

Istituto trentino di cultura

Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento

Monografie, 46

I lettori che desiderano informarsi
sui libri e sull'insieme delle attività
della Società editrice il Mulino
possono consultare il sito Internet:
www.mulino.it

Le risorse dei poveri
Carità e tutela della salute
nel principato vescovile di Trento in età moderna

di
Marina Garbellotti

Società editrice il Mulino

Bologna

Centro per gli studi storici italo-germanici in Trento

GARBELLOTTI, Marina

Le risorse dei poveri: carità e tutela della salute nel principato vescovile di Trento in età moderna / di Marina Garbellotti - Bologna : Il mulino, 2006. - 424 p. : ill. ; 22 cm. - (Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento. Monografie ; 46)

Nell'occh.: Istituto trentino di cultura. - Bibliogr.: p. 383-413

ISBN 88-15-11352-5

1. Poveri - Assistenza - Trento (Principato vescovile) - Sec.XVI-XVIII 2. Trento (Principato vescovile) - Sanità pubblica - Sec.XVI-XVIII 3. Ospedali - Trento (Principato vescovile) - Sec.XVI-XVIII

362.109 453 85 (DDC 21.ed)

Scheda a cura della Biblioteca ITC

Composizione e impaginazione a cura dell'Ufficio Editoria ITC

ISBN 88-15-11352-5

Copyright © 2006 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito www.mulino.it/edizioni/fotocopie

a Paolo

Sommario

Introduzione	p.	11
CAPITOLO PRIMO: Tutelare l'ordine pubblico		23
1. Identificare i viandanti		23
2. Poveri oziosi e poveri che lavorano		37
3. Contare i bisognosi		41
4. Poveri di «mediocre facoltà» e poveri «che non hanno niente del suo»		51
5. Il privilegio della questua e altre forme di tutela		60
CAPITOLO SECONDO: Tutelare la salute		71
1. Di fronte alle emergenze: l'Ufficio di Sanità		71
2. Il collegio dei medici: un progetto fallito		76
3. Medici di corte, medici della città		81
4. Attestati, fama e licenze d'esercizio		87
5. La difesa dell'arte: trasgressioni e denunce		97
6. I medici della collettività		103
7. La vigilanza sulle farmacie		110
CAPITOLO TERZO: Dagli ospizi agli ospedali		121
1. L'eredità medievale		121
2. Forme di ospitalità in età moderna		130
3. Altri luoghi e forme di carità		139
CAPITOLO QUARTO: L'ospitalità all'inizio dell'età moderna: una mancata riforma?		161
1. Gli ospedali trentini cambiano poco		161
2. Confraternite e comuni organizzano l'assistenza		169

3. La difesa della laicità	175
4. Gli ospedali trentini non bastano: i bambini abbandonati e la via per Verona	187
 CAPITOLO QUINTO: Le case dei poveri	 201
1. Gli ordinamenti ospedalieri	201
2. Le case dei poveri: struttura e arredo	206
3. I rettori: il prestigio della carità	216
4. Chi si occupa degli ammalati?	223
 CAPITOLO SESTO: Gli ospedali aiutano, gli ospedali guariscono	 245
1. Elemosine, abiti e pane	245
2. Educare al lavoro	254
3. Ammalati contagiosi e incurabili: una tarda accoglienza	257
4. In ospedale: viandanti e ammalati	263
5. Il cibo nutre, il cibo cura	272
6. Pulire per preservare la salute	278
 CAPITOLO SETTIMO: Un istituto per fanciulle: il Conservatorio delle orfane	 283
1. Perché un Conservatorio	283
2. Chi può entrare?	287
3. Educare per disciplinare	294
4. Serve e spose lasciano l'istituto	302
 CAPITOLO OTTAVO: I beni dei poveri	 315
1. I patrimoni degli ospedali	315
2. Le terre interessano poco	318
3. I prestiti: utili economici e sociali	325
4. Entrate e uscite: un difficile equilibrio	333
 CAPITOLO NONO: La solidarietà delle comunità	 337
1. Vicini e forestieri	337
2. Le comunità aiutano	343
3. Le carità comunitarie: tempi e modalità di distribuzione	348
4. Pane e sale, simboli di solidarietà	357
 Appendice	 365

