

49. I dati per la Tabella 1 sono stati elaborati in base: N. 1322, Descrizione Generale...1757.
50. N. 1305, Ristretto delli Proietti di S. Spirito in Sassia di Roma dall'anno 1727 à tutto l'anno 1738.
51. N. 168, Ristretto Generale di tutti gli Infermi, Proietti, Famiglia dell'Archiospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma per lo scorso anno MDCCMCVII sotto il governo del cittadino Giovanni Castiglione ex Commendatore.
52. N. 3, Privilegia et Iura pro Archiospedale S. Spiritus in Sassia de Urbe. Tomo XII, p. 114; N. 1305 Nota delle Zitelle del Conservatorio maritate dall'anno 1740 a tutto l'anno 1749, e di quelle Zitelle alle quali si è pagata la loro dote per la concessione a tempo nubile, in: NSVP, p. 143.
53. N. 1305, Numero delle Zitelle del Venerabile Conservatorio di S. Spirito e loro incombenze riconosciute li 19 Settembre 1748, in: NSVP, p. 128.
54. N. 1305, Nota di tutte le Zitelle...1742
55. *Ibidem*; pp. 154-177. Vedi anche: Nr 1321, Relazione fatta da Ferrini alla S.S. di tutto quello che si è fatto nello Spedale di S. Spirito, e del trasporto dei Rognosi nello Spedale di S. Gallicano con utile, pp. 11-20.
56. N. 902, Visita Apostolica deputata...1737, p. 405.
57. N. 1305, Ordini della Sagra Visita di non entrare nel Conservatorio, di non lavare, e sopra il vestire, inferme, medico, portinare, ascoltrici, confessore ed altre 1808, in: NSVP, p. 218.
58. N. 1305, Il manoscritto del 1815, che comincia con le parole: "Il medico curante ...". La busta, nella quale si trova il suddetto documento è intitolata: "Regolamenti e Disposizioni di massima".
59. N. 1305, Regole del Conservatorio delle Zitelle proietti di S. Spirito in Sassia emanate da Decreto della S. Visita Apostolica, del 26 giugno 1727. In Roma 1827, p. 11.
60. N. 1305, Questo è il modo del vivere, e governare, che fanno le Monache, e Zitelle sue di S. Spirito in Sassia di Roma indegenissime Serve, e Suddite etc. 1660, in: NSVP, pp. 116-17.
61. N. 1305, Regole del Conservatorio...1827, p. 19.
62. N. 1305, Regolamento delle Zitelle del Conservatorio di Monsig. Pallavicini Commendatore 1748. Regole che devono osservarsi nel V. Conservatorio del Sagro Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma.

Correspondence should be addressed to:
Marian Surdacki, Università Cattolica di Lublino, 20-802 Lublin Ul, Kolorowa 3/11 Polonia

Articoli/Articles

LA NASCITA DELL'OSPEDALE MODERNO
TRA I "LUMI DELLA RAGIONE"
ED I "FUOCHI DELLA RIVOLUZIONE"

CESARE CATANANTI

Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, I

SUMMARY

THE BIRTH OF MODERN HOSPITAL

The modern hospital was born in France, at the end of the XVIII century. The article analyzes the debate promoted by the Académie des Sciences to ascertain what was necessary to rebuilt the hotel Dieu, destroyed by fire. This was the occasion to definitively condemn the medical conception of hospital.

Premessa

L'ospedale, inteso come luogo generico per ospitare l'umanità sofferente, ha le sue antiche radici in quel sentimento di "pietas" proprio della solidarietà cristiana dell'alto medioevo che, nei secoli a seguire, trovò una sua più compiuta formalizzazione nelle regole di molti ordini religiosi, alcuni dei quali si specializzarono nell'assistenza ai malati; sentimento che, successivamente, alle soglie del rinascimento, fu fatto proprio anche dallo spirito laico di molti regnanti.

Storia ben più recente è invece quella dell'ospedale nell'accezione di istituzione specificatamente destinata alla cura; la realizzazione, infatti, in termini progettuali, costruttivi, organizzativi e gestionali di un modello di ospedale così come oggi noi lo percepiamo avviene sul finire del XVIII secolo.

Ciò non vuol dire, sia ben chiaro, che prima di allora la riflessione sulla questione ospedaliera fosse mancata, tutt'altro. Ne è esempio paradigmatico, in pieno rinascimento, l'esperienza lombarda della progettazione della Ca' Granda ad ope-

Key words: Modern Hospital - Enlightenment - History of medical assistance

ra del Filarete e della successiva "reformatione ospedaliera" dell'arcivescovo Rampini.

Ed ancor prima approccio altrettanto *moderno* fu anche quello, in epoca romana, che caratterizzò gli ospedali militari: quello di Novaesium, presso Dussendorf, che viene fatto risalire al 100 d.c., costituisce un mirabile esempio di progettazione di un edificio sanitario, la cui tipologia costruttiva (in questo caso si può parlare addirittura di un quintuplo corpo di fabbrica ante-litram) ed il lay-out distributivo discendono direttamente dalle funzioni *sanitarie* ed *alberghiere* che la struttura doveva svolgere.

Perché allora nella nostra ricostruzione preferiamo individuare sul finire del Settecento l'epoca in cui nasce l'ospedale moderno?

Per due semplici ragioni: la prima legata alle forti novità che in quel periodo modificarono il sapere medico ed il suo pratico esercizio e la seconda, per il modo in cui queste novità furono formalizzate e diffuse.

In quegli anni avvenne, a dirla con Kuhn, un salto paradigmatico. Innanzitutto la medicina passò dalle astratte speculazioni *galeniche* ad una pratica sperimentale e clinica realizzata in laboratorio ed al letto del malato.

Ma questo da solo non sarebbe bastato; fu fondamentale infatti che quelle novità trovassero la loro consacrazione nelle Accademie, nelle Università e negli ospedali che della *clinica* divennero la sede privilegiata.

