

Francesco Bianchi e Marek Słoń

Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale

[A stampa in "Ricerche di storia sociale e religiosa", XXXV (2006) - n. 69, pp. 7-45] © degli autori –
Distribuito in forma digitale da Reti Medievali

Francesco Bianchi
Marek Słoń

LE RIFORME OSPEDALIERE DEL QUATTROCENTO
IN ITALIA E NELL'EUROPA CENTRALE

Estratto da

RICERCHE DI STORIA SOCIALE E RELIGIOSA

XXXV (2006) - N. 69

LE RIFORME OSPEDALIERE DEL QUATTROCENTO IN ITALIA E NELL'EUROPA CENTRALE*

A partire dalla seconda metà del XX secolo la storia ospedaliera italiana ha ricevuto numerose attenzioni da parte degli studiosi, forse in quantità sconosciuta rispetto ad altri paesi europei. Il successo di queste ricerche va ricondotto a diverse ragioni, non ultima l'esistenza di numerosi e ricchi archivi storici lasciati in eredità dagli antichi ospedali della Penisola. La produzione storiografica italiana ha trovato certamente sostegno nel Centro Italiano di Storia Ospedaliera (CISO), che ha promosso la pubblicazione degli atti di vari congressi dedicati a questi temi¹. Nel 1981 Edoardo Bressan ha tirato le somme sullo stato della storiografia dell'assistenza e degli ospedali in Italia, con particolare attenzione per la Lombardia². Più recentemente Marina Garbellotti ha proposto una rassegna critica con l'intento di chiarire gli orientamenti di questo settore di studi, considerandone le tendenze fondamentali e i risultati prodotti dall'interazione con altre disci-

* La parte sugli ospedali italiani è stata scritta da Francesco Bianchi, quella sugli ospedali dell'Europa Centrale da Marek Słoiński; entrambe riprendono e ampliano un intervento inedito, preparato insieme e presentato da Francesco Bianchi al *Mediterranean Studies Association's 6th International Congress* (Budapest, 28 maggio-1 giugno 2003), con il titolo: *La riforma ospedaliera del XV secolo in Italia e la sua influenza nell'Europa centrale*. Ovviamente tutti e due gli autori hanno contribuito alla riuscita dell'intero lavoro, scambiandosi suggerimenti, osservazioni e correzioni di vario genere.

¹ Fra le diverse pubblicazioni ricordiamo: *Atti del primo congresso di storia ospedaliera*, Reggio Emilia 1962. Atti del congresso, Reggio Emilia, 14-17 giugno 1956; *L'assistenza ospedaliera nell'età del Risorgimento*, s.l. 1962. Atti del secondo congresso di storia ospedaliera, Torino e St. Vincent, 7-9 giugno 1961; *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, a cura di M. L. Betri-E. Bressan, Milano 1992. Atti del terzo congresso italiano di storia ospedaliera, Montecchio Emilia, 14-16 marzo 1990; *Atti del primo congresso europeo di storia ospedaliera*, Reggio Emilia 1962. Atti del congresso, Reggio Emilia e Parma, 6-12 giugno 1960. Il volume *Storia d'Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino 1984 riguarda interamente l'età moderna e contemporanea.

² E. Bressan, *L'«hospitale» e i poveri. La storiografia sull'assistenza: l'Italia e il «caso lombardo»*, Milano 1981.

pline³. Inoltre, il XVII seminario residenziale di studi di S. Miniato (2003), dedicato a *Le fonti ospedaliere (secc. XIV-XVI)*, ha fornito una valida occasione di incontro e di confronto sull'evoluzione della storiografia ospedaliera italiana e non, ma anche una panoramica sullo stato dei lavori attualmente in corso, soprattutto da parte di giovani studiosi⁴. In questo contesto si inseriscono gli studi dedicati alle origini dei sistemi assistenziali nel Medioevo e alle riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia.

Le origini dei sistemi assistenziali nelle città dell'Occidente medievale risalgono agli *xenodochia*, intesi come centri di accoglienza e soccorso gestiti per lo più da comunità religiose o istituzioni ecclesiastiche. Questi ospizi non erano specializzati e generalmente non fornivano cure mediche: si trattava di strutture rivolte a un'utenza indifferenziata, composta da viandanti, pellegrini e poveri, a cui venivano offerti per alcuni giorni vitto e alloggio, magari accompagnati dall'elargizione di elemosine⁵. Secondo un testamen-

³ M. Garbellotti, *Ospedali e storia nell'Italia moderna: percorsi di ricerca*, «Medicina & Storia», 6 (2003), pp. 115-138.

⁴ Per la cronaca del seminario cfr F. Bianchi, *Le fonti ospedaliere (secc. XIV-XVI)*, «Archivio storico italiano», CLXII (2004), pp. 141-146.

⁵ Per una definizione storica del concetto di ospedale, con un breve profilo di storia ospedaliera, cfr J. Imbert, *Ospedale*, in *Dizionario degli istituti di perfezione*, VI, Roma 1980, coll. 922-942. Per un quadro generale sulle origini e la diffusione delle iniziative assistenziali nel Medioevo si rimanda all'insostituibile M. Mollat, *I poveri nel Medioevo*, Roma-Bari 1982, rist. 2001 (ed. orig. *Les pauvres au Moyen Âge. Etude sociale*, Paris 1978). Per quanto concerne la nascita e l'evoluzione di *xenodochia* e *hospitalia* cfr anche H. C. Peyer, *Viaggiare nel medioevo. Dall'ospitalità alla locanda*, Roma-Bari 1991 (ed. orig. *Von der Gastfreundschaft zum Gasthaus. Studien zur Gastlichkeit im Mittelalter*, Hannover 1987), pp. 125-147. «L'antico termine *xenodochium*, adoperato ancora nel IX secolo, cominciò a entrare in disuso dopo il 1000, fino a scomparire del tutto nel XII secolo, lasciando il posto alle parole *hospitalia* e *hospitia*. Benché la maggior parte di essi sorgesse lungo le strade e, fino al XII secolo, fosse destinata prevalentemente ai pellegrini, stando alle poche fonti disponibili si può supporre che a partire dal XIII secolo sia i più antichi ospedali che quelli di nuova fondazione indirzassero sempre più le loro cure ai poveri e ai malati delle zone circostanti»: *ibid.*, pp. 139-140. Sull'origine ecclesiastica delle istituzioni ospedaliere medievali e, in particolare, sul ruolo di vescovi e monaci nella fornitura di servizi assistenziali durante l'alto Medioevo cfr anche E. Nasalli Rocca, *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Milano 1956, pp. 7-11, 34-50 e C. D. Fonseca, *Forme assistenziali e strutture caritative della Chiesa nel Medioevo*, in *Stato e Chiesa di fronte al problema dell'assistenza*, Roma 1982, pp. 13-29. A differenza dell'Occidente, l'Impero bizantino aveva sviluppato sin dalla tarda antichità un sistema assistenziale che prevedeva il funzionamento di ospedali già specializzati nella cura di particolari categorie di bisognosi (poveri, vecchi, feriti e malati, orfani): T. S. Miller, *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*, Baltimore and London 1985 e Id., *The Orphans of Byzantium. Child Welfare in the Christian Empire*, Washington 2003. Per un saggio com-

to vicentino del 1299, il tipico ospedale del Medioevo era un'istituzione che doveva soccorrere i *pauperes Christi*, una categoria di bisognosi a cui appartenevano «orfani, vidue et alie persone miserabiles et egene»⁶. In effetti, la struttura comunitaria di questi enti assistenziali prevedeva non solo la presenza di svariate tipologie di bisognosi, ma non contemplava nemmeno rigide distinzioni di ruoli tra il personale ospedaliero e gli assistiti ricoverati⁷.

A partire dal XII secolo, in un periodo in cui l'Europa stava attraversando una fase di crescita economica e demografica, molti centri urbani cominciarono a dotarsi di nuovi ospedali, simili a quelli già in funzione sin dall'alto Medioevo, sebbene questa volta le nuove fondazioni dipendessero non solo dalla promozione di vescovi e monasteri, ma anche da quella di laici. L'intervento laicale nel settore dell'assistenza comportò delle complicazioni nello *status* giuridico degli enti assistenziali e, più in particolare, accentuò la conflittualità tra poteri ecclesiastici e poteri laici per il controllo di queste istituzioni. Il papato era intervenuto più volte per regolamentare attraverso il diritto canonico le funzioni e l'organizzazione degli ospedali, ma senza riuscire a uniformare effettivamente la loro conduzione. Alla fine, la gestione laica delle istituzioni assistenziali fu pienamente accettata, sebbene questi enti continuarono ad essere considerati luoghi pii e, di conseguenza, sottoposti alla giurisdizione ecclesiastica. Per questo motivo i vescovi – pur tollerando l'intervento dei laici – continuarono a reclamare la propria autorità sugli ospedali, nella misura in cui era riconosciuta loro dal diritto canonico. La prassi, però, non rispecchiava sempre la teoria giuridica e, a partire dal XIII secolo, anche i Comuni italiani ed altre organizza-

parativo sulla nascita e la diffusione degli ospedali nel bacino mediterraneo del periodo tardoantico, ma con accenni anche ad epoche successive e a contesti geografici diversi, cfr P. Horden, *The Earliest Hospitals in Byzantium, Western Europe, and Islam*, «Journal of Interdisciplinary History», XXXV (2005), pp. 361-389.

⁶ Si tratta del testamento di Giovanni di Giacomino da Albettone (31 agosto 1299), citato in G. Mantese, *Memorie storiche della Chiesa vicentina*, III/1, *Il Trecento*, Vicenza 1958, rist. 2002, p. 519.

⁷ «Ma gli ospedali medievali di media e grande consistenza erano anche comunità complesse, dove convivevano poveri, malati, pellegrini, vecchi trovatelli; e ancora rettori, camerlenghi, cappellani, medici, speciali, oblati, vetturali, ecc. Si trattava di un insieme di persone – che vivevano in comunità per periodi più o meno lunghi – diverse per sesso, per età, per abitudini e condizioni sociali, per mansioni e responsabilità; e tuttavia i ruoli non sempre erano delimitati nettamente. Era un mondo composito che rifletteva in larga misura ampi settori della società, in particolare i ceti medio-bassi: quelli composti da salariati, da uomini e donne dei piccoli mestieri urbani, dal basso clero, dal proletariato rurale, ecc.»: G. Pinto, *Premessa*, in *La società del bisogno. Povertà e assistenza nella Toscana medievale*, a cura di Id., Firenze 1989, p. VIII.

zioni laiche cominciarono a occuparsi delle amministrazioni ospedaliere, a volte contendendo proprio ai vescovi il diritto di controllare il governo degli ospedali, i cui patrimoni – continuamente arricchiti da donazioni e lasciti testamentari – attiravano fin troppe attenzioni e alimentavano attriti fra gli organismi interessati alla loro gestione. Tuttavia, questo genere di contrasti non impedirono ad autorità laiche ed ecclesiastiche di collaborare in molti casi per il buon funzionamento delle strutture assistenziali⁸.

A prescindere dalle ambiguità giurisdizionali, resta la certezza che sul finire del Medioevo le città italiane avevano allestito reti ospedaliere piuttosto articolate e composte da numerosi ospizi, quasi sempre insediati in strutture di piccole dimensioni, fornite di pochi letti e dedite ad attività più caritative che terapeutiche. Questi enti erano proliferati in maniera spontanea e senza alcuna forma di coordinamento, al punto che all'interno dello stesso spazio urbano potevano coesistere decine di piccoli ospedali autono-

⁸ Sulle definizioni con cui il diritto canonico medievale aveva inquadrato gli ospedali nell'ambito della giurisdizione ecclesiastica cfr J. Imbert, *Les hôpitaux en droit canonique (du décret de Gratien à la sécularisation de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505)*, Paris 1947; per l'Europa Centrale cfr J. Sydow, *Spital und Stadt in Kanonistik und Verfassungsgeschichte des 14. Jahrhunderts*, in *Der deutsche Territorialstaat im 14. Jahrhundert*, Bd. 1, hrsg. von H. Patze, Sigmaringen 1986², pp. 175-195. Fra le altre, ricordiamo le norme fissate dal Concilio Lateranense IV (1215), che tentarono di imporre la regola agostiniana per disciplinare la vita interna delle comunità ospedaliere, e quelle dei concili di Ravenna (1311) e di Vienne (1312), che legiferarono sulla nomina dei rettori e sulla conduzione amministrativa degli ospedali. Su questi aspetti cfr anche G. Albini, *Premessa*, in Ead., *Città e ospedali nella Lombardia medievale*, Bologna 1993, pp. 11-13. Sulla cooperazione tra laici ed ecclesiastici, Mollat scrive che «l'autorità laica locale, preoccupata per l'ordine pubblico, s'interessò anche del buon funzionamento degli istituti d'assistenza. [...] I magistrati municipali non cercarono ancora di soppiantare le autorità ecclesiastiche, ancora meno di sostituirle, ma cooperarono con esse»: Mollat, *I poveri*, p. 174. Questa collaborazione tra laicato e clero è nota anche per le riforme ospedaliere del XV secolo: B. Pullan, *La politica sociale della Repubblica di Venezia 1500-1620*, I, *Le Scuole Grandi, l'assistenza e le leggi sui poveri*, Roma 1982 (ed orig. *Rich and Poor in Renaissance Venice. The Social Institutions of a Catholic State, to 1620*, Oxford 1971), pp. 219-220; G. Albini, *Sugli ospedali in area padana nel Quattrocento*, in Ead., *Carità e governo delle povertà (secoli XII-XV)*, Milano 2002, pp. 245-248 (già edito nel 1992); F. Leverotti, *Ricerche sulle origini dell'ospedale Maggiore di Milano*, «Archivio storico lombardo», CVII (1981), pp. 93-94. Per alcuni spunti sulla ristrutturazione dei sistemi ospedaliere urbani in diverse città europee e sul coinvolgimento delle autorità municipali in questi processi cfr Mollat, *I poveri*, pp. 317-326 *passim* e J. W. Brodman, *Charity and Welfare: Hospitals and the Poor in Medieval Catalonia*, Philadelphia 1998, pp. 69-71. Sulla municipalizzazione delle istituzioni assistenziali a partire dagli ultimi secoli del Medioevo cfr anche M. Berengo, *L'Europa delle città. Il volto della società urbana europea tra Medioevo ed Età moderna*, Torino 1999, pp. 604-626 *passim*.

mi che replicavano l'offerta di generici servizi assistenziali, frammentando in questo modo le risorse destinate all'assistenza fra troppe amministrazioni non collegate fra loro, non sempre efficienti e talvolta accusate di pratiche poco lecite⁹. Solo alcune città avevano superato già nel XIV secolo questa dispersione delle iniziative assistenziali, concentrando in un'unica grande istituzione la maggior parte, se non la totalità, dei servizi ospedalieri urbani, come nei casi dell'ospedale di S. Maria dei Battuti a Treviso, dell'ospedale di S. Maria Nuova a Reggio Emilia e dell'ospedale di S. Maria della Scala a Siena¹⁰.

Gli storici della povertà hanno sostenuto che il numero dei poveri andò aumentando a partire dalla Peste Nera del 1348 e che questo fenomeno fu particolarmente accentuato in ambito urbano, soprattutto a causa dell'emigrazione di persone indigenti dalle campagne alle città, dove si sperava di trovare migliori condizioni di vita e di lavoro, ma anche strutture assi-

⁹ Nella sola città di Firenze, ad es., tra il 1200 e il 1500 vennero fondati ben 58 ospedali, di cui 30-35 contemporaneamente attivi; considerando anche il contado fiorentino, in questa zona si contano circa 140 ospizi operativi nel XIV secolo: J. Henderson, *'Splendide case di cura'. Spedali, medicina ed assistenza a Firenze nel Trecento*, in *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, a cura di A. J. Grieco-L. Sandri, Firenze 1997. Atti del convegno internazionale di studio, Firenze, 27-28 aprile 1995, p. 21 e Peyer, *Viaggiare nel Medioevo*, p. 140. Sulle accuse di corruzione rivolte agli amministratori dei piccoli ospizi medievali cfr Pullan, *La politica sociale*, I, p. 219. Tra l'altro, queste denunce di corruzione furono un elemento ricorrente in quelle città che nel Quattrocento riformarono il proprio sistema assistenziale, come nei casi di Milano, Como, Bologna e Verona, giusto per fornire alcuni esempi: Leverotti, *Ricerche sulle origini*, p. 78; M. Dubini, "Padroni di niente". *Povertà e assistenza a Como tra medioevo ed età moderna*, in *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, a cura di G. Politi-M. Rosa-F. Dalla Peruta, Cremona 1982. Atti del convegno "Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani", Cremona, 28-30 marzo 1980, p. 104; M. Fanti, *Istituzioni di carità e assistenza a Bologna alla fine del Medioevo*, in *Forme e soggetti dell'intervento assistenziale in una città di antico regime*, II, Bologna 1986. Atti del IV colloquio, Bologna, 20-21 gennaio 1984, p. 41; V. Fainelli, *Storia degli ospedali di Verona dai tempi di San Zeno ai giorni nostri*, Verona 1962, p. 148.

