



FONDAZIONE GIANDOMENICO ROMAGNOSI
S C U O L A D I G O V E R N O L O C A L E

Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi

Nota 8-2020

Il paradigma dell'urbanità tra resilienza e pandemia.

Prospettive di ricerca e di dibattito

Marco Morandotti e Massimiliano Savorra

Maggio 2020

Fondazione Scuola di Governo Locale Giandomenico Romagnosi

Presidente: Andrea Zatti.

Responsabile Scientifico delle Note Brevi: Andrea Zatti.

Nota 8-2020, maggio 2020.

Autori: Marco Morandotti e Massimiliano Savorra.

Il paradigma dell'urbanità tra resilienza e pandemia. Prospettive di ricerca e di dibattito.

Il paradigma dell'urbanità tra resilienza e pandemia.

Prospettive di ricerca e di dibattito[◊]

di Marco Morandotti* e Massimiliano Savorra**

Sebbene sia stata percepita, in alcuni momenti storici, come il luogo dove il corpo si ammalava, la città è stata da sempre sede privilegiata delle cure mediche. Essa ha individuato e creato, infatti, strumenti e ambienti idonei in cui trovare i rimedi alle malattie. Cambiamenti politici, istituzionali, culturali e scientifici hanno determinato antichi e nuovi spazi nelle città deputati alle terapie e al benessere.

Drammaticamente attuale, per molti controverso, il tema della cura e del suo rapporto con la città si è misurato nel corso della storia, almeno da quando le fonti documentarie consentono di coglierne le peculiarità, con tre questioni strettamente interconnesse: epidemia, assistenza, povertà. Imprevedibile e feroce la prima, caritatevole e sempre poco attrezzata la seconda, disturbante e talvolta spietata la terza. Alle numerose, disastrose pandemie che hanno colpito l'umanità – dal morbo di Giustiniano al colera nell'Ottocento, passando dalla pandemia di peste nera del 1347-51, alla ben nota peste secentesca di manzoniana memoria e al tifo ciclicamente affiorante nell'Europa moderna – sono seguiti spesso problemi di pauperismo, gravi in alcuni contesti geografici, gravissimi durante i periodi in cui si

[◊] Con l'Associazione italiana di storia urbana (AISU), gli autori del presente scritto hanno organizzato un convegno dal titolo *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria* (Università di Pavia, 10-11 settembre 2020). Il convegno intende promuovere una riflessione diacronica sui temi e sui luoghi della cura, dalle città tardo-medievali fino alle città contemporanea. Il convegno nel suo complesso ha l'obiettivo di far emergere diverse forme di attenzione e concezione delle cure – analizzate nei diversi momenti dalla prevenzione, alle terapie, alle urgenze, alla riabilitazione, alla degenza – alle diverse epoche e in diversi contesti geografici e culturali in relazione alla storia urbana. Lo studio degli spazi e delle strategie connesse al ruolo giocato dalla città in questo campo è anche un'occasione per accrescere la conoscenza di un patrimonio culturale specifico, spesso ancora in uso, talvolta di notevole rilevanza artistica, ma più spesso percepito come obsoleto per i suoi significati storici e culturali.

* Professore ordinario di Architettura tecnica, Dipartimento di Ingegneria civile e Architettura, Università di Pavia.

** Professore associato di Storia dell'architettura, Dipartimento di Ingegneria civile e Architettura, Università di Pavia.

verificarono lunghe ed estenuanti emergenze¹. Le letture delle fonti storiche fanno riflettere su come la reazione agli eventi epidemici eccezionali nelle città di antico regime fosse stata, in prima battuta, normativa (avvisi e ordini, prescrizioni, codici d'igiene, leggi di pubblica sicurezza, ecc.), poi operativa e gestionale, mossa quest'ultima da una comune questione: come contenere la diffusione della malattia, e una volta arginata, come risollevere l'economia². Proprio la rinascita socioeconomica, la capacità di adattamento ad un mutato contesto, il ripensamento delle strutture assistenziali e le trasformazioni urbane conseguenti sono stati i pilastri di vere e proprie trasformazioni epocali, che hanno talvolta caratterizzato radicali cambi di paradigma nella organizzazione sociale.

