

NAZARIO GALASSI

LA CRISI DELL'OSPITALITÀ MEDIEVALE NEL TERRITORIO IMOLESE

La letteratura storica riguardante le istituzioni ospedaliere ha prodotto, nell'ultimo ventennio, un certo numero di ricerche e di studi monografici, nel tentativo di giungere ad una sistemazione più generale, specie con Emilio Nasalli Rocca, alla cui memoria colgo l'occasione per rivolgere un dovuto omaggio (1). Se questa sistemazione si è cristallizzata attorno ad alcuni schemi e l'impegno della ricerca si è andato affievolendo rispetto alle spinte iniziali, identificabili nei due congressi nazionali e nel congresso europeo di storia ospitaliera, svoltisi, il primo e l'ultimo, nelle città dell'Emilia e della Romagna (2), lo si deve, a mio avviso, da un lato al campo stesso dell'indagine che per le connessioni con il tessuto di fondo della storia degli uomini rifiuta una specificazione che pretenda di chiuderla nei limiti della rappresentazione simbolica ed esemplificativa delle entità istituzionali (*res piae, domus, congregazioni*); dall'altro alla prevalenza concessa, tra le linee di tendenza, al metodo giuridico-formale dell'analisi.

Con tale angolatura è stata individuata e classificata la varietà della tipologia ospitaliera sulla base della titolarità di fondazione

(1) Tra le diverse pubblicazioni di E. Nasalli Rocca nella materia credo che vada particolarmente menzionata *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, Milano 1956. L'opera è indispensabile ai fini di una ricerca storica delle istituzioni ospedaliere, anche perché la connessione dei rapporti giuridici introduce un'ampia e complessa problematica per gli aspetti economici e sociali.

(2) Cf. « *Atti del primo congresso italiano di storia ospitaliera* », Reggio Emilia 1956; « *Atti del secondo congresso italiano di storia ospitaliera* », Torino 1961; « *Atti del primo congresso europeo di storia ospitaliera. 6-12 giugno 1960* », Reggio Emilia 1962.

e di appartenenza (ospedali vescovili, plebanali, diaconali, monastici e poi degli ordini ospitalieri, delle corporazioni religiose o comunali, o altro). Successivamente, nell'ambito della formazione degli stati nazionali, l'istituzione ospedaliera è stata collocata tra le infrastrutture funzionali ai diversi sistemi di assistenza (3).

Sono aspetti che occorre pure cogliere ai fini della più ampia interpretazione storiografica, ma è mio parere che l'attenzione vada in primo luogo rivolta a quelle connessioni che ci riconducono agli insediamenti demici, alla vita organizzata e ai conflitti degli uomini, ai processi di disgregazione e di aggregazione dei rapporti umani; inserita cioè nell'espressione territoriale di quel nesso che genericamente si definisce ospedale-uomo, o meglio ospedale e raggruppamenti sociali.

In parallelo la storiografia specifica appare in molta parte ancorata alla tendenza descrittiva e allo studio sincronico, perciò statico. Occorre dare merito a C. Damiano Fonseca dell'Università Cattolica di Milano e ad André Vauchez de l'École française di Roma (4) per aver raccolto, al convegno di studi promosso nel marzo del 1975 ad Arezzo dal Centro italiano di storia ospedaliera, l'esigenza critica, implicita negli studi più attuali (5), di modificare tale linea di tendenza, sia ponendo attenzione alle connessioni con l'ambiente territoriale, sia avvertendo la necessità di studi diacronici, che cioè evidenzino le componenti evolutive degli insediamenti ospedalieri nell'intreccio delle varie articolazioni istituzionali.

(3) È così potuto accadere di attribuire un'accentuazione rivoluzionaria, anche per l'Italia, alla riforma legislativa napoleonica della materia, i cui aspetti innovatori sono stati trasmessi agli ospedali militari come estensione delle connotazioni dell'esercito francese. Ma se si fissa il centro dell'obiettivo sul rapporto ospedale-ambiente territoriale, il periodo napoleonico ci offre immagini di efficientismo amministrativo funzionale all'istituzione di una rete nazionalmente e burocraticamente accentrata ed estranea all'ambiente. A questo proposito mi sembra interessante l'*Istruzione da unirsi all'elenco delle malattie per la formazione delle statistiche degli spedali militari e degli spedali civili per militari trattati nei medesimi*, trasmessa il 15 luglio 1813 dall'ispettorato generale di sanità militare e conservata nell'archivio dell'ospedale d'Imola (Andreini, b. G XXV, n. 104). Più in generale, per le modificazioni giuridiche introdotte durante il periodo napoleonico, si legga: J. IMBERT, *Le Droit hospitalier de la Revolution et de l'Empire*, Paris 1954, che dà ampio spazio ai dipartimenti italiani.

(4) C. DAMIANO FONSECA, *Ospedale e habitat: l'evoluzione storica delle tipologie ospedaliere*, « *Atti del convegno internazionale di studio, promosso dal C.I.S.O., Arezzo 6-7-8 marzo 1975* », Roma 1975; A. VAUCHEZ, *La crisi del sistema economico medievale nel '300*, ibid.

(5) Offrono valide indicazioni per una introduzione alla materia specifica i saggi contenuti nella « *Storia d'Italia* », Torino 1974, vol. II: G. MICCOLI, *La Storia religiosa*, pp. 431-1020; vol. V: C. KLAPISCH-ZUBER, *Villaggi abbandonati ed emigrazioni interne*, pp. 311-364; B. GEREMEK, *Il pauperismo nell'età preindustriale (sec. XIV-XVIII)*, pp. 669-698.

Già a conclusione dell'incontro di studi svoltosi a Imola nell'ottobre 1971, in tema di « *Contributi alla conoscenza delle scienze storiche ospedaliere* », il richiamo alla struttura territoriale mi era sembrato quanto mai pertinente a proposito della storiografia ospitaliera, proprio in quanto l'involucro giuridico-formale spesso tradiva l'intendimento ideologico-moralistico di offrire una retrospettiva (e quindi una giustificazione) storica all'establishment di quegli anni (6).

Tanto più che l'ambiente territoriale, con i suoi insediamenti o con le emigrazioni o le trasformazioni degli abitati, non è mai entità genericamente indifferenziata, indipendente cioè dalle classi sociali e dai rapporti di proprietà, che ne costituiscono il termine o la necessaria premessa (7).

Che interesse possono avere, ad esempio, per la ricerca storica, le interpretazioni dei principi della *charitas* e dell'*hospitalitas*, quando si trascuri la pratica organizzativa e istituzionale attraverso la quale la Chiesa si è venuta sovrapponendo e sostituendo alle infrastrutture amministrative e patrimoniali tardo imperiali, e che quindi può dare un significato sostanziale e storicamente valido alle enunciazioni e alle elaborazioni di carattere ideologico?

Sotto questo profilo possono, invece, assumere valore di documento gli atti nei quali, nelle forme della tradizione religiosa in cui tutte le classi sociali esprimevano le loro aspirazioni e motivavano i loro contrasti, le formazioni di carità traducono l'esercizio dei poteri nella pratica di aggregazione e nel senso che potremmo definire con un termine attuale, della egemonia, non fosse altro che come punto di riferimento, astenendoci da interpretazioni troppo rigide e deterministiche, che escludano l'intervento di fatti politici e sociali come variabili determinanti e non commisurabili in termini econometrici.

È noto che in quel periodo, che va dalla disgregazione del

(6) N. GALASSI, *Osservazioni in margine a una ricerca, « Contributi alla conoscenza delle scienze storiche ospedaliere e problemi di riforma sanitaria. Incontro di studi, 3 ottobre 1971 »*, Imola 1972, p. 119 ss.

