



DAL XV SECOLO AL PRINCIPIO DEL XVIII

L'ammalato si caratterizza non solo come pauper ma anche, e sempre più, come malato di una certa malattia “interna” o male “esterno”, richiede perciò medici, chirurghi, “specialisti” e infermieri. Nascono i grandi ospedali. In particolare vedremo l'Ospedale Maggiore di Milano, grande ospedale con struttura innovativa. Nasce la nuova riforma ospedaliera che assegna agli ospedali maggiori gli ammalati curabili, agli altri, più piccoli ed in rete fra loro, i cronici o gli incurabili. Come gli ammalati di sifilide o “mal francese” che allora si affaccia sulla scena di tutta Europa. Così come giunge all'acme la presenza della peste. Questi flagelli ed una nuova consapevolezza del ruolo della cura valorizzano ancora di più l'intervento sia dei privati laici che dei grandi ordini: Fatebenefratelli e Camilliani. Gli ospedali hanno bisogno di validi infermieri animati da altruismo e carità: San Camillo de Lellis ne detta le regole fondamentali. Si assiste ad un **“governo della carità”** ed ad un **“governo della sanità”** in cui spesso i due soggetti, la Chiesa e l'istituzione civile, sviluppano modelli integrati di assistenza.

Cambia il contesto storico e sociale, cambia l'ospitale e l'assistenza: nascono gli "Ospedali Maggiori"

Nel basso medioevo la sanità tendeva a coincidere con l'assistenza ai poveri, cioè con la cura caritatevole della povertà. **misericordia**, "madre delle malattie".

Gli ospedali erano luoghi nei quali la salute veniva ristorata di "vitto e di letto". Perciò in ospedale i medici erano assenti e i chirurghi, se presenti, erano pochi. Nel 1288, nel maggior ospedale milanese del tempo, l'Ospedale del Brolo, il grammatico Bonvesin da la Riva rilevava la presenza di tre soli chirurghi sugli oltre 150 che esercitavano il mestiere a domicilio o nelle botteghe della città.

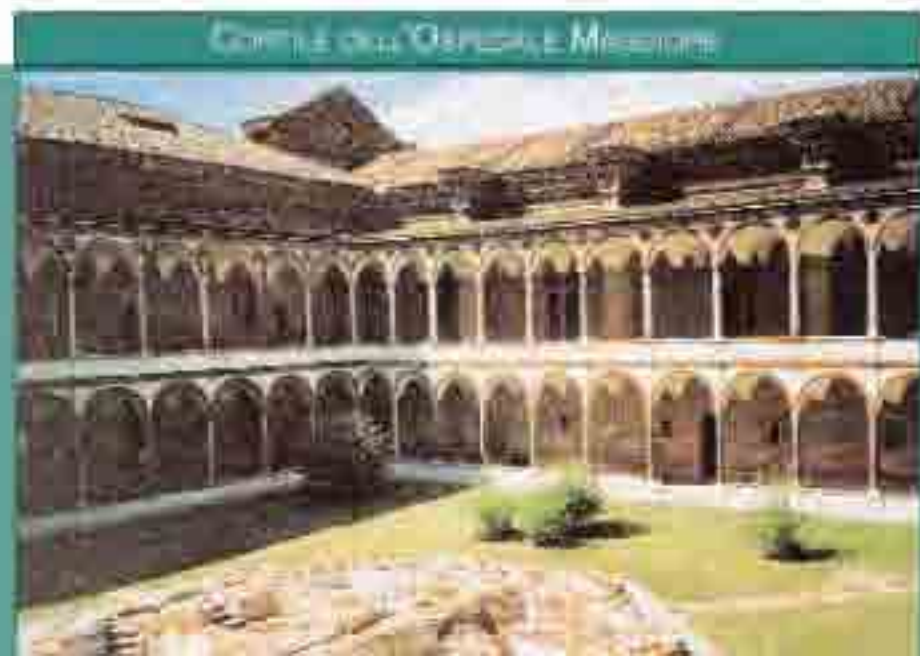
Nel 1508 il "prior" dell'Ospedale Maggiore di Milano comunicava l'organico, composto da quattro **medici** e quattro **chirurghi**, cui si aggiungevano altri quattro "specialisti" dodici sanitari per i malati dei quattro bracci della crociera, senza contare gli infermi che si trovavano nei portici dei quattro cortili interni.

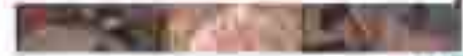
Oltre a questa presenza medico-chirurgica coloro che gestivano il rapporto con gli infermi, erano gli infermi. I curanti degli infermi potevano essere religiosi o laici, uomini o donne (**fratelli** **o** **sorelle**). **Quel che veramente contava era che tutti fossero prodighi di sé. Il "servizio ai malati" consisteva soprattutto nell'adempimento, nello stare ripetutamente o continuamente accanto. L'essere umano oggetto di assistenza era visto nella sua interezza; non veniva fatta distinzione fra una "superiore" cura dell'anima ed una "inferiore" cura del corpo.**

A partire dal XV secolo assistiamo ad un profondo cambiamento dell'assistenza sanitaria: si assiste ad una consonanza tra "governo della carità" e "governo della sanità", in cui il dovere della Chiesa e quello finalizzato

al controllo delle grandi epidemie (mediante gli "Uffici di Sanità"), si trovano in accordo come viene esemplificato dalla iniziativa del Cardinale Federico Borromeo in occasione della peste di Milano del 1630.

In secondo luogo le funzioni degli ospedali si specializzano, vanno dalla cura di particolari fasce deboli all'assistenza di patologie specifiche emergenti (la sifilide) attenzione particolare viene posta poi alla dimensione architettonica. Gli spazi dell'ospedale degli Innocenti, ad esempio, sono il risultato di una progettazione a tavolino, prodotta da uno dei più grandi architetti del tempo, Filippo Brunelleschi e decorata da artisti del calibro di Andrea della Robbia tenendo conto dell'esigenza di un certo tipo di assistenza e di assistiti, senza contare poi i famosi modelli sia strutturali che funzionali come Santa Maria della Scala di Siena e l'Ospedale Maggiore di Milano, le cui tipologie verranno poi esportate in Europa.





