

POLITECNICO DI TORINO
Repository ISTITUZIONALE

La città, la storia urbana e l'impegno per la cura/City, urban history and comitment to care

Original

La città, la storia urbana e l'impegno per la cura/City, urban history and comitment to care / Tamborrino, Rosa - In: La Città e la Cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria / Savorra M., Morandotti M.. - STAMPA. - TORINO : AISU International, 2021. - ISBN 978-88-31277-04-4. - pp. 7-24

Availability:

This version is available at: 11583/2960127 since: 2022-03-30T19:05:43Z

Publisher:

AISU International

Published

DOI:

Terms of use:

This article is made available under terms and conditions as specified in the corresponding bibliographic description in the repository

Publisher copyright

(Article begins on next page)

A

Aisu International
Associazione Italiana
di Storia Urbana

SU

LA CITTÀ E LA CURA

Spazi, istituzioni, strategie, memoria

THE CITY AND HEALTHCARE

Spaces, institutions, strategies, memory



INSIGHTS

2

LA CITTÀ E LA CURA

Spazi, istituzioni, strategie, memoria

THE CITY AND HEALTHCARE

Spaces, Institutions, Strategies, Memory

a cura di

Marco Morandotti
Massimiliano Savorra

COLLANA EDITORIALE / EDITORIAL SERIES

Insights

DIREZIONE / DIRECTION

Rosa Tamborrino (Presidente AISU / AISU President)

Luca Mocarrelli (Vice Presidente AISU / AISU Vice President)

COMITATO SCIENTIFICO DEL VOLUME / SCIENTIFIC BOARD OF THE VOLUME

Salvo Adorno, Arianna Arisi Rota, Daniela Besana, Alfredo Buccaro, Donatella Calabi, Renata Crotti, Roberto De Lotto, Gerardo Doti, Marco Folin, Giovanni Luigi Fontana, Alessandro Greco, Paola Lanaro, Francesca Martorano, Fabio Mangone, Luca Mocarrelli, Marco Morandotti, Sergio Onger, Sandro Parrinello, Francesca Picchio, Francesco Polverino, Heleni Porfyriou, Marco Pretelli, Massimiliano Savorra, Donatella Strangio, Elena Svalduz, Rosa Tamborrino, Elisabetta Venco, Guido Zucconi

La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria / The city and healthcare. Spaces, Institutions, Strategies, Memory

a cura di /edited by Marco Morandotti, Massimiliano Savorra

CONTRIBUTO ALLA CURATELA E REVISIONE TESTI / EDITORIAL ASSISTANT AND TEXT REVISION

Ermanno Bizzarri

PROGETTO GRAFICO / GRAPHIC DESIGN

Luisa Montobbio

IMPAGINAZIONE TESTI / LAYOUT

Luisa Montobbio

TRADUZIONI PARTE INTRODUTTIVA / TRANSLATIONS

Emma Catherine Gainsforth

REVISIONE DEGLI ABSTRACT IN INGLESE / TRANSLATIONS

Luigi Genta Traduzioni

© Aisu International 2021

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta o trasmessa in qualsivoglia forma o con qualsivoglia mezzo, elettronico o meccanico, né può essere fotocopiata e/o trascritta, senza il preventivo ed espresso permesso scritto da AISU International. L'editore rimane a disposizione di eventuali aventi diritto che non sia stato possibile contattare.

No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or using any electronic or mechanical media. Nor may it be photocopied or transcribed without the written consent of AISU International. The publisher is at the disposal of those copyright holders it has not been able to contact.

Prima edizione / First edition: Torino 2021

ISBN 978-88-31277-04-4

AISU international | Associazione Italiana di Storia urbana

c/o DIST (Dipartimento Interateneo di Scienze, Progetto e Politiche del Territorio)

Politecnico di Torino, Viale Pier Andrea Mattioli n. 39, 10125 Turin

<https://aisuinternational.org/>

LA CITTÀ, LA STORIA URBANA E L'IMPEGNO PER LA CURA

CITY, URBAN HISTORY AND COMMITMENT TO CARE

ROSA TAMBORRINO

Nel complesso di iniziative, politiche e strutture ispirate a migliorare le condizioni di vita, la cura ha trovato nelle città il luogo privilegiato di una forma di impegno sociale che ha generato spazi dedicati, organismi di gestione, strategie e, infine, la conservazione della memoria come parte del patrimonio urbano. Nelle città, a testimonianza di quanto descritto, vi sono antichi edifici di accoglienza, assistenza e previdenza, espressione di come diverse epoche storiche abbiano attribuito rilevanza all'ambito della cura nella vita sociale urbana, lasciandone traccia anche nel linguaggio. Il termine medico quarantena, per esempio, si riferisce a pratiche in uso a Venezia relative alle epidemie di peste e, nel definire l'isolamento, implica una relazione con lo spazio urbano [Vaughan 2018, 24]¹. In età contemporanea, si è andata poi precisando la nozione di "salute pubblica" come un bisogno e un diritto del cittadino, connesso dunque a una scala diversa di riconoscimenti e procedure. Infine, il *welfare state* ha fatto della sanità un servizio essenziale, pubblico e statale.

In the complex of initiatives, policies and structures aimed at improving living conditions, care-giving has found cities to be the privileged place of a form of social commitment that has generated dedicated spaces, management bodies, strategies and, lastly, the preservation of memory as part of the urban heritage. In cities, as evidence of that described, there are antique buildings that once offered hospitality, assistance and welfare, an expression of how different historical eras assigned importance to the sphere of care-giving in urban social life, leaving traces of it also on the language. The medical term quarantine, for example, refers to practices in use in Venice during plague epidemics and, in defining isolation, implies a relationship with urban space [Vaughan 2018, 24]¹. In the contemporary age, the notion of "public health" as a need and a civil right became more precise, linked to a different scale of recognition and procedures. Lastly, the welfare state has made healthcare an essential public and state service.

¹ Vaughan fa riferimento alla peste trecentesca; su altre iniziative di isolamento durante l'epidemia nel XVI secolo si veda [Benedetti 2021].

¹ Vaughan makes reference to the fourteenth century plague; on other cases of isolation during the sixteenth century epidemic, see [Benedetti 2021].

Oggi nuovi orizzonti ridefiniscono una identificazione globale di quei bisogni.

Numerosi studi hanno affrontato aspetti connessi agli sviluppi della cura, a diverse scale e con focalizzazioni articolate che danno conto dell'ambito di frontiera rappresentato dall'esercizio dell'assistenza. Nel campo della storia urbana, molti contributi hanno preso in esame vicende specifiche di organismi assistenziali o trasformazione delle fabbriche e delle funzioni, dinamiche connesse ai cambiamenti indotti nel tessuto urbano dagli stessi edifici e complessi per la cura, rendite connesse alle strutture stesse. Altri approfondimenti hanno considerato aspetti connessi a programmi di sanità e prevenzione che hanno caratterizzato un'epoca storica e segnato architettonicamente le città [Savorra 2021]. Meno sistematici sono gli studi che guardano alla città nella sua complessità nello spazio e nel tempo, o di verifica del sistema di relazioni tra la cura e la storia urbana: questioni che vanno al di là di un problema di scala di indagine [Montanari, Onger 2002; Niemi 2016].

Alcuni convegni recenti hanno trattato aspetti molto specifici degli sviluppi della cura, in alcuni casi non immediatamente riconducibili alla storia urbana²; in molti altri convegni, il tema ha costituito un argomento presente anche se non centrale. Tuttavia, un inquadramento specifico del tema *La città e la cura*, in forma di confronto trasversale e costruzione di una narrativa comune, costituisce, perlomeno nel panorama italiano, un'occasione inedita e importante per molti motivi e non solo perché diversità storiche e culturali tra le città, continuità o discontinuità, approcci comparativi e

Today, new horizons are redefining the global identification of these needs.

