

Vincenzo Chiarugi. *Riflessioni su “Pareri e Osservazioni mediche sulla malattia febbrile manifestatasi in diverse parti della Toscana”*

Nella primavera del 1817 in alcuni territori del fiorentino, senese e grossetano si registrò una epidemia di tifo petecchiale di non eccessiva criticità – durò poco più di due mesi – ma bastevole a indurre lo Stato ad attivare tutta una serie di disposizioni e ad allestire particolari luoghi sanitari ove ricoverare i malati.

Vincenzo (Vincenzio) Chiarugi – in questo momento Direttore dell’ospedale di Bonifazio (terminerà l’incarico un anno dopo) – per questa contingenza venne nominato *Soprintendente provvisorio alle Infermerie di S. Maria Nuova e annessi* acquisendo, tuttavia, di lì a breve, piena carica per il decesso improvviso del predecessore Pasquale Bolli. Suo compito sarà individuare e organizzare sistemi di prevenzione e cura della patologia in base allo studio eziologico dei sintomi e al decorso di virulenza.

In brevissimo tempo vennero aperte in Toscana sette strutture sanitarie a questo scopo precipuamente destinate: in Firenze, l’ospedale di Santa Lucia (già ospedale dei cutanei limitrofo al manicomio di Bonifazio) e un vasto edificio a San Salvi (la cui ubicazione sfugge) capace di ricoverare nei mesi dell’incidenza epidemica, qualcosa come 1634 malati. Nel territorio, invece, vennero aperte strutture a Sant’Ellero e a Pitiana quale conferma della presenza di particolari focolai nell’area valdarnese a cui si aggiunse, in proseguo di tempo, una sezione nell’ospedale di Luco di Mugello.

Nell’intera Toscana altre strutture finalizzate vennero aperte a Siena (che registrò tuttavia scarsa incidenza della patologia) e a Batignano in provincia di Grosseto.

La pubblicazione *Pareri e Osservazioni mediche sulla malattia febbrile manifestatasi in diverse parti della Toscana*¹, uscì dopo pochi mesi dalla fine della criticità epidemica a dimostrazione di quanto i problemi sanitari nel Granducato (‘problemi’ che dalla seconda metà del Settecento, coinvolgono su temi di salute pubblica e igiene sociale tutti gli stati assolutistici) fossero solido argomento per i propositi paternalistici del governo lorenese che – come era ormai prassi convalidata – si appoggia al sapere medico e alla stampa per offrire a coloro che devono farsi tramite presso il popolo (medici condotti, infermieri, parroci) insegnamenti e informazioni su come prevenire emergenze future.

Sono proprio i capitoli dedicati al *Metodo di disinfezione, Metodo profilattico o preservativo*, e le *Istruzioni per la disinfezione e isolamento degli Spedali e per la disinfezione delle Case e suppellettili dei Malati della Febbre regnante* (pp. 14 -22) a generare particolare interesse perché espressivi di quel progresso scientifico- professionale in tema di contagio/miasma infetto che a questa data è comunque – nonostante i comprensibili passi in avanti e ritorni all’indietro – processo incalzante per il medico in generale e, per Vincenzo Chiarugi, in particolare.

Dal *Pareri ed osservazioni mediche* si evince, infatti, un Chiarugi che ha decisamente abiurato il tradizionale concetto di una trasmissibilità dei morbi attraverso la perturbazione dell’aria. In lui, il medico ‘riformatore’ che aveva iniziato ad affacciarsi sulla scena all’esordio del Settecento, è ormai – almeno nei contorni generali – figura conclamata.

¹ V. CHIARUGI, *Pareri e Osservazioni mediche sulla malattia febbrile manifestatasi in diverse parti della Toscana*, Firenze, Stamperia arcivescovile alla Croce Rossa, 1817, Biblioteca del Centro di Documentazione per la Storia dell’Assistenza e della Sanità (ora Fondazione Santa Maria Nuova, onlus). Per la redazione, il Chiarugi si avvale del contributo del dottore Giovan Battista Felici, medico curante nell’ospedale di Santa Lucia.

Tale affermazione necessita, tuttavia, di essere contestualizzata all'interno dell'ambiente medico-scientifico toscano in cui si venne a sviluppare così da delineare sia i presupposti della Pubblicazione ora proposta, sia il contributo al tema elargito dallo stesso Chiarugi.