Tavola di riferimento per monete e misure	381
Fonti e bibliografia	383
Indice dei nomi di persona	415
Indice dei nomi di luogo	421

Introduzione

Nel febbraio del 1546 il gesuita francese Claude Jay si trovava nella piccola città di Trento, in quel periodo al centro della scena politica europea. Da pochi mesi, il 13 dicembre per la precisione, si era aperto il concilio e le vie cittadine erano percorse da prelati e notabili, incaricati di seguire da vicino lo svolgimento dei lavori. Claude Jay, tra i primi seguaci di Ignazio di Loyola e suo stretto collaboratore, si aggirava per Trento curioso di conoscere la città che lo ospitava. Egli era interessato in particolare agli ospedali, così si presentò alla porta delle istituzioni assistenziali della città, quattro in tutto, e le visitò. Espresse le sue riflessioni poco benevole in una delle lettere che periodicamente inviava al maestro per aggiornarlo sulle discussioni e sul clima delle sessioni conciliari. Scriveva il gesuita: «Ho visitato li hospitali, ma certo el non se trova in essi infermi como in Venezia o in Roma. Allogiano la sera, et la mattina se parteno per cercare la lor vita»¹. Gli ospedali trentini apparivano agli occhi del visitatore francese come semplici ospizi predisposti all'accoglienza di poveri viandanti e di pellegrini che sostavano in queste strutture per riprendersi dalle fatiche del cammino. Non erano lontanamente paragonabili agli ospedali presenti a Roma, a Venezia, a Milano, a Napoli e a Firenze, magnificati lungo tutta l'età moderna da numerosi visitatori stranieri che ne descrivevano con ammirazione l'imponente struttura architettonica, l'esemplare organizzazione sanitaria e l'ampia capacità ricettiva².

Il gesuita, dunque, si era mostrato interessato anche ai piccoli ospedali. Diverso atteggiamento percorrono gli studi di storia

¹ *Epistolae pp. Paschasii Broëti, Claudi Jaji*, pp. 301-302.

² Cfr. E.P. DE G. CHANEY, *Giudizi inglesi sugli ospedali italiani*.

assistenziale, che tendono a indagare i sistemi assistenziali delle capitali degli antichi stati italiani e delle città di dimensioni medio-grandi³. Il principale merito di questi lavori, pubblicati a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, è quello di avere collocato la storia ospedaliera in un contesto più ampio. L'ospedale, non più considerato un'istituzione a se stante, dedicato esclusivamente alle attività assistenziali, è diventato parte integrante della città, delle sue istituzioni, dei meccanismi di potere e di patronato che la regolavano. Questi studi, inoltre, hanno validamente contribuito a definire le linee fondanti della storia ospedaliera in età moderna. È un dato acquisito che nei secoli XV-XVI principi e consigli cittadini intervennero massicciamente nella gestione del settore assistenziale e che, spesso in collaborazione con le autorità ecclesiastiche, promossero la fondazione di istituti specializzati nel soccorso dei bisognosi e nella cura degli infermi. L'impulso alla ristrutturazione della rete assistenziale nasceva da un diverso atteggiamento nei confronti dei poveri, che è stato colto e studiato in particolare dalla storiografia francese⁴. È noto che in età medievale i bisognosi erano qualificati genericamente con il termine «povero» e che non vi era distinzione tra il povero e l'ammalato. Essi erano accolti nelle stesse strutture, dove ricevevano parimenti aiuti materiali e spirituali⁵. In età moderna, la figura del povero si frantumò in diverse tipologie e si distinse dall'ammalato, al quale si riconobbero esigenze assistenziali diverse. Non tutti i poveri meritavano di essere aiutati, ma solo quanti non erano in grado di lavorare per procurarsi il sostentamento quotidiano. Maturò e si consolidò l'idea di una carità selettiva che plasmò

³ Cfr. B. PULLAN, *La politica sociale della Repubblica di Venezia*; P. GAVITT, *Charity and Children*; G. ALBINI, *Città e ospedali*; S. CAVALLO, *Charity and Power in Early Modern Italy*; D. ZARDIN (ed), *La città e i poveri*; N. TERPSTRA, *Lay confraternities and civic religion*; A.J. GRIECO - L. SANDRI (edd), *Ospedali e città*; A. PASTORE et al. (edd), *L'ospedale e la città*; D. MONTANARI - S. ONGER (edd), *I ricoveri della città*; E. GHIDETTI - E. DIANA (edd), *La bellezza come terapia*.

