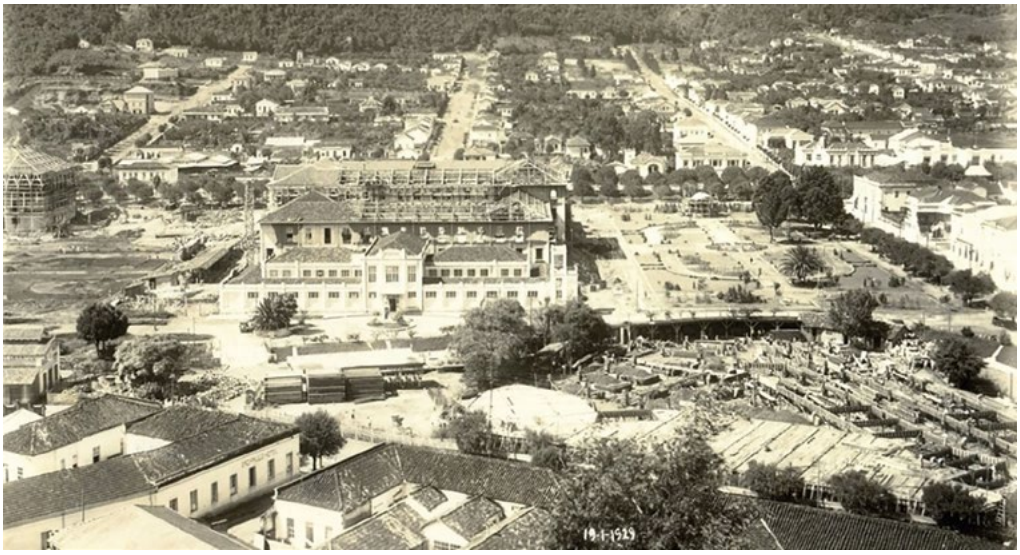
3: Mappa generale del Parque José Affonso Junqueira [Collezione del Museu Histórico e Geográfico, cod.V1103]. Si può vedere un campo da calcio (Sport Place) dove oggi si trovano il parco e il casinò, e, al centro dell'immagine, il progetto per il nuovo hotel, al centro, con due ali laterali: il casinò a destra, di fronte ad Av. Francisco Salles, e le terme a sinistra, di fronte alla captazione della Fonte Pedro Botelho.



4: «Veduta di Praça Pedro Sanches, ex Largo Senador Godoy a Poços de Caldas, nel 1920. Si vedono già conclusi il Casinò (1), le Thermas (ex stazione termale - 2), la Stazione Telefonica di lato (3) e la Fonte Pedro Botelho (4); la costruzione del Palace Hotel fu interrotta», descrizione della foto di José Ranauro [Collezione José Ranauro. Collezione del Museu Histórico e Geográfico, senza codice].

solo un nuovo centro termale e un hotel, ma anche un casinò, tali da soddisfare il livello di raffinatezza previsto dalle stazioni termali di quel periodo.
Il progetto presentato ed eseguito consisteva nell'hotel al centro e due ali laterali: in quella prospiciente l'av. Francisco Salles c'era il casinò che, sebbene incompleto, diede inizio alle sue attività nel 1919 e fu portato a termine solo nel 1922; il nuovo centro termale, inaugurato nel 1918, si trovava di fronte alla fonte Pedro Botelhos per la maggiore vicinanza al bacino, con una dotazione di 119 vasche da bagno, oltre a vasche con sedili, docce, massaggi e a vari altri trattamenti. Incastonato tra le due ali, l'hotel, ancora in fase di costruzione nel 1925, aveva già inaugurato 140 camere. Questa prima configurazione del Palace Hotel fu in seguito rivista, mantenendo però la logica delle tre ali e dando origine all'hotel come lo conosciamo oggi (Figg. 3-4).
Nei primi decenni del Novecento era comune che prendessero parte ai processi di progettazione delle stazioni termali non solo prestigiosi architetti, ingegneri e paesaggisti, ma anche medici e igienisti per definire le linee guida per la costruzione di questi ambienti. Molti di questi professionisti venivano inviati in viaggio in località europee al fine di cercare riferimenti architettonici, urbani e tecnici, oltre a indagare gli aspetti generali della loro socialità. Poços de Caldas inviò medici, ingegneri e politici in Europa nel 1901 e nel 1927; in particolare, si distinsero i rapporti di viaggio del dottor Pedro Sanches de Lemos, importante medico dell'epoca, che visitò le tenute di Aix-les-Bains,

Baden Baden, Bagnes de Luchon, Vichy e Montecatini [Franco 2014]. I suoi rapporti di viaggio rimarcavano l'esuberanza architettonica degli edifici, specialmente delle terme, degli hotel e dei casinò, sottolineando come le distrazioni offerte da entrambi gli stabilimenti e l'eccezionale ambiente urbano, ricco di eventi e balli, costituissero una gradita distrazione per i pazienti in cura e un'attrazione per i turisti.
La costruzione delle stazioni termali brasiliane fu influenzata, oltre che dalle caratteristiche delle città termali europee, dagli ideali inglesi della città giardino di Ebenezer Howard, alla fine del XIX secolo, e dalle sue derivazioni, che sostenevano l'integrazione di città e campagna: tessuto urbano permeato da grandi aree verdi, viali, viali-parco; tutte caratteristiche che sembravano fondersi perfettamente con i princìpi desiderati per la creazione di stazioni termali che attraessero non solo pazienti in cerca di cure, ma anche turisti alla ricerca di paesaggi diversi dal caos dei centri urbani [Franco 2014]. Per quanto riguarda la storia della conformazione dell'area centrale di Poços de Caldas, è possibile percepire nel discorso riprodotto fino ad oggi queste stesse influenze, affermando che quest'area si sviluppò a partire dal desiderio di costruire un ambiente di cura, in cui gli spazi pubblici fungessero da estensione delle terme, un ambiente favorevole per distrarsi dal peso delle cure termali; la presenza di parchi e di vie riccamente alberate, le piazze e il suggestivo rapporto con la natura della Serra de São Domingos evidenziano la somiglianza con la filosofia della città giardino. Pertanto, i lavori eseguiti alla fine degli anni Venti tentano di avvicinare il paesaggio poços-caldense a tali riferimenti. Le cosiddette *grandes obras*, come era solito in questo tipo di impresa, contarono sulla collaborazione di rinomati professionisti, come gli ingegneri sanitari Francisco Saturnino de Brito e Brito Filho, per i lavori di risanamento, drenaggio, rettifica fluviale e per gli studi della soluzione degli



5: L'immagine mostra le "grandi opere" in corso di esecuzione: al centro, la ristrutturazione del Palace Hotel, ai lati la demolizione del casinò e delle terme, la Praça Pedro Sanches, già nella sua configurazione attuale; a sinistra, la costruzione del Palace Cassino e, in basso a destra, la costruzione delle Thermas Antônio Carlos, 19 gennaio 1929 [Collezione del Museu Histórico e Geográfico, cod.V352].

6: Vista parziale di Poços de Caldas. L'immagine mostra gli edifici del Complesso Idrotermale e Alberghiero: Palace Casino (1), Palace Hotel (2) e Thermas Antônio Carlos (3) [Collezione del Museu Histórico e Geográfico, senza codice].

allagamenti. Il progetto paesaggistico fu realizzato dalla società Dierberguer e Cia e gli edifici erano di responsabilità di Eduardo Vasconcelos Pederneiras (Fig. 5).
Nel 1927 iniziarono i lavori di demolizione dell'Hotel da Empresa, insieme alle terme e al casinò che fiancheggiavano l'Hotel Palace. I lavori della nuova stazione termale iniziarono nel 1928 e, sotto la direzione di Francisco de Paula Assis Figueiredo, nel 1931 si conclusero con l'inaugurazione del Palace Casino e delle Thermas Antônio Carlos. Sorge quindi l'area che oggi conosciamo come Complesso idrotermale e alberghiero di Poços de Caldas, composta, oltre che dagli edifici già citati, spazi pubblici Praça Pedro Sanches e Parque José Affonso Junqueira (Fig. 6).
I giornali e le riviste più diffusi nei grandi centri urbani svolsero un importante ruolo nel promuovere l'immagine delle città termali come paesaggio dalle qualità ambientali differenziate, una pubblicità che in seguito collaborò a mantenere il turismo poços-caldense anche dopo la fine dell'apogeo dei casinò. Infatti, inaugurate all'inizio degli anni Trenta, le *grandes obras* vedranno il successo del termalismo come attività principale della città solo per l'arco di un decennio. Già nel 1940, all'inizio del decennio successivo vi furono fattori che portarono al declino economico delle terme, ad esempio lo sviluppo farmacologico con la scoperta di nuovi medicinali – come la penicillina – più efficienti del trattamento termale. Inoltre, a ciò si aggiunse la proibizione in tutto il paese del gioco d'azzardo con decreto presidenziale del 1946, portando alla chiusura dei casinò.
A Poços de Caldas l'economia si riprese grazie all'arrivo di aziende legate all'estrazione mineraria alla ricerca della bauxite, all'epoca molto presente nel suolo del Comune. All'inizio degli anni Cinquanta si installò a Poços de Caldas la Companhia brasileira de alumínio; nello stesso periodo, le banche internazionali espressero interesse a finanziare lo sfruttamento dello zirconio in Brasile, un minerale anch'esso presente nel sottosuolo poços-caldense, la cui estrazione cominciò ad essere studiata nel 1953 con l'arrivo del Departamento nacional de produção mineral. Inoltre, sorsero anche molte industrie di materiali refrattari, alimentari, abbigliamento, cristalli e altre ancora [Pozzer 2001, 67-72]. Tra gli anni Sessanta e Settanta furono inaugurati in città lo stabilimento per la produzione di alluminio ALCOMINAS e la centrale nucleare di Poços de Caldas. Questa

grande crescita industriale spinse la diffusione urbana oltre il centro per soddisfare la domanda abitativa, con la conseguente inaugurazione di lottizzazioni popolari, come i COHABs – complessi di abitazioni popolari – costruiti in aree periferiche, vicino alle industrie in quanto destinate prevalentemente agli operai [Pozzer 2001, 67-72].
Il periodo dell'industrializzazione (degli anni Sessanta e Settanta) tracciò un nuovo paesaggio urbano nella città dovuto a una serie di concause: l'occupazione delle colline – causata dal *deficit* abitativo dovuto all'intensa immigrazione – la verticalizzazione, il grande flusso di mezzi pesanti nella zona centrale e l'emergere di nuovi quartieri periferici. Questi ultimi erano totalmente diversi dall'immagine della città giardino costruita nella zona centrale nelle epoche precedenti, ma che, nonostante il suo carattere atipico, si riuscì a conservare con successo. Tutti questi fattori contribuirono alla percezione che il passato delle stazioni termali e l'antica vocazione turistica della città, in un primo momento, sembravano essere stati dimenticati [Pozzer 2001, 88].
La vocazione turistica del Comune fu ripresa solo negli anni Settanta, quando si cominciò ad attuare nuove politiche turistiche, mirando ad attrarre visitatori di diverse classi sociali, puntando sul turismo di massa. Pertanto, il *target* non era più quello dell'*élite* delle grandi sale da ballo, che rimanevano per lunghi soggiorni – fino a quattro mesi – per godere dei benefici termali; si iniziò dunque a rivolgersi alle classi più popolari, che inondavano la città nei fine settimana e nei giorni festivi [Reis 2016, 52].
Nel corso di pochi decenni la creazione e la diffusione di un'immagine della città dal paesaggio differenziato, di un ambiente diverso da quello delle metropoli, svolse in quel momento un ruolo di attrazione per un ampio numero di visitatori che probabilmente non avrebbero potuto accedere alla stazione termale durante il suo periodo d'oro. In questo periodo di incentivo al turismo per le classi popolari, si riuscì a richiamare turisti per riattivare gli hotel e le nuove località turistiche, anche se per brevi periodi, due o tre giorni al massimo. È a questo periodo che risalgono opere come la funivia, costruita accanto al Palace Casino per collegare il parco José Affonso Junqueira al monumento del Cristo Redentor, in cima alla Serra de São Domingos; le strutture turistiche installate accanto al Cristo; il Jardim Japonês, realizzato nella Serra de São Domingos dalla comunità poços-caldense nipponica, oltre all'installazione della Feira de Artesanato de Poços de Caldas, la Praça Pedro Sanches – segnando l'inizio dell'utilizzo dell'area del Complesso idrotermale per usi "popolari" – e la fiera, che con il flusso di turisti della zona attrasse diversi venditori ambulanti.
Di fronte alle grandi trasformazioni osservate nella città, soprattutto nel paesaggio dell'area centrale, fino ad allora sempre fulcro degli investimenti e della cura della città, sorse nel 1982 un piccolo movimento in favore della difesa del patrimonio culturale del comune e nacque la Commissione permanente per la difesa del patrimonio ambientale e storico di Poços de Caldas, che in ambito nazionale avviava il percorso verso la riapertura democratica. Le manifestazioni in tal senso presero forza quando la società HIDROMINAS, concessionaria che amministrava il Complesso, eseguì i lavori di demolizione di una delle ali interne delle Thermas Antônio Carlos con il pretesto di installare una lavanderia dotata di sterilizzatore in una zona inattiva dell'edificio. La demolizione causò l'indignazione della Commissione, che portò alla costituzione, da

parte del Comune, della Direzione dei beni storici, turistici e artistici comunali (legge municipale n. 3218) e, nel 1985, all'emanazione del decreto n. 3254, che disponeva la tutela del complesso architettonico e paesaggistico del Parque José Affonso Junqueira, composto dal Parque José Affonso Junqueira, dalla piazza Pedro Sanches, dalle Thermas Antônio Carlos, dal Palace Hotel e dal Palace Casino. Soltanto nel 1989, dopo il ritorno alla democrazia del paese, il complesso fu tutelato dalla Costituzione dello Stato di Minas Gerais, come Complesso idrotermale e alberghiero di Poços de Caldas.
Entrambe le tutele – comunale e statale – avvennero in modo "verticale", attraverso normative redatte e imposte sul territorio senza ulteriori riflessioni sulle linee guida per la conservazione dei beni. Infatti, la conservazione fu attuata utilizzando gli strumenti teorici e operativi propri del suo periodo, la cui comprensione è un'operazione di "ritorno alle origini"; al tempo stesso, essa fu condotta in modo non rispettoso della stratificazione del tempo e raramente confrontata con il documento storico, caratteristica predominante della tutela nel paese a quel tempo, non essendoci ancora un'approfondita riflessione teorica sull'argomento. Tuttavia, da allora il modo di preservare il territorio è ancora guidato da tali strumenti che, al massimo, sono supportati dal "discorso ufficiale" della cittadina termale come principale valore del territorio, senza considerare le nuove dinamiche di appropriazione sviluppatesi negli stessi spazi a partire dagli anni Settanta.
Le diverse alterazioni nella dinamica di fruizione della città nel suo complesso con nuove zone turistiche decentrate, l'attività mineraria che cambiò la vita quotidiana dei cittadini – prima per lo più dipendenti di hotel e casinò e poi delle nuove industrie – e il nuovo profilo dei visitatori della città hanno portato a variazioni nella forma di appropriazione dello spazio con valore patrimoniale. Risale alla fine degli anni Ottanta il paesaggio urbano ancor oggi presente nel centro di Poços de Caldas, alimentato dalla grande profusione di usi culturali che si stabiliscono nelle piazze e nel Parco José Affonso Junqueira, stabilendo così eventi che divennero in seguito abituali nella zona. I dintorni del complesso sono diventati una zona dove si trovano bar, hotel tradizionali, caffè e negozi rivolti al turismo. Praça Pedro Sanches conserva un accenno degli usi contemplativi, ma con una grande diffusione di venditori ambulanti. Durante tutto l'anno sia la piazza che il parco ospitano eventi come spettacoli teatrali e musicali, concerti, fiere gastronomiche e/o di auto d'epoca, organizzati sia dalle autorità pubbliche, come nel caso del Festival invernale, sia su iniziativa privata con il permesso della Segreteria del turismo.
Il Complesso mantiene le sue caratteristiche estetiche e memoriali, derivanti dalla costruzione di una stazione idrotermale sul modello dei migliori riferimenti nazionali ed esteri; tuttavia, nel corso degli anni si sono aggiunti altri valori sul territorio legati alle nuove forme di turismo, all'aumento della popolazione locale, che gode di questi spazi come spazi pubblici tradizionali, e al fatto che Poços de Caldas è diventata la più grande città del sud di Minas Gerais. Per gran parte della popolazione, i valori legati al passato termale non sono nemmeno riconoscibili nello spazio.
Josep Maria Montaner sottolinea la sistematica cancellazione e sostituzione della memoria collettiva come strumento dei processi contemporanei di urbanizzazione, «un meccanismo politico che pretende di imporre nuove identità collettive, concezioni semplici

e manipolate del sociale»[2] [Montaner 2017, 159] per interessi economici. Tale processo non avviene in modo traumatico ed esplicito – come accade nei regimi totalitari – ma in maniera graduale e velata, «senza che la collettività ne sia molto consapevole, una falsa memoria espelle quella esistente, che viene sostituita da un'*imago*»[3] [Montaner 2017, 161]. Sempre in questo senso l'autore cita una variante di questo processo, ossia «l'appropriazione di un luogo svuotandone il contenuto simbolico e cambiandone il significato»[4] [Montaner 2017, 161].
Commentando l'interrelazione tra il manufatto e gli avvenimenti che in esso si svolgono, vale la pena citare le riflessioni di Gerárd Monnier [Monnier 2009], da cui si evidenziano tre situazioni del bene culturale in relazione agli eventi: l'edificio come agente di un evento storico; l'edificio come evento stesso (in questo caso come manifesto architettonico); infine, l'edificio come strumento di eventi culturali. In quest'ultimo caso, pur essendo determinante per gli eventi culturali, il bene è relegato alla funzione di mero strumento di realizzazione. Gestito in funzione dell'industria dello spettacolo, che vede nelle qualità materiali dell'edificio solo un richiamo per il pubblico consumatore culturale, i beni diventano oggetto di contesa per ospitare le più diverse attrazioni. Pertanto, l'autore avverte che il «rapporto tra l'evento e l'edificio ha effetti culturali significativi. Può portare, infatti, ad un indebolimento della ricezione dell'identità architettonica e allo svanire del proprio valore»[5] [Monnier 2009, 15], nella misura in cui il bene diventa solo contenitore di attività, che nella memoria collettiva assumono importanza maggiore.
Possiamo così comprendere anche le riflessioni di Halbwachs [Halbwachs 1990] quando conclude che il rapporto tra memoria e spazio è di mutua alterazione: la modifica dello spazio porterà all'alterazione della memoria collettiva; anche l'alterazione della memoria di un gruppo in relazione ad uno spazio porterà alla conseguente alterazione dello spazio, da parte di questo gruppo.

> Il posto occupato da un gruppo non è come una lavagna su cui scriviamo, e dalla quale poi cancelliamo numeri e figure. [...] Il luogo ha ricevuto il marchio del gruppo e viceversa[6] [Halbwachs 1990, 133].

La trasmissione della memoria di uno spazio è essenziale per la sua conservazione, visto che i significati e i valori di un bene non riguardano solo quelli inerenti e intrinseci ad esso, ma principalmente quelli attribuiti all'opera da una società. Pertanto, secondo questo pensiero, «il processo di valorizzazione di un bene inizia quando individui, istituzioni o un gruppo di persone decidono che c'è qualcosa in questo oggetto che deve

[2] Traduzione delle autrici.
[3] Traduzione delle autrici.
[4] Traduzione delle autrici.
[5] Traduzione delle autrici.
[6] Traduzione delle autrici.

essere trasmesso alle generazioni future»[7] [Silva 2012, 24], essendo il significato culturale una costruzione sociale. Secondo Lins:

> il significato culturale si riferisce alle qualità dei beni culturali insite o acquisite nel tempo a partire dal rapporto di questi oggetti con i soggetti, nei diversi contesti sociali, economici, politici e culturali esistenti; comprendendo anche che la coesistenza e il conflitto di valori fanno parte del processo di elaborazione del significato culturale[8] [Lins 2014, 14].

Il significato culturale deve essere inteso «come l'insieme dei valori risultanti dal giudizio e dalla convalida dei significati passati e presenti di un oggetto»[9] [Zancheti, Hidaka 2014, 5]. I valori e le memorie del passato, quindi, non devono essere cancellati o semplicemente sostituiti, ma servono come riferimento per la costruzione di nuovi significati, che portano con sé quelli del passato.

Conclusioni

La conservazione del Complesso idrotermale e alberghiero di Poços de Caldas, supportata solo dallo strumento di tutela comunale e statale, ha trascurato i valori che si sono sviluppati nell'area, che collaborano per la sua integrazione nella vita quotidiana della popolazione e, quindi, sono tanto importanti per la sua conservazione quanto i valori iniziali, legati al suo passato termale. La gestione del patrimonio non deve ignorare i valori memoriali, ma integrarvi nuove forme di appropriazione di quello spazio e, con esse, le nuove memorie e i significati creati.

Bibliografia

FRANCO, A. C. (2014). *Os primeiros registros do uso de águas termais e a formação das estâncias hidrominerais no Brasil*, in «Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares», vol. 3, n. 5, pp. 29-40.

HALBWACHS, M. (1990). *A memória coletiva*, São Paulo, Edições Vértice.

LINS, A. P. M. DE B. DA C. (2014). *A Declaração de Significância como instrumento de Gestão do Patrimônio Cultural*, in «Achitecton», vol. 4, n. 7, pp. 13-23.

MARRAS, S. (2004). *A propósito de águas virtuosas: formação e ocorrência de uma estação balneária no Brasil*, Belo Horizonte, Editora UFMG.

MONNIER, G. (2009). *O edifício, instrumento do evento: uma problemática*, in «Revista CPC», vol. 7, n. 1, pp. 7-19.

[7] Traduzione delle autrici.

[8] Traduzione delle autrici.

[9] Traduzione delle autrici.

MONTANER, J. M. (2017). *Os Traumas Urbanos: O Apagamento da Memória*, in *Arquitetura e Política: ensaios para mundos alternativos*, a cura di J. M. Montaner, Z. Muxí, São Paulo, Gustavo Gili, pp.159-169.

POZZER, C. E. (2001). *Poços de Caldas: a construção da paisagem urbana*, Tesi di Master in Architettura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

SAINT-HILAIRE, A. (1972). *Viagem à Província de São Paulo*, São Paulo, Martins Fontes.

SILVA, P. M. (2012). *Conservar, uma questão de decisão: o julgamento na conservação da arquitetura moderna*, tesi di dottorato in desenvolvimento urbano, Universidade Federal de Pernambuco.

ZANCHETI, S. M., HIDAKA, L. T. F. (2014). *A Declaração De Significância De Exemplares Da Arquitetura Moderna*, in «Textos para discussão», v. 57, série 2, pp. 2-15.

Sitografia

REIS, A. L. S. N. (2016). *Poços de Caldas: de Estância Hidromineral e Polos Turístico Regional a Patrimônio Cultural Estadual*, in «Anais. IV Enanparq», S10-04: http://www.anparq.org.br/enanparq-IV.php [luglio 2021].

LA CLINICA NEUROPATOLOGICA MONDINO DI PAVIA: UN IMPIANTO TIPOLOGICO SIMMETRICO E VERSATILE

Alessandro Greco, Daniela Besana, Valentina Giacometti, Luca Frigerio

Abstract

The reuse of the abandoned building heritage is one of the most significant challenges of the third millennium, and it can have a significant impact on different aspects not only of the cities but also of society. The former Clinica Mondino was abandoned in 2003 and the University of Pavia developed different projects for its reuse (Department, College, etc.) recognizing the building's potential. The final result is a library for the students of Law and Political Science.

Keywords

Hospital, functional renewal, typological adaptation, heritage, reuse, valorisation.

Introduzione

Il tema della riqualificazione del patrimonio edilizio dismesso rappresenta una delle più significative sfide del terzo millennio, le cui ricadute possono interessare diversi ambiti, soprattutto in un paese come l'Italia. Negli ultimi anni si è potuto riscontrare come la sostituzione edilizia di edifici abbandonati non sempre abbia condotto a un effettivo miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro; in alcuni casi la realizzazione di nuovi edifici, programmati con *budget* limitati e fondati su tecnologie costruttive tese al contenimento dei costi più che sulla consapevolezza del contesto in cui si inseriscono, ha portato non solo alla perdita di patrimonio costruito, ma anche dei valori sociali e culturali che l'edificio preesistente esprimeva. D'altro canto, intervenire sull'esistente è nettamente più dispendioso, non solo economicamente, rispetto alle nuove realizzazioni. Occorrono rilievi diretti e indiretti, studi e analisi delle potenzialità e delle criticità, una consapevolezza e una conoscenza del costruito e della sua storia, che sono premessa indispensabile per un progetto adeguato alle reali esigenze del committente.
Il contributo presenta il caso dell'ex Clinica di neuropatologia Mondino di Pavia, edificio abbandonato dal 2003 e oggetto di diverse riflessioni e ipotesi progettuali, sviluppate acquisendo via via sempre più informazioni sul manufatto e finalizzate all'individuazione della funzione migliore rispetto all'impianto tipologico distributivo di un edificio e alle esigenze di spazi di didattica e di ricerca dell'Università di Pavia – proprietaria dell'immobile – nato per la ricerca e la cura e oggi adatto a ospitare nuove attività culturali (Fig. 1).

© Aisu International 2020

1: Fronte principale della ex Clinica Mondino su via Palestro a Pavia [foto del Servizio Tecnico Università di Pavia, 2020].

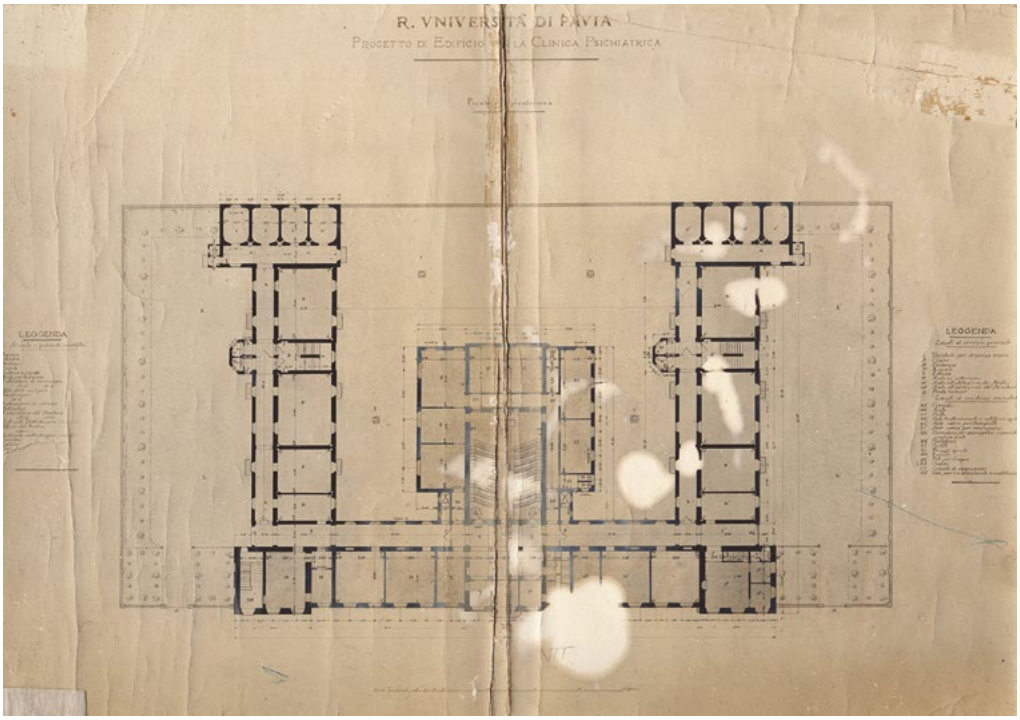
Inquadramento storico

Pavia è una città di origine romana di poco più di 70.000 abitanti, situata a circa 35 km a sud di Milano. Grazie alla sua Università fondata nel 1361, una delle più antiche in Italia e in Europa, con il passare degli anni acquista sempre di più il carattere di *città-campus*, con un grande patrimonio edilizio destinato alla ricerca e alla didattica, diffuso in tutta la città e che ad oggi conta più di 50 edifici, la maggior parte dei quali caratterizzati da un elevato pregio storico e architettonico. A differenza di tante realtà universitarie, Pavia si distingue anche per la presenza di una rete di collegi universitari, in parte pubblici e in parte privati, che ospitano circa il 10% degli studenti iscritti all'Università di Pavia. La ex Clinica Mondino, oggetto del presente contributo, fa parte di questo ampio patrimonio universitario.

L'Istituto neurologico Mondino nasce agli inizi del 1900 grazie all'impegno del professor Casimiro Mondino, successore alla cattedra di clinica delle malattie mentali di Cesare Lombroso e allievo nel laboratorio pavese di Camillo Golgi, autore di numerose scoperte scientifiche, tra cui la reazione nera che consentì di decifrare l'architettura del cervello. Casimiro Mondino ritiene fin da subito fondamentale avere un apposito edificio, adeguato alle nuove esigenze della cura, della didattica universitaria e della ricerca

scientifica e nel 1901 propone la costruzione *ex novo* di un apposito fabbricato per la clinica psichiatrica, il cui incarico di progettazione è affidato all'architetto Angelo Savoldi, esperto nel settore per aver progettato con successo il manicomio di Voghera.
Al tempo si cercava un'area che consentisse lo sviluppo di un istituto degno e che permettesse la previsione di possibili ampliamenti. La scelta inizialmente fu di ipotizzare un riutilizzo, a fronte di una spesa modesta, degli Ospitaletti militari n. 1 e n. 2 di via Palestro; ipotesi che si dimostra impraticabile dal momento che la conformazione tipologico-distributiva dell'impianto non si coniuga con le esigenze organizzative di un edificio a vocazione scientifica. Si decide, quindi, per la demolizione e la successiva ricostruzione. La morfologia scelta per il fabbricato è quella di un corpo a U che delimita due giardini centrali e due laterali. La costruzione della nuova clinica prevede anche la modifica dell'orientamento di via Ariberto e la realizzazione di aree verdi curvilinee su via Palestro.
Durante le ricerche svolte presso gli archivi della Biblioteca civica e del Comune di Pavia sono emerse altre ipotesi progettuali che hanno preceduto la conformazione definitiva poi realizzata. Una prima proposta progettuale richiama la forma dell'area precedentemente dedicata agli Ospitaletti militari e presenta un volume su un unico livello, ad eccezione di una sola porzione su due livelli; la seconda ipotesi planimetrica prevede un elaborato in pianta molto simile al progetto definitivo, ma con una morfologia a corte e con la chiusura sul lato più a est. Inoltre, il prospetto principale è distante dal progetto successivamente approvato, in quanto propone un doppio livello solo nella parte centrale del fabbricato e non prevede le torrette ai lati. Tra i progetti elaborati, quello che più si avvicina alla realizzazione finale prevede la simmetria tra i due corpi di fabbrica trasversali a via Palestro e riduce le celle posteriori a quattro unità per lato. Il prospetto principale introduce una facciata di due piani con bugnati e cornici, ritmati da finestre inquadrate, sormontate da sagome mistilinee affiancate in alcuni punti da tondi ornamentali. Alle estremità compaiono due corpi sopraelevati. Al centro vi è una tettoia in ferro battuto e il coronamento a timpano. Il progetto conservato nel fondo Savoldi, invece, è un'ibridazione dei precedenti: la planimetria preserva il corridoio di comunicazione delle celle conservando la conseguente tipologia a corte chiusa. In facciata il doppio ordine di finestre si conferma con una duplicazione dell'intero piano, senza però rimarcare le torrette laterali.
La presentazione definitiva del progetto alla commissione edilizia è datata al 1904, anno in cui il progetto è approvato anche dal ministro dei lavori pubblici. I lavori vengono eseguiti dalla ditta Clapis & Porta di Milano e si concludono alla fine dell'anno 1907. I primi anni della Clinica sono complicati dal punto di vista gestionale-amministrativo, a causa di rapporti poco definiti tra Università e Ospedale San Matteo, che non voleva assumersi le spese di gestione. Casimiro Mondino opera dunque su diversi livelli per rendere la struttura completamente indipendente, trasformando la Clinica in un manicomio e contemporaneamente neurocomio riuniti in un unico ente denominato "Istituto ospitaliero di malattie nervose e mentali", prendendosi l'onere di dirigerli entrambi. Durante gli anni successivi alla prima guerra mondiale, Pavia era considerata *città ospedale* e la Clinica assume la sua funzione di ospedale militare-clinica neuropatologica.

Il successore di Mondino, dopo la sua morte nel 1924, è Ottorino Rossi, a quel tempo anche Magnifico Rettore dell'Università di Pavia. È anche grazie a questa posizione che Rossi riesce a concludere l'edificazione del Policlinico San Matteo e ad estendere gli spazi dedicati ai laboratori della Clinica neuropatologica, migliorandone le attrezzature. A partire dal 1925 si avvia la costruzione del secondo padiglione, adiacente all'originale corpo di fabbrica. L'edificio, su un solo piano, si posiziona sul lato settentrionale del corpo preesistente e risulta leggermente arretrato di pochi metri rispetto ad esso. Vi è traccia di questa trasformazione all'interno della planimetria del 1935, in cui anche il padiglione Ottorino Rossi, all'interno del cortile di Palazzo Botta, risulta già edificato. Altre trasformazioni documentate si ritrovano nei disegni del 1937, nei quali è prevista la realizzazione del collegamento coperto tra i due padiglioni, ancora oggi presente.
La prima grande aggiunta alle costruzioni originarie avviene nel 1955, quando si programma un ampliamento della biblioteca costruendo un volume al centro del cortile del primo padiglione. La successiva grande trasformazione tipologica è visibile all'interno di una planimetria del 1965, che si può ritrovare nei documenti appartenenti all'archivio dell'Università (Fig. 2). In questa è visibile la costruzione del fabbricato a margine dell'area che si ritrova oggi circondato da tutti i restanti edifici presenti. Oltre a essa si notano le previsioni dell'estensione, progettata nel 1966, al padiglione di Ottorino Rossi, con la realizzazione di un corpo rettangolare a fronte della chiusura curva dell'esistente padiglione.



2: Progetto di edificio per la clinica psichiatrica, pianta del piano terreno. [Pavia. Archivio storico dell'Università degli Studi di Pavia. Cliniche/Istituti, Psichiatrica. B. 2107, fasc. 3].

Il 23 giugno 1973 la Clinica, che aveva sempre mantenuto e conservato la sua autonomia, diviene Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), qualifica necessaria a rinnovare la vita dell'ente confermando il suo duplice ruolo di sede di ricerca in campo neurologico e centro assistenziale e terapeutico per pazienti affetti da patologie del sistema nervoso.

Gli anni Duemila della ex Clinica Mondino

Nel 2003, sotto la guida della direzione scientifica di Giuseppe Nappi e la presidenza di Roberto Schmidt, si assiste al trasferimento della Fondazione Mondino nella nuova sede realizzata a nord-ovest del centro storico della città di Pavia, in un'area dalla elevata accessibilità grazie alla vicinanza della tangenziale, ma soprattutto in adiacenza agli altri IRCCS della città – Policlinico San Matteo e Maugeri, cui si aggiungerà successivamente il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) – in un contesto scientifico e di ricerca di ampio respiro; si viene così a costituire una vera e propria "cittadella della salute" che costituisce un riferimento sanitario a scala nazionale e internazionale. La Clinica di via Palestro viene dunque abbandonata dal momento che il processo di realizzazione e trasferimento nella nuova sede non era stato accompagnato da un processo decisionale e progettuale per l'uso degli edifici esistenti.
In considerazione della posizione strategica all'interno del centro storico della città e della sua vicinanza con Palazzo Botta e Palazzo San Felice – poli universitari di rilievo che negli stessi anni ospitano rispettivamente alcuni dipartimenti scientifici di medicina e di biologia e delle scienze economiche – l'Università di Pavia, anche in considerazione degli stretti legami amministrativi che la legano alla Fondazione Mondino, ha sempre avuto una attenzione particolare per l'ex sede della Clinica.
Nel 2007-2008, nell'ambito delle attività dell'insegnamento di disegno dell'architettura 2 (docente prof. Alessandro Greco; responsabile dei laboratori prof.ssa Daniela Besana) per il corso di laurea magistrale a ciclo unico in ingegneria edile-architettura, l'edificio è oggetto di un rilievo geometrico, poi messo a disposizione dell'Ufficio tecnico dell'ateneo, che fino a quel momento non disponeva di un rilievo digitale, ma solamente di planimetrie cartacee. Gli alunni sono stati divisi in gruppi e a ciascuno è stata affidata una porzione dell'edificio di cui dovevano essere restituite le piante, due sezioni e i prospetti. Sebbene fossero passati poco più di quattro anni dalla dismissione dell'edificio, alcuni locali cominciavano a presentare i primi segni di degrado, come documentato dall'ampio *report* fotografico raccolto dagli studenti e anch'esso messo a disposizione dell'Università.
Sulla base del citato rilievo, le diverse *governance* di Ateneo che si sono succedute hanno cominciato a ipotizzare possibili funzioni da insediare nell'edificio. In considerazione della carenza di spazi per la didattica e per il patrimonio librario che caratterizza gli edifici dell'Università che si trovano nel centro storico, si è esplorata la possibilità di insediare nella parte storica della ex Clinica i dipartimenti di psicologia e filosofia (2010, rettorato del prof. Angiolino Stella), così come in virtù della vocazione a città campus si è presa in considerazione l'ipotesi di insediare sempre nella stessa porzione di edificio

3: Servizio Tecnico Università di Pavia, Vista dall'alto della ex Clinica Mondino (sinistra) e di Palazzo Botta Adorno (destra). I due complessi edilizi si prestano a diventare un polo universitario di rilievo per la loro posizione urbana che ne garantisce una facile accessibilità e una comunicazione agevole con altri edifici universitari che si trovano nel centro storico della città di Pavia, 2020 [BING, elaborato graficamente].

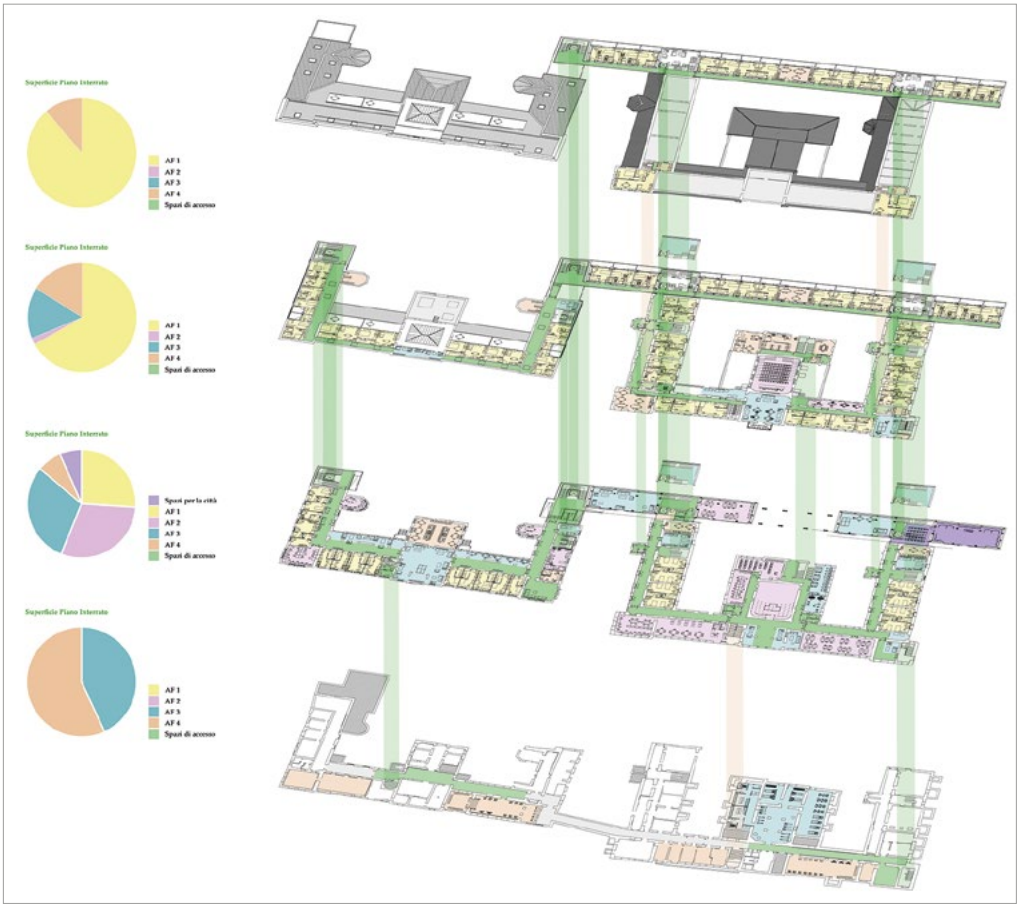
un collegio universitario per 70 alunni (2016, durante il rettorato del prof. Fabio Rugge). Tuttavia, la difficoltà di reperimento dei fondi necessari a realizzare l'intervento ha sempre frenato la realizzazione di tali proposte.
Nello stesso periodo molteplici sono state le tesi di laurea progettuali sviluppate nell'ambito del corso di laurea magistrale a ciclo unico in ingegneria edile-architettura che si sono occupate della ex Clinica Mondino. Queste dissertazioni, pur essendo un esercizio accademico, mettono in evidenza le potenzialità dell'impianto distributivo dell'edificio e riconoscono la sua collocazione urbana come un grande valore aggiunto in un momento storico in cui la rigenerazione urbana si configura come uno dei temi più importanti da affrontare nei prossimi anni.

I diversi lavori svolti dagli studenti delle discipline progettuali sulla ex Clinica Mondino hanno messo in evidenza come la posizione urbana all'interno del centro storico definito dal tracciato delle preesistenti Mura spagnole, la vicinanza con altri poli universitari – Palazzo Botta, sede del Museo Kosmos, e Palazzo San Felice, sede del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali – e le caratteristiche morfologico distributive dell'impianto originario possano assicurare all'edificio un futuro importante per lo sviluppo dell'ateneo, sempre alla ricerca di nuovi spazi per la didattica e la ricerca indispensabili per una crescita anche del numero di iscritti (Fig. 3).
A titolo esemplificativo, e per questioni di sintesi, il contributo si concentra su due ipotesi progettuali: la prima sviluppata nell'ambito di una tesi di laurea magistrale in ingegneria edile-architettura; la seconda sviluppata dal Servizio tecnico dell'ateneo per la partecipazione ad un bando di finanziamento ministeriale dell'edilizia universitaria.

Un nuovo collegio per Pavia

Come già accennato, Pavia si presenta come una città campus non solo per un patrimonio edilizio diffuso tra il centro storico e l'area a nord-ovest della città, adiacente alle principali vie di comunicazione, ma anche per la presenza di 18 collegi universitari – 10 gestiti da EDiSU Pavia, ente strumentale dell'Università per il Diritto allo Studio, e 8 privati, di cui 4 collegi di merito – che assicurano un'offerta di circa 2.500 posti letto. Si tratta di una situazione unica in Italia, che da sempre richiama a Pavia un numero elevato di studenti fuori sede e che garantisce esperienze di vita comunitaria anche con studenti provenienti da diverse parti del mondo.
Negli ultimi cinque anni si è registrato un incremento costante di domande per entrare nei collegi universitari, ma la dotazione di posti letto è sostanzialmente la stessa dal 2000. Il tema di una nuova struttura residenziale per studenti risulta quindi di estrema attualità per l'Università e più in generale per la città, dal momento che le ricadute socio-economiche dovute alla presenza di studenti fuori sede sono estremamente significative per l'intera comunità pavese. Inoltre, i collegi universitari pavesi sono da sempre centri di aggregazione e di offerta culturale, dal momento che le aree di studio comuni e le numerose attività culturali da questi organizzate non sono dedicate esclusivamente agli alunni che risiedono in collegio, ma sono aperte all'intera città.
A partire da tali premesse, e alla luce delle considerazioni espresse in merito alla localizzazione sul territorio cittadino e alle caratteristiche distributive dell'edificio, si può comprendere come l'ex Clinica Mondino possa essere recuperata e riutilizzata, interamente o in parte, come sede di un nuovo collegio universitario per incrementare il numero disponibile di alloggi presenti in città e per integrare i servizi culturali e/o ricreativi esistenti, generandone di nuovi più attuali e moderni.
La scelta dell'inserimento di una residenza per studenti risulta inoltre strategico dal punto di vista della localizzazione. L'area dell'ex Clinica neuropatologica è posta a metà tra i due principali poli dell'ateneo pavese. Si trova a cinque minuti a piedi dalla stazione dei treni e a dieci minuti dal centro, a cui si collega tramite corso Cavour, decumano

dell'antico impianto romano su cui è sorta e si è sviluppata Pavia. Le più vicine fermate del bus sono servite dalle maggiori linee degli autobus attive.
L'impianto tipologico esistente risulta ottimale per l'inserimento di ampie aule di studio nel corpo centrale e una distribuzione a corridoio e camere lungo i bracci interni, valorizzando anche la grande aula al centro del complesso più antico. L'ipotesi di riuso a collegio, proposta all'interno della tesi *Riuso: costruire nel costruito* [Frigerio 2018-2019], prevede il ritorno all'impianto tipologico originariamente disegnato nei primi progetti e la rimozione delle superfetazioni edilizie esistenti. L'idea progettuale contempla il mantenimento dei due padiglioni Mondino e Ottorino Rossi separati, nella stessa configurazione della prima metà del Novecento, e l'affiancamento di una volumetria di nuova costruzione.
Il progetto è un segno architettonico incisivo, attraverso cui si vuole dichiarare la demolizione delle ormai inutilizzabili cellette originarie sostituendole con le nuove camere per gli studenti. L'esito ricrea la tipologia a corte chiusa progettata ma mai completata e



4: L. Frigerio, *Layout funzionale*, indicazione dei connettivi verticali e grafici delle aree funzionali, 2019 [Frigerio, L. (2018-2019). *Riuso: Costruire nel Costruito. La riqualificazione dell'Ex Clinica Neuropatologica per una nuova residenza universitaria a Pavia*, tesi di laurea, corso di laurea magistrale in ingegneria edile-architettura, Università di Pavia, p. 79].

instaura un nuovo dialogo con il vicino e opposto Palazzo Botta Adorno. L'inserimento moderno prevede un braccio per gli alloggi e un'addizione in copertura nel padiglione Ottorino Rossi. Così è possibile uniformare l'intervento, connettere i due edifici e realizzare i collegamenti verticali di sicurezza necessari. L'eliminazione delle superfetazioni consente di generare nuovi spazi aperti: una piazza rivolta verso la città, una piazza tra i due corpi di fabbrica e un'estensione al parco pubblico cittadino adiacente all'area.
L'ipotesi progettuale, nello specifico, prevede l'inserimento di un nuovo collegio universitario da 97 posti letto, di cui 8 adeguate alle esigenze di persone con disabilità. Gli spazi destinati a funzioni residenziali e di servizio, suddivise come specificato nel D.M. 28/11/2016, sono i seguenti:

- AF1 (funzioni residenziali) = 1.818 mq;
- AF2 (servizi culturali e didattici) = 584 mq;
- AF3 (servizi ricreativi) = 1.056 mq, comprensivi degli spazi di studio e soggiorno diffusi all'interno degli spazi di accesso e distribuzione;
- AF4 (servizi di supporto) = 784 mq.

La superficie totale complessiva risulta quindi di 2.424 mq. In aggiunta al piano terra, sulla piazza aperta, sono inseriti 121 mq destinati alla città e all'uso comunitario, come piccolo museo dell'area (Fig. 4).
I piani interrati esistenti sono sfruttati solo per funzioni temporanee, dove possibile; al piano terra sono previsti tutti gli spazi di ricreazione e studio, oltre alle camere soppalcate all'interno del padiglione Ottorino Rossi. I piani primo e secondo del nuovo braccio sono tutti destinati ad alloggi, in particolare la nuova addizione in copertura in cui sono predisposte stanze per giovani coppie. Dai prospetti è possibile vedere come l'intento progettuale miri a conservare l'immagine storica dell'area mantenendo il fronte inalterato e ponendo solo a sfondo il nuovo volume, caratterizzato da elementi in laterizio a secco, contrastanti rispetto all'intonaco storico.

Ipotesi di biblioteca unificata

Il 5 dicembre del 2019 è stato pubblicato dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca il decreto n. 1121 *Fondo investimenti edilizia universitaria 2019-2033*[1], che stanzia 400 milioni di euro destinati alla realizzazione di investimenti in infrastrutture edilizie e in grandi attrezzature scientifiche. Dopo anni, si torna dunque ad investire in modo significativo sulle infrastrutture universitarie, destinando una parte dei fondi (270 milioni) agli atenei dotati di progetti esecutivi e definitivi i cui lavori possano essere appaltati entro il 2020 e una parte agli atenei che dispongono di progetti definitivi i cui lavori possano essere affidati entro il 2022; i restanti 60 milioni sono destinati a infrastrutture tecnologiche e grandi attrezzature e all'edilizia sportiva universitaria. Il

[1] https://www.miur.gov.it/documents/20182/228988/Decreto+Ministeriale+n.1121+del+5+12+2019.pdf/1918ffc4-f699-d54e-156f-bf4ecb4f76af?version=1.0&t=1584018638630.

decreto stabilisce i termini di presentazione delle domande entro il mese di maggio 2020, poi successivamente posticipato alla metà di luglio dello stesso anno.
L'Università di Pavia decide di presentare gli interventi edilizi già inseriti nel proprio piano triennale compatibili con il livello di progettazione richiesto ed eleggibili ad essere finanziati dal Ministero, ma soprattutto vede l'opportunità per intervenire sull'ex Clinica Mondino, da troppo tempo trascurata. Da alcuni mesi – dall'insediamento del rettore Francesco Svelto – erano in corso diverse riflessioni in seno alla *governance* per l'individuazione di una sede per ospitare la biblioteca unificata dell'aerea socio-politico-giuridica di ateneo, attualmente distribuita in modo frammentato e poco organico in diversi spazi del Palazzo Centrale dell'Università. Tale collocazione risulta poco funzionale sia per quanto concerne gli aspetti di fruibilità da parte degli utenti, sia docenti che studenti, che per gli aspetti gestionali e amministrativi.
Nonostante i tempi ristretti per l'elaborazione del progetto al livello definitivo, l'area tecnica dell'Università si è impegnata alacremente, sotto la guida del dirigente arch. Mauro Mericco, con il supporto di alcuni professionisti esterni per taluni aspetti impiantistici e strutturali, nonostante le difficoltà organizzative generate dall'emergenza pandemica, proponendo una soluzione che prevede la riqualificazione dell'area sud del Palazzo – quella più antica – liberata anche dalle superfetazioni sia interne che esterne. Il progetto è stato condiviso con la Soprintendenza durante tutto il suo svolgimento, concordando le scelte progettuali più importanti secondo un approccio partecipato estremamente collaborativo.
L'approccio progettuale è di tipo conservativo, volto a restituire la lettura originaria e unitaria del fabbricato originario, liberandolo dalla ex camera calda su via Palestro e da un corpo di fabbrica di collegamento con la parte più recente dell'edificio. L'intervento interessa circa 5.600 mq. Il progetto conferma l'assetto distributivo planimetrico originario, basato sul sistema a corridoio monoaffaccio così come la distribuzione verticale impostata sulle quattro scale originali del fabbricato. L'intervento interessa tanto i piani fuori terra quanto il piano interrato, in cui trovano collocazione i depositi librari e gli impianti – circa 1.000 mq, capaci di ospitare fino a 300.000 volumi distribuiti su un patrimonio complessivo di circa 400.000; la parte rimanente del patrimonio librario sarà distribuita in scaffalature aperte nei piani fuori terra dell'edificio. Tutti i locali posti al piano terra e al piano primo, nonché le torrette all'estremità nord e sud vengono liberati dagli elementi di partizione verticale, non più funzionali alla nuova destinazione d'uso né tanto meno a consentire la riconoscibilità della spazialità originaria.
L'ingresso principale viene mantenuto su via Palestro, e nell'atrio è collocato il *front office* di accoglienza con il pubblico. I locali del piano terra del corpo principale ospitano sia gli uffici amministrativi della biblioteca che sale lettura e consultazione; dall'atrio si accede anche al grande volume recuperato dell'aula storica, collocata nel corpo centrale trasversale, e intorno ad essa viene realizzata un nuovo ambiente con postazioni per la consultazione informale del patrimonio librario. Attraverso quest'ultimo spazio si può raggiungere la parte orientale del corpo centrale, dove si trovano altri spazi per la didattica. Il piano terra dei corpi trasversali al volume principale, originariamente destinati a degenze, diventano gli spazi di studio e consultazione. L'intero primo piano è invece destinato a sale lettura e consultazione; i terrazzi ai lati del volume dell'aula gradonata

5: Servizio Tecnico Università di Pavia, Progetto per la nuova biblioteca unificata di scienze socio-politiche e giuridiche dell'Università di Pavia, pianta del piano primo, 2020.

diventano spazi fruibili dal corridoio del piano primo. Le torrette, che si sviluppano su un secondo piano, sono destinate a sale lettura di tipo "informale", con ipotesi di arredi mobili per consentire diversi allestimenti anche nel corso della stessa giornata (Fig. 5). Complessivamente la struttura è capace di accogliere oltre 280 postazioni di studio e lettura in sale studio e consultazione, e altri 116 posti "informali" in spazi flessibili e di circolazione.
Tutte le scelte distributive rispettano i caratteri tipologici distributivi originari e l'edificio viene anche liberato della volumetria della palestra della ex Clinica, aggiunta in adiacenza alla torretta sud, e già biblioteca prima di diventare palestra; il progetto prevede un nuovo volume da destinarsi a caffetteria, per conservare la relazione con il tessuto urbano adiacente. Su indicazione della Soprintendenza verrà mantenuto anche il muro di cinta a sud del complesso (via Ariberto/Vialli), nel quale saranno ricavate tre aperture per consentire comunque una permeabilità verso lo spazio verde aperto delimitato dalla caffetteria e dal corpo di fabbrica più a sud dell'intero complesso.

Conclusioni

Il contributo presenta due possibili soluzioni per la riqualificazione dell'ex Clinica Mondino in Pavia, da cui è possibile osservare come l'impianto tipologico distributivo

originario a corridoio sia in grado, a oltre 100 anni dalla sua costruzione, di assolvere a nuove esigenze di spazi accademici. Inoltre, la liberazione dei due corpi di fabbrica principali dalle superfetazioni stratificatesi durante il XX secolo potrà restituire alla città due edifici con una ritrovata dignità che si inseriscono nel contesto, ricostruendo un rapporto sinergico che si era interrotto nel 2003.
Dal punto di vista generale, il contributo inoltre dimostra le potenzialità degli impianti distributivi a corridoio che si ritrovano in diversi edifici per la cura realizzati nella prima metà del Novecento e che possono essere riconvertiti per ospitare attività socioculturali da destinare alla società del terzo millennio.

Bibliografia

ERBA, L. (1990). *Alma Ticinensis Universitas*, Pavia, Università degli Studi di Pavia-Silvana editoriale.

FRIGERIO, L. (2018-2019). *Riuso: Costruire nel Costruito. La riqualificazione dell'Ex Clinica Neuropatologica per una nuova residenza universitaria a Pavia*, tesi di laurea, corso di laurea magistrale in ingegneria edile-architettura, Università di Pavia.

GRECO, A. (2014). *Accessibility and Buildings' Conservation: methods, experience and projects*, Milano, KM Studio edizioni.

MAZZARELLO, P. (2017). *Le tre vite del "Mondino"*, Pavia, Glifo Associati Editore.

MAZZARELLO, P., QUATTROCELLI, M. (2007). *La reazione nera: una biotecnologia "cognitiva" ante litteram*, in «Medicina nei Secoli Arte e Scienza», vol. 19, n.1, pp. 19-28.

ZATTI, S. (1997). *Note urbanistiche sulla fondazione della Clinica Neuropsichiatrica di Pavia*, in *Conferenze e seminari*, a cura di M. Ceroni, E. Martigoni, S. Molinari, Pavia, Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino, pp. 221-226.

VACCARI, P. (1957, I ed. 1948). *Storia dell'Università di Pavia*, Pavia, Università di Pavia.

Sitografia

Decreto Ministeriale n.1121 del 5 12 2019. Fondo investimenti edilizia universitaria 2019-2033, registrato dalla Corte dei Conti il 10 gennaio 2020, n. 70 (2019): https://www.miur.gov.it/documents/20182/228988/Decreto+Ministeriale+n.1121+del+5+12+2019.pdf/1918ffc4-f699-d54e-156f-bf4ecb4f76af?version=1.0&t=1584018638630 [luglio 2021].

COME LA MODERNITÀ DIMENTICA. SPAZIO, CURA E TEMPO LIBERO NELLA CONSERVAZIONE DELLE COLONIE MARINE DEL RAZIONALISMO ITALIANO

Sara Di Resta, Giorgio Danesi

Abstract

The paper investigates the themes of space, health, and leisure emerging from relevant examples of the Italian Rationalism, represented by the seaside holiday camps built in the first half of the 20th century. Starting from the analysis of three case-studies (camps Amos Maramotti in Riccione, 1934; Principi di Piemonte in Lido di Venezia, 1936; and Montecatini in Milano Marittima, 1939) the research stresses critical issues aimed to outline adaptive-reuse strategies for the preservation of abandoned modern heritage.

Keywords

Seaside holiday camps, health, modern heritage, preservation, adaptive-reuse.

Introduzione

> *Tutti i bimbi d'Italia al mare; il maggior numero possibile di cittadini, di operai, al mare* [«Domus» 1940, 19].

