

GLI OSPEDALI: MODALITÀ E STRUMENTI DI FINANZIAMENTO (ITALIA CENTRO- SETTENTRIONALE, XII-XV SECOLO)*

GIULIANA ALBINI

Università degli Studi di Milano

UNA RIFLESSIONE SULLE MODALITÀ ATTRAVERSO LE QUALI GLI OSPEDALI (limitandoci ai secoli XII-XV e alla penisola italiana) garantivano la loro esistenza e le loro attività assistenziali si muove su un terreno incerto, che ha le sue radici in alcuni caratteri degli ospedali stessi: il loro essere *pia loca*, ossia condividere alcune dinamiche (in relazione alla costruzione e alla gestione dei patrimoni) proprie di enti ecclesiastici quali chiese e monasteri; il dover ottemperare a funzioni caritativo-assistenziali, che richiedevano notevoli disponibilità finanziarie; la grande disparità dei modelli fondativi e organizzativi e della loro evoluzione; la complessità dei rapporti con le istituzioni civili ed ecclesiastiche. La varietà è dunque evidente, soprattutto se confrontata con la scarsità di studi che affrontino in modo sistematico il tema proposto. Cercherò, dunque, di seguire due linee di riflessione:

- individuare diverse tipologie di finanziamento degli ospedali.
- valutare come le forme di finanziamento degli ospedali si siano trasformate nel periodo analizzato.

Luciano Palermo, riflettendo sulla gestione economica degli ospedali, ha sottolineato come gli ospedali possano essere considerati vere e proprie imprese, dal momento che «anche questi enti utilizzavano le proprie risorse economiche e il proprio capitale umano in vista del conseguimento degli obiettivi che i gestori intendevano realizzare; dunque, la «gestione economica» era lo strumento necessario per il raggiungimento delle finalità per le quali l'ente assistenziale era sorto, e la contabilità era a sua volta l'apparato delle registrazioni dei fatti economici acca-

* La bibliografia citata in questo lavoro è correlata a quella dei capitoli elaborati in questo volume da Marina Gazzini e Salvatore Marino. L'elenco bibliografico è stato preparato congiuntamente dai tre autori e può essere consultato alla fine del testo di Marino.

duti».¹ La sua lettura è in sintonia con la chiave interpretativa già suggerita da Federico Melis e proposta in altri studi:² non vi è alcuna incompatibilità tra svolgere attività di tipo assistenziale e possedere una struttura di tipo aziendale, dotandosi di strumenti contabili per un miglior controllo della ricchezza.³

Questo approccio, condivisibile per quanto riguarda i grandi enti ospedalieri tre-quattrocenteschi, deve essere riconsiderato per quanto riguarda gli ospedali di minori dimensioni e, soprattutto, per il XII e XIII secolo. In tale contesto e in tale periodo, infatti, molti enti assistenziali operavano contando di fatto sulla certezza di nuovi finanziamenti, una prospettiva in linea con i particolari caratteri e le funzioni di tali enti, che forse potremmo definire di «redistributori di carità». Gli ospedali erano in quel periodo fortemente caratterizzati dall'essere comunità religiose, composte da persone che si mettevano al servizio dei poveri e dei malati. Dal punto di vista economico essi non erano certo un'eccezione al più generale precetto che imponeva la tutela e salvaguardia dei beni ecclesiastici (quali erano ritenuti i beni degli ospedali). Ma essi, alla necessità di avere risorse per il mantenimento dei membri della comunità, aggiungevano i costi del mantenimento di poveri e malati: l'erogazione di servizi, dunque, richiedeva una disponibilità di risorse che i patrimoni fondiari, spesso ancora esigui, non consentivano di sostenere. È una prospettiva che cambia notevolmente con le aumentate necessità di assistenza e con la progressiva perdita dei caratteri di comunità religiosa degli ospedali.

Facciamoci guidare ancora dalle riflessioni di Luciano Palermo, che individua tre modelli di gestione, che corrispondono a tre periodi:

- 1) gestione non equilibrata delle risorse (secoli XI-XIII).
- 2) gestione maggiormente equilibrata con forme limitate di contabilità (secoli XIII-XV).
- 3) gestione equilibrata con contabilità ordinaria (XV-XVI).

¹ Palermo, Luciano, «Gestione economica e contabilità negli enti assistenziali medievali», 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*, 17, 1 (2016), p. 115.

