

Giuliana Albini

La riforma quattrocentesca degli ospedali nel ducato di Milano, tra poteri laici ed ecclesiastici

[A stampa in *Povert  e innovazioni istituzionali in Italia. Dal medioevo ad oggi*, a cura di V. Zamagni, Bologna 2000, pp. 95-110 (ora in G. Albini, *Carit  e governo delle povert  (secoli XII-XV)*, Milano 2002, pp. 253-265)   dell'autrice - Distribuito in formato digitale da "Reti Medievali"]

Nel concludere i lavori del convegno "Ospedali e citt . L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo", tenutosi a Firenze nel 1995, convegno che ha costituito un importante momento di riflessione e di messa a punto delle ricerche degli ultimi decenni sugli ospedali nel basso e tardo medioevo¹, cos  si esprimeva Charles Marie de la Ronci re:

Il 'modello' dell'assistenza formatosi nel corso dei secoli, modello esso stesso impreciso sotto ogni aspetto, sembra entrare in crisi nel XIV e pi  ancora nel XV secolo. Sono necessarie delle riforme. Numerosi ospedali, i loro patroni, ma anche i comuni e poi gli Stati, si mobilitano per sostenerle o addirittura intraprenderle. Dappertutto le priorit  sono imposte dalle circostanze. Appare importante riorganizzare e ingrandire gli ospedali gi  esistenti e costruirne di nuovi; specializzare cure e istituzioni; aggiungere alla semplice carit  e ospitalit , numerose altre prestazioni; razionalizzare e centralizzare enti, cure e direzioni².

Il secolo XV costituisce dunque nel lungo percorso delle istituzioni caritativo-assistenziali un periodo di crisi delle strutture medievali e di individuazioni di modelli diversi, che se non sempre rappresentano novit  absolute (come talvolta gli studi in materia tendono a presentarle) costituiscono tuttavia una definizione di tendenze manifestatesi in modo discontinuo e sporadico e che finiscono per diventare prassi diffusa e prevalente. Il processo di trasformazione, che pu  essere definito "riforma ospedaliera"³, si pu  cos  descrivere: per la crisi degli ospedali esistenti, incapaci di rispondere alle effettive richieste della societ  - vuoi per la loro cattiva gestione, vuoi per la loro stessa natura di piccoli ospedali -, si avvia un sistema di unificazione di molti ospedali in un'unica amministrazione centralizzata, spesso gestita non da un'unica persona - come avveniva con i *ministri* nei secoli precedenti - ma da un capitolo, per la maggior parte composto da laici; in genere, in concomitanza con l'unificazione si procedeva all'edificazione di un nuovo ospedale, assai di frequente progettato secondo nuovi criteri e strutture architettoniche, quasi sempre riconducibile al modello cosiddetto cruciforme. Queste importanti trasformazioni, che si concretizzavano in un sistema pi  razionale di accoglienza di poveri e di malati, coinvolsero le societ  cittadine nel loro complesso, con equilibri tra poteri civili ed ecclesiastici assai diversi da citt  a citt . Nel ducato di Milano (area della quale ho gi  avuto occasione di occuparmi⁴) queste trasformazioni si sono manifestate con tratti pi  marcati rispetto ad altre realt  territoriali, trovando un ambiente privilegiato per la messa a punto di un sistema ospedaliero con caratteri di novit , anche rispetto alle aree contermini.

¹ *Ospedali e citt . L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Atti del Convegno Internazionale di Studio tenuto dall'Istituto degli Innocenti e Villa I Tatti (The Harvard University Center for Italian Renaissance Studies), Firenze 27-28 aprile 1995, a cura di A.J. GRIECO e L. SANDRI, Firenze 1997.

² Ch. M. DE LA RONCIÈRE, *Citt  e ospedali: bilancio di un convegno*, in *Ospedali e citt  cit.*, pp.255-272, a p.258.

³ G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanit  in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1987: il secondo capitolo   dedicato a "La 'reformatione' ospedaliera del Quattrocento".

⁴ Mi permetto di rimandare, per una visione pi  sistematica del fenomeno, ai miei saggi: *Sugli ospedali in area padana nel '400: la riforma*, in *Gli ospedali in area padana tra Settecento e Novecento*, Atti del III congresso italiano di storia ospedaliera. Montecchio Emilia, 14-16 marzo 1990, a cura di M. L. BETRI e E. BRESSAN, Milano 1992, ora in G. ALBINI, *Citt  e ospedali nella Lombardia medievale*, Bologna 1993, pp.103-127; Ead., *La gestione dell'Ospedale Maggiore di Milano nel Quattrocento: un esempio di concentrazione ospedaliera*, in *Ospedali e citt cit.*, pp.157-178. Per gli ospedali lombardi nel Quattrocento: per Milano, F. LEVEROTTI, *Ricerche sulle origini dell'Ospedale Maggiore di Milano*, in «Archivio Storico Lombardo», CVII, 1981, pp.7-114; per Pavia, R. CROTTI PASI, *L'attivit  dell'ospedale S. Matteo nel primo secolo di vita (1448-1458)*, estr. da *Ospedale S. Matteo. Problemi ed eventi del passato*, a cura di D. ZANETTI, Pavia, 1990; per Como, M. DUBINI, *La pratica della carit . L'ospedale di S. Anna di Como*, in «Periodico della Societ  Storica Comense», 1982, pp.33-78.