Ne *L'arte della memoria* Frances Yates fa derivare dalla stabilità dei luoghi – intesi come sequenze permanenti di immagini e simboli – la capacità di ricordare insita nelle civiltà del passato [Yates 1984]. Ciascun luogo, dato immanente in una realtà stabile e dall'incedere lento, funziona per Yates come una griglia su cui si radica, in un certo ordine, la memoria.
Diversamente dal passato, al mondo contemporaneo appartiene una realtà caratterizzata dal mutamento, che trova nella velocità, nella sostituzione e nel consumo i termini consustanziali del nostro tempo. È Paul Connerton in *Come la modernità dimentica* a identificare l'oblio quale componente strutturale di questo tipo di società [Connerton 2010]. L'antropologo evidenzia come gli spazi prodotti dalla cultura contemporanea – spazi post-cartesiani nati su fogli di carta bianca, proporzioni geometriche e modelli in scala [Lefebvre 1978] – concorrano ad alimentare un particolare tipo di «amnesia culturale» [Connerton 2010, 116] dovuta a tre aspetti essenziali: la costruzione a grande scala, la produzione di velocità, la deliberata distruzione dell'ambiente preesistente.

© Aisu International 2020

Non potranno sfuggire a chi legge le assonanze della sequenza appena tracciata con le caratteristiche costitutive della vicenda architettonica e urbana dell'edificazione delle colonie elioterapiche tra gli anni Venti e Quaranta del Novecento. Ad accomunare numerosi di questi complessi, da più di trent'anni identificati al pari di «felliniani relitti abbandonati sulle spiagge, veri colossi d'archeologia di regime» [Dezzi Bardeschi 1985, 15], c'è una comune storia di oblio, un processo di perdita della memoria che ha risparmiato soltanto un piccolo numero di edifici.
La *modernità* che dimentica – che lascia in disparte tracce emblematiche del suo trascorso – è in questo caso la nostra *contemporaneità*, che stenta a riconoscere come intrinsecamente moderna una *modernità* non più tale, poiché appartenente al passato[1].

Estetica e propaganda dell'igienismo terapeutico

Coordinate e dirette dall'Opera Nazionale Balilla e dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, le colonie sono luoghi dove l'architettura moderna ha saputo cogliere a pieno le potenzialità espressive di un tema pressoché inedito, sfruttando quella che Irace definisce «l'insolita libertà concessa dalla mancanza di riferimenti tradizionali [...] e la straordinaria occasione di sperimentare quella ricerca sull'oggetto isolato nel paesaggio che costituì momento rilevante dell'intero razionalismo europeo» [Irace 1985, 2].
Di particolare interesse in quest'ambito è la parabola delle colonie marine, fenomeno che con la stagione totalitaria avrebbe assunto connotazione urbana, sociale e propagandistica. Questi imponenti insediamenti, inizialmente edificati ai margini delle città, sono motore ed esito dell'intenso processo di urbanizzazione delle coste che avrebbe mutato contesti naturali incontaminati e generato nuove relazioni con i centri abitati.
L'articolazione tipologica delle colonie è definita dalle *Norme per il funzionamento delle colonie climatiche temporanee e diurne* del 1932[2] [Partito Nazionale Fascista-Direttorio Nazionale 1932, 11-18], che ne delineano tre assetti in relazione all'offerta: permanenti, diurne e temporanee. Le prime, aperte tutto l'anno, dal carattere *curativo* per malattie croniche come la tubercolosi, sono spazi prevalentemente ospedalizzati; le diurne, che, come tali, non prevedono il soggiorno, sono collocate in prossimità delle città per permettere il ritorno serale dei giovani ospiti; le temporanee, aperte pochi mesi all'anno, affiancano per prime all'azione di profilassi quella dello svago. Lo studio condotto si

[1] Sul rapporto tra memoria e percezione della modernità [Varagnoli 1998]. «Noi restauriamo le opere moderne probabilmente proprio perché non sono più tali; se fossero veramente dell'oggi, attuali (il tardo-latino *modernus* deriva da *modo*, adesso) non percepiremmo neppure il problema. Come è sempre successo nella cultura occidentale, l'interesse conservativo si accompagna alla coscienza della caducità e dello stacco tra presente e passato. Senza stacco, senza morte, non può esserci desiderio di rinascita o trasmissione di memoria» [Varagnoli 1998, 114].

[2] Questo primo regolamento ufficiale per le colonie sarebbe stato perfezionato nel 1935 e modificato nel 1937, con il trasferimento delle competenze alla Gioventù Italiana del Littorio (GIL).

concentra sull'analisi dell'ultima categoria che, accanto al fenomeno urbano e sociale, documenta un'idea di architettura intesa come spazio sanitario e *medium* educativo[3].
L'edificazione di questi complessi si lega all'azione di politiche pubbliche tese ad attuare una sorta di «assistenza climatica» [Istituto Nazionale Luce 1937] per tutti i bambini e i ragazzi compresi tra i 6 e i 13 anni, regolarmente iscritti alla GIL. Per la prima volta, essi avrebbero avuto accesso a una condizione, quella della villeggiatura, un tempo appannaggio della sola *élite* e divenuta pratica popolare solo grazie alle colonie. Al tema della salute come fatto d'interesse pubblico si affianca la cultura del corpo, promossa con grande impegno propagandistico da una politica tesa alla sportivizzazione degli italiani con finalità essenzialmente militaristiche [Gori 2004].
Simbolo della nuova estetica e laboratorio di sperimentazione di nuove generazioni di architetti, le colonie sono dunque anche «formidabili macchine propagandistiche dell'impegno per i ceti popolari» [Irace 1985, 2]. È in quest'ottica che il 20 giugno 1937 si inaugura la *Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*, che illustra gli esiti della complessa organizzazione che avrebbe consentito a circa 700.000 bambini di avere accesso al mare e alla montagna nelle 3.821 colonie elioterapiche realizzate dal partito fascista in poco più di un decennio [Istituto Nazionale Luce 1937]. L'eco politico e sociale dell'esposizione, che sarebbe rimasta unica nel suo genere, è amplificata dalla scelta del sito, il Circo Massimo, nonché dalla potenza figurativa che risiede nell'inquadrare nello sfondo della Roma imperiale i simboli dell'innovazione, del progresso e del riscatto sociale alla base dell'edificazione delle colonie. Adalberto Libera, Mario De Renzi e Giovanni Guerrini, principali attuatori del progetto, si muovono in un clima di riferimenti estetici costruiti a partire dalle mostre della *Rivoluzione Fascista* a Roma e dell'*Aeronautica* a Milano, traducendo in strutture effimere di tubolari metallici e di legno dipinto di bianco i codici linguistici del razionalismo, sempre in equilibrio tra continuità e contrasto con la tradizione (Fig. 1).
Ormai in piena seconda guerra mondiale, Mario Labò evidenzia i caratteri compositivi che qualificano l'istituto-colonia: «Tutto in esse, dalle linee astratte e dai volumi agli svolgimenti delle piante, che tracciano gli itinerari dell'attività comune, dall'ampiezza e tipo di serramenti al disegno delle ringhiere, dagli intonaci ai pavimenti, colori e materie, tutto concorre, refettorio e locali di pulizia, dormitori e palestra, a comporre la forma plastica, l'immagine visiva, in cui si immedesimerà per sempre, nella memoria di questi ragazzi, il ricordo del soggiorno in colonia» [Labò, Podestà 1942, 6].
Dal punto di vista tipologico, le colonie rappresentano una sintesi – in qualche caso una giustapposizione paratattica – dell'albergo, della clinica e della scuola. Schemi funzionali ricorrenti[4] e alta fruizione rappresentano il binomio alla base della definizione

[3] Le colonie del Novecento segnano una differenza sostanziale rispetto alle prime colonie per l'infanzia della metà dell'Ottocento, queste ultime intese come ospizi marini con sole finalità curative rivolte a bambini bisognosi che non avevano accesso alle terapie.

[4] Pur definite secondo differenti tipologie, le colonie risultano articolate attorno a blocchi funzionali ricorrenti quali saloni, refettorio, guardaroba, infermeria, cucina, lavanderia, stireria, palestra, camerate, spazi docce.

1: Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, Circo Massimo, Roma, 1937 [Pagano, G. (1937). *La mostra delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*, in «Casabella», n. 116, pp. 6-15].

architettonica degli edifici. I momenti fondamentali dell'attività nelle colonie marine sono tuttavia quelli da svolgersi all'aperto, come la balneoterapia e l'elioterapia. La temperatura, l'umidità, la direzione dei venti, l'illuminazione naturale e la ricchezza di iodio diventano strumenti del progetto a supporto delle recenti conquiste della medicina nella cura dei frequenti disturbi dell'infanzia.
Invariante nella fenomenologia delle colonie è il rapporto che intercorre tra l'architettura e il mare. Questi grandi volumi si incardinano rigidamente nel paesaggio naturale delle dune con logiche di posizionamento che consentono sempre di traguardare la costa dai piani più alti, pur mantenendo generalmente significative distanze dalla riva.

Ragioni dell'abbandono e opportunità di riscoperta

Le strutture per l'infanzia diffuse sul territorio costiero rappresentano oggi gli elementi di una topografia di dismissione strettamente connessa ad un progressivo svuotamento dei valori consustanziali al rapporto luogo-architettura-memoria. Relitti privi di funzione ma figurativamente potentissimi, le colonie sorgono in contesti che, nel tempo, hanno continuato a subire processi di alterazione legati ad un'intensa e incontrollata speculazione.
La perdita di numerose tracce di questo patrimonio si verifica a partire dagli anni Novanta del secolo scorso [Vittorini, Capomolla 2016, 3]: la colonia Redaelli a Cesenatico, la Piacentina a Misano Adriatico, la Ruini Modenese a Rimini, la Pavese a

Igea Marina, sono tutti complessi demoliti come conseguenza di un progressivo sottoutilizzo degenerato in dismissione. In tempi più recenti, i gravi crolli che hanno interessato la colonia Varese a Milano Marittima [«*Ravennaedintorni.it*» 2020] hanno riportato alle cronache la vicenda di un patrimonio a rischio non soltanto per i processi di degrado acutizzati dal lungo abbandono, ma, in misura ancor maggiore, per l'assenza di strategie di riattivazione efficaci dal punto di vista conservativo e sostenibili dal punto di vista economico.
Solo un piccolo numero delle architetture in questione sono state considerate *icone* del passato prossimo – tra le altre, il complesso Le Navi a Cattolica di Busiri Vici, la Fara a Chiavari di Camillo Nardi Greco e Lorenzo Castello, la "Rosa Maltoni Mussolini" a Calambrone di Mazzoni – e, in nome di tale riconoscimento, sono state oggetto di operazioni di restituzione filologica che rappresentano in sé contraddizioni e criticità nella salvaguardia di tale patrimonio. Diversamente, un numero elevatissimo di questi complessi costituisce oggi un *landmark* problematico che punteggia i territori costieri e che mette alla prova gli obiettivi e gli strumenti dell'*adaptive reuse*.
Tracciare le ragioni dell'abbandono delle colonie non può limitarsi al consueto richiamo alle difficoltà di ricezione di un'eredità ancora controversa – quella dei totalitarismi, dei quali questi edifici sono espressione – poiché ciò non è avvenuto per numerose altre testimonianze della stessa epoca; e nemmeno ai fenomeni di obsolescenza, certamente materiale e tecnologica, ma soprattutto esito del mutamento dell'idea di sicurezza e di *comfort* del nuovo secolo. L'emergere di questioni complesse, che richiedono un necessario superamento dei confini disciplinari entro i quali il tema è generalmente trattato, è da riferirsi piuttosto alle grandi estensioni di questi edifici, alla rigidezza degli impianti planimetrici, al variare della domanda connessa al tempo libero che si sovrappone alle ridotte possibilità d'investimento degli ultimi anni.
A 35 anni dal *report* che la rivista «Domus» ha dedicato alle colonie estive dell'Italia degli anni Trenta, l'eredità materiale e immateriale delle colonie [«Domus» 1985], incardinate ai bordi di città costiere delle quali connotano prepotentemente l'orizzonte, si misura non soltanto sui valori etici ed estetici di cui sono testimonianza, ma sui sistemi di relazioni che proprio con la sfera urbana intessono. Il passato di questi luoghi è dunque fortemente connesso al presente delle nostre città. A partire dall'analisi delle caratteristiche e della vicenda di tre colonie marine patrimonio del razionalismo italiano, il saggio intende sollecitare una riflessione trasversale dedicata all'eredità e alle strategie di conservazione di questi oggetti, con particolare attenzione alle loro potenzialità di riuso.

Architettura, città, paesaggio: tre colonie

Le prime considerazioni della ricerca in corso sono esito di approfondimenti condotti nell'ambito della laurea magistrale in architettura dell'Università Iuav di Venezia. Ciascuno dei casi considerati supera per complessità ed eterogeneità il concetto di tipo-edilizio e documenta aspetti centrali di una stagione di sperimentazione architettonica che tiene strettamente interconnessi obiettivi figurativi e funzionali.

2: L. Vendramin, Colonia "Amos Maramotti", Riccione, 2016.

La prima colonia oggetto di studio è la Amos Maramotti [Vendramin 2016-2017] di Costantino Costantini, costruita a Riccione nel 1934, attiva fino alla fine degli anni Ottanta e divenuta per un breve periodo scuola e centro culturale, fino al completo abbandono a partire dal 2012 (Fig. 2). Il complesso è caratterizzato da tre volumi identici, sfalsati e disposti diagonalmente rispetto alla linea di costa. I padiglioni, concepiti a pianta libera secondo un modulo ripetibile, sono orientati secondo l'asse elio-termico, coerentemente con le finalità igieniste del progetto. La qualità degli ampi spazi interni, oggi fortemente segnati dal degrado di materiali e superfici, è arricchita dal volume semicircolare estradossato della scala, unica eccezione alla rigida stereometria dei tre corpi di fabbrica. Ampie finestre a nastro illuminano le camerate e gli ambienti comuni,

3: F. Barbisan, M. Gottardi, C. Michelino, Colonia Principi di Piemonte, Lido di Venezia, 2016.

mentre una serie di aperture ad oblò caratterizzano i prospetti in corrispondenza degli ambienti di servizio.

Il secondo approfondimento è dedicato alla colonia Principi di Piemonte [Barbisan, Gottardi, Michelino 2015-2016], progettata da Daniele Calabi nel 1936 al Lido di Venezia nel contesto naturalistico degli Alberoni, oggi oasi del WWF, posta in una posizione baricentrica tra laguna e mare (Fig. 3). L'edificio è stato abbandonato negli anni Ottanta, dopo diverse modifiche, volte perlopiù a frazionare gli ampi ambienti interni, che hanno fortemente alterato la conformazione originaria degli spazi e la loro percezione. Nonostante le manomissioni e l'abbandono, è ancora possibile cogliere i tre grandi edifici disposti a ferro di cavallo a formare una corte, la cui vista verso il mare è oggi

parzialmente interrotta da un quarto volume aggiunto negli anni Settanta, un tempo adibito a sala teatrale. Una rampa interna, le cui superfici conservano tracce di intonaco Terranova rosso, garantisce l'accesso ai piani. Il refettorio e i portici di collegamento rompono la rigida configurazione del volume puro delle camerate con una sequenza di volte a botte in calcestruzzo armato.

Il terzo complesso indagato è la colonia Montecatini [Arganetto, Feroldi, Pagnussat 2018-2019] di Milano Marittima, progettata da Eugenio Faludi nel 1939 (Fig. 4). Una griglia modulare di 4,4 m x 4,4 m è l'elemento generatore dell'imponente complesso composto da parallelepipedi sequenziali rispettivamente paralleli e ortogonali alla linea di costa. La colonia, in abbandono a partire dagli anni Novanta, sorge anch'essa

4: D. Arganetto, G. Feroldi, A. Pagnussat, Colonia "Montecatini", Milano Marittima, 2018.

all'interno di un'area naturalistica caratterizzata dalla spiaggia e da una rigogliosa pineta, oggi integrata nel tessuto urbano sorto attorno a quelli che un tempo erano gli organismi autonomi delle colonie. A qualificare le volumetrie della colonia concorre la scala esterna, *landmark* territoriale danneggiato dagli eventi bellici che ne hanno causato la parziale perdita ed una successiva riconfigurazione pur con un'altezza più contenuta.

Materiali e tecniche tra sperimentazione e stratificazione

Come ben espresso all'art. 6 del D. lgs. 42/2004, la valorizzazione di un bene consiste nell'esercizio delle attività «dirette a promuovere la conoscenza del patrimonio culturale e ad assicurare le migliori condizioni di utilizzazione e fruizione pubblica del patrimonio stesso, [...] al fine di promuovere lo sviluppo della cultura» [«Gazzetta Ufficiale» 2004, 13]. I termini centrali della ricerca risiedono pertanto nel trinomio conoscenza–fruizione–conservazione, dove la conoscenza è intesa come condizione necessaria per l'elaborazione del progetto e insieme come obiettivo dell'intervento nel consentire all'edificio di continuare a comunicare i suoi significati.
Aspetto rilevante del percorso di conoscenza è lo studio dei documenti d'archivio[5] come indispensabile strumento di lettura e di documentazione di questi oggetti. Ai documenti è affidato il compito di supportare l'elaborazione di ipotesi in merito alle tecniche costruttive e ai materiali impiegati per la costruzione, oltre all'analisi degli aspetti compositivi. Operazioni necessarie per comprendere i significati originari delle architetture di questi luoghi, ma anche per verificare i processi trasformativi apportati nel tempo, fino al comune destino di abbandono.
I dati d'archivio, interpolati con le informazioni raccolte attraverso lo studio diretto delle architetture e il loro rilievo sul campo, hanno consentito di avviare alcune riflessioni in merito alla traduzione costruttiva dei rispettivi progetti. L'analisi si concentra in particolar modo sui materiali di produzione industriale, ampiamente diffusi nei cantieri delle colonie. Le tecniche miste non sono infrequenti in queste architetture, talvolta strutture ibride in muratura portante e calcestruzzo armato [Vittorini, Capomolla 2016, 2-3]. Più comunemente, nei casi considerati, le murature sono impiegate per realizzare tamponamenti o partizioni interne in laterizi forati. L'analisi delle strutture restituisce un'ampia casistica nell'impiego di materiali e tecniche: telai in c.a. ospitano differenti tipologie di solai, talvolta presenti nel medesimo edifico: le colonie Montecatini[6] e Principi di Piemonte[7] presentano solai Bisap in latero-cemento, solai SAP realizzati in

[5] La documentazione relativa alla colonia Maramotti è conservata presso gli Archivi di Stato di Rimini e di Forlì, e l'Archivio Centrale dello Stato; alla colonia Principi di Piemonte presso l'Archivio Progetti Iuav; alla colonia Montecatini presso l'Archivio Storico Società Anonima Cooperativa Muratori e Cementisti Ravenna e l'Archivio Storico del Comune di Cervia.

[6] Ravenna. Archivio Storico Società Anonima Cooperativa Muratori e Cementisti. Colonia Marina. Particolari costruttivi, 1938, disegno n. 15; Cervia. Archivio Storico del Comune. Montecatini, Costruzione Colonia Marina, anno 1938. Prot. n. 813, cat. I, classe 10, fasc. 2.

[7] Venezia. Archivio Progetti IUAV. F. Daniele Calabi. A. 1939, b. 2213, prot. n. 2059.

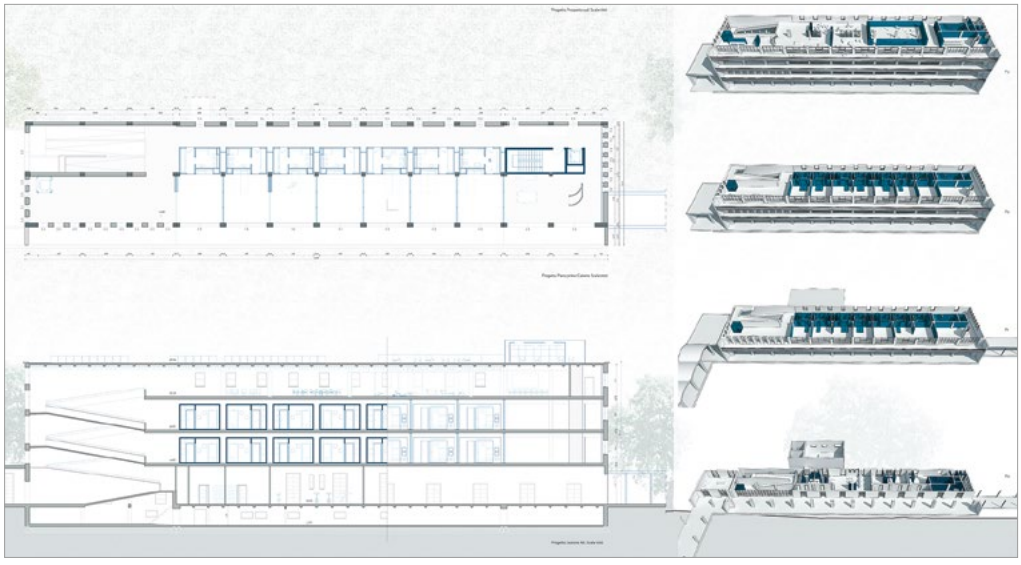
laterizio armato e solai Varese composti da tavelloni laterizi e travetti in c.a. realizzati fuori opera. Nella colonia Maramotti[8] è accertata la presenza anche di solette interamente in c.a. gettato in opera secondo i brevetti Hennebique.
Superfici e rivestimenti sono realizzati con materiali e tecniche sperimentali, tra cui gli intonaci Terranova presenti sulle pareti della scala interna della colonia Principi di Piemonte, i pavimenti in linoleum nella colonia Montecatini o in piastrelle di *clinker* nella colonia Maramotti. L'impiego dei materiali moderni coesiste con materiali tradizionali, come il travertino, che reinterpretati in lastre sottili diventano simbolo della retorica monumentale dell'estetica razionalista [Istituto beni culturali della Regione Emilia-Romagna 1986, 14-15]. Infine, vi è il tema dei serramenti, quasi sempre metallici realizzati in Crittal con vetro singolo, e più raramente costituiti da telai lignei o da sostituzioni in alluminio.
Caratterizzate dal polimaterismo tipico delle architetture della stagione autarchica, le colonie sono frutto anche di stratificazioni di epoche diverse che coesistono, dando origine ad un ricco abaco in cui rinvenire anche contributi recenti: setti in laterizi forati o cartongesso che frazionano senza regola gli spazi, avvolgibili in PVC e guaine bituminose introdotte nei decenni successivi, intonaci cementizi e dipinture di diversa natura che testimoniano le trasformazioni che hanno accompagnato i complessi prima del loro abbandono. Il carattere stratificato è espressione di una complessità che richiede valutazioni critiche e progettuali mirate, necessarie a stabilire quali tracce possano coesistere con il futuro di queste architetture e quali invece possano dare spazio a nuovi contributi, nel rispetto dei valori intrinseci della preesistenza.

Spunti per un programma di *adaptive-reuse*

Al binomio fruizione-conservazione è affidato il secondo aspetto della ricerca. L'identificazione di condizioni e limiti di fruizione, che abbiano sempre come presupposto la conservazione del bene, è strettamente connessa, in quest'ambito, al considerare congiuntamente le caratteristiche degli attori coinvolti nel processo e le strategie di riuso. La tutela di questi luoghi è in pericolo anche a causa delle limitate possibilità d'intervento su un patrimonio dal grande potenziale, ma che richiede investimenti elevati. Per questo motivo, la ricerca intende delineare spunti per un programma di *adaptive-reuse*, incentrato innanzitutto sull'individuazione e l'integrazione tra *stakeholder*. La scelta si rivela necessaria nel caso di complessi di edifici che, nonostante abbiano visto riconoscere il proprio *status* di patrimonio culturale, hanno dimensioni tanto estese da rendere economicamente insostenibili interventi supportati da un unico finanziatore. Appare dunque fondamentale elaborare una strategia basata sulla *mixitè dell'offerta*, ovvero sull'individuazione di più funzioni integrate o multilivello.

[8] Roma. Archivio Centrale dello Stato. F. Partito Nazionale Fascista. Servizi vari. Serie II, b. 1369.

Le caratteristiche spaziali di queste architetture e il loro posizionamento rendono strategico confermare una destinazione turistica legata alla balneazione, al benessere e alla ristorazione, offrendo a più categorie di fruitori la possibilità di accedere a luoghi adeguatamente calibrati alle diverse esigenze. D'altro canto, la scelta delle nuove funzioni deve necessariamente confrontarsi con la compatibilità d'uso, fornendo strategie che non mettano a rischio la conservazione materiale della preesistenza. L'individuazione di ambienti dall'elevato valore storico e architettonico – il refettorio, il salone, i dormitori – e degli spazi meno qualificati che, al contrario, si prestano ad un maggiore grado di trasformabilità – lavanderie, *garage*, locali di servizio – rappresenta la premessa fondamentale ad un'azione progettuale in grado di conservare tali luoghi valorizzandone le rispettive caratteristiche. Inserendosi coerentemente nelle logiche compositive che hanno generato i diversi ambienti, è possibile immaginare nuovi usi compatibili con le qualità degli spazi. In quest'ottica, ristoranti aperti alla città possono inserirsi negli ex refettori ai piani terreni, mentre sale polifunzionali destinate anche alle comunità locali possono essere ospitate nei saloni originariamente pensati per i giovani ospiti delle colonie. Analogamente, le camere d'albergo possono essere integrate nelle ex camerate che, grazie alla continuità d'uso e ad accorgimenti progettuali mirati, consentirebbero il raggiungimento di *standard* adeguati alle moderne esigenze ricettive pur garantendo il rispetto delle spazialità. Ruolo centrale nelle strategie progettuali è affidato alla definizione dell'interfaccia con i nuovi inserimenti, espressa attraverso l'innesto di elementi puntuali e circoscritti, formalmente riconoscibili e tecnicamente reversibili. Per garantire la fruizione senza mettere a rischio la conservazione, il principio del *minimo intervento* diviene strumento



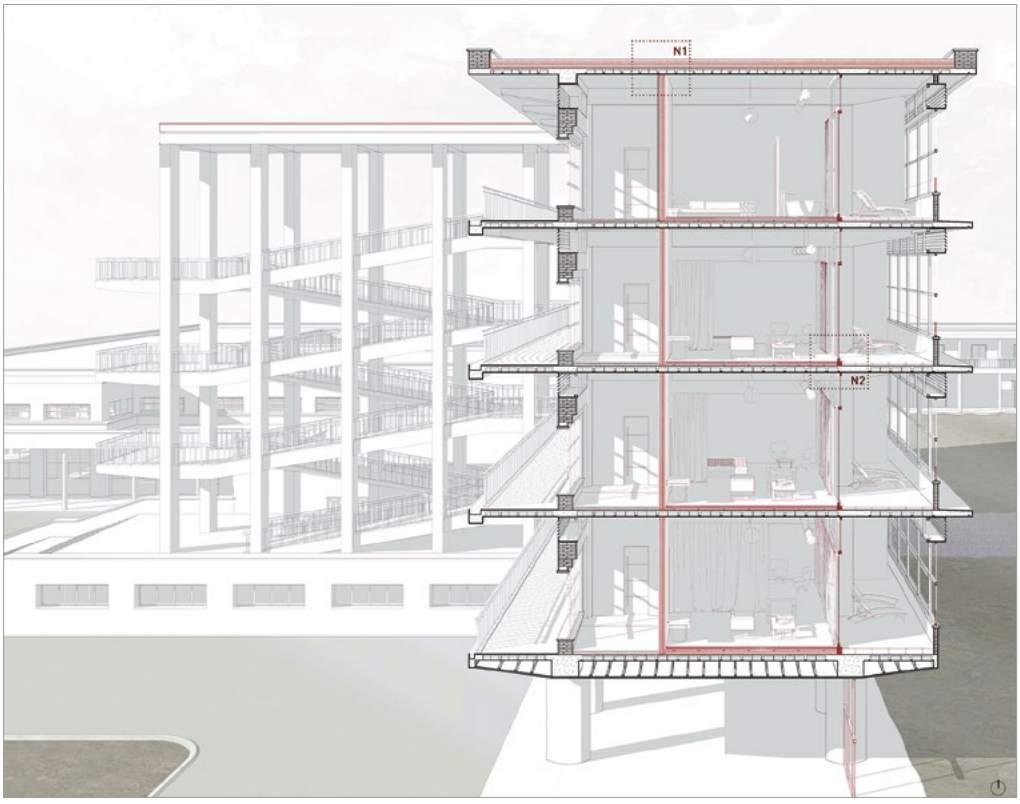
5: Strategie di *adaptive-reuse* per la colonia Principi di Piemonte, Lido di Venezia. In azzurro gli innesti per la realizzazione delle camere d'albergo costituiti da blocchi prefabbricati flessibili e removibili [Barbisan, F., Gottardi, M., Michelino, C. (2015-2016). *Oltre le dune. Ex colonia Principi di Piemonte al Lido di Venezia: un progetto di conservazione e riuso*, tesi di laurea magistrale, corso di laurea di Architettura per il nuovo e l'antico, Università Iuav di Venezia].

essenziale nell'integrazione degli spazi serventi con innesti che soddisfino le esigenze delle diverse utenze.
Alla base degli interventi così delineati c'è il dialogo tra le discipline e le competenze che concorrono alla definizione del progetto. Se l'individuazione e l'incontro tra *stakeholder* è supportato dal contributo delle discipline socioeconomiche, il *design* concorre alla definizione degli aspetti tecnico-progettuali dei nuovi inserimenti. La sperimentazione sui temi della modularità e della prefabbricazione consente infatti di integrare il criterio di reversibilità con le strategie di conservazione e di contenimento dei costi per il riuso. Grazie alla progettazione di blocchi funzionali indipendenti, con tecnologie a secco che consentano l'eventuale smontaggio, è possibile garantire il pernottamento con un elevato *comfort* senza alterare irreversibilmente la percezione dei grandi ambienti delle colonie (Fig. 5).
La distinguibilità dell'azione progettuale è estesa al progetto di conservazione fino alla scala del dettaglio: ne è un esempio l'approccio dedicato ai serramenti, patrimonio da tutelare scongiurandone la sostituzione in favore di un più attento intervento di integrazione in grado di coniugare le esigenze di *comfort* a quelle conservative. Le operazioni da condurre sono valutate caso per caso: quando presenti serramenti lignei originari, come nel caso della colonia Principi di Piemonte, si propone l'accurato smontaggio del telaio per il restauro conservativo degli elementi, l'inserimento di un vetro stratificato per garantire migliori prestazioni termiche – operazione possibile grazie alle misure generose dei telai – e, infine, il rimontaggio dei serramenti con l'ausilio di nuovi elementi fermavetro.
Diverso è il caso della colonia Montecatini, dove gli esili serramenti Crittal non garantiscono spessori tali da consentire l'inserimento di nuovi vetri senza pesanti modifiche ai telai. In tali casi la proposta si concentra sulla conservazione integrale del serramento e sull'inserimento di un nuovo infisso dal linguaggio contemporaneo (Fig. 6), arretrato quanto basta da creare per ogni ambiente una loggia in grado di preservare l'aspetto dei prospetti esterni pur garantendo agli ambienti adeguati *standard* di *comfort* e visibilità.

Conclusioni

Come ogni luogo di memoria[9], le colonie sono potenti luoghi del presente. È infatti nel presente che le due forme di conoscenza consentite dall'architettura – quella scientifica e quella derivante dalla sua fruizione – si interpolano per contribuire ad ottenere un'efficace conservazione. Al concretizzarsi di questo processo contribuisce il ruolo attivo dell'università, che come *heritage community* [Consiglio d'Europa 2005, art. 5] concorre non solo a identificare e a interpretare aspetti specifici del valore delle colonie in quanto patrimonio culturale, ma anche a proteggerlo nell'ambito di un'azione pubblica, indirizzando le comunità locali nel ritrovare in questi luoghi «le ragioni della propria

[9] «Luogo della memoria è una unità significativa, d'ordine materiale o ideale, che la volontà degli uomini o il lavorio del tempo ha reso un elemento simbolico di una qualche comunità […]. [Esso] ha come scopo fornire al visitatore, al passante, il quadro autentico e concreto di un fatto storico. Rende visibile ciò che non lo è: la storia […] e unisce in un unico campo due discipline: la storia appunto e la geografia», traduzione a cura dell'autore [Nora 1997, 2226].



6: Strategie di *adaptive-reuse* per la colonia Montecatini, Milano Marittima, sezione costruttiva. In rosso i diaframmi mobili per la collocazione delle camere d'albergo nel padiglione delle ex-camerate [Arganetto, D., Feroldi, G., Pagnussat, A. (2018-2019). *Diciannovemila metri quadri da [ri]vivere. La colonia ex Montecatini di Jakob Floh a Milano Marittima tra conservazione e valorizzazione*, tesi di laurea magistrale, corso di laurea di Architettura per il nuovo e l'antico, Università Iuav di Venezia].

identità» [Pretelli 2020, 354] e agendo nel processo di coinvolgimento degli *stakeholders* che guardano a questo patrimonio ancora con incertezza.
Nell'ottica descritta, l'attività di ricerca diviene strumento attivo nel fornire conoscenze specialistiche che indirizzino la stesura di piani calibrati alle specificità dei manufatti e alle possibilità economiche e realizzative. Conservare, come evidenziato da Choay, può essere dunque condizione per l'innovazione [Choay 1998], intesa come processo in grado di rendere reversibile la temporalità dell'oblio.

Note

Il *concept* della ricerca e la metodologia di indagine sono stati sviluppati congiuntamente dagli autori. Nello specifico, Sara Di Resta è autrice dei paragrafi «Introduzione», «Estetica e propaganda dell'igienismo terapeutico», «Ragioni dell'abbandono e opportunità di riscoperta»; Giorgio Danesi dei paragrafi «Architettura, città, paesaggio: tre colonie», «Materiali e tecniche tra sperimentazione e stratificazione», «Spunti per un programma di *adaptive-reuse*».

Bibliografia

ARGANETTO, D., FEROLDI, G., PAGNUSSAT, A. (2018-2019). *Diciannovemila metri quadri da [ri]vivere. La colonia ex Montecatini di Jakob Floh a Milano Marittima tra conservazione e valorizzazione*, tesi di laurea magistrale, corso di laurea di Architettura per il nuovo e l'antico, Università Iuav di Venezia.

BARBISAN, F., GOTTARDI, M., MICHELINO, C. (2015-2016). *Oltre le dune. Ex colonia Principi di Piemonte al Lido di Venezia: un progetto di conservazione e riuso*, tesi di laurea magistrale, corso di laurea di Architettura per il nuovo e l'antico, Università Iuav di Venezia.

CHOAY, F. (1998). *Sulla demolizione/conservazione*, in *Figure della demolizione. Il carattere della città contemporanea*, a cura di A. Criconia, Genova-Milano, Costa & Nolan, pp. 33-49.

CONNERTON, P. (2010). *Come la modernità dimentica*, Torino, Einaudi.

DEZZI BARDESCHI, M. (1985). *Conservare il Moderno: strategia per il recupero*, in «Domus» n. 659, pp. 14-16.

GORI, G. (2004). *Le colonie alpine e marine per le Piccole Italiane: salute, ginnastica ed indottrinamento politico negli anni del fascismo*, in «Storia e regione», n. 13, vol. I, pp. 141-168.

IRACE, F. (1985). *L'utopie nouvelle. L'architettura delle colonie*, in «Domus», n. 659, pp. 2-13.

ISTITUTO BENI CULTURALI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (1986). *Colonie a Mare. Il patrimonio delle colonie sulla riviera romagnola quale risorsa urbana e ambientale*, Casalecchio di Reno, Grafis Multimedia.

LABÒ, M., PODESTÀ, A. (1942). *Colonie marine, montane, elioterapiche*, Milano, Editoriale Domus.

LEFEBVRE, H. (1978). *La produzione dello spazio*, vol. I, Milano, Moizzi.

NORA, P. (1997). *Lieux de mémoire*, vol. 2, Gallimard, Paris.

PAGANO, G. (1937). *La mostra delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*, in «Casabella», n. 116, pp. 6-15.

PARTITO NAZIONALE FASCISTA-DIRETTORIO NAZIONALE (1932) *Norme per il funzionamento delle colonie climatiche temporanee e diurne*, Roma, Industrie Grafiche Riccardo Colombo.

PRETELLI, M. (2020). *Heritage Communities: cambio di paradigma?,* in *Restauro: Conoscenza, Progetto, Cantiere, Gestione*, *sezione 2 - Programmazione e finanziamenti, atti del II Convegno Nazionale SIRA, Bologna 21-22 settembre 2018*, a cura di S. F. Musso, M. Pretelli, Roma, Edizioni Quasar, pp. 353-358.

Problemi italiani dell'abitazione al mare (1940), in «Domus», n. 152, pp. 19-20.

VARAGNOLI, C. (1998). *Un restauro a parte*, in «Palladio», n. 22, pp. 111-115.

VENDRAMIN, L. (2016-2017). *Casa dei bimbi al mare. Conservazione e valorizzazione della colonia di Costantino Costantini a Riccione*, tesi di laurea magistrale, corso di laurea di Architettura per il nuovo e l'antico, Università Iuav di Venezia.

VITTORINI, R., CAPOMOLLA, R. (2016). *Architettura e costruzione delle colonie climatiche nell'Italia fascista. La questione del controllo ambientale,* in *Colloqui.AT. e 2016. MATER(i)A: Materials, Architecture, Technology, Energy/Environment, Reuse (Interdisciplinary), Adaptability. Atti del convegno, Matera 12-15 ottobre 2016*, a cura di A. Guida, A. Pagliuca, Roma, Gangemi editore, 2016, pp. 569-578.

YATES, F. A. (1984, I ed. inglese 1966). *L'arte della memoria*, Torino, Einaudi.

Elenco delle fonti archivistiche

Cervia. Archivio Storico del Comune. Montecatini, Costruzione Colonia Marina, anno 1938. Prot. n. 813, cat. I, classe 10, fasc. 2.

Ravenna. Archivio Storico Società Anonima Cooperativa Muratori e Cementisti. Colonia Marina. Particolari costruttivi, 1938, disegno n. 15.

Roma. Archivio Centrale dello Stato. F. Partito Nazionale Fascista. Servizi vari. Serie II, b. 1369.

Venezia. Archivio Progetti IUAV. F. Daniele Calabi. A. 1939, b. 2213, prot. n. 2059.

Sitografia

Cade a pezzi la Colonia Varese di Milano Marittima: ieri un crollo nella struttura (2020), in «*Ravennaedintorni.it*», 13 agosto: https://www.ravennaedintorni.it/cronaca/2020/08/13/cade-pezzi-la-colonia-varese-milano-marittima-ieri-un-crollo-nella-stuttura/#:~:text=Abbandonata%20da%20decenni%20e%20al,altri%20segnali%20di%20decadimento%20con [novembre 2021].

CONSIGLIO D'EUROPA (2005). *Convenzione quadro sul valore del patrimonio culturale per la società (STCE n. 199)*, Faro 27 ottobre: https://www.coe.int/it/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680083746 [gennaio 2021].

Decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42. Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137 (2004), in «Gazzetta Ufficiale», s. o. n. 45, 24 febbraio: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2004/02/24/45/so/28/sg/pdf [gennaio 2021].

ISTITUTO NAZIONALE LUCE (1937). «Giornale Luce», 23 giugno: https://patrimonio.archivioluce.com/luce-web/detail/IL5000025491/2/la-colonia-tipoallamostranazionale-colonie-estive-e-assistenza-all-infanzia-al-circo-massimo.html?startPage=0&jsonVal={%22jsonVal%22:{%22query%22:[%2223%20giugno%201937%22],%22fieldDate%22:%22dataNormal%22,%22_perPage%22:20}} [luglio 2021].

CURA E MEMORIA. IL CENTRO SANATORIALE DI VECCHIAZZANO A FORLÌ DALLA COSTRUZIONE IN EPOCA FASCISTA ALL'USO CONTEMPORANEO COME OSPEDALE CITTADINO

Giulia Favaretto, Marco Pretelli

Abstract

The issue of healthcare assumed a relevant role in the definition of the city during the Fascist period. An emblem of the welfare practices, healthcare has in fact been an object of particular attention between the two World Wars, when the Fascist regime implemented a series of policies to obtain consensus also on the social and welfare side. This political event has thus determined new spaces for healthcare in the cities, dedicated to therapies and human well-being.

In Forlì, the Vecchiazzano Sanatorium Centre constitutes an emblem of what has just been expressed. An example of cultural heritage still in use, this complex confirmed – over time – the value of its spaces, becoming the seat of the Hospital of Forlì.

This paper outlines the timeline of the sanatorium in Forlì, from its construction during the Fascist period to its contemporary use. In doing so, it highlights the possibility of a material and immaterial stratification, capable of preserving unique and unrepeatable heritage, as well as adapting existing spaces to the contemporary needs and uses.

Keywords

Healthcare, Memory, 20th-Century Architecture, Forlì, Vecchiazzano Sanatorium Centre.

Introduzione

Capoluogo della terra di origine di Benito Mussolini, Forlì ha assistito a un ingente impulso edificatorio durante il Ventennio: il suo aspetto è fortemente mutato negli anni tra le due guerre, quando il regime fascista ha avviato imponenti operazioni che hanno profondamente trasformato il volto del territorio. Proprio in questo periodo, il tema della cura ha assunto un ruolo non marginale nella definizione della città. Emblema delle pratiche assistenziali, la cura è stata infatti oggetto di particolari attenzioni – assecondando molteplici sfumature e declinazioni – in epoca fascista, quando il regime ha attuato una serie di politiche per l'ottenimento del consenso anche sul versante sociale e assistenziale. Ciò ha determinato nuovi spazi per la cura nelle città, deputati alle terapie e al benessere dell'uomo.

© Aisu International 2020

A Forlì, il Centro sanatoriale IX Maggio di Vecchiazzano, situato in tale frazione ai margini della città, costituisce un emblema di quanto appena espresso. Durante il Ventennio fascista, infatti, la lotta contro la tubercolosi porta alla costruzione, in territorio italiano, di vari sanatori per la battaglia contro questa malattia, all'epoca estremamente diffusa. L'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (INFPS) partecipa a tale sfida e inserisce, all'interno del proprio programma edilizio, la costruzione di un grande complesso sanatoriale da erigersi a Forlì[1].

Il Centro sanatoriale IX Maggio di Vecchiazzano: dalla costruzione all'attualità

La vicenda del Centro sanatoriale di Vecchiazzano prende avvio nel 1931, quando il Sanatorio di Paimio (1929-1933) di Alvar Aalto è ormai in fase esecutiva, mentre il Villaggio sanatoriale di Sondalo (1932-1939), connotato da tempi di realizzazione interni a una frazione cronologica analoga a quella della costruzione del sanatorio forlivese, risulta in procinto di aprire il proprio cantiere.
A Forlì, una volta individuata l'area per la realizzazione del complesso nella località di Vecchiazzano[2], ritenuta idonea dallo stesso Benito Mussolini in quanto ospitante un ampio parco verde e salubre, è l'architetto milanese Luigi Bisi a formulare le prime idee per la realizzazione del complesso [«Il Popolo di Romagna» 1935, 6].

---

[1] Il Centro sanatoriale di Vecchiazzano, di proprietà dell'INFPS, risulta dipendere dalla sede di Forlì dell'istituto [«Il Popolo di Romagna» 1934; «Il Popolo di Romagna» 1935; «Opere Pubbliche» 1941]. Inoltre, si veda: Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio, B. 1608, fasc. Forlì. Erezione di un Ospedale Sanatorio per Tubercolosi, Lettera del vicepreside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 3 dicembre 1934; Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio. B. 1668, fasc. Sanità. Affari generali, Lettera del vicepreside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 4 dicembre 1936; Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio. B. 1700, fasc. Comunicazioni diverse, Lettera del vicepreside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 15 settembre 1937; Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale, B. 1.15.61 Consorzio Antitubercolare. Affari Generali, fasc. Centri Sanatoriali, s. fasc. Centro Sanatoriale di Vecchiazzano, Lettera del Direttore della sede di Forlì dell'INFPS al Prefetto di Forlì, 20 ottobre 1937.

[2] La costruzione dell'ospedale sanatoriale di Vecchiazzano avviene da parte della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali. L'Amministrazione provinciale di Forlì e il Comune di Forlì concorrono alla spesa per l'acquisto dell'area necessaria. Somme risultano inoltre erogate a favore della Congregazione di carità di Forlì e dei proprietari delle aree cedute per la realizzazione del sanatorio: Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Centro Sanatoriale. Atti Catastali, Atto di vendita, 6 maggio 1932; Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio, B. 1552, fasc. Forlì. Erezione di un ospedale Sanatorio per tubercolosi, Ordinanza del Preside dell'Amministrazione Provinciale di Forlì, 3 maggio 1932; Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio. B. 1608, fasc. Forlì. Erezione di un Ospedale Sanatorio per Tubercolosi, s. fascc. Costruzione di un Ospedale Sanatorio per Tubercolotici in Forlì (Frazione Romiti). Acquisto dei terreni. Contributo della Provincia, Liquidazione onorari al Geom. Angelo Bazzini per stima terreni espropriati per la costruzione del Sanatorio-Ospedale di Vecchiazzano; Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.15.61 Consorzio Antitubercolare. Affari Generali, fasc. Centri Sanatoriali, s. fasc. Centro Sanatoriale di Vecchiazzano, Delibera del Podestà del Municipio di Forlì, 29 ottobre 1931.

A occuparsi, a partire dal 1932, dell'esecuzione dell'ospedale sanatoriale è la ditta Ingegner Mario Calvitti & C. di Forlì[3], a cui viene affidata l'edificazione del tubercolosario sotto la direzione dei lavori dell'ingegnere Franco Magri [«Il Popolo di Romagna» 1939, 1], assistito dai geometri Clemente Grappolini e Luigi Mambelli [«Il Popolo di Romagna» 1935, 6]. In quegli anni, Magri si stava interfacciando con un giovane progettista in occasione della realizzazione della prima palestra dell'Opera Nazionale Balilla (ONB) a Forlì: si trattava dell'architetto-ingegnere romano Cesare Valle, giunto in Romagna all'inizio degli anni Trenta, dietro commissione di Renato Ricci e per conto dell'ONB. Per il Centro sanatoriale di Vecchiazzano è proprio Magri a consigliare il coinvolgimento progettuale di Valle[4], già interessatosi al tema dell'ospedalizzazione dei malati di tubercolosi e del contributo della tecnica edilizia alla lotta antitubercolare [Valle 1929][5]. Così, dopo essersi trovato a coadiuvare Bisi, Valle va a sostituire l'architetto milanese, assumendo l'incarico della realizzazione del sanatorio forlivese. Proprio a partire dalle sue prime esperienze in Romagna, il progettista romano comincia ad avviare un profondo sodalizio con la ditta locale Calvitti, che diviene la principale impresa costruttrice con cui Valle collabora, negli anni tra le due guerre, nei cantieri del territorio.

Oltre alla ditta Calvitti, «le migliori imprese furono chiamate per gara» [«Il Popolo di Romagna» 1935, 6] all'esecuzione del complesso: la ditta cav. Angelo Barontini di Bologna per gli infissi in legno; la Società anonima La Capannuccia di Teramo per le pavimentazioni in grès; la ditta Fratelli Giorgini di Massa per i marmi; la ditta Natale Ottani di Modena per gli impianti di riscaldamento e igienico-sanitari; la ditta Ingg. Giulietti, Mirra e Barromico di Torino per gli impianti elettrici; la Società OTIS di Roma per gli ascensori; la SIAF di Milano per gli impianti di disinfezione [«Il Popolo di Romagna» 1935, 6].

Focalizzando l'attenzione sull'articolazione del sanatorio forlivese, dopo aver oltrepassato l'edificio d'ingresso vi sono tre grandi padiglioni sanatoriali, collegati da una galleria semi-interrata e dominati da una svettante torre dell'acqua. In affinità con i richiami ideologici, figurativi e simbolici del periodo, tali organismi architettonici rappresentano

---

[3] Il contratto tra la ditta Ingegner Mario Calvitti & C. – impresa di costruzioni forlivese di Calvitti, Lesi e Samory – e la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali è stipulato il 30 maggio 1932. Il 13 settembre 1932 i lavori risultano avviati [«Il Rubicone» 1932]. Si veda inoltre: Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.27.10 Affari diversi. Informazioni diverse. Opere pubbliche, fasc. a. 1932, Lettera dell'impresa di costruzioni Ingegner Mario Calvitti & C. di Forlì alla Prefettura di Forlì, 13 settembre 1932.

[4] Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Carteggio e allegati ai progetti. B. 5, fasc. CV-CAR/032, Lettera di Franco Magri a Cesare Valle, 1 dicembre 1932; Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Carteggio e allegati ai progetti. B. 5, fasc. CV-CAR/032, Lettera di Cesare Valle a Franco Magri, 3 dicembre 1932. Si vedano inoltre gli elaborati grafici in: Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Elaborati grafici. Scatola 8, tav. CV-PRO/046/1; Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Carteggio e allegati ai progetti. B. 10, fasc. CV-CAR/047; Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Fotografie. Scatola 25, fasc. CV-FOT/019.

[5] Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Didattica e studi editi e inediti. B. 28, vol. CV-DS/03: VALLE, C. (1927). *Il problema della spedalizzazione dei malati di t.b.c. con particolare riferimento alla città di Roma*, Roma.

1: Padiglione per bambini, attuale Vallisneri [Forlì. Archivio digitale ATRIUM].

precise metafore. In una sorta di continuità con lo spirito avveniristico del Movimento futurista, il Centro sanatoriale di Vecchiazzano esalta infatti il mito della macchina, richiamando il tema dei dispositivi bellici e declinandolo in forma di squadriglia. Così, se la torre dell'acqua rappresenta non solo una torre littoria sanatoriale, ma anche il timone del corpo armato, nonché una sorta di meridiana per segnare il trascorrere del tempo, il padiglione XXI Aprile – riservato ai bambini [Cerasoli 1989] – evoca le forme di un transatlantico. Qui superfici trasparenti e terrazze ad anello esaltano il rapporto con gli spazi all'aperto, ulteriormente enfatizzato al piano rialzato da due portici ad esedra in diretta relazione con il parco (Fig. 1). Essenziale per il complesso era, infatti, non solo ciò che la sua simbologia era in grado di evocare, ma anche l'immancabile attenzione ai temi della salubrità, del benessere, dell'orientamento dei corpi di fabbrica, dell'aerazione, della luce e dell'elioterapia.

A fungere da contraltare al padiglione dei bambini era il padiglione XXIII Marzo, dedicato agli adulti. Connotato da volumetrie richiamanti la sagoma di un biplano e modulato da corpi stereometrici terrazzati, tale edificio è il primo del complesso ad essere ultimato [«Il Popolo di Romagna» 1937a, 1] (Fig. 2).

L'ultima imponente architettura ad essere edificata è invece la colonia post-sanatoriale, ovvero il padiglione XXVIII Ottobre, evocante la morfologia di un carro armato e

2: Padiglione per adulti, attuale Valsalva [Forlì. Archivio digitale ATRIUM].

3: Padiglione post-sanatoriale, attuale Allende [Forlì. Archivio digitale ATRIUM].

dedicato alla rieducazione al lavoro dei guariti – provenienti dai sessanta sanatori d'Italia dipendenti dall'INFPS – prima della restituzione alla vita sociale (Fig. 3).
Dopo una prima inaugurazione nel 1937 alla presenza di donna Rachele[6] e una visita del duce nel 1938 [«Il Popolo di Romagna» 1938a], è nel 1939 che Benito Mussolini inaugura ufficialmente il complesso[7], dove le denominazioni degli edifici presentano richiami ideologici a date ritenute particolarmente importanti dal regime. Il Centro sanatoriale è infatti dedicato al 9 maggio, il giorno della proclamazione dell'impero; il padiglione dei bambini è consacrato al 21 aprile, ricorrenza della fondazione di Roma; il padiglione degli adulti è intitolato al 23 marzo, anniversario della istituzione dei Fasci di italiani di combattimento; mentre la colonia post-sanatoriale è dedicata al 28 ottobre, data della marcia su Roma [«Il Popolo di Romagna» 1938a, 2; «Il Popolo di Romagna» 1938b, 4]. Salutato come «una delle opere più splendenti dell'Italia di Benito Mussolini», il complesso viene riconosciuto come «una delle realizzazioni più complete e più perfette» [«Il Popolo di Romagna» 1939, 2], capaci di materializzare l'avanguardia del periodo.
Al di là della valenza sociosanitaria e dell'aspetto funzionale degli edifici del complesso, i padiglioni risultano di estrema rilevanza sotto il profilo architettonico, nonché per la loro consistenza fisica che alterna materiali del cantiere tradizionale ad altri della produzione industriale. La scelta sapiente dei prodotti impiegati evidenzia altresì una grande attenzione all'igiene e alla salubrità degli spazi, come testimoniato dagli elementi curvi in grès nel raccordo tra piani orizzontali e superfici verticali per una migliore pulizia degli ambienti. Le ampie aperture vetrate, inoltre, permettevano di massimizzare l'illuminazione naturale e l'aerazione dei vani, schermabili mediante tende avvolgibili sofisticate, così come i sistemi meccanizzati di risalita verticale introdotti negli anni Trenta all'interno del complesso. Il Centro sanatoriale di Vecchiazzano risulta degno di nota anche sul piano degli apparati figurativi, grazie alle superfici dipinte del pittore forlivese Giovanni Marchini[8], intervenuto non solo nella cappella del sanatorio [Serpollo 1939; «Il Popolo di Romagna» 1941, 4] (Figg. 4-5).
Nel 1944 alcune bombe sono sganciate sull'impianto e proiettili di artiglieria colpiscono gli edifici. Nel dopoguerra, una frazione materica del complesso risulta così perduta,

[6] L'intento era quello di inaugurare nel XIV anno dell'era fascista. Nel 1937 i lavori proseguono a ritmo spedito e il padiglione per adulti risulta ultimato [«Il Popolo di Romagna» 1937b, 1; «Il Popolo di Romagna» 1937b, 3]: Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio di Gabinetto. B. 330, fasc. Cerimonie, inaugurazioni, visite a Forlì di Donna Rachele, ecc., s.fasc. Opere da inaugurare in Provincia, Telegramma del Prefetto di Forlì per il Capo di Gabinetto Interno, 13 agosto 1936; Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.7.112/I, fasc. «Legge sul riposo festivo, Lettera della ditta Ingegner Mario Calvitti & C. di Forlì al Prefetto della Provincia di Forlì, 29 settembre 1937; Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.7.112/I, fasc. Legge sul riposo festivo, Telegramma del Prefetto di Forlì per il Ministro delle Corporazioni, 13 ottobre 1937.

[7] Il Centro sanatoriale di Vecchiazzano viene inaugurato il 25 luglio 1939 [«Il Popolo di Romagna» 1939].

[8] Su Giovanni Marchini: Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio di Gabinetto. B. 338, fasc. Onoreficenze, Onorificenza a Giovanni Marchini.

4: Alternanza di materiali tradizionali e di produzione industriale nel Centro sanatoriale di Vecchiazzano, 2017, [foto di G. Favaretto].

5: Superfici dipinte da Giovanni Marchini nella cappella della colonia post-sanatoriale, 2017, [foto di G. Favaretto].

ma la riparazione dei danni[9] consente il riuso del sanatorio che continua a esercitare la propria funzione sino a quando termina l'utilità dei tubercolosari.
Dopo il passaggio di intitolazione a Luigi Pierantoni, è negli anni Settanta che all'istituzione di un ente ospedaliero segue la fusione con l'Ospedale Morgagni, situato in centro storico a Forlì, con il fine di accogliere alcuni servizi di quest'ultimo, ormai ritenuto non più adeguato e mancante di spazi sufficienti. Ciò è accompagnato da una serie di operazioni, quali tinteggiature dei prospetti, opere di impermeabilizzazione e interventi sugli impianti[10].

[9] Forlì. Archivio di Stato. Genio Civile. B. 2373, fasc. Centro Sanatoriale di Vecchiazzano (Forlì); Forlì. Archivio di Stato. Genio Civile. B. 2373, fasc. Disegni. Si veda inoltre: Forlì. Archivio di Stato. Genio Civile. B. 2378 Comune di Forlì. Varie, Raccomandata del Direttore del Centro Sanatoriale-Ospedaliero di Vecchiazzano all'Ingegnere Capo del Genio Civile di Forlì, 23 marzo 1945.

[10] Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Tomba. B. Materiale vario ex INPS dopo fusione 1973 e precedenti; Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n.,

È infine la decisione di fare del complesso di Vecchiazzano la sede del nuovo ospedale cittadino a condurre, nel XXI secolo, al completo trasferimento all'interno di esso delle attività sanitarie ancora svolte nel nucleo storico della città. Nasce così l'Ospedale di Forlì Giovan Battista Morgagni-Luigi Pierantoni, che alle strutture esistenti affianca la realizzazione di un nuovo volume per il complesso ospedaliero.

Un patrimonio per la cura di cui prendersi cura

Con riferimento al patrimonio edilizio della cura edificato in epoca fascista, vi sono almeno tre aspetti da porre in evidenza. Il primo concerne i *significati* e ciò che questi edifici raccontano e sono in grado di testimoniare. A riguardo, la non banale sfida del progetto di restauro è quella di aiutare tali manufatti a narrare la loro storia, nonché a trasmettere i messaggi sottesi dalla loro sostanza materica. Il secondo riguarda la *consistenza fisica* di queste architetture, documentante non solo la sapienza costruttiva dell'epoca e l'innovazione del periodo, ma anche le differenti velocità di invecchiamento segnalate dalla coesistenza di materiali del cantiere tradizionale con altri della produzione industriale. Il terzo aspetto è quindi quello dell'*uso* e della restituzione di tali edifici alla città.