Fondamentali due pregressi fattori: in primo luogo, l'occhialino' di Galileo Galilei che apre le porte allo studio della biologia che sgratterà, progressivamente, il concetto miasmatico delle infezioni; in secondo luogo, la ricerca anatomica che, svincolata da restrizioni morali e forte di uno strumento di analisi quale il più sopra citato microscopio, potrà volgersi allo studio di un cadavere del tutto da studiare nelle sue specificità fisiologiche e patologiche. Lo studio dell'anatomia, della botanica, della biologia e delle materie a queste correlate (agraria, chimica, farmaceutica) introducono il medico all'eziologia delle malattie e all'epidemiologia e, dunque, a temi di salute pubblica per il raggiungimento della quale il contributo dato dai medici condotti si rivelerà essenziale. Quel loro peregrinare a curare lavoratori per lo più indigenti, residenti in luoghi malsani e vessati da condizioni di lavoro critiche condurrà a considerare la malattia non più evento incontrovertibile, frutto di un dissesto astrologico o decretato da una negatività scaturita da pulsioni emotive o, ancora, da un 'fantomatico' castigo di Dio per un peccato commesso; piuttosto, quale patologia che si può combattere perché derivante da un precario ambiente di lavoro e da una carente condizione fisica, sociale ed economica.

Il legame tra professioni, correlato inquinamento e malattia – ovvero, in senso lato, sanità pubblica – troverà, specialmente dalla fine del Settecento, particolare attenzione in Francia e Inghilterra per il progressivo assurgere di Parigi e Londra a principali centri produttivi e industriali d'Europa²; tuttavia, va ricordato che già nel 1700 si pubblicava a Modena l'opera del medico Bernardino Ramazzini (1633-1714) *De morbis artificum diatriba*³ il cui grande contributo va proprio individuato nella correlazione tra patologie lamentate da professionisti o lavoratori e i caratteri strutturali dei luoghi in cui espletavano l'attività, con le condizioni e i rapporti di lavoro e, soprattutto, con i materiali con i quali venivano in contatto.

In tale contesto, in Toscana, inizierà Giovanni Targioni Tozzetti (1712-1783) a non limitare i referti medici a diagnosi, terapia e prognosi ma – specie in occasione di criticità sanitarie – ad estendere le osservazioni all'esame della qualità dell'aria, delle acque, alla conservazione e manifattura dei cibi e ai regimi alimentari. Questi argomenti verranno infatti da lui sviscerati in occasione dei casi di «febbri putride e verminose» occorse nel 1767 soprattutto in Valdinevole, per le quali risalirà alla causa dell'evento in rapporto al tempo stagionale e, dunque, al clima, alla differente evoluzione della malattia qualora l'ammalato sia «persona benestante e vigorosa», o viceversa «debole e mal nutrito», al riscontro dell'esistenza di similari focolai endemici o epidemici accaduti in altri tempi e in altre aree della Toscana e, in caso affermativo, al confronto dei caratteri geo-morfologici di quei territori e/o centro urbani⁴. Ne risulta un testo di 'geografia delle febbri' assai interessante sebbene in Tozzetti la dottrina miasmatico umorale continui a rappresentare l'asse portante del suo sapere. Il concetto di fetore portatore di malattie continua

² A Parigi nel 1802 veniva istituito il *Conseil de Salubrité* al precipuo scopo di verificare e regolamentare tutte quelle attività che inquinassero con materiali e feteri l'aria della città. Sul tema, in particolare, T. LE ROUX, *Le laboratoire des pollutions industrielles*, Paris, 1770-1830, Albin Michel, Paris 2011; G. MASSARD-GUILBAUD, *Histoire de la pollution industrielle*, France, 1789-1914, Éditions de l'EHESS, Paris 2010.

³ B. RAMAZZINI, *De morbis artificum diatriba*, Tip. Capponi, Modena 1700. Sul tema F. CARNEVALE, *Le malattie dei lavoratori*, Firenze, Libreria Chiari, 2000; ID., *Annotazioni al 'Trattato delle malattie dei lavoratori' di Bernardino Ramazzini. 'De morbis artificum Bernardini Ramazzini Diatriba'*, 1713, Polistampa, Firenze 2016.

