

ASSISTENZA PUBBLICA E IDENTITÀ CIVICA NELLE TERRE TOSCANE (METÀ XIII-XIV SECOLO)

Alberto Luongo*

Public Assistance and Civic Identity in Tuscan Terre (Mid-13th-14th Century)

The essay presents the outcomes of a comparative study of the public welfare systems in six small Tuscan towns (*terre* or “*quasi città*”) in the 13th and 14th centuries (Prato, Montepulciano, Montalcino, San Gimignano, San Miniato, Poggibonsi). While all distinguished by the absence of an episcopal see, these towns were characterised by political, economic and demographic dimensions comparable to those of many *civitates* (towns with an episcopal see and a stronger tradition of urban rule). The lack of episcopal power allowed the communal governments to build a more centralized welfare system, based on a small set of civic hospitals closely controlled by public authorities. In some cases, control of the hospitals became a strong symbol of civic identity, as shown by the communes’ conflicts against major towns or their episcopal sees to preserve it. The final part of the essay attempts to establish to what extent this Tuscan model can be extended to other areas of Central and Northern Italy.

Keywords: Hospitals, Tuscany, Welfare, Small towns, Civic identity.

Parole chiave: Ospedali, Toscana, Welfare, Quasi città, Identità civica.

1. *Né di città, né di campagna.* L’arco cronologico tra il XIII e il XVI secolo è ormai a buon diritto considerato come il periodo del progressivo accentramento della gestione dell’assistenza pubblica nelle città italiane, tanto che di recente si è potuto dedicare al tema un intero progetto di ricerca di interesse nazionale (Prin)¹. La storia dei rapporti tra istituzioni cittadine ed enti assistenziali è stata sicuramente un tema importante all’interno dell’ormai pluridecennale tradizione storiografica sugli ospedali medievali²: la metà del XIII

* Dipartimento di Studi umanistici, Università per stranieri di Siena, Piazza Carlo Rosselli 27/28, 53100 Siena; alberto.luongo@unistras.it.

In relazione alla ricerca che qui si pubblica desidero esprimere la mia gratitudine nei confronti di quanti mi sono stati d’aiuto con consigli e suggerimenti, in particolare Franco Franceschi, Marina Gazzini, Paolo Nanni, Michele Pellegrini, Gabriella Piccinni e Mariangela Rapetti.

¹ Le conclusioni del Prin in *Alle origini del welfare. Radici medievali e moderne della cultura europea dell’assistenza*, a cura di G. Piccinni, Roma, Viella, 2020.

² Un recente quadro di sintesi sugli ospedali tra Due e Trecento è in G. Albini, *Poveri e povertà nel Medioevo*, Roma, Carocci, 2016, pp. 267-279.

secolo conobbe il formarsi di un ambiente favorevole alla diffusione di una concezione assistenziale demandata alla comunità in virtù del congiungersi di fattori quali lo sviluppo economico ed istituzionale dei comuni, la diffusione degli ordini mendicanti e dei loro ideali, dal lato dell'«offerta», l'estensione sovraregionale dei conflitti e il verificarsi di anni difficili dal punto di vista annonario, da quello della «domanda» di carità³.

Nonostante l'importanza della fase duecentesca, e al netto di una spesso significativa erudizione locale, credo di poter individuare una certa tendenza della storiografia a gravitare verso il periodo fra Tre e Quattrocento e/o sull'ambito pienamente cittadino, ossia relativo alle *civitates* dotate di sede vescovile e di larghi poteri sul territorio circostante⁴. Si tratta sicuramente di scelte legittime e spiegabili con una maggior quantità e qualità di fonti disponibili, tanto sul fronte ospedaliero quanto su quello comunale, oltre che con l'indubbia importanza che le città italiane ebbero sul piano politico, economico e sociale.

³ A. Luongo, *Gli ospedali civici in Toscana: le città (1250-1400)*, in *Alle origini del welfare*, cit., pp. 83-104. La genesi del felice incontro tra istanze spirituali francescane e civiltà comunale duecentesca emerge bene in M. Gazzini, *Albertano da Brescia e il benessere spirituale e civile nei comuni italiani: i sermoni ai confratelli causidici e notai* (metà XIII secolo), in «Archivio Storico Italiano», CLXXVI, 2018, pp. 615-644.

⁴ *Ospedali e città: L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Atti del Convegno internazionale (Firenze, 27-28 aprile 1995), a cura di A.J. Grieco, L. Sandri, Firenze, Le Lettere, 1997; M. Berengo, *L'Europa delle città. Il volto della società urbana europea tra Medioevo ed età moderna*, Torino, Einaudi, 1999, pp. 604-626; F. Bianchi, M. Słon, *Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale*, in «Ricerche di storia sociale e religiosa», XXXV, 2006, pp. 7-45; G. Albini, *Carità e governo delle povertà (secoli XII-XV)*, Milano, Unicopli, 2002; Ead., *Ospedali e società urbana: Italia centro-settentrionale, secoli XIII-XVI*, in *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII*, Atti della XLIV Settimana di Studi dell'Istituto internazionale di Storia economica F. Datini, a cura di F. Ammannati, Firenze, Firenze University Press, 2013, pp. 384-398; A. Benvenuti, *La municipalizzazione della solidarietà confraternale: esempi dalle città toscane*, in *Assistenza e solidarietà*, cit., pp. 465-478; G. Piccinni, *I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa alla fine del Medioevo*, in *Civitas Bendita: encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, coord. G. Cavero Domínguez, León, Universidad de León, 2016, pp. 9-26. Dal punto di vista dell'inquadramento istituzionale degli ospedali, il caso meglio conosciuto rimane quello di Santa Maria della Scala di Siena, su cui cfr. M. Pellegrini, *La comunità ospedaliera di Santa Maria della Scala e il suo più antico Statuto (Siena, 1305)*, Pisa, Pacini, 2005; Id., *Accordi segreti e margini di non trasparenza tra Ospedale e Comune (Siena, primo Trecento)*, in *La necessità del segreto. Indagini sullo spazio politico nell'Italia medievale ed oltre*, a cura di J. Chiffolleau, E. Hubert, R. Mucciarelli, Roma, Viella, 2018, pp. 337-370; G. Piccinni, *Il banco dell'ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012. Per ulteriore bibliografia rimando a M. Gazzini, *Ospedali nell'Italia medievale*, in «Reti Medievali. Rivista», XIII, 2012, 1, pp. 210-237.

A fare da contraltare all'interesse per l'ambito urbano, gli ultimi venticinque anni hanno visto crescere quello per gli ospedali rurali, indagati soprattutto per quanto riguarda le loro funzioni connesse al controllo del territorio e all'ospitalità dei pellegrini, in virtù della posizione sulle vie di comunicazione maggiormente battute⁵. Per quanto riguarda la Toscana medievale, oggetto di questo lavoro, un ruolo pionieristico può senza dubbio essere attribuito al contributo che Duccio Balestracci dedicò nel 1989 agli ospedali di contado fra Tre e Quattrocento. Lo studioso prese in considerazione un campione – variegato per dimensioni, modalità gestionali e collocazione geografica – di otto ospedali, analizzandoli soprattutto mediante gli inventari disponibili, col fine di darne una descrizione delle principali attività condotte, nel tentativo di cogliere più da vicino la complessa natura di un ospedale medievale, rispecchiantesi in molteplici attività (socio-economiche, sanitarie, ricettive ecc.)⁶. Se guardiamo il medesimo campione dal punto di vista dell'inquadramento istituzionale, notiamo che la maggior parte di essi dipendeva da tempo da grandi ospedali urbani o amministrazioni cittadine, ad esempio gli ospedali di Poggibonsi, Monte San Savino, Piancastagnaio, San Gimignano e San Miniato dall'ospedale di Santa Maria della Scala di Siena, e quello di San Martino di Corsena dall'ospedale di San

⁵ Solo qualche esempio dei molti possibili: G. Sergi, *Assistenza e controllo. L'ospizio del Moncenisio in una competizione di poteri*, in Id., *L'aristocrazia della preghiera: politica e scelte religiose nel Medioevo italiano*, Roma, Donzelli, 1994, pp. 121-164; G.G. Merlo, *Esperienze religiose e opere assistenziali in un'area di ponte tra XII e XIII secolo*, in *Luoghi di strada nel medioevo. Fra il Po, il mare e le alpi occidentali*, a cura di G. Sergi, Torino, Scriptorium, 1996, pp. 213-234; G. Albini, *Strade e ospitalità, ponti e ospedali di ponte nell'Emilia occidentale (secc. XII-XIV)*, in *Studi sull'Emilia occidentale nel Medioevo*, a cura di R. Greci, Bologna, Clueb, 2001, pp. 205-251, anche in Ead., *Carità e governo delle povertà: secoli XII-XV*, Milano, Unicopli, 2002, pp. 117-154; A. Spiccioli, *L'ospedale lucchese di Altopascio: storia economica e finanziaria nei secoli XI-XII*, Pisa, Ets, 2006, M. Gazzini, *La rete ospedaliera di Bobbio fra alto e basso medioevo*, in *La diocesi di Bobbio. Formazione e sviluppi di un'istituzione millenaria*, a cura di E. Destefanis, P. Guglielmotti, Firenze, Firenze University Press, 2015, pp. 481-507; *San Bartolomeo del Pratum episcopi: l'ospitale di valico della strada Francesca della Sambuca nel Medioevo*, Atti delle Giornate di Studio (Spedaletto-Riola, 8 agosto, 14 novembre 2015), a cura di R. Zagnoni, Porretta Terme, Gruppo Studi dell'Alta Valle del Reno, 2016; I. Gagliardi, *Alcuni ospedali toscani tra rete viaria e santuari in epoca medievale e moderna: Lucca, Montenero, Pistoia, Pescia e Monsummano*, in *Construir la memoria de la ciudad: espacios, poderes e identidades en la Edad Media*, III, *La ciudad y su discurso*, coord. G. Caverio Dominguez, León, Universidad de León, 2017, pp. 171-198.

⁶ D. Balestracci, *Per una storia degli ospedali di contado nella Toscana fra XIV e XVI secolo. Strutture, arredi, personale, assistenza*, in *La società del bisogno. Povertà e assistenza nella Toscana medievale*, a cura di G. Pinto, Firenze, Salimbeni, 1989, pp. 37-59.

Luca della Misericordia di Lucca per conto del Comune cittadino⁷.

