

CENTRO ITALIANO PER GLI STUDI STORICO-GEOGRAFICI



Profumi di terre lontane.
L'Europa e le “COSE
nove”

Atti del Convegno Internazionale di Studi
Portogruaro 24-26 settembre 2001

a cura di SIMONETTA CONTI

BRIGATI Genova 2006

INDICE

SIMONETTA CONTI e CLAUDIO ROSSIT <i>Presentazione</i>	pag. V
GABRIELLA AMIOTTI <i>Teopompo, FG rHist.75C JAC.: Storie di un altro mondo, storie da un altro mondo</i>	1
STEFANO ANCILLI <i>L'evoluzione e le modificazioni del paesaggio agrario del Lazio causate dalle colture americane dal XVIII secolo ad oggi</i>	7
SIMONETTA BALLO ALAGNA <i>Per una riscoperta della Polinesia: il Journal des Iles di Victor Segalen (1878-1919)</i>	23
FRANCESCA ROMANA CAMAROTA <i>Nuovi profumi e nuovi sapori nella natura morta europea dal XVII al XVIII secolo</i>	37
MICHELE CASSESE <i>Popolazioni indigene e missione ai «pagani» in N.L. von Zinzendorf e i Fratelli Moravi nel settecento</i>	43
LAURA CASSI <i>Toponomastica e Grandi Navigatori</i>	77
MICHELE CASTELNOVI <i>«Non hanno armi»: indios nudi e disarmati. La costruzione di un mito geografico nei cronisti della scoperta dell'America</i>	83

SIMONETTA CONTI <i>Un «anomalo» viaggiatore spagnolo nel '700 illuminista: Concolocorvo ed il Lazarillo de Ciegos Caminantes</i>	107
ANNALISA D'ASCENZO <i>Il Profumo dello zafferano di Navelli</i>	137
BRUNA DEL FABBRO <i>Le Carte nautiche delle Americhe nell'Atlante di Iacob Colom (1668)</i>	147
ANDREA FAVRETTO e GIANFRANCO BATTISTI <i>Il telerilevamento come contributo alla conoscenza del territorio: analisi di un caso concreto</i>	153
PAOLO ROBERTO FEDERICI <i>La spedizione geodetica francese del XVIII secolo alla linea equinoziale e lo sviluppo della scienza in sud America</i>	169
GIUSEPPE FORNASARI <i>«I poveri in America latina evangelizzano i gesuiti». Riflessioni sull'alterità come problema storiografico</i>	185
RICCARDO FRIOLO <i>Lo sviluppo storico-geografico della presenza spagnola-argentina nell'arcipelago «Falkland-Malvinas»</i>	205
GRAZIELLA GALLIANO <i>Le «caravelle ritornano»: migrazione e movimenti spirituali dai mondi nuovi al vecchio mondo</i>	233
ANNA GUARDUCCI <i>Le nuove colture americane e le crisi alimentari della seconda metà del XVIII secolo. Il dibattito tra i Georgofili fiorentini</i>	243
ALESSANDRA GUIGONI <i>Sulle piante dello «scambio colombiano»: pratiche alimentari e interculturalismo</i>	263

INDICE	XIII
LUCIANO LAGO <i>La memoria culturale del territorio</i>	269
MARIA MONTSERRAT LEÓN GUERRERO <i>Las primeras noticias de Filipinas a través de las crónicas de Andrés de Urdaneta</i>	275
PATRIZIA LICINI <i>Spazi culturali in byte: caratteri cirillici e cremlini nella Novaja Amerika. Da una Mappa Mundi russa, considerazioni sull'epoca multialfabeta della comunità on-line globale</i>	303
GUIDO LUISI <i>Viaggio e cartografia in Puglia nel secolo XVIII</i>	343
MARCO MAGGIOLI <i>Federico Guarducci. La fotografia coloniale e la cartografia in Africa (1897)</i>	359
MARIA EMELINA MARTÍN ACOSTA <i>Los productos americanos y su impacto en las Islas Canarias</i>	387
FEDERICO MARZINOT <i>Ceramica e cioccolato tra vecchio e nuovo Mondo</i>	401
CARLA MASETTI <i>Onorato Martucci e «I viaggi all'estremo oriente ed alla Cina»</i>	413
GIOVANNI MAURO <i>Le trasformazioni del territorio attraverso l'analisi della cartografia storica, digitale e satellitare</i>	431
RICCARDO MORRI <i>La sifilide a Roma: l'ospedale S. Giacomo degli Incurabili</i>	441
MARIO NEVE <i>Prima delle «Cose nove». Il sensorium communis di Matthew Paris</i>	453