¹⁰ Lo studio più recente sull'ospedale di S. Maria dei Battuti di Treviso nel XV secolo è D. M. D'Andrea, *Civic Christianity in Fifteenth-Century Treviso: The Confraternity and Hospital of Santa Maria dei Battuti*, tesi di dottorato non edita, University of Virginia, 1999. Per questo lavoro è prevista la pubblicazione, ma l'autore sta ancora completando le sue ricerche, che ha esteso fino alla prima metà del Cinquecento. Per l'ospedale di Reggio Emilia si rimanda a O. Rombaldi, *Hospitale Sanctae Mariae Novae. Saggio sull'assistenza a Reggio Emilia*, Reggio Emilia 1965. Per Siena esiste una bibliografia molto ampia, reperibile in formato digitale: B. Sordini, *Bibliografia generale e ragionata dell'ospedale di Santa Maria della Scala di Siena*, all'URL <<http://www.storia.unisi.it/pagine/SMS/biblio/bibliogen.htm>> (ultima consultazione: aprile 2006).

stenziali più attrezzate¹¹. Le carestie, le frequenti crisi epidemiche e l'impatto sempre più devastante di un'ininterrotta scia di conflitti bellici contribuirono sicuramente a determinare crisi di sussistenza e crisi occupazionali, che potevano ripercuotersi sulle popolazioni con un aumento delle persone in difficoltà economiche, in particolare alimentando il fenomeno dei cosiddetti «poveri congiunturali», cioè dei lavoratori salariati che cadevano in uno stato di indigenza a causa della perdita del posto di lavoro provocata dalle crisi economiche di breve termine¹². A sua volta, l'aumento della povertà congiunturale dovette incentivare una certa mobilità, stimolata non solo dalla ricerca di elemosine, come succedeva per i mendicanti, ma anche di nuovi o migliori posti di lavoro¹³. E, qualora la ricerca di nuovo impiego non incontrasse subito una soluzione, i lavoratori temporaneamente disoccupati dovevano rivolgersi a strutture assistenziali per recuperare le risorse necessarie al mantenimento di sé e della propria famiglia, tanto più nel caso si fossero trasferiti da poco in nuove località, lì dove veniva meno l'eventuale soccorso dei tradizionali punti di riferimento in

¹¹ B. Geremek, *La popolazione marginale tra il Medioevo e l'era moderna*, «Studi storici», IX (1968), pp. 623-640 e Mollat, *I poveri*, pp. 180-202, 240-249. Per una classificazione delle varie categorie di indigenti nelle città italiane durante il Rinascimento e per alcune considerazioni sulla loro rilevanza numerica cfr B. Pullan, *Poveri, mendicanti e vagabondi (secoli XIV-XVII)*, in *Storia d'Italia, Annali*, 1, *Dal feudalesimo al capitalismo*, a cura di R. Romano-C. Vivanti, Torino 1978, pp. 985-997.

¹² La distinzione tra «pauvres structurels» (cioè persone nate già povere e destinate a rimanere tali) e «pauvres conjuncturels» (cioè persone che nel corso della vita potevano sperimentare periodi più o meno lunghi di indigenza) viene proposta in J.-P. Gutton, *La société et les pauvres: l'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*, Paris 1971, p. 53. Michel Mollat parla di questi nuovi indigenti anche in termini di «povertà laboriosa»: Mollat, *I poveri*, pp. 185-198. Le problematiche socio-economiche della società tardomedievale sono oggetto di numerose analisi; per un quadro d'insieme si veda un recente compendio in R. C. Mueller, *Epidemie, crisi, rivolte*, in *Storia medievale*, Roma 1998, pp. 557-584.

¹³ «Ci sono operai che lasciano paese e famiglia per andare là dove i salari sono più elevati»: B. Geremek, *Mendicanti e miserabili nell'Europa moderna (1350-1600)*, Roma-Bari 1989 (ed. orig. *Inutiles au monde. Truands et misérables dans l'Europe moderne, 1350-1600*, Paris 1980), p. 57. Sicuramente le crisi demografiche provocate dalle pestilenze favorirono non solo la ripresa dei flussi migratori interni (in particolare verso le città svuotate dalle epidemie), ma anche l'immigrazione dall'esterno: G. Pinto, *Dalla tarda antichità alla metà del XVI secolo*, in *La popolazione italiana dal Medioevo a oggi*, a cura di L. Del Panta-E. Sonnino-M. Livi Bacci, Roma-Bari 1996, pp. 57-58. Sulle complesse relazioni tra pauperismo, vagabondaggio, migrazione e assistenza cfr, oltre ai titoli già citati, anche B. Geremek, *Il pauperismo nell'età preindustriale (secoli XIV-XVIII)*, in *Storia d'Italia*, V, *I documenti*, Torino 1973, pp. 667-698.

caso di difficoltà (la famiglia, il vicinato, la parrocchia, la corporazione o la confraternita di appartenenza)¹⁴.

Probabilmente non sarà mai possibile stabilire con esattezza se la quota della popolazione povera e bisognosa di soccorso avesse assunto nel XV secolo dimensioni superiori rispetto al periodo pre- peste, nonostante alcuni tentativi di calcolo da parte degli storici della povertà. Nondimeno, resta la certezza che dopo la Peste Nera cominciò ad affermarsi una diversa percezione del pauperismo, accompagnata dalla consapevolezza che le modalità tradizionali con cui veniva gestita l'assistenza ospedaliera in ambito urbano fossero inadeguate a soddisfare le esigenze di una società fortemente destabilizzata e incapaci di affrontare le emergenze sanitarie di quel periodo. Queste condizioni stimolarono le classi dirigenti delle città a definire nuove politiche assistenziali e a promuovere nuove iniziative ospedaliere, più adatte a fronteggiare i problemi sociali ed economici che erano emersi negli ultimi due secoli del Medioevo, con l'intento di aiutare i ceti più deboli, ma anche per impedire che i loro disagi si ripercuotessero sull'ordine sociale e politico costituito. In definitiva, la comprensione delle riforme ospedaliere del Quattrocento deve tenere conto, fra le altre cose, anche delle strategie di controllo sociale che le oligarchie al potere inaugurarono proprio in questo frangente e che porteranno in epoca moderna all'apertura di strutture dove recludere poveri e mendicanti. Gli studi di Bronisław Geremek chiariscono bene queste dinamiche, indagate anche da più interventi presentati in quel convegno del 1980 i cui atti sono comparisi sotto il significativo titolo di *Timore e carità*¹⁵.

¹⁴ «Si ha l'impressione infatti che la mancanza di un reticolo familiare, che doveva essere appunto particolarmente elevata tra gli immigrati, rendesse i poveri disponibili ad una assistenza offerta da strutture che non operavano più tradizionalmente a domicilio, ma in un quadro di maggiore centralizzazione, nel quale assistenza e controllo sociale si legavano indissolubilmente»: P. Lanaro Sartori, *Carità e assistenza, paura e segregazione. Le istituzioni ospedaliere veronesi nel Cinque e Seicento verso la specializzazione*, in *L'Ospedale e la città. Cinquecento anni d'arte a Verona*, Verona 1996, p. 45.

¹⁵ Mollat ritiene che dopo la metà del XIV secolo sarebbe emersa una diversa percezione dei *pauperes* e che, a partire da allora, si cominciò a collocare le persone indigenti nelle «classi pericolose», per cui «povero e mendicante divennero sinonimi di ozioso, di vagabondo e di criminale in potenza»: M. Mollat, *Il concetto della povertà nel Medioevo: problematica*, in *La concezione della povertà nel Medioevo*, a cura di O. Capitani, Bologna 1974, p. 4. Secondo Geremek, i processi di riforma ospedaliera in Italia miravano ad accentrare l'elargizione dei servizi assistenziali per controllare meglio il problema del pauperismo («si tratta infatti anche di un mezzo per sorvegliare e inquadrare gli indigenti»): B. Geremek, *La reclusione dei poveri in Italia (secoli XIV-XVII). Osservazioni preliminari*, in Id., *Uomini senza padrone. Poveri marginali tra medioevo e età moderna*, Torino 1992, pp. 69-70 (cit. a p. 70). Sull'atteggiamento delle classi diri-

Non è escluso nemmeno che le riforme in ambito assistenziale abbiano trovato qualche impulso nella diffusione dei valori culturali propri dell'Umanesimo. L'aspirazione a impostare il governo cittadino in maniera più razionale, un diverso senso della responsabilità civica, ma anche l'affermazione di una nuova immagine dell'uomo e della società tra i ceti dirigenti urbani potevano fornire forti stimoli per una generale riorganizzazione dei servizi ospedalieri della città. Nondimeno, questa spiegazione – sicuramente affascinante – meriterebbe un'analisi più approfondita e, allo stato attuale dei lavori, non è possibile assumerla come componente strutturale delle riforme ospedaliere quattrocentesche ed estenderla a qualsiasi contesto cittadino interessato da significativi cambiamenti del proprio *welfare system* nel corso del XV secolo¹⁶.

genti rispetto al fenomeno del pauperismo in seguito alla Peste Nera e sulle misure repressive adottate per regolare questo problema cfr anche: Id., *Mendicanti e miserabili*, pp. 53-87 e Id., *La pietà e la forza. Storia della miseria e della carità in Europa*, Roma-Bari 1986, *passim*. Alcune riflessioni su questi temi sono affrontate in diversi interventi raccolti in *Timore e carità*: P. Simoncelli, *Note sul sistema assistenziale a Roma nel XVI secolo*, pp. 144-145; I. Polverini Fosi, *Pauperismo e assistenza a Siena durante il principato mediceo*, p. 157; R. Navarrini-C. M. Belfanti, *Il problema della povertà nel ducato di Mantova: aspetti istituzionali e problemi sociali (secoli XIV-XVI)*, p. 129. Sulla creazione di un «Renaissance system of poor relief» nelle città dell'Italia centro-settentrionale e sul ruolo dei ceti dirigenti in questo processo cfr B. Pullan, *New approaches to poverty and new forms of institutional charity in late medieval and Renaissance Italy*, in *Povert  e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi*, a cura di V. Zamagni, Bologna 2000. Atti del convegno "Forme di povert  e innovazioni assistenziali in Italia dal Medioevo ad oggi", Bologna, 27-29 maggio 1999, pp. 17-43. Bisogna aggiungere che la storiografia pi  recente tende a ridimensionare la portata delle politiche di «grand renfermement» dei poveri in epoca moderna; se ne fa accenno in Lanaro Sartori, *Carit  e assistenza*, p. 43.

¹⁶ L'esistenza di un rapporto diretto tra iniziative assistenziali e cultura dell'Umanesimo viene sostenuta dalle ricerche di Philipp Gavitt sull'ospedale degli Innocenti di Firenze, che – secondo lo studioso americano – rispondeva alle istanze di un ceto dirigente fortemente ispirato dagli ideali umanistici. «The "preservation of our city and its state", a recurring phrase in nearly every piece of communal legislation concerning the Ospedale degli Innocenti, was no mere spiritual sloganeering, but a recognition of the demographic reality that the future of the city depended on the preservation and education of its youth». Insomma, l'ospedale degli Innocenti avrebbe fornito assistenza all'infanzia abbandonata per accrescere il benessere collettivo della *civitas*, sia attraverso il mantenimento degli esposti nel tentativo di contenere le crisi demografiche, sia attraverso la loro educazione per dotare la citt  di uomini in grado di arricchirla, cos  come auspicato dalla letteratura degli stessi umanisti fiorentini. A questo proposito cfr Ph. Gavitt, *Charity and Children in Renaissance Florence: the Ospedale degli Innocenti, 1410-1536*, Ann Arbor 1990, *passim* (cit. a p. 22). Sullo stesso tema si   espresso anche Pullan, sostenendo che «prima e dopo la Riforma, l'Umanesimo cristiano contribu  al formarsi di un nuovo atteggiamento verso i poveri, sia nei Paesi protestanti che in quelli cattolici»: Pullan, *La politica sociale*, I, pp. 241-247 (cit. a p. 241).

La storiografia che si è occupata di povertà e assistenza ha individuato, per il periodo a cavallo tra Medioevo ed età moderna, l'affermazione di due diverse modalità di intervento nei confronti delle persone disagiate: un nuovo modello nordeuropeo, ispirato dall'etica protestante, e un più tradizionale modello sudeuropeo (soprattutto italiano), che in qualche modo migliorò i servizi assistenziali ereditati dal periodo medievale. Il modello settentrionale si affermò tra il 1520 e il 1560, mentre quello meridionale cominciò a delinarsi già verso la metà del Quattrocento, lasciando trasparire «l'idea di una crescita continua piuttosto che di un cambiamento, con istituzioni che proliferano per fare fronte a bisogni sociali oggetto di inedita consapevolezza»¹⁷. Le riforme ospedaliere avviate da numerose città dell'Italia centro-settentrionale nel corso del Quattrocento generarono, a loro volta, diversi modelli gestionali, ma furono tutte accomunate da alcune caratteristiche basilari¹⁸: un più ampio coinvolgimento dei ceti dirigenti nella conduzione delle iniziative assistenziali¹⁹, una maggiore medicalizzazione dei servizi ospedalieri²⁰ e la specializzazione degli ospedali nella cura di par-

¹⁷ B. Pullan, *Povert , carit  e nuove forme di assistenza nell'Europa moderna (secoli XV-XVII)*, in *La citt  e i poveri. Milano e le terre lombarde dal Rinascimento all'et  spagnola*, a cura di D. Zardin, Milano 1995. Atti del convegno, Milano, 13-14 novembre 1992, pp. 21-44 (cit. a p. 26).

¹⁸ Per una discussione di carattere generale sulle riforme ospedaliere italiane del XV secolo cfr: Albin, *Sugli ospedali in area padana*, pp. 231-251; G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanit  in Italia*, Roma-Bari 1987, rist. 1998, pp. 43-68; A. Pastore, *Strutture assistenziali fra Chiesa e Stati nell'Italia della Controriforma*, in *Storia d'Italia, Annali*, 9, *La Chiesa e il potere politico dal Medioevo all'et  contemporanea*, a cura di G. Chittolini-G. Miccoli, Torino 1986, pp. 435-438. Per un quadro generale sui miglioramenti amministrativi, architettonici e terapeutici introdotti dalle riforme ospedaliere (non solo in Italia) cfr, oltre ai titoli gi  citati, anche Mollat, *I poveri*, pp. 317-326.

¹⁹ In relazione a questo aspetto, si   opportunamente sottolineato che nel basso Medioevo veniva «sempre pi  percepito come un problema della collettivit  (la comunit  cittadina) l'obbligo di farsi carico dei bisogni dei pi  deboli»: G. Albin, *Introduzione*, in Ead., *Carit  e governo*, p. 11. Cfr anche le interessanti considerazioni sull'impegno della signoria dei Visconti e del ceto di governo milanese in campo assistenziale, tra XIV e XV secolo, in G. Soldi Rondinini, *Le opere di carit  a Milano: gli interventi dei Visconti*, in *La carit  a Milano nei secoli XII-XV*, a cura di M. P. Alberzoni-O. Grassi, Milano 1989. Atti del convegno di studi, Milano, 6-7 novembre 1987, pp. 133-134.

²⁰ «La riforma ospedaliera del XV secolo, pi  o meno spinta a seconda delle parti d'Italia, segna l'inizio di una nuova era sanitaria. Il vecchio ospizio era il luogo pio dove viveva l'universalismo imparziale delle buone intenzioni caritative; il nuovo ospedale   spesso ancora, nominalmente, un pio luogo, ma di fatto   lo spazio dove il medico, ispirandosi a un'etica professionale diversa dalla *pietas* e dalla *caritas*, pu  coltivare il proprio "astratto universalismo scientifico" facendo leva sulla "neutralit  della pratica terapeutica" nei confronti di

ticolari categorie di bisognosi. Invero, nella società dell'Occidente medievale la specializzazione degli enti di cura trovava già un precedente nei lebbrosari, che tra l'altro furono contraddistinti da un precoce coinvolgimento dei governi cittadini nella formulazione di politiche sanitarie²¹. Nel XV secolo, però, i processi di specializzazione assunsero ben altre dimensioni, non strettamente legate a questioni di ordine pubblico, come nel caso dei lazzaretti, che in qualche modo riproducevano l'esperienza dei lebbrosari per l'isolamento dei malati infettivi, quantunque l'apertura dei lazzaretti fosse spesso accompagnata dall'elaborazione di una legislazione sanitaria attraverso gli Uffici di Sanità (o magistrature simili)²². I fenomeni di specializzazione assistenziale, infatti, si manifestarono su larga scala anche con la diffusione dei brefotrofi, intesi come istituti dediti esclusivamente alla cura dei bambini abbandonati²³.

malati considerati "cl clinicamente omogenei": Cosmacini, *Storia della medicina*, p. 60. Vaghi processi di medicalizzazione dei servizi ospedalieri erano comunque già in corso nel XIV secolo, come nel caso di Firenze: Henderson, *Splendide case di cura*, pp. 37-39. Su questi temi cfr anche K. Park, *Doctors and Medicine in Early Renaissance Florence*, Princeton 1985 («It is the two centuries after 1300 that we see the emergence to preeminence of hospitals dedicated largely or exclusively to caring for the sick, and thus of hospitals with a large and growing demand for medical services»: *ibid.*, p. 102).