Il quadro sembrerebbe, dunque, suggerire l'immagine di un ambiente rurale in cui la realtà ospedaliera era gestita prevalentemente dalle istituzioni cittadine, tanto nei piccoli centri come Corsena e Piancastagnaio, quanto in realtà più grandi e complesse come San Gimignano e San Miniato. Queste ultime, pur fiaccate a livello economico e demografico dopo la peste del 1348⁸, facevano indubbiamente parte del gruppo delle *terre* toscane, dette anche dalla storiografia moderna «quasi città», nel senso di insieme di abitazioni circondate da mura, dotate di una marcata fisionomia urbana, ma prive della dignità episcopale, le cui dimensioni potevano variare a seconda dei contesti di riferimento (mediamente più grandi in aree a maglie inserditive più larghe come nella pianura padana, più ridotte in zone più dense di insediamenti urbani come l'Appennino)⁹. Ne consegue che le *terre*, così come i grossi *castra*, sfuggono in realtà alla comparazione con altre realtà rurali, proprio perché la loro ruralità in buona parte non sussiste, malgrado una collocazione istituzionale spesso situata in territori dipendenti più o meno strettamente dalle città. Sarebbe dunque opportuno paragonare queste esperienze agli analoghi percorsi cittadini¹⁰, ed è esattamente questo lo scopo della presente ricerca.

Confrontando i rapporti tra istituzioni e ospedali nei centri di Prato, Montepulciano, Montalcino, San Gimignano, San Miniato e Poggibonsi (che, come vedremo, fungerà più che altro da controprova di quanto andremo rilevando) si tenterà – anche con l'ausilio di statuti, delibere, pergamene e altre fonti inedite – non solo di individuare eventuali analogie con quan-

⁷ Su San Martino di Corsena rimando a Luongo, *Gli ospedali civici*, cit., pp. 93-97.

⁸ S.R. Epstein, *L'economia italiana nel quadro europeo*, in *Il Rinascimento italiano e l'Europa*, IV, *Commercio e cultura mercantile*, a cura di F. Franceschi, R.A. Goldthwaite, R.C. Mueller, Treviso, Colla, 2007, pp. 3-48, da integrare con S. Tognetti, *Il governo delle manifatture nella Toscana del tardo Medioevo*, in *Il governo dell'economia. Italia e Penisola Iberica nel basso Medioevo*, a cura di L. Tanzini, S. Tognetti, Roma, Viella, 2014, pp. 309-332.

⁹ Si è preferito l'utilizzo del termine *terra* (sul quale cfr. M. Folin, *Hierarchies urbaines/hierarchies sociales: les noms de ville dans l'Italie moderne, XIV-XVII^e siècles*, in «Genèses», LI, 2003, pp. 4-25:11), in quanto più aderente, in molti dei casi presi in considerazione, al lessico delle fonti. Nel corso del paragrafo non rinuncerò comunque a riferirmi al contesto «quasi cittadino» (secondo la celebre definizione di G. Chittolini, «*Quasi città. Borghi e terre in area lombarda nel tardo Medioevo*», in «Società e Storia», XIII, 1990, pp. 3-26, anche in Id., *Città, comunità e feudi negli stati dell'Italia centro-settentrionale*, Milano, Unicopli, 1996, pp. 85-104), che come vedremo acquisirà una sfumatura specifica in relazione all'argomento trattato.

¹⁰ Tracciati per la Toscana in Luongo, *Gli ospedali civici*, cit.

to avveniva nelle più blasonate *civitates*, ma anche di capire se è possibile rilevare una specificità delle *terre* nell'organizzazione del proprio sistema assistenziale. Si tratta di un campione demograficamente abbastanza compatto – ad esclusione di Prato, in netta prevalenza sulle altre –, che, come detto, subì fortemente il colpo della Peste Nera e delle periodiche epidemie successive, secondo le stime che si possono evincere dalla seguente tabella¹¹:

	Abitanti prima del 1348	Abitanti all'inizio del 1400
Prato	11.000-15.000	3.500
Montepulciano	6.000	2.000
Montalcino	5.000-6.000	1.500
San Gimignano	7.000-8.500	1.700
San Miniato	5.000	1.300
Poggibonsi	/	/

Nonostante il tracollo demografico e l'ingresso di questi centri nell'orbita politica degli Stati fiorentino e senese nel corso del XIV secolo, il controllo delle istituzioni comunali sugli ospedali non sembra affatto diminuito, ma al contrario pare essersi ulteriormente strutturato.

Dedicare un apposito contributo all'universo «quasi cittadino», pur limitatamente a una sola regione, risulta ulteriormente opportuno dal momento che non sono poi molti gli studi specificamente ad esso dedicati, sia in generale¹² che per quanto riguarda le questioni ospedaliere, a parte un'eru-

¹¹ Basata sui dati di M. Ginatempo, L. Sandri, *L'Italia delle città. Il popolamento urbano tra Medioevo e Rinascimento (secoli XIII-XVI)*, Firenze, Le Lettere, 1990, p. 148.

¹² Per quanto sicuramente collegabile con quella di «quasi città», è decisamente la categoria di «centro minore» ad aver avuto più fortuna negli ultimi anni, causando quasi un assorbimento verso il basso della prima. Citerò qui solo i tre volumi collettivi *Ante quam essent episcopi erant civitates: i centri minori dell'Italia tardomedievale*, a cura di F.P. Tocco, Messina, Centro Interdipartimentale di Studi Umanistici, 2010; *I centri minori della Toscana nel Medioevo*, Atti del Convegno internazionale di Studi (Figline Valdarno, 23-24 ottobre 2009), a cura di G. Pinto, P. Pirillo, Firenze, Olschki, 2013; *I centri minori italiani nel tardo Medioevo: cambiamento sociale, crescita economica, processi di ristrutturazione (secoli XIII-XVI)*, Atti del XV Convegno di studi del Centro di Studi sulla Civiltà del Tardo Medioevo (San Miniato 22-24 settembre 2016), a cura di F. Lattanzio, G.M. Varanini, Firenze, Firenze University Press, 2018. Sull'importanza del contesto di riferimento per stabilire connotati «quasi cittadini», cfr. G. Chittolini, *Qualche parola di conclusione*, in *I centri minori della*

dizione locale più o meno nutrita e/o risalente a seconda dei casi. In relazione al tema specifico in Toscana, regione in cui le realtà senese e fiorentina dominano ancora il quadro della ricerca, disponiamo di importanti studi su Sansepolcro e Prato¹³, che tendono però a gravitare sul XV secolo o a dare maggior spazio a questioni diverse dall'inquadramento istituzionale dell'assistenza. Per quanto riguarda il resto dell'Italia centro-settentrionale, non mancheremo di confrontarci con alcuni casi di studio specifici in fase di conclusione.

2. *L'inquadramento istituzionale degli ospedali.* Un caso esemplare per il nostro discorso, da cui sarà opportuno partire, è sicuramente quello di Prato¹⁴, dove già negli anni Cinquanta del Duecento, quando nelle maggiori città si avviava il processo di selezione degli enti assistenziali da parte delle autorità¹⁵, il controllo delle istituzioni comunali era stabile: nel 1254 il Comune nominava direttamente il rettore dell'ospedale della Misericordia, teoricamente dipendente dal vescovo di Pistoia e in precedenza governato dalla locale pieve di Santo Stefano¹⁶; nel 1257 il cardinale domenicano di Santa Sabina Ugo

Toscana, cit., pp. 295-311: 297, 304-306, e, per l'Italia meridionale, G. Vitolo, *L'Italia delle altre città. Un'immagine del Mezzogiorno medievale*, Napoli, Liguori, 2014, pp. 9-10.

¹³ Su Sansepolcro si vedano G.P.G. Scharf, *Gli ospedali di Sansepolcro nel Medioevo*, in *Vie Romane dell'Appennino*, Quaderno dell'Istituto di Studi e Ricerche della Civiltà appenninica, Sestino, Isrca, 1998, pp. 23-44; Id., *Borgo San Sepolcro, i poveri, i malati e i pellegrini: consistenza e qualità dell'assistenza ospedaliera nel Medio Evo*, in «Pagine Altotiberine», V, 2001, pp. 19-44; A Czortek, *Eremo, convento, città: un frammento di storia francescana. Sansepolcro, secoli XIII-XV*, Assisi, Porziuncola, 2007, pp. 82-86. Su Prato cfr. la nota successiva.

¹⁴ Il quadro fornito in questo articolo sulla situazione pratese sintetizza quanto esposto più dettagliatamente in A. Luongo, P. Nanni, *Prato, i pratesi e gli enti assistenziali. Ricerche sugli ospedali e sui ceppi tra XIII e XV secolo*, Pisa, Pacini, 2020, pp. 71-88. Si possono vedere anche S. Ravelli, *Le condizioni di vita*, in *Prato. Storia di una città*, I, *Ascesa e declino del centro medievale: dal Mille al 1494*, a cura di G. Cherubini, Prato-Firenze, Comune di Prato-Le Monnier, 1991, pp. 489-505; G. Bologni, *Gli Antichi Spedali della «Terra di Prato»*, 2 voll., Signa, Masso delle Fate, 1995; G. Pinto, *Gli «infermi» dell'ospedale della Misericordia di Prato nel Quattrocento*, in Id., *Il lavoro, la povertà, l'assistenza: ricerche sulla società medievale*, Roma, Viella, 2008, pp. 173-206. Per quanto riguarda Prato fermo qui la mia ricerca alla fondazione del Ceppo Nuovo da parte di Francesco di Marco Datini, esperienza sulla quale, fra i contributi più recenti, si può partire da P. Nanni, *L'ultima impresa di Francesco Datini. Progettualità e realizzazione del «Ceppo pe' poveri di Cristo»*, in «Reti Medievali. Rivista», XVII, 2016, 1, pp. 280-307.

¹⁵ Luongo, *Gli ospedali civici*, cit.

¹⁶ Archivio di Stato di Firenze (ASF), *Diplomatico, Prato, Misericordia e Dolce*, doc. del 24-III-1253 (data in stile fiorentino), trascritto in *Consigli del comune di Prato (15 ottobre 1252-*

di Saint Cher concesse ufficialmente al podestà, al capitano e al Consiglio di Prato il proprio patrocinio sull'ente¹⁷. Tutto questo avveniva in significativa coincidenza con la definitiva affermazione del governo popolare di orientamento guelfo¹⁸. A partire dunque dagli anni Cinquanta una buona parte degli ospedali pratesi, comprensiva poi anche dell'ospedale di San Silvestro (più noto come del Dolce), del Signorello, del lebbrosario di Ponte Petrino e del Ceppo Vecchio, passò sotto il controllo diretto del Comune, il quale non solo ne nominava i rettori, ne controllava capillarmente la gestione, autorizzando eventuali vendite, per mezzo di periodici inventari e li esentava da ogni tipo di imposizione fiscale¹⁹, ma era responsabile, tramite il Consiglio comunale, dell'accoglimento degli oblati, che dovevano rivolgersi al Consiglio, non all'ospedale, per essere ammessi²⁰. Gli stessi patrimoni degli ospedali erano equiparati di fatto a dei beni comunali, tanto che i crediti nei confronti dell'ospedale risultavano esentasse come quelli nei confronti del Comune, e anche donazioni di privati agli ospedali venivano ricompensate dal Comune stesso²¹. I rapporti erano talmente stretti che una norma, probabilmente transitoria, del 1289 stabiliva che i rettori degli ospedali della Misericordia e del Dolce avrebbero dovuto eleggere la commissione di due uomini per porta responsabile dell'elezione dei consiglieri comunali²².

