

# Professione e malattia:

## considerazioni dai Libri degli Infermi dell'Ospedale di San Giovanni di Dio di Firenze (1626-1650)

ESTHER DIANA

Molto spesso evocare una particolare malattia funge da immediato riferimento per ricordare specifiche epoche storiche e società. Concettualmente, infatti, si attribuisce alla malattia la subitanea capacità di richiamare alla mente i peculiari caratteri che hanno contraddistinto altrettanto peculiari periodi storici e relativi ambiti sociali. È quanto è stato assegnato, ad esempio, alla lebbra, alla peste, alla sifilide, alla tubercolosi, al colera fino alle contemporanee patologie cardiovascolari, tumorali, psicosomatiche o nevrotiche tutte esemplificative di particolari fasi temporali della storia umana.

Al di là dell'essere fenomeno puramente biologico – individuale o collettivo – la malattia riesce, infatti, proprio perché evento strettamente correlato all'ambiente, alle vicende politico-economiche e culturali di specifiche compagini sociali, a identificarne le qualità, le prerogative: in sintesi, a delineare l'immagine di un'epoca.

Se le infezioni sopra accennate rappresentano – per l'incidenza con cui si abbattono sulla società e per la loro ricorrenza – gli esempi più emblematici e di più immediato riferimento per una storia medico-sanitaria, esistono altre patologie di minore severità che, tuttavia, sono state presenze costanti nella vita dell'uomo per moltissimi secoli. Malattie che non sono ricordate per l'elevata morbilità – se non in episodi sporadici –, o per aver particolarmente condizionato l'organizzazione sociale complessiva, bensì per essere state così embricate con la quotidianità umana da divenire presenza 'normale' nel polimorfo mondo delle infermità da accettare con sopportazione. Patologie, per lo più vissute all'interno delle mura di casa e solo nelle manifestazioni più acute curate negli ambienti ospedalieri.

Malattie per le quali i metodi di prevenzione, diagnosi e cura hanno sottolineato, in simbiosi con le differenti necessità ed opportunità di cui disponevano gli ammalati, le diverse stratificazioni sociali. Perché, in ultima analisi, l'approccio alla malattia è forse tra le prime e più immediate forme di discriminazione sociale che si è operata nel corso della storia in seno a qualsiasi consorzio umano. Una discriminazione che non si è prodotta solo da differenti presupposti culturali e risorse a disposizione, bensì dal differente rapporto che si è creato, nel corso del tempo, tra uomo e uomo, tra uomo e ambiente, tra uomo e società, assumendo valore di connotazione sociale.

Non si può pensare, ovviamente, di schematizzare rigidamente il quadro socio-sanitario in 'malattie dei poveri' e 'malattie dei ricchi': la morbilità di sifilide e peste, ad esempio, non ha rispettato alcuna distinzione sociale. Tuttavia, è indubbio che fino ad epoche abbastanza recenti certe patologie hanno infierito soprattutto su particolari contesti sociali correlandosi ad altrettanto particolari attività esercitate.

Con questo studio intendiamo cercare di cogliere l'eventuale esistenza di relazione tra patologia e classe sociale tenendo conto del mestiere esercitato in ambito

urbano. I dati in esame si riferiscono alle patologie registrate per i ricoverati appartenenti a due gruppi o classi sociali, individuati, appunto, secondo il mestiere esercitato: i due gruppi sono rispettivamente quello dei salariati (o classe subalterna) e quello dei mestieranti ed artigiani della Firenze tra gli anni 1626-1650 così come sono state trascritte nei Libri degli Infermi dell'Ospedale di San Giovanni di Dio (Diana 1999). La preferenza accordata a tale fonte è data dal fatto che questi Registri – a differenza di coeve trascrizioni appartenenti ad altri ospedali fiorentini – menzionano, salvo alcune eccezioni, anche la patologia responsabile del ricovero insieme al mestiere o professione. C'era, infatti, uno specifico interesse a registrare tutte le informazioni possibili per ciascun ricoverato, insieme alla causa del ricovero, alla provenienza o domicilio, così da configurarne la conformazione fisica e sociale, quali il possesso o meno di denaro, la proprietà di vesti facoltose o di armi o di gioielli, elementi, questi, che, in caso di cure dispendiose o morte dell'ammalato, potevano assicurare – se opportunamente venduti – un profitto al nosocomio.

L'arco cronologico preso in esame rappresenta un periodo di grande attività dell'istituzione ormai saldamente inserita nel contesto sanitario cittadino. L'Ordine di San Giovanni di Dio – stabilitosi nel 1587 nell'ormai fatiscente ospedaletto di Santa Maria dell'Umiltà dei Vespucci – aveva, a questa data, consolidato il proprio ruolo di ordine ospedaliero prettamente volto alla cura dei 'febricitanti'. Un ambito assistenziale strenuamente difeso dai vertici dell'Ordine attraverso ripetuti richiami ai confratelli affinché non fornissero «letti ad ammalati di sorte alcuna». Accadeva, tuttavia, che nei periodi di più florido assetto finanziario, la ricettività dell'ospedale si allargasse a comprendere anche ricoveri per altre patologie. I venticinque anni considerati sono stati prescelti proprio perché esplicativi di questa più ampia e differenziata capacità ricettiva.