²¹ Nasalli Rocca, *Il diritto ospedaliero*, pp. 64-65. Sulla politica sanitaria per la cura e il controllo dei lebbrosi in area veneta cfr G. M. Varanini-G. De Sandre Gasparini, *Gli ospedali dei «malsani» nella società veneta del XII-XIII secolo. Tra assistenza e disciplinamento urbano*, in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV*, Pistoia 1990. Atti del XII convegno di studi, Pistoia, 9-12 ottobre 1987, pp. 141-200.

²² La prima città europea a dotarsi di una struttura permanente dove confinare i malati di peste fu Venezia (1423): R. C. Mueller, *Dalla reazione alla prevenzione, in Venezia e la peste: 1348-1797*, Venezia 1980 (ed. rivista), pp. 84-85. Le prime magistrature pubbliche incaricate di trattare i problemi sanitari comparvero in Italia dopo la pandemia del 1348 e si affermarono pienamente entro il XVI secolo: C. M. Cipolla, *Origine e sviluppo degli Uffici di Sanità in Italia*, «Annales cisalpines d'histoire sociale», 4 (1973), pp. 83-101 («si può in effetti affermare che l'organizzazione sanitaria moderna nacque nell'Italia del Rinascimento»: *ibid.*, p. 83); Id., *Public Health anche the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge 1976, pp. 11-66; Cosmacini, *Storia della medicina*, pp. 35-42.

²³ Per un quadro generale sull'affermazione dei brefotrofi in Italia nel corso del XV secolo cfr V. Hunecke, *L'invenzione dell'assistenza agli esposti nell'Italia del Quattrocento*, in *'Benedetto chi ti porta, maledetto chi ti manda'. L'infanzia abbandonata nel Triveneto (secoli XV-XIX)*, a cura di C. Grandi, Treviso 1997. Atti del convegno, Treviso, 18-20 giugno 1996, pp. 273-283 e F. Bianchi, *La Ca' di Dio di Padova nel Quattrocento. Riforma e governo di un ospedale per l'infanzia abbandonata*, Venezia 2005, pp. 21-32. Per un dettagliato compendio di storia dell'abbandono d'infanti si rimanda al classico J. Boswell, *L'abbandono dei bambini in Europa occidentale*, Milano 1991 (ed. orig. *The Kindness of Strangers*, New York 1988). Su questi temi cfr anche le miscellanee: *Enfance abandonnée et société en Europe XIV^e-XX^e*

I processi di specializzazione permisero di concentrare le risorse a disposizione di un ospedale in un particolare ambito dell'assistenza, con il risultato di migliorare qualitativamente e quantitativamente i servizi di cura in quello specifico settore. Allo stesso modo, la specializzazione permetteva di superare l'accentuata dispersione di energie e mezzi tipica dei tradizionali ospizi medievali, che spesso si limitavano a fornire un'assistenza generica per soddisfare le esigenze comuni di svariate categorie di bisognosi. Su queste dinamiche torna utile citare la relazione che Gian Giacomo Gilino – deputato al governo dell'Ospedale Maggiore di Milano, nonché segretario e cancelliere ducale – scrisse nel 1508 per illustrare le origini e il funzionamento degli ospedali milanesi, perché spiega dettagliatamente come la riforma ospedaliera milanese fosse riuscita a ripartire i compiti assistenziali tra diversi enti: i «lazarosi o infecti de cancrene o simili mali» erano ricoverati presso l'ospedale di S. Lazzaro; gli «infecti de altre ulceratione o debilitati per vechiezza» presso gli ospedali del Brolo (che aveva in carico anche i malati di sifilide), di S. Dionigi, di S. Sempliciano e di S. Ambrogio; i pazzi stavano a S. Vincenzo (che però accudiva anche altri vecchi e malati); S. Celso, S. Caterina e l'ospedale di Donna Bona si occupavano dell'infanzia abbandonata²⁴.

Un altro aspetto non secondario di queste riforme fu la comparsa di una vera e propria architettura ospedaliera, che si esprime attraverso la costruzione di edifici progettati per funzionare come ospedali. Si trattava di un'altra novità rispetto al passato, perché per la prima volta cominciarono a diffondersi modelli architettonici ideati appositamente per organizzare gli spazi ospedalieri in funzione delle attività assistenziali, mentre in precedenza gli ospedali si insediavano in strutture anonime e/o già costruite per altri usi, e si arricchivano di nuovi reparti tramite l'aggregazione spesso disordinata di fabbricati contigui preesistenti. Non mancò nemmeno l'impegno di celebri architetti nella progettazione di queste grandiose fabbriche ospedaliere quattrocentesche: Brunelleschi e Michelozzo a Firenze, Filarete a Milano²⁵.

siècle, Rome 1991. Actes du colloque international, Rome, 30-31 janvier 1987; *Trovatelli e balie in Italia (secc. XVI-XIX)*, a cura di G. Da Molin, Bari 1994. Atti del convegno "Infanzia abbandonata e baliatico in Italia, secc. XVI-XIX", Bari, 20-21 maggio 1993; *Senza famiglia. Modelli demografici e sociali dell'infanzia abbandonata e dell'assistenza in Italia (secc. XV-XX)*, a cura di Ead., Bari 1997. *Atti del convegno di studio*, Bari, 22-23 ottobre 1996.

²⁴ *La relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano di Gian Giacomo Gilino*, a cura di S. Spinelli, Milano 1937, pp. 77-79.

²⁵ Brunelleschi collaborò per l'edificazione dell'ospedale fiorentino degli Innocenti e la registrazione del suo salario compare nei libri contabili del cantiere a partire dal 1421: R. A. Goldthwaite, *La fondazione e il consenso della città*, in *Gli Innocenti e Firenze nei secoli. Un*

Più in particolare, in questo periodo fu applicato lo schema architettonico a croce greca, a cui fecero inizialmente ricorso i nuovi ospedali lombardi, che si ispiravano ad alcuni esempi toscani; in seguito l'impianto tipologico a crociera si diffuse pure all'estero (ad esempio in Spagna)²⁶. I nuovi edifici rispondevano così a due necessità fondamentali nel contesto urbano rinascimentale: la creazione di ampi spazi in grado di ospitare servizi sociali e sanitari sempre più richiesti, e la realizzazione di simboli monumentali della magnificenza cittadina, anche in ambito assistenziale²⁷. Non ultimo, la nascita di un'architettura ospedaliera autonoma conferiva agli ospedali un rilievo specifico non solo a livello urbanistico, ma anche e soprattutto a livello funzionale, perché permetteva di riconoscere nell'organizzazione strutturale di queste fabbriche gli spazi propriamente riservati all'esercizio dell'arte medica e delle attività terapeutiche. Insomma, la medicalizzazione dei servizi ospedalieri e la realizzazione di nuovi modelli architettonici erano pro-

ospedale, un archivio, una città, a cura di L. Sandri, Firenze 1996, p. 7. Michelozzo contribuì a rinnovare l'architettura ospedaliera fiorentina con un ambizioso progetto di ampliamento dell'ospedale di S. Paolo, nella seconda metà del XV secolo: R. A. Goldthwaite-W. R. Rieck, *Michelozzo and the Ospedale di San Paolo in Florence*, «Mitteilungen des Kunsthistorischen Institutes in Florenz», XXI (1977), pp. 221-306. L'Ospedale Maggiore di Milano fu progettato dal Filarete (Antonio Averlino), che diresse i lavori di costruzione tra il 1456 e il 1465; in seguito venne sostituito da altri celebri architetti: Leverotti, *Ricerche sulle origini*, pp. 89-102.

²⁶ A. Peroni, *Il modello dell'ospedale cruciforme: il rapporto tra l'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi*, in *Florence and Milan: comparisons and relations*, Firenze 1989, pp. 53-65; Leverotti, *Ricerche sulle origini*, pp. 90-92 e 94-97; Albini, *Sugli ospedali in area padana*, pp. 240-242. Alcuni studi sull'architettura degli ospedali lombardi quattrocenteschi a struttura cruciforme, con note sulle origini di questo modello e sulla sua diffusione in Europa, si trovano in *Ospedali lombardi del Quattrocento. Fondazione, trasformazioni, restauri*, a cura di L. Franchini, Como 1995. Su questi aspetti si è soffermata anche A. C. Rubino in una dettagliata relazione inedita, esposta al XVII seminario residenziali di studi di S. Miniato (8-13 settembre 2003) – “Le fonti ospedaliere (secc. XIV-XVI)” – e intitolata: *Analisi delle componenti architettoniche che caratterizzavano gli ospedali con impianto tipologico a crociera. Confronto storico-morfologico tra diversi esempi italiani e stranieri*.

²⁷ Albini, *Sugli ospedali in area padana*, p. 243. Bisogna dire che l'edificazione di importanti fabbriche ospedaliere poteva nascondere anche motivazioni politiche, legate alle logiche propagandistiche dei governi promotori di tali iniziative. A questo proposito, alcune considerazioni sul carattere celebrativo dell'edilizia civile fiorentina e di altre città italiane nel Rinascimento si possono recuperare in: R. A. Goldthwaite, *La costruzione della Firenze rinascimentale*, Bologna 1984 (ed. orig. *The Building of Renaissance Florence. Economic and Social History*, Baltimore 1980), pp. 20-30, 43-46 e 107-117; Id., *Ricchezza e domanda nel mercato dell'arte in Italia dal Trecento al Seicento. La cultura materiale e le origini del consumismo*, Milano 1995 (ed. orig. *Wealth and Demand for Art in Italy, 1300-1600*, Baltimore-London 1993), pp. 189-200; Id., *La fondazione e il consenso*, pp. 8-9.

cessi che proseguivano parallelamente e convergevano verso la definizione dell'ospedale moderno, così come lo intendiamo oggi.

Accenniamo solamente al contributo di altre iniziative, ma di carattere non ospedaliero, nella definizione e nel rafforzamento dei sistemi assistenziali urbani nel Quattrocento, attraverso l'allestimento di una fitta rete di «ammortizzatori sociali»²⁸ (di nuova e di vecchia concezione) a sostegno delle fasce più povere della popolazione. In primo luogo, occorre citare l'invenzione dei Monti di Pietà, che si diffusero in Italia a partire dal 1462, grazie alla propaganda dell'Osservanza francescana, peraltro fautrice anche di alcune riforme ospedaliere, a dimostrazione di come i problemi legati all'emergenza del pauperismo avessero stimolato l'ideazione di progetti assistenziali di ampio respiro²⁹. In secondo luogo, bisogna riconoscere che tra XIV e XV secolo si affermarono, sebbene non ovunque, consorzi ed enti elemosinieri in grado di incrementare considerevolmente le capacità caritative delle tradizionali istituzioni benefiche di tipo confraternale (pur inserendosi in quel contesto associativo), al punto da favorire una migliore distinzione tra istituzioni erogatrici di elemosine e istituzioni erogatrici di servizi ospedalieri, un fattore di non secondaria importanza per la specializzazione degli ospedali e per la medicalizzazione dei loro servizi³⁰.

²⁸ L'espressione viene utilizzata in Albini, *Introduzione*, p. 8.

²⁹ Per un quadro d'insieme sui Monti di Pietà rimandiamo a M. G. Muzzarelli, *Il denaro e la salvezza. L'invenzione del Monte di Pietà*, Bologna 2001. Per il coinvolgimento dei predicatori francescani nella promozione di riforme ospedaliere cfr Pullan, *La politica sociale*, I, pp. 217-218 e 221. Sull'elaborazione da parte dei teologi francescani di una trattatistica capace di considerare in maniera organica le iniziative assistenziali (in particolare i Monti di Pietà) e le attività degli uomini d'affari, nell'ambito dello stesso sistema economico urbano, cfr G. Todeschini, *Ricchezza francescana. Dalla povertà volontaria alla società di mercato*, Bologna 2004, pp. 180-199.

³⁰ Cfr, ad es., quanto illustrato per il caso milanese in G. Albini, *Continuità e innovazione: la carità a Milano nel Quattrocento fra tensioni private e strategie pubbliche*, in Ead., *Carità e governo*, pp. 69-80 (già edito nel 1989). Una situazione simile è riscontrabile anche a Padova: F. Bianchi, *Ospedali e politiche assistenziali a Padova e Vicenza nel Quattrocento*, tesi di dottorato non edita, dottorato di ricerca in Storia (XVII ciclo), Università di Parma, 2005, pp. 43-46 e S. Collodo, *Per la storia della confraternita padovana di S. Maria della Carità. Rassegna di studi*, «Le Venezie Francescane», n.s., III (1986), p. 51. A Firenze, invece, a fronte di una generale decadenza delle principali confraternite dedite ad attività caritative, fa riscontro nel XV secolo la nascita di nuovi enti elemosinieri, ma anche un maggiore impegno degli ospedali e delle pubbliche autorità nell'assistenza ai poveri: J. Henderson, *Piety and Charity in Late Medieval Florence*, Oxford 1994, pp. 354-410. «The expanding role of confraternities as agencies directing social welfare and social control of marginal and subordinate groups» è uno dei cinque temi principali affrontati nella miscellanea *The politics of ritual kinship. Confraternities and social order in early modern Italy*, a cura di N. Terpstra,

Le riforme del XV secolo comportarono una generale ristrutturazione delle reti ospedaliere urbane, nel senso di una più efficace gestione delle risorse destinate alle attività assistenziali e terapeutiche. Queste trasformazioni potevano realizzare, in maniera più o meno completa, progetti di riforma pianificati dai governi cittadini (in accordo o meno con le autorità ecclesiastiche) e testimoniati dalle fonti, oppure potevano manifestarsi in assenza di qualsiasi intento riformatore documentato, specialmente in quei contesti dove non intervennero concentrazioni e fusioni ospedaliere, che erano notoriamente accompagnate da una considerevole produzione di carte³¹. Per questo motivo, con l'espressione 'riforme ospedaliere' intendiamo tutti quei processi di riorganizzazione dei sistemi assistenziali urbani che nel corso del Quattrocento segnarono significativi e rilevanti momenti di rottura con l'esperienza medievale, manifestando in tutto o in larga parte i tratti caratteristici delle riforme di quel periodo, a prescindere dal ritrovamento di delibere o altri documenti prodotti da organismi pubblici – laici e/o ecclesiastici – per la promozione delle riforme stesse.

Come già detto, le città implicate in questi processi non adottarono tutto lo stesso modello organizzativo, dal momento che se ne possono riconoscere almeno due principali, tenendo conto che la loro applicazione avveniva secondo modalità diverse da caso a caso. Il primo modello – che definiamo 'milanese' – fu caratterizzato dalla concentrazione di alcuni antichi ospizi sotto un'unica amministrazione, spesso accompagnata dall'edificazione di una nuova e grandiosa fabbrica ospedaliera: questo tipo di riforma si basava, quindi, sulla fondazione di 'ospedali grandi', di cui l'Ospedale Maggiore di Milano è l'esempio più celebre, anche se non il primo in ordine cronolo-

Cambridge 2000 (cit. in Id., *The politics of ritual kinship*, ivi, p. 5). Per un ampio repertorio di risorse (digitali e cartacee) utili allo studio delle confraternite medievali si rimanda a M. Gazzini, *Confraternite religiose laiche*, all'URL <<http://www.rm.unina.it/repertorio/confrater.html>> (ultima consultazione: aprile 2006). Tra le altre iniziative promosse dal nuovo modello rinascimentale dell'assistenza rientrano anche i conservatori per giovani donne da maritare, ma questi istituti si affermarono pienamente solo dopo il Quattrocento: Pullan, *Povert , carit  e nuove forme di assistenza*, pp. 31-32.

