

Giorgio Milanese

Architettura di assistenza nel medioevo: modelli e anti-modelli per la contemporaneità?

Abstract

Il tema delle strutture assistenziali accompagna lo sviluppo della società occidentale da sempre. L'avvento del cristianesimo ha cercato di sistematizzare le dinamiche di accoglienza proponendo soluzioni su scala urbana ed extraurbana che inevitabilmente nel corso dei secoli sono andate modificandosi al cambiare degli insediamenti e al mutare delle stesse città. Una riflessione sull'architettura assistenziale contemporanea deve tuttavia tenere conto delle variazioni avvenute tra medioevo ed età moderna per interrogare in modo critico le diverse soluzioni che sono state via via proposte nei singoli contesti.

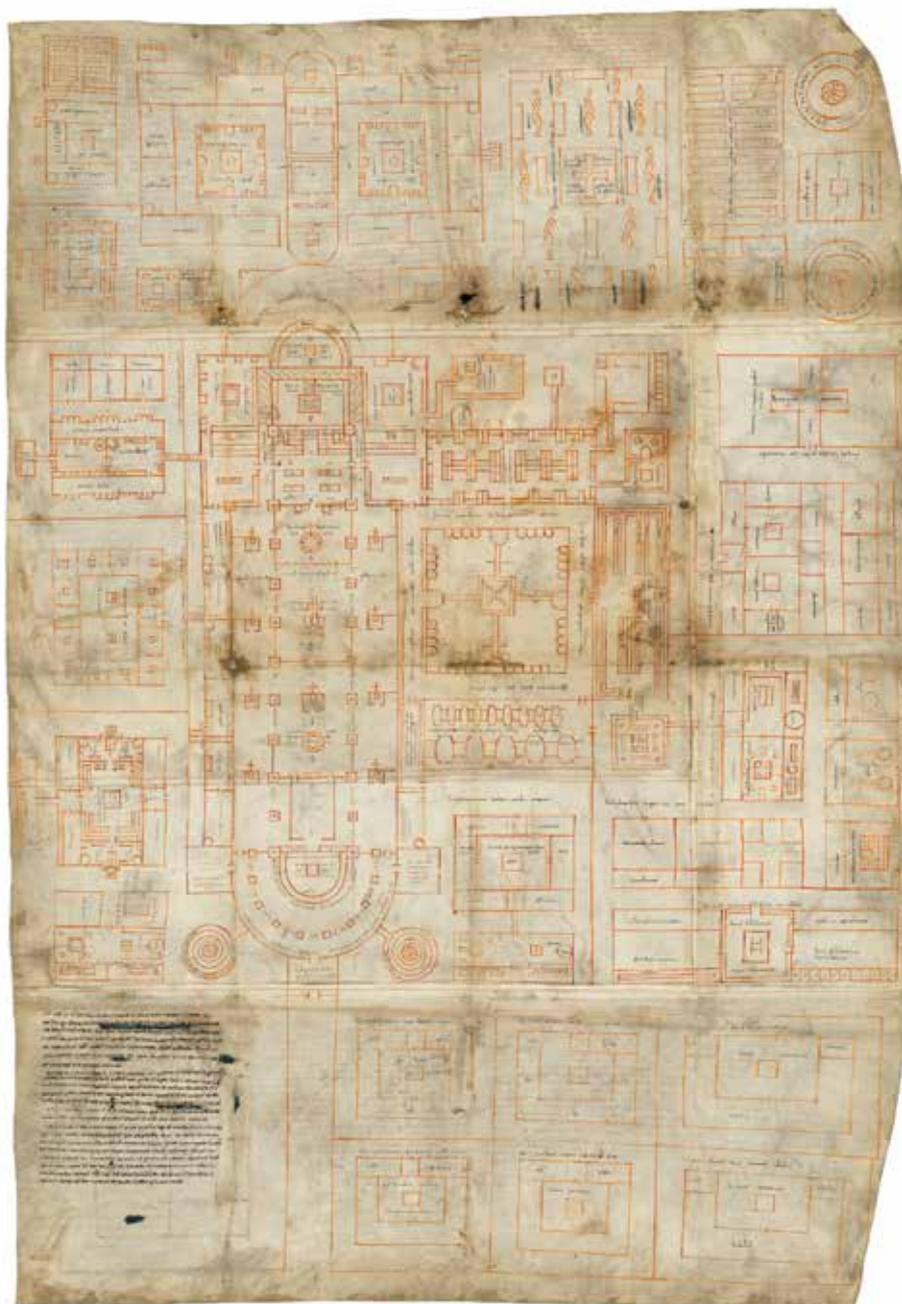
Parole Chiave

Xenodochio — Ospizio — Hospitale — Accoglienza medievale — Monasteri — Pellegrini

Quando pensiamo alla genesi delle strutture assistenziali organizzate dobbiamo necessariamente partire dall'ospedale fondato da Basilio, futuro santo presule della città di Cesarea, oggi Kayseri in Cappadocia, Turchia. Costruito *extra moenia* con una chiesa e un monastero annessi, esso nacque attorno al 370 in stretto rapporto con la concezione monastica basiliana, che confluì in una regola antecedente di circa due secoli quella benedettina, volta alla cura spirituale e fisica della persona come atto cristiano tra i più edificanti. L'idea di creare luoghi destinati all'assistenza non può essere disgiunta dall'idea del buon cristiano che deve curare