

Roberto Rossi

ORGANIZZAZIONE, AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE NELLA SICILIA DI ETÀ MODERNA: L'OSPEDALE DI SANTA CATERINA PRO INFIRMIS DI MONREALE TRA XVI E XVII SECOLO*

SOMMARIO: *L'organizzazione e l'amministrazione delle istituzioni ospedaliere europee ha subito, nel corso dell'età moderna, una profonda trasformazione a causa sia del processo di urbanizzazione sia del dilagare di malattie epidemiche. Gli ospedali medievali, gestiti da istituzioni religiose e per lo più dediti all'accoglienza di malati e derelitti, hanno lasciato il posto, a partire dal XV secolo, a strutture organizzate su base medico-assistenziale, supportate da una più moderna organizzazione interna. Il lavoro, sulla base dell'analisi dei documenti contabili superstiti, ha inteso ricostruire le trasformazioni occorse all'Ospedale di Santa Caterina pro infirmis, rilevando i cambiamenti apportati al sistema di governance e di contabilità dell'istituzione in occasione della nomina del nuovo arcivescovo. In questo senso si è provato a mettere in luce le corrispondenze esistenti tra la nuova amministrazione del feudo di Monreale e le sopraggiunte necessità di controllo dell'ospedale, realizzate attraverso lo strumento contabile-amministrativo.*

PAROLE CHIAVE: *Sicilia, Età moderna, Ospedale, Storia della Contabilità.*

ORGANIZATION, ADMINISTRATION AND GOVERNANCE OF SICILIAN HEALTH STRUCTURES DURING MODERN AGE: THE SANTA CATERINA PRO INFIRMIS HOSPITAL OF MONREALE BETWEEN XVI AND XVII CENTURY

ABSTRACT: *Organization and governance of European hospitals during modern age were affected by a deep transformation due to urbanization process and epidemic diseases that widespread all over continent. Medieval hospitals, founded and managed by religious institutions, to attend and accommodate sick and poor people were replaced by new institutions organized on a medical-care basis, with the support of a modern internal organization. The paper aims to reconstruct, with the help of the remaining accounting archival documents, the transformations occurred at Santa Caterina pro infirmis hospital, highlighting the changes improved by new archbishop in governance and accounting system. The research tried to point out the connections between new feudal administration of the city of Monreale and the control necessity on the hospital realized by the accounting system.*

KEYWORDS: *Sicily, Modern age, Hospital, Accounting history.*

Premessa

Il presente lavoro si prefigge di analizzare i mutamenti occorsi all'interno del sistema organizzativo e contabile dell'Ospedale di Santa Caterina *pro infirmis* di Monreale, tra XVI e XVII secolo, quale strumento di implementazione delle pratiche di amministrazione e controllo, al fine di migliorare l'efficienza dell'istituzione, nell'ottica di preservarne ed ampliarne il patrimonio.

Il concetto di ospedalità può essere fatto risalire all'etica caritativa che si propagò nel medioevo – soprattutto in occasione della diffusione dei pellegrinaggi in Terrasanta e delle crociate che ne seguirono – e

* Ricerca svolta nell'ambito del progetto FIRB 2012 «Frontiere marittime nel Mediterraneo».

che vide quali protagonisti gli ordini religiosi e, in un secondo momento, i laici, che con donazioni e lasciti supportarono il funzionamento delle prime strutture ospedaliere. In questo contesto, gli ospedali erano degli spazi in cui si svolgeva un'attività di tipo caritativo-assistenziale rivolta a indigenti e malati, accomunati in una sorte comune di difficoltà e senza una reale distinzione tra persone bisognose di cure mediche poiché malate e persone bisognose in quanto povere o derelitte. Da questo punto di vista, l'ospedale va inteso nel senso latino del termine come *hospitium*, ricovero, asilo gratuito.

Un'ulteriore spiegazione della diffusione delle strutture ospedaliere durante i secoli centrali del medioevo è da ricercare nel processo di urbanizzazione che stava interessando l'intera Europa: l'inadeguatezza delle strutture cittadine aveva accentuato i problemi di povertà urbana e, conseguentemente, di assistenza. Le peculiari ragioni che avevano portato alla creazione degli ospedali, avevano fatto sì che tali strutture fossero luoghi atti ad accogliere indifferentemente persone ammalate e indigenti, quindi non vi era al loro interno alcuna separazione tra le diverse tipologie di "ricoverati", dal momento che lo scopo primario era appunto il ricovero e non già la cura¹.

Tale sistema non resistette all'impatto provocato dalle grandi pestilenze del XIV secolo; l'aumento di ammalati – dovuto alle proporzioni epidemiche del contagio – portò rapidamente le strutture ospedaliere presenti in Europa alla saturazione e al collasso, inoltre, la totale promiscuità tra ammalati e sani, ancorché indigenti, risultò un fattore di accelerazione del contagio².

La necessità di arrestare il fenomeno diede vita ai primi provvedimenti organici di sanità volti, in qualche modo, a regolamentare il "metabolismo urbano", tutelando la salute pubblica, ponendo una maggiore attenzione all'igiene e ai comportamenti degli individui, e seguendo quelli che potrebbero essere considerati i prodromi della moderna politica sanitaria.

La creazione di apposite magistrature laiche per l'amministrazione e la sorveglianza della salute pubblica misero subito in luce gli aspetti conflittuali con le fondazioni ospedaliere ecclesiastiche esistenti, sulle quali la chiesa rivendicava, naturalmente, una preminenza esclusiva³. Preminenza che, come si è detto, affondava le radici nella natura caritativo-assistenziale degli ospedali piuttosto che nelle fattispecie medico-cliniche. In qualche modo, si delineava uno scontro sulla natura religiosa o scientifica dell'ospedale, che

¹ C. M. Cipolla, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Il Mulino, Bologna, 1985, pp. 51-70.

² J. L. Stevens Crawshaw, *Plague Hospitals. Public health for the City in Early Modern Venice*, Ashgate, London, 2012.

³ C. M. Cipolla, *Contro un nemico invisibile* cit., pp. 185 e sgg.

sarà definitivamente risolto solamente molti secoli dopo, con la Rivoluzione Francese⁴.

Tuttavia, a prescindere dalle questioni ontologiche di tale scontro, non si può sottacere che gli enti ospedalieri, nel corso della loro esistenza, avevano goduto di una sostanziale indipendenza dal potere politico urbano o centrale e, soprattutto, della possibilità di ricevere lasciti e donazioni che ne avevano incrementato i patrimoni⁵. La grande pestilenza del Trecento, pertanto, se da una parte aveva messo a nudo le inefficienze di un sistema assistenziale deputato all'ospitalità piuttosto che al ricovero e cura, dall'altra aveva dato la possibilità ai poteri urbani emergenti di appropriarsi del controllo degli enti ospedalieri e dei loro consistenti patrimoni. Questa operazione passò attraverso un processo di laicizzazione degli organi amministrativi degli enti ospedalieri, ribaltando, per così dire, al loro interno il ruolo esercitato dai laici e quello esercitato dagli ecclesiastici. Tale scopo fu ottenuto mediante una profonda trasformazione del sistema amministrativo e contabile, che divenne uno strumento di governo e controllo utilizzato dagli amministratori o dagli *stakeholders* degli ospedali, al fine di migliorare l'efficienza del sistema e la sorveglianza sugli stessi⁶. La conseguenza del processo fu una netta distinzione tra l'assistenza sanitaria vera e propria, esercitata da personale medico e l'assistenza religiosa, prima prevalente, lasciata alla cura degli ecclesiastici.

L'analisi parte dalla descrizione del sistema sanitario e assistenziale pubblico siciliano con particolare riferimento al caso di Palermo, dove l'istituzione alla metà del XV secolo dell'Ospedale Grande e Nuovo rappresenta di certo un elemento di riferimento indispensabile per raffrontare il funzionamento delle istituzioni sanitarie isolate in termini di un vero e proprio *benchmark*. Successivamente si è tenuto conto delle modifiche apportate alle pratiche amministrative e gestionali dell'Ospedale di Santa Caterina, attraverso l'analisi dei capitoli e statuti emanati dai governatori arcivescovili di Monreale nel periodo in oggetto e, infine, si è eseguita una breve analisi delle

⁴ La nascita della medicina come scienza sistemica, non già evoluzione dell'empirismo che l'aveva caratterizzata nei secoli precedenti e la formalizzazione stessa della medicina in un "corpus" disciplinato è, secondo Foucault, da riportarsi ai processi di cesura delle rivoluzioni americane e, soprattutto, francese. Dall'era, per così dire, tassonomica, si passa ad un'era storico-organica in cui la clinica non è più il mero risultato dell'osservazione della realtà, bensì una vera e propria teoria della conoscenza. M. Foucault, *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*, Einaudi, Torino, 1998, pp. 46 e sgg.

⁵ N. Picardi, *Birth in Rome of the first hospital in the history of Europe. Further development of the Roma's Hospitals*, «Annali Italiani di Chirurgia», n. 81, 2010, pp. 329-335.

