

OSPEDALI E RETI. IL MEDIOEVO*

MARINA GAZZINI

Università degli Studi di Parma

UNA METAFORA E LA SUA APPLICAZIONE

Fuori da ogni retorica, posso sinceramente affermare che è per me un grande onore essere stata invitata a tenere la relazione inaugurale del VI incontro degli «Abrils de l'Hospital». Il simposio internazionale quest'anno è stato dedicato al tema delle reti ospedaliere, indagate sotto l'aspetto storico, economico e socio-logico-sanitario. Condivido appieno l'adozione della metafora della «rete» perché ritengo che essa sia una stimolante chiave di lettura per comprendere la complessa realtà degli ospedali di ogni tempo e luogo.

L'ospedale, inteso sia come ente sia come comunità di persone, non costituisce infatti un'isola, ma si trova inserito in un fitto intrico di connessioni reticolari. Fin dalle loro antiche origini, gli ospedali risultano essere stati nodi di reti differenti attraverso le quali sono circolati uomini, merci, denaro, ma anche idee e modelli: di assistenza, di sanità, di architettura, di gestione amministrativa e aziendale, di relazione sociale. La metafora della rete ci invita allora da un lato a riflettere su come e quanto la fisionomia di questi modelli, idee, uomini, merci, denari circolanti sulla rete ospedaliera risulti condizionata dalla struttura della medesima e, viceversa, su come e quanto le reti ospedaliere vengano influenzate dal quadro politico, culturale, economico all'interno del quale esse si dipanano.

Per venire al mio ambito disciplinare di indagine –la storia del medioevo– le fonti attestano la presenza di reti ospedaliere nelle città così come nelle campagne. Esse erano punti di riferimento non solo per i malati, quanto e piuttosto per i *pauperes* e le *miserabiles personae*, ovvero individui fragili dal punto di vita

* Il presente contributo è prodotto delle attività di ricerca del PRIN 2015, *Alle origini del welfare (XIII-XVI secolo). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*, coordinatore scientifico G. Piccinni.

economico, biologico e sociologico, bisognosi di aiuto e protezione: orfani e bambini abbandonati, vecchi, vedove, pellegrini, viaggiatori, poveri. Queste reti non erano tutte uguali e non rispondevano alle medesime sollecitazioni. Di densità variabile nello spazio e nel tempo, esse erano caratterizzate alle volte da un forte spontaneismo, altre volte da una precisa progettualità: è il noto caso delle reti legate agli ordini ospedalieri, estese tra l'Europa e la Terrasanta, ma non dobbiamo trascurare l'esistenza di reti a raggio più locale, poste alle dipendenze di monasteri importanti o connesse all'attività di laici-religiosi civicamente impegnati, come quelle italiane dei monaci di Bobbio o dei beati Facio da Verona e Gualtieri da Lodi, tutte estese sull'area padana, la prima nell'alto medioevo, le ultime due nel basso.

In questa sede, fra le tante variabili in cui si declinò il binomio ospedali-reti, ho deciso di soffermarmi su quelle che paiono più promettenti da analizzare nella prospettiva di quella reciprocità di correlazioni sopra enunciata. Anzitutto affronterò le reti della religiosità perché gli ospedali, per quanto potessero essere di fondazione ecclesiastica come laica e soggetti al controllo dei poteri pubblici come della Chiesa, furono collegati a lungo in maniera indissolubile con il fenomeno del pellegrinaggio e con la pratica delle opere di misericordia. Passerò quindi ad analizzare le reti del potere e delle relazioni sociali: gli ospedali furono oggetto di costante attenzione da parte di chi deteneva il potere, ovvero i sovrani, la Chiesa, i signori, le autorità municipali e le *élites*, che se ne servirono per attuare politiche utili ad aiutare i membri meno fortunati della società e a proteggere la tenuta di questa, ma anche per governare e affermare il proprio ruolo dominante in qualità di tutori della popolazione. Andrò quindi a prendere in considerazione le reti economiche perché, grazie alle ricchezze mobiliari e immobiliari accumulate, gli ospedali entrarono nei distretti economici locali partecipando attivamente allo sfruttamento della terra e del denaro. Sia chiaro: solo per comodità espositiva affronterò queste tre reti –di religiosità, di potere, di economia– in paragrafi distinti. Esse erano invece intrecciate fra loro in maniera indissolubile: la ragnatela di legami che le reti ospedaliere crearono si estese in tutti e tre gli ambiti precedentemente considerati.

È da parte mia doveroso precisare che, data la funzione della mia relazione, che è introduttiva a un folto gruppo di interessantissimi interventi, non intendo offrire una trattazione sistematica di tutti i punti enunciati. Anche le indicazioni bibliografiche saranno ridotte al minimo essenziale. Proporrò invece considerazioni di carattere generale, che mirano a fornire alcuni punti fermi dai quali partire per l'analisi del sistema delle reti ospedaliere. Le –poche– esemplificazioni che potrò fare nel limitato spazio a mia disposizione saranno riferite all'area che

conosco meglio, ovvero l'Italia centro-settentrionale. Mi scuso pertanto in anticipo del rischio di appiattimento che deriverà dal trascurare le tante specificità locali. Cercherò di compensare questo limite sforzandomi di allargare l'analisi anche agli ospedali alto e pieno medievali e a quelli rurali, tradizionalmente meno studiati rispetto agli ospedali urbani e basso medievali, stante anche, ovviamente, le minori tracce lasciate dai primi rispetto ai secondi.

OSPEDALI E RETI DI RELIGIOSITÀ

Nel medioevo il religioso permeava di sé il quotidiano, modellando mentalità e comportamenti, nel privato come nel pubblico. Anche l'attività di assistenza rientrava in questa atmosfera. Per buona parte dei secoli di mezzo i fondatori di ospedali furono infatti spinti da un sentimento religioso che voleva trovare una manifestazione concreta, e ortodossa, del proprio essere: al proposito, si è parlato di una «religiosità delle opere» e di una «spiritualità dell'azione» per indicare il tentativo di immissione in pratica delle istanze di rinnovamento religioso e della volontà di partecipazione alla vita della Chiesa espresse dal laicato.¹

La fondazione di ospedali riguardò tanto le *élites* aristocratiche, quanto i ceti produttivi e popolari: se le prime furono presenti durante tutto l'arco dei secoli medievali, i secondi si misero significativamente in luce quando arrivarono ad affermarsi anche a livello politico, in particolar modo tra i secoli XII e XIV. Proprio in relazione a questo periodo, e alla civiltà comunale italiana, è stata individuata una specifica categoria di santità, le cui componenti essenziali furono l'elemosina, la beneficenza, la pace.