- GIGLIOLA ONORATO
*La valle dei Bagni: tracce storiche di attività umane
in una zona di confine* 471
- CELIA PARCERO TORRE
La alimentación en Cuba en el siglo XVIII 483
- DARIA PEROCCO
*L'Africa di un cappuccino del seicento: Padre Antonio Cavazzi
da Montecuccolo* 499
- PINA ROSA PIRAS
Il presente e la storia nell'America di Federico García Lorca 511
- LEONARDO ROMBAI
*Le migrazioni vegetali nell'Italia del secondo millennio e le loro
conseguenze sul paesaggio agrario e sulla cartografia* 523
- LUISA ROSSI
*Il viaggio naturalistico in Suriname di Maria Sibylla Merian
(1699-1701)* 559
- CLAUDIO ROSSIT
Cartografia storica e territorio 579
- MARIAGRAZIA RUSSO
*Regali e rapporti diplomatici tra Portogallo e Cina: circolazione,
simbolismo e significato politico di Presentes e Mimos durante
l'ambasciata di Alexandre Metello de Sousa e Meneses,
inviata da D. João V all'imperatore Yonghezeng (1725-1728)* 599
- SILVIA SEBASTI
*Gli scambi di specie animali fra Italia e nuovo Mondo:
conseguenze sulla fauna autoctona* 617
- NICOLETTA SERINA
Filippo Sassetti e i profumi dell'India 625

INDICE	XV
EVASIO SORACI <i>Profumi di terre lontane. L'Europa e le «Cose Nuove».</i> <i>Due progetti didattici per la scuola media</i>	641
SANDRA VANTINI <i>L'inserimento del Mais nel paesaggio veneto</i>	653
NICOLETTA VARANI <i>Colonizzazione e canna da zucchero a Mauritius</i>	669
JESUS VARELA MARCOS <i>Sobre las relaciones de los viajes a la tratadística. Plantas y animales del Nuevo Mundo en las Crónicas de la Conquista</i>	685
AMEDEO VITALE <i>Paesaggi del nuovo Mondo percepiti in Europa mediante il cinema</i>	701

RICCARDO MORRI

LA SIFILIDE A ROMA:
L'OSPEDALE S. GIACOMO DEGLI INCURABILI

Uno dei pochi ambiti in cui l'incontro/scontro tra le civiltà precolombiane e gli appartenenti al Vecchio Mondo non sembra essersi risolto a totale favore di quest'ultimi è probabilmente quello della diffusione delle malattie. Se, infatti, i nativi d'America furono rapidamente falciati dalle epidemie di influenza o di vaiolo, ben presto le popolazioni europee si trovarono a dovere fare i conti con la sifilide.

In realtà, si trattò anche in questo caso di uno scambio ineguale, dal momento che il numero di vittime fu senz'altro maggiore in seno alle popolazioni amerinde (SESSA, PALAGIANO, SCIFONI *et al.*, 1999) ma, specialmente nel primo decennio, anche gli europei si trovarono indifesi di fronte alla diffusione di un male per loro sconosciuto.

La prima epidemia di questa malattia venerea esplose in Italia tra il 1494 e il 1495¹ e di lì a pochi anni si diffuse rapidamente in tutta Europa per arrivare, come dote nefasta della politica mercantilista, fino in India e in Cina (CROSBY, 1992).

A tutt'oggi, in verità, non c'è accordo sull'origine americana del virus della sifilide, dal momento che secondo alcuni studiosi «la sifilide è semplicemente la sindrome di una malattia – la *treponematosi* – diffusa in tutto il mondo sotto forme diverse» (CROSBY, 1992, p. 105).

I sostenitori dell'origine americana hanno diversi elementi a sostegno della loro ipotesi (oltre l'evidente relazione cronologica, il mancato ritrovamento di lesioni sifilitiche nelle ossa di uomini del Vecchio Mondo e africani vissuti prima del 1492 (CROSBY, 1992; DI COCCO, 2001). In ogni caso,

¹ Probabile veicolo della diffusione di questa malattia fu la soldatesca a seguito di Carlo VIII nella sua spedizione in Italia del 1494 (CONTI, 1998; CROSBY, 1992).

nell'Europa del XVI sec. la convinzione della provenienza americana del *mal francese*² si radicò ben presto.

Tra gli elementi che facilitarono il diffondersi di questa idea, ci fu senza dubbio la scoperta che uno dei rimedi più efficaci nella cura dei sintomi della malattia era un decotto realizzato con la corteccia del legno di *guaiaco*, pianta proveniente dalle *Indie Occidentali* (FLORIDA e BAHAMAS, CARBONE, 1990).

Il dilagare della sifilide naturalmente favorì la speculazione sui prezzi di questo legno (LEHMANN, 1990), che raggiunse quotazioni tali da renderlo difficilmente accessibile a larghi strati della popolazione di ammalati. Anche per ovviare a questa ingiusta sperequazione si fecero carico dell'assistenza degli *incurabili* istituzioni come quella dell'Ospedale di S. Giacomo in Augusta a Roma che, a partire dal 1520, divenne ben presto un punto di riferimento per la dispensa della cura dell'«Acqua del legno» (VANTI, 1991).