³¹ Le concentrazioni ospedaliere prevedevano l'accorpamento amministrativo e patrimoniale di luoghi pii, cio  di enti che ricadevano nell'ambito della giurisdizione ecclesiastica, a prescindere dalle loro funzioni assistenziali. In virt  di questa condizione, le riforme ospedaliere che procedevano attraverso fusioni istituzionali richiedevano l'emissione di bolle papali e autorizzazioni vescovili che convalidassero l'operazione, ma anche la creazione di *dossier* documentari da parte di quegli organismi (in primo luogo i Comuni) che promuovevano la riforma e cercavano il consenso formale delle autorit  ecclesiastiche. Per converso, i processi di riforma ospedaliera che non contemplarono la concentrazione di luoghi pii non ci hanno trasmesso documentazioni altrettanto ricche.

gico. Il secondo modello – che definiamo ‘fiorentino’ – non provvide a centralizzare sotto un’unica direzione buona parte dei servizi ospedalieri urbani, poiché l’autonomia dei principali nosocomi venne preservata: in questo caso la rete ospedaliera medievale fu potenziata con l’apertura di istituzioni (brefotrofi e/o lazzaretti) già specializzate nella cura di particolari categorie di bisognosi e con una più accentuata divisione dei compiti assistenziali fra gli altri ospedali, in parte favorita proprio dalla nascita delle strutture specializzate. Non bisogna intendere, però, questi due modelli come rigidamente separati: entrambi appartengono a un unico e ampio processo di riforma, che prevedeva la circolazione fra più città di soluzioni organizzative, progetti architettonici e regolamenti amministrativi condivisi³².

Non per nulla accadde che entrambi i modelli furono contraddistinti dalla costruzione di nuovi complessi ospedalieri, dall’introduzione di criteri amministrativi più razionali, dalla specializzazione degli ospedali in particolari settori dell’assistenza, dal raggiungimento di livelli superiori di medicalizzazione dei servizi ospedalieri. Questi fattori permisero di superare, almeno in parte, le inadeguatezze delle tradizionali reti ospedaliere urbane e l’inefficiente frammentazione delle risorse fra troppi ospizi autonomi, attraverso l’accorpamento dei loro patrimoni sotto un’unico governo, oppure tramite una divisione dei compiti che facilitasse un migliore coordinamento delle attività assistenziali fra enti diversi, grazie anche a un più ampio coinvolgimento dei governi cittadini e/o statali nel rinnovamento e nella conduzione delle iniziative assistenziali³³.

Diamo conto qui di seguito di alcuni concreti esempi di riforme ospedaliere³⁴, a riprova dell’ampiezza e dell’importanza di tali processi, soprat-

³² Sulla diffusione e l’influenza dei modelli ospedalieri toscani, sia in Italia che all’estero, cfr: Henderson, *Splendide case di cura*, pp. 17-18; G. Piccinni, *L’ospedale di Santa Maria della Scala di Siena. Note sulle origini dell’assistenza sanitaria in Toscana (XIV-XV secolo)*, in *Città e servizi sociali*, pp. 297-299; Leverotti, *Ricerche sulle origini*, pp. 77, 89-90, 92-93 e 95. Giusto per fornire un esempio, ci sembra significativo ricordare che, durante le prime fasi del processo di concentrazione ospedaliera di Brescia, la documentazione comunale faceva esplicito riferimento ai modelli forniti sia da sistemi assistenziali già centralizzati (Siena e Treviso) che da sistemi assistenziali non centralizzati (Firenze e Verona): A. Mariella, *Le origini degli ospedali bresciani*, Brescia 1963, p. 104.

³³ «Se è pur vero che i vescovi non ostacolarono la riforma, ma anzi ne furono in talune realtà i promotori, furono le istituzioni politiche, locali e centrali, il riferimento del movimento di riforma ospedaliera»: Albini, *Sugli ospedali in area padana*, p. 246.

³⁴ Per la consistenza demografica delle città trattate in questa sede si rimanda a M. Ginatempo-L. Sandri, *L’Italia delle città. Il popolamento urbano tra Medioevo e Rinascimento (secoli XIII-XVI)*, Firenze 1990.

tutto nell'Italia centro-settentrionale, dal momento che nelle città a sud della Toscana non si registrano particolari cambiamenti nell'assetto dei sistemi assistenziali quattrocenteschi. Fa eccezione solamente Roma, dotata di un grande ospedale (S. Spirito in Saxia), sottoposto al controllo papale e riformato sotto il pontificato di Sisto IV (1471-84)³⁵.

In Piemonte la riforma riuscì a decollare, attraverso processi di concentrazione ospedaliera, in quasi tutti i principali centri urbani (Torino, Cuneo, Asti, Novara e Vercelli), nonostante una certa opposizione da parte del clero. Fino a quasi tutto il XV secolo, però, nei territori governati dai Savoia il livello di medicalizzazione dei servizi offerti degli *hospitales* fu scarso o inesistente, sebbene nel Tre-Quattrocento l'assistenza medica pubblica avesse registrato diversi progressi in ambito extra-ospedaliero. La riorganizzazione dei sistemi assistenziali in questa regione non fu condotta direttamente dalla dinastia al potere, ma venne delegata alle varie amministrazioni comunali, particolarmente impegnate per contrastare le crisi epidemiche³⁶.

A Genova, nel 1472 si procedette con l'accorpamento di alcuni enti assistenziali all'ospedale di Pammatone, che in seguito cominciò ad orientarsi in maniera più accentuata verso la cura dei trovatelli. Nel 1512 il complesso ospedaliero di Pammatone si arricchì di una nuova struttura (Conservatorio), destinata al mantenimento delle fanciulle abbandonate fino all'età di 25 anni ed eventualmente alla costituzione della loro dote³⁷. Nel XVI secolo la gestione del sistema assistenziale e ospedaliero urbano venne ulteriormente centra-

³⁵ Per un prospetto sul sistema ospedaliero romano tardomedievale cfr A. Esposito, *Gli ospedali romani tra iniziative laicali e politica pontificia (secc. XIII-XV)*, in *Ospedali e città*, pp. 233-251. La riforma dell'ospedale di S. Spirito in Saxia orientò questo ente verso la cura dell'infanzia abbandonata, che divenne la sua attività preminente (anche se non esclusiva): C. Schiavoni, *Le balie del brefotrofito dell'ospedale di Santo Spirito in Saxia di Roma tra '500 e '800*, «Archivi e cultura», n.s., XXV-XXVI (1992-1993), pp. 181-182. Nel 2001 all'ospedale di S. Spirito è stato dedicato un convegno internazionale, i cui atti sono editi e raccolgono studi relativi a svariati aspetti di questo grande ente, dalla sua fondazione fino all'epoca contemporanea: *L'antico ospedale di Santo Spirito. Dall'istituzione papale alla sanità del terzo millennio*, 2 voll., Roma 2001-2002. Atti del convegno internazionale di studi, Roma, 15-17 maggio 2001.

³⁶ I. Naso, *Medici e strutture sanitarie nella società tardo-medievale. Il Piemonte nei secoli XIV e XV*, Milano 1982, pp. 17-82; A. M. Nada Patrone, *Un problema aperto. Le crisi di mortalità fra Trecento e Quattrocento nel Piemonte Sabauda*, in A. M. Nada Patrone-I. Naso, *Le epidemie del tardo medioevo nell'area pedemontana*, Torino 1978, pp. 39-61; I. Naso, *L'assistenza sanitaria nei comuni pedemontani durante le crisi epidemiche del XIV e del XV secolo*, ivi, pp. 87-115.

³⁷ E. Grendi, *Ideologia della carità e società indisciplinata: la costruzione del sistema assistenziale genovese (1470-1670)*, in *Timore e carità*, p. 66.

lizzata, assumendo una rilevanza considerevole per le strategie perseguite dal ceto dirigente genovese al fine di consolidare il proprio dominio sulla città e di esercitare un efficace controllo sociale sui ceti subalterni, spesso attraverso l'intermediazione di confraternite devozionali che agivano sotto il governo del patriziato cittadino e in maniera complementare rispetto ad altri organismi pubblici (come l'Ufficio dei Poveri e le magistrature annonarie)³⁸.

La proliferazione degli ospedali grandi ebbe particolare successo in Lombardia, dove si registrano numerosi processi di concentrazione ospedaliera. Brescia fu la prima città a promuovere una riforma in questa direzione (1427) e a costruire una nuova e imponente struttura (ospedale di S. Luca), edificata fra il 1447 e il 1452, sull'esempio fornito dagli ospedali senesi e fiorentini³⁹. A sua volta il progetto bresciano funzionò come modello architettonico per altri edifici ospedalieri lombardi, esportando così lo schema cruciforme. Oltre a Brescia, anche Pavia, Cremona, Lodi, Milano, Bergamo, Como, Piacenza e Crema fondarono ospedali grandi prima della fine del XV secolo, sebbene in alcuni casi la loro costruzione giunse a termine solo parecchi anni dopo l'avvio della concentrazione amministrativa dei vecchi ospizi⁴⁰.

³⁸ R. Savelli, *Dalle confraternite allo stato: il sistema assistenziale genovese nel Cinquecento*, «Atti della Società ligure di Storia patria», n.s., XXIV (1984), pp. 171-216.

³⁹ Sulla conformazione del sistema assistenziale bresciano nel tardo Medioevo e sulla nascita dell'Ospedale Maggiore cfr Mariella, *Le origini* (in particolare pp. 99-117 per il processo di concentrazione ospedaliera). Per un'ampia panoramica relativa all'età moderna e contemporanea cfr *I ricoveri della città. Storia delle istituzioni di assistenza e beneficenza a Brescia (secoli XVI-XX)*, a cura di D. Montanari-S. Onger, Brescia 2002.

⁴⁰ Per una discussione generale sui casi lombardi di riforma ospedaliera cfr G. Albinì, *La riforma quattrocentesca degli ospedali nel ducato di Milano, tra poteri laici ed ecclesiastici*, in Ead., *Carità e governo*, pp. 253-265 (già edito nel 2000) e P. Racine, *Il sistema ospedaliero lombardo (secoli XII-XV)*, in *Città e servizi sociali*, pp. 373-381. Sulla politica sanitaria del ducato di Milano cfr G. Albinì, *Guerra, fame, peste. Crisi di mortalità e sistema sanitario nella Lombardia tardomedievale*, Bologna 1982, pp. 63-102. A titolo orientativo, relativamente alle singole istituzioni: per Pavia cfr *Ospedale San Matteo di Pavia. Fatti e problemi del passato*, a cura di D. Zanetti, Pavia 1994; per Cremona cfr A. Ricci, *L'ospedale di S. Maria della Pietà a Cremona: le origini e la fondazione nel quadro degli equilibri territoriali*, «Bollettino storico cremonese», n.s., VII (2000), pp. 63-169; per Lodi cfr G. Agnelli, *Ospedale di Lodi. Monografia storica*, Lodi 1950; per Bergamo cfr *L'ospedale nella città: vicende storiche e architettoniche della Casa Grande di S. Marco*, a cura di M. Mencaroni Zoppetti, Bergamo 2002; per Como cfr M. Dubini, *La pratica della carità. L'ospedale di Sant'Anna di Como*, «Periodico della società storica comense», 1982, pp. 33-78; per Piacenza cfr *Cinque secoli di storia ospedaliera in Piacenza (1471-1971)*, Piacenza 1973; per Crema cfr S. Lini, *Dalla Domus Dei all'Azienda ospedaliera. Le vicende dell'Ospedale Maggiore di Crema dal 1351 al 1998*, Crema 1998.

A Milano le autorità statali cominciarono a intervenire con decisione nella riorganizzazione delle amministrazioni ospedaliere sin dal 1401, quando Gian Galeazzo Visconti nominò ufficialmente un incaricato per la gestione unitaria degli ospedali cittadini e del ducato, indicando come modello l'ospedale senese di S. Maria della Scala. Il decreto di Gian Galeazzo non diventò operativo a causa della morte del duca (1402), ma fornì una chiara indicazione politica circa la necessità di pianificare una realtà ospedaliera complessa e frammentata. La fondazione dell'Ospedale Maggiore di Milano fu infine sancita da Francesco Sforza nel 1456 e in via definitiva da una bolla papale (9 dicembre 1458), mentre il progetto della nuova fabbrica ospedaliera venne affidato all'architetto Filarete. La concentrazione amministrativa degli ospedali milanesi non coinvolse tutti gli istituti assistenziali, né arrestò la nascita di nuovi enti caritativi autonomi, ma favorì comunque l'estensione del controllo ducale sull'intero sistema ospedaliero. Quantunque ospedali e consorzi elemosinieri rimanessero organismi separati dall'amministrazione pubblica, lo Stato ne condizionò progressivamente la gestione, grazie alle interferenze dell'Ufficio di Sanità (fondato nel 1476) e dei rappresentanti ducali presso queste istituzioni, ma in particolare attraverso i legami personali e politici fra la corte e gli amministratori dei luoghi pii, le cui cariche alla fine del Quattrocento erano ormai una prerogativa del patriziato cittadino⁴¹.

A Mantova, capitale di un piccolo Stato autonomo, l'accentramento degli antichi ospizi fu deciso dal marchese Ludovigo Gonzaga e consentì la fondazione dell'Ospedale Grande (1450), destinato a unificare nell'arco di alcuni anni rendite e funzioni di vari istituti sorti in tempi diversi. La nuova fabbrica fu completata nel 1472, quando il processo di assorbimento degli antichi enti assistenziali si poteva dire ormai concluso⁴². Anche nel caso mantovano il nuovo ospedale impegnò molte risorse nell'assistenza agli esposti, come spesso accadeva a queste istituzioni frutto di riforme ospedaliere⁴³.

Parma riformò il proprio sistema assistenziale a partire dal 1471, quando cominciò ad accentrare 58 diversi enti (23 in città e 35 nel contado) in

⁴¹ Sulla riforma ospedaliera milanese esiste un'ampia bibliografia, per cui ci limitiamo a segnalare solo un paio fra i titoli più significativi per le vicende quattrocentesche: Leverotti, *Ricerche sulle origini*, pp. 77-113 e G. Albinì, *La gestione dell'Ospedale Maggiore nel Quattrocento: un esempio di concentrazione ospedaliera*, in Ead., *Carità e governo*, pp. 267-281 (già edito nel 1997).

⁴² Navarrini-Belfanti, *Il problema della povertà*, pp. 121-136.

⁴³ G. Albinì, *L'abbandono dei fanciulli e l'affidamento: il ruolo dell'Ospedale Maggiore di Milano (sec. XV)*, in Ead., *Città e ospedali*, pp. 161-163 (già edito nel 1986).

un'unica istituzione: si trattava di un ospizio fondato agli inizi del XIII secolo da Rodolfo Tanzi e destinato a diventare con la riforma l'Ospedale Grande di Parma, anche se già nel corso del Duecento si era affermato come il principale punto di riferimento non solo della rete ospedaliera urbana, ma anche di quella comitatina⁴⁴.

A Bologna i Benedettini dell'ospedale di San Procolo (non più operativo nel XV secolo) si accordarono nel 1450 con quattro confraternite, che si unirono sotto il nome di S. Maria degli Angeli per ripristinare l'ospedale in rovina e dedicarlo esclusivamente alla cura dei trovatelli. La nuova istituzione prese come modello di riferimento il brefotrofito degli Innocenti di Firenze, assumendo vari nomi (ospedale degli Esposti, ospedale di S. Procolo, gli Innocenti, i Bastardini). A partire dal 1494 il Comune si interessò a questo istituto e facilitò l'avvio di diverse fusioni, che nel giro di tre anni conglobarono cinque diversi enti nel nuovo brefotrofito⁴⁵.

Le riforme dei sistemi assistenziali nelle principali città della Terraferma veneta non seguirono un unico modello di intervento. Sicuramente nel Quattrocento non vennero avviati processi di concentrazione ospedaliera – se escludiamo i casi della città lombarde sotto il dominio della Serenissima – ma si raggiunse comunque una specializzazione dei servizi di cura attraverso la fondazione di nuovi istituti, nel contesto di «una dinamica esclusivamente municipale, sostanzialmente senza alcuna diretta influenza del governo veneziano, che non ha per tutto il Quattrocento una politica sanitaria di respiro largo, che preveda interventi e creazione di strutture nelle città soggette»⁴⁶. L'unico settore dove la Dominante riuscì ad esprimere sin

⁴⁴ A. Ricci, *La realizzazione della riforma e la sorte degli ospedali minori*, in *L'ospedale Rodolfo Tanzi in età medievale*, a cura di R. Greci, Bologna 2004, pp. 79-133. Per le origini di questo ente cfr: M. Gazzini, *La città, la strada, l'ospitalità: l'area di Capodimonte a Parma tra XII e XIV secolo*, in *Un'area di strada: l'Emilia occidentale nel Medioevo. Ricerche storiche e riflessioni metodologiche*, a cura di R. Greci, Bologna 2000. Atti dei convegni di Parma e Castell'Arquato, novembre 1997, pp. 310-322; M. Gazzini, *Rodolfo Tanzi: l'ospedale e la società cittadina nei secoli XII e XIII*, in *L'ospedale Rodolfo Tanzi*, pp. 3-11; G. Albinì, *Fondazioni di ospedali in area padana (secoli XI-XIII)*, in Ead., *Città e ospedali*, pp. 46-53 (già edito nel 1991). Nel 1482 l'ospedale si prendeva cura di 226 esposti: C. Minoli, *La cura degli esposti alla fine del Quattrocento*, in *L'ospedale Rodolfo Tanzi*, p. 231.