Fra i vari mercanti, artigiani e altri lavoratori che si distinsero per avere fondato un ospedale, diventando così oggetto di un culto popolare che li portò alla beatificazione, si ricordano Ranieri di Pisa, Omobono da Cremona, Gerardo Tintori di Monza, Raimondo Palmerio di Piacenza, i già menzionati Gualtieri da Lodi e Facio da Verona, Alberto di Villadogna (Bergamo), Amato Ronconi da Saludecio (Rimini), Lucchese da Poggibonsi, Andrea Gallerani e Pietro Pettinaio di Siena. Tale santità, tipicamente secolare, è stata definita «della strada e del ponte», «della

¹ Di «religiosità delle opere» parlò per primo Ovidio Capitani (Capitani, Ovidio, *Introduzione* a Mollat, Michel, *I poveri nel medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1983 (Paris, 1978), pp. V-XXXVI, p. XXVII ss.) mentre a una «spiritualità dell'azione» fece riferimento André Vauchez (Vauchez, André, *La spiritualità dell'Occidente medievale. Secoli VIII-XII*, Milano, Vita e pensiero, 1978, pp. 72 ss.).

carità e del lavoro», o ancora santità laica «*de Populo*». Spesso le figure e i culti relativi a questi santi assumevano infatti anche una valenza politica, o perché tali personaggi intervenivano, in nome della pace e della giustizia cittadina, nelle lotte tra le fazioni politiche locali, o perché il ricordo delle loro gesta, i loro lasciti materiali (tra i quali le fondazioni ospedaliere) e la devozione sorta nei loro confronti venivano in seguito ripresi come vessillo della comunità municipale.²

La rete di religiosità nella quale era inserito l'ospedale medievale non coinvolgeva però soltanto le figure dei fondatori. L'ospedale medievale era infatti un luogo ove tutti gli uomini e le donne dell'epoca potevano esperire il religioso. I *fratres*, le *sorores*, i conversi, gli oblati, i donati, e tutte quelle altre figure che nel loro insieme formarono delle comunità ospedaliere, si collocano infatti sotto l'ambigua denominazione del *laicus religiosus*, coniata nel XIII secolo da Enrico da Susa, cardinale *Hostiensis*, per indicare quegli uomini e quelle donne che vissero la propria vocazione cristiana senza abbandonare lo *status* laicale, consacrando a Dio senza necessariamente abbracciare una regola.³ Alcuni di questi laici religiosi dediti alle opere di carità entrarono comunque in veri e propri ordini ospedalieri, dotati quindi di norme codificate, e diffusi in tutta la Cristianità, come i Templari, i cavalieri di San Giovanni Gerosolimitano, i Teutonici, i canonici regolari di Sant'Antonio di Vienne, gli ospedalieri di Santo Spirito in Sassia, i *fratres* di San Giacomo di Altopascio, giusto per citare i maggiori.⁴

Vocazione di questi frati ospedalieri, iscritti o meno in un ordine religioso, era assistere i pellegrini e curare le strade che questi percorrevano per arrivare alle mete della Cristianità. Il nesso con i percorsi della religiosità fece degli ospedali medievali perni importanti di organizzazione del territorio e della viabilità. Le testimonianze storiche, ma anche quelle archeologiche, rivelano infatti l'intensificarsi delle fondazioni assistenziali in quei contesti, sia urbani sia rurali, che risultavano attraversati da importanti vie di comunicazione, terrestri, fluviali e marittime. Nel caso di alcuni percorsi il fenomeno è più studiato, come per le

² Vauchez, André, «Comparsa e affermazione di una religiosità laica (XII secolo-inizio XIV)», in *Storia dell'Italia religiosa*, Vauchez, A. (ed.), *L'Antichità e il Medioevo*, I, Roma-Bari, Laterza, 1993, pp. 397-425.

³ Rando, Daniela, «“Laicus religiosus” tra strutture civili ed ecclesiastiche: l'ospedale di Ognissanti in Treviso (sec. XIII)», in Merlo, G. G. (ed.), *Esperienze religiose e opere assistenziali nei secoli XII e XIII*, Torino, Il Segnalibro, 1987, pp. 43-84.

⁴ Per una panoramica generale si veda Esposito, Anna e Rehberg, Andreas (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia, Atti del Convegno, Roma 16 giugno 2005*, Roma, Viella, 2007, pp. 137-157.

strade dirette alle grandi mete dei pellegrinaggi medievali: Roma, Santiago di Compostella e Gerusalemme. Dobbiamo tenere comunque presente che tutte le reti di comunicazione erano costellate dalla presenza di ospedali che, almeno fino a quando non si affermò un sistema di ospitalità professionale, svolsero tra l'altro anche una funzione di ospitalità al viandante e al forestiero a 360 gradi.⁵

Il rapporto tra ospedali e strade è stato abbondantemente sottolineato dagli storici che hanno fatto notare come si trattasse di un nesso biunivoco: l'ospedale sorgeva dove c'era una strada, ma una strada aveva più probabilità di successo se sul suo percorso si trovavano comunità di ospedalieri che si occupassero non solo dell'assistenza agli *utentes stratis* (pellegrini, mercanti e militari), ma anche della manutenzione delle strutture di passaggio e di valico, come i ponti.⁶ *Domus pontis* sorgevano in prossimità di passaggi importanti, ed erano gestite da comunità religiose di frati pontiferi.⁷ Come l'ospedale risentisse del circuito di comunicazioni e quale fosse a sua volta l'influenza che esso e la sua comunità esercitava su questo circuito emergono fra le necessarie domande che lo storico degli ospedali medievali deve porsi.

OSPEDALI E RETI DI POTERE

Se alcune sollecitazioni alla fondazione di istituzioni ospedaliere assumono quindi valenza generale, come quelle in senso lato religiose appena illustrate, occorre tuttavia contestualizzare ciascun progetto assistenziale per comprenderne le ragioni più specifiche e per non rischiare di applicare a ogni ente *clichés* interpretativi non adatti a tutti i contesti storici e geografici.

