

PARTE PRIMA

L'EVOLUZIONE DEL RUOLO
DELL'OSPEDALE

CESARE CATANANTI ^(*)

NASCITA ED EVOLUZIONE DELL'OSPEDALE: DALL'OSPITALITÀ ALLA ORGANIZZAZIONE SCIENTIFICA

1. *Premessa*

Il racconto della nascita e dell'evoluzione dell'istituzione ospedaliera è un intrigante viaggio in quell'universo sanitario in cui, ieri come oggi, i “fatti” medici e i “fatti” sociali si intersecano con quelli architettonici e tecnologici, con quelli legislativi ed organizzativi determinando un poliedrico insieme, caratteristico di ogni tempo e di quel tempo specchio fedele.

Ed è un insieme “storico”, per nulla statico ma in costante fermento vitalizzato dagli interessi dei protagonisti: i curanti, i pazienti, gli amministratori, e in tempi più recenti, tutto quel mondo economico e produttivo che intorno all'ospedale ha costruito il suo legittimo *business*; ciascuno intento ad immaginare e realizzare un ospedale “migliore”, almeno dal suo punto di vista.

E allora, quale strada intraprendere per condensare in poche pagine di stampa una storia così ricca? Come evitare le eccessive sintesi e semplificazioni o per contro gli esasperati approcci tecnicistici? Come in parole semplici, riuscire a trasmettere al lettore il senso dell'evoluzione di una istituzione che partecipa alla scienza e alla tecnologia ma che è anche sede di passioni umane, di conflitti personali e di interessi? Come fornirgli una chiave di lettura che gli consenta di cogliere nell'essenza gli intrecci tra i fatti medici e i fatti sociali?

Operazione non facile ed infatti un cultore e maestro di “medical humanities” come Sandro Spinsanti ci mette in guardia osservando che: “... la sicurezza di conoscere la natura dell'ospedale è illusoria. È vero che è agevole identificare l'ospedale. La denotazione è facile: chiunque può indicarlo con un dito, anche perché nella città moderna tende ad assu-

^(*) *Direttore sanitario Policlinico Gemelli, Roma.*

mere l'evidenza architettonica che in quella medioevale spettava alle cattedrali. In senso denotativo, l'ospedale di una città è quello di cui possiamo domandare l'indirizzo, che identifichiamo sulla piantina che chiediamo al tassista di raggiungere. La connotazione, invece, è molto complessa. Nella linguistica la connotazione di una parola riguarda i significati, compresi quelli simbolici, e le emozioni connesse con l'uso della parola.

Numerosi significati sono attribuiti all'ospedale come istituzione, sedimentandosi gli uni sugli altri. I più recenti non hanno sostituito quelli precedenti. In una stessa realtà convivono l'ospedale, del passato e del presente, nonché quello che – osiamo sperarlo – sarà l'ospedale del futuro.”¹

Ma anche se a rischio l'operazione va fatta e la nostra proposta è semplice: affronteremo il tema seguendo un percorso cronologico, soffermandoci di tanto in tanto su alcune esperienze che consideriamo paradigmatiche ed illuminanti sugli intrecci tra sapere medico ed esercizio applicato di quel sapere, la cura, e su come nel tempo, cura e sapere hanno trovato nell'ospedale, tra alterne vicende, politiche, economiche, e sociali, la sede ideale del loro integrarsi.

Per comodità espositiva, le epoche le abbiamo raggruppate in quattro segmenti temporali e precisamente: dalle origini al medioevo, dal rinascimento all'epoca dei lumi, ottocento e novecento, oggi alle soglie del terzo millennio.

Chiariamo, in premessa, subito un punto: l'ospedale nell'accezione che comunemente oggi viene data, e cioè luogo specialistico di cura, nasce appena due secoli fa. Prima di allora l'ospedale non era altro che un generico contenitore della più disparata umanità: gente senza fissa dimora, emarginati sociali, poveri nel corpo e nello spirito, derelitti di ogni genere e certamente anche malati; ma a questa popolazione fragile l'ospedale dava, per l'appunto, come l'etimologia spiega, solo “ospitalità”. Per la “cura” e la relativa identificazione di specifici spazi bisognerà ancora attendere qualche tempo, ma andiamo alle origini.

¹ Spinsanti S., *Management per la nuova sanità*, Edises, Napoli, 1997, pp. 189-190.

2. Dalle origini al Medioevo

Salute e malattia hanno da sempre punteggiato la vita dell'uomo; la malattia in particolare rientrava in quei fenomeni di difficile comprensione contro cui agli inizi della nostra storia non si avevano grandi mezzi per opporsi: pregare ed invocare, con l'aiuto del sacerdote di turno, qualche divinità benevola, ma anche dare fiducia alle mani, meno ieratiche ma forse più abili di chi si dimostrava disponibile, portato ed esperto ad "operare", in prima battuta, con strumenti "terreni" e verificabili.

Il tempio, regno del sacerdote e della preghiera, e la casa del malato o del curante si costituivano così come gli originali spazi dedicati alla cura; e non è nemmeno difficile immaginare che le due opzioni fossero utilizzate in maniera integrata. Il bisogno di soprannaturale, infatti, accompagnerà costantemente l'animo umano ed anche quando, come gli storici della medicina ci raccontano, nel VI secolo a.C., almeno per quanto riguarda il pensiero medico occidentale, la medicina esce dal tempio, sacerdoti, stregoni, ciarlatani di varia origine ed estrazione continueranno ad essere ricercati ed ascoltati.

Accennavamo al VI secolo a.C. ed in effetti è in quel periodo che sulle sponde dell'Asia minore Ippocrate di Cos fa lo strappo dal mito, considerando la malattia come un fenomeno naturale che va capito e fronteggiato con sistemi umani: se la salute è la risultante dell'equilibrio di quattro umori la malattia ne è l'alterazione e la cura è allora orientata a ristabilirne l'equilibrio perduto eliminandone gli eccessi, attraverso il salasso, il clistere, gli emetici e i purganti. Questa visione olistica della salute e della malattia, che dava anche rilevante importanza all'armonia con l'ambiente in cui si vive, ed era in contrapposizione con le teorie riduzionistiche della scuola di Cnido (la malattia come danno locale), dominò con la successiva sistematizzazione di Galeno (II secolo d.C.) il pensiero medico occidentale per oltre duemila anni.

Sparirono così, secolo dopo secolo, gli asclepiei, i templi dedicati al dio Asclepio, sedi della preghiera e dell'*incubatio* (una sorta di cura del sonno che consentiva di entrare in contatto onirico con il dio per avere suggerimenti per la cura), e

con l'avvento del cristianesimo, ricco di valenze solidali a tutela dei "fragili", andarono diffondendosi generiche strutture di ospitalità.

Il sapere medico intanto progrediva su due binari: quello teorico in linea con il pensiero di Galeno e quello pratico che prendeva corpo soprattutto nell'esercizio della medicina quotidiana legata all'emergenza ed alla traumatologia civile o militare.

Il tempio esisteva e stava lì a disposizione di chi ne sentiva l'esigenza ma di fronte ai problemi di facile comprensione e che andavano fronteggiati con una certa sollecitudine, la speranza nell'intervento divino non faceva certo trascurare il ricorso a curanti pratici ed abili, ad esempio, nel cavare un dente, ridurre una frattura, estrarre una freccia.

Ascoltiamo direttamente Celso a proposito di questa ultima tecnica. "... È possibile estrarre qualsiasi freccia attraverso la stessa ferita da quella prodotta o dal lato opposto, verso il quale essa era diretta. Quando la freccia non è penetrata in profondità e resta in superficie, conviene estrarla dalla parte per la quale è entrata, allargando la ferita con un bisturi..., se la freccia è penetrata in profondità, sarà più vantaggioso incidere il tratto che la stessa avrebbe percorso ed estrarla da quella parte. Sia che venga impiegato l'uno o l'altro procedimento, è necessario usare la massima accuratezza per non ledere i nervi, o una vena importante o un'arteria. Quando uno di questi organi venga scoperto, è necessario afferrarlo con un uncino smussato ed allontanarlo dal bisturi".²

E quando queste tecniche unitamente ad altre procedure assistenziali dovevano essere "organizzate" in maniera adeguata, per le esigenze di più persone – evenienza comune durante e dopo le battaglie – gli spazi allo scopo predisposti – le infermerie militari – andavano a costituirsi proprio per le loro finalità specificatamente ed esclusivamente alla cura come veri e propri ospedali. Uno di questi che vale la pena di ricordare è quella romana di Novaesium presso Düsseldorf, che viene fatto risalire al 100 d.C.; esso costituisce un mirabile esempio di progettazione di un edificio sanitario la cui tipologia (in questo caso si può

² Cel. *Med* VII, 5, 1.

addirittura parlare di un quintuplo corpo di fabbrica *ante-litteram*) discende essenzialmente dalle funzioni che la struttura è chiamata a svolgere. Una funzione assistenziale basata non sui rituali da tempio, ma su pratiche razionali, come lo stesso Celso proclama nel "Proemium": "rationalem puto medicinam esse debere" e pertanto andava rifiutata la credenza che "morbos tum ad iram deorum immortalium relatos esse".³

La continuità con lo strappo ippocratico è evidente ed in questo clima in cui scuole e sette mediche si moltiplicano senza rinunciare mai del tutto al magico e all'esoterico, il medico pratico opera in totale autonomia, seppur nel rispetto delle prescrizioni del diritto comune, ma sempre in un rapporto diretto fra cittadino e cittadino. Nella "res pubblica" romana non c'è, infatti, spazio per una sanità pubblica. L'attenzione del *civis romanus* così come dello stato riguarda soprattutto l'apparato bellico, l'amministrazione della giustizia, il governo delle colonie, l'organizzazione dei ludi, le cerimonie religiose, l'ordine interno, "panem ed circenses", insomma. La salute o la malattia sono in altre parole un fatto esclusivamente privato.