L'Arcispedale S. Giacomo degli Incurabili e la sifilide

Diversi studiosi si sono occupati della funzione che il S. Giacomo svolse nella cura della sifilide a partire dal 1515 (BIAGIOTTI, 1983; CONTI, 1998; VANTI, 1991), quando Papa Leone X con un'apposita bolla decretò la nascita del secondo nosocomio in Italia specializzato nell'ospitalità ai malati incurabili³.

Dal 1520 in poi con la diffusione della cura del guaiaco, i malati di sifilide cessarono però di essere degli incurabili *tout court*, e quindi alla

² Questo era il nome con cui gli italiani identificavano la sifilide, che poi divenne popolare anche al di fuori dell'Italia. Interessante è comunque notare i diversi nomi attribuiti alla sifilide, che spesso avevano la loro origine dai rapporti conflittuali esistenti tra alcuni popoli: «i Francesi la chiamavano il male di Napoli, gli Inglesi il male francese o il male di Bordeaux o il male spagnolo, i Polacchi il male tedesco, i Russi il male polacco [...] gli Indiani la malattia dei Franchi, i Cinesi l'ulcera di Canton (il porto di maggiore contatto con l'Occidente), i Giapponesi il male di Tang (Tang allude alla Cina) o, più opportunamente, il mal portoghese. [...] L'adozione ufficiale dei termini "sifilide", coniato nel 1520 da Girolamo Fracastoro, risale soltanto al XIX secolo» (CROSBY, 1992, p. 106).

³ Leone X infatti decise di affidare inizialmente la gestione del S. Giacomo al nobile genovese Ettore Vernazza che proprio nel capoluogo ligure aveva già realizzato il primo ospedale degli Incurabili (CONTI, 1998). Dopo il *Ridotto* di Genova, tra il 1505 e il 1523, oltre a Roma, ospedali degli Incurabili furono aperti a Napoli, Bologna, Savona, Vicenza, Verona, Brescia, Firenze, Venezia e Padova (VANTI, 1991).

«semplice» funzione di supporto caritatevole si affiancò anche quella più propriamente diagnostica e di cura. Il S. Giacomo quindi crebbe nella considerazione degli ammalati e, pur rimanendo assolutamente preminente la cura dei sifilitici, iniziò a fornire i propri servizi a una gamma sempre più ampia di bisognosi⁴.

I registri nei quali venivano annotati anno per anno i ricoveri possono fornire indicazioni circa l'attività dell'ospedale e il rapporto tra ammalati di sifilide e gli altri pazienti nei diversi anni, senza tenere conto dei periodi durante i quali veniva somministrata la cura dell'«Acqua del legno», periodo in cui l'Arcispedale tornava a svolgere un'unica funzione⁵.

Tali registri sono depositati presso l'Archivio di Stato di Roma (ASR, Inventario 51), e il primo anno per il quale è possibile fare dei calcoli sui dati ivi contenuti è il 1568. A partire da quella data, la registrazione procede puntualmente di anno in anno.

Questo contributo mira soltanto ad aprire una prima finestra da questo punto di vista sullo studio di tali documenti, peraltro ricchi di una quantità considerevole di informazioni riguardo i pazienti.

Oltre al 1568, si è preso in considerazione anche il 1636, anno in cui venne ufficialmente interrotta la somministrazione della cura del guaiaco, e l'anno successivo, il 1637, per l'ovvia necessità di vedere quali siano state le ripercussioni immediate di tale decisione sull'attività dell'ospedale. Inoltre, poiché un intervallo di 68 anni è sembrato troppo lungo, è stato preso in considerazione anche il registro relativo al 1606 che, pur non cadendo esattamente a metà dell'arco di tempo considerato, consente però di avere un primo immediato riscontro dei dati ottenuti attraverso il confronto con quanto è riportato nel *libro dei morti*, ossia il registro dei pazienti deceduti, che è disponibile solo per alcuni anni (ASR, bb. 871, 872, 876).

Nel 1568 il S. Giacomo degli Incurabili è ormai attivo da oltre 50 anni e alcune delle più importanti ristrutturazioni, consistenti principalmente in lavori di ampliamento dei locali esistenti, sono già state compiute (altre

⁴ Leggendo difatti i registri dei pazienti ricoverati per diversi anni, non di rado compaiono persone bisognose di cura per ferite da armi da taglio o di diversa natura, per fratture, per la sciatica e addirittura per vecchiaia (ASR, bb. 389, 460, 462, 480).

⁵ I costi della cura non permettevano che questa laboriosa procedura venisse effettuata ogni anno, e data la complessa preparazione e del decotto e dell'ambiente in cui dovevano essere ospitati i pazienti, l'Acqua del Legno veniva dispensata solamente un paio di mesi l'anno, in genere da maggio a luglio (CONTI, 1998; VANTI, 1991).

verranno effettuate sul finire del secolo; VANTI, 1991). L'Arcispedale marcia quindi a pieno regime, e ciò è testimoniato dal ricovero di oltre mille-duecento pazienti nel 1568 (fig. 1) e oltre milletrecento (1364) nell'anno successivo (VANTI, 1991).