Numerous studies have dealt with aspects related to the development of care-giving, on different scales and with articulated focuses that account for the frontier area represented by the exercise of care [Savorra 2021]. In the field of urban history, many contributions have dealt with the specific events of care organisations or the transformation of factories and functions, the dynamics connected to the changes induced in the urban fabric by the healthcare buildings and complexes themselves, and the revenues connected to these structures [Montanari, Onger 2002; Niemi 2016].

A number of recent conferences have dealt with very specific aspects of care-giving developments, some of which not immediately traceable to urban history²; The topic has been present in numerous other conferences, without, however, being central. Nonetheless, a specific framing of the topic *The City and Care*, in the form of a transversal comparison and the construction of a common narrative, constitutes, at least within Italy, an important new opportunity for many reasons, not just because historical and cultural differences between cities, continuity or discontinuity, comparative approaches and the multiplicity of research goals persist in raising questions. We think that this opportunity constitutes a form of commitment with respect to key issues in our society, in relation to which nothing can be seen as permanently acquired.

The AISU convention *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria* was born to

² Si veda a titolo di esempio il convegno *Storia dell'assistenza infermieristica* dell'Università degli studi di Bologna, ora in *Atti del Convegno Nazionale "Storia dell'Assistenza Infermieristica"*, Bologna, 25 Febbraio 2000; in particolare [Monti 2000]. Alcune occasioni sono state rappresentate anche da convegni internazionali, quali *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières (XVIIe-XIXe siècles)* [Belmas, Nonnis Vigilante 2010].

² See, by way of example, the convention entitled *Storia dell'assistenza infermieristica* of the University of Bologna, now in *Atti del Convegno Nazionale "Storia dell'Assistenza Infermieristica"*, Bologna, 25 Febbraio 2000; in particular [Monti 2000]. Other occasions were represented by international conventions such as *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières (XVIIe-XIXe siècles)* [Belmas, Nonnis Vigilante 2010].

molteplicità di obiettivi di ricerca persistono a creare interrogativi; pensiamo che tale occasione costituisca una forma di impegno rispetto a questioni nodali della nostra società, su cui niente va dato per acquisito definitivamente.

Il convegno AISU *La città e la cura. Spazi, istituzioni, strategie, memoria* è nato per promuovere, dunque, una riflessione collettiva sul tema, incoraggiando i ricercatori a confrontarsi su aspetti che generalmente corrono lungo studi paralleli. Ringrazio Marco Morandotti e Massimiliano Savorra che hanno coordinato l'evento all'Università di Pavia nel 2020 e curato questo volume che vi fa seguito, attraverso il quale è stato possibile costruire una narrativa trasversale a diversi campi e discipline.

Con l'argomento scelto abbiamo voluto ribadire l'impegno dell'Associazione Italiana di Storia Urbana nella società. Rispetto ad associazioni disciplinari che hanno il compito di promuovere ed entrare nel merito della specificità dei fondamenti della propria ricerca, l'AISU da vent'anni sollecita un percorso complementare e di frontiera, proponendo un confronto che fa della transdisciplinarietà un elemento cardine per verifiche intorno alla città, la sua storia e memoria. In tale contesto, non è trascurabile che la scelta del tema del convegno preceda di diversi mesi la pandemia COVID-19. Sono state altre le motivazioni con cui si è arrivati a considerare la rilevanza della questione per un convegno AISU; la pandemia le ha rese solo più evidenti e attuali.

Negli ultimi mesi abbiamo potuto ascoltare e leggere diversi interventi che hanno inteso mostrare il COVID-19 come la peste, il colera come il COVID-19, ecc. Il passato offre sicuramente molti esempi e il racconto delle relative pratiche. Tuttavia, il nostro intento era e resta diverso. Se consideriamo l'esiguità con cui incide in questo settore di ricerca il finanziamento di progetti di ricerca nazionale e il limitato coinvolgimento dell'ambito della storia urbana in progetti di ricerca europei, l'iniziativa di un convegno AISU, con il numero dei ricercatori e delle università coinvolte, si configura quasi

promote a collective reflection on the topic, encouraging researchers to discuss aspects that generally run along parallel studies. I would like to thank Marco Morandotti and Massimiliano Savorra, who coordinated the event at the University of Pavia in 2020 and edited this follow-up volume, through which it has been possible to construct a narrative across different fields and disciplines.

With the topic chosen, we wanted to reiterate the commitment of the Italian Association of Urban History in society. Compared to disciplinary associations that have the task of promoting and entering into the merits of the specificity of the foundations of their own research, for twenty years, the AISU has been working along a complementary and frontier path, proposing a confrontation that makes transdisciplinarity a cardinal element for examining the city, its history and memory. In this context, we mustn't forget that the topic of the convention was chosen several months before the COVID-19 pandemic. The reasons that led to the consideration of this topic as a deserving subject for an AISU convention were others, the pandemic only made them more evident and timely.

We have recently been able to listen to and read several presentations intended to portray COVID-19 as the plague, cholera as COVID-19, etc. The past certainly offers many examples and accounts of the corresponding practices. However, our intention was and remains different. If we consider the slightness of the funding of national research projects in this field of research and the limited involvement of the field of urban history in European research projects, the initiative of an AISU conference, with the number of researchers and universities involved, is almost a form of collaborative research. Its intention is, therefore, to trace, thanks to the contribution of the authors and by interweaving different paths of research which also differ in their goals, the conditions for a point of view which goes *beyond individual accounts*.

come una forma di ricerca collaborativa. Il suo intento è quindi di tracciare, attraverso il contributo degli autori e incrociando le strade di percorsi di ricerca differenti anche per obiettivi, le premesse per un punto di vista che si spinga *al di là di singoli resoconti*.

La World Health Organisation (WHO), nella sua *Constitution* che risale al 1946, asserisce che «the enjoyment of the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition» [*Constitution of the World Health Organization* 2020, 1]. Riconoscendo come un *diritto fondamentale di ogni essere umano* non solo l'accesso alle cure, ma anche la qualità di queste. La WHO ha proposto come nuovo obiettivo di garantire l'aspirazione dell'individuo *al più alto livello di salute raggiungibile*. In tale affermazione è contenuta una dichiarazione di principio e di intenti, che trova i suoi fondamenti nella *Dichiarazione dei diritti dell'uomo*, per quell'enunciazione del diritto all'eguaglianza che vi viene espresso nel primo articolo³, al quale si sono ispirate le prime forme di salute pubblica volute dai riformisti ottocenteschi. Tuttavia, nella parte che segue l'affermazione della WHO si palesa una forma di riconoscimento più piena e diretta che costituisce un'acquisizione molto più recente. Infatti, si riconosce che «understanding health as a human right creates a legal obligation on states to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality» [World Health Organization 2017]⁴.

The World Health Organisation (WHO), in its Constitution, which dates back to 1946, claims the need for “the enjoyment of the highest attainable standard of health as a fundamental right of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition” [*Constitution of the World Health Organization* 2020, 1]. It recognises as a fundamental right of every human being not only the access to care, but also the quality of that care. The WHO has proposed a new goal of guaranteeing the enjoyment by the individual of the highest attainable standard of health. This claim contains a declaration of principle and intent, founded in the *Declaration of human rights*, for that enunciation of the right to equality expressed in the first article³, which inspired the first forms of public health sought by nineteenth-century reformers. However, in the part that follows the WHO's affirmation, a fuller and more direct form of recognition, which is a much more recent acquisition, becomes apparent. Indeed, it acknowledges “understanding health as a human right creates a legal obligation on states to ensure access to timely, acceptable, and affordable health care of appropriate quality” [World Health Organization 2017]⁴.