⁴ G. TARGIONI TOZZETTI, *Relazione delle febbri che si sono provate epidemiche in diverse parti della Toscana l'anno 1767*, Firenze, Stamperia Gaetano Cambiagi, 1767 da cui sono tratte le citazioni sopra riportate. Questa pubblicazione riassume l'opinione che era stata richiesta dal Magistrato di Sanità anche al medico di corte Giovanni Giorgio Lagusius (1729-1796) e a tre membri del Collegio Medico, Baldassarre Collini, Antonio Maria Franchi, Giovanni Antonio Viligiardi.

a comparire qua e là nei responsi e nelle relazioni mediche. Il 'puzzo' è ancora causa primaria di affezione e non espressione secondaria di un processo putrefattivo.

Ancora il Targioni Tozzetti, rilasciava parere negativo sull'opportunità o meno di aprire una macelleria a Firenze in una zona altamente abitata, perché «quel macellare bestie e spargere sul pavimento il sangue e le immondizie» produrrebbe «miasmi putridi nocivi alla salute di tutti i circonvicini abitanti»⁵ e non perché costituisca la causa di fatali focolai microbici. Del resto, anche Samuel Auguste Tissot (1728-1797) dichiarava nel 1761 «è cosa nota che l'aria troppo rinchiusa produce delle febbri maligne perniciose» e, trattando della stagnazione delle acque nelle paludi prossime ad un villaggio in preda a febbri «di strana natura» ribadiva il «pericoloso effetto giacché quest'acqua fracida stagnante [...] manda i suoi vapori [...] ed io non potei dubitare che quelle [acque] non fossero la sovrana cagione di tal malattia»⁶.

Lo studio sul rapporto intercorrente tra qualità dell'aria e salute trova fertile contesto soprattutto in ambiente francese⁷ e divulgazione in Italia anche grazie al *Saggio intorno al luogo del seppellire* di Scipione Piattoli (1749-1809) apparso anonimo per la prima volta a Modena nel 1774 nel quale si ribadiva come l'aria esalata da processi putrefattivi e fermentativi fosse da considerarsi responsabile di febbri maligne ed esentematiche e, pertanto, si metteva in guardia dall'abitare presso fognature, cimiteri, sotterranei, ristagni d'acqua e a tutti quei luoghi che inibissero la libera circolazione dell'aria come boschi, monti o città ad alta intensità edilizia.

L'opera del Piattoli in Italia – sebbene di incisivo riferimento in stati legati soprattutto agli Asburgo ma ben presente anche nel Granducato di Toscana per quello 'spingere' ad uno 'smaltimento' del cadavere il meno interagente possibile con i viventi privandolo, nel contempo, della sacralità della sua memoria come sancito dalla Provvisione francese del 1765⁸ – non susciterà, tuttavia, un ferreo radicalismo trovando freno non solo in una tradizione clericale radicata e abituata al confronto (anche aspro) con le istanze laiche ma anche nella resistenza manifestata dal ceto abbiente che considerava la sepoltura in chiesa strumento di affermazione sociale. Tant'è che molti complessi cimiteriali, pur venendo progettati negli anni Settanta del Settecento quali risposte alle nuove concezioni igieniste, si realizzeranno solo alla fine del secolo (quando non nell'Ottocento) e sempre a seguito di laboriosi dibattiti che condurranno, spesso, a compromessi e modifiche sostanziali dei progetti originari⁹. Come nel caso del fiorentino cimitero di Trespiano il cui cantiere iniziava nel 1784 su un colle distante oltre dieci chilometri a nord della città sulla strada per Bologna. Sebbene il luogo fosse salubre, ventilato e paesaggisticamente gradevole, venne considerato troppo 'squallido' per i ceti sociali più abbienti tant'è che solo quando non acquisirà una immagine monumentale (e inizierà a farlo nel procedere dell'Ottocento)

⁵ S. PELLE (a cura di), *Giovanni Targioni Tozzetti, Relazioni forensi. Ambiente, igiene e sanità nella Firenze dei Lorena*, Firenze, Casa Editrice Le Lettere, 1998, p. 95.

⁶ S. A. TISSOT, *Avis au peuple sur sa santé*, Losanna, Imprimerie di J. Zimmerli, aux dépurs de François Grosset, 1761. La citazione è ripresa dalla traduzione italiana *Avvertimenti al popolo sopra la sua salute*, Venezia, presso Antonio Zatta, 1786, pp. 29-30.