⁴ Penso naturalmente a J. GUTTON, *La société et les pauvres*; a M. MOLLAT, *Les pauvres au Moyen Age*, ma anche ai lavori di Bronisław Geremek.

⁵ Sui concetti di *caritas* e *infirmis* in età medievale, cfr. J. AGRIMI - C. CRISCIANI, *Carità e assistenza*.

i programmi di politica sociale delle autorità di governo della Penisola e di quelle d'Oltralpe: alcuni poveri erano accolti (o costretti) nelle strutture assistenziali, altri erano cacciati dal territorio. Inserendosi in questo filone di ricerche, gli studiosi italiani si sono interessati soprattutto alle misure adottate dalle autorità di governo per fronteggiare il fenomeno del pauperismo⁶. In questa cornice, gli ospedali assumevano una funzione sociale e politica più ampia divenendo i luoghi dove si praticava la nuova cultura della carità e si iniziava a offrire agli ammalati cure mediche appropriate.

Le tappe evolutive della storia ospedaliera sono state chiarite e alle strutture ospedaliere è stato riconosciuto un ruolo che supera la mera dimensione caritativa. Tuttavia, le forme di soccorso e i modelli di controllo sociale proposti si riferiscono prevalentemente a città di rilievo, con particolare riguardo a quelle collocate nel centro-nord della Penisola italiana. Di contro, sono poco numerosi gli studi sui sistemi assistenziali che si svilupparono nei centri urbani minori e nelle aree rurali, soprattutto per l'età moderna⁷. Questo squilibrio si spiega in parte con l'oggettiva difficoltà di reperire materiale documentario sufficiente alla ricostruzione di un quadro storico esauriente, ma la ragione principale si deve ricercare in una sorta di atteggiamento pregiudiziale. La persistenza di alcuni tratti dell'ospitalità medievale nei sistemi assistenziali periferici ha tendenzialmente portato

⁶ Si vedano a proposito G. POLITI - M. ROSA - F. DELLA PERUTA (edd), *Timore e carità*, e V. ZAMAGNI (ed), *Poveri e innovazioni istituzionali in Italia*. Il primo volume, che nel titolo richiama lo studio di B. GEREMEK, *La pietà e la forza*, riflette il duplice orientamento della politica sociale nei confronti dei poveri (assistenza e reclusione/esclusione). I saggi riuniti nell'altro volume tendono a sfumare questa contrapposizione e a ridimensionare le politiche repressive messe in evidenza dagli studi di Foucault (M. FOUCAULT, *Surveiller et punir*), che peraltro hanno trovato scarso riscontro negli antichi stati italiani.

⁷ È soprattutto recentemente che si inizia a guardare a queste realtà periferiche. Tra i pochi studi in argomento si ricordano L. MORASSI (ed), *Ospitalità sanitaria in Udine*; D. BALESTRACCI, *Per una storia degli ospedali di contado*; M. TOSTI, *L'«Hospitale», i poveri, la mobilità*; G.M. VARANINI, *Per la storia delle istituzioni ospedaliere*; M. PIERULIVO, *Con panni stracci e senza denaro*; M. CAVALLERA - A.G. GHEZZI - A. LUCIONI (edd), *I luoghi della carità e della cura*.

a considerare la storia ospedaliera dell'età moderna di queste realtà come un periodo privo di un'identità specifica, soprattutto laddove la rete assistenziale non venne investita da riforme che ne modificarono la fisionomia. Nella maggior parte dei casi, infatti, gli ospedali articolarono e differenziarono le loro attività senza cambiare l'assetto strutturale. Inoltre, le indagini che hanno esplorato queste realtà si sono concentrate prevalentemente sulle caratteristiche degli ospedali trascurando di ricostruire gli interventi di politica sociale nel loro complesso⁸.