È con l'avvento del Cristianesimo che si realizza una vera e propria svolta nella storia dell'uomo. "Ama il prossimo tuo come te stesso" dice la Bibbia e quest'amore verso il prossimo, che costituisce uno degli aspetti rivoluzionari della fede cristiana, trova un suo qualificato piano di realizzazione nell'aiuto al prossimo, sofferente. E colui che soffre non è solo il malato nel corpo, ma anche il vecchio abbandonato, il povero, il pellegrino, colui insomma che ha bisogno di cure e di conforto, assisterlo è un'opera di misericordia da cui il credente non può esimersi ed è una "assistenza" che, se per il semplice fedele è un imperativo morale, per il "religioso" è un preciso obbligo sancito da chiare e definite regole.

Il Concilio di Nicea, infatti, nel 325 d.C. stabilì che ogni vescovato e monastero dovesse istituire in ogni città ospizi per pellegrini, poveri, malati. Ebbe così inizio, soprattutto nell'Oriente Cristiano, la diffusione di questi "luoghi ospitali" che divenne sempre più ampia grazie anche alla protezione degli Imperatori Costantino e Teodosio, e della Imperatrice

³ Cel, *Proemium* 1, c.

Facilla. Il tipo di assistenza svolta in questi luoghi chiamati “Xenodochi” era estremamente generica ed indistinta per tutti gli ospiti; in alcuni di essi, però, le valenze sanitarie furono maggiormente accentuate tanto che quelli di Cesarea, Antiochia ed Alessandria ebbero fama di veri e propri centri sanitari. In effetti, col passare del tempo, andò affermandosi la tendenza a distinguere gli xenodochi in rapporto alla loro specializzazione; il Codice Giustiniano del 534 d.C. elenca tutta una serie di istituzioni ognuna delle quali ha proprie finalità: il brefotrofito, l’orfanotrofito, il gerontocomio, il nosocomio...

Se l’Oriente cristiano era stato il più celere a muoversi nel creare “generiche” strutture assistenziali, l’Occidente gli stette però a ruota (S. Girolamo attribuisce a Fabriola la creazione del primo nosocomio in Roma sul finire del IV secolo) interessandosi soprattutto di assistenza ai malati. La regola di S. Benedetto, “Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est”, fu costantemente applicata in tutte le abbazie benedettine, ed esemplari furono quelle di Montecassino e Salerno, in cui accanto alla infermeria dei frati era previsto lo “hospitale pauperum et pelegrinorum” per gli esterni.

Gli ospedali iniziarono così a moltiplicarsi ed accanto a quelli nati in seno ai monasteri, altri sorsero per volontà di alcuni ordini religiosi (Taranto, Asti, Lucca, Bologna, ecc.) ed altri con caratteristiche invece più laiche come il S. Spirito in Roma (715), voluto da Ina, Re della Sassonia orientale, per assistere i suoi sudditi in viaggio in Italia. Fuori di Italia ricordiamo degni di nota: l’Hôtel Dieu di Lione (542), l’Hôtel Dieu di Parigi (700), l’Ospedale del Cairo (707), l’Ospedale dei Cavalieri di Malta a Gerusalemme (intorno all’800), l’Ospedale di Cordova (800), l’Ospedale di Burgos (1214).

In parallelo al moltiplicarsi di queste strutture “ospitali” il sapere medico andava lentamente sviluppandosi lungo il percorso tracciato da Galeno e la trasmissione di questo sapere, in attesa che si formalizzassero delle vere e proprie scuole (Montecassino, Salerno, Bagdad Bisanzio, Toledo, Montpellier, Bologna, Padova), avveniva seguendo l’attività pratica e didattica dei Maestri; quest’ultima si sostanzialmente nella lettura e commento dei testi classici.

Sarà Federico II, re di Sicilia ed imperatore di Germania,

a sistematizzare nel 1241 con un apposito decreto la formazione del medico: “statuimus quod nullus studeat in medicinali scientia nisi prius studeat ad minus triennis in scientia logicali... post triennium ad studium medicinae procedat in quo per quinquennium studeat”. Il decreto preciserà in seguito che anche la chirurgia va appresa perché “chirurgia est pars medicinae”.⁴

Ma Federico II poco poteva fare per rivoluzionare i contenuti del sapere medico ancora fortemente legato all’umoralismo ippocratico così come riletto da Galeno.

La medicina veniva così esercitata in maniera teorico-filosofica dal “medico” che dissertava “de pulsibus et de orinis” ed in modo concreto, interventistico, da esecutori di vario rango: chirurghi, litotomisti, flebotomi e barbieri. Ad essi si affiancavano ciarlatani e saltimbanchi che mescolando insieme abili manualità e spigliata chiacchiera godevano di una loro numerosa clientela.

Una realtà dunque composita ma comune nell’intera Europa per la netta separazione tra chi “pensava” e chi “faceva” anche se le reciproche invasioni di campo erano tutt’altro che infrequenti. I medici “phisici” costituivano comunque una *élite* che difendeva all’interno dei propri collegi la supremazia del sapere ed esercitava un autonomo forte controllo sia al suo interno nel concedere le licenze, sia sull’esercizio dei praticanti di rango inferiore. Se questa è la medicina del tempo, nel suo sapere e nel suo fare, l’ospedale che ruolo ha? Niente di più che un generico contenitore di sofferenza e pertanto la sua organizzazione e architettura sono consequenzialmente funzionali a tali presupposti.

Scrivono Ronzani a proposito dell’ospedale medioevale: “Le infermerie di solito erano allocate in locali umidi e scarsamente illuminati, sprovvisti di locali annessi di servizio, salvo qualche primitiva latrina. Solo talvolta si trovava una sala separata per aggravati. I ricoverati che erano d’ordinario dei poveri diseredati, poichè le famiglie provviste di mezzi solevano curare in casa i loro malati, erano degenti a due, quattro per letto.

⁴ Citazione ripresa da Penso G., *La medicina medioevale*, Ciba Geigy Eds, 1991, p. 32.

I letti erano costituiti da enormi pagliericci, montati su cavalletti od altri sostegni, spesso chiusi da padiglioni o baldacchini, o anche in alcove. In tali sale erano accolti promiscuamente malati di forme mediche, chirurgiche ed infettive. Molti entrati per infermità leggere, vi contraevano gravi infezioni, e la mortalità, specialmente tra le puerpere ed i feriti era altissima. Tutti i servizi, dai più intimi e delicati ai più malsani, si svolgevano in sala. I cadaveri non di rado restavano a lungo vicino al malato prima di essere rimossi. I teli si lavavano nel vicino corso d'acqua dove talvolta sfociavano i rifiuti".⁵

Il servizio assistenziale di cura fino a tutto il XVI secolo veniva disimpegnato dai religiosi che coltivavano le piante medicinali negli "orti dei semplici" ed erano aiutati nella pratica chirurgica da flebotomi e barbieri. Ma poichè "Ecclesia aborrit sanguinem" il concilio di Tours del 1163 vieta ai religiosi la pratica chirurgica ; nei fatti, però, la cosa fu tollerata almeno sino al 1376 allorquando Gregorio XI ne impose rigidamente il rispetto.

3. Dal Rinascimento all'Epoca dei Lumi

Intanto il Rinascimento era vicino ed anche l'ospedale avrebbe vissuto i fasti di questa nuova era. Innanzitutto l'assistenza ospedaliera cominciava ad essere considerata non più una semplice espressione della pietà cristiana e quindi un esclusivo monopolio della Chiesa, ma era anche un segno dell'impegno sociale del Re, del Principe, del signore insomma, che vedeva, tra l'altro, nella edificazione di opere anche artisticamente pregevoli, un momento dell'esaltazione del suo governo. In Inghilterra in particolare la "riforma" condotta da Enrico VIII portò alla chiusura dei monasteri e così l'assistenza ai poveri ed ai malati divenne un impegno del sovrano ; toccò ad esempio ad Edoardo VIII, aprire a Londra sul finire del '500 l'ospedale di San Bartolomeo affidandone ai laici la gestione e la responsabilità organizzativa.