¹⁷ 24 febbraio 1285), a cura di R. Piattoli, Bologna, Zanichelli, 1940, pp. 7-8. Sul passaggio dal controllo pievano a quello comunale, Luongo, Nanni, *Prato, i pratesi*, cit., pp. 51-54.

¹⁸ ASFi, *Diplomatico, Prato, Misericordia e Dolce*, doc. del 30-V-1257.

¹⁹ E. Cristiani, *Il libero comune di Prato*, in *Storia di Prato*, 1, *Fino al secolo XIV*, Prato, Cassa di Risparmi e Depositi, 1981, p. 383. Su governi di Popolo e politiche assistenziali cfr. M. Pellegrini, *Governi di Popolo e politiche per l'assistenza*, in *Alle origini del welfare*, cit., pp. 37-62.

²⁰ ASFi, *Diplomatico, Prato, Misericordia e Dolce*, doc. del 27-VII-1318 (in realtà in questa data è messa per iscritto una consuetudine già in vigore. Secondo il documento, un estratto dagli atti del Consiglio pratese, gli ospedali di Misericordia, Dolce, Signorello, Ceppo e Ponte Petrino non hanno mai pagato alcuna imposta diretta o indiretta perché di proprietà del Comune stesso), 27-IV-1334, 27-III-1336, Archivio di Stato di Prato (ASPo), *Comune, Statuti*, 2, fr. 30, cc. 7r-9r, *Gabelle*, 2827, cc. 12r, 74r-v. Altre attestazioni due-trecentesche confermano il pieno controllo pubblico degli ospedali: *Consigli del comune di Prato*, cit., pp. LXVII, LXXIII, 7-8, 10-11, 375-376, 378-379, 476-477; ASPo, *Comune, Statuti*, 4, fr. 2, c. 31r, fr. 3, c. 5v, *Diurni*, 63.1, cc. 15v, 35r, 42r, 81r, 71, cc. 306v, 312r, 405r-406r, 408r-409r, 72, c. 705r, 74, cc. 375v-376v e doc. del 26-IX-1324, 75, cc. 40r-v, 71r-72r, 89v, 99v-100r, 76, cc. 43r, 69r-70r, 79r-80r, 77, c. 76v.

²¹ ASPo, *Comune, Diurni*, 74, cc. 403v-404r, 75, cc. 5v-6r, 40v, 54r, 76, cc. 7v, 25v, 35v, 44v, 48r, 50v, 55v, 59v-60r, 71v, 74v-75r, 107v.

²² ASPo, *Comune, Gabelle*, 2827, c. 12r, *Consigli del Comune di Prato*, cit., p. LXVII.

²³ *Consigli del Comune di Prato*, cit., pp. LXXIII, nota 2, LXXXIII, nota 1. Si trattava probabilmente di una norma legata ad una recente riforma del numero dei consiglieri.

I rendiconti sulla gestione erano dovuti al Comune anche dagli ospedali non gestiti direttamente, come quello di San Michele di Toringhello, di pertinenza dell'abate di Vaiano: il Comune, come si evince da un bando podestarile del 1351 in cui si fa riferimento a un provvedimento precedente ai tempi del Comune consolare, si impegnava a difendere i possessi di quest'ultimo già da prima del 1214. Non si era ancora a una gestione diretta del patrimonio – e nel caso di questo ospedale non ci si sarebbe mai arrivati – ma ci troviamo di fronte comunque a un ulteriore indizio della precocità delle strategie comunali di inserimento nel mondo assistenziale²³.

Particolarmente interessanti risultano, a questo proposito, le norme statutarie redatte nel 1353, ma che trovano riscontri a partire dall'ultimo quarto del Duecento²⁴: podestà e Difensori, la massima magistratura popolare pratese, erano tenuti ad eleggere il governatore degli ospedali di Misericordia e Dolce con il consiglio del guardiano dei frati Minori, del priore dei Predicatori, del priore di Sant'Agostino, del priore di Santa Maria del Carmine e dei ministri coniugati di Prato, facenti parte del Terz'ordine francescano (i cosiddetti pinzocheri), nell'ambito del quale era sorto nel 1282 il Ceppo Vecchio²⁵. In più i difensori dovevano eleggere quattro *boni homines* pratesi che nel frattempo amministrassero i beni degli enti, col compito di realizzare, subito dopo la vacanza della carica, un inventario dei beni. Ogni sei mesi, ad ogni cambio di podestà, il rettore doveva rendere ragione dei beni e del bilancio dell'ospedale al giudice collaterale del podestà, operazione a cui dovevano soprassedere anche due frati Minori, due Predicatori, due di Santa Maria del Carmine, i ministri coniugati, quattro laici pratesi di buona condizione e fama eletti dai difensori. Il guardiano dei Minori, il priore dei predicatori e quello di Santa Maria del Carmine dovevano poi due volte l'anno ispezionare la condotta dei governatori e dei membri delle case dei poveri del Comune di Prato, con potere di comminare pene. Il controllo della gestione economico-patrimoniale era invece affidato al podestà per tre volte l'anno, con l'aiuto di due frati Minori e Predicatori e dei coniugati, su Misericordia, Dolce, Ponte Petrino, con relativi poteri di intervento sugli inventari²⁶.

²³ Luongo, Nanni, *Prato, i pratesi*, cit., pp. 45-46.

²⁴ ASPo, *Comune, Statuti*, 2, cc. 7r-9r. Per i riscontri precedenti cfr. *supra*, nota 19.

²⁵ G. Pampaloni, *Il movimento penitenziale a Prato nella seconda metà del XIII secolo. Il Terz'Ordine francescano*, in «Archivio storico pratese», LII, 1976, 2, pp. 31-72.

²⁶ ASPo, *Comune, Statuti*, 2, c. 8v.

La coordinazione e il reciproco sostegno fra istituzioni civili e religiose sulle questioni ospedaliere emergono ulteriormente dal fatto che nel 1312 il generale dei Vallombrosani, dietro richiesta delle istituzioni comunali e con il beneplacito dello stesso vescovo di Pistoia, autorizzò i propri abati pratesi di Santa Maria a Grignano e San Salvatore di Vaiano e il priore di San Fabiano a sostenere il carico di una colletta pontificia per conto degli ospedali delle Misericordia e del Dolce, in modo da non limitare l'opera di carità delle due istituzioni²⁷.

A Montepulciano, nel 1337, l'ospedale di Santa Maria della Cavina non solo era destinatario di 60 lire di elemosina annuale da parte del Comune (solo i frati Minori, le Clarisse e gli Eremitani prendevano di più), ma era anche controllato dalla Casa della Misericordia, a sua volta gestita dall'amministrazione civica, che proteggeva i beni degli enti tramite un concreto sostegno giuridico, sia a livello di agevolazione procedurale sia in termini di consulenza. Lo statuto comunale regolava minuziosamente le procedure di elezione dei rettori di entrambi gli enti, da svolgersi all'interno dell'assemblea della Casa della Misericordia (nel 1353 risultano partecipare anche il guardiano dei frati Minori e il priore degli Eremitani)²⁸: essi rimanevano in carica un anno e dovevano rendere conto della propria amministrazione promuovendo la realizzazione di un inventario dei beni ad inizio mandato e sottoponendosi ad un apposito sindacato alla fine. Il governo gestiva invece direttamente l'ospedale di San Giovanni fuori porta Gracciano, tramite rettori eletti dalla magistratura suprema dei Cinque²⁹.

Nel 1359 si giunse a una semplificazione che portò la gestione della Casa della Misericordia e degli ospedali di Santa Maria della Cavina, San Giovanni fuori porta Gracciano e San Martino (assorbito nel gruppo nel 1353)³⁰ nelle mani del Consiglio comunale, con obbligo di rendicontazione ogni quattro mesi da parte dei rispettivi rettori ed equiparazione dei beni immobiliari degli enti a beni comunali, in particolare in relazione ad eventuale

²⁷ ASFi, *Diplomatico, Prato, Misericordia e Dolce*, doc. del 28-VII-1312. Correggo qui quanto erroneamente riportato in Luongo, Nanni, *Prato, i pratesi*, cit., p. 82, dove per una svista l'imposta è definita come comunale. Rimane comunque intatto il valore del documento in relazione al discorso in essere, poiché vi sono dimostrate la stretta connessione degli ospedali con le istituzioni comunali, la loro esenzione fiscale presso di esse e la collaborazione con i religiosi locali.

²⁸ Archivio Storico del Comune di Montepulciano (ASCMP), 1612, cc. 2r-6r.

²⁹ *Statuto del Comune di Montepulciano (1337)*, a cura di U. Morandi, Firenze, Le Monnier, 1966, LXIII-LXVII, pp. 75-87, anche per ulteriori dettagli.

³⁰ ASCMP, 1612, cc. 4r-6r.

procedure di alienazione³¹. Negli anni Sessanta, in collaborazione con i frati Minori, il Comune eleggeva revisori e procuratori legali per gli ospedali, che negli anni Ottanta sarebbero diventati una commissione di tre giudici incaricati e poi due *boni homines*³², e anche gli ospedali di San Pietro fuori porta Cagnana e Sant'Antonio si aggiunsero al gruppo di enti beneficiati dalla comunità³³. La collaborazione con gli ordini mendicanti continuò ad intensificarsi, al punto che nel 1379 un frate eremita venne nominato rettore di Santa Maria della Cavina, ente che ne richiese esplicitamente un altro nel 1392³⁴. Un esempio concreto dell'attenzione comunale alle vicende dei suoi ospedali è la mediazione operata nella lite del 1372 tra l'ospedale di San Martino e Viva Naldini, la moglie Mina e il fratello Stefano, che dovevano ricevere 4 fiorini l'anno di vitalizio dall'ospedale dopo essersi offerti come oblati. Le condizioni dell'oblazione consentivano loro di andarsene dall'ospedale e di riprendersi i beni donati in caso di maltrattamenti da parte del rettore, clausola che tentarono di sfruttare; il Comune, dopo aver chiesto un parere giuridico a una commissione di *sapientes*, intervenne imponendo la permanenza presso l'ospedale di un terzo del patrimonio donato, corrispondente alla quota di Stefano, morto da converso, e la corresponsione dei debiti maturati nei confronti dell'ospedale, probabile ragione della volontà di andarsene dei due coniugi³⁵.