We had already linked the choice of the topic *The City and Care* to a commitment to raise awareness, to which that part of the scientific community that deals with history can also contribute, highlighting with its work the reading of a past that is also pertinent to the issues

³ «Art. 1^{er}. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune» [*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* 1789].

⁴ Si veda, inoltre, [*Constitution of the World Health Organization* 2020]. La Costituzione è stata adottata dall'International Health Conference, che ha avuto luogo a New York nei giorni 19 giugno-22 luglio 1946, e firmata dai rappresentanti di 61 stati nell'ambito del convegno il 22 luglio 1946; sono stati poi aggiunti ulteriori emendamenti. Su

³ «Art. 1^{er}. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune» [*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* 1789].

⁴ See also [*Constitution of the World Health Organization* 2020]. The Constitution was adopted by the International Health Conference, held in New York from 19 June to 22 July 1946, and signed on 22 July 1946 by the representative of 61 States. About the topic [Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organisation 2008].

Già avevamo collegato la scelta del tema *La città e la cura* a un impegno di sensibilizzazione cui può contribuire anche quella parte di comunità scientifica che si occupa di storia, evidenziando con il proprio lavoro la lettura di un passato cogente anche per le questioni del presente. La nostra società appare ora come a un bivio: da un lato la cura è diventata una pratica irrinunciabile e intesa a sconfiggere mali e limiti dell'essere umano; dall'altro, il diritto alla cura non è ancora equamente garantito e, per di più, risulta compromesso anche laddove sembrava un fondamento acquisito. Per questo, richiamando il mio *incipit* al convegno che metteva l'accento sulla cura e le diseguglianze, vorrei proporre alcune brevi riflessioni a margine degli sviluppi di una conquista recente e alcune urgenze che la pandemia ha messo a nudo, con alcuni spunti per riconsiderarla nelle connessioni con gli sviluppi della città e della storia urbana.

Alcuni contesti di storia urbana rispetto alla salute come impegno pubblico...

Nel tema individuato, la conoscenza medica occupa un posto rilevante. I suoi sviluppi hanno avuto effetti con impatti significativi sulla storia delle città. Va riconosciuto alla storia della medicina un contributo importante alla contestualizzazione della malattia negli sviluppi storici, nella sua percezione nell'ambito della società e di diverse culture, e, in particolare, rispetto all'elaborazione del concetto di "salute pubblica".

Nella sua *A History of Public Health* il medico George Rosen della Yale University, nel 1958, tracciava una storia della salute pubblica del mondo occidentale, individuandone i principali sviluppi a partire dalla Grecia antica fino alla situazione coeva negli Stati Uniti.

of the present. Our society now appears to be at a crossroads: on one hand, care has become an indispensable practice intended to overcome the ailments and limitations of the human being; on the other hand, the right to care is still not equally guaranteed and, what is more, it is compromised even where it seemed to be established as fundamental. This is why, recalling my introduction to the conference, which placed the emphasis on care and inequalities, I would like to propose a few brief reflections on the developments of a recent achievement and some of the urgencies that the pandemic has revealed, with some suggestions for re-considering it in connection with the developments of the city and urban history.

Some contexts of urban history in relation to health as a public commitment...

Medical knowledge occupies a prominent place in the topic identified. Its developments have had significant impacts on the history of cities. The history of medicine made an important contribution to the contextualisation of illness in historical developments, its perception within the scope of society and different cultures, and in particular to the development of the concept of "public health".

In his *A History of Public Health*, in 1958, Dr George Rosen from Yale University traced a history of public health in the western world, identifying its main developments from Ancient Greece to the then present day in the United States. The long-term excursus, in particular, highlighted the articulation represented by the industrial age, identifying in the affirmation of the recognition of public health as a social guarantee, a basic aspect of the development of the modern state. In diachronic form, the text highlighted the progressive national centralisation of health care in the contemporary age as a necessity arising from the scale of the problems associated with industrialisation and urbanisation [Rosen 1958]. Other studies,

questi temi si veda anche [Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organisation 2008].

L'*excursus* di lungo periodo, in particolare, evidenziava lo snodo rappresentato dall'età industriale, identificando nell'affermarsi del riconoscimento della salute pubblica come garanzia sociale, un aspetto basilare dello sviluppo dello stato moderno. Nella forma diacronica si evidenziava nel testo la progressiva centralizzazione nazionale della cura in età contemporanea come una necessità scaturita dalla scala dei problemi connessi all'industrializzazione e all'urbanizzazione [Rosen 1958]. Altri studi, riprendendo l'impostazione del libro di Rosen con casi studio più articolati, hanno poi verificato che non necessariamente l'industrializzazione è stata ovunque alla base di tale assunzione di responsabilità da parte dello Stato⁵. Problemi recenti hanno portato anche a verificare in forma comparativa la tenuta di tali sistemi centralizzati rispetto al decentramento che è seguito nel corso del Novecento in alcune nazioni, tra cui l'Italia e la Spagna, dove la recente crisi pandemica di COVID-19 ha evidenziato talune problematicità [Peralta-Santos, Saboga-Nunes, Magalhães 2021].

Un altro tipo di contributo viene dalla riflessione sul principio dello stato del *welfare*, come entrato in uso in Gran Bretagna a partire dagli anni della Seconda guerra mondiale fino alla sua formulazione degli anni Settanta e alle articolazioni successive⁶ [Pond 1968]. L'analisi si è soffermata sugli aspetti culturali che si esprimono anche attraverso alcune forme di traduzione della definizione stessa, per cui lo "stato del benessere" è stato tramutato e riferito a sussidi economici – per esempio nella traduzione in italiano con il termine "assistenzialismo", che contiene una allocuzione dispregiativa – fino a una definizione più recente di "stato sociale" [Silei 2003]. Tale tipo di approccio ha indagato le modificazioni nel tempo delle forme di assistenza e bene-

taking up the approach of Rosen's book with more articulated case studies, have since verified that industrialisation was not necessarily the basis for such assumption of responsibility by the State everywhere⁵. Recent problems have also led to a comparative analysis of the resilience of these centralised systems in relation to the decentralisation that followed during the 20th century in certain countries, including Italy and Spain, where the recent COVID-19 pandemic crisis highlighted certain problems [Peralta-Santos, Saboga-Nunes, Magalhães 2021].

Another type of contribution comes from reflection on the principle of the welfare state, as brought into use in Britain from the Second World War until its formulation in the 1970s and subsequent articulations⁶ [Pond 1968]. The analysis focused on the cultural aspects that are also expressed through some forms of translation of the definition itself, whereby the term "welfare state" was transformed and used to mean economic subsidies – in the Italian translation, for example, with the term "assistenzialismo", with a derogatory allusion – up to a more recent definition of the "social state" [Silei 2003]. This type of approach has investigated the changes over time in forms of assistance and charity in relation to forms of government. In this case, too, we are faced with the profound transformation linked to industrialisation and the consequent development of a form of public investment in care, not initially guaranteed, and discontinuous also in terms of territoriality, and subsequently one of the guiding principle of public policies.

In relation to Italy, the type of studies described particularly highlighted the achievement of care as a lay institution. In this context, prior to the unification of Italy, Piedmont with its public

⁵ Si veda [Porter 1994], dove l'esempio indicato è in particolare quello della Svezia.

⁶ Negli anni Ottanta il tema della salute pubblica si arricchisce di questioni ambientali e aspetti relativi alla disuguaglianza [Briggs 1961].

⁵ See [Porter 1994], where the example indicated in particular is that of Sweden.

⁶ In the 1980s, the topic of public health was enriched by environmental issues and aspects relating to inequality [Briggs 1985].

ficenza in relazione a forme di governo. Anche in questo caso ci si confronta con la profonda trasformazione legata all'industrializzazione e al conseguente sviluppo di una forma di investimento pubblico nella cura, dapprima non garantito e discontinuo anche per territorialità, poi principio ispiratore delle politiche pubbliche.