⁵ Ronzani E., *Trattato di igiene e tecnica ospedaliera*, Garzanti, Milano, 1942, p. 22.

Nel resto d'Europa, però, il carattere religioso avrebbe permeato ancora per lungo tempo l'organizzazione ospedaliera, ma l'interesse "laico" per la sanità era ormai un dato di fatto; ed era un interesse che sul finire del 1300, con l'inizio della catastrofe demografica provocata dalla epidemia di peste, diventò per i governanti di tutta Europa un interesse obbligato. L'Italia fu uno dei paesi che più patì tale flagello, ma fu anche quello che in quei drammatici secoli si conquistò, in sanità, un indiscusso primato sia nella formazione dei medici (la scuola di Padova era la più rinomata d'Europa) che, soprattutto, nella organizzazione ospedaliera.

Esempi paradigmatici di questa realtà furono, per un verso, quello della innovazione architettonica, la realizzazione dell'ospedale Ca' Granda, diventato poi Maggiore, di Milano, iniziata nel 1456 e, per un altro, quello della riorganizzazione assistenziale, l'opera di "reformatione ospedaliera" attuata dall'Arcivescovo di Milano, Enrico Rampini, con il decreto del 9 Marzo 1448 "pro hospitalibus et pauperis alogiandis". La "Ca' Granda dei milanesi" andava a costituirsi come un edificio che avrebbe superato in dimensioni il Duomo, il castello ed il Palazzo del Duca; un investimento senza precedenti a testimonianza di una vocazione europea e civile di una grande città.

Antonio Averulino, detto il Filarete, fu l'architetto chiamato a realizzare l'idea del Duca Francesco Sforza, signore della città ambrosiana che vedeva, nella costruzione dell'ospedale, una occasione da non perdere per ingraziarsi il favore popolare. L'esperienza del Filarete, "architectus, fabricator, director et ingenierus", era limitata all'edilizia militare, non essendosi mai cimentato in costruzioni ospedaliere.

Il Filarete accettò l'incarico ma ritenne, concordemente col Duca, che fosse quanto mai opportuno aggiornarsi sull'argomento prima di intraprendere un'opera senz'altro stimolante ma nuova per le sue conoscenze. Partì allora per Firenze e Siena (l'alleanza tra lo Sforza e Cosimo de' Medici andava sempre più arricchendosi di preziose collaborazioni) per "studiare" l'ospedale di S. Maria Nuova e di S. Maria della Scala realizzati rispettivamente nel 1288 e nel 1440 e che per l'epoca venivano considerati come i più interessanti modelli di strutture ospedaliere.

Lo “stage” toscano si dimostrò utilissimo. Rientrato a Milano il “Nostro” elaborò in brevissimo tempo un’idea progettuale eccezionalmente moderna sia per l’approccio al problema, attraverso una chiara analisi delle specifiche attività che in un edificio ospedaliero avrebbero dovuto trovare svolgimento, che per le originali soluzioni di ingegneria sanitaria che il Filarete propose come razionale risposta alle molteplici e differenziate esigenze della vita ospedaliera.

Il progetto prevedeva due grandi quadrati divisi da un cortile rettangolare con la Chiesa al centro.

Ogni quadrilatero racchiudeva quattro infermerie a crociera che, a loro volta, delimitavano tra le braccia della croce, all’esterno, quattro cortili minori sui quali si aprivano officine ed abitazioni di pertinenza dell’ospedale. Grandi porticati contornavano sia il quadrilatero che i cortili minori.

La visione eminentemente cristiana delle infermerie a croce è ancora tradizionale così come la costruzione dei cortili che ripete quella classica dei conventi, ma il merito e la novità del Filarete stanno nell’aver riempito quelle forme classiche e tradizionali di contenuti fortemente innovatori. Le infermerie vennero progettate, infatti, nelle loro superfici e cubature, tenendo presente l’obiettivo di garantire, ad un determinato numero di degenti, un idoneo “cubo” d’aria, un sufficiente spazio vitale, una corretta ventilazione ed illuminazione. Che poi certi obiettivi non fossero stati completamente raggiunti, poco importa: quello che conta è l’aver evidenziato, per la prima volta, una serie di fondamentali esigenze di “igiene ospedaliera” ed aver avanzato soluzioni logiche anche se non del tutto soddisfacenti. Senz’altro geniale fu poi il sistema adottato per l’impianto delle latrine.

Ai lati di ciascuna infermeria egli fece edificare un corridoio che comunicava con l’interno delle sale in ogni interspazio tra i due letti. In questo corridoio furono collocati i “destri” (le latrine) dal fondo dei quali partiva un collettore in rame che terminava in un sottostante canale, in cui veniva fatto scorrere un costante flusso d’acqua: l’acqua, prelevata dal fosso che circondava parte dell’ospedale, scorreva a gran velocità grazie alla inclinazione che al canale era stata data, in modo da “ben lavare e nettare i destri ed ogni altra bruttura che per esso luogo si facesse”.

Le acque effluvie dei destri raggiungevano, attraverso un condotto che passava al di sotto del fosso, i campi vicini e venivano utilizzate per l'irrigazione. La pulizia dei destri veniva attuata anche attraverso canali pluviali che, aperti in alto nel tetto per raccogliere l'acqua piovana, scorrevano nei muri per immettersi poi nei destri fornendo, in tal modo, anche una sufficiente ventilazione. Il lavoro svolto dal Filarete fu veramente pregevole, e non soltanto per la lucida visione progettuale dell'edificio, ma soprattutto – come detto – per la sensibilità dimostrata ai molteplici problemi di igiene ospedaliera, per molti dei quali propose soluzioni tecniche d'avanguardia.

Ma l'architettura per quanto geniale ed innovatrice non basta da sola a fare un grande "ospedale"; è l'organizzazione che lo anima che lo può qualificare in tal senso. E l'organizzazione del "Ca' Granda" discese dalle scelte strategiche dell'Arcivescovo Enrico Rampini.

Con le sue disposizioni l'ospedale termina di essere generico luogo di ospitalità per "pauperes et infirmi" ed assume una configurazione del tutto nuova.

"L'ordinamento rampiniano" scrive Cosmacini, "è importante sotto tre aspetti: sotto l'aspetto giuridico-amministrativo, in quanto detta una serie di norme che regolamentano compiti, funzioni e comportamenti degli amministratori ospedalieri cambiando, in pratica, i criteri di gestione degli ospedali; sotto l'aspetto etico-economico, in quanto pone le premesse di una riforma sostanziale dell'assistenza, trasformata da religiosa a laica, nel segno di una morale diversa, meno formale e più realistica, dove non trova più spazio la manipolazione dell'assunto caritativo da parte di ministri o di frati poco o punto caritatevoli e dove trova invece spazio una nuova interpretazione dell'assistenza in termini di pratica produttiva, almeno nelle intenzioni, di salute ed idoneità fisica; sotto l'aspetto sanitario e sociale in quanto procede alla riorganizzazione delle strutture assistenziali, creando un nuovo sistema erogatore di assistenza che culmina nella edificazione della Ca' Granda".⁶

⁶ Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Milano, 1987, pp. 54-55.

La *reformatione* ospedaliera lombarda fu quindi veramente innovatoria in tutti i suoi aspetti, ma il suo influsso fu limitato esclusivamente agli Stati dell'Italia settentrionale. A Roma, infatti, la riorganizzazione del S. Spirito (ristrutturato nel 1204 da Innocenzo III sulla stessa area del vecchio *xenodochio* sassone) voluta da Sisto IV, tradiva ancora una concezione assistenziale di vecchio stampo caritativo: l'ospedale doveva provvedere, come sua finalità istituzionale, all'assistenza ed ospitalità delle truppe crociate e di quanti venivano a Roma per arruolarsi, ma era anche destinato alla cura "pauperum languentium". La "regula XLII" dell'ospedale, infatti, precisava che "i poveri comuni che volessero farsi ospitare nella casa di S. Spirito fossero accolti volentieri e trattati caritevolmente".⁷

Da un punto di vista strutturale, poi, l'interesse fu concentrato soprattutto nell'aspetto esteriore e nell'abbellimento artistico piuttosto che in interventi di ingegneria sanitaria ma, a dar retta a Martin Lutero, il livello assistenziale era di primo ordine. Il duro sassone così annotava: "Vi si mangia e beve bene e vi si è serviti con sollecitudine; i medici sono abili, i letti e le mobilia puliti e ben tenuti. Quando un malato vi è condotto, gli si tolgono gli abiti in presenza di un pubblico notaio che li registra; poi si mettono da parte con cura ed il malato viene ricoperto da una veste bianca e deposto in un letto ben preparato. La pulizia è ammirevole".⁸

Certo la descrizione di Martin Lutero, sopra riportata, doveva riferirsi probabilmente ad una sua fortunata esperienza perché, in effetti, di segno opposto era l'opinione dello stesso governatore dell'ospedale che, quarant'anni dopo la visita di Lutero, così si esprimeva: "Qual vomita, qual grida, qual tira il fiato, qual esala l'anima, qual farnetica che bisogna legarlo, qual duole e si lamenta... Il servizio è pessimo e abominevole... Andrà uno di quelli poltroni a dare il pasto a un infermo, troverà il meschino afflitto e svogliato, prostrato e debole che

⁷ *Liber Regulae S. Spiritus Santus Spirito*, testo e commento A. F. La Cava, Hoepli, Milano, 1947, pp. 164-165.