(7) Per una approfondita trattazione teorica con precisi riferimenti sull'argomento, anche in relazione all'immagine che determinati raggruppamenti sociali hanno lasciato di sé selezionando i fatti che condividevano in conformità della loro posizione sociale, cf. E. SERENI, *I problemi teorici e metodologici, « Agricoltura e sviluppo del capitalismo »*, Roma 1968; R. ZANGHERI, *Problemi storiografici*, ibid. E inoltre, L. DAL PANE, *Il concetto di struttura nelle scienze storiche ed economiche, « Homenaje a Jaime Vicens Vives »*, I, Barcelona 1965, pp. 59-75; P. VILAR, *Croissance économique et analyse historique, « First International Conference of Economic History, Contributions, Stokholm 1960 »*, Paris-The Hagen 1960, pp. 35-82.

sistema schiavistico (IV secolo) fino alla frammentazione feudale, la Chiesa si afferma non solo come centro di organizzazione e di direzione economico-culturale, dal quale la classe dei proprietari terrieri non può in alcun modo prescindere per la soluzione di qualsiasi problema, ma essa stessa è classe che detiene, in varie forme, la proprietà o i diritti d'uso su quasi la metà dei terreni coltivabili e che esige tributi pecuniari e adesioni incondizionate da tutti i gruppi sociali, compresi i proprietari laici (8).

Di questo complesso di funzioni e di poteri le istituzioni ospitaliere sembrano configurarsi quale presidio di base inserito nella formazione economico-sociale, sia statale, sia territoriale.

Infatti gli *xenodochia*, che si sovrappongono alle romane *stationes* o *mansiones*, spesso mutando soltanto la denominazione, accanto alla tradizionale funzione alberghiera o di manutenzione della viabilità, esercitano, di fatto, forme di controllo, in senso lato (appunto egemonico), sulle *peregrinationes*, cioè sugli spostamenti di persone di fronte alle calamità naturali, alle scorrerie militari, oppure di servi che, fuggendo dai vincoli di schiavitù, andavano peregrinando verso centri abitati sospinti dal miraggio di una vita migliore e più libera (9).

Ancora più chiaramente non può sfuggire all'attenzione del ricercatore la funzione degli *hospitalia* vescovili inseriti, come si legge nel *liber diurnus* (VII-VIII sec.), nella *domus episcopi* o nelle pievi — e retti dalle rispettive comunità canonicali — quale parte integrante di un sistema incentrato sull'ordinamento diocesano (10).

Nel quadro sociale del disfacimento del sistema schiavistico di produzione, di crisi agraria, di abbandono della pianura, venutasi gradualmente impaludando, e di generale disgregazione sociale, la somministrazione di generi alimentari ai poveri, quando la diminuzione della popolazione rurale e urbana richiedeva la fissazione della forza lavoro umana attorno agli insediamenti e a ciò che rimaneva di coltivabile come elemento indispensabile al sostentamento della comunità (e della stessa *continuatio imperii*),

(8) Cf. MICCOLI, op. cit., in particolare, *La vita religiosa nell'alto medioevo* fino a *Limiti e contraddizioni della restaurazione post-gregoriana*, pp. 447-608.

(9) Cf. E. NASALLI ROCCA, *Pievi e ospedali*, « *Atti primo Congr. ital. st. ospital.* », cit.

(10) Cf. G. FORCHIELLI, *La pieve rurale*, Bologna 1958, pp. XI, 71-72 e passim. Fondamentale è anche l'opera F. LANZONI, *Le diocesi d'Italia dalle origini al principio del sec. VII (anno 604)*, Roma 1923.

appare una delle norme di governo costanti e irrinunciabili per l'equilibrio sociale.

Così l'*alimonia pauperum*, finanziata con l'apposita destinazione della quarta parte delle decime, raramente rappresentò una concessione diretta, bensì si svolgeva in larga misura col tramite delle istituzioni (ospedali vescovili, plebanali e diaconali) precipuamente destinati, all'origine, tanto al ricovero dei senzatetto, quanto al sostentamento, al rifornimento e alla difesa della comunità (11).

Le spinte alla proprietà individuale dei beni che nell'XI e nel XII secolo, nel quadro della ripresa produttiva e commerciale, coinvolgono il clero secolare e ne sconvolgono l'organizzazione collegiale, conducono alla dissoluzione patrimoniale e quindi anche funzionale della rete degli ospedali episcopali e plebanali (12).

Vi si aggiunge la temperie, satura di aspettative sociali, del revival evangelico, pauperistico e comunitario che, nei moti ereticali ed ereticheggianti del XII e XIII secolo, esprime la fermentazione popolare di rivolta antifeudale e antiromana, nella forma della predicazione itinerante, inconciliabile con il possesso dei beni terreni, a determinare nuovi indirizzi anche nelle istituzioni ospedaliere nell'ambito della reazione antiereticale (13). Ciò non significa che i due fenomeni si colleghino l'un l'altro in rapporti diretti e predeterminati, o che le norme e diverse strutturazioni ospedaliere si presentino come il prodotto del disegno egemonico inteso ad arginare e ad isolare i movimenti ereticali. Esse sembrano piuttosto confluire, attraverso il vario intrecciarsi delle forme di aggregazione sociale nella costituzione corporativa della vita comunale, nelle situazioni di crescita e di espansione delle città nella provincia Romandiola, dove, seppure in ritardo e assai più debolmente rispetto alle regioni settentrionali, la forma-

(11) P.G. CARON, *L'evoluzione dalla « quarta pauperum » alla « pia fundatio » a scopo ospitaliero in alcuni testi della letteratura decretistica*, « Atti primo congr. europeo », cit., pp. 287-299 e inoltre cf. MOCHI ONORY, *Vescovi e città (sec. V e VI)*, Bologna 1933; specialmente O. BERTOLINI, *Per una storia delle diaconie romane nell'alto Medio Evo sino alla fine del sec. VIII*, « Arch. Soc. Romana Storia Patria », LXX (1947); Id., *La ricomparsa della sede episcopale di Tres Tabernae nella seconda metà del sec. VIII e l'istituzione delle domuscultae*, ibid., LXXV (1952), pp. 102-109.

(12) C.D. FONSECA, *Canoniche e ospedali*, « Atti primo congr. europeo », cit., pp. 482-499.

(13) Sulle espressioni e sugli effetti delle predicazioni itineranti si consiglia E. SERENI, *Nota sui canti tradizionali del popolo umbro*, « Cronache umbre », Perugia 1959, nn. 2-4-6. Per un quadro più generale cf. MICCOLI, op. cit., *Movimenti e chiese ereticali tra XII e XIII secolo*, pp. 609-671.

zione di nuovi ceti, dirigenti e produttivi, nonché di più articolati rapporti sociali, cominciava a offrire sedi ideologiche alla penetrazione catara (come attesta, per Imola, il frequente ricorrere del termine *patharenes*) o di altre sette ereticali (14).

Assieme alla ripresa e alla intensificazione dei traffici commerciali, la febbre girovaga che strappava gruppi di persone dalle loro abitazioni al seguito di giullari e di chierici vaganti e li sottraeva ai vincoli feudali di servitù e della morale tradizionale per inseguire ideali di riscatto e di rinnovamento religioso e sociale, da un lato rende manifestamente superata, al fine della funzione egemonica, la frammentazione, lungo le vie di transito, dei piccoli ospedali, ai quali la dissipazione e l'appropriazione individuale dei patrimoni fondiari da parte dei rettori aveva chiuso ogni prospettiva di potenziamento (15). Dall'altro i vivaci contrasti e il contenuto polemico dei movimenti ereticali ed itineranti modificano l'atteggiamento nei confronti delle *peregrinationes* da parte della Chiesa di Roma, che si rivolge piuttosto ad assecondare la tendenza dei gruppi economici locali e laicali ad accentrare gli strumenti di potere e di governo negli agglomerati urbani, senza ancora produrre fratture di cultura e di costume con l'istituzione di ricoveri ospitalieri ubicati sia nei pressi delle porte quasi a significare funzioni di filtro assunto a tutela degli equilibri conseguiti, sia all'interno della città con compiti di sostanziale stabilizzazione sociale e religiosa, pur nelle forme del rinnovato impegno di pratica pastorale nell'estensione ai laici della collazione delle elemosine e della beneficenza inserite nel quadro dell'ordinamento corporativo comunale (16).

Sotto questa luce mi sembra che possa essere visto anche il movimento della grande *devotio*, o dei flagellanti, del 1260, il cui assestamento in confraternite, cessato l'iniziale slancio itinerante, conduce alla fondazione di ospedali anche in Emilia e in Romagna.