Descrivere il rapporto della città con la malattia e con la cura, soprattutto di quei luoghi in cui ciascuna società ha messo in campo l'insieme delle risorse via via disponibili nel tentativo talora efficace, talora vano, di rispondere alla drammaticità delle situazioni contingenti, significherebbe articolare un lungo racconto, a partire da epoche lontane, sin dai primi edifici dell'assistenza – inizialmente familiare, poi dall'età di mezzo essenzialmente religiosa – che determinarono la nascita nelle città degli *ospedali* propriamente detti. Anche perché, a parte casi isolati, tali edifici anteriori al XII secolo erano formati dagli *xenodochia* e dagli *hospitia* sorti lungo i percorsi di pellegrinaggio verso i santuari della cristianità oppure, nel caso di pestilenze o di contagi di lebbra, da capanne o comunque fabbricati isolati posti alle porte della città³.

Ma è a partire dell'età moderna che è esistita una fase interessante dell'architettura della cura, nella quale la società ha resistito, cercando di organizzare, all'interno dei perimetri urbani, aree dedicate all'accoglienza e all'assistenza dei malati. Non è un caso, che tra il XII e il XVIII secolo, grazie alle decisioni dei vari governi o ai lasciti di privati fu possibile fondare ex novo ospedali, da affiancare a quelli di ispirazione religiosa. Peraltro, l'attenzione dei laici caritatevoli verso le strutture fondate per assistere i poveri e i malati era cresciuta in tutta Europa, tanto che ogni città o piccolo villaggio si era dotato di un luogo predisposto alla cura,

¹ Carlo Maria Cipolla ci ha lasciato pagine memorabili. Si vedano i suoi *Per la storia delle epidemie in Italia. Il caso d'una borgata lombarda ai primi del Quattrocento*, in «Rivista storica italiana», LXXV, fasc. 1, 1963, pp. 112-119; *Cristofano and the plague. A study in the history of public health in the age of Galileo*, Collins, London 1973; *Public health and the medical profession in the Renaissance*, Cambridge University press, Cambridge 1976; *Fighting the Plague in Seventeenth-Century Italy*, The University of Wisconsin Press, Madison (WI) 1981; *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Il Mulino, Bologna 1986.

² Emblematica è in tal senso la vicenda della Serenissima dopo gli anni della peste del 1575, come raccontata nei *Novi Avisi di Venetia* del notaio Rocco Benedetti e riportata alla ribalta di recente da alcuni studiosi della città di Venezia (Donatella Calabi, Luca Molà, Elena Svalduz, Simone Rauch); si veda il Progetto Rialto www.progettorialto.org

³ In via incidentale, può essere interessante qui richiamare una breve notazione etimologica riferita alla comune radice dei termini latini "hostis" (nemico) e "hospes" (ospite). Ciò rimanda, significativamente, ad una sorta di congenita bivalenza della natura dell'ospedale, certamente votato prima alla accoglienza del pellegrino e poi alla cura del malato, ma contemporaneamente anche luogo di difesa del sano dal malato, laddove questo, per la pericolosità del suo contagio, potesse essere visto come una minaccia alla pubblica salute.

sempre affidato alla gestione di ordini religioso-cavallereschi, a canonici agostiniani o a confraternite (i casi rubricabili in ogni città europea sono davvero numerosi)⁴.

Ricerche di storia economica e di storia religiosa, dagli anni Sessanta del Novecento, hanno messo a fuoco la storia ospedaliera e i problemi della povertà nelle città occidentali. In seguito, grazie anche alla nascita di centri studi specifici di storia sanitaria, tali filoni di interesse si sono confrontati con altri settori disciplinari (storia sociale, storia delle istituzioni, storia della medicina), ponendo in luce le plurime interazioni tra i luoghi deputati alla cura e la società⁵. Tra le diverse discipline, la storia dell'architettura ha fortemente contribuito a sviluppare le conoscenze sul funzionamento degli ospedali e i contesti urbani, anche perché ogni qualvolta vi era una riforma ospedaliera riguardante una città, un'area geografica o una nazione, questa era accompagnata da trasformazioni architettoniche delle strutture adibite alla cura⁶. Basti richiamare alla memoria i primi episodi di razionalizzazione dell'accoglienza negli organismi cinquecenteschi di area lombarda, come ad esempio l'impianto a crociera dell'Ospedale maggiore di Milano⁷, che peraltro riecheggia anche nei cortili rinascimentali del Palazzo Centrale dell'Università di Pavia, oppure le ristrutturazioni degli istituti assistenziali veneziani in età moderna⁸, o ancora la caratteristica dei cortili presenti nella rete degli ospedali degli Incurabili che occupavano intere insule o le innovazioni architettoniche settecentesche sulle tipologie che riflettevano i rinnovati saperi medici. Del resto, è nell'età dei lumi che, accanto alle sperimentazioni architettoniche basate sulla fioritura di studi scientifici⁹, si diffusero gli ospedali a padiglioni diversificati a seconda della patologia, che occupavano parti cospicue di città¹⁰. Gli ospedali a padiglioni, da principio organizzati in un