Un po' tutte le principali malattie che affliggevano la società del tempo sono, infatti, rappresentate nei complessivi 3.797 ricoveri effettuati dal nosocomio in questo arco temporale.

In base alle professioni esercitate, così come registrate dall'infermiere e riferibili ad uno stato sociale dell'infermo, si sono individuate sei categorie principali dei ricoverati a seconda del mestiere esercitato: lavoratori agricoli, salariati, artigiani e mestieranti, religiosi, militari, servi, e una settima comprendente i casi di professione non dichiarata. Questo studio, come già accennato, prenderà in considerazione i dati attinenti alle patologie interessanti due specifiche categorie sociali: quella dei 'salariati' e quella dei 'mestieranti ed artigiani' in quanto massime espressioni della componente sociale medio-bassa di prevalente derivazione urbana.

In un precedente lavoro (Diana 1999), si è osservato, infatti, che salariati, artigiani e mestieranti non solo costituivano le componenti sociali di più spiccata estrazione cittadina ma costituivano anche l'ossatura determinante dell'intera economia fiorentina, la quale traeva proprio dal settore commerciale e produttivo-manifatturiero motivo di principale sostentamento. In quest'ottica è esemplificativo il confronto fra i dati relativi alla provenienza dei salariati e degli artigiani-mestieranti e quelli delle restanti categorie di ricoverati secondo la professione, come si può ben vedere dalla tabella 1.

La soggettività del metodo con cui sono stati compilati i *Libri degli Infermi* e la difficoltà connessa alla precisa identificazione e classificazione di molte patologie costi-

Tab.1. Ospedale di San Giovanni di Dio, 1626-1650. Ricoverati secondo la provenienza e la categoria professionale

categoria	Firenze		contado		altro (*)		Italia		estero		omessa		totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
professionale														
lavoratori agricoli	23	2,2	512	48,4	75	18,9	6	2,2			318	33,3	934	24,6
salariati	219	20,7	13	1,2	16	4,0	17	6,3			40	4,2	305	8,0
artigiani e mestieranti	588	55,6	262	24,8	121	30,5	95	35,3	12	20,0	198	20,7	1.276	33,6
ecclesiastici	40	3,8	17	1,6	29	7,3	10	3,7	4	6,7	21	2,2	121	3,2
servi	82	7,8	157	14,8	93	23,4	77	28,6	36	60,0	256	26,8	701	18,5
militari	11	1,0	9	0,9	16	4,0	23	8,6	3	5,0	18	1,9	80	2,1
non dichiarata	95	9,0	88	8,3	47	11,8	41	15,2	5	8,3	104	10,9	380	10,0
Totale	1.058	100,0	1.058	100,0	397	100,0	269	100,0	60	100,0	955	100,0	3.797	100,0

(\*) Altro luogo del Granducato.

tuiscono indubbi limiti ad una chiara interpretazione delle fonti utilizzate e al trasferimento dei dati stessi in tabelle. I frati infermieri cui era affidata la registrazione degli infermi (per ciascuno dei quali si indicava: il patronimico, la provenienza, il mestiere, l'età, la qualità delle vesti, il possesso o meno di denaro, la malattia denunciata, la data di ingresso e di dimissione o la data di morte) non furono tutti meticolosi: non è infrequente, infatti – come evidenziato nella tabella 1 – rilevare l'omissione dello stato sociale dell'infermo o della causa del ricovero, a volte, quest'ultima estesa per intere annate come per l'anno 1628. Poiché San Giovanni di Dio era un ospedale ecclesiastico gestito da religiosi vi trovavano assistenza solo pazienti maschi: manca, quindi, la componente femminile tutt'altro che irrilevante sia nella fila degli addetti alle Arti maggiori quale subalterna o coadiutrice dell'attività del padre/marito/fratello, sia in prima persona quale responsabile in professioni e varie attività artigianali.

La stessa peculiarità assistenziale dell'ospedale proiettata alla cura dei 'febricitanti' ha creato non poche incertezze dato che, come è noto, la febbre è un sintomo e non una patologia: l'elevata percentuale di coloro che venivano accettati sotto il generico termine 'febricitanti' condiziona non poco, infatti, una disamina che mira a mettere in relazione il ceto sociale con la patologia dichiarata. Si avrà modo più oltre di soffermarsi su quante e quali malattie potessero celarsi dietro uno stato vagamente 'febricitante'. La modesta morbilità e la breve durata dei ricoveri – in media tra i 7 e i 10 giorni – inducono a propendere per malattie di relativo impegno, o tipiche di uno stato alterno di salute e di malattia a valenza cronica, che dovevano consentire sprazzi di vita normale al di fuori dell'ospedale. Sono, poi, le stesse peculiarità dei ricoverati – l'ambiente di vita, le loro abitudini, le loro cognizioni in materia sanitaria – a farne elementi di difficile codificazione perché individui scarsamente riducibili, quando ammalati, in un ambito ospedaliero.