Studi recenti sull'area veneta⁵ hanno sottolineato invece che

per quanto si può valutare allo stato attuale delle ricerche, sembra di poter dire che l'evoluzione istituzionale e funzionale degli ospedali delle città venete è segnata da minori contrasti, da una cesura meno evidente di quanto non accada altrove, mancando il punto di svolta e di crisi costituito dalle iniziative di concentrazione ospedaliera, che dopo queste constatazioni sulle città venete resta ancor più un fatto piuttosto lombardo, in qualche misura ricollegabile con l'impulso principesco ... che estensibile all'intera area padana⁶.

Per l'area toscana⁷, invece, mi pare che il problema debba essere posto in maniera differente: Siena⁸ e Firenze⁹ furono in qualche modo precoci rispetto alla situazione lombarda, tanto da costituire modelli ai quali, sia per quanto concerne le tipologie delle strutture architettoniche, sia per quanto concerne il sistema amministrativo, si rifecero coloro che si occuparono altrove della riforma (gli amministratori cittadini, il duca, gli architetti, le autorità ecclesiastiche)¹⁰. Numerose sono le testimonianze che attestano come si guardasse nel corso del Quattrocento all'ambiente toscano come luogo di avanzata evoluzione del sistema ospedaliero, tanto da venire ricordato, in modo stereotipato, nelle bolle pontificie a favore della istituzione dei nuovi ospedali unificati lombardi: si veda il caso della bolla di Nicolò V del 1449 a favore dell'ospedale di Pavia, ove si fa esplicito riferimento a quei modelli toscani: "ad instar florentinensis et senensis hospitalium"¹¹. Oltre al problema della cosiddetta medicalizzazione, cioè di una finalità più strettamente medica che genericamente assistenziale dei nuovi ospedali, uno dei nodi attorno ai quali pare articolarsi la ricerca di nuove modalità di assistenza è stato individuato nella tendenza ad una "laicizzazione"¹², senza peraltro che sia sufficientemente approfondito il contenuto di tale espressione. Negli ultimi anni l'impostazione del problema è stato in qualche modo ridefinito, ovviamente con prese di posizioni più o meno marcate da parte degli studiosi. Va anzitutto notato che il tema può essere inserito in un più ampio dibattito, che si spinge in ambiti cronologici e geografici più vasti. Così, Brian Pullan, nel saggio *Povertà, carità e nuove forme d assistenza nell'Europa moderna (secoli XV-XVII)*¹³, individua due approcci differenti al tema, che corrispondono a due tendenze storiografiche:

⁵ G. M. VARANINI, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere nelle città della Terraferma veneta nel Quattrocento*, in *Ospedali e città cit.*, pp.107-154.

⁶ *Ibid.*, p.153.

⁷ Sulla Toscana in generale cfr. inoltre *La società del bisogno. Povertà e assistenza nella Toscana medievale*, a cura di G. PINTO, Firenze 1989.

⁸ D. BALESTRACCI, G. PICCINNI, *L'Ospedale e la città*, in D. CAVALLOTTI CAVALLERO, *Lo spedale di S. Maria della Scala di Siena. Vicende di una committenza artistica*, Pisa 1985; S. R. EPSTEIN, *Alle origini della fattoria toscana. L'ospedale della Scala di Siena e le sue terre (metà '200-metà '400)*, Firenze, 1986; G. PICCINNI, L. VIGNI, *Modelli di assistenza ospedaliera tra Medioevo ed Età moderna. Quotidianità, amministrazione, conflitti nell'ospedale di S. Maria della Scala*, in *La società del bisogno cit.*, pp.131-174; G. PICCINNI, *L'ospedale di Santa Maria della Scala di Siena. Note sulle origini dell'assistenza sanitaria in Toscana (XIV-XV secolo)*, in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV*, Atti del dodicesimo convegno di studi, Pistoia, 9-12 ottobre 1987, Pistoia 1990, pp.297-324.

⁹ Cfr. i lavori di L. SANDRI, in particolare *Aspetti dell'assistenza ospedaliera a Firenze nel XV secolo*, in *Città e servizi sociali cit.*, pp.237-258 e *La gestione dell'assistenza a Firenze nel XV secolo*, in *La Toscana al tempo di Lorenzo il Magnifico. Politica, economia, cultura e arte*, Convegno di studi promosso dalle Università di Firenze, Pisa e Siena, Pisa 1996, vol. III, pp.1364-1380. Cfr. inoltre J. HENDERSON, 'Splendide case di cura'. *Spedali, medicina e assistenza a Firenze nel Trecento*, in *Ospedali e città cit.*, pp.15-50.

¹⁰ Il problema è stato ampiamente dibattuto, sia da storici sia da storici dell'arte: cfr. G. ALBINI, *Sugli ospedali in area lombarda nel '400: la riforma*, in *Città e ospedali cit.*, pp.103-126, alle pp.114-118, ma cfr. soprattutto A. PERONI, *Il modello dell'ospedale cruciforme: il rapporto tra l'ospedale di S. Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi*, in *Florence and Milan: comparisons and relations*, Firenze 1989, pp.53-65.

¹¹ A. PERONI, *Residenze signorili e costruzioni pubbliche*, in *Pavia. Architetture dell'età sforzesca*. Torino 1978, pp.9-105, p.92.

¹² In quest'ottica interpretativa si muovono molti studi locali sugli ospedali, anche di area lombarda.

¹³ Il saggio, presentato in occasione di un convegno milanese del novembre 1992, è pubblicato negli atti di tale convegno *La città e i poveri. Milano e le terre lombarde dal Rinascimento all'età spagnola*, a cura di D. ZARDIN, Milano 1985, pp.21-44.