Questo *trend*, però, non trova conferma nel medio periodo, dal momento che nel 1606 il numero degli infermi assistiti registra una brusca caduta, essendosi questi ridotti a poco meno di 400, pari a una riduzione di circa il 70% rispetto ai due anni precedentemente esaminati.

Nella letteratura relativa al S. Giacomo (BIAGIOTTI, 1983; CONTI, 1998; VANTI, 1991) e in quella relativa alla diffusione della sifilide (CROSBY, 1992; DI COCCO, 2001; PAGLIANI, 1999), il 1606 non è un anno a cui si tende a dare una determinata importanza, segnato cioè da eventi particolarmente significativi. E la diminuzione della virulenza del mal francese con il passare del tempo non sembra sufficiente a spiegare un simile abbattimento del numero dei ricoverati. Questo rimane quindi un aspetto da approfondire, anche perché il confronto con i dati relativi al 1636 e al 1637 non permette di dire se il calo del 1606 sia imputabile a fattori contingenti – ipotesi più probabile – o sia la conseguenza di una strutturale e continua diminuzione dei pazienti.

Infatti, per gli ultimi due anni presi in considerazione, si registrano certi valori inferiori a quelli del 1568, ma che rappresentano comunque un numero di malati pari a circa il doppio di quelli ospitati durante il 1606.

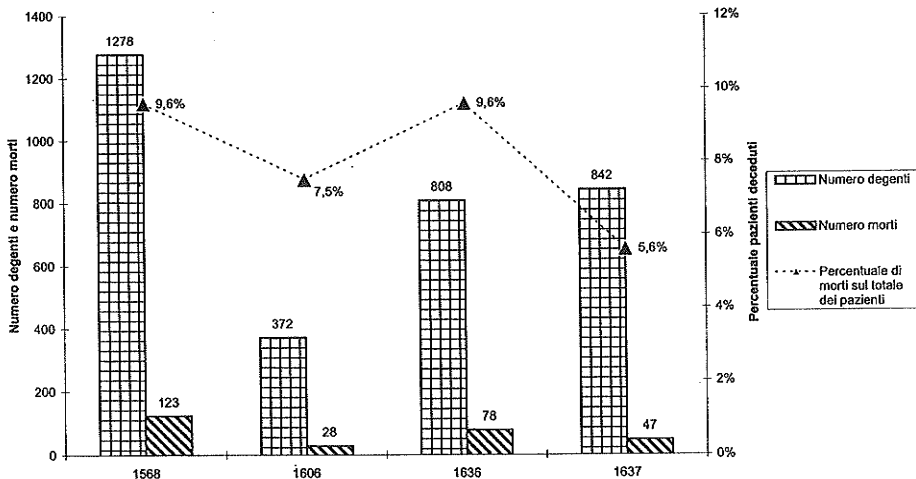


Fig. 1 - Variazione del numero totale dei degeniti e dei morti per gli anni considerati. Percentuale dei pazienti deceduti sul totale (fonte: ASR, bb. 389, 460, 462, 480).

Un'altra informazione immediatamente desumibile dai registri dei malati è il numero dei decessi annui, poiché accanto al nome del paziente venuto a mancare era apposta una croce sul registro. In questa maniera è possibile calcolare il numero e l'incidenza percentuale dei morti sulla comunità di pazienti assistiti dal S. Giacomo per ciascuno degli anni studiati. Per il 1568, il 1606 e il 1636 si hanno valori praticamente costanti: nel 1568 e nel 1636, infatti, risultano deceduti il 9,6% circa degli infermi ricoverati, mentre nel 1606 questo valore si attesta intorno al 7,5%, una diminuzione contenuta che, oltre a poter essere occasionale, è facile porre in relazione con il consistente minor numero di persone curate nel corso di quell'anno.

Il dato che però offre gli spunti più interessanti è quello concernente il 1637, per il quale la quota di pazienti morti è pari solo al 5,6% (fig. 1).

Questo consistente decremento si ha proprio nell'anno successivo alla sospensione ufficiale della cura dell'«Acqua del legno». Ciò può far pensare ad una minore presenza di malati affetti dalla sifilide e di conseguenza a un maggiore spazio riservato a pazienti «curabili», e quindi con maggiori possibilità di sopravvivenza.

Tuttavia qui si apre un discorso piuttosto complesso, che ha a che fare con la qualità della percezione e della capacità di diagnosi che in quegli anni si aveva della sifilide, e quindi della effettiva possibilità di riconoscerne i sintomi.