l'anima e al contempo il suo contenitore, secondo quel riferimento dottrinario al *Christus medicus* che da un punto di vista agiografico troverà compimento nei "santi-medici" Cosma e Damiano. Nell'antichità precristiana esistevano, naturalmente, luoghi per l'assistenza ai bisognosi, ma la gestione era perlopiù affidata alle famiglie con rari casi di gestione comunitaria parziale degli schiavi o dei soldati feriti di ritorno dalle infinite campagne militari. Ciò che balza all'occhio per quanto concerne le prime esperienze organizzate che etichettiamo per comodità "assistenziali" nei secoli della tardoantichità e per tutto l'alto-medioevo è il carattere, diremmo oggi, polivalente dei servizi offerti. I primi *Xenodochia*, il cui etimo, non a caso, fa riferimento semplicemente a una sorta di "rifugio per stranieri", nell'accezione evidentemente tutta cristiana dell'accoglienza disinteressata verso tutti, offrivano aiuto a varie tipologie di "bisognosi": certo i malati, ma anche i poveri, chi aveva problemi di deambulazione, gli anziani, gli orfani, i mendicanti e ovviamente, con grande fortuna nei secoli successivi, i pellegrini. Occorre attendere, peraltro, la fine dell'VIII secolo, con Alcuino vescovo di York, per essere certi della sostanziale coincidenza tra gli *Xenodochia*, gli ospizi e gli ospedali, suggerendo una divisione linguistica che nei fatti

Fig. 1

Planimetria dell'abbazia di San Gallo, IX secolo, Cod. Sang. 1092.

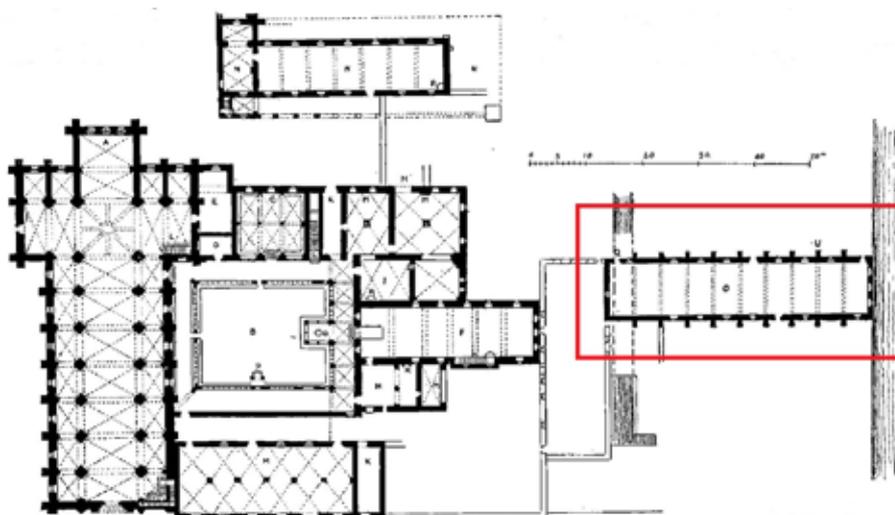


non era facilmente riscontrabile.