- quella degli storici dell'area nord-europea che

tendono a concentrare risolutamente l'attenzione sulle iniziative pubbliche, sugli atti dei consigli cittadini, delle assemblee legislative, delle autorità regie e così via, in particolare sui progetti di assistenza ai poveri o *subventio pauperum* largamente introdotti nelle città dell'Europa occidentale più o meno tra il 1520 e il 1560

una sottolineatura quindi, con una cesura cronologica spostata verso la prima età moderna (ma nel tentativo di anticiparne le premesse all'età medievale), di un intervento delle autorità civili, che corrisponderebbe, in area protestante, ad uno "spostamento di responsabilità dal clero al laicato";
- quella degli storici dell'area sud-europea, che tendono ad anticipare i mutamenti al 1450, nell'ottica di

una crescita continua piuttosto che di un cambiamento, con istituzioni che proliferano per fare fronte a bisogni sociali di inedita consapevolezza... Le città rispondevano alle esortazioni dei predicatori itineranti, in particolare dei francescani osservanti, e riproducevano l'uno sull'esempio dell'altra i medesimi istituti di carità, proprio come le città del nord Europa adottavano le une le ordinanze delle altre in materia di assistenza ai poveri¹⁴

con una sottolineatura, quindi, della componente religiosa/ecclesiastica.

André Vauchez, dal canto suo, affermava, nell'introdurre i lavori di un convegno sulla religiosità civica, come nelle città tardomedievali sia eccessivo parlare di "laicizzazione", distinguendo il livello della gestione amministrativa degli enti assistenziali, nella quale un più ampio spazio viene acquisito dalla componente laica, dalle modalità e finalità dell'assistenza, che rimangono prettamente religiose. Si tratterebbe di una

simple redéfinition des champs d'action respectifs de l'Église et des autorités municipales, qui ne mettait en cause ni les prérogatives de chacun des pouvoirs ni la nature de leurs relations¹⁵.

Se estremamente sfumata è quindi la posizione di Vauchez, a tale proposito Gian Maria Varanini, pur dichiarando di condividerla nelle sue linee generali, sottolinea come in alcune realtà particolari, quali quella di Verona da lui studiata, vi sono forti motivazioni per individuare nelle novità assistenziali quattrocentesche una forte tendenza alla "laicizzazione"¹⁶.

Per quanto riguarda la situazione lombarda, ho avuto occasione di notare che il tema della riforma deve

essere affrontato in tutta la sua complessità, evitando di liquidare il fenomeno con stereotipi interpretativi, quali la *laicizzazione* e la *medicalizzazione*¹⁷.

Nell'ottica di una complessità di queste problematiche si pone anche il saggio di Alessandro Pastore, dal titolo *Strutture assistenziali fra Chiesa e Stato nell'Italia della Controriforma*¹⁸, che sottolinea come

¹⁴ *Ibid.*, pp.24-26.

¹⁵ A. VAUCHEZ, *Introduction*, in *La religion civique à l'époque médiévale et moderne [Chrétienté et Islam]*, Actes du Colloque organisé par le Centre de Recherche "Histoire sociale et culturelle de l'Occident. XIIe-XVIIe siècle" de l'Université de Paris X Nanterre et de l'Institut universitaire de France, Nanterre, 21-23 juin 1993, Roma 1995.

¹⁶ VARANINI, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere* cit., p.110, n. 6 e Id., *La carità del municipio. Gli ospedali veronesi nel Quattrocento*, in *L'Ospedale e la città. Cinquecento anni d'arte a Verona*, Catalogo della mostra, Verona, 1996, pp.13-43.

¹⁷ ALBINI, *La gestione dell'Ospedale Maggiore nel Quattrocento* cit., p.158.

¹⁸ Si tratta del saggio pubblicato in *La Chiesa e il potere politico dal Medioevo all'età contemporanea*, a cura di G. CHITTOLINI e G. MICCOLI, "Storia d'Italia", Annali 9, Torino, 1986, pp.431-470.

sarebbe insomma riduttivo e deformante raffigurare una netta dicotomia Stato-Chiesa in rapporto ai modi dell'assistenza e alle fondazioni che ne derivano

lungo tutto l'arco dell'età moderna, ciò che sta a significare come non si possa parlare, in generale, di un avvenuto processo di laicizzazione dell'assistenza nel corso del Quattrocento, laddove

non si tratta semplicemente di verificare la presenza contemporanea di istituzioni ... di ispirazione laica ovvero ecclesiastica: di fatto queste due componenti appaiono intersecarsi in maniera talora inestricabile nella creazione e nella conduzione di questi istituti¹⁹.

Se dunque vogliamo affrontare il tema della riforma ospedaliera cercando di cogliere i segnali di una eventuale laicizzazione dell'assistenza, ci accorgiamo che il tema si allarga, e deve essere valutato da più punti di vista.

Per quanto concerne l'intervento delle autorità civili, si deve anzitutto distinguere tra intervento del comune e intervento del potere centrale.

Nel primo caso non si può vedere una novità assoluta in un'eventuale ingerenza, poiché, ripercorrendo le vicende ospedaliere dei secoli del pieno medioevo, si nota come si fosse già presentato in molti casi un interessamento e in alcuni casi un forte tentativo di controllo dei comuni su alcuni enti ospedalieri, fino alla definizione di alcuni ospedali come "ospedali del comune". Certo, non si può non concordare con Varanini nell'usare per alcune realtà il termine di "laicizzazione", tanto forte è la presa di posizione dei poteri civili, come nel caso del comune di Verona nei confronti degli ospedali cittadini; e altri esempi che vanno nella direzione di un ampio intervento dei governi municipali vengono ricordati dal de La Roncière²⁰. Ma è anche da sottolineare che il problema della natura degli ospedali come enti di natura laica o ecclesiastica era già da tempo affrontato: in città come Pisa, ad esempio, dove forte è l'intervento del comune nella fondazione, costruzione e gestione dello Spedale Nuovo, duecentesco²¹. Oltre ai casi già citati, si veda l'esempio di Monza²². La difesa dell'ospedale cittadino, specie del più importante, viene spesso ad essere sentita come indissolubilmente legata a quella "religiosità civica" che permea di sé la vita dei comuni, anche dopo la loro crisi come enti autonomi; anzi, la difesa dei simboli di questa religiosità viene ad essere percepita come irrinunciabile segno di vitalità della tradizione cittadina. Occorrerà dunque valutare se nella riforma quattrocentesca si sia effettivamente di fronte ad un salto di qualità.

