

Maria Concetta Fiorillo
Ricercatore confermato SSD ICAR 18 Storia dell'architettura
Dipartimento PAU
Università *Mediterranea* di Reggio Calabria

Sintesi dell'attività di ricerca dal 2013 ad oggi

La sottoscritta si è dedicata a una ricerca il cui fine è quello di colmare l'assenza, ad oggi, di uno studio organico e approfondito sulle strutture assistenziali e ospedaliere, seguendo il loro complesso sviluppo, a partire dalla loro origine, all'Editto di Tessalonica che ha riconosciuto il Cristianesimo come religione di Stato, a tutto il XVIII secolo, in Italia ed Europa, per potere verificare come questo tipo di strutture abbia avuto anche un ruolo trainante e determinante nelle trasformazioni architettoniche e in quelle urbanistiche dei principali centri urbani italiani ed europei, e come nel corso dei secoli le trasformazioni di questi stessi edifici abbiano determinato, ancora una volta, conseguenze sulle politiche urbane.

Lo studio dell'evoluzione delle strutture assistenziale e ospedaliere, divenute nel tempo anche centri di potere politico ed economico, è assai complesso anche perché esse hanno assunto diverse e disparate funzioni, quali: luoghi di accoglienza e di assistenza; di carità cristiana ma anche laica; di cura del corpo e dell'anima; di reclusione; di educazione; di lavoro; di nascita e sperimentazione della medicina, ecc. Delineare in modo organico l'evoluzione delle tipologie architettoniche e del loro impatto sullo sviluppo urbano richiede, dunque, un contemporaneo attento studio, oltre che della storia, politica, sociale, ed economica, anche della storia della chiesa, e della medicina.

LINEA DI RICERCA PRINCIPALE

STRUTTURE ASSISTENZIALI E OSPEDALI – ARCHITETTURE E POLI URBANI

(SETTORE ERC SH5_9)

Abstract del progetto della ricerca (in corso)

L'obiettivo della ricerca è quello di colmare l'assenza, ad oggi, di uno studio organico e approfondito sulle strutture assistenziali e ospedaliere, seguendo il loro complesso sviluppo, a partire dalla loro origine, all'Editto di Tessalonica che ha riconosciuto il Cristianesimo come religione di Stato, a tutto il XVIII secolo, in Italia ed Europa, per potere verificare come questo tipo di strutture abbia avuto anche un ruolo trainante e determinante nelle trasformazioni architettoniche e in quelle urbanistiche dei principali centri urbani italiani ed europei, e come nel corso dei secoli le trasformazioni di questi stessi edifici abbiano determinato, ancora una volta, conseguenze sulle politiche urbane. Lo studio dell'evoluzione delle strutture assistenziale e ospedaliere, divenute nel tempo anche centri di potere politico ed economico, è assai complesso anche perché esse hanno assunto diverse e disparate funzioni, quali: luoghi di accoglienza e di assistenza; di carità cristiana ma anche laica; di cura del corpo e dell'anima; di reclusione; di educazione; di lavoro; di nascita e sperimentazione della medicina, ecc. Delineare in modo organico l'evoluzione delle tipologie architettoniche e del loro impatto sullo sviluppo urbano richiede, dunque, un contemporaneo attento studio, oltre che della storia, politica, sociale, ed economica, anche della storia della chiesa, e della medicina.

Il presente progetto di Ricerca prevede la suddivisione in due intervalli temporali. Nel primo intervallo, dall'analisi e comparazione del materiale bibliografico, documentale e iconografico, si intende delineare le prime forme e lo sviluppo delle varie tipologie assistenziali sorte fino al XIV secolo, come opere di misericordia, tratto fondamentale della *caritas* cristiana, non considerate solo come opere di natura religiosa e sociale, ma anche e soprattutto espressioni di valenza politica ed economica.

Dopo l'Editto di Tessalonica numerosi furono le forme assistenziali promosse soprattutto per iniziativa degli ordini monastici. Il Concilio di Nicea, nel 325 d.C., stabilì che ogni Vescovato e Monastero dovesse istituire in ogni città ospizi per i pellegrini, i poveri e i malati. Ebbe così inizio, la loro realizzazione soprattutto nell'Oriente Cristiano. In Occidente, si diffusero soprattutto grazie alla Regola di San Benedetto "*Infirmitum cura ante omnia et super omnia adhibenda est... quia in ipsis magis Christus suscipitur*", che influenzò non solo l'ordine di San Benedetto ma tutto il movimento monastico medievale e la cultura della carità cristiana futura. Le strutture assistenziali iniziarono così a moltiplicarsi per