² Piccinni, Gabriella, «Gli ospedali come "imprese" della carità pubblica (Italia, XIII-XV secolo)», in Piccinni, G., *Il banco dell'Ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012, pp. 15-31.

³ Gazzini, Marina, «Contare e proteggere le risorse dei poveri. Numeri e parole nei libri mastri dell'Ospedale Maggiore di Milano», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 219-247.

Sebbene queste scansioni cronologiche possano trovare conferme o smentite nell'analisi puntuale di singole realtà, esse possono essere utilizzate come griglia di riferimento per le nostre riflessioni.

Il primo periodo si caratterizza per l'assenza di precise regole e per la mancanza di registri contabili: il bilancio appare squilibrato e non sostenibile finanziariamente. Nonostante ciò, proprio la spinta alla carità che caratterizza questo periodo fa sì che le continue donazioni siano di grado di superare i limiti strutturali: enti fondati in questo periodo (ad esempio l'ospedale del Brolo o l'ospedale di Donna Bona a Milano)⁴ acquisiscono, anche grazie al sostegno di gruppi di fedeli o della Chiesa cittadina, patrimoni di una certa consistenza. Soprattutto nel XIII secolo, si assiste ad una crescita, sebbene spesso ancora disordinata, dalle risorse e dei patrimoni degli enti.⁵

Nel periodo successivo, anche a motivo della maggiore attenzione che le autorità ecclesiastiche, anzitutto, ma anche civili, dimostrano nei confronti degli ospedali, si manifesta una più attenta gestione dei patrimoni. Le motivazioni si possono rintracciare in processi diversi, interni alla vita ospedaliera (ricorso a personale salariato, costruzione di spazi di accoglienza, personale medico, ecc.) o esterni ad essa (aumento delle situazioni di bisogno, accoglienza degli esposti, controllo delle autorità, ecc.). Le difficoltà di gestione delle risorse, spesso semplicemente definite come «mala gestione» da parte dei ministri, sono da ascrivere anche all'inadeguatezza degli strumenti economici rispetto alle funzioni richieste dalle emergenze sociali. Vi sono dunque tentativi delle autorità ecclesiastiche di controllare le strutture ospedaliere (interventi conciliari e sinodali, imposizione di regola da parte dei vescovi); anche le autorità comunali (come nel caso di ospedali toscani) cercano di imporre strumenti di controllo. Per rendere conto delle entrate e delle uscite, si procede alla redazione di inventari e di rudimentali bilanci. La contabilità e la redazione di libri di conto sono però ancora limitate e, soprattutto, non paiono in sintonia con l'evoluzione tecnico-contabile delle imprese economico-commerciali-produttive del tempo.

Infine l'ultimo periodo, nel quale si può parlare di una vera e propria «impresa economica», che mette in atto strategie complesse. Spesso questa fase si coniuga

⁴ Albini, Giuliana, «El rostro asistencial de las ciudades: la Italia septentrional entre los siglos XIII y XV», in Huguet-Termes, T. *et al.* (edd.), *Ciudad y hospital en el Occidente Europeo. 1300-1700*, Lleida, Editorial Milenio, 2014, pp. 115-134.

⁵ Un esempio tra i tanti riguarda le donazioni in vita e i testamenti a favore dell'ospedale Rodolfo Tanzi. Greci, Roberto (ed.), *L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma in età medievale*, Bologna, Clueb, 2004.

con la riforma ospedaliera, che ha tra le sue finalità proprio una corretta gestione delle risorse e crea, quindi, una rete ospedaliera complessa e razionale.⁶ È una gestione equilibrata, che si ottiene attraverso un'attenta registrazione di entrate e uscite e un sistema di contabilità avanzato.⁷ Nella documentazione rimasta (assai più abbondante per questo periodo, e non ancora studiata adeguatamente) si riscontra una certa sintonia con le tecniche contabili e gestionali del tempo, come messo bene in rilievo dalla recente opera *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze*.

Si cercherà ora di elencare le diverse tipologie di entrate degli ospedali.

DONAZIONI, LASCITI, LEGATI

Si tratta della maggior fonte di ricchezza per gli ospedali, che nascono e crescono grazie a donazioni in vita e a lasciti testamentari di fondatori e benefattori: la principale fonte di finanziamento è e rimane per secoli la *charitas* dei fedeli.