⁸ Questo passo citato in Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Milano 1987, p. 188, è riportato da Celli, *Malaria e colonizzazione dell'agro romano*, Vallecchi, Firenze, 1925, p. 231.

appena il letto sostiene et il dirà: manda giù, che ti possi strangolare”.⁹

C'è una bella differenza, come si vede, tra il quadro idilliaco offerto dal Lutero e quello invece fosco e drammatico dipinto dal Cirillo, governatore intorno al 1550, del S. Spirito. Ma a parte queste tinte di colore un elemento nuovo prende corpo: l'interesse per la specificità dell'ospedale, una specificità che deve essere salvaguardata di fronte al rischio di un ritorno al passato, di una ritrasformazione cioè dell'ospedale in ospizio. Va allora mantenuta una costante vigilanza per impedire che l'ospedale serva per attività improprie o che comunque venga gravato di un'utenza che non gli compete. A tal proposito sono davvero illuminanti nella loro essenzialità le considerazioni di Gian Giacomo Cilino, priore dell'Ospedale Maggiore di Milano, che nel 1508 puntualizzava: “Essendo le malattie o croniche o de qualità che presto son terminate vel con salute, vel con morte, queste de presta terminatione son designate all'Hospitale Grande dove, come e predicto, i malati o moreno o , facti sani, vanno con la benedictione a fare li facti soi. Le altre egritudini croniche o mali de altra qualità, quali vogliono tempo avranno altra destinazione”.¹⁰

L'ospedale, in altre parole, ha una funzione specifica che va tutelata ed ecco allora il fondamentale ruolo del medico che oggi definiremmo di accettazione: “Ne alcuno di essi malati si può ricevere se prima la qualità del male suo è intesa da li phisici o chirurghi del hospitale et epsi non riferiscono prima el parere suo sopra el loco dove li pare se habbiano a raccogliere”.¹¹

La modernità di queste riflessioni espresse dal Cilino nella sua “Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande” sull'andamento sanitario del nosocomio, così viene commentata da Cosmacini: “Medico, malato, ospedale: elementi interdipendenti di una triade ogni mutazione dell'uno implica di necessità una mutazione degli altri. L'inserzione attiva del medico ospedaliero nella pratica riformatrice è implicita nella ride-

⁹ Citazione ripresa da Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Milano, 1987, p. 189.

¹⁰ Ivi, p. 59.

¹¹ Ivi, p. 59.

finizione del ruolo dell'ospedale e della fisionomia del soggetto spedalizzato. Tale ridefinizione si rifà a due principi: il principio dell'esclusione dagli ospedali dei *pauperes communes* e il principio dell'accettazione ospedaliera ai soli infermi, distinti in acuti o curabili, destinatari del sapere medico applicato, e in cronici o incurabili, destinatari del semplice ricovero".¹²

Il fulgore rinascimentale sarebbe ben presto passato ed un'epoca di stasi avrebbe contraddistinto il periodo immediatamente successivo ma, ormai, i contenuti della "reformatione ospedaliera" costituivano un patrimonio culturale da cui non si sarebbe più potuto prescindere e con cui i secoli a venire si sarebbero dovuti confrontare. Fu soprattutto il momento universitario, la ricerca scientifica che caratterizzò in tutta Europa la "Sanità" del '600 e del '700. L'ospedale viveva, in pratica, di riflesso quelle che erano le novità del mondo accademico in una posizione, però, abbastanza privilegiata favorendo, per certi versi, il sanarsi della storica frattura tra le due culture, da sempre separate, della scienza medica: quella umoralista del medico "doctus expertus" e quella anatomica del "cerusicus" considerato al massimo un abile artigiano.

Sarà l'ospedale a fornire al Morgagni i cadaveri dei malati su cui andare a ricercare le lesioni anatomiche ritenute dallo scienziato la causa delle diverse malattie. Le basi della futura clinica erano ormai gettate e se ancora bisognerà attendere qualche secolo per l'incontro definitivo tra clinica e anatomia, i primi passi erano stati fatti e l'ospedale si poneva come condizione realizzante la nascita della medicina moderna.

Dal punto di vista architettonico era il modello filaretiano a fare ancora scuola, mentre negli aspetti istituzionali ed organizzativi la realtà ospedaliera si presentava con un quadro abbastanza eterogeneo così come composito era ancora l'aspetto del sapere medico e della pratica.

Se è vero che nel '500 e nel '600 con Vesalio ed Harvey la medicina comincia ad allontanarsi dai dogmatismi di Galeno è però altrettanto vero che ingenuità e presunzioni sono costantemente presenti. La "summa" di quella medicina seicentesca e di quei medici arroganti nella loro ignoranza la offre

¹² Ivi, p. 59.

Molière. Nel suo “il malato immaginario” con un insuperato sarcasmo al vetriolo, tutti i “topos” negativi della medicina, sempre drammaticamente attuali, sono messi alla berlina e nessuno si salva. Uno per tutti, con la presentazione del Prof. Fecis (o Purgon a seconda delle traduzioni): “è un uomo tutto medicina, dalla testa fino ai piedi; è il medico che crede ai propri principi più che a qualsiasi dimostrazione matematica, e che giudicherebbe criminoso perfino il solo pensiero di verificarli; che non vede nella medicina niente di oscuro, niente di difficile, e che sotto la spinta di un ottimismo cieco, preconetto, cocciuto, grossolano, dissennato, firma e controfirma ricette di purghe e salassi, e non ha un attimo di perplessità”.¹³

Peccato che Molière non abbia affrontato il tema “assistenza ospedaliera” e di stimoli certamente non ne mancavano per la sua penna fulminante. E che stimolo, ad esempio, il regolamento dell’ospedale di Bicetre a Parigi. Da un atto datato 25 ottobre 1679 l’ufficio di direzione dell’ospedale specifica che: “le persone di grande corporatura potranno disporsi sui pagliericci in numero di tre, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola dovranno disporsi al letto in numero di 6 o al minimo 5...”.¹⁴

Stava però sviluppandosi l’uso di utilizzare anche dei posti ad un letto ma la cosa, che riguardava i raccomandati, fu inizialmente contrastata con appositi decreti, poi l’idea fu scaltramente utilizzata prevedendo con apposito decreto del 1790 che l’ammissione in ospedale dava solo il diritto ad un letto comune per quattro persone, o in certi casi per tre o due, ma chi desiderava un letto singolo poteva ottenerlo al prezzo di cinquanta scudi.

Ai dipendenti dell’ospedale era però concessa la possibilità di utilizzare gratuitamente un letto singolo nel caso dovessero avere bisogno delle “cure” dell’ospedale, così come questo privilegio era talvolta offerto anche agli epilettici ed ai minorati mentali.

¹³ Molière, *Il malato immaginario*, trad. di C. Garboli, Giulio Einaudi, Torino, 1976, p. 45.

¹⁴ Delamare J., Delamare T. D., *Le grand réfermement*, Ed. Maloine, Parigi, 1990, p. 38.

Chi non era titolare di questi privilegi subiva un'organizzazione ferrea che prevedeva che "in ogni letto si coricavano quattro persone, ed a riprese, dappoiché metà di esse doveano riposarsi dalle otto di sera sino all'una dopo mezzanotte, e l'altra metà da quest'ora sino alle otto di mattina".