Si prenda in esame la categoria dei 'salariati' sotto la cui dizione si sono raggruppati i subalterni delle arti della Lana, della Seta (tessitori, tintori, pettinatori, battilani, cardatori, divettini, cavatini, ricamatori, cimatori), dei Linaioli (linaioli, purgatori, pettinatori) e dei Cuoiai (conciatori). Ebbene, tali lavoratori apparten-

gono alla società attiva meno abbiente della città: quella società precaria, mal retribuita che si assiepava nei quartieri più popolosi e con più carenza di igiene; periodicamente vessata da crisi epidemiche di varia natura come tifo, febbri verminose, influenze ed altro. Eppure nel complessivo numero di ricoveri, solo 305 appartenenti a questo gruppo sociale furono introdotti in quei venticinque anni all'interno dell'ospedale: appena l'8,03% del totale dei ricoverati.

È evidente che i meno abbienti rifuggono dal curarsi in un nosocomio anche perché non possono permettersi di indugiare nel loro malessere. La malattia, e specialmente il ricovero ospedaliero, interrompe un ritmo di lavoro che è sempre essenziale per il sostentamento della famiglia oltre che del ricoverato. Senza contare che, spesso, per le fasce popolari lo 'stare male' non sempre si identifica solo in un malessere fisico bensì si colora di derivazioni ancestrali, magico-superstiziose per le quali la 'mancanza di salute' si fa risalire ad oscure origini che travalicano l'eziologia patologica. Inutile indugiare sulle motivazioni della riottosità del più indigente a farsi curare dagli addetti e nelle strutture ufficialmente demandate: abitudini di vita che vanno oltre la sfera soggettiva e familiare per fondersi con quella del rione e del quartiere in cui si vive e si lavora; spazi di vita dove l' 'interno' delle abitazioni il più delle volte si dilata verso l' 'esterno', verso la via, la piazza e dove, ancora una volta, la soggettività dell'individuo si sgretola nella preponderante vita collettiva. Peraltro, si deve anche tener conto del fatto che condizioni di malnutrizione, carenza di igiene e ignoranza rendono il meno abbiente assuefatto allo stare male tanto che la malattia e, in ultima analisi, la morte, non rappresentano altro che tappe obbligate e ineluttabili nel ciclo dell'esistenza. Tuttavia, se la relativa esiguità dei ricoveri può trovare spiegazione sul piano concettuale, è indubbio che la scarsa incidenza del dato è tutt'altro che significativa della 'buona salute' che sarebbe relativamente mostrata dalla categoria.

Nel gruppo 'artigiani e mestieranti' si sono, invece, compresi tutti coloro che si riconoscevano in un mestiere o in una professione che esercitavano in proprio (come speziali, barbieri, sarti, calzolai etc.) o in qualità di dipendenti di enti pubblici o dello Stato come scrivani degli Uffici, donzelli delle Arti, Ufficiali della Zecca, della Dogana, del Sale, guardie alle Porte, eccetera. La dichiarazione del mestiere, contrapposta al nutrito numero di quelli dallo stato sociale nebuloso attestante una esplicita precarietà di vita (che presuppongono precarietà di vita sul tipo «va per il mondo», «va a spasso», «travaglia», «fa più cose», e così via) è probante di un consolidato esercizio e, di riflesso, di una garanzia di sussistenza, che colloca i soggetti in una fascia sociale più stabile, mediamente remunerativa, in alcuni casi di supposta agiatezza come coloro che professavano mestieri come lo speziale, il cerusico, l'orefice, il cancelliere ecc. La percentuale dei ricoveri pertinente a questa categoria è sensibilmente più alta: 1.276 presenze pari al 33,6% della totalità degli ospedalizzati.

Nella tabella 2 sono riportate le malattie che affliggevano i rappresentanti delle due categorie sociali prescelte ripartiti secondo il mestiere espletato.

Nel caso degli artigiani e mestieranti l'attenzione si è focalizzata sulle professioni più rappresentate per complessivi 24 mestieri pari complessivamente a 874 ricoverati: queste attività sono state a loro volta raggruppate per affinità di settore al fine di evidenziare l'eventuale emergenza o meno di patologie afferenti a peculiari usi, manipolazioni o consuetudini verso particolari sostanze. Va da sé che il criterio

Tab. 2. Ospedale di San Giovanni di Dio, 1626-1650. Salarati e Artigiani e mestieranti secondo la patologia di ricovero