Nel secondo caso credo sia utile, prima di addentrarsi nelle questioni particolari, ricordare che il problema deve essere posto in stretta relazione non solo con la questione ospedaliera, ma con una più generale definizione degli ambiti di intervento del potere centrale, sia a livello di città dominante, sia a livello di città sottoposte. Non solo, ma non credo si possa prescindere dal porre la questione dei rapporti tra gli stati regionali, chiesa locale e curia romana, all'interno dei quali è necessario valutare quello che viene a configurarsi come uno, ma non certo l'unico, e forse non il più controverso, punto di frizione²³.

Una certa influenza esercitavano gli stati regionali anche su quel complesso di istituzioni caritative e di pietà laicali - luoghi pii, ospedali, 'fabbriche', confraternite - che non erano di natura propriamente ecclesiastica, ma che erano state o si erano poste in passato sotto la tutela e il controllo della chiesa.

¹⁹ *Ibid.*, pp.433-434.

²⁰ DE LA RONCIÈRE, *Città e ospedali* cit., p.265.

²¹ M. RONZANI, *Nascita e affermazione di un grande 'hospitale' cittadino: lo spedale nuovo di Pisa dal 1257 alla metà del Trecento*, in *Città e servizi sociali* cit., pp.201-235.

²² 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.

²³ Cfr. il saggio di G. CHITTOLINI *Stati regionali e istituzioni ecclesiastiche nell'Italia centro-settentrionale del Quattrocento*, in *La Chiesa e il potere politico* cit., pp.147-193.

Così Giorgio Chittolini imposta il problema dei luoghi pii all'interno degli stati regionali²⁴. Quella che in generale può a ragione essere definita solo influenza, in alcuni casi - ma solo in alcuni casi - finisce per essere una pressione forte esercitata dal principe, anche nei confronti della chiesa locale e del papato.

Se dal piano delle istituzioni, ci spostiamo a quello della società e della religiosità, ci accorgiamo che la forte presenza dei laici nelle opere di carità è una sorta di filo rosso che attraversa tutto il medioevo. È solo il caso di ricordare che la grande stagione della fondazione degli ospedali (tra XII e XIII secolo) vede in primo piano i laici, che proprio nella religiosità delle opere, quindi nella pratica della carità, trovavano un modo di espressione della propria religiosità²⁵. Le fondazioni ospedaliere furono spesso il risultato della ricerca di esperienze religiose nelle quali i modelli del *vivere religiose* erano punto di riferimento costante e per le quali fu imprescindibile rapportarsi alle strutture dell'*ordo clericorum*, sebbene con modalità e forme non sempre dirette: l'ospedale, dunque, come comunità sorta per aiutare i poveri e per dividerne la povertà. Pur nella crisi di queste realtà, il laicato continua ad essere fortemente presente: nel corso del Trecento sono ancora frequenti le fondazioni ospedaliere ad opera di laici, alle quali vanno affiancate anche le confraternite, la cui valenza caritativo-assistenziale non è certo da sottovalutare, soprattutto nel tardo medioevo. Ecco dunque che può quasi sembrare assurdo parlare di laicizzazione per un ambito di intervento, quello dell'aiuto ai poveri e ai malati, che è cresciuto sì nell'ambito della Chiesa, ma soprattutto (sebbene non soltanto) tra i laici.

Questo ci porta ad un'ultima considerazione di fondo sul tema della "laicizzazione", cioè quello di attribuire a questo termine il significato di concezione laica dell'aiuto ai poveri e ai malati; credo si possa affermare che per tutto il Quattrocento siamo ancora lontani dal poter concepire una laicità intesa in senso moderno. La stessa medicalizzazione delle strutture ospedaliere va di pari passo al continuo riaffermare la necessità di curare l'anima, insieme al corpo; e soprattutto al continuo riaffermare che è il povero il destinatario degli aiuti dell'ospedale stesso, sempre più spesso come malato/povero che non come povero/malato, ma con una forte sottolineatura dell'idea di povertà.

Le tappe che cercherò qui di ripercorrere, relativamente al ducato milanese, sono dunque i momenti nei quali si manifestano interventi che sono sia di matrice laica sia di matrice ecclesiastica nell'ambito di esigenze che paiono veramente, nella drammaticità dei problemi sociali da affrontare, preoccupazioni che investono ambedue le sfere del potere. La partita non pare sempre giocata nel tentativo di strappare una preminenza in una materia di per sé assai difficile da definire. Entriamo ora in particolare nella questione della riforma nel ducato milanese.