⁶ In proposito si rimanda a: M.A. Riva, G. Cesana, *The charity and the care: the origin and evolution of hospitals*, «European Journal of Internal Medicine», n. 24, 2013, pp. 1-4; M. Bigoni, E. Deidda Gagliardo, W. Funnell, *Rethinking the sacred and secular divide. Accounting and accountability practices in the Diocese of Ferrara (1431-1457)*, «Accounting, Auditing & Accountability Journal», vol. 26, n. 4, 2013, pp. 567-594.

scritture contabili superstiti con lo scopo di verificare il funzionamento del sistema di calcolo delle attività economiche anche in un'ottica di controllo della gestione.

Le istituzioni sanitarie in Sicilia

Come il resto d'Europa, anche la Sicilia, e in special modo Palermo, avevano beneficiato della proliferazione di istituzioni ospedaliere, soprattutto a partire dalla conquista normanna dell'Isola e dalla sua proiezione come ponte tra l'Europa cristiana e la Terrasanta mussulmana. Tra l'XI secolo e il principio del XV, esistevano nella sola città di Palermo, divenuta nel frattempo capitale del regno, ben quindici ospedali⁷. Si trattava, in verità, di istituzioni di piccole dimensioni, atte ad accogliere non più di una decina di ricoverati, sorte grazie all'attività degli ordini mendicanti e di alcune confraternite laicali dedite all'assistenza dei bisognosi⁸.

Anche per la Sicilia, la grande pestilenza della metà del XIV secolo costituì uno spartiacque per quanto riguarda il modello assistenziale, essendo ormai chiaro che i piccoli ospedali, più ospizi che luoghi di cura, erano del tutto inadeguati alle esigenze di una popolazione urbanizzata e soggetta a devastanti fenomeni epidemici dovuti alla concentrazione demografica⁹.

Il caso siciliano è senz'altro peculiare a livello europeo. Infatti, già nel 1429, il monaco benedettino fra Giuliano Mayali del Monastero di San Martino delle Scale, inviato in città per la fondazione di un monastero urbano per conto del suo ordine, rilevò la necessità di adeguare le strutture assistenziali esistenti mediante la realizzazione di un unico grande ospedale, frutto dell'accorpamento di tutte le piccole strutture esistenti. Il Mayali – che non mancò di adoperarsi affinché il senato cittadino provvedesse alla risoluzione del problema – sottolineò come, in altre parti d'Italia si stesse provvedendo alla costruzione di ospedali di maggiori dimensioni in grado di ampliare la capacità assistenziale¹⁰.

⁷ R. Pirri, *Sicilia sacra. Disquisitionibus et notitiis illustrata*, vol. II, apud heredi Petri Coppolae, Palermo, 1723, pp. 1090-1094.

⁸ Alla metà del XIV secolo, risultano attivi a Palermo i seguenti ospedali: San Giovanni Battista, Santa Maria dei Teutonici, Tutti i Santi, Santa Maria la Nuova, San Dionisio Aeropagita, Santa Maria la Raccomandata, Santa Maria la Mazzara, San Teodoro de Occigi, Sant'Agata, San Giovanni dei Lebbrosi, San Giovanni Battista, Santa Oliva, Santa Maria la Misericordia, Santa Cita Lucentium, Santi Maritiri dei Pisani. G. Bonaffini, *Per una storia delle istituzioni ospedaliere a Palermo tra XV e XIX secolo*, I.L.A. Palma, Palermo, 1980, p. 15.

⁹ Gli effetti delle epidemie su popolazione ed economia urbana sono ampiamente trattati da G. Alfani, *Il Gran Tour dei Cavalieri dell'Apocalisse. L'Italia del "lungo Cinquecento" (1494-1629)*, Marsilio, Venezia, 2010, pp. 150 e sgg.

In Italia, tra gli altri, erano già attivi l'ospedale di Santa Maria della Scala a Siena, dalla metà del XIV secolo; di Santa Maria la Nova e degli Innocenti a Firenze, sin dal principio del XIV secolo; l'ospedale Maggiore di Milano realizzato nel 1450 per iniziativa di Francesco Sforza e frutto dell'accorpamento delle preesistenti istituzioni assistenziali cittadine e l'Ospedale di Santo Spirito a Roma, realizzato da Sisto IV tra il 1471 e il 1475¹¹.

L'opera di rifacimento e di rifondazione degli ospedali urbani nelle città italiane fu particolarmente intensa tra la fine del XV secolo e i primi dieci anni del secolo successivo, tale da impressionare lo stesso Martin Lutero che, in occasione di un viaggio a Roma tra il 1510 e il 1511, rimase colpito dall'accuratezza della loro costruzione e dal fatto che fornissero ai ricoverati il migliore cibo esistente, mentre il personale sanitario era ben preparato ed estremamente diligente nel servizio¹². Alla metà del XVI secolo, gli ospedali italiani costituivano un autentico modello di riferimento delle pratiche assistenziali a livello europeo, sia per quanto riguarda la concezione delle infrastrutture, sia per l'organizzazione interna¹³.

Il frutto dell'opera di Mayali, che riuscì ad ottenere l'approvazione sia del re Alfonso d'Aragona sia del pontefice Eugenio IV, fu la costituzione dell'Ospedale Grande e Nuovo di Palermo, primo esempio per il Regno, e tra i primi in Europa, di ente assistenziale moderno¹⁴. La fondazione

¹⁰ La lettera di fra Giuliano Mayali al senato palermitano è contenuta in Archivio Storico Comunale Palermo, *Atti del Senato*, anno 1429. Sulla figura e l'opera del Mayali si rimanda a F. Giunta, *Fra' Giuliano Mayali agente diplomatico di Alfonso il Magnanimo*, «Archivio Storico Siciliano», III serie, vol. II, 1948, pp. 153-198; G. M. Rinaldi (a cura di), A. Giuffrida (introduzione di), *Il «caternu» dell'abate Angelo Senisio*, voll. 2, Centro di studi filologici e linguistici, Palermo, 1989.

¹¹ H. Günther, *Italian hospitals of the Early Renaissance*, in K. Ottenheim, K. De Jonge, M. Chatenet (edit.), *Public buildings in early modern Europe*, Brepols Publishers, Turnhout, 2010, pp. 385-396; 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*, Centro Italiano di Studi di Storia e d'Arte, Pistoia, 1990, pp. 297-324.

¹² Martin Luther, *Table talk*, in *Luther's works*, edited and translated by T.G. Tappert, vol. 54, Fortress Press, Philadelphia, 1967, pp. 295-296.

¹³ Alla metà del XVI secolo, in occasione della riorganizzazione delle confraternite caritative e assistenziali londinesi con la fondazione o rifondazione di strutture ospedaliere, molte delle nuove strutture vennero realizzate secondo il modello in uso nelle città italiane. P. Slack, *Poverty and policy in Tudor and Stuart England*, Longman, London, 1988, pp. 117-120.

¹⁴ Archivio di Stato di Palermo, *Real Cancelleria*, vol. 63, cc. 71-72. Sulle vicende dell'Ospedale Grande e Nuovo di Palermo si rimanda a: G. Giordano, *L'Archivio storico dell'Ospedale Civico e Benfratelli di Palermo*, in *Struttura e funzionalità delle istituzioni ospedaliere siciliane nei secoli XVII e XIX. Salute e Società*, Atti del 3° seminario di Studi (Palermo 26-28 ottobre 1989), Centro italiano di storia sanitaria e ospitaliera Sicilia, Palermo 1991, pp. 299-312; G. Bonaffini, *Per una storia delle istituzioni ospedaliere cit.*; G. Carta, *Il sistema ospedaliero nel centro storico di Palermo*, s.n.t., Palermo, 1969; A. Mazzè, *L'edilizia sanitaria a Palermo dal XVI al XIX secolo: l'Ospedale Grande e Nuovo*, Flaccovio, Palermo 1992.

dell'Ospedale Grande e Nuovo è un elemento di innovazione radicale nel modello assistenziale urbano e regnicolo. Per la prima volta, la salute pubblica è affidata a un'istituzione laica che, benché regolata da un sistema gestionale tripartito: sovrano, arcivescovo, senato cittadino, non promana da un ordine religioso. Si tratta, piuttosto, di un'istituzione urbana, sul modello di quelle che vanno sorgendo negli stessi anni nell'Italia centro-settentrionale per volere delle oligarchie cittadine come elemento di governo e organo di esercizio del potere. In più, l'ospedale palermitano racchiude appieno tutti gli elementi di modernizzazione che vanno caratterizzando le strutture assistenziali in quel periodo. Alla laicizzazione della gestione, affidata – secondo i capitoli costitutivi dell'istituzione – a quattro rettori, tutti cittadini palermitani, due eletti dal Senato e due scelti dalle confraternite di San Bartolomeo e di San Giovanni dei Tartari, si affiancò la specializzazione dell'assistenza e della cura. La formalizzazione dei compiti all'interno degli ospedali di nuova fondazione è un elemento di assoluta modernizzazione. Per la prima volta l'organizzazione veniva codificata; le pratiche religiose venivano separate da quelle assistenziali e le stesse venivano disciplinate in maniera precisa, scandendo i tempi e i modi dell'azione. In tal senso, sia il fiorentino Ospedale di Santa Maria la Nova che il londinese Savoy Hospital, fondato da Enrico VII al principio del 1500, erano regolati da precisi statuti – peraltro molto simili – che ne organizzavano e disciplinavano il funzionamento¹⁵. Il principio di assorbire le esperienze internazionali al fine di migliorare l'istituzione, cosa che oggi potremmo definire di *best practice*, rappresentato dai casi di Santa Maria la Nova e del Savoy Hospital, è ben presente anche nel caso palermitano, dal momento che, nella premessa ai capitoli redatti per l'Ospedale Grande e Nuovo, si stabiliva che i rettori dovessero raccogliere le informazioni circa le esperienze e le metodologie di assistenza e cura dai maggiori ospedali europei, anche con l'invio di personale medico direttamente a

Barcelona, Napoli, Gayeta, Florenza, Sena, Rodu et altri famusi chitati, undi sianu simili famusi et caritativi hospitali, et di tucti portari, et haviri la particularitati di loru boni modi et ordinacioni di loru hospitali, aczochi di tucti loru boni ordinacioni et modi sindi pocza agregari unu optimu modu et ordini a lu dictu novu hospitali circa la sua gubernacione et regimentu; et si mancassi alcuna cosa fussi iunctu omni meglu modu et ordini, che si pocza trovarsi ad conservacionem de lu dictu novu hospitali¹⁶.