⁴⁵ N. Terpstra, *Ospedali e bambini abbandonati a Bologna nel Rinascimento*, in *Ospedali e città*, pp. 210-216. Sempre su questo istituto cfr. *I bastardini. Patrimonio e memoria di un ospedale bolognese*, a cura dell'Amministrazione provinciale di Bologna, Bologna 1990. Per un quadro di riferimento sul sistema assistenziale bolognese nel tardo Medioevo cfr. Fanti, *Istituzioni di carità e assistenza*, pp. 31-64.

⁴⁶ Per una panoramica generale sull'organizzazione delle strutture ospedaliere nelle principali città della Terraferma veneta cfr. G. M. Varanini, *Per la storia delle istituzioni ospeda-*

dal XV secolo una qualche politica su questioni ospedaliere fu quello della prevenzione e dell'isolamento delle epidemie, ma per ragioni di sicurezza e di ordine pubblico, più che assistenziali.

Abbiamo già informato che Venezia fu la prima città europea a dotarsi di un lazzeretto permanente (1423) e probabilmente a favorire l'apertura di istituzioni simili anche nelle città soggette⁴⁷. Inoltre, nel 1486 creò una magistratura competente in materia di pestilenze (Provveditori alla Sanità), con facoltà d'intervento su tutto lo Stato⁴⁸. Per il resto, la città lagunare rimase sostanzialmente esclusa dalle riforme ospedaliere quattrocentesche e conservò un'accentuata frammentazione del proprio sistema assistenziale, basato su una miriade di istituzioni caritative di cui non si conosce esattamente il numero⁴⁹. Oltre alle Scuole Grandi, esistevano almeno un centinaio

liere nelle città della Terraferma veneta nel Quattrocento, in *Ospedali e città*, pp. 107-155 (cit. *ibid.*, pp. 107-108). Il giudizio di Varanini trova conferma in Pullan, *La politica sociale*, I, p. 18. Bisogna specificare che Crema, Brescia e Bergamo fondarono ospedali grandi sotto il dominio di Venezia, anche se queste iniziative non dipesero in alcun modo dalla volontà del governo marciano, che comunque collaborò per la loro buona riuscita; nel caso di Brescia, poi, il progetto di riforma fu concepito prima della conquista veneziana. Un processo di fusioni ospedaliere pilotate fu avviato anche a Udine solo sul finire del Cinquecento: L. Cargnelutti, *L'evoluzione istituzionale*, in *Ospitalità sanitaria in Udine. Dalle origini all'ospedale della città. Secoli XIV-XVIII*, a cura di L. Morassi, Udine 1989, pp. 77-131.

⁴⁷ I lazzeretti di Verona, Padova, Vicenza e Treviso vennero tutti inaugurati nei decenni centrali del XV secolo e anche Varanini ipotizza l'esistenza di un «input del governo veneziano» verso queste fondazioni, sebbene non ancora documentata: Varanini, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere*, p. 151.

⁴⁸ Le prime magistrature lagunari create per affrontare le emergenze sanitarie provocate dalle epidemie fecero la loro comparsa fin dal 1348, ma si trattava di organismi provvisori. Solo nel 1486 si decise di creare un ufficio stabile di tre provveditori, con licenza di spesa per affrontare gli attacchi di peste; nel XVI secolo questa magistratura divenne anche un organo di controllo e coordinamento per gli Uffici di Sanità creati nella Terraferma: S. Carbone, *Provveditori e Sopraprovveditori alla Sanità della Repubblica di Venezia*, Roma 1962, pp. 7-15. Varanini, però, tende a ridimensionare la portata della politica sanitaria veneziana nel Quattrocento: G. M. Varanini, *La peste del 1347-50 e i governi dell'Italia centro-settentrionale: un bilancio*, in *La peste nera: dati di una realtà ed elementi di una interpretazione*, Spoleto 1994. Atti del XXX convegno storico internazionale, Todi, 10-13 ottobre 1993, pp. 315-316. Sulle magistrature veneziane che si confrontavano con i problemi sanitari cfr anche N.-E. Vanzan Marchini, *I mali e i rimedi della Serenissima*, Vicenza 1995; per l'edizione di tutta la normativa sanitaria elaborata dalla Repubblica Veneta cfr *Le leggi di sanità della Repubblica di Venezia*, a cura di Ead., 4 voll., Vicenza 1995 (I) e 1998 (II), Treviso 2000 (III) e 2003 (IV).

⁴⁹ Un tentativo di riforma ospedaliera, promosso durante il dogado di Francesco Foscarini e teso a creare un complesso ospedaliero sul modello di quelli lombardi, non riuscì però a decollare e il costoso progetto (120.000 ducati) per la costruzione di un ospedale grande

di confraternite minori, per lo più di fondazione laica: si trattava di enti rivolti a una vasta gamma di iniziative a favore di poveri e bisognosi, a cui occorre aggiungere i servizi offerti da circa quaranta ospedali cittadini⁵⁰. Questi ospedali dovevano accogliere in media una decina di assistiti ciascuno, ad eccezione di una o due istituzioni più grandi e capaci di ospitare da venti a cinquanta persone, più l'ospedale della Pietà, dedito alla cura dell'infanzia abbandonata⁵¹.

Come già ricordato, a Treviso la maggior parte dei servizi assistenziali urbani erano confluiti, durante il XIV secolo, nel grande ospedale di S. Maria dei Battuti (documentato dal 1296)⁵², mentre per il Quattrocento mancano notabili fondazioni di nuovi ospizi, ad esclusione del lazzaretto, la cui edificazione venne decisa dal Comune nel 1457 e ultimata nel 1463⁵³. All'inizio del XV secolo l'ospedale di S. Maria dei Battuti disponeva di circa 200 posti-letto, offriva servizi di assistenza medica e chirurgica, si occupava di qualsiasi tipologia di bisognosi e amministrava un imponente patri-

venne respinto: R. C. Mueller, *A Foreigner's View of Poor Relief in Late Quattrocento Venice*, in *Pauvres et riches. Société et culture du Moyen Âge aux Temps Modernes. Mélanges offerts à Bronislaw Geremek*, Warsaw 1992, pp. 55-63.

⁵⁰ G. Scarabello, *Le strutture assistenziali*, in *Storia di Venezia*, VI, *Dal Rinascimento al Barocco*, a cura di G. Cozzi-P. Prodi, Roma 1994, pp. 863-872. Per una schedatura di 132 ospedali veneziani fondati tra il X e il XX secolo – con brevi informazioni di carattere storico-istituzionale, architettonico e topografico – cfr F. Semi, *Gli "Ospizi" di Venezia*, Venezia 1983; sul sistema ospedaliero veneziano in epoca moderna cfr *Nel regno dei poveri. Arte e storia dei grandi ospedali veneziani in età moderna 1474-1797*, a cura di B. Aikema-D. Meijers, Venezia 1989. Sulle Scuole Grandi veneziane si rimanda a Pullan, *La politica sociale*, I, pp. 41-210; per le attività assistenziali delle confraternite minori cfr F. Ortalli, «Per salute delle anime e delli corpi». *Scuole piccole a Venezia nel tardo Medioevo*, Venezia 2001, pp. 85-114.

⁵¹ Pullan, *La politica sociale*, I, p. 222. Nel 1466 la Pietà accolse 460 nuovi trovatelli, ma in tutto ne manteneva ben 4.360: C. Grandi, *L'assistenza all'infanzia abbandonata veneziana: i "fantolini della pietade" (1346-1548)*, in *Ospedali e città*, p. 97.

⁵² Sul S. Maria dei Battuti di Treviso nel Quattrocento cfr il già citato D'Andrea, *Civic Christianity*. Gli statuti della confraternita che gestiva l'ospedale di S. Maria sono editi in L. Pesce, *Gli statuti (1329) della scuola di S. Maria dei Battuti di Treviso*, «Archivio veneto», s. V, CVIII (1977), pp. 5-41. Notizie su altre iniziative assistenziali trevigiane nel tardo Medioevo si trovano in Id., *La chiesa di Treviso nel primo Quattrocento*, I, Roma 1987, pp. 142-159 e G. Netto, *Treviso medievale e i suoi ospedali. Gli ospedali minori*, Treviso 1974.

⁵³ Sulle circostanze che portarono all'apertura del lazzaretto e per la pubblicazione del regolamento di questo ente cfr L. Pesce, *Gli statuti (1486) del lazzaretto di Treviso composti dal Rolandello*, «Archivio veneto», s. V, CXII (1979), pp. 33-71. Tra l'altro, occorre ricordare che, prima dell'apertura del lazzaretto, era l'ospedale di S. Maria dei Battuti a garantire i servizi di cura agli appestati presso una sede staccata (Orbaria): *ibid.*, pp. 40-41.

monio immobiliare. In definitiva, si trattava del più capiente e più ricco ospedale di tutta la Terraferma veneta⁵⁴.

Le riforme dei sistemi assistenziali di Padova, Vicenza e Verona seguirono processi riconducibili a un unico modello, molto simile a quello fiorentino, sebbene con trasformazioni più o meno accentuate a seconda dei casi. Nel corso del Quattrocento, in queste tre città venete furono raggiunti almeno quattro obiettivi comuni, in parte già ottenuti da Treviso nel secolo precedente: una riorganizzazione generale dei servizi assistenziali urbani, sulla base di una più accentuata divisione dei compiti e una migliore medicalizzazione delle attività ospedaliere; la fondazione di un lazzaretto; la creazione di strutture per la cura degli esposti; un più ampio coinvolgimento del ceto dirigente locale nella gestione degli enti caritativi e ospedalieri, anche attraverso la definizione di una politica assistenziale in sostanziale autonomia da Venezia. Alla base di questi cambiamenti non è emerso nessun progetto di pianificazione dell'intera rete ospedaliera urbana, ma non c'è dubbio che in tutti e tre i casi le riforme ospedaliere furono stimulate dalla comparsa di un nuovo importante ospedale sullo scenario urbano: l'ospedale di S. Francesco a Padova (1414), l'ospedale dei Proti a Vicenza (1412) e la Domus Pietatis a Verona (1426)⁵⁵.

I processi di riforma ospedaliera in Toscana furono meno incisivi rispetto a quelli dell'area padana. In genere le città toscane preferirono potenziare i preesistenti sistemi assistenziali senza stravolgerli, poiché già nei secoli precedenti al XV si erano dotate di un'organizzazione piuttosto efficiente. Il caso fiorentino merita attenzione particolare: dopo la pestilenza del 1348 la

⁵⁴ Il dato sulla capienza si trova in L. Pesce, *La chiesa di Treviso*, I, p. 156. Nel 1425 questo istituto ospitava 130 persone e nel 1455 il loro numero era salito a 210 (contando anche i servitori): Id., *Vita socio-culturale in diocesi di Treviso nel primo Quattrocento*, Venezia 1983, p. 41. Già nella prima metà del XIV secolo questo ospedale si avvaleva di personale medico: G. Netto, *Nel '300 a Treviso. Vita cittadina vista nell'attività della «scuola» Santa Maria dei Battuti e del suo Ospedale*, Treviso 1976, p. 87. Sull'attività medica presso il S. Maria dei Battuti e, più in generale, sull'assistenza sanitaria a Treviso cfr anche Pesce, *Vita socio-culturale*, pp. 124-164; la pubblicazione del regolamento (1455) che disciplinava l'attività del chirurgo in servizio dentro l'ospedale si trova *ibid.*, pp. 371-372.

⁵⁵ Forniamo qui di seguito una bibliografia minima per la storia delle riforme ospedaliere quattrocentesche di queste città venete, oltre al già citato Varanini, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere*. Per Padova: Bianchi, *Ospedali e politiche assistenziali*, pp. 31-62; Id., *La Ca' di Dio di Padova*, pp. 40-51 e 69-71; Id., *Le riforme ospedaliere in Italia nel XV secolo e il caso di Padova*, in *Curatores pauperum. Źródła i tradycje kultury charytatywnej Europy Środkowej*, redakcja naukowa A. Barciak, Katowice 2004, pp. 54-64; Per Vicenza: Bianchi, *Ospedali e politiche assistenziali*, pp. 94-129. Per Verona: G. M. Varanini, *La carità del Municipio. Gli ospedali veronesi nel Quattrocento e nel primo Cinquecento*, in *L'Ospedale e la città*, pp. 13-41.

gestione delle attività assistenziali urbane passò nelle mani delle principali corporazioni (come a Lucca) e solo nel corso del XV secolo il Comune inaugurò una politica di sostegno fattivo nei confronti dei più importanti luoghi di cura, mentre prima si limitava a sorvegliare la gestione dei loro ingenti patrimoni. Agli inizi del Cinquecento operavano contemporaneamente in città circa 30-35 ospedali, di cui solo 3-4 particolarmente grandi per dimensioni e capacità finanziarie. La maggiore fra queste istituzioni era l'ospedale di S. Maria Nuova, fondato nel 1288 da Folco Portinari, padre della Beatrice di Dante: nel corso dei due secoli successivi all'apertura l'ospedale subì diversi ampliamenti, in particolare dopo il 1348, quando godette di generose donazioni che consentirono di modificare la politica assistenziale dell'ente all'insegna di una progressiva medicalizzazione dei servizi ospedalieri, grazie anche al crescente intervento dello Stato nei confronti di questo istituto, in grado di accogliere verso la fine del XV secolo fino a 300 persone⁵⁶. Certamente la struttura del sistema assistenziale urbano fu migliorata, nel 1445, dall'apertura dell'ospedale degli Innocenti, che si fece progressivamente carico del mantenimento di tutti i trovatelli della città, dal momento che finì per incorporare anche le amministrazioni dei due ospedali che precedentemente si occupavano di queste incombenze a favore dell'infanzia abbandonata (S. Gallo nel 1456 e S. Maria della Scala nel 1536); nel 1484 gli Innocenti mantenevano circa un migliaio di bambini⁵⁷.

Su Siena abbiamo già detto del ruolo egemonico svolto dall'ospedale di S. Maria della Scala nella fornitura di servizi assistenziali alla città, sotto l'esclusiva tutela delle autorità comunali. A Prato e Pistoia la riforma ospedaliera fu gestita dal nascente Stato regionale, che nel XVI secolo realizzò una

⁵⁶ Sugli ospedali fiorentini esiste una vasta bibliografia. Qui ci limitiamo a segnalare alcuni tra i titoli più significativi: J. Henderson, *The Hospitals of Late-Medieval and Renaissance Florence: Preliminary Survey*, in *The Hospital in History*, edited by L. Granshaw-R. Porter, London 1989, pp. 63-92; L. Sandri, *Aspetti dell'assistenza ospedaliera a Firenze nel XV secolo*, in *Città e servizi sociali*, pp. 237-258; Ead., *La gestione dell'assistenza a Firenze nel XV secolo*, in *La Toscana al tempo di Lorenzo il Magnifico: politica economia cultura arte*, III, Pisa 1996. Atti del convegno di studi promosso dalle Università di Firenze, Pisa e Siena, 5-8 novembre 1992, pp. 1363-1380. Sui processi di medicalizzazione dei servizi ospedalieri fiorentini, con particolare attenzione ai casi degli ospedali di S. Maria Nuova e di S. Paolo, e sull'organizzazione della rete ospedaliera di Firenze nel basso Medioevo cfr. Henderson, *'Splendide case di cura'*, pp. 15-50. Sulla capienza dell'ospedale di S. Maria Nuova cfr. L. Sandri, *Ospedali e utenti nella Firenze del Quattrocento*, in *La società del bisogno*, p. 65.

⁵⁷ Sugli Innocenti cfr. Gavitt, *Charity and Children* e *Gli Innocenti e Firenze nei secoli*. Per il dato del 1484 cfr. L. Sandri, *L'assistenza nei primi due secoli di attività*, in *Gli Innocenti e Firenze nei secoli*, p. 61 (in quell'anno giunsero 273 nuovi esposti).

serie di soppressioni e concentrazioni degli antichi ospizi⁵⁸. A Lucca, invece, furono le corporazioni a riformare il sistema assistenziale cittadino e, nel corso del Quattrocento, l'ospedale di S. Luca della Misericordia, la cui amministrazione dipendeva dall'Università dei mercanti sin dal XIII secolo, divenne il maggiore ospedale cittadino⁵⁹.

Durante il XV secolo l'assetto ospedaliero di Pisa non registrò significative modifiche e mantenne una struttura frammentata in numerose istituzioni autonome, per lo più di piccole dimensioni, anche se nei due secoli precedenti il sistema assistenziale urbano si era già dotato di enti specializzati nella cura degli esposti o capaci di fornire servizi medici. Inoltre, nel 1257 papa Alessandro IV aveva intrapreso la fondazione dell'Ospedale Nuovo della Misericordia (poi di S. Chiara), che nelle intenzioni del suo promotore avrebbe dovuto riunire tutti i preesistenti ospizi pisani; questo precoce progetto di concentrazione ospedaliera permise la nascita di un grande ospedale – nel 1334 risultano ricoverati ben 63 uomini e 81 donne – ma non riuscì a centralizzare il sistema assistenziale urbano, come invece era accaduto a Siena e a Treviso, pur non precludendo un accentuato coinvolgimento del Comune nella gestione dei servizi ospedalieri⁶⁰.