Per questi secoli, e sostanzialmente fino al pieno medioevo, non siamo in grado di individuare specificità architettoniche, se non ricorrendo a modelli latamente monastici, con l'accortezza, tuttavia, che la tipologia planimetrica del monastero costituito da chiesa, chiostro su un lato e spazi annessi attorno a questo è un modello che si afferma sostanzialmente in epoca tardocarolingia lasciando un vuoto di natura testuale e archeologica difficilmente ricomponibile per il mezzo millennio precedente. Poiché i monasteri precarolingi erano luoghi certo recintati, tendenzialmente isolati, anche se perlopiù visibili, lontano o ai margini delle città, al cui interno i monaci vivevano in spazi separati con l'eccezione della chiesa, dobbiamo immaginare che le strutture che ospitavano i monaci erano le medesime che ospitavano i bisognosi. Questo almeno sembra suggerire la celeberrima planimetria di San Gallo (Fig. 1), del primo quarto del IX secolo, planimetria più ideale che reale, ma comunque utile per ragionare sugli spazi di un complesso monastico carolingio e quindi di tutta l'Europa governata da Carlo Magno. Vengono indicate l'infermeria, le case per i monaci in viaggio, per gli ospiti importanti, per i pellegrini e i poveri, ma anche il

**Fig. 2**

Fossanova, infermeria dei conversi (foto G. Villa, da E. Gullotta, *La "costruzione" di un modello: l'impiego degli archi-diaframma nell'edilizia civile ducentesca del Basso Lazio*, Studi e ricerche di storia dell'architettura. Rivista dell'Associazione Italiana Storici dell'Architettura, II, n. 3; DOI: [10.17401/STUDIERICERCHE-3/2018-GALLOTTA](https://doi.org/10.17401/STUDIERICERCHE-3/2018-GALLOTTA)).

**Fig. 3**

Planimetria dell'abbazia di Fossanova, inizio XIII secolo (da C. Enlart, *Origines françaises de l'architecture gothique en Italie*, Paris 1894, p. 26); in evidenza, l'infermeria dei conversi, staccata dagli spazi riservati ai monaci, adiacente all'acqua.

bagno, la cucina, le piante medicinali, l'abitazione dei medici finanche la sala dei salassi.