patologie	Salarati		Artigiani e mestieranti per gruppo (*)									COMPLESSO	
	v.a.	%	(A) v.a.	(B) v.a.	(C) v.a.	(D) v.a.	(E) v.a.	(F) v.a.	(G) v.a.	totale v.a.	%	v.a.	%
febbre	182	59,67	72	47	36	121	20	35	121	452	51,72	634	53,77
febbre terzana	5	1,64	1	1	1	4	2		1	10	1,14	15	1,27
febbre quartana	2	0,66	1		2	2				5	0,57	7	0,59
febbre maligna	4	1,31	2	1	3	2	1		3	12	1,37	16	1,36
catarro	17	5,57	8	10	7	19	6	11	20	81	9,27	98	8,31
catarro in un braccio						1				1	0,11	1	0,08
mal di petto	4	1,31	4	3		6	1		3	17	1,95	21	1,78
nella gola			1	1					1	3	0,34	3	0,25
agli occhi	2	0,66	2	1		2			3	8	0,92	10	0,85
alle gambe	1	0,33	1	1	1	2	3			8	0,92	9	0,76
alla testa	2	0,66				1				1	0,11	3	0,25
rogna	18	5,90	10		1	8	5	2	12	38	4,35	56	4,75
goccia				1					1	2	0,23	2	0,17
mal francese	11	3,61	9	4	4	13	2	6	9	47	5,38	58	4,92
cause accidentali	10	3,28	3	8		4			8	23	2,63	33	2,80
doglie			1	2		4		1	3	11	1,26	11	0,93
gaime			1							1	0,11	1	0,08
piaghe	2	0,66				2	1		2	5	0,57	7	0,59
emorragie	2	0,66	1			3			6	10	1,14	12	1,02
gocciola			1							1	0,11	1	0,08
humore malinconico			1							1	0,11	1	0,08
idropisia	2	0,66	3			2		2	1	8	0,92	10	0,85
erisipela	1	0,33										1	0,08
al corpo	4	1,31			2			1		3	0,34	7	0,59
allo stomaco	5	1,64	3	3	2	14	2	3	6	33	3,78	38	3,22
al fegato	2	0,66				1		1		2	0,23	4	0,34
colica					1		1		1	3	0,34	3	0,25
ai reni	2	0,66				2		1	2	5	0,57	7	0,59
di umidezza						1				1	0,11	1	0,08
patologia omessa	27	8,85	12	7	9	28	4	8	14	82	9,38	109	9,25
TOTALE	305	100,00	137	90	69	242	48	71	217	874	100,00	1.179	100,00

(\*) Sulla composizione dei singoli gruppi si veda il testo.

di formazione dei gruppi è del tutto soggettivo ma, anche per l'esiguità dei dati, non ci è sembrato di dover procedere ad ulteriori raggruppamenti. Questi sono, dunque, i gruppi di mestiere cui ci riferiamo in seguito:

A) Sarti, merciai, materassai, cappellai, sotto la cui dizione si sono compresi anche gli addetti ai più minuti mestieri di velettaio, trinaio, 'dà l'amido ai collari' e colui che 'fa le frange': tutti mestieri accomunati dalla quotidianità del contatto con balle di cotone, pezze di stoffa in genere, capecchio, eccetera;

- B) Muratori, manovali, scalpellini, pittori, sotto le cui dizioni si sono compresi anche i fornaciai, i lastricatori e l'unico mattonaio;
- C) Fabbri; magnani; maniscalchi.
- D) Fornai; mugnai; mulinari; cuochi; osti; albergatori; ortolani; beccai; vinai; grecaioli, tutti soggetti a contatto con farine e alimenti in genere. Nel mestiere di fornaio si sono compresi anche i pasticceri il cui termine, a quel tempo, esprimeva un significato alquanto differente dall'attuale. Con pasticceri, infatti, si intendevano specialmente coloro che preparavano i pasticci di carne, verdura e cacciagione i quali, per avere una bottega dotata di forno, espletavano spesso anche il mestiere di fornaio.
- E) Impiegati di enti pubblici (ovvero, i donzelli delle Arti, coloro che lavoravano al sale, in dogana, alla Zecca, al fondaco, alla mercanzia, alla Loggia, i birri eccetera).
- F) Vetturali, procacci, navicellai, mercanti quali soggetti legati ad una itinerarietà di mestiere.
- G) Professioni varie. In questa colonna si sono inserite quelle attività che non hanno una particolare affinità fra loro come calzolai, ciabattini, legnaioli (comprensivi dei falegnami e dei segatori di legname), cartolai, librai, speciali, barbieri, orefici.

Per la maggior parte delle patologie menzionate si è mantenuta la dizione originaria: in particolar modo nei casi di oscura o di troppo presuntiva eziologia (ad esempio 'febbre e humore nelle gambe', 'gaime', 'malato di humidità') o, viceversa, nei casi di chiara interpretazione come febbre, febbre terzana, febbre quartana e febbre maligna, quest'ultima esplicitamente riferita ad interessamenti pestosi comprensivi anche delle sintomatologie 'tenea più enfiati' o 'gavaccioli'. Anche i termini 'doglie' e 'piaghe' mantengono la stessa genericità attribuitagli dal frate infermiere.

Nel caso di associazione della febbre ad altri malesseri sul tipo 'febbre e stomaco' o 'flussi e febbre' questa sintomatologia non trova collocazione nelle febbri ritenendosi lo stato febbricitante dell'ammalato episodio consequenziale a patologie concernenti quegli stessi organi o cause.

Anche il termine 'catarro' viene riproposto con la dizione originaria riferibile ad uno stato di costipazione delle vie respiratorie anche se esistono tre riferimenti a patologie catarrali che presuppongono uno scolo originato da più generalizzati flussi secretivi localizzati agli arti come le trascrizioni 'catarro in un braccio' e le due riferite a 'catarro nei piedi' stanno ad indicare.

Spesso, il compilatore al posto del nome della patologia riporta quello dell'organo interessato dalla malattia sul tipo 'allo stomaco', 'al rene', 'al fegato', 'alle gambe', 'agli occhi' eccetera. Si è approfittato di questa peculiarità per produrre una casistica relativa alle patologie concernenti questi organi. All'interno di queste menzioni, pertanto, sono inseriti non solo i generici ed originari riferimenti agli organi secondo l'interpretazione dell'addetto infermiere ma vi sono comprese anche patologie a loro afferenti.

