



Citation: Enrico Brandi (2022) *Elias e la peste. Aspetti connessi a epidemie in età moderna, spunti per una lettura eliasiana*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», Vol. 12, n. 23: 111-130. doi: 10.36253/cambio-12047

Copyright: © 2022 Enrico Brandi. This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<http://www.fupress.com/cambio>) and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Competing Interests: The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

Eliasian Themes

Elias e la peste. Aspetti connessi a epidemie in età moderna, spunti per una lettura eliasiana

ENRICO BRANDI

Università degli Studi di Firenze

E-mail: enrico.brandi50@gmail.com

Abstract. The paper aims to relate the observations of some historians who have dealt with epidemic events in early modern Italy to some central features of Norbert Elias' approach, and to observe some social phenomena related to such events in the perspective of Eliasian sociology. In this way, we will try to suggest that the social implications of great epidemic events that occurred "in the past" can be included among the various fields of investigation in which the Eliasian approach can be tested, and we will attempt to highlight the usefulness of some key concepts of the figurational sociology for the interpretation of what can be observed in that field. With particular reference to seventeenth-century Tuscany, attention will be focused on some dynamics of change that involved – at the same time – both certain institutions engaged in the fight against the plague and certain dimensions of people's attitudes and "sensibilities". Following Norbert Elias, we will also try to suggest that the role played by the plague in defining the direction of those dynamics of change was part of a broader (civilizing) process.

Keywords: social consequences of epidemics in early modern Italy, Norbert Elias, sociology and historiography, human interdependence, civilizing process.

1. INTRODUZIONE

Le epidemie di peste che con frequente ricorrenza, a partire dalla metà del Trecento e per larga parte di quella che è comunemente definita Età moderna, hanno colpito l'Europa hanno costituito per i "nostri antenati" – per ragioni tutto sommato piuttosto evidenti – eventi di grande impatto, oltre che sotto il profilo strettamente demografico, sul piano tanto sociale quanto psichico ed emotivo. Un impatto non solo contingente al verificarsi di un dato episodio epidemico ma destinato, per così dire, a toccare la "struttura" stessa di quelle dimensioni. La peste può essere ritenuta una delle principali fonti di un tipo di *ansie da realtà* (Elias 1948 [2021]) a cui le persone vissute in società diffusamente attraversate dal passaggio dei «cavalieri dell'Apocalisse: peste, guerra, fame e morte precoce» (*Id.*

1982/1985 [2011]: 36) erano assai più “abituato” di quanto lo sia chi, come noi, vive in contesti propri di uno «stadio di sviluppo del sapere e della società» in cui – per quanto attiene all’ambito qui considerato – «la coscienza dell’implacabilità dei processi naturali è alleviata dalla consapevolezza di poterli» – almeno in una certa misura – «controllare» e «prevenzione e cura delle malattie, pur nella loro inadeguatezza, sono assai meglio organizzate che in qualsiasi altro periodo» (ivi: 64; 25). Non pare affatto inverosimile che anche col mutare della capacità di «controllo delle grandi epidemie mortali» possa essere messa in relazione la «trasformazione dei sentimenti e degli atteggiamenti umani» (ivi: 95-6). Se si può ben ritenere che, per coloro che dovevano convivere, la presenza assidua di grandi epidemie abbia su tali “sfere” esercitato la propria influenza, si può altresì rilevare come, al contempo, quest’ultima si sia riversata anche su una pluralità di altri piani e come, in essi, alcuni suoi “effetti” siano andati a dispiegarsi nell’ambito di un processo di lungo periodo. Strettamente connessa all’esigenza di fronteggiare la peste fu la nascita, nell’Italia tardomedievale, di «istituti e pratiche... di organizzazione sanitaria» destinati a diffondersi e a svilupparsi sino al Settecento e a essere “ripresi” «nel secolo XIX sotto l’impatto del colera», ponendosi alla «base» degli ulteriori «sviluppi moderni dell’organizzazione sanitaria» (Cipolla 1986b: 13) che l’hanno infine portata a *divenire* quella che oggi conosciamo. Sottesa all’azione di tali istituti e alla messa in atto di quelle pratiche era inoltre una prima, per quanto ancora imprecisa, «formulazione di concetti che noi siamo erroneamente portati a ritenere frutto di elaborazione recente», tra cui l’idea che «le malattie come la salute» sono da considerare «fenomeni sociali oltre che biologici» su cui incidono «fattori ambientali di carattere sociale, economico ed ecologico» (*Id.* 1986a: 8). Ancora, si può rilevare come «al pari delle politiche di sanità pubblica» e delle concezioni a esse collegate, a cui si è accennato, anche «le immagini della peste hanno una storia continuata» che è stata «inventata ed elaborata nel corso dei secoli» (Slack 2012 [2014]: 99) e che ha dato forma a un articolato immaginario in qualche modo giunto sino a noi.

Nel corso della sua lunga produzione scientifica, Norbert Elias ha mostrato come la prospettiva su cui ha fondato la sua proposta di una *sociologia figurazionale (processuale)*, di una teoria sociologica *delle interdipendenze*, e l’apparato concettuale nell’ambito di essa elaborato fossero “declinabili” – partendo sempre dall’affrontare la fondamentale questione del modo in cui «uomini reciprocamente riferiti e reciprocamente dipendenti... creano insieme configurazioni» in *costante movimento*, «ossia gruppi o società» (Elias 1939a [2009]: 93) – su una vasta e apparentemente eterogenea gamma di ambiti d’indagine e su una notevole varietà di *problemi* d’interesse sociologico. L’*idea di figurazione sociale* – come ha notato Goudsblom (1987: 330-1) – implica il fatto di dover osservare gli esseri umani “a tutto tondo” nelle loro relazioni d’interdipendenza e non particolari aspetti della loro vita (idee, valori, norme, modi di produzione, sentimenti, ecc.) come se fossero segmenti tra loro separati, il che obbliga a violare di continuo i confini tra le discipline e i dettami imposti dagli specialismi. Tra le frontiere che l’approccio proposto da Elias – incardinato anche dal punto di vista metodologico in primo luogo sull’idea dell’*ineliminabile carattere processuale della realtà sociale* – richiede di varcare vi è quella che è stata, nel corso dello sviluppo delle due discipline, artificiosamente tracciata tra sociologia e storiografia e tra i loro oggetti di studio – individuati rispettivamente nel *presente* e nel *passato* (Elias 1983b [2001]; Elias et *alii* 1997). In questa sede si proverà, in qualche modo, ad attuare uno “sconfinamento” lungo tale frontiera e a proporre un esempio, fra i tanti possibili, di “incontro” tra storiografia e sociologia (figurazionale). Con le brevi osservazioni riportate, a titolo esemplificativo, in apertura di queste pagine si è inteso suggerire la possibilità che anche aspetti e problemi di rilevanza sociologica connessi a grandi epidemie del passato possano rappresentare uno dei (tanti) campi d’indagine ove “mettere alla prova” l’approccio eliasiano. Ricorrendo ad alcuni contributi di storici che si sono interessati alle implicazioni sociali di tali grandi epidemie, nel corso di questo lavoro si tenterà quindi di testare tale possibilità. Quello che in particolare si proverà a fare sarà avanzare alcune suggestioni circa la proficuità con cui la prospettiva sociologica da Elias definita e alcune categorie concettuali da egli elaborate possono essere utilizzate nella “lettura” di certi fenomeni e di certe dinamiche il cui emergere è stato colto da tale ambito della ricerca storiografica e circa la possibilità che dall’integrazione fra le ricostruzioni di quest’ultima e un simile quadro di riferimento di tipo sociologico possano derivare ulteriori e diversi spunti per la loro osservazione e interpretazione. Facendo particolare – anche se non esclusivo – riferimento alla Toscana del Seicento e partendo da alcuni fondamentali studi su tale contesto focalizzati, si cercherà di perseguire il suddetto obiettivo attraverso la proposizione di alcuni esempi e affidandoci

all'incontro, che per lo più ci si limiterà a favorire, tra certi elementi centrali dell'approccio eliasiano e le parole – alle quali si lascerà ampio spazio – scritte dagli storici ai cui contributi si ricorrerà. Gli esempi che saranno proposti si concentreranno – nel paragrafo seguente – su alcune istituzioni e organizzazioni allora impegnate nella lotta contro le epidemie, e su delle dinamiche di *riconfigurazione* da cui esse risultavano interessate, e – nei paragrafi successivi – sul definirsi e trasformarsi, nella stessa “cornice” nella quale quella lotta veniva condotta e quelle istituzioni e organizzazioni si andavano riconfigurando, di certi atteggiamenti e certe *sensibilità* delle persone. Seguendo Elias, si può anticipare, proveremo a suggerire che se la presenza della peste ha in qualche misura effettivamente influenzato, nel periodo considerato, gli sviluppi di istituzioni e sensibilità umane essa lo ha fatto, in ogni caso, interagendo con altri *processi* che in quello stesso periodo tracciavano la *direzione* del loro mutamento.

2. ALCUNE OSSERVAZIONI INTORNO A SVILUPPI DELLE MAGISTRATURE DI SANITÀ E A MUTAMENTI DELLA PROFESSIONE MEDICA

Quando intorno alla metà del XIV secolo colpì dapprima l'Italia e poi l'intero continente, la peste era da tempo assente in Europa tanto che «non aveva lasciato traccia di sé nella memoria collettiva»: «rimossa dalla coscienza storica o ridotta a un pallido ricordo, la peste sorprese la popolazione europea come una terrificante novità» (Blanco 1990 [1995]: 25). Se, per evidenti ragioni, da allora sino al XVIII secolo la peste ha rappresentato un «agente... destrutturante a più livelli» (Cosmacini 1997 [2006]: 219), come spesso accade, anche riguardo alle conseguenze sociali di tale fenomeno si deve porre l'attenzione sulla *relazione* tra due facce di una stessa medaglia, sul legame tra i «significati opposti e simmetrici» che, come l'approccio eliasiano qui seguito ha inteso mostrare, sovente risiedono «nel medesimo accadimento storico» (Perulli 2012: 87-8). La peste del medioevo ha infatti al contempo rappresentato «uno stimolo durevole» che indusse «gli Stati della penisola... a darsi strutture idonee a fronteggiarla» (Cosmacini 2005: 41). Essa contribuì al superamento del modello assistenziale di matrice monastica e caritativa divenuto, all'esito di un lungo processo, prevalente nel corso dell'alto medioevo (Sabbatani 2003; Bianchi 2020) e ad accelerare «la *nascita della sanità pubblica*» (Cosmacini 1997 [2006]: 222).

I mutamenti dell'organizzazione sanitaria in tale direzione vanno in ogni caso letti quali aspetti specifici di più generali sviluppi conosciuti in quei secoli dalle società e dalle loro strutture di governo. Se «tra la metà del Trecento e i primi del Cinquecento, sorsero e si svilupparono nell'Italia settentrionale istituti e pratiche eccezionalmente avanzati di organizzazione sanitaria», ciò va cioè posto in stretta relazione con la «efficiente ed evoluta tradizione amministrativa degli Stati italiani» (Cipolla 1986b: 13; 20); tradizione che si era venuta a formare nel corso di quei processi di concorrenza e di graduale monopolizzazione (Elias 1939b [2010]) che nel contesto della penisola videro «il progressivo sostituirsi al fitto mosaico di Stati cittadini... di più estesi conglomerati territoriali, in lotta, per l'egemonia o la sopravvivenza... [in cui] si è soliti scorgere il primo enuclearsi... [degli] Stati regionali» (Vivanti 1974: 277-8). Nell'ambito di tali processi, e in particolare delle loro implicazioni in termini di crescenti esigenze di capacità di controllo centralizzato su territori sempre più vasti e (in stretto rapporto con l'affermarsi di quelle capacità) su assetti sociali al loro interno sempre più funzionalmente differenziati (e pertanto attraversati da reti d'interdipendenza man mano più estese e fitte), si può ritenere una tendenza generale quella che vide la progressiva formazione di apparati centrali di governo via via più stabili, articolati e specializzati nelle loro funzioni (Elias 1939b [2010]). Le *Magistrature sanitarie* rappresentarono un aspetto specifico di tale “movimento” più generale: sorte quale articolazione interna degli apparati in via di affermazione nell'Italia del tempo, ne espressero i caratteri, gli assetti e le funzioni, e ne condivisero gli ulteriori sviluppi in direzione di un crescente consolidamento e di una progressiva specializzazione funzionale. Se, ad esempio, a Firenze «si cominciò all'epoca della pandemia di peste del 1347 con “officiali sopra a ciò ordinati”» e ancora nel 1448 la contingente gestione dell'emergenza sanitaria fu affidata agli «“Octo Custodie”... magistratura... con compiti essenzialmente di polizia politica» (Cipolla 1986b: 14-5), a partire da allora si assistette all'avanzare di un processo nel corso del quale non solo in Toscana ma pressoché in tutto il centro-nord Italia si ebbe «la costituzione di speciali magistrature sanitarie» che «ebbero inizialmente un carattere temporaneo di emergenza» ma di cui «il ripetersi delle epidemie... favorì la trasformazione in...

permanenti»; un «processo» che portò all'affermarsi e allo stabilizzarsi di un sistema articolato in «Magistrature... centrali localizzate nelle capitali dei vari Stati», Uffici analoghi a quelli «centrali ma dipendenti da quest'ultimi» negli altri centri maggiori e «uffici non permanenti d'emergenza (sempre dipendenti dagli Uffici centrali) nei centri minori» (ivi: 17).