L'Ospedale Maggiore di Milano: origini e funzioni

L'Ospedale Maggiore di Milano viene progettato nella sua concezione originaria da Antonio Averlino detto il Filarete (ca. 1400-ca. 1469). Francesco Sforza aveva inviato ambasciatori e lo stesso Filarete a Firenze e particolarmente a Siena per trarre ispirazione dal famoso ospedale di Santa Maria della Scala. Nel 1456 iniziano i lavori, impostato nitidamente su una pianta rettangolare, con cortile centrale che determina due aree laterali quadrate, divise a loro volta da bracci perpendicolari in cortili minori, l'ospedale rappresentò, anche come soluzioni tecniche, un modello di struttura e disposizione continuato fino al Settecento.

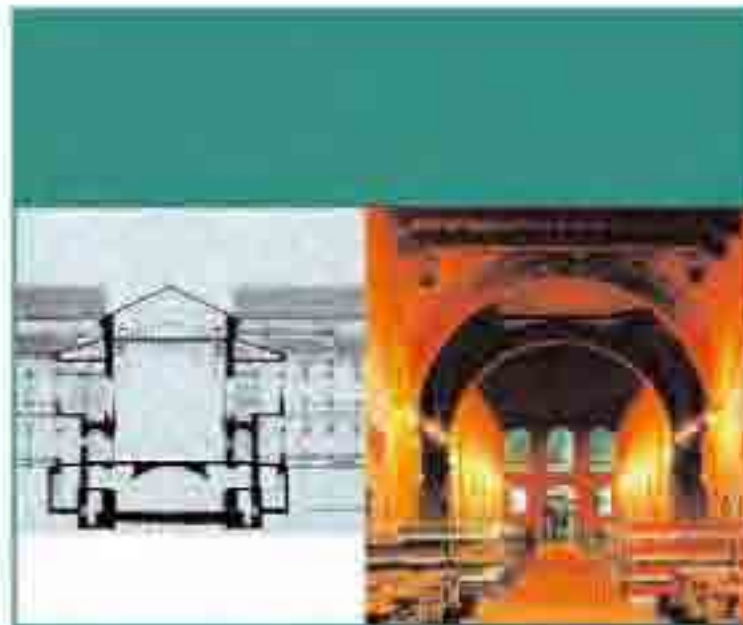
La caratteristica saliente è la zona di degenza strutturata a **croce greca**. Tutta la struttura era razionalmente concepita come struttura di cura e degenza, dotata dei servizi fondamentali per gli ammalati e complementari per la conduzione dell'ospedale.

Lo schema a croce aveva radici lontane, risalenti al Mausoleo di Diocleziano a Spalato (300 d.C.). Fu realizzato nell'Ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze (fondato nel 1286, ma che assunse l'impianto a croce nel XV secolo) e successivamente nell'ospedale San Luca di

Brescia (1447) e nell'Ospedale San Matteo di Pavia (1449). Antonio Averlino, il Filarete, lo adottò per l'Ospedale Maggiore di Milano, da lui progettato ad instar florentinensis et paensis hospitalium.

Negli ospedali rinascimentali a crociera, al centro della croce era posto l'altare che ricordava, al modo di Paré (chirurgo del XVI secolo formatosi all'Hôtel Dieu di Parigi), che il chirurgo o il medico "cura", ma solo Dio "guarisce".

Dei quattro bracci della crociera due erano destinati alle malattie "che per f cominzono", cioè alle "febri" (malattie da causa interna e pertanto oggetto della medicina "interna"), e due ai mali d'arma bianca e da fuoco, o più in generale, alle "ferite" e "fracture" (eventi morbosi da causa esterna e pertanto oggetto della medicina "esterna" o chirurgia). Nelle sale ospedaliere vi erano anche degenti per ferite non belliche e tuttavia chirurgiche, sia per coloro che necessitavano di trattamenti cruenti per ascessi o globi vescicali, o feriti da cadute da cavallo, ma anche contadini e artigiani infortunati sul lavoro, bisognosi di suture, di legature dei vasi, di acconciamenti e restituzione ad integrità di giunture e di ossa.



LA CROCIERA
DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO



L'Ospedale Maggiore di Milano: cenni storici e strutturali

L'Ospedale Maggiore o "Spedale di Poveri" fu voluto da Francesco Sforza duca di Milano e da sua moglie Bianca Maria Visconti

"In hoc opere patris civis fecerunt stupendum" in segno di gratitudine

a Dio per la conquista del Ducato

La prima pietra fu posta solennemente

il 12 aprile 1456. Il progetto, affidato da Francesco Sforza all'architetto toscano Antonio Averlino detto il Filarete (1400-1469), fu da questi illustrato nel "Trattato di Architettura" quale esempio di architettura pubblica nel più ampio contesto di una città ideale, la Sforzinda, in cui era adombrata la Milano Sforzesca. La pianta proposta dal Filarete, basata sul quadrato, aveva chiari riferimenti simbolici religiosi. Lo schema che sottende l'edificio è un rettangolo formato da dieci quadrati uguali, tra i quali si colloca in posizione centrale la Chiesa. Le parti laterali, costituite da costruzioni con pianta a croce ("crociera") quasi a ricordare la sofferenza umana, erano destinate ai malati.

Al centro della crociera quattrocentesca (i cui bracci misurano metri 90 di lunghezza, metri 9 in larghezza, metri 9 in altezza), in corrispondenza del tiburio, si trovava un altare che poteva essere visto da tutti.

Ad ogni letto corrispondeva un piccolo armadio a muro con ribaltina, che faceva da tavolo, inoltre per tutta la lunghezza dei bracci della crociera furono creati corridoi nei quali erano collocati servizi igienici (chiamati "destro") con soluzioni avveniristiche per l'epoca.

Della facciata si deve al Filarete il piano terreno (1460-1465), mentre il piano superiore è da ritenere opera del successore Guinforte Solari (1465-1481), anche se l'idea iniziale delle bifore potrebbe essere restituita al Filarete.