Nella dizione 'allo stomaco' si sono inserite, di conseguenza, anche le 'opillationi di stomaco', le 'posteme', le 'ripienezze di stomaco'; in 'al rene' patologie quali 'male al membro', 'perde urina', le 'renelle', le 'scolagini', le cistiti e le coliche renali; in 'al fegato', le 'opillationi', lo 'spargimento di fiele', le infiammazioni. Il termine 'alle gam-

be', mantiene il significato generico che gli è attribuito, forse riferibile a sintomatologie articolari o a flebiti. Con 'agli occhi' si dovranno intendere, invece, anche i casi di prurito (riferito a presumibili episodi di congiuntivite o allergie) e i casi di 'strizza', questi ultimi, forse, richiamanti a spasmi nervosi; con 'alla gola' i rari casi di 'tincone' (adeniti) e con 'alla testa', infine, le presumibili cefalee.

Anche 'rogna' compare nella attribuzione originale così come il 'mal francese', riferito agli ovvi casi di sifilide, o 'morbo gallico' o di 'gomma' alle gambe o alle braccia attestanti le tumefazioni di consistenza, appunto, gommosa, tipiche della sifilide.

Tubercolosi e gli sporadici stati asmatici vengono esemplificati nella dizione originaria di 'mal di petto' e pressoché invariate resteranno le attribuzioni di 'risipela' e 'idropisia'.

Con 'gocciola' vanno intese le emorragie cerebrali, le trombosi e le embolie cerebrali causa di morte o di paralisi mentre con 'goccia' o 'spetie di goccia', la gotta.

Altre patologie, invece, di più ampio spettro sono state interpretate sotto una dizione generalizzata: è questo il caso delle 'cause accidentali' sotto il cui termine si sono raggruppate le fratture (al piede, al braccio, al capo, eccetera); le 'pontore' di insetti; i 'tocco di pugna', le percosse e le ferite derivate da risse e duelli.

Con il termine 'emorragie', infine, si sono intesi i 'flussi' dall'oscura attribuzione patologica o accidentale.

Al di là del netto prevalere, in tutti i gruppi, dei casi febbrili la cui alta incidenza – elemento costante in tutte le componenti professionali prese a campione – sollecita maggiori approfondimenti più oltre trattati, emerge una predisposizione quasi generalizzata a contrarre patologie tipiche del vivere in ambienti malsani (febbri malariche, affezioni delle vie respiratorie, tubercolosi), che rappresentano una costante patologica in tutte le fasce o gruppi sociali qui considerati e che, insieme ai dati concernenti le malattie infettive intestinali, danno conferma di una quotidiana precarietà.

Tuttavia, la più o meno elevata incidenza delle malattie delle vie respiratorie sembra accentuarsi in occasione di specifiche professioni. Come nel caso di muratori, manovali e scalpellini (gruppo B) è lecito supporre, quale fattore predisponente, l'inalazione quotidiana di sostanze irritanti, questo trova riscontro anche nel caso di fornai, mugnai, osti e albergatori (gruppo D) il cui continuo maneggiare e lavorare in ambienti saturi di polvere di farina doveva costituire elemento aggravante per molte patologie bronco-polmonari, tubercolosi inclusa. Nello stesso modo operava il lavorare accanto a forni e camini che sottoponevano gli addetti a ricorrenti quanto malsani sbalzi di temperature.

Interessante il dato relativo ai casi di rogna, malattia che pare privilegiare specifiche professioni.

Questa affezione, dovuta ad un acaro tipico degli ambienti caldo umidi, si contraeva specialmente nella stagione più calda. La particolare insorgenza di questa dermatosi si evidenzia nei mestieri connessi alla manipolazione di lana, cotone e stoffe in genere come testimonia la sua presenza tra i sarti e come già notato nella categoria dei salariati con un 5,9% di ammalati. Nel complesso degli ospedalizzati a San Giovanni di Dio colpisce la sua assenza tra i lavoratori del settore edile (gruppo B) e nelle attività legate ad una itinerarietà di lavoro (gruppo F). Interessanti, se non curiose, – sebbene di più difficile spiegazione – le denunce di rogna tra gli or-

tolani (gruppo D), e tra i calzolai/ciabattini e i barbieri (gruppo G). Per gli ortolani (professione in cui si segnala l'unico caso di morte per questa infezione) si potrebbe chiamare in causa lo stretto contatto con la terra e con relativi concimi; per i calzolai fattore predisponente potrebbe essere stato quel loro maneggiare pelli di animali dove poteva ancora celarsi il parassita. Resta più oscura la sua presenza tra i barbieri se non attribuendo qualche importanza alla consuetudine della categoria di approvvigionarsi, in luoghi paludosi, di mignatte per effettuare salassi; ancora, si potrebbe supporre quale veicolo favorente la contrazione dell'acaro il ricorrente contatto con barbe e capelli di clienti non sempre esemplari di pulizia.

Per il settore edile (gruppo B) le patologie emergenti paiono essere ancora una volta quelle legate alle infezioni delle vie respiratorie, forse, favorite, dalla ricorrente inalazione di sostanze irritanti quali la calce e la polvere di marmo o di pietra e, in linea con l'attività espletata, quelle causate da eventi accidentali.