Quando si procedeva alla annotazione del ricovero, veniva sempre operata una succinta descrizione del male da cui sembrava essere affetto il soggetto. Si ha così una rilevante varietà di termini che hanno a che vedere con le principali manifestazioni sintomatiche dei pazienti. Ma la formula «mal francese», che identifica con certezza il male in questione, viene utilizzata solamente nel 1568 e soltanto per 6 pazienti su un totale di quasi milletrecento persone ricoverate in quell'anno (ASR, b. 389).

La varietà della sintomatologia dei pazienti ricoverati è una caratteristica della sifilide, la quale si presenta con differenti alterazioni dello stato di salute dell'individuo. In una fase primaria, infatti, oltre alle ulcerazioni veneree a carico dei genitali se ne trovano altre nel cavo orale, presso l'inguine e sui capezzoli⁶, mentre in una fase secondaria, a una situazione di

⁶ Nei registri infatti alcune donne risultano essere ricoverate per *male a una zinna*, probabilmente a causa della funzione di balia che queste svolgevano (DI CICCO, 2001).

malessere generalizzato, con febbre e mal di gola, si accompagna un rigonfiamento dei linfonodi e la comparsa di pustole (PAGLIANI, 1999).

Scorrendo le pagine dei registri, ci si rende conto di come con il cambiare della mano di chi registra i ricoveri si abbia un differente ricorso a determinati termini per descrivere condizioni uguali o comunque simili, oppure si preferisca adottare una terminologia meno dettagliata e più generica⁷. I fattori possono essere diversi, collegabili alla maggiore o minore esperienza e perizia dei singoli, ma anche alla personale pudicizia degli addetti e degli infermi, comprensibile in virtù dell'origine venerea della sifilide.

Nel cercare quindi di misurare il numero dei malati di sifilide si può adottare una valutazione ristretta ai danni relativi solamente ai genitali oppure più ampia, in grado cioè di abbracciare una gamma più vasta di sintomi («male alle gambe», «male alla vita», «piaghe», «pustole», «bolle», «fistole», «male in bocca»; VANTI, 1991). Un'opzione questa comunque esercitabile dal momento che il confine con malattie più comuni e comunque diffuse (come la rogna, la lebbra, la gotta) sembra piuttosto netto, anche se ci sono indubbiamente delle zone grigie («male al viso», «male ai piedi», «male a un ginocchio», «male al naso o alla gola», «male al fondamento», «male alle natiche», ...).

Una questione, come si è detto, aperta e complessa perché, ad esempio, l'abbassamento dell'indice di mortalità riscontrato nel 1637 è giustificabile solo se si adotta l'interpretazione ristretta della decifrazione dei sintomi della malattia. Se difatti i pazienti con danni ai genitali nel 1636 erano ben 95, e cioè quasi il 12% dei degenti, nell'anno successivo sono solo 4 (appena lo 0,5%; fig. 2).

Tuttavia, ricorrendo a questo metro di valutazione, la percentuale di ricoverati per sifilide negli anni in questione non supera mai il 12%: un dato degno di considerazione, soprattutto avendo presente l'eterogeneità del campione di malati presi in esame, sicuramente maggiore di quella che si ha prendendo invece in esame solamente i periodi in cui veniva dispensata la cura del guaiaco.

⁷ Il raro uso della formula mal francese è sicuramente un riflesso di questa tendenza, per altro testimoniata in maniera evidente dall'uso ripetuto, e forse eccessivo, di formule come *mal di doglia* o semplicemente *doglia*, che fanno appunto riferimento a un generico e non meglio definito stato di malessere per un consistente numero di pazienti, accolti negli stessi giorni, e quindi presumibilmente registrati dalla stessa persona.

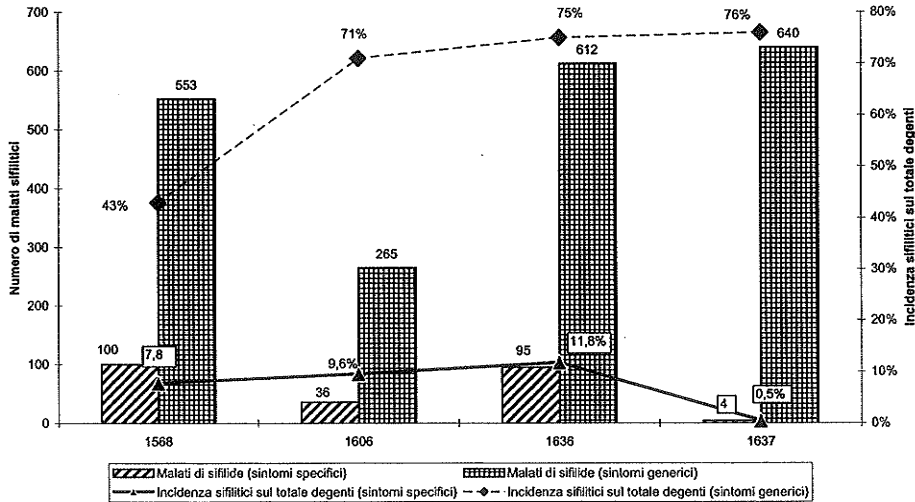


Fig. 2 - Presenza malati di sifilide e loro incidenza sul totale dei degenti (fonte: ASR, bb. 389, 460, 462, 480).

