

Maria Luisa Nava

La Scuola Medica Salernitana Dalla medicina antica alla professionalità sanitaria

Abstract

Il contributo ricostruisce, in prospettiva di lunga durata, le principali traiettorie storiche che conducono alla formazione della Scuola Medica Salernitana e alla sua persistenza istituzionale, con particolare attenzione ai processi di trasmissione interculturale del sapere medico (greco-latino, bizantino, arabo-islamico e persiano) e alle condizioni sociali e normative che resero possibile, in Europa occidentale, una prima strutturazione stabile dell'insegnamento e della certificazione professionale.

La prima parte colloca la medicina medievale nel quadro delle pratiche di cura attestate già nella preistoria e protostoria (chirurgia cranica, trattamenti dentari, manipolazioni terapeutiche) e nelle prime civiltà storiche del Vicino Oriente e dell'Egitto, fino alla razionalizzazione greca e alla sistematizzazione romano-imperiale.

La seconda parte analizza la genesi della tradizione salernitana nel Mediterraneo altomedievale e normanno-svevo, il ruolo delle reti monastiche e della mediazione traduttiva, il peso della medicina araba e persiana (con riferimento a figure-cardine come Avicenna e Averroè) e l'apporto di Costantino l'Africano alla costruzione di un canone didattico.

Vengono poi discussi tre nodi decisivi: (1) la presenza delle *Mulieres Salernitanae* e la specificità di Trotula, unica *magistra* nella tradizione attribuitale, in un contesto che – a differenza di altri ambienti – non assimilò sistematicamente la sapienza terapeutica femminile alla devianza; (2) la distinzione fra *medicus* e *chirurgus* e la progressiva legittimazione della chirurgia attraverso la “Rogerina” di Ruggero Frugardi; (3) la normazione pubblica della pratica medica e farmaceutica nel Regno, fino alle trasformazioni tardo-medievali e moderne, alla soppressione murattiana (1811–1812) e alle riattivazioni contemporanee (2006 e 2013), che hanno riattualizzato – in forme nuove – l'eredità salernitana.

Preistoria e protostoria: dieta, patologie dentarie e prime pratiche terapeutiche

Le prime evidenze di cura – precedenti alla scrittura – vanno comprese entro una dinamica di lungo periodo in cui biologia, dieta e cultura materiale interagiscono. Un punto fermo (pur con differenze regionali e cronologiche) riguarda l’evoluzione delle patologie dentarie: carie e tartaro tendono ad aumentare al crescere dell’apporto di carboidrati fermentabili e della regolarità del consumo di amidi cotti, cioè lungo la transizione da economie di caccia-raccolta a economie agricole.

Nel Paleolitico superiore, molte comunità di cacciatori-raccoglitori presentano in media una dieta relativamente più ricca di proteine e lipidi e meno esposta a carboidrati “adesivi” consumati con alta frequenza; inoltre è frequente un’elevata abrasione dentaria, legata sia alla consistenza degli alimenti sia alla contaminazione da particolato minerale. L’usura può ridurre nicchie retentive per la placca, ma può anche produrre microfratture e esposizioni dentinali: il quadro paleopatologico è quindi complesso e non “protettivo” in senso assoluto.

Con il Neolitico, invece, il passaggio a un’alimentazione centrata su cereali e prodotti amidacei macinati e cotti – più morbidi e spesso più persistenti sulle superfici dentarie – favorisce l’accumulo di placca, la formazione di tartaro e l’aumento di carie e patologie parodontali, con un impatto riconoscibile nella bioarcheologia di molte regioni.

Dentro questa cornice si colloca la comparsa (rarissima ma significativa) di interventi diretti sulle lesioni dentarie. Due casi italiani, oggi cruciali per la discussione sull’origine delle pratiche “odontoiatriche”, sono chiaramente localizzabili e databili:

1. Riparo Villabruna (Sovramonte, Val Cismon, provincia di Belluno, Veneto). Il celebre individuo Villabruna 1, riferibile all'orizzonte epigravettiano (Tardo Paleolitico superiore), è stato direttamente datato a 14.160–13.820 anni cal BP. Sul terzo molare inferiore destro è stata riconosciuta una manipolazione intenzionale di una cavità cariosa (striature compatibili con azioni di raschiamento mediante microliti in selce), interpretata come tentativo – parziale ma intenzionale – di rimozione del tessuto cariato o di gestione del dolore/impedimento funzionale.
2. Riparo Fredian (Molazzana, provincia di Lucca, Toscana settentrionale; area della Val di Serchio/Garfagnana). Il caso denominato Fredian 5 (Paleolitico superiore finale/epigravettiano) è stato direttamente datato a 13.000–12.740 anni cal BP. Le cavità incisive mostrano tracce compatibili con manipolazione antropica e, soprattutto, residui aderenti costituiti da un conglomerato di bitume con fibre vegetali e probabili peli, interpretato come applicazione intenzionale (palliativa/protettiva) su un'esposizione pulpare o su una cavità dolorosa.