'Braccicato dall'argano', 'ratratto per caduta' sono alcuni termini attestanti incidenti sul lavoro la cui percentuale si eleva in rapporto ai rischi connessi al mestiere espletato. Manovali, muratori, scalpellini (gruppo B) ma anche legnaioli (gruppo G), sono i lavoratori più a rischio ed evidentemente meno tutelati.

Le professioni legate in qualche modo alla produzione, preparazione o vendita di generi alimentari (gruppo D) dovevano assicurare maggiori disponibilità di alimentazione considerando le più numerose denunce di 'ripienezza di stomaco', di infiammazioni e di dolori di stomaco. Per queste cause emergono i ricoveri degli ortolani con 6 casi di malattie denunciate all'apparato digestivo su 55 ricoverati. Tra gli impiegati di enti pubblici (gruppo E) e nei mestieri dei trasportatori e dei mercanti (gruppo F) si nota ancora un'alta incidenza delle malattie dell'apparato respiratorio, da porre in rapporto con alcune attività particolarmente disagiati per l'esposizione ai rigori climatici stagionali come il mestiere di navicellaio, procaccia, vetturale, come quello di guardia alle porte, di birro, eccetera. Ben diffusa anche la sifilide, in queste categorie di lavoratori (gruppo F) un po' più rappresentata che altrove.

Comunque, i casi relativi al 'mal francese' – malattia che contagiava con uguale virulenza sia i meno che i più abbienti – sono in generale uniformemente distribuiti in tutte le categorie professionali esaminate, tutto sommato mostrando che non esisteva una particolare predisposizione alla malattia in un gruppo sociale rispetto ad un altro.

È ora opportuno soffermarsi sul dato relativo ai 'febricitanti' che indubbiamente colpisce per la sua elevata incidenza sia tra i 'salariati' sia tra gli 'artigiani e mestieranti'. Dal momento che le febbri 'terzana', 'quartana' e le periodiche 'maligne' sono state ben individuate dal frate infermiere (e al di là della necessità di giustificare quanti più ricoveri possibili quali eventi prettamente febbrili) è indubbio che all'interno del dato debba trovare ricetto un nutrito numero di malattie dall'eziologia per quel tempo sconosciuta, ma per le quali la febbre doveva costituire il sintomo più evidente, o quanto meno, quello più preoccupante.

In parallelo, è significativo riscontrare una evidente scarsità di ricoveri ospedalieri per 'diarrea' segnalata anche con il vocabolo 'corpo': tra i 'salariati' e gli addetti alle 24 professioni prescelte tra il gruppo 'artigiani e mestieranti' (complessivamente 1.179 ricoverati) appena 7 soggetti venivano ufficialmente ricoverati per questa causa, appena lo 0,5%. In una società di basso profilo igienico ed alimentare, sia in

Tab. 3. *Ospedale di San Giovanni di Dio, 1626-1650. Distribuzione mensile delle febbri*

mesi	Salariati		Artigiani e mestieranti	
	malati	deceduti	malati	deceduti
gennaio	5		28	1
febbraio	9		20	1
marzo	13	1	39	
aprile	18	2	57	1
maggio	13	1	61	3
giugno	19		65	6
luglio	33	2	91	2
agosto	23		93	5
settembre	16		85	2
ottobre	14		72	1
novembre	10		48	2
dicembre	9		22	3
totale	182	6	681	27

ambito privato che di lavoro, è impensabile che le infezioni batteriche, virali o protozoarie non producessero patologia addominale. Senza dubbio la precarietà del vivere subita da generazioni doveva avere in qualche modo forgiato i soggetti rendendoli più resistenti a contrarre certe infezioni e abituantoli, nel contempo, a convivere in uno stato di ‘benessere’ di fragile interpretazione. In tale contesto, pertanto, è lecito supporre che la casistica dei ‘febbricitanti’ si dilatasse perché comprensiva di malattie per le quali il picco febbrile rimaneva elemento di prioritaria evidenza. Potrebbero, così, essere state siglate quali ‘febbre’ le tubercolosi intestinali i cui sintomi sono scarsa diarrea, deperimento organico e febbre intermittente non elevata; le brucellosi dalla febbre ondulante con manifesta debolezza e sudorazione; le infezioni da *Rickettsiae* – batteri trasmessi da pidocchi, pulci e zecche – dalla sintomatologia febbrile elevata e malessere generale; le infezioni da *Amoeba* contratte per via alimentare e caratterizzate da febbre, poca o addirittura assente diarrea ed eventuali ascessi al fegato. La presenza di queste malattie è tipica espressione di consuetudini di vita all’insegna della labilità igienica: carenza del sistema fognario o ristagno di acque putride con elevata presenza di ratti, contatto con ovini e assunzione di derivati vaccini contaminati, eccetera. Anche tutte le epatiti potevano celarsi nei casi febbrili, sebbene l’evidente stato di itterizia dovesse assegnare questi ammalati alle patologie epatiche. Accanto ai più consueti casi correlati particolarmente alla stagione fredda (tab. 3) a tipo sindrome influenzale, ancora altre patologie potevano essere confuse, almeno nelle loro manifestazioni iniziali: tra queste, la leishmaniosi – dovuta a protozoi – con febbre periodica esemplificata in due picchi giornalieri, dimagrimento e progressivo ingrossamento della milza, del fegato e delle ghiandole linfatiche; la leptospirosi trasmessa dalle urine dei ratti ed espressamente legata alla presenza di bacini idrici, e caratterizzata da febbre alta e continua, emorragie e sofferenza del fegato e dei reni. Setticiemia e varie forme di ascessi o ancora più indefinibili infezioni interne potevano essere altri eventi pato-

logici – questa volta estranei all'apparato addominale – che si celavano tra i ricoveri dei 'febbricitanti'.