¹⁵ K. Park, J. Henderson, "The first hospital among christians": the Ospedale di Santa Maria Nuova in early Sixteenth-Century Florence, «Medical History», n. 35, 1991, pp. 165, 168.

¹⁶ *Historia Magni et Novi Hospitalis Sancti Spiritus urbis Panormi, per Francisco Serio et Mongitore panormitano, Sancti Iacobi de Maritima parrocho, Sanctissime Sicule Inquisitionis consultore ac censore, iudice ac examinatore Synodali*, s.n., s.d., Archivio Ospedale Civico e Benfratelli di Palermo, *Ospedale Grande e Nuovo*, Scritture diverse, reg. 619, c.158.

Nel 1442 l'ospedale venne dotato di nuovi capitoli che, in maniera più minuziosa, ne regolavano il funzionamento. Il nuovo regolamento adottava un approccio decisamente più laico al problema dell'assistenza sanitaria delineando in maniera precisa i campi di azione del personale sanitario ed ecclesiastico all'interno dell'istituzione. La gestione dell'ospedale venne affidata a tre rettori che, eletti dal senato cittadino, non potevano durare in carica più di un anno indizionale e potevano essere scelti esclusivamente tra nobili, mercanti e borghesi¹⁷. Questa prima misura ribadiva in maniera inequivocabile la separazione netta tra il potere politico urbano e quello ecclesiastico in un campo, come quello dell'assistenza sanitaria che, sin dall'alto medioevo, era stato a completo appannaggio della Chiesa. I rettori avrebbero dovuto visitare l'Ospedale Grande e Nuovo almeno una volta a settimana e al termine dell'anno di carica, controllare tutti gli atti amministrativi prodotti. Inoltre, gli stessi avrebbero potuto esercitare un potere sanzionatorio nei confronti del personale ospedaliero.

L'organigramma proseguiva con un *hospitaliere* che, di fatto, era una sorta di direttore generale dell'ospedale. L'*hospitaliere* era eletto anch'egli dal senato e, allo stesso e ai rettori, doveva sottoporre tutti i suoi atti per una formale approvazione. Per questa specifica carica, i capitoli prevedevano un'elezione a vita, fattispecie che, per certi versi, rappresentava un contro-bilanciamento del potere decisionale esercitato da una figura manageriale rispetto ai rettori, soggetti a una accentuata rotazione nell'incarico. A questo punto il diagramma di funzionamento dell'ospedale presentava una bipartizione tra funzioni amministrative e sanitarie. Per le prime si registrava la presenza di un tesoriere, un procuratore e un avvocato. Il tesoriere aveva lo specifico compito di custodire la cassa e di tenere i registri contabili; il procuratore aveva il compito di raccogliere gli introiti e i proventi destinati all'ospedale e depositarli presso il tesoriere, ogni settimana. Infine, l'avvocato aveva il compito di rappresentare e difendere l'ospedale in tutte le vertenze e contenziosi nei quali potesse essere coinvolto.

La struttura assistenziale vera e propria era composta da due medici, un fisico e un cerusico, un barbiere e uno speziale. Il regolamento adottato dall'Ospedale Grande e Nuovo di Palermo, appare, da questo punto di vista, estremamente moderno, prevedendo una specializzazione dell'assistenza medica all'interno della struttura. La differenziazione tra medico fisico e cerusico, d'altro canto, lascerebbe presumere una qualificazione, per così dire, clinico-diagnostica per il medico fisico che, per fregiarsi di tale titolo, doveva avere ottenuto i gradi dottorali presso uno *Studium* autorizzato dal sovrano o dal pontefice, mentre il medico cerusico era un chirurgo che, da un punto di

¹⁷ Ibidem.

vista formativo, poteva aver studiato presso un collegio o fatto pratica presso un titolato. Entrambe le professioni erano rigidamente controllate dai regolamenti corporativi che, sin dal basso medioevo, ne disciplinavano le attività¹⁸. Di fatto, le professioni mediche, nonostante l'evoluzione dell'anatomia e della fisiologia, che avevano sancito una differenziazione negli approcci tra il medico e altre figure come il cerusico o il barbiere, alla fine del XVI secolo erano ancora considerate delle arti e pertanto soggette alla regolamentazione corporativa¹⁹. L'esercizio della professione medica subì un'evoluzione notevole tra XVI e XVII secolo con l'istituzione delle magistrature di sanità in vari stati italiani con il principale fine di tutelare la salute pubblica e delimitare i danni delle grandi epidemie²⁰.

Discorso del tutto differente per il barbiere, che si collocava a metà strada tra l'artigiano e il tecnico specializzato. Nei capitoli della maestranza dei barbieri di Monreale alla metà del XVII secolo, per esempio, gli aspiranti barbieri erano sottoposti a uno specifico esame per l'abilitazione che consisteva nel riconoscere tutte le vene salassabili (che secondo la prassi erano ben 37) senza l'ausilio di alcun atlante anatomico e nell'affidare al candidato delle lancette spuntate (così come le forbici intaccate e i rasoi non affilati) perché si potesse vedere in che maniera egli le sapesse usare²¹. Le pratiche concesse ai barbieri erano sostanzialmente tre: radere la barba, cavare i denti e praticare salassi terapeutici; molto di frequente, accanto a tali pratiche autorizzate, i barbieri eseguivano attività quali la composizione di fratture ossee e la medicazione di ferite e piaghe che, invece, erano di competenza esclusiva dei medici.

L'*hospitaliere*, infine, coordinava l'attività di un archivista, con il compito di custodire tutta la documentazione amministrativa prodotta dall'ospedale, e di un prete al quale erano demandate tutte le funzioni di assistenza spirituale ai ricoverati. Appare evidente come le funzioni religiose fossero divenute ormai una parte residuale dell'intero processo assistenziale, demandate peraltro a un solo religioso che si trovava in una posizione sostanzialmente defilata e, comunque, meno importante rispetto alle strutture medievali. L'organizzazione dell'Ospedale Grande

¹⁸ Si veda in proposito C. M. Cipolla, *Public health and the medical profession in the Renaissance*, Cambridge University Press, Cambridge, 1976. Sulla formazione del medico e sull'esercizio della medicina nel Mezzogiorno di età moderna si rimanda a: A. Musi, *La disciplina del corpo. Le arti Mediche e Paramediche nel Mezzogiorno moderno*, Guida, Napoli, 2011.

¹⁹ A. Pastore, *L'onore della corporazione. Il collegio medico di Verona fra il tardo Quattrocento e gli inizi del Seicento*, in *Studi di Storia per Luigi Ambrosoli*, Cierre, Verona, 1993, pp. 7-28; Id., *Le regole di un corpo professionale: gli statuti dei collegi medici (secoli XV/XVII)*, «Archivio Storico Ticinese», n. 118, 1995, pp. 219-236.

²⁰ C. M. Cipolla, *Contro un nemico invisibile* cit., pp. 51-60.

²¹ Archivio Storico Comunale di Monreale (d'ora in poi Ascm), – *Fondo Ospedale Santa Caterina pro infirmis*, busta n.1327, fasc. n. 5.

e Nuovo sembra, quindi, molto più vicina a quella dell'Ospedale di Santa Maria la Nova di Firenze o di Santa Maria la Scala di Siena, per quanto riguarda i compiti assegnati al personale medico da una parte, mentre, dall'altra, mantiene una certa gerarchizzazione utilizzata anche del Savoy Hospital di Londra – pur non assegnando al personale ecclesiastico le stesse numerose funzioni riservategli dall'istituzione londinese – sottolineando, così, le caratteristiche di assoluta modernità dell'istituzione palermitana nel panorama europeo²².