In relazione all'Italia, il tipo di studi descritto ha evidenziato in particolare la conquista della cura come istituzione laica. In tale quadro, il Piemonte preunitario con le sue forme pubbliche di assistenza, come le Congregazioni di Carità, è stato letto come un precedente importante per gli sviluppi della normativa dello Stato italiano. Studi anche di natura architettonica su sistemi organizzati di assistenza nel territorio piemontese confermano questa lettura nella transizione verso l'età contemporanea⁷. Sulla base di tali presupposti, la nascita delle Opere pie, nel 1862, riunisce per la prima volta diverse forme di assistenza (*i Luoghi pii* per le elemosine, gli ospedali maggiori di fondazione quattrocentesca, i *Monti di pietà*, gli orfanotrofi, gli ospizi e i *ritiri femminili*)⁸ [«Gazzetta Ufficiale» 1862]. Si è pure evidenziato che, tuttavia, solo una legge del 1890 – rimasta poi riferimento fondamentale in vigore fino a tempi recentissimi – ha trasformato gli enti privati per l'assistenza in istituzioni pubbliche e laiche⁹. Il ruolo della Chiesa, dunque, costituisce in

forms of assistance, such as the Congregations of Charity, was seen as an important precedent for the development of Italian state legislation. Studies, also of an architectural nature, on organised systems of assistance in Piedmont confirm this reading in the transition to the contemporary age⁷. On the basis of these assumptions, the birth of the “Opere Pie” in 1862 brought together different forms of assistance for the first time (the *Luoghi pii* for alms, the major hospitals founded in the 15th century, the *Monti di pietà*, orphanages, hospices and women's shelters)⁸ [«Gazzetta Ufficiale» 1862]. It has also been pointed out, however, that it only a law passed in 1890 – which remained a fundamental reference until very recently – transformed private welfare organisations into public and lay institutions⁹. The role of the Church in Italy, therefore, constitutes a contribution that cannot be avoided, also in the form of control and power through time.

...and with regard to different representations and a fair right to care

Via different avenues of research, various types of contributions consider the social commitment to care as part of the processes that lead to advocating and affirming principles of

⁷ Si veda lo studio del sistema delle strutture di assistenza dell'Ordine Mauriziano [Devoti, Naretto 2010].

⁸ Solo a fine XIX secolo, tuttavia, le iniziative di cittadini filantropi e gli enti religiosi sono davvero superati dal controllo pubblico.

⁹ La legge n. 6972/1890, nota come “legge Crispi”, stabiliva che tutti gli enti privati, finalizzati a prestare assistenza, dovessero assumere la veste giuridica di “Istituzioni pubbliche di beneficenza”. La legge è rimasta in vigore per oltre un secolo, essendo stata formalmente abrogata soltanto dalla legge n. 328/2000, “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” [Balboni, Baroni, Mattioni, Pastori 2003].

⁷ See the study of the system of welfare structures of the Ordine Mauriziano [Devoti, Naretto 2010].

⁸ Only at the end of the 20th century however were philanthropists and religious organisations really overtaken by public control.

⁹ Italian Law no. 6972/1890, known as the “Crispi law”, established that all private organisations finalised at offering assistance had to take on the legal status of “Public charitable institutions”. The law remained in force for over a century, having been formally abrogated only by Law no. 328/2000, “framework law for the implementation of the integrated system of social services and interventions” [Balboni, Baroni, Mattioni, Pastori 2003].

Italia un contributo non eludibile anche nella forma di controllo e di potere che si protrae nel tempo.

...e rispetto alle diverse rappresentatività e a un diritto equo alla cura

Attraverso differenti percorsi di ricerca, contributi di varia impostazione considerano l'impegno sociale per la cura come parte dei processi che portano a perorare e affermare principi di eguaglianza civile, a partire dalla Rivoluzione francese fino al maturare della nozione di salute pubblica [Holdsworth 1891; Lewis 1952; Weiner 1970; La Berge 1984]. Gli studi convergono anche sullo snodo dell'industrializzazione quale periodo cruciale rispetto a una considerazione della cura come necessità di impegno sociale e l'avvio di un processo di riconoscimento della salute pubblica come bene pubblico. Un altro elemento che pure accomuna gli studi sull'età contemporanea è l'aver affrontato gli sviluppi considerati in una prospettiva storica relativa soprattutto ai contesti nazionali.

Tuttavia, l'industrializzazione è un fenomeno connesso allo sviluppo delle città. Essa, insieme a una rapida urbanizzazione – fenomeno non sempre strettamente dipendente dalla prima – hanno cambiato repentinamente la vita urbana mettendo in crisi i sistemi precedenti e creando urgenze. Le città in quanto spazi economici hanno generato e attratto lo sviluppo, ma al tempo stesso sono agglomerazioni che creano fragilità. Pertanto, gli intrecci di un impegno per la cura con la storia urbana assumono connotazioni diversamente significative.

Nelle città, inizialmente, le iniziative restano associate ad altre forme di assistenza dei "bisognosi" che, in età preindustriale, avevano ispirato l'accorpamento di istituzioni assistenziali e di beneficenza per l'assistenza degli infermi, degli orfani e degli indigenti, l'accoglienza di pellegrini e la sepoltura dei morti. Tale associazione è altrettanto acquisita nell'immaginario: ne è dimostrazione anche la ripetuta

civil equality, from the French Revolution to the development of the notion of public health [Holdsworth 1891; Lewis 1952; Weiner 1970; La Berge 1984]. The studies also converge on the articulation of industrialisation as a crucial period with respect to a consideration of care as a need for social commitment and the launch of a process of recognition of public health as a public resource. Another element that studies on the contemporary age have in common is the fact that they deal with the developments considered from a historical perspective, especially in relation to national contexts.

Nevertheless, industrialisation is a phenomenon linked to the development of cities. Together with rapid urbanisation – a phenomenon not always strictly dependent on the former – it abruptly changed urban life, undermining previous systems and creating urgencies. Cities as economic spaces have generated and attracted development, but at the same time they are agglomerations that create fragility. Therefore, the intertwining of a commitment to care with urban history takes on diversely significant connotations.

Initiatives in cities were initially associated with other forms of assistance for the "needy" which, in pre-industrial times, had inspired the amalgamation of welfare and charitable institutions for the care of the sick, orphans and the poor, the hospitality of pilgrims and the burial of the dead. This association is also ingrained into the imagination, as proven by the repeated representation of poverty and illness, even if direct references to forms of illness become increasingly explicit and realistic, generating conflicting reactions [Howden-Chapman, Mackenbach 2002].

Alongside the old structures, a new type of "Opere" was created with city-wide forms of specialisation and networking, such as women's hospitals, which, apart from their architectural history, deserve to be explored in terms of history of gender [Tetti 2018]. It is significant that the role of women in this field can be traced back to innovative interventions. This

rappresentazione che associa indigenza e malattia, anche se i riferimenti diretti alle forme della malattia divengono via via sempre più espliciti e realistici, generando reazioni conflittuali [Howden-Chapman, Mackenbach 2002]. Accanto alle antiche strutture si crea poi un nuovo tipo di Opere con forme di specializzazione e di rete a scala cittadina, sul tipo, per esempio, degli ospedali per le donne, che, al di là delle vicende architettoniche, meriterebbero un'esplorazione in termini di storia di genere [Tetti 2018]. È significativo che il ruolo delle donne in questo campo sia riconducibile a interventi innovativi. È il caso di Torino per le Opere fondate da Giulia Falletti di Barolo, rilevante nella doppia valenza del ruolo cruciale della fondatrice e dell'Opera pia per l'assistenza alle giovani donne [Barolo 1864; Borsarelli 1933; Ave 2007]. Le iniziative di Giulia Falletti di Barolo si inseriscono in un contesto particolarmente vivace e attento ai progressi della medicina e delle cure sanitarie, a seguito della dominazione francese¹⁰. Esse ben esprimono il momento di transizione e, al tempo stesso, l'influenza originale e innovatrice delle donne in questo campo. Se gli interventi della marchesa, nata Colbert di Maulevrier, furono ispirati dal modello di analoghe iniziative francesi, essi furono anche un apporto straordinario per il ripensamento nella capitale sabauda di una vera e propria rete di strutture assistenziali, fin primi decenni del XIX secolo¹¹. La rete organizzata ideata dalla marchesa andava infatti ben oltre l'assistenza per le prostitute, presente anche a Torino come altrove. Il suo approccio era ampio e comprendeva un'organizzazione che va