Accanto all'Italia, l'Oriente (macro-area dell'Asia sud-occidentale e del Subcontinente) offre un riferimento indispensabile perché documenta, in contesti agricoli neolitici, una pratica diversa e più "strumentale": la perforazione.

Nel sito di Mehrgarh (Balochistan, Pakistan), in un contesto neolitico di prime comunità agropastorali, sono stati identificati molari perforati in vivo (undici corone in nove individui), datati tra 7.500 e 9.000 anni fa, interpretati come interventi terapeutici/palliativi (probabile rimozione di tessuto cariato o decompressione). Qui la correlazione fra aumento di patologie dentarie in società di agricoltori e sperimentazione di tecniche invasive risulta molto più "attesa" che non nei contesti paleolitici europei, ed è proprio per questo che i casi italiani (Villabruna e Fredian) hanno un peso interpretativo straordinario: mostrano che l'idea di intervenire sul dente può emergere anche in economie di caccia-raccolta quando la patologia è presente e quando esistono tecnologie litiche adatte.

Per l'area balcanica (Serbia, Gole del Danubio) la letteratura bioarcheologica ha prodotto dati solidi su usura, carie, perdita dentaria *ante-mortem* e stress fisiologico legati alla transizione mesolitico-neolitica; tali evidenze sono utili per ricostruire dieta e carico patologico, ma non rappresentano, allo stato attuale, un *corpus* comparabile per chiarezza ai tre "casi-chiave" di intervento (Villabruna, Fredian, Mehrgarh).

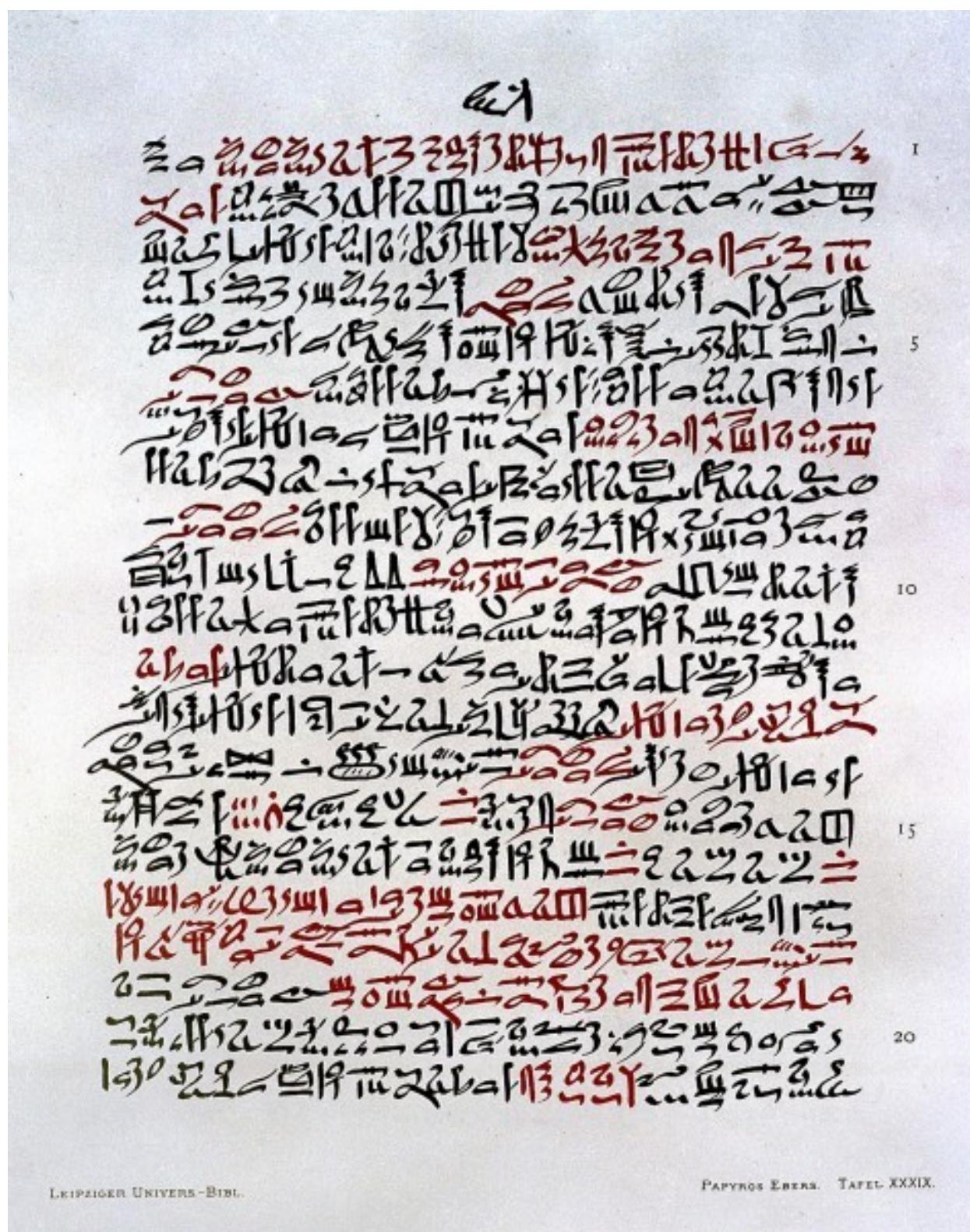
Dalle prime civiltà scritte al mondo greco-romano

Con la scrittura, la cura esce – almeno in parte – dalla trasmissione esclusivamente orale e diventa anche testo, archivio e norma.