Le origini dell'ospedale di Santa Caterina *pro infirmis*

L'8 gennaio 1496, Antonio de Periso, nobile monrealese, dispose un lascito per la fondazione di un *hospitale* cittadino per l'assistenza ai bisognosi. Il luogo di fondazione fu individuato in alcuni locali attigui alla chiesa di Sant'Antonio Abate, presso la quale già operava un sodalizio di donne caritatevoli sotto il titolo di Santa Maria Maddalena e la Compagnia dell'Orazione e Morte. Nel 1513, l'ospedale risultava funzionante sotto la direzione di Petrus Candela – in qualità di governatore canonico e arcidiacono, nonché dottore e vicario generale dell'arcivescovo di Monreale – il quale, in una missiva, ribadiva a un certo Lomonaco, probabilmente uno *scritturale* o il tesoriere, la necessità di rendicontare gli atti contabili dell'ospedale²³.

Nei primi anni di operatività, la struttura funzionò, sotto il nome di San Sebastiano, senza un reale fine assistenziale e curativo, se non il mero ricovero di derelitti e indigenti, sostenendosi esclusivamente grazie ai lasciti testamentari e ai pochi contributi volontari forniti da gentiluomini e ecclesiastici abbienti²⁴. Tale è il caso del cardinale Enrico Cardona, arcivescovo di Monreale, che, il 17 novembre 1529, con atto pubblico dispose l'elargizione di un'elemosina al monastero di San Castrense e all'ospedale di Santa Caterina; elargizione che, probabilmente non eseguita dal procuratore del cardinale, venne ribadita quattro anni dopo con un atto del maggio 1533²⁵. Tre anni più tardi,

²² K. Park, J. Henderson, "The first hospital among christians" cit., p. 168.

²³ Archivio Storico Diocesano di Monreale (d'ora in poi Asdm), Governo Ordinario, *Cause ed opere pie*, busta 1089, 16 settembre 1516.

²⁴ In occasione della visita pastorale svolta da Paolo de Campo nel maggio del 1521, non vi è alcun riferimento all'ospedale annesso al Monastero di San Sebastiano, il che lascerebbe presumere che lo stesso languisse in povere condizioni e non rappresentasse un'istituzione di particolare interesse per l'arcivescovo. Asdm, Governo Ordinario, *Visite pastorali*, busta 46, fasc. 1, anno 1521.

²⁵ In occasione della visita pastorale svolta nel 1536, pur mancando qualsiasi riferimento all'amministrazione dell'ospedale, il visitatore riceve precise istruzioni circa la verifica del corretto svolgimento dei servizi religiosi all'interno dello stesso da parte dei monaci benedettini del Monastero di San Castrense. Asdm, Governo Ordinario, *Visite pastorali*, busta 46, fasc. 2, anno 1536.

con l'ascesa alla sede arcivescovile del Cardinale Alessandro Farnese (il Giovane) per l'ospedale di Monreale iniziò un periodo di profondi mutamenti. Seppure non residente, il cardinale si premurò di nominare amministratore della città e dei beni della diocesi il fiorentino Benedetto Montacuto che, nel 1548, stilò i primi capitoli ufficiali dell'istituzione ospedaliera. Nel 1549, l'Ospedale ricevette la visita di padre Giacomo Lainez, uno dei fondatori della Compagnia di Gesù, nominato Visitatore Generale della diocesi di Monreale dal cardinale Farnese, che, tuttavia, rilevò le scarse risorse economiche attribuite all'ospedale²⁶. In una successiva missiva al Cardinale Farnese, Lainez sollecitò la benevolenza dei cittadini monrealesi nei confronti dell'istituzione ospedaliera raccomandando l'interessamento dell'arcivescovo²⁷.

Nonostante nei capitoli del 1548 non si facesse esplicito riferimento alla presenza stabile di un medico all'interno dell'ospedale, diversamente dal caso palermitano, da una missiva del cardinale Farnese al governatore di Monreale Luigi Risaliti risulta che, al 22 gennaio 1562, fosse in servizio presso l'ospedale Pietro La Franchina, medico chirurgo. Questo lascia presumere che gli aspetti medico-assistenziali dell'ospedale fossero sostanzialmente residuali rispetto alle funzioni di ospitalità di poveri e indigenti tipiche dell'ospedale medievale dal momento che le funzioni mediche erano, di fatto, lasciate all'arbitrio dell'arcivescovo e alle possibilità dei rettori, senza alcuna forma di codificazione e organizzazione. L'istituzione assistenziale, tuttavia, ebbe da subito un discreto successo, convogliando numerosi lasciti e donazioni da parte di monrealesi benestanti, comunque coniugati da un rilevante numero di ricoverati²⁸. Nel 1555, secondo il resoconto presentato dal tesoriere Hieronimo La Manna al primo rettore dell'ospedale di Monreale, risultavano essere state ricoverate complessivamente 113 persone²⁹. Nel 1577, l'ospedale – ancora denominato di S. Sebastiano – fu oggetto della visita pastorale da parte dell'arcivescovo Ludovico I de Torres che, riscontrandone lo stato di particolare disordine amministrativo, decise di istituire una «compagnia o congregazione detta della Charità che habbia a tenere cura di dette opere»³⁰. La com-

²⁶ La visita di Lainez è riportata da una lettera del vicerè de Vega al cardinale Farnese del 26 agosto 1549. Asdm, *Governo Ordinario*, Visite Pastorali, busta 48, fasc. 14.

²⁷ G. Millunzi, *L'Ospedale Civico e le Istituzioni sanitarie in Monreale nel sec. XVI. Appunti storici e documenti inediti*, Scuola Tipograf. del Boccone del Povero, Palermo, 1901, pp. 6-7.

²⁸ Una prima donazione risulta essere quella di Donna Alleganza, vedova di Antonio de Valzano che, nel 1499, dona all'ospedale di Santa Caterina un canone perpetuo. Nel 1510 è invece Gio. Bat. Genuisi che essendo ricoverato nell'ospedale ne dispone la nomina ad erede universale di tutti i suoi beni, fattispecie che si ripete nel 1523 con Jacopo de Ausilio. G. Millunzi, *L'Ospedale Civico* cit., p. 5.

²⁹ Ivi, p. 22.

³⁰ Asdm, *Governo Ordinario*, Visite Pastorali, busta 48, fasc. 14.

pagnia sarebbe stata composta dal vicario generale dell'arcivescovo, dal governatore, dal pretore e dai giurati in rappresentanza della città, dall'arcidiacono, dal vice-vicario, dal rettore del collegio, dal giudice, dal procuratore della chiesa e dai due procuratori dell'ospedale delle orfane. La congregazione si sarebbe dovuta riunire ogni prima domenica del mese nel palazzo arcivescovile, al fine di trattare tutti i problemi inerenti alla gestione dell'ospedale e dell'opera delle orfane, deliberando con voto segreto a maggioranza dei votanti³¹. In occasione di ogni convocazione, l'*hospitaliere* del Santa Caterina e i procuratori avrebbero dovuto dare pubblica lettura dei conti del mese, bilanciando in fine le scritture. Alla fine dell'anno, la congregazione avrebbe dovuto deliberare sul come impegnare gli eventuali residui attivi della gestione³².

Tuttavia, l'originaria struttura non era più in grado di assorbire il flusso di ricoverati e, nel 1589, nell'ottica di un'opera di risistemazione urbanistica intrapresa dal nuovo arcivescovo Ludovico II de Torres – che promosse l'edificazione della chiesa di S. Agata per conto della compagnia di San Sebastiano che si era fusa con quella dei Bianchi, fondatori del Monte di Pietà, della chiesa di S. Antonio e della cappella del Rosario – venne spostato anche l'ospedale di San Sebastiano³³.

La sede dell'ospedale venne trasferita nel 1589 presso una nuova costruzione – la cui realizzazione era stata avviata dall'Arcivescovo Ludovico I Torres – che originariamente doveva servire da monastero femminile dedicato a Santa Caterina. Alla morte del Torres, il nipote Ludovico II, successore nella dignità arcivescovile, reputò scelta migliore destinare il nuovo edificio alle esigenze dell'ospedale cittadino, eccessivamente costretto nella sua originaria sede³⁴. Da quel momento, l'ospedale, dapprima intitolato a San Sebastiano, assunse il titolo di Santa Caterina *pro infirmis*. Soltanto un anno dopo, Ludovico II Torres, al fine di assicurare un migliore funzionamento e di perseguire in maniera più efficiente i fini assistenziali, attribuì la gestione dell'Ospedale di Santa Caterina alla Congregazione di San Giovanni di Dio. La concessione venne registrata per atto pubblico tra il cardinale de Torres e i padri Sebastiano Ordognes e Didaco de Balboa, procuratori generali della provincia religiosa di San Giovanni di Dio, il 7 settembre 1589³⁵. Tuttavia, la gestione della Congregazione di

³¹ Ibidem.

³² Ibidem.

³³ G. Millunzi, *Storia del Seminario Arcivescovile di Monreale*, Tip. S. Bernardino, Siena, 1895, pp. 13-24; G. Schirò, *Monreale: territorio, popolo e prelati dai normanni ad oggi*, Edizioni Augustinus, Palermo, 1984.

³⁴ G. Millunzi, *L'Ospedale Civico* cit., p. 9.

³⁵ Ivi, p. 36.