Con questo crisma fu garantita la attendibilità scientifica delle "novità" e la loro capacità di penetrazione e di diffusione.

Ebbene, il teatro di questi accadimenti fu soprattutto la Francia di fine Settecento. Fu lì che, tra i "lumi della ragione" ed i "fuochi della rivoluzione" nacque, a nostro giudizio, l'ospedale moderno.

Il nostro racconto prenderà spunto da un avvenimento particolare e contingente che, però, riteniamo condensi al meglio il nostro assunto.

Ci riferiamo al dibattito promosso a Parigi sul finire del Settecento dall'Accademia delle Scienze per stabilire cosa fosse più corretto fare per la "ricostruzione" dell'Hotel Dieu di Parigi andato distrutto da un ennesimo incendio: evento in sé di relativa importanza considerando gli innumerevoli incendi che colpiva-

no le città del XVIII secolo ma che, come vedremo, assunse la forza di fatto storico, perché fu messo sotto processo e definitivamente condannato tutto ciò che aveva caratterizzato l'istituzione ospedaliera di medioevale memoria.

Il lascito medioevale

L'ospedale medioevale è un istituzione che, seppur finalizzata alla carità, non aveva, in genere, caratteristiche di accoglienza ed ospitalità consone alla missione che si era data.

Scrivono Ronzani a proposito dell'ospedale medioevale:

Le infermerie di solito erano allocate in locali umidi e scarsamente illuminati, sprovvisti di locali annessi di servizio, salvo qualche primitiva latrina. Solo talvolta si trovava una sala separata per aggravati. I ricoverati che erano d'ordinario dei poveri diseredati, poiché le famiglie provviste di mezzi solevano curare in casa i loro malati, erano degenti a due, quattro per letto. I letti erano costituiti da enormi pagliericci, montati su cavalletti od altri sostegni, spesso chiusi da padiglioni o baldacchini, o anche in alcove. In tali sale erano accolti promiscuamente malati di forme mediche, chirurgiche ed infettive. Molti entrati per infermità leggera, vi contraevano gravi infezioni, e la mortalità, specialmente tra le puerpere ed i feriti era altissima. Tutti i servizi, dai più intimi e delicati ai più malsani, si svolgevano in sala. I cadaveri non di rado restavano a lungo vicino al malato prima di essere rimossi. I teli si lavavano nel vicino corso d'acqua dove talvolta sfociavano i rifiuti¹.

E tale stato di cose rimase invariato per ancora molti secoli. Sino alle prime decadi dell'Ottocento, infatti, l'ospedale, pur con qualche eccezione, fu un vero e proprio caravanserraglio della disgrazia a cui si rivolgevano solo poveri, diseredati, nullafacenti, e quei malati di cui nessuno poteva o voleva interessarsi.

La medicina doveva ancora scoprire le potenzialità della cura ed il calore dell'ospitalità. La prima era ancora del tutto assente e la seconda continuava ad essere disastrosa anche se, per fermarci all' "ospitalità", un letto per più malati cominciava a non piacere e non solo per ragioni di elementare decenza e di rispetto della persona ma perché, come nel 1759 osserverà Cicognini, è

causa di problemi perché se per un verso era l'uno infermo inzuppato del sudore critico morboso dell'altro compagno, per altro verso era difficile per il medico osservare con esattezza l'analogia del male e il grado in ambedue gli infermi onde evitare inconvenienti nella distribuzione dei medicamenti e del vitto².

Ecco allora i consigli del Cicognini a superare l'antico criterio di suddividere i ricoverati nelle due categorie degli affetti da "febbri" (malati di ordine medico) e degli affetti da "ferite" (malati di ordine chirurgico).

Bisognerebbe, scriveva Cicognini, dividere i ragazzi dagli adulti, i febbricitanti semplici dai febbricitanti acuti, i cronici semplici dai contagiosi, separando nelle donne anche quelle che sono di parto. Per la chirurgia poi opportuno sarebbe dividere gli infermi di semplici malattie da quelli che hanno affezioni complicate assegnando luoghi particolari a quelli che esigono speciali e grandi operazioni³.

Le esigenze di un ospedale che fosse veramente una struttura organizzata per la cura a cui i malati potessero rivolgersi senza paura, era ormai diffusa in tutta Europa ed in Francia, in particolare, stava maturando il clima idoneo per rivoluzionare gli antichi assetti.

Le premesse dell'Illuminismo

Tale clima si realizzò allorquando nuovi interessi e valori attraversarono la società settecentesca, rompendo definitivamente con l'età barocca. L'uomo che si affaccia su questa scena è secondo la definizione data dall'Enciclopedia di Diderot e d'Alembert

un essere pensante, sensibile, capace di riflettere, che si muove liberamente sulla faccia della terra, che sembra essere a capo di tutti gli animali sui quali domina, che vive in compagnia, che ha inventato scienze ed arti, che possiede una bontà ed una cattiveria che gli sono proprie, che si è dato dei padroni, che si è dato delle leggi...

È, in altre parole, un uomo artefice del proprio destino che, come annota Vovelle,

una volta rimosse le ipoteche del pregiudizio, della religione, e dei condizionamenti che riguardano la sua stessa natura, (...) si distingue dagli altri animali come un essere dotato di ragione: ha creato le arti, le scienze, l'attività che produce ricchezza, in una parola la civiltà⁴.

E quest'uomo, nobile illuminato o borghese arricchito, funzionario o commerciante, scienziato o uomo del clero, parteci-

pa ad una rete sociale in cui si esaltano le élite culturali ed all'interno di queste, lo scienziato assume giorno dopo giorno una dignità formale che prima gli era sconosciuta.