In Mesopotamia, la documentazione mostra una medicina articolata in ruoli e procedure, in cui l'osservazione clinica convive con un'etiologia esplicitamente teologica: la malattia può essere interpretata come inviata da déi o demoni, anche come punizione o retribuzione per colpe (peccati/infrazioni) e come conseguenza di un'offesa all'ordine divino. Questo modo di pensare la malattia – come segno di colpa o "sanzione" – è un dato storico rilevante anche perché riemerge, trasformato, in molte costruzioni medievali cristiane del nesso fra peccato, corpo e sofferenza. Sul piano normativo, il Codice di Hammurabi (XVIII sec. a.C.) è importante non perché spieghi "perché" ci si ammala, ma perché registra l'inserimento dell'atto medico (e soprattutto chirurgico) in un sistema giuridico di responsabilità, tariffe e sanzioni: una formalizzazione pubblica della pratica che anticipa, in forma diversa, i futuri dispositivi medievali di controllo professionale.

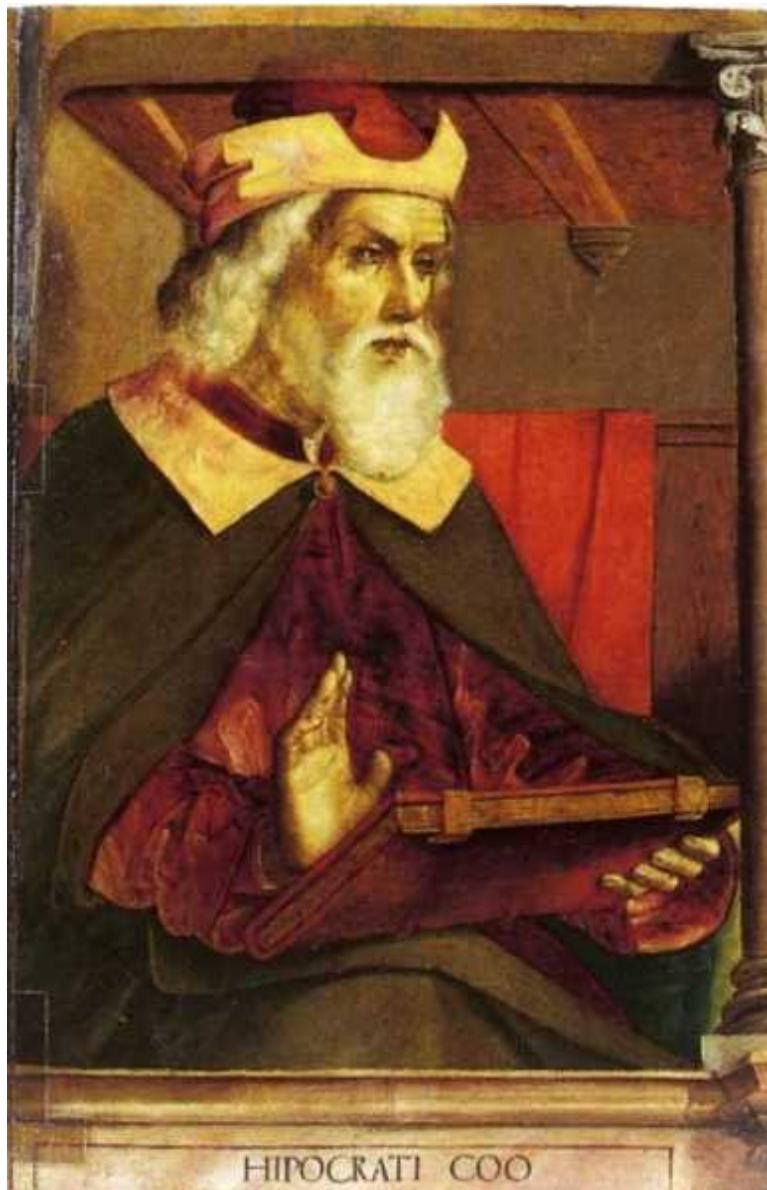
In Egitto, i grandi papiri medici (Kahun, Ebers, Edwin Smith) rappresentano un salto qualitativo nella registrazione di sintomi, prognosi e trattamenti. Il papiro Edwin Smith, in

particolare, organizza il trauma in forma casistica, distinguendo diagnosi, prognosi e condotta terapeutica con una sistematicità che, pur senza espungere dimensioni rituali, evidenzia un forte orientamento tecnico. (Fig. 1)



Parallelamente, si consolida un vasto repertorio farmacologico, fondato su sostanze vegetali, minerali e animali e su preparazioni complesse.