San Giovanni di Dio non durò a lungo, dal momento che, nel novembre del 1594, la Congregazione fece formale rinuncia alla donazione dell'ospedale, riconsegnandolo nelle mani dell'arcivescovo Ludovico Il Torres, per mezzo del suo vicario generale, monsignor Silvio Tinti. Il Millunzi è molto criptico circa le ragioni di tale rinuncia che definisce «non giovevoli da ricordare», probabilmente ravvisabili nelle difficoltà insorte nella percezione delle rendite dell'ospedale e, quindi, nella impossibilità stessa di gestirlo³⁶.

Nel 1646, l'ospedale di Santa Caterina subì l'ultimo trasferimento di sede. L'arcivescovo Giovanni de Torresiglia, ravvisando la necessità di assicurare maggiori spazi alle attività assistenziali, decise di vendere l'edificio nel quale aveva sede l'ospedale e di trasferirlo in una nuova costruzione più grande appositamente realizzata su commessa dell'arcivescovo³⁷.

L'organizzazione amministrativa

In un primo tentativo di formalizzare i processi di *governance* interna, il cardinale Farnese, per il tramite del governatore Montacuto, impresso una chiara natura assistenziale-spirituale all'ospedale, privilegiando, da un lato, la somministrazione di conforti religiosi e, dall'altro, le esigenze di gestione e di controllo contabile. Nel preambolo ai nuovi capitoli, il Montacuto, in nome e per conto del cardinale Farnese, rilevò la necessità di una nuova codificazione amministrativa dell'ospedale di Monreale a causa delle difficoltà operative nelle quali esso si trovava. Difficoltà cagionate, sempre secondo il preambolo del governatore, dalla cattiva amministrazione dell'istituzione. In particolare, si rilevava la carente gestione delle rendite percepite dall'ospedale e la mancata riscossione di molte di queste, di cui l'ospedale era titolare. Proprio questa, con molta probabilità, fu la reale causa che spinse l'arcivescovo a riformare l'amministrazione dell'ospedale, piuttosto che la volontà modernizzatrice. Un chiaro segnale in tal senso è dato dalla corrispondenza delle figure di governatore della città, di nomina arcivescovile, e di primo rettore dell'ospedale. In questo modo, l'amministrazione arcivescovile sottraeva al governo cittadino e ai responsabili delle congregazioni di Santa Maria Maddalena e dell'Orazione e Morte il controllo dell'ospedale. Inoltre, la carica di primo rettore veniva resa a vita, il che la rendeva immune da qualsiasi pressione esercitata dall'oligarchia cittadina. Al primo

³⁶ Ivi, p. 10.

³⁷ Archivio Storico Comunale di Monreale (d'ora in poi AscM), *Fondo Arcivescovile*, Registro della Curia, anno 1646, ff. 561, 563.

rettore era affiancato il procuratore ordinario dell'arcivescovato così «che como è tenuto a procurare tutto il bene del arcivescovato sia obbligato a procurarlo ancora per lo hospitale»³⁸. L'arcivescovo, in tal modo, assicurava alla struttura amministrativa della diocesi e dei suoi beni il diretto controllo dell'ospedale che costituiva un'importante fonte di rendita. In particolare, il procuratore ordinario avrebbe dovuto sollecitare tutti i sacerdoti della diocesi affinché si rendessero attivi presso i fedeli nel promuovere la causa dell'ospedale monrealese, invitando «a quelli che confesseranno che vogliano per remissione dei loro peccati in vita et in morte lasciare alcuna cosa a detto hospitale per la substentazione delli poveri infermi et il simile ricordi a li notari quum occurrirà facino li testamenti»³⁹.

Infine, veniva sanzionata l'inclusione tra i rettori dell'ospedale del pretore e dei giurati di Monreale che si configurerebbe come un elemento di mediazione tra i poteri (urbano ed ecclesiastico-feudale), al fine di non scardinare la gestione "cittadina" dell'ospedale, connaturata alla sua stessa fondazione, soggiogandola, tuttavia ad un forte fattore di centralizzazione.

La differenza tra i capitoli dell'ospedale di Monreale e quelli dell'Ospedale Grande e Nuovo di Palermo è immediatamente ravvisabile nella figura dell'*hospitaliere* che avrebbe dovuto sovrintendere alle funzioni di direzione generale dell'ospedale e che, nel caso di Monreale, con la nomina, in prima applicazione, di don Benedetto Lumbaro, riveste una funzione secondaria, dovendo, esclusivamente provvedere alla «cura sia delli infermi tanto in provederli et sovvenirli corporalmente come in attendere alla salute de le loro anime confessandoli caritativamente et pascendoli de la parola de Iesu Christo con breve exortatione et multa pacientia»⁴⁰.

Per questa attività, *l'hospitaliere* avrebbe ricevuto una remunerazione che, seppure stabilita nei capitoli, non viene però quantificata, così come non viene quantificata la permanenza nella carica, a differenza del caso palermitano e dei rettori del medesimo ospedale monrealese. Questo lascia intendere la sostanziale "precarietà" dell'*hospitaliere* che avrebbe determinato le condizioni del mantenimento della sua carica solo a seguito di una negoziazione con l'arcivescovo e solo grazie alla benevolenza dello stesso.

Con la promulgazione dei capitoli, il governatore Montacuto si premurò di nominare Hieronimo La Manna tesoriere e procuratore dell'ospedale, con lo specifico compito di tenere le scritture contabili che, secondo quanto specificato nei capitoli, consistevano in un libro

³⁸ G. Millunzi, *L'Ospedale Civico* cit., p. 19.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

dello “introito et exito”. Inoltre, lo stesso tesoriere avrebbe dovuto accertare, in caso di morte di un cittadino monrealese, l'eventuale lascito a favore dell'ospedale e porre in essere tutte le azioni necessarie all'incameramento di tale lascito, provvedendo, altresì, alla registrazione contabile dello stesso. Il tesoriere avrebbe avuto l'obbligo, su base annuale, di rendicontazione contabile all'arcivescovo. Nella sua attività amministrativa, il La Manna sarebbe stato affiancato dall'ecclesiastico Hieronimo Seguer. Anche in questo caso, i capitoli non prevedevano una durata dell'incarico, stabilendo, tuttavia, la possibilità per l'arcivescovo di rimuovere in qualunque momento sia il tesoriere sia *l'hospitaliere*.

Questa parte dei capitoli dimostrerebbe una sostanziale arretratezza della concezione contabile e del modello amministrativo applicato all'ospedale di Monreale, dal momento che, a differenza dell'Ospedale Grande e Nuovo di Palermo – nel quale si faceva riferimento a una contabilità più complessa con specifico esempio della contabilità mercantile – nel caso monrealese, tutta la struttura di tenuta dei conti sembrerebbe affidata ad un mero libro di introito ed esito⁴¹. Appare evidente che il modello contabile previsto dai capitoli del 1548 risulterebbe estremamente semplificato e, probabilmente inadeguato, perfino per una istituzione di piccole dimensioni come quella monrealese. Nella realtà, la documentazione archivistica residua rimanda a una struttura della contabilità alquanto differente, dal momento che risultano superstiti alcuni esemplari di libri maggiori e di giornali di cassa⁴². Il che indurrebbe a ipotizzare che quanto previsto dai capitoli in termini di tenuta della contabilità fosse sostanzialmente disatteso, per l'adozione di un modello più complesso ma decisamente più efficace. D'altronde, già a partire dal XVI secolo, l'aumento della complessità del modello assistenziale pubblico aveva indotto la ricerca di soluzioni gestionali idonee a supportare le molteplici attività svolte dagli ospedali cittadini. Per tale ragione, l'utilizzo di sistemi contabili di matrice mercantile era entrato ampiamente in uso anche per le istituzioni assistenziali, con particolare riguardo al controllo delle spese sostenute per il mantenimento della struttura e l'analisi dei flussi di introito⁴³.

⁴¹ Sul sistema contabile in uso presso l'Ospedale Grande e Nuovo si rimanda a G. Bonaffini, *Per una storia delle istituzioni ospedaliere a Palermo* cit., pp. 31-40.

⁴² Ascm, *Fondo Ospedale Santa Caterina pro Infirmis*, Libro mastro (1566-1677), b. 1124; Giornale di cassa (1548-1556), b. 1137.

⁴³ E. Bracci, L. Maran, E. Vagnoni, *Saint Anna's Hospital in Ferrara, Italy: Accounting and organizational change during the Devolution*, «Accounting History», n. 15, 2010, pp. 463-504; S. Servalli, *The interface of power and charity in the government of poor. A case from the Italian context in the sixteenth-seventeenth centuries*, «Accounting, Auditing & Accountability Journal», vol. 26, n. 8, 2013, pp. 1306-1341.