Non è qui il luogo di riprendere il discorso sul nesso tra flagellanti e ospedali e su Raniero Fasani, che non fu affatto un

(14) Cf. E. DUPRÈ THESEIDER, *L'eresia a Bologna nei tempi di Dante*, « *Studi storici in onore di G. Volpe* », Firenze 1958, pp. 381-444; MICCOLI, op. cit., pp. 612 e 646-647; G. MUSSONI, *I patarini in Rimini*, « *La Romagna* », II (1905); N. GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera a Imola*, I, Imola 1966, passim.

(15) FORCHIELLI, op. cit., p. 102.

(16) Cf. E. NASALLI ROCCA, *Ospedali e canoniche regolari*, « *La vita comune del clero nel sec. XI e XII, Atti della settimana di studio, Mendola 1959* », II, Milano 1962, pp. 16-25.

eremita, né un chierico regolare, bensì un esponente della borghesia perugina, che rivestì cariche pubbliche importanti soprattutto dopo l'estinzione del movimento, né mai uscì dalla giurisdizione territoriale della sua città (17).

Va solo osservato come la Chiesa, alternando la politica di repressione con quella delle concessioni e dell'inquadramento organizzativo, a cui già era ricorsa, a iniziare da Innocenzo III, con l'assunzione essa stessa della parlata volgare e dell'iniziativa della predicazione itinerante, mediante la riconciliazione di grande parte degli umiliati e di gruppi valdesi, l'approvazione della regola francescana e l'assorbimento dei grandi ordini mendicanti al fine di ristabilire, con ben altri mezzi e più larghi orizzonti culturali, il rapporto diretto con gli strati popolari, trova nella grande *devotio* forse uno dei momenti di maggior rilievo per il determinarsi della svolta risolutiva della lotta ideologica nel senso voluto dalle gerarchie.

Infatti il movimento, promosso da laici e avente caratteristiche penitenziali di massa nelle forme sconvolgenti della flagellazione, contro tutte le deviazioni dall'ortodossia rivissute soggettivamente come causa delle pestilenze e delle carestie, avviene tra città limitrofe (18) — i forlivesi a Faenza, i faentini a Imola, gli imolesi a Bologna e così via — sotto il controllo diretto, anzi spesso con l'inserimento dei vescovi delle rispettive cattedrali presso le quali i movimenti di popolazione si concludono.

Ecco, ed è questo il punto, gli ospedali che nascono dai movimenti penitenziali si collocano generalmente al centro dell'agglomerato urbano e la destinazione dell'*alimonia pauperum* tende a restringersi, già nel sec. XIII, ai ricoverati, che vengono accettati solo se accompagnati da fede di povertà e buona condotta del parroco tra i poveri della città stessa caduti in infermità che si presumessero non contagiose. L'ammissione dei pellegrini, previe apposite pratiche di controllo e di selezione, viene limitata a tre giorni, e poi a un giorno solo, e le elemosine assistenziali attenuano o addirittura perdono il carattere originario di intervento

(17) Cf. « *Il movimento dei disciplinati nel VII centenario dal suo inizio (Perugia 1260)*, *Convegno intern. Dep. Storia Patria per l'Umbria* », Perugia 1962. In particolare le relazioni: R. MORGHEN, *Raniero Fasani e il movimento dei disciplinati nel 1260*; G.C. MEERSSEMAN, *Disciplinati e penitenti nel duecento*; E. ARDU, *Frater Rainierius Faxanus de Perusio e la data d'inizio del movimento dei disciplinati*.

(18) GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera*, cit., I, p. 189 ss.

pubblico se non in forme occasionali e rituali, o nei casi di carestia o di altre calamità (19).

All'atto pratico la *charitas*, intesa nel senso della partecipazione comunitaria nelle aspirazioni e in certe forme di vita delle classi subalterne, si svuota anche di questi contenuti; si risolve cioè nell'elemosina organizzata e rigidamente disciplinata dalle norme giuridiche. Le stesse donazioni dei ricchi per la redenzione dei loro peccati rappresentano, al di là dell'interesse particolare per un espediente che consentiva di sfuggire ai carichi tributari, insieme l'atteggiamento e la pratica rivolti al riequilibrio politico-sociale, più che economico.

Vediamo dunque, già nel corso dei sec. XII e XIII, delinearsi di fatto un processo, che andrà accentuandosi nei sec. XIV e XV, di trasformazione non solo della collocazione topografica dell'articolazione ospedaliera, bensì anche della stessa finalità istituzionale, che dovrà confluire nella concentrazione del sec. XV, quando, con la formazione di unità statuali a più larga estensione territoriale, verranno meno anche le condizioni economico-sociali che avevano motivato la funzione dell'ospitalità nelle immediate adiacenze delle mura urbane (20).

La stessa rete disseminata soprattutto in Emilia-Romagna, quale zona focale di transito dei movimenti crociati, promossi dagli ordini religiosi e cavallereschi (particolarmente templari, gerosolomitani e lazzariti) e che aveva trovato nella fondazione delle *domus* ospitaliere (più esattamente nel loro sostituirsi a fondazioni locali inserite nell'ordinamento comunale), generalmente ubicate nei pressi delle porte allo scopo di assicurare e proteggere i pellegrinaggi armati verso l'oriente (21), divenute centri di aggregazione e di reinserimento nella società comunale dei reduci (22), tende a mutare destinazione col declino del movimento.

Già gli ospizi dedicati al S. Sepolcro, sorti nella prima metà del sec. XII e gestiti da associazioni di laici (*fratres*), si erano sviluppati, come quello imolese, nella tutela economica e giuridica

(19) Ibid., I, p. 201 ss.

(20) Ibid., II, pp. 3-8 e 17-21.

(21) Cf. E. NASALLI ROCCA, *Lineamenti dell'organizzazione regionale e della funzione assistenziale dell'ordine gerosolomitano degli ospedalieri nel medioevo italiano*, « Studi in onore di C. Calisse », 1939; Id., *Istituzioni dell'ordine gerosolomitano di Rodi e di Malta nell'Emilia e nella Romagna*, Bologna 1941.

(22) È interessante, in proposito, il recente studio: A. VASINA, *Le crociate nel mondo emiliano-romagnolo*, « Atti e mem. Dep. Romagna », XXIII (1972), pp. 11-44.

delle istituzioni ecclesiastiche locali (23) e le controversie insorte con queste ultime, specie durante la prima fase di sovrapposizione dell'ordine, costituito sia da borghesi (*militēs*) che da piccola nobiltà (*equites*) nel tentativo di conseguire estesi margini di autonomia, finiscono presto con l'essere riassorbite (24). Così, esauritosi lo slancio devozionale del movimento crociato, le *domus* tendono, nell'arco che va dalla prima metà del sec. XIII alla fine del sec. XIV, a configurarsi prevalentemente come entità patrimoniali in funzione delle esigenze fiscali e dei compiti militari dell'ordine, mentre le rispettive chiese pur conservando le prerogative dell'ordine, si riconducono al tessuto delle strutture ecclesiastiche locali.

Nello svolgimento di questa linea, assieme e forse più dell'iniziativa laica (corporazioni o confraternite), più spesso non in contrasto, ma favorita dalla gerarchia ecclesiastica nel quadro di una larga azione di riassorbimento organizzativo alla propria sfera di controllo di ogni spinta centrifuga e che trova, nella costituzione clementina *Quia contingit* del 1310, la propria sistemazione giuridico-amministrativa, appaiono rimarchevoli le motivazioni che, ancora nel processo di formazione della città e della prevalenza che questa nei secoli successivi va assumendo sul territorio agricolo, nelle forme di contrapposizione e di sfruttamento, e della rottura nella circolazione degli uomini tra città e campagna, intervengono a modificare e a concentrare le finalità e le funzioni stesse dell'istituzione ospedaliera.

Un esame comparativo tra il *liber fumantorum* dell'estimo del contado d'Imola del 1265 (25) con i suoi relativi rustici, ville, castelli, e il censimento di tutte le località esistenti in Romagna, compiuto dal cardinale Anglico nel 1371 (26), già permette di

(23) Cf. NASALLI ROCCA, *opp. cit.*; per Imola N. GALASSI, *L'ospedale e la chiesa dell'ordine gerosolomitano di S. Giovanni (di Malta) in Imola*, Imola 1966.

(24) VASINA, *op. cit.*, p. 29.

(25) È conservato presso l'Archivio di Stato di Bologna, *Estimi*, busta n. 49.