Se, infatti, il Seicento aveva visto la nascita della scienza, è solo nel secolo dei lumi che l'uomo di scienza si afferma come tale. Un secolo che Vincenzo Ferrone considera l'età-laboratorio della modernità in cui trova legittimazione e consolidamento quel tentativo di almeno due secoli precedente che vide

professori universitari, chierici, medici, filosofi, matematici, astrologi, artisti, architetti e ingegneri dare vita ad un nuovo sapere e a una figura inedita di intellettuale deciso ad indagare i fenomeni naturali con metodi empirici, misurazioni e verifiche sperimentali, con un linguaggio e con obiettivi differenti dalle discipline tradizionali come la filosofia, la teologia, il diritto o la letteratura⁵.

E sono le Accademie, spesso nate ed operanti in contrapposizione alle Università, che vedono la scienza realizzarsi come un sapere autonomo e di grande utilità sociale.

Quella di Parigi, sorta nel 1666, fu costantemente appoggiata dal *patronage* dei Re e dei loro stretti collaboratori che con lungimiranza seppero intravedere e sostenere nell'Accademia quel ruolo di "premier tribunal de l'Europe pour les sciences".

Un tribunale al cui interno i suoi "savants" erano dislocati lungo una piramide gerarchica puntualmente definita: al vertice gli *honoraires*, provenienti dal clero, dalla nobiltà e dal governo, erano soprattutto degli *amateurs*; seguivano i *pensionnaires*, uomini di scienza salariati, e poi gli *associés*, i *correspondants* stranieri e francesi, ed infine gli *élèves*.

Un gruppo di circa trecento persone che dovevano vagliare le novità emergenti nel mondo scientifico, promuovere lo sviluppo tecnologico, guidare la ricerca nazionale anche attraverso il meccanismo dei concorsi con cui si premiavano le migliori soluzioni a specifici problemi.

E fu proprio l'Accademia delle Scienze di Parigi ad occuparsi della questione ospedaliera.

Tema dibattutissimo nella Francia prerivoluzionaria: in quel periodo Parigi, la cui popolazione aveva subito in poco più di 20 anni un incremento notevolissimo ed ospitava oltre 700.000 persone, disponeva di circa una cinquantina di istituzioni caritate-

voli destinate ai vecchi abbandonati, ai poveri, ai malati, agli orfani, ai nulla facenti. Gran parte di queste istituzioni

*soffrivano dei tradizionali mali legati ai dissesti finanziari, alla corruzione, all'inefficienza gestionale, in un contesto in cui con il decadere del fervore religioso si aveva anche il crollo delle donazioni e dei lasciti*⁶.

Il trattamento dei circa 20.000 ospiti di quelle "caritatevoli" istituzioni non poteva che risentirne soprattutto se si considera che tra quei degenti una gran parte era rappresentata da vagabondi senza fissa dimora, borseggiatori, prostitute, matti reali o presunti, sui quali le autorità pubbliche esercitavano un controllo strettissimo attraverso una "politique d'enfermement" che di fatto aveva trasformato gli ospedali in prigioni.

E le politiche dell'ospedale di Bicetre e della Salpêtrière, per esempio, rappresentavano al meglio, o al peggio, l'ospitalità come reclusione; una reclusione che aveva regole dettagliatamente codificate e di antica tradizione. In un atto datato 25 ottobre 1679, l'ufficio di direzione dell'ospedale di Bicetre specificava, a proposito dell'utilizzo dei letti, che:

*le persone di grande corporatura potranno disporsi sui pagliericci in numero di tre, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola dovranno disporsi al letto in numero di 6 o al minimo 5...*⁷

Tale prassi, comune a tutti gli altri ospedali, prevedeva anche la possibilità di un utilizzo orario del posto letto adottando il criterio della rotazione. In altre parole per non fare torti a nessuno

*in ogni letto si coricavano quattro persone, ed a riprese, dappoi che metà di esse doveano riposarsi dalle otto di sera sino all'una dopo mezzanotte, e l'altra metà da quest'ora sino alle otto di mattina*⁸.

Per i pazienti sifilitici in particolare le regole dell'"enfermement" erano ancora più dure; per questi poveracci era prescritto che

*dovevano per ordine espresso dell'amministrazione, prima di entrare nel luogo di asilo ed all'uscirne, subire la frusta*⁹.

Caratteristiche un po' più "ospedaliere" erano, invece, quelle della rete degli Hotel Dieu. Particolarmente diffusi nel nord del Pae-

se, avevano infatti mantenuto la vocazione al ricovero soprattutto dei poveri e dei malati. Quello di Parigi in particolare, fondato in epoca medioevale, disponeva di circa 1000 posti letto e la sua gestione era garantita da fondi di provenienza privata, da finanziamenti del Comune e dello stesso Stato, e da rendite generate da beni avuti come lasciti. Un consiglio di illustri personalità, a cui partecipavano anche i benefattori, ne supervisionava l'andamento.

Ma nonostante tutte queste premesse anche l'Hotel Dieu andò progressivamente ed irreparabilmente deteriorandosi nelle finanze e nella gestione, nella struttura e nella organizzazione e nell'"immagine", così che, quando nel dicembre del 1772 l'ennesimo incendio lo colpì gravemente, la gente ne fu felice; non vedeva l'ora che finalmente se ne decidesse il destino una volta per tutte: o rifondarlo oltre che ricostruirlo, oppure che fosse cancellato per sempre.

Correva l'anno 1773

E la decisione fu presa ma...non eseguita. Se Luigi XV ne aveva ordinato la demolizione, il suo successore Luigi XVI si pose il problema di dove trasferire i degenti considerando che non vi erano altre strutture disponibili ad ospitarli. Che fare allora? Come risolvere un problema che oltre ad essere sanitario era anche di ordine pubblico? Non valeva la pena, a questo punto, affrontare la questione nel suo complesso e cioè inquadrandola nella più vasta cornice delle scelte di politica sanitaria ed ospedaliera, ma anche urbanistica ed ingegneristica? Certo che valeva la pena ed allora chi poteva affrontare al meglio il tema se non l'Accademia delle Scienze al cui interno esistevano tutte le competenze?