⁷ In particolare, nelle ricognizioni e negli studi promossi contro le tumulazioni nelle chiese che avevano condotto alla Provvisione di Parigi del 1765; negli studi sulla chimica dei gas di Stephan Hales (di cui si cita *Vegetable staticks* del 1727); negli studi sulla rifrazione dei raggi emanati dai cadaveri di Hugues Maret (ad es. *Mémoire sur l'usage où l'on est d'enterre les morts, dans les églises et dans l'eincente des ville*, Dijon, Imprimerie de Caussel, 1773); su quelli relativi alla composizione dell'aria di Antoine Laurent Lavoisier (*Opuscoles phjsiques et chimiques*, Paris, Chez Durand, Didot, Esprit, 1774), ecc. Cfr. F. LO FARO, *La polizia sanitaria e le scoperte della chimica*, in *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità* a cura di L. Anonielli (Atti del Convegno (Messina 12-13 2008), Rubettino, Messina 2015, pp. 93-106; G. TOMASI, *Per salvare i viventi*, Bologna, Il Mulino, 2001.

⁸ La Provvisione non si limitava a proibire le sepolture in città e a privilegiare le fosse comuni ma dettava norme sulle forme dell'intera celebrazione funebre da cui era praticamente escluso il rito religioso limitato unicamente a un 'momento' di preghiera. Sull'argomento, TOMASI, *Per salvare i viventi*, cit., p. 33 e segg.

⁹ E. DIANA, *Lo sviluppo del sapere medico per la città*, in, G. CORSANI (a cura di), *Storia dell'urbanistica*, in press.

con cappelle gentilizie, arredi figurativi e non si delimitarono gli sterri con siepi arbustive e larghi viali a cipressi così da richiamare l'immagine di 'giardino romantico', il successo resterà assai limitato.

Quanto ora molto sintetizzato, rappresenta la scena su cui verrà a 'muoversi' il Chiarugi.

In lui – come già più sopra indicato – viene del tutto superato il concetto di 'aere infetto' che contamina, quale nemico occulto, uomini e cose, per assumere il significato scientifico di contagio interumano. Il tifo petecchiale, avrà a dire il Nostro nei *Pareri e Osservazioni*, si contrae «per contatto immediato d'un corpo malato con un corpo sano» (p. 5) e tale affermazione riassume in sé tutti quegli agenti potenzialmente causali che possono risultare vettori di contaminazione ad iniziare dalle abitazioni. Da qui le meticolose disposizioni preventive trattate nei capitoli più sopra ricordati di straordinaria attualità, specialmente se rapportate al nostro presente contesto pandemico.

Istruzioni per l'isolamento dei malati e la disinfezione delle loro vesti comprese quelle di coloro che li devono accudire (medici, infermieri, cappellani, parenti, ecc.) sottoposti, nell'uscire dall'ospedale, dopo aver assistito o essere venuti a contatto con i malati, a minute sanificazioni che devono estendersi anche alle loro residenze (p. 16). Disinfezione che dagli ambienti delle case si spostano, concentrandosi, sulle corsie dell'ospedale per le quali il Chiarugi ricorre a metodi 'moderni' la cui adozione avvalorava il suo essere medico attento e aperto alle innovazioni.

Il metodo che adotta per tali fini è, infatti, quello proposto dal medico Louis Bernard Guyston de Morveau (1737-1816) che lo aveva immesso nel mercato intorno al 1805¹⁰.

Tale pratica consisteva nella collocazione – specialmente nelle corsie ospedaliere – di recipienti in vetro di circa 40 cm di altezza coperti da un tappo a vite in modo tale da regolarne l'apertura a seconda dell'esigenza. Al suo interno, veniva preparato del cloro (facendo reagire dell'ossido di manganese con del sale in acido solforico) che agendo da disinfettante veniva diffuso nell'ambiente tre volte al giorno (p. 14). Il Chiarugi adotta anche «suffimigi di Gaz-Acido Muriatico Ossigenato» che usa sempre per le corsie ma anche per le vesti e utensili di malati e di infermieri.

Decisamente contrario agli usi tradizionali di bruciare bacche di ginepro e di altre resine ed essenze ammette solo l'«aceto bollito con erbe aromatiche» (p. 21) per profumare gli ambienti quale unico omaggio alla medicina tradizionale.

La fiducia che il Chiarugi ripone sulla efficienza sanitaria della struttura nosocomiale emerge perentoria dicendosi certo che in questo luogo la malattia se presa «nel principio di sua invasione [...] è felicemente superata» (p. 11).