is the case in Turin for the "Opere" founded by Giulia Falletti di Barolo, which is interesting due to its double significance in terms of the crucial role of the founder and the "Opera pia" for the assistance of young women [Barolo 1864; Borsarelli 1933; Ave 2007]. Giulia Falletti di Barolo's initiatives are part of a particularly lively context, attentive to advances in medicine and health care, following French rule¹⁰. They clearly express the moment of transition and, at the same time, the original and innovative influence of women in this field. If the interventions of the Marquise, née Colbert di Maulevrier, were inspired by the model of similar French initiatives, they were also an extraordinary contribution to the rethinking of a real network of welfare structures in the Savoy capital from the early decades of the 19th century¹¹. The organised network devised by the Marquise went far beyond assistance for prostitutes, present in Turin just like everywhere else. Her approach was broad and included an organisation which ranged from women's prisons to education, from re-education to shelters for young women, aiming specifically to shatter the association between poverty, degeneration and illness. This type of intervention went so far as to construct a form of medical care that included the needs of other women, from different social backgrounds, but united by the condition of illness.

New studies have begun to highlight the innovative role women played in devising new types of service, including care [Niemi 1999]. If we consider that, in some cities, syphilis hospitals were used as a form of segregation and exploitation,

¹⁰ Si vedano interventi e magistrature sanitarie rispetto alla figura di del medico Michele Francesco Buniva (Pinerolo, 1761 – Piscina, 1972) [Castronovo 1972].

¹¹ L'Opera pia Barolo è un istituto assistenziale fondato da Juliette Colbert di Maulevrier per educazione, rieducazione e soccorso alle giovani donne, i cui edifici sono tuttora esistenti [Politecnico di Torino-Dipartimento Casa Città 1984, 282].

¹⁰ See health authorities and interventions in relation to the figure of the doctor Michele Francesco Buniva (Pinerolo, 1761 – Piscina, 1972) [Castronovo 1972].

¹¹ The "Opera pia Barolo" is a welfare institution founded by Juliette Colbert di Maulevrier for the education, re-education and succour for young women, the buildings of which still exist today [Politecnico di Torino-Dipartimento Casa Città 1984, 282].

dalle carceri femminili all'educazione, dalla rieducazione ai ritiri per giovani donne, mirando proprio a sfaldare l'associazione tra povertà, degenerazione e malattia. Inoltre, tale tipologia di interventi arrivava a costruire una forma di assistenza medica che include i bisogni di altre donne, diverse per estrazione sociale, ma unite dalla condizione di malattia.

Nuovi studi hanno iniziato a mettere in luce il ruolo innovativo che hanno avuto le donne nell'ideare nuovi tipi di servizi anche per la cura [Niemi 1999]. Se consideriamo che in alcune città i sifilicomi sono stati una forma di segregazione e sfruttamento, quest'ultimo gestito dalle stesse strutture di assistenza, ben si comprende quale possa essere l'interesse di una storia urbana più attenta a scavare su un ruolo, come quello della marchesa, tenuto ai margini se non oscurato. Nonostante a Giulia di Barolo fosse stato perfino riconosciuto un ruolo istituzionale, il suo nome scompare dalle storie, assorbito casomai dall'integrazione che fa riferimento al suo ruolo di moglie e dunque dall'espressione "marchesi di Barolo"¹². Dunque, da un lato si rivela la portata dell'impatto sociale che può avere la cura; dall'altro si intravedono le potenzialità di un approccio che abbia in giusta considerazione tale elemento nella storia urbana.

Nelle città anche le politiche pubbliche danno forma ad altri tipi di intervento rilevanti. Gli studi di storia della medicina considerano che le cause ambientali della malattia siano state una convinzione diffusa fino a metà Ottocento, almeno fino agli studi di Pasteur sulle sue cause biologiche. Tale punto di vista andrebbe integrato con le prime osservazioni relative a malattie connesse all'industrializzazione. Nel *Grand dictionnaire de santé* del 1853 [Parent Aubert 1853] si rileva, per esempio, la necessità di collegare il tema della salute a quello del lavoro, soprattutto in relazione a determinati mestieri e all'uso di alcuni materiali e procedimenti di

managed by the care facilities themselves, it is easy to understand the interest of an urban history that is more attentive to examining a role such as that of the marquise, kept on the margins if not obscured altogether. Despite the fact that Giulia di Barolo was even recognised as having an institutional role, her name disappears from the stories, absorbed if anything by the integration that refers to her role as wife and therefore by the expression "marquises of Barolo"¹². On one hand, this reveals the extent of the social impact that care can have; on the other, the potential for an approach that takes this element into due account in urban history can be glimpsed.

In cities, public policies also shape other significant types of intervention. Studies of the history of medicine consider the environmental causes of disease to have been a widespread belief until the mid-19th century, at least until Pasteur's studies into its biological causes. This point of view should be complemented with initial observations on diseases related to industrialisation. For example, the *Grand Dictionnaire de Santé* [Parent Aubert 1853] published in 1853, indicates the need to link the matter of health to that of work, especially in relation to certain trades and the use of certain materials and manufacturing processes, such as lead and zinc preparations for the creation of colours and dyes. These observations are undoubtedly pertinent to places of production in urban spaces.

The considerations in the *Dictionnaire* point towards indicating the links between disease and its localisation in urban space. The connection is evident from the use of maps to identify the criticality of certain urban areas, as has been the case since the spread of yellow fever in New York in the late eighteenth century and then for the waves of cholera in Britain [Seaman 1798; La Berge 1984; Vaughan 2018].

¹² Il nome di Giulia di Barolo non è riportato neanche nei resoconti [Vegezzi 1839].

¹² The name of Giulia di Barolo does not even appear in the reports [Vegezzi 1839].

fabbricazione, come ad esempio le preparazioni in piombo e zinco per i colori. Tali osservazioni hanno un'indubbia attinenza con i luoghi di produzione nello spazio urbano.

Le considerazioni del *Dictionnaire* vanno nella direzione di collegamenti rivelatori tra malattia e sua localizzazione nello spazio urbano. Tale connessione diviene evidente con l'uso di mappe per identificare la criticità di alcune aree urbane, così come è accaduto fin dalla diffusione della febbre gialla a New York a fine del Settecento e poi per le ondate di colera in Gran Bretagna [Seaman 1798; La Berge 1984; Vaughan 2018].

È nota l'opera capillare intrapresa dal filantropo Charles Booth, che ha mappato e spazializzato la povertà nella Londra ottocentesca creando – e visualizzando – il collegamento tra condizioni della popolazione – con indagini sulla povertà, il lavoro, la degenerazione, e la malattia – e spazio urbano [Booth 1889-1891]. Tale opera rappresenta anche un approccio nuovo di indagine dello spazio urbano che la recente consultazione su base dati digitale via *web* evidenzia anche per le relazioni con approcci recenti della *digital urban history*¹³.