Il coinvolgimento dell'Accademia avvenne però solo nel 1784 per opera del Barone di Breteuil che, divenuto Segretario di Stato, si impegnò in prima persona per definire l'"affaire" dell'Hotel Dieu.

Un "affaire" di lunga gestazione. Già dai mesi immediatamente successivi all'incendio del 1772, erano disposti sul tavolo del re le tavole progettuali elaborate dagli architetti Chalgrin e Ledoux. Più ipotesi erano state immaginate: dalla ricostruzione totale dell'Hotel Dieu nel sito persistente alla sua totale soppressione con la ricostruzione di quattro nuovi ospedali: S. Anna, S. Maria, S. Luigi, l'Arsenale.

Tutte queste ipotesi ebbero però la fiera opposizione della Chiesa e della direzione dell'Ospedale che criticarono duramente l'opera dei progettisti. Nel 1776 toccò all'architetto Lenoyr, su incarico del conte di Saint-Germain, segretario di stato generale per la guerra, sviluppare nuove idee ma invano.

Si decise allora con apposito decreto reale del 17 agosto 1777 di bandire un concorso di idee; allo scopo di selezionare le migliori venne istituita da Necker una apposita commissione, formalmente incaricata di esaminare le diverse possibilità di migliorare gli ospedali della capitale con particolare riguardo all'Hotel Dieu. Ma dei circa 200 progetti che la commissione valutò nessuno ebbe particolare fortuna, anche perché la stessa direzione dell'Ospedale sostenne che "niente dovrà essere spostato, né diviso ma solamente ampliato".

E si arrivò così al 1784, anno che vide al lavoro un nuovo gruppo di esperti voluto da Breteuil, gruppo che proprio per la sua prossimità al potente Segretario di Stato, poté operare al di fuori di qualsiasi compromesso e, soprattutto, nella prospettiva della nascente clinica.

Una prospettiva, in linea con l'empirismo anglo scozzese, che si realizzava all'interno del "sensismo" con l'opera di quel "troupeau des philosophes", di medici fortemente orientati verso un sapere analitico che andava perfezionato al letto del malato.

Diventava così indispensabile per questa nuova medicina uno spazio specifico in cui l'osservazione ed analisi unitamente alla cura si potesse realizzare in modo compiuto.

Osserva, a questo proposito, Cosmacini:

...Qui (negli ospedali parigini n.d.a.) l'osservazione dei segni di malattia (semeiotica) nei corpi dei malati, appartenente da sempre all'osservativismo proprio dell'arte medica, acquisisce strumenti che consentono a questa come prima non mai di procedere a una analisi selettiva di tali segni. L'"observation et analyse" dei medici parigini si avvale della descrizione della casistica (attraverso le cartelle cliniche), dello studio tipologico, della rilevazione statistica, della semeiologia plessica e stetoacustica (percuSSIONE e auscultazione), della comparazione anatomica (autoptica)¹⁰.

L'ospedale non può più essere allora un generico squallido contenitore della più disparata umanità sofferente; deve specializzarsi ed organizzarsi, deve diventare una "machine à guérir", una sor-

ta di congegno finalizzato allo studio, alla classificazione, alla cura delle malattie e all'insegnamento per gli studenti.

L'*Encyclopedie* definirà la macchina come qualcosa che serve ad aumentare e regolare le forze in movimento, come una sorta di strumento destinato a produrre movimento risparmiando o tempo nell'esecuzione di questo effetto o la forza necessaria nel generarlo. E per immaginare e progettare questa macchina l'Accademia delle Scienze che oramai era diventata l'interlocutore privilegiato dello Stato, mise in campo i suoi esperti più scelti. L'asson, Daubenton, Tenon, Bailly, Lavoisier, La Place, Coulomb, D'Arcet e Condorcet furono gli eminenti scienziati (chimici, fisici, medici, matematici) a cui toccò il compito di riflettere a tutto campo sulla sanità parigina.

Tenon, chirurgo alla Salpêtrière, che coordinava i lavori e ne stese i verbali si pose subito la domanda su quale metodo adottare, quali criteri seguire, considerando, come lui stesso scrive

che gli ospedali sono degli strumenti o se si preferisce delle macchine per trattare i malati in gran numero ed in economia. Mai l'arte della cura si era interessata della loro forma e distribuzione. Se mai da qualche parte uomini abili e attenti si erano preoccupati di questa specie di case, le regole della loro distribuzione non erano ancora state né definite, né codificate, né diffuse...

Io credo, -continua Tenon- di dover far presiedere alle mie osservazioni le conoscenze anatomiche e patologiche. Si tratta dell'uomo, e dell'uomo malato: la sua altezza stessa regola la lunghezza del letto, la larghezza delle sale; il suo passo meno disteso meno libero di quello dell'uomo sano, dà l'altezza degli scalini, come la lunghezza delle barelle, sulle quali viene trasportato, determina la larghezza delle scale degli ospedali. D'altra parte, consumando più o meno aria in un determinato tempo, a seconda che le sue malattie lo obblighino a delle ispirazioni più o meno frequenti e più o meno ampie, sono richieste delle sale di differenti dimensioni; aggiungete poiché i suoi occhi, sensibili alle impressioni della luce durante le infiammazioni della dura madre e le violente oftalmie, esigono delle attenzioni, relativamente sia alla posizione dei letti che alla dislocazione delle crociate¹¹.

L'umiltà dell'approccio è pari alla forza del metodo che si sviluppa attraverso due momenti preliminari: l'analisi, con lo strumento dell'inchiesta ed il confronto con le esperienze straniere attraverso visite e corrispondenze.