⁴ Cfr. *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV*, atti del convegno (Pistoia, 9-12 ottobre 1987), Centro italiano di studi di storia e d'arte, Pistoia 1990. Si vedano anche i riferimenti bibliografici essenziali riportati in A. Grohmann, *La città medievale*, Editori Laterza, Roma-Bari 2005⁵.

⁵ Cfr. M. Garbellotti, *Ospedali e storia nell'Italia moderna*, in J. Henderson, A. Pastore (a cura di), *Medicina dell'Anima, Medicina del Corpo: l'Ospedale in Europa tra Medio Evo ed Età Moderna*, numero monografico di «Medicina & Storia. Rivista di Storia della medicina e della sanità», 6, III, 2003, pp. 115-138.

⁶ Cfr. J.D. Thompson, G. Goldin, *The Hospital. A Social and Architectural History*, Yale University Press, New Haven-Lond 1975; L. Granshow, R. Porter (a cura di), *The Hospital in History*, Routledge, London-New York 1990. Si veda anche il fondamentale N. Pevsner, *A History of Building Types*, Princeton University Press-Thames and Hudson, Princeton-London 1976.

⁷ F. Leverotti, *Ricerche sulle origini dell'Ospedale Maggiore di Milano*, in «Archivio storico lombardo», 107, 1984, pp. 77-113.

⁸ Cfr. G. Scarabello, *Strutture assistenziali a Venezia nella prima metà del '500 e avvisi europei della riforma dell'assistenza*, in M. Tafuri (a cura di), *Renovatio Urbis. Venezia nell'età di Andrea Gritti (1523-1538)*, Officina Edizioni, Roma 1984, pp. 119-133.

⁹ Val la pena ricordare il noto episodio della ricostruzione, dopo l'incendio del 1772, del Hôtel-Dieu di Parigi che vide accendersi il dibattito sui criteri medici moderni da applicare alle strutture ospedaliere; cfr. J. Cheymol, R.-J. Cesar, *Hotel-Dieu de Paris: Treize siècles d'histoire... panégyrique ou réquisitoire*, comunicazione alla Société française d'Histoire de la médecine (26 novembre 1977), pubblicata in «Histoire des sciences medicale», 11, 7, 1977; ora consultabile al sito:

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1977x011x004/HSMx1977x011x004x0263.pdf> (ultimo accesso, aprile 2020).

¹⁰ Cfr. A. Scotti, *Malati e strutture ospedaliere dall'età dei Lumi all'Unità*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina, in Storia d'Italia. Annali 7*, Einaudi, Torino 1984, pp. 233-296; Ead., *I primi ospedali a padiglioni in Lombardia*, in M.L. Betri, E. Bressani (a cura di), *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, atti del convegno (Montecchio Emilia 14-16 marzo 1990), FrancoAngeli, Milano 1992