Ogni obbligazione dell'ospedale sarebbe dovuta essere approvata da rettori e tesoriere, nonostante il solo governatore avrebbe potuto agire in nome e per conto dell'ospedale senza la partecipazione degli altri ufficiali. Questo capitolo è un chiaro segnale dei rapporti di forza presenti in città, con l'evidente preminenza del potere arcivescovile feudale che esercita un ruolo di centralizzazione amministrativa e di controllo, rinunciando al bilanciamento dei poteri che appare molto più evidente nel caso dell'ospedale palermitano dove, gioco forza, convivono il potere cittadino rappresentato dal senato, quello regio che esercita il patronato sull'ospedale e quello religioso che vanta una sorta di diritto di primazia. Ben diverso è il caso monrealese, dove l'arcivescovo è anche feudatario e il rapporto con l'élite cittadina è evidentemente sbilanciato a suo favore, essendo i giurati l'unica espressione dei ceti urbani, quantunque nominati dal feudatario. L'azione del governatore si configura, a questo punto, come un'azione diretta dell'arcivescovo-feudatario che per la sua stessa natura non ha necessità dell'intervento di ufficiali esterni a garanzia di interessi terzi; e quindi, il processo di formazione della decisione amministrativa non necessita dell'azione di poteri diversi bensì promana direttamente dal centro amministrativo.

Ben quattro capitoli sono dedicati alle prescrizioni che rettori, procuratore, pretore e giurati devono ottemperare in termini di visite da compiere ai ricoverati dell'ospedale durante le feste di precetto, per fornire conforto religioso. Soltanto negli ultimi due capitoli viene stabilito che a ogni termine di anno, dopo la verifica delle spese sostenute per l'acquisto di cibo, medicinali e materiali necessari al ricovero e alla cura degli ammalati ricoverati, l'eventuale risultato positivo dovesse essere destinato all'acquisto di titoli di rendita, alla creazione di doti matrimoniali per fanciulle orfane o all'assistenza a persone indigenti. La scelta della destinazione delle eventuali poste attive sarebbe stata di esclusiva competenza dell'arcivescovo⁴⁴. Con buona evidenza, l'ospedale di Santa Caterina rappresentava un tipico esempio di istituzione non commerciale, nella quale gli eventuali utili di bilancio sarebbero stati reinvestiti in attività caritatevoli e assistenziali essendo tassativamente vietata la eventuale redistribuzione degli stessi agli *stakeholders*⁴⁵.

Da un resoconto che il governatore della diocesi invia al tesoriere Hieronimo La Manna si evince che, nel 1555, l'introito annuo ammontasse a 197 onze, 20 tari e grani 2, comprese le circa 108 onze che erano di pertinenza dell'anno precedente e tuttavia incassate solo in

⁴⁴ G. Millunzi, *L'Ospedale Civico* cit., pp. 20-21.

⁴⁵ In proposito: S. Servalli, *The interface of power and charity in the government of poor* cit., pp. 1321-1328.

quel momento. Di contro, le uscite erano state pari a 59 onze, 7 tari e 2 grani; in particolare, il resoconto specificava che le spese per preparati galenici e vitto per i ricoverati erano state pari a 9 onze e 13 tari, mentre, per salari erano state pagate 11 onze e 28 tari. Le somme destinate ad attività di assistenza ammontavano a 11 onze, 2 tari e 9 grani⁴⁶. Soltanto un'onza, secondo le disposizioni dei capitoli dell'anno precedente, era stata destinata all'acquisto di nuova rendita. Il fatto che, per il 1555, l'ospedale vantasse crediti per circa 138 onze a titolo di rendite e che questi venissero iscritti, correttamente, nelle poste dell'attivo, pur non essendo ancora riscossi, lascia intuire una gestione quanto meno problematica dei flussi di cassa, confermata, peraltro, dal medesimo problema presentatosi già l'anno precedente.

Alla metà del XVI secolo, cominciarono ad aumentare le pressioni dell'élite cittadina sull'arcivescovo per ottenere una maggiore partecipazione al governo dell'ospedale. Non è chiaro se il conflitto fosse da ascrivere, in qualche modo, a una dialettica tutta interna al feudo tra le maggiori componenti dello stesso – feudatario/governatore, ceti civile e capitolo benedettino (che vantava una forte e radicata presenza nel territorio) – oppure alla sola volontà di controllare un'istituzione in grado di gestire un solido patrimonio costituito da immobili e rendite. Le pressioni si concretizzarono nel 1564 in una richiesta di nuovi capitoli che contemplassero una maggiore partecipazione del governo cittadino alla gestione dell'ospedale. La proposta venne inoltrata al cardinale Farnese dal governatore Gerardo Spada e dal visitatore generale Gio. Battista Arrivabene. Il 30 novembre del 1564, dopo approvazione dell'arcivescovo, il governatore Spada, congiuntamente al visitatore Arrivabene, al pretore Ioanni De Addamo e ai giurati monreali Ioannotto de Azzolino, Ioanni Enrico Fonti e Andrea de Matina, pubblicarono i nuovi capitoli, preceduti da un eloquente preambolo:

Havendo la città di Monreale più volte per le sue lettere supplicato lo Ill.mo et Rev.mo Signor Cardinal Farnesi Arcivescovo di detta città et Arcivescovato nostro signore et patrone et cossi ancora lo spettabile Sig. Governatore et allo molto Rev.mo Arcidiacono et Visitatore a bocca più volte fattone instantia che volessero operare che detto Ill.mo et rev.mo Cardinale et Arcivescovo tornasse lo governo et regimento dello venerabile Hospitale di questa città di Monreale nella forma antica, cioè che la Città et lo Ordinario insieme provedessero di Rettore et Governatore et Procuratore di detto hospitale senza salario alcuno e levare lo procuratore messoci per sua Signoria Ill.ma et Rev.ma con salario di onze sei l'anno in danno di dettu hospitale che e (sic!) poverissimo et ancora in pregiudicio dell'autorità et bona consuetudine che soleva havere detta città in tale elezione⁴⁷.

⁴⁶ G. Millunzi, *L'Ospedale Civico* cit., p. 22.

⁴⁷ Ivi, p. 24.

Il riferimento alle antiche consuetudini, secondo le quali la città provvedesse alla scelta dei rettori dell'ospedale congiuntamente al feudatario, costituisce l'elemento di accreditamento giuridico delle pretese avanzate dall'oligarchia cittadina e costituisce un risultato di compromesso.

Il sistema contabile

Il sistema di rilevazioni, che è alla base del modello di *governance* delle strutture ospedaliere moderne, rappresentò un elemento innovativo nel processo di controllo e direzione dell'Ospedale di Santa Caterina, pur non potendo essere considerato, almeno direttamente, un elemento di modernizzazione dell'istituzione stessa, la quale mantenne ancora a lungo la sua natura, per così dire, ibrida di luogo di assistenza spirituale e materiale.

Nella definizione aziendalistica corrente, l'imprenditore è un individuo che esercita sia la funzione strategica sia quella operativa al fine di incrementare il valore dell'investimento, mentre nella definizione data da Luca Pacioli, il mercante doveva avere tre caratteristiche: a) possedere un congruo capitale da immettere negli affari; b) essere esperto di "ragioni e computi"; c) saper tenere ordinatamente "conti e scripture" di tutto il traffico mercantile⁴⁸. In conseguenza di ciò, scritture e conti sono da considerarsi strumenti informativi posti alla base dell'azione amministrativa⁴⁹. Pertanto, la contabilità deve rispondere a un'esigenza informativa dell'imprenditore – o comunque di chi esercita la gestione, nel nostro caso dell'Arcivescovo – anche con fini di previsione e orientamento delle scelte da compiere in futuro, indipendentemente dalla necessità di misurare il profitto⁵⁰.

In tal senso, i sistemi contabili che iniziarono ad affermarsi alla fine del medioevo, con il diffondersi dell'impresa di tipo capitalistico (mercantile, bancaria o industriale), sempre di più, dovettero tenere conto della variabile temporale pluriennale, pressoché assente nelle contabilità di epoca medievale⁵¹. Infatti, le *societas* medievali avevano generalmente durata limitata al raggiungimento dell'oggetto sociale e, in genere, non superavano l'anno. Per tale motivo i sistemi contabili

⁴⁸ A. Pin, *La partita doppia di Luca Pacioli. Conquista del mercante medievale assunto ad imprenditore e base dell'odierno sistema informativo d'impresa*, «Studi e Note di Economia», n. 3, 1999, p. 12.

⁴⁹ E. Perrone, *Il linguaggio internazionale dei bilanci d'impresa*, Cedam, Padova, 1992, p. 173.

⁵⁰ *Ivi*, p. 175.

⁵¹ F. Melis, *Storia della ragioneria. Contributo alla conoscenza e interpretazione delle fonti più significative*, Zuffi, Bologna, 1950, pp. 454-461.

non avevano la necessità di riportare di anno in anno i costi sostenuti o i ricavi ottenuti al fine di permettere la ripartizione periodica degli utili o delle perdite⁵². In tal senso, la proiezione delle attività in un orizzonte temporale più ampio fu alla base della necessità di progettare sistemi di controllo contabile che tenessero conto della variabile tempo nella misurazione degli andamenti economici. Il patrimonio culturale del mercante, del resto, anche per il caso siciliano, è l'elemento comune a tutti i contesti nei quali si sviluppò la contabilità, ossia la bottega, gli uffici contabili della Regia Corte e le amministrazioni dei patrimoni feudali ed ecclesiastici⁵³.