In letteratura, i due cambi di passo fondamentali sono quello individuato tra XII e fine XIII secolo circa e quello del XV secolo, in realtà come onda lunga della Grande Peste della metà del Trecento. Nel primo cambio di passo si registra un incremento esponenziale delle fondazioni per l'assistenza in Europa, un incremento dettato da nuove condizioni generali (la cosiddetta *Rinascita del XII secolo*), congiunturali (l'incremento del numero dei pellegrini con le Crociate), politiche, in riferimento a un numero maggiore di attori in gioco. Non ci sono più solo i benedettini, la loro declinazione cluniacense e i vescovi a portare il peso, ma ora anche nuovi ordini quali i cistercensi, i premostratensi, gli ordini monastico-cavallereschi come, appunto, gli Ospedalieri di San Giovanni, e infine, nei decenni a cavallo del 1200, gli umiliati e quindi il movimento delle beghine, e immediatamente dopo gli ordini conventuali mendicanti, francescani e domenicani. Tra gli attori in gioco, nel XII secolo entrano prepotentemente anche i laici, sia nelle forme comunali che nelle forme protostatali delle grandi potenze europee, ma anche in nuove forme di evergetismo cristiano con il quale l'istituzione di una struttura assistenziale non ha più nulla a che fare con lo spirito cristiano e diventa perlopiù solo manifestazione pubblica di potere, con il conseguente avvento di una nuova santità laica tra la fine del XII e il XIII secolo, un fenomeno su cui André Vauchez ha scritto pagine fondanti. Il XII secolo è però ritenuto unanimemente anche il range temporale della riscoperta della centralità della città. Gli effetti sono immediati: le città diventano più ricche, maggior è l'attrazione di popolazione, quindi maggiori problemi di gestione assistenziale, conseguenza: aumento esponenziale del numero di strutture ospedaliere. Non a caso la Scuola Medica Salernitana raggiunge l'apice del prestigio nel XII secolo e dai primi decenni del XIII secolo comparvero medici voluti dal Comune per la cura "collettiva". Tuttavia, ciò non significa che le strutture ospedaliere diventino "cliniche mediche". Le prime sopravvivenze benedettine in relazione a infermerie o spazi per l'assistenza in genere datano al XII/XIII secolo, ma è evidente, come nel caso di Canterbury, Ourscamps o nella stessa Fossanova (Figg. 2-3), la dipendenza da modelli planivolumetrici chiesastici e monastici in genere. È proprio in queste fasi, tuttavia, con il rinnovato e intenso coinvolgimento dei laici, che comincia a prendere forza la tipologia dell'ospedale a sala, che Fabio Gabbrielli (2020) specifica non avere nulla a che fare con i vari modelli di *Hallenkirchen* e piuttosto occorre pensare a spazi quadrangolari, divisi o meno in due o tre navate, coperti variabilmente a capriate a vista o volte, e molto sviluppate longitudinalmente con l'unica

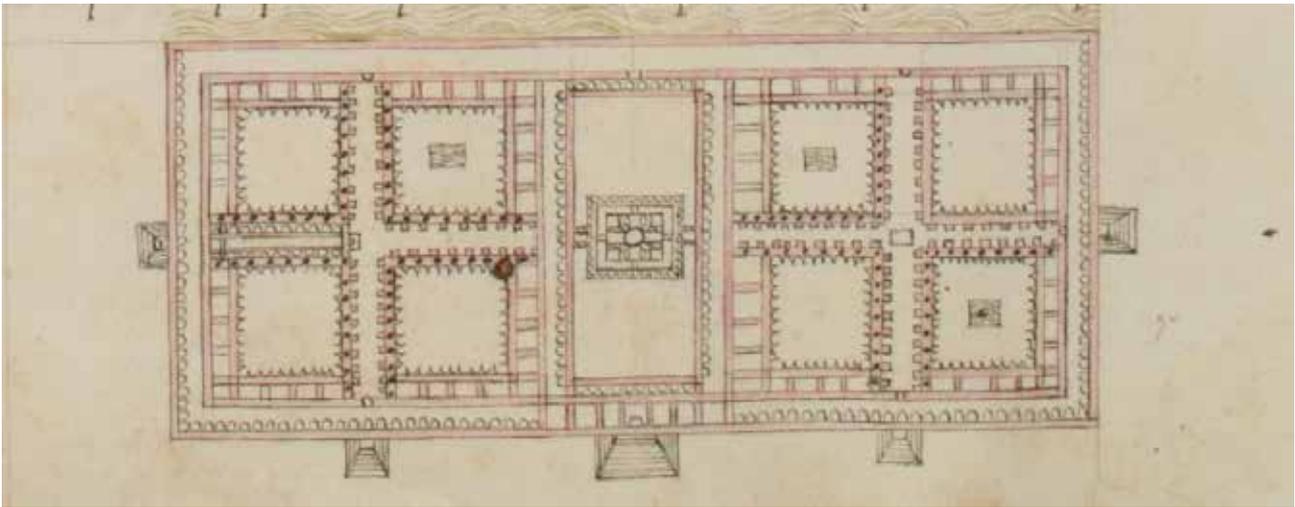


Fig. 3
Filarete, Planimetria della Ca'Grande (Ospedale Maggiore) di Milano, dal Trattato di Architettura, 1464 ca. (<https://archive.org/details/mss.-ii.-i.-140-images/page/n183/mode/2up>).