Ci sembra che l'integrazione spaziale possa aver costituito un punto di svolta determinante¹⁴. L'approccio allo spazio urbano, maturato nel corso del XIX secolo, introduce infatti nel binomio povertà-malattia dell'età preindustriale strumenti di analisi e operativi nuovi. Le risposte che le città hanno poi dato con tali nuovi mezzi sono state differenti per scala e per motivazione. Una profonda trasformazione interessa l'istituzione ospedaliera nel corso del XIX secolo con la ridefinizione di funzionalità e spazi di

The extensive work undertaken by the philanthropist Charles Booth, who mapped and spatialised poverty in nineteenth-century London by creating – and visualising – the link between the conditions in which the population lived – with surveys of poverty, work, degeneration, and disease – and urban space, is well known. [Booth 1889-1891]. This work also represents a new approach to investigating urban space, which the recent consultation of the web-based digital database also highlights in terms of its relationship with recent approaches of *digital urban history*¹³.

It seems to us that spatial integration may have been a decisive turning point¹⁴. The approach to urban space, which developed during the 19th century, introduced new analytical and operational tools into the binomial of poverty and disease of the pre-industrial age. The subsequent responses of cities to these new tools varied in scale and motivation. The hospital institution underwent extensive transformation during the 19th century, redefining its functions and spaces for receiving pilgrims or the poor, and turning them into places for medical treatment and the study of clinical conditions and infirmities. On an urban scale, the likening of the city to a living organism led to the determination of the relationship between its ills and their localisation, of which mapping became a tool and a pretext for "surgical" treatment. [Vaughan 2018]. Calabi's studies on the diseased fabric of industrial cities are well known, not only due to the transposition of medical language to the field of town planning [Calabi 1979]; it has also been shown how scientific elaborations and prescriptive

¹³ Si veda il progetto e la piattaforma digitale della London School of Economics LSE *Poverty Maps and London Notebooks*: <https://booth.lse.ac.uk/>.

¹⁴ Sull'importanza della spazializzazione in relazione al tema della malattia, si veda lo studio sull'uso delle mappe dal XVIII secolo – con spunti anche precedenti – fino a casi recenti di analisi di *cluster* di diffusione del cancro e dell'AIDS [Koch 2011].

¹³ See the project and digital platform of the London School of Economics LSE *Poverty Maps and London Notebooks*: <https://booth.lse.ac.uk/>.

¹⁴ On the importance of spatialisation in relation to the topic of disease, see the study on the use of maps from the 18th century – also with earlier insights – to recent cases of cluster analysis of cancer and AIDS spreads [Koch 2011].

accoglienza di pellegrini o poveri, che diventano sedi per il trattamento medico e lo studio delle condizioni cliniche e di infermità. Alla scala urbana, l'assimilazione della città a un organismo porta a determinare la relazione tra i suoi mali e la loro localizzazione, di cui la mappatura diventa strumento e pretesto per un trattamento "chirurgico" [Vaughan 2018]. Sono ben noti gli studi di Calabi sul tessuto malato delle città industriali, non solo per la trasposizione del linguaggio medico in campo urbanistico [Calabi 1979]; così pure si è evidenziato come elaborazioni scientifiche e misure prescrittive di norme igieniche si siano intrecciate con le decisioni relative agli spazi urbani [Zucconi 1999]. Di fatto la risposta prevalente delle politiche urbane è andata nella direzione di estirpare il binomio povertà-malattia con interventi che hanno trovato nelle ragioni di sanità pubblica un funzionale pretesto per altri scopi.

In tale contesto interessa però considerare il tipo di risposta che ci riporta alle considerazioni sui principi e diritti di uguaglianza rispetto alla cura e a un tipo di approccio alla storia urbana che ne indaga le modalità. Sappiamo che la necessità di un impegno pubblico nel garantire alcuni aspetti di una maggiore equità nelle città informa la teoria dell'ingegnere catalano Ildefonso Cerdà; tra questi, insieme a mercati e scuole, quello della cura appare cruciale. La *Teoria general de la Urbanizaciòn* (1867) annovera gli ospedali tra le dotazioni essenziali di una città e li misura rispetto ai bisogni urbani [Cerdà 1867]; il piano per Barcellona di Cerdà, in particolare, ne indica tre per una popolazione che, per quegli anni, può essere calcolata complessivamente intorno ai 250.000 abitanti. Nel piano gli ospedali risultano localizzati ai margini della città. Tuttavia, a un'analisi accurata condotta da un interessante studio, si sono dimostrati, al contrario, centrali rispetto all'obiettivo di garantire una maggiore equità in termini di cure mediche nella città [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011]; l'urbanista e ingegnere spagnolo fa della morfologia dello spazio urbano uno strumento per raggiungere tale obiettivo.

measures for hygiene standards intertwined with decisions relating to urban spaces [Zucconi 1999]. The prevailing response of urban policies moved towards the eradication of the binomial of poverty and disease, with interventions that have used public health as a functional pretext for other goals.

In this context, however, it is interesting to consider the kind of response that brings us back to considerations of the principles and rights of equality with respect to care and to a kind of approach to urban history that investigates its modalities. We know that the need for a public commitment to ensuring certain aspects of greater equity in cities inspired the theory of Catalan engineer Ildefonso Cerdà; among these, together with markets and schools, that of care seems crucial. The *Teoria general de la Urbanizaciòn* (1867) includes hospitals among the essential facilities of a city and measures them in relation to urban necessities [Cerdà 1867]; Cerdà's plan for Barcelona in particular indicates three hospitals for a population which, at that time, could be calculated at around 250,000 inhabitants. In the plan, the hospitals are located on the outskirts of the city. However, a careful analysis carried out by an interesting study has shown that they are, on the contrary, central to the aim of ensuring greater equity in terms of medical care in the city [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011]; the Spanish urban planner and engineer makes the morphology of urban space a tool to achieve this goal.

Cerdà's proposal is based on a careful analysis of inequality with regard to treatment possibilities. From his statistical investigations he seems to have obtained very precise data to sustain that three hospitals with ten midwives and 69 surgeons could meet the needs of the population and improve the life expectancy for all – at that time estimated at 38.83 years for the wealthy compared to 19.68 for the poor – if they were located in the urban space [Cerdà 1867]. The group of Pallares-Barbera, based on GIS support, calculated the number of population

La proposta di Cerdà si basa su un'attenta analisi della disuguaglianza rispetto alle possibilità di cura. Dalle sue indagini statistiche sembra aver ricavato dati molto precisi per sostenere che 3 ospedali con 10 ostetriche e 69 chirurghi potevano far fronte ai bisogni della popolazione e migliorare le aspettative di vita per tutti – a quel tempo stimate a 38,83 anni per le classi ricche rispetto ai 19,68 delle classi povere – se così localizzati nello spazio urbano [Cerdà 1867]. Il gruppo di Pallares-Barbera, sulla base di un supporto GIS, ha calcolato il numero di popolazione servita da ogni ospedale in rapporto ai tempi per raggiungerlo e, dunque, verificato che ogni ospedale risulta localizzato a non più di 30 minuti di distanza per il 78% della popolazione. È altrettanto rilevante la considerazione che riguarda la tenuta a distanza del disegno di Cerdà, dimostrata sulla base dell'influenza di questo modello in Spagna e dalle aspettative di vita recenti che fanno rilevare una differenza significativa della situazione in Spagna rispetto alla situazione nel resto del mondo¹⁵.

Conclusioni

Ai fini del nostro quadro è estremamente significativo che la cura non trovi nella politica normativa solo una indicazione quantitativa; essenziale, invece, appare la definizione qualitativa rispetto allo spazio urbano. Si mette così in evidenza la necessità di garantire una concreta accessibilità alle cure, connessa in tal caso alla mobilità, ma al tempo stesso se ne ricava la rilevanza dell'elemento spaziale nel rapporto tra cura e città. Se la disuguaglianza si esprime anche attraverso le forme spaziali e le loro gerarchie, allora le indagini spaziali

served by each hospital in relation to the time to reach it and found that each hospital is located no more than 30 minutes away for 78% of the population. Equally relevant is the consideration of the distancing of Cerdà's design, demonstrated on the basis of the influence of this model in Spain and recent life expectancy, which show a significant difference between the situation in Spain and the situation in the rest of the world¹⁵.