Ospedali e reti nascevano infatti a seguito di iniziative differenti. Si contano molti casi di fondazioni, o di successive tutele, pubbliche o comunque legate a personaggi detentori di poteri anche pubblici: tra i fondatori e patroni di ospe-

⁵ Sebbene esistenti sin dall'antichità, solo dal XIII secolo taverne, alberghi e locande si affermarono come luoghi di ospitalità diffusa e controllata dalle autorità. Peyer, Hans Conrad, *Viaggiare nel Medioevo. Dall'ospitalità alla locanda*, Roma-Bari, Laterza, 1990 (Hannover, Hahnsche Buchhandlung, 1987).

⁶ Gazzini, Marina, «Gli utenti della strada. Mercanti, pellegrini, militari», *Reti Medievali Rivista*, III (2002) <www.rivista.retimedievali>.

⁷ Albini, Giuliana, «Strade e ospitalità, ponti e ospedali di ponte nell'Emilia occidentale (secc. XII-XIV)», in Greci, R. (ed.), *Studi sull'Emilia occidentale nel Medioevo: società e istituzioni*, Bologna, Clueb, 2001, pp. 205-251.

dali medievali troviamo infatti imperatori e imperatrici, re e regine, poteri cittadini, e naturalmente anche papi e vescovi. Già questa banale constatazione fa comprendere come l'ospedale fosse inserito in reti di potere, che significavano non solo la possibilità di ottenere ricche dotazioni patrimoniali, ma anche privilegi fiscali e giurisdizionali.

La questione delle competenze sugli ospedali fu molto controversa e divenne occasione di scontri fra le autorità. In quanto *opera pietatis* o *pia loca*, gli ospedali erano infatti generalmente considerati enti «para-ecclesiastici». ⁸ Era alla Chiesa che *in primis*, per tradizione, spettava la cura dei poveri, e di conseguenza il controllo sugli enti che di poveri si occupavano come gli ospedali: sia nell'alto sia nel basso medioevo essi venivano ricordati nei diplomi regi e imperiali, negli atti conciliari, nelle deliberazioni municipali, nei documenti privati, quali componenti di una triade religiosa formata da chiese, monasteri e ospedali appunto. ⁹ L'assistenza era tuttavia un compito pubblico: non a caso, Carlo Magno inserì fra i doveri del sovrano l'*officium hospitalitatis*. ¹⁰

Se nei secoli altomedievali la compenetrazione tra le due sfere del potere ¹¹ pose in secondo piano il problema della pertinenza giurisdizionale, fu nel basso medioevo che gli attriti tra la Chiesa, romana o locale, e i poteri laici si acutizzarono anche sotto il rispetto del controllo degli enti ospedalieri. A partire dal Duecento, si moltiplicarono difatti le fondazioni laiche. Nell'Italia dei comuni, in particolare, i poteri municipali si fecero promotori di fondazioni ospedaliere

⁸ Imbert, Jean, «Ospedale», in *Dizionario degli istituti di perfezione*, Roma, Edizioni Paoline, 1980, VI, coll. 922-942 (col. 927); Prosdocimi, Luigi, *Il diritto ecclesiastico dello stato di Milano dall'inizio della signoria viscontea al periodo tridentino (secc. XIII-XVI)*, Milano, Cisalpino-Goliardica, 1941.

⁹ La triade è ricordata ad esempio per l'alto medioevo nella folta serie di diplomi indirizzata al monastero di Bobbio (Gazzini, Marina, «La rete ospedaliera di Bobbio fra alto e basso medioevo», in Destefanis, E. e Guglielmotti, P., *La diocesi di Bobbio. Formazione e sviluppi di un'istituzione millenaria*, Firenze, FUP Reti medievali, 2015, pp. 481-507 <www.ebook.reti-medievali.it>) e per il basso nella documentazione trecentesca dell'ospedale Santa Maria della Scala di Siena in distinzione dai patrimoni laici (Piccinni, Gabriella, «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.) *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 133-154 (p. 136) <www.rivista.retimedievali.it>).

¹⁰ Nel 793. Cosmacini, Giorgio, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2011, p. 150.

¹¹ Tabacco, Giovanni, «Il volto ecclesiastico del potere nell'età carolingia», in Chittolini, G. e Miccoli, G. (edd.), *La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986, pp. 5-41.

definite esplicitamente come appartenenti al Comune e alle società di arti, di armi e di Popolo che in quel periodo si affiancarono al primo nella gestione del potere.¹² Questo non significò tanto la secolarizzazione delle strutture ospedaliere, quanto una decisa appropriazione da parte dei pubblici poteri del controllo dei sistemi assistenziali all'interno dei quali gli ospedali erano collocati.

Le tappe di questo processo furono molteplici e non lineari. Nei primi decenni del Trecento il papato intervenne in merito all'amministrazione degli ospedali, attraverso una serie di disposizioni emanate durante i concili di Ravenna (1311) e di Vienne (1312) e con la successiva compilazione delle *Constitutiones Clementinae*. A metà del XIV secolo tuttavia capitava che i giuristi si interrogassero ancora sulla natura, religiosa o laica, degli enti ospedalieri a seguito del tentativo di questi ultimi di sfuggire a imposizioni tributarie. La finalità degli ospedali non era infatti dimostrare una volta per tutte la propria natura giuridica, quanto trovare gli argomenti che, di volta in volta, potevano apparire più efficaci per ottenere esenzioni.¹³

Risulta significativa al proposito l'altalenanza di sgravi ed imposizioni che interessò l'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma che nel 1255 aveva ottenuto dal Comune l'esenzione dal pagamento di *laudagium seu dacia*, ma cui in seguito il Comune medesimo impose collette e oneri avendo verificato che i membri della

¹² A Parma, Siena, Pisa, Firenze, Padova, Verona, Venezia per esempio. La bibliografia ospedaliera è davvero sconfinata: mi limito pertanto qui a ricordare, in riferimento alla questione citata nel testo, Pullan, Brian, *La politica sociale della Repubblica di Venezia, 1500-1620*, 2 voll., Roma, Il Veltrò, 1982 (Oxford, Blackwell, 1971); Henderson, John, *Piety and Charity in Late Medieval Florence*, Oxford, Clarendon Press, 1994; Ronzani, Mauro, «Nascita e affermazione di un grande «Hospitale» cittadino: lo Spedale Nuovo di Pisa dal 1257 alla metà del Trecento», in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, Atti del convegno, Pistoia 9-12 ottobre 1987*, Pistoia, CISSA, 1990, pp. 201-235; Piccinni, Gabriella, *Il banco dell'ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012; Varanini, Gian M.^a, «Per la storia delle istituzioni ospedaliere nelle città della Terraferma veneta», in Grieco, A. J. e Sandri, L. (edd.), *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Firenze, Le Lettere, 1997, pp. 107-155; Gazzini, Marina, «L'impegno assistenziale», in Greci, R. (ed.), *Studi sul Medioevo emiliano. Parma e Piacenza in età comunale*, Bologna, Clueb, 2009, pp. 111-120, rimandando per ulteriori approfondimenti bibliografici a Gazzini, Marina, «Ospedali nell'Italia medievale», *Reti Medievali Rivista*, 13 (2012) <www.rivista.retimedievali.it>.