Questa 'fiducia' nella struttura ospedaliera gli deriva sia dal periodo storico in cui agisce, sia dal grande attivismo per la 'modernizzazione' dell'ospedale su cui avevano posto l'attenzione molti colleghi che lo avevano preceduto o a lui contemporanei. Ci si riferisce all'apporto progettuale dato da medici inglesi come John Pringle (1707-1782, ospedale Royal Naval Hospital di Stonehouse presso Plymouth), o francesi come Antoine Petit (1722-1794, progetto per l'Hotel Dieu di Parigi) o, ancora, tedeschi come Maximilian Stool (1742-1788, ospedale Allgemeines Krankenhaus). Tutti impegnati a definire un nuovo modello architettonico che potesse coniugare sia le esigenze dettate dal progresso scientifico, sia la 'forma' della struttura da finalizzare alla sua efficienza funzionale.

Senza indulgere a ricordare la riacquisizione dell'ospedalizzazione indifferenziata a vantaggio dell'adozione della tipologia a padiglioni, il concetto di 'ospedale' in senso lato deve molto all'azione 'riformatrice' del medico che lo designa decisamente a luogo demandato non solo alla cura delle malattie ma a istituzione dove si ricerca e si sperimenta.

¹⁰ L.B. GUYTON DE MORVEAU, *Traité des moyens de désinfecter l'air, de prévenir la contagion et d'en arrêter les progrès*, Bernard Baron in Paris, 1805.

È il momento in cui – grazie anche all’ incisiva figura di Paolo Mascagni (1755-1815, la cui professionalità poliedrica spazia dagli studi scientifici condotti al tavolo operatorio, alle osservazioni naturalistiche e geomineralogiche, fino agli impegni in politica) – al medico si chiede (ma è lui stesso a pretenderla) una formazione non solo legata alla pratica al letto del paziente, bensì sempre più accademica da conseguire attraverso esercitazioni e tirocini che si devono avvalere di manichini, manuali e tavole didattiche e, soprattutto, del tavolo anatomico.

È il momento, ancora, in cui il concetto di ‘malattia’ – termine fino a questo momento generalizzato – si scinde in plurime accezioni in sintonia con il progresso dell’architettura a padiglioni sopra accennato e delle branche specialistiche che reclamano una individualità di spazi, cure e terapie.

In tale contesto, anche il termine ‘assistenza sanitaria’ elargita dall’ente pubblico perde i connotati di generale dedizione caritatevole alle categorie dei più bisognosi (fino a questo momento offerta dallo Stato spesso avvalendosi dell’operatività dell’ente religioso) per volgersi verso settori fino a questo momento poco considerati: ad esempio, la ‘medicina delle donne’, ovvero l’ostetricia e la ginecologia, e la malattia mentale.

Il momento del parto non sarà più appannaggio della ‘mammana’ o della ‘raccogliitrice’ del villaggio o della strada, ma diventa tema per il quale lo Stato regola l’esercizio delle levatrici (vedi la Scuola di Ostericia voluta da Pietro Leopoldo nel 1774) subordinandole al chirurgo ostetrico, primo responsabile dell’onere della nascita specialmente qualora questa si presenti particolarmente difficile. Ovviamente queste ‘nuove’ professionalità rivendicheranno ‘nuovi’ spazi all’interno dei nosocomi ed ecco, pertanto, in Toscana, nascere le prime sezioni per le gravide, in questo momento solo ‘povere’ o occulte dato che per il ceto abbiente, il parto, per lungo tempo, sarà ancora evento del tutto familiare: così nel senese Santa Maria della Scala e nel fiorentino Arcispedale di Santa Maria Nuova entro le cui mura verrà ricavata una camera dedicata a San Filippo per le partorienti indigenti.

Stessa cosa avviene per la follia. Follia che – soprattutto grazie al governo illuminato di Pietro Leopoldo – viene a perdere i connotati di evento soprannaturale, frutto di una influenza satanica che l’associa alla lussuria, al delitto, alla perturbazione sociale, per trovare nuova codificazione all’interno dell’azione paternalistica promossa dal governo lorenese.

Chiarugi inizia la professione proprio nel momento di questo massimo fervore progressista: la malattia mentale non solo aveva trovato dal 1774 una propria sede fissa (quel Santa Dorotea ricavato dal dismesso convento del Ceppo in via Tripoli dove un giovanissimo Chiarugi aveva iniziato, appunto, l’apprendistato¹¹) ma aveva attribuito al folle nuova considerazione. Non più figura da segregare per difenderlo da sé stesso e dagli altri; piuttosto personaggio da ‘custodire’ e studiare.