unico edificio connotato dalla invariante tipologica della sequenza di pettini tra loro collegati da un connettivo di distribuzione, ma funzionalmente indipendenti in modo da garantire la separazione dei pazienti per classe di patologie, divennero progressivamente più vasti fino ad assumere la più recente conformazione di sistemi edilizi articolati in più corpi di fabbrica morfologicamente analoghi, e disposti abitualmente su allineanti regolari ed ordinati. In quest'ultimo caso, la scelta dell'ubicazione – come portato delle moderne disposizioni mediche – ricadeva sull'occupazione di zone ai margini, in quanto si riteneva che la circolazione dell'aria e il soleggiamento fossero ostacolati dai caseggiati esistenti in città, e i liquami di rifiuto nelle aree *intra moenia* potessero infiltrare il terreno, soprattutto in mancanza di razionali impianti di fognature. Sicché, nella fase preindustriale, il rapporto tra città e cura si misurò con gli adattamenti dei complessi dell'assistenza nell'ambito di trasformazioni urbane più ampie, tanto che l'entità “ospedale” – soprattutto negli studi degli anni recenti – è diventato un prisma di elementi mediante il quale è possibile leggere la storia di molte città¹¹.

Un ampio filone di studi si è concentrato sull'età contemporanea, allorquando in epoca napoleonica si laicizzarono del tutto i servizi pubblici nell'Europa continentale, e soprattutto quando, dalla metà dell'Ottocento, medici igienisti, ingegneri sanitari e architetti diventarono gli attori di un dibattito che avrebbe inciso profondamente sui luoghi dell'assistenza predisposti nelle città per resistere o adattarsi alle crisi sanitarie come quelle dovute alle epidemie di colera¹². Si susseguirono così i contributi di scienziati, come Giuseppe Sormani, illustre docente di Igiene presso l'Università di Pavia, che nella sua *Geografia nosologica* del 1881 elencò le caratteristiche dei moderni ospedali¹³, oppure le proposte di ingegneri igienisti, che dopo la grave epidemia in Italia del 1884-85, portarono, tra le altre cose, oltre all'emanazione di provvedimenti legislativi¹⁴, al concepimento *ad hoc* delle cittadelle ospedaliere, basate sulla distribuzione a padiglioni isolati collegati con gallerie (sotterranee, sopraelevate, chiuse o aperte). Va ricordato che non erano più sufficienti e adeguati i luoghi della cura già esistenti, per lo più ricavati nei tanti monasteri soppressi. Se adatto per ministeri, edifici universitari e caserme, il riuso forzoso delle strutture conventuali avvenuto dopo l'Unità, con il progresso della medicina e la specificità delle cliniche, mostrava infatti tutti i suoi limiti nei confronti delle moderne esigenze funzionali. In particolare, i progressi

¹¹ Come esempio si vedano G. Albini, *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, Clueb, Bologna 1993; A. J. Grieco, L. Sandri (a cura di), *Ospedali e città. L'Italia del centro-nord, XIII-XVI secolo*, Casa editrice Lettere, Firenze 1997; D. Montanari, S. Onger (a cura di), *I Ricoveri della città. Storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia (secoli XVI-XX)*, Grafo, Brescia 2002.

¹² Si rimanda a G. Zucconi, *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Jaca Book, Milano 1989.

¹³ Cfr. G. Sormani, *Geografia nosologica dell'Italia. Studio*, estratto da *Annali di statistica*, serie II, vol. 6, Tipografia eredi Botta, Roma 1881.

¹⁴ Ci si riferisce naturalmente alle note disposizioni *Legge per risanamento della città di Napoli* e *Codice d'igiene e sanità pubblica* del 1888, approvate dopo la drammatica epidemia di colera che aveva colpito il paese tra il 1884 e il 1885. Si veda C. Giovannini, *Risanare le città. L'utopia igienista di fine Ottocento*, FrancoAngeli, Milano 1996.

epidemiologici confermarono le tecniche tradizionali di profilassi collettiva e il principio di isolamento, che – come ha sostenuto Guido Zucconi – ebbero «grande peso nel definire il rapporto tra i centri di cura e i nuclei urbani»¹⁵. Del resto, all'indomani dell'unificazione, era ben viva la questione di coordinare, aggiornandolo, il quadro normativo delle differenziate legislazioni in materia ospedaliera¹⁶.