Per i pazienti sifilitici era poi prescritto che "dovevano per ordine espresso dell'amministrazione, prima di entrare nel luogo di asilo ed all'uscirne, subire la frusta".¹⁵

Un letto per più malati cominciava a non piacere e non solo per ragioni di elementare decenza e di rispetto della persona ma perché, come ancora nel 1759 osserverà Cicognini, è "causa di problemi perché se per un verso era l'uno infermo inzuppato del sudore critico morbosso dell'altro compagno, per altro verso era difficile per il medico osservare con esattezza l'analogia del male e il grado in ambedue gli infermi onde evitare inconvenienti nella distribuzione dei medicamenti e del vitto".¹⁶

Il Cicognini allora consiglia di superare l'antico criterio di suddividere i ricoverati nelle due categorie degli affetti da "febbri" (malati di ordine medico) e degli affetti da "ferite" (malati di ordine chirurgico).

"Bisognerebbe" scrive Cicognini, "dividere i ragazzi dagli adulti, i febbricitanti semplici dai febbricitanti acuti, i cronici semplici dai contagiosi, separando nelle donne anche quelle che sono di parto. Per la chirurgia poi opportuno sarebbe dividere gli infermi di semplici malattie da quelli che hanno affezioni complicate assegnando luoghi particolari a quelli che esigono speciali e grandi operazioni".¹⁷

Le esigenze di un ospedale che fosse veramente una struttura organizzata per la cura a cui i malati potevano rivolgersi senza paura era ormai diffusa in tutta Europa.

¹⁵ Bouchardat A., *Nuovo formulario magistrale*, trad. it. di S. Reyes, Palermo, 1857, stampato presso fratelli Pedone Lauriel, p. 45.

¹⁶ Passo tratto da Cicognini G., *Riflessioni sopra il regolamento che riguarda gli infermi dello Spedale Maggiore di Milano*, Milano, 1759, riportato da Verga A., *L'ospedale Maggiore di Milano nel secolo XVIII*, Rechiedei, Milano, 1871, p. 135.

¹⁷ Ivi, p. 133.

La salute non era ancora considerata un diritto della gente e la sua tutela un dovere dei governanti, ma la rivoluzione francese era alle porte e con essa tutte le istanze sociali. In quegli anni prende forma e si sviluppa l'idea di ospedale come oggi l'intendiamo in termini di funzioni, struttura ed organizzazione.

L'occasione che provocò la spinta finale verso un dibattito "rivoluzionario" fu l'ennesimo incendio dell'Hôtel Dieu di Parigi: fatto in sé di relativa importanza considerando gli innumerevoli incendi che colpivano le città del XVIII secolo ma che, come vedremo, assume la forza di "fatto storico" perché i tempi erano ormai maturi per attaccare definitivamente le assurdità dell'istituzione ospedaliera.

Ed allora la discussione si fa a tutto campo: quale è il ruolo dell'ospedale in un progetto più ampio di tutela della salute della collettività, quale è la giusta collocazione nel tessuto urbano, quale funzioni deve svolgere, quale è l'architettura più idonea per quelle funzioni, quale deve essere la sua organizzazione interna? Sono queste le domande chiave a cui viene data per la prima volta una risposta organica ed articolata, frutto di una ragionata analisi che si sviluppa nel clima illuministico e rivoluzionario preottocentesco. Un clima in cui l'analisi dei fatti sociali non ammette mezze misure, un clima in cui il sapere medico si incontra con la medicina applicata, un clima "caldo" per la politica della salute.

Sono gli anni in cui, scrive Foucault "quantitativamente ci fu la moltiplicazione dei medici, la fondazione di nuovi ospedali, l'apertura di dispensari, e con una espressione più generale un aumentato consumo di "cure" riguardante tutte le classi sociali. Da un punto di vista qualitativo è il periodo della formazione più standardizzata dei medici, un legame più stretto tra la loro pratica e gli sviluppi delle conoscenze, c'è una maggior fiducia che viene accordata al loro sapere ed alla efficacia dei loro interventi; c'è dunque un certo allontanarsi dai praticanti tradizionali. Il medico si distacca in maniera più netta dagli altri prestatori di cure ed inizia ad occupare nel corpo sociale un posto più ampio esteso e più valorizzato".¹⁸

¹⁸ Foucault M. e altri, *Les machines à guérir*, P. Mardaga, Bruxelles, 1979, p. 7.

La salute, sosterrà il legislatore dell'anno III repubblicano, è un bene primario dell'uomo ma è anche un diritto dovere del cittadino e pertanto la sua tutela non può essere lasciata al sapere medico di vecchio regime quale quello promosso dalle "Facultés de médecine" ma saranno le "Écoles de santé" a formare i nuovi medici in una prospettiva che allarga gli orizzonti della salute da medico scientifici a politico sociali.

In questo contesto l'ospedale appare fuori ritmo; la sua architettura può anche essere solenne ma è luogo di segregazione di uomini e malattie, "un frammento di spazio chiuso in sé stesso", lontano dai cambiamenti in atto che vorrebbero una società sana e libera in cui la cura dovrebbe essere erogata a domicilio con indubbi vantaggi economici per la società, per il paziente assistito dai suoi cari e lontano dai pericoli dell'ospedale; si propugna in quel clima rivoluzionario la territorializzazione degli interventi, la creazione di dispensari ed ospizi.

Quanto di attuale c'è in questa esigenza e quanto di irrealizzato c'è ancora oggi, almeno nella realtà italiana. Il desiderio o il progetto giacobino di far scomparire l'istituzione ospedaliera rimarrà una utopia (e quanti nell'Italia del 1978, anno domini per l'istituzione del Ssn, non avevano nutrito analoghi sogni?) e con grande realismo anche i più esagitati pensatori riconobbero che valeva molto più la pena impegnarsi nel migliorare l'ospedale piuttosto che a decretarne la fine. E l'ospedale, infatti, nella Francia post rivoluzionaria svolgerà un ruolo essenziale per i progressi della medicina. È in quella sede che, come scrive ancora Foucault "nasce la clinica".

Commenta Cosmacini riferendosi al saggio di Foucault: "... Qui (negli ospedali parigini) l'osservazione dei segni di malattia (semeiotica) nei corpi dei malati, appartenente da sempre all'osservativismo proprio dell'arte medica, acquisisce strumenti che consentono a questa come non mai di procedere a una analisi selettiva di tali segni. *L'observation et analyse* dei medici parigini si avvale della descrizione della casistica (attraverso la cartelle cliniche), della studio tipologico, della rilevazione statistica, della semeiologia plessica e stetoacustica (percussione e auscultazione), della comparazione anatomica (autoptica)".¹⁹

¹⁹Cosmacini G., *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, 1996, p. 116.

La lezione di Bichat, di Laennec va vista e interpretata nella cornice del “sensismo” di quella “ideologia” ispirata all’empirismo anglo scozzese, che faceva dei medici parigini un *troupeau des philosophes* orientati verso un sapere analitico perfezionato al letto del malato: la clinica per l’appunto. Diventava indispensabile per questa nuova medicina uno spazio specifico in cui l’osservazione ed analisi unitamente alla cura si potesse realizzare in modo compiuto. L’ospedale non può essere allora un generico squallido contenitore della più disparata umanità sofferente; deve specializzarsi ed organizzarsi deve diventare una “machine à guérir”, una sorta di congegno finalizzato allo studio, alla classificazione, alla cura delle malattie e all’insegnamento per gli studenti. *L’Encyclopedie* definirà la macchina come qualcosa che serve ad aumentare e regolare le forze in movimento, come una sorta di strumento destinato a produrre movimento risparmiando o tempo nell’esecuzione di questo effetto o la forza necessaria nel generarlo.

Ma ripercorriamo la cronistoria degli eventi tornando a quel 1772; è l’epoca in cui “i lumi della ragione stanno per accendere i fuochi della rivoluzione”... e prima che questi divampassero con tutto ciò che poi ne derivò, un ennesimo incendio distruggeva quasi del tutto l’Hôtel Dieu di Parigi. Molti ne furono contenti: quel caravanserraglio della disgrazia a questo punto finiva per sempre o andava ricostruito e prima ancora ripensato nelle sue funzioni. Il dibattito sull’assistenza pubblica e su quella ospedaliera era da tempo all’attenzione del Re. Il 17 agosto 1777 un apposito decreto sollecitava tutti coloro che si ritenessero portatori di idee nuove ed interessanti a sottoporle al parere di una commissione di esperti; oltre centocinquanta progetti furono presentati ma nessuno fu reso pubblico e le conclusioni furono quelle che l’Hôtel Dieu rimanesse dove stava ampliandone le dimensioni.

Nel 1784, però, il nuovo Segretario di Stato, Breteuil, si rivolse alla Accademia delle Scienze invitandola a costituire un gruppo di esperti per riesaminare la questione Hôtel Dieu. I lavori di quella commissione avranno un inequivocabile valore storico per la competenza ed autorevolezza delle personalità coinvolte, per il metodo adottato, per le analisi condotte e le conclusioni a cui si giunse, si può affermare che la Accademia

delle Scienze di Parigi fu la levatrice dell'ospedale moderno.