Poiché lo stadio allora raggiunto dallo sviluppo delle conoscenze mediche¹ rendeva inevitabile una «completa ignoranza dell'eziologia del male» (*Id.* 1973 [1976]: 15), il che «si traduceva in terapie che erano sovente inefficaci e più spesso dannose» (*Id.* 1979: 72), ciò su cui si poteva contare di fronte alle epidemie era in sostanza solo «quell'insieme di regole e pratiche intese a prevenire e/o controllare la diffusione del contagio» (*Id.* 1973 [1976]: 15). Di tale insieme la Toscana del primo Seicento offriva un quadro rappresentativo (*Id.* 1973 [1976]; 1977; 1978; 1983; 1989). Tra i principali interventi messi in atto in tempi d'epidemia vi erano quelli diretti a preservare i territori non ancora colpiti, isolandoli da quelli ove la peste si era ormai diffusa: si disponevano periodi di quarantena per chi giungeva da fuori, si decretava la messa al bando dei luoghi ove si erano verificati casi di malattia, si organizzavano cordoni sanitari, si imponevano bollette (passaporti) di sanità. All'interno di un territorio interessato dall'epidemia, si isolavano i malati e i sospetti tali nelle loro case – dove le famiglie venivano spesso letteralmente “serrate” – o nei lazzaretti, e per coloro che uscivano dal lazzaretto si disponeva un ulteriore periodo di quarantena in apposite strutture di convalescenza; talora si decretava la quarantena generale, «misura tipica in tempo di peste, intesa ad accelerarne la soluzione», che «consisteva nel limitare i movimenti delle persone costringendo la gente in casa e proibendo riunioni e assembramenti» (*Id.* 1973 [1976]: 74). Inoltre, si procedeva alla “disinfezione” di abitazioni e oggetti (per lo più con fumigazioni di vario tipo e in certi casi bruciando vestiti e altro), si predisponavano luoghi e procedimenti appositi per l'interramento dei morti, si vigilava sul rispetto delle ordinanze e si punivano i trasgressori, e altro ancora. Si cercava di provvedere a tutto quanto fosse necessario all'attuazione e alla gestione di tali interventi straordinari (individuare e allestire spazi per l'isolamento dei malati, reperire il personale – medici, chirurghi, speciali, becchini, guardie, ecc. – occorrente, e così via) e, in qualche misura, anche alle necessità di coloro che erano “serrati” e talora al sostegno sia dei più bisognosi che delle attività produttive e commerciali². Tutto questo «richiedeva... pratica amministrativa» più «che conoscenze mediche» (ivi: 36) – il che spiega come mai per lo più persone «estrane alla teoria o alla pratica medica fossero nominate alla carica di ufficiali sanitari» (*Id.* 1986b: 21) – e avveniva in Toscana secondo le disposizioni della Sanità di Firenze, apparato centrale e permanente sovraordinato ai vari uffici locali.

Se comparati con quelli del XIV-XV secolo, nella prima metà del Seicento tali provvedimenti d'emergenza rivelavano i progressi fatti dalla sanità pubblica nel corso di quel periodo (*Id.* 1973 [1976]: 92): erano incrementate la varietà e la specializzazione degli interventi, era aumentata la capacità di amministrare certe istituzioni come i lazzaretti ed era cresciuto il numero di questi che avevano assunto carattere permanente, era stata affinata e resa più elaborata la regolamentazione delle quarantene, erano state ulteriormente messe a punto misure di controllo degli spostamenti di merci e persone in tempi di pandemia (con crescente importanza del sistema dei passaporti sanitari), si era assestata una rete di «medici, cerusici, speciali et altri ministri, [che] allettati da grossi salari o precettati sotto gravi pene» (Catellacci 1897: 382) venivano attivati in caso d'emergenza, si era sviluppata altresì una significativa capacità di organizzazione, amministrazione e controllo della città colpita da epidemia³. Tra le magistrature dei diversi Stati si era inoltre sviluppata e consolidata «una rete informativa e protettiva a maglie strette» (Cosmacini 1997 [2006]: 221) che rifletteva in qualche modo le *interdipendenze* da cui essi erano legati; era – già dalla seconda

¹ Va ricordato che l'effettiva identificazione dei microrganismi avverrà solo più avanti e che solo a partire dal XIX secolo saranno compiuti i passi decisivi nella messa in relazione di essi con lo sviluppo di malattie.

² In merito si può vedere, ad esempio, Catellacci (1897).

³ Circa quest'ultimo aspetto si può rinviare alla descrizione di Firenze durante la quarantena generale del 1631 contenuta sempre in Catellacci (1897). Alla stessa fonte si può, in via esemplificativa, far riferimento, oltre che per un'idea delle misure adottate durante la quarantena – dal divieto di far visita alle case altrui alla possibilità di uscire solo «con licenzia... della Sanità», dalla chiusura di «botteghe e negozii» ad eccezione di quelli «che vendono le cose necessarie» ai controlli «per l'osservanza della quarantena» (ivi: 389) –, per un inquadramento generale di vari aspetti connessi all'emergenza sanitaria in una città del Seicento, incluse le spese che la gestione di essa richiedeva.

metà del secolo precedente – diventata «pratica comune che, al di là di differenze politiche o contrastanti interessi economici, i vari uffici si scambiassero regolarmente dettagliate informazioni sanitarie», che si indirizzassero di frequente «richieste o offerte di consigli», che, allorché le circostanze lo richiedessero, taluni di essi facessero pressioni su altri «per indurli a controlli o a misure più drastiche» (Cipolla 1986b: 24).

Su un piano diverso da quello degli interventi messi in atto in caso d'emergenza risulta ancor più significativa la trasformazione conosciuta dagli Uffici di sanità in quei secoli (e si rende manifesta la direzione di essa). Divenute «organismi stabili» quelle Magistrature che avevano nella lotta alla peste il loro principale compito tentavano sempre più di mostrarsi «capaci di affrontare, dopo di essa e indipendentemente da essa, problemi igienico-sanitari permanenti» (Cosmacini 1997 [2006]: 221), problemi nell'ambito dei quali veniva a essere ricompresa un'ampia varietà di questioni. «Seguendo» le dinamiche di sviluppo degli apparati del governo centrale (deputati all'amministrazione e al controllo di entità che andavano sempre più consolidandosi e differenziandosi al loro interno) di cui costituivano uno specifico settore, esse vedevano dunque stabilizzarsi, ampliarsi, differenziarsi e, al contempo, specializzarsi le loro funzioni. La loro trasformazione «da istituzioni temporanee in istituzioni permanenti non fu operazione meramente burocratico-amministrativa» ma rifletteva piuttosto il «passaggio dal primitivo e semplice stadio del tappabuco al ben più maturo... stadio dell'azione preventiva», il quale implicava che «in tempo di bonaccia» – quando, cioè, non vi era un'epidemia in corso – in misura crescente «le magistrature permanenti di sanità [si] dedicavano... a tutta una... vasta e variegata gamma di misure... di carattere preventivo [che] si andarono facendo nel corso del tempo sempre più numerose e diversificate», occupandosi (tra le altre cose):

...della qualità dei generi alimentari venduti sui mercati, dei movimenti dei mendicanti e delle prostitute, delle condizioni igieniche... nelle case della povera gente, delle farmacie e della qualità e dei tipi di farmaci venduti, delle fognature, del funzionamento degli ospedali, delle attività della professione medica, delle condizioni igieniche delle taverne... del movimento delle merci dei viaggiatori dei pellegrini e delle navi... dei passaporti sanitari per i viaggiatori e per le merci, della tenuta di registri di morti... (Cipolla 1989: 11-2)

Ciò pare suggerire che, imponendo particolari vincoli ai raggruppamenti di esseri umani che ne erano coinvolti, anche il ricorrere di gravi epidemie (*in primis* la peste) abbia in qualche modo interagito con quei processi sociali che nel periodo in esame spingevano nella direzione della genesi e del progressivo consolidamento di certi apparati statali e (quale aspetto dal primo non separabile) della diffusione nelle società del tempo, e quindi “nella mente” delle persone che le formavano, di una crescente *abitudine a guardare in prospettiva*, di una maggiore *capacità di previsione*, di una più accentuata *razionalizzazione* (Elias 1939b [2010]; 1939a [2009]).

Come Elias ha mostrato, tali processi hanno conosciuto una fondamentale accelerazione e un deciso avanzamento soprattutto dal Cinquecento, secolo a partire dal quale «ricomincia... lentamente a formarsi – con esiti incerti... fino al secolo XVII inoltrato – una più salda gerarchia sociale» e va costituendosi «un nuovo strato superiore composto di elementi di differente estrazione sociale, una nuova aristocrazia» (*Id.* 1939a [2009]: 205). Le complesse dinamiche di mutamento sociale e di riconfigurazione dei rapporti tra gruppi in ascesa e in declino che, nel corso di quell'avanzata, vennero a definire quelle peculiari condizioni d'equilibrio tra centri di potere diversi che condussero all'affermarsi – prima o dopo e in ciascun luogo con percorsi ed esiti segnati da proprie specificità – del particolare assetto cui ci si può riferire in termini di *società di corte* (*Id.* 1969a [1980]; 1939b [2010]) percorsero anche il contesto toscano. Benché giunto a compimento più tardi che altrove e con tratti peculiari (Fantoni 1994), anche per via di radicate «consuetudini cittadine» con cui si poneva in contrasto, anche a Firenze lo sviluppo della corte fu l'esito di processi di cui in qualche misura il brano seguente rende un'idea:

Nel corso del Seicento, a Firenze come in altre città italiane, crebbe il peso dei titoli nobiliari. Coloro che ne erano insigniti... furono ammessi, contro le vecchie leggi antimagnatizie, anche alle cariche cittadine. Al tempo di Ferdinando II, centro delle decisioni politiche diventò un Consiglio ristretto, composto da principi del sangue (in primo luogo dai fratelli del granduca), nobili e alti cortigiani. Anche il patriziato fiorentino assunse costumi nobiliari. Esso riacquistò una parte delle posizioni di potere perdute. Vi fu, da parte dei suoi membri, una corsa alle cariche, alle segreterie, agli uffici... amministrativi e finanziari. La burocrazia, tuttavia, i cui ranghi si ampliarono e le cui funzioni si moltiplicarono nel tempo, continuò a essere aperta anche ai provinciali (...). Confluirono dunque nel ceto di governo uomini di origine diversa... (Fasano Guarini 2004: 163-4)

È nell'ambito di tale generale riconfigurazione della società che vennero a definirsi anche alcuni rilevanti mutamenti che interessarono un'altra istituzione impegnata (per lo più vanamente, per ragioni già accennate) nella lotta alle epidemie, ossia la *professione medica* (o, in termini più ampi, *sanitaria*). Come di norma accade in occasione della nascita o della sensibile trasformazione di una professione anche le dinamiche che allora attraversavano quella medica videro contrapporsi diversi gruppi fra loro interdipendenti (Elias 2007 [2010]).