¹³ Gazzini, Marina, «Verso la riforma ospedaliera. Un *consilium sapientis* del 1349», in Maffei, P. e Varanini, G. M.^a (edd.), *Honos alit artes. Studi dedicati a Mario Ascheri per il suo settantesimo compleanno*, 4 voll., I, Firenze, FUP Reti medievali, 2014, pp. 55-64 <www.ebook.retimedievali.it>.

sua comunità non abitavano nell'ospedale e dunque non meritavano gli sgravi fiscali: questo almeno secondo una denuncia fatta negli anni 1326 e 1328 dal pontefice Giovanni XXII, che al tempo estendeva il suo dominio temporale su Parma e che dichiarava il Rodolfo Tanzi esente da oneri verso la Chiesa e il Comune.¹⁴ La vicenda parmense mostra bene come l'ospedale medievale fosse inserito in molteplici reti di potere, alcune locali altre sovra-locali, e come sulla sua fisionomia si giocassero anche altre partite, non ultima quella dei complicati rapporti che, nel tardo medioevo, si crearono tra il Papato e i potentati italiani, e più in generale europei, in merito al governo delle istituzioni ecclesiastiche.¹⁵

Sul finire del medioevo, le esigenze della società sollecitarono una riforma amministrativa degli ospedali, giudicati inefficienti e male amministrati. Il processo mise in prima linea i poteri laici. Gli ospedali divennero infatti inevitabilmente fulcro di politiche pubbliche nel momento in cui, in maniera sempre più urgente a partire dal Trecento, si dovettero fronteggiare problemi come ondate epidemiche, rivolgimenti politici, crisi economiche e il crescente pauperismo. Non si trattava solo di politiche sanitarie e di ordine sociale, ma anche di iniziative tese a rafforzare l'immagine dei detentori del potere nella loro veste di *domini* misericordiosi e di garanti del bene comune.

Tali iniziative sorsero comunque all'interno di una società consapevole che la propria stessa conservazione dipendeva anche da forme di protezione verso i più deboli e dal tamponamento di situazioni critiche che, se lasciate andare, potevano causare disordini. In un periodo in cui l'approccio alla povertà cambiò decisamente rispetto al passato, in quanto si cominciò a discutere non solo sul dovere cristiano dell'inclusione sociale ma anche sui rischi dell'esclusione economica,¹⁶ si levarono voci che invitavano chi di dovere ad assumersi le proprie responsabilità. È quanto emerge ad esempio nel 1430 in una delle tante proposte arrivate a Gian Francesco Gonzaga, signore e poi marchese di Mantova, a seguito di una consultazione popolare da lui stesso indetta per ricevere consigli su come migliorare la città. Un cittadino suggerì l'istituzione di un ufficio che provvedesse a distribuzioni gratuite di grano e altre derrate alimentari ai poveri in caso

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Bizzocchi, Roberto, «Chiesa religione stato agli inizi dell'Italia moderna», in Chittolini, G., Molho, A. e Schiera, P. (edd.), *Origini dello Stato. Processi di formazione statale in Italia fra medioevo ed età moderna*, Bologna, Il Mulino, 1994, pp. 493-513; Chittolini, Giorgio, «Stati regionali e istituzioni ecclesiastiche nell'Italia centro-settentrionale del Quattrocento», in *La Chiesa e il potere politico...*, op. cit., pp. 147-193.

¹⁶ Albini, Giuliana, *Poveri e povertà nel medioevo*, Roma, Carocci, 2016.

di aumento dei prezzi. Secondo il proponente, questo ufficio sarebbe stato per il signore occasione per manifestare la propria *pietas* e per restituire al popolo una parte di quanto egli prelevava, facendo così aumentare la platea della popolazione indigente.¹⁷ Se il primo argomento si rifà a una tradizione risalente fin all'età post-constantiniana, quando lo stato cominciò ad elargire, accanto ai sussidi distribuiti come annona civica a favore della *plebs*, aiuti alimentari specificamente destinati ai poveri,¹⁸ il secondo assunto appare più originale e ancorato a un'analisi contemporanea: le esose politiche fiscali signorili –denunciava il cittadino– avevano ridotto alla povertà un mantovano su cento. L'ufficio non si fece, almeno non fino al Cinquecento: i Gonzaga tuttavia avrebbero controllato l'assistenza ai poveri riformando dapprima il duecentesco consorzio elemosiniero di Santa Maria della Cornetta, alla guida del quale misero uomini a loro fedeli, e poi la rete ospedaliera locale che a metà Quattrocento venne concentrata in un nuovo ente che prese lo stesso nome del predetto consorzio elemosiniero.

In molti luoghi, infatti, si mirò a un coordinamento delle iniziative sociali affinché, non più isolate come in passato, interagissero fra loro in maniera proficua. A questo servì la riforma ospedaliera che interessò importanti centri italiani ed europei.¹⁹ In alcuni luoghi però –ed è bene ricordarlo– non si verificò

¹⁷ Nicolini, Ugo, «Principe e cittadini: una consultazione popolare del 1430 nella Mantova dei Gonzaga», in *Mantova e i Gonzaga nella civiltà del Rinascimento, Atti del convegno, Mantova 6-8 ottobre 1974*, Mantova, Accademia virgiliana, 1977, pp. 35-46; Navarrini, Roberto e Belfanti, Carlo M., «Il problema della povertà nel ducato di Mantova. Aspetti istituzionali e problemi sociali (secoli XIV-XVI)», in Politi, G., Rosa, M. e Della Peruta, F. (edd.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna, Atti del Convegno, Cremona 28-30 marzo 1980*, Cremona, Libreria del convegno editrice, 1982, pp. 121-136, p. 124: il notaio Giovanni Rozzi propone che «si vero...blada et similia magis cara vendi pauperibus, fiat officium et domus in qua continue sint blada et ligumina et similia venallia et continuo dentur pauperibus... nam pium est principem subvenire multitudini a qua continue capit introitum, et quia in patria pro uno quoque divite sunt centum pauperes».