Ad emergere dai sopracitati temi è il trinomio conoscenza/conservazione/fruizione che costituisce l'unico modo ammesso dal D. Lgs. 42/2004 per la valorizzazione del patrimonio storico-architettonico. *Conoscere* significa comprendere la storia dei manufatti costituenti il patrimonio, le motivazioni che hanno portato alla loro realizzazione, capire che cosa qualifica quegli edifici e ciò che essi hanno significato per la comunità nel corso del tempo, conoscerne la consistenza materiale, ragionare su che cosa verrebbe a mancare senza quelle architetture nel panorama della città. Ciò consente di intervenire conoscendo e dunque rispettando il patrimonio esistente; ma la *conservazione*, come noto, non può sussistere senza *fruizione*. A Forlì, l'uso contemporaneo come ospedale cittadino introduce certo rischi in termini di istanze conservative, ma intervenendo seguendo il principio dell'addizione è possibile tentare di massimizzare la conservazione di queste testimonianze uniche e irripetibili.

Da ultimo, appare opportuno sottolineare il tema del rapporto tra *heritage communities* e patrimonio costruito. Se le prime usano i beni e ne garantiscono l'esistenza, avviando processi che garantiscono la conservazione del patrimonio, quest'ultimo svolge un ruolo fondativo nell'identità della comunità di riferimento. Il consolidarsi di tale rapporto risulta possibile, ancora una volta, proprio grazie alla conoscenza e dunque alla diffusione della consapevolezza dei valori materiali e immateriali insiti nel patrimonio,

fasc. Impermeabilizzazione di terrazze nel pad. Valsalva; Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Foto; Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Tomba. B. Foto storiche (1); Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Centro Sanatoriale. Atti Catastali.

in questo caso sanitario. A riguardo, la sensibilizzazione sulla sua valenza testimoniale può avvenire non solo attraverso l'intervento di restauro, ma anche mediante processi partecipativi di più ampio respiro all'interno della città e del distretto culturale[11].

Conclusioni

Il Centro sanatoriale di Vecchiazzano costituisce un patrimonio ancora in uso che, divenendo sede dell'Ospedale di Forlì, è rimasto nel tempo un luogo di cura, confermando la valenza dei propri spazi, implementabili attraverso l'addizione di nuovi inserimenti. Custode di valori tangibili e intangibili, tale complesso e le sue modificazioni sottolineano la possibilità di una stratificazione materiale e immateriale. La vicenda del sanatorio forlivese, dalla sua costruzione in epoca fascista all'uso contemporaneo come ospedale cittadino, evidenzia infatti come il binomio cura e memoria possa essere declinato secondo un duplice punto di vista: da un lato, preservando testimonianze uniche e irripetibili, tentando di massimizzarne la conservazione; dall'altro, adattando spazi esistenti alle esigenze e agli usi contemporanei.

Bibliografia

Arte e artisti di Romagna. Tele del Pittore G. Marchini per la cappella del Centro Sanatoriale "IX Maggio" (1941), in «Il Popolo di Romagna», 8 febbraio.

CERASOLI, G. (1989) *Note per una storia dell'assistenza sanitaria all'infanzia in Forlì tra '800 e '900*, in *Ad immagine & somiglianza. Riflessioni sull'infanzia in Romagna e oltre*, Predappio, Modulgrafica forlivese, pp. 50-61.

Il Centro Sanatoriale di Forlì dell'Istituto Fascista della Previdenza Sociale (1941), in «Opere Pubbliche», n. 11-12, pp. 155-162.

Il Centro Sanatoriale di Forlì. Il rito inaugurale con l'intervento di S.E. Donna Rachele Mussolini (1937a), in «Il Popolo di Romagna», 13 novembre.

Il centro sanatoriale di Vecchiazzano dedicato alla data del "9 Maggio" (1938b), in «Il Popolo di Romagna», 17 dicembre.

Il Duce inaugura a Forlì il Villaggio Operaio "Alessandro Mussolini" e visita il Sanatorio di Vecchiazzano, gli Stabilimenti Mangelli, l'Ospedale Morgagni, il Collegio Aeronautico della Gil e altre opere pubbliche (1938a), in «Il Popolo di Romagna», 31 dicembre, pp. 1-3.

La poderosa attività dell'Istituto Fascista di Previdenza Sociale (1935), in «Il Popolo di Romagna», 30 aprile, pp. 6-7.

Le grandi opere assistenziali del regime: assicurazioni sociali nella nostra provincia (1934), in «Il Popolo di Romagna», 24 aprile, pp. 4-5.

L'inizio dei lavori del Tubercolosario (1932), in «Il Rubicone».

L'Ospedale Sanatoriale di Vecchiazzano (1937b), in «Il Popolo di Romagna», 23 ottobre.

[11] A Forlì, si segnala a tal proposito l'attività dell'Associazione ATRIUM, Architecture of Totalitarian Regimes of the XX Century in Europe's Urban Memory.

Rusticus, Il Duce inaugura il Centro Sanatoriale di Vecchiazzano (1939), in «Il Popolo di Romagna», 29 luglio, pp. 1-2.

SERPOLLO, C. (1939). *Quando il colore dona la gioia. L'opera pittorica di Giovanni Marchini nel Sanatorio di Vecchiazzano*, in «Corriere Padano», 12 agosto.

VALLE, C. (1929). *Il contributo della tecnica edilizia alla lotta antitubercolare. Prima mostra internazionale della lotta contro la tubercolosi*, Roma, Sindacato nazionale fascista ingegneri.

Elenco delle fonti archivistiche o documentarie

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Centro Sanatoriale. Atti Catastali.

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Centro Sanatoriale. Atti Catastali, Atto di vendita, 6 maggio 1932.

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Foto.

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Forlanini. B. s.n., fasc. Impermeabilizzazione di terrazze nel pad. Valsalva.

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Tomba. B. Foto storiche (1).

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio. F. Forlì, via Tomba. B. Materiale vario ex INPS dopo fusione 1973 e precedenti.

Forlì. Archivio di Stato. Genio Civile. B. 2373, fasc. Centro Sanatoriale di Vecchiazzano (Forlì).

Forlì. Archivio di Stato. Genio Civile. B. 2373, fasc. Disegni.

Forlì. Archivio di Stato. Genio Civile. B. 2378 Comune di Forlì. Varie, Raccomandata del Direttore del Centro Sanatoriale-Ospedaliero di Vecchiazzano all'Ingegnere Capo del Genio Civile di Forlì, 23 marzo 1945.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio di Gabinetto. B. 330, fasc. Cerimonie, inaugurazioni, visite a Forlì di Donna Rachele, ecc., s. fasc. Opere da inaugurare in Provincia, Telegramma del Prefetto di Forlì per il Capo di Gabinetto Interno, 13 agosto 1936.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio di Gabinetto. B. 338, fasc. Onoreficenze, Onorificenza a Giovanni Marchini.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.7.112/I, fasc. Legge sul riposo festivo, Lettera della ditta Ingegner Mario Calvitti & C. di Forlì al Prefetto della Provincia di Forlì, 29 settembre 1937.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.7.112/I, fasc. Legge sul riposo festivo, Telegramma del Prefetto di Forlì per il Ministro delle Corporazioni, 13 ottobre 1937.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.15.61 Consorzio Antitubercolare. Affari Generali, fasc. Centri Sanatoriali, s. fasc. Centro Sanatoriale di Vecchiazzano, Delibera del Podestà del Municipio di Forlì, 29 ottobre 1931.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale, B. 1.15.61 Consorzio Antitubercolare. Affari Generali, fasc. Centri Sanatoriali, s. fasc. Centro Sanatoriale di Vecchiazzano, Lettera del Direttore della sede di Forlì dell'INFPS al Prefetto di Forlì, 20 ottobre 1937.

Forlì. Archivio di Stato. Prefettura di Forlì. Archivio generale. B. 1.27.10 Affari diversi. Informazioni diverse. Opere pubbliche, fasc. a. 1932, Lettera dell'impresa di costruzioni Ingegner Mario Calvitti & C. di Forlì alla Prefettura di Forlì, 13 settembre 1932.

Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio, B. 1552, fasc. Forlì. Erezione di un ospedale Sanatorio per tubercolosi, Ordinanza del Preside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 3 maggio 1932

Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio, B. 1608, fasc. Forlì. Erezione di un Ospedale Sanatorio per Tubercolosi, Lettera del vicepreside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 3 dicembre 1934.

Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio. B. 1608, fasc. Forlì. Erezione di un Ospedale Sanatorio per Tubercolosi, s. fascc. Costruzione di un Ospedale Sanatorio per Tubercolotici in Forlì (Frazione Romiti). Acquisto dei terreni. Contributo della Provincia, Liquidazione onorari al Geom. Angelo Bazzini per stima terreni espropriati per la costruzione del Sanatorio-Ospedale di Vecchiazzano.

Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio. B. 1668, fasc. Sanità. Affari generali, Lettera del vicepreside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 4 dicembre 1936.

Forlì. Archivio di Stato. Provincia di Forlì. Carteggio. B. 1700, fasc. Comunicazioni diverse, Lettera del vicepreside dell'Amministrazione provinciale di Forlì, 15 settembre 1937.

Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Carteggio e allegati ai progetti. B. 5, fasc. CV-CAR/032, Lettera di Franco Magri a Cesare Valle, 1 dicembre 1932

Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Carteggio e allegati ai progetti. B. 5, fasc. CV-CAR/032, Lettera di Cesare Valle a Franco Magri, 3 dicembre 1932.

Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Carteggio e allegati ai progetti. B. 10, fasc. CV-CAR/047.

Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Didattica e studi editi e inediti. B. 28, vol. CV-DS/03: C. Valle, *Il problema della spedalizzazione dei malati di t.b.c. con particolare riferimento alla città di Roma*, Roma 1927.

Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Elaborati grafici. Scatola 8, tav. CV-PRO/046/1.

Roma. Archivio Storico Cesare Valle. Fotografie. Scatola 25, fasc. CV-FOT/019.

IL MUSEO DI ARCHEOLOGIA DELL'UNIVERSITÀ DI PAVIA, UN PROGETTO MUSEOGRAFICO DI APERTURA AL PUBBLICO E DI VALORIZZAZIONE ALL'INTERNO DI UN CONTENITORE ARCHITETTONICO DI PREGIO: IL QUATTROCENTESCO OSPEDALE SAN MATTEO DI PAVIA

Anna Letizia Magrassi Matricardi

Abstract

The purpose of this contribution is to report the results and satisfaction we experienced in reopening the Archaeology Museum of the University of Pavia after 200 years from its foundation, and our efforts to enhance its value. The Archaeology Museum is found in a special location: it is embedded in the ancient San Matteo Hospital. Knowing that "culture heals" – our mantra in these tragic days of the coronavirus emergency – we believe that the Archaeology Museum contributes to bring forward a healing mission by providing culture in a former medical centre.

Keywords

Museum of Archaeology, Hospital, restoration, cultural healing, power of culture.

Introduzione

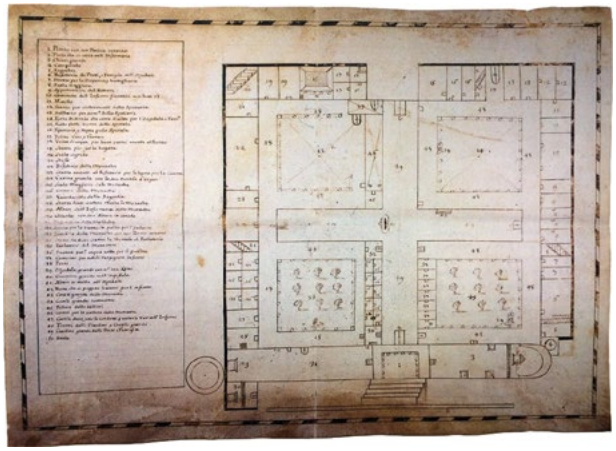
Il contributo intende illustrare l'esperienza di apertura al pubblico e di valorizzazione del Museo di archeologia dell'Università di Pavia a 200 anni dalla fondazione. Dal 1957 il Museo è allestito in una sede speciale: il cuore della crociera dell'antico Ospedale San Matteo, uno storico spazio di cura.

Conoscenza, conservazione, fruizione

Per comprendere l'esempio di riutilizzo virtuoso di un antico edificio destinato alla cura dell'uomo, occorre conoscerne la storia. L'Ospedale fu fondato nel 1449 a Pavia per volontà del frate domenicano Domenico da Catalogna. Del precedente utilizzo dell'edificio rimangono tracce ancora visibili, come ad esempio la scritta «Sez. Otorinolaringoiatria»

© Aisu International 2020

1: Scritta sopra la porta «Sez. Otorinolaringoiatria», 2020, [foto di A. L. Magrassi Matricardi].



2: La più antica pianta pervenutaci dell'Ospedale San Matteo [Pavia. Archivio Ospedale San Matteo. Cart. 505].

(Fig. 1), tracciata a pennello con la vernice sopra l'architrave di una porta che dà accesso a una scaletta interna per salire al primo ballatoio. Nella più antica planimetria pervenutaci [Zanetti 1994, 91] (Fig. 2), conservata presso l'Archivio dell'Ospedale e risalente ai secoli XVI-XVII, è ben evidente l'impianto a croce greca inscritto in un quadrato. Nella crociera erano ospitati gli uomini, mentre le donne erano accolte nell'infermeria femminile, che coincide con l'odierna aula del Quattrocento dell'Ateneo, visibile in pianta con il numero 31, in basso a sinistra. Dalla parte opposta, indicata con il numero 3, in basso a destra, si identifica la chiesa contraddistinta dall'abside orientata. La crociera inscritta nel quadrato andava a determinare quattro cortili ed era circondata da edifici che ospitavano i locali di servizio, come le lavanderie, le cucine, il forno, la legnaia, il pollaio, il refettorio e le stanze delle monache che gestivano l'ospedale. In uno di questi cortili si trovava anche l'orto dei "semplici", per la coltivazione delle erbe che servivano per la cura degli ammalati.

La veduta dall'alto (Fig. 3) dell'interno del Museo ci mostra la scansione dello spazio architettonico caratterizzato da due balconate con balaustra lignea ad andamento sinuoso. Nel 1770, infatti, una nuova cupola alta circa 30 m in stile barocchetto (Fig. 4) fu progettata e fatta costruire innestandola sul corpo di fabbrica quattrocentesco dal pavese Francesco Sartirana, andando a isolare un ambiente centrale e chiudendo le corsie presenti nei bracci della crociera con il muro perimetrale, di supporto al peso della cupola mediante quattro colonne tuscaniche di ordine gigante. I due ballatoi, raggiungibili con scalette interne e percorribili, permettevano l'apertura delle grandi finestre con profilo mistilineo, in un momento storico in cui si incomincia a intuire l'importanza del ricambio dell'aria negli ambienti ospedalieri. La cupola doveva servire infatti per dare maggiore luce e aria agli ammalati dell'ospedale e ancora oggi domina il Palazzo Centrale dell'Università. Abbiamo scelto di inserire nel logo del Museo il caratteristico profilo della crociera con la cupola e quest'anno abbiamo voluto celebrare, sempre nel logo, il bicentenario della fondazione.

3: Interno del Museo di archeologia, veduta dall'alto del primo ballatoio della cupola, 2018, [foto di B. Matricardi].

4: Interno della cupola, 2018, [foto di B. Matricardi].

Il Museo, ospitato in precedenza in due diverse sedi successive, fu spostato nel 1957 nell'attuale spazio per volontà del prof. Plinio Fraccaro [Fraccaro 1983, 239], all'epoca rettore dell'Università di Pavia, con una scelta logistica intelligente e all'avanguardia. Egli decise infatti di riutilizzare per il Museo un edificio imponente, a pianta centrale e sala unica, con illuminazione naturale dall'alto, e dispose contestualmente accanto al Museo l'Istituto di storia dell'arte e l'Istituto di archeologia, permettendo così ai docenti di usufruire al meglio e in tutta comodità delle potenzialità didattiche del Museo. Il rettore Fraccaro, docente di storia antica, nel creare questo polo didattico per l'archeologia e la storia dell'arte allestì anche un'apposita aula in adiacenza al Museo, ancora oggi chiamata "aula di archeologia". Da allora il Museo si trova nel centro della crociera dell'Ospedale San Matteo, di cui conserva quattro sezioni del soffitto a cassettoni quattrocentesco originario. Le tavolette dipinte a tempera con busti di angeli che decorano il soffitto ligneo (Fig. 5), dovevano rappresentare una visione paradisiaca e consolatoria per gli ammalati allettati nella crociera fino al 1932. Fotografie risalenti a quell'epoca di Guglielmo Chiolini, celebre fotografo pavese, ci mostrano le fasi del trasloco, con carri trainati da cavalli, delle masserizie dell'Ospedale e degli ammalati verso i nuovi edifici costruiti fuori città, nel "nuovo" Policlinico San Matteo (Fig. 6). Ancora oggi gli angeli del soffitto ligneo osservano il nostro pubblico, ma necessiterebbero di un restauro che ci auguriamo possa completare il primo intervento che ha interessato il braccio sud della crociera nel 2001, voluto dall'ateneo con il supporto della Fondazione Cariplo.
A partire dal 2015, il Sistema museale d'ateneo, che conta 7 musei e 5 collezioni, ha assegnato una curatrice, la scrivente, al Museo di archeologia e ha deciso di aprirlo continuativamente al pubblico. L'accurato lavoro di pulizia, di riorganizzazione, di riprogettazione dell'allestimento, di restauro conservativo, di valorizzazione e di catalogazione sta portando tutto il materiale a una più agevole fruizione. Il Museo, in una strategia di Terza Missione e nell'ottica di sviluppare il proprio pubblico, precedentemente riservato soltanto a studenti e a studiosi di archeologia, è ora frequentato abitualmente non solo da studenti universitari del dipartimento di studi umanistici, ma anche di altri e diversi corsi di studio, oltre che da studenti di scuole di ogni ordine e grado, che seguono

5: Tavoletta del soffitto ligneo quattrocentesco con busto di angelo, 2018 [foto di A. L. Magrassi Matricardi].

6: G. Chiolini, Trasloco Ospedale San Matteo, 1932 [Archivio Chiolini].

7: Afrodite Sosandra, 2015 [foto di F. Cantalupi].

i laboratori proposti e le esperienze di alternanza scuola/lavoro, e da turisti italiani, stranieri e da famiglie con bambini e ragazzi che aderiscono agli appuntamenti ludici [Magrassi Matricardi 2019b] organizzati il sabato pomeriggio.

Nel 1818 Pietro Vittorio Aldini [Harari 2017, 947-948] partecipa al concorso per la prima cattedra di archeologia presso l'Università di Pavia; vinto l'incarico l'anno seguente, prende servizio e nel 1820 fonda il Museo di archeologia. Si tratta della più antica cattedra per l'insegnamento dell'archeologia istituita in Italia.

Il Museo presenta al pubblico circa 8.500 reperti e diverse classi di materiali, rappresentative di varie civiltà del bacino del Mediterraneo e di varie epoche, sulla base del principio didattico-scientifico stabilito fin dalle origini dal suo fondatore[1]. Ci soffermeremo brevemente in questo contributo solo su tre esempi, come invito a conoscere meglio in Museo. Sono stati scelti perché sono in vario modo legati al tema della cura dell'uomo.

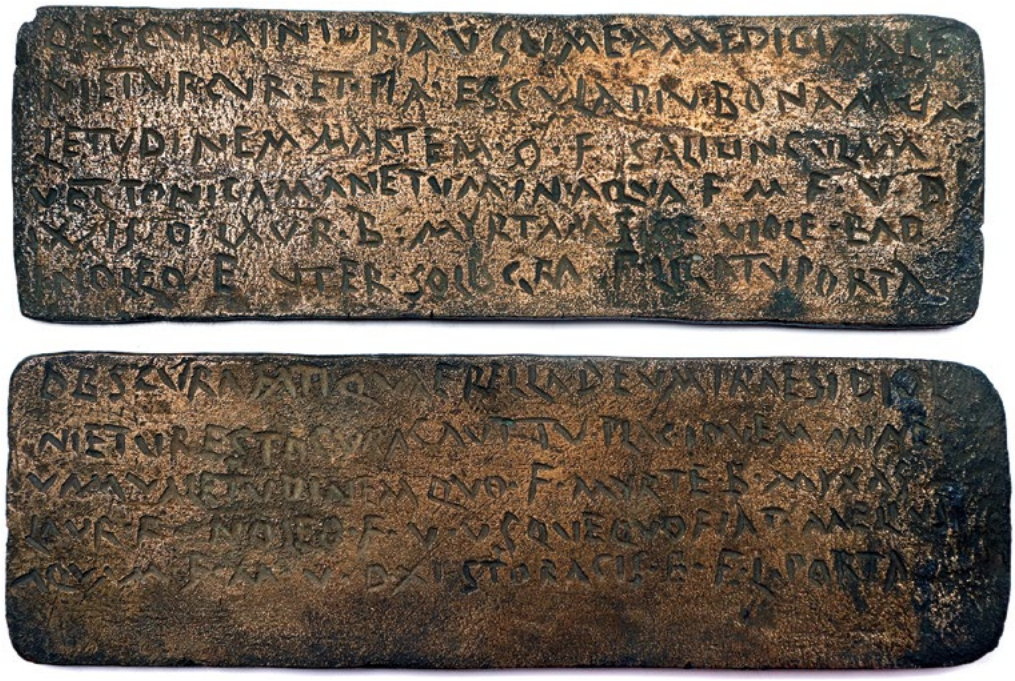
Tra i primi reperti acquistati dal prof. Aldini, citiamo una bellissima testa femminile (Fig. 7) che consideriamo il capolavoro della raccolta museale. Dal raffronto con una

[1] Molti dei reperti del Museo sono stati pubblicati in tre volumi della collana «Fonti e studi per la storia dell'Università di Pavia» [Invernizzi, Tomaselli, Zezza 1983; Mora, Harari, Troso *et al.* 1984; Tomaselli, D. Ambaglio, L. Boffo *et al.* 1987].

statua intera conservata al Museo Archeologico Nazionale di Napoli è stata identificata come Afrodite Sosandra [Saletti 1999]. Si tratta infatti di due copie marmoree romane del II sec. d. C. della celebre statua bronzea realizzata nel V sec. a. C. dallo scultore greco Calamide. L'originale non si conserva più, ma la figura è ricordata anche dalle fonti letterarie antiche come piena di grazia e pudore, una specie di grande madre completamente avvolta in un manto e posta in origine sull'Acropoli di Atene a protezione di tutta la comunità; veniva invocata con il titolo di Sosandra, che in greco significa "salvatrice degli uomini".

Altri reperti sono delle *Sortes*, di epoca romana e molto rari. Il termine latino indicava queste tavolette in bronzo inscritte in latino corsivo (Fig. 8), datate al II-III sec. d. C., per le quali Tiziana D'Angelo [D'Angelo 2017], l'archeologa che le ha studiate e ripubblicate recentemente, dopo gli studi del prof. Emilio Gabba [Gabba 1957] e della dott. ssa Paola Tomasi [Tomasi 2015], ha parlato di un misto di medicina, religione e magia. Le tavolette sono state trovate casualmente durante lo scavo di una conduttura d'acqua nelle campagne di San Genesio, a nord di Pavia, dove probabilmente esisteva una fonte sacra di cui non si conserva memoria. Un sacerdote le dispensava ai fedeli per la cura del corpo. Esse contengono invocazioni alle divinità e ricette mediche da preparare utilizzando princìpi vegetali da applicare insieme all'acqua della fonte curativa sulle parti del corpo dolenti.

Sempre a proposito di guarigioni, il Museo conserva alcuni preziosi reperti etruschi: si tratta di *ex voto* risalenti al IV-III sec. a.C., un insieme omogeneo proveniente da un



8: Due tavolette mediche in bronzo del Museo di Archeologia, 2020 [foto di A. L. Magrassi Matricardi].

9: G. Chiolini, Palazzo Centrale dell'Università di Pavia, cortile del rettorato o archeologico, porticato divisorio visto da est. Lo scatto mostra il portico prima dell'apertura degli archi realizzata nel 1939. L'unico arco presente introduceva al cortile di Attilia Secundina, ante 1939 [Pavia. Archivio Storico dell'Università di Pavia].

tempio dell'antica *Caere*, l'odierna Cerveteri nel Lazio. Il Museo conserva una trentina di pezzi: teste e parti anatomiche che venivano offerte come doni votivi e poi esposti sulle pareti dei santuari per grazia ricevuta. Furono donati all'Università di Pavia nel 1934 da papa Pio XI, provenienti dalle Collezioni Vaticane [Pontelli 2018].
Con un progetto partito nel 2015, abbiamo pensato di valorizzare un altro significativo spazio dell'antico Ospedale San Matteo: la Loggetta Sforzesca, inaugurata nel settembre 2019 come nuova sezione rinascimentale del Museo. La Loggetta si affaccia sul cortile sforzesco adiacente al Museo, uno dei quattro che caratterizzavano l'impianto originario dell'ospedale, quello che conserva meglio il decoro architettonico in cotto rinascimentale e che non ha subito la trasformazione in stile neoclassico. La Loggetta che si apre al primo piano adiacente all'antica chiesa dell'Ospedale ci è sembrata il luogo più opportuno per valorizzare i 154 reperti fittili trovati immagazzinati in Museo insieme ai reperti classici. Sono risultati elementi di decorazioni architettoniche in cotto recuperati da Pietro Vittorio Aldini dallo stesso ospedale San Matteo e da altri edifici pavesi del Quattrocento. Una foto di Guglielmo Chiolini, rinvenuta nell'Archivio storico dell'Università di Pavia (Fig. 9), ci ha permesso di ricostruire come gli stessi reperti fossero stati esposti nel cortile del rettorato, detto anche archeologico, fin dagli anni

‘20 dell’Ottocento, su progetto di Aldini e di Giuseppe Marchesi, suo amico, all’epoca docente di disegno e architettura dell’Università di Pavia. Qui rimasero fino al 1939, quando l’apertura di quattro fornici ai due lati di quello centrale fece sì che molti reperti venissero smurati e ricoverati altrove e poi depositati in Museo.
I 154 reperti in terracotta sono stati puliti, catalogati, fotografati e quindi allestiti in parte a muro, utilizzando lo spazio delle finestre tamponate della ex chiesa dell’Ospedale San Matteo che si affacciano sulla Loggetta. I reperti sono stati parzialmente ricomposti su supporti in legno di recupero, grandi scatole per apparecchiature scientifiche acquistate dall’Università. Il lavoro è stato svolto con la collaborazione di due docenti di storia dell’arte del dipartimento di studi umanistici dell’Università di Pavia, la dott.ssa Monica Visioli e il prof. Pierluigi Mulas, e con la partecipazione di molti studenti delle scuole superiori, che hanno aderito con passione a due progetti di alternanza scuola/lavoro [Magrassi Matricardi 2019a]. Come giocando a un gigantesco *puzzle*, i reperti sono stati ricomposti a formare membrature e decori architettonici. Gli studenti hanno anche eseguito disegni preparatori molto precisi e schemi di progettazione utilizzando il programma Photoshop, utili a guidare nella fase di rimontaggio, avvenuto con il supporto dell’Area tecnica dell’ateneo; abbiamo ricostruito anche una sezione di copertura a embrici che forse caratterizzava in origine l’antico ospedale. Inoltre, sono stati recuperati due peducci decorati con gli stemmi di due delle più importanti e nobili famiglie pavesi del Quattrocento, i Bottigella e i Visconti, che supportarono la fondazione del San Matteo. Ipotizziamo che questi capitelli pensili appartenessero anch’essi alla decorazione architettonica originaria dell’antico ospedale.
Cura per chi lavora in un Museo significa anche conservazione dei reperti e fare ricerca sulla loro storia. Il Museo conserva una mummia egizia di donna risalente al III sec. a. C., che è stata trasportata al policlinico San Matteo e sottoposta a una TAC dall’*equipe* del prof. Fabrizio Calliada. I risultati del *mummy project* sono stati presentati nel corso di un convegno internazionale, *Dialoghi sulle mummie*[2]. La stessa mummia è stata successivamente esposta in una nuova teca più adeguata alla conservazione nell’*Egyptian Corner* [De Pietri 2019], inaugurato con grande successo di pubblico nel marzo 2017. Il Museo possiede anche un’altra mummia egizia, la testa di un ragazzo. Purtroppo, di queste due persone non conosciamo l’identità, ma con il concorso «Amici delle mummie», svolto con il supporto del Rotary Club e del giornale locale «La Provincia pavese» e a cui hanno partecipato 227 allievi delle scuole elementari di Pavia, abbiamo dato loro un nome: Rosetta e Scarabù.
Molti altri sono i casi che dimostrano la vitalità del Museo, che partecipa anche all’organizzazione di convegni. Il prof. Maurizio Harari, direttore del Museo e docente di etruscologia, ad esempio, ha condotto personalmente una visita guidata alle collezioni museali per i colleghi archeologi e storici dell’arte in occasione del III colloquio nazionale

[2] Il convegno internazionale *Dialoghi sulle mummie* si è tenuto nell’aula Magna dell’Università di Pavia nel dicembre 2018 e gli atti sono in corso di stampa

AIRPA, *Le cose nell'immagine*[3]. Il Museo ha ricevuto anche ospiti illustri, come lo storico dell'arte Philippe Daverio e Christian Greco, il direttore del Museo egizio di Torino; organizza numerosi eventi per allargare la fruizione del pubblico e ha partecipato ad esempio nel giugno 2019 alla serata *MuseiDivini*, in collaborazione con il servizio *crowfunding* dell'Università di Pavia.
Abbiamo avviato collaborazioni con artisti contemporanei che espongono le loro opere in Museo, infrangendo le barriere tra la creatività di ieri e di oggi, e siamo supportati dalle eccellenze enogastronomiche del territorio, come alcune cantine dell'Oltrepò pavese e l'azienda Riso Scotti di Pavia.
Le funzioni didattiche del Museo, volute dal fondatore duecento anni fa, sono ancora pienamente vitali e coinvolgono sia universitari che studenti delle scuole di ogni ordine e grado, che seguono i laboratori archeologici che proponiamo.
Nel 2020 si sono celebrati dunque due anniversari importanti per l'Università di Pavia: i 200 anni del Museo e i 250 anni della cupola dell'ospedale, due istituzioni le cui storie si sono intrecciate. Le splendide tavolette lignee dipinte a tempera che decorano i soffitti della crociera quattrocentesca sono in attesa di un urgente intervento di restauro e ci stiamo attivando in tal senso, anche per far conoscere questo splendido patrimonio ancora poco noto. Sono circa 1.600 le tavolette, ciascuna decorata da un busto di angelo, uno diverso dall'altro; dovevano fornire una visione paradisiaca e consolatoria agli ammalati.
Molte iniziative organizzate dal Museo di archeologia sono state l'occasione per attrarre nuovi segmenti di pubblico, che si è via via fidelizzato nel seguire gli appuntamenti culturali organizzati dal Museo e pubblicizzati attraverso il sito *web*[4] e attraverso i *social media*. Tutto questo allo scopo di creare un collegamento sempre più stretto tra la comunità cittadina di riferimento e questo importante patrimonio fondativo dell'identità della comunità. Purtroppo, nel corso del 2020 il Museo è rimasto chiuso a lungo, nel rispetto delle disposizioni di legge per far fronte all'emergenza sanitaria dovuta al coronavirus; le pagine Facebook[5] e Instagram[6] del Museo sono state un utilissimo strumento per rimanere in contatto con il pubblico, rendendo accessibile il lavoro che è continuato a porte chiuse. In molti hanno continuato a partecipare a distanza alla vita museale in attesa della riapertura, seguendo con interesse i lavori di restauro o di catalogazione che si sono svolti approfittando della chiusura. Il sito e i *social* hanno permesso anzi di allargare l'orizzonte d'azione, per far conoscere il Museo a un pubblico ancora più vasto e lontano. Ad esempio, un *post* che proponeva il *link* a una conferenza del prof. Paolo Mazzarello, presidente del Sistema museale d'ateneo di Pavia, sul fenomeno dello *spillover* avvenuto per la prima volta nella Preistoria ha superato le 25.000 visualizzazioni.

---

[3] Il III colloquio nazionale AIRPA *Le cose nell'immagine* si è tenuto il 17 e il 18 giugno 2019 a Pavia, Palazzo Vistarino.

[4] https://archeologia.unipv.eu/.

[5] https://www.facebook.com/archeologia.pavia.

[6] https://www.instagram.com/museodiarcheologia_unipv/.

Conclusioni

Come recita il mantra che ci ripetiamo in questi tempi funestati dalla pandemia del coronavirus, «la cultura cura», e il Museo di Archeologia intende continuare con questa missione all'interno di uno speciale contenitore architettonico che è di fatto un ex luogo di cura. L'istituzione vuole essere infatti uno spazio aperto, inclusivo, partecipativo, con un fondamentale ruolo nella società come luogo di scambio e di dialogo e come luogo di arricchimento di esperienze e di cultura e di costruzione del benessere.
I musei, come il cibo e le medicine, sono un bene essenziale per l'umanità e devono giocare un ruolo chiave nella ripartenza post-COVID-19 come presidio della storia, della cultura e della salute pubblica.
Molte sono le idee che coltiviamo per proseguire l'attività del Museo, per farlo conoscere alla comunità cittadina e a un più vasto pubblico, sia come catalizzatore di pratiche virtuose che per conservare le raccolte museali e il prezioso contenitore architettonico che le ospita. Siamo inoltre in attesa di un importante intervento di restauro architettonico che l'Area tecnica dell'Università di Pavia ha in previsione sull'intero Palazzo Centrale dell'ateneo. Questo complesso spettacolare, che sorge nel cuore della città di Pavia, costituito da una serie di edifici e di cortili, si affaccia su una delle vie principali, Strada Nuova, l'antico cardo della città romana, e nel tempo ha inglobato anche il quattrocentesco Ospedale San Matteo con la sua caratteristica e imponente cupola barocchetta. Da questo ateneo vuole partire un messaggio forte di resilienza, per continuare a produrre cultura e per lavorare al benessere psico-fisico comune, con un lavoro di squadra che vede collaborare in armonia tante competenze specifiche e diverse.

Bibliografia

D'ANGELO, T. (2017). *Medicine, religion and magic in two inscribed bronze tablets from Ticinum (CIL V 6414-6415)*, in «Zeitschrift für Papyrologie und Epigraphik», n. 202, pp. 189-207.

DE PIETRI, M. (2019). *Tra il Nilo e il Ticino: la collezione egizia del Museo Archeologico dell'Università degli Studi di Pavia*, in «Gilgameš», vol. 2, n. 2, pp. 85-93.

FRACCARO, P. (1983). *Relazioni e discorsi degli anni del rettorato (1945-1959),* Milano, Cisalpino-La Goliardica.

GABBA, E. (1957). *Le iscrizioni mediche di Pavia*, in «Bollettino della Società pavese di storia patria», vol. 9, fasc. 1-2, pp. 79-98.

HARARI, M. (2017). *L'insegnamento dell'Archeologia a Pavia durante la Restaurazione: Pietro Vittorio Aldini*, in *Almum Studium Papiense Storia dell'Università di Pavia*, vol. 2 *Dall'età austriaca alla nuova Italia*, t. II *Dalla Restaurazione alla grande guerra*, a cura di D. Mantovani, Milano, Cisalpino.

L'Ospedale San Matteo di Pavia fatti e problemi del passato (1994), a cura di D. Zanetti, Pavia, Amministrazione dell'Ospedale.

MAGRASSI MATRICARDI, A. L. (2019a). *Esperienze di alternanza scuola-lavoro presso il Museo di Archeologia dell'Università degli Studi di Pavia*, in «Museologia Scientifica Memorie», n. 19, pp. 138-140.

MAGRASSI MATRICARDI, A. L. (2019b). *"Guarda, tocca, disegna", percorso Touch e Bambinfestival al Museo di Archeologia dell'Universit*à degli studi di Pavia, in «Museologia Scientifica Memorie», n. 20, pp. 198-200.

Museo dell'Istituto di Archeologia Materiali 1 (1983), a cura di R. Invernizzi, R., C. Tomaselli, M. G. Zezza, collana «Fonti e studi per la storia dell'Università di Pavia», Milano, Cisalpino-La Goliardica.

Museo dell'Istituto di Archeologia Materiali 2 (1984), a cura di C. Mora, M. Harari, C. Troso *et al.*, collana «Fonti e studi per la storia dell'Università di Pavia», Milano, Cisalpino-La Goliardica.

Museo dell'Istituto di Archeologia Materiali 3 (1987), a cura di C. Tomaselli, D. Ambaglio, L. Boffo *et al.*, collana «Fonti e studi per la storia dell'Università di Pavia», Milano, Cisalpino-La Goliardica.

PONTELLI, E. (2018). «Per benevola concessione». La strategia del dono e le terrecotte etrusche dell'Università di Pavia, in *Donare allo Stato. Mecenatismo privato e raccolte pubbliche dall'Unità d'Italia al XXI secolo*, a cura di L. Casini, E. Pellegrini, Bologna, Il Mulino, pp. 175-191.

SALETTI, C. (1999). *L'Afrodite Sosandra di Calamide: la testa di Pavia*, in «Arte Lombarda», n. 127 (3), pp. 68-73.

TOMASI, P. (2015). *Mea medicina lenietur. Le prescrizioni di un numen fontis in due tabellae medicinales ticinenses (CIL V, 6414-6415*), in *Aquae salutiferae, Atti del Convegno internazionale Montegrotto Terme, 6-8 settembre 2012*, a cura di M. Bassani, M. Bressan, F. Ghedini, collana «Antenor Quaderni» n. 29, Padova, Padova University Press, pp. 193-207.

Sitografia

https://archeologia.unipv.eu/ [gennaio 2021].

https://www.facebook.com/archeologia.pavia [gennaio 2021].

https://www.instagram.com/museodiarcheologia_unipv/ [gennaio 2021].

PERMANENZA E TRASFORMAZIONE NELL'ARCHITETTURA STORICA: LA CROCIERA DELL'ANTICO OSPEDALE SAN MATTEO DI PAVIA DALL'IMPIANTO QUATTROCENTESCO ALLA FRUIZIONE DIGITALE

Marco Morandotti, Anna Dell'Amico, Hangjun Fu

Abstract

The paper presents a multidisciplinary study of analytical and critical documentation of a historical artefact: the Crociera of the former San Matteo Hospital in Pavia, now destined for the University of Pavia's Museum of Archaeology. The knowledge process aimed to investigate different ways of representing the historical artefact, functional to feed and support adequate and consistent conservation and enhancement strategies.

Keywords

Digital Documentation, 3D Modelling, H-BIM, Archaeological Museum, Pavia.

Introduzione

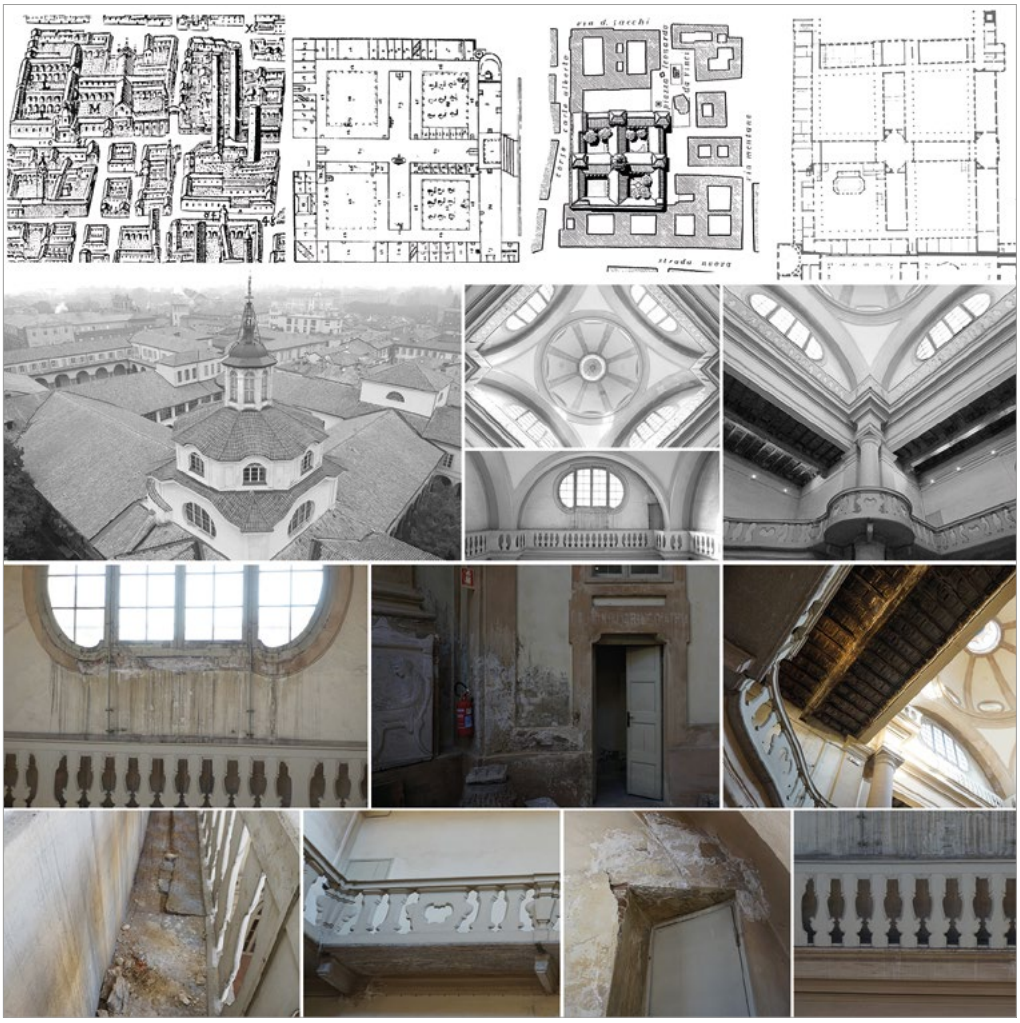
Scrive Ernesto Nathan Rogers:

> l'architettura occupa un posto di privilegio fra le arti, perché media tra scienza e arte, non si occupa della natura come mistero da svelare o da catalogare; o come modello paradigmatico per nuove coniugazioni; o come fonte d'ispirazioni; ma proprio come strumento tangibile, atto a fornirci la materia da trasformare in materiali che comporremo per l'uso degli uomini [Rogers 1958, 185].

Il patrimonio costruito si configura come autentico palinsesto, composto da scritture, riscritture e cancellazioni. In virtù di tali stratificazioni, sedimentante nelle murature, il costruito si connota di un valore storico documentale, in forza della riconoscibilità e della leggibilità della sua stratificazione, ora additiva, ora più radicalmente trasformativa. Esplicitare tali stratificazioni e qualità, proprie di un sistema costruttivo, richiede un'attività di ricerca e di studio tesa a codificare le specificità del manufatto in un linguaggio rappresentativo. Il rilievo architettonico è inteso come quell'insieme di discipline che consentono di raccogliere informazioni utili a definire, per ciascun progetto, un

© Aisu International 2020

linguaggio grafico per facilitare la narrazione delle qualità e delle caratteristiche proprie del sistema in esame. Il rilievo si considera quindi come un processo di integrazione di dati e di messa in relazione degli stessi, configurando procedure metodologiche che caratterizzano l'interpretazione critica, il disegno, in una vera e propria banca dati.
Il contributo presenta una riflessione sulle procedure di gestione dei dati e sulle pratiche di modellazione, immaginando le stesse come il risultato di un processo di interpretazione critica dello spazio. La produzione di modelli consente infine di ottimizzare processi documentativi e comunicativi sul patrimonio storico, coniugando diverse esigenze descrittive in prodotti che possono essere impiegati per diverse finalità.
La sperimentazione, promossa dai laboratori di ricerca DAda-LAB e PLAY del dipartimento di ingegneria civile e architettura dell'Università di Pavia, ha interessato il rilievo digitale e la documentazione della sala della crociera dell'ex Ospedale di San Matteo, oggi sede del Museo di archeologia dell'Ateneo.
La sala, a pianta centrale, conserva nei suoi spazi le tracce evidenti della sua vicenda storica e funzionale. I solai lignei di matrice quattrocentesca, decorati a cassettoni policromi, convivono con le forme curvilinee proprie del barocchetto lombardo. Le trasformazioni del Settecento si esplicitano in un impianto distributivo i cui caratteri, non ancora del tutto sbiaditi, raccontano di altre modifiche e di reparti ospedalieri collocati nei lati della crociera in pieno Novecento.
Solo con il trasferimento del policlinico nella nuova sede nel 1933 gli ambienti della sala hanno abbandonato la loro originaria funzione sanitaria, per assumere quella universitaria, ospitando le opere del Gabinetto di Antiquaria. Restano inalterati alcuni elementi architettonici a testimonianza della funzionalità passata, come la cupola voluta da Francesco Sartirana e posta a sommità dell'intersezione delle quattro braccia della croce, costruita per illuminare al meglio la sala destinata al ricovero degli ammalati. Ciò testimonia la pervasività di strutture direttamente o indirettamente connesse con il tema della cura nella città di Pavia e il loro trasformarsi nel tempo, che oggi converge con la necessità di coniugarne la conservazione della memoria con l'adeguamento degli spazi, nella prospettiva di ulteriori variazioni a vantaggio di processi di gestione e valorizzazione del patrimonio.
Le attività hanno riguardato lo studio analitico della morfologia degli ambienti e la caratterizzazione delle qualità degli elementi tecnologici, con la determinazione di un quadro diagnostico, attraverso la configurazione di una banca dati 3D. Il progetto di rilievo integrato è stato finalizzato alla rappresentazione tridimensionale degli ambienti tramite la strutturazione di un modello H-BIM della fabbrica. La costruzione digitale dell'ambiente è stata un'occasione per esperire le diverse possibilità di rappresentazione del modello, sviluppando dallo stesso sistema informativo proposte di visita virtuale degli ambienti con soluzioni immersive e prototipazioni condotte attraverso procedure *low cost* di stampa additiva 3D. Tale interazione tra banche dati, modelli e sistemi di fruizione delle opere digitali, intese come gli stessi modelli 3D funzionali all'analisi tecnologica del costruito, può supportare le funzioni espositive e museali presenti nella stessa struttura.
L'obiettivo che si cerca di perseguire mediante lo sviluppo di metodologie di modellazione e rappresentazione del patrimonio storico riguarda, in questo caso, proprio



1: In alto, una rappresentazione storica del palazzo dell'Università. Osservando la planimetria, si possono individuare i due cortili porticati indicati con LL e l'attiguo Ospedale di S. Matteo indicato con M; si può notare, inoltre, la grande croce centrale che ospitava le corsie per gli ammalati. Sotto, alcune fotografie scattate durante la campagna di rilievo del 2019, in cui si evidenzia lo stato in cui verte la struttura.

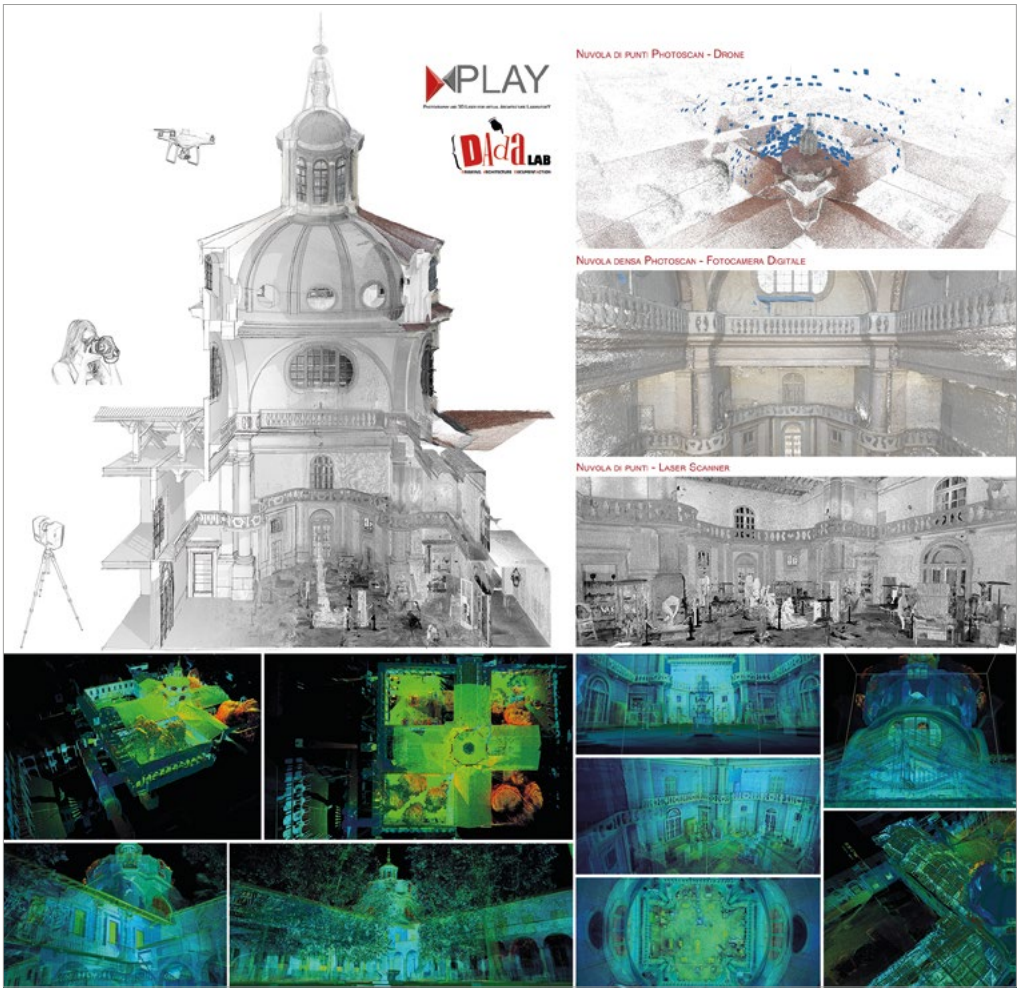
l'integrazione e la coerenza tra prodotti per gestione del sistema costruito e prodotti per la sua valorizzazione. In tal senso, trattandosi di un museo, il binomio riguarda il rapporto tra contenitore e contenuto, immaginando che lo stesso possa esplicitarsi sia nel modello tecnico che in quello generato per la divulgazione della cultura (Fig. 1).
Parlare di divulgazione della cultura oggi ha portato a un profondo cambiamento delle modalità di comunicazione, dovuto all'evoluzione della digitalizzazione dei contenuti ad uso del settore culturale, implicando una trasformazione delle logiche comunicazionali [Bonacini 2020, 17-18]. I musei sono inseriti nell'ambito del consumo culturale, dove la conoscenza diventa un prodotto ad uso dei consumatori e tiene conto di criteri

come qualità, quantità, accessibilità e convergenza. Le informazioni diventano tra loro connesse in uno spazio digitale, in cui ricerche e contenuti mediatici sono messi tra loro in relazione [Bonacini 2020, 17-18]. In tale scenario, il museo ha cambiato le modalità di racconto e comunicazione da una linea di tipo didascalica a una linea informativa e persuasiva. La mutazione fa convergere *medium* e forme di comunicazione transmediali, sempre più digitali, ampliando il proprio pubblico attraverso differenti canali di comunicazione, con l'obiettivo di democratizzare la cultura aprendola ad un pubblico differenziato [Bonacini 2020, 19-20].

La digitalizzazione dello spazio museale

Per Walter Benjamin «abitare è lasciare tracce, e le tracce sono l'impronta della memoria» [Maldonado 2005, 176]. Le tracce trovano nuovi percorsi e, grazie alle tecnologie digitali, trovano la possibilità di essere ricordate e raccontate venendo proiettate nello spazio digitale, nel tentativo di aumentare la probabilità del ricordo, della condivisione e della conoscenza. La necessità di generare una memoria digitale del patrimonio storico, per garantirne l'archiviazione, ha coinvolto il settore della rappresentazione e la disciplina del rilievo integrando, all'interno dei protocolli delle tecniche tradizionali della scienza, della misura e dalla rappresentazione l'utilizzo di tecnologie per la riproduzione di modelli *reality based* in forma di nuvole di punti, vettori, e superfici.
Gli strumenti di acquisizione digitale permettono di acquisire dati sempre più accurati in tempi sempre più contenuti, agevolando la ricostruzione di geometrie complesse. La conseguente crescita di dati in ingresso genera una sovrabbondanza informativa che non corrisponde all'aumento del livello di intelligibilità delle banche dati prodotte, ma al contrario può rendere più difficoltosa la lettura e la sintesi necessaria a causa di una ridondanza informativa [Russo, Remondino, Guidi 2011]. Diviene quindi necessario definire gli obiettivi e una strategia di ripresa mirata ad evitare tale effetto.
Sono molte le soluzioni possibili per il miglioramento della qualità e della gestione dei contenuti digitali inerenti alla misura provenienti da strumenti che usano sistemi *range-based* e *image-based*[1]. Prodotti diversificati convergono in un ambiente vettoriale con il medesimo sistema di riferimento, producendo un modello, in forma di nuvola di punti, con differenti qualità informative.
Le tecnologie di acquisizione strumentale si stanno evolvendo di pari passo con i *software* di rielaborazione dei dati acquisiti. Il dialogo tra dati sotto forma di nuvole di punti e programmi capaci di leggere, elaborare e trasmettere tali informazioni risulta

[1] Per *range-based* si intendono quelle strumentazioni che utilizzano sensori di tipo "attivo" utilizzati per un processo di decodifica della luce per la lettura spaziale; rientrano in questa tipologia le strumentazioni laser scanner, strumenti a proiezione di luce strutturata, radar, stazioni totali. Con il termine *image-based* si fa riferimento a strumenti definiti di tipo "*passive*" il cui risultato si basa dal rapporto tra luce naturale e immagine. La risposta dell'impulso di luce sull'oggetto condizione l'esito delle fasi di acquisizione di rilievo, rientrano a far parte di questa categoria le tecniche di fotogrammetria e i teodoliti. [Russo, Remondino, Guidi 2011].



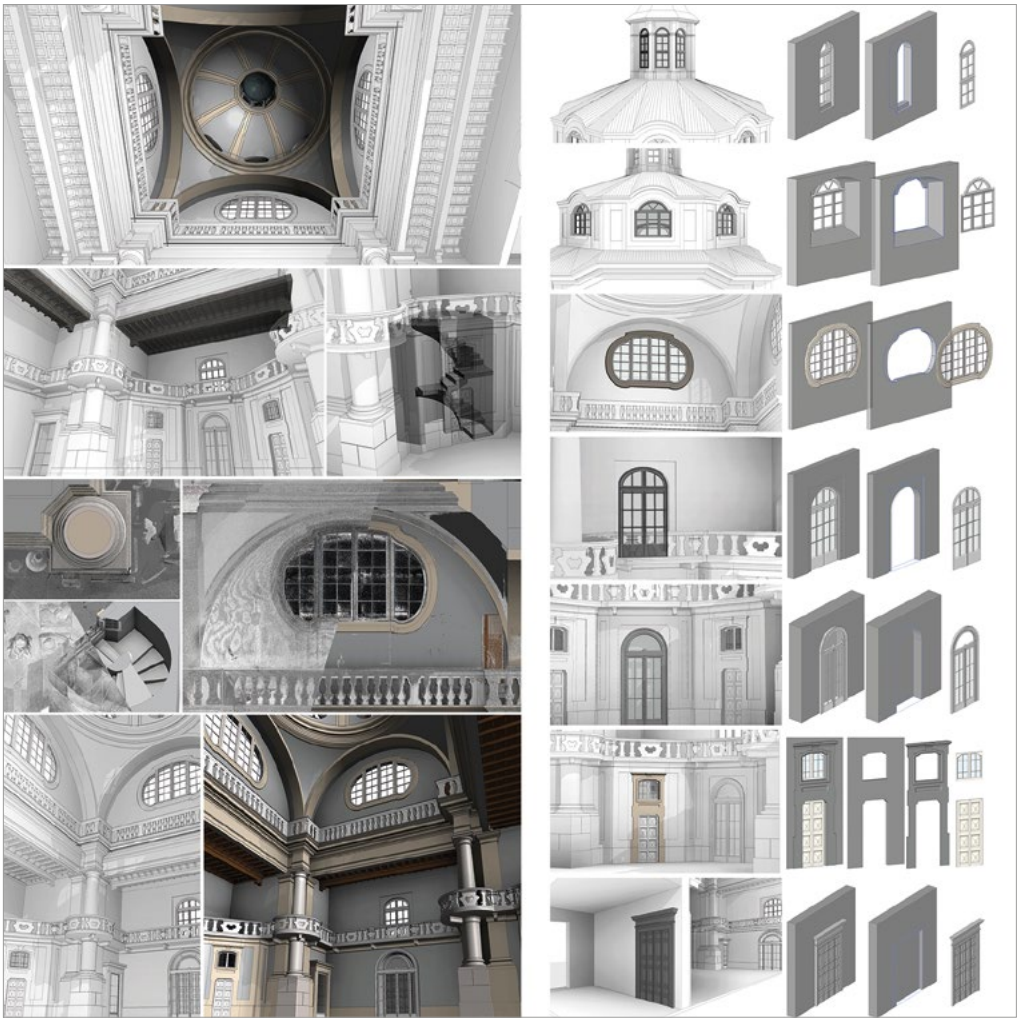
2: Le azioni di documentazione hanno previsto l'utilizzo di processi di rilievo integrato *range based*, attraverso strumentazione laser scanner finalizzate all'acquisizione del dato metrico e geometrico, ed *image based*, tramite l'applicazione metodologica di fotogrammetria terrestre SfM per l'acquisizione del dato colorimetrico delle superfici e l'impiego di sistemi UAVs per l'acquisizione delle coperture. Tali metodologie di acquisizione risultano efficaci per la realizzazione di un *database* digitale tridimensionale informativo. In basso, alcune viste del modello di acquisizione digitale tramite strumentazione laser scanner Faro Cam 2 Focus S 150.

fondamentale per lo sviluppo di un *iter* di modellazione e di ridisegno degli ambienti che possa configurarsi affidabile. Dalla scelta strumentale e dei *software* dipendono i tempi e i costi delle differenti campagne di rilievo. A differenti gradi di accuratezza corrispondono differenti strumenti di acquisizione e di elaborazione del dato che possono diminuire sensibilmente i tempi di calcolo e di realizzazione dei modelli 3D (Fig. 2).
La ricerca sullo sviluppo di modelli 3D per la rappresentazione del patrimonio architettonico sta ampliando i propri orizzonti promuovendo nuove potenzialità attraverso l'approfondimento del tema dell'utilizzo della morfologia del modello per la lettura e l'arricchimento informativo. Nello specifico, la richiesta di annessione informativa apre

nella ricerca riflessioni sulle questioni scientifiche e di metodo che spaziano dalla scelta degli strumenti di acquisizione dei dati all'utilizzo e alle tecniche di rappresentazione.
Lo studio delle metodologie e degli strumenti, in accordo con De Luca e Lo Buglio, «deve porre attenzione anche alle specifiche problematiche cognitive appartenente alla rappresentazione architettonica per tener conto del collegamento tra percezione e fondamenti semiotici della comunicazione» [De Luca, Lo Buglio 2014, 36-49]. Il processo di analisi e ricostruzione dei dati dovrebbe tenere conto di tre fasi principali: l'acquisizione dei dati, la lettura critica tramite una scomposizione semantica degli elementi e la strutturazione delle componenti di modello 3D arricchito (H-BIM) [Hichri, Stefani, De Luca *et al.* 2013].
Sin dalle prime fasi di modellazione emerge un problema che riguarda la necessità di sviluppare da un lato procedure di modellazione codificate, dell'altro la strutturazione di informazioni volte ad ottenere modelli adatti per la gestione dei processi di conservazione e azioni di recupero del manufatto. Il livello di dettaglio del modello dipende chiaramente dal grado di conoscenza dell'elemento reale e dallo scopo della modellazione, ovvero dal tipo di dati che si intende comunicare (Fig. 3).
La rappresentazione dello spazio architettonico *Existing Conditions-3D LaserScanning* [Verdiani, Donato, Pianigiani *et al.* 2018] per la strutturazione di modelli informativi BIM impone la necessità di dichiarare i motivi delle scelte adottate per la rappresentazione. Risulta necessario strutturare dei protocolli mirati a indagare le modalità di descrizione delle qualità spaziali dell'edificio e di come si è scelto di rappresentare quelle inevitabili deformità e irregolarità geometriche che caratterizzano le architetture storiche.
In fase di modellazione, inoltre, si riscontra la dicotomia tra modello ideale teorico e modello reale; la geometria reale degli elementi di modello risulta irregolare a causa dei diversi fattori – come, ad esempio, la manodopera, possibili cedimenti, etc. – le murature, superfici voltate, colonne, che non sono risultato di un processo standardizzato di produzione, finiscono per diventare elementi di modello unici che vanno a popolare librerie di oggetti che risultano essere utili solo allo specifico progetto.
Ciò che emerge è che oggi l'uso di protocolli diversificati e non collegati tra i diversi attori del settore sta generando un'elevata quantità di prodotti digitali non coordinati, generando la conseguente dispersione dell'informazione. Oltre a determinare pratiche di lavoro inefficaci che risultano frammentate e ostacolano l'interoperabilità settoriale, tale diversificazione produce sistemi informativi e "librerie di oggetti" limitate alla singola esperienza, perdendo di vista l'obiettivo alla base del concetto BIM, ovvero la possibilità di condivisione degli abachi strutturati di elementi.
Come asserisce Scandurra, i principali aspetti su cui riflettere sono due:

> da un lato il riconoscimento delle regole di costruzione geometrica delle superfici curve che descrivono l'oggetto e quindi la strutturazione di una *pipeline* di modellazione dedicata, in considerazione della complessità geometrica; d'altro lato l'individuazione di una modalità di attribuzione del significato all'oggetto digitale, nella consapevolezza della sua consistenza volumetrica e del suo comportamento [Scandurra 2020, 53].