Nel nuovo "assetto di corte", in Toscana come altrove, anche i "dotti", tra cui i *medici fisici*, si trovarono a sperimentare un crescente grado di *dipendenza* dal sovrano e dalla sua cerchia ristretta. Si videro sempre più «costretti a trovare un compromesso col nuovo e invadente padrone» (Bizzocchi 2004: 223), ad adottare "strategie" e comportamenti idonei ad alimentare «la speranza di ottenere un posto sicuro a corte», ad anelare alla «assunzione di una magistratura» che «nobilita e comporta potere» (Panseri 1980: 159; 165). Come a ben vedere si può di norma rilevare, anche in questo caso si era tuttavia di fronte a un equilibrio in cui le parti si muovevano sì con gradi differenti di reciproca indipendenza e dipendenza – ossia con possibilità differenziate (e mutevoli) di esercitare il proprio potere le une sulle altre – ma in cui non si riscontrava il *grado zero* dell'una o dell'altra (Elias 1969a [1980]): se in misura crescente «l'intellettuale è ora mendico presso il potere» (Panseri 1980: 159), incarnato dal sovrano, tale potere – tutt'altro che assoluto – *dipendeva* anche dallo «specifico contributo di letterati, magistrati e medici» poiché sempre più occorreva «sapere come governare il commercio, i costumi e le pestilenze» (ivi: 160), disporre di «consigli e procedure tecniche» necessari per «il potenziamento e la conservazione dello Stato» (ivi: 165)⁴. Ciò che ad ogni modo si può ben ritenere è che nel nuovo assetto in via di definizione venne ad accentuarsi l'esigenza per vari gruppi di misurarsi (di competere) «nell'inarrestabile ricerca di un principe-protettore» (ivi: 159) e, più in generale, di affermare la propria posizione nell'ambito della più rigida e articolata gerarchia sociale che lo caratterizzava. Se è nel quadro di tali dinamiche più vaste che sono da porre i mutamenti che al tempo interessarono l'arte medica e che condussero, se non alla *genesì* di una nuova professione, a una sensibile trasformazione della sua organizzazione e dei suoi caratteri, a interagire con esse, spingendo nella stessa direzione, fu anche la minaccia che per la posizione dei suoi esponenti derivava dal fatto che «il duro impatto con la peste aveva esautorato la medicina dal ruolo, in via di acquisizione, di teoria convalidata e di pratica efficace», inducendo molti a continuare a confidare «più che nel sapere-potere dei medici, nel potere d'intercessione di San Sebastiano e di San Rocco» (Cosmacini 1997 [2006]: 217; 216).

Fu in tale contesto che venne a prendere forma un «duplice e parallelo processo di esclusione degli inabili e di determinazione delle diverse competenze» che, con una «notevole accelerazione proprio nel corso del Seicento» (Panseri 1980: 175), intese rispondere all'emergere tra certi esponenti della professione medica – e in particolare tra i *medici fisici* – dell'esigenza di procedere a una più rigida *distinzione, regolamentazione e strutturazione gerarchica* dei saperi e dei ruoli nel campo in questione. Proprio in quel periodo pare essersi fatto in effetti più avvertito il bisogno di regolamentare quel "pluralismo medico" tipico del tempo (Gentilcore 2008; 2009) che offriva «la possibilità di ricorrere ad una bella varietà di "specialisti", non-ufficiali, o semi-ufficiali», di tracciare un più netto «confine tra la medicina ufficiale e quella non ufficiale, tra i rimedi legittimi e i rimedi *superstiziosi*» (Burke 1987 [1988]: 261; 267) – bisogno a cui «le corporazioni di mestiere» risposero «tentando di regolamentare l'accesso alle diverse attività mediche assai più rigorosamente che nel passato» (Panseri 1980: 175). A fronte della definizione da parte dei medici fisici – evidentemente dotati di un maggior potere relativo che consentì loro di farlo – del loro sapere in termini di *sapere ufficiale*, «la medicina popolare... appare ora superstizione», a essa «si addebita il discredito in cui l'arte è caduta» e «si attivano procedure di controllo dei "ciarlatani" e delle "donnicciuole" perché si adoperino solo "li rimedi prescritti da Signor medici, proporzionati al vero metodo e alla vera arte"» (ivi: 181-2). Allo stesso tempo in cui «il conflitto fra esperienze e culture mediche diverse» veniva così risolto «attraverso il loro ordinamento gerarchico» (*ibid.*), anche all'interno della professione *divenuta* ufficiale si faceva viva l'esigenza di «ordinare secondo una scala gerarchica le diverse competenze» (ivi: 176). Se già a partire dal secolo

⁴ Esempio anche questo che, tra tanti altri possibili, suggerisce come *il potere* non sia da cercare in singoli soggetti, anche quando questi occupano la peculiare posizione di sovrano, bensì *nella relazione* (Elias 1969a [1980]; 1970 [1990]; 1981 [2008]) da cui dati insieme di individui sono fra loro legati.

precedente «si erano venute delineando le norme che inquadravano le competenze dei vari mestieri sanitari», nel corso del Seicento «quelle norme si fissavano in leggi arcigne e il quadro si trasformava in uno schema a struttura gerarchica rigida», il che rifletteva il fatto che «il corpo sociale seicentesco aveva la sua interna gerarchia e la sua esteriorità cerimoniale, dalle quali non si... poteva prescindere, nel campo medico come in altri» (Cosmacini 1998: 76; 68). Nell'ambito della più generale configurazione sociale che si andava affermando «la confusione di competenze» che caratterizzava l'attività medica non poteva «più essere tollerata» (Panseri 1980: 176) poiché non più tollerabile appariva ad alcuni dei suoi esponenti la “confusione” tra persone di differente estrazione sociale che essa implicava. Così, insieme a più rigidi criteri di distinzione basati sulla diversa formazione, anche «la virtù di nascita” torna ad essere requisito prioritario per l'esercizio dell'arte» (ivi: 175) e da coloro che potevano vantare tale “virtù” (e contare sul maggior potere che vi era connesso), ossia i medici fisici, veniva promossa un'inaspettata rigida «distinzione... tra professionisti con la loro pratica, retrocessi a praticoni dalla medicina dotta, e professionisti con la loro dottrina, che si ipervalutano scientificamente e socialmente si altolocano» (Cosmacini 2005: 150). Di come il processo di mutamento (di *professionalizzazione*) che nel periodo in questione attraversò l'arte sanitaria e le sue istituzioni rappresentò qualcosa di più di un «evento di puro carattere amministrativo» il seguente brano può dare un'idea:

Esso fu l'inevitabile risultato di una profonda trasformazione sociale, nel corso della quale le distinzioni di classe si erano fatte più profonde e rigide, i medici erano saliti ai più alti ranghi della società mentre i chirurghi, i barbieri e gli speziali erano scaduti nei ceti inferiori. (...) i medici e i chirurghi erano ben lontani dal costituire un corpo omogeneo... sebbene entrambe le professioni fossero dedicate all'arte sanitaria, i medici e i chirurghi appartenevano a due mondi ben distinti... La distinzione non era sempre stata così profonda. Nel Duecento, quando nei comuni prevalevano sentimenti molto più democratici, le due categorie avevano molto più in comune... Ma i tempi stavano rapidamente mutando. A cominciare dal secolo XV le distinzioni di classe si erano fatte più profonde, e alla fine l'accesso al potere fu solo riservato ai membri del patriziato cittadino. Nel loro sforzo di identificarsi con quest'ultimo, i medici dovettero inevitabilmente accentuare la loro dissociazione dai chirurghi, che da quel momento vennero sempre più assimilati ai barbieri. ...nel Cinque e nel Seicento... un medico si sarebbe offeso nel sentirsi scambiato per un chirurgo. A Firenze, all'inizio del secolo XVII, i medici e i chirurghi si immatricolavano ancora nella stessa corporazione, ma questa non era che una formalità, residuo di un passato ormai lontano... La cultura dei medici era profondamente diversa da quella dei chirurghi: essi la acquisivano sui libri all'università, mentre i chirurghi la fondavano sulla pratica, e sull'esperienza fatta al di fuori del mondo accademico... Alla diversità di istruzione faceva riscontro la diversità di posizione sociale. I medici facevano parte delle classi superiori... I chirurghi appartenevano invece ai ceti inferiori, e per quanto atteneva alla loro attività... erano considerati dei semplici artigiani. Ogni volta che in un documento toscano viene citato un medico il suo nome è sempre preceduto dal titolo *ser* o *messer*, mentre i chirurghi sono semplicemente designati come *maestri* (Cipolla 1976 [1986]: 278-81)

Ad attraversare la configurazione delle relazioni che legavano, in quella particolare fase del suo sviluppo, diversi componenti della professione sanitaria erano dunque anche meccanismi di *monopolizzazione* e di complementare *esclusione*, esclusione dal campo del sapere medico di quanti ne erano stati definiti *esterni* e dalle posizioni di maggior potere e prestigio all'interno della professione divenuta ufficiale di quanti appartenevano a strati sociali inferiori, attivati da un gruppo impegnato ad affermare il suo primato in quel campo e la sua posizione nella società, *strategie* a tal fine da esso poste in essere per *distinguersi* da quei gruppi ora *esclusi*, tentativi di *irrigidire* tali distinzioni – e la relativa *separazione* tra i membri dei diversi gruppi – sia istituzionalizzandole che definendo criteri e termini atti a sancire le rispettive condizioni di *superiorità* e *inferiorità* (Elias 1976 [2004]; 2007 [2010]; Elias, Scotson 1965 [2004]). Dinamiche queste che venivano a definirsi in stretta relazione con il modo in cui si andava riconfigurando la società stessa e quindi coi mutamenti che riguardavano la maniera in cui coloro che la formavano venivano a trovarsi connessi gli uni agli altri.

Tali riconfigurazioni – si può in breve osservare a conclusione di queste pagine – si trovavano altresì riflesse in alcune idee dai medici dell'epoca fissate nei loro trattati. La più netta e rigida distinzione gerarchica che si andava affermando nella società del tempo, infatti, si rispecchiava in qualche modo anche nella convinzione dei medici che si dovesse procedere a «terapie differenziate a seconda che il paziente occupi “domus amplas et commodas” oppure appartenga alla vil plebe» poiché «poveri e ricchi non hanno... medesima natura» (Panseri 1980: 161-2) e che «durante le pestilenze» i «medicamenti» dovessero variare «a seconda degli “*humori*” del paziente, diversi tra ric-

chi e poveri» (Comin 2015: 182). Negli stessi termini si dava spiegazione anche della maggior incidenza e letalità di certe malattie in un gruppo rispetto all'altro. Se la peste «non colpisce... secondo il caso ma privilegia vagabondi sporchi e affamati» (Panseri 1980: 161) da che cosa può dipendere, si riteneva, se non dal fatto che «una particolare fisiologia e patologia differenzia... vagabondi e mendicanti dai nobili?» (ivi: 169). Se «la peste simpatizza soprattutto con i poveri» si sosteneva è «perché questi sono “ripieni di umori crudissimi” e hanno una complessione prevalentemente umida» (*ibid.*) che li differenzia “dagli altri”. Ciascun membro di un dato gruppo appariva così *per natura* «fornito di virtù, malanni e doveri specifici secondo quella gradazione gerarchica» (ivi: 186) che caratterizzava, in maniera da ritenersi altrettanto *naturale*, la società stessa. A cambiamenti di tale gradazione pare da collegare, quale esempio della relazione ineliminabile tra mutamento delle strutture sociali e di quelle del *pensiero* (Elias 1939b [2010]), «la radicale modificazione delle idee sulla povertà... verificata[si] a partire dal XV-XVI secolo» che condusse all'affermarsi di una concezione ben diversa da quella «dominante nel Medio Evo che vedeva nei poveri i “vicari” di Cristo» (Della Peruta 1976: 52). Nel nuovo contesto il problema che veniva a porsi a proposito «del povero come dell'artigiano» era «che le malattie e le piaghe che segnano “naturalmente” il loro corpo, non abbiano a estendersi agli altri settori della società» (Panseri 1980: 186). In un periodo in cui per i membri del nuovo strato superiore «il “buon comportamento”... diviene sempre più un autentico problema», giacché la sua «mutata struttura... espone, in misura sconosciuta fino ad allora, il singolo... alla pressione degli altri... e al controllo sociale» (Elias 1939a [2009]: 205-6), in cui a «gerarchie [che] vanno ricomponendosi e diventano oggetto di una più precisa codificazione» corrisponde per essi uno sforzo di «codificazione e di controllo dei comportamenti» (Revel 1986 [1987]: 145; 125), nei medesimi termini si presentava ai loro occhi anche tale questione⁵. Se per natura i membri di dati gruppi sono più colpiti da peste e altre malattie, per il modo di vivere e di comportarsi cui sempre per natura sono inclini – si opinava – essi rappresentano la principale causa del loro propagarsi. Esempio era il caso dei «vagabondi», ritenuti «responsabili della diffusione di epidemie pestilenziali, perché, sporchi e riottosi a qualsivoglia controllo, si spostano... per ogni dove» (Panseri 1980: 163). Ma essi costituivano solo una parte di un più ampio insieme di persone, per lo più raccolte sotto l'etichetta di “povero”, i cui comportamenti ora apparivano ad altre alla stregua di «devianze biologicamente pericolose» (Cosmacini 1997 [2006]: 221). La «smodatezza del povero», si pensava grossomodo, «rifugge per natura dalle terapie della ragione» (Panseri 1980: 186) e necessita pertanto di particolari controlli da parte degli Uffici di Sanità.