¹⁸ Questi ultimi avrebbero dovuto essere amministrati dai sacerdoti cristiani che, proprio inaugurando un nuovo linguaggio che per la prima volta spostava l'accento sulla contrapposizione tra poveri e ricchi e non più tra cittadini e non cittadini, si ritagliarono uno spazio del tutto nuovo e personale all'interno della società: Brown, Peter, *Povertà e leadership nel tardo impero romano*, Roma-Bari, Laterza, 2003 (Hanover and London, Brandeis University Press, 2003).

¹⁹ Bianchi, Francesco e Ston, Marek, «Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale», *Ricerche di storia sociale e religiosa*, 69 (2006), pp. 7-45; Frank, Thomas, *Heilsame Wortgefechte. Reformen europäischer Hospitäler vom 14. bis 16. Jahrhundert*, Göttingen, V & R unipress, 2014.

una pianificazione dell'assistenza che rimase parcellizzata, anche se non per questo meno efficace: è il caso di città italiane certo non di secondo piano, come Roma e Venezia. Il confronto tra i sistemi assistenziali di realtà che conobbero la riforma ospedaliera, tendente alla centralizzazione amministrativa o comunque alla specializzazione dei servizi di cura, e quelli che invece proseguirono sulla strada del frazionamento antico, non è ancora stato condotto in maniera sistematica: si auspicano pertanto future indagini in questa direzione.

Così come andrebbero studiate più a fondo le resistenze, documentate in numerosi centri, nei confronti delle politiche di riforma assistenziale, e in generale degli interventi a favore di una gestione centralizzata delle risorse ospedaliere. I contrasti tra i vertici degli ospedali e le autorità furono sempre all'ordine del giorno, sia nel corso della maggioranza dei secoli medievali quando gli ospedali venivano governati da rettori religiosi, accusati spesso di cattiva gestione ma per motivi tante volte pretestuosi, sia nel Quattrocento quando collegi laici posti al governo degli ospedali riformati compivano scelte non sempre nel solco della volontà di chi questa riforma aveva stimolato.²⁰ Milano è un esempio di questa resistenza a una riforma ospedaliera voluta dai duchi, realizzatasi nel corso di più di cinquant'anni alle volte con il forte sostegno degli arcivescovi, alle volte con questi contrari, e osteggiata da parte della città. Quando si parla di controllo degli ospedali da parte delle oligarchie urbane –fenomeno riscontrabile ovunque– bisogna infatti verificare se queste oligarchie coincidessero con i detentori della cosa pubblica, come nel caso delle realtà a regime repubblicano, o se costituissero una controparte di questa, una controparte alle volte allineata, altre volte ostile, come appunto nel caso della Milano principesca. Il profilo istituzionale dei luoghi entro i quali gli ospedali trovavano collocazione è dunque punto di riferimento imprescindibile per ogni indagine sulla fisionomia assistenziale di quel centro medesimo: in un contesto frazionato come quello medievale, ogni generalizzazione risulta pericolosa.

Per ribadire il concetto di reciprocità di influenze enunciato in apertura di intervento, non va infine dimenticato che gli ospedali erano al centro di un potere esercitato non solo dall'esterno, ma anche da loro stessi: il potere dell'ospedale si esplicava ad esempio nello stabilire gerarchie di interventi, favorendo l'una o l'altra categoria di bisognosi, e nel controllo degli uomini che vivevano

²⁰ Gazzini, Marina, «La maleficenza. Malversazioni e altri abusi economici negli ospedali della Lombardia medievale», in Muzzarelli M. G. e Righi L. (edd.), *Storie di frodi*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 147-166.

sui territori, urbani come rurali, marcati dalla propria presenza. Con quest'ultimo spunto, ci addentriamo nell'ultima tipologia di rete che prenderò qui in considerazione, quella economica.

OSPEDALI E RETI DI ECONOMIA

Trattare di ospedali e di reti economiche è fondamentale perché l'ospedale medievale era indubbiamente un luogo di ricchezze che non rimanevano racchiuse entro le sue mura. Si trattava di ricchezze ultraterrene, perché qui si poteva investire nell'aldilà, redimendo vite di peccatori tramite il dono al prossimo bisognoso dei propri beni e persino della propria persona, se necessario. La stessa terminologia di *donatus/a* per indicare, in alcuni contesti, quanti si dedicavano alla vita ospedaliera, è esemplificativa al proposito. Ma si trattava soprattutto di ricchezze terrene: grazie a lasciti e donazioni numerosi ospedali divennero non solo grandi proprietari immobiliari e fondiari, riuscendo di conseguenza ad entrare nel mercato della terra e dei prodotti agro-alimentari, ma anche gestori di capitali mobili, assumendo in certi casi persino la funzione di monti di deposito e di prestito.

Le prime testimonianze in merito alle funzioni economiche assolte dagli ospedali risalgono all'alto medioevo. Nella sua precocità e abbondanza appare esemplare, per quanto indubbiamente eccezionale, la documentazione del citato monastero di San Colombano a Bobbio.²¹ In età carolingia e post carolingia il cenobio aveva fra le sue dipendenze ben dieci ospedali, sparsi tra Piemonte, Lombardia, Emilia. La funzione religioso-assistenziale di questi enti non è quella sulla quale le fonti insistano maggiormente: i documenti riferiscono al massimo se e quanti poveri questi enti assistevano, e in quali modalità, facendoci capire che quella più praticata era l'erogazione di elemosine e pasti, oppure ci informano nel caso in cui parte dei beni prodotti sulle terre controllate dagli ospedali servisse per gli infermi del monastero. *Xenodochia* e *hospitalia* emergono invece dalla documentazione monastica soprattutto in un'ottica patrimoniale: gestiscono terre, regolano i rapporti con i contadini, producono beni. Gli ospedali dipendenti da Bobbio governavano *curtes* e altri possedimenti a struttura non bipartita, riccamente dotati di terre colte e incolte, i proventi delle quali venivano destinati solo in minima parte ad attività assistenziali: servivano infatti per

²¹ Gazzini, Marina, «La rete ospedaliera di Bobbio...», *op. cit.*

lo più al mantenimento dei monaci stessi e alla commercializzazione, sia sul mercato locale sia nelle importanti piazze internazionali di Pavia e Piacenza.