Un momento rilevante nella vita dell'ospedale è costituito dalla fondazione che, al pari di quanto avviene per chiese e monasteri, vengono spesso istituiti con una cospicua dotazione di beni fondiari, della sede dove svolgere l'attività assistenziale e, talvolta, anche di altri beni e rendite. Spesso la dotazione originaria è così consistente da garantire non solo le condizioni per l'avvio dell'istituzione, ma da continuare a costituire la base economica che ne permette l'attività. Qualche esempio. L'ospedale di San Francesco fondato a Padova nel 1407 da parte dei coniugi Baldo e Sibilia Bonifari, personaggi dell'élite economico-politico cittadina: privi di eredi, essi destinavano i loro averi all'erigendo ospedale che, dalla fondazione, avrebbe potuto disporre di un patrimonio di ben 10.000 ducati.⁸ Esempio diverso è costituito da quegli enti che nascevano dall'aggregazione di diversi ospedali cittadini, quale ad esempio l'Ospedale Grande di Milano, che inizia la sua attività potendo contare su un vasto patrimonio, al quale applica

⁶ Palermo, Luciano, «Gestione economica e contabilità...», *op. cit.*, p. 127.

⁷ Gazzini, Marina, «La fraternita come luogo di economia. Osservazioni sulla gestione delle attività e dei beni di ospedali e confraternite nell'Italia tardo-medievale», in Ammannati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013, pp. 261-276.

⁸ Bianchi, Francesco, «Il governo della carità. L'ospedale di San Francesco e il patriato di Padova nel XV secolo», in Maddalena, C., Ripa Bonati, M. e Silvano, G., (edd.), *Sanità, amministrazione e cura. La ricerca della salute a Padova tra pubblico e privato (sec. XV-XX)*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 11-45, alle pp. 17-18.

un nuovo modello di gestione. E come non citare l'ospedale fondato nel 1410 dal mercante di Prato Francesco di Marco Datini? Il Ceppo de' poveri, come era denominato, nel 1428-29, in occasione del catasto, era stimato per una ricchezza di 25.049 fiorini, che rappresentava il 53% dei patrimoni ecclesiastici e luoghi pii locali (complessivamente un terzo della ricchezza pratese).⁹

I patrimoni ospedalieri continuavano ad accrescersi soprattutto attraverso le pratiche testamentarie: uomini e donne nominavano gli ospedali eredi universali, in assenza di discendenti, o semplicemente destinavano loro lasciti, talvolta vincolati all'esecuzione di legati a favore di poveri. Se sostenuto da una politica attenta e oculata (ad esempio nel pretendere il buon fine delle disposizioni testamentarie e nel rifiutare, come la normativa consentiva, eredità sulle quali gravavano obblighi eccessivi) l'ente si arricchiva. Dagli inventari redatti sempre più frequentemente dal Trecento in poi, gli ospedali risultano possedere non solo beni fondiari nel contado, ma anche case in città, mulini, botteghe, e poi denaro, titoli di credito, rendite, diritti d'acque, ecc. Forse può essere utile qualche dato. L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma, fondato all'inizio del XIII secolo, con una dotazione di beni limitata a pochi beni, case e orti, prevalentemente in città, intorno al 1330 vantava una proprietà fondiaria attorno ai 230 ettari, paragonabile a quello del Capitolo della Cattedrale di Cremona e superiore a quella del convento di San Domenico di Bologna (circa 150 ettari).¹⁰ Anche ospedali che nascono con una scarsa base economica riescono ad acquisire, nel giro di qualche decennio, proprietà fondiarie che li rendono ricchi al pari di enti di ben più antiche e cospicue tradizioni.

VENDITE, ACQUISTI E PERMUTE

Permute e vendite sono operazioni ampiamente testimoniate dalla documentazione degli archivi ospedalieri. La permuta risponde a prassi tradizionalmente utilizzate dagli enti ecclesiastici, ma ad essa si affiancano anche le vendite, operazione da non sottovalutare, dal momento che vi sono ospedali che vi fanno frequentemente ricorso. Al pari delle permute, le vendite dovevano essere auto-

⁹ Nanni, Paolo, «L'ultima impresa di Francesco Datini. Progettualità e realizzazione del "Ceppo pe' poveri di Cristo"», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 281-307, p. 283.