All'Amadeo (1447-1522) e alla sua scuola si deve il compimento dell'ala verso il cortile centrale: in sostanza l'Amadeo avrebbe ideato il doppio portico, ma non è noto fino a quale punto egli giungesse nella costruzione.

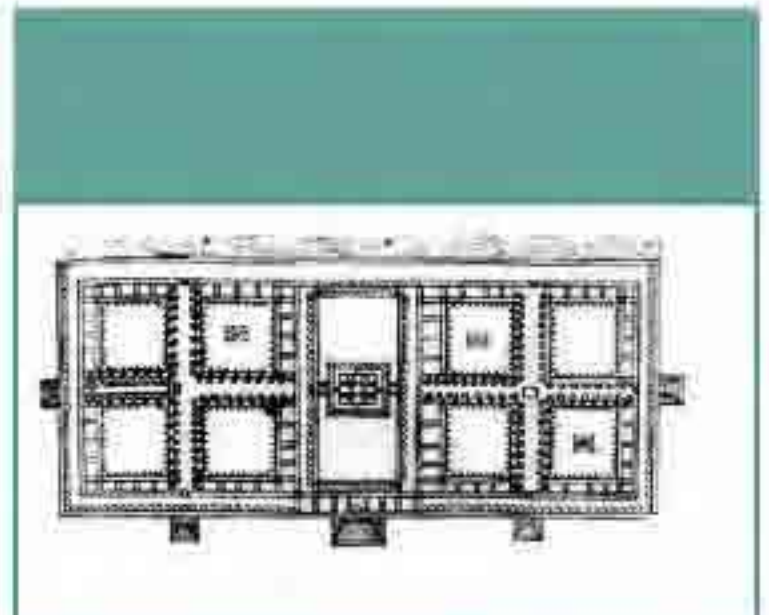
Questo loggiato, rimasto incompiuto, fu trasformato e ultimato da G.B. Pessina un secolo e mezzo dopo (1625-1634).

Il Richini è ritenuto l'effettivo ideatore del grande cortile barocco, composto da una sequenza a doppio ordine di arcate su colonne.

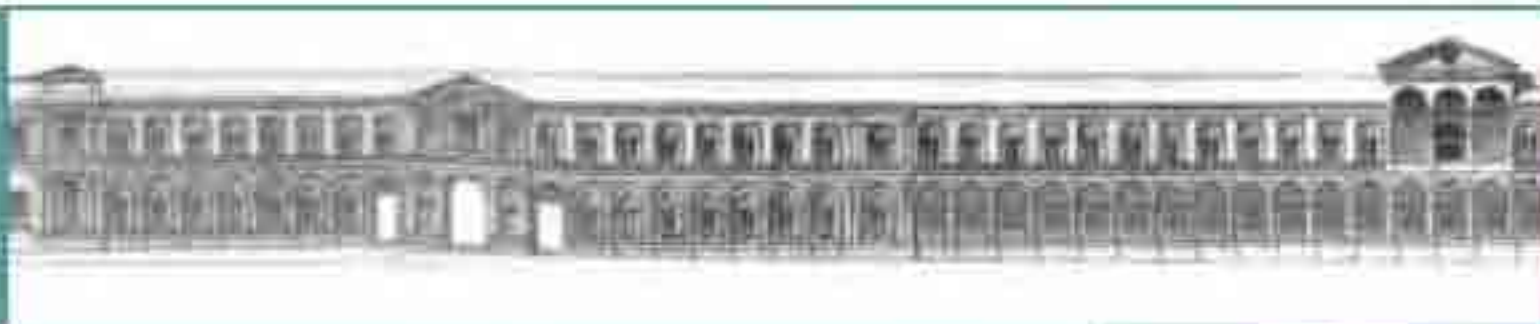
La seconda crociera, a sinistra del cortile centrale, compreso il cortiletto a colonne, fu costruita dal 1686 al 1701 e fu destinata alle donne.

La fronte verso il Naviglio e le altre costruzioni furono attuate da Attilio Arrigoni, nel 1797 fu completato il perimetro esterno da Pietro Castelli.

Il complesso architettonico ha rappresentato per secoli in Italia e in Europa un esempio di avanzata struttura ospedaliera.



LA PIANTA



LA FACCIATA



Il personale sanitario nel '500

Il Gilino nella sua "Relazione ai deputati dell' Ospedale Grande di Milano" edita nel 1508 ci fa conoscere la tipologia e l'organizzazione del personale medico chirurgico.

Nelle corsie di degenza si aggirava una figura professionale non nuova, quella del chirurgo, però dotata di una maggiore presenza.

Essa lasciava presagire la futura uscita di minorità dell'arte sua e il futuro acquisto, da parte di questa, di uno statuto scientifico-tecnico, su base anatomica, pari a quello dell'altolocata medicina.

La dotazione era la seguente: quattro chirurghi, uno per ciascun de la corsia, et altri tanti chirurghi similmente distribuiti, alli quali presentate de la esperienza de heresia (o pustole o "mal francese", cioè sifilide), novamente scoperta da la natura humana, perché ad essa presto sono dare remedio, in fatto s'ingegna el quinto presente et chirurgo, presto de simili corsie (...). A questi sono aggiunte tre altre qualità de medici: l'uno de taglio, in quelli quali hanno il male de presto (calcolosi vescicale), essendo per questo condotto uno singulare medico con esperienza de detto presto per ciascun taglio, et altri pe medicare el mal de capi, se li pari (cioè per curare l'affezione parassitaria del capillizio nei bambini, nota come "tigna favosa"), et ancora gli allargari (cioè giovare ai portatori di ernia).

I curanti degli infermi non erano più infermieri generici, ma medici e chirurghi specialisti di questo o quel male. In termini attuali li diremmo dermatologi, venerologi, ortopedici, ostetrico-ginecologi, urologi, nelle rinascimentali **"fabbriche della salute"** nasce un'aurorale specializzazione. Tuttavia in questa progressiva assunzione di requisiti tecnici le cure rischiavano di spostarsi dai malati alle malattie.

Le cure, non più generiche, potevano diventare non più generose, non più indifferenziate, rischiavano di diventare via via indifferenti. La tecnologia della cura rischiava di allontanarsi rispetto all'eterogeneità umana, basata sul rispetto inteso.