La Grecia classica introduce una trasformazione concettuale decisiva: la malattia viene interpretata, in misura crescente, come fenomeno naturale e non esclusivamente come evento di ordine soprannaturale; la cura, come pratica fondata su osservazione, regime di vita, ambiente e prognosi. In questa svolta, la figura di Ippocrate di Cos (V secolo a.C.) assume un valore paradigmatico, non tanto come autore unico di un *corpus* omogeneo, quanto come polo di attribuzione di una nuova postura epistemica e di un lessico tecnico destinati a lunga fortuna. (Fig. 2)



Alla tradizione ippocratica si lega infatti una delle formulazioni più influenti della medicina antica: la teoria dell'equilibrio dei fluidi del corpo (*humores*), secondo cui la salute dipende dall'armonia dinamica fra componenti corporee fondamentali, mentre la malattia nasce da squilibri qualitativi e quantitativi (alterazioni di proporzione, "cattiva miscela", disordine dei regimi). L'attenzione al clima, alle acque, ai luoghi e agli stili di vita, insieme alla centralità della prognosi, definisce una medicina che mira a leggere nel corpo e nel suo rapporto con l'ambiente una causalità riconoscibile e, almeno in parte, governabile. Il *Corpus* ippocratico – plurale per composizione e stratificazioni – stabilizza tuttavia un linguaggio tecnico e una disciplina della pratica che influenzano profondamente l'Occidente.

In età romana, la medicina acquisisce un ruolo strutturale nell'organizzazione imperiale: Roma non “inventa” la medicina dotta, ma la importa dalla Grecia e la riorganizza in funzione di esigenze sociali e militari. Fin dal II secolo a.C. medici greci operano stabilmente a Roma; nel I secolo a.C. e I secolo d.C. la medicina si consolida come competenza riconoscibile, con una crescente differenziazione di figure e specialismi. Sul piano civico, sono attestati medici pubblici (*medici ordinarii civitatum*) finanziati dalle comunità, indicativi di una prima forma di assistenza con riconoscimento municipale e di un embrione di “servizio” sanitario urbano. La documentazione epigrafica e gli indizi materiali (botteghe, bolli, strumenti) mostrano un paesaggio professionale articolato, in cui medicina, farmacologia e preparazione di rimedi si intersecano con reti economiche e con la cultura materiale della cura.

Un settore cruciale è la medicina militare, perché l'esercito impone bisogni clinici specifici: trattamento delle ferite, gestione delle infezioni, contenimento delle epidemie e recupero funzionale dei combattenti. In questo contesto si sviluppano i *valetudinaria*, strutture ospedaliere annesse ai forti, documentate in varie province, che testimoniano un'organizzazione dell'assistenza più sistematica rispetto a molte realtà precedenti. Qui agiscono medici e operatori specializzati, in un quadro che rende la cura parte integrante della logistica militare.

All'interno di tale sistema prende piena forma la figura del *chirurgus*, distinta dal *medicus* pur con sovrapposizioni pratiche. Il chirurgo è lo specialista dell'intervento manuale: gestione delle ferite traumatiche, riduzione di fratture e lussazioni, estrazione di corpi estranei, drenaggi, cauterizzazioni, sutura e medicazioni. In ambito civile opera soprattutto in contesti urbani e in circuiti privati; in ambito militare è risorsa strategica, perché l'efficacia della chirurgia condiziona direttamente la capacità operativa delle truppe. L'età imperiale documenta una chirurgia già sorprendentemente raffinata, sia per la varietà dei gesti tecnici, sia per la disponibilità di strumenti standardizzati (bisturi, pinze, aghi, specilli, cucchiai chirurgici, sonde), ben noti grazie ai ritrovamenti, fra gli altri, di Pompei ed Ercolano, dove sono stati rinvenuti insiemi coerenti di strumenti riconducibili a dotazioni professionali (cfr. anche la “Domus del chirurgo” di Rimini Fig. 3).



La gerarchia di prestigio, tuttavia, resta percepibile: il *medicus* (specialmente quando inserito in reti di patronage o in contesti di corte) può ottenere elevata considerazione, mentre il *chirurgus*, pur essenziale, rimane spesso più vicino alla manualità e quindi più esposto a una collocazione sociale “intermedia”. Ciò non impedisce, soprattutto in ambito militare, un riconoscimento pragmatico della competenza chirurgica, che contribuisce alla progressiva legittimazione della chirurgia come sapere necessario e trasmissibile. La grande sintesi di Galeno, infine, ordina anatomia, fisiologia e terapia in un corpus destinato a diventare pilastro della medicina dotta mediterranea: la sua fortuna tardoantica e bizantina, e la successiva rielaborazione in ambiente islamico, preparano il terreno della mediazione medievale.