Nel 1380 Mendo Ristori, rettore degli ospedali della Misericordia e di San Martino, doveva elargire più di 650 staia di grano in legati, eredità e altre attività, ma non fu in grado per mancanza di denaro, fatto che lo costrinse a rivolgersi al Comune. Il Consiglio propose dunque la nomina di una commissione di tre uomini per terziere che, insieme a lui, aprisse un'inchiesta sulla situazione dei crediti dell'ospedale in modo da racimolare il necessario dalla riscossione di quanto dovuto dai debitori³⁶. Fu probabilmente questa esperienza che portò l'anno successivo il Consiglio comunale a proporre la nomina di rettori a vita da affidarsi ad una apposita commissione che avrebbe dovuto scegliere fra i membri degli ospedali più meritevoli ed eco-

³¹ I. Calabresi, *Montepulciano nel Trecento: contributi per la storia giuridica e istituzionale. Edizione delle quattro riforme maggiori (1340 circa-1374) dello Statuto del 1337*, Siena, Consorzio Universitario della Toscana Meridionale, 1987, pp. 197-200.

³² ASCMP, 1614, cc. 8r, 37r-45v, 1624, cc. 32r-v, 1625, cc. 20r-v.

³³ Ivi, 1617, cc. 89r-v.

³⁴ Ivi, 1623, cc. 50v-52r, 1627, cc. 31r-32r.

³⁵ Ivi, 1617, cc. 69v-71v.

³⁶ Ivi, 1623, cc. 103r-106r.

nomicamente affidabili, il tutto dopo aver riscontrato le oggettive difficoltà di programmazione della gestione che derivavano dalla durata annuale degli incarichi dei rettori; un rettore a vita fu dunque nominato per gestire gli ospedali della Misericordia e San Martino, previa donazione da parte sua di 150 fiorini da spendersi per le esigenze dell'ospedale, somma che sarebbe stata restituita in caso di sollevamento dall'incarico. Nel 1386 anche Santa Maria della Cavina e San Giovanni avevano un rettore congiunto³⁷.

Una vicenda particolare ci fornisce un'immagine molto concreta della cura del Comune di Montalcino per il proprio patrimonio ospedaliero: nel 1384, in tempo di peste, la vedova Ricca aveva ereditato beni promessi all'ospedale di Santa Maria della Croce (detto anche di San Lorenzo) dopo la sua morte. Tuttavia, le eredità del marito e del figlio defunti erano piene di debiti e i creditori iniziavano a saccheggiare il patrimonio, applicando anche interessi illegali, con grave danno per il Comune e per l'ospedale. Il Consiglio comunale decise allora di far incamerare subito i beni al rettore dell'ospedale, offrendo poi alla donna, che rimaneva libera di accettarla o meno, la consulenza di periti comunali sulla valutazione del dovuto ai creditori³⁸.

In effetti le magistrature montalcinesi controllavano la vita ospedaliera almeno a partire dalla fine del XIII secolo e nel 1333 giunsero a registrare in un apposito libro, detto «delle Coperte Nere», il nome dei procuratori eletti e l'elenco dei beni di ciascun ospedale³⁹. Nel 1310 chi voleva donare proprietà immobiliari affinché fossero poste al servizio dei poveri poteva rivolgersi direttamente al Comune, anziché ad un ospedale⁴⁰, anche se probabilmente l'elezione degli ospedalieri era ancora demandata ai conversi. Nel 1355, a seguito di problemi che non ci sono noti, ma forse legati alle modifiche patrimoniali successive agli anni della peste – e in effetti sappia-

³⁷ Ivi, 1624, cc. 4v-7v, 19v-21v. 1625, cc. 24r-v.

³⁸ Archivio Storico del Comune di Montalcino (ASCM), *Santa Maria della Croce, Diplomatico*, doc. n. 300.

³⁹ Sulle notizie più risalenti T. Canali, *Notizie storiche della città di Montalcino in Toscana*, Monteriggioni, Il Leccio, 2014, pp. 103-104, 107-108 (si tratta della trascrizione moderna di un manoscritto erudito inedito del XVIII secolo). Sono chiare le testimonianze del controllo comunale dei beni e delle magistrature degli ospedali a partire dalla prima metà del Trecento, in *Le pergamene del Comune di Montalcino (1193-1594)*, a cura di M.A. Ceppari Ridolfi, P. Turrini, Siena, Extempora, 2019, pp. 67, 354-355, 508-509, 603, 614-615, 623; ASCM, *Santa Maria della Croce, Diplomatico*, doc. n. 106, 121, 151, 173, 200, 247, 266, 367.

⁴⁰ Come nel caso testimoniato in *Le pergamene del Comune di Montalcino*, cit., pp. 364-365.

mo che in quel periodo era difficile trovare qualcuno che si assumesse la responsabilità di gestire l'ospedale di Santa Maria della Croce⁴¹ –, il Consiglio comunale stabilì la nomina delle cariche direttive degli ospedali di Sant'Angelo, Sant'Egidio, San Lazzaro, Santa Lucia e di Mino di Maffuccio, proponendo anche che il rettore della Casa della Misericordia si occupasse di supervisionare l'operato di tutti gli ospedali di Montalcino⁴². Nel 1373 tale compito sembra essere passato alla magistratura comunale del *rector generalis, dominus et defensor omnium hospitaliariorum et piorum locorum*⁴³, forse attivata per sorvegliare l'operato dei rettori dei singoli ospedali mediante un'istituzione apposita e probabilmente a mandato temporale limitato; già negli anni Cinquanta, infatti, si parlava di rettori a vita, e nel 1376 la carica di rettore della Casa della Misericordia risulta ereditaria⁴⁴. Lo stesso è testimoniato per l'ospedale di Santa Maria della Croce nel 1397, quando, secondo modalità simili a quelle già viste a Montepulciano, il Consiglio nominò Giovanni Cioli e il figlio Antonio suoi rettori, con piena libertà di vendere e comprare beni dell'ospedale, di accogliere conversi e oblati e di stringere patti senza autorizzazione comunale; ai due, esonerati dagli obblighi fiscali, sarebbe stato rimborsato ogni bene personale impiegato nella gestione dell'ospedale e, in caso di morte di entrambi, sarebbe stata garantita una dote fino a 100 fiorini alla figlia naturale di Antonio, da pagarsi da parte del rettore successivo. Un vitalizio in grano, vino, legumi, carne, vesti e l'alloggio in una casa di proprietà dell'ente sarebbe stato garantito alla moglie qualora non si fosse trovata bene a vivere nell'ospedale (anche a incarico rettoriale in essere la famiglia non era obbligata a risiedere presso l'ospedale). La disponibilità del Comune va letta alla luce del fatto che ciascun membro della famiglia avrebbe lasciato tutti i propri beni all'ospedale dopo la morte, tra cui l'arredamento da loro già fornito all'ente per un valore di 2.250 lire e 15 soldi.

Peraltro, questi sicuramente più liberi incarichi a tempo indeterminato non impedivano il sorgere di problemi, come dimostra il fatto che Antonio finì sotto inchiesta nel 1401 per presunte irregolarità sui fondi comunali ricevuti per gestire alcuni lavori di costruzione di un monastero connessi alla

⁴¹ ASCM, *Santa Maria della Croce, Diplomatico*, doc. n. 151.

⁴² *Le pergamene del Comune di Montalcino*, cit., pp. 553-555, 604.

⁴³ ASCM, *Santa Maria della Croce, Diplomatico*, doc. n. 247.

⁴⁴ Ai rettori Puccino di Lando e la moglie Divizia, in carica dal 1372, subentrò la figlia Rossa: *Le pergamene del Comune di Montalcino*, cit., pp. 620, 626.

gestione della Casa della Maestà di Santa Maria delle Grazie⁴⁵. Non c'è comunque dubbio che, anche dopo l'ingresso definitivo del Comune nell'orbita politica senese (1361), il controllo dell'assistenza pubblica sia rimasto molto a lungo e saldamente in mano all'autorità comunale, anche se non mancarono vani tentativi dei vescovi di Chiusi e dell'abate di Sant'Antimo di interferire⁴⁶.

A San Gimignano l'ospedale di Santa Fina, contestualmente alla sua nascita⁴⁷, risulta difeso in ogni suo diritto dal Comune già nello Statuto del 1255⁴⁸, mentre quello del 1314 affronta la questione in maniera più dettagliata, menzionando l'inalienabilità dei suoi beni e la sua assimilazione a quelli comunali, la sua totale esenzione fiscale e le relative agevolazioni giuridiche. Si incaricavano inoltre due *boni homines* di nomina podestarile di rintracciare i malati gravi per tutta la città e il territorio con il fine di convincerli a donare beni all'ospedale per la salute della loro anima. Anche la gestione del patrimonio fondiario era affidata ad un funzionario di nomina comunale.

Analoghe protezioni comunali interessavano anche gli ospedali di Santa Maria, detto di Donna Nobile, e la Casa degli Infetti presso Cellola⁴⁹. Nello stesso periodo il Comune si adoperò concretamente per l'ampliamento architettonico dell'ospedale, decretando la confluenza di tutte le sue rendite presso gli ufficiali della Gabella, i quali avrebbero dovuto utilizzarle per l'edificazione del terreno intorno all'edificio esistente (1307-1309), mentre

⁴⁵ ASCM, *Santa Maria della Croce, Diplomatico*, doc. n. 353, anche per tutte le vicende descritte relative ad Antonio e alla sua famiglia.

⁴⁶ *Le pergamene del Comune di Montalcino*, cit., p. 65. V. Serino, *Montalcino, un capoluogo mancato. Riflessioni in libertà sulla cultura di un popolo delle terre di Siena*, in *Prima del Brunello. Montalcino capitale mancata*, a cura di M. Ascheri, V. Serino, San Quirico d'Orcia, Don Chisciotte, 2007, p. 51, parla di «istituzioni (quasi) da Stato welfare» per il XVI secolo, ma cfr. anche lo Statuto del 1415 in D. Ciampoli, *Montalcino medievale. Le regole di una comunità operosa. Lo Statuto del Comune (1415)*, Milano, Giuffrè, 2012, I, XXXV, pp. 45-46.

⁴⁷ L. Pecori, *Storia della Terra di San Gimignano*, San Gimignano, Comune di San Gimignano, 2006 (rist. anast. dell'opera del 1853), pp. 366-369; *Una farmacia preindustriale in Valdelsa. La Spezieria e lo spedale di Santa Fina nella città di San Gimignano, secc. XIV-XVIII*, San Gimignano, Comune di San Gimignano, 1981.

⁴⁸ *Lo statuto di San Gimignano del 1255*, a cura di S. Diacciati, L. Tanzini, Firenze, Olschki, 2016, IV.82, IV.83, p. 136.