I dati riferiti alle 'febbri' generiche non comprendono le febbri malariche (terzana e quartana) e, ovviamente, le maligne. Sono, invece, state inserite le 'febbri con pecchie' tipiche del tifo petecchiale sporadicamente segnalate nei *Libri degli Infermi*. Nel 1648 era iniziata una epidemia di tifo la cui virulenza si era accentuata nell'anno successivo determinando un consistente aumento del numero dei ricoverati: 308 unità con una media mensile di 25,6 infermi. Si può supporre, pertanto, che una parte dei ricoverati per 'febbre' in questo biennio fosse in realtà affetta da tifo sebbene formalmente nel 1649 solo 5 soggetti venissero di fatto ospedalizzati quali ammalati di 'febbre e pecchie'. Può darsi che molti al momento del ricovero non avessero ancora sviluppato le caratteristiche lesioni cutanee. Per gli 'artigiani e mestieranti' (gruppi da A a G) il totale è comprensivo di tutti i 'febbricitanti' espressi dalla categoria e non solo di quelli relativi alle attività lavorative emergenti finora considerate.

Per entrambe le categorie sociali emerge comunque il carattere stagionale del fenomeno, caratterizzato da un progressivo incremento all'approssimarsi dei mesi primaverili fino a giungere ad un deciso picco nella stagione estiva avvalorando l'ipotesi – del resto, per altro arco cronologico, già confermata (Herlihy, Klapisch 1978, 627-633) – di una presumibile presenza di febbri legate ad eventi patologici gastrointestinali in rapporto alla più facile contaminazione e degrado di acque ed alimenti. Meno intensi i ricoveri per febbri nei mesi autunnali ed invernali nei quali si registra anche minore morbilità patologica.

Del resto, la frequenza dei decessi per 'febbre' si mantiene modesta anche in relazione alla totalità delle malattie denunciate dal gruppo degli 'artigiani e mestieranti' e dei 'salarati' (rispettivamente 1.276 e 305 ospedalizzati): nel venticinquennio considerato i decessi furono, infatti, 69 (4,3%) così distribuiti nella tabella 4.

Come per la febbre i mesi estivi si rivelano i più pericolosi anche per altre malattie, quali le febbri pestilenziali, la rogna, la tubercolosi, l'idropisia e le malattie dell'apparato digerente che evidenziano quasi la metà dei decessi: 8 morti nel mese di giugno e 10 in entrambi i mesi di luglio e di agosto.

In generale, questa breve disamina sul rapporto tra malattia e professione non sembra sottolineare eventi patologici particolarmente caratteristici di una categoria o di un'altra. Tuttavia, ad uno sguardo più attento e sebbene in forma speculativa per la frammentarietà dei dati, emergono peculiari incidenze nosologiche all'interno delle singole attività presupponendo differenti predisposizioni ed opportunità di contrarre la malattia. Ad esempio, i 4 soggetti ricoverati per 'corpo' (ovvero diarrea) fra i 305 salarati contro i 3 similari casi denunciati tra gli 874 malati 'artigiani e mestieranti' sono indicativi di una maggiore rappresentatività delle infezioni intestinali nel ceto subalterno. All'opposto delle patologie non infettive dell'apparato digerente ('allo stomaco', 'al fegato') che non pare dovessero affliggere particolarmente i salarati rispetto al più congruo numero di 'ripienezze', 'opillazioni', 'posteme', 'idropisie' che vessavano, come già visto, alcuni addetti a specifiche attività legate al contatto o alla produzione di generi alimentari.

Dopo i casi di 'febbre', sono le affezioni delle vie respiratorie a costituire patologia emergente: il 5,5% di colpiti nei salarati e il 9,2% tra i mestieranti e gli artigiani. Se a questi dati si aggiungono quelli riferibili ai 'mal di petto' – patologia pre-

Tab. 4. *Ospedale di San Giovanni di Dio, 1626-1650. Decessi di ricoverati secondo la patologia*

patologia	Salariati	Artigiani e mestieranti
febbre	6	27
febbre maligna	2	8 (*)
catarro		2 corriere, legnaiolo
mal di petto		2 oste, manovale
allo stomaco	1 tessitore	2 ciabattino, macellaio
emorragie		1 pentolaio
idropisia		3 bottigliere, oste, carrozziere
colica		1 maniscalco
gocciola		2 pentolaio, materassaio
rogna		1 ortolano
cancrena		1 guardia alle porte
piaghe		1 legnaiolo
cause accidentali	1 tintore	1 pittore
patologia omessa	3	4
Totale	13	56

(\*) Commediante, bollettaio, bottaio, funaiolo, maniscalco, vagliatore, ciabattino, ferraio.