Si può ritenere – seguendo Elias (1976 [2004]; Elias, Scotson 1965 [2004]) – che tra le implicazioni delle idee sostenute in campo medico a cui si è accennato vi fosse quella di relegare in secondo piano ciò che in realtà era centrale nel determinare la maggiore incidenza delle malattie in certi gruppi rispetto ad altri: quanto aveva origine sul piano sociale delle disuguaglianze connesse ad ampi differenziali di potere – sul piano del ruolo che «fattori ambientali, sociali ed economici hanno nell'eziologia, nell'incidenza e nella prevalenza delle malattie» (Cipolla 1979: 10) – era da esse spiegato in primo luogo facendo riferimento alla *diversa natura* dei membri di quei gruppi. Su analoghi argomenti si basavano anche le spiegazioni di comportamenti ritenuti causa di gravi conseguenze sul piano, in questo caso, sanitario. Tutto ciò dava il proprio specifico apporto a processi – guidati da quanti nella relazione dotati di maggior potere – di definizione e complementare autodefinizione dell'immagine dei gruppi, nei quali pare appunto di poter scorgere l'agire di quei meccanismi d'irrigidimento di differenze e distanze sociali che poggiano sulla rappresentazione dell'*inferiorità sociale* di certi gruppi nei termini di un'*inferiorità di natura* e sulla giustificazione della prima con la seconda. La necessità di situare la questione su un piano propriamente sociale e *relazionale* pare d'altro canto ben rivelata dal fatto che, come ancora la trattatistica medica consente di cogliere, la *natura* dei membri dei diversi gruppi viene a “modificarsi” allorché si ha uno spostamento nei loro *equilibri di potere*. Se nel «*De morbis artificum diatriba* [di Ramazzini] (1700)... per la prima volta viene portato alla luce un mondo... di “bassi” lavoratori» e quelli che «un tempo apparivano come “miserabili” e “immondi” artefici, si illuminano ora delle loro sventure», meritando non più «disprezzo, ma compassione», le ragioni di «questa nuova sensibilità verso il povero e il lavoratore» sono da ricercare nel fatto che «la loro attività manuale... sebbene vile

⁵ Può essere interessante notare come, in quel medesimo periodo, nella stessa trattatistica medica stesse assumendo un ruolo centrale l'idea per cui «quanto più il comportamento sarà controllato, tanto più sarà efficace lo sforzo terapeutico» (Panseri 1980: 162).

e spregievole in apparenza, è sì necessaria... per il benessere generale»; motivo per cui il «governo della salute non può essere più procedura... per il loro controllo... ma occorre che divenga tecnologia appropriata... [per] la conservazione e lo sviluppo di questi utili artigiani» (Panseri 1980: 187-8). Una *diversa rappresentazione della natura* dei membri degli strati sociali più bassi e una *nuova sensibilità* per le loro condizioni di vita e salute sembrano dunque delinearsi allorché, in qualche misura, viene ad aumentare il *grado* in cui i gruppi socialmente superiori *dipendono* dalle funzioni da essi svolte. Esempio, anche questo, di come per la comprensione delle dinamiche che attraversano i rapporti tra gruppi sociali ben più fruttuoso che guardare al piano statico della *loro natura* sia osservare quello mutevole della *natura della relazione d'interdipendenza* da cui sono legati (Elias, Scotson 1965 [2004]).

3. MORTE *DEGNA* NELLA FIRENZE DEL '600

In tempo di peste, ritenendo di poter così contrastare l'epidemia, gli Uffici di Sanità imponevano un rigido isolamento di malati e sospetti tali e vietavano le normali cerimonie e procedure di sepoltura per quanti accertavano che la causa di morte fosse stato il morbo. Anziché nei luoghi consacrati questi erano sepolti per lo più in fosse comuni collocate fuori dalla città, poiché si credeva che i *miasmi* esalati dai loro cadaveri contribuissero al diffondersi del *contagio*. Riguardo a tali aspetti, atti processuali redatti a Firenze al tempo della peste del 1630-33 evidenziano non solo che dei bandi che li regolamentavano fosse tutt'altro che infrequente la trasgressione ma anche che le condotte che configuravano quest'ultima non erano le stesse nei diversi gruppi sociali (Calvi 1984a; 1984b). Se infatti membri degli strati più elevati vi comparivano per «aver, a tutti i costi, voluto assicurare una morte degna ai propri cari» (*Id.* 1984b: 128) e per aver quindi corrotto un cerusico per ottenere il certificato di «morte non sospetta» necessario a evitare le fosse comuni, appartenenti a strati più bassi vi risultavano inquisiti per aver sepolto «il congiunto morto di contagio... al campo, oppure in luogo sconosciuto» o per averlo «abbandonato per la strada o in altro giaciglio» (*Id.* 1984a: 53-4). Di fronte a tali differenze di comportamento si potrebbe parlare di *sensibilità* differenziate «a seconda... dello status», di «valori... differenziati per ceti» (*Id.* 1984b: 125; 128) circa la cura dei corpi dei defunti. Ma perché si possa affrontare il problema della loro spiegazione occorre al contempo porsi quello di «dove provengano i valori che gli uomini fanno propri», evitando di guardare a questi ultimi come a «qualcosa di “ultimo” e “assoluto”» che «gli uomini» possono «scegliere in piena libertà» (Elias 1969a [1980]: 82).

Se tra gli strati sociali più bassi l'occultamento dei malati di peste e il disfarsi in qualche modo del cadavere di chi ne moriva risultavano pratiche connesse all'esigenza di non spezzare la rete di relazioni che consentiva «di tenere aperta una bottega, di proseguire il lavoro», il che non sarebbe stato possibile se tutti i «membri della famiglia» fossero stati «precettati nelle case serrate per ordine del Magistrato» (Calvi 1984b: 115), altre erano le ragioni che spingevano i membri degli strati più elevati a violare i bandi d'emergenza. Mentre i timori dei primi parevano per lo più aver a che fare con credenze che paventavano la possibilità che una non adeguata sepoltura potesse «trasformarsi in un ritorno minaccioso dei morti», quelli nutriti dai secondi erano anche di altro genere e contribuivano a far avvertire loro in maniera più accentuata la «morte in tempo di peste... come una morte infamante» (ivi: 116; 115). A emergere da vicende riguardanti famiglie di rango tale da abitare «accanto al parco di palazzo Pitti» o comunque «di membri delle Arti maggiori o di funzionari di corte» (*Id.* 1984a: 50) è «il legame tra la floridezza del patrimonio, quindi della posizione sociale, ed il riconoscimento dello status dopo la morte» (ivi: 53). Se il primo termine di quel legame serviva a garantire il secondo, al contempo l'*onorata* sepoltura dei morti era percepita come qualcosa di necessario a consentire alla famiglia di mantenere o migliorare la propria posizione sociale. Per i membri di certi gruppi la violazione dei bandi in questione era avvertita come necessaria a non «infrangere... un codice sociale precedente», a riaffermare «l'identità di un ceti» (*Id.* 1984b: 127) e l'appartenenza a esso. Ciò che al riguardo una lettura eliasiana suggerisce (Elias 1976 [2004]; Elias, Scotson 1965 [2004]) è che anche dal rispetto dei canoni sociali che, in un dato contesto, definiscono una *morte degna* può passare la possibilità di vedersi riconosciuto il particolare *carisma* da cui in genere i gruppi socialmente più elevati sentono di essere contraddistinti (*distinti* dagli altri) e dal quale i loro membri sentono dipendere sia la posizione del proprio gruppo rispetto ad

altri che quella da essi occupata al suo interno (e l'accesso a risorse di potere che vi sono connesse) – giacché non rispettare *norme sociali condivise* espone a sanzioni del gruppo. In tale prospettiva si può guardare, ad esempio, al fatto che «infrangendo i bandi per tutelare l'onore della morte» chi appartiene ai ceti più elevati difende il corpo dei defunti insieme alla «sua funzione di armonioso decoro interna alla scansione ordinata dalle genealogie», ossia quale «emblema di appartenenza a quella casa spirituale che è il lignaggio», e dimostra di possedere quel «senso dell'onore e della discendenza familiare» (Calvi 1984b: 128-9) che costituiscono i segni di quella appartenenza. Per essi una *morte degna* serve a «ricomporre un'immagine... del gruppo familiare che restituisca all'esterno e nel tempo la gerarchia armoniosa di antenati e discendenti» mentre «morire appestati» significa «morire... da gente senza onore» (ivi: 22).

Interessante è poi rilevare come sia tra gli *ultimi arrivati* nel nuovo strato superiore a risultare particolarmente avvertita l'importanza di aderire alle norme da cui sentono definita l'appartenenza a esso e di *radicarsi* in spazi fisici e sociali che rappresentano il prestigio e il potere delle *vecchie famiglie* (Elias, Scotson 1965 [2004]). Nella peculiare fase di riconfigurazione sociale in cui le vicende si collocano, se per chi già da generazioni ne faceva parte anche in quello da tenere di fronte alla morte viene a rivelarsi «quale importanza abbia per lo strato superiore una rigorosa codificazione del comportamento» come «strumento di prestigio» e mezzo per riaffermare la propria posizione dominante, per i membri di gruppi di nuovi arrivati «impegnati nell'ascesa individuale» si fa viva l'esigenza (percepita come presupposto per quell'ascesa) «d'imitare i modelli proposti» dai primi e di riconoscere «vincolanti anche per sé... le [loro] norme e i [loro] modi di comportamento» (Elias 1939b [2010]: 403-4). Ne è un esempio il caso del «funzionario dei Nove Conservatori... magistratura in ascesa... occupata e presa di mira dai provinciali ambiziosi che arrivano o sono emigrati già da alcuni anni a Firenze» che avverte un legame tra la soddisfazione delle sue aspirazioni «di appartenenza sociale» e «di ascendere alle cariche pubbliche» e un «radicarsi in forme di visibilità genealogica» che passa anche per la corruzione di «un cerusico e due becchini perché il corpo del... figlio... morto di peste non venga gettato come gli altri nella fossa comune» (Calvi 1984b: 123). O quello di un orefice le cui «preoccupazioni esistenziali e finanziarie paiono quietarsi solo dopo l'acquisto della tomba di famiglia... di rimpetto alla cappella della famiglia de' Ricasoli», poiché tale «borghese in ascesa» sembra vedere in ciò rappresentata quella «identità di gruppo... che ha sempre condizionato lo *status* di cittadino al vivere da più generazioni entro la cerchia delle mura urbane» e nell'essere «sepolti fuori» da esse il segno dell'esclusione «dal tessuto di relazioni di parentela e vicinìa che prefigurano le coordinate dell'identità sociale» e della dispersione di «tutte le componenti visibili e interne al processo di autoaffermazione del gruppo» (ivi: 120).

Quello dei modi in cui, in un dato contesto storico-sociale, pluralità di persone si trovano a essere legate le une alle altre può costituire un piano concreto sulla base del quale provare a dare una (concreta) spiegazione della maggiore rilevanza attribuita al *valore* del prendersi cura dei corpi dei defunti, della maggiore *sensibilità* riguardo a una *morte degna* – e della complementare maggiore *ripulsa* suscitata dalla «regressione ad uno stato di ferinità» (ivi: 121) che le fosse comuni e l'abbandono dei cadaveri evocano –, che nell'esempio proposto sembrano distinguere i membri di una ristretta cerchia dagli strati più ampi della società. Una cerchia, posta ai vertici di quella società, nella quale è coi peculiari vincoli d'interdipendenza che vanno affermandosi tra i suoi membri che, nella prospettiva qui seguita, risulta connessa una crescente esigenza per essi di *osservarsi reciprocamente*, di *regolare il proprio comportamento* tenendo conto delle *opinioni* e delle *regole* del gruppo (Elias 1939a [2009]; 1939b [2010]), «di adempiere [ciascuno] a quegli obblighi di rappresentanza... legati alla sua posizione» (*Id.* 1969a [1980]: 84) – a cui si collega il sorgere di *nuove ansie* (*Id.* 1948 [2021]).