⁴⁹ *Gli albori del Comune di San Gimignano e lo Statuto del 1314*, a cura di M. Brogi, Siena, Cantagalli, 1995, IV, XXXIIII [XXXV]-XXXV [XXXVI], pp. 186-189, CCIII [CCIII], pp. 246-247. Informazioni relative agli ospedali anche in VII, pp. 169-170, LXXV [LXX-VI], p. 203, CCIL [CCL], p. 261.

nel 1319 fu autorizzato il taglio di una selva comunale per costruire il casero (o *palatium*)⁵⁰. L'elezione a vita del rettore di Santa Fina è testimoniata già nel 1292⁵¹, mentre le prime ammissioni di oblati da parte del Consiglio comunale a me note risalgono agli anni Ottanta del Trecento⁵².

Anche a San Gimignano vi furono tentativi da parte di autorità esterne di sfruttare la salute economica degli ospedali, in particolare del Santa Fina, ma si rivelarono altrettanto inutili: nel 1300 il cardinale francescano e legato pontificio Matteo d'Acquasparta scrisse al vescovo di Volterra di non aver rinvenuto presso l'ospedale nessun altare che giustificasse una sua inclusione tra gli enti ecclesiastici della diocesi, intimandogli dunque di non proseguire oltre nei tentativi di tassarlo, posizione ribadita a fine Trecento dalla stessa Firenze, divenuta città dominante nel 1353⁵³.

Nel caso di San Miniato – documentata per la seconda metà del Trecento⁵⁴ – ritroviamo, infine, lo stesso copione fatto di elezione comunale delle cariche ospedaliere, facilitazioni giuridiche, periodiche revisioni dell'operato dei rettori e assimilazione dei beni degli ospedali ai beni comunali, in particolare per gli ospedali di Santa Croce del Fondo, Santa Maria di Fortino, San Martino *de Podioghisi*, i cui inventari dei beni dovevano trovarsi in copia anche presso il notaio delle Riformanze e il guardiano dei frati Minori locali⁵⁵. Di particolare interesse risulta la norma, contenuta nella raccolta statutaria del 1359, che prevedeva che tutte le eredità ai *pauperes Christi* messe per iscritto dal 1º marzo 1348 senza ulteriori specificazioni fossero da intendersi destinate agli ospedali di Santa Croce del Fondo e di Santa

⁵⁰ Archivio Storico del Comune di San Gimignano (ASCSG), *Statuti e Riforme*, 2, c. 23r; ASFi, *Diplomatico, San Gimignano, Santa Fina*, doc. del 7-III-1308 e del 31-VII-1319.

⁵¹ ASFi, *Diplomatico, San Gimignano, Santa Fina*, doc. del 21-V-1292.

⁵² Ivi, doc. del 8-I-1383 e del 24-III-1385. Non è improbabile che si trattasse di prassi già in atto molto prima. Nel secondo Trecento la presenza della locale sede di Santa Maria della Scala si fece sentire a scapito dell'ospedale di Santa Fina, assorbendo un numero sempre crescente di legati testamentari, come emerge in A. Vallaro, *Il significato religioso dei testamenti sangimignanesi in tempo di peste*, in «Studi Medievali», 2000, ser. 3, vol. XLI, pp. 369-408.

⁵³ ASFi, *Diplomatico, San Gimignano, Santa Fina*, doc. del 23-IV-1392; ASCSG, *Santa Fina*, 14, c. 27r. Nel 1313 l'atteggiamento del presule volterrano era cambiato, come attesta la concessione dell'indulgenza di quaranta giorni a tutti coloro che avessero elargito donazioni al Santa Fina; ASFi, *Diplomatico, San Gimignano, Santa Fina*, doc. del 6-IV-1313.

⁵⁴ Ma già lo statuto del 1337 prevedeva l'elezione per terzieri di un avvocato dei poveri (*Statuti del Comune di San Miniato al Tedesco*, a cura di F. Salvestrini, Pisa, Ets, 1994, p. 410).

⁵⁵ Archivio Storico del Comune di San Miniato (ASCSM), *Statuti*, 2249, LXXXII-LXXXIV, LXXXVI, LXXXVIII, *Deliberazioni*, 2298, cc. 78r, 2307, cc. 28r, 53v, 55v, 61v-62r, 2308, cc. 18r, 56r.

Maria di Fortino, con la quinta parte incamerata al Comune. Per le istituzioni nate dopo quella data si concedeva un anno di tempo dalla morte del testatore per specificare un'eventuale altra istituzione beneficiaria⁵⁶. Credo possa scorgersi in questo provvedimento un tentativo di privilegiare i due ospedali, oltre che il Comune, in relazione all'ammontare dei legati testamentari, normalmente abbastanza alto in periodo di peste⁵⁷.

Ritroviamo a San Miniato anche la presenza di una qualche cooperazione istituzionale fra ospedali e magistrature specificamente dedicate, dal momento che nel 1396 il *venerabilis vir* frate Antonio di ser Paolo *preceptor* dell'ospedale di Sant'Antonio, con cinque dei sei ufficiali comunali per gli ospedali di Santa Maria de Fortino e di Santa Croce di San Miniato, elessero un camerlengo degli ospedali, per aiutarli nella parte finanziaria della loro amministrazione⁵⁸.

3. *Ospedali e difesa dell'identità civica.* Se anche in Toscana, come è stato già evidenziato per il Veneto⁵⁹, l'ambito assistenziale rimase sostanzialmente un fatto municipale nel costituirsi dello stato regionale, in alcuni casi significativamente «quasi cittadini» lo stringersi attorno a un proprio ospedale assunse una ancor più intensa valenza politica con riferimento all'autonomia comunale: la difesa di San Gimignano contro il presule volterrano che abbiamo già incontrato sembrerebbe aver avuto tale connotato, così come l'ottenimento da parte di Montalcino dell'esenzione fiscale per i propri ospedali concessa dal Comune di Siena nel 1380⁶⁰. Il caso più clamoroso rimane forse quello di Colle Val d'Elsa, Comune che negli anni Cinquanta del Trecento preferí rischiare sette anni di scomunica pontificia piuttosto che cedere il proprio ospedale, nel frattempo divenuto sede della locale magistratura di governo, ad alcuni fiorentini; alla fine fu la stessa Firenze ad intuire la delicatezza del problema politico e a deliberare contro i propri stessi cittadini in favore della comunità appena assorbita⁶¹.

⁵⁶ Ivi, *Statuti*, 2249, LXXXVII.

⁵⁷ Un esempio riguardante la situazione fiorentina può trovarsi in J. Henderson, *Pietà e carità nella Firenze del Basso Medioevo*, Firenze, Le Lettere, 1998, pp. 311-368.

⁵⁸ ASCSM, *Deliberazioni*, 2308, c. 56r.

⁵⁹ G.M. Varanini, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere nelle città della Terraferma veneta nel Quattrocento*, in *Ospedali e città*, cit., pp. 107-155.

⁶⁰ ASCM, *Santa Maria della Croce*, *Diplomatico*, doc. n. 277.

⁶¹ S. Abélès, *Du lieu d'assistance au noyau de résistance? L'hospice de Colle val d'Elsa durant les premières années de la domination florentine (1349-1365)*, in «Mélanges de l'Ecole française de Rome – Moyen Âge», CXXV, 2013, 1, pp. 149-168.

Già il Comune di Prato, comunque, nel dicembre 1309 aveva preferito impedire che il controllo del lebbrosario di Ponte Petrino, teoricamente sottoposto alla diocesi di Firenze, andasse a un candidato gradito ai Gigliati e sostenuto anche dall'aristocrazia pratese filofiorentina, altrimenti più tollerata del solito in quegli anni di vicinanza al guelfismo nero⁶²; del resto la normativa pratese degli stessi anni considerava la difesa dei patrimoni degli ospedali in un'ottica esplicitamente antimagnatizia, e il Comune era maggiormente orientato nel conferire il rettorato del lebbrosario al convento eremitano di Sant'Anna⁶³. Il problema si ripropose non molto tempo dopo: nel 1311, in Consiglio generale, il capitano del Popolo Ubertino Gabrielli da Gubbio, con il guardiano dei Minori, il priore di Predicatori e i ministri del Terz'ordine, diede conto della loro inchiesta contro l'ospedaliero Enrico di Jacopo, trovandolo colpevole di «male tractare» i beni dell'ospedale. Il Consiglio propose allora nuovamente l'elezione del priore dei frati di Sant'Anna come ospedaliere, ottenendo una schiacciatrice maggioranza⁶⁴. La vicenda si inscrive probabilmente nel quadro più ampio di insofferenza verso il controllo fiorentino su Prato, che di lì a poco avrebbe visto nella dedizione alla monarchia angioina un pur labile tentativo di arginamento⁶⁵. La questione si riaprì nel 1334, quando Giovannino Cenni, converso laico dell'ospedale di San Gallo di Firenze, asserì di aver ottenuto il rettorato dell'ospedale di Ponte Petrino dal cardinale legato Gian Gaetano Orsini e dal suo giudice delegato Fredo Ranucci, canonico di Firenze. Il Comune di Prato si oppose, rimediando così una scomunica da parte del vescovo di Pistoia Baronto. Ne nacque una causa presso Paolo, prevosto della chiesa di

⁶² La proposta di far nominare i rettori da Simone e Gotofredo Tosinghi e da Bartolo e Jacopo dei Ricci da Firenze, sostenuta da esponenti delle famiglie pratesi dei Pugliesi e dei Guazzalotti, fu infatti bocciata in Consiglio: ASPO, *Comune, Diurni*, 70, c. 197r. L'ospedale di Ponte Petrino era sotto il controllo comunale almeno dal 1260, ma forse anche da prima, se nel 1256 il podestà ne sorvegliava l'attività in merito al controllo delle presenze dei lebbrosi in città (R. Nuti, *Lo Spedale del Ponte Petrino e la sua Chiesa*, in «Archivio storico pratese», X, 1931-1932, pp. 152-158; XI, 1933-1934, pp. 81-88; 85; cfr. anche *Consigli del Comune di Prato*, cit., pp. 375-376). Sul contesto politico, abbastanza delicato, si veda Cristiani, *Il libero comune di Prato*, cit., pp. 405-412: il 6 aprile dello stesso 1309 i Neri pratesi furono cacciati dai Bianchi e dai ghibellini, anche se per breve tempo.

⁶³ ASPO, *Comune, Statuti*, 2, fr. 16, c. 53r.

⁶⁴ ASPO, *Comune, Diurni*, 71, c. 306v.

⁶⁵ Cristiani, *Il libero comune di Prato*, cit., pp. 411-412; S. Raveggi, *Protagonisti e antagonisti nel libero Comune, in Prato. Storia di una città*, cit., I, pp. 620-621; e da ultimo P. Terenzi, *Gli Angiò nell'Italia centrale. Potere e relazioni politiche in Toscana e nelle Terre della Chiesa (1263-1335)*, Roma, Viella, 2019, pp. 101-102.