Però, dato l'impatto che questa malattia aveva avuto sulle popolazioni europee, questo valore potrebbe apparire poco realistico, ed è quindi doveroso lasciare spazio anche ad una valutazione dei sintomi di spettro più ampio. Certamente, questo secondo approccio lascia aperti degli interrogativi nel caso specifico per quanto riguarda la riduzione dell'indice di mortalità all'indomani dell'abbandono della cura dell'«Acqua del legno».

Estendendo infatti l'attenzione alle altre categorie di sintomi, la percentuale di malati affetti da sifilide sul totale dei pazienti ricoverati si mantiene piuttosto elevata e costante. Se in partenza, nel 1568, questi risultano essere il 43% degli infermi ricoverati, nel 1606, 1636 e 1637 si hanno sempre valori superiori al 70% (fig. 2).

Questi numeri permettono qualche ulteriore osservazione, desumibile dalla lettura della percentuale dei deceduti sia sul numero dei ricoverati presumibilmente affetti da sifilide, sia dalla percentuale dei morti per sifilide sul totale dei degenti (fig. 3).

Nel primo caso si registra una netta diminuzione di questo valore nel corso degli anni, il che è in linea con la diminuzione della forza del virus con il passare del tempo ed è in parte giustificabile anche con l'effetto calmierante che le cure somministrate potevano comunque avere.

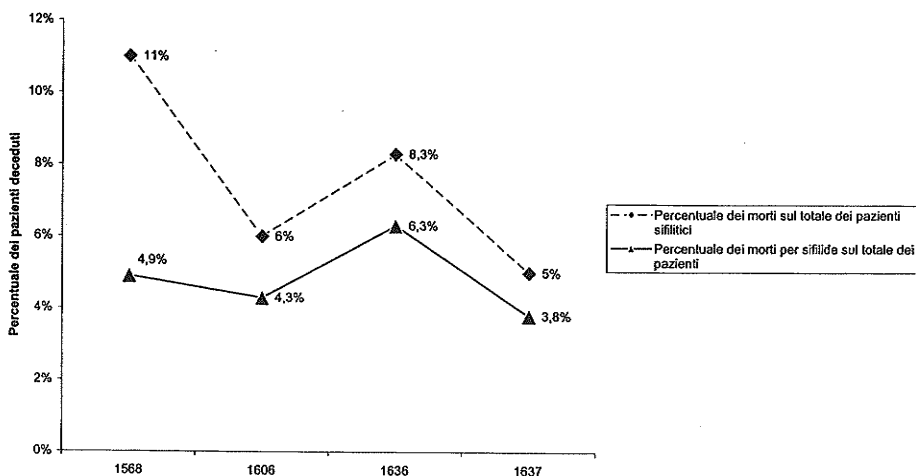


Fig. 3 - Percentuale dei pazienti morti sul totale dei degenzi affetti da sifilide. Percentuale dei morti per sifilide sul totale dei degenzi (fonte: ASR, bb. 389, 460, 462, 480, 863, 872).

Nel secondo caso, invece, ci troviamo di fronte a un dato pressoché stabile, sebbene valga la pena notare come il 1636 tenda a discostarsi sensibilmente, con un'impennata verso l'alto di questo valore. Bisogna allora considerare che anche per ciò che riguarda la percentuale di morti tra i malati di sifilide il 1636 è, tra gli anni successivi al 1568, quello con il valore più alto.

Ciò fa pensare che nei mesi che precedettero la sospensione della cura si sia potuto avere avuto sentore che stesse maturando tale decisione, e questo possa avere favorito la concentrazione di casi particolarmente acuti. Una concentrazione che certo sarebbe risultata favorevole all'incremento percentuale degli ammalati deceduti.

Le regioni di provenienza degli infermi

A conclusione di questo contributo, si desidera esporre alcune brevi considerazioni di carattere geografico sulla provenienza dei pazienti ricoverati presso il S. Giacomo degli Incurabili.

Tra le informazioni riportate sui registri compare anche quella relativa al luogo di provenienza (Stato, regione, città e, a volte, quartiere - nel caso

naturalmente che il malato risiedesse a Roma) del singolo paziente⁸. Diverse sono le valutazioni di ordine storico e geografico che possono nascere da un ulteriore studio di questi e altri registri riguardo il ruolo giocato da queste istituzioni di cura e assistenza nel contesto politico e socioeconomico dell'epoca.

Per il momento, dato che uno dei criteri, anche moderni, di misurazione dell'importanza di un ospedale è l'estensione del bacino di utenza (PALAGIANO, 1996), le poche osservazioni di seguito riportate vanno lette come il tentativo di rendere ragione della centralità che il S. Giacomo, in virtù della funzione esercitata, aveva acquisito.