Di particolare interesse furono i rapporti che Tenon¹² intrattene con l'architetto Dance di Londra, con Adair, Ispettore Generale degli ospedali militari inglesi, con i membri della Facoltà di Medicina di Edimburgo, con l'Accademia delle Scienze di Pietroburgo. Da questa fitta corrispondenza si coglie proprio lo spirito illuminista di un medico che con razionalità e metodo voleva condividere con altri colleghi ed esperti i temi della progettazione e della vita ospedaliera. All'interno di questa documentazione c'è anche una nota ai membri dell'Accademia di Architettura datata 27 agosto 1788. Con semplicità Tenon chiede consiglio a coloro che ritiene maestri. Ma l'Accademia di Architettura rimase stranamente in silenzio nei confronti dell'"*affaire*" Hotel Dieu. È stato osservato che la cosa avvenne per prudenza "*senza dubbio più teorica che politica di fronte a questa nuova fisica della composizione*"¹³ che lasciava spiazzati i tradizionali progettisti. Ma veniamo all'inchiesta.

Essa si avvale di un questionario inviato ai vari ospedali per consentire di rilevare tutta una serie di dati strutturali e statistici: superficie generale, cubatura, lay-out distributivo, numero dei letti, superficie e cubatura delle stanze, funzioni delle stesse, casistiche delle patologie ricoverate, indici di mortalità, costo delle cure erogate, numero degli addetti, tipo di organizzazione in atto, sistemi anti incendio, modalità di selezione del personale¹⁴.

Ma da solo il questionario non poteva essere sufficiente. Per avere una idea reale dell'ospedalità parigina occorre andare sul terreno ed, allora, si programmano una serie di ispezioni. Ma qui scoppia il conflitto: gli amministratori dell'Hotel Dieu non solo sono tra quelli più riluttanti a fornire dati ma soprattutto rifiutano l'accesso al gruppo di esperti.

Bailly così puntualizza:

*Abbiamo incontrato gli amministratori, abbiamo chiesto il permesso di visitare l'Hotel Dieu in tutti i suoi servizi, con qualcuno che ci facesse da guida e potesse darci le informazioni necessarie. Abbiamo chiesto le planimetrie, le misure delle superfici e delle cubature, il numero dei posti letto disponibili, il numero dei ricoverati e dei morti, mese per mese, negli ultimi dieci anni. Noi avevamo bisogno di tutti questi elementi; noi li abbiamo richiesti ma abbiamo ottenuto un bel niente...*¹⁵

Toccherà, allora, a Tenon, come racconta Bailly, aggirare l'ostacolo, richiamando alla memoria le sue dirette esperienze co-

me allievo chirurgo presso lo stesso Hotel Dieu che aveva comunque anche in seguito continuato a frequentare.

Il resoconto di Bailly è impressionante: poca o nulla ventilazione, area mefitica, sale sovraffollate all'inverosimile, tre quattro pazienti in media per letto, in una totale drammatica confusione di patologie.

Le conclusioni della Commissione a questo punto erano scontate ma esse andarono al di là della semplice proposta per la ricostruzione dell'Hotel Dieu. L'iter con cui si arrivò alle decisioni conclusive rappresentò, infatti, un precedente metodologico di studio da cui non si sarebbe potuto più prescindere.

Il dibattito sull'ospedale affrontò a 360 gradi le questioni programmatiche e urbanistiche, progettuali e costruttive, sociali e sanitarie. Ed all'interno di quest'ultime massima fu l'attenzione data al bacino di utenza, all'accessibilità della struttura, alle esigenze epidemiologiche, alla definizione della domanda, ai costi di costruzione e di gestione, alle scelte organizzative interne.

Leggere le "*Mémoires dell'Accademia*"¹⁶ è un appassionante viaggio che, con una stupefacente immediatezza, ci rende partecipi del confronto di idee che per circa 15 anni vide esperti di varia estrazione dire la loro su quale potesse essere il miglior modo di curare i "*poveri malati*".

E non era un parlare a vanvera; certamente c'erano interessi da difendere e le varie parti in causa sostennero le proprie tesi ma, quasi sempre, in maniera logica ed argomentata e non di rado con veemenza. Allo stesso interno della Commissione non ci fu sempre unanimità di vedute ma i rapporti finali, che spesso risentivano della personale sensibilità dell'estensore, esprimevano però l'unanime punto di vista del gruppo.

Particolarmente vivace fu ad esempio l'analisi su quale fosse la strategia migliore nella politica assistenziale. Furono messe a confronto tre possibili sistemi:

Il primo è di curarli al loro domicilio, il secondo è di ospitarli negli ospizi, il terzo è di ricoverarli in uno o più di uno, grandi ospedali.

La prima ipotesi venne però scartata dalla Commissione per la difficile applicazione in quanto

richiederebbe una suddivisione dei fondi dell'Hotel Dieu tra le diverse parrocchie parigine. Noi ignoriamo se questa suddivisione sia praticabile; noi pensiamo che possa avere degli inconvenienti. Questi malati sarebbero trattati secondo i loro bisogni una volta che la distribuzione dei rimedi e degli alimenti sarebbe esposta ad abusi? Come si potrebbe essere sicuri che l'assistenza pagata verrebbe realmente erogata e che il vitto non sarebbe dirottato?

La seconda ipotesi prevedeva di utilizzare la catena della solidarietà, sempre legata alle parrocchie, che si realizzava negli ospizi cittadini. Ma questi ospizi sarebbero stati sufficienti ed idonei per tutte le esigenze? Dove si sarebbe trovato nel cuore della città lo spazio sufficiente per costruirli? E se anche così fosse non si sarebbero creati proprio all'interno di Parigi, in ogni quartiere, una moltitudine di focolai di infezione, di aria mephitica?

E come garantire quell'anonimato di cui ad esempio non potevano fare a meno le ragazze madri?

Con una non comune sensibilità i commissari, a tale proposito, si chiesero:

Una sventurata ragazza vergognosa della sua debolezza andrebbe all'ospizio della sua parrocchia? Bisogna soprattutto in quest'ultimo caso favorire il desiderio di nascondersi, che è un residuo di moralità; bisogna tendere una mano pietosa alla debolezza per impedire altri crimini. Questa considerazione riguarda sia la politica sia la morale. Tutte le nascite dell'Hotel Dieu non sono certamente illegittime ma si tratta, in un anno, di circa 1402 bambini legittimi e di 1433 madri che si debbono nascondere o tutelare. Bisogna quindi disporre di un ospedale per le donne in gravidanza dove le ragazze madri possono essere non identificabili.