(26) Presso l'Archivio Segreto Vaticano A.A.Arm. I-XVIII, 952, cc. 6-14, pubblicato in: M. FANTUZZI, *Monumenti ravennati nei secoli di mezzo*, Venezia 1803, V, p. 4; A. THEINER, *Codex diplomaticus Domini temporalis Sanctae Sedis*, II, Roma 1862, pp. 490-516. Recentemente la *Descriptio Romandiole* del card. Anglico è stata più accuratamente trascritta in appendice nello studio di A.I. PINI, *La popolazione di Imola e del suo distretto nel XIII e XIV secolo*, Bologna 1976, appendice VI. Cf. A. SORBELLI, *Il Comune rurale dell'Appennino emiliano nei sec. XIV e XV*, Bologna 1910; L. GAMBI, *La casa rurale della Romagna*, Firenze 1950, p. 10 ss. Altre descrizioni di fenomeni analoghi, relativamente all'Emilia e alla Romagna, si trovano in G. SIMONI, *Notizie storiche di alcuni castelli distrutti nelle vallate del Sillaro e dell'Idice*, « Atti mem. Dep. Romagna », s. 3, XIV (1896); G. MINI, *Illustrazioni storiche*

rilevare la scomparsa di un terzo dei castelli. Ma se allunghiamo l'arco di tempo riportandoci sulla metà del Settecento, riscontriamo che due terzi degli abitati situati nella zona collinare e montana a sud della via Emilia, e la metà di quelli ubicati nella pianura sono scomparsi. Di alcuni è rimasto soltanto il nome nella giurisdizione parrocchiale. Per contro nel medesimo periodo non aumenta la popolazione del centro urbano, che da circa 11.500 abitanti nel 1312 (27) scende a circa 6.500, dopo le pestilenze del 1347 e del 1363-1364, per oscillare attorno ai 7.000 fino a tutto il sec. XVIII (28).

Lo studio di questo fenomeno, cioè del progressivo abbandono, in gran parte dell'Italia centro-settentrionale, di piccoli abitati venuti a costituirsi nell'età feudale in zone protette che permettessero maggiori difese dalle calamità naturali e dalle scorrerie armate, è stato affrontato nei lineamenti generali (29) e andrebbe ulteriormente approfondito, specie per la Romagna, dove il fenomeno presenta aspetti esemplificativi e rilevabili in rapporto alle modificazioni intervenute nella struttura economica dell'ambiente.

Si riconosce infatti nel processo di ricomposizione fondiaria perseguito dai maggiori proprietari terrieri (in genere piccola nobiltà di origine borghese) residenti nelle città, in connessione con l'estendersi del contratto di mezzadria a partire da mezzo il secolo XIV, la maggiore spinta verso la dispersione in campagna nelle forme delle nuove unità poderali, con il conseguente abbandono degli antichi raggruppamenti in luoghi fortificati e con la decompressione dell'habitat in un processo che le distruzioni e le carestie tendono semmai ad accelerare (30).

degli antichi castelli di Salutare, di Monte Poggiolo e di Sadurano in val del Montone, «Giornale araldico, genealogico, diplomatico», XVII (1889-90), e soprattutto in F. MANCINI-W. VICHI, *Castelli, rocche e torri di Romagna*, Bologna 1959.

Menzione di *castra* e di parrocchie abbandonate tra la fine del sec. XIII e il sec. XIV nelle località più alte e fortificate ai confini tra le diocesi d'Imola e di Firenze si trova in A. MERCATI-E. NASALLI ROCCA-P. SELLA, *Rationes decimarum. Aemilia. Le decime nei secoli XIII e XIV*, Roma 1933, e soprattutto in S. GADDONI, *Le chiese della diocesi d'Imola*, Imola 1927.

(27) Arch. Storico Comunale Imola (=A.S.C.I.), mz. VI, nn. 51-57, *Liber summarum estimi hominum civitatis Ymole et districtus*.

(28) GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera*, cit., I, p. 63. Per uno studio analitico condotto, per i sec. XIII e XIV, in base a metodi statistici e moderni, cf. PINI, op. cit.

(29) Cf. C. KLAPISCH ZUBER - J. DAY, *Villages désertés en Italie, Esquisse*, «*Villages désertés et histoire économique*», Paris 1965, p. 447; E. MIGLIORINI, *Per uno studio geografico delle località abbandonate dall'uomo in Italia*. «*Atti del XV congresso geografico italiano, 1950*», Torino 1951; L. GAMBI, *La storia dell'insediamento umano in Italia*, Imola 1952.

(30) KLAPISCH ZUBER, *Villaggi abbandonati*, cit., p. 338 ss.

A Imola, come in Romagna, la concentrazione della proprietà in estensioni omogenee, superando il particellarismo feudale, poi enfiteutico, procede di pari passo con la dilatazione della mezzadria, quindi congiuntamente all'incremento degli investimenti nella terra fino all'ultimo decennio del sec. XVI, e alla diffusione delle abitazioni coloniche costruite sui maggiori appezzamenti coltivabili nel paesaggio agrario tipico della regione (piantata a filare).

I contadini proprietari di minuscoli appezzamenti, generalmente da due a sei tornature, formati con le concessioni enfiteutiche da parte degli enti ecclesiastici (il capitolo della cattedrale, la pieve di S. Lorenzo e l'abbazia benedettina di S. Maria in Regola) che detenevano la quasi totalità della proprietà e dei diritti d'uso della terra tra il X e il XII secolo (31), non li troviamo più nei documenti del XV secolo. Sono scomparsi, inghiottiti nella più vasta unità mezzadrile (32).

Avviene cioè che, mentre ancora nel basso medioevo, i piccoli particellari, i minuscoli enfiteuti o livellari vivevano in città o in piccoli centri — ville o castelli o *curtes* —, con la diffusione della mezzadria i coltivatori si fissano economicamente alla superficie poderale con vincoli più stretti, poiché liberarsene e abbandonare la terra, venuto a cessare ogni prospettiva di cambiamento sociale, significava dedicarsi al brigantaggio o al contrabbando dei grani, oppure, ipotesi più probabile, alla questua in città. Abbiamo dunque un'altra componente del lento declino e della estinzione degli ospedali collocati presso castelli o villaggi medievali o nei nodi di congiunzione stradale in relazione appunto alla sostituzione di un tipo di habitat ad un altro. È il caso ad esempio dei piccoli ospedali di origine medievale di Osta (33) e di Castel Pa-

(31) Cf. S. GADDONI-G. ZACCHERINI, *Chartularium Imolense*, Imolae 1912.

(32) Lo studio, anche per altro verso, importante e documentato di C. Rotelli (*La distribuzione della proprietà terriera e delle colture ad Imola nel XVII e XVIII secolo*, Milano 1966), parte da un periodo in cui il processo era in corso da tempo. I documenti di compra-vendita, di affittanza e di distribuzione della proprietà nel sec. XV indicano una frammentazione più accentuata. Si vedano quelli relativi alla proprietà dell'ospedale e ai suoi contratti.

(33) Del castello di Osta si ha menzione in A.S.C.I., mz. V, n. 1: *Reperitur in actis d. Aldibrandi episcopi aretini et comitis Romandiole quoddam bannum datum contra commune Ymolae*. Il sindaco della terra di Osta promuove accusa contro il comune d'Imola, perché Bernardo di Cunio, rettore della località per conto del comune, nel mese di luglio 1292, assieme agli addetti al suo servizio e ad alcuni *homines* imolesi, con soldati e armi, aveva assediato il castello, mettendo a sacco e derubando le case delle ville, devastando e tagliando vigneti e piantagioni arboree. Nell'assalto al castello, aveva percosso e ferito molte persone. Le rappresentanze di Osta chiedono di essere risarcite dei danni, valutati in mille marchi d'argento. Il comune di Imola propone una riduzione, ma non si giunge a un accordo. Il verbale è sottoscritto nella

gano (34). Ciò, peraltro, non va inteso in senso strettamente deterministico, perché di fatto accade, nei secoli XIV e XV, che, per effetto di donazioni e di lasciti, da parte di privati, la cui discendenza familiare era sul punto di estinguersi, sia per ottenere la remissione dei peccati, sia per liberarsi dalle tasse con il sistema della donazione con vincoli di usufrutto, alcune case d'abitazione situate in diverse località del contado furono erette ad ospedale, con uno o due letti o addirittura privi di suppellettili. Rimasero di pertinenza giuspatronale, come gli ospedali di S. Maria di Osano (35), di S. Antonio di Macerata (36), di S. Antonio del Ponticello (37), di S. Giacomo di Limisano (38), del contado faentino, nei quali risulta esercitata l'ospitalità solo in funzione dei viandanti. Oppure, soggetti alla giurisdizione vescovile attuata mediante la visita pastorale, divennero in breve tempo semplice beneficio della parrocchia o in qualche caso delle comunità locali, con una dotazione patrimoniale generalmente poco consistente.