Il dato è stato considerato solo per gli anni 1568 e 1636, per mettere in evidenza se nel periodo in cui venne dispensata la cura dell'«Acqua del legno» la distribuzione geografica dei pazienti dell'Arcispedale romano abbia subito dei mutamenti.

Per il 1568 è stato possibile risalire con certezza alla provenienza di 681 degenti. Il 12,5% di questi erano stranieri, originari in particolare della Francia e della Spagna, ma anche di città della Svizzera o delle Fiandre. Nel 1636 tale percentuale è scesa al 7,6%. Più in generale, la forza di attrazione del S. Giacomo sembra attenuarsi rispetto al 1568 (fig. 4).

Infatti, pur rimanendo spiccata la propensione dei cittadini degli Stati dell'Italia centro-settentrionale a recarsi presso il nosocomio in questione, nel 1636 la quota di coloro che provengono dalle regioni dell'Italia centrale cresce sensibilmente rispetto a chi proviene dagli Stati del nord della penisola (fig. 5). Bisogna naturalmente tenere conto che buona parte delle regioni centrali ricadevano allora nell'orbita dello Stato della Chiesa. Ma è pur vero che nell'assetto di questo Stato non vi erano stati mutamenti nel periodo considerato che spieghino quanto descritto poco sopra (RIZZOLI, 1973; TCI, 1990).

⁸ Come è facile immaginare, naturalmente non è stato possibile decifrare il luogo di provenienza di tutti i pazienti. Ciò principalmente è dovuto all'impossibilità di comprendere sempre la calligrafia di chi prese nota dell'arrivo del paziente o al cattivo stato in cui alcune pagine di questi registri (poche nel complesso, ad onor del vero) si trovano. Ma anche perché si è attribuita la località di provenienza solo quando è stato possibile appurarla con assoluta certezza; quindi uno studio maggiormente mirato a questo scopo, anche dal punto di vista toponomastico, potrebbe certamente accrescere la già comunque significativa quota di pazienti per i quali è stato possibile evincere questa informazione.

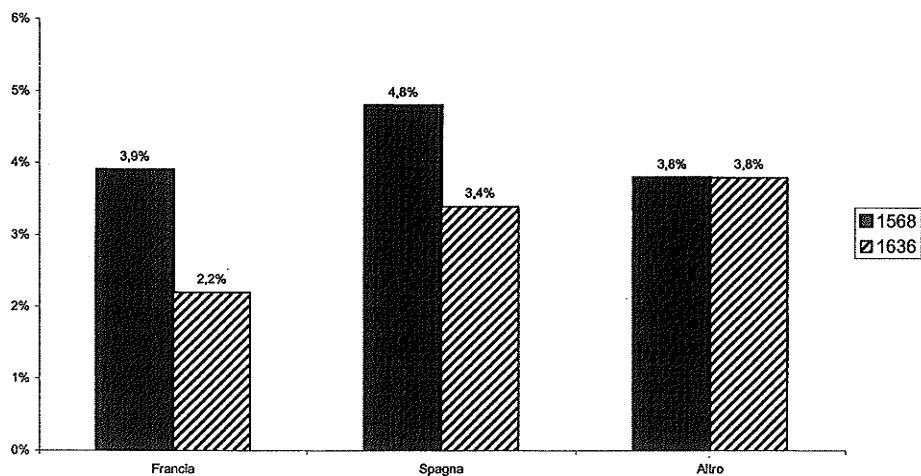


Fig. 4 - Percentuale degenti stranieri sul totale dei ricoverati per anno (fonte: ASR, bb. 389, 460, 462, 480).

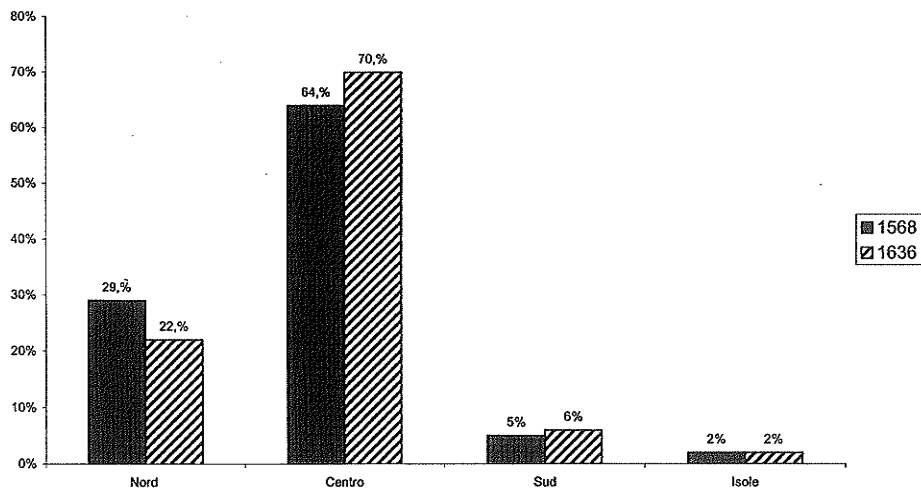


Fig. 5 - Distribuzione percentuale dei degenti italiani per area di provenienza e per anno (fonte: ASR, bb. 389, 460, 462, 480).