Le sfumature sociali dell'assistenza erano, pertanto, ben chiare alla Commissione ed infatti, considerando che gli ospizi sono di fatto riservati alla comunità locale ne intravedevano un certo limite per una città come Parigi che, in quello scorcio di secolo, era assaltata dalle folle provenienti dalle campagne e da viaggiatori e stranieri di ogni genere. Parigi, sostennero i commissari

ha bisogno di un ospedale dove nessuno sia rifiutato e dove i poveri della campagna possano essere ricoverati; ha bisogno di un ospedale dove si eseguano le operazioni difficili e costose; di un ospedale che per la sua estensione e disposizione consenta di separare ed isolare le malattie contagiose da quelle comuni.

La commissione non si limitò, però, a semplici seppure importanti, affermazioni di principio, ma volle entrare anche nel merito delle questioni tecniche e gestionali.

Un tema ancor oggi dibattuto, quello della ideale dimensione per dotazione di posti letto, fu posto dal marchese di Condorcet come questione preliminare chiedendosi *“quale capacità conviene che abbia un ospedale perché guarisca il maggior numero di persone con la minore spesa possibile?”* Tra un ospedale che abbia tutte camere singole, buone per i ricchi ed un ospedale tipo Hotel Dieu, dove ammassare tutti i malati di Parigi, dovrà pur esserci

tra questi estremi una soluzione di mezzo che offra i migliori vantaggi possibili – si chiese ancora Condorcet, che poi precisava che – questa via di mezzo non gli sembra difficile a determinare. In effetti: gli esperti dell'arte medica che conoscono l'ospedale sanno bene che numero di malati una persona può seguire per notte, senza affaticarsi più di tanto, e senza che i malati siano privati dell'assistenza necessaria. Sarà questo numero di malati che ci dirà quanti pazienti conviene riunire in una camerata e quale è il numero minimo di ospiti che una casa deve avere.

Condorcet si pose poi il problema dell'efficienza gestionale, valutando i pro ed i contro di un unico vertice in un grande ospedale ovvero di più ospedali con più amministratori. La personale posizione del marchese di Condorcet fu su questo punto molto chiara optando per la seconda ipotesi, convinto peraltro che

quaranta ospizi costerebbero nel loro complesso non più di un unico monumento, sarebbero completati molto prima e la realizzazione sarebbe molto più semplice.

Gli esperti della Commissione si occuparono, in modo puntuale, anche dell'organizzazione interna della vita ospedaliera.

Degne veramente di nota furono le riflessioni di Coqueau che nel suo *“Essai sur l'établissement des hopitaux, dans les grandes villes”* pubblicato nel 1787¹⁷ affrontò con grande lucidità le questioni politiche e tecniche del governo dell'ospedale introducendo la distinzione tra la funzione di vigilanza e quella di governo tecnico. Senza andare tanto per il sottile sostenne che

se la vigilanza e l'esecuzione sono nelle stesse mani tutto è perduto. La surveillance e l'execution si ispirano a principi tra loro incompatibili, incon-

ciliabili. La prima è fatta per comandare, la seconda per obbedire. La prima è generale ed agisce sull'insieme; la seconda è locale e si occupa dei dettagli. La vigilanza è inseparabile dalla fiducia e presuppone la presenza di valori morali; il governo tecnico esecutivo è rigoroso e deve essere indipendente da ogni personale convincimento e valore. Questi ultimi possono essere presenti ma non possono essere considerati come suoi presupposti o come inerenti alla funzione esecutiva.

In questo contesto andavano definite le regole gerarchiche interne ed i differenti livelli di responsabilità in analogia al modello militare. Ecco allora che

l'amministrazione interna di un ospedale si articola naturalmente in più dipartimenti principali. Questi a loro volta si suddividono in dipartimenti secondari; questi ultimi in altri ancora più piccoli e così di seguito sino alle unità semplici. Questa suddivisione offerta dalla stessa natura delle cose si presta per se stessa all'idea di una gerarchia propria da realizzare tutta insieme, con la ripartizione più precisa dei compiti e con graduati livelli di subordinazione.

Come si vede, il dibattito fu quanto mai ampio, aperto alle critiche anche se all'interno di una élite di addetti ai lavori ed anche aspro come testimonia la polemica tra Tenon ed il signor Poyet, un architetto famoso che aveva presentato, già dai tempi della commissione Necker, un suo progetto di ricostruzione dell'Hotel Dieu.

E fu una polemica (ed un conseguente approfondimento dei problemi) che si protrasse oltre le conclusioni formali dei lavori della Commissione che avvennero con la comunicazione del terzo rapporto fatta all'Accademia il 12 marzo del 1788 ma che erano note sin dall'anno precedente.

Il Journal de Paris del 2 ottobre del 1807 pubblicò, infatti, le osservazioni di Tenon sull' "ospedale che si pensa di costruire nell'isola dei Cigni" e quello del 26 ottobre successivo registrò la controffensiva di Poyet.

Vale la pena avere in mente che quel progetto, secondo l'opinione di molti storici, fu usato strumentalmente da Breteuil per provocare ed accelerare il dibattito all'interno dell'accademia. L'idea di Poyet prevedeva la realizzazione sull'isola dei Cigni, di un immenso edificio a raggiera dotato di oltre 5000 letti, dalle forme esterne volutamente richiamantesi al Colosseo.

La "provocazione" ebbe il suo effetto che, come abbiamo poc'anzi accennato, perdurò nei suoi effetti polemici per altri vent'anni.