Nella stessa prospettiva si può altresì guardare all'emergere, in tale cerchia, di una particolare sensibilità nei confronti delle condizioni di coloro che si trovavano a essere ricoverati e a dover morire negli ospedali del tempo. Se «puzza, sporcizia, pazienti accatastati insieme in uno stesso letto, materassi... impregnati di urina ed altro» (Cipolla 1979: 39) costituivano il quadro in cui ciò avveniva, solo nel ristretto nucleo di ufficiali al servizio della Sanità e nei superiori che ne ricevettero i resoconti, «Magistrati [che] erano gentiluomini, persone raffinate» pur «adusate alle scene di miseria... della società preindustriale», pare che gli esiti delle ispezioni condotte negli ospedali fiorentini ai tempi di un'altra epidemia (quella di tifo esantematico del 1620-21) suscitassero sentimenti «di stupefatto orrore» (ivi: 38) e la sensazione che «lasciare deteriorare ulteriormente la situazione» fosse non solo

«pericoloso» ma anche «inumano» (ivi: 51). Il fatto che l'Ufficio di Sanità dovesse con proprio bando ordinare a chi gestiva gli ospedali della città (non senza incontrarvi resistenze) che «quando un malato sta moribondo et in agonia di morte... gli fossero levati da lato gl'altri... che sono nell'istesso letto per ogni buon rispetto e che si mandasse giù la cortina acciò non fusse veduto in quelle pene» (ivi: 38) mostra come tutt'altro che largamente diffuso fosse allora un *sensu di pudore* riguardo alla morte e alla condizione di chi muore.

Se si pensa a quanto intenso e omogeneamente diffuso sarebbe nelle nostre società il senso di “stupefatto orrore” provato di fronte a fatti del genere di quelli sopra in breve riportati, tali esempi possono altresì servire a non far perdere di vista che anche gli atteggiamenti e i comportamenti «di fronte al morire e alla morte... non sono né immutabili né casuali» bensì «particolarità di società ad un determinato stadio di sviluppo e pertanto con una struttura specifica» (Elias 1982/1985 [2011]: 103); che «rappresentazioni che... si è soliti considerare, nella propria società, ovvie se non addirittura proprie al carattere umano universale» (ivi: 67) sono in realtà l'esito provvisorio di un lungo *processo* nel corso del quale, come aspetto specifico «della grande avanzata... [della] civilizzazione», solo gradualmente sono mutati «anche l'atteggiamento di fronte alla morte e il modo stesso di morire» (ivi: 36). Un mutamento, anche questo, accentratosi «all'inizio in gruppi relativamente ristretti» e poi estesosi «a poco a poco ad altri», in un movimento di progressiva espansione che ha «come premessa l'esistenza di reciproci contatti e quindi una precisa struttura della società»⁶ e che non avrebbe potuto realizzarsi «se anche per gli strati più ampi... non si fossero create infine certe condizioni di vita, ossia una situazione sociale che avrebbe reso possibile e necessaria una graduale trasformazione degli effetti e dei modi di comportamento» (*Id.* 1939a [2009]: 253). In tale processo è stato *insieme* al mutare della «struttura sociale... [delle] forme di integrazione tra gli uomini» (*ibid.*) che si sono modificate anche le «strutture della personalità e... [le] rappresentazioni ad esse connesse – inclusa quella della morte» (*Id.* 1982/1985 [2011]: 67) e quest'ultima col suo avanzare – passato anche per il crescente «controllo delle grandi epidemie mortali» reso possibile dalla «crescita della corretta conoscenza della realtà» (ivi: 95-6) – è stata «[come] altri aspetti animali dell'esistenza... sia come evento che come pensiero... sempre più confinata dietro le quinte della vita sociale» (ivi: 30).

4. MIASMI E SENSIBILITÀ OLFATTIVA

Nel periodo su cui stiamo focalizzando la nostra attenzione «la riserva sociale di conoscenza adeguata alla realtà» (Elias 1991 [1998]: 130) era assai minore di quella oggi a disposizione. Questo valeva ovviamente anche per la medicina. Dato lo stadio di sviluppo del sapere e della tecnica allora raggiunto, i medici erano del tutto «privi di conoscenze riguardo a microbi, virus e vettori» (Cipolla 1989: 81). Il «paradigma della scienza medica» ancora dominante era «quello degli umori e dei miasmi», sulla scorta del quale la causa della peste era indicata in «una mal definita... “corruptione et infectione dell'aria” che degenerava in miasmi... [che] per inalazione o per contatto uccidevano... [chi] ne fosse investito» e che poteva verificarsi «per una... infelice congiunzione degli astri, per esalazioni di acque paludose, per eruzione di vulcani, per condizioni di sporcizia e fetidume, per le esalazioni provenienti da “rebus et corporibus putridis et corruptis” (ivi: 14). La teoria miasmatica tracciava una «associazione tra cattivi odori e... peste» che, pur nella realtà del tutto «priva di fondamento» (Alfani, Sansa 2015: 15), ebbe considerevoli implicazioni da una delle quali proviamo a trarre spunto per qualche altra considerazione.

La «confusione tra miasma e puzza, tra nauseabondo e malsano» aveva tra le sue conseguenze quella di caricare «l'olfatto di intensissime valenze emozionali» (Corbin 1982 [2005]: 85), al punto da far sì che sotto la sua spinta «la sensibilità e l'attenzione ossessiva verso gli odori raggiungessero vertici sconosciuti» (Camporesi 1983 [2005]: XX). Stimolando un'associazione tra certi odori e specifici sentimenti di apprensione e repulsione, quella confusione – destinata a durare a lungo visto che ancora nell'Inghilterra del XIX secolo esponenti dei più avan-

⁶ Circa tale *premesse* è interessante notare che nei processi oggetto dell'analisi prima considerata «mancano del tutto le accuse verso personaggi... di diversa estrazione sociale... le denunce si muovono in senso orizzontale e non dal basso verso l'alto o viceversa» (Calvi 1984a: 44-5).

zati movimenti sanitari del tempo per lo più si comportavano «come se tutti i fetori fossero malattie» e «tutte le malattie fossero fetori» (Cipolla 1989: 17) – avrebbe quindi favorito l'avanzare in una data direzione della *sensibilità olfattiva* degli esseri umani. Tuttavia, si può sostenere che al riguardo essa non agì da sola.

Contro la peste è stata a lungo praticata una *strategia degli odori* che si fondava sull'idea che certi effluvi potessero proteggere dai miasmi e purificare l'aria da essi corrotta. Se non mancava, in tale strategia, l'utilizzo di «essenze squisite» (Camporesi 1983 [2005]: XX), per lo più quella che veniva eretta per «contrastare... il “miasma velenoso”» era però una «cortina di odori disgustosi» (ivi: XXIX), almeno facendo riferimento a quelle che si possono considerare le odierne *soglie del disgusto* al riguardo. Quella cortina di odori *contra pestem* (tra i cui “ingredienti” vi erano pece e zolfo, corna, viscere e sterco di animali, e molto altro) s'inseriva in un quadro in cui per la maggior parte delle persone la vita si svolgeva in un ambiente nel quale «l'indistinzione fra lo spazio pubblico e quello privato tipico della vecchia società» – ove «la strada era considerata un naturale prolungamento della casa e della corte» e «la nozione di privato, d'intimità, di pudore (per tacere di quella d'igiene) era quanto mai indeterminata» – rendeva «la convivenza con gli animali, con gli escrementi bestiali e quelli umani... accettata come naturale» (ivi: XXXV). Nelle abitazioni espletare le «funzioni corporali» in recipienti «nelle stesse camere in cui si viveva», per poi gettarne il contenuto «attraverso le finestre», era pratica svolta «con assoluta naturalezza» così come «naturale era... convivere con i cattivi odori che questa prassi produceva» (Sorcinelli 2002: 142). Dalla disponibilità di escrementi dipendeva poi «la... produttività della terra» (*ibid.*) e per gran parte delle attività produttive erano indispensabili materie il cui impiego nei processi di lavorazione era fonte continua di fetore. La struttura di quelle società conferiva un carattere di normalità alla presenza di un'ampia gamma di materie maleodoranti e un significativo valore a varie di esse, e si può ritenere che in coerenza con ciò si definissero sentimenti ed emozioni allora in prevalenza associati a tali materie e ai loro odori. Se si può ben immaginare che le soglie del disgusto verso certi odori fossero in tale contesto piuttosto diverse da quelle prevalenti nelle nostre società, si può altresì ritenere che quelle soglie non fossero comunque uguali per tutti. Il fatto che nella Firenze degli anni Venti del Seicento «i “buoni uomini” di San Martino» nell'annusare i «miasmi nauseabondi» che impregnavano le povere abitazioni che andavano visitando ne restarono – come il Magistrato di Sanità, il Granduca e membri della corte una volta edotti della situazione – «meravigliati e terrorizzati insieme» (Cipolla 1979: 56) e che per la duchessa d'Orléans alla fine del secolo quello delle strade di Parigi risultasse «un odore così disgustoso che non lo si può sopportare» (Elias 1939a [2009]: 274), sono solo due esempi di come nelle differenti condizioni di vita delle ristrette cerchie degli strati superiori dovevano situarsi non poche ragioni di una diversa (maggiore) sensibilità olfattiva che si può ritenere distinguesse i loro membri da chi (la maggioranza) viveva in simili abitazioni e lavorava su quelle strade. Spostando l'attenzione sugli odori dei corpi – i quali ove “putridi e corrotti” erano anch'essi considerati potenziali fonti di miasmi pestilenziali – si può provare a suggerire qualcos'altro al riguardo.

Nel nuovo strato superiore del tempo, composto di «un complicato intreccio di gruppi e relazioni» (*Id.* 1969a [1980]: 62), le «catene di interdipendenza che si intersecano nell'individuo» si fanno «più fitte e allungate» e, nella misura in cui «si intensificano i legami tra gli uomini» (*Id.* 1939b [2010]: 382), ognuno è sempre più costretto a guardare «alle più lunghe e differenziate catene in cui si inserisce... ciascuna azione» e a «dominare i propri momentanei stimoli affettivi e pulsionali, tenendo conto degli effetti che il suo comportamento può avere sulla distanza» (ivi: 314). In tal senso, «il progredire della soglia del pudore e della ripugnanza coincide con la rapida curializzazione dello strato superiore» (ivi: 382). Nell'ambito della struttura che le relazioni assumono al suo interno ogni individuo sperimenta un'inedita spinta all'*osservazione degli altri* e alla complementare *osservazione di sé* e quella peculiare situazione che vede «lo spazio individuale... simultaneamente invaso dal controllo collettivo e... respinto nel silenzio vergognoso degli interdetti» (Revel 1986 [1987]: 139); al tempo stesso in cui implica la «rappresentazione del rango mediante la forma» e l'attribuzione a «ogni forma» di un preciso «valore sociale di rappresentanza» (Elias 1969a [1980]: 63), quella struttura impone all'individuo la netta separazione tra «ciò che è mostrabile» e ciò che invece «tutti... devono ignorare» (Revel 1986 [1987]: 139), a partire dalle sue funzioni e dai suoi istinti “più animali” (Elias 1939a [2009]; 1939b [2010]). È in tale contesto che viene a definirsi «un nuovo atteggiamento di fronte al corpo, al proprio corpo e a quello degli altri» (Ariès 1986 [1987]: IX) e, si può ritenere, anche di fronte ai suoi odori. Se pare plausibile annoverare anche questi ultimi tra quelle «differenze nell'aspet-

to esteriore» che vengono allora ad assumere una peculiare rilevanza «quale mezzo per sottolineare le differenze sociali» (Elias 1969a [1980]: 63), la questione dell'odore può altresì essere collocata nell'ambito di quei processi nel corso dei quali «la barriera che si erge tra uomo e uomo s'ispessisce... così come crescono il ritegno e la barriera agli affetti che... [si ha] tra un corpo e l'altro» (*Id.* 1939a [2009]: 317); che conducono all'emergere di «uno spazio preservato intorno al corpo per allontanarlo da altri corpi» e «di un pudore nuovo, di una nuova cura nel dissimulare alcune parti del corpo o alcuni atti come l'escrezione» (Ariès 1986 [1987]: IX). Una specifica declinazione di ciò può considerarsi l'insorgere – dal piano prettamente relazionale in cui si snodano quei processi di riconfigurazione a un tempo della struttura sociale e dell'economia psichica degli individui – di dati problemi relativi alle emanazioni dei corpi, all'esigenza di allontanarsi da esse e di celare quelle maggiormente capaci di far riemergere un'animalità dell'uomo che sempre più tende a essere rimossa. In questa prospettiva la crescente attenzione verso gli odori sollecitata dalle tesi miasmatiche pare da collocare nell'ambito di un movimento più generale in tale direzione.