Ampiamente indagato¹⁷, il sistema dei padiglioni sparsi – che raggiunse un'intensa applicazione con la realizzazione dei baraccamenti (baracche provvisorie in legno) nati con la Guerra civile americana (assai noto è il Mower Hospital a Filadelfia) e largamente impiegati nelle guerre germaniche del 1866 e il 1870-71 – determinò un rinnovato rapporto con la città. In Italia, il Sant'Andrea di Genova (1877-84) realizzato da Cesare Parodi, grazie ai fondi messi a disposizione dalla duchessa di Galliera, fu tra i primi grandi ospedali ad essere concepito con lo schema dei padiglioni. Da lì, in ogni città del paese si intrapresero opere per la costruzione di stabilimenti sanitari con la nuova disposizione, dal Maurizioano Umberto I di Torino (1882-85), sorto su concezione dell'ingegnere Ambrogio Perincioli e del medico Giovanni Spantigati¹⁸, fino al Policlinico Umberto I di Roma, progettato di Giulio Podesti (1883-96)¹⁹, all'ospedale di Broni (1885-90) costruito su disegno dell'ingegnere Febo Bottini²⁰, e all'ospedale Umberto I di Monza (1890-96), realizzato da Ercole Balossi Merlo²¹.

Le ricerche che si sono soffermate sugli anni che vanno dalla fine dell'Ottocento al periodo tra le due guerre, con un maggiore attenzione alla fase successiva alla Grande guerra e all'influenza spagnola, hanno messo in luce quanto il rapporto tra la città e la cura fosse segnato da uno scarto significativo. Va ricordato che la costruzione dei moderni policlinici, autentiche città nelle città, conobbe una accelerazione mai vista, così come le strutture storiche furono modificate e ampliate con la realizzazione di padiglioni isolati, al punto che assunsero un ruolo determinante nella definizione di interi comparti urbani, come nel caso

¹⁵ Cfr. G. Zucconi, *La città dell'Ottocento*, Editori Laterza, Roma-Bari 2001, p. 135.

¹⁶ Cfr. G.F. Berti, *Relazione di Gio. Felice Berti direttore della pia casa di lavoro di Firenze intorno ad alcuni stabilimenti di beneficenza dell'alta Italia visitati nel novembre 1859 per incarico ricevutone dal Governo della Toscana*, Tipi delle Murate, Firenze 1861; A. Corradi, *Dell'igiene pubblica in Italia e degli studj degli italiani in questi ultimi tempi. Informazione scritta per commissione della Pubblica Istruzione*, Società per la pubblicazione degli Annali Universali delle Scienze e dell'Industria, Milano 1868; N. Ziino, *Sulla costruzione degli ospedali ed ospizii. Considerazioni tecniche e igieniche specialmente dal punto di vista della ventilazione e del riscaldamento*, F. Casanova, Torino 1877; T.V. Paravicini, *Appunti sulla costruzione degli ospedali*, in «Il Politecnico. Giornale dell'ingegnere architetto civile e industriale», XXVIII, 1880, pp. 204-213.

¹⁷ La letteratura di riferimento è assai vasta. Comunque, sull'evoluzione della tipologia ospedaliera, ancorché datato, resta fondamentale R. Fabbrichesi, *Stabilimenti sanitari*, in D. Donghi, *Manuale dell'architetto*, volume II, *La composizione architettonica*, parte 1, *Distribuzione*, sezione III, Unione tipografico-editrice torinese, Torino 1927, pp. 201-746.

¹⁸ A. Perincioli, G. Spantigati, *Ospedale mauriziano Umberto I. Relazione generale. Cenni tecnici. Piani*, Litografia Camilla e Bertolero, Torino, 1890.

¹⁹ *Il Policlinico Umberto I. Progetto eseguito dall'architetto Giulio Podesti illustrato dall'ing.ri Cesare Salvatori, Edgardo Negri, Luigi Rolland, Vittorio Manni dell'Ufficio Tecnico di Direzione*, C. Virano, Roma 1894.

²⁰ Cfr. G. Gorini, *Il nuovo ospedale di Broni*, Tip. L. Roux & C., Torino 1890.

²¹ Cfr. *Il nuovo ospedale Umberto I in Monza*, in «L'Edilizia Moderna», V, fasc. XI, aprile 1896, pp. 81-85.

dell'Ospedale Maggiore di Milano che si estese oltre la cerchia del naviglio²², o del Policlinico di Pavia²³. La disposizione a padiglioni implicava, per forza di cose, l'occupazione di vaste aree, che per città di piccole-medie dimensioni (come accadde ad esempio a Legnano, Novara, Forlì, Cremona, Udine, Padova) significava ripensare il ruolo strategico di tali strutture (civili, militari, o psichiatriche che fossero)²⁴, in relazione sia ai contesti storici consolidati, sia allo sviluppo futuro che si voleva imprimere alla pianificazione generale urbana²⁵.