Spesso, dunque, lo scarto tra i grandi complessi ospedalieri e quelli minori si è giocato sul piano della configurazione della rete assistenziale. Per comprendere questi sistemi è opportuno puntare l'attenzione su altri aspetti e leggerli in un quadro più ampio⁹. Quello forse più importante riguarda l'avvenuta o mancata ricezione della mentalità caritativa della prima età moderna, che aveva nella selezione degli indigenti e nella cultura della famiglia i suoi principi cardini. Si tratta dunque di appurare se a fronte di una rete ospedaliera dai tratti medievali questa cultura, che si può leggere nei programmi assistenziali di tutta Europa, filtrò nelle 'periferie' condizionando l'attività caritativa¹⁰. Anziché sottolineare i ritardi dello sviluppo del settore assistenziale nelle città minori e nelle aree rurali, è opportuno analizzarne le caratteristiche, capire se e come in queste zone si riuscisse a rispondere alle molteplici esigenze di ordine sociale, caritativo e sanitario; ricostruire i dispositivi assistenziali che si

⁸ Sono auspicabili più studi sull'esempio di quello condotto da S. CAVALLO, *Charity and Power in Early Modern Italy*, sul sistema assistenziale torinese.

⁹ La letteratura inglese ha mostrato maggiore attenzione per gli ospedali periferici, spesso offrendo studi di sintesi e comparativi, piuttosto carenti nel panorama storiografico italiano. Cfr. C. RAWCLIFFE, *The Hospitals of Medieval Norwich*; N. ORME - M. WEBSTER, *The English Hospital 1070-1570*; S. SWEETINBURGH, *The Role of the Hospital in Medieval England*. Per quanto concerne la letteratura tedesca, è recente l'interesse per lo studio dei *Landesspitäler* e per il genere di assistenza sanitaria che offrivano; L. GRAY, *Petitioning for survival*. Per la Francia si veda l'importante studio di D. HICKEY, *Local Hospitals in Ancien Régime France*.

¹⁰ In questa direzione si muove D. HICKEY, *Local Hospitals in Ancien Régime France*.

svilupparono in quei villaggi, che contavano poche centinaia di abitanti, dove non esisteva alcun ospedale. Indagini più approfondite consentirebbero poi di conoscere che genere di soccorsi si offrivano negli ospedali più modesti e di verificarne il grado di medicalizzazione. Inoltre, bisognerebbe indagare se e in che misura i centri urbani minori adottassero forme di organizzazione assistenziale proprie delle città¹¹.

La presente ricerca si inserisce in questo contesto storiografico. L'obiettivo è stato quello di sviluppare queste piste di indagine esaminando un sistema assistenziale di una città medio-piccola, come quella di Trento, dei centri urbani minori e delle comunità rurali disseminate nel territorio del principato vescovile. Questa realtà, per collocazione geografica e per conformazione politica, è parsa adatta allo studio dei sistemi ospedalieri periferici¹².

Il principe vescovo aveva l'autorità di ordinario diocesano ed esercitava la potestà temporale, grazie all'investitura da parte dell'imperatore. Anoverato tra i principi ecclesiastici dell'impero, il principe vescovo di Trento prendeva parte alle diete imperiali e nello stesso tempo riconosceva all'arciduca d'Austria il titolo di avvocato sulla chiesa trentina, del quale erano stati investiti i conti del Tirolo sin dal XIII secolo. L'intreccio di queste sfere di potere incise sulla configurazione giurisdizionale. Il territorio del principato vescovile appariva un mosaico istituzionale, costellato da numerose giurisdizioni che ne spezzavano la compattezza: giurisdizioni immediate e feudali del principe vescovo, giurisdizioni immediate e feudali di casa d'Austria, sulle quali il presule trentino talvolta deteneva il potere spirituale, comunità di varia grandezza che, forti degli statuti riconosciuti dall'autorità principesca, si amministravano pressoché auto-

¹¹ Cfr. M. GAZZINI, *L'esempio di una «quasi città»*.