VISTA DEL MEDICO
BOUTICHERI 147, 1508 (1497-1508)
Milano, Museo Pirella Göttsche



Dal primo '500 verso il '600: la grande riforma assistenziale, la nascita degli ordini dei Fatebenefratelli e Camilliani

A metà del quattrocento vi fu una vera e propria riforma che investì gli ospedali dell'area padana e milanese in particolare.

"La forma attuale presa da questa riformazione è stata in questo modo: essendo le malattie di diverse o di qualità che presto sono terminate vel con salute, vel con cura, queste de presto terminatione sono designate al hospital grande"; invece "i mali de altra qualità, quali vogliono tempo - e cioè i malati "brosciolosi", "lazareti", "infanti di carcere", "debellati per ventisette" o che "de cervello machino alve sono furiosi" - hanno la receptione sua separata".

E' detto esplicitamente che tra i malati, a prescindere dal fatto che tutti indistintamente dovevano essere premurosamente assistiti, gli acuti, suscettibili di guarigione, dovevano essere ricoverati nell'Ospedale Maggiore, principale e centrale, mentre i cronici, inguaribili e invalidi, la cui salute piena non poteva essere recuperata o la cui salute residua necessitava di prolungata assistenza, dovevano essere ricoverati negli ospedali minori, satelliti e decentrati.

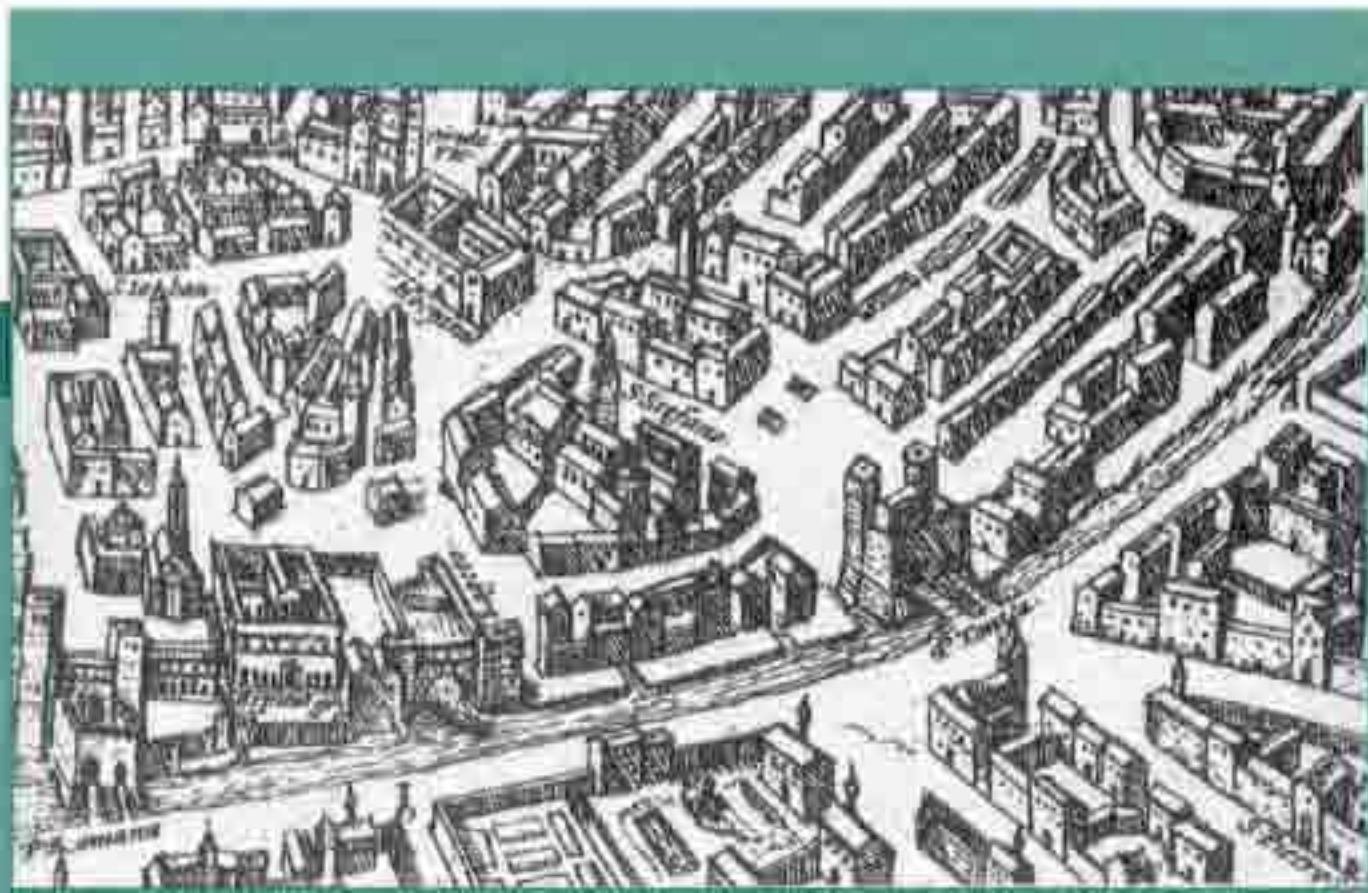
Ad esempio i malati affetti dall' "incurabile" sifilide erano "particolarmente designati al hospital de Brolio como in loco più capace".

Questa riforma aveva come contraltare profonde innovazioni tecnologiche e assistenziali, ma su questo versante venivano a porsi quei gruppi di chierici regolari o laici devoti che nel tardo Cinquecento si facevano interpreti della volontà di "riforma cattolica" nel campo ospedaliero, assumendosi il carico della specifica assistenza ai malati degli ospedali.

Un'avanguardia di umili e semplici viveva ed operava a contatto con una umanità affetta e afflitta, della quale si sentiva parte integrante essa stessa privilegiata solo in quanto sana o risanata dalla precedente affezione e afflizione. Juan Ciudad, **Giovanni di Dio** (1495-1550), fondatore dell'Ordine dei Fatebenefratelli, e **Camillo de Lellis** (1550-1614), fondatore dell'Ordine dei Ministri degli Infermi (Camilliani), erano, infatti, due ex-malati, due umili infermieri.