La definizione di una gerarchia di ambienti virtuali, intesi come contenitori di informazioni specifiche, utili alla gestione e allo sviluppo del patrimonio, implica la possibilità



3: Per la modellazione degli elementi della Sala sono state utilizzate due differenti strategie: da una lato, la realizzazione di famiglie di elementi; dall'altro, la modellazione scan to Bim in-place, al fine di garantire la corrispondenza con il dato del rilievo metrico.

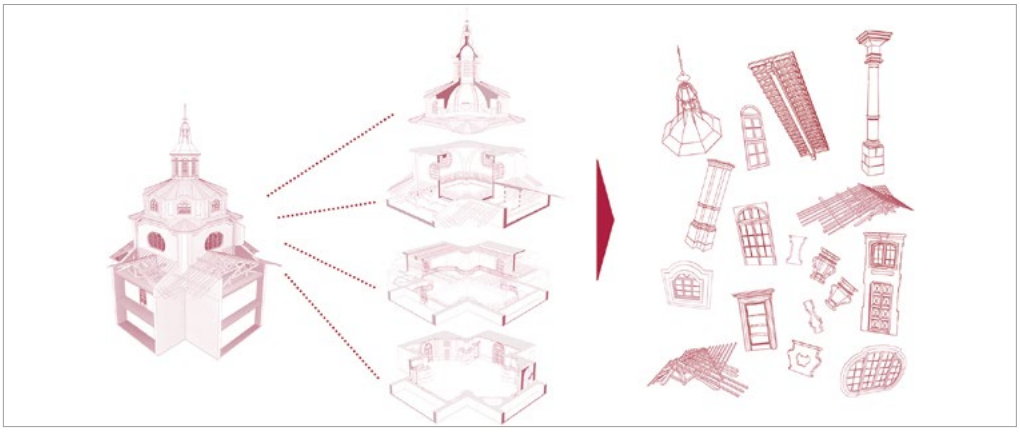
di definire modelli sviluppabili mediante i criteri della rappresentazione architettonica e implementabili con il contributo di numerosi ricercatori ed esperti del settore. In particolare, la connessione tra il rilievo digitale e i modelli H-BIM è stata affrontata valutando le strategie più opportune di produzione di un modello parametrico, analizzando le metodologie che governano la trasformazione del dato da sistemi continui a modelli discreti. Dalle fasi di acquisizione digitale all'elaborazione di sistemi informativi complessi, il disegno è lo strumento mediante il quale scomporre e ricomporre la complessità del reale, organizzando banche dati in un sistema informativo finalizzato allo sviluppo di un unico modello di gestione.

Lo spazio del modello è disegnato a partire dal dato acquisito mediante il rilievo architettonico e diventa strumento utile di ricerca per valutare quali siano i sistemi di costruzione del modello stesso e per definire i protocolli metodologici più appropriati a garanzia dell'affidabilità. È utile ricordare che un modello parametrico non ha come finalità prevalente la descrizione fisica del bene, ma intende rappresentare un sistema ben più complesso, configurandosi come strumento di condivisione di informazioni. Il modello ambisce ad essere strumento condiviso che possa permettere a più persone di lavorare e cooperare, collaborando attraverso l'impostazione di un linguaggio comune utilizzato tramite la stessa piattaforma che trova la sua immagine nel modello tridimensionale.
Il dato morfometrico, connesso e inseparabile dalla sua struttura, qualifica strumenti dove diversi attori collaborano in relazione alle finalità del processo. All'interno di un unico modello, che può configurarsi come un sistema H-BIM, si inseriscono dati utili alla valorizzazione, alla fruizione, alla gestione e al controllo. Il modello parametrico, di natura tecnica, diventa così uno strumento condiviso che assolve anche a funzioni non prettamente tecniche, di attività didattica, espositiva, divulgativa e promozionale di sistemi culturali.

Fruizione del modello e stampa digitale della sala della crociera

L'opera di rappresentazione digitale in ambiente BIM è stata occasione per sperimentare la versatilità che il sistema H-BIM può avere. In tal senso è stata indagata la possibilità di riproduzione del modello attraverso la prototipazione digitale in scala attraverso la stampa 3D; un ritorno dal mondo digitale verso il mondo tangibile attraverso la realizzazione di una *maquette* della sala, utilizzata come strumento di comprensione nella sua accezione fisica di rappresentazione tridimensionale per la valutazione delle caratteristiche estetico-funzionali e lo studio dei dettagli e dei particolari. Il progetto di stampa è stato pianificato sulla base di una scomposizione ponderata degli elementi di modello: una stampa per blocchi e per componenti. La stampa per blocchi oltre a facilitare la ricomposizione del modello è finalizzata alla riduzione del rischio di commettere macro-errori che comporterebbero la necessaria ristampa dell'intera porzione di modello. Procedere per blocchi permette anche l'utilizzo di più stampanti contemporaneamente, comportando una riduzione strategica del tempo di attesa complessivo di stampa (Figg. 4-5).
La stampa per componenti, invece, è stata utilizzata per stampare gli elementi complessi, che hanno richiesto una maggior attenzione durante i processi di finitura. Per la realizzazione del modello è stata utilizzata una stampante di tipo FDM[2], *low-cost* Creality Ender-3, utilizzando un filamento in PLA bianco. Utilizzando il processo di stampa di tipo FDM, è necessario porre attenzione al posizionamento dell'oggetto, e alla progettazione dei supporti di stampa, che in alcuni casi risultano essere indispensabili ma da

[2] Il metodo FDM è basato su un ugello che deposita un polimero fuso strato dopo strato per creare la geometria del pezzo. I polimeri più conosciuti che vengono utilizzati col metodo FDM sono il PLA (acido polilattico) e l'ABS (acrilonitrile butadiene stirene).



4: Alla base delle operazioni di stampa digitale sono state effettuate un'analisi critica e una scomposizione degli elementi di modello.

ID	Tempo	Materiale	Consumo
3D-Top	12 h 11 min	50 g	03,29 kWh
3D-Cop-1	06 h 47 min	32 g	01,83 kWh
3D-Cop-2	05 h 36 min	25 g	01,51 kWh
3D-Cop-3	05 h 28 min	24 g	01,48 kWh
3D-Cop-4	06 h 17 min	28 g	01,70 kWh
3D-1-5	32 h 25 min	149 g	08,75 kWh
3D-1-4	21 h 14 min	84 g	05,73 kWh
3D-1-3	08 h 15 min	42 g	02,23 kWh
3D-1-3-1.2	05 h 42 min	39 g	01,54 kWh
3D-1-2	28 h 15 min	143 g	07,63 kWh
3D-1-1	03 h 48 min	22 g	01,03 kWh
3D-1-0	28 h 35 min	159 g	07,72 kWh
3D-2-5	32 h 37 min	148 g	08,81 kWh

ID	Tempo	Materiale	Consumo
3D-2-4	20 h 41 min	84 g	05,58 kWh
3D-2-3	07 h 37 min	43 g	02,06 kWh
3D-2-3-1.2	06 h 59 min	45 g	01,89 kWh
3D-2-2	28 h 35 min	108 g	07,72 kWh
3D-2-1	04 h 11 min	28 g	01,13 kWh
3D-2-0	28 h 16 min	157 g	07,63 kWh
3D-3-5	32 h 18 min	152 g	08,72 kWh
3D-3-4	26 h 01 min	104 g	07,02 kWh
3D-3-3	06 h 49 min	40 g	01,84 kWh
3D-3-3-1.2	08 h 08 min	46 g	02,20 kWh
3D-3-2	19 h 11 min	103 g	05,18 kWh
3D-3-1	04 h 12 min	27 g	01,13 kWh
3D-3-0	28 h 50 min	155 g	07,79 kWh

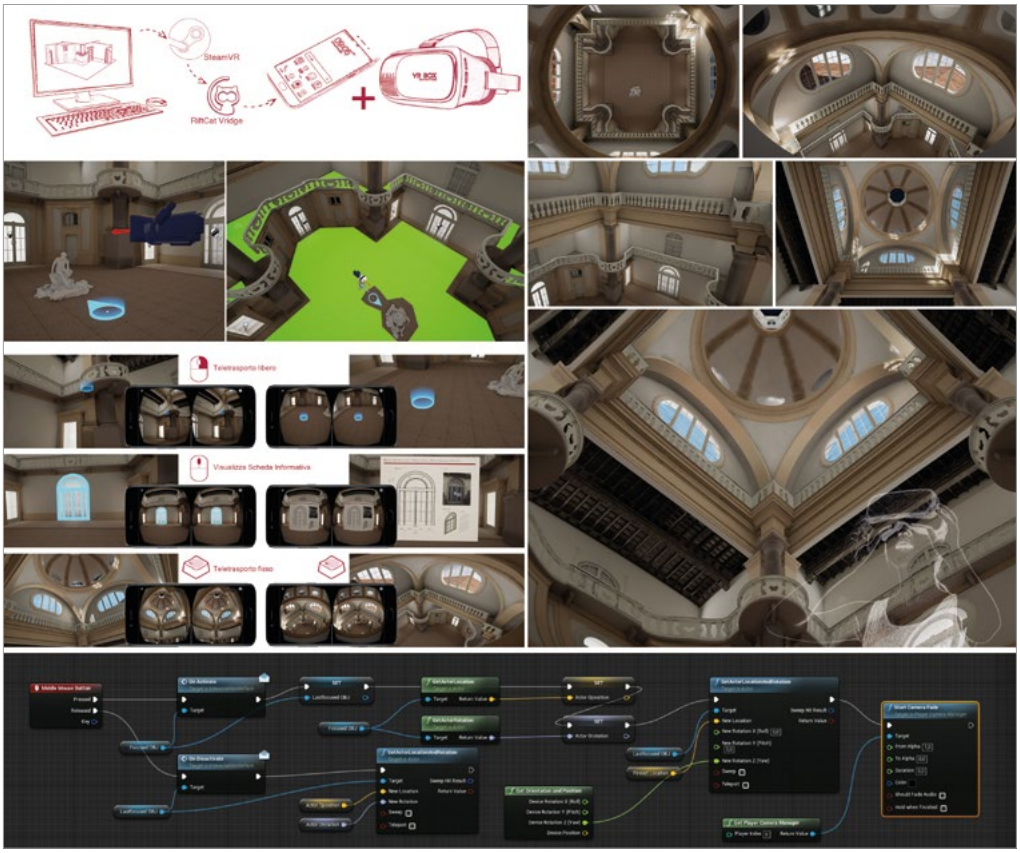
ID	Tempo	Materiale	Consumo
3D-4-5	32 h 46 min	154 g	08,85 kWh
3D-4-4	20 h 41 min	92 g	05,58 kWh
3D-4-3	06 h 19 min	34 g	01,71 kWh
3D-4-3-1.2	07 h 37 min	45 g	02,06 kWh
3D-4-2	19 h 35 min	99 g	05,29 kWh
3D-4-1	04 h 35 min	22 g	01,24 kWh
3D-4-0	28 h 14 min	149 g	07,62 kWh

Totale	Tempo	Materiale	Consumo
	538 h 45 min	2632 g	145,46 kWh

Costo			
	Prezzo Unitario	21,00 €/Kg	0,204 €/kWh
	Prezzo Totale	55,27 €	29,67 €
	Totale	84,95 €	

5: I risultati del processo di stampa 3D.

evitare, se possibile, perché comportano un conseguente consumo maggiore di materiale e un maggior tempo di finitura, aumentando il volume di stampa. Questi fattori, insieme alla densità del riempimento del materiale, che incide direttamente sul peso del modello e sul tempo della stampa, vanno a influire alla resa qualitativa della *maquette*. Al termine del processo di stampa degli elementi, è stato progettato un sistema di assemblaggio delle diverse componenti di modello, attraverso l'inserimento manuale di magneti per facilitare l'allineamento e la composizione del modello. Ultimate le operazioni di stampa, è stata sviluppata un'analisi per operare una stima in termini di qualità e quantità dei tempi e dei costi di una procedura di questo tipo, nella prospettiva dell'ottimizzazione del rapporto tra costo e qualità del modello stampato (Fig. 6).
Nell'ottica di sperimentare le possibilità comunicative della piattaforma H-BIM, la ricerca ha indagato come questo stesso sforzo di rappresentazione possa essere declinato per altri strumenti a vantaggio della valorizzazione dello strumento o museo. Le procedure riguardano in una direzione lo sviluppo di un sistema di realtà aumentata e in un'altra quella di realtà virtuale.
Per quanto attiene alla realtà aumentata, è stato utilizzato il software *Twinmotion*, che permette la sincronizzazione diretta tramite *plugin* con Revit e la ricostruzione di un ambiente realistico, e di conseguenza esportare delle viste a 360° accessibili attraverso semplice QR code, potendo navigare il sistema tridimensionale del modello. Il progetto di sistema VR ha avuto come obiettivo la realizzazione di un sistema di realtà virtuale interattivo, che potesse rendere la visita virtuale più interessante ed aperta a un pubblico di utenza diversificato. A tal fine è stata scelta la piattaforma *Unreal Engine 4* dotata della funzione *Datasmith* con Revit. Il progetto di visualizzazione e renderizzazione dell'ambiente virtuale di modello è stato realizzato con il linguaggio di programmazione visuale, *Blueprint*. Lo scambio informativo di dati tra sistema BIM e *Unreal Engine* non è stato ancora reso fluido; per questo motivo, una volta importato il modello BIM, si ha la perdita della componente informativa del modello. Per far ritornare nuovamente l'aspetto informativo al modello di *Unreal*, ai singoli elementi sono state associate delle schede informative, progettate per riportare informazioni di tipo storico divulgativo e pensate come strumento di supporto alla visita museale.
Tali sperimentazioni di sistemi e strumenti di rappresentazione digitale sono spinte dalla consapevolezza che le organizzazioni museali stanno cercando di adeguare i propri programmi di visita e di gestione delle strutture e delle collezioni interne. Vista la trasformazione sociale in atto e ai recenti risvolti dovuti alla pandemia COVID-19, le organizzazioni museali stanno rivolgendo la propria attenzione alla pratica della virtualizzazione e all'estensione della realtà museale all'interno di nuovi spazi digitali. Attorno al modello digitale H-BIM orbitano una serie di possibilità; a livello progettuale *ex novo* sono già in vigore normative attuate con il decreto del 2017 che impongono l'obbligo di utilizzo delle piattaforme modellazione interoperabili a mezzo di strumenti elettronici di modellazione. In questo senso è stata istituita una commissione da parte del MiBACT, ora MIC, per creare un sistema di *open data* basato sul protocollo BIM per la gestione dei siti UNESCO [Lo Turco, Mattone, Rinaudo 2017].



6: Per mantenere l'aspetto informativo all'interno della visita virtuale è stato progettato un sistema di fruizione utilizzando *Unreal Engine4*. Il modello importato su *Unreal* è stato mappato utilizzando i materiali di sistema, e ai singoli elementi sono state associate delle schede informative, all'interno delle quali sono state riportate le informazioni di modello e informazioni a scopo divulgativo. In questo caso, il modello BIM ha solo la funzione di scheletro contenitore di nuove informazioni associate attraverso i protocolli di *Unreal*.

Conclusioni

Come asseriva Cesare Brandi:

> «l'opera d'arte gode di una doppia storicità, cioè quella che coincide con l'atto della creazione e fa capo dunque ad un artista, e a un tempo e un luogo e una seconda storicità che le proviene dal fatto di insistere nel presente di una coscienza, e dunque una storicità che ha riferimento al tempo e al luogo dove quel monumento si trova» [Brandi 2000, 40].

La storicità del monumento è dunque caratteristica da preservare con azioni di valorizzazione che devono essere proposte tramite l'utilizzo di strumenti contemporanei per la fruizione del monumento storico.
Trasferire la complessità del reale in un modello digitale di natura H-BIM implica definire archetipi fondati su un processo di astrazione logica delle forme. La scomposizione

semantica del costruito, l'attribuzione di valori alle diverse categorie di elementi e la costruzione progressiva di modelli digitali che ne indagano le forme, le geometrie e le complessità sostiengono una metodologia che governa la scienza del disegno e che in queste esperienze di ricerca può trovare nuove declinazioni. La trasposizione digitale del patrimonio architettonico richiede continuamente nuove espressioni, configurazioni e sistemi di visualizzazione dei dati, in risposta alla crescente digitalizzazione di risorse e in risposta ad una sempre più evoluta educazione all'immagine digitale.
Parlando di educazione al digitale e di alfabetizzazione informatica, riguardo al patrimonio storico architettonico risulta chiara l'esigenza di reindirizzare i mezzi di comunicazione della conoscenza attraverso nuove tipologie di canali telematici, dando luogo a nuove forme di promozione della cultura. La produzione di modelli digitali innesca un meccanismo a catena, che alimenta a sua volta la produzione di altri modelli e materiali digitali. In questo senso, l'esponenziale incremento delle opere digitali sembra favorire un meccanismo di inclusione di diverse funzioni nei modelli e nei sistemi informativi, per contenere l'espansione e l'evolversi di questa spirale.
Il tentativo di fare ordine richiede la costruzione di protocolli metodologici e di *standard* utili alla qualificazione di banche dati il più possibile aperte e implementabili. La connessione di tali banche dati con sistemi di VR e AR va nella direzione di condividere e comunicare con la società, di educare al digitale e di promuovere la spirale attraverso i canali di diffusione basati su sistemi di fruizione e condivisione *open access* o attraverso piattaforme di *social networking*.
Inquadrare oggetti mediante *smartphone* o *tablet* e visualizzare contenuti tridimensionali che possono essere implementati con informazioni tecniche apre molteplici possibilità di approfondimenti tematici. In questa prospettiva, strutturare le caratteristiche analizzate e trasformare l'*output* dei rilievi e delle rappresentazioni in *database* 3D ottimizzati promuove quella multidimensione digitale, che nel rilievo architettonico può caratterizzare strumenti di gestione, di controllo e di promozione del patrimonio.
Come la comunicazione sociale si muove verso un dialogo strutturato nel digitale, analogamente la comunicazione tecnica può trovare risposta in piattaforme di connessione che rispondano ai requisiti dinamici, di interazione con il manufatto, e di *standard*, intesi come criteri di affidabilità e in risposta alle direttive imposte dall'agenda digitale della commissione europea.
I dati raccolti sulla piattaforma di fruizione dei modelli possono diventare uno strumento di comunicazione per diversi utenti, dove ciascuno può trovare la propria narrazione in relazione a una complessità culturale. Disegni, simboli, geometrie, immagini, suoni ed elementi multimediali, con le loro peculiarità e dignità informative, convergono in un sistema ordinato che esplicita specificità del reale in risposta ad uno scopo conoscitivo specifico.
Davanti ad un panorama in continua evoluzione in cui gli strumenti di rappresentazione e di fruizione degli elementi variano e sono diversificati, la ricerca è stata volutamente direzionata verso un processo di valutazione del potenziale dei diversi scenari che i modelli H-BIM possono offrire per la valorizzazione degli ambienti storici. L'adozione di modelli strutturati sulla base di ontologie BIM per la rappresentazione degli edifici

storici ha come principio fondante la costruzione di un modello multidimensionale e multidisciplinare, in cui la rappresentazione delle forme geometriche è arricchita da informazioni utili alla visualizzazione di dati e alla gestione delle diverse complessità del patrimonio storico; per questo risulta fondamentale la strutturazione di un'azione di ricerca e di sperimentazione volta alla definizione di una metodologia di modellazione che, a partire dall'analisi del dato di acquisizione 3D tramite tecnologia *no contact*, permetta, attraverso la disamina delle potenzialità e criticità, una rappresentazione critica e consapevole del modello costruito.
Grazie allo sviluppo del caso studio presentato è stato possibile valutare la versatilità dei modelli strutturati secondo l'applicazione di un protocollo di rappresentazione BIM. È stato realizzato un modello H-BIM descrittivo dell'intero complesso museale, attraverso il quale è stato possibile mettere a confronto tre differenti possibilità di fruizione:

7: Alcune immagini del risultato della texturizzazione del modello per la fruizione in modalità VR.

una vista VR, la lettura tramite applicazione AR e la stampa tridimensionale. Ciò ha confermato che un modello progettato tramite protocollo BIM può offrire non un modello meramente finalizzato a un pubblico tecnico, ma un sistema, strutturato sulla base tecnica del protocollo BIM, aperto ad un bacino di utenza più ampio. Un risultato che incoraggia l'utilizzo della modellazione parametrica in materia del *Cultural Heritage*, dimostrando il ventaglio di possibilità che i protocolli BIM negli ultimi anni stanno proponendo al settore delle costruzioni e dell'architettura in genere (Fig. 7).

Note

A Marco Morandotti si attribuisce il paragrafo «Introduzione»; ad Anna Dell'Amico i paragrafi «La digitalizzazione dello spazio museale» e «Conclusioni»; a Hangjun Fu «Fruizione del modello e stampa digitale della sala della crociera».

Bibliografia

BONACINI, E. (2020). *I musei e le forme dello storytelling digitale*, Roma, Aracne.

BRANDI, C. (2000, I ed. 1963). *Teoria del Restauro*, Torino, Einaudi.

DE LUCA, L., LO BUGLIO, D. (2014). *Geometry vs Semantics: Open Issues on 3D Reconstruction of Architectural Elements*, in *3D Research Challenges in Cultural Heritage: A Roadmap in Digital Heritage Preservation*, a cura di M. Ioannides, E. Quack, Berlin, Springer, pp. 36-49.

HICHRI, N., STEFANI, C., DE LUCA, L. *et al.* (2013). *From Point Cloud To Bim: a Survey of Existing Approaches, in International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences, vol. XL-5/W2, XXIV International CIPA Symposium*, a cura di P. Grussenmeyer, Strasbourg, Copernicus Publications, pp. 343-348.

LO TURCO, M., MATTONE, M., RINAUDO, F. (2017). *Dal rilievo metrico all'HBIM per l'analisi dello stato di conservazione della fabbrica*, in «ANANKE», Speciale GeoRes 2017 pp. 141-146.

MALDONADO, T. (2005). *Memoria e luoghi dell'abitare. Sulle sorti del sapere nella prospettiva digitale*, Milano, Feltrinelli.

MICELI, A., MORANDOTTI, M., PARRINELLO, S. (2020). *3D survey and semantic analysis for the documentation of built heritage. The case study of Palazzo Centrale of Pavia University*, in «VITRUVIO - International Journal of Architectural Technology and Sustainability», vol. 5, n. 1, pp. 65-80.

PARRINELLO, S., DELL'AMICO, A. (2019). *Experience of Documentation for the Accessibility of Widespread Cultural Heritage*, in «Heritage», vol.1, pp. 1032-1044.

ROGERS, E. N. (1958). *Esperienza dell'architettura*, Torino, Einaudi.

RUSSO, M., REMONDINO, F., GUIDI, G. (2011). *Principali tecniche e strumenti per il rilievo tridimensionale in ambito archeologico*, in «Archeologia e Calcolatori», n. 22, pp. 169-198.

SCANDURRA, S. (2020). *La modellazione informativa del patrimonio architettonico. Sperimentazioni e processi cloud to hbim,* Roma, Aracne editore.

VERDIANI, G., DONATO, V., PIANIGIANI, L. *et al.* (2018). *Patrimonio costruito e BIM: il palazzo di Francesco de' Medici nella Fortezza Vecchia di Livorno fa un secondo passo nell'epoca digitale*, in *Defensive Architecture of the Mediterranean, vol. IX Proceedings of the International Conference on Modern Age Fortification of the Mediterranean Coast Fortmed 2018 Torino, 18th, 19th, 20th October 2018*, a cura di A. Marotta, R. Spallone, Torino, Politecnico di Torino, pp. 1117-1124.

7

PROGETTARE E PIANIFICARE LA CURA

DESIGNING AND PLANNING THE HEALTHCARE

PARAMETRI E CRITERI PER LA CITTÀ SANA: STATO DELL'ARTE

Roberto De Lotto, Caterina Pietra, Elisabetta Maria Venco

Abstract

The World Health Organization states that potentially any city or community can be considered "Healthy", no matter what its current health status is. However, current urban and territorial development programs are strongly influenced by global changes related to climate, environment, technology, and demographics. If experimentation with new tools will not be available, these changes will end up hindering the improvement of individuals' well-being, especially in terms of the quality of urban life.

Keywords

Healthy City, World Health Organization, WHO European Healthy Cities Network, Urbanization, Lifestyle.

Introduzione

Le città oggi accolgono l'enorme vastità dell'esperienza e dello sviluppo umano: da un lato possono essere considerate come la migliore invenzione dell'umanità, ma dall'altro possono rappresentare la più grande minaccia nei confronti del nostro pianeta. Infatti, gli esseri umani popolano le città in quantità soggette a costante crescita, che generano dinamici fenomeni di urbanizzazione. La conferma proveniente dai recenti dati è lampante, come riportato dagli *highlights* del *World Population Prospects 2019*, nei quali si afferma che, partendo da una popolazione pari a 7.7 miliardi nel 2019, si potrebbe arrivare fino a 8.5 miliardi nel 2030, 9.7 miliardi nel 2050 e fino a 10.9 miliardi previsti per il 2100 [United Nations 2019]. È stimato che, secondo la distribuzione della popolazione mondiale, circa la metà potrebbe risiedere nei paesi dell'Africa sub-sahariana, con una crescita regolare fino alla fine del secolo. Di contro, le popolazioni dell'Asia orientale, sudorientale, centrale e meridionale, dell'America Latina e dei Caraibi, insieme a quelle dell'Europa e dell'America settentrionale, numericamente raggiungeranno un picco per poi tendere a diminuire prima della fine del secolo odierno [United Nations 2019]. Nonostante la terra sia occupata da città per una percentuale pari solo al 3%, queste ultime sono produttrici del 75% di emissioni di anidride carbonica e sfruttano circa il 60-80% delle risorse energetiche disponibili. L'insieme di simili fattori espone inevitabilmente il pianeta e i suoi abitanti a rischi di diversa natura che generano pressioni sempre maggiori.

© Aisu International 2020

Le numerose trasformazioni urbane avvenute nel corso degli anni hanno certamente catturato l'attenzione di diversi paesi e relative istituzioni. Gli eventi più recenti si riferiscono, per esempio, ad «Habitat III», la conferenza da parte delle Nazioni Unite dedicata principalmente al tema dello sviluppo urbano sostenibile, tenutasi a Quito, in Ecuador, nel 2016. Questo confronto tra 167 nazioni ha portato all'adozione della «New Urban Agenda», un documento con interesse rivolto principalmente a tutti gli aspetti legati alla città, intesa come sistema complesso, che prevede una serie di collaborazioni altamente multidisciplinari tra più settori – *housing*, trasporti ed infrastrutture, sostenibilità, impegno civico e sociale [Cohen 2015; Parnell 2016; Valencia, Simon, Croese *et al.* 2019].
Tuttavia, appare ovvio che le più attuali riflessioni sul tema sono frutto di rielaborazioni già a partire dai primi documenti ufficiali degli anni Settanta, che miravano a risolvere a vario titolo questioni sociali, economiche e ambientali; ciò che fa la differenza è il *focus* specifico all'interno del contesto in continua trasformazione. Nel caso della «New Urban Agenda», essa può essere definita come ulteriore approfondimento di quanto era già stato analizzato e diffuso tramite i contenuti dell'«Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile», adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel settembre 2015 a New York e approvata da tutti i 193 paesi membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Il programma proposto è fondato su una serie di azioni congiunte e dirette in egual misura alle persone, al pianeta e più in generale alla prosperità come massima sfida globale, sempre finalizzata al raggiungimento dello sviluppo sostenibile. L'«Agenda 2030» è organizzata attraverso i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile, i cosiddetti *Sustainable Development Goals* (SDGs) più i 169 *targets* e 231 indicatori ad essi associati. Gli obiettivi, insieme ai relativi *targets* ed indicatori, sono mirati a porre fine alla povertà, a migliorare la crescita economica, l'istruzione, la salute, la protezione sociale e le opportunità di lavoro, a prevenire ulteriori cambiamenti climatici, nonché a proteggere l'ambiente. All'interno di questo denso quadro di proposte e linee guida, la «New Urban Agenda» si propone come principale veicolo per il rafforzamento diretto degli obiettivi di sviluppo sostenibile, in particolare nell'ambito degli insediamenti urbani.
Alla luce delle precedenti riflessioni, nate dalla diretta osservazione e constatazione dell'assetto mondiale, è possibile affermare che nelle città, oggi più che mai, risulta fondamentale implementare l'interazione tra i contesti propri che la descrivono, fisico e sociale, per poter assicurare il suo ruolo essenziale di generatrice di buona salute. Quest'ultima, infatti, costituisce una risorsa fondamentale per la vita di tutti i giorni, che non può e non deve essere categorizzata come singolo obiettivo per una buona esistenza o, molto semplicemente, come assenza di malattia [World Health Organization 1986].

Healthy City. Da dove nasce e cosa si intende

La tematica della città sana, ampiamente confermata dagli ultimi documenti ufficiali, emerge come concetto intorno alla metà degli anni Ottanta. Infatti, nel 1984, a Toronto, prese forma l'idea riguardante «Healthy Cities Project», nel corso di una conferenza intitolata «Beyond Health Care». L'ipotesi alla base della formulazione di questo

programma era di riuscire a riunire un piccolo numero di città europee per poter collaborare allo sviluppo e all'implementazione di iniziative volte alla promozione della salute urbana grazie alla sottoscrizione di modelli e linee guida che potessero essere adattati a più contesti, quindi replicabili e soggetti a ulteriori messe a punto future. Il progetto fu formalmente diffuso tra il 1987 e il 1988, e avrebbe dovuto rappresentare lo strumento effettivo in grado di realizzare la strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per tutti a livello locale. Quest'ultima venne diffusa a seguito della prima conferenza internazionale sulla promozione della salute tenutasi nel 1986 a Ottawa in Canada, terminata con la firma della Carta di Ottawa per la promozione della salute [World Health Organization 1986]. L'interesse nei confronti del contesto urbano fu giustificato, anche allora, sulla base delle previsioni demografiche secondo cui in pochi anni la maggior parte della popolazione avrebbe vissuto in città.

Tra le prime attività dell'«Healthy Cities Project» si ricorda la conferenza di Lisbona, tenutasi nell'aprile del 1986, in cui si riunirono partecipanti provenienti da 21 città, impegnati a ragionare su come sviluppare l'idea della città sana così da rendere il progetto attuabile e d'interesse comune per altre amministrazioni. «Healthy Cities» fu certamente l'occasione per nutrire nuove speranze e analizzare ulteriori scopi e direzioni in tema di salute pubblica [Ashton, Seymour, Ingledew *et al.* 1986; Tsouros 1991; Draper, World Health Organization. Regional Office for Europe 1993; Tsouros 1997; Lawrence, Fudge 2009; Tsouros 2009]. L'approccio prevedeva il raggiungimento degli obiettivi specifici attraverso la definizione di piani d'azione quinquennali a partire dal 1988; la partecipazione a ciascuna fase era volontaria ed era necessario impegnarsi per produrre materiale idoneo che attestasse i risultati raggiunti.

Nel 2018, la Rete europea delle città sane ha compiuto i trent'anni di attività, durante i quali ha promosso intensamente progetti che mirassero alla diffusione su ampia scala di stili di vita nuovi e salutari, che fossero in grado di modificare concretamente gli ambienti urbani. Finora la rete coinvolge più di cento città e trenta nazioni, per un totale di 1.400 comuni e numerose esperienze positive; ne fanno parte anche alcune città italiane quali Modena, Udine e Venezia, che hanno preso parte alla fase VI (2014-2018). Le priorità sono diverse per ciascuna di esse; attualmente è in corso la fase VII, che ha come scopo principale quello di sottolineare l'importanza dei governi locali in merito allo sviluppo della salute e del benessere attraverso strumenti capaci di sfruttare le potenzialità di innovazione e cambiamento delle varie parti interessate [WHO Regional Office for Europe 2019].

Il moderno significato di "*Healthy City*" è attribuito a Leonard Duhl e Trevor Hancock, i quali furono coinvolti sin dall'inizio nel progetto delle città sane [Duhl, Hancock 1997]. Essi affermarono che «una città sana è quella che crea e migliora continuamente i propri ambiti fisici e sociali ed espande le risorse della comunità che consentono alle persone di sostenersi a vicenda nel compiere la totalità delle funzioni della vita sviluppando in tal modo il loro massimo potenziale» [Duhl, Hancock 1988, 24], come si legge anche nell'*Health Promotion Glossary* [World Health Organization 1988, 13]. Dal momento che una città sana si identifica tramite un processo e non come risultato, ciò significa che una qualsiasi città può essere considerata sana, senza dipendere dal suo stato di

salute attuale. Inoltre, una città sana non corrisponde a una che abbia ottenuto uno stato di salute particolare; si tratta piuttosto di uno specifico sistema a conoscenza del proprio fattore salute, che si sforza di migliorarlo e promuoverlo nel corso del tempo.

Analisi dei parametri principali

Attraverso un'operazione di sintesi dell'ampio quadro di riferimento, emerge che i principali temi trattati in materia di città sana riguardano:

- La qualità dell'aria;
- Lo stile di vita;
- Il verde urbano.

Tali tematiche includono parametri che, in un'ottica sistemica, interagiscono generando effetti diversificati sullo stato della città e dei suoi utilizzatori, tutti parte del sistema complesso "città". Buona parte di questi parametri costituiscono gli elementi base per la definizione dell'insieme delle linee guida adottate ai vari livelli amministrativi in relazione al tema "*Healthy City*", che comprendono azioni mirate di pianificazione urbana o comportamenti ritenuti eticamente corretti. Certe azioni hanno conseguenze dirette sull'ambiente e possono essere positive o negative, soprattutto in relazione all'incidenza temporale di breve o lungo termine.

Sviluppo degli indicatori

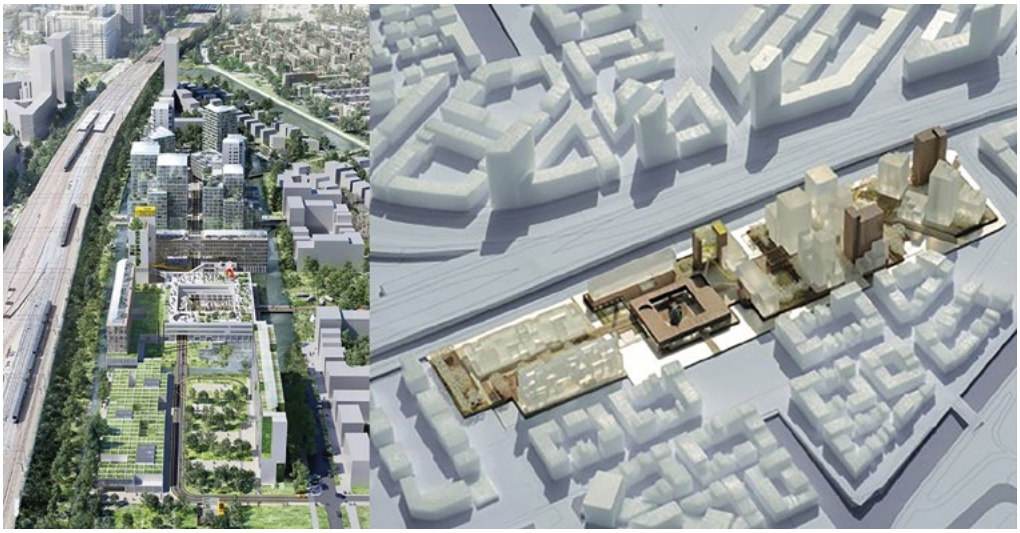
Relativamente alla qualità dell'aria, una città sana promuove l'utilizzo del trasporto attivo e pubblico. A partire dalla seconda metà del XX secolo, viviamo in un mondo in cui il movimento sostenuto dal corpo è decisamente inferiore rispetto a quello alimentato dai motori [Illich 1973]. L'Organizzazione Mondiale della Sanità intende per trasporto attivo il semplice camminare, utilizzare la bicicletta e, in generale, si riferisce a quelle possibilità di trasporto che siano, nel complesso, accessibili e sicure per la maggior parte degli utenti. Oltre a ciò, una persona può essere definita attiva nel momento in cui svolga circa 150 minuti alla settimana di esercizio moderato, come camminare; se il tipo di trasporto attivo è rappresentato dalla bicicletta, i minuti settimanali scendono a 75 [World Health Organization 2010]. Pertanto, l'aspetto della *walkability,* intesa come possibilità di raggiungere lo spazio lavorativo, commerciale o sociale a piedi, in bicicletta o con i mezzi pubblici, è di particolare interesse. A tal fine, una corretta calibrazione del *mix* funzionale, all'interno del tessuto urbano, è utile per la definizione di soluzioni ottimali che tengano conto di tali obiettivi, e questo anche in relazione all'effettiva diminuzione del fattore esposizione [De Lotto, Pietra, Venco 2019]. Inoltre, questo tema è al centro di numerosi progetti nell'ambito della Rete delle città sane, un programma istituito nel 1995 in Italia, che segue le linee guida principali proposte dalla Carta di Ottawa dell'ONU. Esso nasce come movimento di comuni e successivamente, nel 2001, diventa associazione senza scopo di lucro; ad oggi ne prendono parte oltre settanta comuni con l'obiettivo di accrescere la salute per tutti, l'equità e la sostenibilità. In Lombardia hanno aderito al programma: Cassano Magnago, Milano, Segrate, Pavia, Bergamo, Cremona,

Alfianello, Curtatone, Castiglione delle Stiviere, Ostiglia; città capitana della rete è l'emiliana Modena.
Attualmente lo stile di vita è particolarmente affetto dalla diffusione su scala globale delle malattie non trasmissibili, le note *Non Communicable Diseases*, che sono causate principalmente da una vita sedentaria, un'alimentazione scorretta, abitudini malsane (fumo, alcol, droghe, ecc.) e che contano per circa 2/3 del carico totale di tali patologie. Si tratta per la maggior parte di malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori, obesità. Quest'ultima, in particolare, ha subito un aumento a livello mondiale pari al 27,5% negli anni tra il 1980 e il 2013 [Ng, Fleming, Robinson *et al.* 2014]; inoltre, la morte prematura dovuta all'obesità è aumentata dal 45% al 300% a seconda del grado di gravità [The Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio, Bhupathiraju *et al.* 2016]. Ulteriori cause che influenzano lo stile di vita dipendono dagli incidenti stradali e dalla criminalità, la quale, in molti casi, coinvolge intere aree urbane – *slums*, quartieri degradati, aree isolate – generando livelli alti di insicurezza percepita e correlati problemi di salute psicologica.
Gli spazi verdi urbani influiscono in maniera estremamente positiva sulla vita di coloro che ne usufruiscono. I vantaggi dal punto di vista ambientale ed ecologico sono numerosi, come confermano gli studi a riguardo; le aree verdi, infatti, incidono sulle condizioni climatiche locali, possono ridurre gli effetti provocati dalle isole di calore urbane [Bowler, Buyung-Ali, Knight *et al.* 2010] e collaborare per il sequestro di CO2 [Calfapietra, Fares, Loreto 2009] attraverso l'integrazione di varie specie di alberi e di piante in fase di progettazione. In maniera più semplice e intuitiva e tramite una visione più generalizzata, gli spazi verdi urbani oggi rappresentano gli unici mezzi di contatto con la natura all'interno del vasto spazio costruito; essi sono in grado di attivare positivamente la vita quotidiana dei residenti e la comunicazione fra loro, generando in tal modo interazione tra *city-users* e ambiente.
I legami di interrelazione tra i fattori sopracitati sono evidenti e fanno sì che la combinazione e il confronto tra simili informazioni diventino di fondamentale importanza per arrivare a una sistematizzazione dei dati e contestuale definizione di strategie pianificatorie di rigenerazione urbana della città esistente, allo scopo di aumentare i parametri descrittori della *Healthy City*.

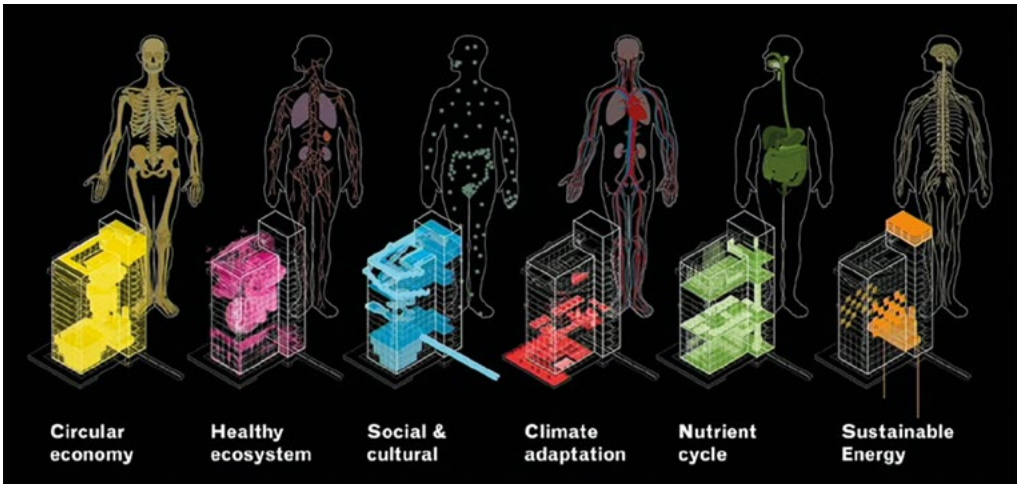
L'approccio ecologico come guida per le *Healthy Cities* del futuro

Nel corso degli anni, il benessere delle persone ha subito notevoli miglioramenti sotto numerosi punti di vista, generando comunque un processo che a tratti appare dicotomico; basti pensare alle imprese di produzione e le problematiche di inquinamento o sfruttamento del lavoro ad esse relative. Infatti, la domanda di beni assume una forte rigidezza se rapportata alla coscienza del singolo consumatore: colui che acquista il bene, in un certo senso, accetta consciamente i possibili danni o ingiustizie che nascono e si sviluppano a seguito della realizzazione di quel determinato bene. È pertanto impossibile pensare di poter modificare gli assetti urbani esistenti prevedendo l'eliminazione di

certi elementi senza contemplare l'introduzione di validi sostituti che abbiano le capacità di soddisfare ugualmente le esigenze del consumatore medio.
Nel marzo 2020 l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico ha pubblicato «How's Life?», un rapporto multidisciplinare che tratta undici dimensioni del benessere – reddito e patrimonio, lavoro e guadagno, alloggi, salute, istruzione, equilibrio vita-lavoro, ambiente, connessioni sociali, impegno civico, sicurezza e benessere soggettivo – riferito ai 37 paesi membri dell'organizzazione, su base internazionale, e ad altri quattro paesi partner. La quinta edizione del rapporto dimostra che dal 2010 il fattore salute delle persone è mutato generando effetti positivi, nonostante gli sviluppi siano avvenuti con tempistiche molto dilatate e in maniera irregolare [OECD 2020]. Tuttavia, riprendendo il discorso sulle azioni che generano altrettante reazioni, il contributo sottolinea chiaramente come il processo di valorizzazione del benessere nel complesso non sia stato accompagnato dall'accrescimento delle risorse che sostengono il mantenimento dello stesso nel tempo e che influiscono sul capitale naturale, umano economico e sociale.
Dunque, per reagire efficacemente diventa importante modificare il proprio punto di vista sul mondo e le città che lo rappresentano, incominciando a comprenderle, osservarle e trattarle al pari di un altro umano. L'idea è avvalorata anche dal fatto che l'uomo ha conferito nuovamente alla natura, nelle sue diverse definizioni, e a ciò che la circonda un ruolo attivo per la propria vita, dovuto dal fatto di esserne esso stesso parte integrante: un concetto estremamente ecologico e in linea con la visione della città sana come luogo capace di dare forma alle possibilità umane [Egoroy, Mudu, Braubach *et al.* 2016]. La sperimentazione di progetti che intervengono sulla struttura urbana a partire da parallelismi con la morfologia umana non costituisce un argomento nuovo. Infatti, simili rappresentazioni risalgono già a partire da disegni e scritti di Leonardo da Vinci



1: Bajes Kwartier Masterplan, gennaio 2021 [https://www.archdaily.com/879558/oma-and-fabrications-win-competition-to-transform-former-prison-complex-in-amsterdam; rielaborazione a cura di R. De Lotto, C. Pietra, E. M. Venco].



2: Rappresentazione dei sei temi dell'urbanistica sana per il Bajes Kwartier Masterplan, gennaio 2021 [https://www.ted.com/talks/eric_frijters_let_s_design_healthy_cities?utm_campaign=tedspread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare; rielaborazione a cura di R. De Lotto, C. Pietra, E. M. Venco].

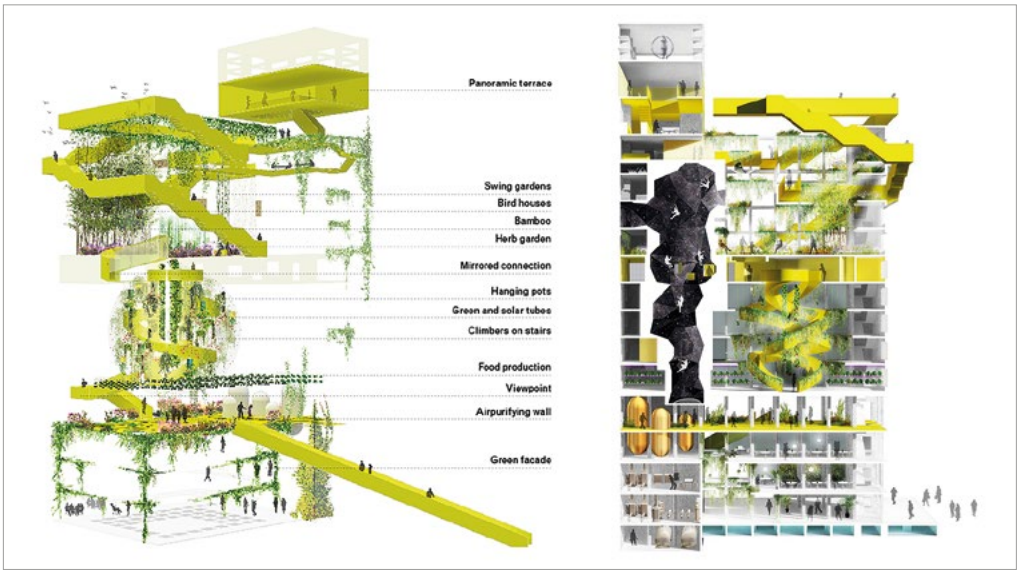
fino al Novecento, quando Arturo Soria y Mata e Ebenezer Howard associavano la città all'organismo umano, insieme anche a Le Corbusier che considerava la città come insieme di fenomeni biologici [Batty, Marshall 2009]. Pertanto, seguendo il paragone, il complesso sistema urbano è costituito da una serie di ulteriori sottosistemi: arterie per trasportare materiale e nutrimento, nervi in grado di trasmettere messaggi, un sistema escretorio e uno respiratorio, ecc.; ha poi la capacità di sperimentare e imparare dai propri errori, adattarsi e far fronte al cambiamento, come un sistema resiliente che può comunicare e scambiare informazioni con i suoi membri. Tale rappresentazione, quasi estremizzata, non finisce con il fornire una soluzione che sia definitiva, ma apre la strada a possibili interessanti alternative, sempre alla ricerca di un equilibrio flessibile tra i numerosi compromessi della società. Visti i progressi attuali, le soluzioni aumentano e ispirano sempre più progettisti.

Un esempio particolarmente interessante è il progetto proposto nel 2017 per il Bajes Kwartier Masterplan, un ex complesso carcerario degli anni Settanta che si estende per 7,5 ettari a SE di Amsterdam, il quale sarà riqualificato da FABRICations, OMA e Lola Landscape Architects entro il 2023 (Fig. 1). Il *masterplan* prende in considerazione i sei temi dell'urbanistica sana, ovvero (Fig. 2):

- Vita sana;
- Economie vitali;
- Sistemi resilienti;
- Connessione socioculturale;
- Transizione energetica;
- Riciclo.

Oltre ai sei aspetti, il progetto intende generare una visione olistica delle interazioni tra i diversi *layer*, confermando il fatto che oggi il lavoro deve necessariamente focalizzarsi non

solo sui singoli interventi spaziali delle città, ma anche sugli interventi sistemici tra le varie parti della città, sempre nell'ottica di un principio metabolico che si riscontra anche nella previsione di riutilizzo o riciclo del 98% del materiale da costruzione già esistente.
Pertanto, la strategia adottata si traduce nello studio di un'ossatura organizzativa, definita anche in modo formale (atteso che, nel contesto del presente articolo, la forma progettuale non è esaustiva delle possibili utilizzazioni che lo spazio può includere), che mira a sviluppare un'infrastruttura economica solida insieme ad una serie di opportunità atte a valorizzarla.
Il *mix* funzionale prevede la realizzazione di circa 1.350 unità residenziali, che comprendono sia alloggi di lusso che a prezzi più accessibili. Il complesso possiede sei torri, cinque delle quali verranno distrutte; l'unica conservata, "la torre verde", avrà un ruolo cruciale, in quanto rappresenterà il riferimento urbano e l'icona del nuovo quartiere. Infatti, essa sarà anche l'edificio di riferimento per la raccolta di tutti i rifiuti del quartiere che verranno smaltiti e successivamente trasformati in energia e *compost* per alimentare le aree verdi (Fig. 3). Ulteriori spazi prevedono un ristorante, un centro sanitario, una scuola, parchi e un parcheggio sotterraneo. Questi edifici sono tutti progettati per generare il minor impatto possibile sull'ambiente dal punto di vista energetico, grazie all'utilizzo di sistemi di isolamento con elevata resistenza al flusso conduttivo, pannelli solari, turbine eoliche e un impianto di decomposizione dei rifiuti organici. L'obiettivo finale è quello di valorizzare il contesto di Amsterdam attraverso l'inclusione del nuovo complesso, studiato per essere perfettamente integrato e connesso al resto della città secondo i temi dell'urbanistica sana, massimizzando pertanto i suoi benefici verso la città e i suoi abitanti.



3: Dettaglio "torre verde", gennaio 2021 [https://www.fabrications.nl/portfolio-item/bajes-kwartier-green-tower-groene-toren/; rielaborazione a cura di R. De Lotto, C. Pietra, E. M. Venco].

Conclusioni

Le terminologie "*Healthy City*" e "città sana" sono state utilizzate nel testo come sinonimi, anche se la dizione inglese è maggiormente espressiva dell'oggetto specifico e delle implicazioni di natura comportamentale a cui esso si riferisce. "*Healthy*", nel contesto, si tradurrebbe meglio con "salutare" e non strettamente "sano" inteso come privo di patologie. Salutare è tutto ciò che può instradare verso una diminuzione o eliminazione di patologie, quindi che può aiutare ad essere o diventare sani.

Inoltre, pur rimanendo sottotraccia, è opportuno sottolineare che l'ottica urbanistica è quella di immaginare una forma urbana o un modo di vivere la città in qualche misura migliore – e nel contesto specifico ciò si traduce in "più salutare" – della situazione attuale. Nell'ottica degli studi urbani e della pianificazione e progettazione urbanistica e territoriale, appare evidente come, nella definizione e nelle pratiche divulgative relative al benessere nel contesto urbano, siano sottesi due aspetti che hanno natura molto differente tra loro: un primo tema riguarda la città fisica e gli aspetti di natura geografica e/o riferibili ad aspetti quantitativi o geolocalizzabili, ad esempio la quantità di verde presente in una città, la qualità dell'aria espressa come dati relativi alle concentrazioni di inquinanti nell'aria, il rapporto aeroilluminante di un edificio, ecc. Il secondo, invece, riguarda il modo di vivere la città e le attitudini legate alla popolazione che vi risiede o che ne usufruisce, avendo tutto ciò un legame con la salubrità urbana, ad esempio tramite l'effettivo utilizzo dei percorsi ciclabili, la quantità di kilometri percorsi al giorno a piedi da una persona, ecc. Per semplificare, si può sintetizzare questo apparente dualismo in città fisica e città vissuta. Si tratta di due elementi governabili con strumenti diversi: la città fisica è realmente guidabile attraverso strumenti di piano come i piani regionali, provinciali, comunali e attuativi, mentre la città vissuta non ha strumenti operativi vigenti o immaginabili che non passino attraverso la dicotomia tra i divieti assoluti – ad esempio la limitazione del traffico urbano nei casi di eccessiva concentrazione di polveri sottili nell'aria, oppure l'impossibilità di spostarsi dal proprio domicilio nel periodo di pandemia – e la persuasione tramite campagne informative di natura governativa o di ONG per la tutela ambientale.

In effetti, la semplice disponibilità di oggetti o elementi urbani che mirano alla maggiore qualità della vita, cioè azioni per la città fisica, non è sufficiente a modificare la città vissuta finché la popolazione non percepisce l'emergenza della sicurezza della salute urbana e non intende agire di conseguenza. Il piano urbanistico può arrivare al massimo alla dotazione degli elementi urbani e la loro prossimità rispetto alle aree di maggiore densità insediativa o di uso, siano essi pubblici, privati o definiti da regimi di uso misti, e invitare all'uso appropriato di tali elementi a scopi benefici per la salute. Tuttavia, lo stesso non può, ad esempio, obbligare la popolazione a limitare l'uso della mobilità privata nei brevi tratti a favore di quella collettiva, ciclabile e pedonale, a meno che non introduca dei vincoli assoluti, come le aree a traffico limitato con tutte le loro differenti applicazioni. Quindi, il tema degli strumenti da adottare per la città salubre, trascende le possibilità della sola disciplina urbanistica e necessariamente chiama in causa non solo competenze multidisciplinari, ma specifiche competenze comunicative e di "*moral*

suasion" che risiedono in campi slegati o meno legati ad aspetti quantitativi o geografici. Certamente si può parlare di un complesso di conoscenze e competenze di natura trans-disciplinare.
L'intero ragionamento può facilmente essere esteso al più generale tema della ormai onnipresente resilienza. Tutti noi, come esseri umani, abbiamo il potere di adattarci ai cambiamenti di fronte a situazioni critiche, e a dare forma al nostro futuro imparando da ciò che abbiamo sperimentato. Quindi, l'obiettivo finale è quello di ripensare a come costruiamo; in questo senso la recente pandemia ha evidenziato la necessità di modificare alcuni paradigmi e muoversi verso la progettazione di città sane/salubri, secondo soprattutto il vissuto e la diretta sperimentazione quotidiana che ruota attorno ad esse.