L'Archivio Storico del Comune di Monreale conserva solo alcuni registri contabili superstiti dell'ospedale di Santa Caterina *pro infirmis* relativi alla prima età moderna: 2 libri mastri (1566-1677 e 1682-1696); 1 libro maggiore (1607-1623); 4 giornali di cassa (1548-1556, 1642, 1674-1681, 1689) e 1 registro delle spese (1624-1633). Dallo spoglio delle scritture superstiti dell'Ospedale di Santa Caterina *pro infirmis*, nel periodo 1548-1696, e inferendo i dati ottenuti con i sistemi contabili in uso all'epoca, di cui si sono mantenute tracce più evidenti, si è potuto ricostruire un sistema contabile basato sui seguenti registri:

- *Libro maggiore*
- *Giornale di cassa*
- *Registro delle spese*
- *Registro delle entrate* (smarrito)

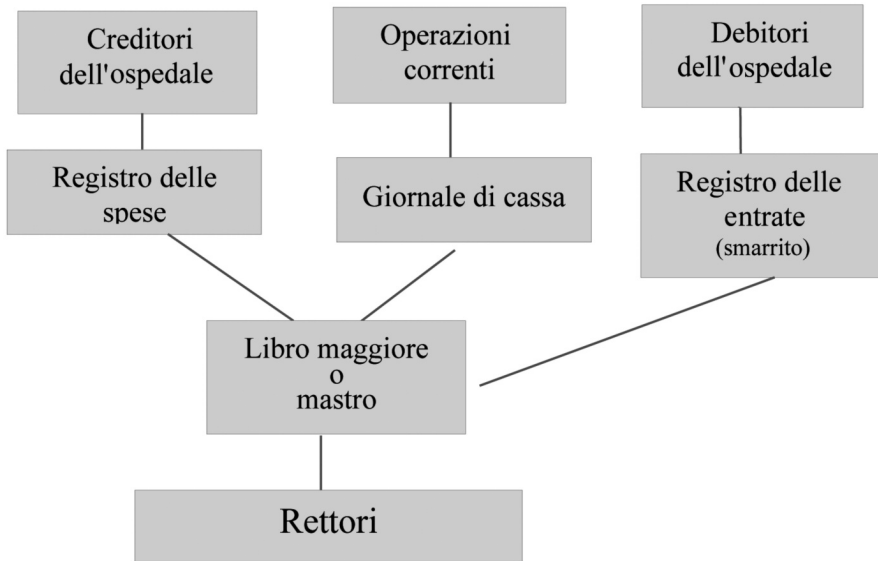
Il sistema contabile – seguendo i criteri di valutazione adottati – era direttamente finalizzato alla determinazione del patrimonio dell'Ospedale; infatti, considerando i valori relativi a immobili, rimanenze, crediti, cassa e debiti, aveva il preciso fine di rendicontare la completa conservazione dei beni.

Il libro maggiore, come in uso nelle strutture monastiche coeve, presenta un periodo amministrativo unitario, della durata complessiva,

⁵² Ivi, pp. 192-193. Molto rilevante è la produzione computistica siciliana a servizio delle aziende ecclesiastiche e regie, in proposito si veda: P. Quattrone, *Accounting for God: accounting and accountability practices in the Society of Jesus (Italy, XVI-XVII centuries)*, «Accounting, Organizations and Society», n. 29, 2004, pp. 647-683; Id., *Books to be practiced: Memory, the power of the visual, and the success of accounting*, «Accounting, Organizations and Society», n. 34, 2009, pp. 85-118; C. Lipari (a cura di), *Autori di Ragioneria a Palermo XVII-XVIII secolo*, Annali della Facoltà di Economia Università di Palermo, 2006, vol. I.

⁵³ A. Giuffrida, «*Teneri libro ordinario e bilanzato*»: *l'arte della contabilità nella Sicilia del '500*, «Mediterranea. Ricerche Storiche» a. VI, n. 16, 2009, p. 257.

Figura 1 – Diagramma di funzionamento del sistema contabile



di solito, tra otto e sedici anni⁵⁴. In tal modo, il libro mastro o maggiore aveva lo scopo di raggruppare le scritture riepilogative dei libri individuali, intestati ai differenti settori di azione⁵⁵.

Nel registro (libro maggiore o libro mastro, nel caso dell'Ospedale di Santa Caterina *pro infirmis*) venivano annotate, secondo il metodo partiduplistico, le poste rilevate dagli altri registri in uso, ossia il giornale di cassa, il libro delle spese e il libro delle entrate. Il libro mastro era il registro principale del sistema contabile e, nella sua primitiva configurazione, era addirittura l'unico libro contabile. Il mastro doveva contenere tutti i conti secondo un ordine sistematico, ossia secondo un ordine che poteva essere l'ordine alfabetico degli intestatari, oppure lo specifico elemento del patrimonio (denaro, magazzino, creditori, debitori, etc.)⁵⁶.

⁵⁴ Ascm, *Fondo Ospedale Santa Caterina pro Infirmis*, Libro mastro (1566-1677), b. 1124; Libro maggiore (1607-1623), Rollo dell'Ospedale di questa città di Monreale, notaro Vincenzo La Mandra, b. 1165; Libro mastro (1682-1696), b. 1125.

⁵⁵ F. Melis, *Storia della ragioneria* cit., p. 538, 539.

⁵⁶ Ivi, p. 443; S. Coronella, *La ragioneria in Italia nella seconda metà del XIX secolo. Profili teorici e proposte applicative*, Giuffrè, Milano, 2007, p. 103.

I superstiti libri mastri o maggiori dell'Ospedale di Santa Caterina *pro infirmis* presentano, in termini di forma, la tipica struttura a sezioni divise contrapposte, riportando sulla pagina di sinistra le poste in "dare" e sulla pagina di destra le poste in "avere" seguendo la pratica mercantile veneziana diffusa in Italia tra XV e XVI secolo⁵⁷.

Il libro giornale rileva le operazioni di gestione in ordine cronologico, via via che venivano effettuate⁵⁸. Si trattava, quindi, di una prima sistematizzazione delle operazioni contabili che avrebbero poi trovato più completa organizzazione nel libro mastro e che vide la sua prima applicazione nei sistemi contabili delle imprese italiane a partire dal XV secolo⁵⁹. La datazione certa costituiva un riscontro necessario ai fini giudiziari in caso di dispute; per tale ragione il libro avrebbe dovuto mantenere una sua integrità senza distruzione o cancellazione di alcuna pagina e una descrizione esatta e incontrovertibile dei fatti inerenti la gestione⁶⁰.

Il libro delle spese rientra tra i registri sezionali, in uso presso le aziende comunali e domestico patrimoniali sin dal secolo XIV e volti a rilevare particolari aspetti della gestione o singoli elementi del patrimonio. Il loro scopo, quindi, era di tipo operativo e il loro funzionamento a-sistematico, in quanto svincolato dal meccanismo bilanciante proprio del metodo partiduplistico, che riguarda il giornale e il mastro⁶¹. In tale registro, in ordine cronologico, venivano annotate le spese sostenute dall'Ospedale, con le indicazioni relative all'obbligazione e al creditore⁶². L'esistenza di tale registro, seppure unico elemento superstite nell'intero archivio, lascia tuttavia presumere l'esistenza di un registro di entrate contrapposto. A termine di ogni pagina, il libro presenta il parziale che è oggetto di riepilogo nella pagina successiva⁶³. A margine della partita contabile, il libro riporta l'indicazione relativa alla registrazione della stessa nel libro mastro.

Del tutto differente è il problema dell'ammortamento dei beni strumentali e immobili che l'Ospedale di Santa Caterina *pro infirmis*

⁵⁷ Ascm, *Fondo Ospedale Santa Caterina pro Infirmis*, Libro mastro (1566-1677), b. 1124; Libro maggiore (1607-1623), Rollo dell'Ospedale di questa città di Monreale, notaro Vincenzo La Mandra, b. 1165; Libro mastro (1682-1696), b. 1125.

⁵⁸ F. Melis, *Storia della ragioneria* cit., p. 126.

⁵⁹ A.C. Littleton, *The evolution of the journal entry*, «The Accounting Review», vol. 3, n. 4, 1928, pp. 383-396.

⁶⁰ C. Antinori, *La contabilità pratica prima di Luca Pacioli: Origine della Partita Doppia*, «De Computis. Revista Española de Historia de la Contabilidad», n. 1, 2004, pp. 7-8.

⁶¹ F. Melis, *Di un libro delle spese del comune di Amandola (Ascoli Piceno) del XIV secolo*, in F. Melis, *L'azienda nel Medioevo* (a cura di M. Spallanzani), Le Monnier, Firenze, 1991, pp. 194-197.

⁶² Ascm, *Fondo Ospedale Santa Caterina pro Infirmis*, Registro delle spese dal 20 marzo 1624 al 21 ottobre 1633, b. 1166.

⁶³ F. Melis, *Storia della ragioneria* cit., p. 246.

possedeva e annotava nelle sue contabilità. Dalle scritture contabili, risultano, accanto alle suppellettili e alle attrezzature per l'esercizio dell'assistenza medica, anche l'acquisizione di alcune proprietà immobiliari che vengono annotate al valore di acquisizione. Tale è il caso di un immobile pervenuto all'Ospedale da Filippo Cuiso a mezzo dei suoi eredi il 2 aprile del 1542 che, nel mastro del 1566 viene riportato ancora al valore di acquisizione di 2 onze e 18 tari⁶⁴. Mentre, il giardino ceduto all'Ospedale il 12 giugno 1541 da Joan de Italia, nel medesimo mastro, viene ancora riportato al valore di acquisizione di 9 onze e 6 tari⁶⁵.