Francesco Sforza, nuovo duca di Milano, ebbe sicuramente un ruolo di primo piano nella fondazione dell'Ospedale Grande, anche se va ricordato che questa azione si inserisce in un processo già in atto, sin dall'inizio del secolo, e che aveva già conosciuto numerosi interventi, sia da parte del potere ducale, sia da parte degli arcivescovi milanesi. Il ruolo svolto dallo Sforza è ampiamente ricordato, oltre che dai documenti, anche da rappresentazioni iconografiche. Sono giunte sino a noi in copia cinquecentesca due tele - gli originali furono commissionati dal capitolo ospedaliero e sicuramente eseguiti tra gli anni Settanta e gli anni Novanta del XV secolo²⁶ - che rappresentano rispettivamente i duchi di Milano, Francesco Sforza e Bianca Maria, che fanno un'offerta per la costruzione dell'Ospedale Maggiore e papa Pio II che consegna ai duchi la bolla di fondazione dell'ospedale stesso. Le raffigurazioni si riferiscono a due episodi diversi, di cui rimane attestazione documentaria: la prima all'atto di donazione del 1° aprile 1456 con cui il nuovo duca donava ai deputati degli ospedali milanesi - commissione che da anni operava per la gestione degli ospedali e per l'assistenza ai poveri²⁷ - una grande proprietà, posta in città, ai limiti dell'area

²⁴ *Ibid.*, p.176.

²⁵ Cfr. A.VAUCHEZ, *Les laïcs au Moyen Age. Pratiques et expériences religieuses*, Paris 1987, trad. it. *I laici nel medioevo. Pratiche ed esperienze religiose*, Milano 1989; *Esperienze religiose e opere assistenziali nei secoli XII e XIII*, a cura di G. G. MERLO, Torino 1987.

²⁶ *La Ca' Granda. Cinque secoli di storia e d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano*, Catalogo della mostra tenutasi a Milano, Palazzo Reale, marzo-agosto 1981, Milano, 1981, pp.96-97.

²⁷ Sulla complessa questione delle commissioni di deputati nominate a varie riprese a partire dal 1445 cfr. ALBINI, *La gestione dell'Ospedale Maggiore* cit., pp.167 ss.

urbanizzata, con ampi spazi non edificati, ma anche con edifici che dovevano essere demoliti per lasciare spazio all'ospedale²⁸; la seconda alla bolla pontificia, datata Roma, 9 dicembre 1458, con la quale Pio II approvava la fondazione dell'ospedale Maggiore e dettava le norme per la sua gestione e per la concentrazione in un'unica amministrazione di molti tra i più importanti ospedali cittadini²⁹. In entrambe i quadri i duchi sono inginocchiati, ma per motivi diversi: nel primo nell'atto di donare, non già ai veri destinatari (come si è detto i deputati), ma ad un altare sovrastato da un'icona nella quale è rappresentata l'Annunciazione, a cui era dedicato l'ospedale e al quale simbolicamente si offriva il dono; nel secondo nell'atto di ricevere l'autorizzazione pontificia. Mi pare di poter dire che l'intento, in entrambi i casi, è quello di essere rappresentati come fedeli della Chiesa, in atti di carità e di pietà. Del resto la presenza della Chiesa è assai forte sia nell'una che nell'altra immagine: l'arcivescovo sovrasta nell'un caso le figure dei due duchi, così come l'altare e il quadro dell'Annunciazione; nel secondo caso, il papa e altri componenti della curia romana sono rappresentati in posizione preminente rispetto ai duchi. Sullo sfondo è dipinto, con alcune differenze, il nuovo edificio ospedaliero. Non credo di dare un'interpretazione azzardata nel sottolineare come i simboli religiosi e la valenza di carità cristiana, e anche di accettazione del potere papale - ma, vale la pena di sottolinearlo, anche con valore di interposizione tra il potere pontificio e i sudditi milanesi³⁰ - presiedano alla rappresentazione che si vuole proporre dei due più importanti atti istitutivi dell'Ospedale milanese: Francesco Sforza e Bianca Maria si pongono consapevolmente in un ruolo di primo piano nella impresa ospedaliera - e come tale vogliono essere ricordati - ma nel pieno rispetto di una tradizione religiosa dell'assistenza ai poveri.

Altri segnali vanno in modo chiaro in questa direzione. Il progetto del Filarete, con lo schema cruciforme con altare all'incrocio delle due crociere, prevedeva appunto due crociere, con un cortile che le divideva, al cui centro doveva sorgere una chiesa³¹; la realizzazione si discostò in parte dal progetto filaretiano, dopo la di lui sostituzione con altri architetti, ma rimase forte la presenza di elementi di un edificio sacro³²; del resto la bolla di Pio II imponeva la presenza all'interno dell'ospedale di una cappella, una chiesa, un cimitero.

Francesco Sforza sollecitò dal papa anche la concessione di un'indulgenza, legata alla visita alla cappella dell'Ospedale Maggiore: fu così che si diede l'avvio alla celebrazione della Festa del Perdono, in virtù di una bolla di Pio II, del 5 dicembre 1459³³; tale festa fu celebrata per la prima volta nel 1460, il 25 marzo, giorno dell'Annunciazione, con un solenne rito, una processione che si snodava dal Duomo (alla Fabbrica del Duomo sarebbero andate la metà delle offerte raccolte) sino all'ospedale, portando il gonfalone di Sant'Ambrogio e la bolla di fondazione dell'ospedale; ad essa partecipavano l'arcivescovo e il capitolo della cattedrale, insieme alle autorità civili. La celebrazione solenne si concludeva nella chiesa (nel 1460 era ancora provvisoria) dell'ospedale, e prevedeva la consegna della bolla stessa ai deputati del capitolo ospedaliero. Si tratta di una cerimonia in cui prevalgono i simboli religiosi e che raccolse sempre un ampio consenso da parte della popolazione milanese, anche nei secoli successivi.