Così è per gli ospedali di S. Antonio di Mezzocolle (39), di

piazza del castello di Monte Granello alla presenza del priore della chiesa di S. Michele dei camaldolesi di Arezzo.

(34) Del Castel Pagano l'ospedale annesso conserva la denominazione ancora nel secolo XVII, ma nel 1265 aveva appena otto fumanti.

(35) GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera*, cit., II, p. 194.

(36) Arch. Notarile Mandamentale Imola (=A.N.M.I.), rog. I. Ricci, vol. V, dopo la c. 63, 2 febbraio 1580, risulta il patronato di Sabatino di Antonio di Matteo di Mandria; rog. A.M. Pascoli, 1 luglio 1566, inchieste della curia vescovile sugli ospedali della diocesi. L'ospedale di S. Antonio nella villa di Macerata risulta da donazione o lascito (non è chiaro) di Matteo di Antonio della Mandria.

(37) A.N.M.I., rog. A. Dal Monte, 24 agosto 1414, Bartolina del fu Cola di Linaro lascia una casa situata nella villa medesima in località detta « el Pontesello », affinché vi sia eretto un ospedale per l'accettazione dei poveri. Vi aggiunge anche una terra. Patroni per l'elezione del rettore sono Nanni e Betta Dal Pero; rog. L. Dal Monte, 28 ottobre 1460, lascito per contribuire a lavori di riattamento entro il quinquennio. Ibid., 26 febbraio 1468. Rog. A.M. Pascoli, 1 ottobre 1570, autorizzazione ad un fabbro di costruire la sua bottega sul terreno incolto dell'ospedale. Non risulta mai esercitata l'ospitalità.

(38) Ne ho trovato menzione nell'A.N.M.I., rog. P. Callegari, 2 agosto 1411, 10 febbraio e 30 settembre 1428; rog. I. Selli, 16 gennaio 1493 (giuspatronato di Tonio Parini nella nomina del rettore); H. Callegari, 2 luglio 1552.

(39) Arch. Cancelleria Vescovile Imola (=A.C.V.I.), *Visite Pastorali*, c. 144v, 11 giugno 1571, c. 450r, 19 gennaio 1574, c. 75v, 13 novembre 1575. Situato nei pressi della chiesa era originariamente destinato ad accogliere viandanti e poveri. Non vi si trova più il letto, né l'ospitaliero, le porte sono cadenti. Nel 1571 risulta che da almeno due anni non si ospita nessuno. Il sequestro della rendita e l'ordine dei restauri non hanno effetto, perché nel 1574 l'ospedale viene definito una *domuncula ruinosa* e mal coperta. Vi abita un « poverello » con la famiglia. Nel 1575 il contadino dichiara di aver versato la rendita di 4 tornature alla madre del rettore. C. 117r, 8 maggio 1583: la *domuncula* è *pene collapsa*. Considerato che la rendita non bastava per il mantenimento dell'ospedale viene devoluta per celebrare messe per i defunti della parrocchia.

S. Antonio di Linaro (40), di S. Antonio di Mazzolano (41), di S. Antonio di Valdegonaria (Villa di Tossignano) (42), di S. Antonio di Toranello, di S. Giacomo di Monte Meldola, di S. Antonio di Casalfiumanese, di S. Maria di Belvedere (43), di S. Antonio di Piancaldoli (44), di S. Giacomo di Sala (45), dei due di Gallisterna dedicati l'uno a S. Antonio, l'altro a S. Giacomo (46), di S. Antonio di Sarfello (47), di S. Giacomo di Chiusura (48),

(40) GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera*, cit., II, p. 195.

(41) *Ibid.*, p. 194.

(42) A.N.M.I., rog. V. Zanelli, II, 138v, 17 marzo 1420, III, 15v, 15 marzo 1428; rog. P. Callegari, I, 295r, 2 febbraio 1446. L'ospedale risulta privo di ospitaliero, probabilmente cessa di funzionare.

(43) GALASSI, op. cit., II, p. 196. In particolare per l'ospedale di Belvedere, A.N.M.I., rog. I. Broccardi, 30 settembre 1452; rog. I. Ricci, 21 febbraio 1461 e 14 aprile 1492, rinuncia del priore (un domenicano) nelle mani della comunità di Sassoleone; rog. B. Magnani, 29 luglio 1486; rog. I. Belvederio, 6 settembre 1503, elezione del sindaco e del massajo da parte della comunità; rog. C. Ricci, 17 novembre 1537; rog. I.B. Dal Pero, 29 agosto 1518. Non ho trovato altra menzione dopo questa data.

(44) A.C.V.I., b. III, 5 giugno 1499: il vescovo Simone Bonadies nomina rettore dell'ospedale Giovanni Carati di Francia che alloggiava nell'episcopio, in virtù delle sue arti e delle sue scienze, così come risulta dal documento. *Vis. Past.*, c. 82v, 14 giugno 1571; dell'ospedale è *commendator* Antonio Rocco, bolognese. Dall'inchiesta risulta che l'ospedale fu costruito dalla comunità del luogo per sollecitazione del domenicano fr. Giovanni, a cui ne era stata fatta donazione e che lo fece trasferire dalla villa di Mercurio, dov'era posto. C'erano due letti e un oratorio ed era dotato di un castagneto dal quale si ricavano 40 corbe di castagne. Originariamente vi si alloggiavano poveri e si soccorrevano infermi, ma da un ventennio non si faceva alcuna beneficenza. La costruzione è in cattivo stato. Il vescovo ordina che sulla facciata sia posta la seguente iscrizione: *Quo tempore R. in Chr. P. Simone B.R. Latii Imolae presulem gerebat annuente D.B. Saverio A.R. J. Jo, ord. predicatorius hanc aedem Chr. P. nomine B. abbatis Antonii Afabie (?) Planca: (viator ut cernis) locavit An: G.D. ij Hn/o: Jun.* Non mi sembra di facile interpretazione. La data del trasferimento dell'ospedale, tenuto presente che il vescovo Simone Bonadies si trasferì a Rimini nel 1511, dovrebbe essere il 5 giugno 1502.

Vis. Past., c. 238r, 5 gennaio 1574, si dà ospitalità ai viandanti e si ricevono gli esposti che vengono trasferiti a Fontanelice; c. 12v, 30 ottobre 1582: c'è un solo letto, non è stato eseguito quanto ordinato nella visita precedente; c. 74r, 7 ottobre 1599: due camere per l'ospitalità. Viene ordinato di scrivere sopra la porta: *Hospitale per alloggiare i pellegrini*; 1610, 18 luglio, c. 55r: i lavori di restauro sono stati eseguiti, la rendita è di sc. 25; 1657, 1 sett., c. 215, risulta un solo letto; 1734, 28 ottobre, c. 2v, è priore Agostino Troni di Imola; 1742, 18 luglio, VI, c. 479, vi alloggia l'ospitaliero che riceve gli esposti e li trasferisce all'ospedale di Belvedere.

(45) A.N.M.I., rog. P. Callegari, I, c. 295r e 298r, 29 giugno e 27 agosto 1447; rog. B.F. Callegari, IV, c. 101r, 4 dicembre 1504, V, c. 450v, 30 giugno 1510; rog. Luca Dal Monte, 12 febr. 1455, la nomina del rettore è di pertinenza del convento degli eremitani (agostiniani); rog. B. Capucci, 13 febr. 1498, da questo atto la dedizione è S. Giacomo o Filippo: vedonsi atti successivi fino al 1525 a rog. B.F. Callegari.