Bibliografia

ASHTON, J., SEYMOUR, H., INGLEDEW, D., IRELAND, R., HOPLEY, E., PARRY, A., RYAN, M., HOLBOURN, A. (1986). *Promoting the new public health in Mersey*, in «Health Education Journal», n. 45, pp. 174-179.

BATTY, M., MARSHALL, S. (2009). *The evolution of cities: Geddes, Abercrombie and the New physicalism*, in «Town Planning Review», vol. 80, pp. 551-574.

BOWLER, D. E., BUYUNG-ALI, L., KNIGHT, T. M. *et al.* (2010). *Urban greening to cool towns and cities; a systematic review of the empirical evidence*, in «Landscape and Urban Planning», vol. 97, n. 3, pp. 147-155.

CALFAPIETRA, C., FARES, S., LORETO, F. (2009). *Volatile organic compounds from Italian vegetation and their interaction with ozone*, in «Environmental Pollution», n. 157, pp. 1478-1486.

COHEN, M. A. (2015). *From Habitat II to Pachamama: A Growing Agenda and Diminishing Expectations for Habitat III*, in «Environment and Urbanization», n. 28, pp. 3-48.

DE LOTTO, R., PIETRA, C., VENCO, E. M. (2019). *Risk analysis: a focus on Exposure estimation*, in *Computational Science and Its Applications – ICSSA 2019 Proceedings*, a cura di S. Misra, O. Gervasi, B. Murgante, Sankt-Peterburg, Springer International Publishing, pp. 407-423.

DRAPER, R., WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1993). *WHO Healthy Cities Project: Review of the First Five Years (1987–1992): A Working Tool and A Reference Framework for Evaluating the Project*, København, WHO Regional Office for Europe.

DUHL, L., HANCOCK, T. (1988). *Promoting Health in the Urban Context*, collana «WHO Healthy Cities Papers», n. 1., København, WHO Healthy Cities Project Office.

DUHL, L., HANCOCK, T. (1997). *Industrialized countries: healthy cities, healthy children*, in «The Progress of Nations», a. 1997, pp. 59-61.

EGOROY, A. I., MUDU, P., BRAUBACH, M. *et al.* (2016). *Urban Green Spaces and Health*, København, WHO Regional Office for Europe.

ILLICH, I. (1973). *Tools for Conviviality*, New York, Marion Boyars.

LAWRENCE, R., FUDGE, C. (2009). *Healthy Cities in a global and regional context*, in «Health Promotion International», vol. 24, n. s. 1, pp. 11-18.

NG, M., FLEMING, T., ROBINSON, M. *et al.*, (2014). *Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, in «Lancet», n. 384, pp. 766-781.

OECD (2020). *How's life? 2020: Measuring Well-being*, Paris, OECD Publishing.

PARNELL, S. (2016). *Defining a Global Urban Development Agenda*, in «World Development», n.78, pp. 529-540.

THE GLOBAL BMI MORTALITY COLLABORATION, DI ANGELANTONIO, E., BHUPATHIRAJU S. *et al.* (2016). *Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents*, in «Lancet», n. 388, pp. 776-786.

TSOUROS, A. D. (1997). *The WHO Healthy Cities Project: State of the art and Future Plans*, København, WHO Regional Office for Europe.

TSOUROS, A. D. (2009). *City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network*, in «Health Promotion International», vol. 24, n. i. 1, pp. 4-10.

VALENCIA, S. C., SIMON, D., CROESE, S., NORDQVIST, J., OLOKO, M., SHARMA, T., BUCK, N. T., VERSACE, I. (2019). *Adapting the Sustainable Development Goals and the New Urban Agenda to the City Level: Initial Reflections from a Comparative Research Project,* in «International Journal of Urban Sustainable Development», n. 11, pp. 4-23.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1988). *Health promotion glossary*, Genève, Division of Health Promotion, Education, and Communication.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2010). *Global recommendations on physical activity for health*, Genève, WHO.

World Health Organization Healthy Cities Project: A Project Becomes a Movement: Review of Progress 1987 to 1990 (1991), a cura di A. D. Tsouros, Milano, Sogess.

Sitografia

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/423): https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf [gennaio 2021].

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, (2019). *Implementation Framework for Phase VII (2019–2024) of the WHO European Healthy Cities Network: Goals, Requirements and Strategic Approaches*, København: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/400277/04-FINAL-Phase-VII-implementation-framework_ENG.PDF [gennaio 2021].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*: https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf [gennaio 2021].

LUOGHI DELLA CURA E CITTÀ STORICHE: GLI OSPEDALI MONUMENTALI NAPOLETANI

Lorenzo Diana, Francesco Polverino

Abstract

The history of cities is closely linked to the success of monumental hospitals (MHs). In Naples, MHs are several and varied; however, some recurring elements can be identified, such as the presence of an inner open space, with artistic and environmental value, around which these structures are organized. Over the years, MHs have been partially abandoned, and today are subject to transformations into low-care health facilities: structures close to citizens and with less impact than traditional hospitals.

Keywords

Monumental hospitals, regeneration; low-care structure, cultural heritage, transformation.

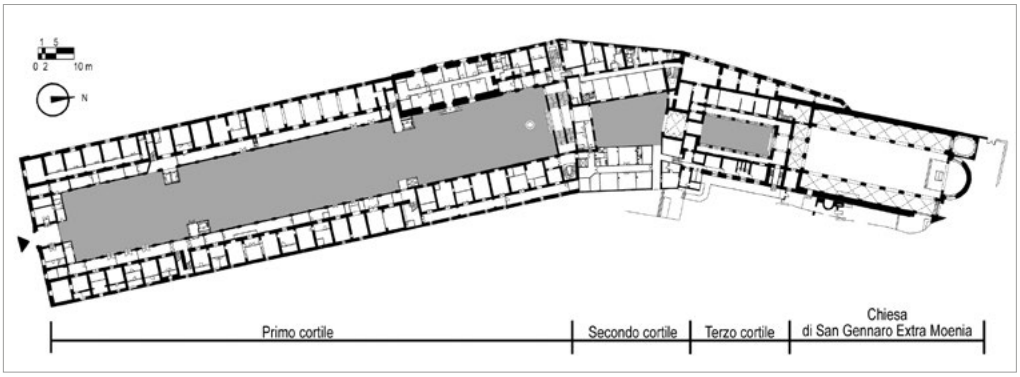
Introduzione

La storia della città di Napoli è strettamente connessa all'affermazione dei luoghi di cura e dei complessi conventuali, loro antenati ancestrali. Attorno a questi luoghi si sono sviluppati quartieri che da tali strutture hanno attinto linfa vitale, sofferenze, drammi, ma anche reddito e scambi commerciali. Gli scambi osmotici tra città e luoghi della cura caratterizzano le città storiche e antiche, scambi che a volte si riducevano all'abbandono di un fagotto piangente in una ruota girevole di legno. I luoghi della cura si vanno a inserire in aree centrali, già urbanizzate, ponendosi come opere pie per offrire sostegno e carità alla popolazione; altre volte, invece, sono le città a svilupparsi attorno ai luoghi della cura, come nel caso degli ospedali *extra moenia* che hanno determinato la strutturazione e l'infrastrutturazione del territorio. In tale ottica, la città di Napoli è un caso di studio emblematico non soltanto per la quantità di strutture ospedaliere monumentali presenti in contesto urbano, ma per una serie di evidenti caratteristiche che ne definiscono il valore, dalla ricchezza artistico-culturale alla qualità tipologica e costruttiva.
Camminando per le aree centrali della città troviamo strutture originariamente conventuali che nel corso dell'Ottocento sono state trasformate, non senza alterazioni dell'impianto originario, in ospedali convenzionali, come l'ex Presidio Ospedaliero Gesù e Maria al quartiere Avvocata. Il Gesù e Maria nasce come convento nel corso del Seicento e subisce un pesante intervento di trasformazione per garantire lo svolgimento al suo interno della funzione ospedaliera, per opera dell'ing. Federico Travaglini

© Aisu International 2020

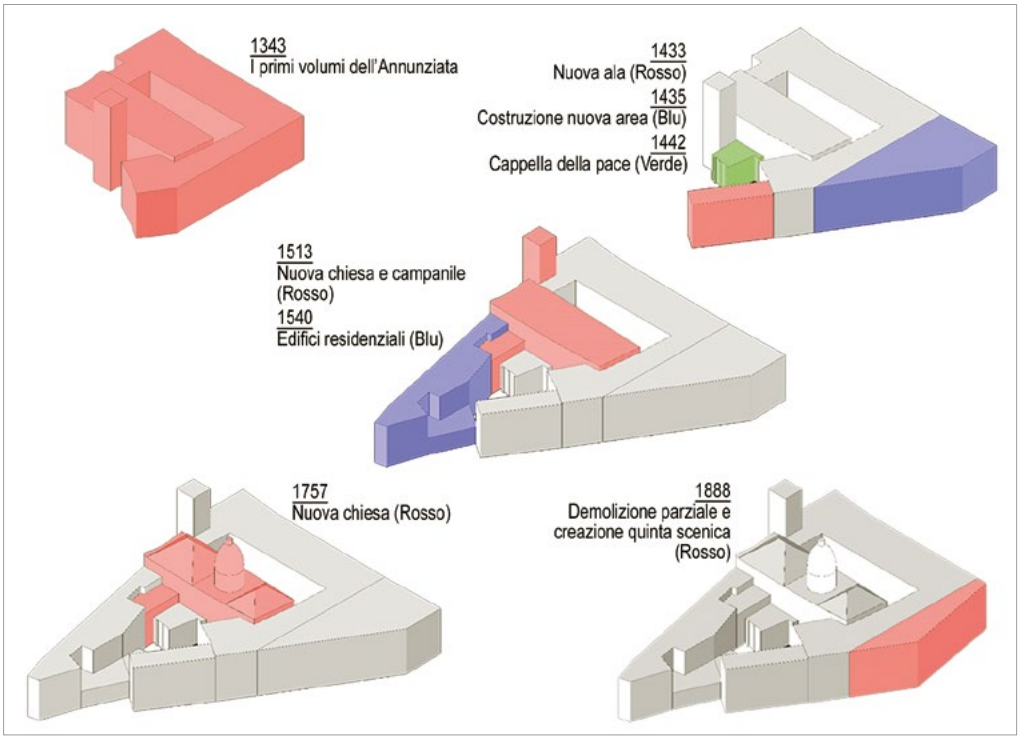
attorno al 1865 dopo l'unità d'Italia [Picone 1996, 137-142]; tale intervento è operato non senza stravolgimenti (Fig. 1). La trasformazione avviene su diversi livelli: attraverso azioni sulla facciata e l'inserimento nei punti nodali di elementi distributivi verticali monumentali; attraverso la creazione di ampi stanzoni al posto delle celle monastiche; attraverso la chiusura del percorso porticato attorno al chiostro e la separazione dello stesso in due parti distinte con l'inserimento di un volume centrale.
Di altra genesi sono le strutture nate in contesti originariamente extraurbani, attorno a luoghi ecclesiastici e cimiteriali *extra moenia*, ritenuti miracolosi come le catacombe e localizzati in luoghi salubri per esorcizzare e contrastare pesti e malattie infettive, come l'ospedale San Gennaro dei Poveri, sulle pendici della collina di Capodimonte, che ha influenzato lo sviluppo di tutto il rione Sanità [Buccaro 1991]. Il complesso si presenta con un'articolazione volumetrica piuttosto compatta: un doppio corpo di fabbrica articolato dal susseguirsi di tre cortili (Fig. 2). L'ospedale, come ampliamento dell'originario

1: L. Diana, Ex P.O. Gesù e Maria – la trasformazione di Travaglini, 2020 [Rielaborazione su disegni di M. D'Alessio].



2: L. Diana, San Gennaro dei Poveri – il susseguirsi delle tre corti, 2020 [Rielaborazione su disegno di D. Volpe].

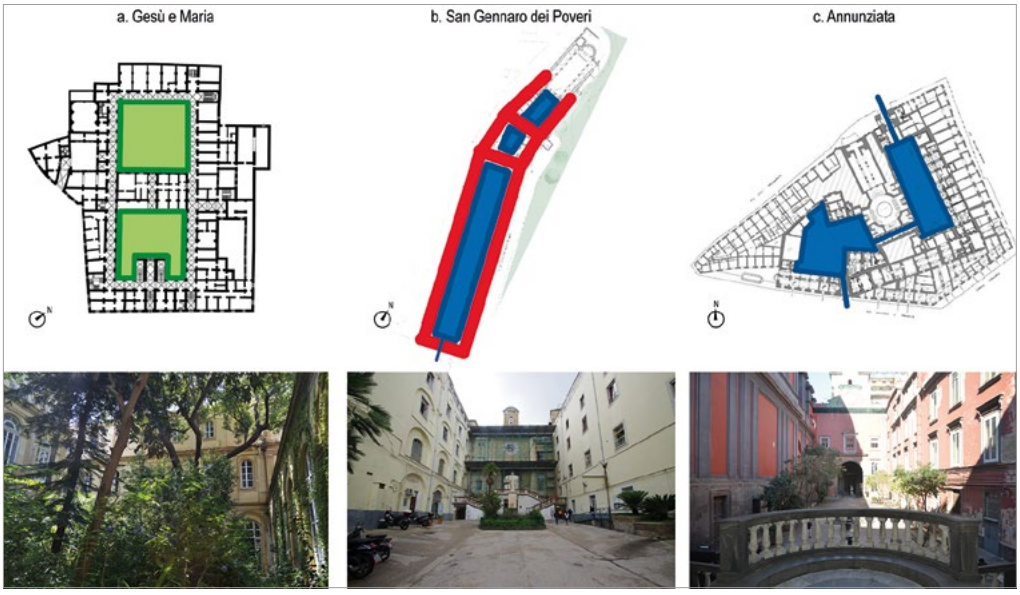
convento già parzialmente impiegato come luogo per la cura degli appestati, fu realizzato nel 1656, a seguito della devastante epidemia di peste, con l'aggiunta del corpo anteriore. Il primo cortile, quello principale su cui insiste l'ospedale, si sviluppa a partire dall'ingresso sud per una notevole lunghezza, con due ordini di sedici arcate, oggi tamponate, e due ordini di semplici finestre. Il secondo cortile, più piccolo del primo, fa sempre riferimento all'ospedale e presenta un androne coperto da una volta a botte lunettata ricca di affreschi, mentre il terzo cortile, di dimensioni ridotte, è di pertinenza della chiesa di San Gennaro e presenta sul lato nord la facciata della basilica. Nel caso dell'ospedale di San Gennaro dei Poveri si può notare come, anche analizzando carte e vedute storiche, su tutte la carta Carafa del 1775 e la veduta Schiavoni del 1807, la città si struttura e si infrastruttura attorno al luogo di cura stesso.
Altro caso ancora è quello delle strutture ospedaliere sorte contestualmente ai complessi ecclesiastici come il complesso degli Incurabili a Caponapoli e l'ospedale SS. Annunziata a Forcella, emblema primigenio dell'emancipazione femminile. Quest'ultimo nasce nel XIV secolo insieme all'annessa chiesa, al convento, all'ospizio per i trovatelli e a un conservatorio per le esposte [Marino 2014]. Assai celebre è la ruota degli esposti, tuttora visitabile: un foro attraverso il quale erano introdotti nella ruota gli "esposti", cioè i neonati che le madri abbandonavano per miseria o perché illegittimi. La chiesa nella sua conformazione attuale è stata realizzata su progetto di Luigi Vanvitelli nella seconda metà del Settecento, con l'illustre facciata concava che rimanda al bassorilievo dell'Annunziata all'ingresso, in cui la Madonna accoglie sotto il proprio mantello tutti gli orfanelli raccolti nella ruota degli esposti. L'ospedale della SS. Annunziata si configura come un palinsesto nella sua accezione di manoscritto antico, il cui testo originario è stato cancellato e sostituito da un altro disposto nello stesso senso a sottolineare la stratificazione e i diversi interventi susseguitisi nel corso dei secoli sino alla fine dell'Ottocento (Fig. 3), quando con l'intervento del Risanamento e la realizzazione di corso Umberto una parte dell'edificio fu troncata. Tale operazione implicò la necessità di coprire con una facciata scenica le aperture che si erano venute a creare su delle corti interne secondarie rinascimentali.



3: L. Diana, Ospedale SS. Annunziata – il palinsesto, 2020 [Rielaborazione su disegni di M. Raiano].

I casi rapidamente presentati non si differenziano esclusivamente per genesi, bensì per un'organizzazione di impianto variegata. Il Gesù e Maria ha un classico impianto conventuale articolato attorno a un chiostro centrale [Ferraro 2002a]. Il San Gennaro dei Poveri è costituito da un doppio corpo di fabbrica di quattro piani che definisce tre cortili dai bracci lunghi centinaia di metri. L'ospedale della SS. Annunziata è un edificio complesso determinato da continue addizioni e superfetazioni, articolato su quattro livelli [Ferraro 2002b].

Seppur distinti per genesi e caratteristiche d'impianto, di certo si possono riscontrare elementi ricorrenti che permettono una lettura trasversale di alcuni aspetti tipologici; uno di questi è la presenza di uno spazio centrale aperto attorno al quale le strutture si distribuiscono (Fig. 4). Al Gesù e Maria vi sono due chiostri originariamente congiunti; al San Gennaro delle corti dallo sviluppo lineare cinte da un doppio corpo di fabbrica; ancora, all'Annunziata due cortili connessi da camminamenti suggestivi, coperti e in connessione diretta con i locali ecclesiastici. Tali spazi si declinano come ambiti dalla forte valenza artistica e ambientale, per la presenza di pregevoli opere artistiche e architettoniche o di giardini e alberature di rilievo, e sono legati alla deambulazione di pazienti, parenti, medici, originariamente degli ecclesiastici e genericamente dei cittadini, che nell'usufruire del beneficio della cura avevano modo di assaporarne appieno l'essenza.



4: L. Diana, Gli spazi aperti: a. i giardini del Gesù e Maria; b. le corti lineari del San Gennaro; c. le corti monumentali dell'Annunziata, 2020 [Foto di: a. M. D'Alessio; b. D. Volpe; c. L. Diana].

La dismissione degli ospedali monumentali e le rifunzionalizzazioni leggere

Purtroppo, stravolgimenti distributivi, utilizzi impropri e l'inserimento di elementi tecnologici hanno determinato una percezione distorta di questi spazi aperti. Si pensi, nel caso del Gesù e Maria, all'intervento di Travaglini di chiusura del porticato aperto che ha negato la possibilità di camminare in uno spazio aperto attorno al chiostro originario. Si pensi all'inserimento degli ascensori nelle corti del San Gennaro, che hanno occluso la percezione della corte lineare, o la chiusura delle gallerie ai piani superiori. Ancora, si pensi all'utilizzo improprio di una delle due corti del SS. Annunziata, utilizzata come parcheggio dei dipendenti. Ad oggi questi spazi aperti e di inestimabile valore sono in gran parte irraggiungibili. Con il progresso delle cure dall'alto contenuto tecnologico e del relativo impatto in termini strutturali e infrastrutturali, il forte legame originario tra gli spazi di cura degli ospedali monumentali e la città attorno, nel corso degli anni, è andato via via perdendosi fino al punto che, non essendo più sostenibile per le strutture ospedaliere monumentali essere al passo con i requisiti dei nosocomi moderni, tali strutture sono state totalmente o parzialmente dismesse, rendendo dunque i relativi luoghi di valore irraggiungibili. Si noti lo stato di totale abbandono in cui versano alcuni spazi del Gesù e Maria e del San Gennaro dei Poveri e il parziale inutilizzo di alcune superfici del SS. Annunziata.

Il quadro di diffuso abbandono, tuttavia, diviene risorsa per prospettare possibili interventi di rigenerazione delle strutture, presenti tra l'altro in quartieri particolarmente disagiati e che potrebbero trarre un netto vantaggio dalla riattivazione di alcune funzioni

sociosanitarie. Nell'attuale contesto di riorganizzazione della rete delle strutture sociosanitarie si inserisce il percorso tracciato dal Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera della regione Campania, ai sensi del decreto ministeriale n. 70 del 2015 [«Gazzetta Ufficiale» 2015], nel quale gli ospedali monumentali sono oggetto di possibili interventi di rifunzionalizzazione con l'inserimento di strutture a finalità sociosanitaria, sgravate dell'impatto dei nosocomi tradizionali. Procedendo in tale direzione, gli ospedali storici sarebbero alleggeriti dalle funzioni ad alto contenuto tecnologico proprie dell'ospedale convenzionale, pur rimanendo in ambito dell'edilizia per la sanità: diventerebbero sedi di strutture assistenziali intermedie più attinenti alla medicina di base. Per strutture sanitarie intermedie si intendono quelle strutture a degenza temporanea che devono assicurare ricovero e assistenza di natura prevalentemente infermieristica e rendere disponibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale. Il processo di conversione funzionale è stato definito dagli autori come "rifunzionalizzazione leggera": s'intende una rifunzionalizzazione che mantiene l'indirizzo socioassistenziale delle strutture, seppur modificandone la destinazione d'uso ospedaliera con l'inserimento di funzioni di *low care* a basso contenuto tecnologico e la promozione dell'integrazione tra luogo della cura e contesto [Diana, Polverino 2020]. Non più vaste e invalicabili cittadelle della salute, bensì luoghi prossimi alle esigenze dei cittadini, caratterizzate da una visione *patient centred*, quali *hospice* [Garda, Gerbi, Lippolis *et al.* 2008], ospedali di comunità, poliambulatori, centri di riabilitazione e strutture capillari che forniscono servizi al territorio inserendosi nel vuoto creatosi tra le cure ospedaliere vere e proprie, quelle delle emergenze e delle acuzie, e le cure domiciliari che spesso non tutti riescono, soprattutto chi si trova in condizioni di disagio sociale, a garantirsi. Le strutture territoriali intermedie risultano idonee a ospitare sia pazienti in dimissione da reparti ospedalieri sia pazienti provenienti dal territorio, permettendo di regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Nel contesto pandemico contemporaneo una gestione virtuosa dei flussi ospedalieri e la presenza di strutture capillari prossime alle esigenze dei cittadini garantirebbero una migliore gestione del rischio sanitario, con la possibilità di assicurare la continuità delle cure, il monitoraggio dello stato di salute della popolazione e lo svolgimento di cure e protocolli accessori [Diana, Marmo, Polverino 2020].

Il caso del complesso monumentale di Santa Maria del Popolo degli Incurabili

Nell'ottica delle rifunzionalizzazioni leggere, si inserisce a pieno titolo il bando[1] per la riqualificazione, il restauro e la rifunzionalizzazione del complesso monumentale di Santa Maria del Popolo degli Incurabili, forse il caso più celebre di ospedale monumentale della città di Napoli, nonché emblema dell'intreccio tra arte, carità e scienza [AA.VV. 2019].

[1] Il bando, al giorno in cui si scrive il presente articolo [gennaio 2021], è ormai giunto a valutazione dei progetti presentati.

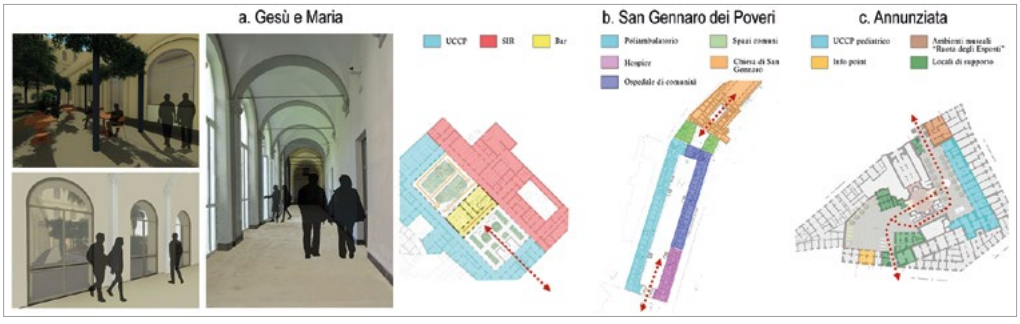
Nel bando si evince chiaramente la decisione della ASL Napoli 1, proprietaria del bene, di mantenere la funzione prevalente dell'edificio, preservandone la vocazione sanitaria.
Il complesso monumentale degli Incurabili è costituito da due organismi distinti: quello originario degli Incurabili, sommatoria di diversi interventi edilizi a partire dal 1521 e che attualmente si presenta nella configurazione di inizio Ottocento; il convento di Santa Maria delle Grazie a Caponapoli, fondato nel 1453 e aggregato all'ospedale nel 1809, giunto a noi quasi intatto. La scelta insediativa nell'area di Caponapoli deriva da due fattori: nel 1500 era la parte meno abitata e costruita del centro di Napoli, ed essendo l'area sopraelevata rispetto al largo delle Pigne – attuale piazza Cavour – godeva maggiormente della salubrità del clima napoletano, caratterizzato da brezze marine da sud e ossigenazione dalle aree boscate a nord.
Il documento di indirizzo alla progettazione del bando per gli Incurabili si erge a utile riferimento per gli interventi di rifunzionalizzazione di ambiti ospedalieri monumentali vincolati per diversi aspetti, tra cui quello delle scelte funzionali. Nello specifico il bando propone di realizzare un "Presidio Multidisciplinare Integrato" (PMI) che accoglierà attività residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali, oltre a una serie di servizi di supporto[2].
Questo ambito *soft* delle cure ben si sposa con le interrelazioni con il contesto e con la seconda funzione programmata, quella di un polo museale delle arti sanitarie. Il museo in parte sarà museo di se stesso, come per la farmacia settecentesca, e in parte genericamente museo delle arti sanitarie. Si prevede anche il recupero di alcune unità abitative storiche.
L'indirizzo del bando è stato quello di destinare per intero l'area del convento di Santa Maria delle Grazie ad attività assistenziali in continuità con la funzione svolta fino alla dismissione, e di garantire una chiara separazione funzionale con i flussi della funzione museale, e più generalmente urbani, dell'area propriamente degli Incurabili. Tra gli obiettivi principali del bando vi è la valorizzazione degli spazi aperti, soprattutto del cortile monumentale con accesso da nord e da sud, che assume un'importante funzione di collegamento nell'ambito della progettazione urbana.
Il Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) del bando si erge a riferimento metodologico non esclusivamente per le indicazioni di natura funzionale precedentemente presentate, ma più genericamente per una serie di indicazioni su come operare nell'ambito delle rifunzionalizzazioni degli edifici ospedalieri storici vincolati, che vanno dagli orientamenti per il restauro alle questioni in ambito strutturale e a quelle più genericamente di rilancio del settore urbano.
Per quanto riguarda gli orientamenti metodologici per il restauro architettonico, si sottolinea la volontà di preservazione del complesso inteso come palinsesto storico-artistico e della sua stratificazione nel tempo; non quindi l'esaltazione degli interventi di un

[2] Si elencano: 36 posti letto (p.l.) per la riabilitazione post-acuzie (un modulo di 12 p.l. di riabilitazione cardiologica; un modulo di 12 p.l. di riabilitazione neurologica; un modulo di 12 p.l. di riabilitazione fisica e motoria); un modulo di 20 p.l. di lungodegenza post-acuzie; un modulo di 20 p.l. di ospedale di comunità; un modulo di 20 p.l. semiresidenziali di centro diurno Alzheimer e demenze con attività di riabilitazione cognitiva; un giardino terapeutico; un poliambulatorio specialistico; un centro di medicina di laboratorio con punto prelievi; un centro di diagnostica per immagini.

determinato periodo storico più antico a discapito di quelli posticci, quanto piuttosto la possibilità di far leggere le diverse stratificazioni nel tempo con interventi mirati. Si suggerisce di eliminare esclusivamente le aggiunte prive di valore storico e artistico, derivanti dalle trasformazioni improprie legate all'adeguamento alla funzione ospedaliera che costituiscono un ostacolo alla percezione unitaria del complesso, impedendo la lettura degli spazi e dei volumi consolidatisi nei secoli.
Per le questioni relative al risanamento statico, sono suggeriti diversi interventi di consolidamento poco invasivi e comunque compatibili con lo schema statico della struttura. La natura compatta fa sì che non siano necessari interventi che ne stravolgano lo schema costruttivo, ma mirati a garantire un soddisfacente comportamento d'insieme.
Per le questioni relative agli interventi di riqualificazione urbana e architettonica è stato stabilito l'obiettivo di ridefinire le relazioni tra l'*insula* monumentale e il tessuto circostante, con la definizione degli spazi aperti del complesso come vere e proprie piazze urbane, in modo tale che il recupero del complesso diventi stimolo per la rigenerazione di una parte urbana più vasta.

Prospettive rigenerative

Il reinserimento degli ospedali monumentali nel circuito dell'offerta dei servizi sociosanitari, come proposto dalla ASL Napoli 1 per il caso degli Incurabili, permette, al di là degli aspetti più prettamente sociosanitari, la riapertura ai flussi cittadini di tanti spazi di valore che in questo modo tornerebbero a essere una protesi dello spazio pubblico contermine, facendo riappropriare la popolazione di un ricco patrimonio artistico e culturale, fortemente identitario. Sulla scia di quanto proposto nel bando per gli Incurabili, si è cercato di proporre possibili scenari di rifunzionalizzazione leggera per le altre strutture ospedaliere monumentali analizzate in questo lavoro, tali da garantire un rilancio sia per i complessi che più genericamente per i settori urbani in cui sono inseriti. L'obiettivo è stato da un lato il mantenimento delle strutture nell'ambito funzionale della cura per la quale originariamente erano state concepite, fornendo beni per una rete capillare delle strutture sanitarie; dall'altro, la valorizzazione del patrimonio esistente, riaprendo brani di città altrimenti in disuso e definendo nuovi spazi pubblici a elevata valenza storica, artistica e ambientale (Fig. 5).



5: L. Diana, Scenari di rifunzionalizzazione leggera, 2020 [Immagini a. di M. D'Alessio].

Per il caso del San Gennaro si propone di riaprire le tre corti interne ai flussi urbani, garantendo nuovamente l'ingresso alla chiesa di San Gennaro dalla terza corte e non più esternamente al complesso ospedaliero; di conseguenza i visitatori della chiesa devono necessariamente percorrere i tre cortili del complesso. Da un punto di vista funzionale, vengono inseriti negli ampi spazi dell'ospedale monumentale un *hospice*, un ospedale di comunità e una sezione poliambutoriale. Le grandi superfici presenti permettono anche l'apertura di alcuni spazi alla cittadinanza attiva sul territorio e ai vari comitati presenti nel quartiere della Sanità, declinando in maniera più articolata il concetto di rigenerazione urbana, che trova il suo compimento nelle azioni materiali di riqualificazione degli edifici e degli spazi aperti e nelle azioni di natura più immateriali rivolte alla riattivazione del tessuto sociale presente sul territorio [Patrizio 2016].
Per il caso dell'Annunziata, in continuità con la funzione di supporto alla donna e di assistenza pediatrica che da sempre ha qui trovato casa, si ipotizza l'inserimento di un centro di ascolto per donne e adolescenti e di un consultorio, congiuntamente a una Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) pediatrica e un ospedale di comunità, sempre pediatrico. Obiettivo del possibile intervento di rifunzionalizzazione è la riapertura dei cortili interni ai flussi cittadini, sia per quanto riguarda l'accesso alle funzioni sanitarie sia per un semplice attraversamento per raggiungere dal cuore di Forcella il corso Umberto e viceversa. Tale riapertura delle corti interne ai flussi urbani permetterebbe l'esaltazione di alcuni ambiti ad oggi molto trascurati, come il suggestivo succorpo vanvitelliano – localizzato al di sotto della chiesa – e il supportico di collegamento tra le due corti principali. Per il raggiungimento di tale obiettivo risulta necessaria la liberazione della seconda corte dalla presenza delle superfetazioni che l'hanno parzialmente stravolta, così come la delocalizzazione del parcheggio dei dipendenti nelle tante strutture limitrofe presenti.
Per il caso del Gesù e Maria si prevede l'inserimento di una UCCP in parte della struttura e di una struttura intermedia residenziale, sia diurna che completa, congiuntamente a dei servizi terzi, quali bar e tavola calda, nel volumetto centrale di separazione tra le due corti. Questo inserimento permetterebbe la ripubblicizzazione della prima corte, che servirebbe sia come distributivo per il raggiungimento delle funzioni sanitarie che per il raggiungimento del bar centrale. La seconda corte rimane invero come luogo più privato e appartato, utilizzabile esclusivamente dai pazienti della Struttura Residenziale Intermedia (SIR). Entrando più nel dettaglio di scelte di natura edilizia, si propone di riaprire, almeno percettivamente, il portico originario, ripristinando le arcate originarie e tamponandole con infissi a tutta altezza (Fig. 5.a).

Conclusioni

Il presente contributo sottolinea, direttamente o indirettamente, alcuni aspetti centrali dei luoghi di cura nella città contemporanea. Si evidenzia come le questioni sociosanitarie risultano particolarmente importanti all'interno del sistema urbano: solamente con una sanità realmente territoriale e capillare si può pensare di andare incontro alle esigenze della cittadinanza, a maggior ragione nel contesto pandemico contemporaneo che ha dimostrato la forte fragilità del nostro sistema sanitario. Nei mesi della pandemia

è emerso come la carenza di strutture intermedie tra il livello delle cure ospedaliere e quelle domiciliari abbia interrotto la continuità delle terapie, dimostrando la scarsa resilienza di tutto il sistema sanitario di fronte al rischio sanitario.
Dall'Ottocento in poi la spinta propulsiva e accentratrice dell'ospedale monumentale nel contesto urbano è andata via via scomparendo a favore dell'"opificio" della salute. In una logica funzionalista, l'ospedale ha assunto progressivamente il ruolo di fabbrica della salute ed è stata concentrata in aree esterne alla città storica, allontanando i luoghi della cura dalla vita quotidiana di un gran numero di cittadini.
Nel processo di riorganizzazione della rete delle strutture sociosanitarie, avviato da alcune Aziende Sanitarie Locali campane, su tutte la ASL Napoli 1, la città storica e centrale si riappropria della cura come nel caso della riqualificazione, restauro e rifunzionalizzazione del complesso monumentale di Santa Maria del Popolo degli Incurabili. Su questo solco, nel presente lavoro si prende in considerazione, in maniera più ampia, il caso degli ospedali monumentali della città di Napoli e della loro possibile rifunzionalizzazione leggera, prevedendone il cambio di destinazione d'uso ma lasciando comunque il bene in ambito funzionale sanitario. Nello specifico si è visto come gli ospedali monumentali ben si prestano allo svolgimento di funzioni sociosanitarie, soprattutto quelle territoriali intermedie. Da un punto di vista tipologico, tale predisposizione alla rifunzionalizzazione si palesa, soprattutto negli ospedali monumentali di impronta conventuale, nel susseguirsi di celle con un passo strutturale adeguato all'inserimento di funzioni con degenze – si pensi all'inserimento di ospedali di comunità, lungo degenze, *hospice* – e inadeguato all'inserimento di funzioni con l'impiego di macchinari di grandi dimensioni o ad alto contenuto tecnologico. Anche dal punto di vista urbano, gli ospedali monumentali, per la dimensione contenuta che li contraddistingue (quella del convento, nell'ordine dell'isolato urbano) e per le localizzazioni praticamente centrali, si prestano a facili interrelazioni con il contesto. Ragionare in funzione delle relazioni con il contesto urbano permetterebbe la riapertura e la ripubblicizzazione di un gran numero di spazi di grande valore architettonico e costruttivo, propri di questi complessi, sia per quanto concerne gli spazi aperti che quelli chiusi.
Nell'analisi stringente dei requisiti funzionali per l'accreditamento delle strutture presso le ASL di competenza, l'originaria struttura conventuale permette il soddisfacimento di gran parte dei requisiti strutturali del sistema sociosanitario intermedio, soprattutto per attività con degenze, poliambulatori, Centro Educativo Occupazionale per Disabili (CEOD) e centri per malati di Alzheimer. Proprio per quest'ultima tipologia il complesso sanitario monumentale si dimostra un riferimento funzionale importante per la presenza dei tanti chiostri e cortili che potrebbero declinarsi come circuiti peripatetici chiusi e ridondanti, che permettono il passeggio anche in autonomia del paziente affetto da Alzheimer.
In conclusione, anche da un punto di vista sismico, le strutture ospedaliere monumentali risultano ideali per la struttura chiusa e compatta che, attraverso interventi diffusi ma di natura non invasiva, garantiscono una risposta ottimale alle azioni orizzontali, a maggior ragione se si garantisce agli interventi di natura strutturale l'obiettivo del solo miglioramento sismico e non dell'adeguamento, proponendo rifunzionalizzazioni leggere senza il cambio completo di destinazione d'uso.

Bibliografia

AA.VV. (2019). *Santa Maria del Popolo degli Incurabili, Studi propedeutici alla progettazione: il quadro esigenziale e gli indirizzi metodologici*, Napoli, Giannini.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (2015), in «Gazzetta Ufficiale», n. 127, 4 giugno, pp. 1-34.

DIANA, L., MARMO, R., POLVERINO, F. (2020). *Gli ospedali storici: salute e patrimonio per la rigenerazione urbana*, in «Urbanistica Informazioni», 289 S.I., pp. 58-62.

DIANA, L., POLVERINO, F., (2020). *Rifunzionalizzazione del patrimonio culturale pubblico: il caso degli ospedali storici*, in *New Horizons for Sustainable Architecture/Nuovi Orizzonti per l'architettura sostenibile*, a cura di S. M. Cascone, G. Margani, V. Sapienza, Montefalcone, Edicom Edizioni, pp. 634-652.

FERRARO, I. (2002a). *Atlante della Città storica: dallo Spirito Santo a Materdei*, Napoli, CLEAN.

FERRARO, I. (2002b). *Atlante della Città storica: I Quartieri bassi e il Risanamento*, Napoli, CLEAN.

GARDA, E., GERBI, G., LIPPOLIS, L., TREVISIO, L. A. (2008). *L'ultima frontiera. Ipotesi progettuali per un hospice a Torino*, in *Progettare i luoghi di cura tra complessità e innovazione*, a cura di A. Greco, M. Morandotti, Pavia, TCP, pp. 93-102.

Il borgo dei Vergini. Storia e struttura di ambito urbano (1991), a cura di A. Buccaro, Napoli, CUEN.

MARINO, S. (2014). *Ospedali e città nel regno di Napoli. Le Annunziate: istituzioni, archivi e fonti (secc. XIV-XIX)*, Firenze, Casa Editrice Leo S. Olschki.

PATRIZIO, C. (2016). *La rigenerazione urbana: una disciplina progettuale da fondare*, in «Rivista. Ricerche per la progettazione del paesaggio», n. 2, pp. 132-139.

PICONE, R. (1996). *Federico Travaglini: il restauro tra abbellimento e ripristino*, Napoli, Electa Napoli.

DONARE E GIOCARE. LE TOY LIBRARIES COME LUOGHI DI CURA E DI SOCIALITÀ

Francesca Castanò, Rosanna Veneziano, Michela Carlomagno

Abstract

The paper focuses – on the theoretical level and in terms of social design – on the toy as an element able to offer the experience of educational and therapeutic methodologies and to communicate social models of inclusion, participation, and care for the community. In the twentieth century, play has emerged as a field of research of exceptional scope, particularly in Italy where authorial design has met contemporary pedagogy. The theme of the Toy Libraries, which first emerged in Los Angeles in the 1930s, is reinterpreted and implemented through design-oriented strategies and actions capable of activating participation and development processes.

Keywords

History of Design, Toy, Community, Participation, Social Innovation.

Introduzione

Tracce di giochi e di giocattoli si rinvengono in contesti archeologici anche molto remoti; le molte raffigurazioni tombali delle civiltà antiche ne sono un esempio. Dondolarsi, saltare alla corda, nascondersi, lanciare oggetti in aria, smontare e rimontare parti di un tutto, travestirsi, danzare: queste sono tutte forme espressive di un linguaggio universale basato su un codice di regole e comportamenti condivisi, trasmesso da intere comunità partecipanti. Le ipotesi dello storico olandese Johan Huizinga del 1939, secondo cui sarebbe stato il gioco e non il lavoro o altro l'elemento formativo della cultura umana, liberarono l'*homo ludens* dai suoi stretti legami con il mondo animale, introducendolo in un regno di curiosità ed esplorazione delle proprie capacità, dove il rito e la mimesi superavano anche l'abilità di procurarsi cibo o di fabbricare armi. Secondo la sua tesi, l'evoluzione culturale sarebbe pertanto nata dalla fucina creativa del gioco, che ne costituiva la radice primaria. Prima ancora di modificare il proprio ambiente naturale, l'uomo imparava istintivamente a costruire un mondo in miniatura, un terreno simbolico di funzioni e finzioni da cui trarre esperienza [Huizinga 2002][1]. È, tuttavia, con la cultura del *design*, nel corso del Novecento, che anche i giocattoli avrebbero trovato nel

[1] Apparsa in lingua tedesca ad Amsterdam nel 1939 e pubblicata in Italia per la prima volta nel 1946, la teoria di Johan Huizinga è richiamata anche da Lewis Mumford a dimostrazione di quanto il gioco avesse rappresentato l'esercizio preliminare alla modificazione dell'ambiente reale [Mumford 2011, 19-20].

© Aisu International 2020

dialogo con le arti, la psicologia e la pedagogia contemporanee, un campo di ricerca e di diffusione di eccezionale portata.
Nel *Manifesto della Ricostruzione futurista dell'Universo* del 1915, Balla e Depero dedicarono al giocattolo una precisa e illuminante riflessione. Contro la «grottesca imitazione [di] trenini, carrozzini, pupazzi immobili, caricature cretine d'oggetti domestici», i nuovi complessi plastici e giocosi avrebbero abituato il bambino a «ridere apertissimamente, per effetto di trucchi esageratamente buffi»; «ad agilizzare la sensibilità, nel dominio sconfinato dei rumori, odori, colori, più intensi, più acuti, più eccitanti»; «allo slancio immaginativo, mediante giocattoli fantastici da vedere con lenti; cassettine da aprirsi di notte, da cui scoppieranno meraviglie pirotecniche; congegni in trasformazione». «Il giocattolo futurista», come si legge in conclusione del *Manifesto*, «sarà utilissimo anche all'adulto, poiché lo manterrà giovane, agile, festante, disinvolto, pronto a tutto, instancabile, istintivo e intuitivo»[2] [Balla, Depero 1915].
Il giocattolo, visto come strumento di diffusione del nuovo pensiero futurista, spingeva i caratteri di moto e di velocità in sperimentazioni spaziali quali *Ciac-ciac* o *La toga e il tarlo*, in cui il rumore diventava per la prima volta ritmo puro, sorpresa e divertimento. I valori innovanti dell'avanguardia irruppero nei sistemi consolidati della tradizione, annunciando il cambiamento anche nel mondo dell'infanzia [D'Elia 1988; Bellasi, Fiz, Sparagni 2002].
Nei laboratori del Bauhaus si operò una svolta decisiva nella progettazione di giocattoli, consentendo di concentrare l'attenzione, al pari degli altri oggetti di nuova creazione, anche sui meccanismi di dialogo tra i dispositivi funzionali e formali e la pedagogia. Si realizzarono giocattoli nei laboratori degli artisti docenti come Itten, Albers, Klee, Feininger, Schlemmer. Tra gli studenti si distinse in particolare l'attività di Alma Buscher-Siedhoff e di Ludwig Hirschfeld-Mack. Attraverso i loro prototipi i bambini avrebbero imparato a conoscere la composizione, la simmetria, i rapporti cromatici, la matematica [Wingler 1972]. Negli oggetti ludici del Bauhaus, caratterizzati dalla semplicità e dalla molteplicità delle combinazioni tra elementi da comporre, scomporre e riassemblare, l'interazione era l'azione primaria. Ne sono un esempio i blocchi in legno colorato *Bauhaus Bauspiel*, le bambole in corda, la trottola basata sui contrasti tematici e le diverse teorie del colore, fino alla progettazione dei numerosi arredi per bambini [D'Amato 2005, 68].
Le teorie dei pedagoghi come Friedrich Froebel, Ellen Key, Maria Montessori e Rudolf Steiner, incontravano la cultura del progetto, promuovendo la stimolazione dell'apprendimento nei bambini attraverso il gioco creativo e la libera scoperta del mondo [Linfante, Bertola 2013].
Negli anni Cinquanta nel campo del *design* italiano compaiono i primi giochi progettati da Bruno Munari ed Enzo Mari, esito di lunghi studi mirati a una profonda conoscenza

[2] Depero sviluppò secondo molte varianti e usi il tema delle marionette; i giocattoli coinvolsero in prima persona anche Balla, padre di due bambine, con l'invenzione di nuove soluzioni sulla base dell'arte futurista [Lista 1984, 78].

dei processi di percezione del mondo da parte dei bambini. I loro giochi aprono la strada a un campo di studi e realizzazioni di straordinaria portata per l'intelligenza innovante, per la curiosità sorprendente che innescano, per la carica creativa che esprimono; oggetti che, in accordo con la pedagogia contemporanea, affidano al bambino il ruolo di protagonista, donandogli la capacità di inventare storie, di conoscere attraverso i sensi, di muoversi con maggiore disinvoltura nel mondo. Dai *Libri illeggibili* alla *Scimmietta Zizì*[3], dai *16 animali* fino a *Il posto dei giochi,* il mondo dei giocattoli diventava un *habitat* composito e mutevole, come definito da Gianni Rodari, che avrebbe poi magistralmente coniato un esperanto per adulti e bambini fondato su una nuova *Grammatica della Fantasia*[4] [Rodari 1973]. È a partire da questo momento che, oltre la soglia domestica, *designer* e bambini riscoprono la strada e la città, estendendo la partecipazione al gioco alle classi meno agiate. Riccardo Dalisi, l'immaginifico giocoliere delle forme, sperimenta nuovi metodi creativi con i piccoli "scugnizzi" del rione Sanità di Napoli [Catenacci 2015]. Per loro e con loro progetta scuole, cortili, sedie, cose e amabili creature fantastiche [Castanò, Vargas 2020]. Contemporaneamente altri bambini, nelle proprie camerette, realizzano paesaggi astratti con la serie di coloratissimi chiodini di Alessandro Quercetti, costruiscono mondi immaginari con le costruzioni Lego e Play Mobil, attraversano lo straordinario microcosmo di Barbie.

Tra i contributi più originali nell'ambito della progettazione per bambini, che uniscono tecnologia e creatività, campeggia il personaggio animato di Topo Gigio, nato nel 1959 dall'intuizione dell'autrice televisiva e artista d'animazione Maria Perego. Topo Gigio apparirà in televisione per la prima volta nel programma *Alta Fedeltà*, e come protagonista di una serie a fumetti pubblicati sul *Corriere dei Piccoli* dal 1961 al 1963, diventando ben presto un personaggio di successo in tutto il mondo [Perego 2015]. Ispirato ai personaggi disneyani, Topo Gigio supera l'antica arte dei marionettisti dando vita a un pupazzo singolare, privo di fili, raffigurante un topo antropomorfo ironico e antieroico. Dall'unione di aspetti ludici a quelli didattici ed educativi, come la cura dei neonati, nasce il mitico *Cicciobello*, creato nel 1962 da Gervasio Chiari, il cui successo si lega a quella dell'Italia del secondo dopoguerra, nel clima diffuso di benessere e intraprendenza innescato dalla crescita economica. *Cicciobello* rappresenta per l'epoca un modello di scambi e rappresentazioni multiculturali in cui il bambolotto e i bambini che lo accolgono diventano al contempo responsabili e cosmopoliti. Nelle due versioni realizzate negli anni Settanta, il cinese *Ciao-fiu-lin* e l'africano *Angelo Nero* veicoleranno un nuovo senso di fratellanza fra popoli lontani, promuovendo i concetti di uguaglianza e inclusione tra bambini di tutto il mondo.

Il mondo dei giocattoli è acutamente interpretato dai coniugi Ray e Charles Eames che avevano compreso come i giochi non fossero davvero così innocenti, ma che preludessero a idee ben più serie della loro stessa apparenza. Attraverso la sperimentazione

[3] La scimmia Zizì, disegnata da Bruno Munari e prodotta da Pigomma srl, società dedicata alla produzione di giocattoli, vinse la prima edizione del Compasso d'oro del 1954 per il miglior *design*.

[4] Su Minari, Rodari e la pedagogia contemporanea [s.a. 2019].

tecnica del *learning by doing*, essi promuovono il gioco come forma di apprendimento, tramite l'uso di forme da costruire e, soprattutto, di giochi da inventare[5].
Dalle connessioni tra cultura del progetto e pedagogia, seppure sinteticamente tracciate, ben si evince quanto il gioco, superando gli stessi confini dell'infanzia, sia pervasivamente entrato nella società contemporanea, diventando metafora di scambio, inclusione e condivisione sociale, regolamentando le relazioni tra persone e partecipando alla conoscenza e alla storia globale.

Il gioco come strumento terapeutico, relazionale e inclusivo

Alle soglie del nuovo millennio si comprende il valore del gioco non solo come momento ludico dell'infanzia, ma come processo terapeutico. Vero e proprio linguaggio dei bambini, esso è il modo attraverso cui sperimentano il mondo, sviluppando abilità fisiche, emotive e sociali. Nella cultura del progetto degli ultimi vent'anni il gioco ha assunto un valore relazionale e comunicativo, soprattutto in presenza di patologie e disturbi. La capacità di sollecitare una partecipazione attiva dell'utilizzatore, di facilitare il dialogo, di generare affezione, di indurre comportamenti e trasferire messaggi sono alcune delle caratteristiche più frequenti interpretate dal *design* attraverso la progettazione di giochi con nuove funzionalità relazionali, inclusive e cognitive. Il gioco, in questa dimensione progettuale, assume il ruolo di strumento di socializzazione e di inclusione, considerando anche gli aspetti terapeutici e didattici, superando l'aspetto ludico e creativo.
Dalla selezione e dall'analisi di giochi con un approccio *design-oriented* è possibile individuare tre categorie principali quali giochi terapeutici, giochi didattico-relazionali e giochi interattivi, da cui emerge una propensione comune nel trasferire messaggi e nel facilitare relazioni. I giochi terapeutici sono intesi come strumenti comunicativi alternativi, con funzioni sociali che potenziano le capacità individuali di pensiero, di espressione, di comprensione e di relazione, utilizzando la stimolazione sensoriale attraverso forme, materiali e tecnologie. Ne sono un esempio i giochi terapeutici basati sullo studio della *play therapy*, come *Alma-Therapy dools* della *designer* israeliana Yara Nusboim, che nel 2019 realizza un *set* di sei bambole astratte in legno con l'obiettivo di facilitare la connessione tra paziente e terapista, aiutando i bambini ad esprimere la propria condizione emotiva attraverso *texture* ed elementi flessibili in poliuretano colorato, integrati ad oggetti semplici in legno. Le bambole rappresentano ed esprimono le diverse emozioni come la paura, il dolore, l'amore, la rabbia e la sicurezza grazie alla sollecitazione delle sensazioni attraverso il tatto. La percezione tattile come strumento terapeutico è il *focus* di *Taktil,* progettato dalla *designer* Paula Lorence, per supportare

[5] *Play Parade. An Eames Exhibition for kids*, mostra al Vitra Museum, Weil am Rhein 9 settembre 2017-11 febbraio 2018: https://www.design-museum.de/en/exhibitions/detailpages/play-parade-an-eames-exhibition-for-kids.html?desktop=702&cHash=f639dfcbde11d2a78d248f2e7b56bb92.

i bambini con disturbi dello spettro autistico a stabilire una relazione con la terapeuta. Il progetto consiste in una serie di dodici strumenti, realizzati con otto tipi di materiali, tra cui il silicone, il legno, l'alluminio, la plastica trasparente, il sughero e il feltro, in grado di riprodurre diverse sensazioni tattili, allo scopo di stimolare nei bambini una percezione strutturata su più livelli, che aiutano ad esprimersi e ad acquisire una concentrazione più elevata per ridurre lo stress quotidiano a cui sono sottoposti.
Supportare la relazione tra genitori e bambini affetti da autismo con uno strumento di mediazione è invece l'obiettivo del progetto *Synchrony* di Kenneth Tay, che utilizza la dimensione sonora per una comprensione reciproca, potenziando il linguaggio emotivo. Il gioco, in questo caso, aiuta a superare la barriera socioemotiva attraverso la musicoterapia, un processo che simula la relazione sociale genitore/bambino, attraverso l'attività spontanea di creazione musicale. In una visione di *Design for all* [Arenghi 2007] sono progettati strumenti inclusivi per valorizzare le diverse abilità dei bambini, dove l'uguaglianza e l'inclusione sociale creano un'interazione intuitiva e accessibile a tutti, attraverso lo scambio reciproco di sentimenti ed emozioni.
La categoria di giochi come strumenti didattico-relazionali ha lo scopo di potenziare l'immaginario e facilitare la sperimentazione di nuovi linguaggi come quelli espressivi e corporei. Il gioco si configura quindi come un'attività simbolica che va oltre il "qui e ora", aiuta la rappresentazione esteriore del proprio stato d'animo e delle proprie emozioni ed è mezzo di espressione personale in grado di stabilire nuove relazioni tra le persone. Un esempio è *Make a Face* del *brand* Moon Picnic, un giocattolo in legno composto da numerose espressioni differenti, per rendere il gioco strumento attraverso cui conoscere e discutere insieme le emozioni, ponendo in connessione adulti e bambini. Il gioco è utilizzato quindi per stabilire un linguaggio alternativo alla comunicazione verbale, come libera espressione di stati d'animo e sentimenti, evitando stress emozionale o pressioni esterne grazie all'uso di colori e forme semplici. L'esperienza del gioco facilita, infatti, la capacità espressiva del bambino, la creatività e la gestione delle proprie emozioni, e nel ruolo di strumento didattico predispone i bambini alla conoscenza, istruendoli ai codici di comportamento.
Altra interessante sperimentazione è il progetto *Imaginary Language* della *designer* Alessandra Fumagalli Romario, che rappresenta uno strumento relazionale in grado di stimolare la creatività interpretando la teoria psicologica di Irving Biederman, secondo cui il cervello umano è capace di riconoscere gli oggetti e scomporli in "geoni", cioè forme geometriche primordiali. Il progetto è composto da una serie di forme geometriche di base, pensate per incoraggiare l'immaginazione e il gioco creativo tra i bambini: è possibile, infatti, combinare queste forme creando una varietà di oggetti inediti, ai quali gli utenti possono assegnare funzioni temporanee attribuendogli un significato e stimolando la creatività attraverso il gioco. Un codice lessicale fatto di forme e di composizioni diventa l'alfabeto di un linguaggio visuale che aiuta l'espressione individuale, stimolando capacità cognitive e sociali.
Facilitatori di comunicazione, i giochi supportano i bambini tutti, aiutando quelli affetti da patologie specifiche a riconoscersi e a confrontarsi e favorendo l'inclusione, la condivisione e l'empatia. In passato la progettazione ha riguardato principalmente i giochi

analogici, in cui è rilevante la percezione materica e l'esperienza psicomotoria come attività di scoperta e conoscenza; oggi, invece, la dimensione tecnologica e digitale ha condizionato le modalità di gioco e di interazione attraverso l'uso di sensori e piattaforme. Emerge sempre più spesso la capacità dei *designer* di ibridare la componente analogica e digitale, proponendo prodotti che nella loro componente materiale dialogano con quella immateriale, tecnologica e *smart*.

Molti giochi educativi sono nati per stimolare l'interazione e l'immaginazione, offrendo un intrattenimento alternativo, attraverso l'uso di suoni, sensori, schermi digitali e realtà virtuali che vengono integrati ad oggetti interattivi, con l'obiettivo di educare i bambini all'uso di strumenti tecnologici e per stimolarli su diversi piani sensoriali. *Osmo coding Awbie* è un gioco educativo che, attraverso l'uso di un'*app* sul *tablet* e di un sensore, rende interattivi i blocchi di codifica e gli elementi contenuti nel *kit* fisico, facilitando l'apprendimento e la creatività, facendo da ponte tra il reale e il digitale. *Cubetto* di Primo Toys è un'interfaccia tangibile che aiuta i bambini ad apprendere il linguaggio della programmazione senza il supporto di schermi e senza la necessità di padroneggiare abilità basilari di letto-scrittura. *Cubetto* combina i princìpi dell'apprendimento Montessori con i concetti della programmazione informatica, rendendo l'apprendimento un'esperienza tangibile attraverso l'uso di blocchi colorati. *Yoto player*, nato dalla collaborazione con lo studio di *design* Pentagram, consiste in un giocattolo audio che riproduce storie, musica, radio, attività e *podcast* senza bisogno di uno schermo. La superficie frontale proietta un *feedback* luminoso, in modo che il contenuto interattivo non distragga l'utente dall'audio. Infine, *Smartkit* di Matthieu Muller è pensato per arricchire l'esperienza tecnologica di un bambino e allo stesso tempo aiutarlo a sviluppare un rapporto più sano con essa, combinando il mondo fisico e quello digitale. È un *set* di tre giochi realizzati in cartone, un'auto, un aereo e un'astronave, che grazie all'uso di un'*app* sullo *smartphone*, del *display*, degli altoparlanti e del *flash* forniscono una nuova esperienza di gioco.

L'intersezione e l'evoluzione tra il *design* e il mondo dell'infanzia, raccontata già nel XX secolo dalla riformatrice svedese del *design* Ellen Key e mappata successivamente nel volume *Century of the Child: Growing by Design, 1900-2000* [Kinchin, O'Connor 2012], in occasione dell'omonima mostra del 2012 al Moma, segna l'attenzione da parte di *designer* e architetti al mondo dell'infanzia, rappresentando un ambito ricco di sperimentazione progettuale in cui sono riflessi l'evoluzione storica e i successivi cambiamenti ideologici, sociali, economici e pedagogici.