Fig. 5
Milano, Ca'Grande (Ospedale Maggiore), oggi Università degli Studi di Milano



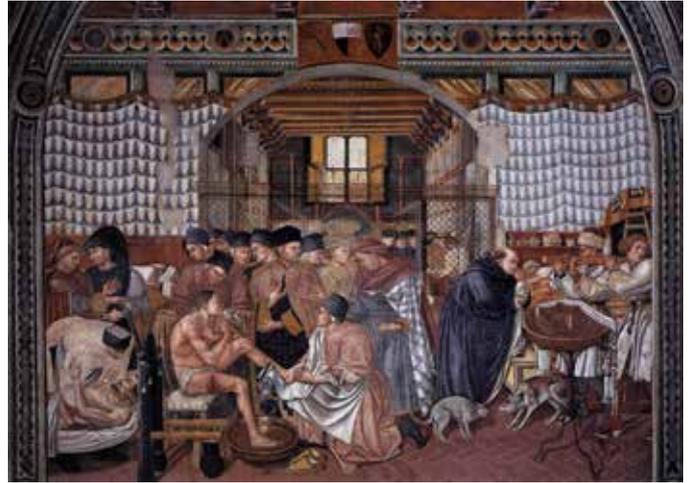
aggiunta di una cappella inserita nel perimetro stesso o nelle immediate vicinanze.

È ormai un dato acquisito il collegamento tra la grande crisi sanitaria provocata dall'epidemia di peste della metà circa del Trecento e il grande secondo cambio di passo, quello della fine del Trecento/inizio Quattrocento, con la nascita di nuove mastodontiche strutture (da cui i vari "Ospedale Grande" o "Maggiore") che vedono la presenza fissa di medici (o specialisti), abbandonando progressivamente il carattere polivalente nonché policentrico di strutture assistenziali che nei mille anni precedenti aveva caratterizzato il sistema dell'accoglienza. A questo fa da contraltare, come noto, un diverso modello architettonico, il cosiddetto impianto a croce (Fig. 4), impianto su cui negli ultimi decenni molti studiosi si sono concentrati per capirne *in primis* l'origine – da Pavia, da Milano (Fig. 5), da Brescia, da Firenze... – e, soprattutto, l'intenzione progettuale. In genere, la peste aveva insegnato che la dispersione degli spazi di assistenza non aveva ottimizzato la risposta alla pandemia. Avere miriadi di luoghi sparsi sul territorio, per quanto in luoghi strategici o lungo vie di passaggio obbligate, si era rivelato poco efficace.

La risposta fu dunque una concentrazione delle strutture assistenziali, ora meno polivalenti, certamente più specializzate, e tendenzialmente legate a un potere laico non più appannaggio pressoché esclusivo della Chiesa o degli ordini religiosi (Figg. 6-7). Tuttavia, è chiaro oggi che il modello degli "Ospedali Grandi" non era stato applicato in modo acritico, anzi, laddove si comprese che le condizioni specifiche di una città o di un territorio portavano a potenziare l'antico modello di architetture assistenziali diffuse si tese a ottimizzare la coesistenza tra nuovi e vecchi sistemi.

**Fig. 6**

Firenze, Biblioteca Medicea Laurenziana, Ms. Gaddiano 247, inizio XIV secolo (<http://www.culturaitalia.it/viewItem.jsp?language=it&case=&id=oi%3Aascalarchives.com%3A0009678>).