¹² Gli studiosi che si sono occupati del principato vescovile hanno riservato scarsa attenzione alla storia assistenziale. Si sottraggono a questa tendenza, per l'età medievale, il saggio di G.M. VARANINI, *Uomini e donne in ospedali e monasteri del territorio trentino*; per l'età moderna quello di K. CIVETTINI, *Povertà e mendicizia nel Principato vescovile di Trento*; e il contributo di A. PIVA, *L'ospedale di «S. Spirito»*. Si ricorda inoltre il volume di R. TALIANI, *Il governo dell'esistenza*, che esamina la politica sanitaria nel territorio trentino nella prima metà dell'Ottocento.

nomamente¹³. Un principe vescovo, dunque, investito di una sovranità sfilacciata che anche nel capoluogo del principato, la città di Trento, doveva di continuo confrontarsi e ridefinire gli spazi di intervento con altri due organismi, il capitolo della cattedrale e la magistratura consolare¹⁴. Questa complessa articolazione politica si rifletteva sull'organizzazione assistenziale. Gli ospedali, che sorsero tra il XIV e il XVI, rimasero immutati sino ai primi anni dell'Ottocento. L'intero territorio contava un solo ente specializzato, il Conservatorio delle orfane, che operava nella città di Trento. Qui, gli ospedali erano diretti dalle confraternite fondatrici e né il principe vescovo né la magistratura consolare intervennero sulla loro gestione. Nei centri minori si riscontrano variabilmente ospedali dipendenti dalle comunità e dalle confraternite promotrici. Questi istituti erano simili per struttura agli ospizi medievali, ma le modalità caritative e assistenziali rispecchiavano gli orientamenti della cultura caritativa dominante. Essi quindi contribuirono a trasmettere quei valori propri della carità, che si fondavano sull'avversione all'ozio, sull'importanza della famiglia e sull'onore. Diversamente, nelle comunità rurali e montane, esistevano forme di assistenza fondate su principî comunitari.

L'intento di questa ricerca è quello di descrivere un sistema assistenziale periferico nel suo complesso per coglierne peculiarità, somiglianze e differenze con le modalità dell'organizzazione assistenziale definite dall'attuale storiografia. L'attività e la funzione delle singole strutture assistenziali sono state inserite e lette nel quadro delle misure a carattere sociale promosse dai vari attori del territorio (principe vescovo, magistratura cittadina, comunità). Gli ospedali sono stati studiati 'dall'esterno', conferendo largo spazio agli aspetti istituzionali, alle forze politiche in gioco,

¹³ Sull'articolazione territoriale del principato vescovile cfr. M. BELLABARBA, *Tra la città e l'impero*; per un quadro storico, cfr. dello stesso autore, *Il principato vescovile dal XVI secolo alla Guerra dei Trent'anni*; C. DONATI, *Il principato vescovile di Trento dalla guerra del Trent'anni alle riforme settecentesche*; M. MERIGGI, *Assolutismo asburgico e resistenze locali*; M. NEQUIRITO, *Il tramonto del principato vescovile*.

¹⁴ Cfr. C. DONATI, *Contributo alla storia istituzionale e sociale del Principato vescovile*.

e 'dall'interno'. Partendo da questa prospettiva, alla quale la storiografia italiana non ha dedicato la dovuta attenzione, si è cercato di 'entrare' in questi istituti per comprendere quale genere di assistenza offrissero¹⁵.

Il primo capitolo è dedicato ai protagonisti principali del libro, i poveri. L'utilizzo delle fonti fiscali ha permesso di stimare la percentuale della popolazione indigente e soprattutto di capire secondo quali parametri un individuo era considerato tale. A questa definizione contribuivano fattori economici, ma anche culturali, che dipendevano dagli indirizzi di politica sociale delle autorità di governo. Il principe vescovo e la magistratura consolare non promossero la fondazione di istituti ospedalieri e non dispensavano periodiche distribuzioni di elemosine, ma ad essi competeva stabilire la demarcazione tra vero e falso indigente e definire, quindi, il concetto di povertà. Da parte loro, i poveri erano consapevoli dei meccanismi che regolavano la carità, perciò quelli meritevoli si aspettavano di essere aiutati.