(46) Quello di S. Giacomo ora detto anche di Serravalle. A.N.M.I., rog. B. Costa, 7 gennaio 1465; rog. I. Selli, 6 dic. 1501, l'ospitaliero è di nomina del vescovo; rog. N. Gentilini, 23 giugno 1502 e 18 nov. 1503; rog. S. Massa, 22 dic. 1615.

(47) GALASSI, op. cit., II, pp. 195-196.

(48) Presso la chiesa di S. Giovanni e S. Paolo. Arch. Abbazia di S. Maria in Regola (= A.A.S.M.R.), presso la Congregazione di Propaganda Fide in Roma, 11-IV, 65v, 9 dic. 1375: l'abate concede in enfiteusi per 69 anni una terra di 2 torn., in margine due note del sec. XV: *Super istam bedificatum ab hospitale Cluxurie, vide si habuit licentiam ab abbate; Nunc est hosp. Cluxurie, ibi rulinus incisus est.* 8, I, 124r,

dei due ospedaletti di Mordano, l'uno sotto l'invocazione di S. Antonio, l'altro dedicato alla Vergine (49). Solo per gli ospedali di S. Antonio di Sassoleone e di Bagnara i diritti appartengono alle rispettive comunità (50).

Per tutti questi piccoli ospedali nessun documento ci attesta il ricovero di malati e nemmeno di poveri in genere, sebbene ciò non sia tassativamente da escludere, specialmente dove risultano almeno due letti. In alcuni ve n'è uno solo per qualche viandante occasionale, oltre alla ruota per ricevere gli esposti che vengono inviati a quelli di Tossignano, di Fontanelice, di Castelbolognese, di Conselice e di Massa Lombarda, per essere poi smistati clandestinamente, per motivi economici, all'ospedale del centro della diocesi.

Significa cioè che l'ospitalità di carattere medioevale, così come la beneficenza elemosiniera, sostituita per lo più dalla celebrazione di messe per i defunti del luogo, va gradualmente estinguendosi. Lo stesso interessamento delle visite pastorali non va oltre la conservazione patrimoniale.

Il discorso non è diverso per gli ospedali di origine tipicamente plebanale, di S. Giovanni della Pieve di S. Andrea, del Salvatore di Tossignano e di Fontanelice (51), dove si continuano a

sec. XV (prima metà): « Chiusura, per le rason de l'ospedale: à doe torn. de vigna, item uno casamento dove è posto el dito hospedale de I torn. e mezo, confine con la via da dui ladi », (terre in Bubano); A.N.M.I., rog. H. Capucci, 11 nov. 1511; rog. A. Pascoli, 17 apr. 1539, un *gubernator et administrator* affitta la terra; A.C.V.I., *Vis. Past.*, c. 334r, non ha forma, né è tenuto ad uso di ospedale, *sed ibi manet, quidam, quibus domus sub annua pensione locatur; fuit autem erectum hospitale huiusmodi a quodam de Marconibus, et fuit dotatum de sex torn. terre que nunc possidentur a d. Fabritio. Marcone qui abitat Venetiis...* In altri tempi si soleva ospitare i poveri e celebrare la festa di S. Giacomo nella cappella, ma da 40 anni è cessata qualsiasi forma di ospitalità; la rendita goduta dal Marconi è posta sotto sequestro.

(49) A.N.M.I., rog. I. Faella, 5 e 14 luglio 1541, il vescovo nomina il rettore; rog. I.C. Ricci, 4 apr. 1567 e I.B. Pascoli, 3 apr. 1573. Cf. GALASSI, *op. cit.*, p. 195.
(50) Per S. Antonio di Sassoleone vd. A.N.M.I., rogg. I. Broccardi, 30 sett. 1452, I. Ricci, 22 febr. 1461, B. Magnani, 29 luglio 1486, ancora I. Ricci, VI, c. 218r, 14 apr. 1492 (rinuncia del priore nelle mani della comunità di Sassoleone); I. Belvederio, 6 sett. 1503 (la comunità nomina il sindaco); I.B. Dal Pero, 29 ag. 1518; C. Ricci, 1537. Non ho trovato altra menzione in data successiva.

Per Bagnara, rogg. L. Dal Monte, 16 mar. 1449, 17 luglio e 12 ag. 1457 (sotto il patrocinio della società della Vergine che nomina il rettore); I. Selli, 12 febr. 1475, I.B. Rori, 13 ag. 1522: la società, riunita nell'ospedale, nomina rettore il parroco, ma le funzioni ospitaliere sembrano cessate.

(51) Per gli ospedali della Pieve di S. Andrea e di Fontanelice vd. GALASSI, *op. cit.*, pp. 195-196. Per l'ospedale di Tossignano: A.N.M.I., rog. I. Gori, IV, 1391, 6 maggio e 13 nov. 1410, l'ospedale è confinante con la sede comunale, riceve una terra in lascito; rog. V. Zanelli, III, 70v, 26 maggio 1430, lascito di 10 lire in lenzuoli e coperte; IV, 91v, 30 gennaio 1434, donazione di due lenzuoli; V, 173r, 3 gennaio 1445 e IX, 6r, 5 febbraio 1452, la società della pieve ha una cappella nel-

ricoverare infermi in misura sempre più limitata (raramente più di uno per volta).

Pure i due ospedali che conservano una proprietà agraria consistente, cioè quelli della Misericordia di Massa Lombarda e di Castelbolognese (52), nel secolo XVI si limitano al ricovero dei viandanti e al ricovero degli esposti, anche questi inviati clandestinamente all'ospedale imolese.

Contribuisce invero al declino dell'ospitalità medievale anche la crisi del rendimento produttivo, specie dei grani, che, con la riduzione degli investimenti nella terra, si avverte a mezzo il sec. XVI e che giunge al fondo, anche in Romagna, durante la grande carestia europea dal 1589 al 1592. Il risollevarlo non fu che parziale, alternato da altre ricadute, fino all'estensione delle foraggere, verso la metà del sec. XIX, nelle terre asciutte dell'Imolese (gravissima la crisi del 1648 che registrò un rendimento del grano del 2,94). Pertanto non potevano non risentirne anche le istituzioni la cui attività era affidata esclusivamente alla rendita agraria (53).

Il caso dell'ospedale di Osta può rappresentare una esemplificazione a tempi, per così dire, più ritardati rispetto ai succitati, perché assunse le funzioni di centro di beneficenza della comunità di Castel del Rio sopra una superficie giurisdizionale assai vasta, da Fornione, vicino a Fontanelice, a Bordignano verso Firenze. Era situato nei pressi del castello appunto di Osta, nel 1293 ancora esistente, posto sulla riva destra del Santerno poco oltre il ponte ad una sola arcata del sec. XIV. La tipologia dell'ospedale è incerta: un rogito del notaio Luca dal Monte nel 1425 ne attesta la giurisdizione vescovile *de antiquo* (54) e ancora nel 1437 vi erano addetti tre ospitalieri sotto la direzione di un rettore che vi impiegava la rendita di terre del castello, proveniente

l'ospedale, vd. XV, 111v, 1 genn. 1469; rog. L. Barelli, 25 gennaio 1492, la società si riuniva nell'oratorio o nella sala magna dell'ospedale; rog. I.C. Passeri, 14 luglio 1552, a partire da questo atto l'ospedale è denominato di S. Maria di Tossignano, come la pieve; rog. N. Arravasini, 14 genn. 1585, vendita di una casa per riparare l'ospedale, però nel 1612 non è più funzionante (visita vesc. Paleotti).

(52) GALASSI, op. cit., II, pp. 195-196.

(53) Cf. N. GALASSI, *I rapporti sociali nelle campagne imolesi dal sec XVI al sec. XIX*, Imola 1971, pp. 48-60.

(54) 28 aprile; altre menzioni si trovano nell'A.A.S.M.R., 18, VII, 10r, luglio 1368, il rettore Bringherino riceve donazione di terra; 11, IV, 16r, 23 apr. 1391, l'abate concede terra in enfiteusi; 19, I, 15r, 1398 e 14, II, c. 5v, 14 nov. 1422; A.N.M.I., rog. I. Gori, IV, 3r, 1385, 10 nov. e 3 genn. 1395.

da donazioni e da concessioni enfiteutiche da parte dell'abbazia di S. Maria in Regola (55).