In Italia preromana e repubblicana, la documentazione archeologica illumina con particolare efficacia l’intersezione fra credenza, terapia e gestione comunitaria della malattia. Le terrecotte anatomiche votive (IV-II secolo a.C.), deposte nei santuari di guarigione fra Etruria, Lazio e Campania, non equivalgono a “referti clinici”, ma restituiscono quali distretti corporei siano percepiti come vulnerabili e quali aspettative di guarigione siano socialmente condivise.

Accanto a ciò, non mancano testimonianze di competenze odontoiatriche e protesiche in ambito etrusco, indizio di un investimento tecnico sul cavo orale almeno in segmenti sociali elevati. Questo percorso – dalla cura preistorica alle codificazioni testuali e alle istituzioni del mondo classico – costituisce il retroterra necessario per comprendere come, nel Medioevo mediterraneo, un luogo come Salerno possa diventare “scuola”: non per creazione *ex nihilo*, ma per riorganizzazione di una lunga durata di pratiche, testi e dispositivi di legittimazione.

Il quadro delineato fin qui chiarisce un punto essenziale: la medicina europea medievale non nasce su un terreno vuoto. Essa eredita, per trasmissione diretta e indiretta, un patrimonio complesso di pratiche, osservazioni e testi che, fra mondo greco, alessandrino e romano, aveva già prodotto una grammatica della diagnosi e della terapia, oltre a un lessico tecnico e a una prima organizzazione “professionale” della cura. Tuttavia, tra tarda antichità e alto Medioevo la circolazione di questo patrimonio non è lineare: il *corpus* medico viene selezionato, abbreviato, ricopiatò e riformulato entro reti differenti (monastiche, curiali, urbane), mentre l’area mediterranea orientale e islamica elabora, traduce e potenzia il galenismo, trasformandolo in sistemi encyclopedici e in manualistica clinico-farmacologica di grande ampiezza.

È su questa doppia dinamica – conservazione/trasformazione occidentale e rielaborazione orientale – che si innesta l’emergere di Salerno. La specificità salernitana non va cercata in una creazione *ex nihilo*, ma nella capacità di operare come cerniera: un luogo in cui testi e pratiche, circolanti su scala mediterranea, vengono convertiti in un *corpus* insegnabile, in forme di commento e in procedure di riconoscimento, fino a produrre una tradizione in grado di incidere sulla professionalizzazione della medicina in Europa.

Genesi della tradizione salernitana nel Mediterraneo altomedievale: contatti, reti e costruzioni identitarie

Salerno emerge come nodo medico-culturale in un Mediterraneo altomedievale attraversato da circolazioni intense di persone, merci e testi. La sua posizione geografica – fra costa tirrenica, dorsali appenniniche e corridoi verso l’interno – favorisce scambi e mobilità; la prossimità con Montecassino e con circuiti monastici e curiali offre infrastrutture materiali (*scriptoria*, biblioteche, ospitalità) e capitali simbolici (autorità ecclesiastica, reti diplomatiche) che contribuiscono alla stabilizzazione di un insegnamento. Nel primo medioevo occidentale, la custodia del sapere medico dotto passa spesso attraverso ambienti religiosi per ragioni di alfabetizzazione e disponibilità di libri; ciò non implica una medicina “solo ecclesiastica”, ma evidenzia il ruolo delle istituzioni capaci di conservare, copiare e trasmettere testi. La specificità salernitana consiste

nell'aver coniugato questa dimensione con un orizzonte urbano, in cui la cura tende a configurarsi anche come competenza riconoscibile e spendibile.

La "nascita" della Scuola Medica Salernitana non coincide con un atto fondativo unico: è un processo di addensamento progressivo, in cui l'autorevolezza del luogo si costruisce su pratiche, testi e reputazioni. Le tradizioni agiografiche e leggendarie – inclusa quella dei quattro "fondatori" (il latino, il greco, l'ebreo e l'arabo) – sono significative come indicatori di autorappresentazione: Salerno viene pensata come convergenza di saperi e di lingue, cioè come spazio privilegiato di mediazione mediterranea. In questa cornice si colloca anche la tradizione, non dimostrata su basi documentali, che vuole Salerno erede della Scuola Eleatica (Elea/Velia) e della sua sapienza naturalistica. Più che una filiazione istituzionale, tale continuità appare come genealogia simbolica, funzionale a radicare il prestigio salernitano in un'antichità filosoficamente legittimata. (Fig. 4)



Ciò che risulta invece storicamente ricostruibile è il quadro di contatti entro cui Salerno si colloca tra IX e XII secolo: Campania longobarda e poi normanna, presenza e influenza bizantina nel Mezzogiorno, vicinanza alla Sicilia e ai canali mediterranei islamici, funzione di Montecassino come snodo di trasmissione e, in prospettiva, di traduzione. "Medicina araba" e "medicina persiana" non designano blocchi omogenei: indicano tradizioni composite che rielaborano il patrimonio greco (Ippocrate e Galeno) e lo integrano con contributi originali (clinica, farmacologia, organizzazione ospedaliera, procedure di validazione del sapere). Il loro ingresso nell'Occidente latino avviene attraverso canali diversi – contatti mediterranei diretti, mediazioni iberiche, traduzioni in area italica – preparando il terreno per la formazione di un canone scolastico.