Quantificare l'incidenza di questa presenza ospedaliera bobbiese sui mercati del tempo non è però possibile. L'operazione non risulta d'altronde semplice nemmeno quando ci si sposta su periodi, e su enti, caratterizzati da una maggiore disponibilità documentaria. La questione è difatti complessa e presenta molteplici sfaccettature. Alcuni ospedali, come il trecentesco Santa Maria della Scala di Siena, riuscivano a vendere i loro beni sul mercato e a lucrarci, o quanto meno a servirsi dei prodotti delle proprietà che gestivano, il grano ad esempio, per non essere dipendenti da speculatori esterni e per tenere bassi i prezzi che questi cercavano di tenere artificiosamente alti.²² Altri invece, come l'ospedale di Santa Maria dei Battuti di Treviso, riuscivano a farlo solo di rado, dal momento che in anni di scarsi raccolti e di conseguente aumento di bisognosi, la loro stessa produzione interna non era sufficiente per sfamare tutti, ovvero i poveri della comunità ospedaliera e i nuovi assistiti aumentati a causa della congiuntura negativa; tenuto anche conto che la politica economica dell'ospedale nei confronti dei propri fittavoli debitori risultava normalmente più tollerante di quella dei proprietari nobili o borghesi del territorio, si capisce come le entrate ospedaliere, da quel punto di vista, tendessero a essere più basse di quelle degli altri proprietari e quindi a non fare dell'ente assistenziale uno dei protagonisti del mercato urbano.²³ Inoltre, se in alcuni casi gli ospedali potevano accumulare prodotti alimentari in modo privilegiato grazie a sgravi fiscali (come ad esempio quelli ricordati sopra per il Rodolfo Tanzi di Parma), ciò non avveniva ovunque. Nella Repubblica veneta, ad esempio, i privilegi fiscali degli enti assistenziale erano abbastanza limitati; lo stato, per di più, non di rado attingeva al capitale ospedaliero, come nel citato caso di Treviso, per esigere crediti forzati, che poi tardava a restituire.

La partecipazione dell'ospedale al mercato urbano dei generi agro-alimentari deve naturalmente essere valutata anche in rapporto alla sua capacità di fare scorte e alle coeve politiche annonarie. Purtroppo, raramente disponiamo della

²² Piccinni, Gabriella, «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del welfare», in Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'etad mitjana*, Lleida, Pagès editors, 2017, pp. 139-151.

²³ Questo in riferimento ai secoli XV-XVI: Galletti, Giuliano, *Bocche e biade. Popolazione e famiglie nelle campagne trevigiane dei secoli XV e XVI*, Treviso, Edizioni Canova, 1994; Frank, Thomas, «The Lands of St Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti, Treviso, 15th-16th Century» in *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 249-279.

documentazione utile. Gli archivi di due centri di primo piano del ducato di Milano, la stessa Milano e Pavia, abbondano infatti di informazioni di carattere legislativo e amministrativo, e quelli di ospedali e consorzi elemosinieri in particolare di documenti relativi all'organizzazione economica dei luoghi pii, alle loro possibilità e alle loro scelte, ma solo di rado offrono informazioni precise sul valore e sull'ammontare delle scorte, elemento fondamentale per valutare l'effettiva incidenza di questi enti caritativi sui mercati cittadini.²⁴ E, per lo meno allo stato attuale delle conoscenze, nemmeno consentono verifiche come quella di grande interesse condotta sulle fondazioni della Napoli cinque-seicentesca che, per quanto risulti spostata più avanti rispetto al periodo qui trattato, è ricca di suggestioni anche per chi riflette sul medioevo.

Nella città napoletana, sia i poteri pubblici sia le famiglie dell'*establishment* sostennero ospedali e luoghi pii affinché si facessero carico dei bisogni delle frange più deboli della popolazione. Il fine voleva essere quello di disporre di ammortizzatori sociali che aiutassero a mantenere l'ordine pubblico e lo *status quo*. Grazie alle generose facilitazioni negli approvvigionamenti (sale e grano), ospedali e monasteri accumularono generi di consumo eccedenti rispetto ai consumi interni che immisero nel mercato esterno, costituito da una popolazione non solo di bisognosi, ponendo tali enti in concorrenza con l'annona e mettendo di conseguenza a rischio il sistema dei prezzi. Nonostante i divieti, ospedali, monasteri e altri luoghi pii continuarono a commerciare generi di consumo dando vita a un consistente contrabbando. Di sicuro questo era negativo per le pubbliche finanze, che traevano invece giovamento da un mercato controllato dei generi elementari: rimane invece da stabilire quanto gli ospedali napoletani, grazie all'immissione sul mercato di beni acquistati o prodotti senza vincoli anonari, contribuissero al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. Considerate le attestazioni di canali preferenziali nella spartizione degli alimenti e di un traffico illegale di generi alimentari e di abiti in due importanti enti napoletani, l'Annunziata e gli Incurabili, parrebbe poco:²⁵ ma le indagini sono in corso e potrebbero portare a risultati differenti.

²⁴ Zanetti, Dante, *Problemi alimentari di un'economia preindustriale. Cereali a Pavia dal 1398 al 1700*, Pavia, Boringhieri, 1964; Parziale, Lavinia, *Nutrire la città. Produzione e commercio alimentare a Milano fra Cinque e Seicento*, Milano, Franco Angeli, 2009.

²⁵ Salvemini, Raffaella, «Il consumo alimentare negli ospedali napoletani: aspetti e problemi di un approccio economico (secc. XVI-XVIII)», in Cavaciocchi, S. (ed.), *Alimentazione e nutrizione. Secc. XIII-XVIII, Atti del Convegno, Prato 22-27 aprile 1996*, Firenze, Le Monnier, 1997, pp. 852-866.

Se valutare l'effettiva incidenza della presenza ospedaliera nei mercati del tempo non è facile, ancora più problematico è dunque quantificare il miglioramento concreto apportato da tale presenza al benessere popolare. Si tratta tuttavia di una pista di ricerca che vale senz'altro la pena percorrere per cercare di capire quanto l'alimentazione e altre primarie necessità dei poveri fossero sostenute da ospedali e altri luoghi pii. Rimane inoltre da stabilire quanto questi istituti caritativi riuscissero ad agire in funzione anticiclica diversamente da quanto potevano fare altri protagonisti economici più vincolati al controllo delle annone.