Se, infatti, Tenon contestava l'idea di un unico ospedale dalla sontuosa architettura per la città di Parigi ed esprimeva la sua personale idea di

venti o almeno dodici (ospedali) molto semplici e non lussuosi come la vera carità di cui ne sarebbero il tempio da dislocare all'estremità di ciascun quartiere in zone aeree e provviste di acqua potabile e soprattutto nella loro costruzione, al posto della magnificenza esteriore andava ricercata la centralizzazione di tutti i mezzi destinati alla cura, Poyet così replicava: non ho mai proposto un unico ospedale per Parigi e che un edificio circolare a gallerie costituito da semplici arcate, senza colonne, senza sculture ha una sua bellezza che deriva dalle sue proporzioni, dal suo insieme, dall'armonia delle sua composizione e non dalla rumorosità di un inutile lusso.

Poyet, nell'invitare Tenon a non uscire dal campo delle competenze mediche ribadiva l'economicità della sua scelta rispetto

agli ospedali proposti dal dottore, situati alle estremità dei quartieri di Parigi che presentano dei costi di costruzione ed anche di gestione che ridurrebbero probabilmente a zero i benefici che vede nel suo progetto rispetto al mio.

Un Poyet che non fu comunque troppo maltrattato dalla Commissione che, come si legge sempre nelle citate "Mémoires" dell'Accademia, del suo progetto apprezzò la disposizione delle degenze, che potevano usufruire di una piena ventilazione, approvando inoltre l'idea del

condotto sotterraneo che il signor Poyet fa passare sotto l'edificio del suo ospedale e che, grazie alla corrente a favore del fiume, consente di portar via facilmente gli scarichi dei pozzi neri e le immondizie dell'ospedale.

Non c'era concordanza invece sulla enorme cubatura delle camerate che

andrebbero bene per ospitare i malati affetti da patologie infiammatorie, o dal piccolo vaiolo, o per i pazzi, per i quali c'è appunto bisogno di un grande volume d'aria. Ma queste sale sarebbero riscaldate con difficoltà e la loro altezza sarebbe inoltre nociva per tutte quelle altre malattie la cui cura richiede un'aria temperata.

Del tutto negativo fu poi il giudizio sulla previsione delle camere a pagamento. Una previsione che seppure in linea con altre esperienze, (per esempio l'Hotel Dieu di Lione), non era affatto condivisa dalla commissione che così si esprime:

...ci sarebbe probabilmente un aumento delle entrate ma la cosa potrebbe comportare una serie d'abusi. Un ospedale è un asilo per i poveri; non bisogna che il denaro si intrometta, altrimenti c'è il rischio che tutto venga corrotto. Le cure offerte ai paganti avverrebbero a scapito di chi non può pagare.

La commissione però apprezzò il lavoro dell'architetto, ne encomiò lo sforzo ideativo anche se propose un suo modello che riteneva contemperasse le diverse esigenze.

Noi crediamo – osservarono i commissari –, che l'Accademia debba proporre al Governo di suddividere il nuovo ospedale, che deve servire a 4.800 malati, in quattro ospedali di 1200 letti ciascuno, e che potranno essere dislocati alle quattro estremità della città di Parigi. Noi riteniamo che gli edifici di questi ospedali saranno composti da un piano terra e di due piani elevati, con cantine e granai....Noi pensiamo che la disposizione più salubre per questi ospedali sia quella in cui ciascuna degenza, se la cosa fosse possibile, si costituisse come un ospedale a sé stante ed isolato; ma ciò che non è possibile per ciascuna sala può essere realizzabile per i singoli edifici. In luogo, allora, di chiudere un cortile con tre o quattro corpi di fabbricati, questi ultimi possono essere invece sviluppati mantenendoli tra loro isolati e distanziati.

L'ospedale a padiglioni veniva così consacrato dalla Accademia delle Scienze che aveva avuto anche la correttezza di dire che

...questa forma di ospedale appartiene al signor Leroy di questa stessa Accademia, che l'aveva esposta in un suo manoscritto letto nel 1777, ma non ancora dato alle stampe.

Ne derivò così un progetto ideale, in cui ogni scelta che riguardava cubature, superfici, percorsi, servizi, venne analiticamente giustificata alla luce delle esigenze igieniche e funzionali. In sintesi:

- limitazione dei posti letto per ogni complesso ospedaliero ad un massimo di 1200-1500;
- scelta edilizia del sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani;

- reparti distinti per uomini e donne garantendo ad ogni malato il proprio letto;
- disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza;
- presenza in ogni infermeria di autonomi servizi (latrine, lavatoi, cucinette, locali per le suore e le infermerie);
- finestre delle infermerie estese fino al soffitto;
- scale aperte e ventilate dall'esterno.

Ad onor del vero va ricordato che la proposta dei padiglioni avanzata dalla Commissione dell'Accademia delle Scienze non era, invero, originale. Già nel 1754, a Londra, era stato costruito, proprio con quei criteri l'Ospedale di Stonehouse. L'ispiratore di questa novità era stato l'inglese John Howard che per primo aveva ipotizzato un ospedale costituito da edifici tra loro separati; le esperienze inglesi rimasero però episodi isolati, mentre ben più ampia risonanza ebbero le conclusioni dell'Accademia di Parigi, grazie al crisma di ufficialità scientifica che le caratterizzava.

Con decreto del Consiglio di Stato del Re del 22 giugno 1787 si stabilì allora la costruzione di 4 nuovi ospedali: San Luigi, Sant'Anna, la Roquette, Abbazia Royal di Sainte Perine ma conclusi i lavori la Commissione si vide privata di tutti i poteri. Poyet che aveva rinunciato al suo modello a raggiera ed aveva presentato un progetto a padiglioni fu incaricato di costruire gli ospedali di Sant'Anna e della Rochette che rimasero però allo stato di fondamenta; agli Architetti Raimond e Brogliart si affidò la semplice ristrutturazione dell'ospedale di Saint Louis e dell'Arsenale.

Ma la Rivoluzione era alle porte...

Ed il tutto avvenne in quel clima di fine Illuminismo il cui crepuscolo, da lì a poco, sarebbe stato attraversato dai bagliori della Bastiglia con tutte quelle contraddizioni, esaltazioni, incertezze ed esasperazioni che segnarono il periodo rivoluzionario.