Conclusions

For the purposes of our framework, it is extremely significant that care is not only quantitatively defined in the regulatory policy, but also qualitatively defined in relation to urban space. The need to guarantee accessibility to care, which in this case is linked to mobility, is highlighted, but at the same time, the importance of the spatial element in the relationship between care and the city is highlighted. If inequality is also expressed through spatial forms and their hierarchies, then spatial investigations can be a significant approach to urban history.

Lastly, numerous studies have highlighted how awareness and initiatives have been, if not consequent, at least stimulated by the management of emergencies, particularly related to epidemics – from plague to cholera and influenza, with the addition of COVID-19. It will also be necessary, however, for urban history to offer extraordinary sources to tangibly verify the policies and provisions in response to the aforementioned emergencies, which were not and never were an automatic, neutral or even always shared product. Comparative contexts are therefore essential.

¹⁵ Lo studio del gruppo di Montserrat Pallares-Barbera mette a confronto dati più recenti (2009) sulle aspettative di vita della popolazione a basso reddito (57 anni) e a alto reddito (80) nel mondo con quelle in Spagna (82) [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011, 131].

¹⁵ The study by Montserrat Pallares-Barbera's group compares the most recent data (2009) on life expectancy for low-income (57 years) and high-income (80) individuals worldwide with that in Spain (82) [Pallares-Barbera, Badia, Duch 2011, 131].

possono risultare un approccio non secondario per la storia urbana.

Molti studi, infine, hanno inteso evidenziare come consapevolezza e iniziative siano state, se non conseguenti, perlomeno stimolate dalla gestione di momenti di emergenza, in particolare connessi alle epidemie – dalla peste al colera e all'influenza, a cui si aggiungerà il COVID-19. Sarà anche necessario, però, che la storia urbana individui chiavi di lettura e risorse altrettanto straordinarie per verificare concretamente le politiche e le disposizioni in risposta alle citate emergenze, che non furono e non sono state un prodotto né automatico né neutrale né tanto meno sempre condiviso. I contesti comparativi risultano dunque essenziali.

Intanto, mentre la definizione del *welfare* resta storicamente non del tutto specificata e la WHO ha introdotto nuove nozioni di *community health* – laddove la salute pubblica è utilizzata anche come parametro per misurare l'esercizio dei diritti umani [Gostin, Mann, Gostin 1994] – avanza oggi una nuova definizione del *Wellbeing*, di cui la salute costituisce nuovamente un aspetto dialettico [Berridge, Loughlin 2003]. Rispetto all'accezione che si è storicizzata, la nuova definizione sembra assumere una modificazione culturale del concetto stesso di salute e dello *star bene*. Come è stato rilevato, la salute è una parola chiave che si definisce in relazione alle strutture sociali; pertanto, essa si articola con diverse accezioni e pratiche, tanto che la medicina non è mai riuscita a contenere la proliferazione dei significati associati al termine [Crawford 2006]. La nuova definizione considera che *perseguire* la salute è anche diventata un'attività che richiede enormi risorse e genera una specializzazione sempre maggiore di beni, servizi e conoscenza. Nel significato di recente rivisitato si tiene conto di una più complessa condizione psicofisica, in cui è stata inclusa la soddisfazione di bisogni molteplici, di recente evidenziati dalla crisi pandemica da COVID-19, connessi anche a servizi culturali. Il contributo *To mental health and well-being* fornito dalla cultura

Meanwhile, while the definition of welfare remains historically unspecified and the WHO has introduced new notions of Community health – whereas the public health has been included in human rights impact assessment [Gostin, Mann, Gostin 1994] – there is now a new definition of Wellbeing, of which health is again a dialectical aspect [Berridge, Loughlin 2003]. Compared to its historical meaning, the new definition seems to assume a cultural modification of the very concept of health and wellbeing. As has been pointed out, health is a key word that is defined in relation to social structures; it therefore has various meanings and practices, so much so that medicine has never been able to contain the proliferation of meanings associated with the term [Crawford 2006]. The new definition takes into account that pursuing health has also become a resource-intensive activity that generates an ever-increasing specialisation of goods, services and knowledge. The newly revised meaning takes into account a more complex psychophysical condition, including the satisfaction of multiple needs, recently highlighted by the COVID-19 pandemic crisis, also related to cultural services. The contribution *To mental health and well-being* provided by culture and cultural heritage is at the centre of reflections and debates¹⁶.

A holistic understanding of the body and mind, of the consideration of the care of the individual for their physical health, of the spaces in which they live and of their participation in culture and heritage are elements of the perception of a more global public health that is integrated with the environment and with the

¹⁶ For instance, it was matter of discussion during the webinar coorganized by ICOM e OECD on 10 April 2020, *Coronavirus (COVID-19) and museums: impact, innovations and planning for post-crisis*, and during the one of the project MNEMONIC on 21 September 2021, *La resilienza del patrimonio culturale italiano e le nuove sfide digitali*. See also [Tamborrino et alii c. s.].

e dal patrimonio culturale è al centro di riflessioni e discussioni¹⁶.

Un'accezione olistica del corpo e della mente, della considerazione della cura dell'individuo per la sua salute fisica, degli spazi in cui vive e della sua partecipazione alla cultura e al patrimonio sono elementi di percezione di una salute pubblica più globale e integrata con l'ambiente e con i principi di sostenibilità [Bentley 2014]. In una società sempre più "urbana", le città restano ancora nodali e la loro storia va al di là di un esempio. Comportamenti, bisogni e spazi ne segnano profondamente la memoria e le future ricerche, con un impegno che auspichiamo rinnovato.

principles of sustainability [Bentley 2014]. In an increasingly "urban" society, cities continue to be nodal and their history goes beyond being merely an example. Their behaviour, needs and spaces profoundly mark the memory and future research, with a commitment that we hope will be renewed.

¹⁶ Ad esempio, è stato oggetto di discussione nel webinar coorganizzato da ICOM e OECD il 10 aprile 2020, *Coronavirus (COVID-19) and museums: impact, innovations and planning for post-crisis*, e in quello del progetto MNEMONIC il 21 settembre 2021, *La resilienza del patrimonio culturale italiano e le nuove sfide digitali*. Inoltre, su questi temi si veda [Tamborrino *et alii* c. s.].