¹⁰ Guenza, Massimo, «La formazione della proprietà fondiaria dell'ospedale Rodolfo Tanzi», in Greci, R. (ed.), *L'ospedale Rodolfo Tanzi...*, op. cit., pp. 137-178.

rizzate dalle autorità ecclesiastiche, per evitare la dispersione dei patrimoni della Chiesa (e dei poveri). La specificità delle attività degli ospedali, che richiedeva una continua erogazione di risorse, rende più frequente tale operazione; le richieste vengono ovviamente giustificate (soprattutto nel Trecento) con le necessità di provvedere alle funzioni assistenziali.

Sempre seguendo l'esempio di Parma, va anche sottolineato che le proprietà derivano non solo da donazioni e lasciti testamentari, ma anche da un'attenta politica di acquisti. Si tratta di operazioni che propriamente rientrano nelle uscite, ma che val la pena di ricordare perché sono lo strumento attraverso il quale l'ente acquisisce beni che generano nuove entrate nelle casse dell'ente e, comunque, rientrano in una più ampia strategia di gestione delle fonti di reddito dell'ospedale.

REDDITI DEL PATRIMONIO FONDARIO (TERRENI, CASE, MULINI, BOTTEGHE, ECC.)

I beni acquisiti dagli ospedali necessitavano, per trasformarsi in «entrate», di essere produttivi. Se infatti le donazioni servono a costruire i patrimoni, è la loro gestione che crea la disponibilità di ricchezza (in denaro e in natura), tramite censi, affitti, livelli, siano essi in denaro o in prodotti utili al funzionamento della comunità ospedaliera.

È in questo contesto che si può valutare la buona o cattiva gestione di un ente, dato che, per tutto il periodo considerato, questa voce è la più consistente tra i cespiti di entrata degli ospedali; è possibile rintracciare precise strategie di sfruttamento del patrimonio fondiario, più o meno remunerative, che differenziano le politiche di singoli enti¹¹ o di ordini ospedalieri.¹² Non sempre la logica che sostiene le scelte è la miglior resa economica, in quanto spesso le politiche dell'ente sono invece finalizzate a creare reti di relazioni che possono andare a scapito del puro vantaggio economico, ma che rispondono a logiche di più ampia portata.¹³

¹¹ In alcuni casi, come per l'Ospedale Maggiore di Milano, vengono messi in atto notevoli investimenti fondiari: Chittolini, Giorgio, «Alle origini delle "grandi aziende" della bassa lombarda. L'agricoltura dell'irriguo fra XV e XVI secolo», *Quaderni storici*, XXXIX (1978), pp. 828-844.

¹² Albini, Giuliana, «La ricchezza dell'ordine di S. Giovanni (secoli XII-XIV)», in Esposito, A. e Rehberg, A., (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia*, Roma, Viella, 2007, pp. 101-136.

¹³ Gazzini, Marina, «La fraternita come luogo di economia...», *op. cit.*, p. 264.

INDULGENZE ED ELEMOSINE

Questa fonte di entrata inserisce gli ospedali nella rete di privilegi pontifici e vescovili che legavano strettamente il dono (atto di carità) con atti di devozione e, soprattutto, con la remissione delle pene comminate per espiare i peccati.¹⁴ Non solo gli ospedali si inseriscono nelle pratiche indulgenziali, ma (almeno ad un primo approccio) paiono esserne tra i principali fruitori, creando anche un complesso sistema di raccolta delle questue, che si rileva però vantaggioso per gli enti stessi, in quanto spesso la concessione in appalto della questua consente un'entrata sicura per l'ospedale.

RENDITE PER PRESTITI E DEPOSITI PRESSO ISTITUZIONI PUBBLICHE

Una fonte di entrata ancora poco considerata è costituita dagli interessi maturati per capitali investiti dagli ospedali in operazioni di debito pubblico. Si tratta di una pratica che si sviluppa (soprattutto dal Quattrocento), in particolare nelle grandi città, all'avanguardia dal punto di vista economico-commerciale e finanziario. Ad esempio, l'ospedale di San Francesco di Padova aveva notevoli capitali investiti nella Camera degli Imprestiti di Venezia e nel Monte di Pietà di Padova.¹⁵ Secondo il catasto fiorentino del 1428-29, l'ospedale fondato da Francesco di Marco Datini a Prato vantava un credito dal comune di Prato di 4.400 fiorini.¹⁶ Dunque, gli ospedali gestivano in questo periodo somme di denaro, che usavano in modo «produttivo» ricavandone interessi anche elevati, che andavano ad incrementare la disponibilità di denaro contante.