In conclusione, è ormai appurato che nel Quattrocento l'Italia centro-settentrionale era all'avanguardia in Europa, tanto nell'organizzazione dei sistemi assistenziali quanto nella produzione di normative sanitarie. Questo primato non esclude, però, che anche Oltralpe si introducessero significativi cambiamenti nella struttura delle reti ospedaliere di alcune città, come si dirà nella seconda parte di questo contributo⁶¹. La storiografia internazio-

⁵⁸ Sandri, *La gestione dell'assistenza*, p. 1368. Sulle attività quattrocentesche del maggiore ospedale di Prato cfr G. Paolucci-G. Pinto, *Gli «infermi» della Misericordia di Prato (1404-1491)*, in *La società del bisogno*, pp. 101-129.

⁵⁹ Sandri, *La gestione dell'assistenza*, p. 1369.

⁶⁰ Per un profilo istituzionale dell'Ospedale Nuovo cfr M. Ronzani, *Nascita e affermazione di un grande «Hospitale» cittadino: lo Spedale Nuovo di Pisa dal 1257 alla metà del Trecento*, in *Città e servizi sociali*, pp. 201-235. Per una dettagliata rassegna sugli ospizi pisani attivi nel basso Medioevo cfr le schede raccolte in A. Patetta, *Gli ospedali di Pisa. Sanità e assistenza nei secoli XI-XV*, Pisa 2001 (cfr *ibid.*, p. 171 per i dati del 1334).

⁶¹ In riferimento al panorama europeo extra-italiano e limitatamente al XV secolo, citiamo qui solo il caso di Barcellona, che esula dai limiti geografici considerati da Marek Słoń. Nel 1401 la città catalana si dotò di un nuovo ospedale (Santa Creu) attraverso la fusione di sei preesistenti strutture assistenziali e grazie all'impegno delle autorità municipali, con la collaborazione del clero locale. All'indomani della sua apertura questa istituzione aveva cominciato a destinare appositi spazi e risorse alla cura degli esposti, in sintonia con quanto accadeva molto spesso in Italia con gli ospedali riformati; inoltre, nei decenni finali del Quattrocento accoglieva in media 265 persone adulte all'anno (non contemporaneamente),

nale su questi argomenti è meno ricca rispetto a quella italiana, ma siamo convinti che nuove ricerche in questo senso potrebbero aumentare la casistica a nostra disposizione.

* * *

Come appena ricordato, nel corso del XV secolo nessuna città oltre le Alpi avviò una riforma ospedaliera così ampia e radicale come le riforme italiane che seguirono il modello milanese o fiorentino. Questo non significa che gli avvenimenti in Italia rimasero senza influenza nell'Europa Centrale. Esempi simili a quelli italiani vanno comunque cercati e spiegati.

Prima di presentare gli sviluppi nella singole città, però, occorre sottolineare una caratteristica che accomuna tutte le riforme ospedaliere documentate nell'Europa Centrale, cioè lo stretto legame tra la dimensione religiosa e quella politica. Queste riforme prevedevano che al posto di un *puzzle* disordinato di istituzioni indipendenti dovesse sorgere un sistema assistenziale efficace, pronto ad affrontare i crescenti bisogni della società urbana e a risolvere i problemi sociali più urgenti, come l'abbandono dei bambini. La crescita dei poteri civili in ambito municipale favorì la razionalizzazione e la professionalizzazione dei servizi caritativi nelle città, ma questi cambiamenti erano promossi con intenti religiosi, cioè in onore di Dio e per ottenere i suoi favori. La religione civica costituisce uno dei principali stimoli delle riforme ospedaliere nell'Europa Centrale⁶².

offrendo servizi ospedalieri già medicalizzati: Brodman, *Charity and Welfare*, pp. 69-71. Per le modalità dell'assistenza agli esposti di Santa Creu cfr M. T. Vinyoles i Vidal-M. Gonzales i Betlinski, *Els infants abandonats a le portes de l'Hospital de Barcelona (anys 1426-1439)*, in *La pobrezza y la asistencia a los probes en la Cataluña medieval*, II, dirigit per M. Riu, Barcelona 1982, pp. 191-285.

⁶² Sulla religione civica nell'Europa Centrale del tardo Medioevo cfr: J. Sydow, *Bürgerschaft und Kirche im Mittelalter. Probleme und Aufgaben der Forschung*, in *Bürgerschaft und Kirche*, hrsg. von Id., pp. 9-25; B. Moeller, *Reichstadt und Reformation*, Berlin 1987, pp. 10-18 e 72-78; B. Schwarz, *Stadt und Kirche im Mittelalter*, in *Stadt im Wandel. Kunst und Kultur des Bürgertums in Norddeutschland 1150-1650. Ausstellungskatalog*, Bd. 4, hrsg. von C. Meckseper, Stuttgart-Bad Canstatt 1985, pp. 63-73; H. Manikowska, *Religijność miejska*, in *Ecclesia et civitas. Kościół i życie religijne w mieście średniowiecznym*, red. H. Manikowska-H. Zaremska, Warszawa 2002, pp. 11-36. Sugli aspetti religiosi nella politica ospedaliera cittadina cfr: L. Mumford, *Die Stadt. Geschichte und Ausblick*, München 1979, pp. 312-313; M. Borgolte, *Die mittelalterliche Kirche*, Oldenburg 1992, pp. 30-33; A. Vauchez, *Introduction*, in *La religion civique à l'époque médiévale et moderne (chrétienté et islam)*, éd. Id., Rome 1995, p. 3; S. Cavallo, *Charity and power in early modern Italy: benefactors and their motives in Turin, 1541-1789*, Cambridge 1995, pp. 33-37; M. Słoń, *Der Streit um das mittelalterliche Spital. Ein historiographisches Zwischenfeld an der Jahrtausendwende*, «Bulletin der Polni-

Consideriamo per prima la città di Breslavia, capitale della Slesia, con circa 20.000 abitanti alla fine del Medioevo⁶³. Il più antico ospedale era quello insediato nel convento di S. Spirito, fondato nel 1214 dai regolari di S. Agostino. Poi, nell'anno 1241, il posto di primo ospedale della città fu preso da quello di S. Mattia, ma anche in questo caso le attività ospedaliere rientravano nei servizi assistenziali offerti dall'omonimo monastero, fondato da un principe e affidato ai Cavalieri con Stella Rossa (un ordine ospedaliero attivo quasi solo in Boemia e Slesia). Negli anni 1318-30 nacque l'unica fondazione ospedaliera comunale – il Corpo Santo – che il consiglio cittadino affidò per un breve periodo (1337-54) ai Cavalieri di S. Giovanni; a partire dagli anni '70 del XIV secolo l'ospedale accoglieva a pagamento 50 persone dei ceti medi urbani. Nel primo decennio del XV secolo sorse l'ospedale di S. Sepolcro e, negli anni '40, questo ente cominciò ad accudire anche i bambini abbandonati. Un tipo di istituzione assistenziale molto importante per la Slesia era costituita dagli ospedali scolastici, destinati agli studenti poveri e malati; l'ospedale di S. Geronimo – una fondazione privata del 1413 – era rivolto soprattutto all'accoglienza degli allievi di due scuole parrocchiali. Nello stesso periodo (poco prima del 1416) fece la sua comparsa un ospizio simile presso la cattedrale e, un decennio più tardi, un altro presso l'abbazia all'Arena. Qui tralasciamo di trattare il caso dei due lebbrosari cittadini. Dei sette enti menzionati, alla metà del XV secolo solo due si trovavano sotto il patronato comunale⁶⁴.

Verso la metà del Quattrocento osserviamo a Breslavia importanti cambiamenti nella rete ospedaliera cittadina. Un nuovo, grande ospedale (S. Barbara) venne aperto: la fondazione, probabilmente privata, fu subito sot-

schen Historischen Mission», 2 (2003), pp. 253-259; R. Czaja, *Miasta pruskie i zakon krzyżacki. Studia nad stosunkami między miastem a władzą terytorialną w późnym średniowieczu*, Toruń 1999, p. 48. Il richiamo ai motivi religiosi nei processi di riforma ospedaliera ricorrono anche nelle fonti relative a Breslavia, Strasburgo, Colonia e Treviri: vedi *infra* note 66 (Breslavia), 74 (Strasburgo), 91 (Colonia) e 94 (Treviri). Più in generale, sulle riforme ospedaliere nell'Europa centrale cfr M. Słoń, "Kein stat findt man der gelich". *Zur vergleichenden mittelalterlichen Spital- und Stadtgeschichte: Polen – Rhein-Maas-Raum*, «Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte», 92 (2005), pp. 453-473.

⁶³ La migliore sintesi della storia di Breslavia è *Historia Wrocławia*, t. 1, C. Buško-M. Goliński-M. Kaczmarek-L. Ziątkowski, *Od pradziejów do końca czasów habsburskich*, Wrocław 2001; per la consistenza demografica della città cfr *ibid.*, pp. 207 ss.

⁶⁴ Per le fonti consultate risulta sempre fondamentale il lavoro di G. Bauch, *Geschichte des Breslauer Schulwesens vor der Reformation*, Breslau 1909 (*Codex diplomaticus Silesiae*, 25), pp. 120-161; cfr anche M. Słoń, *Spitäler Breslaus im Mittelalter*, Warszawa 2001, pp. 234-253 (si rimanda a questo lavoro per un prospetto generale di storia degli ospedali di Breslavia).

toposta al controllo del governo comunale, che intervenne promuovendo la costruzione di un grandioso, splendido edificio, situato dentro le mura, di fronte alla più importante porta della città. Il Consiglio cittadino assunse anche la gestione dell'ospedale di S. Geronimo (destinato agli studenti), amministrato fino a quel momento dalla corporazione dei produttori di birra: l'ente ricevette una nuova sede – un edificio architettonicamente rilevante – in una nuova zona, di fronte a una delle porte principali, con una chiesa (prima l'ospedale non possedeva nessuna cappella). Nuovi edifici accolsero anche gli ospedali scolastici presso la cattedrale e presso l'abbazia all'Arena ed un nuovo ente di questo tipo venne fondato presso la collegiata di S. Croce. In questo stesso periodo – come si è già ricordato – l'ospedale di S. Sepolcro cominciò di accogliere i trovatelli⁶⁵. Inoltre, i consoli comunali vennero incaricati di fungere da provvisori ospedalieri allo scopo di sostituire altri cittadini nella gestione delle istituzioni assistenziali: una situazione che in precedenza non si era verificata. Nel frattempo cambiò anche il modo di considerare gli ospedali. Nel 1461 il Consiglio cittadino indirizzò al papa una lettera, nella quale prospettava la realizzazione di ambiziosi programmi di riforma degli enti assistenziali, le cui linee guida sono sintetizzate qui di seguito:

1. ruolo dominante del Comune nell'ambito della riforma
2. grandiose e inaudite dimensioni della nuova fondazione – l'ospedale di S. Barbara (1460) – destinato originariamente ad accogliere 100 poveri e costruito nel giro di trent'anni; tuttavia, le scarse entrate permettevano di ospitare non più di 60 persone
3. desiderio di ottenere una maggiore efficienza del sistema assistenziale riformato
4. specializzazione dei servizi (in realtà solo per alcuni enti minori), per razionalizzare le spese nel settore ospedaliero
5. posizione rilevante occupata dalla cura degli esposti nel panorama assistenziale (come accadde effettivamente all'inizio del XVI secolo)
6. processo di medicalizzazione dei servizi in almeno uno degli ospedali (realizzato solo verso il 1500)⁶⁶.

⁶⁵ *Ibid.*, pp. 223-231, 237-242, 245 e 254-265. Per l'ospedale di S. Sepolcro cfr anche F. Bräuer, *Geschichte des Kinderhospitals zum heiligen Grabe in Breslau*, Breslau 1934 e M. Słoń, *Sredniowieczny szpital dziecięcy we Wrocławiu*, in *Od narodzin do wieku dojrzałego. Dzieci i młodzież w Polsce*, cz. 1, *Od średniowiecza do wieku XVIII*, Warszawa 2002, pp. 186-191 (con sommario in inglese: *A medieval foundling hospital in Wrocław*).

⁶⁶ *Politische Correspondenz*, n. 60; M. Słoń: *Refleksja nad jednym dokumentem. O jej walorach poznawczych na przykładzie listu rajców wrocławskich w sprawie odpustu*

Quali elementi della riforma ospedaliera italiana possiamo constatare in questo programma? In primo luogo la fondazione di un 'ospedale grande', che certamente non assorbì gli altri enti assistenziali, anche se il controllo del sistema ospedaliero da parte di una magistratura comunale crebbe effettivamente e costituiva una forma di concentrazione, per quanto imperfetta, delle amministrazioni ospedaliere. Il Consiglio aveva ottenuto il giuspatronato sopra quattro ospedali, rispetto ai due precedenti, e questa situazione ne rafforzò le capacità di intervento in ambito assistenziale. In aggiunta, alla fine del Quattrocento, il Consiglio riuscì a indurre anche gli ospedali amministrati dalla Chiesa a ricevere molti più poveri. È evidente, in questo senso, il tentativo di creare un sistema assistenziale efficace, di risolvere cioè in questa maniera i problemi sociali più urgenti della città. E rientra in questo contesto anche la protezione comunale riservata agli enti specializzati, come il brefotrofo. Inoltre, non va trascurato l'aspetto propagandistico della riforma: l'architettura ospedaliera forniva un prestigioso biglietto da visita per la città, come a Firenze o a Milano. Vale la pena di aggiungere che lo stesso gruppo di artigiani lavorava contemporaneamente presso la principale porta cittadina, presso la fabbrica del nuovo ospedale grande lì di fronte e presso il palazzo comunale⁶⁷. Nonostante tutte queste somiglianze, rimangono comunque delle differenze con il modello italiano delle concentrazioni ospedaliere: infatti, manca la subordinazione degli altri enti assistenziali al nuovo ospedale maggiore.

Nella lettera al papa il Consiglio aveva scritto che la causa diretta della fondazione del grande ospedale di S. Barbara era l'affluenza di moltissimi poveri dallo Stato dei Cavalieri Teutonici, in seguito alla Guerra dei Tredici Anni (1454-66). Tuttavia, queste masse di profughi non sono menzionate in nessun'altra fonte, sebbene questo periodo sia piuttosto ben documentato. E l'ipotesi di una 'invasione' di gente dalla Prussia non può comunque giustificare i grandi investimenti nel settore scolastico o i rilevanti cambiamenti nella topografia ospedaliera urbana. In realtà, verso la metà del XV secolo il Comune di Breslavia aveva cercato di fare la sua comparsa come forza indipendente sullo scenario della politica internazionale e il papa costituiva sicuramente un prezioso appoggio. Si era quindi deciso di sviluppare intensi contatti con la sede apostolica e di nominare per la prima volta un procuratore della città stabilmente residente presso la curia

świętojańskiego z 1461 r., in *Ad fontes. O naturze źródła historycznego*, red. S. Rosik-P. Wiszewski, Wrocław 2004 (*Acta Universitatis Wratislaviensis*, 2675, *Historia* CLXX), pp. 63-71.

⁶⁷ Słoń, *Spitäler*, pp. 290-292.

romana. Insomma, gli anni '50 del Quattrocento costituiscono per Breslavia un punto di svolta nella conoscenza della realtà italiana, e quindi anche di quelle padana e toscana, le più attive nei processi di riforma ospedaliera.

La situazione di Francoforte è ben diversa. Si trattava di una città un po' più piccola di Breslavia (circa 10.000 abitanti nel XV secolo), ma che per tutto il tardo Medioevo rimase un vivace centro di scambi internazionali, soprattutto con altre città tedesche e italiane. Verso la metà del Quattrocento i contatti di Francoforte con l'Italia non erano ancora così frequenti come quelli di Breslavia, però certamente stabili⁶⁸. È molto probabile che anche lungo il fiume Meno si conoscesse, almeno a linee generali, la questione delle riforme ospedaliere italiane.