Poco più che trentenne il Nostro partecipa da protagonista all’ ‘avventura’ della prima struttura manicomiale in Toscana nella quale introduce i ‘principi’ di classificazione delle malattie e di terapia fondata sul ‘trattamento morale’(ovvero sulla moderazione comportamentale attraverso terapie che possano contenere, indirizzare ed equilibrare le disarmonie della mente): quell’ospedale di Bonifazio che dal 1785 resterà punto di riferimento – per almeno alcuni decenni – in Italia e non solo.

¹¹ Per una sintesi sui luoghi della follia a Firenze, i sempre validi contributi di L. ROSCIONI, *Il governo della follia, ospedali, medici e pazzi nell’età moderna*, Milano, Mondadori, 2003; V. BIOTTI, G. MAGHERINI, *L’isola delle stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secc. XIV- XVIII*, Firenze, Ponte alle Grazie, 1997; P. BENVENUTI, E. DIANA (a cura di), *Il contributo della Toscana alla storia della psichiatria. Gli archivi delle istituzioni manicomiali di Volterra, Firenze e Siena*, «Quaderni della Biblioteca di Medicina&Storia», n. 4, 2015.

Nel ruolo di *Primo Infermiere* (ovvero di direttore) Chiarugi partecipa attivamente anche alla stesura del *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e Bonifazio*¹² curando la riorganizzazione funzionale e gestionale di quest'ultima struttura.

Il trattato *Della pazzia in genere e in specie*¹³, pubblicato nel 1793, si inserisce appieno all'interno della trattatistica medica di settore che già era apparsa nella prima metà del Settecento, alla quale offre un contributo al processo di definizione neuro-eziologica dei vari stati patologici¹⁴, e alla gestione del paziente che condurrà alla 'quasi' abolizione dei metodi costrittivi¹⁵ tendendo ad equipararlo ad un malato 'normale' a tutti gli effetti.

Tuttavia, nel contesto di questa sintetica trattazione che ha per oggetto la contestualizzazione del *Pareri e Osservazioni mediche sulla malattia febbrile*, di questo Trattato ci piace soffermarci sulla presenza di quelle "centurie", ovvero su quei novantanove casi da Chiarugi considerati fra i più interessanti e che propone nelle loro accezioni diagnostiche, terapeutiche ed evolutive con tanto di indagine necroscopica nel caso di decesso del paziente.

In sintesi Chiarugi, attraverso questa minuta elencazione critica, codifica la 'cartella clinica' attraverso la quale comporre quella casistica nosografica delle malattie che proprio negli ultimi anni del Settecento avevano condotto l'Arcispedale – per diretta sollecitazione del granduca Pietro Leopoldo di Lorena – a dotarsi di un archivio (e poco importa se avrà breve durata!) ove far confluire tali dati.

L'interesse del Chiarugi verso la classificazione clinica emerge anche nella realizzazione del secondo trattato che pubblica nel 1799.

L'input del *Saggio teorico pratico sulle malattie cutanee sordide osservate nel Regio Spedale di Bonifazio di Firenze*¹⁶ è, infatti, a detta dell'Autore, quello di aggiornare «la natura stessa di tali affezioni» perché «è sicuro che certe malattie un dì conosciute, e descritte, o son di presente affatto estinte, o son restate in felice patrimonio di certe particolari nazioni: altre al contrario non avvertite dagli antichi Medici, sono al presente uscite dal funesto vaso di Pandora, ed hanno spiegato dei sintomi affatto nuovi, ed insoliti» e continua «Ecco quello che ha dato impulso al mio presente lavoro [...] è procurato di rintracciarne la Genesi, la Natura, le Cause, il Trattenimento generale e particolare con la scorta soltanto dell'Osservazione e del fatto. Con questi appoggi è creduto di poterne meglio perfezionar la dottrina; con queste vedute ne è scritto il Saggio».