L'interesse al mondo dei bambini e la capacità di plasmarlo negli anni sono stati ripresi e raccontati in occasione della X edizione della Triennale Design Museum nel 2017-2018, con la mostra dal titolo *Giro Giro Tondo. Design for children,* in cui lo sguardo alla sfera infantile ha facilitato l'esplorazione della storia del *design* italiano attraverso cinque sezioni principali che raccontano il ruolo del giocattolo da strumento didattico ad arredo e la volontà di «intrecciare la storia del design italiano con la storia del bambino in Italia […] all'altra faccia dell'*adultità* italiana: quella che non solo ricorda bene di esser stata bambina ma che alla parte bambina di sé ha dedicato e dedica intelligenza, cura, attenzione e amore» [Zampa 2017].

Le *Toy Libraries* come modello di cura, inclusione e partecipazione della comunità

Il tema delle *Toy Libraries* è il punto di partenza per la sperimentazione di un modello di cura, inclusione e di partecipazione della comunità. La loro origine risale agli anni Trenta, quando per la prima volta a Los Angeles furono fondate per contrastare l'aumento della criminalità giovanile in seguito alla Grande Depressione. Rientrate a pieno titolo nelle politiche di rilancio rooseveltiane, fin dal loro esordio le *Toy Libraries* promuovevano i valori di cooperazione, condivisione e rispetto dei diritti di proprietà, favorendo lo scambio e il prestito di giocattoli allo scopo di fornire risorse per lo sviluppo sano dei bambini, per la "cura" di una società che, sotto molteplici aspetti, risultava affetta da patologie seppur di carattere sociale [Ozanne, Ozanne 2011]. La loro diffusione in Europa, avvenuta nella seconda metà del Novecento, intendeva sfruttarne anche gli aspetti didattici e terapeutici nel campo delle disabilità cognitive e delle difficoltà di apprendimento.

La sperimentazione svolta nell'ambito del corso di laurea magistrale in Design per l'innovazione dell'Università degli studi della Campania[6] intende predisporre un modello di acquisizione e distribuzione di giochi di seconda mano, replicabile e scalabile, basato sull'innovazione sociale, sulle politiche *bottom up* e sulla partecipazione al processo progettuale e di gestione da parte comunità. La condivisione del percorso progettuale in cui le comunità sono a vario titolo incluse nel processo si è diffusa nell'ultimo ventennio generando significativi cambiamenti nella cultura del progetto. La creatività collettiva ha dato luogo a soluzioni, alimentate da processi dal basso, che hanno contribuito a migliorare oggetti, luoghi, relazioni e a generare un senso di appartenenza a idee e intenti. La disciplina del *design*, già da alcuni anni, attua metodi aperti includendo comunità, *user*, *maker* e organizzazioni collaborative, imponendo una riflessione sul ruolo del *designer*, sia rispetto alle competenze di cui deve disporre sia alle modalità di interazione e integrazione con i *non expert designer* [Manzini, 2015]. «[…] Everything that expert design can do to activate, sustain, and orient processes of social change toward sustainability» [Manzini 2015, 241].

I nuovi legami sociali che si sviluppano negli ecosistemi creativi sono sostenuti dalle teorie di Lévy sull'intelligenza collettiva [Lévy 2002], dalla capacità di condividere conoscenze e abilità e dalla nuova dimensione della comunicazione, che rende possibile l'espressione di un'intenzione e la sua rapida concretizzazione in azioni condivise. Quindi, da un lato la partecipazione al progetto è resa attiva e dinamica dalle comunità di persone incluse nei processi; dall'altro, il coinvolgimento nella realizzazione e gestione del progetto è reso efficace dalla digitalizzazione e dalla connettività. Si assiste al crescente interesse verso il *progetto diffuso*, che determina la definizione di soluzioni a specifici problemi con particolare attenzione all'ambito sociale e alle pratiche sostenibili del quotidiano. Le progettualità che hanno operato in questa direzione hanno generato

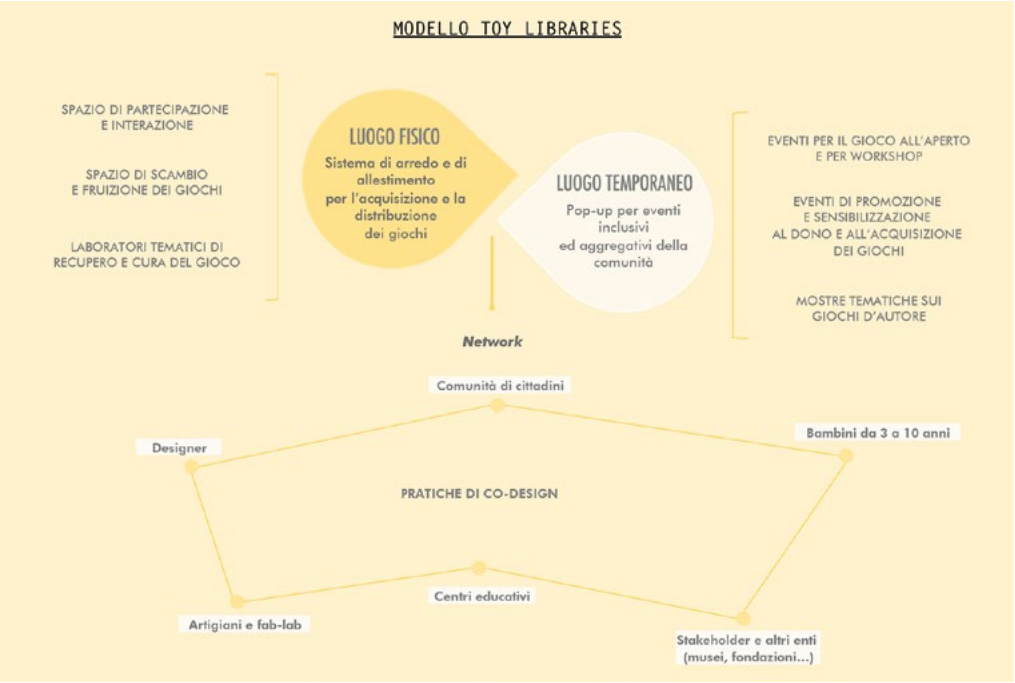
[6] Il progetto è in parte confluito in due lavori di tesi [di Cintio 2018/2019; Di Chiara 2018/2019].

cambiamenti sociali e determinato nuovi comportamenti delle comunità, in ragione di una crescente consapevolezza verso le questioni ambientali, quelle per il bene comune o verso la cura di spazi di quartiere spesso lasciati al degrado e non utilizzati [Selloni 2015].
Grazie ai movimenti dal basso, sono state attuate soluzioni a problemi irrisolti a differenti scale: città e quartieri che hanno valorizzato il capitale umano e la partecipazione della comunità, alimentando il senso di affezione verso interventi collettivi. I temi più ricorrenti hanno riguardato la mobilità, l'abitare, la distribuzione del cibo, l'educazione, l'*active welfare*, e hanno reso tangibile la dimensione sociale della pratica del *design* e quella dell'innovazione sociale. Sono nate e si sono consolidate pratiche quali *co-housing*, *bike sharing*, gruppi di acquisto solidale, asili diffusi, esperimenti sociali che vivono e crescono grazie ad una comunità aperta fluida connessa.

> Una comunità che esiste per scelta e che è stata coscientemente, o incoscientemente, progettata e costruita… comunità volontarie, leggere, aperte, in cui si bilancia l'individualità di ciascuno con il desiderio di stare e di fare qualcosa assieme. Comunità fluide, senza le quali c'è solo la solitudine dell'individualità connessa, o il tentativo reazionario di riproporre le comunità chiuse e identitarie del passato che, posto pure che in passato fossero così belle, di certo sono un passato che non potrà tornare [Manzini 2018, 192].

Conclusioni

Con queste premesse il progetto definisce le *Toy Libraries* e si riferisce ad una comunità in grado di gestire e sperimentare un modello di inclusione e condivisione, rendendo accessibili giochi a bambini, trasferendo loro l'importanza del dono, della cura e del rispetto dei beni comuni.
Le *Toy Libraries* sono un *landmark* di quartiere, di città, spazi assegnati ad una comunità attiva e inclusiva, che si arricchisce attraverso la partecipazione ad una serie di attività e *workshop* e che impara a prendersi cura degli oggetti, ad utilizzarli e a riconsegnarli pensando al successivo fruitore del servizio, reinterpretando così il concetto di possesso in favore di quello di bene comune. Attraverso le campagne di acquisizione gratuita e consapevole dei giochi o anche grazie a donazioni volontarie, il progetto intende promuovere il recupero di materiale ludico, riducendo l'impatto ambientale con l'estensione del ciclo di vita dei prodotti. Educare le giovani generazioni a un consumo eticamente sostenibile e ad una maggiore consapevolezza riguardo la condivisione e della cura degli oggetti è uno degli obiettivi prioritari del progetto.
Il progetto prevede l'allestimento di un luogo fisico e la costruzione di un servizio immateriale per rendere efficace la gestione e l'implementazione del patrimonio di giochi disponibili. La progettazione di un'applicazione digitale, dedicata ai servizi offerti, costituisce lo strumento fondamentale per la fruizione, la gestione e la crescita della *community* coinvolta nella rete. L'*app* consente di veicolare gli eventi, di acquisire candidature di giochi da parte della comunità, di accedere al catalogo dei materiali disponibili, verificandone lo stato (Fig. 1).



1: Modello *Toy libraries*, 2019 [Di Chiara, L. (2018/2019). *Toy Library: sistema di arredo e allestimento per il gioco*, tesi di laurea, corso di laurea magistrale in Design per l'innovazione, Università degli studi della Campania; Di Cintio, M. (2018/2019). *Toy Library: il design for children nel progetto di un'app di gestione e uso del servizio*, tesi di laurea, corso di laurea magistrale in Design per l'innovazione, Università degli studi della Campania].

In una prospettiva futura, rendere il gioco accessibile a tutti non è più il principale servizio offerto dalle *Toy Libraries*, ancora poco diffuse in Italia. Possono diventare al contempo, grazie all'attuazione di strategie *design-oriented*, luoghi di conoscenza e conservazione del gioco autoriale, *set* di eventi partecipativi e soprattutto spazi di comunità.

Note

Il contributo è frutto di una comune ricerca delle autrici. Si attribuiscono a Francesca Castanò il paragrafo «Introduzione», a Michela Carlomagno il paragrafo «Il gioco come strumento terapeutico, relazionale e inclusivo» e a Rosanna Veneziano i paragrafi «Le *Toy Libraries* come modello di cura, inclusione e partecipazione della comunità» e «Conclusioni».

Bibliografia

ARENGHI, A. (2007). *Design for all. Progettare senza barriere architettoniche*, Torino, UTET.

BALLA, G., DEPERO, F. (1915). *Manifesto della Ricostruzione Futurista dell'Universo*, Milano, Direzione del Movimento Futurista. CASTANÒ, F., VARGAS, D. (2020). *Riccardo Dalisi, tra partecipazione animazione e scuola*, in *Design Impermanente*, a cura di C. Gambardella, Napoli, Guida, pp. 33-64.

CATENACCI, S. (2015). *Maieutica del progetto. Riccardo Dalisi tra architettura, design e "animazione", 1967-1974*, in «L'uomo nero. Materiali per una storia delle arti della modernità», n. 11-12, pp. 183-201.

D'AMATO, G. (2005). *Storia del design*, Milano, Mondadori.

D'ELIA, A. (1988). *L'universo Futurista. Una mappa: dal quadro alla cravatta*, Bari, Dedalo.

DI CHIARA, L. (2018/2019). *Toy Library: sistema di arredo e allestimento per il gioco*, tesi di laurea, corso di laurea magistrale in Design per l'innovazione, Università degli studi della Campania.

DI CINTIO, M. (2018/2019). *Toy Library: il design for children nel progetto di un'app di gestione e uso del servizio*, tesi di laurea, corso di laurea magistrale in Design per l'innovazione, Università degli studi della Campania.

HUIZINGA, J. (2002, I ed. it. 1946). *Homo Ludens*, Torino, Einaudi.

KINCHIN, J., O'CONNOR, A. (2012). *Century of the Child. Growing by Design 1900-2000*, catalogo della mostra 29 luglio – 5 novembre 2012, New York, Museum of Modern Art.

L'arte del gioco da Klee a Boetti (2002), a cura di P. Bellasi, A. Fiz, T. Sparagni, Milano, Mazzotta.

LÉVY, P. (2002, I ed. 1996). *L'intelligenza collettiva. Per un'antropologia del cyberspazio*, Milano, Feltrinelli.

LINFANTE, V., BERTOLA, P. (2013). *Il giocattolo italiano nella prima metà del Novecento*, Pero, 24Ore Cultura.

LISTA, G. (1984). *Giacomo Balla Futuriste*, Losanna, L'Age d'Homme.

MANZINI, E. (2015). *Design, When Everybody Design. An introduction to design for social innovation*, Cambridge (Mass.)-London, MIT Press.

MANZINI, E. (2018). *Politiche del quotidiano. Progetti di vita che cambiano il mondo*, Roma, Edizioni di Comunità.

MUMFORD, L. (2011, I ed. it. 1969). *Il mito della macchina*, Milano, Il Saggiatore.

OZANNE, L. K., OZANNE, J. L. (2011). *A Child's Right to Play: The Social Construction of Civic Virtues in Toy Libraries*, in «Journal of Public Policy & Marketing», vol. 30, n. 2, pp. 263–276.

PEREGO, M. (2015). *Io e Topo Gigio: Vita artistica e privata di una donna straordinaria*, Venezia, Marsilio.

RODARI, G. (1973). *Grammatica della fantasia: introduzione all'arte di inventare storie*, Torino, Einaudi.

S. A. (2019). *Tra Munari e Rodari*, Mantova, Corraini.

SELLONI, D. (2015). *Il design per la collaborazione*, in *L'età della condivisione*, a cura di G. Arena, C. Iaione, Roma, Carocci editore, pp. 99-120.

TRIENNALE DESIGN MUSEUM (2017). *Giro giro tondo. Design for children*, catalogo della mostra 1 febbraio 2017 – 18 febbraio 2018, Milano, La Triennale di Milano – Electa.

WINGLER, H. M. (1972). *Il Bauhaus. Weimar, Dessau, Berlino 1919-33*, Milano, Feltrinelli.

Sitografia

https://www.design-museum.de/en/exhibitions/detailpages/play-parade-an-eames-exhibition-for-kids.html?desktop=702&cHash=f639dfcbde11d2a78d248f2e7b56bb92 [gennaio 2021].

ZAMPA, A. (2017). *Giro giro tondo, il legame speciale tra design e bambini in mostra alla Triennale di Milano*, 5 aprile: https://www.lifegate.it/giro-giro-tondo-triennale [maggio 2021].

EMERGENZA COVID-19: NUOVE SOLUZIONI PROGETTUALI PER STRUTTURE SANITARIE

Daniela Besana, Alessandro Greco, Andrea Chiesa

Abstract

The COVID-19 emergency has revealed a strong inadequacy of the health infrastructure. Hospitals all over the world have reached their maximum reception capacities within a few hours/days. The design response saw different strategies: the reorganization into COVID-19 departments; the construction of new hospitals; and the reuse of existing "compatible" structures. This experience has left footprints on the territory on which it is necessary to make an ex post reflection.

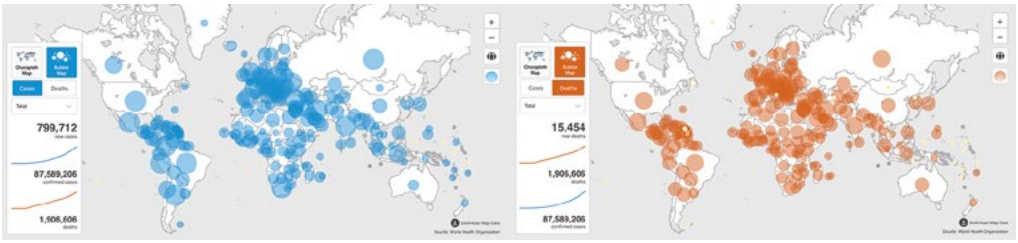
Keywords

Healthcare Design strategies, COVID-19 emergency, Performance requirements, Space flexibility, Temporary Architecture.

Introduzione

Poco più di un anno fa il mondo assisteva ignaro a un cambiamento radicale dei modi di vivere, di lavorare e di intessere relazioni, riscontrando impatti mai pensati prima dal punto di vista economico, sociale e culturale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara come prima data ufficiale in cui ebbe inizio la storia del nuovo coronavirus il 31 dicembre 2019, quando le autorità sanitarie cinesi avevano dato notizia di alcuni casi insoliti definiti come "polmoniti anomale" mai viste prima. All'inizio di gennaio 2020 la città di Wuhan, in Cina, aveva rilevato decine di casi, e centinaia di persone furono poste sotto osservazione. Nel giro di pochi giorni il virus fu isolato e, il 9 gennaio 2020, le autorità cinesi dichiararono ai media locali che il patogeno responsabile era un nuovo ceppo di coronavirus, della stessa famiglia della Sars e della Mers, ma diverso da tutti questi. L'OMS divulgava la notizia il 10 gennaio, fornendo tutte le istruzioni del caso, in particolare quella di evitare contatto con persone con sintomi, in quanto non si conosceva ancora la contagiosità del morbo. Accertata la trasmissibilità del virus da uomo a uomo, già alla fine di gennaio il rischio di diffusione dell'epidemia passava da moderato ad alto, e il 27 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità avvisava che lo stesso era molto alto per la Cina e alto a livello regionale e globale. Nella serata del 30 gennaio l'OMS dichiarava l'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale e l'Italia bloccava i voli da e per la Cina, unica in Europa.

© Aisu International 2020

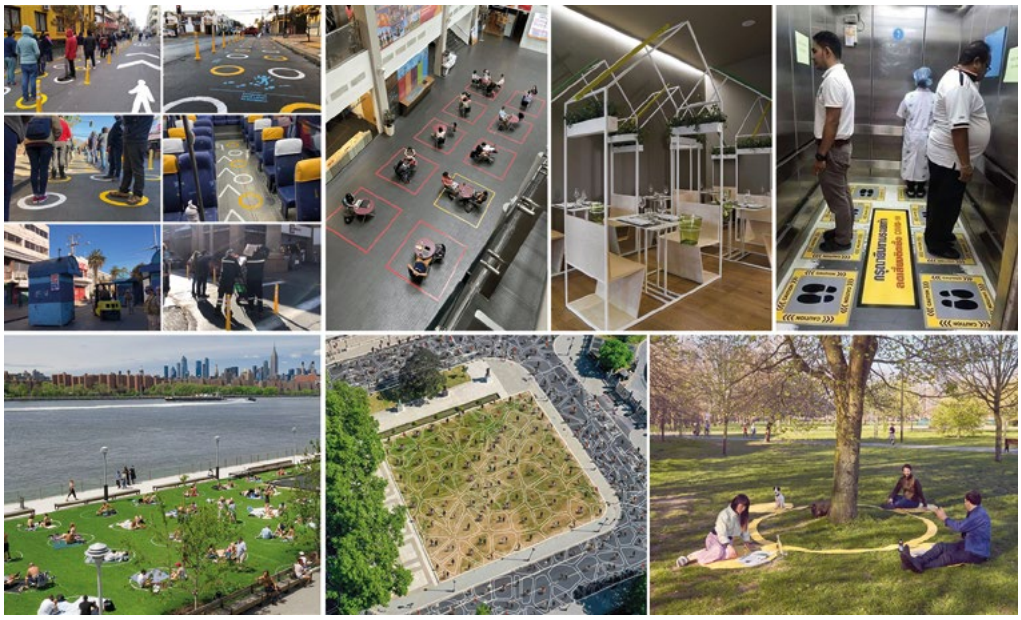


1: Mappa del mondo. A sinistra, in azzurro, i casi confermati di COVID-19 (87.589.206), e a destra, in arancione, i decessi (1.906.606), *update* 3:52 pm del 9 gennaio 2021 [https://covid19.who.int].

Per la vicenda italiana è importante ricordare la data del 21 febbraio 2020, quando emersero nel Lodigiano diversi casi di coronavirus da persone non provenienti dalla Cina, manifestando dunque la presenza di un nuovo focolaio di cui non se ne conosceva ancora l'estensione. Da qui comincia l'evoluzione esponenziale dei casi e parallelamente il progressivo crollo di tutta la struttura nazionale, comportando *in primis* la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, comprese le università (4 marzo 2020). Quattro giorni dopo, il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri isolò la Lombardia, in assoluto la regione più colpita, e quattordici province, che diventarono "zona rossa"; dopo un solo giorno, le misure adottate furono estese a tutta la nazione. L'11 marzo 2020 il direttore generale dell'OMS, nel *briefing* da Ginevra, annunciava che l'epidemia da COVID-19 si configurava come situazione pandemica (Fig. 1). La situazione di crisi, definita dalla prima ondata, continuò fino al DPCM del 4 maggio 2020, con il quale, in seguito alla discesa della curva dei contagi, si allentarono le misure di contenimento, per poi restringerle successivamente ad ottobre, a causa di un'inversione di tendenza dei contagi.

Impatti della pandemia sul progetto

La situazione pandemica, il cui impatto sanitario ha avuto nel primo periodo la priorità assoluta, ha creato notevoli impatti sul modo di vivere e lavorare, in quanto ha completamente ribaltato tutti i comportamenti umani. La "semplice" misura necessaria ai fini del contenimento del virus, il distanziamento sociale, ha portato fin da subito i progettisti a ragionare sulle possibili ricadute che tale misura comporta sul progetto, largamente inteso come composizione dello spazio interno, dell'ambiente domestico e di quello lavorativo, in relazione alle semplici azioni quotidiane, come ad esempio quella di andare a fare la spesa o prendere un caffè, che necessitavano di un generale ripensamento. Le case, ormai densamente abitate da tutta la famiglia per l'intero arco della giornata, hanno denunciato prepotentemente la frequente inadeguatezza dimensionale e funzionale, oltre a quella tecnologica e impiantistica. La necessità di avere spazi flessibili all'uso nell'arco della giornata è diventata impellente, al fine di conciliare all'interno delle mura domestiche la sfera privata e quella lavorativa. La limitazione degli spostamenti fuori e dentro le città ha contestualmente messo in luce l'esigenza di avere spazi esterni, quali



2: Soluzioni progettuali per gli spazi chiusi e per spazi aperti [www.archdaily.com].

logge, balconi o giardini, dove poter vivere comunque all'aperto; ciò si deve non solo per una maggiore qualità dell'alloggio, ma anche ad esigenze di benessere psicofisico.
Per evitare il contagio, quali potevano essere le possibili risposte progettuali atte a garantire il mantenimento della distanza di sicurezza? Fin dalla dichiarazione della pandemia, alcuni progettisti hanno iniziato a proporre soluzioni e ausili per la quotidianità al fine di trovare urgentemente una "nuova normalità". Le prime e più immediate risposte in ambito architettonico, ad esempio, hanno riguardato semplici soluzioni utili all'educazione di un nuovo comportamento, attraverso la segnaletica e il tracciamento a terra degli spazi "sicuri" all'interno dei quali potersi muovere. Si è provveduto a ritrovare piccole soluzioni di arredo, come la creazione di oggetti di *design*, sino a riorganizzare funzionalmente gli spazi interni di bar e ristoranti, per garantire il continuo delle attività (Fig. 2).

Emergenza sanitaria e strutture ospedaliere

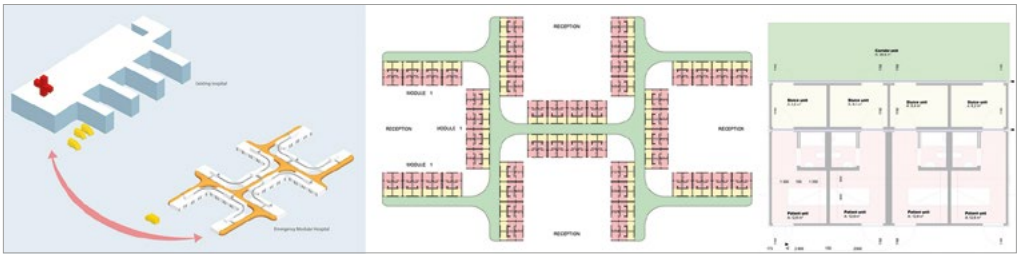
Un fattore di estremo interesse dal punto di vista delle sperimentazioni architettoniche si basa sulla lettura della relazione tra emergenza sanitaria e impatti sulle strutture ospedaliere. La specificità di questa situazione risiede proprio nella particolare forma di contagio che ha sovraccaricato in tempi brevissimi gli ospedali. Appare evidente il ruolo significativo che il tempo riveste in tale situazione; un fattore legato sia alla durata della condizione imprevista sia alla necessità di immediatezza di risposta da fornire.
Al tempo zero si è trattato di gestire lo stato di emergenza, una particolare condizione in cui è previsto un intervento immediato a causa di una circostanza imprevista e

accidentale. Tale circostanza, però, appare ora evidente nella sua singolarità e novità: non si tratta di trovare soluzioni progettuali atte a rispondere alle emergenze in seguito ad eventi calamitosi come sismi, nubifragi o guerre, ma adeguate a gestire l'emergenza sanitaria, almeno nella sua prima fase, all'interno degli ospedali, essendo emersa fin da subito una forte inadeguatezza dell'infrastruttura così come pensata fin ad ora.
La situazione degli ospedali di tutto il mondo, che hanno raggiunto nel giro di poche ore o giorni le loro massime capacità ricettive, ha mostrato con forza l'estrema urgenza di trovare soluzioni progettuali e architettoniche in grado di rispondere con tempestività alla carenza di posti letto e alla saturazione fisica delle strutture sanitarie. Ciò che risulta evidente è che le infrastrutture ospedaliere non erano pronte ad affrontare questa pandemia, anche solo in ragione del fatto che le linee guida di pianificazione per i nuovi ospedali ad oggi prevedono che solo il 15-20% degli spazi sia dedicato alle malattie trasmissibili.
Il quadro esigenziale espresso da tecnici (medici e personale sanitario) e utenti (pazienti), che si delineava nella prime fasi dell'emergenza sanitaria, ha permesso di definire una serie di requisiti prestazionali di progetto che l'infrastruttura sanitaria contemporanea non ha potuto e saputo offrire, evidenziandone una forte inadeguatezza. Le problematiche riscontrate durante questa circostanza si sono palesate sotto differenti aspetti: il primo è legato a ragioni politico-economiche strettamente inerenti alla gestione della emergenza, mettendo in luce una carenza nel numero di operatori sanitari (personale medico e infermieristico) per paziente[1]. Durante le prime fasi dell'emergenza, tali difficoltà hanno generato una trasmissione del virus anche all'interno delle stesse strutture ospedaliere, provocando focolai che hanno colpito medici e infermieri e portando in breve tempo al collasso del sistema sanitario. Un secondo aspetto, più strettamente legato a questioni architettoniche, riguarda invece la carenza di posti letto in grado di ospitare i nuovi malati e la difficoltà di isolamento, generato da un non sempre efficace controllo dei flussi ospedalieri tra infetti e non. Ciò ha dimostrato una più generale cristallizzazione delle tipologie edilizie sanitarie e una scarsa flessibilità nel modificare gli spazi interni secondo esigenze e nel recepire un numero variabile di pazienti e patologie. L'aspetto progettuale dei reparti, la loro ampiezza e flessibilità sono quindi divenuti aspetti chiave nella lotta alla malattia.
Inoltre, ad oggi, a quasi un anno dall'inizio della situazione di emergenza sanitaria, il contesto inizia a chiedere altro: non più risposte rapide per gestire un flusso elevato di pazienti, ma soluzioni gestionali della malattia nel lungo termine. Ciò significa predisporre e riorganizzare le strutture ricettive para-ospedaliere, al fine di evitare altri contagi durante le operazioni di dimissione dei malati, anche all'interno del nucleo familiare in seguito al ritorno a casa dei pazienti, avendo così sempre disponibilità di letti.

[1] La gestione dei pazienti COVID-19 richiede la necessità di un'*equipe* medica e infermieristica polispecialistica, in quanto la malattia non si è rivelata esclusivamente di tipo polmonare e i pazienti solitamente presentano una concomitanza di patologie. Dunque è necessario un ospedale in cui siano raccolte tutte le varie competenze e in cui siano disponibili adeguati dispositivi di protezione per operatori sanitari.

Strategie progettuali

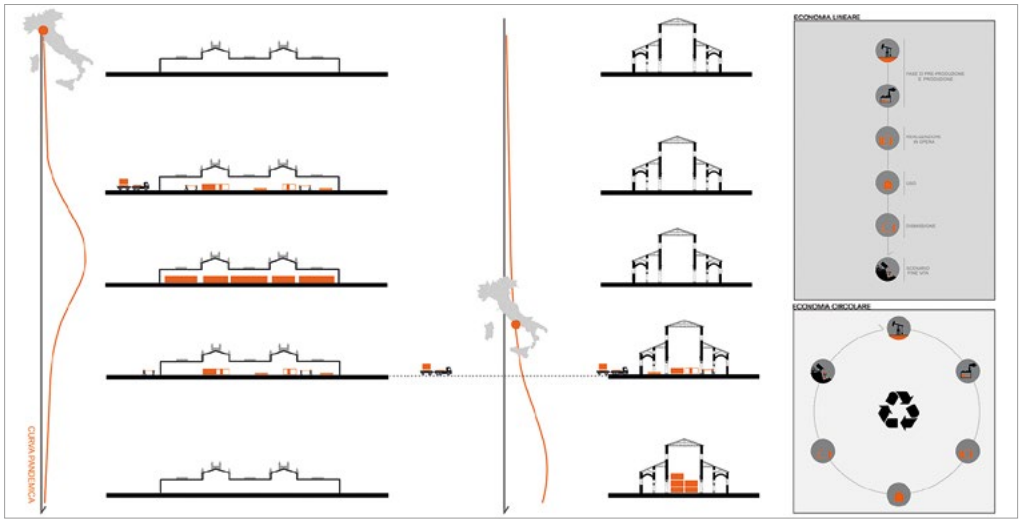
Durante il primo *lockdown* uno dei pilastri nella programmazione della fase 2 dell'emergenza coronavirus erano i COVID *hospital*, tanto che uno dei cinque punti del piano strategico per affrontare la convivenza con il virus dal punto di vista sanitario recita: «intensificare in tutti i territori la presenza di COVID *hospital*» [Fiori, Manca 2020]. Questo aspetto ha portato fin da subito la classe dirigente delle strutture ospedaliere a ragionare sulle azioni nel breve e medio termine da porre in atto ai fini della propria organizzazione. La prima e più immediata risposta all'emergenza sanitaria è stata la riconversione e riorganizzazione principalmente di reparti ospedalieri, dedicati alle terapie contro il COVID-19.
La riorganizzazione delle strutture ospedaliere è avvenuta secondo tre modalità distinte: la riconversione di strutture già esistenti esclusivamente al trattamento di pazienti COVID-19, spesso appoggiandosi alla rete sanitaria privata; la riconversione di strutture già esistenti in forma ibrida, isolando un padiglione/torre destinato ai pazienti COVID-19 e riservando accessi separati; personale diversificato e percorsi "puliti", per evitare qualunque contatto tra pazienti; infine, la riconversione di strutture già esistenti in forma mista, attrezzando ad esempio parte degli ospedali – un piano, un reparto, o alcune ex sale operatorie – al trattamento di pazienti COVID-19 e studiando percorsi differenziati per pazienti positivi e non.
In un secondo momento si è invece iniziato a ragionare su soluzioni più a medio-lungo termine, attraverso progetti *ex novo* di spazi ospedalieri destinati al potenziamento, in via emergenziale, della capacità di accoglienza. Tale strategia ha aperto il campo a proposte in scale molto diverse: alla grande scala si è proceduto alla progettazione e realizzazione *ex novo* di interi nuovi ospedali in grado di ospitare i malati infettivi; alla piccola scala, alla progettazione di unità e moduli ospedalieri autonomi e aggregabili, in grado di ampliare la struttura ospedaliera già esistente o di fornire spazi utili anche al di fuori dell'ospedale a carattere temporaneo, legato sostanzialmente all'uso specifico contingente. In questa direzione è possibile citare il noto progetto del nuovo ospedale di Wuhan, Hubei (Cina), che ha permesso di creare 1.000 posti letto in soli dieci giorni di realizzazione in cantiere – tra il 23 gennaio e il 3 febbraio 2020 – su un'area di 25.000 mq, grazie ad una progettazione impostata su moduli prefabbricati in legno.
Altro progetto di nuova concezione, ma alla scala della singola unità di terapia intensiva aggregabile, è il progetto PAT:PEND, di MMW architects, con la soluzione dell'Emergency Modular Hospital, in Norvegia: si propone il riutilizzo di *container* di spedizione e la realizzazione di percorsi di distribuzione con tessuti gonfiabili (Fig. 3). L'ospedale modulare ha l'obiettivo di ottimizzare la protezione contro le infezioni e aumentare la capacità della terapia intensiva a livello nazionale e internazionale. Esso si articola secondo una pianta a ferro di cavallo per consentire la massima efficienza nella disposizione delle stanze dell'ospedale, divenendo allo stesso tempo una misura per limitare la diffusione del virus all'interno della struttura ed evitare l'interferenza dei flussi ospedalieri; le ambulanze possono così raggiungere direttamente le stanze dei pazienti, in modo che gli stessi possano essere trasportati in isolamento senza passare per i corridoi



3: Progetto PAT:PEND, MMW architects, ospedale modulare per l'emergenza, Norvegia, 2020. [https://archello.com/it/project/emergency-modular-hospital].

dell'ospedale. Questo è solo uno dei possibili esempi di un'ampia varietà di altre soluzioni, come ad esempio il progetto Jupe Health, unità modulari "*off the grid*" che possono essere montate ovunque, o il più innovativo modulo di Mobile PPS (*Personal Protective Space*), uno spazio in sovrapressione costante per evitare l'ingresso del virus e proteggere il personale medico.
Un'ultima strategia di intervento per la gestione dell'emergenza trova, nel caso dell'architettura ospedaliera, un particolare punto di forza nella sua possibilità di collocamento all'interno di edifici esistenti non ospedalieri – in disuso e non – attraverso il loro riuso e rifunzionalizzazione. Si pensi alla riconversione di strutture esistenti "compatibili" quali poli fieristici, stadi o centri congressi: essi assumono la funzione di enormi contenitori all'interno dei quali l'architettura emergenziale diviene "parassita". Per le loro caratteristiche intrinseche – grandi luci strutturali, doppie altezze, ampi volumi, flessibilità spaziale e presenza di un apparato impiantistico e infrastrutturale – sono in grado di ospitare moduli autonomi di terapia intensiva o a funzione ospedaliera per la gestione dei malati COVID-19 proprio perché dispongono dei servizi di base richiesti: ad esempio, un adeguato impianto idrico, uno di climatizzazione e infrastrutture di trattamento aria. È questo il caso del progetto del Superhospital all'interno dell'aeroporto di Berlino, dove sono state inserite cabine modulari facilmente realizzabili, leggere e riproducibili. Queste sono costituite da un *frame* in acciaio; il tamponamento e la tenda rendono autonome le singole unità, definendo uno spazio raccolto attorno alla *privacy* del paziente, come del resto accade analogamente anche nel progetto di inserimento di volumi di emergenza all'interno dello Spazio Fiera di Milano (Fig. 4).
L'architettura temporanea si è inserita, con le modalità descritte, nel contenitore senza alterarlo, ma semplicemente occupandone il suolo e assorbendo l'energia in esso disponibile.

4: A sinistra, spazio Fiera Milano e realizzazione dei volumi emergenziali al suo interno (con sistema costruttivo *stick-built* e pannelli non strutturali), 2020 [https://ilgiornaledellarchitettura.com/web/2020/04/08/ospedali-per-lemergenza-a-milano-davvero-a-tempo-di-record/]. A destra, progetto del "Superhospital" nell'aereoporto di Berlino, 2020 [https://www.designboom.com/architecture/opposite-office-berlin-brandenburg-airport-covid-19-superhospital-03-31-2020/].



5: D. Besana, A. Chiesa. A sinistra, schema esemplificativo delle fasi di realizzazione, uso, dismissione e spostamento di architetture emergenziali in relazione a differenti andamenti di curva pandemica sul territorio, 2021; a destra, schema delle differenti fasi dell'economia lineare a confronto con schema relativo dell'economia circolare, 2020.

Nella condizione di rifunzionalizzazione assume importanza anche il requisito della reversibilità. L'architettura temporanea per COVID-19 può seguire infatti i cicli di vita tipici delle architetture emergenziali, definite dalla caratteristica di rimovibilità: terminata la pandemia, si potranno smontare selettivamente i volumi aggiunti e l'edificio ospitante tornerà al suo stato originario, senza alterazioni. Ciò mostra da un lato la possibilità dell'*architettura parassita* di operare su edifici storici vincolati per la capacità di non alterarne lo stato di fatto, dall'altro il riuso delle loro componenti per un possibile ricollocamento in altri edifici, ubicati in punti del territorio ancora in fase emergenziale. Le fasi di realizzazione, uso, dismissione, trasporto e ricollocamento dovranno quindi relazionarsi con gli andamenti delle differenti curve pandemiche in modo da anticipare le fasi di picco, nelle quali la struttura sanitaria temporanea dovrà risultare in uso per affiancare e potenziare il sistema sanitario locale posto sotto stress (Fig. 5).
L'architettura temporanea si inserisce quindi in un'ottica di economia circolare, «dove lo scarto non viene analizzato come rifiuto da smantellare, ma come bene o parte di un bene utile ad altre attività» [Gambaro 2017, 70-71]. Lo schema lineare composto da fase di produzione, realizzazione, uso e dismissione con smaltimento dei materiali diviene in questo caso un ciclo continuo, dove lo scenario di fine vita ritorna ad essere fase di preproduzione.

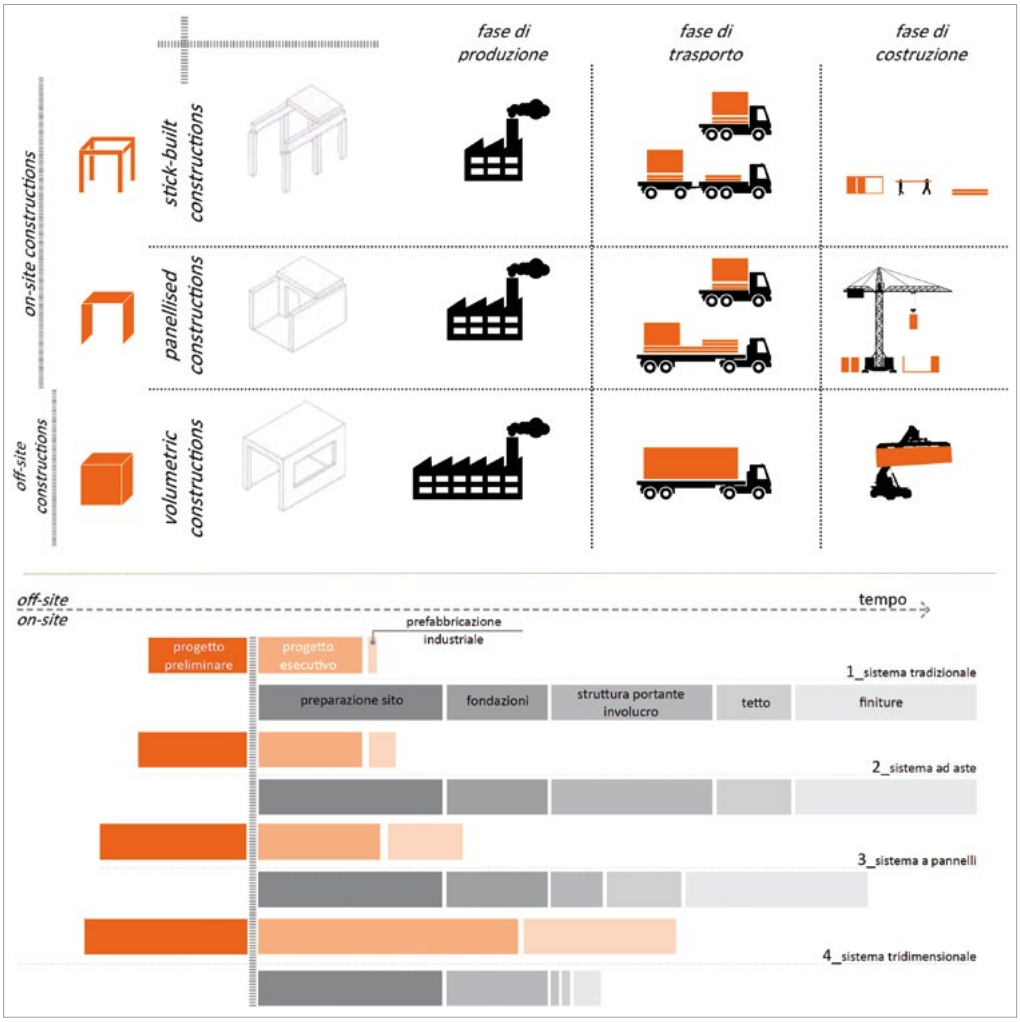
L'architettura temporanea e mobile: risposta all'emergenza

Nonostante le evidenti differenze tra azioni di nuova realizzazione e riuso di edifici esistenti, è possibile leggere alcune soluzioni progettuali valide per entrambi i casi in relazione alla valutazione dei requisiti prestazionali da perseguire e conseguentemente della scelta di metodi innovativi di costruzione.

6: D. Besana, A. Chiesa, Identificazioni delle caratteristiche fondamentali per una struttura ospedaliera emergenziale, 2020.

La condizione di emergenza intrinseca a qualsiasi scelta di progetto ha portato, nelle diverse strategie di intervento precedentemente illustrate, a trovare metodi costruttivi in grado di rispondere ad un quadro esigenziale che richiedeva rapidità e facilità di realizzazione, economicità, flessibilità con un controllo sempre rivolto alla scelta di operazioni sostenibili in relazione al loro ciclo di vita. In questo senso, l'architettura emergenziale di carattere temporaneo, legata ad eventi naturali distruttivi e già utilizzata per inondazioni, terremoti e incendi, ha fornito una celere soluzione ai requisiti prestazionali precedentemente espressi, basandosi sostanzialmente sulla tecnologia della prefabbricazione diffusasi dalla prima metà del XIX secolo, parallelamente allo sviluppo industriale di nuovi materiali – come ghisa, ferro, acciaio – e al rinnovamento delle tecniche generato dalla rivoluzione industriale. La produzione in serie di componenti, la realizzazione di ciascuna in sedi idonee e la scomposizione dell'edificio in elementi assemblabili trasformarono ben presto il cantiere in officina di montaggio. Durante la pandemia di COVID-19, l'idea di una officina di montaggio con tempi di cantiere ridotti – legati alla prefabbricabilità della struttura e alla sua modularità – è apparsa quindi tra le migliori e possibili risposte da adottare, sfruttando inoltre la possibilità di aggregazione degli elementi, dando così origine a infinite combinazioni e *cluster*. Il carattere temporaneo si è in questo caso legato anche al tema della mobilità e della trasportabilità, da intendersi per interi volumi funzionali o singoli componenti (Fig. 6).
Rispetto ai requisiti elencati discende inevitabilmente l'analisi e l'articolazione dei sistemi costruttivi[2] più idonei a rispondere al quadro esigenziale prestazionale appena delineato. Le soluzioni costruttive con sistemi basati su aste (*stick-built constructions*) sono sicuramente più flessibili a discapito di un basso livello di prefabbricazione, che raggiunge invece la massima espressione attraverso i sistemi a moduli tridimensionali (*volumetric constructions*) realizzati *off-site*, ovvero in stabilimento, prima di essere trasportati sul sito di installazione. Secondariamente, i diversi sistemi mostrano un diverso comportamento in relazione alla lettura del loro ciclo di vita, ossia relativamente alla capienza per lo stoccaggio dei materiali in fase di produzione, ai mezzi di trasporto (furgoni, motrici, autotreni) e alle opere provvisionali necessarie durante la fase di costruzione *in situ* (nessun macchinario o mezzo specifico per la movimentazione dei

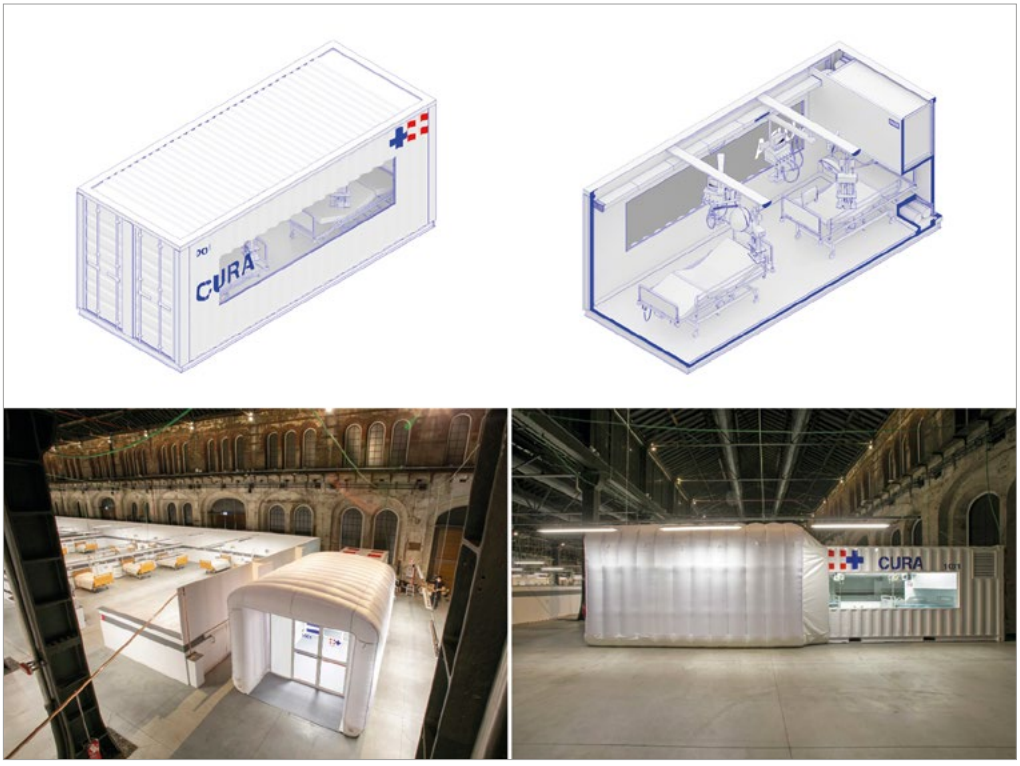
[2] La classificazione del *Modern Method of Construction* (MMC) del Governo britannico del 2018 distingue tre sistemi costruttivi basati su elementi prefabbricati: costruzioni *on-site* di sistemi basati su aste (*stick-built constructions*), caratterizzati dall'utilizzo di elementi lineari, o di sistemi basati su pannelli (*panellised constructions*), realizzati *off-site* e assemblati in cantiere a formare aggregazioni tridimensionali; costruzioni *off-site*, ossia sistemi a moduli tridimensionali (*volumetric constructions*) realizzati *off-site*.



7: D. Besana, A. Chiesa. In alto, tabella riassuntiva per fasi di trasporto e di costruzione per differenti sistemi costruttivi; in basso, tabella riassuntiva per tempistiche progettuali e di cantiere per differenti sistemi costruttivi [Bazzana, M. (2011). *Costruire la temporaneità. Life Cycle Thinking come strumento di progettazione per habitat transitori*, tesi di dottorato, Università di Pavia].

componenti). Quest'ultima voce si lega a sua volta al luogo di realizzazione – all'interno o all'esterno di un edificio – e alla possibilità o impossibilità di utilizzare specifici macchinari. Non in ultimo, la scelta del sistema costruttivo, assieme alle conseguenti operazioni da svolgere in cantiere, impattano in maniera significativa con il controllo delle tempistiche di cantiere (Fig. 7). Questo aspetto assume infatti estrema importanza proprio in relazione al fattore tempo in fase emergenziale. La celerità di produzione delle componenti, preparazione del sito, assemblaggio in sito o in stabilimento delle strutture giocano un ruolo decisivo nella metodologia costruttiva da adottare per ottenere il miglior risultato nel minor tempo.

Un esempio particolarmente interessante che racchiude molti dei requisiti prestazionali precedentemente citati con un elevato grado di esportabilità è il CURA (*Connected Units for Respiratory Ailments*) *pods*, un progetto proposto da Carlo Ratti Associati e Italo Rota. L'idea è quella di utilizzare *container* riconvertiti per creare unità di terapia intensiva pronte all'uso e facilmente trasportabili nelle città in tutto il mondo. Nell'ottica di una rapida risposta contro la diffusione del virus, si mira a supportare gli ospedali accrescendo il numero delle postazioni in terapia intensiva per pazienti con gravi infezioni respiratorie. Un elemento particolarmente interessante risiede nel fatto che il CURA *module* può essere impiegato sia come aggregazioni di singole unità per la creazione di ospedali da campo, come modulo d'ampliamento collegato agli ospedali esistenti e, infine, come monoblocco prefabbricato inserito in edifici esistenti in disuso. Il primo prototipo di CURA è stato infatti realizzato e installato nell'edificio Officine Grandi Riparazioni di Torino, con il sostegno di UniCredit. L'aspetto innovativo del progetto risiede nel fatto che il sistema CURA punta a essere rapido da installare come una tenda ospedaliera – secondo i requistiti propri dell'emergenza – ma sicuro per le attività mediche come un reparto d'isolamento di un ospedale, grazie a dispositivi di biocontenimento tramite pressione negativa (Fig. 8).



8: CURA *pods* di Carlo Ratti. A sinistra, unità modula prefabbricata autonoma; a destra, prima applicazione di installazione all'interno della fabbrica delle OGR di Torino, 2020 [https://curapods.org].

9: FTA Filippo Taidelli Architetto, Humanitas Emergency hospital, 2020 [https://www.floornature.it/filippo-taidelli-emergency-hospital-19-ospedale-modulare-e-s-15680/].

Conclusioni

Le esperienze precedentemente citate hanno messo in luce una fervida attività progettuale, nata come risposta immediata all'emergenza saniaria. Ciò dimostra come in tempi praticamente azzerati i progettisti siano stati in grado di dare risposte progettuali e tecniche a servizio dell'emergenza, spingendo al massimo le sperimentazioni verso i requisti prestazionali più stringenti rispetto alla situazione (celerità della costruzione, esportabilità delle soluzioni, sicurezza sanitaria, trasportabilità, etc). Contestualmente, però, hanno messo in luce un ulteriore problema: incerto è ancora il destino e la conclusione di questa pandemia, così come sono ancora incerti gli sviluppi applicativi di questi progetti nati fin da subito con l'idea di essere temporanei, a servizio della gestione delle emergenza. Quale sarà il loro successivo uso? Come potranno essere reimpiegati? Saranno le strutture ospedaliere in grado di accogliere queste suggestioni per riorganizzarsi in termini di politiche di gestione e dei loro spazi? Ovviamente, per trovare risposte esaustive, queste domande richiedono tempi più lunghi e devono contemplare altre e più allargate compentenze rispetto alle sole tecnico-progettuali, parte comunque importante nella concretizzazione delle politiche nazionali e sanitarie.
Un esempio di soluzione progettuale che tende a guardare più in là della stretta contingenza è il progetto proposto dall'architetto Taidelli per l'Humanitas Emergency Hospital 19, una struttura sanitaria autosufficiente e indipendente, che risponde alle esigenze di un'architettura d'emergenza, ma che al contempo ha la capacità di essere un edificio definitivo. Si tratta di una struttura modulare prefabbricata e replicabile, costituita da 6 moduli principali (pronto soccorso, l'osservazione breve intensiva, diagnostica, terapia intensiva, degenze, sale operatorie) ed estremamente flessibile, che può modificare la sua superficie complessiva a seconda delle esigenze. A ciascun'area specialistica è garantita la massima autonomia funzionale. L'organizzazione degli spazi assicura la necessaria separazione dei flussi fra pazienti, medici e operatori sanitari. Oltre a ciò, quest'ospedale è la prima soluzione nata per la gestione dell'emergenza che introduce attenzione ai temi dell'umanizzazione dello spazio ospedaliero a favore dei pazienti. Degenze e terapie intensive dispongono di grandi aperture per consentire al malato allettato di poter beneficiare della luce naturale e della vista sul paesaggio, affanciandosi su una zona patio, un piccolo chiostro attorno a cui si sviluppano i reparti operativi e di degenza.

Infine, tale progetto si muove verso soluzioni sostenibili, in particolare nella scelta della pelle di facciata, che funge da mitigatore climatico per contenere l'irraggiamento solare, aumentare il *comfort* degli utenti e ridurre l'energia necessaria per il funzionamento degli impianti di climatizzazione (Fig. 9).
Inoltre, sarà necessario pensare alle fasi successive dell'emergenza in corso. Un tema che si sta già tratteggiando consiste nella creazione di COVID hotel, ossia strutture ricettive in grado di accogliere il paziente guarito dalla fase critica ospedaliera, ma che ancora necessita di uno spazio protetto per sé e i suoi familiari durante la lunga fase di riabilitazione. Si tratta in questo caso di molti hotel che hanno perso la loro funzione originaria a causa del blocco degli spostamenti e dei viaggi di piacere; nel giro di poco tempo, proprio per la coincidenza tipologica, si sono trasformati da hotel a ospedali, i cui utenti non sono turisti ma degenti. Il processo avviene in una logica di ottimizzazione delle risorse con una visione di circolarità del progetto: non appena sarà terminata l'emergenza, gli hotel divenuti ospedali torneranno alla loro funzione originaria.

Bibliografia

ANZALONE, M. (2008). *L'urbanistica dell'emergenza. Progettare la flessibilità degli spazi urbani*, Firenze, Alinea editrice.

BAZZANA, M. M. (2011). *Costruire la temporaneità. Life Cycle Thinking come strumento di progettazione per habitat transitori,* tesi di dottorato, Università di Pavia.

CAMPIOLI, A. (2009). *Progettare oltre l'emergenza. Spazi e tecniche per l'abitare contemporaneo,* Milano, Il sole-24 ore.

CLAUDI DE SAINT MIHIEL, C. (2003). *Strategie integrate per la progettazione di strutture temporanee per le emergenze insediative,* Napoli, CLEAN.

GAMBARO, M. (2017). *Architettura e fabbricazione digitale per l'emergenza*, tesi di laurea magistrale, a.a. 2016/2017, Politecnico di Milano.

La reversibilità del costruire: l'abitazione transitoria in una prospettiva sostenibile (2002), a cura di R. Bologna, Rimini, Maggioli.

MUSSI, G. (2011). *Gestire l'innovazione tecnologica: limiti e potenzialità della tutela brevettuale,* Roma, Nuova cultura.

Recycled Theory: Dizionario illustrato/Illustred Dictionary (2016), a cura di S. Marini, G. Corbellini, Macerata, Quodlibet.

Sitografia

FIORI, D., MANCA, B. (2020). *Coronavirus, i Covid Hospital un pilastro della Fase 2: dalla Fiera di Milano a ospedali o padiglioni riconvertiti. Ecco modelli (e loro limiti)*, 28 aprile: https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/28/coronavirus-i-covid-hospital-un-pilastro-della-fase-2-dalla-fiera-di-milano-a-ospedali-o-padiglioni-riconvertiti-ecco-modelli-e-loro-limiti/5776109/ [gennaio 2021].

HOW WILL WE LIVE TOGETHER? L'ABITARE COME CURA DEL TERRITORIO E DELLA COMUNITÀ: PARADIGMI E SCENARI VENEZIANI

Massimo Triches

Abstract

Collective health, particularly in the current pandemic context, is once again at the centre of territorial administration and transformation strategies, reaffirming the strong interdependence between environmental and human well-being.
Venice, fragile and vulnerable by nature, represents a model and a paradigm for the strategies of mutual care between the community and territory that takes on tangible forms and spatiality in its sharing spaces and in the ways of inhabiting them.

Keywords

Collective health, environmental and human well-being, sharing spaces, living as cure.

Introduzione

Per la prima volta in più di quarant'anni di storia de La Biennale di architettura di Venezia un curatore organizza e presenta al pubblico l'evento a partire da un interrogativo[1]. Hashim Sarkis, il direttore della 17ª Mostra internazionale di architettura di Venezia, pone a sé stesso, agli architetti invitati e a tutti i visitatori una domanda «tanto sociale e politica quanto spaziale»[2]. Si tratta di un quesito che ha coinvolto e intrecciato reciprocamente diversi ambiti del pensiero teorico e diverse discipline attraversando, storicamente e geograficamente, le epoche e le civiltà. Sarkis, tuttavia, pone l'attenzione sulla forte attualità delle questioni connesse a tale interrogativo e sulla necessità, o meglio l'urgenza, di trovare le giuste risposte al fine di garantire la sopravvivenza dell'essere umano. L'architetto libanese è animato dalla convinzione che – nonostante le forti e rapide trasformazioni in ambito ambientale, economico, politico, sociale, ecc., e le relative preoccupanti conseguenze per gli ecosistemi e per le comunità – lo spazio, attraverso le capacità dell'architettura di orientare le diverse modalità del vivere assieme, abbia

[1] https://www.labiennale.org/it/storia-della-biennale-architettura.

[2] https://www.labiennale.org/it/news/biennale-architettura-2020-how-will-we-live-together.