A Francoforte, oltre a un lebbrosario che non partecipò ai cambiamenti in corso, fino alla metà del XV secolo esistevano solo due ospedali. Uno – quello di S. Spirito – venne fondato prima del 1267 e fu sottoposto al giu-spatronato del Consiglio cittadino: costituiva il principale ente ospedaliero della città. L'altro – detto dei Tre Re – apparteneva a Sachsenhausen, la parte della città situata oltre il fiume Meno, e sorse prima del 1341. Negli anni 1448-54 il Consiglio promosse la fondazione di un terzo ospedale – quello di S. Marta – edificato di fronte a una delle porte principali della città e sottoposto all'amministrazione dell'ospedale di S. Spirito. Nel 1453 anche l'ospizio dei Tre Re fu riunito con il S. Spirito: del vecchio ente non rimase che il suo patrimonio, incorporato in quello dell'ente concentratore; i suoi poveri furono spostati e l'edificio destinato a un altro scopo⁶⁹. In questo modo tutti gli ospedali cittadini finirono per ritrovarsi sotto l'amministrazione di un'unica istituzione, dipendente dal governo comunale. Compare quindi uno dei caratteri più importanti delle riforme ospedaliere italiane: la centralizzazione amministrativa. Un nuovo ospedale maggiore non venne fondato, ma edificato. Infatti, sul principale ospedale urbano confluirono investimenti straordinari, in seguito a una decisione presa dal Consiglio cittadino nel 1458 e poi realizzata molto presto: negli anni 1459-61 venne costruita la grandiosa sala dei malati (circa 50 metri di lunghezza!). Le fonti riferiscono di molti nuovi reparti dell'ospizio: la sala dei sani, la sala dei malati contagiosi, un altro pozzo. A queste spese partecipò per la prima vol-

⁶⁸ K. Bund, *Frankfurt am Main im Spätmittelalter 1311-1519*, in *Frankfurt am Main. Geschichte der Stadt in neun Beiträgen*, Sigmaringen 1991, pp. 53 e 56; A. Schulte, *Geschichte des mittelalterlichen Handels und Verkehrs zwischen Westdeutschland und Italien mit Ausschluss von Venedig*, Bd. 1, Berlin 1900, rist. 1966, p. 665.

⁶⁹ W. Moritz, *Die bürgerlichen Fürsorgeanstalten der Reichstadt Frankfurt a. M. im späten Mittelalter*, Frankfurt am Main 1981, pp. 16-17, 82-83 e 87-93.

ta il tesoro comunale e il nuovo edificio venne decorato con lo stemma della città⁷⁰. È da sottolineare che questi avvenimenti erano contemporanei a quelli di Breslavia.

L'attuale stato delle ricerche non ci permette di individuare nell'Europa Centrale altri esempi così complessi e importanti di riforme ospedaliere, come a Breslavia e a Francoforte. Nondimeno, anche in altre città tedesche erano in corso cambiamenti piuttosto significativi.

Strasburgo era diventata libero comune nell'anno 1263 e aveva conservato questo *status* per tutto il Medioevo; alla metà del XV secolo contava circa 15.000 abitanti⁷¹. La rete ospedaliera di questa città non si era sviluppata molto. Il principale ente ospedaliero, da sempre legato all'amministrazione comunale, già nel XIV secolo veniva chiamato *hospitale maius* o *das mehrere Spital* (ospedale maggiore), mentre il governo cittadino non appoggiava nuove fondazioni. Altri ospizi scomparvero prima della fine del Medioevo; alcuni sopravvissero, ma non vennero mai riconosciuti ufficialmente come ospedali, per cui non potevano godere dei privilegi riservati ai luoghi pii. Tra questi enti ricordiamo tre istituzioni. L'ospedale di S. Antonio, fondato nel 1309 e legato a un convento degli Antoniti, e l'ospedale di S. Valentino, attivo tra il 1409 e il 1521: entrambi si occupavano di pazienti con malattie speciali, riconducibili alle peculiarità dei santi patroni. Infine, c'era l'ospedale di S. Barbara (fondato nel 1311), che accoglieva a pagamento persone anziane. Si trattava di tre enti di modeste dimensioni e con pochi mezzi a disposizione⁷².

Lo sviluppo della carità e dell'assistenza cittadine si concentrava soprattutto sull'ente principale. Tra la fine del XV e l'inizio del XVI secolo l'o-

⁷⁰ *Ibid.*, pp. 40-44, 47-48 e 56. Vale la pena di ricordare che, tra il 1428 e il 1433, durante i lavori di ricostruzione della chiesa annessa al principale ospedale di Verona – l'ex lebbrosario dei Ss. Giacomo e Lazzaro – anche l'edificio di questo oratorio fu marcato all'esterno da due grandi scudi con lo stemma comunale; si trattava di una chiara scelta iconografica a conferma delle prerogative del Consiglio cittadino nella gestione di questo ente: Varanini, *La carità del Municipio*, p. 19.

⁷¹ P. Dollinger, *L'émancipation de la ville et la domination du patriciat (1200-1349)*, in *Strasbourg des grandes invasions au XVI^e siècle*, éd. G. Livet, Strasbourg 1981, pp. 47-50 e P. Dollinger, *La ville libre à la fin du Moyen Âge (1350-1482)*, ivi, pp. 103-105.

⁷² Sulla rete ospedaliera di Strasburgo cfr: M. Goldberg, *Das Armen- und Krankenwesen des mittelalterlichen Straßburg*, «Jahrbuch für Geschichte, Sprache und Literatur Elsass-Lothringens», 25 (1909), pp. 241-308; P. Adam, *Charité et assistance en Alsace au Moyen Âge*, Strasbourg 1982, pp. 54-58; O. Winkelmann, *Das Fürsorgewesen der Stadt Straßburg vor und nach der Reformation bis zum Ausgang des sechzehnten Jahrhunderts*, Teil I, Leipzig 1922, pp. 5-30, 41-56, 132-133 e 142-143; Słoń, *Kein stat*, pp. 466 e 472.

spedale maggiore allargò ulteriormente l'offerta dei propri servizi assistenziali, grazie anche all'introduzione di una norma che lo obbligava ad accogliere qualsiasi povero o malato che vi si rivolgeva⁷³. Sebbene alcune categorie di bisognosi fossero in realtà escluse dalle sue competenze (ad esempio gli stranieri e i malati di sifilide), nel secondo decennio del Cinquecento l'ospedale offriva un posto-letto e il vitto a circa 600 persone, ma provvedeva a sfamare un numero ancora superiore di bisognosi, tra cui anche moltissimi forestieri. In una lode della città, scritta da Joerg Kienast e stampata nel 1517, l'autore sottolinea che nell'ospedale non mancavano mai cibo o bevande⁷⁴. Questi motivi ricorrono anche in simili testi italiani che riportano descrizioni di ospedali (ad esempio gli *Statuti* di Firenze del 1464 e il *De architectura* di Leon Battista Alberti del 1450 circa)⁷⁵. Kienast parla anche di un buon livello di assistenza medica all'interno dell'ospedale: in effetti, comparando due diversi statuti ospedalieri – quello del 1504 e quello del 1515 – si ha l'impressione che l'attenzione per i servizi medici da parte dell'amministrazione di questo ente fosse in crescita, tant'è che nello statuto del 1515 l'arte medica assume un rilievo preponderante tra gli obiettivi assistenziali attribuiti all'ospedale, mentre nello statuto del 1504 è poco menzionata.

Le fonti offrono conferma anche di un'altra informazione riportata da Kienast, cioè che la città riservasse cure particolari agli esposti⁷⁶. Secondo questo autore, l'assistenza a Strasburgo era così splendida che nessun'altra città poteva eguagliarla, e questa considerazione ha per noi un particolare interesse, perché offre un'idea di come le diverse città venissero confrontate già all'epoca anche sulla base dell'efficienza dimostrata dai loro sistemi ospedalieri. D'altra parte, bisogna ricordare che Strasburgo aveva rapporti commerciali con l'Italia Settentrionale già nel Duecento e che, alla fine del

⁷³ Winckelmann, *Das Fürsorgewesen*, Teil I, pp. 21-22.

⁷⁴ R. Gosche, *Die Lieder und Reime von Strassburg*, «Archiv für Litteraturgeschichte», 2 (1872), pp. 144-151.

⁷⁵ L. B. Alberti, *L'architettura* [De re aedificatoria], testo latino e traduzione a cura di G. Orlandi – introduzione e note a cura di P. Portoghesi, I, Milano 1966, libro V, capitolo VIII, p. 368; Henderson, *'Splendide case di cura'*, pp. 15-16.

⁷⁶ Winckelmann, *Das Fürsorgewesen*, Teil II, pp. 24-26, 43-49 e 54-56; Gosche, *Die Lieder*, p. 148; Adam, *Charité*, pp. 54-59 e 103-105; É. Sablayrolles, *L'Enfance abandonnée à Strasbourg au XVIIIe siècle et la fondation de la Maison des enfants-trouvés*, Strasbourg 1976; T. W. Röhrich, *Mitteilungen aus der Geschichte der evangelischen Kirche des Elsass*, Bd. 3, *Evangelische Lebensbilder, und die Anfänge der neuen Zeit in der straßb. Kirche*, Straßburg 1855, pp. 112-129.

XV secolo, queste relazioni erano diventate ancora più frequenti, fino a raggiungere un'intensità mai osservata prima di allora⁷⁷. Diventa così difficile non considerare la seria possibilità di un nesso tra lo sviluppo del sistema assistenziale della città alsaziana e gli esempi offerti in questo ambito dalle realtà italiane con cui era in contatto.

La rete ospedaliera di Norimberga era, come nel caso di Strasburgo, caratterizzata dalla presenza di un ente principale. Il S. Spirito – fondato da Konrad Groß negli anni 1331-1339 – era diventato presto una delle più importanti istituzioni ecclesiastiche norimberghesi, ma anche una grande opera di carità, destinata a prendersi cura di 200 poveri e malati, un numero enorme per questo periodo e in questa parte d'Europa⁷⁸. La crescita del S. Spirito determinò anche la fine dello sviluppo del più antico ospedale della città (S. Elisabetta), fondato nel 1210-25 e legato a un convento dei Cavalieri Teutonici. Infatti il nuovo ente attirò le elemosine che tradizionalmente venivano versate al vecchio convento-ospedale, i cui beni in città – ad eccezione del convento e dell'ospedale – vennero comprati dal governo municipale. Alla fine del Medioevo il complesso di S. Elisabetta rimaneva l'unica istituzione ecclesiastica fuori dal controllo del Consiglio cittadino⁷⁹. Nel frattempo furono eretti due ospizi per i pellegrini – S. Croce (1352-53) e S. Marta (1363) – e due ospizi per artigiani anziani, ciascuno destinato al mantenimento di dodici persone: Mandelsche Zwölfbruderhaus (1388) e Landauersche Zwölfbruderhaus (1501)⁸⁰.

Verso la metà del XV secolo Norimberga apparteneva ancora alle città medie (circa 20.000 abitanti), ma proprio in questo periodo era cominciata una fase di forte crescita per questo centro e, nei decenni seguenti, il numero degli abitanti era raddoppiato. Alla fine del XV secolo il Consiglio cittadino aveva provveduto ad ampliare e a riformare profondamente la sua istituzione assistenziale più rappresentativa. Furono edificati tre grandi edifici e un bellissimo chiostro (un vero capolavoro architettonico), sostenuti da

⁷⁷ Schulte, *Geschichte*, p. 664; Dollinger, *La ville*, p. 159; F. Thiriet, *Sur les relations commerciales entre Strasbourg et l'Italie du nord à la fin du Moyen Âge*, «Revue d'Alsace», 100 (1961), pp. 124-128.

⁷⁸ U. Knefelkamp, *Das Heilig-Geist-Spital in Nürnberg vom 14.-17. Jahrhundert: Geschichte, Struktur, Alltag*, Nürnberg 1989, pp. 32-41.

⁷⁹ G. Schrötter, *Das Deutschordenshaus in Nürnberg. 1209-1500*, in *Festgabe Hermann Grauert zur Vollendung des 60. Lebensjahres*, hrsg. von M. Jansen, Freiburg im Breisgau 1910, pp. 56-69.

⁸⁰ F. Schnelbögl, *Kirche und Caritas*, in *Nürnberg – Geschichte einer europäischen Stadt*, hrsg. von G. Pfeiffer, München 1971, pp. 101-103; H. F. H. von Hallerstein-E. Eichhorn, *Das Pilgrimspital zum Heiligen Kreuz vor Nürnberg. Geschichte und Denkmäler*, Nürnberg 1969, pp. 6-15.

una piattaforma collocata sopra al corso del fiume Pegnitz: in questa sede venne costruita una nuova e grandiosa sala dei malati. I lavori durarono quarant'anni (1487-1527) e seguirono il processo di medicalizzazione dei servizi ospedalieri, cominciato nel 1486: grazie a un lascito privato, un medico era tenuto ad abitare all'interno dell'ospedale e a dedicarsi ogni giorno – per almeno un'ora – alla cura dei ricoverati. La soddisfazione della volontà del testatore fu confermata quasi subito. Già nel 1487 un chirurgo lavorava per l'ospedale e nel 1498 fu aperta una farmacia interna⁸¹. Infine, nel 1490 il governo cittadino avviò fuori dalle mura l'edificazione di un lazzaretto per i malati contagiosi⁸².

Alla fine del Medioevo, quindi, anche il sistema assistenziale di Norimberga era sottoposto a cambiamenti che ricordano le riforme ospedaliere italiane e che, in qualche modo, rimandano ai contatti che la città tedesca aveva con l'Italia in diversi settori. Norimberga era di uno dei più attivi centri di scambio commerciale fra i due paesi⁸³; i norimberghesi spesso studiavano nelle università italiane e poi lavoravano nella città d'origine. Un buon esempio è fornito da Hieronymus Münzer, che ottenne a Pavia il titolo di dottore in medicina (1478) e poi fece pratica medica a Norimberga⁸⁴. La città tedesca aveva adottato anche una legge veneziana (1442 e poi 1529) per la regolamentazione delle attività farmaceutiche⁸⁵. Nel 1506 il Consiglio di

⁸¹ Knefelkamp, *Das Heilig-Geist-Spital*, pp. 45-46, 158-164 e 171-173.

⁸² W. Schultheiß, *Nürnberg*, in *Bayerisches Städtebuch*, Teil I, hrsg. von E. Keyser-H. Stooß, Stuttgart [u.a.] 1971 (*Deutsches Städtebuch*, 5) p. 411.

⁸³ Schulte, *Geschichte*, pp. 656-661; R. Gömmel, *Die Vermittlerrolle Nürnbergs zwischen Italien und Deutschland vom Spätmittelalter bis 18. Jahrhundert aus wirtschaftshistorischer Sicht*, in *Nürnberg und Italien. Begegnungen, Einflüsse und Ideen*, hrsg. von V. Kapp-F-R. Hausmann, Tübingen 1991, pp. 39-48; K. Bartels, *Drogenhandel und apothekenrechtliche Beziehungen zwischen Venedig und Nürnberg: das Eindringen italienischer Elemente in die deutsche Apothekengesetzgebung als Folge des Drogenhandels und anderer Verbindungen zwischen Venedig und Nürnberg*, Frankfurt am Main 1966 (*Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie*, 8), pp. 63-95.

⁸⁴ A. Sottili, *Nürnberger Studenten an italienischen Renaissance-Universitäten mit besonderer Berücksichtigung der Universität Pavia*, in *Nürnberg und Italien*, pp. 49-104; sugli studenti norimberghesi che frequentavano un'altra importante università italiana (Padova) cfr Bartels, *Drogenhandel*, pp. 107-110. Più in generale, sulla cospicua presenza a Padova di studenti giunti dall'area germanica cfr D. Gallo, *Lauree inedite in diritto civile e canonico presso lo Studio di Padova (1419-1422, 1423, 1424, 1428)*, «Quaderni per la storia dell'Università di Padova», 20 (1987), p. 10 e A. Belloni, *Iohannes Heller e i suoi libri di testo: uno studente tedesco a Padova nel Quattrocento tra insegnamento giuridico e «natio theutonica»*, ivi, pp. 51-54.

⁸⁵ Bartels, *Drogenhandel*, pp. 128-137; sulla scorta di questo esempio delle farmacie, l'autore mostra bene la molteplicità di contatti tra Norimberga e le città italiane: *ibid.*, pp. 103-121.

Norimberga pregò il governo veneziano di trasmettere una copia con le norme per la tutela degli orfani, ricevendo una risposta positiva⁸⁶. D'altra parte, per gli umanisti italiani Norimberga rappresentava una città ideale nel panorama oltre le Alpi⁸⁷.