Lasson, Daubenton, Tenon, Bailly, Lavoisier, La Place, Coulomb, D'Arcet e Condorcet erano gli eminenti scienziati (chimici, fisici, medici, matematici) a cui toccò il compito di riflettere a tutto campo sulla sanità parigina.

Tenon, chirurgo alla Salpetriere, che coordinava i lavori e ne stese i verbali si pose subito la domanda su quale metodo adottare, quali criteri seguire, considerando, come lui stesso scrive "che gli ospedali sono degli strumenti o se si preferisce delle macchine per trattare i malati in gran numero ed in economia. Mai l'arte della cura si era interessata della loro forma e distribuzione. Se mai da qualche parte uomini abili e attenti si erano preoccupati di questa specie di case, le regole della loro distribuzione non erano ancora state né definite, né codificate, né diffuse ...". "Io credo", continua Tenon "di dover far presiedere alle mie osservazioni le conoscenze anatomiche e patologiche. Si tratta dell'uomo, e dell'uomo malato: la sua stessa malattia regola la lunghezza del letto, la larghezza delle sale; il suo passo meno disteso meno libero di quello dell'uomo sano, dà l'altezza degli scalini, come la lunghezza delle barelle, sulle quali viene trasportato, determina la larghezza delle scale degli ospedali.

D'altra parte, consumando più o meno aria in un determinato tempo, a seconda che le sue malattie lo obblighino a delle ispirazioni più o meno frequenti e più o meno ampie, sono richieste delle sale di differenti dimensioni; aggiungete poi, che i suoi occhi, sensibili alle impressioni della luce durante le infiammazioni della dura madre e le violente oftalmie, esigono delle attenzioni, relativamente sia alla posizione dei letti che alla dislocazione delle crociate".²⁰

L'umiltà dell'approccio è pari alla forza del metodo orientato alla "valorizzazione" della condizione "salute", alla quantificazione dei bisogni sanitari, al ruolo della popolazione come luogo e oggetto dell'interesse della medicina. Un metodo che si sviluppa attraverso due momenti preliminari: l'analisi, con lo strumento dell'inchiesta e le visite di ospedali all'estero per una sorta di *benchmarking ante litteram*.

²⁰Tenon, *Memoires sur les hôpitaux*, Paris, 1778.

L'inchiesta si avvale di un questionario inviato ai vari ospedali per consentire di rilevare tutta una serie di dati strutturali e statistici: superficie generale, cubatura, *lay-out* distributivo, numero dei letti, superficie e cubatura delle stanze, funzioni delle stesse, casistiche delle patologie ricoverate, indici di mortalità, costo delle cure erogate, numero degli addetti, tipo di organizzazione in atto, sistemi anti incendio, modalità di selezione del personale...²¹

Ma il questionario non basta, ad esso si aggiungono le ispezioni. E qui scoppia il conflitto: gli amministratori dell'Hôtel Dieu non solo non forniscono alcun dato ma rifiutano l'accesso ai membri della commissione ed allora toccherà a Tenon recuperare i suoi antichi studi sull'ospedale dove aveva lavorato in precedenza richiamando alla memoria le sue dirette esperienze. Il quadro che ne venne fuori fu semplicemente sconcertante: poca o nulla ventilazione, area mefitica, sale sovraffollate all'inverosimile, tre quattro pazienti in media per letto, in una totale drammatica confusione di patologie e di organizzazione. Le conclusioni della Commissione a questo punto erano scontate ma esse andarono al di là della semplice proposta per la ricostruzione dell'Hôtel Dieu. Quest'ultimo andava chiuso ed al suo posto si sarebbero realizzati quattro nuovi ospedali ma la grande novità stava proprio nella formulazione, in maniera chiara e motivata, dei criteri progettuali sui cui basare la nuova edilizia ospedaliera; criteri che rispecchiavano la serietà e professionalità dei componenti la commissione. Ne derivò così un progetto ideale, in cui ogni scelta che riguardava cubature, superfici, percorsi, servizi, venne analiticamente giustificata alla luce delle esigenze igieniche e funzionali.

In sintesi:

- limitazione dei posti letto per ogni complesso ospedaliero ad un massimo di 1200-1500;
- scelta edilizia del sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani;

²¹ *Demande relative aux hôpitaux avec la réponse donnée par l'hôpital de Bordeaux*, Papiers de Tenon, Bibliothèque Nationale, Département des manuscrits, nouvelles acquisitions, 22.742.

- reparti distinti per uomini e donne garantendo ad ogni malato il proprio letto;
- disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza;
- presenza in ogni infermeria di autonomi servizi (latrine, lavatoi, cucinette, locali per le suore e le infermerie);
- finestre delle infermerie estese fino al soffitto;
- scale aperte e ventilate dall'esterno.

Ad onor del vero va ricordato che la proposta dei padiglioni avanzata dalla Commissione dell'Accademia delle Scienze non era originale. Già nel 1754, a Londra, era stato costruito proprio con quei criteri l'Ospedale di Stonehouse. L'ispiratore di questa novità era stato l'inglese John Howard che per primo aveva ipotizzato un ospedale costituito da edifici tra loro separati; le esperienze inglesi rimasero però episodi isolati, mentre ben più ampia risonanza ebbero le conclusioni dell'Accademia di Parigi grazie al crisma di ufficialità scientifica che le caratterizzava. L'Europa intera, tranne qualche eccezione, recepì le novità parigine e la tendenza generale fu quella di costruire nuovi ospedali, ispirati ai moderni criteri, piuttosto che ristrutturare quelli esistenti.

Un altro aspetto non trascurabile che attiene soprattutto all'organizzazione assistenziale deve essere ricordato. La commissione Tenon volle infatti indagare su come medici e personale di assistenza garantissero una sorveglianza continua del malato. In effetti dal 1760 in avanti vi era stata una fioritura di regolamenti ospedalieri che prevedevano, all'interno di una gerarchia estremamente articolata, una disciplina inflessibile.

Tale approccio discendeva dal riferimento al modello militare che prevedeva una precisa responsabilità dei superiori sui subordinati come osservava già nel 1776 Coqueau: "L'amministrazione interna di un ospedale si articola naturalmente in più dipartimenti principali. Questi a loro volta si suddividono in dipartimenti secondari; questi ultimi in altri ancora più piccoli e così di seguito sino alle unità semplici. Questa suddivisione offerta dalla stessa natura delle cose si presta per sé stessa all'idea di una gerarchia propria da realizzare tutta insieme, con la ripartizione più precisa dei compiti e

con graduati livelli di subordinazione”.²²

In questo inquadramento disciplinare i medici erano obbligati ad una presenza regolare ed assidua; dal regolamento generale dei medici operanti presso l'Hôtel Dieu datato 18 novembre 1771 all'articolo 2 si legge che toccherà alla direzione dell'ospedale scegliere tra i medici “..uno che dovrà essere residente all'interno dell'Hôtel Dieu, dedicandosi completamente, e che oltre alla sua attività normale dovrà assistere i malati sia di giorno che di notte, negli intervalli in cui mancano gli altri medici”.²³

In questo contesto si inseriscono inoltre le infermiere e le infermiere maggiori obbligate a seguire fedelmente le indicazioni dei medici.

4. Ottocento e Novecento

L'ottocento avanzava e con esso il progresso delle conoscenze mediche a cui l'ospedale partecipava a pieno. E tra queste conoscenze quelle legate alle scoperte di Pasteur e di Koch permisero di affrontare finalmente il drammatico problema delle febbri nosocomiali. L'igiene e tecnica ospedaliera che nei lavori della commissione Tenon trovava le sue originali radici avrebbe avuto nuovi impulsi dai successi della microbiologia e dell'igiene. Superata la mitologia dei miasmi e delle influenze cosmico telluriche si introdurrà con Lister l'antisepsi e poi le tecniche di disinfezione, di sterilizzazione; dei materiali di costruzione si studieranno la diversa porosità e resistenza al passaggio dell'aria, nei materiali di rivestimento si ricercheranno le qualità della resistenza e della facile lavabilità, dall'orientamento degli edifici e dalle scelte distributive si vorrà il massimo soleggiamento e ventilazione.

Il dibattito sull'ingegneria ospedaliera diventava quanto mai attuale ed i medici igienisti si proponevano, a ragione, come

²² Coqueau, C. P., *Essai sur l'établissement des hôpitaux dans les grandes villes*, 1787, p. 5.

²³ Ripreso da Foucault M. e altri, *Les machines à guérir*, P. Mardaga editeur, Bruxelles, 1979, p. 33.

gli esperti della materia. Giuseppe Sormani, ordinario di Igiene a Pavia ed autore nel 1888 di una interessantissima “Geografia nosologica dell’Italia” codificò i seguenti criteri progettuali per l’edificio ospedaliero:

- capienza non superiore a 400 letti;
- padiglioni isolati ad un piano con al massimo 40 letti;
- sviluppo esclusivamente orizzontale degli edifici;
- 100 mc e 15 mq per posto letto;
- camerate ben aerate ed illuminate ed aperte su grandi giardini;
- separazione degli ospedali per malati infettivi.