Peraltro, negli anni del regime fascista, le cliniche, gli istituti, e in generale gli edifici per l'assistenza, dovevano essere l'espressione più alta del progresso tecnico-scientifico e l'immagine delle città moderne; come scrisse Enrico Agostino Griffini nel 1934: essi «rappresentano uno degli indici, e non dei minori, del livello culturale e del grado di civiltà raggiunti da una nazione e da un popolo»²⁶. Nel ventennio i luoghi della cura, come gli altri edifici pubblici che stavano ridisegnando il volto di intere parti urbane, iniziarono così a costruirsi con le più aggiornate disposizioni, i materiali ritenuti più efficaci, gli schemi distributivi più funzionali, e nel caso specifico con le collaborazioni proficue e fattive fra architetti e medici²⁷. Se all'interno delle maglie urbane consolidate, il sistema degli ospedali a padiglioni si era rivelato fino a quel momento il migliore, aveva presto palesato tutti i difetti legati alle ampie aree occupate e ai costi di esercizio, di trasporto e di sorveglianza. Non a

²² I nuovi padiglioni vennero progettati dagli ingegneri Emilio Speroni e Angelo Redaelli; il padiglione Litta (1895) per la Chirurgia, i due padiglioni Ponti per la Chirurgia e la Meccanoterapia (1900, 1902), i due padiglioni Beretta (1904), l'Oratorio e i padiglioni per i servizi generali (1903, 1906), i padiglioni chirurgici femminili (1907), il padiglione per la Fotoradioterapia Bertarelli, il padiglione Riva per l'Urologia (1911), il padiglione Biffi per la Medicina e Neuropatologia (1912) i padiglioni della Guardia Medico-Chirurgica e dell'accettazione e quello d'isolamento (1914), il padiglione Zonda per la Chirurgia (1915); cfr. P. Pecchiai, *Guida dell'Ospedale Maggiore di Milano e degli Istituti annessi*, Tip.-Lit. Stucchi Ceretti, Milano 1926, pp. 252-293.

²³ Sulla grandiosa costruzione del Policlinico di Pavia, che si protrasse per molti anni, si rimanda a E. Vicini, *Gli istituti universitari e il polo del nuovo Policlinico di Pavia negli anni trenta e quaranta del Novecento*, in G. Mazzi (a cura di), *L'Università e la città. Il ruolo di Padova e degli altri Atenei italiani nello sviluppo urbano*, atti del convegno (Padova 2003), Clueb, Bologna 2006, pp. 263-273.

²⁴ Cfr. V. Kovess-Masféty et al. (a cura di), *Architecture et psychiatrie*, Le Moniteur, Paris 2004. Le strutture manicomiali furono spesso concepite in Italia alla fine dell'Ottocento come villaggi e piccole cittadelle autonome (Siena, Reggio Emilia, Mombello, Macerata, Voghera, Cremona, Firenze, Bergamo, Quarto, Cogoleto, Napoli, Palermo, Potenza, Ancona, Padova, Cagliari, Roma, Arezzo, Mantova, Gorizia, Vicenza). Al tema è stato dedicato un importante Progetto di ricerca di interesse nazionale (2008) coordinato da Cettina Lenza; gli esiti sono stati pubblicati in C. Airolti et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013. Si veda anche il portale: <http://www.spazidellafollia.eu/it> (ultima consultazione: aprile 2020).

²⁵ Sul caso di Padova si rimanda a M. Savorra, *Scuole Politecniche e città degli Studi: Daniele Donghi e il caso di Padova*, in G. Mazzi (a cura di), *L'Università e la città. Il ruolo di Padova e degli altri Atenei italiani nello sviluppo urbano*, atti del convegno (Padova 2003), Clueb, Bologna 2006, pp. 175-189.