Tale situazione sembra continuare fin quando, poco prima del 1574, Ciro degli Alidosi, dignitario della corte pontificia, appellandosi agli antichi privilegi feudali, non ne usurpò molta parte dei beni, per venderli tosto (56), così che l'ospedale in quell'anno risulta abbandonato, collabente e pieno d'immondezze (57).

L'intervento vescovile non ottiene sulle prime effetto significativo. Soltanto nel 1589 si giunge a un accordo in virtù del quale Roderigo Alidosi s'impegna a risarcire solo una parte del debito paterno con un piccolo castagneto e poche lire che vengono pagate solo nel 1610 (58). Ovviamente l'ospedale ne ricevette un danno dal quale non poté riprendersi se non verso il 1690, quando ne fu riordinato il patrimonio da una congregazione (compagnia) di sei persone di Osta e sei di Castel del Rio, appositamente costituita per la gestione (59), dalla quale conseguiva appunto il riconoscimento della sua giurisdizione territoriale. I compiti istituzionali si mantengono pressoché inalterati per l'intero arco del sec. XVIII. Dispensava ogni anno, mediante scrutinio segreto fra gli « ufficiali » della compagnia, 10 scudi per due doti a fanciulle povere da maritare (zitelle); tramite i sacerdoti delle parrocchie distribuiva elemosine in pane e denaro, dato che il primo non bastava alla moltitudine dei questuanti che vi si riversavano in

(55) A.N.M.I., rog. V. Zanelli, IV, 198v, 4 marzo 1437; IX, c. 131r e 173v, 21 mag. e 20 nov. 1453; rogg. N. Vaini, 30 luglio 1454; C. Cattani, 1 mag. 1458; P. Calvi, 27 sett. 1487; I.B. Dal Pero, 29 apr. 1518: rendita di 12 sc. destinata all'alloggio dei viandanti e alla ruota degli esposti che si trasferivano a Fontanelice, indi a Imola. Attiguo all'altare è un oratorio.

(56) A.C.V.I., *Vis. Past.*, 6 gennaio 1574, c. 245v.

(57) *Ibid.*, 8 ottobre 1575, c. 80v.

(58) *Ibid.*, 9 ottobre 1599, c. 91r: nell'oratorio era un legato di sei scudi di Ciro Alidosi. Nell'ospedale risultano due letti. Il vescovo ordina di porre l'iscrizione: « Hospitale per alloggiare i poveri »: *ibid.*, luglio 1610, c. 63v: soddisfatto il debito si ordinano restauri ripristinando l'ospitalità e la ruota, affidate alle cure amministrative di due sindaci, l'uno da parte della comunità di Castel del Rio, l'altro della comunità di Osta, sotto la giurisdizione del vicario foraneo.

(59) *Ibid.*, 2 sett. 1613, c. 44r; l'ospedale è trovato in cattivo stato, la rendita è di 50 scudi; 22 giugno 1690, c. 92; 24 maggio 1713, c. 272r; VI, 632, 4 ottobre 1742. Le proprietà si desumono da un libro di contabilità collocato nel primo di due cartoni contenenti la documentazione relativa all'ospedale a partire dal 1703 fino al 1891 conservati presso l'archivio del comune di Castel del Rio (=A.C.C.D.R.). La sede era un edificio costituito da due stanze al piano terra e due sopra, con un magazzino per i prodotti agricoli e un oratorio dedicato a S. Antonio, dove officiava il parroco di Osta, retribuito con 5 scudi e due paoli annui. La proprietà agraria consisteva in sette terreni, parte seminativi, parte boschivi e parte a castagneto nei pressi dell'ospedale medesimo e della chiesa di Osta, per complessive staia 119, nonché di altri sei piccoli appezzamenti quasi tutti boschivi o a castagneto (Cavamaggio, Belmonte di Montefune, Boscacce, Peschiera, Fornelli) per 25 staia.

occasione delle ricorrenze del santo protettore (S. Antonio abate) e per « l'anniversario dei benefattori », entrambe nel mese di gennaio (60). Inoltre raccoglieva, sulla ruota, gli esposti che subito trasferiva all'ospedale di Fontanelice, corrispondendo al custode (spedaliere), unico addetto, 15 baiocchi per ognuna di siffatte incombenze (sei volte nel 1703). Distribuiva ogni mese altre elemosine a poveri e a mendicanti, nonché a infermi a domicilio (61), beneficenze che verso la fine del secolo si tendono a riunificare nelle due succitate ricorrenze, alle quali si aggiunge il sabato santo.

Ospitava viandanti (non più di due-tre l'anno) e, occasionalmente, infermi del luogo privi di domicilio o non in grado di provvedersi (per un massimo di due e solo eccezionalmente). Si addossava, infine, le spese della sepoltura dei deceduti in condizioni di estrema indigenza. Nel 1747 assunse un chirurgo (cerusico), retribuito, sulle prime, con il solo corrispettivo per l'alloggio (6 scudi) (62), cui vi aggiunse, nel 1761, un onorario di altri 6 scudi annui (63), retribuzione che venne poi unificata in 12 scudi e conferita al medico condotto (fisico e chirurgo) della comunità di Castel del Rio (64).

Durante il periodo napoleonico l'ospedale fu sottoposto al controllo prefettizio e trasferito, con due soli letti, presso la residenza municipale nel castello. Cambiano solo le denominazioni dei funzionari e al segretario, l'ex sindaco, si aggiunse un ragioniere (ragionato).

Nel successivo periodo pontificio le forme assistenziali tendono ancora a diminuire (65). Tanto più che quasi tutti i beni

(60) Nel 1703 per S. Antonio si distribuirono 12 b. a ciascuno dei 14 sacerdoti intervenuti (A.C.C.D.R., I cart.) e il 18 gennaio, anniversario dei benefattori, se ne distribuirono 18, oltre a 40 pagnotte a 16 sacerdoti e a 112 « tiere » di pane direttamente ai poveri. Risultano dipendenti le parrocchie di Carseggio, Valsalva, S. Miniato, Cantagallo, Belvedere, Montefune, S. Andrea, Castiglioncello, Tombe, Osta, Fornione, Bordignano, Valmaggiore.

(61) Nel 1714 (A.C.C.D.R., *ibid.*) si ebbero le seguenti distribuzioni: gennaio sc. 1 e 48 b., febbraio b. 82, marzo, sc. 1 e 14 b., aprile b. 75, maggio b. 67, giugno b. 27, luglio b. 12, agosto b. 12, settembre b. 26, ottobre b. 36, novembre b. 26, dicembre b. 85; nel 1771, per S. Antonio, sc. 8 e 80 b., per l'anniversario dei benefattori, sc. 3,30, per il sabato santo, sc. 8 e 80 b., più elemosine rispettivamente 40, 58, 75, 30 b. in altre occasioni di necessità.

(62) A.C.C.D.R., *ibid.*, 1747 e ss. per concessione del vescovo Marelli.

(63) *Ibid.*, 1761 ss., per l'assunzione del chirurgo Antonio Tomasi.

(64) *Ibid.*, il dott. Gordini.

(65) Infatti, mentre fino al 1790 l'ammontare delle spese, esenti da imposte, oscilla attorno ai 75 scudi, nel 1824 raggiunge scudi 85,14 comprese le imposte ammontanti a scudi 21,95 (*ibid.*).

patrimoniali, compreso l'antico edificio residenziale di Osta, vennero alienati ad un privato nel 1827 per 558 scudi e 99 baiocchi, pagati parte in contanti e trasformati in buoni fruttiferi, parte in censì che risultano concessi fino al 1891 (66).

Con l'unificazione del 1859, l'ospedale divenuto, anche formalmente, di Castel del Rio, venne amministrato, per decreto reale, assieme a quello di Belvedere, da una congregazione che, in prosieguo, trasformata la più parte delle entrate in interessi provenienti da cartelle di debito pubblico (L. 13.000 nel 1891), non poteva che subire le conseguenze del graduale deprezzamento monetario (67). Ma già le funzioni ospedaliere dell'intera vallata del Santerno erano di fatto assorbite dall'ospedale d'Imola.

L'antico edificio, divenuto casa colonica fu definitivamente distrutto con la seconda guerra mondiale (68). Di esso ci rimane un bell'architrave del XIV sec. murato nella casa padronale del podere omonimo (69).