Imola, appositamente nominato da papa Giovanni XXII, in cui il Comune presentò chiara documentazione in cui si dimostrava che «a quo comune notorie nunc spectat et pertinet et spectavit et pertinuit [...] plena gubernatio, cura, proteptio, reformatio et administratio domus communis Prati de Ponte Petrino, Florentine diocesis, et omnium bonorum et iurium et pertinentiorum eiusdem et quod comune Prati est et fuit in pacifica et libera possessione ipsius et bonorum et pertinentiarum et iurium temporibus infrascriptis»⁶⁶.

Tuttavia, il tentativo di intromissione più significativo che il Comune dovette affrontare fu quello del vescovo di Pistoia, che considerava gli ospedali pratesi soggetti alla propria autorità e quindi tassabili da parte sua. Già nel 1281 il Consiglio del capitano del Popolo stabilì la nomina di un ambasciatore, che andasse dal vescovo per chiedergli «amore communis» di sospendere la richiesta di imposte agli ospedali della Misericordia e del Dolce «terre Prati» e di revocare il processo e la sentenza in vigore contro gli ospedalieri⁶⁷. La questione era ancora di attualità nel 1375, anno di un processo celebrato presso la stessa curia vescovile a seguito della scomunica dei rettori degli ospedali, con tanto di testimoni scelti fra i prelati più anziani che erano stati al servizio dell'amministrazione diocesana. La versione di praticamente tutti i testimoni fu l'ammissione della pertinenza teorica degli ospedali pratesi alla diocesi pistoiese, simboleggiata dal suo inserimento all'interno dei libri amministrativi, ma anche del fatto che i censi dovuti non venivano riscossi a memoria di ciascuno di loro. La consuetudine vinse, dunque, sulla base anche dell'evidenza documentaria, rappresentata in questo caso dai suoi vuoti, e il processo alla fine confermò la richiesta del Comune di considerare «domus et loca seu hospitalia prophana et privata et propria dicti communis Prati, et ad ipsum communis Prati pleno iure [...] pertinent et spectant», privi dunque, per consuetudine, di qualsiasi connotato ecclesiastico⁶⁸.

Nel 1373, un altro chierico, il fiorentino Giovanni di Leonardo Strozzi, aveva tentato di rivendicare il rettorato della Misericordia e per questo chiese l'autorizzazione delle autorità fiorentine, mentre l'anno precedente ambasciatori pratesi si trovavano a Firenze ancora per difendere il lebbrosario di Ponte Petrino; è importante sottolineare come non si trattasse più, per Prato, di difendere i singoli ospedali, ma di mettere bene in chiaro alle

⁶⁶ ASPo, *Capitoli*, 36, fr. 5 (c. 12v per la citazione).

⁶⁷ *Consigli del Comune di Prato*, cit., pp. 351-352.

⁶⁸ ASFi, *Diplomatico, Prato, Misericordia e Dolce*, doc. del 30-I-1375; ASPo, *Fondo Buonamici, Spogli di Antichi Documenti*, 2, 2/2, Libro II, cc. 2r, 157r-169r.

autorità esterne l'esistenza di un sistema laico e comunale dell'assistenza, come dimostra il fatto che le spese legali e la missione diplomatica furono finanziate sicuramente dall'ospedale del Dolce, ma non è da escludere anche dagli altri enti assistenziali⁶⁹. Anche in questo caso il Comune di Prato riuscì a dimostrare l'estraneità dei propri ospedali a qualsiasi autorità che non fosse la propria⁷⁰ e il governo fiorentino esentò gli ospedali della Misericordia e del Dolce e il Ceppo Vecchio da qualsiasi tassazione; va comunque segnalato che nel 1378 il governo fiorentino risulta aver acquistato beni fondiari degli ospedali pratesi, con l'impegno a redistribuire loro le rendite così ottenute, probabile forma di compromesso alla luce del riconoscimento appena avvenuto, forse legato anche a contestuali difficoltà gestionali da parte degli enti⁷¹. Sembra, inoltre, che l'esenzione fiscale non comprendesse le prestanze e qualche forma di imposta straordinaria stabilita dalla Dominante, se all'inizio del Quattrocento Francesco di Marco Datini risultava creditore dell'ospedale della Misericordia, retto per un periodo dal suo fattore Barzalone di Spedaliere, proprio per il pagamento di imposte varie⁷². Imposte straordinarie potevano anche essere richieste dal Comune di Prato, come quella del 1387 per i lavori alla cinta muraria⁷³.

Merita di essere considerato anche il testamento del rettore della Misericordia di Prato, Francesco di Tieri, morto nel 1373, che resse l'ospedale nel periodo di avvio della vertenza giudiziaria con il vescovo di Pistoia. Dieci anni prima egli nominò infatti la Misericordia come erede universale di ogni suo bene, con la clausola assai significativa che la *proteptio*, il *dominium* e la *gubernatio* dell'ente rimanessero al Comune di Prato; in caso contrario sarebbe stato il Ceppo Vecchio a dover procedere alla vendita dei suoi beni in qualità di esecutore testamentario⁷⁴. Anche se si tratta del testamento di un addetto ai lavori, è molto probabile che più di un pratese condividesse il medesimo senso civico nei confronti degli enti caritatevoli

⁶⁹ Bologni, *Gli Antichi Spedali*, cit., I, pp. 104-105.

⁷⁰ Ivi, II, pp. 74-77.

⁷¹ ASPo, *Comune, Diurni*, 78, c. 14v.

⁷² Bologni, *Gli Antichi Spedali*, cit., I, pp. 109, 119; II, pp. 78-79. Il problema derivante dalla perdita di beni immobili tassabili da parte del Comune, causato dalle donazioni agli enti assistenziali fiscalmente esenti, è stato evidenziato per la realtà senese da S.R. Epstein, *Alle origini della fattoria toscana. L'ospedale di Santa Maria della Scala di Siena e le sue terre, c.1250-c.1450*, Firenze, Salimbeni, 1986, pp. 52-53.

⁷³ Bologni, *Gli Antichi Spedali*, cit., I, p. 108.

⁷⁴ ASFi, *Diplomatico, Prato, Misericordia e Dolce*, doc. del 28-XII-1363; Bologni, *Gli Antichi Spedali*, cit., II, pp. 69-71, 89-91.

della propria comunità, come dimostra anche la vicenda della fondazione del Ceppo Nuovo di Francesco di Marco Datini, sottoposta alle medesime clausole di «laicità»⁷⁵.

4. *Un'assistenza diversamente urbana.* Confrontando tra loro le situazioni descritte, emerge senz'altro una sostanziale affinità con quanto avveniva nelle *civitates*⁷⁶, ossia la selezione di uno o più enti assistenziali da parte delle autorità comunali, che ne assumevano il controllo mediante la nomina dei vertici, l'emanazione di provvedimenti giuridici e fiscali che agevolavano l'accumulo e la difesa dei beni ospedalieri. La collaborazione degli ordini mendicanti, con le connesse forme di vita religiosa, pare molto sviluppata, segnatamente nei casi di Prato, Montepulciano e San Miniato, arricchendo l'elenco dei soggetti che contribuivano a rendere l'assistenza pienamente civica. In ambito «quasi cittadino», però, la gestione centralizzata dell'assistenza sembra essere stata più forte e, almeno nei casi di Prato, San Gimignano e Montalcino, anche più precoce, nella misura in cui dopo la metà del XIII secolo, quando nelle città il percorso di assorbimento istituzionale della beneficenza mediante precisi enti selezionati iniziava a dispiegarsi, nelle principali *terre* era già pienamente attuato, non di rado tramite efficaci resistenze ai tentativi di intromissione delle istituzioni ecclesiastiche locali. Oltre agli episodi già menzionati relativi ai tentativi di intervento di diocesi e monasteri, la documentazione alla base di questo studio non ha consentito di rilevare azioni significative delle pievi locali nei secoli in oggetto, anche in luoghi come San Gimignano e San Miniato in cui queste giocavano un ruolo di primo piano. Non è detto che dappertutto si sia assistito a una marginalizzazione analoga a quella verificatasi a Prato⁷⁷, ma si tratta in ogni caso di silenzi significativi, sempre riferibili, è bene ribadirlo, a precisi enti assistenziali oggetto di attenzione da parte delle autorità comunali, che

⁷⁵ Nanni, *L'ultima impresa*, cit., pp. 294-295. Il legame tra Comune e ospedali sarebbe rimasto forte ancora per lungo tempo, come emerge in G. Pinto, I. Tognarini, *Povertà e assistenza*, in *Prato, storia di una città*, II, *Un microcosmo in movimento (1494-1815)*, a cura di E. Fasano Guarini, Firenze, Le Monnier, 1986, pp. 429-500, e in Luongo, Nanni, *Prato, i pratesi*, cit., pp. 97-98.

⁷⁶ I confronti con la situazione delle città toscane si basano su quanto rilevato in Luongo, *Gli ospedali civici*, cit.

⁷⁷ Nel caso di San Miniato il formarsi del dominio comunale fu comunque caratterizzato proprio da una progressiva sovrapposizione della propria autorità a quella pievana tra XII e XIII secolo; cfr. V. Mazzoni, *San Miniato al Tedesco. Una terra toscana nell'età dei comuni (secoli XIII-XIV)*, Pisa, Pacini, 2017, pp. 23-40.

ovviamente non esauriscono l'intera esperienza assistenziale delle singole località. Ulteriori ricerche in questa direzione potranno senz'altro aiutare a eventualmente calibrare meglio la questione.

Le ragioni di questa maggiore presa sul sistema assistenziale risiedono con tutta probabilità da un lato nelle minori dimensioni di questi centri, che consentivano sicuramente alle istituzioni di poter operare un controllo più agevole ed efficace sulla popolazione; ciò, ovviamente, vale soprattutto per i casi del nostro campione con un peso demografico inferiore. Altrettanto fondamentale, tuttavia, risulta essere il tratto più caratteristico delle «quasi città», ossia l'assenza di un vescovo residente, che liberava il Comune dal più potente dei potenziali concorrenti sulla questione ospedaliera: è un dato di fatto che, seppur in varia misura, tutti i Comuni cittadini dei secoli XIII e XIV (molti anche in seguito) hanno dovuto in qualche modo dividere la gestione degli ospedali con le diocesi di riferimento. In materia di pubblica assistenza il «quasi» non costituiva un handicap, ma al contrario liberava da un vincolo che poteva risultare limitante, come dimostrano esplicitamente i casi di Prato, San Gimignano e Montalcino.