Nel secondo capitolo sono esaminati gli interventi delle autorità del territorio nel campo della tutela sanitaria. Nella città di Trento il compito di rilasciare le licenze di esercizio e di vigilare sull'attività di medici, chirurghi e soprattutto di empirici spettava alla magistratura consolare. Sino alla seconda metà del Settecento, però, queste forme di sorveglianza miravano a disciplinare l'attività dei terapeuti piuttosto che a verificarne l'abilità. Particolare attenzione è stata dedicata alle condotte mediche, che si configurano come i soli istituti attivati dalle comunità per tutelare la salute pubblica, e alle spezierie. Soprattutto dove non esistevano strutture ospedaliere, i farmacisti guarivano le malattie più comuni e offrivano al singolo la possibilità di curarsi da solo. Questi esercizi, dunque, divenivano una sorta di 'luogo di cura'.

All'inizio dell'età moderna era attiva una complessa rete caritativa costituita da associazioni devozionali, corporazioni di mestiere,

¹⁵ Sebbene gli studi di storia ospedaliera italiani tendano a privilegiare l'approccio istituzionale, non mancano indagini sull'attività interna degli ospedali: F. GIUSBERTI, *Tra povertà e malattia*; M. DALL'AGLIO MARAMOTTI M., *L'assistenza ai poveri nella Parma del Settecento*; E. DIANA, *Professione e malattia*.

da famiglie religiose; tuttavia, analizzando il circuito caritativo e assistenziale di queste istituzioni è emerso che esse prediligevano un'assistenza di natura mutualistica, rivolta a quanti erano legati a queste istituzioni (cap. terzo). Diversamente, gli ospedali, che nacquero tra il XIII e XIV secolo a Trento su iniziativa della confraternita dei Battuti laici e di quella degli Zappatori alemanni, prestavano soccorso agli indigenti in generale. Mettendosi al servizio della collettività, le confraternite ospedaliere assunsero una funzione pubblica.

Gli ospedali trentini non furono investiti dalla riforma ospedaliera che si compì in altre città (cap. quarto). Le sedi degli edifici e la rete ospedaliera mutarono poco e le ragioni di questa scarsa innovazione trovano principalmente spiegazione nella situazione politica del principato vescovile, caratterizzata da una pluralità di poteri, ognuno dei quali era troppo debole per ridisegnare la rete assistenziale. La mappa ospedaliera trentina presentava evidenti carenze, come la mancanza di ospedali per gli ammalati incurabili e contagiosi, e di un istituto per l'infanzia abbandonata. Si è cercato, quindi, di vedere quali soluzioni furono adottate per supplire a questa carenza istituzionale. I bambini abbandonati, ad esempio, erano per lo più inviati al brefotrofo veronese della Domus Pietatis che divenne così una struttura assistenziale sovra regionale.

Gli ospedali trentini maturarono tardivamente la vocazione all'assistenza sanitaria e le gradualità innovazioni occorse nel campo sanitario si colgono esaminando le planimetrie degli ospedali (cap. quinto). Si tratta di modesti accorgimenti, che indicano, però, la chiara volontà di affiancare all'attività caritativa quella sanitaria. In ospedale lavoravano l'ospedaliere, il medico, il chirurgo e gli infermieri, e di queste figure sono state ricostruite l'attività, le competenze e il profilo sociale. Qui, come negli ospedali più grandi di altre città, il ruolo principale era ricoperto dall'ospedaliere che, pur non possedendo alcuna preparazione medica, sorvegliava il personale medico. Gli ospedali erano diretti da consigli, nei quali sedevano esponenti del patriziato cittadino come pure commercianti e artigiani economicamente affermati. La partecipazione a questi direttivi consentiva di consolidare o di migliorare la propria posizione sociale.

I due principali ospedali cittadini erano per struttura e per finalità simili, ma nel corso del Settecento diversificarono le loro attività assistenziali dando luogo a un sistema assistenziale complementare (cap. sesto). Mentre l'ospedale alemanno continuò ad accogliere viandanti e pellegrini, mantenendo viva l'inclinazione all'ospitalità, quello diretto dalla confraternita dei Battuti preferì rinunciare alla sua originaria funzione e si apprestò divenire un luogo di cura. Gli ospedali distribuivano sovvenzioni, alimenti e abiti. Si è quindi cercato di quantificare questi aiuti che, pur apparendo meri palliativi, in un'economia di sussistenza rappresentavano preziosi contributi. Del resto, in antico regime non esistevano forme strutturate di assistenza sociale e gli ospedali non assicuravano un aiuto permanente. Chi versava in precarie condizioni doveva attivarsi in prima persona per procurarsi quanto serviva. Per quanto concerne gli infermi accolti in ospedale, non si conoscono né le patologie né le cure impiegate. È stato però possibile stabilire la dieta giornaliera degli ammalati e calcolare il tasso di mortalità che risulta piuttosto contenuto.