Mediazione traduttiva e costruzione del canone: Costantino l'Africano, l'Articella, farmacologia e ricezione di Avicenna e Averroè

Se Salerno diventa “scuola”, lo deve in larga misura alla capacità di trasformare saperi circolanti in un corpus insegnabile: testi selezionati, tradotti, commentati e resi compatibili con un percorso formativo. In questa traiettoria la figura di Costantino l'Africano (XI secolo), legato all'ambiente di Montecassino, occupa una posizione strutturale. (Fig. 5)



La sua attività di traduzione dall’arabo al latino agisce come moltiplicatore: rende disponibili in Occidente sintesi cliniche e teoriche e amplia il repertorio farmacologico e nosologico. La traduzione non è mai neutra: implica scelte, adattamenti lessicali, talora riorganizzazione; per questa via, materiali originati in contesti nordafricani e islamici entrano in un circuito scolastico latino che li utilizza come base didattica.

Parallelamente, tra XII e XIII secolo si consolida la tradizione dell’Articella (o *Ars medicinae*), raccolta di trattati “fondamentali” usata come piattaforma d’insegnamento. Essa rappresenta un dispositivo scolastico: combina teoria (fisiologia umorale, patologia, principi terapeutici) e strumenti diagnostici (urine, polso) entro un ordine che favorisce la lezione e il commento. Il punto decisivo è la stabilizzazione di un lessico condiviso e di una sequenza di letture: la medicina diviene così disciplina ripetibile, non semplice somma di esperienze.

In questa stessa logica si colloca l'importanza della farmacologia e della *materia medica*. La tradizione salernitana associata ai Platearii e a opere come il *Circa instans* mostra come la scuola salernitana abbia valorizzato repertori di semplici e competenze di spezieria: un sapere che unisce botanica, riconoscimento delle sostanze, modalità di preparazione e criteri di impiego clinico. La dimensione “materiale” della terapia – disponibilità e qualità delle droghe, correttezza delle preparazioni – non è un segmento marginale, ma una condizione di efficacia della cura e, insieme, uno dei terreni su cui la professionalità medica acquisisce credibilità. (Fig. 6)



La ricezione di Avicenna (*Abū ‘Alī al-Ḥusayn ibn ‘Abd Allāh ibn al-Ḥasan ibn ‘Alī ibn Sīnā al-Balkhī al-Bukhārī*), e Averroè (*Abū al-Walīd Muḥammad ibn Ḥaḍīr ibn Ruṣd*) va letta su due piani. Avicenna, con il *Canon*, fornisce una sintesi encyclopedica destinata a dominare la formazione medica europea per secoli: la sua penetrazione nell’Occidente latino contribuisce a stabilizzare un modello di medicina come scienza ordinata, con articolazione coerente tra teoria e pratica. Averroè incide soprattutto sul quadro filosofico della natura e del corpo, rafforzando l’idea di una medicina inserita in una razionalità sistematica. (Fig. 7)



Salerno si colloca, in questo senso, fra una tradizione pre-universitaria e la piena istituzionalizzazione universitaria della medicina in Europa: non è l’unico polo, ma è un passaggio decisivo nella trasformazione del sapere medico in curriculum.

***Mulieres Salernitanae* e Trotula: autorità femminile, testi di medicina delle donne e vulnerabilità sociale della cura**

Uno degli aspetti più distintivi della tradizione salernitana è la memoria – parziale ma persistente – di donne attive nell’ambito medico, sintetizzata nell’espressione *Mulieres Salernitanae*. La questione va affrontata senza oscillare fra agiografia e scetticismo riduttivo. Da un

lato, la tradizione segnala un canale di riconoscimento di competenze femminili; dall'altro, impone rigore filologico e storico nel valutare attribuzioni e livelli di certezza.

Il caso di Trotula de Ruggero è emblematico e metodologicamente complesso. "Trotula" è al tempo stesso una figura e un dossier testuale: la tradizione le attribuisce un corpus di medicina delle donne, ma la trasmissione manoscritta e la stratificazione redazionale rendono problematica l'identificazione di un'autrice unitaria. Ciò non cancella il dato storico centrale: tra XI e XII secolo circola un insieme di testi ginecologici e terapeutici con forte autorità, e la tradizione salernitana riconosce – almeno in parte – una competenza femminile formalizzata, fino a designare Trotula come *magistra*. (Fig. 8)



Questa eccezionalità non va letta come emancipazione moderna ante litteram, bensì come esito di un equilibrio sociale specifico, in cui la salute femminile (gravidanza, parto, patologie ginecologiche, terapia e farmacologia orientate al corpo femminile) trova spazio di formalizzazione scritto-didattica.