LA PIANTA DI MILANO:
particolare

Milano, Civica raccolta
delle stampe A. Bertarelli



L'infermiere San Camillo de Lellis e la sua regola

Camillo de Lellis (1550-1614), fondatore dell'Ordine dei Ministri degli Infermi (Camilliani), era un ex malato o un infermo cronico, prima di diventare un infermiere prodigo. Egli dettò nel 1584 le regole dell'infermiere ideale, facendosi protagonista di una vera e propria rivoluzione dell'assistenza e interprete della volontà della "riforma cattolica" in campo ospedaliero.

La regola 27 impone di "servir a tutti gli infermi con carità".

La regola 13 è più pressante:

"venendo la peste, tutti... debbono promettere di servire a detti ammalati".

L'impegno straordinario in tempo di pestilenza non esimeva dall'impegno ordinario quotidiano.

La regola 10 prescrive che ogni settimana i serventi "fanno confessione de' bisogni de' infermi" e quindi adeguino le loro prestazioni a tali bisogni, con **spirito materno.**

Con intuizione rivoluzionaria Camillo assumeva il **modello materno** a paradigma dei veri curanti: come la donna è matrice della vita, così la madre è matrice delle cure.

Dice la regola 27:

"ognuno dimandi grazia al Signore che gli dia **affetto materno verso il prossimo suo infermo... perché desideriamo con la grazia di Dio servir a tutti gl'infermi con quell'affetto che suol un' **amorevole madre** al suo unico figlio infermo".**

Così modellato, qualsiasi comportamento avrebbe avuto dignità e carità. Dice la regola 31:

"stando presente agli infermi quando mangiano, ognuno cerchi con carità d'incitarli con parole amorevoli a farli mangiare, accomodandogli la testa alta".

E la regola 35 ribadisce l'esigenza che ciascun servo degli infermi si comporti con ciascuno di questi **"dandogli tutte le cose che gli farà bisogno con carità e affabilità"**. **"Dobbiamo ministrare agli infermi", concludeva Camillo,**

"come nostri Signori e Re".

Formatosi al S. Giacomo, ospedale per lungodegenti, Camillo giunge all'Ospedale Maggiore nel 1594, dove chiedeva ed otteneva di "servir li poveri infermi nelle cose spirituali et corporali et anco in raccomandar l'anime alli morienti"; qui sperimentava la realtà di un ospedale per acuti guaribili, dove la degenza era finalizzata al recupero della salute piena, mentre quando la malattia si concludeva con esito infausto, erano portati lungo lo "stradone dei poveri" (via di San Barnaba) al "mortorio dei "nuovi sepolcri" (Rotonda della "Besana").



Petra

Orario: 10.00 - 19.00

Roma, Galleria Spada



La peste di Milano del 1630

Rileva lo storico Richard Palmer che "in generale Chiesa e Stato trovarono il modo di collaborare contro la peste. Ne diede bella prova, in occasione della peste di Milano descritta dal Ripamonti (e duecento anni dopo dal Manzoni), il cardinale Federico Borromeo, interprete esemplare del "ruolo sociale del pastore" occupandosi attivamente di ospedali e dimostrando grande "carità fattiva" in occasione della peste del 1578.

Il cardinale Federico fu il padre-pastore del popolo milanese flagellato dall'ancor più grave epidemia di peste del 1630.

Nella "Vita di Biagio Guerzati" leggiamo: **"all'udir li progressi della peste il Cardinale aveva tenuti diversi consigli co' suoi sacerdoti di maggior prudenza e colli stessi decurioni della città... Ai primi rumori spacciò ai vicari foranei e a parrochi urbani una pastorale... In questa s'incaricava a' curatori dell'Anima di invigliare e sovvenire con la diligenza possibile a tutti gli accidenti e bisogni: l'imprimere spesse fiate nel cuore a tutti l'obbligo grave di scoprirsi senza nevn rispetto, quando avessero conosciuto d'essere infetti dal mal contagioso, e di spogliarsi di qualsivoglia arredi, quando fossero sospetti d'infezione. Con che cooperava all'operanza dei decreti che sortivano dal tribunale della Sanità".**

A tale posizione faceva riscontro un pari impegno da parte di Alessandro Tadino, "medico publico zelante, esperto, coraggioso, infaticabile", "conservatore" della pubblica salute presso il Tribunale della Sanità. Egli sosteneva la necessità di "costringere all'osservazione delle leggi sanitarie non solo i plebei, ma anche molti nobili", giacché "nobili e ricchi facevano cadere nel vuoto ogni provvedimento contrario ai loro interesse".

Il presidente del Tribunale della Sanità, Marc'Antonio Monti, richiamava dal canto suo il Collegio Medico ai suoi doveri morali, lamentando il fatto che "non si trovavano medici che volessero entrare nel lazzaretto per visitare e curare gli appestati".

Una medicina impotente e in crisi di valori, a fronte di una sanità operosa e, a suo modo efficace. Questa sanità era stata ed era ancora la sola arma di difesa contro le pestilenze in grado di ottenere risultati in qualche modo apprezzabili. Il "governo della carità" si era unito al "governo della sanità" in significativa alleanza.



LA PESTE DI MILANO DEL 1630
DALLA RESISTENZA I 1630-1631

Milano, Pinacoteca Ambrosiana



Liberalità privata e interesse pubblico: l'ospedale di Varese, l'esempio di un borgo

A volte le vicende di un ospedale di una non vasta comunità suggeriscono percorsi paradigmatici per le vicende di altri ben più grandi. L'ospedale di Varese ci offre questa opportunità. Si tratta del percorso di un ospedale fondato come *hospitale* nel XII secolo, denominato **"Nifontano"** dove, ovviamente come abbiamo già osservato all'inizio vennero accolti i bisognosi, ammalati ma anche orfani, bambini abbandonati, ed altri sofferenti. Poco più di un secolo dopo la fondazione dell'Ospedale del Nifontano, la crescita di Varese richiese una seconda realtà ospedaliera, che ebbe sede nel centro del Borgo.