Il problema dell'ammortamento dei beni immobili e strumentali cominciò ad affacciarsi nelle tecniche contabili soltanto all'inizio del XVIII secolo⁶⁶. Con l'affermarsi del settore secondario, divenne cogente il problema della valutazione dei fattori produttivi pluriennali, quali utensili, macchine, capannoni, motori a vapore. D'altronde, le società commerciali non utilizzavano capitale fisso, se non in minima parte, pertanto le immobilizzazioni erano estremamente ridotte⁶⁷.

In buona sostanza, la progressiva trasformazione dell'economia europea da mercantile in manifatturiera spostò l'asse del sistema contabile dal mero controllo dei flussi generati dai costi commerciali a quello dei costi di produzione. Tuttavia bisogna notare che già in alcuni sistemi contabili adottati da compagnie mercantili fiorentine della metà del XIV secolo si ritrova l'uso di una forma di inventario, all'interno del *Saldo della Ragione*, volto a determinare il valore delle rimanenze di magazzino, che però non è presente tra le scritture contabili dell'ospedale di Santa Caterina. Grazie a tale strumento si adottava una forma di valutazione delle merci presenti in magazzino e delle masserizie appartenenti alla compagnia, tenendo conto del reale deperimento causato dall'uso⁶⁸.

Un primo tentativo di formalizzare l'uso dell'inventario nella pratica contabile è da attribuirsi all'*Ordonnance de Commerce* promulgata nel

⁶⁴ Ascm, *Fondo Ospedale Santa Caterina pro Infirmis*, Libro mastro (1566-1677), b. 1124.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Il bilancio annuale, in epoca medievale, era destinato soprattutto a funzioni comptistiche. In buona sostanza si "bilanciava" il libro quando questo era completo, per riportare l'esito sul libro successivo, mentre il bilancio fatto con l'ausilio del riscontro della cassa e dell'inventario è un istituto tutto sommato moderno databile alla metà del XVII secolo. A. Ceccherelli, *Il linguaggio dei bilanci. Formazione e interpretazione dei bilanci commerciali*, Le Monnier, 1956, pp. 45-48.

⁶⁷ «L'une des caractéristiques principales des livres de comptes des marchands est la quasi-absence d'immobilisation». Y. Lemarchand, *Du dépérissement à l'amortissement. Enquête sur l'histoire d'un concept et de sa traduction comptable*, Ouest Edition, Nantes, 1993, p. 66.

⁶⁸ A. Ceccherelli, *Il linguaggio dei bilanci* cit., p. 29.

1673 da Luigi XIV; con quest'atto si tentava una sistematizzazione delle pratiche contabili, imponendo l'uso del libro giornale e la redazione di un inventario biennale⁶⁹.

Si trattò, in effetti, di un mutamento del paradigma contabile, passando da un approccio che individuava il mercante quale investitore e manager ad una prassi, per così dire, legalistica, nella quale risultava centrale il ruolo del creditore. La contabilità assumeva quindi anche la funzione di documentazione delle vicende gestionali e dei beni a disposizione del mercante in occasione di controversie giudiziarie⁷⁰. Quello che appare evidente è che, nel corso dei secoli, in Europa si assiste ad una differenziazione dei sistemi contabili. Da un lato, le imprese manifatturiere e agricole (sia private che regie) che manifestano la necessità di misurare i beni immobili e durevoli, dall'altro le cosiddette compagnie mercantili (soprattutto inglesi e olandesi) che hanno interesse maggiore nel contabilizzare i flussi⁷¹. Si delineano, insomma, due modelli di determinazione dei risultati aziendali, uno, per così dire, mercantile e un altro finanziario⁷².

In definitiva, un simile sistema contabile non era diretto al calcolo dei costi unitari di esercizio, dal momento che non vi erano delle tariffe da applicare ai privati per le prestazioni erogate. Piuttosto, il sistema sembra indirizzato al controllo dei costi totali, considerato che la congruità delle spese sostenute e l'esigenza di rendicontazione erano i fabbisogni informativi primari degli *stakeholders* dell'Ospedale (Arcivescovo in primis, ma anche oligarchia urbana) in un'ottica di controllo di efficienza nell'uso delle risorse pubbliche e di quelle raccolte tra la collettività.

⁶⁹ E. Perrone, *Il linguaggio internazionale dei bilanci d'impresa* cit., pp. 271-272.

⁷⁰ Ivi, p. 274.

⁷¹ La differenza si ravvisa soprattutto tra le manifatture reali francesi e le compagnie mercantili (fondate con capitale privato) olandesi e inglesi. Y. Lemarchand, *Du dépérissement à l'amortissement*. op. cit., p. 62.

⁷² La questione della misurazione del profitto e del capitale diventa essenziale nello spiegare del diffondersi del capitalismo. Werner Sombart evidenzia come l'evoluzione delle pratiche contabili, con l'adozione della partita doppia, sia alla base dello sviluppo dell'impresa capitalistica, dal momento che tale sistema contabile permette la divisione dell'impresa dall'imprenditore - fattispecie impossibile nei sistemi a partita semplice - e la misurazione delle due variabili: capitale e profitto. W. Sombart, *Der Moderne Kapitalismus*, vol. 2, Leipzig, 1924, pp. 118 e ss. La tesi sombartiana fu criticata da Basil Yamey che, di contro, teorizzò la scarsa adozione della partita doppia durante il periodo del capitalismo mercantile e le prime fasi di quello industriale. Inoltre Yamey ritenne la partita doppia utilizzata in quanto forniva un più adeguato metodo di contabilizzazione delle risorse. B. Yamey, *Accounting and the Rise of Capitalism: further notes on a theme by Sombart*, «Journal of Accounting Research», 2, 1964, pp. 117-136.

Conclusioni

L'analisi sulla documentazione contabile e sui regolamenti amministrativi dell'Ospedale di Santa Caterina *pro infirmis* di Monreale ha provato a mettere in luce come il cambiamento avvenuto in seno all'arcivescovato con l'arrivo del cardinale Alessandro Farnese abbia prodotto un cambiamento di organizzazione e gestione all'interno dell'istituzione assistenziale.

Nei trent'anni che separano l'arcivescovato di Enrique Cardona da quello del Farnese, l'amministrazione della diocesi – e del feudo – di Monreale doveva avere subito un drammatico impoverimento. Il fenomeno era stato causato, con molta probabilità da una congiuntura economica negativa e da una conseguente riduzione del valore delle rendite e, dall'altro lato, da un impoverimento della macchina amministrativa, delegata agli amministratori apostolici. La nomina di Alessandro Farnese costituì un elemento di consolidamento del potere amministrativo feudale che ebbe come conseguenza la razionalizzazione dei processi economici interni al feudo.

La riorganizzazione dell'Ospedale di Santa Caterina è senz'altro ascrivibile a questo più generale processo. Le nuove regole, amministrative e, soprattutto, contabili, per il funzionamento dell'istituzione sono l'esatto prodotto di una specifica volontà di migliorarne la produttività e incrementare il controllo, contribuendo alla costruzione di un nuovo ordine organizzativo⁷³. Infine, nonostante l'Ospedale di Santa Caterina non presenti tutti quegli elementi di modernizzazione del modello assistenziale-curativo che erano già presenti nell'Ospedale Grande e Nuovo di Palermo, persegue comunque una logica amministrativa di efficienza, così come più volte ribadito nei capitoli statutari, che sottende al rendere visibile la pratica contabile al fine di permettere l'esercizio delle funzioni di controllo ai rettori e al tesoriere.

Al contempo la nuova organizzazione limitò i poteri del patriziato urbano attraverso la nomina diretta da parte dell'arcivescovo del primo rettore e la realizzazione di uno specifico apparato burocratico all'interno dell'ospedale, prima inesistente. In questo senso, il sistema contabile e amministrativo non si configura più solo come una tecnica ma va a influire sulla struttura stessa del processo decisionale e sulla sua razionalità⁷⁴.

⁷³ E. Bracci, L. Maran, E. Vagnoni, *Saint Anna's Hospital in Ferrara* cit., p. 486.

⁷⁴ A. G. Hopwood, *Accounting and Organisation Change*, «Accounting, Auditing and Accountability Journal», vol. 3, n. 1, 1990, pp. 7-17.

Per concludere, date le superstiti evidenze archivistiche e le dimensioni del caso trattato, il presente lavoro non ha alcuno scopo di esautività, né, tantomeno, il caso di Santa Caterina può essere utilizzato come misura di riferimento. Piuttosto, l'Ospedale monrealese potrebbe rappresentare un primo tentativo di analisi dei sistemi contabili e amministrativi degli istituti di assistenza siciliani in età moderna – seppure partendo da un caso molto circoscritto – con una chiave di lettura non indirizzata alla ricostruzione delle performance aziendali degli stessi, bensì al rilievo di quegli elementi che caratterizzano la contabilità come strumento di esercizio della *governance* aziendale e del controllo.