Il confronto con altre realtà europee mette in rilievo un punto strutturale: il sapere di cura, quando rimane informale e privo di riconoscimento istituzionale, è più esposto a stigmatizzazione e controllo. Le figure di erbarie, levatrici e guaritrici, in molti contesti, possono essere sospettate di pratiche illecite o magiche e perciò messe al bando o perseguitate come "streghe". Ciò dimostra che la vulnerabilità dipende non solo dal genere, ma dal rapporto fra competenza e istituzione. Salerno mostra un dispositivo diverso: la traduzione del sapere in testo e la sua circolazione scolastica possono conferire una forma di protezione simbolica e, in parte, giuridica. Ciò non elimina il controllo; ma modifica la probabilità che la competenza venga automaticamente reinterpretata come devianza.

Medicus e chirurgus: gerarchie, separazioni e la legittimazione della chirurgia

La storia della Scuola salernitana è attraversata da una distinzione cruciale: quella fra *medicus* (o *physicus*) e *chirurgus*. La bipartizione non è un semplice fatto tecnico; è una gerarchia di saperi e di riconoscimenti. Il medico rivendica una competenza fondata su lettura e interpretazione dell'autorità testuale (Ippocrate, Galeno e compendi), su diagnosi e prognosi, su *regimen* e farmacologia; il chirurgo opera con la manualità terapeutica su ferite, fratture, ascessi, cauterizzazioni e interventi invasivi. Nella cultura medievale, la manualità tende a essere percepita come meno nobile della scienza dotta: ciò incide sul prestigio e sulla collocazione sociale della chirurgia, spesso spinta verso ambiti corporativi e, per la chirurgia minore, verso figure di confine con la barberia.

A rafforzare la separazione intervengono anche fattori normativi ed ecclesiastici. Il IV Concilio Lateranense (1215), nel canone 18, ribadisce la non praticabilità, per i chierici negli ordini maggiori, di procedure "cruente" di taglio e cauterio. L'effetto storico non è un rifiuto della medicina, ma un incentivo alla riallocazione della chirurgia invasiva verso operatori laici o non vincolati dallo stesso regime, mentre la medicina dotta, più testuale, continua a trovare spazi in ambienti con alta alfabetizzazione. In questo quadro, la specificità salernitana risulta evidente: pur dentro la distinzione medico/chirurgo, la scuola non espelle la chirurgia dal proprio orizzonte; al contrario, contribuisce a trasformarla in sapere trasmissibile.

Qui si colloca la figura decisiva di Ruggero Frugardi (*Rogerius Salernitanus*) e la tradizione della *Practica chirurgiae* ("Rogerina"), databile, secondo la cronologia comunemente accolta, nella seconda metà del XII secolo. Il significato storico della "Rogerina" è duplice. Da un lato, il testo organizza e descrive procedure, medicazioni e gestione delle ferite, costruendo una chirurgia che non sia mera pratica locale, ma repertorio ordinato. (Fig. 9)



Dall'altro, la sua circolazione e la sua rielaborazione (ad esempio nella tradizione associata a Rolando da Parma e nei commenti dei *quatuor magistri*) mostrano la nascita di una chirurgia scolastica: la manualità viene tradotta in linguaggio e in norma operativa. Salerno, in tal modo, non si limita a produrre medici "di libro": contribuisce a dare statuto alla chirurgia come disciplina insegnabile, pur senza cancellare gerarchie e separazioni.

Dalla scuola al controllo pubblico: normativa sveva, licenze, spezierie e collegi

Il passaggio decisivo dalla reputazione alla struttura istituzionale si compie quando la pratica medica entra stabilmente in un regime di controllo pubblico.

Tuttavia, l'art. X del trattato, fra Salerno e il Conte Ruggero, succeduto al Duca Guglielmo (1127), stabilisce che il Collegio dei Medici continui a conferire lauree mediche senza dipendere dalla Curia o dagli Uffici Regi.

Nel Regno, la normazione sveva – in particolare le Costituzioni di Melfi (1231), note anche come *Liber Augustalis* – stabilisce criteri di formazione e di autorizzazione all'esercizio. Il dispositivo ha portata storica: per praticare medicina non basta la fama, né basta un sapere autoattribuito; occorre un percorso di studio, una fase di pratica supervisionata e un esame pubblico che fonda la licenza su una verifica.

In questa stessa cornice, la regolazione investe anche la farmacia/spezieria. La terapia medievale è inseparabile dalla materia medica: la qualità delle sostanze, la correttezza delle preparazioni e la prevenzione delle adulterazioni determinano l'efficacia della cura e il rischio per i pazienti. Per questo, la legislazione e la prassi amministrativa insistono su controlli di qualità, ispezioni, obblighi e sanzioni. In parte della tradizione storiografica viene richiamato anche un provvedimento spesso evocato come "editto di Salerno" (frequentemente datato al 1241) nel quadro della distinzione fra prescrittore e preparatore/venditore; indipendentemente dalle stratificazioni redazionali e dalle riprese successive, il punto strutturale è l'emergere del controllo della filiera terapeutica come componente della salute pubblica.