Sicuramente, comunque, gli ospedali potevano inserirsi in maniera stabilizzatrice all'interno delle fluttuazioni economiche del tempo non solo offrendo cibo, ma anche lavoro, alloggi a fitti agevolati, cure mediche gratuite e denaro. Negli ospedali si maneggiava infatti denaro e non solo quello giunto a seguito di donazioni o legati pii. Ancor prima della nascita dei Monti di Pietà, le reti assistenziali e le reti finanziarie dialogavano infatti in maniera efficace. L'interazione fra ospedale e finanza è ben documentata. Alle volte si trattava dello svolgimento di servizi bancari veri e propri, come documentato in maniera particolarmente significativa a Siena.²⁶ «Città-banca», Siena produsse infatti un «ospedale-impresa», il Santa Maria della Scala, che rivestì

un ruolo centrale nell'intermediazione creditizia, accogliendo il risparmio dei cittadini sotto forma di depositi di denaro contante, sui quali pagava un interesse, proprio come avrebbe fatto una qualsiasi compagnia di mercanti e banchieri, procurandosi così una liquidità che poteva reinvestire o che utilizzava per prestare denaro al comune; quest'ultimo gli riconosceva a sua volta un interesse più consistente di quello che l'ospedale riconosceva ai propri finanziatori.²⁷

Sebbene questo ruolo creditizio degli istituti ospedalieri sia attestato anche in altre città,²⁸ più frequente risultava però il coinvolgimento degli ospedali in operazioni finanziarie gestite da mediatori esterni. A Vicenza, l'ospedale di

²⁶ Piccinni, Gabriella, *Il banco dell'ospedale di Santa...*, *op. cit.*

²⁷ Piccinni, Gabriella, «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale...», *op. cit.*, p. 150.

²⁸ Ad esempio a Firenze (Sandri, Lucia, «L'attività di banco di deposito dell'Ospedali degli Innocenti di Firenze. Don Vincenzo Borghini e la 'bancarotta' del 1579», in Pastore, A. e Garbellotti, M. (edd.), *L'uso del denaro: patrimoni e amministrazione nei luoghi pii e negli enti ecclesiastici in Italia: secoli XV-XVIII*, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 153-178), a Treviso (Pesce, Luigi, *Vita socio-culturale in diocesi di Treviso nel primo Quattrocento*, Venezia, Deputazione editrice, 1983, p. 42), a Napoli (Colesanti, Gemma e Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», in *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 309-344).

Sant'Antonio abate aveva nel Quattrocento un proprio conto corrente presso un banchiere locale dove depositava regolarmente somme che venivano a loro volta prestate ad altri richiedenti, tra cui il Comune, con gli interessi dei quali si interveniva in città «pro subveniendo necessitatibus populi». Quando si trattava dei propri interessi, il medesimo ente però non guardava in faccia a nessuno e si affidava alla Camera dei pegni comunale per far mettere all'asta i beni sequestrati ai propri debitori, tra i quali figuravano proprio quei poveri che in teoria avrebbe dovuto assistere.²⁹

Queste osservazioni economiche sul lungo periodo, con le quali è ora tempo di concludere, forniscono dunque, anche in relazione ad un'età più precoce e a contesti diversi rispetto a quelli che siamo soliti prendere in considerazione, un'esemplificazione concreta di come «fare rete», ossia coordinarsi e stabilire contatti produttivi, non sia un'invenzione del mondo contemporaneo ma una modalità operativa conosciuta e ben sperimentata anche nel medioevo in un settore chiave quale l'assistenza. Resta ora da lavorare tutti insieme su casi ben documentati nello sforzo congiunto di offrire un panorama investigativo il più completo possibile.

BIBLIOGRAFIA

- ALBINI, Giuliana, «Strade e ospitalità, ponti e ospedali di ponte nell'Emilia occidentale (secc. XII-XIV)», in Greci, R. (ed.), *Studi sull'Emilia occidentale nel Medioevo: società e istituzioni*, Bologna, Clueb, 2001, pp. 205-251.
- , *Poveri e povertà nel medioevo*, Roma, Carocci, 2016.
- BIANCHI, Francesco, *Ospedali e politiche assistenziali a Vicenza nel Quattrocento*, Firenze, FUP Reti medievali, 2014 <www.ebook.retimedievali.it>.
- BIANCHI, Francesco e SŁON, Marek, «Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale», *Ricerche di storia sociale e religiosa*, 69 (2006), pp. 7-45.
- BIZZOCCHI, Roberto, «Chiesa religione stato agli inizi dell'Italia moderna», in Chittolini, G., Molho, A. e Schiera, P. (edd.), *Origini dello Stato. Processi di formazione statale in Italia fra medioevo ed età moderna*, Bologna, Il Mulino, 1994, pp. 493-513.
- BROWN, Peter, *Povertà e leadership nel tardo impero romano*, Roma-Bari, Laterza, 2003 (Hanover and London, Brandeis University Press, 2002).

²⁹ Bianchi, Francesco, *Ospedali e politiche assistenziali a Vicenza nel Quattrocento*, Firenze, FUP Reti medievali, 2014, pp. 87-88 <www.ebook.retimedievali.it>.