Quanto sappiamo di un'altra importante «quasi città» toscana, anche se posta in diocesi di Città di Castello, ossia Sansepolcro, la avvicina senz'altro ai casi presentati: nel corso del Trecento infatti il Comune, anche mediante altri enti tra cui spicca la locale Fraternita della Misericordia⁷⁸, controllava almeno undici ospedali (Santa Maria al Fondaccio, San Biagio e Bartolomeo, Santa Maria al Melello, San Niccolò, San Baronzio, Montevicchi, San Cristofano, Frate Luca dell'Alpe, San Lorenzo, San Lazzaro, Ponte sul Tevere), essendo in grado di intervenire direttamente nelle loro questioni economiche. Nella seconda metà del secolo il governo organizzò la cura dei gettatelli, affidandola al San Niccolò e al San Lorenzo, e delegò i priori della Fraternita alla vigilanza sull'amministrazione di un numero di ospedali che crebbe tra XIV e XV secolo. Anche a Sansepolcro la protezione comunale sugli ospedali rimase sostanzialmente immune da influenze esterne, portando nel Quattrocento all'ormai per noi «classico» procedimento giudiziario contro la nuova Dominante, Firenze⁷⁹.

⁷⁸ Il modello ricorda quello, molto noto, della vicina Arezzo, sulla quale basti il rimando ad A. Moriani, *Assistenza e beneficenza ad Arezzo nel XIV secolo: la Fraternita di Santa Maria della Misericordia*, in *La società del bisogno*, cit., pp. 19-35; Ead., *Esperienze assistenziali ad Arezzo tra XIII e XIV secolo*, in *Civitas Bendita*, cit., pp. 29-47. Più in generale, cfr. Benvenuti, *La municipalizzazione della solidarietà*, cit.

⁷⁹ Scharf, *Gli ospedali di Sansepolcro*, cit., pp. 28-30.

Non meraviglia, dunque, constatare che accanto ai significati istituzionali, legati all'amministrazione civica dei principali enti, e comunitari, riferiti invece alla compresenza di più soggetti che partecipavano concretamente alla vita degli ospedali, anche in ambito «quasi cittadino» si siano potuti affiancare anche caratteri spiccatamente identitari. L'aggettivo «civico», che possiamo tranquillamente utilizzare per gli enti oggetto della selezione comunale, assume un significato polivalente, in piena rappresentanza di un contesto generale in cui gli ospedali si trovavano ad essere i luoghi di sovrapposizione di molteplici reti di legami politici, economici e religiosi⁸⁰. Ciò che sembra contraddistinguere alcune *terre* è la declinazione difensiva del carattere identitario, che non si riscontra altrettanto nettamente nelle città: a Pistoia o ad Arezzo, ad esempio, il mantenimento del controllo comunale sull'assistenza dopo l'ingresso nel dominio fiorentino non pare essere stato oggetto di particolari contrasti⁸¹. È da supporre che i fattori della laicizzazione del controllo assistenziale – non sempre pacifica agli occhi dei soggetti esterni ai contesti locali – e del progressivo ridimensionamento demografico abbiano ulteriormente rafforzato le disponibilità economiche e il ruolo identitario degli ospedali civici, innescando forti ed efficaci reazioni ai tentativi di intromissione esterna, fino al caso limite di Colle Val d'Elsa.

Poggibonsi può finalmente entrare nel nostro discorso, in quanto parrebbe confermare le tendenze descritte a causa della sua eccezionalità: lo statuto locale del 1332 non va oltre l'elemosina comunale di 5 staia e mezzo di grano da consegnare annualmente all'ospedale dei Poveri di Calcinaia⁸², dal 1319 soggetto all'ospedale di Santa Maria della Scala di Siena⁸³, nonostante il centro valdelsano gravitasse politicamente nell'orbita fiorentina. Credo che la debolezza delle istituzioni in materia assistenziale si possa spiegare proprio con la precoce perdita di autonomia politica di Poggibonsi (1270), avvenuta nel momento in cui gli altri centri consolidavano la presa sul sistema assistenziale; la sottomissione impedí probabilmente

⁸⁰ Su questo tema cfr. M. Gazzini, *Ospedali e reti. Il Medioevo*, in *Redes hospitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad*, coord. C. Villanueva Morte, A. Conejo de Pena, R. Vilagrasa Elias, Zaragoza, Istitucion Fernando El Católico, 2019, pp. 13-30.

⁸¹ Luongo, *Gli ospedali civici*, cit., pp. 87-93.

⁸² Archivio di Stato di Siena (ASSI), *Comune di Poggibonsi, Statuti*, 1, cc. 151r-v.

⁸³ ASSI, *Ospedale di Santa Maria della Scala*, pergg. del 16-IX-1319 e del 30-IX-1319, cas. 634.

il verificarsi di un percorso analogo a quanto succedeva altrove⁸⁴. Anche se forse esistono i margini per approfondire ulteriormente la questione, si tratta di un ritardo evidentemente significativo.

L'autonoma crescita istituzionale del secondo Duecento, legata all'emergere del Comune popolare, fu dunque fondamentale per il consolidamento della relazione tra istituzioni e ospedali e spiega la tenuta di quest'ultima anche dopo il crollo demografico di metà Trecento e l'inclusione dei centri nelle orbite politiche di Firenze e Siena. Quando le due Dominanti inglobarono le *terre* qui prese in esame, la gestione comunale dell'assistenza era ormai un meccanismo pienamente formato, che impediva l'assorbimento degli ospedali civici da parte dei loro omologhi cittadini. Il campione di Balestracci che abbiamo descritto in apertura, infatti, ci parla di realtà in cui le istituzioni cittadine, in particolare quelle ospedaliere, non mancarono di estendere la loro rete dove possibile, soprattutto dopo la peste del 1348⁸⁵, trovando però nei centri qui analizzati spazi di manovra limitati dal sicuro interesse delle istituzioni comunali verso gli stessi obiettivi, che si dispiegava con regolarità da molto tempo. Va da sé, ovviamente, che il controllo comunale non era sempre garanzia di buon operato da parte degli enti assistenziali: ancora nel caso meglio conosciuto tra quelli presi qui in esame, Prato, tra Tre e Quattrocento sembrano essersi verificate pesanti intromissioni da parte delle locali fazioni politiche nella gestione degli enti assistenziali e forse anche nella nomina dei relativi ufficiali in sostituzione delle istituzioni comunali, fatti che avrebbero portato con sé abusi e malversazioni⁸⁶. Questi e altri problemi sono indicati come motivazioni di una serie di tre riforme ravvicinate promosse dai podestà fiorentini tra 1452 e 1456, che ebbero come scopo il ripristino del consueto ruolo del Comune, riuscendo peraltro resistere a pressioni da parte del

⁸⁴ S. Pucci, *Una comunità della Valdelsa nel medioevo. Poggibonsi e il suo statuto del 1332*, Poggibonsi, Lalli, 1995. Non mancarono a Poggibonsi ulteriori fondazioni ospedaliere nel corso del Trecento, almeno cinque, di cui tre avvenute a ridosso dello statuto (1331-1333), e una, del 1390, di pertinenza dell'Arte degli Speziali: cfr. Ch.M. de la Roncière, *Firenze e le sue campagne. Mercanti, produzione, traffici*, Firenze, Olschki, 2005, p. 111. Ulteriori ricerche potranno valutare eventuali progressi nel loro inquadramento istituzionale.

⁸⁵ Epstein, *Alle origini della fattoria toscana*, cit., p. 56 ha evidenziato come dopo la peste l'ospedale di Santa Maria della Scala di Siena abbia moltiplicato gli assorbimenti di ospedali al di fuori del proprio territorio come a Montefollonico (1356), Monte San Savino (1362), Rieti (1364), Barberino Val d'Elsa (1381).

⁸⁶ Sulle difficoltà e sui rischi della concreta gestione economica degli enti assistenziali, cfr. S. Tognetti, *Imprese ospedaliere e imprese private. Sistemi contabili e amministrativi a confronto*, in *Alle origini del welfare*, cit., pp. 277-305.

commissario apostolico Giovanni da Napoli e del Comune di Firenze, che volevano approfittare della situazione per aumentare la loro presenza nella gestione degli enti⁸⁷. Varrebbe la pena approfondire ulteriormente anche per le altre realtà – non solo quasi-cittadine – quanto i percorsi di riforma che avrebbero portato, in molti dei casi noti, a una sempre maggiore centralizzazione dell'assistenza tra la fine del Medioevo e la prima Età moderna possano aver attraversato fasi di più o meno prolungata crisi legate al mutare di tempi e contesti, nonché eventuali strategie di risposta adottate dalle istituzioni.

5. *Spunti finali: un modello interpretativo estendibile?* Giunti a questo punto è opportuno allargare lo sguardo fuori dalla Toscana, nel tentativo di iniziare a capire quanto il modello assistenziale «quasi cittadino» qui proposto possa estendersi anche altrove, tenuto ovviamente conto che solo una ricerca mirata su larga scala potrà raggiungere l'obiettivo in maniera più solida. Il particolare caso di Monza si dimostra un utile termine di confronto, data la sua vicinanza a una delle città più grandi dell'Europa di allora, Milano, che sicuramente fece sentire la sua influenza anche in ambito ospedaliero, generando quella che è stata definita «una tradizione di interferenze»⁸⁸. In ogni caso, le trame milanesi non impedirono il formarsi anche a Monza di un solido legame tra alcuni ospedali e il Comune: l'ospedale di San Gerardo, ad esempio, risulta gestito da laici per conto dell'autorità comunale e della canonica di San Giovanni già dal 1174, anno della sua fondazione; all'epoca di Azzone Visconti la revisione delle attività dell'ospedale era sottoposta alla vigilanza di commissioni comunali, così come la sua difesa, attuata con la collaborazione dei frati del Terz'ordine umiliato, e l'approvazione dell'elezione dei rettori, condivisa, par di capire sempre meno volentieri, con la canonica. Queste caratteristiche fecero sì che gli ospedali potessero rivestire un ruolo che superava le funzioni assistenziale ed economica fino a rappresentare un'occasione di formazione del gruppo dirigente. L'accentramento operato dalla riforma quattrocentesca milanese si concretizzò con il San Gerardo in un controllo delle sue attività che non prevedeva alcuna forma di gestione diretta da parte dei deputati ducali; i deputati laici responsabili dell'attività ospedaliera venivano ancora scelti dal comune di Monza, pur

⁸⁷ V. Mazzoni, *Regimi mono e bipartitici, parti, regimi, fazioni, compagnie e società nello stato territoriale fiorentino fra Trecento e Quattrocento*, in «Archivio Storico Italiano», CLXXIV, 2016, pp. 211-247, in particolare pp. 232-235; Luongo, Nanni, *Prato, i pratesi*, cit., pp. 91-97.