Ecco dunque, per riprendere il discorso più generale, un'altra delle ragioni per le quali il sistema di assistenza si laicizza anche nel finanziamento, nello stato giuridico e nell'amministrazione. Nel cosiddetto spirito laico si riflette, cioè, una condizione economica in evoluzione. La crisi della rendita fondiaria non consente più il mantenimento di una rete dispersa di piccoli ospedali. Anche per quelli centralizzati e urbani il mantenimento degli infermi poveri sulla base della rendita agraria non è garantito se non tramite l'intervento sempre più diretto delle magistrature comunali e civili. Infatti l'evoluzione che si avverte nel periodo

(66) A.C.C.D.R., cart. II, circa 46 tornature al sig. Suzzi Giovanni, copia del rogo notarile; si vedano altresì gli stati patrimoniali fino al 1891. Rimasero all'ospedale solo il castagneto di Montefune di torn. 10 e 48 pertiche.

(67) Ibid., vi si conservano le copie del decreto reale di unificazione e dei regolamenti dei due ospedali. Si noti che le finalità istituzionali rimangono pressoché inalterate. L'ospedale di Castel del Rio provvedeva con una rendita di L. 651, quello di Belvedere di L. 157. Si vedano altresì lo stato patrimoniale e i bilanci dal 1877 al 1891 dai quali risulta pienamente assorbita l'assistenza comunale (n. 40 sussidiati e n. 13 ammalati) per una spesa complessiva di L. 797.

(68) Era una costruzione massiccia del sec. XV e vi si conservava ancora la ruota per gli esposti, la cui funzione era stata abolita nel 1880. Sul lato opposto dell'orto si trovavano ancora le fondazioni del vecchio castello con tombe coperte da pietre romane. Su tali fondazioni è stata ricostruita la casa colonica che nel pavimento della cucina lascia vedere, ancora oggi, una botola su una delle due profonde cisterne adibite alla conservazione del grano (l'altra è interrata).

(69) Misura m 1,20 × 0,30; originariamente era posto sulla finestra della facciata. Al centro una croce a cui manca il braccio superiore, ai lati due rosoni, ancora più a sinistra una figura di cuore, a destra un ferro da cavallo e una figura di 'coltro' (vomere). Il tutto di stile del sec. XIV.

che va dall'inizio del sec. XVII alle rivoluzioni borghesi non è animata in Romagna, così come altrove, salve rare eccezioni, da una volontà cosciente di secolarizzazione dell'assistenza. Questa sembra piuttosto risultare da una società nella quale la instabilità dei redditi ne scuoteva le strutture, mentre la proprietà ecclesiastica si era irrigidita col ricorso alla protezione dell'inalienabilità e della esenzione delle imposte (manomorta), sì che l'iniziativa degli individui e delle piccole comunità non bastava più di fronte ai problemi dell'ascesa del pauperismo (70).

Le grandi carestie del sec. XVI, specie quella della seconda metà, si accompagnano a ondate migratorie di contadini verso le città, di uomini che le strutture urbane non sono in grado di assimilare e di inquadrare rapidamente. Anche Imola fu invasa da folle di accattoni, dei quali gran parte contadini escomiati, perché non in grado di far fronte agli aumenti delle regalie pecuniarie introdotte nella prima metà del secolo nel contratto di mezzadria, quale corrispettivo dell'uso della casa colonica (71).

Costoro battevano con insistenza importuna alle porte delle chiese, dell'ospedale, dei conventi, delle case dei ricchi e lasciavano spesso sulle vie cadaveri cosparsi di piaghe purulente (72). Per rimediarsi non bastavano, né i mezzi della tradizionale beneficenza degli enti ecclesiastici, né l'intervento delle magistrature civili con periodiche somministrazioni di pane. Il loro numero sembra ripercuotersi nella sfera ideologica, col ribaltamento del concetto stesso della *charitas*: i mendicanti non suscitano più commiserazione, ma disprezzo, diffidenza, e soprattutto mettono sgomento e paura (73).

La rottura dell'ethos cristiano di fronte al fenomeno quantitativo si manifesta altresì nel sospetto di truffa e di simulazione genericamente rivolta alla mendicizia, cioè nel rifiuto della realtà, quando questa non può essere spiegata con la morale, né con gli strumenti di governo tradizionali, poiché l'inefficacia dell'elemo-

(70) GEREMEK, op. cit., pp. 685-698.

(71) N. GALASSI, *La mezzadria e l'indebitamento dei coloni nelle campagne imolesi dal secolo XVI al secolo XIX*, « Riv. Storia dell'agricoltura », « Atti del I congresso nazionale di storia dell'agricoltura », a cura della facoltà di Agraria di Milano e dell'Istituto di Storia Economica dell'Università di Parma, I, Milano 1972, pp. 305-340.

(72) GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera*, cit., II, pp. 39-45, in particolare presso l'A.O.C.I., *Registro deliberazioni*, V, 2 marzo 1572, VII, 9 ottobre 1590.

(73) Oltre alle indicazioni di carattere generale nel succitato saggio del Geremek, si rimanda, per i fatti locali, al manoscritto documentato di D. Andreini Ronchi, *Memorie storiche dell'ospedale di S. Maria, ossia dei Devoti, vulgo della Scaletta*, A.O.C.I., e al relativo *Inventario generale dei documenti*.

sina individuale e pubblica, agli effetti sociali, si riflette negativamente sulla credenza della redenzione dei peccati.

Il problema non è meno serio in Romagna, dove, ad una produzione di grano eccedente i fabbisogni, fa riscontro da un lato la loro esportazione illegale e clandestina, che assicura maggiori guadagni ai proprietari laici ed ecclesiastici, nonché agli intermediari (74), dall'altro la mancanza di un artigianato sviluppato e manifatturiero o di altra forma di lavoro, come a Venezia la flotta (75), che potessero in qualche modo occupare parte della manodopera eccedente. Ci si sposta ormai apertamente dal quadro etico-religioso o egemonico a quello della ragione del potere in tutti gli Stati, compreso quello ecclesiastico.

La forma, nei rapporti giuridici, resta quella tradizionale; anzi le confraternite, le compagnie, le congregazioni dedite al soccorso dei bisognosi si moltiplicano, dividendosi i compiti e le funzioni, ma assieme alle pratiche religiose si scorge dappertutto la preoccupazione di riordinare l'assistenza ai poveri, sottoponendola a istituzioni specializzate, che, sostenute dal divieto dell'accattonaggio, tendono a realizzare la sorveglianza e la reclusione.

Sul finire del sec. XVI si istituiscono a Imola, come altrove, le confraternite e le relative istituzioni per la segregazione degli orfani di ambo i sessi e dei mendicanti, i quali all'atto della fondazione vengono accompagnati da solenne processione fino agli ospizi appositamente allestiti (76).

Se gli sforzi rivolti alla segregazione dei poveri non potranno mai attuarsi pienamente per insufficienza di mezzi pubblici, tuttavia gli interventi dello stato e il consolidamento del suo apparato repressivo al fine di neutralizzare preventivamente minacce di conflitti sociali, si fecero più pressanti nei due secoli successivi, conducendo al trionfo del principio della reclusione per i poveri di ogni categoria: dagli accattoni agli orfani, dai malati di mente alle prostitute (77), tutti sottoposti a sanzioni sempre più drastiche e particolareggiate.

(74) Cf. L. DAL PANE, *Il commercio dei grani nello stato pontificio nei secoli XVII e XVIII*, Bari 1934; Id., *La questione del commercio dei grani e l'origine del liberismo nell'Italia settecentesca*, «Atti Accad. Sc. Ist. Bologna», a. 58^o, LII (1963-64).

(75) GEREMEK, op. cit., p. 687.

(76) GALASSI, *Dieci secoli di storia ospitaliera*, cit., II, pp. 39-45.

(77) Ibid., pp. 192-193.

Anche l'assistenza vera e propria si fa più selettiva: si moltiplicano i controlli e le esclusioni, si annulla praticamente l'accettazione dei viandanti e dei pellegrini se non in possesso di particolari certificazioni; questo nel quadro dell'organizzazione dello stato e dell'articolazione gerarchica della società cittadina.

In altri termini si istituiscono diaframmi e si rende definitivo il distacco delle istituzioni ospedaliere e assistenziali dall'ambiente territoriale.