Non vi è dubbio, quindi, che nel processo di riforma ospedaliera, viene riconfermato alla Chiesa il primato sulle strutture che si occupano dell'assistenza ai poveri e ai malati. Ciò è chiaramente testimoniato, dal punto di vista giuridico, dalla richiesta di concessione delle bolle pontificie che sole possono garantire la fondazione dei nuovi ospedali e gli eventuali accorpamenti di altri ospedali³⁴. Il problema dei rapporti tra ospedali e gerarchie ecclesiastiche, piuttosto, deve però essere posto ancor prima che nelle relazioni con i poteri civili, nei rapporti interni alla Chiesa stessa. Il papato sembra mostrarsi favorevole, in linea generale, al movimento di riforma degli

²⁸ Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Archivio Storico, Carte miniate, n. 22.

²⁹ Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano, Archivio Storico, Diplomi, n. 64.

³⁰ Cfr. *Gli Sforza, la Chiesa lombarda, la corte di Roma. Strutture e pratiche beneficarie nel ducato di Milano (1450-1525)*, a cura di G. CHITTOLINI, Napoli 1989.

³¹ Cfr. L. GRASSI, *Lo "Spedale di Poveri del Filarete". Storia e arte*, Milano 1977; ANTONIO AVERLINO DETTO IL FILARETE, *Trattato di architettura*, a cura di A.M. FINOLI e L. GRASSI, Milano 1972.

³² *La Ca' Granda* cit., pp.86-88.

³³ *Ibid.*, p.82.

³⁴ Cfr. ALBINI, *Sugli ospedali in area padana* cit., pp.109 ss.

ospedali, come può essere confermato anche dall'attenzione che diversi papi mostrano a Roma nei confronti di ospedali dell'Urbe³⁵. Il problema che si poneva al papa era semmai quello di garantire i ministri degli ospedali e di definire i rapporti con gli ordinari diocesani; è così che spesso il papa non si limitò a concedere una bolla che rispettava in pieno le richieste avanzate dalle autorità locali, ma teneva conto di altre sollecitazioni provenienti da titolari di benefici ospedalieri, escludendo, ad esempio, alcuni ospedali dal numero di quelli che dovevano essere accorpati all'ospedale Maggiore.

Il vescovo, per tradizione, era depositario della tutela dei poveri e della loro assistenza. "Gloria episcopi est operibus pauperum providere" affermava a metà XII secolo l'arcivescovo di Milano Oberto³⁶ e un altro arcivescovo di Milano, Enrico Rampini, riprendeva tale espressione, ormai diventata uno stereotipo, al momento dell'avvio della riforma milanese, a metà XV secolo:

Offici nostri debitum ad hospitalia pauperum huius civitatis Mediolani adhibentes et sollicita meditatione pensantes quomodo Dominus elegit pauperes in hereditatem sibi et quod gloria episcopi est pauperum alimoniis providere³⁷.

Ma espressioni analoghe venivano usate in occasione della riforma dal vescovo di Bergamo, Giovanni Barozzi:

Nos Iohannes episcopus praedictus, cui ex iniuncto pastorali officio cura pauperum, infirmorum ac miserabilium commissa est...³⁸.

Questa preminenza vescovile era spesso stata messa in discussione e anche al momento della riforma i comportamenti dei vescovi non sono così uniformemente favorevoli alla riforma: si passa infatti dal caso milanese, in cui è l'arcivescovo Rampini (ma non sempre i suoi successori mantennero la sua linea di azione) a farsi promotore della necessità di un intervento contro la cattiva gestione degli ospedali esistenti, sollecitando, peraltro, una presa di responsabilità da parte dei laici, ad un atteggiamento contrario, come quello del vescovo lodigiano Antonio Bernieri agli albori del progetto di riforma di Lodi³⁹. Vi sono però casi, come quello dell'ospedale di Cremona, S. Maria della Pietà, nei quali si chiede (e si ottiene) la totale autonomia dal potere vescovile e la diretta sottomissione al pontefice: sebbene solo ora in corso di studio⁴⁰, il caso cremonese credo debba comunque essere letto nell'ottica di forti dissidi locali con il vescovo, da inserire nelle complesse dinamiche dei rapporti tra potere vescovile, comunità locali e potere ducale⁴¹. La prassi più diffusa, però, è quella di riconoscere il formale intervento del vescovo nella amministrazione ospedaliera: a Milano, ad esempio, nel complesso sistema di elezione dei deputati dell'Ospedale Maggiore, all'arcivescovo spettava ogni anno la scelta dei diciotto deputati all'interno di un elenco di trentasei persone, prescelte dal capitolo stesso⁴². Ma, ovviamente, si trattava più di un'accettazione di una preminenza che di un effettivo controllo sugli amministratori degli ospedali. Assai più pressante, nel caso milanese, il controllo effettivamente esercitato dal duca che, con la bolla di Pio II, era riuscito ad ottenere di inserire un proprio luogotenente nel capitolo ospedaliero;

³⁵ A. ESPOSITO, *Gli ospedali romani tra iniziative laicali e politica pontificia (secc. XIII-XV)*, in *Ospedali e città* cit., pp. 233-251.

³⁶ G. ALBINI, *Fondazioni di ospedali in area padana (secoli XI-XIII)*, in *Città e ospedali* cit., pp. 19-61, a p. 39.

³⁷ ALBINI, *Sugli ospedali in area padana* cit., p. 120. Non deve sfuggire però la sostituzione del termine *operae* con quello di *alimoniae*.

³⁸ *Ibid.*, p. 120.

³⁹ *Ibid.*, p. 119.

⁴⁰ È stata di recente discussa presso l'Università di Parma, Facoltà di Lettere e Filosofia, relatrice prof.ssa Daniela Romagnoli, la tesi di Adelaide Ricci sull'ospedale cremonese, di grande interesse per le vicende quattrocentesche, ora in A. RICCI, *L'ospedale di S. Maria della Pietà a Cremona: le origini e la fondazione nel quadro degli equilibri territoriali*, in «Bollettino Storico Cremonese», n. s., VII, 2000, pp. 63-169.