I criteri fissati dal Sormani non furono però sempre rispettati; il più delle volte, come scrive il Ronzani “si suddivisero le grandi crociate, si abbattono muri, si fabbricarono edifici a ridosso di quelli esistenti, si rinchiusero chiostri, loggiati e terrazze, per dare alle infermerie locali di servizio e di disbrigo indispensabili, peggiorando, così, le condizioni di areazione ed illuminazione delle infermerie di crociera di mastodontici edifici; per cui i cosiddetti miglioramenti non risultarono mai rispondenti alle esigenze ed ai bisogni dei tempi”.²⁴

Le nuove acquisizioni scientifiche fecero, però, giustizia dei molti errori commessi e le successive scelte progettuali ne risultarono fortemente condizionate. L’assistenza al malato iniziava, inoltre, a giovare di nuovi strumenti e macchine che la nascente tecnologia metteva a disposizione della scienza medica. Una scienza medica che sia sul versante dello sviluppo delle conoscenze che su quello della sperimentazione e della pratica applicazione nonché dell’insegnamento clinico aveva assoluto bisogno dell’ospedale.

Già nel 1824 Leone XII con la bolla “Quod divina sapientia omnes docet” stabiliva che gli ospedali romani dovevano mettere a disposizione i malati per le necessità dell’insegnamento; che la titolarità delle Cattedre si acquisiva solo per concorso; che il latino era la lingua ufficiale di insegnamento; che la durata del corso di laurea era di cinque anni. Con la stessa bolla vennero definite le materie di insegnamento e si

²⁴Ronzani E., *Trattato di igiene e tecnica ospedaliera*, Garzanti, Milano, 1942, p. 22.

stabili che per ottenere le “matricola” e quindi potere esercitare era indispensabile una frequenza di due anni presso la Clinica sostenendo un esame finale di fronte al Collegio dei Medici.

Nel frattempo stava per attuarsi il passaggio dalla medicina di osservazione clinica a quella sperimentale. Le scienze di base (chimica, fisica, matematica, biologia) animavano i nuovi metodi di indagine; Claude Bernard sosterrà i limiti della anatomia clinica e l'assoluto bisogno di superare la semplice osservazione della malattia, che può essere illusoria, per lanciarsi nell'interpretazione fisiologica. Il laboratorio è la sede dove la nuova medicina, da lui definita sperimentale, sottoporrà le sue ipotesi al controllo ed alla valutazione esterna. Il metodo sperimentale rappresenterà così nella visione di Bernard la sintesi di un sapere che integra teoria e pratica.

E la pratica medica, giorno dopo giorno, andrà beneficiando delle applicazioni tecnologiche delle stesse scienze di base: sul versante della diagnostica la chimica e la fisica faranno sviluppare i laboratori di analisi e di radiologia, sul versante terapeutico sarà ancora la chimica a fare da padrona con la nascente industria farmaceutica. Negli ospedali veri e propri laboratori di analisi prenderanno il posto dei modesti ed improvvisati antichi “gabinetti”; la Chirurgia, grazie all'avvento dell'anestesia, amplierà i suoi campi di intervento e specifici locali verranno assegnati per le Sale operatorie; la Radiologia, subito dopo l'introduzione del crioscopio, si porrà prepotentemente alla ribalta e l'ospedale dovrà iniziare a fare i conti con un primo nascente consumismo tecnologico ed a dover soddisfare una fame di spazi sempre più acuta. In parallelo sorge l'esigenza di una organizzazione interna che disciplini la vita dell'ospedale a cominciare dalla selezione del personale medico ed infermieristico, che deve rispettare le regole che l'ospedale si dà. Ed ogni ospedale stabilisce le proprie; nella Italia unificata non sarà facile dettare norme comuni perché il passaggio da un sistema di “opere pie”, legato alla beneficenza laica o religiosa, ad un assetto di “pubblica assistenza” dovrà contrarsi con diritti acquisiti di non facile superamento.

Umberto Baccarani, primario medico dell'ospedale di Ancona, così scriveva nel lontano 1609: “Tutti coloro che hanno familiarità col funzionamento dei nosocomi italiani sono d'ac-

cordo nel ritenere che l'assistenza degli ammalati, come oggi viene praticata nella grandissima maggioranza degli istituti ospitalieri, non corrisponda punto allo scopo, dimostrandosi antiquata, incompleta e non priva di pericoli. Nei nostri piccoli ospedali, bisogna dirlo chiaramente, i poveri malati vengono assistiti in modo insufficiente. L'ospedale risveglia in mezzo al popolo l'idea triste di mancanza di cure premurose e il nessun interessamento per parte del personale di servizio... e se la maggior parte degli infermi che lasciano l'ospedale non portano nelle case un buon ricordo degli istituti nei quali hanno pure ottenuto la guarigione, lo si deve attribuire soprattutto alla cattiva assistenza avuta durante la degenza".²⁵

Ed in effetti il mondo dell'assistenza infermieristica, che da sempre costituisce il biglietto da visita dell'ospedale, era in quegli anni il più variegato possibile. Una indagine del ministero dell'interno del 1902 ci dice che su 1241 ospedali solo 429 avevano personale infermieristico laico, 696 l'avevano misto ed infine 122 interamente religioso.²⁶

Infermieri pochi e con nulla o scarsa formazione, personale medico succube delle amministrazioni, ospedali in totale anarchia organizzativa.

Toccherà all'illustre igienista Petraghani predisporre le norme che nel 1938 e nel 1939 disciplineranno prima l'organizzazione interna degli ospedali e poi detteranno le "istruzioni" per la loro costruzione. Ma anche nel resto del mondo non è che le cose andassero poi tanto meglio. L'America di quegli anni era "la palude della medicina", i livelli di formazione pessimi; "quei pochi studenti", scrive S.B. Nuland, "che si potevano permettere una preparazione più avanzata partivano per l'Europa. La maggior parte degli aspiranti dottori, cui mancava l'esperienza europea, non aveva familiarità neanche con i rudimenti della medicina scientifica. Le sole eccezioni erano rappresentate da coloro che riuscivano a raccogliercela di seconda mano da colleghi o da riviste specializzate".²⁷

²⁵ Baccarani U., *Infermieri ed infermieri*. Società Tipografica modenese, Modena, 1909, p. III-IV.

²⁶ Fiumi A., *Infermieri e ospedale*, ed. Nettuno, Verona, 1994, p. 24.

²⁷ Nuland S. B., *I figli di Ippocrate*, Mondadori, Milano, 1992, p. 368.

Le scuole di medicina nascevano nei modi più disparati senza alcuna regola e controllo. “Gli studenti” osserva Paul Starr “si presentavano a quelle scuole senza alcuna minima preparazione di base; anche nelle migliori università, i giovani senza alcun diploma potevano accedere ai corsi; gli studenti seguivano le lezioni a loro piacimento; non c’era alcuna progressione formativa nei corsi allora biennali”,²⁸

E gli esami erano superati facilmente ci dice ancora Starr perché la scuole ricercavano studenti e questi andavano dove c’erano meno ostacoli. La formazione clinica era quanto mai aleatoria in quanto queste stesse scuole stabilivano delle convenzioni con gli ospedali la cui organizzazione era analoga e incontrollata. Ma anche in America venne l’era del cambiamento e l’esempio, anche in questo caso paradigmatico e rivoluzionario, è l’esperienza della istituzione della Johns Hopkins University.

Nel 1874, il mercante e banchiere di Baltimora Johns Hopkins lascia in eredità la somma di sette milioni di dollari da utilizzare per l’istituzione di una università e di un ospedale. Hopkins vuole che la scuola di medicina non solo sia parte dell’università, ma strettamente collegata a un ottimo ospedale in maniera da concorrere con questi a un unico, triplice fine: la cura, l’insegnamento e la ricerca.