INTERESSI PER DENARO DEPOSITATO PRESSO L'OSPEDALE

Anche in questo caso, si tratta di un aspetto poco studiato, con l'eccezione del fondamentale lavoro di Gabriella Piccinni sull'ospedale di S. Maria della Scala nel

¹⁴ Rehberg, Andreas, «Nuntii, questuarii, falsarii: l'ospedale di S. Spirito in Sassia e la raccolta delle elemosine nel periodo avignonese», *Mélanges de l'École française de Rome. Moyen Âge*, 115 (2003), pp. 41-132; Albin, Giuliana, «L'economia della carità e del perdono. Questue e indulgenza nella Lombardia bassomedievale», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 156-189.

¹⁵ Bianchi, Francesco, «Il governo della carità...», *op. cit.*, pp. 11-45.

¹⁶ Nanni, Paolo, «L'ultima impresa di Francesco Datini...», *op. cit.*, pp. 281-307.

Trecento.¹⁷ È un ambito da indagare, dal momento che anche altri ospedali, verso la fine del Medioevo, sviluppano funzioni di prestito e di deposito di denaro. La progressiva trasformazione dei grandi ospedali in «imprese di carità» fa sì che si utilizzino tutte le vie possibili per far fruttare le risorse, all'interno di concezioni economiche ed etiche di un uso produttivo del denaro e della ricchezza.¹⁸ In tale prospettiva, il prestito di denaro a privati presenta una duplice valenza positiva: soccorrere persone in difficoltà; far fruttare la ricchezza dell'ospedale. Il prestito di denaro, infatti, genera, mediante gli interessi riscossi, nuove entrate che possono essere utilizzate per meglio rispondere alle finalità assistenziali.

FINANZIAMENTO DA PARTE DI CONFRATERNITE E CORPORAZIONI

Come noto, spesso confraternite e corporazioni fondano o gestiscono ospedali o sviluppano con essi un rapporto stretto, che si concretizza nell'erogazione di finanziamenti, in forme diverse.¹⁹ Ad esempio, l'ospedale degli Innocenti di Firenze era finanziato dall'Arte della Seta, che contribuiva al suo funzionamento con una «tassa» di 2 denari per ogni lira sui salari dei tessitori, (0,8%), di 1 denaro su quella dei filatori e torcitori, oltre ad altre sovvenzioni.²⁰ Analogamente gli ospedali delle confraternite erano sostenuti non solo dalle donazioni di singoli confratelli, ma anche dalla quota associativa delle confraternite stesse (contributi di ingresso, contributi annuali dei soci, ecc.).

¹⁷ Piccinni, Gabriella, *Il banco dell'Ospedale di Santa Maria della Scala...*, *op. cit.*; 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...*, *op. cit.*, pp. 133-154.

¹⁸ Tra i numerosi lavori di Todeschini su questi temi, si ricorda Todeschini, Giacomo, «Razionalismo e teologia della salvezza nell'economia assistenziale del basso medioevo», in Zagni, V. (ed.), *Povertà e innovazioni istituzionali dal Medioevo ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 45-54.

¹⁹ Per i rapporti tra confraternite e ospedali, *cf.* Frank, Thomas, «Confraternite e assistenza», in Gazzini, M. (ed.), *Studi confraternali: orientamenti, problemi, testimonianze*, Firenze, Firenze University Press, 2015, pp. 217-238; Gazzini, Marina, «Confraternite/corporazioni: i volti molteplici della "schola" medievale», in Gazzini, M., *Confraternite e società cittadina nel medioevo italiano*, Bologna, Clueb, 2006, pp. 59-83.

²⁰ Pinto, Giuliano, «Formazione e gestione dei patrimoni fondiari degli istituti assistenziali cittadini (Italia, secolo XIII-XV)», in Ammannati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa...*, *op. cit.*, pp. 169-178, p. 172 ss.

FINANZIAMENTO «PUBBLICO»: COMUNI, SIGNORI

Dal Duecento in poi si fanno sempre più frequenti i rapporti tra ospedali e poteri civili, rapporti che spesso si configurano come protezione che i comuni e i signori esercitano nei loro confronti.