Il nuovo ospedale venne denominato di S. Giovanni e sorse ad opera della Schola di S. Giovanni Battista, un'associazione formata in prevalenza da laici, avente come scopo l'assistenza agli infermi ed il soccorso ai bisognosi. Il termine **"Schola"** nel Medioevo è sinonimo di pio consorzio, confraternita, ossia di un gruppo di persone che si riuniscono per compiere insieme opere di pietà e di carità. La prima testimonianza di questa nuova istituzione è del duecento. Ma successivamente altri documenti ci testimoniano la realtà dei benefattori: persone più o meno abbienti, che durante la loro vita, o più

frequentemente in punto di morte, devolvevano all'ospedale denaro o beni di varia natura. Nel XVI secolo anche gli ospedali di Varese vengono implicati nella riforma ospedaliera. Già in quel periodo gli ospedali varesini erano sotto il controllo delle maggiori famiglie del borgo e dei deputati dell'Ospedale Maggiore di Milano, ma ciò non bastò ad evitare una grave crisi patrimoniale. Nel 1567 il Cardinale Carlo Borromeo, Arcivescovo di Milano, convinse il ceto dirigente della necessità di fondere i beni dei due ospedali per creare un'unica struttura sanitaria ed assistenziale.

Il nuovo Ospedale fu denominato Ospedale dei Poveri e fu posto alle dipendenze delle magistrature locali e dell'Arcivescovo di Milano. Dunque l'ospedale, nato dalla carità, da questa stessa motivazione veniva riorganizzato per meglio soccorrere i bisognosi. I lasciti della liberalità privata continuavano a garantire risorse destinate al mantenimento e allo sviluppo. Il bisognoso, in sintonia con la sensibilità assistenziale, veniva aiutato in modo non settoriale, ma avendo a cuore la globalità della persona e della sua vita.



CRISTO RISORTO

Incisione riprodotta nel
Monile di Piatà di Varese

DAL XVIII AL XIX SECOLO

Continua la tradizione dei grandi ospedali che in realtà sono adattamenti dei precedenti; l'esigenza di una nuova clinica non trova ancora spazio nei nosocomi.

Via via il secolo dei lumi, la Rivoluzione francese e infine Napoleone, determineranno l'accentramento e la statalizzazione dell'assistenza, togliendola al governo dei religiosi o alla beneficenza dei laici introducendo così la necessità di finanziamento statale.

Con l'ottocento si assiste ad una ripresa della liberalità privata e nel contempo alla figura in "prima linea" del medico "pratico". I grandi ospedali si giovano della preparazione e motivazione del personale religioso. Scompare la peste ma si diffondono il colera e la tubercolosi, anche a causa dell'inurbamento e della industrializzazione. La professione medica si arricchisce di nuovi strumenti clinici e diagnostici, ma anche di grandi tensioni ideali. Inoltre, a velocità esponenziale, si accrescono le conoscenze batteriologiche e cliniche e l'impegno nella medicina del lavoro.



Assistenza e società nel Settecento

L'Europa moderna non conosce solo nuovi atteggiamenti nei confronti dei poveri ma anche la nascita di fermenti di segno diverso che aprono la strada al superamento di quello che era stato il limite delle esperienze precedenti, quel sostanziale immobilismo che bloccava il povero nella sua condizione di miseria e malattia, pur integrandolo nella società. Due le prospettive che si aprono: da un lato quella di un intervento assistenziale che vada oltre il momento di controllo e giunga a rimuovere le cause del disagio sociale e sanitario; dall'altro quella legata agli sviluppi di una scienza nuova o meglio all'inedito rapporto che si viene a creare tra un'antica arte, la medicina e la scienza moderna in formazione.

È d'altra parte evidente come il **"modello biomedico"** pur nei limiti di un'impostazione biologico-meccanicistica e di un descrittivismo classificatorio, abbia ampliato le possibilità di cura della malattia. Unitamente a una più attenta disamina dei fatti sociali, questo apre la strada all'ospedale modernamente inteso, come luogo deputato solo all'intervento terapeutico, distinto perciò da ospizi, orfanotrofi, case di ricovero, dagli istituti che continuano a mantenere una connotazione asilare.

La pratica clinica entra più stabilmente nei nosocomi (si conoscerà però una certa inerzia ad accoglierla da parte degli ospedali), al di là dello stesso insegnamento accademico, mentre si creano premesse per vaste ristrutturazioni architettoniche, miglioramenti igienico-sanitari, efficienti gestioni. Resta però una contraddizione, quella del metodo scientifico e dell'assolutismo statale sempre più invasivo nei confronti della società, che non trova sintesi e soluzione e passa in eredità al mondo contemporaneo.

Così, mentre le proposte ideologiche e politiche del nascente illuminismo avrebbero portato a coniare uno slogan diffuso negli anni precedenti la Rivoluzione francese,

**"né malati né ospedali,
né poveri, né ospizi"**

non vengono d'altro canto favoriti meccanismi di prevenzione sanitaria e reinserimento sociale.

Nel frattempo le soppressioni colpiscono non solo la presenza, anche caritativa, degli ordini religiosi, ma le stesse forme di autorganizzazione e solidarietà sociale caratteristiche dell'ancien régime.

PIANTA DI BOLOGNA CON LA VEDUTA DELLE MURA DI PORTA SAN VITALE E DELL'OSPEDALE SANT'ORSOLA ALLA METÀ DEL XVIII SECOLO





Scienza e clinica nel Settecento

Lo sviluppo della nuova scienza medica, esito, come si diceva, del rapporto tra un'antica arte e la scienza moderna in via di formazione, vede alcuni grandi medici dare un contributo determinante, superando inveterati pregiudizi non meno che barriere corporative.

Il medico - nel quadro del fondamentale passaggio da uno statuto teorico a uno statuto empirico della medicina, carico di complesse implicazioni filosofiche - si fa chirurgo anatomo-patologo ed, al medesimo tempo, clinico. Per sviluppare l'approccio clinico, il medico dovrà intraprendere il proprio percorso formativo al letto del malato, iniziando ad individuare un rapporto tra sintomi e lesioni.