sente tra le due categorie sociali rispettivamente con l'1,3% e l'1,9% – si desume la particolare sensibilità alle malattie bronco-polmonari causate facilmente dai precari ambienti di vita e, soprattutto, di lavoro. Solo per il gruppo dei fabbri, magnani e maniscalchi non si sono trovati casi di 'mal di petto'. Salariati, muratori, manovali, scalpellini, fornai, vetturali, procacci e navicellai si contraddistinguono quali gruppi sociali con più alta presenza di malattie all'apparato respiratorio. Per i primi, dovevano costituire elemento favorente i maleodoranti spazi dalla elevata umidità invernale ed estiva creati dai cicli di lavorazione della lana, del lino o della pelle; per i secondi si è già avuto modo di segnalare nella ricorrente esposizione alle intemperie e nell'inalazione di sostanze irritanti i probabili fattori favorenti l'insorgere delle affezioni. Tuttavia, la generale distribuzione delle malattie all'apparato respiratorio in tutte le categorie è probatoria di una altrettanto generalizzata insalubrità degli ambienti. È noto come nelle case dei meno facoltosi trovassero frequente ricetto le lettiere dei banchi da seta e i famigerati 'conci' ovvero quei pozzetti in cui venivano lasciate marcire varie risultanze agricole, scarti di tessuti, di pellami ecc.; i miasmi prodotti da tali marciumi dovevano veicolare germi ed insetti come confermato dalla presenza di febbri malariche (terzana e quartana complessivamente pari al 2,2% nei salariati e all'1,7% negli artigiani e mestieranti) e dalla stessa rogna anch'essa suscettibile di privilegiare particolari attività.

Le febbri nella loro più ampia casistica, le malattie respiratorie, la rogna, la sifilide, alcune patologie concernenti l'apparato digerente-intestinale e quanto legato a traumi accidentali rappresentano, dunque, i motivi principali dell'ospedalizzazione a San Giovanni di Dio tra gli anni 1626-1650. Irrilevante, infatti, tra tutti i gruppi professionali, il numero di coloro che motivavano il ricovero per malattie 'agli occhi', 'alla testa', 'al-

la gola' o per malattie comprese nei termini 'doglie', 'emorragie', 'piaghe'. Infatti, solo per grave impegno nosologico, si ricorreva in questi casi alle cure di un medico. Piuttosto, queste affezioni trovavano più usuale rimedio tra le mura domestiche, attingendo alla farmacopea e alle consuetudini di matrice casalinga o attraverso le cure del barbiere o del cerusico di quartiere, entrambi personaggi, ancora in questo arco cronologico, assai più familiari ed appaganti dell'assistenza garantita dallo Stato.

### Riferimenti archivistici

ASCF Firenze, Archivio Storico del Comune  
 ASCF-1: ASCF, *San Giovanni di Dio, Libri degli infermi*, ff. 100, 101.

### Riferimenti bibliografici

E. Diana 1999, *San Matteo e San Giovanni di Dio. Due ospedali nella storia fiorentina*, Le Lettere, Firenze.

D. Herlihy, C. Klapisch-Zuber 1978, *Les Toscans et leurs familles: une étude du catasto florentin de 1427*, Fondation nationale des sciences politiques, École des hautes études en sciences sociales, Paris.

### Riassunto

*Professione e malattia: considerazioni dai Libri degli Infermi dell'Ospedale di San Giovanni di Dio di Firenze (1626-1650)*

Questo saggio intende verificare l'esistenza di un rapporto tra patologia e classe sociale e/o attività esercitata. Il contesto storico è quello fiorentino del sec. XVII; in particolare i dati presi in esame si riferiscono alle patologie dichiarate dalla categoria dei 'salariati' (ovvero dei subalterni delle Arti della Lana, della Seta, dei Linaioi e dei Cuoiai) e dalla categoria dei 'mestieranti ed artigiani' (ovvero di tutti coloro che si riconoscevano in un mestiere che esercitavano in proprio o quali dipendenti di enti pubblici) della Firenze tra gli anni 1626-1650 così come sono stati riportati nei Libri degli Infermi dell'Ospedale di San Giovanni di Dio. Sebbene dall'analisi dei dati non emerga un esplicito rapporto tra mestiere e/o classe sociale e patologia, traspare evidente, comunque, l'esistenza di presuntive incidenze nosologiche in alcune attività rispetto ad altre. Questa differente predisposizione era probabilmente legata a diverse opportunità di contrarre la malattia attinenti, ad esempio, ai cicli di lavorazione della lana, della seta o del cuoio o alla produzione e manipolazione di particolari alimenti.

### Summary

*Trades and illnesses: considerations from the patient Books of San Giovanni di Dio Florentine hospital (1626-1650)*

This study aimed to investigate relationships between trades and illnesses in the seventeenth century Florence. Data from wage-earners (subordinates of wool and silk Arts, as well as flax and leather workers) and from craftsmen (public employees or self-governing workers), as reported in the patient Books of San Giovanni di Dio Florentine hospital during years 1626-1650, were analysed. Though information arising from these data failed to assess defined relationships between illnesses and trades or social classes, it evidenced, however, the recurrence of particular diseases in specific activities. Differences in risk-exposure during manufacturing of wool, silk, or leather, or during producing and handling of particular food might be hypothesized as explanation.