Bibliografia

- BAROLO, G. (1864). *Disposizioni testamentarie della marchesa Giulia Falletti di Barolo nata Colbert di Maulevrier: concernenti l'istituzione e gli oneri dell'Opera pia Barolo*, Botta, Torino.
- BENEDETTI, R. (2021). *Venezia 1576, la peste. Una drammatica cronaca del Cinquecento*, a cura di D. Calabi, L. Molà, S. Rauch, E. Svalduz, Caselle di Sommacampagna, Cierre.
- BENTLEY, M. (2014). *An Ecological Public Health Approach to Understanding the Relationships between Sustainable Urban Environments, Public Health and Social Equity*, in «Health Promotion International», vol. 29, n. 3, pp. 528-537.
- BERRIDGE, V., LOUGHLIN, K. (2003). Public Health History, in «Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)-», vol. 57, n. 3, pp. 164-165.
- BOOTH, C. (1889-1891). *Life and labour of the People of London*, 2 voll., London, Macmillan & co.
- BORSARELLI, R. M. (1993). *La marchesa Giulia di Barolo e le opere assistenziali in Piemonte nel Risorgimento*, G. Chiantore, Torino.
- BRIGGS, A. (1961). *The Welfare State in Historical Perspective*, in «European Journal of Sociology/Archives Européennes de Sociologie/Europäisches Archiv Für Soziologie», vol. 2, n. 2, pp. 221-258.
- CALABI, D. (1979). *Il male città: diagnosi e terapia. Didattica e istituzioni nell'urbanistica inglese del primo '900*, Roma, Officina.
- CERDÀ, I. (1867). *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*. Madrid, Imprenta Española, Torija.
- CRAWFORD, R. (2006). *Health ad a Meaningful Social Practice*, in «Health», vol. 10, n. 4, pp. 401-420.
- DEVOTI, C., NARETTO, M. (2010). *Ordine e sanità. Gli ospedali mauriziani tra XVIII secolo e XX secolo: storia e tutela*, Torino, Celid.
- Giulia Colbert di Barolo madre dei poveri. Biografia documentata* (2007), a cura di A. Tago, Libreria editrice vaticana, Città del Vaticano.
- GOSTIN, L., MANN, J. M., GOSTIN, L. (1994). *Towards the Development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health Policies*, in «Health and Human Rights», vol. 1, n. 1, pp. 58-80.
- HOLDSWORTH, W. A. (1891). *The Public Health (London) Act, 1891: with an introduction notes, and an index*, London, George Routledge.
- HOWDEN-CHAPMAN, P., MACKENBACH, J. (2002). *Poverty And Painting: Representations in 19th Century Europe*, in «BMJ: British Medical Journal», vol. 325, n. 7378, pp. 1502-1505.
- Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione* (2003), a cura di E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori, Milano, Giuffrè.
- KOCH, T. (2011). *Disease Maps: Epidemic on the Ground*, Chicago, University of Chicago Press.
- LA BERGE, A. F. (1984). *The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement: The Disciplinary Development and Institutionalization of 'Hygiène Publique'*, in «Bulletin of the History of Medicine», vol. 58, n. 3, pp. 363-379.
- La santé des populations civiles et militaires Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-XVIIIe siècles* (2010), a cura di E. Belmas, S. Nonnis Vigilante, Villeneuve d'Ascq., Presses Universitaires du Septentrion.
- Legge 3 agosto 1862, n. 753, sull'amministrazione delle Opere pie* (1862), in «Gazzetta Ufficiale», n. 201, 25 agosto.

- LEWIS, R. A. (1952). *Edwin Chadwick and the Public Health Movement, 1832-1854*, London-New York-Toronto, Longmans, Green & co.
- MONTANARI, D., ONGER, S. (2002). *I ricoveri della città: storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia, secoli XVI-XX*, Brescia, Grafo.
- MONTI, M. (2000). *Storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica a Bologna*, in *Atti del Convegno Nazionale "Storia dell'Assistenza Infermieristica"*, Bologna, 25 Febbraio 2000, a cura dell'Area Integrazione Immagine-Servizio Infermieristico Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna, s. e., pp. 3-13.
- NIEMI, M. (1999). *Challenging Authorities' Views: Women and Health in British and Swedish Cities, 1900-20*, in *Women in Towns: The Social Position of Urban Women in a Historical Context*, a cura di M. Hietala, L. Nilsson, Stockholm, Stads-och kommunhistoriska institut.
- NIEMI, M. (2016, I ed. 2007). *Public Health and Municipal Policy Making: Britain and Sweden, 1900-1940*, London, Routledge.
- PALLARES-BARBERA, M., BADIA, A., DUCH, J. (2011). *Cerdà and Barcelona: The Need for a New City and Service Provision*, in «*Urbani Izziv*», vol. 22, n. 2, pp. 122-136.
- PARENT AUBERT, M. (1853). *Grand dictionnaire de Santé, contenant la médecine usuelle et pratique, la chirurgie, l'hygiène, la pharmacie et toutes les sciences accessoires a la médecine*, Paris, Boucquin imprimeur.
- PERALTA-SANTOS, A., SABOGA-NUNES, L., MAGALHÃES, P. C. (2021). A tale of two pandemics in three countries: Portugal, Spain, and Italy, in *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, a cura di A. Peralta-Santos, L. Greer Scott, E. J. King, E. Fonseca Massarda, Ann Arbor, University of Michigan Press, pp. 361-77.
- POLITECNICO DI TORINO-DIPARTIMENTO CASA CITTÀ (1984). *Beni Culturali ambientali nel Comune di Torino*, vol. 1, Torino, Società degli Ingegneri e degli Architetti in Torino.
- POND, M. A. (1968). *Role of the Public Health Service in Housing and Urban Life*, in «*Public Health Reports (1896-1970)*», vol. 83, n. 2, pp. 101-107.
- ROSEN, G. (1958). *A History of Public Health*, New York, MD Publications.
- SAVORRA, M. (2021). *Per la donna, per il bambino, per la razza. L'architettura dell'ONMI tra eutenica ed eugenica nell'Italia fascista*, Siracusa, LetteraVentidue.
- SEAMAN, V. (1798). *An Inquiry into the Cause of the Prevalence of the Yellow Fever in New York, 10 March 1797*, in «*Medical Repository*», vol. 1, n. 3, pp. 315-332.
- SILEI, G. (2003). *Lo Stato sociale in Italia. Storia e documenti. Vol. 1: Dall'unità al fascismo, 1861-1943*, Manduria, P. Lacaita.
- TAMBORRINO, R., BONINI BARLALDI, S., CHIUSANO, S., CUNEO, C., LONGHI, A., RINALDI, B. M., DINLER, M., GIANASSO, E., SALIZZONI, E., ALIAKBARI, F., ALIBERTI, A. (c. s.). *MNEMONIC: un progetto e un gruppo di lavoro per la transizione digitale nell'ambito del cultural e natural heritage*, in *Studi in onore di Giulio Mondini*, Heredium, Torino, Scuola di Specializzazione in Beni Culturali e Paesaggio, Politecnico di Torino.
- The History of Public Health and the Modern State* (1994), a cura di D. Porter, Amsterdam-Atlanta (GA), Editions Rodopi B. V.
- TETTI, B. (2018). *La maternità segregata. L'Ospedale di S. Rocco a Roma per le partorienti "celate"*, in *The Other City, History and image of urban diversity: places and landscapes of privileges and well-being, of isolation, of poverty, and of multiculturalism*, a cura di F. Capano, M. Visone, M. I. Pascariello, Napoli, Federico II University Press-fedOA Press, pp. 1923-1930.
- VAUGHAN, L. (2018). *Disease, Health and Housing*, in EAD., *Mapping Society: the Spatial Dimensions of Social Cartography*, London, UCL Press, pp. 24-60.

VEGEZZI, G. (1839, I ed. 1838). *Cenni intorno al correzionale delle prostitute ed all'ospizio celtico*, in «Giornale Arcadico di Scienze, Lettere ed Arti», t. LXXX, pp. 3-5.

WEINER, D. (1970). *Le droit de l'homme à la santé: une belle idée devant l'Assemblée constituante: 1790-1791*, in «Clio Medica», n. 5, pp. 208-23.

ZUCCONI, G. (1999, I ed. 1989). *La città contesa. Dagli ingegneri sanitari agli urbanisti (1885-1942)*, Milano, Jaca Book.

Sitografia

CASTRONOVO, V. (1972). *Buniva, Michele Francesco*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 15: https://www.treccani.it/enciclopedia/michele-francesco-buniva_%28Dizionario-Biografico%29/ [dicembre 2021].

Constitution of the World Health Organization (2020): https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6 [dicembre 2021].

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (1789): <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789> [dicembre 2021].

<https://booth.lse.ac.uk/> [dicembre 2021].

OFFICE OF THE UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, WORLD HEALTH ORGANISATION (2008). *The Right to Health*, in «Fact Sheet», n. 31: <https://www.ohchr.org/documents/publications/factsheet31.pdf> [dicembre 2021].

WORLD HEALTH ORGANISATION (2017). *Human Rights and Health*, 29 dicembre: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> [dicembre 2021].