**Fig. 7**

Siena, Ospedale di Santa Maria della Scala, Domenico di Bartolo, Cura dei malati, 1440-1441 (web source)

Attingere alla storia dell'architettura come a un catalogo di soluzioni su cui impostare nuovi sistemi progettuali, come ben noto e, aggiungerei, scontato, è operazione delicatissima. Diventa operazione quasi insensata assumere per altri contesti la "geometria" di un complesso architettonico pensato per uno spazio e un tempo specifico, con altrettante specifiche esigenze e finalità: il rischio "effetto Las Vegas" è dietro l'angolo. Queste ovvie considerazioni diventano forse più pregnanti se pensiamo ad architetture dedicate all'assistenza in senso lato; quello che trovo più interessante è semmai interrogarci sulle ragioni delle scelte che di volta in volta hanno determinato i singoli progetti, indagare sugli attori in gioco religiosi e "politici", studiare le innovazioni spaziali a parità di condizioni ambientali, collazionare i diversi progetti. A una riflessione generale, anche di carattere architettonico, su tali problematiche è stato dedicato nel 2015 un PRIN dal titolo "*Alle origini del Welfare (XIII-XVI sec.). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*". Ebbene, nonostante gli studi sul sistema assistenziale medievale e primo-moderno non mancavano per il medioevo tanto da un punto di vista storico *tout-court*, quanto da un punto di vista della storia dell'architettura, una riconsiderazione generale (e globale) della questione ha contribuito negli ultimissimi anni alla pubblicazione in Italia e non solo di volumi miscelanei che se da un lato offrono ampi scenari ricostruttivi dell'origine dei sistemi di assistenza (Bianchi 2020, anche per l'imponente apparato bibliografico, è diventato un testo di riferimento), dall'altro, attraverso specifici *case-studies*, si è in parte riplasmata una concezione forse troppo ideologica del problema delle pratiche assistenziali medievali e moderne in favore di una più specifica analisi dei contesti. E uno dei risultati che tali ricerche specifiche hanno suggerito con forza è che a un certo punto alla fine del medioevo, nacquero imprese, diremmo oggi, *mutatis mutandis*, "private a compartecipazione statale" pensate per il benessere pubblico (Figg. 8-9). Si tratta di strutture connesse certamente a ideali di propaganda e autocelebrazione dei ceti dominanti, ma al contempo, senza arrivare a un'immagine troppo idealizzata del welfare tra età medievale e moderna, connesse all'idea rivoluzionaria per quei tempi secondo cui maggiore è il numero di persone in un dato territorio che possono avere *standards* dignitosi di assistenza, maggiore è la ricchezza e il benessere generale.

Questo aspetto merita certamente tutta l'attenzione del caso perché proietta la questione assistenziale, già nel medioevo, in una dimensione che va oltre la questione architettonica, antropologica, sociale o più banalmente sanitaria. La discussione sui possibili modelli o antimodelli medievali e moderni, per avere ricadute utili sulle più recenti soluzioni progettuali ten-

**Fig. 8**

Paris, Musée de l'AP-HP, Jehan Henry, Livre de vie active de l'Hôtel-Dieu de Paris, ms. n. 59, fol. 77, Cura dei malati, 1482 (<https://www.calameo.com/read/0040218272001b4dbfc02>).



Une salle de l'Hôtel-Dieu de Paris.
(Gravure sur bois du XVII^e siècle. Biblioth. de Bruxelles).

Fig. 9

Parigi, Hôtel-Dieu, incisione su legno, circa 1500 (<https://iiif.wellcomecollection.org/image/V0014307/full/full/0/default.jpg>).

dentì a sistemi integrati di assistenza partendo da una scala urbana, dovrebbe vertere sul problema non tanto e non solo dell'efficienza, certo aspetto imprescindibile, ma anche sulla questione della reale ricaduta sul benessere quotidiano di una comunità. A me pare che questo sia il vero aspetto di fondo: nessun modello architettonico, in quasi due millenni, ha risolto la questione, ma plurimi modelli adattati ai singoli contesti territoriali ha portato ad esiti viepiù soddisfacenti. Se è evidente che i Luoghi e i Centri di Salute Comunitaria richiamano, almeno sulla carta, i più antichi ospedali tardoantichi e altomedievali polifunzionali, da questi se ne allontanano per il loro carattere policentrico, basato sulla distribuzione spaziale in un dato territorio, che poteva essere invariabilmente territorio di pianura, di mare, di strada, di città costiera o di città fluviale o di valle. Per contro, l'“addensamento spaziale” degli Ospedali Grandi tardo medievali e moderni, il cui modello è talvolta ancora applicato, ha concentrato sul piano urbano l'assistenza, ma l'estrema specializzazione medica ha fatto perdere di vista, diluendoli in rivoli poco o male comunicanti tra loro, tutti gli altri servizi ugualmente necessari alla persona.