L'invenzione da parte di frate Auda di un «profumo per chiese e camere di Signori», inclusa «la camera da letto», e di una «acqua d'Angeli per Gran Signore» può considerarsi un esempio di come nel Seicento tra quanti intendevano contribuire coi loro ritrovati alla lotta alla peste non mancasse l'attenzione per rimedi che consentissero a *tali* persone di soddisfare quel bisogno di diversa origine per cui «il sapore della putredine, il puzzo... dovevano essere dissimulati e mascherati» (Camporesi 1983 [2005]: XXI-II). Ma i riflessi della stessa esigenza si potevano già trovare – per non risalire troppo addietro – «nei Secreti di Isabella Cortese» o nel fatto che «la pur rude virago Caterina Sforza» includesse tra i suoi *Experimenti* ricette «di cosmetici aromatici e d'essenze beatificanti» (ivi: XXI) o, ancora e più in generale, nelle testimonianze bassomedievali di «cavalieri e... dame» che ricorrevano a vari aromi «per evitare o almeno attenuare le conseguenze della traspirazione e per avere un buon odore» (Sorcinelli 2002: 148). A tali scopi «uomini e donne della fine del Medioevo» si lavavano in acqua assai «più comunemente» di quanto avrebbero fatto i «loro discendenti» (Braunstein 1985 [1987]: 501-2). È infatti noto che il bagno in acqua, sino ad allora praticato secondo il «sistema dei bagni di origine romana» per lo più in luoghi pubblici ove ci si dedicava «sia alla pulizia sia al piacere», a partire dal Cinquecento fu sostituito da un sistema di *pulizia asciutta* e che a contribuire a tale passaggio furono le tesi che sostenevano che a contatto con l'acqua «i pori si dilatano» favorendo «la fuoriuscita di umori» (Sarti 1999 [2008]: 247-8) e l'ingresso di «miasmi infettivi» (Sorcinelli 2002: 153). Le idee circa il modo in cui si contraesse la peste poterono tuttavia «avere un impatto così rilevante» sulla scomparsa dei *bagni* solo perché questi erano «una pratica instabile e già contestata» (Vigarello 1985 [1987]: 46); perché vennero a incrociare l'avanzare, nel corso dei processi a cui si è accennato, «della lenta instaurazione delle distanze fisiche» – di «barriere» che rendevano «certi “contatti” non... più così naturali» – connessa a una «interiorizzazione delle norme diffuse dalle corti nobiliari» che spostava «le percezioni della decenza e del pudore» (ivi: 40-1) verso una *nuova sensibilità* che faceva sì che «alcuni comportamenti spontanei, immediati» a lungo «considerati normali, venivano [ora] vissuti come eccessi» (ivi: 43).

La «scomparsa del bagno» non implicò il venir meno della «preoccupazione per la pulizia» – né di quella, connessa, per l'odore – che «anzi rispetto ai secoli precedenti... si accresce»; all'uso dell'acqua si sostituì il «frizionamento della pelle con panni puliti e profumati» e la «sua aspersione con ciprie odorose» (Sarti 1999 [2008]: 249) e gli «uomini e le donne dei secoli XVI, XVII e XVIII» trasferirono tanto «i loro interessi igienici» quanto «le loro prerogative galanti alle vesti» (Sorcinelli 2002: 148). A queste e alla «biancheria pulita e profumata» si attribuivano a un tempo la funzione di assorbire «il sudiciume e le impurità» (Sarti 1999 [2008]: 252; 249) e di «rinserrare il corpo in una sorta di armatura difensiva» contro i miasmi, quella di «coprire le parti ritenute vergognose» (ivi: 255) e quella di distinguere da chi era «condannato al lerciume e al fetore», ossia le funzioni (espressione di altrettanti bisogni fra loro connessi) di «*Schutz, Scham e Schmuck*... triade di parole usate dai tedeschi che significano... protezione, pudore e ornamento» (ivi: 252; 255). Se tali osservazioni in merito a biancheria e vesti suggeriscono il «carattere socialmente determinato della pulizia nelle società d'Età moderna» (ivi: 252), l'interagire di una pluralità di funzioni sociali si può rilevare anche intorno al ritorno dell'acqua nelle pratiche di pulizia del corpo. È nella seconda metà del Settecento (quando inizia man mano a diminuire anche la paura della peste) che al riguardo «qualcosa comincia a cambiare... almeno in una ristretta cerchia elitaria» – per la quale «fare e poter fare il bagno» aveva una specifica *funzione distintiva*, costituiva «un segno di prestigio sociale» (Sorcinelli 2002:

148; 152). Se a favorire il ritorno all'uso dell'acqua concorse l'emergere in campo medico di opinioni – peraltro ancora segnate da una scarsa aderenza alla realtà, come nel caso della «teoria della “generazione spontanea” della sifilide» (ivi: 146), e dall'influenza delle radicate credenze circa il pericolo di certe emanazioni – che ne sostenevano possibili effetti benefici, esse si mescolavano con preoccupazioni e bisogni d'altro genere che sempre la questione degli odori consente di rilevare. Ne sono esempi (tratti dal contesto francese) il fatto che «nel 1762, il trattato *De la santé* parla della necessità che vengano lavate spesso quelle parti del corpo più propense ad accumulare il sudore e quindi odori sgradevoli» (ivi: 147) e che in *Le conservateur de la santé* (1763) si affermi che «se la traspirazione o il sudore ristagnano in queste parti... il calore li fa aumentare» ciò rappresentando un problema «oltre che per il cattivo odore che si ha addosso e che si sparge ovunque» (problema che pare porsi sul piano del senso di *vergogna* che chi lo emana dovrebbe provare e del *disgusto* che verrebbe a suscitare negli altri) anche perché «una parte di queste esalazioni e di ciò che ne costituisce la materia viene riassorbito... nella circolazione dove non può che far male» (Vigarelli 1985 [1987]: 127). Se nei secoli in cui a dominare era stato il sistema della pulizia asciutta l'acqua aveva perso «le sue prerogative sia in campo igienico sia sul versante sessuale» (Sorcinelli 1998 [2016]: 85), a partire dalla metà del Settecento «abluzioni parziali e bagni completi» tornarono gradualmente al centro del primo e a rivestire un importante ruolo quale «complemento della sessualità» (ivi: 73). Un ritorno, su questo secondo piano, contemporaneo a un sempre più netto abbandono di sostanze che ancora convivevano con quelle usate per celare l'odore del corpo e che al contrario miravano a «sottolinearlo» (degli «odori più forti, più animaleschi») che può essere interpretato quale «riflesso del declino del “valore primitivo” degli odori sessuali... che l'uomo e la donna occidentali si sforzano adesso di nascondere... perché divenuti importuni», quale *limitazione* imposta al «ruolo sessuale dell'olfatto» che va di pari passo con l'accentuarsi di «sentimenti di vergogna legati agli organi [sessuali] stessi, vale a dire il pudore» (Corbin 1982 [2005]: 106) – e ciò mentre i medici allora impegnati «a tentare di comprovare scientificamente la virtù terapeutica di certi aromi» avvertivano dei «pericoli impliciti nei profumi animali» (ivi: 88; 96).

Considerare la progressiva “eliminazione” degli *odori animali* una manifestazione particolare di una più generale tendenza a nascondere, nei rapporti con gli altri, quanto può riportare alla ribalta nell'economia psichica delle persone ciò che gli specifici vincoli d'interdipendenza da cui sono legate sempre più chiedono che sia rimosso può forse aiutare a spiegare come certe emanazioni corporali «per lungo tempo considerate afrodisiache» vengano man mano «a ispirare un certo disgusto» (Knibiehler 1991 [1991]: 309). Tale mutamento può cioè diventare più facile da spiegare se lo si considera un aspetto specifico di un processo nel corso del quale «col crescere della dipendenza reciproca, più costante diviene tra gli uomini l'abitudine a osservarsi reciprocamente» e «la sensibilità, e quindi i divieti, divengono sempre più differenziati, e più differenziato, esteso e complesso diviene anche, a seguito del nuovo tipo di coesistenza, l'insieme delle azioni di cui ci si deve vergognare e l'insieme delle azioni altrui che provocano ripugnanza» (Elias 1939b [2010]: 382). I limiti posti all'olfatto nel campo delle relazioni sessuali rappresentano *una* declinazione di un processo in cui è in generale la «tendenza a odorare», che si tratti di «vivande o altro», a subire «una limitazione, come se si trattasse di un aspetto animalesco», in cui al progressivo «spostamento» dietro le quinte «delle manifestazioni pulsionali», che segue la «parabola della moderazione e della trasformazione dell'affettività» imposta dai *nuovi tipi di coesistenza*, corrisponde una ridefinizione dell'importanza rispettivamente rivestita dai diversi organi di senso (*Id.* 1939a [2009]: 365). Allo stesso modo, il complementare farsi più vivo in quelle relazioni del bisogno di tener sotto controllo certe emanazioni può ritenersi un'espressione particolare di quella tendenza generale che «emerge nettamente» proprio «nella parabola della civilizzazione della sessualità» e che vede, col medesimo mutare della situazione sociale, l'affermarsi di una più rigida separazione «tra ciò che può essere reso... visibile nei rapporti sociali, e ciò che deve invece restare “intimo” o “segreto”» e un corrispondente accentuarsi, rispetto a quanto è posto in tale secondo ambito, dei «sentimenti di pudore e di imbarazzo socialmente indotti, al punto che perfino la sua menzione... è sempre più... limitata da... regole e divieti»; ovvero, che vede «l'orientarsi del movimento della civilizzazione verso una privatizzazione sempre più accentuata... di tutte le funzioni corporali... così da relegarle “dietro porte chiuse”» (ivi: 346).

Se come Elias ha inteso mostrare è con «la ristrutturazione generale dei rapporti umani» che al riguardo ha preso «avvio una trasformazione dei bisogni umani» (ivi: 284), qualcosa in tal senso si è provato a suggerire anche

a proposito di dati bisogni relativi al controllo di certi odori. Così come si è già cercato di suggerire che questi ultimi, interagendo con altri che spingevano nella stessa direzione, hanno stimolato invenzioni tese a soddisfarli. Se l'emergere di tali nuovi bisogni può trovarsi riflesso anche in innovazioni della lingua volte a renderla, come nota Corbin (1982 [2005]: 85) circa il «francese classico», sempre più depurata «del suo vocabolario nauseabondo», su un altro (ma non separato) piano anche a essi ha in qualche modo dato risposta quella «evoluzione di un apparato tecnico» che – corrispondente «all'accresciuta sensibilità» che andava di pari passo con la crescente «regolamentazione... della vita istintiva» imposta alle persone dai loro legami – «risolse» il più generale «problema della separazione di quelle funzioni» poco sopra citate «dalla vita sociale, relegandole... dietro le quinte» (Elias 1939a [2009]: 283). Caso esemplare di *invenzione* volta a soddisfare, insieme a quelle d'igiene, crescenti esigenze circa l'eliminazione di certi odori può considerarsi quella, pressoché coincidente col ritorno all'uso dell'acqua nella pulizia personale, del bidè (Sorcinelli 1998 [2016]; Vigarello 1985 [1987]). A essa altre ne seguirono accompagnate da una graduale riconfigurazione degli ambienti di vita tesa a celare *dietro porte chiuse* tanto le funzioni causa di odori *divenuti* sgradevoli quanto le azioni volte alla loro rimozione dai corpi. Così, una volta riabilitata, la pratica del bagno in acqua, un tempo svolta soprattutto in luoghi pubblici, ricomparve come pratica prevalentemente *privatizzata*, che il «diffondersi di stanze e vasche da bagno» (Sarti 1999 [2008]: 248) consentiva di svolgere in ambienti privati. Da allora la «stanza da bagno» è andata sempre più acquisendo l'immagine di «ambiente olfattivo [che] contrassegna l'intimità» (Corbin 1982 [2005]: 110) e l'invenzione del *water closet* segnò un significativo passo nel «processo di privatizzazione del rifiuto» e verso «l'esperienza di una nuova intimità» (ivi: 118).