⁴¹ A. PROSPERI, *La figura del vescovo tra Quattro e Cinquecento: persistenze, disagi, novità*, in *La Chiesa e il potere politico* cit., pp. 217-262.

⁴² G. ALBINI, *Gli 'amministratori' dei luoghi pii milanesi nel '400: materiali per future indagini*, in *Città e ospedali* cit., pp. 211-256, a p. 214.

presenza che gli consentì, in diverse occasioni, di interferire, anche in modo pesante, sulla politica ospedaliera.

Nella capitale del ducato, dunque, il potere del duca sembra trovare un modo concreto di ingerirsi nel capitolo ospedaliero che, non dimentichiamo, gestiva, nella seconda metà del '400, i più importanti ospedali cittadini: oltre al nuovo ospedale, l'ospedale del Brolo, l'ospedale Nuovo, l'ospedale di S. Celso, e molti altri ancora. Alla scelta dei deputati concorrevano, insieme ai grandi consorzi elemosinieri milanesi, i rappresentanti dei XII di Provvisione, espressione della realtà municipale, sebbene vincolata al controllo ducale. Ma è soprattutto nelle città del dominio che trovano voce, al momento della riforma ospedaliera, gli organismi municipali. È il caso di Como, dove i deputati dell'ospedale di S. Anna erano estratti a sorte tra gli appartenenti al consiglio cittadino⁴³. A Piacenza, il consiglio cittadino è l'artefice del movimento che porta alla riforma: è infatti all'interno del consiglio degli Anziani del 12 gennaio 1467 che, in seguito alle lamentele dei cittadini per il cattivo funzionamento degli ospedali, si nomina una commissione che chieda al vescovo di visitarli e di porvi rimedio⁴⁴; qualche anno dopo, visto che la questione non trovava una soluzione, il consiglio degli Anziani intervenne nuovamente, chiamando a predicare a Piacenza a favore dell'unificazione il frate Osservante Michele da Carcano (marzo 1471)⁴⁵. Se si seguissero passo passo le singole vicende, si scoprirebbe che ovunque i ceti dirigenti locali, specie attraverso gli organismi di governo cittadini, presero parte attiva alla riforma ospedaliera. Le chiavi di lettura di questa tendenza possono essere da un lato quella della volontà di difesa di una tradizione municipalistica che, come detto, aveva sempre tenuto in considerazione gli ospedali come espressione propria; dall'altro il desiderio da parte dei ceti dominanti di trovare nuovi modi più razionali per porre rimedio a quello che appariva un problema sempre più pressante: la povertà economica, che generava ormai un numero di poveri che le vecchie strutture non riuscivano a controllare. Va sottolineato anche il fatto che nelle novità introdotte da questo moto riformatore degli ospedali vi è quello dell'amministrazione affidata ad un gruppo di persone, siano essi deputati con carica annuale o appartenenti ad una confraternita con carica quindi vitalizia. È quindi il superamento dell'idea di ospedale come comunità di *fratres* con a capo un ministro (quindi una comunità religiosa) per lasciare spazio all'idea di ospedale come luogo di ricovero, ove poveri e malati sono aiutati sempre in nome della carità cristiana, ma da personale salariato, organizzato e controllato da un consistente gruppo di amministratori, che si devono occupare di tutte le questioni che riguardano l'ente, dalla gestione dei beni al funzionamento della struttura stessa.

Il ruolo di primo piano svolto dai cittadini eminenti non era concepito solo come impegno civile, ma ancor prima come impegno religioso. Le autorità piacentine (come si notava) chiedono l'intervento del vescovo e poi di un predicatore dell'Osservanza. A Pavia, i cittadini si fanno promotori in prima persona non già di una riforma complessiva degli ospedali, ma della fondazione di un nuovo ospedale grande, gestito da una confraternita. L'ospedale da costruire deve essere "unum magnum et grande hospitale", nello spirito, dunque, di un superamento della tradizione ospedaliera precedente, sebbene non si proponga l'accorpamento degli ospedali esistenti. Esso è amministrato da una confraternita laicale - composta inizialmente da dodici membri con carica vitalizia - nata in seguito alla predicazione del frate domenicano Domenico da Catalogna; un grande concorso di cittadini, che contribuiscono con una *obligatio generalis* (come avviene anche nel caso di Piacenza), mostra il coinvolgimento di tutta la cittadinanza nella fondazione del nuovo ospedale, di schema cruciforme, che doveva operare

pro peregrinis hospitandis, pauperibus recipiendis, egrotis medicandis, infantum quorum parentum nomina ignorantur lactandis et nutriendis⁴⁶.

⁴³ ALBINI, *Sugli ospedali in area padana* cit., p.123.

⁴⁴ P.C. MESINI O.F.M., *L'opera del beato Michele da Carcano nel concentramento ospedaliero piacentino (1471-1472)*, in *Cinque secoli di storia ospedaliera piacentina (1471-1971)*, Piacenza 1973, pp.209-223, a p.210.

⁴⁵ *Ibid.*, p.212.

⁴⁶ R. CROTTI PASI, *Il sistema caritativo-assistenziale: strutture e forme di intervento*, in *Storia di Pavia. Dal libero comune alla fine del principato indipendente*, vol. III, tomo I, Milano 1992, pp.359-408, a p.390.

Il caso pavese, per molti versi anomalo rispetto al percorso seguito da altre città, condivide invece con alcune di esse due momenti rilevanti: la presenza di confraternite laicali e la predicazione (domenicana o francescana).