Secondo alcune teorie diffuse in quel periodo (ad esempio quella del Brown 1780), la patologia poi veniva semplificata e tale semplificazione si rifletteva nella clinica. La diagnosi prescindeva dai sintomi, ritenuti sembianze polimorfe ingannevoli di una condizione o disposizione patologica che doveva essere invece "misurata" in gradi di astenia o iperstenia, con criterio *ex alluvantibus*, cimentando cioè l'organismo con dosi gradualmente crescenti di presidi "stimolanti" o "controstimolanti".

Presidi stimolanti erano gli eteri, i vini, la canfora, le docce "scozzesi", l'oppio.

Presidi controstimolanti erano invece i purganti drastici, il vomitivo antimonio nella sua forma salina (tartaro stibiato o tartrato doppio di antimonio e potassio), la gommagutta, la digitale, il salasso.

La semplicità patologica e clinica, unitamente a un'efficacia terapeutica non inferiore a quella delle complicate terapie tradizionali decretava il successo di tale sistema e ne decretava il successo in Europa, particolarmente in Italia e in Francia, attraverso le modifiche ed elaborazioni ottocentesche.

L'ospedale non conosce subito questa necessità di spinta verso un processo di **"clanicizzazione"**, senza il quale i mutati orientamenti non avrebbero potuto trovare riscontro e collocazione; ma indubbiamente l'insegnamento medico-chirurgico fa il suo ingresso fra le corsie, con la nascita di scuole, accademie, cattedre soprattutto a partire dalla metà del '700, in Italia e in Europa.



S. MANETTI

Medico e botanico (1723-1785)

Medaglia dalla Collezione Belloni,
Milano, Civica Raccolta Archeologica
& Numismatica





L'assistenza dall'età dei "Lumi" verso la legislazione napoleonica

Il nesso tra i progetti di riforma sociale e la realtà economica esistente rendono ampiamente ragione dei mutamenti istituzionali avvenuti nell'età dei lumi. I cui tratti salienti connotano la stessa situazione odierna.

Due sono le caratteristiche informatrici le legislazioni assistenziali e ospedaliere di fine Settecento: la concentrazione, più o meno forzata, degli istituti dello stesso tipo, almeno sul piano municipale; il controllo governativo sulla gestione dei singoli enti, che conduce alla loro pubblicizzazione e di qui, sia pur lentamente, all'intervento finanziario dello stato, visto il progressivo esaurirsi delle rendite di beneficenza.

Scompare lo "spedale dei poveri", che offriva prestazioni gratuite, ma viveva altresì di quelle offerte gratuite (lasciti e donazioni) che assai meno affluiscono a un'istituzione pubblica.

Viene superata, al tempo stesso, l'immagine confusa dell' "ospedale generale" cinque-seicentesco, con la creazione di istituti specializzati e insieme di controllo sociale. La legislazione napoleonica rappresenta non a caso lo sviluppo, su scala europea, di queste premesse e si impernia sul concentramento degli istituti assistenziali e ospedalieri nei *bureaux de bienfaisance*, sul "bando" generalizzato della mendicizia sostenuto dalla rete dei *dépôts de mendicité* (o case d'industria), sul rigido controllo governativo che ormai si estende anche nell'ambito igienico e sanitario.

L'assistenza viene non solo sottratta alla gratuità del lascito, all'organizzazione di congregazioni di religiosi e di laici, ma vengono anche abbandonati i propositi di decentramento e democrazia istituzionale degli anni rivoluzionari e non si parla più, come nella costituzione del 1793, di un diritto positivo al soccorso e all'assistenza sanitaria di tutti i cittadini: tuttavia non può sfuggire come siano ormai delineati i tratti salienti di una legislazione moderna e borghese dello stesso sistema di carità legale, cioè di una imposizione fiscale a sostegno delle spese sociali, che pure in teoria si rifiutava.

Era la pratica assunzione del modello inglese, da tempo pubblicizzato e legato a un diritto dei singoli riconosciuto dalle varie *poor Laws*.



GIOVANNI BATTISTA MORGAGNI

Filosofo e medico (1682-1771)
Medaglia dalla Collezione Belloni,
Milano, Civiche Raccolte Archeologiche
e Numismatiche.





Il secondo Ottocento

A cavallo della metà del secolo, i medici accrediteranno largamente i risultati positivi e socialmente utili del proprio sapere e della propria strumentazione, prima ancora che i riscontri scientifici e l'efficacia terapeutica lo consentano davvero. Ma una vasta campagna di medicalizzazione costituisce la premessa per la definitiva **specializzazione terapeutica** degli ospedali e la ridefinizione in altro senso dell'assistenza nel suo insieme: un dato che, alla metà dell'ottocento, si può ritenere acquisito. Ne sono significativa espressione anche i movimenti per la riforma infermieristica culminati nell'opera di **Florence Nightingale** e le nuove congregazioni religiose dedite all'assistenza ospedaliera. La presenza di un personale infermieristico motivato e tecnicamente preparato, religioso e laico, rappresenta una novità, legata all'esigenza di trovare un nesso fra la clinica medica e chirurgica e la concreta attività di ricovero e cura.

La seconda metà del secolo, sia pure con comprensibili resistenze, costituisce un momento decisivo per questa trasformazione dell'ospedale in machine à guérir.

Appaiono decisivi, in tale prospettiva, i progressi dell'asepsi, dell'anestesia, della batteriologia, degli inizi della radiologia e della diagnostica di laboratorio, all'interno della formazione di una compiuta "medicina ospedaliera".

Quest'ultima può basarsi su continui e spesso rivoluzionari approfondimenti scientifici, dalla **"teoria dei germi"** di Pasteur alle scoperte batteriologiche di Koch, destinate a modificare la concezione stessa della malattia, vista come entità contrapposta alla salute e da combattere in se stessa, nelle sue cause ormai identificabili. Con la **"rivoluzione della batteriologia"** si compie la grande trasformazione della medicina ottocentesca. Si profila frattanto, non a caso, la scelta di una diversa tipologia nosocomiale, imperniata sull'ospedale a padiglioni e quindi alla separazione fra le varie patologie, una scelta che s'impone in tutta Europa e che contribuisce a trasferire su più larga scala il metodo clinico, accentuando la tendenza a una specializzazione dei reparti tanto di medicina che di chirurgia.