Assai scarsa, invece, è l'affluenza dal sud e dalle isole; e questo può essere spiegato con la collocazione in Napoli di un altro Ospedale degli Incurabili, per il quale quindi sarebbe utile fare una analoga ricerca.

È interessante notare come le indicazioni relative alle località meridionali siano molto meno precise di quelle relative al centro-nord. A eccezione di alcune città campane più grandi, come Napoli, Sorrento e Benevento, si ricorre molto più spesso che per il nord, infatti, all'indicazione della regione, come Puglia (o *Apulia*), Basilicata e Calabria, piuttosto che del singolo centro abitato di provenienza.

Conclusioni

A seguito del nuovo ruolo di cui viene investito a partire dal 1515, L'Arcispedale S. Giacomo degli Incurabili diviene ben presto un luogo di cura e assistenza fondamentale per una popolazione di ammalati che va ben oltre i confini della città di Roma e, assai di frequente, quelli dello stesso Stato della Chiesa. La diffusione dell'importanza di questo Ospedale è certamente dovuta in gran parte alla funzione svolta nella cura degli ammalati di sifilide: un male trasversale, che colpisce gli appartenenti ai differenti gruppi sociali e, inizialmente, senza possibilità di difesa alcuna. La relativa frequenza con cui viene dispensata la cura dell'«Acqua del legno» presso il nosocomio romano (CONTI, 1998; VANTI, 1991) ne amplifica la fama, per cui probabilmente esso rimane centro di riferimento per i malati colpiti da questo male anche nei periodi in cui tale cura non viene somministrata. Ciò è dimostrato dalla costanza con cui persone affette dal «mal francese» continuano a essere ospitate presso il S. Giacomo nei diversi anni.

BIBLIOGRAFIA

- ASR (Archivio di Stato Romano), *L'Ospedale degli Incurabili*, Inventario n° 51.
- ASR, *L'Ospedale degli Incurabili. Malati e loro vesti (1568, 1606, 1636, 1637)*, busta 389, b. 460, b. 480, b. 462.
- ASR, *L'Ospedale degli Incurabili. Malati e loro infermità*, b. 863.
- ASR, *L'Ospedale degli Incurabili. Libro dei morti (1605/1609)*, b. 872.
- ATLANTE ENCICLOPEDICO TOURING, *Storia moderna e contemporanea*, vol. V, T.C.I., Milano, 1990.
- BIAGIOTTI M., *Geografia storica della salute a Roma dal Medioevo al XVI secolo*, Tesi di Laurea, Istituto di Geografia, Università «La Sapienza», Roma, 1983.
- CARBONE M.C., *Le piante officinali nelle cronache dei viaggiatori inglesi tra '500 e '600*, in SURDICH F. (a cura di), «Miscellanea di storia delle esplorazioni», Bozzi, Genova, 1990, pp. 133-151.
- CROSBY A.W., *Lo scambio colombiano. Conseguenze biologiche e culturali del 1492*, Einaudi, Torino, 1992.
- CONTI S., *Roma dal 1450 al 1870: quattro secoli di vita della città*, L.S.D., Roma, 1998.
- DI CICCIO C.O., *Storia della dermatologia e venerologia. «De Morbo Gallico»*, luglio 2001, <http://digilomber.iol.it/comdoc/lues.html>.
- LEHMANN A., *Le incerte origini geografiche del «morbo gallico» tra vecchio e nuovo mondo*, in SURDICH F. (a cura di), «Miscellanea di storia delle esplorazioni», Bozzi, Genova, 1990, pp. 103-131.
- PAGLIANI S., *Torna alla ribalta la gomma dimenticata*, in «L'Occhio Clinico», UTET, gennaio, 1999, www.utetperiodici.it/medicina/occhio/casi/0199com.html.
- PALAGIANO C., *Geografia medica*, Carocci, Roma, 1996.
- SESSA R., PALAGIANO C., SCIFONI M.G. et al., *The major epidemic infections: a gift from the old world to the new?*, in «Panminerva medica», vol. 41, n° 1 (marzo 1999), pp. 78-84, Edizioni Minerva Medica, Torino, 1999.
- TAVIANI P.E., *Cristoforo Colombo*, Vol. II, cap. XXXVI, Vol. III, cap. LXII, Società Geografica Italiana, Roma, 1996.
- TODOROV T., *La conquista dell'America. La questione dell'altro*, Einaudi, Torino, 1984.
- STORIA UNIVERSALE, *Atlante storico*, Rizzoli Larousse, Milano, 1973.
- VANTI P.M., *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento*, Roma, 1991.