Un periodo in cui l'analisi dei fatti sociali non ammetteva mezze misure, un'epoca dal clima *caldo* per la politica della salute. Sono gli anni in cui, scrive Foucault

quantitativamente ci fu la moltiplicazione dei medici, la fondazione di nuovi ospedali, l'apertura di dispensari, e con una espressione più generale un aumentato consumo di "cure" riguardante tutte le classi sociali. Da un punto di

vista qualitativo è il periodo della formazione più standardizzata dei medici, un legame più stretto tra la loro pratica e gli sviluppi delle conoscenze, c'è una maggior fiducia che viene accordata al loro sapere ed alla efficacia dei loro interventi; c'è dunque un certo allontanarsi dai praticanti tradizionali. Il medico si distacca in maniera più netta dagli altri prestatori di cure; ed inizia ad occupare nel corpo sociale un posto più ampio esteso e più valorizzato¹⁸.

La salute, sosterrà il legislatore dell'anno III repubblicano è un bene primario dell'uomo ma è anche un diritto-dovere del cittadino e pertanto la sua tutela non può essere lasciata al sapere medico di vecchio regime quale quello promosso dalle "Facultés de médecine" ma saranno le "Ecoles de santé" a formare i nuovi medici in una prospettiva che allarga gli orizzonti della salute da medico scientifici a politico sociali.

In questo contesto l'ospedale appariva fuori ritmo; la sua architettura poteva anche essere solenne ma era un luogo di segregazione di uomini e malattie, "un frammento di spazio chiuso in sé stesso", lontano dai cambiamenti in atto che volevano una società sana e libera. In questa società ideale non c'era spazio per l'ospedale; era l'assistenza domiciliare o la rete dei semplici ospizi che avrebbe tutelato la salute del popolo. Il tutto, in questo sogno giacobino, avrebbe inoltre determinato indubbi vantaggi economici per la società, per il paziente assistito dai suoi cari e così lontano dai pericoli dell'ospedale.

Pur con tutti i limiti e gli estremismi di questa battaglia ideale non si possono non cogliere i germi di un dibattito, sull'importanza della medicina cosiddetta del "territorio" che ancor oggi, in molte realtà, non ha trovato adeguate risposte.

Il progetto estremo di eliminare l'ospedale, comunque, non passò rivelandosi un irrazionale utopia. Con grande realismo, infatti, anche i più esagitati pensatori riconobbero che valeva molto più la pena impegnarsi nel migliorare l'ospedale piuttosto che decretarne la fine.

E da quel momento in avanti l'istituzione ospedaliera non solo migliorò, ma si confermò in un ruolo che nessuno più gli avrebbe contestato.

Certamente le discussioni continuarono ed oggi come ieri sono in molti tra architetti ed ingegneri, politici e sociologi, tecnologi ed antropologi, economisti e bioetici, curanti e pazienti a voler dire la loro con maggiore o minore competenza.

Tutto però ebbe origine in quel famoso dibattito che seguì l'incendio dell'Hotel Dieu. Mai un "fuoco" fu tanto creativo.

Se le questioni di ingegneria ed igiene ospedaliera furono affrontate con le conoscenze del tempo e quindi potrebbero essere considerate datate, la logica ferrea e la incredibile determinazione con cui si analizzarono gli aspetti politico-sociali ed organizzativo-gestionali, dell'antica istituzione caritatevole furono di un attualità impressionante. Nacque così il modello moderno della "migliore, la più semplice, la più austera delle "machines à guérir".

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. RONZANI E., *Trattato di igiene e tecnica ospedaliera*. Milano, Garzanti, 1942, p. 22.
2. Passo tratto da CICOGNINI G., *Riflessioni sopra il regolamento che riguarda gli infermi dello Spedale maggiore di Milano*. Milano, 1759, riportato da VERGA A., *L'ospedale maggiore di Milano nel secolo XVIII*. Milano, Rechiedei, 1871, p. 135.
3. Ivi, p. 133.
4. VOVELLE M., *L'uomo dell'illuminismo*. Bari, Laterza, 1992, p. XII.
5. VOVELLE M., *L'uomo dell'illuminismo*. Bari, Laterza, 1992, p. 200.
6. RISSE GUENTER B., *Mending bodies*. New York, Saving souls Oxford University press 1999, p. 293.
7. DELAMARE J., DELAMARE T.D., *Le grand reformatement*. Parigi, Ed. Maloine, 1990 p. 38.
8. BOUCHARDAT A., *Nuovo formulario magistrale*. REYES S. (trad ital di), Palermo, stampato presso fratelli Pedone Lauriel, 1857, p. 45.
9. Ivi, p.135.
10. COSMACINI G., *Dizionario di storia della salute*. Einaudi 1996, p. 116.
11. TENON, *Mémoires sur les hopitaux*. Paris, 1788.
12. In Correspondance de Tenon. Bibliothèque Nationale, Département des Manuscrits, Nouvelles acquisitions, 22751.
13. FOUCALT M. e AL., *Les machines a guerir*. Mardaga P. (ed.), Bruxelles, 1979, p. 148
14. Demande relative aux hopitaux avec la réponse donné par l'hopital de Bordeaux, Papiers de Tenon, Bibliothèque Nationale, Département des manuscrit, nouvelles acquisitions, 22.742.
15. Histoire et Mémoires de l'Accadémie Royale des Sciences, Parigi 1785.
16. Papiers Tenon 1786, Bibliothèque Nationale, nouvelles acquisitions.
17. COQUEAU C.P., *Essai sur l'établissement des hopitaux dans les grandes villes*. 1787, p. 5.
18. FOUCALT M. e AL., *Les machines a guerir*. Mardaga P. (ed.), Bruxelles, 1979, p. 7.

Correspondence should be addressed to:

Cesare Catananti, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo A. Gemelli, 8 - Roma, I