⁸⁸ M. Gazzini, *L'esempio di una «quasi-città»: gli ospedali di Monza e i loro rapporti con Milano (secoli XIII-XV)*, in *Ospedali e città*, cit., pp. 179-207, in particolare pp. 182-186.

con l'approvazione formale dei vertici dell'Ospedale Maggiore milanese⁸⁹. Dinamiche davvero coincidenti con quanto rilevato in Toscana possono trovarsi a Varese, dove nella seconda metà del Duecento fu fondato l'ospedale di San Giovanni, «emanazione della società laica [...] che volle dotare il borgo di una struttura assistenziale posta sotto il suo diretto controllo», esercitato dal Comune e dalla confraternita (*schola*) fondatrice di San Giovanni Battista. Ancor più significativa la vicenda del più antico ospedale Nifontano, fondato nel 1173 e inserito nel locale inquadramento ecclesiastico: sempre nella seconda metà del Duecento l'ospedale dovette affrontare prima, con successo, il tentativo di intromissione dell'arcivescovo di Milano nell'elezione dei rettori, per poi subire un graduale ma deciso processo di assorbimento da parte del Comune, che probabilmente sfruttò la situazione per ergersi a garante dell'autonomia istituzionale dell'ente. Nel 1325 il Comune nominava il rettore (*magister*) dell'ospedale, approvava l'ingresso dei nuovi *fratres* mediante il Consiglio comunale, e ne controllava la gestione del patrimonio. Nel 1337 venne introdotta la limitazione a un anno del mandato rettorale, per favorire un controllo più stretto del Comune sui vertici da esso nominati, a testimonianza della presenza di problemi analoghi a quelli riscontrati a Montepulciano e Montalcino. La convinzione che l'ente fosse sotto la protezione comunale era talmente radicata che si giunse a inventare una tradizione che voleva l'ospedale fondato direttamente dal Comune stesso, fatto che non mancò di suscitare proteste formali da parte della pieve locale, con tanto di momentanea incarcerazione dei rettori nel 1343⁹⁰.

Differenti risultano invece il caso di Monselice, nel Padovano: la prima fondazione comunale di un ospedale, il lebbrosario di San Michele, risale al 1191, anche se già nel 1162 il Comune aveva fornito il terreno sul quale far sorgere l'ospedale di San Giacomo, destinato all'accoglienza dei pellegrini, senza però rilevarne la gestione. Ciò non impedì al San Giacomo di diventare con il XIII secolo «centro di attrazione per la società comunale, nelle sue varie componenti, della quale esprimeva le esigenze spirituali in chiave di religiosità delle opere, attraverso l'aiuto ai poveri, l'assistenza ai malati, la valorizzazione del lavoro agricolo e della mercatura». Nel complesso, però,

⁸⁹ Ivi, pp. 187-192, 197-201.

⁹⁰ Sulla situazione varesina il riferimento è A. Lucioni, *Carità e assistenza a Varese nel Medioevo: la genesi del sistema ospedaliero nel borgo prealpino*, in *I luoghi della carità e della cura. Ottocento anni di storia dell'Ospedale di Varese*, a cura di M. Cavallera, A.G. Ghezzi, A. Lucioni, Milano, FrancoAngeli, 2002, pp. 31-98, in particolare pp. 61-72 per le citazioni.

nonostante il forte legame instauratosi tra ordini mendicanti e istituzioni civiche, le iniziative assistenziali sembrano aver qui mantenuto un carattere prettamente ecclesiastico, che le istituzioni comunali si limitarono a favorire ed appoggiare⁹¹. La mancanza di «aggressività» degli ospedali cittadini veneti, che a lungo non diedero forma a reti di dipendenza comprendenti enti extraurbani sul modello toscano o lombardo⁹², potrebbe fornire un elemento in più – certamente non determinante di per sé – per spiegare una convivenza più tranquilla con la città di riferimento.

Appena al di fuori della Toscana storica troviamo Pontremoli, in Lunigiana, terra dotata di numerosi ospedali per pellegrini già dall'XI secolo a causa della sua posizione di transito, ma proprio per questo soggetta di frequente alle mire di poteri esterni, dalle famiglie aristocratiche dei dintorni (Malaspina, Antelminelli, Fieschi) alle signorie scaligera e viscontea. La debolezza della diocesi di riferimento forse aggravò ulteriormente l'esposizione del Comune agli interventi esterni. A livello ospedaliero questo si tradusse in una frammentazione che vedeva i vari enti esposti alle influenze di soggetti esterni come il monastero di San Benedetto di Leno, l'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma, gli ordini degli Ospitalieri e degli Antoniani; in età più tarda rispetto al periodo qui preso in considerazione (metà del XV secolo), il Comune giunse a controllare almeno l'ospedale di San Lazzaro⁹³. Sappiamo decisamente troppo poco per essere sicuri di alcunché, ma sulla base delle poche informazioni disponibili non pare improbabile che l'assetto di fondo dell'assistenza pontremolese sia andato formandosi e fissandosi tra XI e primo XIII secolo⁹⁴, fatto che potrebbe aver tardato il processo di assorbimento istituzionale dell'assistenza ancor più del frequente mutamento di

⁹¹ A. Rigon, *Le istituzioni ecclesiastiche e la vita religiosa*, in *Monselice: storia, cultura e arte di un centro «minore» del Veneto*, a cura di A. Rigon, Monselice, Canova, 1994, pp. 217-224, 226. Sul San Giacomo anche Id., *S. Giacomo di Monselice nel Medio Evo (sec. XII-XV). Ospedale, monastero, collegiata*, Padova, Istituto per la Storia Ecclesiastica Padovana, 1972. Per un profilo di Monselice si può partire da D. Canzian, *Il basso Medioevo a Monselice (secolo XI-inizio XV)*, in *Monselice nei secoli*, a cura di A. Rigon, Monselice, Canova, 2009, pp. 41-62.

⁹² Varanini, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere*, cit., pp. 154-155.

⁹³ In ogni caso l'ospedale risulta sicuramente attivo almeno dalla metà del secolo precedente, cfr. O. Ricci, *Ospedali e territorio. Lunigiana e Garfagnana a confronto*, in «Memorie della Accademia Lunigianese di Scienze, Lettere ed Arti Giovanni Capellini. Scienze storiche e morali», LXXXV, 2015, pp. 147-179: 173-176.

⁹⁴ La presenza «ospedaliera» di San Benedetto di Leno risale almeno all'XI secolo, mentre Ospitalieri e Antoniani sono attestati dal XII secolo. L'influenza del Rodolfo Tanzi è sicura da metà Trecento, ma non credo sia impossibile che abbia avuto origine nel secolo precedente, essendo l'ospedale parmigiano attivo dall'inizio del Duecento; cfr. ivi, pp. 167-173.

soggezione. Il ripetuto cambio di soggezione politica è peraltro riscontrabile a partire dal Trecento anche a Sansepolcro, dove abbiamo incontrato una situazione ben differente, ma Sansepolcro pare aver conosciuto proprio nel Duecento quel fermento spirituale legato alla diffusione del Minoritismo, anche in ambito laico, che abbiamo già riscontrato altrove, fenomeno che produsse in quel periodo una proliferazione di nuove fondazioni ospedaliere⁹⁵.

In tutt'altro contesto, ma sempre in una *terra* con ambizioni da *civitas*, Gualdo Tadino, il notaio Deotesalvi di Giovanni Ugolini fondò nel 1260 un ospedale per i *pauperes Christi*, affidandone la gestione all'abate di San Benedetto e la protezione e la conferma dei rettori al Comune⁹⁶. Considerato che il monastero di San Benedetto era il luogo intorno al quale l'insediamento di Gualdo era rinato nel XII secolo, creando le condizioni per la nascita del Comune, possiamo senz'altro affermare che individuando in esso e nel Comune i due enti di riferimento per l'ospedale, il suo fondatore abbia inteso conferirgli una piena dimensione civica. È probabile anzi che la supervisione comunale possa essere intesa come il riflesso dell'avanzamento dell'istituzione, chiaramente testimoniato dal XIII secolo, che offriva una tutela in più sulla correttezza dell'esecuzione del legato testamentario con cui l'ospedale era nato.

Si tratta di una singola menzione non priva di problematicità per quanto riguarda la ricostruzione del contesto più generale in cui inserirla, considerando la presenza a Gualdo di almeno altri quattro ospedali, di cui non si sa quasi nulla, e che tra XIII e XIV secolo si sarebbe sviluppata l'attività assistenziale della confraternita dei Raccomandati di Santa Maria⁹⁷; la funzione di residenza del vescovo di Nocera che Gualdo svolse sempre di più nel corso del Trecento potrebbe, inoltre, aver influito nel senso di uno stemperamento o di una condivisione del controllo comunale sugli ospedali⁹⁸. L'altezza cronologica della fondazione dell'ospedale di Deotesalvi e

⁹⁵ Czortek, *Eremo, convento, città*, cit., pp. 61-69, 84-85.

⁹⁶ P. Monacchia, *Ospedali in Umbria nel secolo XIII*, in *L'Umbria nel XIII secolo*, a cura di E. Menestò, Spoleto, Cisam, 2011, pp. 105-166: 159-161.

⁹⁷ Da quanto riportato R. Guerrieri, *Storia civile ed ecclesiastica di Gualdo Tadino*, Gubbio, Oderisi, 1933, pp. 580-583, sembra che l'ospedale della confraternita dipendesse dal vescovo di Nocera. Cfr. anche R. Brentano, *Death in Gualdo Tadino and in Rome (1340, 1296)*, in *Studia Gratiana: post octava decreti saecularia, XIX-XX Melanges G. Fransen*, 1, Bologna, Ateneo Salesiano, 1976, pp. 85-94.

⁹⁸ Sulle caratteristiche da «quasi città» di Gualdo, cfr. A. Luongo, *Da castrum a terra: Gualdo Tadino nei secoli XIII e XIV*, in *Fra Elemosina e la riscrittura della memoria cittadina a Gualdo*

le sue caratteristiche si collegano, in ogni caso, con il modello toscano, testimoniando anche a Gualdo analoghi fermenti in atto.

In conclusione, vale dunque senz'altro la pena moltiplicare i casi di studio per poter valutare, al netto delle molteplici declinazioni locali possibili, se i fattori di precocità del controllo pubblico di uno o piú enti assistenziali e della loro eventuale difesa da intromissioni esterne possano riscontrarsi anche in altre realtà contraddistinte da chiare inclinazioni a comportarsi a guisa di città, pur non essendolo secondo i parametri italiani dell'epoca. Come dimostra la casistica appena riportata, non è affatto detto che dappertutto le linee di tendenza qui proposte possano trovare piena accoglienza, ma in tutti i casi il progredire delle nostre conoscenze in merito non sarebbe, credo, privo di interesse.