A riprova di come il pudore (al pari di altri) sia sentimento «determinato dalla struttura sociale», in una fase in cui «lentamente... la distanza sociale tra gli uomini diminuisce e... la gradazione dei rapporti di dipendenza, il carattere gerarchico della società divengono meno rigidi» simili innovazioni rispecchiano un bisogno d'intimità che nella cerchia ancora elitaria che può permetterselo si fa più intenso e generalizzato rispetto a quando una più rigida gerarchia sociale sanciva una netta distinzione tra «persone di fronte alle quali si prova pudore» (quelle di rango pari o superiore) e persone (di rango inferiore) «di fronte alle quali non lo si prova» (Elias 1939a [2009]: 281-2) – per cui, ad esempio, «Luigi XIV» poteva ben ricevere «i ministri seduto sulla latrina» (*Id.* 1983c [2018]: 127) e «il personale di servizio» presenziare «ai bagni delle signore» (Sorcinelli 2006: 12) senza che ciò ingenerasse in quelle alcuna vergogna. Un mutamento che ha parimenti interessato la camera da letto, che da spazio che i padroni di casa dividevano giorno e notte con i servi (Sarti 1999 [2008]) «è diventato uno dei luoghi più “privati” e “intimi”» (Elias 1939a [2009]: 311), e non solo essa. È nel corso dello stesso processo che gli spazi sono sempre più organizzati anche in modo da sottrarre alla percezione (ai *sensi*) di quanti al riguardo hanno sviluppato una *nuova sensibilità* ciò che per loro è *divenuto sgradevole*; così, ad esempio, scuderie e cucine sono sempre più allontanate dalle stanze ove questi ultimi alloggiano affinché non abbiano a vedere le scene che vi si svolgono, a udire i rumori che ne provengono e, ovviamente, a odorare i fetori che vi si addensano (Elias 1939a [2009]; Sarti 1999 [2008]). Anche nella struttura degli spazi in cui gli individui conducono con altri la loro vita domestica si rivela «la struttura del *tessuto di relazioni* in cui essi vengono a trovarsi» (Elias 1969a [1980]: 46). Pur non escludendo anche qui l'interagire di spinte del genere di quella data dalla «ossessiva presenza della tisi» alla «igiene domestica», gli sviluppi che dalla «seconda metà del secolo [XVIII]» vedono «l'architettura privata» andare in direzione di una «specializzazione degli ambienti» che sempre più «separa gli spazi e crea i luoghi dell'intimità» (Sorcinelli 2002: 147) sono un'espressione specifica di un processo di mutamento più ampio che «non riguarda solo qualche spazio, ma specifici aspetti della vita comune delle persone, e in particolare le regole che la governano e la loro “interiorizzazione” nella forma di ciò che... chiamiamo coscienza, sensibilità, tatto e senso del pudore» (Elias 1983c [2018]: 129). Con tali aspetti e con i loro mutamenti possono essere posti in relazione il rapporto degli esseri umani con certi odori e gli spostamenti della loro sensibilità olfattiva. Anche in proposito ciò che pare possibile osservare – come si è inteso suggerire cercando di far emergere l'intreccio fra tali questioni e altre con esse coinvolte in un medesimo movimento – può forse essere espresso nei termini di una *progressiva rimozione di certe emanazioni* (insieme alle funzioni da cui derivano) *dietro le quinte della vita sociale* e di una *privatizzazione degli odori*, ovvero di aspetti che fanno parte di un *processo di civilizzazione* – con le forze del quale si è trovata a interagire anche la spinta all'accentuarsi della sensibilità olfattiva sollecitata dalla persistente confusione tra miasma e puzza.

5. ALCUNE ANNOTAZIONI CONCLUSIVE

Nel corso di questo lavoro si è dunque cercato di mettere in relazione le osservazioni di storici che si sono occupati di eventi epidemici occorsi nell'Italia della prima Età moderna – con particolare riferimento alla Toscana del Seicento – con alcuni “elementi centrali” della sociologia eliasiana e, tramite gli esempi proposti, di mostrare il contributo che l'utilizzo di certe categorie proprie dell'approccio figurazionale può dare alla “lettura” di fenomeni sociali connessi a eventi di tal genere. Ricorrendo a tale approccio, si è in particolare tentato di evidenziare come l'effettivo ruolo giocato dalla presenza della peste riguardo alla configurazione e riconfigurazione tanto di istituzioni e organizzazioni impegnate a contrastarla quanto di certe *sensibilità* si sia inserito nell'alveo di un processo più generale nell'ambito del quale le implicazioni derivanti da quella presenza hanno interagito con altre che *fondamentalmente* avevano a che fare con il modo in cui – nel medesimo periodo in esame – si configuravano e si andavano riconfigurando le strutture delle relazioni (delle interdipendenze) tra gli esseri umani; si è, in altri termini, cercato di far emergere come sia stato al *movimento* innescato da spostamenti verificatisi in queste ultime – a partire da alcune date cerchie sociali – che la peste ha a sua volta concorso con *spinte* che andavano *nella stessa direzione*. Un movimento nel corso del quale, si è altresì provato a suggerire seguendo Elias, *insieme* al mutare della struttura delle relazioni da cui le persone (e le formazioni da queste costituite) si trovavano a essere legate le une alle altre sono andati riconfigurandosi *allo stesso tempo* – in quanto dimensioni fra loro non separate – gli apparati e le funzioni di certe istituzioni, i ruoli di dati gruppi sociali, gli equilibri e i rapporti tra essi e all'interno di essi, l'organizzazione di certe professioni, i comportamenti, gli atteggiamenti, le sensibilità, i sentimenti degli individui.

Se dunque quello delle implicazioni sociali connesse ad epidemie del passato sembra essere un interessante campo d'indagine ove mettere alla prova l'approccio eliasiano, a partire da ciò e ponendosi su un piano più generale, si può provare ad accennare in sede di conclusione a un'ulteriore “suggestione”. Frequentando assiduamente i «territori di confine tra la sociologia ed altre province disciplinari» (Cavalli 2011: 23), Elias è rimasto a lungo “intrappolato” in un «equivoco ricorrente: troppo sociologo per gli storici e troppo storico per i sociologi» (Perulli 2012: 15). Ciò è stato tuttavia frutto di un altro malinteso che è venuto a generarsi nel corso di quel processo di crescente *specializzazione* conosciuto nel corso del Novecento dalle discipline scientifiche, e dalla sociologia fra queste, che ha avuto tra i suoi vari effetti il «progressivo ritrarsi dei sociologi nel presente» (Elias 1983b [2001]: 241): un «equivoco circa i compiti della sociologia» che ha portato a perdere di vista come «in ultima analisi» questi ultimi dovrebbero non essere *circoscritti* alla comprensione delle formazioni sociali “del presente” bensì consistere nel «rendere comprensibili a se stessi ed agli altri i componenti di qualsiasi altra formazione sociale» (*Id.* 1969a [1980]: 284). Lo «studio dei processi» – giacché essi possono essere colti solo tramite il confronto tra momenti diversi del loro *divenire* – «presuppone, per definizione, una comparazione diacronica» (Cavalli 2011: 28) e non può dunque, evidentemente, fare a meno del fondamentale lavoro degli storici. Secondo Elias, la possibilità di procedere a comparazioni può tuttavia essere ostacolata dallo stesso «studio storico del passato» allorché esso ecceda nel suo essere «diretto... verso il particolare»; viceversa «lo studio sociologico la facilita» (Elias 1986 [2015]: 96). In particolare, una «struttura teorica, sviluppata attraverso un lavoro sociologico» basato sullo studio delle «strutture sociali come formazioni di individui interdipendenti» (*Id.* 1969a [1980]: 283) può, per così dire, essere utile in tal senso. Essa, partendo dal *problema fondamentale* di «chiarire in qual modo e perché gli uomini si legano tra loro e costituiscono tutti insieme certe specifiche formazioni dinamiche», mette a disposizione un quadro concettuale di riferimento, un “modello”, che può essere «osservato e provato attraverso singole ricerche» e che, per tale via, al tempo stesso in cui può aiutare a comprendere le peculiari configurazioni di interdipendenze rilevabili nei dati contesti oggetto di quelle indagini, può contribuire a far luce sulla “struttura” sottesa ai molti modi differenti – sempre storicamente e socialmente situati – con cui appunto gli uomini «insieme creano formazioni diversissime» (*ivi*: 282; 283) le une dalle altre, ovverosia su quel problema fondamentale di partenza. Detto in altri termini, in tale quadro, «l'esame dettagliato di una singola società fornisce il materiale per esaminare il problema teorico più generale della relativa dipendenza e indipendenza degli individui nei loro rapporti reciproci» allo stesso tempo in cui «questo esame consente di portare chiarezza nel primo» (*ivi*: 190). Poggiare l'analisi su «una base sociologica» focalizzata su «ciò che si può realmente osservare: una massa di uomini interdipendenti che creano certe spe-

cifiche formazioni» (*ibid.*) rende possibile quanto le visioni che interpretano i vincoli che tengono insieme pluralità di individui alla stregua di «qualcosa che esiste indipendentemente dai singoli» e, sul versante opposto, quelle che si concentrano sul singolo individuo pensato come «assolutamente indipendente da tutti gli altri» (ivi: 186; 190) non prendono in considerazione o impediscono, ossia la messa *in relazione* di quelle specifiche formazioni. Tale “base sociologica” può consentire di cogliere le sempre peculiari e diverse *configurazioni* formate da concreti esseri umani nei particolari contesti in cui si trovano a essere reciprocamente legati non solo in quella loro specificità ma anche nel loro *carattere paradigmatico*; può aiutare a rilevare in una data *formazione* gli «*aspetti che la differenziano dalle altre*» insieme alle «*uniformità sottostanti*» alle sue peculiarità, «*che questa condivide con altre*» e che consentono di guardare ai problemi sociali che in essa si manifestano non come a qualcosa che avviene «*per la prima volta qui e ora*» (Elias, Scotson 1965 [2004]: 86) bensì come a declinazioni di un più generale *problema sociologico* che la accomuna ad altre che sono o sono state attraversate da *processi analoghi*. Diventa così possibile mettere in rapporto fra loro specifiche configurazioni umane, passate o ancora presenti che siano e anche molto diverse le une dalle altre (che, *nello specifico*, sono *uniche e irripetibili*), nell’ambito di una “cornice” all’interno della quale il raffronto tra quei *casi particolari* può contribuire – facendo emergere ciò che li rende tra loro *assimilabili* e ciò che li differenzia e, al contempo, interrogativi circa le ragioni di quelle “somiglianze” e di quelle differenze – a gettare una maggiore luce (o una luce diversa) tanto su ciascuno di essi quanto su *problemi* d’interesse sociologico di carattere più generale (Elias, Scotson 1965 [2004]; Elias 1990 [2008]; 1969b [2006]). Per Elias, analizzando «le interdipendenze degli esseri umani ad un determinato stadio dello sviluppo sociale», ossia «cercando di chiarire per quali motivi» in quella data fase «la struttura delle dipendenze umane assume proprio quella specifica configurazione», non solo «si contribuisce a comprendere meglio l’evoluzione della formazione stessa che ha prodotto la nostra rete di interdipendenze»; tale analisi, infatti, permette altresì di cogliere in pluralità di «uomini che sono legati tra loro in formazioni per noi a prima vista estranee... quegli aspetti-chiave che ci consentono di immedesimarci nella loro situazione» (Elias 1969a [1980]: 284-5) e quindi di *confrontare* con quest’ultima *la nostra situazione*. È per tale via – tracciata a partire dall’idea che «i nessi sociali della propria vita possono essere meglio compresi se ci si sforza di immedesimarsi in quelli di altre società» (ivi: 82) – che diventa possibile che «l’approfondimento dei fatti passati» illumini «quelli attuali», allo stesso modo in cui «l’osservazione degli avvenimenti attuali rende più facile la comprensione di quelli passati» (*Id.* 1939b [2010]: 409), e che lo studio sociologico possa avvalersi tanto di *prove empiriche del presente* quanto di *prove empiriche del passato* (Elias et alii 1997). Ed è per la via nel brano seguente ben sintetizzata che l’esame delle interdipendenze consente un’immedesimazione *realistica*:

Abbiamo visto come gli uomini che componevano... [la società di corte] fossero legati in modo assai differente – costituissero cioè formazioni differenti – rispetto agli uomini delle società industriali; di conseguenza, sotto molti aspetti si svilupparono e si comportarono diversamente... Questa “alterità” degli uomini di altre società non è stata interpretata in modo relativistico, come un dato estraneo e singolare, né è stata ridotta, assolutisticamente, ad “umanità eterna e universale”. La determinazione delle interdipendenze ha consentito di lasciare ad uomini di altre società tutta la loro peculiarità, unicità e diversità, e tuttavia di riconoscerli nello stesso tempo come uomini nella cui esperienza e situazione è possibile immedesimarsi (Elias 1969a [1980]: 287-8)

Anche su quanto in questa digressione conclusiva si è in breve accennato potrebbero quindi concentrarsi gli interessi di quanti volessero approfondire la possibilità di impiegare gli “strumenti” offerti dall’approccio eliasiano nello studio di problemi (sociologici) connessi a grandi eventi epidemici, tra cui può essere incluso quello che in questi anni si è manifestato di fronte a noi, persone del XXI secolo. La comparazione tra specifiche configurazioni formate da persone reciprocamente dipendenti in diversi contesti storico-sociali, insita in quell’approccio, può ben prestarsi (nel campo in questione come in altri) all’utilizzo anche in disegni d’indagine “più maneggevoli” rispetto a quelli tesi a ricostruire processi di lunghissimo periodo e si può ritenere che al loro interno, oltre a fornire gli stimoli che per la comprensione dei fenomeni indagati possono scaturire allorché la *differenza tra il presente e il passato sia proiettata su di essi*, possa svolgere anche un’altra importante funzione, ossia mettere a disposizione dei riferimenti che possono aiutare a osservare – per usare ancora termini eliasiani (*Id.* 1983a [1988]) – da un punto di vista più *distaccato* fenomeni che sono altamente *coinvolgenti*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alfani G., Sansa R. (2015), *Il ritorno della peste? Un'introduzione alla storiografia recente*, in «Popolazione e Storia», 16, 2, 9-19
- Ariès P. (1986), *Per una storia della vita privata*, in Ariès P., Chartier R. (a cura di), *La vita privata. Dal Rinascimento all'Illuminismo*, Roma-Bari: Laterza, 1987
- Bianchi F. (2020), *Dal xenodochium all'hospitale. Origini e sviluppi delle istituzioni ospedaliere nel medioevo*, in Bianchi F., Silvano G. (a cura di), *Saggi di storia della salute. Medicina, ospedali e cura fra medioevo ed età moderna*, Milano: FrancoAngeli
- Bizzocchi R. (2004), *La cultura nella Toscana moderna: dall'Umanesimo civile alla rivoluzione scientifica*, in Fasano Guarini E., Petralia G., Pezzino P. (a cura di), *Storia della Toscana. 1. Dalle origini al Settecento*, Roma-Bari: Laterza
- Blanco A. (1990), *La Grande Peste. Un flagello sull'Europa del Trecento*, Milano: Fenice 2000, 1995
- Braunstein P. (1985), *Approcci all'intimità. Secoli XIV-XV*, in Duby G. (a cura di), *La vita privata dal feudalesimo al Rinascimento*, Roma-Bari: Laterza, 1987
- Burke P. (1987), *Scene di vita quotidiana nell'Italia moderna*, Roma-Bari: Laterza, 1988
- Calvi G. (1984a), *Una metafora degli scambi sociali: la peste fiorentina del 1630*, in «Quaderni Storici», 19, 55 (1), 35-64
- Calvi G. (1984b), *Storie di un anno di Peste. Comportamenti sociali e immaginario nella Firenze Barocca*, Milano: Bompiani
- Camporesi P. (1983), *Introduzione: odori e sapori*, in Corbin A., *Storia sociale degli odori*, Milano: Mondadori, 2005
- Catellacci D. (1897) (a cura di), *Curiosi ricordi del Contagio di Firenze nel 1630*, in «Archivio Storico Italiano», V, 20, 208, 379-91
- Cavalli A. (2011), *Il percorso di Norbert Elias tra sociologia e storia*, in «Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali», I, 1, 23-30
- Cipolla C. M. (1973), *Cristofano e la peste. Un caso di storia del sistema sanitario in Toscana nell'età di Galileo*, Bologna: Il Mulino, 1976
- Cipolla C. M. (1976), *La professione medica in Toscana nel 1630*, in Id., *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna: Il Mulino, 1986
- Cipolla C. M. (1977), *Chi ruppe i rastelli a Monte Lupo?*, Bologna: Il Mulino (stampa 2004)
- Cipolla C. M. (1978), *Peste del 1630-31 nell'Empolese*, in «Archivio Storico Italiano», 136, 3/4, 469-81
- Cipolla C. M. (1979), *I pidocchi e il Granduca. Crisi economica e problemi sanitari nella Firenze del '600*, Bologna: Il Mulino (stampa 2004)
- Cipolla C. M. (1983), *La peste a Pistoia nel 1630-31*, Pistoia: Società pistoiese di storia patria
- Cipolla C. M. (1986a), *Prefazione* a Id., *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna: Il Mulino
- Cipolla C. M. (1986b), *Introduzione* a Id., *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna: Il Mulino
- Cipolla C. M. (1989), *Miasmi ed umori. Ecologia e condizioni sanitarie in Toscana nel Seicento*, Bologna: Il Mulino
- Comin S. (2015), *Erbe, medicinali e rimedi contro la peste*, in Venuti C. (a cura di), *Pestiferus, Quaderni guarnieriani*, n.6 – nuova serie, 173-246
- Corbin A. (1982), *Storia sociale degli odori*, Milano: Mondadori, 2005
- Cosmacini G. (1997), *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari: Laterza, 2006
- Cosmacini G. (1998), *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Cosmacini G. (2005), *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Roma-Bari: Laterza
- Della Peruta F. (1976), *Aspetti della società italiana nell'Italia della Restaurazione*, in «Studi Storici», 17, 2, 27-68
- Elias N. (1939a), *La civiltà delle buone maniere. La trasformazione dei costumi nel mondo aristocratico occidentale*, Bologna: Il Mulino, 2009 (stampa 2014)

- Elias N. (1939b), *Potere e civiltà. Il processo di civilizzazione. II*, Bologna: Il Mulino, 2010
- Elias N. (1948), *Ansie sociali*, in «Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali», 10, 21, 2021, 103-5
- Elias N. (1969a), *La società di corte*, Bologna: Il Mulino, 1980
- Elias N. (1969b), *Introduction: sociology and historiography*, introduzione a Id., *The Court Society*, in Mennell S. (ed.), *The Collected Works of Norbert Elias. Volume 2*, Dublin: University College Dublin Press, 2006
- Elias N. (1970), *Che cos'è la sociologia?*, Torino: Rosenberg & Sellier, 1990
- Elias N. (1976), *Un saggio teorico sulle relazioni tra radicati ed esterni*, in Elias N., Scotson J. L., *Strategie dell'esclusione*, Bologna: Il Mulino, 2004
- Elias N. (1981), *Power and Civilisation*, in «Journal of Power», 1, 2, 2008, 135-42
- Elias N. (1982/1985), *La solitudine del morente*, Bologna: Il Mulino, 2011
- Elias N. (1983a), *Coinvolgimento e distacco. Saggi di sociologia della conoscenza*, Bologna: Il Mulino, 1988
- Elias N. (1983b), *Sul ritirarsi dei sociologi nel presente*, in Goudsblom J., Mennell S. (a cura di), *Tappe di una ricerca*, Bologna: Il Mulino, 2001
- Elias N. (1983c), *L'espace privé: "spazio privato" o "stanza privata"?*, in «Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali», 8, 15, 2018, 127-133
- Elias N. (1986), *Il mutevole equilibrio di potere tra i sessi. Uno studio di sociologia processuale: l'esempio dell'antico Stato romano*, in «Cambio – Rivista sulle trasformazioni sociali», V, 9, 2015, 79-98
- Elias N. (1990), *Further aspects of established-outsider relations: the Maycomb model*, in Wouters C. (ed.), *The Collected Works of Norbert Elias. Volume 4*, Dublin: University College Dublin Press, 2008
- Elias N. (1991), *Teoria dei simboli*, Bologna: Il Mulino, 1998
- Elias N. (2007), *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, Bologna: Il Mulino, 2010
- Elias N., Scotson J. L. (1965), *Strategie dell'esclusione*, Bologna: Il Mulino, 2004
- Elias N., van Krieken R., Dunning E. (1997), *Towards a Theory of Social Processes: A Translation*, in «The British Journal of Sociology», 48, 3, 355-83
- Fantoni M. (1994), *La formazione del sistema curiale mediceo tra Cinque e Seicento*, in Lamioni C. (a cura di), *Istituzioni e società in Toscana nell'Età Moderna. Volume 1*, Firenze: Edifir
- Fasano Guarini E. (2004), *Lo Stato regionale*, in Fasano Guarini E., Petralia G., Pezzino P. (a cura di), *Storia della Toscana. 1. Dalle origini al Settecento*, Roma-Bari: Laterza
- Gentilcore D. (2008), *Malattia e guarigione. Ciarlatani, guaritori e seri professionisti*, Nardò: Controluce
- Gentilcore D. (2009), *Malattie, guaritori, istituzioni*, in Bizzocchi R. (a cura di), *Storia dell'Europa e del Mediterraneo. V. L'Età moderna (secoli XVI-XVIII). Volume X. Ambiente, popolazione, società*, Roma: Salerno Editrice
- Goudsblom J. (1987), *The Sociology of Norbert Elias: Its Resonance and Significance*, in «Theory, Culture & Society», 4, 2-3, 323-37
- Knibiehler Y. (1991), *Corpi e cuori*, in Duby, Perrot M. (a cura di), *Storia delle donne. L'Ottocento*, Roma-Bari: Laterza, 1991
- Panseri G. (1980), *La nascita della polizia medica: l'organizzazione sanitaria nei vari stati italiani*, in Micheli G. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali III. Scienza e tecnica nella cultura e nella società dal Rinascimento ad oggi*, Torino: Einaudi
- Perulli A. (2012), *Norbert Elias. Processi e parole della sociologia*, Carocci: Roma
- Revel J. (1986), *Gli «usi» delle buone maniere*, in Ariès P., Chartier R. (a cura di), *La vita privata. Dal Rinascimento all'Illuminismo*, Roma-Bari: Laterza, 1987
- Sabbatani S. (2003), *Excursus sull'organizzazione dell'assistenza in tempi di pestilenza. Prima parte*, in «Le Infezioni in Medicina», 3, 161-67
- Sarti R. (1999), *Vita di casa. Abitare, mangiare, vestire nell'Europa moderna*, Roma-Bari: Laterza, 2008 (edizione speciale – Biblioteca Storica Il Giornale)
- Slack P. (2012), *La peste*, Bologna: Il Mulino, 2014
- Sorcinelli P. (1998), *Storia sociale dell'acqua. Riti e culture*, Bologna: Odoya, 2016
- Sorcinelli P. (2002), *Il quotidiano e i sentimenti. Viaggio nella storia sociale*, Milano: Mondadori

- Sorcinelli P. (2006), *Avventure del corpo. Culture e pratiche dell'intimità quotidiana*, Milano: Mondadori
- Vigarelo G. (1985), *Lo sporco e il pulito. L'igiene del corpo dal Medioevo a oggi*, Venezia: Marsilio, 1987
- Vivanti C. (1974), *La storia politica e sociale. Dall'avvento delle signorie all'Italia spagnola*, in Romano R., Vivanti C. (a cura di) *Storia d'Italia. II. Dalla caduta dell'Impero romano al secolo XVIII. Tomo I*, Torino: Einaudi (stampa 1977)