L'intento analitico-descrittivo delle malattie e dei loro processi eziologici ed evolutivi – pur radicando in quella 'geografia delle febbri' che avevamo già visto comporsi con Tozzetti – in Chiarugi progredisce attingendo anche dal largo credito ormai raggiunto in Europa dai testi di Johann Peter Frank (1745-1821) e di altri Autori¹⁷ soprattutto francesi che spronavano alla costituzione di una polizia medica per la quale il conseguimento della « salute generale e [del]l'ordine necessario per conservarla»¹⁸ doveva attuarsi attraverso l'analisi e l'interazione di una messe di dati concernenti gli aspetti di vita soprattutto di quelle categorie sociali più deboli

¹² *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e Bonifazio*, Firenze, per i tipi di Gaetano Cambiagi editore, 1789, nuova versione in E. DIANA, M. GEDDES DA FILICAIA, Firenze, Polistampa, 2010.

¹³ V. CHIARUGI, *Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*, Firenze, Carlieri, 1793-'94.

¹⁴ In merito, P. L. CABRAS, E. CAMPANINI, D. LIPPI, *Uno psichiatra prima della psichiatria: Vincenzo Chiarugi ed il trattato «Della pazzia in genere e in specie»*, Firenze, Scientific Press, 1993, p. 31 e segg.

¹⁵ Verranno ammesse, infatti, le 'legature' al letto solo per i malati violenti e le 'nerbate' per i malati più lucidi che ne potessero comprendere il fine educativo.

¹⁶ V. CHIARUGI, *Saggio teorico pratico sulle malattie cutanee sordide osservate nel Regio Spedale di Bonifazio di Firenze*, nella Stamperia di Pietro Allegrini, 1799 dal quale sono riprese le citazioni successive, rispettivamente pp. VI-VII.

¹⁷ J. P. FRANK, *System einer vollständigen medicinischen polizey*, Mannheim, C.F., Schwan, 1779-'84. Una prima traduzione in italiano era uscita, incompleta, nel 1786. Sul tema, R. CEA, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Franco Angeli Ed., Milano 2019.

¹⁸ J. P. FRANK, *Sistema completo di polizia medica*, vol. I, Pirrotta e Maspero, Milano 1807-'08, pp. 1-2.

su cui infierivano le malattie come donne, minori, anziani, indigenti e, appunto, malati mentali. Il loro stato di 'salute' o, viceversa, di 'malattia' diventa conclamato oggetto di studio e ricerca e preludio per quella 'topografia medica' (a cui già dalla prima metà dell'Ottocento si abbinerà l'indagine statistica dando luogo a innumerevoli trattati fra i quali, restando in ambito toscano, si ricordano, tanto per fare un esempio, le *Ricerche di statistica medica sulla città di Livorno* ad opera dei medici Giuseppe Gordini e Niccolò Orsini pubblicate nel 1826¹⁹) che non sarà altro che la fusione tra il significato storico di topografia (ovvero di individuazione, studio e interpretazione dell'azione dell'uomo sul territorio) con l'evento patologico ripreso nel suo manifestarsi all'interno di un contesto urbano o extra urbano.

Chiarugi, tuttavia, si ferma ai margini di queste esperienze. La sua trattazione delle malattie è ancora un 'campionario': analitico, accademico, ma non statistico.

Pur nella sua minuta consistenza il testo *Pareri e Osservazioni* – scritto ad appena tre anni prima della sua scomparsa – delinea un Chiarugi del tutto consapevole del 'nuovo' ruolo a cui deve tendere la ricerca scientifica, la divulgazione accademica, il rapporto con il paziente nei confronti dell'ente pubblico e dell'intera società²⁰.

'Un medico del suo tempo': una constatazione sufficiente per il collega del pieno Ottocento che ne trarrà quegli strumenti che condurranno al conclamato protagonismo dell'igiene sociale quale disciplina medico-politica in grado, a sua volta, di ridisegnare i centri urbani e di riflesso la salute di chi vi abita.

Esther Diana

Fondazione Santa Maria Nuova - onlus

¹⁹ *Ricerche di statistica medica sulla città di Livorno dei DD. Giuseppe Gordini e Nicola Orsini*, Livorno, Dai torchj di Glauco Masi e Comp., 1826.

²⁰ Quale sintesi sulla figura del Chiarugi, si rimanda all'esauritivo testo (anche per bibliografia) di G.CIPRIANI, M.GUERRINI, *Vincenzo chiarugi medico. La sua vita i suoi tempi*, Atti del Convegno di Studi Empoli Chiesa di Santo Stefano degli Agostiniani, 12 maggio 2018, Empoli, Editori dell'Acero, 2018.