Nella città di Trento, oltre a due ospedali generici, era attivo il Conservatorio delle orfane (cap. settimo). Gli intenti dell'ente erano comuni a quelli degli istituti femminili dell'epoca: tutelare l'onore delle giovani ospiti, educarle e prepararle ad assolvere il ruolo di moglie e madre che la società aveva loro assegnato. Come accadeva frequentemente, questi enti finivano per formare delle serve che, non di rado, prendevano servizio in famiglie vicine ai rettori del Conservatorio. L'istituto trentino, pur essendo un ente modesto, svolgeva una significativa funzione educativa: salvaguardando l'integrità morale e fisica delle fanciulle, testimoniava e trasmetteva all'intera collettività l'importanza di difendere e di tutelare l'onore familiare.

Il ruolo assistenziale degli ospedali fu indubbiamente centrale, ma a focalizzare l'attenzione esclusivamente su questo aspetto si rischia di dare una visione parziale delle loro attività (cap. ottavo). Gli ospedali trentini erano titolari di ingenti patrimoni: beni immobili, per lo più costituiti da terre, e consistenti capitali che venivano dati in prestito, dei quali sono state ricostruite l'entità e le modalità di amministrazione. Esaminando in par-

ticolare l'attività creditizia sono affiorate le relazioni clientelari tra i rettori dell'istituto, la 'città' e il suo territorio. Gli ospedali, dunque, rivestirono un ruolo economico di rilievo che conferiva prestigio e importanza a chi li amministrava.

Nelle piccole comunità rurali disseminate nel territorio l'organizzazione caritativa e sanitaria cambia volto (cap. nono). Qui non esistevano ospedali e nei casi più frequenti gli abitanti si affidavano ai rimedi trasmessi dalla medicina popolare o alle cure di quei pochi terapeuti che di tanto in tanto si spingevano nelle vallate trentine. In queste realtà erano i rappresentanti delle comunità – e non le associazioni confraternali e le istituzioni ecclesiastiche – a gestire i lasciti testamentari, che distribuivano equamente a tutti i membri della comunità. Le modalità caritative non erano regolate da criteri di selezione, ma da principi comunitari. Non è casuale che le «carità» consistessero prevalentemente in pane e sale, prodotti investiti di una forte valenza simbolica.

Questa è la mia prima monografia e nel licenziarla non posso non ricordare le tappe decisive della mia formazione. Il primo pensiero lo rivolgo all'Istituto storico italo-germanico in Trento, dove ho imparato che cosa significa fare ricerca storica e dove è nato questo libro. Ringrazio Paolo Prodi e Giorgio Cracco, già alla guida dell'Istituto, per avermi dato questa importante e preziosa opportunità e l'attuale direttore, Gian Enrico Rusconi, che ha accettato di ospitare questo volume nelle collane dell'Isig.

In questi anni ho potuto valermi delle competenze degli studiosi che frequentano o hanno frequentato l'Istituto. Sono grata a Marco Bellabarba, Gauro Coppola, Giuseppe Olmi, Diego Quaglioni, Gian Maria Varanini, che in tempi e in modi diversi hanno contribuito a sviluppare e a migliorare questo lavoro. Sono debitrice di consigli e suggerimenti anche a Casimira Grandi, Andrea Leonardi, Giovanni Rossi, Marco Stenico, Rodolfo Taiani. Ricordo con gratitudine Silvana Seidel Menchi per avermi indicato la strada della ricerca incoraggiandomi a intraprenderla. Un sentito ringraziamento va a Francesco D'Esposito, con il quale dai tempi dell'università continua un proficuo scambio di idee sul 'mestiere' dello storico.