La normazione non va idealizzata: risponde anche a esigenze fiscali, amministrative e di governo. Tuttavia, produce un effetto durevole: istituisce un'idea di responsabilità professionale e lega l'autorità del medico a un riconoscimento verificabile, trasformando la medicina in professione regolata. In questo quadro, Salerno diviene non solo luogo di insegnamento, ma anche istanza di legittimazione; la continuità nei secoli si manifesta, poi, nei collegi e negli archivi, attraverso registri di lauree, privilegi e atti di certificazione che restituiscono la dimensione corporativa e amministrativa della sanità.

Lunga durata, soppressione e riattualizzazioni: dall'età angioina a Murat, fino al XXI secolo

Dopo il massimo splendore fra XI e XIII secolo, la traiettoria salernitana entra in una fase di trasformazione: nuovi poli universitari ridefiniscono il mercato della formazione; la medicina europea si riorganizza lungo curricula sempre più standardizzati; la centralità politico-amministrativa si sposta. Ciò non equivale a una cessazione immediata. Salerno continua a vivere come tradizione, come collegio, come luogo di titolazione e come memoria autorevole anche quando non è più il vertice della produzione scientifica.

Nel quadro angioino, la tradizione documentaria colloca nel 1280 un riconoscimento istituzionale della scuola come *Studium generale* in medicina. Questo passaggio formalizza un'identità che, pur sottoposta alla concorrenza di altri centri, conserva capacità di produrre titoli e di presidiare procedure di riconoscimento. La storia tardo-medievale e moderna è, in larga misura, una storia di adattamenti: la scuola muta di funzione e di peso relativo, ma mantiene un capitale

simbolico e amministrativo, evidente nella documentazione dei collegi e nelle serie di atti di laurea e abilitazione che attraversano i secoli.

La cesura più netta è in età napoleonica. La soppressione avviene con decreto di Gioacchino Murat del 29 novembre 1811; la chiusura operativa viene collocata nel gennaio 1812. In questa logica di accentramento e razionalizzazione, il diritto di conferire titoli e la formazione medica vengono ricondotti al polo universitario principale. La tradizione salernitana, tuttavia, non scompare dalla cultura locale: continua a essere evocata e riutilizzata come risorsa identitaria e come memoria prestigiosa.

Nel XXI secolo, l'eredità salernitana è stata riattualizzata lungo due direttive convergenti: la riattivazione di un percorso universitario medico sul territorio (a partire dall'a.a. 2006/2007) e la costituzione di un'azienda ospedaliero-universitaria che reca esplicitamente nel nome la "Scuola Medica Salernitana" (DPCM 31 gennaio 2013: "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana"). (Fig. 10)



Non si tratta di continuità istituzionale lineare, ma di una ripresa contemporanea del capitale storico come infrastruttura simbolica e progettuale: un fenomeno tipico della competizione territoriale e della costruzione pubblica di identità accademiche.

Il valore scientifico del caso salernitano risiede proprio nella sua ambivalenza: non è un mito privo di sostanza, poiché traduzione, canone, professionalizzazione e controllo pubblico sono processi documentabili; ma non è neppure un modello "puro", perché è prodotto del suo Mediterraneo e delle sue gerarchie (di genere, di prestigio disciplinare, di dipendenza dai poteri). Per questa ragione Salerno resta un caso-studio privilegiato per comprendere come i saperi medici si costituiscano quando culture diverse si incontrano e quando la cura diventa responsabilità pubblica.

Didascalie delle figure:

Fig. 1 – Papiro egizio, 18° dinastia, XVI sec. a. C. Georg Ebers Papyrus- und Ostrakasammlung der Universitätsbibliothek, Leipzig.

Fig. 2 – Ritratto di Ippocrate. Studiolo di Federico da Montefeltro. Galleria Nazionale delle Marche 1472-1476 ca.

Fig. 3 – Strumentario chirurgico esposto nella “Domus del Chirurgo” di Rimini. Comune di Rimini.

Fig. 4 – Mattheus Selvaticus con gli allievi nel suo orto botanico di Salerno. *Opus Pandectarum Medicinae* 1586, frontespizio.

Fig. 5 – Costantino l’Africano esamina le urine dei pazienti. Wikimedia Commons.

Fig. 6 – Ritratto di Mattheus Platearius nell’atto di scrivere il “De medicina” nel 1261. R. Testard 1470 ca.

Fig. 7 - La Scuola Medica Salernitana. Miniatura dal Canone di Avicenna, XIV sec. ca.

Fig. 8 – Trotula de Ruggero. Miscellanea medica XVIII, fine del XIX sec. Wellcome Collection, London. Gallery.

Fig. 9 – “Practica Chirurgiae” di Ruggero Frugardi, traduzione francese 1500 ca.

Fig. 10 – Il logo attuale della facoltà di Medicina dell’Università di Salerno.

Autore: Maria Luisa Nava - mlsnava@gmail.com