²⁶ E.A. Griffini, *Istituto di Patologia Medica della R. Università di Milano. Padiglione Bruno Granelli*, in coll. D. Cesa Bianchi, Milano 1934, p. 82. Va ricordato che gli ospedali realizzati – o messi in cantiere – negli anni Trenta entrarono a parte di un sistema formato da edifici per lo sport e per l'assistenza materna e infantile, che aveva la “sanità della razza e del popolo” al centro degli obiettivi dei dettami governativi.

²⁷ I risultati ottennero una larga fortuna editoriale: non vi era una rivista di settore che non pubblicasse le nuove realizzazioni italiane accanto a quelle internazionali, dal sanatorio di Alvar Aalto a Paimio all'ospedale del distretto di Weiblingen di Richard Döcker.

caso, nelle richieste dei tanti concorsi banditi fra le due guerre (Ravenna, Padova, Pescara, ecc.), il tipo dell'ospedale a padiglioni lasciò il posto a quello del monoblocco, più razionale e meglio rispondente alle moderne esigenze, come emergeva nelle relazioni presentate negli affollati congressi di architettura ospedaliera²⁸.

Eppure, nonostante l'affermarsi del monoblocco, le cittadelle per la cura continuarono a essere immaginate, concepite, realizzate, modificando il volto di interi comparti urbani, o spesso facendo da apripista per l'urbanizzazione di aree fino a quel momento isolate, segnando anche l'avvio di vasti programmi di pubblica utilità. I casi dell'area di Niguarda con il nuovo ospedale Maggiore di Milano, oppure della collina tra l'Arenella e i Camaldoli a Napoli con il Nuovo ospedale moderno "XIII Marzo" poi dedicato ad Antonio Cardarelli, sono significativi. Quest'ultimo straordinario episodio si caratterizzò non solo per le dimensioni (l'opera era estesa su un'area di 28 ettari), ma anche per l'idea di creare una "città di cura" per 1300 posti letto, formata da 20 padiglioni collegati tra loro da una rete viabilistica e altrettanti percorsi sotterranei²⁹. Lo stesso insediamento del Policlinico San Matteo di Pavia, collocato su un'area vergine, oltre la cerchia delle mura, e oltre il tracciato della ferrovia, si inserisce coerentemente in questo scenario.

Con il dramma del secondo conflitto mondiale e la ricostruzione del dopoguerra, il rapporto tra città e cura si misurò con il tema del benessere sociale quale ambito inclusivo, e non legato alla sola assistenza ai malati. Fortemente segnate dai bombardamenti, le città furono ripensate, oltre che ricostruite, dai tecnici nel loro insieme. Come ha sottolineato Bernardo Secchi, gli studi di architetti e urbanisti divennero «per alcuni versi un terreno di coltura, di sperimentazione e anticipazione di quelle che diverranno le politiche del welfare in tutti gli Stati occidentali»³⁰. Tuttavia, il rapporto della città con i luoghi della cura si cristallizzò su modelli architettonici del passato.

Non più caritatevole ma laica e scientifica, la cura nella città nel secondo Novecento si è basata sempre più su un sistema di servizi fondato sul principio, chiamato dagli anglosassoni *patient-centered care*, quello per cui l'assistenza si focalizzava sulla persona e non più esclusivamente su una rete ospedaliera e di strutture di assistenza *old style*.

Rileggendo la lezione della Storia, cosa possiamo dunque comprendere della situazione attuale? Quali insegnamenti possiamo infine trarre? Certo non legati alle specifiche risposte, siano queste di natura edilizia (la nascita dei lazzaretti, la rivoluzione dei padiglioni) oppure economica e sociale (il neo-urbanesimo seguito allo spopolamento generato dalle pestilenze del XIV secolo). Le risposte che potremo trarre dovranno naturalmente essere coerenti con le

²⁸ I congressi di architettura ospedaliera furono organizzati ad Atlantic City, Vienna, Knocke sur Mer, Roma. Quest'ultimo del 1935 passò alla storia per i 500 convenuti appartenenti a 37 nazioni partecipanti. Cfr. *Il Congresso internazionale Ospitaliero*, in «Minerva Medica», giugno 1935, pp. 4-10.

²⁹ Cfr. O. Selvafolta, *Alessandro Rimini (1898-1976): profilo di un architetto*, in *Il primo grattacielo di Milano. La casa torre di piazza San Babila di Alessandro Rimini*, SilvanaEditoriale, Cinisello Balsamo 2002, p. 18.