© Aisu International 2020

un'importanza primaria nella definizione di tali risposte. In questo senso, Sarkis riafferma il ruolo essenziale dell'architetto come «custode di un nuovo contratto spaziale»[3], che necessariamente deve coinvolgere anche altre figure professionali, altri gruppi di lavoro e cittadini comuni.
La cura degli spazi che ospitano il vivere condiviso è infatti una questione necessariamente comune – e accomunate – a tutti gli esseri umani. Tale concetto è stato fortemente ribadito da Paolo Baratta, ex presidente de La Biennale di Venezia, attraverso una "chiamata al pubblico" a farsi testimone diretto e soggetto attivo al fine di muovere in tutti la consapevolezza «che l'identità di una società o di una comunità sta nella qualità dei progetti che è capace di formulare per il suo futuro»[4]. *How will we live together?* è dunque una domanda a cui tutti gli esseri umani sono chiamati ad interrogarsi allo scopo di tutelare e migliorare il benessere sociale e la salute individuale. Solamente alimentando iniziative, strategie e progetti in grado di affrontare e dare delle risposte concrete a tale interrogativo sarà possibile innescare processi di cura reciproca tra il territorio e le comunità che lo abitano [Vanore, Triches 2019]. Si tratta di relazioni di forte interdipendenza tra gli ambienti che ospitano la vita umana, con particolare riferimento ai contesti urbani, e gli individui che li abitano individualmente e/o collettivamente. In questo senso, dunque, l'azione dell'abitare – identificata come un articolato sistema di relazioni e attività umane che hanno luogo in/su un determinato *habitat* – si traduce nell'azione attraverso la quale l'essere umano si prende cura del proprio ambiente e, conseguentemente, di sé stesso e della propria comunità [Triches 2019b].

> La salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in sé stessi, l'autonomia e la dignità. Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali laddove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile [Illich 2004, 13].

Salute e ambiente, tra quotidiano ed emergenza

La reciproca dipendenza tra la salute umana e quella ambientale è un principio che, almeno indirettamente, appartiene alla definizione stessa del termine salute. Negli atti ufficiali della *Conferenza Internazionale sulla Salute*, tenutasi nel 1946 a New York con il fine di costituire l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), il concetto di salute è stato identificato non solamente da un'assenza di malattia, bensì come una condizione di completo equilibrio psicofisico del soggetto, risultato di un insieme di fattori e di qualità proprie del contesto fisico, ambientale, sociale ed economico in cui vive [World

[3] https://www.labiennale.org/it/news/biennale-architettura-2020-how-will-we-live-together.
[4] https://www.labiennale.org/it/news/biennale-architettura-2020-how-will-we-live-together.

Health Organization 1948]. Tale equilibrio è raggiungibile solamente quando il soggetto vive in armonia con l'ambiente esterno [Ippocrate 1965].
Si tratta di un approccio "ecologico" che riconosce il ruolo fondamentale del contesto ambientale per la prevenzione delle malattie e per il miglioramento del benessere fisico, mentale e sociale [Coutts 2016, 4]. Fin dai tempi di Ippocrate [McCally 2002, 1-14], le analisi delle mutue relazioni tra uomo e ambiente hanno guidato le teorie alla base dei principali studi in ambito medico, influenzando anche le posizioni più critiche e meno istituzionalizzate[5]. A partire dagli anni Settanta tali studi hanno alimentato una letteratura scientifica in rapida crescita, fornendo una serie di schematizzazioni grafiche e modelli olistici in costante aggiornamento [Blum 1974; Bronfenbrenner 1979; Hancock, Perkins 1985; Hancock 1993; Barton, Grant 2006]. Gli stessi architetti e urbanisti hanno da sempre, ma in modo particolare a partire dalla rivoluzione industriale, affrontato le questioni che legano la salute collettiva al progetto urbano proponendo teorie, progetti, modelli di città in continua evoluzione[6]. Come ricorda Bernardo Secchi, infatti, la città è «terreno di indagine e di ricerca, luogo privilegiato per lo studio della società e dei suoi movimenti, costruendo un legame molto forte tra l'architettura, l'urbanistica e le altre scienze sociali» [Secchi 2005, 14].
Le città sono oggi i luoghi nei quali è concentrata la maggior parte della popolazione, in un numero destinato progressivamente a crescere: si pensi che oltre due terzi della popolazione dell'Unione Europea vive in aree urbane utilizzando circa l'80% delle risorse energetiche e generando fino all'85% del PIL europeo[7]. I centri urbani sono considerati contemporaneamente «causa e soluzione delle difficoltà di natura economica, ambientale e sociale»[8], dunque essi assumono un ruolo centrale nella promozione della salute collettiva e del benessere socioeconomico dei loro abitanti. Tale situazione mette in luce la necessità di determinare un sistema di valutazione qualitativa attraverso «un confronto competitivo tra le diverse città e la loro offerta di qualità di vita» [Stevan 2009, 5]. In questa direzione si muovono le numerose, e sempre più diffuse, classifiche che ogni anno certificano la vivibilità delle città e il benessere dei loro abitanti[9]. Nonostante tali analisi presentino alcune criticità – quali la restituzione di dati prevalentemente quantitativi e la forte influenza degli ambiti territoriali di riferimento che ne alterano parzialmente i risultati – è interessante notare come la loro struttura, basata su indicatori

[5] Si pensi, ad esempio, alla forte critica al sistema sanitario e all'infrastruttura medica sostenuta da Ivan Illich: «La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute. L'effetto inabilitante prodotto dalla gestione professionale della medicina ha raggiunto le proporzioni di una epidemia». Tuttavia, lo stesso filosofo austriaco riconosce «che è l'ambiente il primo determinante dello stato di salute generale di qualsiasi popolazione» [Illich 2004, 9-26].

[6] Per il passaggio da un approccio igienista a una visione legata alla struttura e al funzionamento dei luoghi pubblici e degli spazi della condivisione delle città [Sert 1942; Rogers, Sert, Tyrwhitt 1952].

[7] http://ec.europa.eu/regional_policy/it/policy/themes/urban-development.

[8] http://ec.europa.eu/regional_policy/it/policy/themes/urban-development.

[9] In ambito nazionale si pensi ad esempio alla classifica *Qualità della Vita* de «Il Sole24Ore», al dossier *Ecosistema Urbano* di Legambiente, alla classifica *ICityRank* del Forum PA e al rapporto *Qualità dell'Ambiente Urbano* di ISPRA.

provenienti da numerosi e diversi ambiti scientifici, dimostri una forte propensione alla multidisciplinarietà e all'integrazione delle conoscenze [Triches 2019a]. Si tratta di una visione onnicomprensiva e integrale del progetto urbano che è anche alla base di strategie di monitoraggio, analisi e trasformazione territoriale come il programma *Città Sane*, introdotto nel 1986 dall'OMS allo scopo di creare una base locale per lo sviluppo e la promozione della salute collettiva [Barton, Tsourou 2000]. Nell'ambito di tale programma le relazioni tra essere umano e ambiente sono particolarmente evidenti: una città sana infatti è in grado, attraverso una chiara strategia e pianificazione, di migliorare costantemente i propri contesti fisici e sociali, affinché gli individui possano sviluppare al massimo le loro possibilità e sostenersi a vicenda [Duhl, Hancock 1988].
Tuttavia – nonostante sia ampiamente riconosciuto che l'assenza di malattie definisca il requisito fondamentale, ma non il solo, per identificare un completo stato di benessere delle popolazioni – con l'avvento dell'attuale emergenza mondiale del virus COVID-19, dichiarata ufficialmente pandemia l'11 marzo 2020 da parte dell'OMS, la questione della salute, in particolare nei contesti urbani a forte densità abitativa, è drammaticamente tornata al centro delle discussioni socio-politiche a scala mondiale, principalmente a causa dei numeri che ne testimoniano la diffusione e la mortalità[10].
Tale situazione comporta, in primo luogo, necessarie e urgenti riflessioni in merito alla qualità e all'organizzazione dei sistemi sanitari di molti paesi del mondo; alla loro capacità di risposta a improvvise e gravi situazioni emergenziali; alla disponibilità e alla gestione delle risorse dedicate alla sanità e alla ricerca[11]. In seconda istanza, ma non meno importante, la pandemia ha dimostrato ancora una volta quanto la salute delle popolazioni sia fortemente connessa ai loro stili di vita; alle qualità degli ambienti in cui queste vivono; alle modalità d'uso e di gestione di tali luoghi. In questi mesi, infatti, numerosi governi nazionali e amministrazioni locali sono stati costretti ad adottare forti misure di contenimento per cercare di fermare, o rallentare, il diffondersi del virus all'interno dei loro territori. Tali provvedimenti – applicati diffusamente su scala mondiale, anche se in maniera e misura diversa nei vari paesi colpiti – hanno modificato sensibilmente

[10] Con riferimento alla raccolta dei dati che certificano l'andamento in termini di contagio, mortalità, guarigioni, ecc. relativi al virus COVID-19, sono disponibili online numerosissimi studi e ricerche che ne monitorano, settimanalmente o giornalmente, lo sviluppo attraverso diverse tabelle, grafici e info-grafiche. In ambito istituzionale è possibile consultare il *report* settimanale pubblicato dall'OMS– *Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update* – che fornisce una panoramica a livello globale, regionale e nazionale evidenziando informazioni, dati e tendenze chiave. Il *report* riporta inoltre le azioni dell'OMS e dei partner in risposta alla pandemia. Tali analisi sono consultabili online: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.

[11] A titolo di esempio, si osserva che l'ufficio regionale europeo dell'OMS ha istituito ad agosto 2020 la Commissione Paneuropea per la Salute e lo Sviluppo Sostenibile, presieduta dal prof. Mario Monti, con lo scopo di ripensare le priorità politiche, monitorare e verificare gli investimenti e le riforme in corso per migliorare i sistemi sanitari e di assistenza sociale alla luce dell'emergenza COVID-19: https://unric.org/it/who-europe-briefing-virtuale-su-covid-19-primo-incontro-della-commissione-paneuropea-per-la-salute-e-lo-sviluppo-sostenibile/.

gli stili di vita delle popolazioni così come le modalità d'uso degli ambiti, tanto pubblici quanto privati, del vivere comunitario[12].
Si pensi ad esempio al caso italiano dove sono state progressivamente adottate diverse misure di controllo e gestione spazio-temporale dei comportamenti individuali e collettivi: la limitazione degli spostamenti extranazionali; l'istituzione delle "zone rosse" nei territori dei primi focolai e della quarantena per le popolazioni coinvolte; la chiusura di università, scuole e asili (con l'adozione del metodo di insegnamento a distanza), dei principali servizi culturali come teatri, cinema, musei e biblioteche, così come di tutti gli impianti sportivi coperti o scoperti; la riduzione dell'orario di esercizio delle attività commerciali di prima necessità, il blocco di quelle non essenziali e l'adozione di forme lavorative in *smart-working*; l'interdizione alla frequentazione di parchi e spazi pubblici, il divieto di assembramento e la forte restrizione della mobilità anche all'interno dello stesso comune; l'invito a permanere presso la propria residenza o domicilio evitando di frequentare anche amici e parenti; l'annullamento o il rinvio di tutte le manifestazioni politiche, religiose, sportive, fieristiche e culturali (la stessa Biennale di architettura di Venezia è stata posticipata al 2021) a livello locale, nazionale ed internazionale[13].
I provvedimenti sopracitati hanno contenuto, per quanto possibile, il diffondersi della pandemia e hanno avuto ricadute positive anche in termini di qualità ambientale, in particolar modo rispetto ai livelli di inquinamento atmosferico[14]. Tuttavia, vi sono stati, e permangono ancora oggi, gravi effetti collaterali in termini di benessere economico, diseguaglianze sociali e salute psicofisica dei soggetti, solo per menzionarne alcuni[15].
Queste conseguenze hanno fortemente colpito le nostre comunità e, contemporaneamente, le nostre città. Con la chiusura, o lo spostamento delle attività su piattaforme digitali, di quasi tutti i servizi pubblici (amministrativi, sociali, culturali, educativi, sportivi, religiosi, ecc.) e la contemporanea interdizione all'uso degli spazi della condivisione (quali strade, piazze e parchi che si sono immediatamente e rapidamente spopolati), i suoni, i colori e le atmosfere propri di questi luoghi si sono trasfigurati generando una profonda trasformazione dell'immagine stessa delle nostre città [Triches 2020].

---

[12] Ad esempio, il CPO Piemonte (Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte) sta realizzando un'*Indagine sull'impatto dell'epidemia da COVID-19 sugli Stili di Vita*, raccogliendo dati e informazione a partire da un questionario online: https://covid-19.cpo.it/survey_anonima.php [Di Renzo, Gualtieri, Pivari *et al.* 2020].

[13] http://www.governo.it/it/coronavirus-normativa.

[14] Per quanto riguarda l'evoluzione dei dati (nuovi casi, morti, guariti, positivi attuali, ricoveri in terapia intensiva, ecc.) in Italia è possibile consultare i grafici realizzati da «Il Sole24Ore», nei quali si evidenzia anche il comportamento di ogni curva rispetto alle misure di contenimento adottate: https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/. Per ciò che concerne la relazione tra la diffusione del virus COVID-19, le misure di contenimento adottate e gli effetti ambientali [Legambiente 2020].

[15] Per un'analisi delle ricadute in termini di economia e occupazione in ambito europeo: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/jobs-and-economy-during-coronavirus-pandemic_it. Per le relazioni tra coronavirus e le diseguaglianze sociali [Magnani 2020; Tonon 2020]. Infine, per quanto riguarda gli effetti sulla salute e il benessere mentale degli individui in tempo di pandemia: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/mental-health-and-covid-19.

Venezia non è rimasta estranea al fenomeno descritto. In tal senso, la città lagunare è probabilmente il luogo nel quale tali conflitti e crisi sono più facilmente visibili, misurabili e percepibili. Negli ultimi dodici mesi – prendendo quindi in esame non solamente l'avvento della pandemia, bensì considerando come punto di partenza il 12 novembre 2019, data in cui è stato registrato il secondo fenomeno di acqua alta straordinaria più significativo della storia recente della città[16] – il paesaggio urbano del centro storico veneziano ha vissuto un processo di continua e inesorabile mutazione. La doppia emergenza cui la città è stata chiamata a rispondere ne ha drammaticamente spopolato i campi e le calli e ne ha svuotato i canali e i vaporetti. Se da un lato tali mutazioni hanno contribuito al controllo del diffondersi della pandemia – Venezia è stata privata della forte presenza di turisti e dei lavoratori provenienti dalla terraferma, consentendo ad esempio di garantire più facilmente il distanziamento sociale – dall'altro hanno messo a nudo la città non solo metaforicamente, mostrandone le criticità fino a prima latenti. Si tratta di una mutazione/trasfigurazione dell'immagine della città che a Venezia assume un forte ed affascinante impatto comunicativo. Numerosi sono i video, amatoriali o professionali, che negli ultimi mesi hanno cercato di registrare e rappresentare tali cambiamenti; tra questi il più significativo è, probabilmente, *Molecole* del regista veneziano Andrea Segre[17]. Il film, presentato fuori concorso alla 77ª Mostra internazionale d'arte cinematografica de La Biennale di Venezia, racconta l'arrivo del grande e inaspettato vuoto che ha invaso la città e «che mi ha consegnato a una Venezia solitaria e magica, dove ho potuto rincontrare mio padre e capire cosa questa sua città fragile e potente può insegnare»[18].

> E poi sono arrivato a San Marco. C'erano soltanto i gabbiani che urlavano di dolore e di fame. Perché i gabbiani di Venezia sono abituati a mangiare i resti dei turisti e non i pesci. I turisti non c'erano più quindi i gabbiani non avevano niente da mangiare e urlavano in piazza San Marco. E io ero solo con loro nella piazza deserta[19] (Fig. 1).

L'abitare come cura del territorio e della comunità: paradigmi e scenari veneziani

La capacità di insegnamento di cui Segre parla fa da sempre parte della storia e dell'essenza di Venezia. Nel corso dei secoli la città ha sviluppato pratiche di tutela della salute pubblica, così come strategie di pianificazione e di amministrazione territoriale finalizzate a garantire il benessere e la sicurezza della propria comunità [Triches 2020].

---

[16] Nella notte tra il 12 e il 13 novembre 2019 è stato registrato un picco straordinario di marea da 187 cm, secondo solo all'*Aqua Granda* del 1966: https://www.comune.venezia.it/it/content/grafici-e-statistiche.

[17] SEGRE, A. (2020). *Molecole*, ZaLab Film - Rai Cinema - Vulcano - Istituto Luce Cinecittà, 71', 2020.

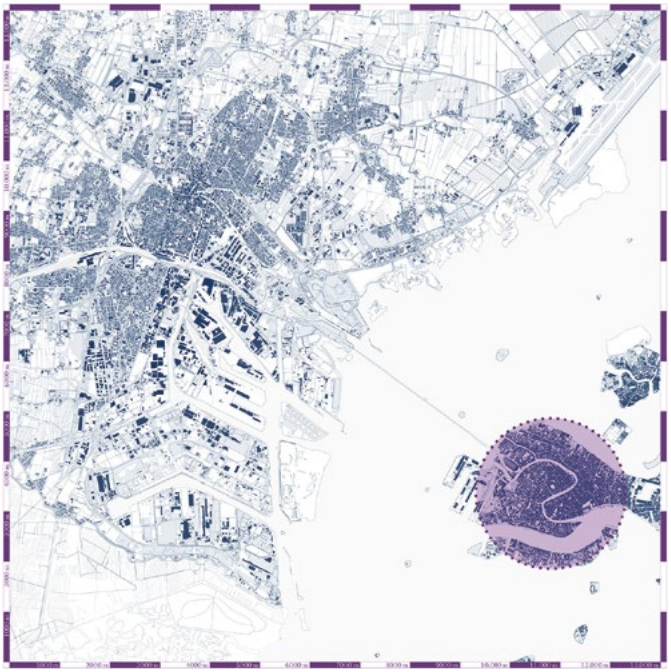
[18] https://www.labiennale.org/it/cinema/2020/fuori-concorso/molecole.

[19] https://www.labiennale.org/it/cinema/2020/fuori-concorso/molecole.

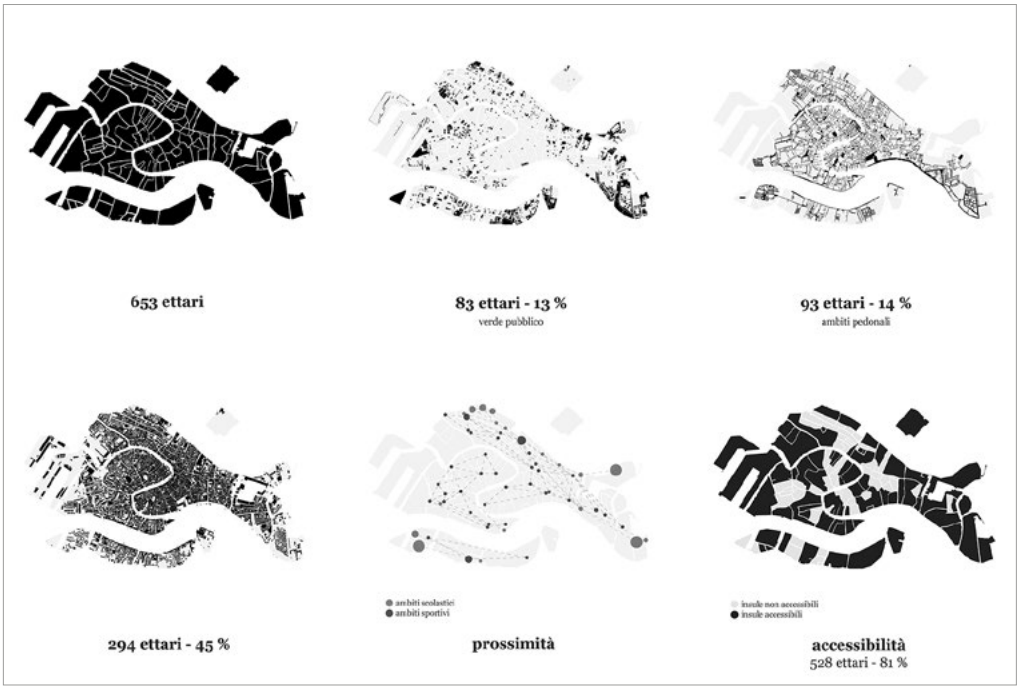
1: Dettaglio della locandina del film *Molecole* di Andrea Segre, 2020.

Si pensi alle politiche per l'assistenza, la prevenzione e la gestione degli infermi, quali l'istituzione, a partire dal XIII secolo, delle Scuole Grandi e altre strutture associative per la mutua assistenza, o la specializzazione, dal 1423, dell'isola del Lazzaretto in luogo di degenza dei malati [Lane 1991]. Persino la pratica della "quarantena", oggi drammaticamente ritornata di forte attualità, si deve alla città di Venezia, dove a partire dal 1370 «nasce l'abitudine di bloccare per 40 giorni merci e persone sospetti di infezione» [Capocci 2020, 9], diffondendosi ovunque nel mondo e contribuendo a dare origine alle moderne regolamentazioni e normative internazionali in merito alla salute pubblica [Müller 2016, VII-VIII]. Inoltre, si possono segnalare numerose strategie per l'amministrazione del territorio in funzione della sicurezza dei cittadini: ad esempio il trasferimento nel 1282 di tutte le attività per la fabbricazione del vetro, che comportavano forti rischi di sicurezza pubblica, nell'isola di Murano [Lane 1991], oppure i frequenti interventi di trasformazione urbana della città finalizzati al miglioramento delle condizioni di salubrità del centro storico e alla rivitalizzazione delle sue parti marginali. Tra questi ultimi si ricorda la realizzazione del sistema delle fondamenta, in particolare quelle del fronte sud; la costruzione ottocentesca della Strada Nuova, il principale asse viario di collegamento pedonale tra Rialto e la stazione ferroviaria; l'edificazione novecentesca dei nuovi e salubri quartieri residenziali, tanto nelle isole quanto in terraferma [Mancuso 2009; Mancuso 2011].

A Venezia quindi l'indissolubile legame tra la salute (o la cura) delle comunità/individui e le qualità (o la manutenzione) del territorio/città assume da sempre un ruolo fondamentale per la sopravvivenza di entrambi i sistemi antropici e naturali. Tale legame si traduce in strategie, politiche e progetti di continua trasformazione della città e del contesto ambientale nel quale è inserita, trovando un riscontro diretto nell'immagine stessa della città. In tal senso l'articolato sistema degli spazi pubblici e della condivisione della città lagunare, che costituisce la rete infrastrutturale e funzionale del centro urbano definendone la morfologia così come gli stili e i ritmi di vita dei suoi abitanti, è il fattore



2: M. Triches, Planimetria di Venezia con indicazione della circonferenza pari a 5.000 passi, 2020.



3: M. Triches, Schemi dell'infrastruttura degli spazi della condivisione veneziana, 2020.

che maggiormente (e positivamente) incide sulla salute e il benessere collettivi. Infatti, analizzando nel dettaglio gli studi che valutano la vivibilità delle città italiane, si nota come Venezia guidi le principali classifiche relative a indicatori quali isole pedonali, verde urbano fruibile, gestione della mobilità pubblica e privata, qualità ambientale e servizi. Questi indicatori evidenziano la capacità della struttura urbana veneziana e del suo sistema di spazi condivisi di influenzare significativamente gli stili di vita delle persone, incentivando, direttamene e/o indirettamente, comportamenti che favoriscono la cura dell'individuo e del territorio (Figg. 2-3). Tale capacità è intrinseca nella morfologia e nella struttura di Venezia ed è verificabile in termini dimensionali e di accessibilità, prossimità, flessibilità e adattabilità.

La città lagunare occupa una superficie di circa 650 ettari ed è quasi interamente inscrivibile in una circonferenza di 3 km di diametro, misura equivalente a circa 5.000 passi individuata dall'OMS come distanza minima da percorrere giornalmente per garantire un adeguato livello di attività fisica individuale [World Health Organization 2016]. Il 30% di quest'area definisce il sistema degli spazi della condivisione suddivisi in zone a verde pubblico e ambiti pedonali[20]. Con il progressivo passaggio della città da navigabile a camminabile, questo sistema è andato modificandosi costantemente, aggregando nel corso dei secoli nuovi spazi e definendo nuove attraversabilità e relazioni. Tali trasformazioni hanno generato un'infrastruttura senza soluzione di continuità e, salvo rare eccezioni, diffusa in tutto il territorio, garantendo l'accessibilità e la prossimità a tutti i principali servizi pubblici. La combinazione delle connessioni rese possibili dal servizio di navigazione pubblica e dalle numerose passerelle pedonali, come quelle realizzate per consentire lo svolgimento della *Venicemarathon*, assicurano l'accessibilità ad oltre l'80% delle *insulae* veneziane [Tatano 2018], che inoltre, grazie alla naturale separazione dei flussi pedonali e di quelli carrabili, sono percorribili da ogni tipo di utente in totale sicurezza. Il movimento all'interno di tale infrastruttura, costituita da un insieme di spazi di natura, caratteri e dimensioni diverse, si arricchisce costantemente di nuove percezioni ed esperienze. L'articolazione spaziale di questi ambiti risulta particolarmente flessibile, supportando usi diversificati e consentendo lo svolgimento, anche contemporaneo, di numerose attività sociali, culturali, religiose, sportive, educative, ricreative, ecc. Questa caratteristica se portata all'estremo, come in occasione di particolari eventi (si pensi ad esempio al famoso concerto dei Pink Floyd del 1989) o di alcuni periodi emergenziali (come lo scorso *lockdown*), dimostra anche la capacità di adattamento del sistema, in grado di ospitare grandi masse di persone e/o solitarie passeggiate individuali. (Figg. 4-5)

La struttura urbana di Venezia, e in particolare il suo sistema di spazi condivisi, rappresentano dunque un'infrastruttura per la salute, capace di garantire adeguati standard di qualità di vita e, contemporaneamente, di porsi come paradigma di riferimento per i progetti di trasformazione e riqualificazione urbana in ambito internazionale. Architetti e urbanisti da sempre guardano a Venezia come un modello al quale ispirarsi e dal quale

[20] https://www.comune.venezia.it/it/geoportale.

4: Flessibilità degli spazi della condivisione veneziani, collage a cura di M. Triches, 2020.

5: Adattabilità degli spazi della condivisione veneziani, fotomontaggio a cura di M. Triches, 2020.

imparare: «sono stato a Venezia. È la più grande lezione di urbanistica» [Mumford 2009, 96], disse a riguardo l'architetto catalano Antoni Bonet Castellana.
Si pensi ai progetti di riqualificazione e rivitalizzazione dei centri storici, proposti in diversi contesti e paesi da Jan Gehl, volti al miglioramento delle qualità spaziali e ambientali delle città attraverso forti interventi di pedonalizzazione, capaci di generare stili di vita sani nonché articolate e vivaci relazioni sociali [Gehl 1987; Gehl 2010]. Allo stesso modo, sono da citare gli sforzi fatti dalla Agència d'Ecologia Urbana de Barcelona per ridisegnare la griglia urbana della città sulla base di nuova cellula urbana minima, la *supermanzana*, che attraverso la riduzione degli spazi carrabili consente di ottenere nuovi e ampi spazi per l'abitare condiviso in grado di supportare molteplici attività – individuali o collettive, spontanee o programmate – del vivere quotidiano [Rueda 2007].

Questi esempi considerano il cittadino non solo come soggetto in movimento nello spazio, ma anche come abitante che usa e vive la città secondo modalità ed esigenze che si rinnovano costantemente. Conseguentemente gli spazi della condivisione delle città devono costituire dei fatti urbani identitari, attrattivi e multifunzionali in grado di stimolare gli spostamenti lenti e l'attività fisica quotidiana; di favorire lo sviluppo delle relazioni sociali, economiche e culturali; di esprimere la pratica dell'abitare nella sua dimensione collettiva e come azione di cura reciproca tra l'essere umano e il proprio *habitat*. Inoltre, anche diversi obiettivi dei programmi internazionali per lo sviluppo sostenibile, quali l'*Agenda 2030*[21], e numerose azioni previste dai piani locali sorti in risposta all'attuale pandemia COVID-19, come la *Strategia di Adattamento Milano 2020*[22], sono almeno parzialmente riconducibili al modello Venezia. Si tratta di iniziative quali la riorganizzazione dei tempi delle città; la ridefinizione dell'uso di strade e spazi pubblici; la riscoperta della dimensione di quartiere, della prossimità e dell'accessibilità a tutti i servizi; l'espansione dello spazio pubblico; la pedonalizzazione diffusa per consentire il gioco, l'attività fisica e l'organizzazione di eventi sociali, culturali e sportivi; la riduzione degli ambiti carrabili a favore di spazi condivisi per attività di ristoro e per il tempo libero, e molte altre ancora. In questo senso, tali esempi riaffermano la necessità di configurare la città come un insieme di spazi condivisi flessibile e adattabile negli usi, accessibile a tutti e che garantisca la prossimità dei servizi pubblici, ispirandosi dunque, più o meno dichiaratamente, al modello veneziano.

> Venezia può diventare un banco di prova, nelle condizioni ideologiche del globalismo, di come e se la specificità possa tornare ad essere elemento essenziale della modernità. […] In questo senso Venezia è città della maschera: essa può e deve cambiare e adattarsi come ha fatto per secoli, a condizione, però, di rispettare la sua natura profonda [Gregotti 1998, 11-17].

Conclusioni

L'interrogativo posto da Sarkis trova in Venezia il terreno ideale nel quale ricercare, verificare e sperimentare vecchie e nuove risposte. La fragilità del paesaggio e del territorio lagunare, così come la vulnerabilità dei suoi insediamenti e del proprio tessuto urbano necessitano di cure costanti da parte dei propri abitati. Allo stesso tempo la morfologia della città e la sua rete di spazi della condivisione favoriscono la socialità e stili di vita sani. La dimensione di quartiere, la prossimità dei servizi, la relativa sicurezza percepita, un evidente rapporto con il paesaggio e con la natura come parti costituenti la città stessa, la sana lentezza dei ritmi di vita, tutti questi aspetti fanno ancora oggi di Venezia un modello di città sana e sostenibile; «una città, che anche nelle condizioni di pericolo, non può oscurare l'insegnamento di cui è portatrice» [Ferlenga 2020, 9].

[21] https://unric.org/it/agenda-2030/.

[22] https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/partecipazione/milano-2020.

L'insegnamento citato deve essere colto primariamente dagli architetti, individuandone i princìpi da tradurre in spazi sostenibili e a misura d'uomo mediante un vasto impegno interdisciplinare, culturale e politico. Attraverso questo impegno l'architettura sarà in grado di diffondere socialmente l'insegnamento veneziano, rendendo i suoi abitanti e i suoi visitatori individui più consapevoli, cittadini capaci di cogliere gli effetti delle loro azioni e a sviluppare una visione più completa del benessere sociale, diventando così parte attiva dei processi di cura del territorio[23]. Come ricorda Gregotti, infatti, «la città appartiene ai cittadini fin quando essi sono in grado di trasformarla secondo una naturale coerenza con l'identità che le è propria» [Gregotti 1998, 10].
L'abitare questi luoghi può dunque divenire un nuovo paradigma per la cura reciproca tra essere umano e ambiente. Tale azione trova negli spazi della condivisione una risposta, tanto teorica quanto spaziale, tanto locale quanto globale, alla domanda di Sarkis.

Bibliografia

BARTON, B., GRANT, M. (2006). *A health map for the local human habitat*, in «Journal of the Royal Society for the Promotion of Health», vol. 126, n. 6, pp. 252-253.

BARTON, H., TSOUROU, C. (2000). *Healthy Urban Planning. A WHO guide to planning for people*, London and New York, WHO Regional Office for Europe.

BLUM, H. L. (1974). *Planning for Health: Developmental Application of Social Change Theory*, New York, Human Science Press.

BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Cambridge, Harvard University Press.

CAPOCCI, M. (2020). *La più grande quarantena della storia è a Whuan*, in «Il Manifesto», 29 gennaio, p. 9.

COUTTS, C. (2016). *Green Infrastructure and Public Health*, London and New York, Routledge.

Del prendersi cura. Abitare la città-paesaggio (2019), a cura di M. Vanore, M. Triches, Macerata, Quodlibet.

DUHL, L., HANCOCK, T. (1988). *Promoting Health in the Urban Context*, collana «WHO Healthy Cities Papers», n. 1., København, WHO Healthy Cities Project Office.

FERLENGA, A. (2020). *Dedicato a Venezia*, in *Venezia città sostenibile*, a cura di M. Ballarin, D. Ruggeri, Conegliano-Venezia, Anteferma Edizioni - Università Iuav di Venezia, pp. 7-9.

GEHL, J. (1987). *Life Between Buildings: Using Public Space*, New York, Van Nostrand Reinhold.

GEHL, J. (2010). *Cities for people*, Washington, Island Press.

GREGOTTI, V. (1998). *Venezia, città della nuova modernità*, Venezia, Consorzio Venezia Nuova.

HANCOCK, T. (1993). *Health, human development and the community ecosystems: Three ecological models*, in «Health Promotion International», vol. 8, n. 1, pp. 41-47.

HANCOCK, T., PERKINS, F. (1985). *The mandala of health: A conceptual model and teaching tool*, in «Health Education», n. 24, pp. 8-10

[23] https://www.labiennale.org/it/news/biennale-architettura-2020-how-will-we-live-together.

ILLICH, I. (2004, I ed. 1975). *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Mondadori.

IPPOCRATE (1965). *Le arie, le acque, i luoghi*, in *Opere di Ippocrate*, a cura di M. Vegetti, Torino, UTET, pp. 171-202.

MANCUSO, F. (2009). *Venezia è una città. Come è stata costruita e come vive*, Venezia, Corte del Fontego.

MANCUSO, F. (2011). *Fronte del porto. Porto Marghera, la vicenda urbanistica*, Venezia, Corte del Fontego.

MCCALLY, M. (2002). *Life support: The environment and human health*, Cambridge, MIT Press.

MUMFORD, E. P. (2009). *Defining Urban Design: CIAM Architects and the Formation of a Discipline, 1937-69*, New Haven, Yale University Press.

LANE, F. C. (1991, I ed. 1978). *Storia di Venezia*, Torino, Einaudi.

RUEDA, S. (2007). *Barcelona, ciudad mediterránea compacta y compleja: una visión de futuro más sostenible*, Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona.

SECCHI, B. (2005). *La città del ventesimo secolo*, Roma-Bari, editori Laterza.

SERT, J. L. (1942). *Can our cities survive? an ABC of urban problems, their analysis, their solutions based on the proposals formulated by the C.I.A.M.*, Cambridge, Harvard University Press, Cambridge.

STEVAN, C. (2009). *Storia sanitaria e storia urbana: un intreccio inscindibile*, in *Qualità urbana, stili di vita, salute. Indicazioni generali per il benessere*, a cura di S. Capolongo, Milano, Hoepli, pp. 1-10.

TATANO, V. (2018). *Atlante dell'accessibilità urbana a Venezia*, Conegliano, Anteferma Edizioni.

The Heart of the city: Towards the Humanisation of Urban Life (1952), a cura di E. N. Rogers, J. L. Sert, J. Tyrwhitt, London, Lund Humphries.

The Veneto model – a regional approach to tackling global and European health challenges (2016), a cura di A. Müller, København, World Health Organization.

TRICHES, M. (2019a). *La rappresentazione della salute urbana tra spazi condivisi e paesaggio*, in *Del prendersi cura. Abitare la città-paesaggio*, a cura di M. Vanore, M. Triches, Macerata, Quodlibet, pp. 29-37.

TRICHES, M. (2019b). *L'abitare come cura*, in *Del prendersi cura. Abitare la città-paesaggio*, a cura di M. Vanore, M. Triches, Macerata, Quodlibet, pp. 187-193.

TRICHES, M. (2020). *Venice Anatomy: paradigmi per la cura reciproca tra uomo e territorio*, in *Venezia città sostenibile*, a cura di M. Ballarin, D. Ruggeri, Conegliano-Venezia, Anteferma Edizioni - Università Iuav di Venezia, pp. 144-155.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization adopted by the International Health Conference*, in *Official Records of the World Health Organization*, n. 2, p. 100.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016). *Strategia per l'attività fisica. OMS-2016-2025*, Roma, UISP.

Sitografia

DI RENZO, L., GUALTIERI, P., PIVARI, F. *et al.* (2020). *Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey,* in «Journal of Translational Medicine», n. 18: https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5.

http://ec.europa.eu/regional_policy/it/policy/themes/urban-development [gennaio 2021].

http://www.governo.it/it/coronavirus-normativa [gennaio 2021].

https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/jobs-and-economy-during-coronavirus-pandemic_it [gennaio 2021].

https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/ [gennaio 2021].

https://unric.org/it/agenda-2030/ [gennaio 2021].

https://unric.org/it/who-europe-briefing-virtuale-su-covid-19-primo-incontro-della-commissione-paneuropea-per-la-salute-e-lo-sviluppo-sostenibile/ [gennaio 2021].

https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/partecipazione/milano-2020 [gennaio 2021].

https://www.comune.venezia.it/it/content/grafici-e-statistiche [gennaio 2021].

https://www.comune.venezia.it/it/geoportale [gennaio 2021].

https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/mental-health-and-covid-19 [gennaio 2021].

https://www.labiennale.org/it/cinema/2020/fuori-concorso/molecole [gennaio 2021].

https://www.labiennale.org/it/news/biennale-architettura-2020-how-will-we-live-together [gennaio 2021].

https://www.labiennale.org/it/storia-della-biennale-architettura [gennaio 2021].

https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports [gennaio 2021].

LEGAMBIENTE (2020), *Inquinamento atmosferico al tempo del Coronavirus: ripartiamo con ambiente, salute, prevenzione*: https://www.legambiente.it/wp-content/uploads/2020/04/Linquinamento-atmosferico-al-tempo-del-Coronavirus.pdf [gennaio 2021].

MAGNANI, A. (2020). *Così il coronavirus fa esplodere le diseguaglianze sociali in Italia*, 10 aprile: https://24plus.ilsole24ore.com/art/cosi-coronavirus-fa-esplodere-disuguaglianze-sociali-italia-ADsrL2I?refresh_ce=1 [gennaio 2021].

TONON, L. (2020) *Le diseguaglianze nella salute tra lockdown e recessione*, 12 maggio: https://www.internazionale.it/notizie/laura-tonon/2020/05/12/disuguaglianze-salute-lockdown [gennaio 2021].

PROGETTO E CURA. DARE UNA MISURA ALL'"INABITABILE"

Giovanni Comi

Abstract

The pandemic phenomenon has made even more evident the need for reflection, too often rejected, on those architectures which, given their function, represent "uninhabitable" spaces because they are designed with the clear purpose of limiting the very meaning of habitation. From this starting point, the projects presented show how, in the relation they establish with the context, there are still possible forms of relationship that the contemporary city no longer seems capable of producing.

Keywords

Sverre Fehn, school, inhabit, crisis, city.

Introduzione

L'uomo che inscrive sulla superficie della terra la propria presenza per mezzo dell'architettura sviluppa un pensiero su se stesso e sul suo destino in quanto "essere abitante"; così facendo, con la costruzione dà un senso concreto, ovvero non più alienato e astratto, a stare in un luogo. La condizione di possibilità dell'architettura si riassume così nel rapporto inatteso secondo cui solo l'abitare dà un senso al costruire.
Se il fenomeno pandemico [Agamben 2020; Cannata 2020; Di Cesare 2020; Žižek 2020] ha reso ancora più evidente la necessità di una riflessione in grado di riportare al centro del dibattito il ruolo dell'abitabilità, è solo restituendo al progetto architettonico il suo valore poietico – relativo cioè al "da fare" – che è possibile rivolgere uno sguardo critico alla realtà. Liberata da ogni concezione finalistica degli spazi, la "capacità di abitare" deve quindi, oggi forse più che in passato, proporre soluzioni non assolute, ma che stabiliscano gradi di "collaborazione" tra edificio e spazio, urbano e naturale, recuperando cioè quelle forme di relazione che la città contemporanea sembra non essere più capace di produrre. Per farlo l'architettura deve essere in grado di dare una misura al contesto, attribuire cioè una dimensione allo spazio naturale trasformandolo in spazio artificiale. Ciò che costruisce il sito è la misura con cui l'uomo fissa il suo stare sopra la terra e sotto il cielo, e rende il luogo abitabile perché in grado di costruire una collaborazione appropriata con il suolo. Questo a dire che solo quando l'architettura restituisce all'uomo la possibilità di recuperare l'originale significato di *habitare*, nel senso di "avere l'abitudine" a stare in un determinato luogo, è possibile ripristinare il senso di sicurezza che sarebbe altrimenti perduto e che si genera quale risultato dell'azione dell'uomo che

© Aisu International 2020

possiede e che quindi ha cura del luogo in cui abita. L'abitare si svolge in questo spazio intermedio compreso tra necessità materiali, ma non prive di una visione ambientale, e libertà spirituali.
All'opposto, un'architettura che non riconosca più nell'abitare il suo principio e la sua regola risulta ostile ai soggetti perché ne nega i bisogni, si tramuta in "dimora estranea", portando alla trasfigurazione dell'*Heimlich* in *Unheimlich* [Vidler 1992]. Nella cultura contemporanea in cui ogni cosa è gravida del suo contrario, l'"inabitabile", il negativo dell'architettura, costruito prima di/senza essere abitato cioè pensato, è riemerso con l'esperienza pandemica[1]. Come progettare situazioni in cui la *con-vivenza* è forzata, dove essere reclusi è la regola e non l'eccezione? «Che cosa è un'architettura che si fonda sull'impossibilità dell'abitazione»? [Agamben 2018]
A partire da tali premesse il presente scritto cerca di dare risposte leggendo criticamente architetture che, dato il loro programma funzionale, affrontano il problema del disegno di spazi "inabitabili". Luoghi che in tempo di pandemia, più di altri, interrogano l'architettura sul suo senso e, in particolare, sul rigore con cui l'architettura stessa si assume l'onere di "costruire" prima di "abitare", consapevole che solo rovesciando l'abituale consequenzialità si rende pensabile la convivenza e, forse, la sopravvivenza: per progettare è necessario sapere abitare, anzi bisogna imparare ad abitare e questo è possibile solo se l'architettura sa ricostruire un equilibrio tra costruzione e luogo [Heidegger-Vattimo 1976]. Il contesto viene ascoltato quindi per la sua unicità, suggestiona e orienta le scelte progettuali; e l'architetto è chiamato a guardare gli individui che abiteranno questi spazi calandosi nella loro realtà, individuando caratteri e valori dell'ambiente specifico che è chiamato a ridisegnare.
Le architetture di Fehn qui approfondite [Comi 2014], seppur progettate a distanza di vent'anni l'una dall'altra, mostrano un coerente modo di pensare il problema della costruzione in rapporto al luogo; interagiscono con il contesto in modo ogni volta differente, proponendo soluzioni "uniche", frutto di una visione originale che combina le caratteristiche proprie del luogo con i requisiti dell'attività architettonica. Ne deriva un "confronto vitale" tra architettura e natura nel quale gli edifici non risultano subordinati, ma messi piuttosto in contrapposizione con il contesto, come risultato di una sintesi tra le parti [Lund 1996].
Il pensiero sulla costruzione è ricondotto sempre a una storia che racconta, attraverso simboli cari all'autore, il carattere profondo dell'edificio. Questo approccio deriva dall'impossibilità di demandare alla sola razionalità l'onere del processo compositivo: abitare un luogo è possibile se questo è espressione di un desiderio profondo, in grado di restituire all'uomo la propria dimensione immaginifica.

[1] Il dibattito sull'"inabitabilità" ha origini profonde, in senso filosofico e psicologico, e si riconosce già nelle posizioni di Adorno («abitare, nel senso vero del termine è oggi impossibile» [Adorno 2009, 34-35]) e di Heidegger sulla forma della casa "moderna", che, sebbene fosse una risposta alla condizione di insalubrità, appariva incentrata sul puro funzionalismo della tecnica, rendendo il suo abitante un ospite separato dal proprio destino.

1: S. Fehn, Casa per anziani a Økern, 1952-1957 [Teigens Fotoatelier/Dextra photo, Norsk Teknisk Museum, Oslo].

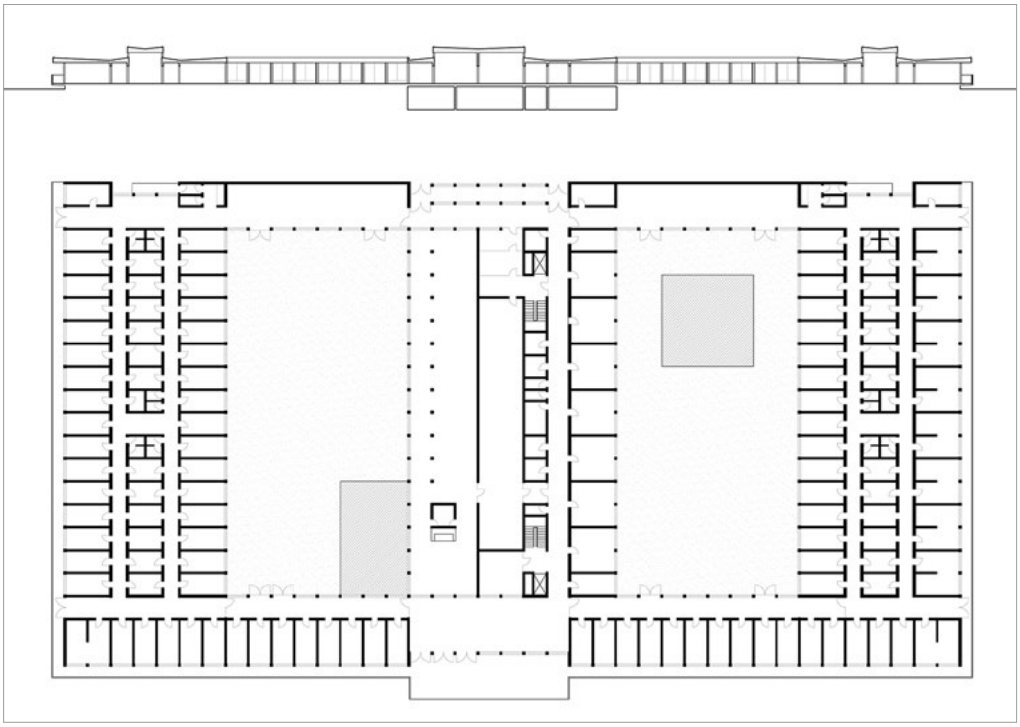
Il bambino e il vecchio

La casa per anziani a Økern nella periferia di Oslo, progettata in collaborazione con Geir Grung tra il 1952 e il 1957[2], si caratterizza per un'estrema semplicità formale. A un piano, leggermente sollevata da terra, si compone di quattro moduli; di questi, tre sono uniti da un doppio sistema distributivo, ottenendo un unico spazio organizzato intorno a due ampi patii rettangolari. Leggermente staccato, un quarto corpo della stessa larghezza ospita i locali del personale.
Il progetto è definito per temi compositivi, il primo dei quali è la scelta di realizzare un edificio interamente a un piano per venire incontro alle difficoltà motorie dei suoi abitanti. Tutte le stanze fruiscono dello spazio esterno, quelle sul perimetro per mezzo di un balcone che circonda l'edificio, mentre quelle che si aprono verso l'interno usano lo spazio aperto delle corti. Fehn trasforma una necessità in scelta compositiva, attorno alla quale costruire la propria idea di architettura (Fig. 1).

[2] Nel 1953 Fehn, insieme a Jørn Utzon e Geir Grung, partecipa al CIAM di Aix-en-Provence con una proposta di quartiere residenziale. Il lotto proposto è situato in una zona periferica e collinare a sud di Oslo; il progetto prevede una sequenza di case che si adagiano alle curve di livello e usano il muro come elemento ordinatore dei servizi.

L'intera composizione è ancora chiaramente debitrice dell'architettura razionalista sia nelle scelte distributive che quelle costruttive. La dimensione costante dei corpi di fabbrica e la scansione tra pieni e vuoti fa sì che l'intero complesso risulti essere un'unica grande pianta integrata nel paesaggio e costruita su un modulo quadrato con lato di 2,75 m, pari alla larghezza di una camera da letto. L'uso di un modulo dimensionale permette di rispondere a due esigenze: da un lato costruisce quelli che sono gli spazi comuni a partire dall'unità privata, dall'altro introduce una misura che tiene insieme tutte le parti della composizione, sia gli spazi serventi che gli spazi serviti. Ne risulta che tutti gli ambienti sono proporzionati tra loro e in relazione al loro essere privati o comuni (Fig. 2).
Costruita per ospitare 128 persone, di cui 30 infermieri – nell'ala a loro dedicata – la casa per anziani ha 78 stanze singole e 20 doppie, ciascuna delle quali si apre direttamente o sulle corti interne o verso l'esterno. La sala da pranzo e gli spazi comuni, collocati nel corpo centrale, sono pensati come una diretta estensione dei corridoi, senza muri o porte a separarli, mentre gli ambienti di servizio e le cucine hanno andamento nord-sud [Cleverly 1960, 54]. Fehn ricerca una spazialità domestica: per questo un ruolo centrale lo riveste il camino, che rimanda al focolare, immagine archetipica tra le più ricorrenti nella poetica di Fehn[3]. L'operazione che Fehn propone deriva dall'interpretazione del riparo in quanto primo istinto dell'uomo che, nello scegliere un luogo isolandolo dalla natura, compie un gesto simbolico, e lo fa con un atto innaturale che separa e divide. Il recinto non è quindi solo ciò che raggruppa gli uomini in uno stesso luogo, ma ciò che veglia a mantenere diviso l'uomo dalla natura e, nel rapporto con il sacro, il futile dal tragico. Il recinto anche nella casa per anziani delimita lo spazio, costruisce una soglia che definisce un "dentro" opposto ad un "fuori". Fehn insiste su questo tema dando diversa forma visiva ai due prospetti, quello verso i patii e quello verso l'esterno, mediato dalla presenza dei balconi e delle soglie di ingresso. La rampa non ha la semplice funzione di superare il dislivello della piattaforma, ma rappresenta uno spazio filtro necessario; non a caso verso il suolo circostante l'edificio risulta rialzato, mentre rispetto alle corti interne la quota tra interno ed esterno è la medesima. Gli spazi aperti delle corti sono già una natura sotto controllo dell'architettura. La casa per anziani rimanda a una spazialità interna dove le due corti rappresentano altrettante stanze a cielo aperto. È in questa "internità dell'esterno" che, estraniati dalla visione del paesaggio, si partecipa del cielo.
I corridoi di distribuzione evitano angoli a 90 gradi, ma proseguono in facciata. Questa precisa scelta compositiva ha un doppio scopo: da un lato aprire l'architettura verso l'esterno, dall'altro rendere anche il corpo destinato al personale parte del complesso. Un sistema che, per quanto rigido, mantiene un certo grado di dinamicità dovuto al continuo rapporto chiuso-aperto, interno-esterno, grande-piccolo degli ambienti, per

[3] Il focolare è considerato la fonte centrale di protezione. Difatti la caverna, modello ancestrale di casa, acquista il proprio *status* nel momento in cui l'uomo, dopo averla sottratta all'animale, vi costruisce al suo interno il focolare e dipinge le pareti con le immagini degli animali uccisi; così facendo, modifica la natura secondo il proprio "pensiero costruttivo", dà un ordine al contesto, legando il senso del luogo inevitabilmente alla presenza dell'uomo.



2: S. Fehn, Casa per anziani a Økern. Pianta e sezione [ridisegno dell'autore].

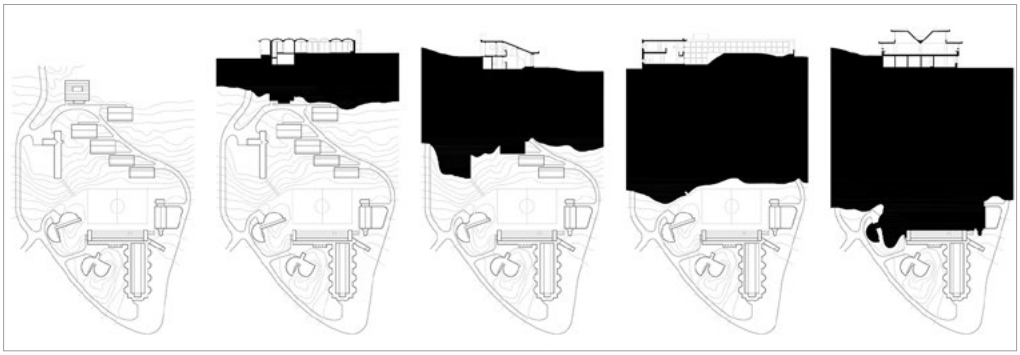
mezzo di una struttura geometrica chiara nella quale le corti centrali assumono il ruolo di scambio e condivisione, senza però mai prediligere un sistema esclusivamente introverso. Un vuoto quasi scavato, come risultato di un'azione di sottrazione dalla massa compatta, conseguenza di un lavoro di geometria che assume un carattere urbano dove si producono movimento e variazione, non spazio chiuso unitario ma riferito alla relazione tra gli uomini e la natura.
Dalla lettura dei prospetti emerge come nell'opposizione significativa tra l'orizzontalità della piattaforma e la verticalità della vegetazione circostante si declina il binomio tra cultura e natura. Fehn dà nuovamente una misura all'intorno, e così facendo attribuisce una regola allo spazio, mettendolo a sistema con l'architettura. L'aggetto della copertura così come lo stacco dal suolo disegnano un'ombra che rimanda a una forma di protezione, di mediazione che conduce alla determinatezza, tra interno ed esterno.

> Quando ero un giovane architetto di ventisei anni ho progettato una casa per anziani. Venti anni dopo ho costruito una scuola per bambini audiolesi. Nel confrontarsi con la vecchiaia da giovani ci si concentra sulle differenze fisiche dei corpi: le ossa fragili, il battito del cuore lento. Le scale come montagne. A partire da questi pochi fatti, è stato naturale progettare un edificio a un solo piano. Nell'incontro con il bambino, da anziano capisci che il bambino deve essere messo nelle condizioni di conquistare la natura. È per

> questo che l'edificio deve confrontarsi con il contesto con la stessa delicatezza come il primo passo del bambino nel bosco[4] [Fehn 1988, 153].

La scuola per bambini audiolesi a Skådalen (1971-1977) – la prima dedicata costruita in Scandinavia – si presenta come uno dei progetti più complessi e vasti nella carriera di Fehn. Si tratta di un intervento a scala urbana, immerso nel verde, composto da una sequenza di luoghi differenti, nel quale l'insieme viene trattato come un contenitore in cui spazi modulari si relazionano a formare un'unità compositiva.
L'intervento si articola in un sistema a padiglioni con la volontà di integrare quanto più possibile il complesso all'interno del bosco, preservando i percorsi e la vegetazione circostante, e di definire al contempo una sorta di limite-soglia con la natura circostante. Ciascuna architettura ospita una diversa funzione – dormitori, mensa, asilo, aule e laboratori, piscina e palestra – stabilendo un diverso livello di *privacy* rispetto all'esterno a seconda della destinazione e dell'età degli ospiti, per tutelare l'intimità dell'individuo che cresce e si forma, perché «quando i ragazzi arrivano alla pubertà, è importante che abbiano uno spazio individuale» [Fehn 1981, 6]. L'organizzazione che ne deriva dà luogo a un rapporto simbiotico tra volumi e spazio aperto. Si tratta di un progetto per pezzi che coglie le possibilità dei personaggi in scena e propone una soluzione non assoluta, ma parziale e frammentaria, che oscilla tra una configurazione ampia e la misura che l'aderenza alla realtà impone, evitando il rischio di una lottizzazione monotona. Gli edifici hanno tutti un orientamento ortogonale, così da restituire un disegno generale coerente e, al contempo, una geometria che si contrapponga all'irregolarità delle curve di livello. La direzione diagonale che attraversa l'ortogonalità rimanda all'Orfanotrofio di Amsterdam di Van Eyck (1955-1960), a cui il progetto è dichiaratamente debitore, e conferisce una visione più dinamica e asimmetrica al sistema.
Caratteristica del progetto della scuola è quella di trovarsi di fronte al problema del sito che ha già una sua forma definita in attesa di una nuova, e l'architettura si pone all'interno del confronto tra queste due forme. Il progetto, lavorando con l'orografia del suolo, si affida alla sezione e alla modulazione del profilo per registrare le differenze degli spazi e costruire nuovi luoghi. Si mantiene libera l'area pianeggiante e si opera lungo la pendenza collinare, che offre l'opportunità di trovare nuove spazialità interne. Tutti gli edifici collaborano con il suolo, che diventa una risorsa per la composizione architettonica; è attraverso il controllo e la manipolazione che l'architettura riscrive il sito (Fig. 3). Questo costruire in sezione traduce le forme della natura in pezzi di geometria che non erano presenti prima dell'intervento. L'architettura si riconosce qui in quanto atto essenziale che non solo dà forma, ma trasforma il suolo da naturale in artificiale. I piani di sezione mettono in luce le logiche costruttive a cui si attengono gli edifici. Seppur riconoscibile una matrice ortogonale, la pianificazione deriva dalla relazione tra architetture e costruzione di suolo. Il lavoro topografico mostra come gli edifici si relazionino di volta in volta con terrazze degradanti e come il rapporto tra l'architettura

[4] Traduzione dell'autore.



3: S. Fehn, Scuola per bambini audiolesi a Skådalen. Sezioni interpretative e costruzione del suolo [ridisegno dell'autore].

di ogni singolo pezzo e il suolo ricorra in tutto il progetto. L'approccio di Fehn prende le mosse dalla situazione paesaggistica, che poi il progetto ricostruisce introducendo le proprie regole (Fig. 4).
Ciò che interessa a Fehn nella scelta planimetrica è il fenomeno naturale "filtrato" dall'elemento architettonico: per questo non si limita a una fedele registrazione del dato di natura, ma riconosce nel rapporto con il progetto la necessità di introdurre una nuova chiave di lettura che permetta al carattere del luogo di manifestarsi. Solo così l'architettura può diventare, nel suo essere precisa ed essenziale, simbolo di una nuova idea di natura.
Nel disegno delle piante come nell'uso dei materiali, il progetto ricerca un equilibrio a partire dai sensi efficienti che il progetto stimola in modo da generare compensazione. La comprensione dello spazio si forma così attraverso la registrazione di come viene sollecitata la sensibilità visiva, ma anche tattile e olfattiva. Ne deriva un progetto che fa dell'uso sincero dei materiali lo strumento con cui il bambino è in grado di riconoscere lo spazio che lo ospita e con il quale restituire un senso di sicurezza e di equilibrio che sembravano ormai persi: «se nascondi alla vista del bambino il cemento con cui è realizzata la colonna, lo privi della possibilità di dialogare con l'architettura» [Fjeld 1983, 82][5].
La mente infantile si organizza dalle sensazioni e gradualmente organizza le sensazioni. Il senso di sé e della propria identità si fa con mezzi elementari ma fondamentali, come le esperienze sensoriali, concrete, che vanno incontro a un processo di mentalizzazione. Non è solo importante che il bambino veda la colonna, ma che ne possa fare oggetto di apprendimento, consentendogli di arricchire e di integrare la fantasia dove le cose funzionano per magia con la realtà esterna, che può essere studiata e conosciuta.
L'intero progetto si concentra sulla dimensione fisica dello spazio, sulle proporzioni delle parti che lo compongono, predilige piante aperte che permettano di orientarsi sempre attraverso la vista, riconosce nella curva del cerchio una soluzione alla ricerca di quel sentimento di sicurezza a cui il bambino deve essere ricondotto. Fehn, consapevole

[5] Traduzione dell'autore.