Bibliografia

- ALBINI G. (2017) – “Pauperes recreare: accoglienza e aiuto ai poveri nelle comunità monastiche (secoli VI-XI)”. *Hortus Artium Medievalium*, 23, 490-499.
- ALBINI G. (2022) – *Carità e governo delle povertà (secoli XII-XV)*, Edizioni Unicopli, Milano.
- AVALLONE P., COLESANTI GEMMA T., MARINO S. (2019) – “Alle origini dell’assistenza in Italia meridionale. Istituzioni, archivi e fonti (secc. XIII-XVII)”. *RiMe. Rivista dell’Istituto di Storia dell’Europa Mediterranea*, 4. DOI: <https://doi.org/10.7410/1369>.
- BAINI L. (1996) – “Ipotesi sull’origine della tipologia cruciforme per gli ospedali del XV secolo”. In: Giordano L. (a cura di), *Processi accumulativi, forme e funzioni*, Nuova Italia Editrice, Firenze, 59-102.
- BELTRAMO S., COZZO P. (a cura di) (2013) – *L’accoglienza religiosa tra medioevo ed età moderna*, Viella, Roma.
- BIANCHI F. (2007) – “Italian Renaissance Hospitals: An Overview of the Recent Historiography”. *Mitteilun-gen des Instituts für österreichische Geschichtsforschung*, 115, 394-403.
- BIANCHI F. (2020) – “Dal xenodochium all’hospitale. Origini e sviluppi delle istituzioni ospedaliere nel medioevo”. In: Bianchi F., Silvano G. (a cura di), *Saggi di storia della salute. Medicina, ospedali e cura fra medioevo ed età contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 11-54.
- FRANCHINI L. (a cura di) (1995) – *Ospedali lombardi del Quattrocento. Fondazione, trasformazioni, restauri*, New Press, Como.
- FRATI M. (2014) – “Gli ospedali medievali in Toscana: osservazioni preliminari sulla consistenza di un fenomeno architettonico attraverso la documentazione diretta”. *De Strata francigena*, 22, 133-154.
- GABBRIELLI F. (2020) – “Modelli di architettura ospedaliera tra XII e XV secolo”. In: Piccini G. (a cura di), *Alle origini del welfare. Radici medievali e moderne della cultura europea dell’assistenza*, Viella, Roma, 203-223.
- GAZZINI M. (2012) – “Ospedali nell’Italia medievale”. *Reti Medievali Rivista*, 13, 1, 1-27.
- GAZZINI M. (2020) – “Perché studiare la storia del Welfare. Note a conclusione di un progetto di ricerca sul medioevo e sulla prima età moderna”. *Studi di Storia Medievale e di Diplomatica*, n.s., IV, 235-246. DOI [10.17464/9788867743001_10](https://doi.org/10.17464/9788867743001_10).
- GAZZINI M., FRANK T. (a cura di) (2021) – *Ospedali e montagne. Paesaggi, funzioni, poteri nei secoli medievali (Italia, Francia, Spagna)*, Bruno Mondadori/Università degli Studi di Milano, Milano. DOI [10.17464/9788867742974_06](https://doi.org/10.17464/9788867742974_06).
- GRIECO A.J., SANDRI L. (a cura di) (1997) – *Ospedali e città. L’Italia del Centro-Nord XIII-XVI secolo*, Le Lettere, Firenze.
- HENDERSON J., HORDEN P., PASTORE A. (a cura di) (2007) – *The Impact of Hospitals 300-2000*, Peter Lang, Oxford - Bern - Berlin 2007.
- HENDERSON J. (2016) – *L’ospedale rinascimentale. La cura del corpo e dell’anima*, Odoya, Bologna.
- LE CLECH-CHARTON S. (a cura di) (2010) – *Les établissements hospitaliers en France du Moyen Âge au XIXe siècle*, Éditions universitaires de Dijon, Dijon.
- LEISTIKOW D. (1967) – *Hospitalbauten in Europa aus zehn Jahrhunderten. Ein Beitrag zur Geschichte des Krankenhaus-baues*, Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein.
- LI CALZI E., BELLINI G., DEL BOCA G. (2002) – *Per una storia dell’architettura ospedaliera*, Unicopli, Milano.
- JETTER D. (1986) – *Das europäische Hospital: von der Spätantike bis 1800*, Du