³⁰ B. Secchi, *La città del ventesimo secolo*, Editori Laterza, Roma-Bari 2006³, pp. 109-110.

esigenze e i paradigmi della nostra contemporaneità. Alcune, figlie dell'emergenza, le abbiamo già sperimentate, sotto forma di distanziamento sociale, di segregazione domestica e nella sospensione forzata di una vasta area di attività sociali ed economiche, private e collettive.

Stiamo in fondo vivendo in queste settimane una sorta di inimmaginabile esperimento socioeconomico globale che – nella tragicità dei numeri di contagiati e deceduti – mostra inequivocabilmente la radicale antinomia contemporanea tra urbanità ed ecosistema³¹. Il miglioramento, quasi istantaneo di molti parametri ambientali misurabili, è d'altra parte solo temporaneo, in quanto legato alla generalizzata sospensione delle attività umane, e si è prodotto al prezzo di una sostanziale insostenibilità sociale ed economica, che non potrà protrarsi a lungo, pena l'innescò di una crisi globale all'esito ancora più incerto di quello della pandemia stessa.

Appare dunque chiaramente distopica la prospettiva di una prolungata e sistemica “de-urbanità” forzata a scala globale, giacché, come già affermava Louis Wirth, nella connotazione di città contemporanea è insito il concetto di crescita³². Le modalità con cui potrà essere perseguito nel lungo termine un più armonico ed equilibrato modello di sviluppo globale sono chiaramente ben al di fuori dell'orizzonte di riflessione di queste pagine. Per certo, anche a scala più ridotta, e in orizzonti più prossimi, altre sfide ci attendono, altre risposte dovranno essere date, e queste impatteranno nel medio termine, nella nostra sfera privata, nella struttura e articolazione spaziale delle nostre case, nei luoghi di lavoro, oltre che ovviamente nei luoghi della cura.

La progettazione di spazi domestici effettivamente compatibili con le esigenze di un lavoro a distanza non solo occasionale ma strutturato per essere continuativo, con ambienti multifunzionali adattabili; il rapporto tra interno ed esterno mediato da spazi aperti di fruizione privata; luoghi di lavoro ripensati per un minor carico simultaneo di utilizzo, e connotati da un più ampia dotazione di spazi; luoghi di cura, “domestici” e digitali, oltre che pubblici, pensati per la gestione di emergenze sanitarie massive in presenza di agenti patogeni a trasmissione aerea; modelli sanitari non unicamente basati sul paradigma della contrazione dei posti letto per acuti e comunque integrati con un sistema di presidi sanitari territoriali e di prossimità, sono solo alcuni dei possibili spunti di riflessione sui quali costruire nei mesi a venire un ripensamento sistemico di molti aspetti della nostra vita quotidiana, così profondamente messi alla prova dalle circostanze che stiamo vivendo.

³¹ L'acqua della laguna veneta tornata trasparente per la sospensione delle attività di trasporto, la catena dell'Himalaya tornata visibile dall'India per la trasparenza dell'aria, confermata dalle rilevazioni acquisite dai satelliti, sono tutte testimonianze degli effetti globali della sospensione della maggior parte delle attività umane. Sono la misura sperimentalmente provata della pervasività dell'impatto umano sulla biosfera del pianeta nell'era dell'Antropocene.

³² Cfr. L. Wirth, *Urbanism as Way of Life*, in «The American Journal of Sociology», XLIV, 1938 (trad. it. in G. Martinotti, *Città e analisi sociologica*, Marsilio, Padova 1968, pp. 514-536).

Il passaggio da uno stile di vita fondato sul “nomadismo liberale” basato sul principio della libera circolazione globale ad un “monadismo coercitivo” in cui l’insieme dei nostri diritti di libertà, movimento, relazione, aggregazione viene sospeso sulla spinta di una emergenza sanitaria è stato improvviso e brutale. A noi il compito di sviluppare una riflessione ampia, multidisciplinare e multiscalare su come affrontare, una volta superata l’emergenza sanitaria, il ripensamento di spazi e luoghi, privati e pubblici, domestici e urbani, più intimamente adatti all’epoca nuova che si è appena dischiusa.