Diversi aspetti delle riforme ospedaliere italiane si possono notare pure a Colonia, la più grande città tedesca medievale. Come per Norimberga, fra i suoi contatti internazionali giocavano un ruolo importante anche i centri italiani, particolarmente alle fine del Medioevo⁸⁸. La rete ospedaliera di Colonia era sorta in gran parte già nel XII-XIII secolo. All'inizio del Trecento quattro enti assistenziali erano sottoposti al controllo di istituzioni ecclesiastiche e altri quattro alle comunità dei quartieri cittadini (*Sondermeinden*). Solo l'ospedale di S. Caterina, annesso a un convento dei Cavalieri Teutonici, ma fondato con l'appoggio del Comune (1218), era *in secularibus* gestito dal governo cittadino. Tutti questi ospizi si prendevano cura di persone indigenti. Nel XIV secolo si aggiunsero altre due fondazioni private per i pellegrini (1323 e 1396), affidate poi all'amministrazione del Consiglio cittadino. Lo stesso *status* caratterizzava un nuovo ente (S. Revilien o delle Undicimila Vergini), sorto intorno al 1426: alla metà del XV secolo fu posto sotto la tutela del Consiglio⁸⁹. A partire dal 1457 il governo della città aveva obbligato il chirurgo municipale (*Wundarzt*) Reynart von Monheim a curare i malati nei due ospedali di S. Caterina e di S. Revilien. Nel 1462 lo stesso governo aveva avviato nell'ospedale di S. Revilien la costruzione di un edificio per ospitare un reparto psichiatrico, finanziato dal Comune. Questo ospedale ricevette altre sovvenzioni pubbliche per ulteriori ampliamenti, che prolungarono i lavori di altri dieci anni e, già nel 1465, la nuova fondazione di S. Revilien fu chiamata Ospedale Grande⁹⁰. In una cronaca del 1499 S. Revilien e S. Caterina erano presentati come ospedali per malati, mentre agli altri ospedali era attribuita la cura di poveri o pellegrini; secondo questa fonte, ogni istituzione assistenziale aveva una funzione specifica⁹¹. Nel 1510 il Consiglio confermò il proprio controllo su

⁸⁶ *Ibid.*, p. 118.

⁸⁷ G. Lombardi, *Historia, descriptio, laudatio. Gli umanisti italiani e Norimberga*, in *Nürnberg und Italien*, pp. 129-154.

⁸⁸ B. Kuske, *Die Handelsbeziehungen zwischen Köln und Italien im späteren Mittelalter*, in *Id., Köln, der Rhein und das Reich*, Köln-Graz 1956, pp. 1-44.

⁸⁹ F. Mies, *Die Kölner Hospitäler*, Diss., Bonn 1921, pp. 89-91.

⁹⁰ *Beschlüsse des Rates der Stadt Köln 1320-1550*, Bd. 1, *Die Ratsmemoriale und ergänzende Überlieferung 1320-1543*, bearb. von M. Huiskes, Düsseldorf 1990: p. 308, Jahr 1462, n. 12; p. 322, Jahr 1465, n. 7; p. 453, Jahr 1471, n. 69.

⁹¹ *Die cronica van der billiger stat van Coellen 1499*, in *Chroniken der niederrheinischen*

tutti gli ospedali della città e comandò di apporre sopra le porte di questi enti lo stemma cittadino⁹². Nello stesso anno, attraverso la nomina di propri provvisori il governo municipale ottenne il controllo sulla cura degli esposti, esercitata fino a quel tempo presso il Duomo⁹³.

Un interessante esempio di programma quasi completo di riforma ospedaliera lo troviamo a Treviri (circa 10.000 abitanti nel XV secolo). L'arcivescovo, signore della città, aveva conservato una posizione di preminenza politica rispetto al Comune. Anche le potenti abbazie urbane rimanevano al di fuori del controllo e della giurisdizione del Consiglio cittadino. Nel 1434 il Comune era riuscito a municipalizzare pienamente il più importante ospedale della città (S. Giacomo), ma non aveva nessuna influenza sulle altre quattro istituzioni assistenziali, tutte dipendenti da monasteri. Nel 1474, per ottenere un importante privilegio a favore del proprio ospedale, il Consiglio ne lodava le attività. Secondo un documento di questo anno, S. Giacomo era talmente grande da poter garantire soccorso e cure mediche a qualsiasi bisognoso (locale o straniero), nonché assistenza agli esposti fino alla loro maggiore età⁹⁴. Tuttavia, le altre fonti sopravvissute non permettono di confermare la versione fornita da questo documento. Testimonianze di attività mediche a favore dei pazienti sono rintracciabili solo qualche decennio più tardi, all'inizio del XVI secolo⁹⁵, mentre la presenza di trovatelli a carico dell'ospedale non trova alcun riscontro e non si sa nulla di altri enti preposti alla loro cura. Pare così che l'idea di un sistema ospedaliero riformato fosse allora in una fase più avanzata rispetto alla sua effettiva realizzazione.

Städte. Cöln, Bd. 2, Leipzig 1876 (*Die Chroniken der deutschen Städte vom 14. bis ins 16. Jahrhundert*, 13), p. 1499, Słoń, *Kein stat*, p. 470.

⁹² «Weil Rat außser sich selbst niemand anders als Herrn (oeverster) aller Spitäler in der Stadt anerkennt, sollen die Rentmeister an allen Spitälern das Stadtwappen anbringen»: *Beschlüsse*, Bd. 1, pp. 891-892, Jahr 1510, n. 17; S. Reicke, *Das Deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter*, Bd. 1-2, Stuttgart 1932 («Kirchenrechtliche Abhandlungen», 111-114), rist. Amsterdam 1961, p. 277; M-L. Windemuth, *Das Hospital als Träger der Armenfürsorge im Mittelalter*, Stuttgart 1995 (*Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte*, Beiheft 36), p. 95; Mies, *Die Kölner Hospitäler*, p. 128; Słoń, *Kein stat*, p. 470.

⁹³ E. Mummenhof, *Das Findel- und Waisenhaus zu Nürnberg orts-, kultur- und wirtschaftsgeschichtlich*, «Mitteilungen des Vereins für Geschichte der Stadt Nürnberg», 21 (1915), p. 69.

⁹⁴ J. C. Lager, *Regesten der Urkunden des ehemaligen Jakobshospitals in Trier bis zum Jahre 1769*, «Trierisches Archiv», Ergänzungheft, 14 (1914), n. 245; E. Weingärtner, *Das Medizin- und Fürsorgewesen der Stadt Trier im Mittelalter und der frühen Neuzeit*, Diss., Mainz 1981, pp. 109-121.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 120, Słoń, *Kein stat*, pp. 470-471.

Un altro caso interessante è fornito da Aquisgrana. Verso la metà del XV secolo tutti i provvisori dei quattro ospedali cittadini aderivano a un'unica commissione, attraverso cui i quattro enti erano governati insieme e in un modo coordinato, sebbene ciascuno di loro avesse conservato la propria personalità giuridica e un patrimonio separato. La commissione era composta da sei persone ed era sottoposta al governo municipale⁹⁶. Non ci sono notizie circa processi di specializzazione assistenziale, medicalizzazione dei servizi ospedalieri o cure specifiche per i bambini abbandonati.

Un elemento caratteristico delle riforme italiane era l'assistenza ai trovatelli, che proprio durante il Quattrocento venne fortemente potenziata. Nell'Europa Centrale del Medioevo esisteva un solo ospedale destinato esclusivamente agli esposti, situato a Breslavia, come già detto poco sopra. In genere questa attività apparteneva ai compiti della parrocchia. In alcune città della Germania Meridionale, già nella seconda metà del XIV secolo era sorto l'ufficio del procuratore dei trovatelli. Il più antico cenno in merito appartiene a Colonia (1341), poi a Norimberga, Ulm, Strasburgo, Eßlingen, Friburgo (im Breisgau), Basilea, Augusta e Memmingen. Di solito questo ufficio era legato sia alle parrocchie che al governo cittadino. I procuratori amministravano i legati destinati agli esposti, spesso affittavano con questo denaro una casa per accogliere i bambini e pagavano le balie. A cavallo tra XV e XVI secolo le donazioni si fecero più frequenti e i Consigli cittadini cominciarono a manifestare maggiore interesse verso questa attività. A Memmingen fu perfino rilasciato un statuto per la casa dei trovatelli. Sul piano giuridico-istituzionale, però, la situazione rimase sostanzialmente immutata; solo a Ulm, nel 1522, il brefotroffio fu integrato in una struttura ospedaliera⁹⁷. Diversamente dalle realtà italiane, in nessuna di que-

⁹⁶ Reicke, *Das Deutsche Spital*, Bd. 1, p. 276; C. Rothhoff-Kraus, *Das Aachener Hospital am Rademarkt von seiner Gründung im Jahre 1336 bis zu seiner Übergabe an die Elisabethinnen im Jahre 1662. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Stadt Aachen im späten Mittelalter*, in *Geschichtliche Landeskunde der Rheinlande. Regionale Befunde und raumübergreifende Perspektiven*. Georg Droege zum Gedenken, hrsg. von M. Nikolay-Panter-W. Janssen-W. Herborn, Köln, Weimar und Wien 1994, pp. 313-314.

⁹⁷ Per il caso di Ulm cfr Mummenhof, *Findel- und Waisenhaus*, pp. 68-72; per Friburgo cfr U. Knefelkamp, *Das Gesundheits- und Fürsorgewesen der Stadt Freiburg im Breisgau im Mittelalter*, Freiburg im Breisgau 1981, pp. 149-150; per il caso di Strasburgo vedi *supra* nota 75. Sulla cura degli esposti in area tedesca cfr anche: F. S. Hügel, *Die Findelhäuser und das Findelwesen Europas, ihre Geschichte, Gesetzgebung, Verwaltung, Statistik und Reform*, Wien 1863, pp. 48-49; K. Arnold, *Kind und Gesellschaft in Mittelalter und Renaissance*, Paderborn 1980, pp. 46-47; G. Drossbach, *Findelkinder zwischen Recht und Institution*, in *Grundlagen des Rechts. Festschrift für Peter Landau zum 65. Geburtstag*, hrsg. von R. H.

ste città – di nuovo con l'eccezione di Breslavia – la tutela degli esposti costituiva un servizio assistenziale di primaria importanza.

In definitiva, riforme ospedaliere simili agli esempi italiani sono testimoniate solo a Breslavia e a Francoforte, quantunque cambiamenti significanti si possono osservare anche a Strasburgo, Norimberga e Colonia, e cambiamenti parziali in altri centri. Tutte le città sopra menzionate si trovano nella Germania Meridionale, che era l'area più collegata con l'Italia, non soltanto per ragioni commerciali, ma anche per l'utilizzo del diritto romano nell'elaborazione delle legislazioni urbane, così come per la conoscenza della letteratura italiana e la sua assimilazione nella cultura elaborata a livello locale, tutti aspetti che differenziavano il Sud della Germania rispetto al Nord⁹⁸. Nessuna traccia di riforme ospedaliere quattrocentesche è attribuibile, per ora, alle città anseatiche. Al massimo si può menzionare per gli ospedali delle regioni settentrionali l'uso di elementi architettonici tipici degli edifici pubblici, come il palazzo del Consiglio o la porta della città (per esempio a Lubeca). Come conseguenza della Guerra dei Tredici Anni, i più potenti Comuni della Prussia avevano preso sotto il proprio controllo gli ospedali cittadini, ma senza promuovere cambiamenti nella gestione delle attività interne e nelle funzioni del sistema assistenziale, in qualche modo riconducibili alle caratteristiche delle riforme ospedaliere proposte dai modelli italiani.

D'altra parte, anche nelle città della Germania Meridionale non si può cogliere ovunque la presenza dell'influenza italiana in ambito ospedaliero. Per citare un caso significativo, ad Amburgo – una città di circa 20.000 abitanti alla fine del Medioevo e coinvolta in relazioni commerciali con Italia⁹⁹ – si doveva quasi certamente avere un'idea dei cambiamenti in corso nei sistemi ospedalieri delle città italiane durante il Quattrocento, ma senza conseguenze. L'unica e incerta testimonianza di una presunta forma di medicalizzazione dei servizi assistenziali è la presenza della sala dei malati nell'ospedale più importante della città, ma forse quella struttura esisteva

Helmholz [u.a.], Paderborn [u.a.] 2000; M. Meumann, *Unversorgte Kinder, Armenfürsorge und Waisenhausgründungen im 17. und 18. Jahrhundert. Eine sozialgeschichtliche Einführung*, in *Waisenbäuer in der Frühen Neuzeit*, hrsg. von J. Neumann, Tübingen 2003, pp. 4-5.

⁹⁸ Schulte, *Geschichte*, passim; W. Leiser, *Die Rezeption des römischen Rechts in den süddeutschen Städten*, in *Nürnberg und Italien*, pp. 25-37; M. Dallapiazza, *Die Bedeutung Nürnbergs für die frühe deutsche Boccaccio-Rezeption*, ivi, pp. 181-193.

⁹⁹ J. Jahn, *Die Augsburger Sozialstruktur im 15. Jahrhundert*, in *Geschichte der Stadt Augsburg von der Römerzeit bis zur Gegenwart*, hrsg. von G. Gottlieb [u.a.], Stuttgart 1984, p. 188; Schulte, *Geschichte*, pp. 648-656.

già un secolo prima. Inoltre, una fondazione privata del 1495 garantiva assistenza ai malati di sifilide (*Blätterhaus*). La cura ai trovatelli, invece, era gestita dal Consiglio cittadino già dal XIV secolo e negli anni '40 del secolo successivo le fonti parlano di una casa destinata proprio agli esposti (*Findelhaus*), gestita dal governo municipale, senza beni propri, ma finanziata da elemosine private e dalle finanze comunali¹⁰⁰.

Non è sempre facile verificare se in una città erano intervenuti processi di riforma ospedaliera e le cause principali sono due. La prima è il carattere delle reti ospedaliere nei grandi centri urbani dell'Europa Centrale, dove tendeva a prevalere un ente principale. Breslavia e Colonia, che avevano più di un'istituzione caritativa di una certa rilevanza, come accadeva a Firenze, erano delle eccezioni. Nella maggior parte delle città tedesche e polacche le attività assistenziali gestite dal Comune erano concentrate in un unico ospedale¹⁰¹ e, in genere, i magistrati pubblici ne controllavano l'amministrazione sin dal XIII secolo, per cui non era più necessario centralizzare il governo del sistema ospedaliero. Eventuali cambiamenti dovevano quindi riguardare il funzionamento interno del sistema stesso, ma spesso le fonti trasmettono veramente poche informazioni a proposito. A questo aspetto è legata la seconda causa: lo stato della ricerca. Solo per tre città relativamente grandi, cioè con almeno 10.000 abitanti e almeno tre ospedali, si dispone di uno studio dettagliato del sistema assistenziale e basato sulle più importanti fonti archivistiche (Colonia, Francoforte e Breslavia)¹⁰². Per le altre città possediamo solo articoli o brevi capitoli, costruiti per lo più su fonti già edite, o contributi relativi a singole istituzioni.

Per concludere, queste nostre considerazioni non pretendono di esaurire il tema trattato, bensì di attirare l'attenzione su un campo di studi ancora sconosciuto e indicare alcune chiavi di lettura. La ricezione del modello ita-

¹⁰⁰ R. Kießling, *Bürgerliche Gesellschaft und Kirche in Augsburg im Spätmittelalter, ein Beitrag zur Strukturanalyse der oberdeutschen Reichstadt*, Augsburg 1971, pp. 159-174 e 231-235; P. Lengle, *Spitäler, Stiftungen und Bruderschaften*, in *Geschichte der Stadt Augsburg*, pp. 202-208; J. Rogge, *Für den Gemeinen Nutzen. Politisches Handeln und Politikverständnis von Rat und Bürgerschaft in Augsburg im Spätmittelalter*, Tübingen 1996, pp. 210-217 (cfr p. 421 per una presentazione dello stato della ricerca).

¹⁰¹ Questo tipo di rete ospedaliera si differenziava da quella milanese successiva alla riforma perché l'ospedale maggiore non aveva nessun controllo sopra altri enti assistenziali cittadini.

¹⁰² Mies, *Die Kölner Hospitäler*; Moritz, *Das bürgerlichen*; Słoń, *Spitäler*. Per una buona monografia sulla rete ospedaliera di Liegi cfr P. de Spiegeler, *Les hôpitaux et l'assistance à Liège (X^e-XV^e siècles): aspects institutionnels et sociaux*, Paris 1987; qui l'autore conferma che a Liegi non ebbe luogo alcuna riforma ospedaliera (*ibid.*, pp. 128-129).

liano dall'altra parte delle Alpi è cosa certa, anche se rimase probabilmente limitata: riguardava solo le città dell'area meridionale, non era mai completa, ma spesso superficiale. Tuttavia, l'importanza delle riforme ospedaliere nell'Europa Centrale non deve essere trascurata. Qui si sono diffuse quelle idee che poi hanno dato impulso alla riforma ospedaliera protestante negli anni '20 del XVI secolo, ponendo le fondamenta di un moderno sistema assistenziale¹⁰³. Lo stato della ricerca non lascia per il momento dire molto di più. Si può sperare che nei prossimi anni la nostra conoscenza delle riforme ospedaliere quattrocentesche possa diventare più completa.

FRANCESCO BIANCHI E MAREK SŁOŃ

¹⁰³ Per un quadro generale su questi temi si rimanda a Geremek, *La pietà e la forca*, pp. 123-216.