Il caso più evidente di commistione tra ospedale grande e confraternite laicali è quello milanese. Infatti, nel sistema di nomina dei deputati milanesi, il vero potere di scelta è nelle mani delle cosiddette *scholae* o *consortia* cittadini: il Consorzio della Misericordia, la Scuola delle Quattro Marie, la Scuola della Divinità, il consorzio del Terz'Ordine Franciscano (poi Consorzio della Carità), il Consorzio di Santa Maria dell'Umiltà. Queste confraternite rappresentavano sicuramente le "punte di diamante" del sistema caritativo-assistenziale milanese: di fondazione recente (le più antiche risalivano al Trecento) raccoglievano in origine al loro interno i rappresentanti del ceto imprenditoriale milanese, ma seguirono, nel corso del Quattrocento, un processo di identificazione più complessiva con il patriziato cittadino. Riconosciute dalla cittadinanza come attive ed efficienti nell'elargizione di denaro e di beni a favore dei poveri, erano più autonome rispetto alla chiesa locale e pur agendo in uno spirito religioso si distinguevano nettamente dalla tradizione ospedaliera⁴⁷. L'attività dell'Ospedale Maggiore di Milano, che al pari di altri enti (ad esempio quello pavese) non fu solo di ricovero, ma anche di elargizione di elemosine, fu fortemente contaminato dalla presenza di appartenenti a questi *consortia* entro il gruppo dei deputati ospedalieri⁴⁸.

Notevole importanza riveste il tema del ruolo svolto dai predicatori, soprattutto dell'Osservanza, francescana e domenicana, nei percorsi di riforma degli ospedali nel ducato milanese. È interessante riportare il passo di un cronista piacentino, Antonio da Ripalta, testimone della predicazione di frate Michele da Carcano a favore della riforma ospedaliera:

In platea communis coepit magno fervore et devotione ad populum praedicare de felicitate, ac vitia, usuras, luxum, et reliquia detestari, opera pietatis extollere et ita singulis diebus predicandis, universum Placentiae populum ad pietatis opera concitavit, adeo quod decretum fuerit, omnia Urbis nostrae hospitalia, quae sunt quasi viginti, sive illa pietatis opera ad unum corpus reduceretur et ibi summa cum pietate peregrini, ospites et infirmi reciperentur⁴⁹.

Con estrema immediatezza emerge da questa breve descrizione la partecipazione dei cittadini al moto riformatore, ma tramite il ruolo svolto dalla predicazione dell'Osservanza nel sollecitare un interessamento per i problemi della povertà, che si doveva manifestare innanzitutto con la rinuncia ai beni e al lusso. A differenza delle modalità con cui si era manifestata nei secoli precedenti la religiosità delle opere, in un coinvolgimento personale in opere di carità, i predicatori solleccarono soprattutto l'elargizione di beni e denaro a favore dei poveri (come è evidente nella campagna a favore dei Monti di Pietà che fu condotta dagli stessi predicatori che avevano sollecitato la riforma degli ospedali - come nel caso di Parma con Bernardino da Feltre), e, da parte dei ceti dirigenti, un intervento per una corretta gestione degli enti esistenti e per la creazione di nuove strutture adeguate⁵⁰. È così, dunque, che il denaro svolge una funzione prima ritenuta secondaria - ma si deve sottolineare che è un processo già in fieri a partire dal Duecento - rispetto all'azione diretta a favore dei poveri. Ora non sono più i laici, in nome della carità, a curare e sostenere personalmente poveri e malati; ma sono i laici, per motivi religiosi, ad elargire denaro, che correttamente utilizzato e gestito consente di far funzionare strutture, come i nuovi ospedali,

⁴⁷ G. ALBINI, *Continuità e innovazione: la carità a Milano nel Quattrocento fra tensioni private e strategie pubbliche*, in *La carità a Milano nei secoli XII-XV*, a cura di M.P. ALBERZONI e O. GRASSI, Milano 1989, pp.137-151; ma cfr. ora i lavori di M. GAZZINI, *"Dare et habere". Il mondo di un mercante milanese del '400*, Milano 1997 e Ead., *Confraternite e società cittadina nel medioevo: percorsi di indagine sulla realtà milanese*, in «Nuova Rivista Storica», LXXXI, 1997, pp.373-400.

⁴⁸ Cfr. ALBINI, *Gli 'amministratori' dei luoghi pii milanesi* cit., p.214 ss.

⁴⁹ Citato in ALBINI, *Sugli ospedali in area padana* cit., p.121.

⁵⁰ Sui Monti di Pietà nel ducato di Milano rinvio ai miei lavori: *Sulle origini dei Monti di Pietà nel ducato di Milano*, in «Archivio storico lombardo» 111 (1995), pp.67-112 e *Il denaro e i poveri. L'istituzione dei Monti di Pietà alla fine del Quattrocento*, in *La città e i poveri* cit., pp.59-70.

ove personale salariato (dai servitori sino ai medici, attraverso una gamma assai ampia e diversificata di persone che si occupano di fornire vitto, alloggio, cura) si occupa dei poveri e dei malati, mentre la cura dell'anima è delegata a persone ecclesiastiche.

Nel corso del Quattrocento, dunque, sicuramente qualcosa è mutato nella realtà degli ospedali: sono stati ridefiniti competenze e modalità nell'intervento dei poteri laici ed ecclesiastici, entrambi coinvolti nella gestione di enti che si occupano dei poveri e dei malati. Tale processo è avvenuto con la partecipazione diretta dei ceti dominanti, che hanno mostrato di avere un interesse forte per il problema pressante dei poveri e di ritenere un proprio compito, morale, ma soprattutto religioso, occuparsi di una sua definizione.