4: S. Fehn, Scuola per bambini audiolesi a Skådalen, 1971-1977 [Teigens Fotoatelier/Dextra photo, Norsk Teknisk Museum, Oslo].

5: S. Fehn, Scuola per bambini audiolesi a Skådalen, 1971-1977 [Teigens Fotoatelier/Dextra photo, Norsk Teknisk Museum, Oslo].

della vulnerabilità della mente infantile, di fronte al difficile compito di accompagnare lo sviluppo cognitivo ed emotivo dei bambini audiolesi, sembra esprimere in termini architettonici il bisogno primario di ogni bambino e ancor più di un bambino deprivato sul piano sensoriale, il bisogno di *holding*. Questo termine, che indica sia il tenere in braccio che il sostenere in senso lato, qui comprende quell'insieme di misure ambientali che si adattano attivamente ai bisogni del bambino. L'*holding*, l'ambiente supportivo, è un organizzatore di esperienze che ha il compito di permettere al bambino deprivato di acquisire comunque il senso della continuità e unicità della propria esistenza [Winnicott 1970, 50].
Le aule sono costruite in rapporto alla scala dei bambini sia nel disegno dei prospetti, con finestre basse che permettono di traguardare lo sguardo all'esterno, sia in pianta, con la definizione di spazi semicircolari per gli ambienti destinati alle attività didattiche che richiamano il modo in cui i bambini si raggruppano naturalmente; infatti «quando la gente si raduna per ascoltare un narratore, forma quasi istintivamente un semicerchio. Dal vecchio che racconta le sue storie all'ombra di un albero fino al teatro greco, il libero raggrupparsi della gente crea la parete curva» [Fehn 1981, 6] (Fig. 5). Il cerchio è così la forma geometrica di riferimento dell'intero progetto; assume il ruolo di moderatore nell'organizzazione degli spazi, ed elemento ricorrente tra gli edifici. Esso richiama l'involucro, disegna una spazialità archetipica dotata di una forte carica espressiva; è infine espressione di una volontà di movimento che libera l'architettura da un'apparente staticità.
Ai piedi della collina un invaso rettangolare, una radura destinata al campo sportivo, richiama la prima azione dell'uomo nel suo stabilire un dato spazio come luogo della sua dimora. In questo processo, la scala tra gli edifici e la natura dello spazio aperto circostante gioca un ruolo fondamentale: il vuoto diventa centro ordinatore attorno al quale concepire una aggregazione controllata di volumi diversi. Questo vuoto, configurato intorno a una magmatica accumulazione di pezzi architettonici, si viene a conformare come spazio della condivisione, della socialità, assume un carattere teatrale; in esso gli studenti possono assistere a un'esibizione e al contempo riunirsi. Lo spazio del teatro si offre qui come riferimento per quella tensione tra lo spazio del coro e lo spazio della cavea, qui tradotti nella contrapposizione tra la scena fissa rappresentata dal corpo in linea che ospita la scuola e i volumi disposti lungo il declivio a formare una sorta di anfiteatro. Un'opposizione resa ancora più evidente dalla gradonata che ragiona in opposizione rispetto al declivio, costruendo così una conca che nega l'orizzonte, e protegge dalla curiosità degli estranei.

Conclusioni

Nei progetti e nella poetica di Fehn è possibile riconoscere la volontà di affrontare il tema dell'inabitabilità costruendo uno spazio che sembra annullare la separazione tra interno ed esterno, che si evocano così reciprocamente nell'uso dei materiali e nelle scelte figurative. In tale spazio, la chiarezza strutturale non è semplicemente esibita, ma è al servizio dell'invenzione di una spazialità nuova che determina, con la propria irruzione, una crisi semantica non priva di complessità rispetto all'idea stessa di domicilio.

I progetti illustrati dimostrano che esistono luoghi per i quali è necessario ristabilire una ricomposizione delle relazioni urbane, affinché l'aggregazione di individui (sinecismo) torni concretamente al centro del pensiero compositivo; diversamente, la singolarità, privata dell'alterità, risulterebbe fragile ed esposta a frammentazione, a differenza dell'identità, che si forma quando sostenuta da un principio profondo di comunità.

Bibliografia

ADORNO, T.W. (2009, I ed. 1951). *Minima moralia. Meditazioni della vita offesa*, Torino, Einaudi, pp. 34-35.

AGAMBEN, G. (2020). *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Macerata, Quodlibet.

CLEVERLY, M. (1960). *An Informal Survey of Housing for the Elderly in Nine European Countries*, Washington, Public Housing Administration.

COMI, G. (2014). *Architettura Memoria Luogo. Sverre Fehn e il Museo arcivescovile di Hamar*, tesi di dottorato, Università Iuav di Venezia.

DI CESARE, D. (2020). *Virus sovrano. L'asfissia capitalistica*, Torino, Bollati Boringhieri.

FEHN, S. (1981). *La scuola del silenzio*, in «Spazio e società», n. 13, pp. 4-15.

FEHN, S. (1988). *Four Stories*, in *Architecture and body*, a cura di S. Marble, D. Smiley, M. Al-Sayed, S. Flynn, New York, Rizzoli International.

FJELD, P. O. (1983). *Skådalen School for deaf children*, in Id., *Sverre Fehn: The thought of construction*, New York, Rizzoli international, pp. 77-85.

HEIDEGGER, M. (1976, I ed. 1954). *Costruire abitare pensare*, in *Saggi e discorsi*, a cura di G. Vattimo, Milano, Mursia, pp. 96-108.

La città per l'uomo ai tempi del Covid-19 (2020), a cura di M. Cannata, Milano, La nave di Teseo.

LUND, N. O. (1996). *Samtale med Sverre Fehn. Vitale konfrontationer*, in «Arkitekten», n. 17, pp. 26-35.

VIDLER, A. (1992). *The Architectural Uncanny. Essays in the Modern Unhomely*, Cambridge, The MIT Press.

WINNICOTT, D. W. (1970). *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore.

ŽIŽEK, S. (2020). *Virus. Catastrofe e solidarietà*, Milano, Ponte alle Grazie.

Sitografia

AGAMBEN, G. (2018). *Abitare e costruire*. Conferenza tenuta alla Facoltà di architettura dell'Università Roma La Sapienza, 7 dicembre: https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-abitare-e-costruire [gennaio 2021].

OLTRE LA MEDICALIZZAZIONE DELL'ARCHITETTURA. SOMATOLOGIE, AMBIVALENZE, DISPOSITIVI PROGETTUALI

Vincenzo Valentino

Abstract

The medicalization process affects ever-wider spheres of human life and architecture, shedding a new light on relationships that see the subject as the centre of the debate, not in a metaphysical or anthropocentric sense, but in its finite and contingent condition of body. A critical review of the body-space interaction appears necessary, starting from a somatology that orients design towards a marginal area as a field of action for an architecture that intends to relate to a deeply bodily sensitivity.

Keywords

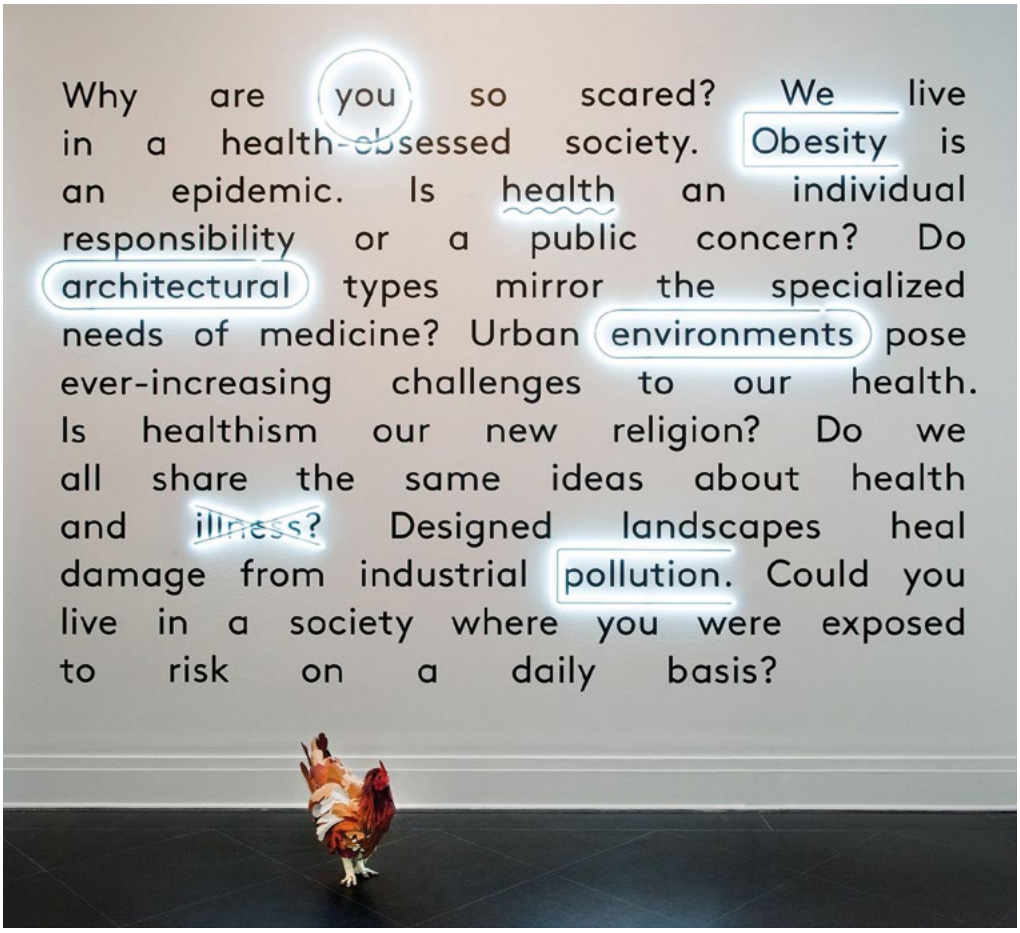
Medicalization, body, space, devices, design.

Introduzione

Nel 1954 Richard Neutra pubblicava il suo manifesto teorico *Survival through design*, dove le macchine per abitare del primo movimento moderno si tramutavano in macchine terapeutiche. Il progetto, nella visione di Neutra, operando nell'intersezione tra biologia e psicologia, poteva rivelarsi il più efficace strumento per difendere la specie umana dai dannosi effetti collaterali troppo spesso provocati dalla stessa cultura moderna [Neutra 1956]. Nel 2019 la XXII Triennale di Milano adotta il titolo *Broken Nature: Design Takes on Human Survival*. La mostra vuole indagare i legami che uniscono gli uomini all'ambiente naturale e soprattutto come questi nel corso degli anni siano stati profondamente compromessi, se non completamente distrutti [Antonelli, Tannir 2019]. A più di sessant'anni di distanza è ancora una volta una questione di "sopravvivenza"; questa volta però in pericolo non è solo l'uomo, ma l'esistenza dell'intero pianeta.

Il progetto contemporaneo di architettura sembra, quasi forzatamente, attraversato dalla necessità di ridefinire i suoi scopi e il suo campo d'azione proprio a partire da un ripensamento radicale del rapporto soggetto-mondo, in un quadro epistemologico sempre più segnato dalla letteratura in stile antropocene. Indagando questo scenario in mutamento, la ricerca *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture* (Fig. 1), condotta presso il CCA di Montréal e coordinata da Giovanna Borasi e Mirko Zardini,

© Aisu International 2020



1: A. Byers, Imperfect Health: The Medicalization of Architecture. Installation view with Chicken, 2011 [https://www.cca.qc.ca/en/events/3178/imperfect-health-the-medicalization-of-architecture].

ha messo in luce con estrema lucidità come le azioni umane siano sempre più orientate alla ricerca di benessere e salute; tuttavia, risulta essere proprio l'uomo il principale produttore di problemi a piccoli e grande scala. All'interno di tale contraddizione l'architettura prova a determinare una diretta interconnessione tra salute, ambiente e progetto nella speranza di contenere, attraverso azioni sullo spazio, l'insorgere di malattie. Viene infatti posto in evidenza come una crescente ossessione per la salute e il benessere stia «innescando un inevitabile processo di medicalizzazione dell'architettura, in cui tutti i problemi sono visti da un punto di vista medico e compresi attraverso una struttura concettuale medica» [Borasi, Zardini 2012, 15][1]. Gli esiti della ricerca condotta presso

[1] Traduzione dell'autore.

l'istituto canadese sono stati pubblicati nel 2012, eppure oggi risuonano ancora più attuali. È evidente, però, come la pandemia di Sars-Cov-2 abbia spostato i presupposti e le ragioni alla base del processo di medicalizzazione. Quest'ultimo, infatti, oltre ad aver subito una sostanziale accelerazione, sembra ormai quasi inevitabile, in quanto non più determinato da un cambio interno alla cultura e ai costumi sociali, ma scaturito da motivi di necessità, ovvero, di nuovo, da "questioni di sopravvivenza". Per tali ragioni una riflessione critica su tale fenomeno appare quanto mai necessaria, e soprattutto appare necessario comprendere quali ricadute potrebbe avere sul progetto.

Recentemente Giorgio Agamben ha sottolineato come la scienza medica sia divenuta progressivamente una nuova forma di religione, convivendo alla pari con altri due sistemi di credenze: il cristianesimo ed il capitalismo. Secondo Agamben ciò che maggiormente interessa la cultura contemporanea è il concetto biologico di vita nella sua veste di nozione scientifica, interesse peraltro già sottolineato da Foucault nel descrivere l'affermarsi di pratiche di potere biopolitico. La spesso inavvertita ma evidente avanzata dell'ideologia medico-scientifica ha condotto ad un uso crescente di «rappresentazioni pseudoscientifiche del corpo, della malattia e della salute e della "medicalizzazione" di sfere sempre più ampie della vita e dell'immaginazione individuale» [Agamben 2017, 267].

L'oggetto della medicina è il corpo, organismo trattato come un complesso di informazioni. Analogamente, inseguendo la relazione di causa-effetto tra spazio e patologia, la città è considerata come un potenziale paziente da guarire, peraltro con un quadro clinico in costante mutazione.

Nel ripercorrere genealogicamente il rapporto tra architettura e salute, Beatriz Colomina sottolinea come il XXI secolo sia caratterizzato da nuove forme di malattia rispetto al passato – disturbi neurologici, allergie, diabete – e «dal momento che l'ambiente è ormai completamente antropizzato, siamo diventati allergici a noi stessi, al nostro stesso corpo iperesteso in una sorta di disturbo autoimmune» [Colombina 2019, 183][2]. In un contesto del genere, l'architettura da soluzione può trasformarsi rapidamente in problema soprattutto quando tenta, con un approccio neopositivistico, di provvedere direttamente al trattamento delle malattie che affliggono l'uomo e la città. «Paradossalmente, *Imperfect Health* racconta un inevitabile processo di sconfitta: l'incapacità dell'architettura di offrire una soluzione ottimale o permanente basata sulla promessa di parametri razionali» [Borasi, Zardini 2012, 18][3].

Il fatto che la pandemia abbia "estremizzato" un processo in atto è evidente anche dal ritorno sulla scena negli ultimi anni di alcune visioni della città diffusesi tra Ottocento e Novecento. L'idea che questa possa essere assimilata ad un organismo, dove attraverso operazioni "chirurgiche" si rigenerano "tessuti" urbani ammalorati, si applicano nuove "pelli" più salubri e si innestano "polmoni" verdi, sembra infatti preconizzare l'avanzata di un neo-igienismo con riflessi esclusivamente di tipo tecnico. In effetti i nuovi programmi funzionali, innescati dalla relazione diretta tra scelte progettuali e azioni

[2] Traduzione dell'autore.

[3] Traduzione dell'autore.

terapeutiche, determinano spesso meccanicamente specifici caratteri spaziali e formali. Come già sottolineava Aldo Rossi, funzionalismo e organicismo, le due correnti principali che hanno percorso l'architettura moderna, hanno in alcuni casi rivelato una radice comune: un concetto di funzione che, «improntato alla fisiologia, assimila la forma ad un organo per cui le funzioni sono quelle che giustificano la sua formazione e il suo sviluppo e le alterazioni delle funzioni implicano una alterazione della forma» [Rossi 2018, 38-39]. In quanto forma di tardo umanesimo strettamente relazionato alla produzione tecnologica, «il funzionalismo», secondo Peter Eisenman, «può essere riconosciuto come una sorta di positivismo, ma, come il positivismo, si può far derivare dai termini di una visione idealistica della realtà» [Eisenman 2014, 143]. Ammantando il progetto di un'aura moralistica si rincorrono nuove rassicuranti "riduzioni" inquadrate dentro una dimensione tecnocratica tendente alla quantificazione dei fenomeni sociali. Non a caso Cristina Bianchetti rileva come la riduzione funzionalista in atto è rintracciabile nei fenomeni di «riduzione della densità dello spazio e dei processi» e, soprattutto, «nella negazione dell'individualità del soggetto e dell'azione» [Bianchetti 2016, 14]. La ricerca spasmodica di una "cura" rischia di risolversi, secondo Bianchetti, nella redazione di un atlante di buone pratiche più o meno sane, più o meno terapeutiche, imbrigliando e de-soggettivizzando i corpi che attraversano lo spazio, oppure ancora "traducendoli" in dati e informazioni: «la colonizzazione dell'individuo da parte della patologia è una forma di de-soggettivazione radicale. Così come lo è riassumere l'abitare nel muoversi in bicicletta. L'individuo non può essere ridotto a un'azione e le sue scelte a un bilanciamento tra costi e tempi» [Bianchetti 2016, 13]. In questo caso, ad emergere fortemente è una dimensione comportamentista che cerca di orientare e condizionare scelte e stili di vita. Ancora una volta la medicalizzazione, attraverso un meccanismo quasi freudiano di "coazione a ripetere", sembra orientare il progetto verso vecchi paradigmi.

Il ritorno del corpo in architettura

Sempre Cristina Bianchetti, in un suo recente testo, sottolinea come il progetto urbano si sia sempre interrogato a partire dalla nozione di luogo come «contesto, palinsesto, suolo, sito, incolto. Nozioni che trasmettono il carattere pesante, visibile, fermo delle cose». "Annidata" dentro queste categorie esiste una lettura implicita di luogo «come luogo del corpo e, come tale, molteplice, mobile, vulnerabile, volubile, tenace, potente e fragile come lo sono i corpi» [Bianchetti 2020, 18]. Una dimensione, sempre sottotraccia, che riemerge con forza, aggiunge Bianchetti, proprio nell'atto di misurarsi con i grandi temi che il presente ci pone di fronte.

In effetti il mutato quadro concettuale e di pensiero, l'insorgere di nuovi scenari e nuovi condizioni per l'architettura e la città, rimettono al centro del dibattito le trame di relazioni che vedono protagonista il soggetto, non in senso "metafisico", ma nella sua condizione finita e contingente di corpo. Nella sua instabilità e precarietà, nella sua condizione di liquidità [Bauman 2006], quest'ultimo sembra infatti circoscrivere nuove potenziali linee di tensione con lo spazio.

Nelle riflessioni fatte sinora la questione sembra essere implicita, quasi scontata, tanto che non ci fosse bisogno di denunciarlo con chiarezza. Uno degli obiettivi di questo scritto è evidenziare come in realtà si possa mettere in discussione criticamente il processo di medicalizzazione in atto proprio attraverso «l'angolo di visuale del corpo» [Esposito 2014, VIII]. La ricerca di una nozione di "cura" capace di coinvolgere culturalmente e in profondità il progetto di architettura, senza che questo si limiti all'applicazione di teorie mediche, fisiologiche, comportamentiste, o di natura percettivo-sensoriale, trova proprio nelle pieghe delle relazioni tra spazio e corpo alcune delle linee di sviluppo più interessanti. «Salubria è definita da una complessa galassia di ambizioni, nostalgie, necessità, ambientazioni dove coltivare e mediare il rapporto del corpo con il contesto» [Marini 2020, 14]. Sara Marini rintraccia due movimenti convergenti nel definire una rinnovata attenzione al corpo in architettura. Il diffondersi di nuove visioni "partecipative" del progetto, attraverso il susseguirsi di numerose riletture del pensiero di Giancarlo De Carlo, definisce il primo movimento. Nel tentativo di configurare possibili spazialità a partire dagli usi e dalle relazioni tra individui, l'occupazione vitale dei corpi, attraverso la loro presenza fisica e il pensiero nascosto, contrasta con quella diffusa concezione di patrimonio tendente ad "oggettualizzare" il paesaggio ed intere parti di città. Il secondo movimento, invece, si sforza di definire nuove logiche nel confrontarsi con la sopraggiunta epoca geologica denominata Antropocene [Crutzen 2005]: «La scienza mette al centro il singolo corpo, da questo dipenda la possibilità o meno che ci sia un domani» [Marini 2019, 136]. Questo secondo movimento, a differenza del primo, per il momento sembra avere «riflessi prevalentemente di tipo tecnico: le responsabilità corrispondono ad attenzioni tecnologiche incapaci, ancora, di definire e coinvolgere culturalmente l'idea di architettura» [Marini 2019, 136]. A partire proprio dalle questioni ambientali ed ecologiche si affermano alcune visioni che, in chiave post-umanistica, vedrebbero il soggetto scomparire nell'oggetto, nel proliferare di un *bìos* in cui si compie la sintesi dialettica tra natura e artificio. In tale contesto l'architettura sembra oscillare tra l'auspicarsi di un suo annullamento nel mondo naturale, dove però paradossalmente non vi è più nulla di puramente naturale, e l'inseguimento di prospettive bio-tettoniche, spesso sfocianti in formalismi vitalistici. «In ogni caso appare necessaria» sottolinea Marini, «una revisione dell'idea di corpo, sia che lo si ponga ulteriormente al centro, sia che lo si metta in secondo piano rispetto ad altre forme di vita» [Marini 2020, 112]. Si tratta probabilmente, per ipotizzare nuove forme di interazioni possibili, di dover ripensare simultaneamente gli statuti contemporanei del corpo e del progetto. Infatti, nonostante la *therapeutic architetucture* e buona parte dei post-umanisti sembrano troppo spesso riferirsi esclusivamente alla concezione organicistica, il corpo in architettura ha vissuto varie stagioni. Nel tracciare una sintetica genealogia attraverso uno sguardo "anatomico" è possibile isolare differenti fasi [Giberti 2014]: dal corpo come "microcosmo" e misura di tutte le cose dell'architettura classica, passando per il corpo "proprio" della fenomenologia alla base delle teorie percettivo-sensoriali, sino al corpo "meccanico" ma allo stesso tempo organicamente sistematizzato del movimento moderno. Ciò che maggiormente accomuna tutte queste visioni è il fatto di essere sempre collocato al centro dello spazio tridimensionale, sintetizzato in immagini unitarie e

olistiche attraverso cui fissare sottili relazioni morfologiche oppure esatte tipologie. Già a partire dalla prima metà del Novecento molte ricerche condotte in ambito filosofico e psicanalitico hanno fortemente messo in discussione questo modello: viene meno cioè quella visione stabile che lo vedrebbe come una presenza a sé, autonoma e autocostituita, e, di conseguenza, viene meno la possibilità di poterlo considerare il centro stabile di un sistema, unità attraverso cui normare e stabilizzare lo spazio. Questo processo di disseminazione e decostruzione non conduce però alla sparizione del corpo, ma alla sua presenza divisa, diversificata, differenziata a partire da annotazioni e criteri che alterano le visioni totalizzanti. Silvano Petrosino e Manlio Iofrida, in un loro recente libro-dialogo, riflettono su come il sonno antropologico degli ultimi anni sia iniziato dalla negazione radicale del soggetto che le ricerche strutturalistiche sottintendevano, a cui poi le generazioni successivi avrebbero, con modalità diverse, dato continuità. I due filosofi però precisano come «quella della "morte dell'uomo" fu in realtà, per i filosofi maggiori della generazione post-strutturalista, solo una tappa provvisoria, ben presto archiviata» [Iofrida, Petrosino 2017, 9]. Tale assunto sembra confermato da Jacques Derrida quando, a proposito degli scritti di Foucault e Lacan, fa riferimento ad una «storia della soggettività» in cui «il soggetto è forse reinterpretato, risituato, reinscritto, ma non certamente "liquidato"» [Derrida 2011, 7]. Si tratta, secondo Derrida, di riflessioni volte alla dislocazione del soggetto in una dimensione diversa, dove esso «non è l'origine assoluta, la volontà pura, l'identità a sé o la presenza a sé di una coscienza, ma piuttosto la non-coincidenza a sé» [Derrida 2011, 20].
Il corpo, infatti, più che scomparire sembra denunciarsi in una costitutiva ambigua ambivalenza, manifestazione di una fluttuazione continua tra condizioni di possibilità opposte nel campo concettuale consolidato. Come sottolinea Maria Teresa Catena, esso si colloca su «una sorta di frontiera, fra dentro e fuori, soggetto e oggetto, me stesso ed altro da me» [Catena 2020, 15]. Un essere singolarmente plurale, direbbe Jean-Luc Nancy [Nancy 2001], che necessariamente non è compatibile con la scissione operata dal dualismo cartesiano: anche la mente è *extensa*, suggeriva infatti Freud. Questo territorio di confine può diventare il campo di azione di un fare architettura che intenda relazionarsi ad una sensibilità profondamente corporea.

Bodyscapes

Nell'oscillazione aporetica molto corporea può situarsi il progetto. È questa una possibile linea di ricerca che qui si vuole tentare di introdurre e parzialmente tratteggiare. Ci si chiede se è possibile riverberare nello spazio proprio la costitutiva ambivalenza dei corpi, la loro instabilità differenziale tra condizioni di possibilità. In questo modo essi possono divenire, come suggerisce Bianchetti, «"canale" di transito tra lo spazio e il progetto: il tramite con il quale il progetto manipola lo spazio» [Bianchetti 2020, 13], al di là, o forse meglio al di qua, di ogni dualismo, di ogni fenomenologia, di ogni funzionalismo e tipologia.
Per tali ragioni si ipotizza di isolare quattro coppie oppositive, associazioni di piani di significato non coincidenti, che non fanno riferimento né direttamente al corpo né

direttamente all'architettura, ma appunto ad una loro possibile interazione-contatto. Movimento/stasi, memoria/amnesia, familiare/estraneo e natura/artificio definiscono quattro contrasti emblematici che attraversano l'universo del progetto e che fungono da operatori per declinare la linea interpretativa che vede il corpo come zona di frontiera. Il tentativo, infatti, non è di indagarli come coppie antitetiche in opposizione dialettica tra loro, ma piuttosto in una possibile interazione e co-esistenza appunto ambivalente. François Jullien nell'interrogarsi sullo "scarto" tra concetti omologhi e opposti generati dall'incontro di due culture differenti – occidentale e orientale – rileva come la dimensione concettuale dialettica rimandi costitutivamente alla possibilità di un superamento, ad un moderno e positivo oltrepassamento, un andare al di là, il meta della metafisica. Secondo Jullien «si può dunque affrontare l'ambiguità solo uscendo dalla dialettica e a partire dal suo rovescio. […] Pensare l'ambiguità significa […] ritirarsi al di qua di ogni possibile separazione» [Jullien 2017, 151]. Analizzare lo "scarto" per Jullien equivale ad aprire un «"tra" mettendo in tensione ciò che ha separato» come luogo «della loro non-separazione […]. Nello stesso tempo bisogna riconoscere che questo luogo del tra, in sé, non è un luogo, non si concepisce se non attraverso l'altro da sé» [Jullien 2017, 155]. È in questo senso che il confine tra i concetti vuole essere inteso, rifiutando il dualismo e mantenendosi nella transizione dei due. Per trasporre tale prospettiva di indagine in operazioni progettuali concrete si propone di individuare dei dispositivi veicolati proprio dalla possibilità di una coabitazione interstiziale delle singole coppie: infrastrutture abitabili (movimento/stasi), congestioni temporali (memoria/amnesia), domesticità perturbanti (familiare/estraneo), selve urbane (natura/artificio). Di questi ultimi si tenterà di delineare sinteticamente le caratteristiche e le specificità progettuali con il supporto di alcuni esempi concreti individuati all'interno di un quadro esplorativo di stretta attualità.

Si può immediatamente notare come di fatto le coppie individuate descrivano tutti campi semantici volutamente ambigui, ambivalenti, stretti all'interno di aporie insanabili; aporie che trovano in fondo proprio nel corpo una materiale e immateriale instabile rappresentazione. Tra lo stare e l'andare, tra il ricordo e l'oblio, tra identità e alterità, tra biologico e artefatto, si delineano possibili luoghi del corpo, ovvero spazialità interstiziali innescate dalla possibilità di perpetuare queste turbolenze come scarto all'equilibrio. La centralità del corpo si disperde nell'insieme di antinomie che lo costituiscono, lasciandosi incontrare sempre lungo la linea di frattura-sutura che si genera tra esse. La coabitazione interstiziale è infatti qui intesa come una zona di indecidibilità, dove gli «indecidibili sono delle unità simulacro […] che non si lasciano più comprendere nell'opposizione filosofica [binaria] e tuttavia la abitano, le resistono, la disorganizzano, senza però mai costituire un terzo termine, cioè senza mai dar luogo a una soluzione nella forma della dialettica speculativa» [Derrida 1999, 78].

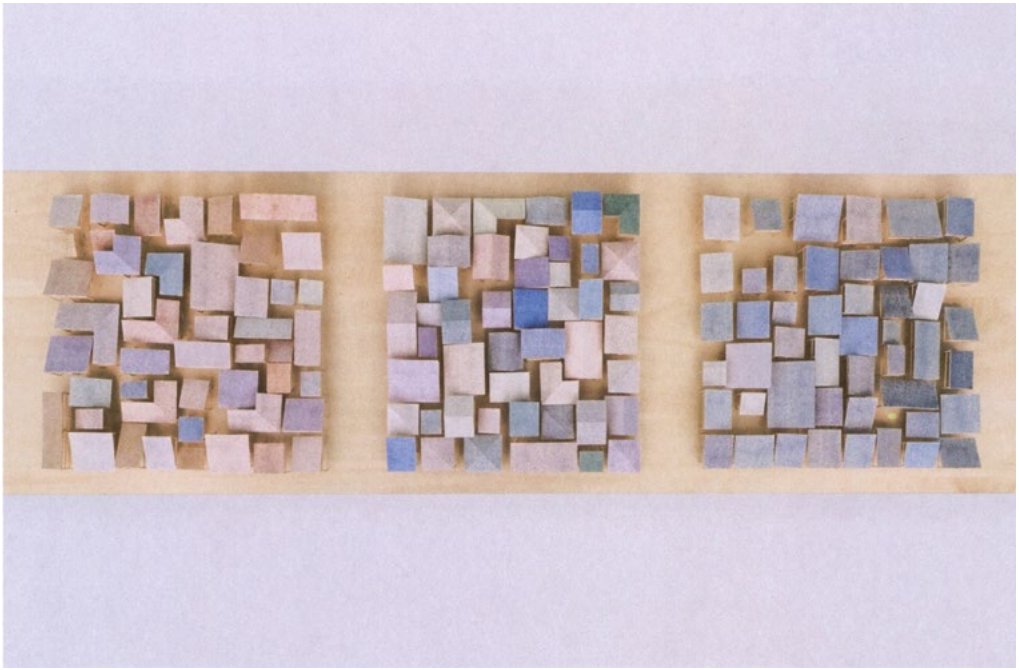
Le infrastrutture abitabili possono essere intese come delle spazialità topologiche intermedie dalla doppia entità: centrifughe e centripete allo stesso tempo, dove l'attraversamento si coniuga con l'evento. Qui i corpi sono intesi come masse che attraverso la loro occupazione sono in grado di generare campi deformativi di forze ed originare eventi. Secondo Georges Teyssot, l'architettura di Diller e Scofidio si eterogenera adottando

2: Diller Scofidio + Renfro and Neiheiser Argyros, The Tide, 2015-2019 [https://dsrny.com/project/the-tide].

«tattiche esteriorizzanti» [Teyssot 1994, 35][4], ovvero determinandosi come protesi di un corpo che continuamente ridefinisce e viene ridefinito dagli strumenti con cui si relaziona al mondo. Nel progetto *The Tide* (Fig. 2), lo studio guidato dai due architetti americani, si propone di disarticolare la linearità dell'attraversamento pedonale, che mette in connessione la fermata della metro *North Greenwich* con lo spazio urbano circostante, in un nastro continuo ma scomposto su più livelli e su cui si innestano volumi e spazi dove la tensione generata dal movimento si arresta improvvisamente. Lo spazio pubblico è continuo al sistema di circolazione, e la presenza congiunta dei corpi, come una grande massa che esercita delle forze su una superficie, costruisce un'unica geografia artificiale che coinvolge il sopra e il sotto. Quest'ultima non possiede una configurazione chiusa e definita, giacché le masse corporee generano dei gradienti di deformazione instabili, come in continua evoluzione.

In congestioni temporali il carattere distruttivo dell'amnesia proietta la memoria verso l'avvenire. Nella sovrapposizione di ricordo e oblio gli oggetti architettonici si materializzano nel tempo presente sempre sospesi tra passato e futuro. Conservazione e dislocazione, due concetti apparentemente contraddittori, sono alla base dell'ipotesi di progetto elaborata da Junya Ishigami + Associates per una casa di riposo per anziani affetti da demenza senile. In *House for Elderly* (Fig. 3) i ricordi latenti dei futuri

[4] Traduzione dell'autore.



3: Junya Ishigami + Associates, House for Elderlyy, 2012 *Junya Ishigami. How Small? How Vast? How Architecture Grows* (2014), a cura di C. Kuma, Hatje Cantz, Ostfildern].

abitanti si materializzano in un paesaggio noto e allo stesso tempo completamente nuovo. Ishigami individua antichi edifici abbandonati sparsi sul territorio e disloca le parti salvabili sull'area di progetto. L'assemblaggio di abitazioni appartenenti a tempi e luoghi differenti può essere inteso come un'accumulazione di *transfert*. Quest'ultimo termine, ripreso dalla psicanalisi, sintetizza concettualmente il tentativo di Ishigami di operare una traslazione di eventi passati e temporalmente dissociati in un contesto apparentemente estraneo. I *transfert* non sono semplicemente proiezioni di immagini, ma frammenti di vita passata che riemergono. In questo modo la memoria non veicola semplicemente significati o messaggi dal passato, ma diviene un dispositivo indispensabile per l'abitabilità di un luogo.

Così come il *transfert*, anche il perturbante è un processo naturale ed inevitabile della psiche umana, che tuttavia ha subito un «processo di rimozione. […] il perturbante è qualcosa che avrebbe dovuto rimanere nascosto e che è invece affiorato» [Freud 1977, 102]. È questa una delle tesi di fondo de *Il perturbante dell'architettura* di Anthony Vidler, secondo il quale ciò che è «domestico e nostalgico deve misurarsi con la minaccia costante, l'invasione insistente e spesso sovversiva dei suoi opposti» [Vidler 2006, 15]. *Heimlich* è un termine che sviluppa infatti il suo significato in senso ambivalente, fino a coincidere con il suo opposto: *Unheimlich*. Il ritorno del rimosso può mettere in discussione la configurazione dei confini tra i tradizionali ambiti dello spazio domestico e dello spazio pubblico, oggi sempre più tesi a riversarsi l'uno nell'altro. Il neologismo lacaniano *extimité* fonde il prefisso ex di *exterieur* insieme all'aggettivo *intime*, proprio

con l'obiettivo di creare l'ossimoro di un'esterna intimità. L'estimità è un modo per indicare sinteticamente il carattere esteriore di ciò che per il soggetto è più intimo, ovvero la sua natura eterofondata. Secondo Bianchetti la dimensione privata dell'abitazione può essere reinterpretata a partire proprio dall'individuazione di «spazi di auto-dislocamento, di "spoliazione" della proprio intimità» [Bianchetti 2020, 72]. Nella *Daita2019 House* (Fig. 4) lo studio Suzuko Yamada Architects concepisce uno spazio filtro tra il privato dell'abitazione e il pubblico della strada. La struttura della casa è proiettata all'esterno attraverso una "foresta" di tubolari a sostengono di terrazze semi-aperte, passerelle e una scala esterna. I tubolari, parzialmente amovibili a seconda delle esigenze degli utenti, insieme alla vegetazione costruiscono un paesaggio informale denso, un intervallo di *extimité*, dove l'esternità non si oppone all'intimità, ma la fonda e la costituisce come sua "intrusione" originaria e indispensabile alla sua definizione.

Nel ripensare il rapporto tra umano e naturale, le selve urbane sono qui intese nella condizione estrema in cui il progetto ripensa proprio la visione di natura civilizzata. L'urbano può pensare di lasciare spazio all'*evenire* del naturale, lasciandosi attraversare dalle sue dinamiche intrinseche. Le condizioni per una "natura estrema" possono essere determinate a partire da un progetto che non ricerca più sintesi pacificatorie tra architettura e paesaggio, radicandosi nel loro inevitabile ma vitale conflitto. Lo stesso umano, proprio in quanto corpo, «si lascia incontrare», afferma Paul Ricœur, «sempre lungo la linea di frattura e di sutura tra la natura e la cultura» [Ricœur 1998, 45][5]. Tentando di "armonizzare" tale tensione, il naturale è stato "civilizzato" per consentirgli di entrare all'interno delle dinamiche urbane come uno sfondo pittoresco oppure come un dispositivo terapeutico. Nel *Botanical Garden Art Biotop-Water Garden* (Fig. 5), progetto elaborato sempre dallo studio Junya Ishigami + Associates, uno scenario apparentemente naturale è in realtà completamente artificiale. In uno spazio libero, che molti anni prima fu una risaia, vengono infatti ripiantati gli alberi di una foresta limitrofa destinata ad essere eliminata per fare spazio alla realizzazione di un albergo. L'obiettivo, sottolinea Ishigami, è creare un nuovo paesaggio che fonde densità e relazione, ma attraverso soli elementi naturali ritrovati sull'area di progetto. Il terreno è stato scavato in molti punti per creare degli stagni simili per morfologia alle antiche risaie. Il tentativo è di sovrapporre due paesaggi quasi come due strati archeologici del sito: quello della foresta di muschi e quello delle risaie. Questa selva "artificiale" è pensata con un processo non differente da un'architettura, ma allo stesso tempo rivendicando per la natura un suo spazio di autonomia e libero sviluppo da preservare, proponendo, in definitiva, un diverso modo di esperire e pensare la natura: meno filtrato e mediato da azioni "civilizzanti". Nell'«estensione del dominio della vita» [Coccia 2018, 17], dalla sfera animale a quella vegetale, non si giunge ad un nuovo equilibrio armonico tra natura e artificio, ma ad una relazione dinamica tra parti che si compenetrano e si confondono, superando al contempo le sintesi e le separazioni.

[5] Traduzione tratta da [Riva 2013, 42].

4: Suzuko Yamada Architects, Daita2019 House, 2019 [http://www.suzukoyamada.com/?p=525].

5: Junya Ishigami + Associates, Botanical Garden Art Biotop - Water Garden, 2019 [https://www.landscapefirst.it/rubriche/botanical-garden-art-biotop-water-garden-junya-ishigami/].

Conclusioni

I quattro dispositivi progettuali presentati raccontano di impermanenti paesaggi nati dal costante e sempre asimmetrico confronto-scontro con diverse alterità, in una prospettiva in cui non è più lo spazio che involucra il corpo, definendone i confini e condizionandone movimenti e comportamenti, ma è il corpo stesso che spazializza, che fa spazio, nell'atto vitale della sua occupazione. Non si tratta più infatti «di prendere visione o di affinare la vista del mondo, dell'essere o del senso, ma si tratta piuttosto di aprire uno spazio che inizialmente non è visibile, di aprire uno spazio per una vista, o uno spazio di vista, che non sarà più uno spazio dinanzi a uno sguardo» [Nancy 2001, XI]. I *bodyscapes* sono nuovi potenziali paesaggi pensabili a partire dalla tramatura di tracce, visibili e invisibili, delineate dai corpi che, nonostante la loro precarietà, la loro oggettiva frammentazione che non rinvia più a un tutto, ancora concepiscono e abitano lo spazio.

Bibliografia

AGAMBEN, G. (2017). *L'uso dei corpi*, Vicenza, Neri Pozza.

BAUMAN, Z. (2006). *Vita liquida*, Roma-Bari, Editori Laterza.

BIANCHETTI, C. (2016). *Spazi che contano. Il progetto urbanistico in epoca neo-liberale*, Roma, Donzelli Editore.

BIANCHETTI, C. (2020). *Corpi tra spazio e progetto*, Milano-Udine, Mimesis.

BORASI, G., ZARDINI, M. (2012). *Demedicalize Architecture*, in *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture*, a cura di G. Borasi, M. Zardini, Zürich, Lars Müller Publishers, pp. 15-37.

Broken Nature. XXII Triennale di Milano (2019), a cura di P. Antonelli, A. Tannir, Milano, La Triennale di Milano-Electa.

CATENA, M. T. (2020). *Breve storia del corpo*, Milano-Udine, Mimesis.

COCCIA, E. (2018). *La vita delle piante. Metafisica della mescolanza*, Bologna, Il Mulino.

COLOMINA, B. (2019). *X-Ray Architecture*, Zürich, Lars Müller Publishers.

CRUTZEN, P. J. (2005). *Benvenuti nell'Antropocene. L'uomo ha cambiato il clima. La Terra entra in una nuova era*, Milano, Mondadori.

DERRIDA, J. (1999). *Posizioni. Scene, atti, figure della disseminazione*, a cura di G. Sertoli, Verona, Ombre Corte.

DERRIDA, J. (2011). «Il faut bien manger» o il calcolo del soggetto, a cura di S. Maruzzella, F. Viri, Milano, Mimesis.

EISENMAN, P. (2014, I ed. 1976). *Post-funzionalismo*, ora in Id., *Inside Out. Scritti 1963-1988*, Macerata, Quodlibet.

ESPOSITO, R. (2014). *Le persone e le cose*, Torino, Einaudi.

FREUD, S. (1977). *Il perturbante*, in Id., *Opere*, vol. IX, Torino, Boringhieri, pp. 79-118.

GIBERTI, M. (2014). *Compendio di anatomia per progettisti*, Macerata, Quodlibet.

IOFRIDA, M., PETROSINO, S. (2017). *Contro il Post-Umano. Ripensare l'uomo, ripensare l'animale*, Bologna, EDB.

JULLIEN, F. (2017, I ed. 2016). *Essere o vivere. Il pensiero occidentale e il pensiero cinese in venti contrasti*, Milano, Feltrinelli.

MARINI, S. (2019). *Corporalia. Occupazioni, traslati, anticorpi in architettura*, in *Materia corpo. Anatomie, sconfinamenti, visioni*, a cura di M. Borgherini, Macerata, Quodibet, pp. 135-151.

MARINI, S. (2020). *Salubria. Il ritorno del corpo in architettura*, in *Healthscape. Nodi di salubrità, attrattori urbani, architetture per la cura*, a cura di P. Miano, Macerata, Quodlibet 2020, pp. 110-117.

NANCY, J. L. (2001). *Essere singolare plurale*, Torino, Einaudi.

NEUTRA, R. (1956). *Progettare per sopravvivere*, Milano, Edizioni di Comunità.

RICŒUR, P. (1998). *Architecture et narrativité*, in «Urbanisme» n. 303, pp. 44-51.

RIVA, F. (2013). *L'angoscia dell'abitare. Ricœur, Lyotard e la città postmoderna*, in *Leggere la città. Quattro testi di Paul Ricoeur*, a cura di F. Riva, Roma, Castelvecchi, pp. 6-49.

ROSSI, A. (2018, I ed. 1966). *L'architettura della città*, Milano, Il Saggiatore.

TEYSSOT, G. (1994). *The Mutant Body of Architecture*, in Diller, E., Scofidio, R., *Flesh. Architectural probes*, New York, Princeton Architectural Press.

VIDLER, A. (2006). *Il perturbante dell'architettura. Saggi sul disagio dell'età contemporanea*, Torino, Einaudi.

SOMMARIO

Saluti istituzionali 3
FRANCESCO SVELTO

Saluti istituzionali 5
LALO MAGNI, ALESSANDRO REALI

La città, la storia urbana e l'impegno per la cura 7
City, urban history and commitment to care
ROSA TAMBORRINO

La città e la cura: spunti di riflessione tra ricerca storica e intreccio dei saperi 25
Cities and Care: Elements for Reflection Between Historical Research and Intertwining of Knowledge
MARCO MORANDOTTI, MASSIMILIANO SAVORRA

1

La gestione della cura e dell'assistenza in tempi ordinari e in momenti di crisi sanitarie 45
The healthcare and assistance management during ordinary times and health emergencies

Oltre i Lazzaretti: le isole della laguna veneziana come cordone sanitario d'emergenza in età moderna 47
LUDOVICA GALEAZZO

Riti e credenze religiose nelle Marche: il culto di San Rocco contro le pestilenze 61
LUCIA BARCHETTA, DIANA LAPUCCI, NOEMI LAPUCCI, ENRICA PETRUCCI

La ciudad de Barcelona y su urbanismo en el paso del siglo XVI al XVII a través de dos itinerarios de la «Processó de la Sang» (1569 y 1612) 77
VANESSA MARTÍN NICOLÁS

La città rinascimentale e la salute: suggestioni dell'antico e soluzioni nuove 88
VALERIA PAGNINI

Appunti delle arti su epidemia e città 96
LYSIE DOS REIS OLIVEIRA, GABRIELLA RESTAINO

I consumi alimentari negli ospedali di antico regime: il caso di Bologna nel XVIII secolo 104
GIULIO ONGARO

Città e crisi sanitarie: il caso del colera a Brescia nel 1836 119
SERGIO ONGER

Tra il salotto e la fabbrica. L'ascesa della Clinica del lavoro nella Milano d'inizio Novecento 126
SAMUEL BOSCARELLO

Le quarantene ottomane: il caso del porto di Beirut 138
FRANCESCO MAZZUCOTELLI

Resilienza e pandemia: la risposta del sistema dei Collegi Universitari EDiSU Pavia al COVID-19 150
MARCO MORANDOTTI, ALESSANDRO GRECO, DANIELA BESANA

2

Città e ospedali tra Medioevo ed età moderna 167
Cities and hospitals between Middle Ages and Modern Era

Architettura tra cura e carità: gli ospedali a Venezia nel Rinascimento 169
ELENA SVALDUZ

"Erant due domus": i primi ospedali della Corona d'Aragona a Roma 183
ISABEL RUIZ GARNELO

Arquitectura y salud en la Sevilla del Quinientos: la reducción de hospitales, Vermondo Resta y el álbum anónimo de la Biblioteca Nacional de España 193
CARLOS PLAZA

Gli ospedali di Palermo e Messina tra XVI e XVII secolo: architettura, servizi e spazio urbano 206
EMANUELA GAROFALO

L'ospedale e la chiesa di Santa Maria della Vita in Bologna. Vicende architettoniche e rapporti urbani tra Medioevo ed Età Moderna 221
DANIELE PASCALE GUIDOTTI MAGNANI

I luoghi di cura nella Lecce del XVI-XVII secolo. Il caso-studio dell'ospedale dello Spirito Santo. Analogie e differenze con gli altri luoghi deputati all'assistenza sanitaria in città ormai scomparsi 233
IVANA QUARANTA

I complessi sociosanitari di prima concezione moderna nella struttura della città. Proposte settecentesche per l'ospedale del Salvatore al Laterano 245
BARBARA TETTI

Dalla cura d'anime alla cura del corpo: l'antico ospedale di Udine nel contesto urbano 256
FEDERICO BULFONE GRANSINIGH

L'Ospedale diocesano e l'espansione urbana settecentesca di Jesi 272
CLAUDIO MAZZANTI

La ricerca di un modello per l'architettura della salute: il progetto per il nuovo Ospedale di Padova (1776-1798). Sapere medico e riformismo in architettura 286
STEFANO ZAGGIA

Riformismo asburgico e riformismo sabaudo. Architetture ospedaliere e rinnovamento urbano a Pavia e Vigevano tra Sette e Ottocento 299
GIANPAOLO ANGELINI

3

Spazi e questioni della cura in età contemporanea 309
Places and issues of the healthcare during the Contemporary Age

La riforma carceraria illuminista nel regno delle Due Sicilie: il caso del tempietto del carcere centrale di Trani come simbolo del ravvedimento disciplinare dell'individuo 311
MARIAGRAZIA L'ABBATE

Le sorgenti di acqua come cura del corpo e della mente 324
MONICA ESPOSITO

La cura degli "invisibili". Il caso dell'Ospizio di mendicità di Pisa (1862-1890) 333
ELENA SERINA

L'acropoli ospedaliera napoletana: dagli Incurabili alla riconversione di un'area conventuale in cliniche universitarie 343
FRANCESCA CAPANO

L'Hospital de Sant Pau a Barcellona. Un complesso sanitario ricco di valenze tecnologiche e microurbanistiche 359
RAFFAELLA RUSSO SPENA

Lo stile dello chalet nelle strutture per la cura del latte svizzero nelle località a piè dell'Alpi nell'Ottocento 367
EWA KAWAMURA

Tra istanza sanitaria e educativa. Gli ingegneri e l'architettura sanatoriale a Salerno durante il Ventennio 380
SIMONA TALENTI, ANNARITA TEODOSIO

L'innovazione dell'architettura sanitaria e assistenziale in Irpinia fra le due guerre 397
DANIELA STROFFOLINO

Luigi Piccinato e il piano di ricostruzione di Pescara: dalla "cura" della città al progetto dei luoghi per la cura 409
GEMMA BELLI

Il Tracomatosario di Bivona. Un'architettura per la cura dei bambini nel paesaggio siciliano 420
ANTONINO MARGAGLIOTTA, PAOLO DE MARCO

Gli Istituti ospitalieri di Verona negli anni del miracolo economico 433
ELISA DALLA ROSA

Architettura e poliomielite: il progetto di Luigi Vietti per il Nido Verde a Roma 444
FRANCESCA SALATIN

Lo spazio di cura nel lavoro di Robert Venturi. La Guild House a Philadelphia (1960-1963) 454
ROSA SESSA

4

Le città degli alienati: gli ospedali psichiatrici e la cura che non c'è 469
The cities of the misfits: the psychiatric hospitals and the missing treatment

La "Città dei Matti": internamento coatto, cura e riabilitazione in un caso esemplare. Il polo di Santa Maria Maddalena nello sviluppo urbano di Aversa 471
MARINA D'APRILE, ELENA MANZO

Un posto conveniente per gente sconveniente 486
GIUSEPPINA SCAVUZZO

Alterità fisica e mentale nella città. Quando una cura non c'è 497
MARTINA DI PRISCO, ANNA DORDOLIN, PAOLA LIMONCIN

Una città giardino per la cura e l'accoglienza. L'ospedale psichiatrico di Collemaggio a L'Aquila: storia e scenari futuri di recupero e valorizzazione 509
ALESSANDRA VITTORINI, CARLA PANCALDI, GIOVANNA CENICCOLA

L'"altra città" per la cura della psiche. Le Case Don Uva tra realizzazione e riconversione ospedaliera 523
CAROLINA DE FALCO

5

Igienismo e igienismi. Piani, risanamenti e trasformazioni urbane 535
Hygiene and hygienism. Plans, "risanamenti", and urban transformations

L'utopia igienista per una città senza luoghi di cura 537
GUIDO ZUCCONI

Oltre il Risanamento. La cultura degli Igienisti a Napoli e la costruzione della città contemporanea, tra bonifiche, interventi urbani, programmi edilizi e regolamenti legislativi 548
ELENA MANZO

Lo “sventramento” come Risanamento: la “cura” della città tra lessico e prassi nel caso napoletano 566
ANDREA MAGLIO

Napoli e la nascita dell’Ingegneria Sanitaria: dal Risanamento all’Esposizione d’Igiene del 1900 580
ROBERTA GAMBARDELLA

Ripensare la città e i luoghi dedicati alla cura: una storia di Palermo tra Ottocento e Novecento 590
PAOLA BARBERA

La cura della città. I Piani di risanamento a Venezia 603
ALESSANDRA FERRIGHI

Il ruolo del sapere igienista nel piano INA-Casa 614
ERMANNO BIZZARRI

6

Il patrimonio edilizio della cura tra conservazione, usi e riusi 629
The constructed heritage of the healthcare among conservation, use, and re-use

Il ruolo del Patrimonio al tempo del COVID-19. Rischio, riuso, rilancio 631
CHIARA MARIOTTI, LEILA SIGNORELLI

Tra capitale umano e urbano. Il doppio registro della cura nel programma di valorizzazione della Casa del Mutilato di Ancona 643
MARCO PRETELLI, PAOLO CLINI, ANTONELLO ALICI, CHIARA MARIOTTI

Riconfigurare una machine à guérir. Una strategia urbana e architettonica per il riuso dell’ospedale civile a Cagliari 655
PIER FRANCESCO CHERCHI, CATERINA GIANNATTASIO, MARCO LECIS

Strutture ospedaliere da tutelare? L’insula dell’ospedale napoletano dei Pellegrini tra questioni di sicurezza e conservazione 668
ADRIANA MARRA, GIOVANNI FABBROCINO

Il complesso idrotermale e alberghiero di Poços de Caldas/Minas Gerais - Brasile: dagli spazi di cura alle aree tutelate 681
ANA PAULA FARAH, ANAMARIA CANUTO SALES DE OLIVEIRA

La Clinica neuropatologica Mondino di Pavia: un impianto tipologico simmetrico e versatile 693
ALESSANDRO GRECO, DANIELA BESANA, VALENTINA GIACOMETTI, LUCA FRIGERIO

Come la modernità dimentica. Spazio, cura e tempo libero nella conservazione delle colonie marine del razionalismo italiano 705
SARA DI RESTA, GIORGIO DANESI

Cura e Memoria. Il Centro sanatoriale di Vecchiazzano a Forlì dalla costruzione in epoca fascista all'uso contemporaneo come ospedale cittadino 720
GIULIA FAVARETTO, MARCO PRETELLI

Il Museo di archeologia dell'Università di Pavia, un progetto museografico di apertura al pubblico e di valorizzazione all'interno di un contenitore architettonico di pregio: il quattrocentesco ospedale San Matteo di Pavia 731
ANNA LETIZIA MAGRASSI MATRICARDI

Permanenza e trasformazione nell'architettura storica: la Crociera dell'antico ospedale San Matteo di Pavia dall'impianto quattrocentesco alla fruizione digitale 742
MARCO MORANDOTTI, ANNA DELL'AMICO, HANGJUN FU

7

Progettare e pianificare la cura 757
Designing and planning the healthcare

Parametri e criteri per la città sana: stato dell'arte 759
ROBERTO DE LOTTO, CATERINA PIETRA, ELISABETTA MARIA VENCO

Luoghi della cura e città storiche: gli ospedali monumentali napoletani 770
LORENZO DIANA, FRANCESCO POLVERINO

Donare e giocare. Le Toy Libraries come luoghi di cura e di socialità 781
FRANCESCA CASTANÒ, ROSANNA VENEZIANO, MICHELA CARLOMAGNO

Emergenza COVID-19: nuove soluzioni progettuali per strutture sanitarie 791
DANIELA BESANA, ALESSANDRO GRECO, ANDREA CHIESA

How will we live together? L'abitare come cura del territorio e della comunità: paradigmi e scenari veneziani 803
MASSIMO TRICHES

Progetto e cura. Dare una misura all'"inabitabile" 817
GIOVANNI COMI

Oltre la medicalizzazione dell'architettura. Somatologie, ambivalenze, dispositivi progettuali 827
VINCENZO VALENTINO

La città è stata da sempre luogo privilegiato delle cure mediche, sebbene sia stata percepita in alcuni momenti storici anche come luogo dove il corpo si ammalava; di contro, essa ha elaborato strumenti e spazi idonei in cui trovare i rimedi alle malattie. Cambiamenti politici, istituzionali, culturali e scientifici hanno determinato nelle città antichi e nuovi spazi destinati alle terapie e al benessere. Da religiose a scientifiche, la visione e l'organizzazione della cura come tema sociale e culturale hanno generato – nelle diverse epoche – modi, strategie, pratiche e consuetudini che hanno influito alla grande scala della storia urbana, così come sugli sviluppi e sulle trasformazioni dei diversi luoghi deputati nelle città, o alternativamente estromessi al di fuori del contesto cittadino.

Sono qui raccolti parte dei contributi rielaborati dopo il convegno internazionale organizzato dall'Università di Pavia e dell'Associazione Italiana di Storia Urbana nel settembre 2020. I temi spaziano da questioni connesse alle cure a elementi spaziali e distributivi o tipologie architettoniche, da pratiche sociali, culturali, istituzionali e amministrative nella gestione ordinaria e straordinaria all'impatto su quartieri o aree urbane specializzate. I saggi nel loro complesso fanno emergere diverse forme di attenzione e concezione delle cure – analizzate nei momenti della prevenzione, delle terapie, delle urgenze e della degenza, sino alla riabilitazione – nelle diverse epoche e in diversi contesti geografici e culturali in relazione alla storia urbana.