Ciò porta in diversi casi a notevoli vantaggi economici per gli enti interessati, che si concretizzano in due modi: esenzioni fiscali, in particolare dai dazi, ma anche concessione delle entrate di dazi e gabelle; sovvenzioni economiche dirette, ordinarie o straordinarie. In alcuni casi si tratta di forme meno dirette, che si possono interpretare come sostegno «pubblico», come nel caso della ricchissima donazione che Bernabò Visconti, nel 1359, fa a diversi ospedali milanesi, donazione personale, certo, ma per molti versi anche una forma di finanziamento degli ospedali stessi.²¹

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Seguendo la cronologia sopra proposta, le entrate degli ospedali si potrebbero così sintetizzare:

- I periodo (secc. XI-XIII): donazioni, lasciti, legati creano patrimoni, che generano però entrate limitate.
- II periodo (secc. XIII-XIV): i patrimoni si ampliano e, soprattutto, migliorano le modalità della loro gestione; si aggiungono finanziamenti da parte di comuni, signori, arti, confraternite e i frutti delle indulgenze.
- III periodo (secc. XIV-XV): aumentano le donazioni e anche i contributi derivanti dai poteri pubblici, si consolidano le elemosine legate alle indulgenze, si aggiungono le entrate per i depositi in prestiti pubblici e gli interessi sui denari prestati a privati e, soprattutto, migliora il sistema di gestione dei patrimoni.

Sebbene, dunque, la storia degli enti ospedalieri tra XII e XV secolo veda talvolta una continuità istituzionale, le trasformazioni rispetto alla storia precedente sono evidenti e ne condizionano la vita economica. A partire dal pieno Duecento, infatti, gli ospedali si trasformano: al fedele, al cittadino non viene più richiesto di impegnarsi personalmente nell'assistenza, ma di provvedere, tramite donazioni

²¹ Albini, Giuliana, «El rostro asistencial de las ciudades...», *op. cit.*, p. 122.

(in vita e in morte), alle istituzioni che garantivano l'erogazione di servizi. Il passaggio è importante. Si costruisce l'efficienza di un'organizzazione assai complessa che, sebbene in molti ambiti continui ad avere dal punto di vista giuridico e ideale un impianto religioso, è qualcosa di ben diverso dalla comunità delle origini. Accanto alle piccole donazioni e ai lasciti di scarsa entità si fanno strada pratiche di donazione che hanno una natura diversa: al di là della personale ricerca di uno strumento di salvezza per la propria anima, il donatore ha come fine ultimo non tanto il sostegno alla comunità religiosa, quanto il finanziamento di un sistema che garantisca, attraverso l'aiuto ai poveri, una stabilità sociale.

La recente sintesi di Giuliano Pinto (*Formazione e gestione dei patrimoni fondiari degli istituti assistenziali cittadini*) indica nella peste del 1348 e nelle altre epidemie che seguirono un moltiplicatore delle donazioni a favore degli ospedali, che incrementarono «in progressione geometrica i beni mobili e immobili di tali istituti, che andarono a superare, e di molto, in ricchezza fondiaria i tradizionali enti ecclesiastici cittadini: vescovado, capitolo della cattedrale, grandi monasteri». L'ospedale fiorentino di Santa Maria Nuova riceve dopo la peste Nera lasciti per un valore di 25.000 fiorini, così che tra il 1326 e il 1376 il patrimonio di quell'ospedale aumentò di 20 volte. Un altro esempio di ospedali di «media consistenza» è quello dei Santi Giacomo e Lazzaro di Verona che raddoppiò i beni di cui disponeva a metà Trecento.²²

Infine un'ultima osservazione, che ci porta a chiederci chi sono, nel Quattrocento, coloro che gestiscono i patrimoni degli ospedali: sono laici, amministratori esperti, provenienti dal mondo degli affari, che ricercano uno sfruttamento razionale delle risorse degli ospedali. Politiche di concentrazione delle proprietà, tramite compra-vendite e permuta, interventi migliorativi sui terreni e sulle colture, investimenti per la costruzione di grandi possessioni all'avanguardia, questi gli strumenti che tendono a far fruttare i beni degli enti assistenziali. L'attenzione alla raccolta di finanziamenti si coniuga con un'attenta valorizzazione delle risorse: gli ospedali sono, dunque, sul finire del Medioevo, enti erogatori di assistenza, ma anche «aziende», tutt'altro che privi di capacità di progettare strategie economiche, enti in grado gestire razionalmente i patrimoni e di farli accrescere.

²² Pinto, Giuliano, «Formazione e gestione dei patrimoni...», *op. cit.*, p. 172 ss.