Mont, Köln.

MORETTI I. (1997) – “Ospedale”. In: Enciclopedia dell’arte medievale, Istituto dell’Enciclopedia italiana, Roma: on-line: https://www.treccani.it/enciclopedia/ospedale_%28Enciclopedia-dell%27-Arte-Medievale%29/.

MONTAUBIN P. (a cura di) (2004) – *Hôpitaux et maladreries au Moyen Âge : espace et environnement*. Histoire médiévale et archéologie, 17.

PERONI A. (1989) – “Il modello dell’ospedale cruciforme: il problema del rapporto tra l’ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi”. In: Bertelli S., Rubinstein N., Smith C.H. (a cura di), *Florence and Milan. Comparisons and Relations*, La Nuova Italia, Firenze, II, 53-65.

PICCINNI G. (2010) – “El hospital como empresa de la caridad pública (Italia siglos XIII-XV)”. In: Ricos y pobres: opulencia y desarraigo en el occidente medieval, Gobierno de Navarra, Navarra, 87-103

PICCINNI G. (2016) – “I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall’Italia all’Europa alla fine del Medioevo”. In: Cavero Dominguez G. (a cura di), *Civitas Bendita: encrucijada de la relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, Universidad de León, León, 8-26.

PICCINNI G. (a cura di) – *Alle origini del welfare. Radici medievali e moderne della cultura europea dell’assistenza*, Viella, Roma.

SANTANGELI VALENZANI R. (2014) – “Hosting Foreigners in Early Medieval Rome: From Xenodochia to Scholae Peregrinorum”. In: Tinti F. (a cura di), *England and Rome in the Early Middle Ages: Pilgrimage, Art, and Politics*, Brepols, Turnhout, 69-88.

SPICCIANI A. (1994) – *Per una storia degli ospedali nel Medioevo: aspetti economici ed istituzionali*, SEU, Pisa.

TOUATI F.-O. (a cura di) (2004) – *Archéologie et architecture hospitalières de l’Antiquité tardive à l’aube de Temp modernes*, La Boutique de l’Histoire, Paris.

VILLANUEVA MORTE C., CONEJO DA PENA A., VILLAGRASA-ELÍAS R. (a cura di) (2018), *Redes ho-spitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad*, Institución Fernando El Católico, Zaragoza.

Giorgio Milanesi, storico dell’arte, professore associato presso l’Unità Arte Musica e Spettacolo del dipartimento DUSIC dell’Ateneo di Parma, è docente di storia dell’arte medievale (Laurea Triennale in Beni Artistici, Librari e dello Spettacolo) e di storia dell’immagine medievale (Laurea Magistrale in Storia e critica delle arti e dello spettacolo). Dottore di ricerca nel settore scientifico disciplinare L-ART/01 con uno studio sull’Aquitania del secondo quarto del XII secolo che lo portò a un prolungato soggiorno di studio a Poitiers. È membro del comitato scientifico del Centro Studi Leon Battista Alberti di Mantova, è direttore della rivista Vitelliana ed è vicepresidente della Fondazione Daniele Ponchiroli; si occupa in particolare dei modelli d’immagine e di architettura in Europa dall’epoca ottoniana all’epoca sveva.