- CAPITANI, Ovidio, «Introduzione», in Mollat, M., *I poveri nel medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1983, pp. V-XXXVI (Paris 1978).
- CHITTOLINI, Giorgio e MICCOLI, Giovanni (edd.), *La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986.
- CHITTOLINI, Giorgio, «Stati regionali e istituzioni ecclesiastiche nell'Italia centro-settentrionale del Quattrocento», in Chittolini, G. e Miccoli, G. (edd.), *La Chiesa e il potere politico*, *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986, pp. 147-193.
- COLESANTI, Gemma e MARINO, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 309-344 <www.rivista.retimedievali.it>.
- COSMACINI, Giorgio, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2011.
- ESPOSITO, Anna e REHBERG, Andreas (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia*, Roma, Viella, 2007.
- FRANK, Thomas, *Heilsame Wortgefechte. Reformen europäischer Hospitäler vom 14. bis 16. Jahrhundert*, Göttingen, V & R unipress, 2014.
- , «The Lands of St Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti, Treviso, 15th-16th Century», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 249-279 <www.rivista.retimedievali.it>.
- GALLETTI, Giuliano, *Bocche e biade. Popolazione e famiglie nelle campagne trevigiane dei secoli XV e XVI*, Treviso, Edizioni Canova, 1994.
- GAZZINI, Marina e Olivieri, Antonio (ed.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 133-154 <www.rivista.retimedievali.it>.
- GAZZINI, Marina, «Gli utenti della strada. Mercanti, pellegrini, militari», in *Reti Medievali Rivista*, 3 (2002), pp. 1-12 <www.rivista.retimedievali.it>.
- , «L'impegno assistenziale», in Greci, R. (ed.), *Studi sul Medioevo emiliano. Parma e Piacenza in età comunale*, Bologna, Clueb, 2009, pp. 111-120.
- , «Verso la riforma ospedaliera. Un *consilium sapientis* del 1349», in Maffei, P. e Varanini, G. M. (edd.), *Honos alit artes. Studi dedicati a Mario Ascheri per il suo settantesimo compleanno*, 4 voll., I, Firenze, FUP Reti medievali, 2014, pp. 55-64 <www.ebook.retimedievali.it>.
- , «La rete ospedaliera di Bobbio fra alto e basso medioevo», in Destefanis, E. e Guglielmotti, P. (edd.), *La diocesi di Bobbio. Formazione e sviluppi di un'istituzione millenaria*, Firenze, FUP Reti medievali, 2015, pp. 481-507 <www.ebook.retimedievali.it>.
- , «La maleficenza. Malversazioni e altri abusi economici negli ospedali della Lombardia medievale», in Muzzarelli M. G. e Righi L. (edd.), *Storie di frodi*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 147-166.

- HENDERSON, John, *Piety and Charity in Late Medieval Florence*, Oxford, Clarendon Press, 1994.
- IMBERT, Jean, «Ospedale», in *Dizionario degli istituti di perfezione*, Roma, Edizioni Paoline, 1980, VI, coll. 922-942.
- NAVARRINI, Roberto e BELFANTI, Carlo M., «Il problema della povertà nel ducato di Mantova. Aspetti istituzionali e problemi sociali (secoli XIV-XVI)», in Politi, G., Rosa, M. e Della Peruta, F. (edd.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, Libreria del convegno editrice, 1982, pp. 121-136.
- NICOLINI, Ugo, «Principe e cittadini: una consultazione popolare del 1430 nella Mantova dei Gonzaga», in *Mantova e i Gonzaga nella civiltà del Rinascimento, Atti del convegno, Mantova 6-8 ottobre 1974*, Mantova, Accademia Virgiliana, 1977, pp. 35-46.
- PARZIALE, Lavinia, *Nutrire la città. Produzione e commercio alimentare a Milano fra Cinque e Seicento*, Milano, Franco Angeli, 2009.
- PESCE, Luigi, *Vita socio-culturale in diocesi di Treviso nel primo Quattrocento*, Venezia, Deputazione editrice, 1983.
- PEYER, Hans Conrad, *Viaggiare nel Medioevo. Dall'ospitalità alla locanda*, Roma-Bari, Laterza, 1990 (Hannover, Hahnsche Buchhandlung, 1987).
- PICCINNI, Gabriella, *Il banco dell'ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012.
- , «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo, Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 133-154 <www.rivista.reti-medievali.it>.
- , «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del welfare», in Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'etad mitjana*, Lleida, Pagès Editors, 2017, pp. 139-151.
- PULLAN, Brian, *La politica sociale della Repubblica di Venezia, 1500-1620*, 2 voll., Roma, Il Veltro, 1982 (Oxford, Blackwell, 1971).
- RANDO, Daniela, «“Laicus religiosus” tra strutture civili ed ecclesiastiche: l'ospedale di Ognisanti in Treviso (sec. XIII)», in Merlo, G. G. (ed.), *Esperienze religiose e opere assistenziali nei secoli XII e XIII*, Torino, Il Segnalibro, 1987, pp. 43-84.
- RONZANI, Mauro, «Nascita e affermazione di un grande “Hospitale” cittadino: lo Spedale Nuovo di Pisa dal 1257 alla metà del Trecento», in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, Atti del convegno, Pistoia 9-12 ottobre 1987*, Pistoia, CISSA, 1990, pp. 201-235.
- PROSDOCIMI, Luigi, *Il diritto ecclesiastico dello stato di Milano dall'inizio della signoria viscontea al periodo tridentino (secc. XIII-XVI)*, Milano, Cisalpino-Goliardica, 1941.
- SALVEMINI, Raffaella, «Il consumo alimentare negli ospedali napoletani: aspetti e problemi di un approccio economico (secc. XVI-XVIII)», in Cavaciocchi, S. (ed.), *Alimentazione e nutrizione. Secc. XIII-XVIII: Atti della «Ventottesima Settimana di Studi», 22-27 Aprile 1996*, Firenze, Le Monnier, 1997, pp. 852-866.

- SANDRI, Lucia, «L'attività di banco di deposito dell'Ospedali degli Innocenti di Firenze. Don Vincenzo Borghini e la "bancarotta" del 1579», in Pastore, A. e Garbellotti, M. (edd.), *L'uso del denaro: patrimoni e amministrazione nei luoghi pii e negli enti ecclesiastici in Italia: secoli XV-XVIII*, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 153-178.
- TABACCO, Giovanni, «Il volto ecclesiastico del potere nell'età carolingia», in Chittolini, G. e Miccoli, G. (edd.), *La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea, Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986, pp. 5-41.
- VAUCHEZ, André, *La spiritualità dell'Occidente medievale. Secoli VIII-XII*, Milano, Vita e pensiero, 1978.
- , «Comparsa e affermazione di una religiosità laica (XII secolo-inizio XIV)», in De Rosa, G., Gregory, T. e Vauchez, A. (edd.), *Storia dell'Italia religiosa, 1, L'Antichità e il Medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1993, pp. 397-425.
- VARANINI, Gian M., «Per la storia delle istituzioni ospedaliere nelle città della Terraferma veneta», in Grieco, A. J. e Sandri, L. (edd.), *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Firenze, Le Lettere, 1997, pp. 107-155.
- ZANETTI, Dante, *Problemi alimentari di un'economia preindustriale. Cereali a Pavia dal 1398 al 1700*, Pavia, Boringhieri, 1964.