tutto il Medioevo per iniziative e motivi differenti. A partire da XII secolo, in seguito all'intensificarsi da un lato dei commerci e dall'altro dello sviluppo del culto dei martiri e delle loro reliquie, che diede avvio al pellegrinaggio cristiano, sorsero molti ospizi, sia laici che per volontà degli ordini religiosi, e delle confraternite nate tra la fine del XII e i primi decenni del XIII secolo, dove pellegrini, viandanti, mercanti, soldati trovarono ospitalità e assistenza materiale e spirituale. La via Francigena, nel corso dei secoli, fin dall'alto medioevo, non fu solo l'itinerario seguito dai pellegrini dell'Europa del centro-nord per raggiungere la tomba di San Pietro a Roma o il Santo Sepolcro a Gerusalemme, ma fu percorsa da mercanti, eserciti, uomini politici e di cultura, divenendo così un canale primario di comunicazione e di scambio e permettendo tutte quelle interrelazioni che portarono alla sostanziale unità della cultura Europea tra X e XIII Secolo.

Le tappe della via Francigena del tratto di percorso tra Roma e Canterbury vennero descritte, nell'anno 990, da Sigerico, arcivescovo di Canterbury, nel suo diario, che descrisse le 80 tappe dove pellegrini e viandanti trovavano accoglienza e assistenza.

Nel corso dei secoli, lungo questo percorso, vennero costruite sempre più nuove cappelle e basiliche, e ospizi religiosi e laici, per accogliere e assistere i pellegrini. La Ricerca verificherà come la presenza di alcuni ospizi abbia determinato una svolta decisiva nella evoluzione di alcuni centri urbani europei e italiani, elevandoli a un grado gerarchico superiore, che, nel corso dei secoli, ha prodotto il sorgere di altrettante importanti centralità costituite da importanti emergenze architettoniche. Massimo esempio è il caso dell'ospedale di Santo Spirito in Saxia che ha contribuito in modo significativo allo sviluppo del Rione Borgo di Roma, la cui vicenda ebbe inizio agli albori del XIII secolo intrecciandosi con quella di più antica origine della *Schola Saxonum*, fondata nel 727 circa da Ina per accogliere ed assistere i propri connazionali che si recavano a visitare la Basilica di San Pietro.

In Europa, tra le strutture assistenziali più significative, sono gli *Hôtel-Dieu*, sorti in Francia in genere nei pressi delle cattedrali, a partire dal VII secolo, destinati ad accogliere i pellegrini e viaggiatori con funzioni assistenziali. Tra i più significativi l'*Hôtel-Dieu* di Lione e l'*Hôtel-Dieu* di Parigi.

Nel secondo intervallo temporale, l'analisi e la comparazione del materiale bibliografico, documentale ed iconografico verterà alla definizione funzionale e architettonica delle strutture ospedaliere sorte dopo la riforma ospedaliera del XV secolo, cioè degli ospedali sorti con la specifica funzione di cura dei malati, non più sulla scorta di un approccio puramente derivante dalla caritas cristiana, ma secondo le conoscenze di natura scientifica maturate in campo medico.

Solo a partire dal XV secolo, infatti, con la riforma ospedaliera, in Italia ed Europa le strutture di accoglienza e di assistenza, che prima avevano molte funzioni, divennero monofunzionali e la carità venne sostituita dal sapere medico. Uno dei campi nei quali l'Umanesimo e il Rinascimento si affermò e si sviluppò prima degli altri rami della scienza fu quello dell'anatomia e questa diventò il campo più fecondo di nuove scoperte. Mutò progressivamente il ruolo del medico e del malato e dell'ospedale che diventò un luogo specifico di cura. La riforma portò dunque ad una ridefinizione delle strutture ospedaliere che dovevano assolvere a funzioni e norme precise.

L'ospedale Maggiore di Milano (la Ca Granda) a cui vennero accorpati 16 ospedali minori, divenne il prototipo dell'ospedale moderno. La tipologia a croce dell'ospedale milanese, che ben si prestava alle funzioni dettate dalla riforma ospedaliera che doveva svolgere, non costituiva una novità tipologica ma era stata già sperimentata in molte strutture monastiche e anche nell'ospedale di Pavia e in quello di Mantova, ed ancor prima, negli ospedali di Santa Maria della Scala a Siena e di Santa Maria Nuova a Firenze. Anche l'Ospedale di Santo Spirito in Sassia venne rinnovato, e la tipologia dell'ospedale medievale venne a fondersi con le nuove soluzioni architettoniche. Il nuovo ospedale assunse un'importanza fondamentale anche nello campo dello studio dell'anatomia e anche nell'arte. A S. Spirito in Sassia Leonardo da Vinci eseguì trenta dissezioni anatomiche eseguendo un migliaio di disegni che oggi sono custoditi per la loro maggior parte nella Royal Library di Windsor.

La nascita dei nuovi ospedali e l'adeguamento delle strutture esistenti in seguito alla riforma ospedaliera del XV secolo comportò, non solo la nascita dell'architettura ospedaliera ma ancora una volta, la nascita o l'affermazione e potenziamento di importanti poli urbani che determinarono conseguenze fondamentali sulle politiche urbane.