LOUIS PASTEUR



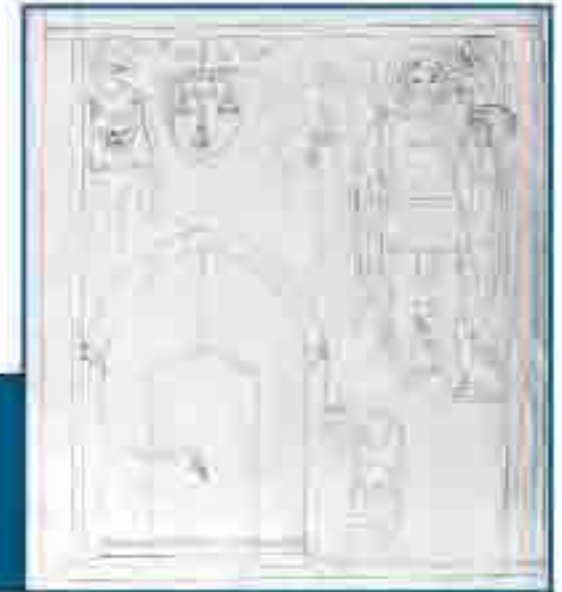
Clinico e medico batteriologo
(1822-1895)

Medaglia dalla Collezione Belloni,
Milano, Civiche Raccolte
Archeologiche e Numismatiche

Alcuni esempi minori

Un esempio di fattiva carità operosa che sul finire dell'Ottocento vide il nascere di numerose congregazioni religiose dedite all'assistenza dei malati e dei poveri bisognosi è rappresentato dalle **Suore Infermiere dell'Addolorata**. Fondate da Giovanna Franchi nel 1850, a partire da una piccola infermeria, aiutate dalla generosità di molti benefattori e dal consenso sociale che accompagnava la loro opera, giunsero in pochi anni ad erigere **l'Ospedale Valduce in Como** (1878) e l'Ospedale Moncucco a Lugano (1900) sempre attente ad unire l'attenzione caritatevole per il malato alle più avanzate tecnologie mediche. Esempio invece di opera nata da una iniziativa laica sorta all'interno della società civile è rappresentato dalla creazione dell'**Ospedale di Pescara**. Agli inizi del Novecento l'assistenza medica era assicurata in città dalla "Congregazione di Carità" tramite un piccolo centro di cura privato, chiamato "ospedaletto". Nel 1910 nasce la "Camera di Pronto Soccorso" che raccolse un gruppo di medici che prestavano la loro opera gratuitamente ai più bisognosi: poco dopo nasce l'Ospedale Civile che finanziariamente si regge soprattutto sulla generosità di molti benefattori fornendo cure mediche gratuite ai meno abbienti.

Nel 1928 la fusione delle prime due strutture dà origine alla nascita di un unico grande Ospedale che si dota da subito dei principali reparti e servizi ospedalieri e viene successivamente riconosciuto come Ente Morale. Così come a **Fidenza** l'odierno stabilimento ospedaliero fissa le proprie radici negli xenodochia e negli hospitalia, numerosi nel Medioevo, in quanto l'allora Borgo di San Donnino era situato sulla via dei pellegrinaggi.



FIDENZA, OSPEDALE DI SANT'ANTONIO, AFFRESCI DEL SEC. XIV

Disegni di Pietro Rapetti, 1818 (Cura Vescovile di Fidenza)



PESCARA, INAUGURAZIONE DELL'OSPEDALE CIVILE - 22 GIUGNO 1920



OSPEDALE VALDUCE, camera della casa di Como

L'impegno etico, professionale, assistenziale

Per molti medici, operanti nell'ambito delle famiglie operaie o contadine, non c'era discontinuità tra impegno clinico e impegno umano-sociale.

Come tecnici della salute,

il loro strumentario comprendeva:

"l'orologio coi minuti secondi,

il termometro per uso clinico,

l'abbassatore della lingua, lo stetoscopio,

il plessimetro e il piccolo laringoscopio.

Vi sono poi casi dove si richiede lo

specillo, e per cura piuttosto che per

diagnosi ora una lanciuola pel salasso,

ora un aprì ascesso ed ora una siringa

per iniezioni ipodermiche"

Ma essi operavano non soltanto **analisi** dei loro pazienti, scomponendo i corpi dei malati nei loro organi, localizzante in questo o in quell'organo malato la malattia, riducente in definitiva

l'antropologico al somatico con amputazione delle componenti psicologiche, ambientali e sociali.

Essi operavano anche una **sintesi**, in cui la parte rimandava al tutto, l'organo malato al corpo malato, il corpo malato alla persona, la persona all'ambiente di appartenenza e questo alla società con le sue contraddizioni.

La loro consapevolezza che, tra l'ambiente naturale-familiare-sociale loro noto e il malato che ci viveva e che essi curavano, esisteva un preciso rapporto causale o concausale, faceva sì che la

cura che essi prescrivevano, perché essa fosse efficace, comprendesse l'esigenza di un risanamento ambientale, di un miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro patogene.

Le provvidenze e le previdenze che essi sollecitavano rimandavano a una sfera decisionale e operativa più vasta di quella strettamente medica, clinica.

Scienza e umanità non erano un binomio di facciata: per molti medici rappresentavano una vera parola d'ordine. Comunque sul finire del secolo, sembrava definitivamente acquisita la figura ideale di un medico scientificamente preparato, tecnicamente agguerrito, umanamente coinvolto, civilmente impegnato, schierato stabilmente a favore della vita nella sua pienezza, contro la morte, la malattia, la fame, la povertà, lo sfruttamento, il dominio incontrollato dell'uomo sull'uomo.



LA SALA D'ATTESA DEL MEDICO
Vladimir Borovikoff (1846-1920)

Mosca, Galleria Statale Tretyakov