Nuland con il suo solito stile efficace così ci racconta quelle tappe iniziali: “Nell’estate del 1874, si diede avvio alla grande opera; furono inviati a Baltimora tre rettori di università, Angell del Michigan, Eliot di Harvard e White di Cornell, perché mettessero a disposizione le loro conoscenze e la loro esperienza. Quando, terminato il loro compito, essi tornarono alla propria sede, ricevettero una lettera in cui veniva loro richiesto di indicare chi, a loro parere, fosse in grado di dirigere quella scuola che stava muovendo i primi passi. Senza consultarsi, ognuno fece il nome di Daniel Coit Gilman, rettore quarantenne dell’Università di California ed ex segretario del consiglio di amministrazione della Sheffield Scientific School di Yale. Molto è stato scritto circa lo straordinario contributo

²⁸Starr P., *The social transformation of american medicine*, Basic books Harper Collins, Usa, 1982, p. 113.

che Gilman diede alla Johns Hopkins e alla cultura medica in America, ma per quanto ci riguarda basti una sola frase: egli dimostrò di essere l'uomo giusto, al posto giusto, al momento giusto".²⁹

E di uomini giusti e di alto profilo la Johns Hopkins se ne dotò subito: Franklin P. Mall per anatomia, John Jacob Abel per farmacologia, William Howell per fisiologia, Ira Remsen per chimica, William Welch per patologia, Howard Kelly per ginecologia e William Osler per medicina.

Questa "contagiosa compagnia dell'eccellenza" segnò gli inizi trionfali non solo di una delle più esclusive scuole di medicina e del suo famoso ospedale, ma gettò le basi per tutti i futuri successi della medicina americana. Alla Johns Hopkins la selezione era dura: potevano accedere solo studenti già laureati in chimica, fisica o biologia che, inoltre, dovevano dimostrare di possedere una buona conoscenza del francese e del tedesco. Parigi e Vienna erano infatti le tappe obbligate per gli stages di perfezionamento che si ritenevano fondamentali nella formazione del medico.

Ma quella che viene considerata la vera chiave del successo e che offriva un netto vantaggio sulla scuola francese e austriaca, Nuland la interpreta così: "un ambiente completamente nuovo, dove agli insegnanti era data non solo la più completa libertà di innovare, ma anche un enorme spazio, dove poterlo fare. Quindi fu per queste validissime ragioni che la scuola e l'ospedale sarebbero in seguito diventati il modello da seguire, e anche il parametro a cui rapportarsi per la trasformazione della preparazione alla professione medica in America".³⁰

Il tema dei rapporti tra ospedale e Facoltà di Medicina diventerà da quel momento in avanti argomento di costante dibattito. Già negli ospedali parigini dell'ottocento la unitaria triade didattica-ricerca-assistenza si era realizzata. È evidente infatti che una Scuola di Medicina per adempiere ai suoi compiti di didattica e di ricerca deve avere assicurato il supporto di una adeguata casistica clinica. Per raggiungere tale scopo o l'università si precostituisce l'autosufficienza mediante pro-

²⁹ Nuland S. B., *I figli di Ippocrate*, Mondadori, Milano, 1992, p. 380.

³⁰ Ivi, p. 383-384.

prie strutture assistenziali o si appoggia ad ospedali con apposite convenzioni. I rapporti tra le due organizzazioni non sono sempre stati lineari, anzi talvolta conflittuali allorquando le esigenze del mondo accademico non coincidevano con quelle dell'assistenza ospedaliera. Questa situazione ha assunto nei diversi Paesi configurazioni diverse; nella realtà italiana in particolare, dove sono davvero poche le Università che possiedono e gestiscono in maniera diretta i propri Policlinici, conflitti professionali e contrapposte esigenze organizzative hanno spesso tormentato il rapporto. Non può peraltro, non essere rilevata la discrasia esistente tra i tradizionali ritmi dell'Accademia, spesso lenti e farraginosi, e le turbolenze di una sanità in costante cambiamento e a cui l'ospedale deve, per sopravvivere, adeguarsi. Torniamo all'America focalizzando un istante l'attenzione su un altro processo che oggi è di piena attualità: il controllo della qualità della struttura e della organizzazione ospedaliera attraverso il meccanismo dell'accreditamento. Tocca al medico, come scrive Guzzanti, sollecitare l'iniziativa "Non più in modo individuale come Ippocrate, ma in forma associata, come l'*American College of Surgeons* che, nel 1919, dettava "the minum standards" cioè le cinque regole essenziali da seguire per dare un fondamento di qualità alle attività ospedaliere. Queste regole vengono di seguito riportate nel testo originale per non tradire lo spirito che sta dietro questa importante iniziativa:

1. *That physicians and surgeons privileged to practice in the hospital be organised as a definite group or staff. Such organisation has nothing to do with the question as to whether the hospital is "open" or "closed", nor need it affect the various existing types of staff organisation. The word "Staff" is here defined as the group of doctors who practice in the hospital inclusive of all groups such as the "regular staff", "the visiting staff", and "the associate staff".*

2. *That membership upon the staff be restricted to physicians and surgeons who are*

- a) *full graduated of medicine in good standing and legally licensed to practice in their respective states or provinces,*
- b) *competent in their respective fields, and*
- c) *worthy in character and in matters of professional ethics;*

that in this latter connection the practice of the division of fees, under any guise whatever be prohibited.

3. That the staff initiate and, with the approval of governing board of the hospital, adopt rules, regulations, and policies governing the professional work of the hospital; that these rules, regulations and policies specifically provide: a) that staff meeting be held at least once each month (in large hospitals the departments of the hospital, such as medicine, surgery, obstetrics, and the other specialities: the clinical records of patients, free and pay, to be basis for such review and analyses).

4. That accurate and complete records be written for all patients and filed in an accessible manner in the hospital – a complete case report being one which includes identification data, complaint, personal and family history, history of present illness, physical examination, special examinations – such as consultations, clinical laboratory, X-ray and other examinations – provisional or working diagnosis, medical or surgical treatment, gross and microscopical pathological findings, progress notes, final diagnosis, condition on discharge, follow up and, in case of death, autopsy findings.

5. That diagnostic and therapeutic facilities under competent supervision be available for the study, diagnosis and treatment of patients, these to include, at least a clinical laboratory providing radiographic and fluoroscopic services”³¹

I principi cardine dell'organizzazione ospedaliera americana trovano così in questo documento il loro decalogo fondatore; successivamente nel 1952, sempre per iniziativa dell'*American College of Surgeons* venne istituita la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, divenuta poi nel 1988 la *Joint Commission on Healthcare Organization* con il compito di occuparsi non solo di ospedali, ma dell'intero complesso delle strutture sanitarie.

Sulla base dell'esperienza della *Joint Commission* si innescerà tutta una serie di iniziative che vedranno negli anni ottanta-novanta Canada, Australia, Inghilterra sperimentare

³¹ Guzzanti E., “La qualità dei Servizi Sanitari”, Atti del convegno *Economia e Direzione delle Aziende Sanitarie. Luci, ombre, prospettive, a cinque anni dalle riforme*, Roma, 1998.

altri sistemi di accreditamento. In Europa sarà prevalentemente la certificazione secondo le Iso 9000 la strada preferita nell'ottica non tanto di verificare il rispetto di predeterminati *standard* ma soprattutto la correttezza dei processi.

I grandi successi a cui la medicina americana si stava preparando si inscrivevano però in un contesto di liberismo economico che non teneva nella giusta considerazione la tutela della "fragilità". Approccio diverso, invece, era quello europeo: le istanze sociali erano costantemente presenti nel dibattito politico e nella coscienza della gente: la salute non veniva, infatti, considerata come un fatto privato, ma come un diritto che lo Stato doveva garantire. È di quegli anni lo sviluppo in tutta Europa dell'associazionismo mutualistico, inizialmente su base esclusivamente volontaristica, poi in forma obbligatoria andando così a creare i presupposti per un futuro più organico sistema di protezione sociale.

L'ospedale in questo contesto, aldilà, delle peculiarità italiane per quanto riguarda il suo assetto giuridico istituzionale, rappresenta oramai in tutto il mondo la sede dove stanno per concentrarsi il più avanzato sapere, la più ricca tecnologia, le professioni sanitarie più ricercate. Medicina allora più efficiente che significa anche nuove funzioni e più complessa organizzazione e quindi anche rinnovata architettura. Abbandonati intorno agli anni cinquanta i "padiglioni" la soluzione progettuale che prese piede fu quella del cosiddetto "monoblocco". L'idea base consisteva nell'accorpate in una torre la zona delle degenze distribuendo invece su una piastra i servizi diagnostici. Gli Stati Uniti e la Francia furono i paesi che agli inizi del '900 adottarono maggiormente tale sistema. L'ospedale di Lilla, il Cornell Medical Center di New York, l'ospedale di Philadelphia costituirono i primi esempi del nuovo modo di edificare ospedali. In Italia è da precisare che la tendenza fu alquanto diversa: si preferì, infatti, il monoblocco solo per gli ospedali di piccole e medie dimensioni ricorrendo, invece, alla cosiddetta tipologia "mista" (più blocchi tra loro collegati) per gli stabilimenti di grandi dimensioni.

Questa impostazione discendeva sia dalla maggiore facilità con cui si potevano reperire in Italia ampie aree edificabili, sia perché una precisa scelta politica dell'epoca obbligava,

per ragioni autarchiche a preferire le costruzioni in muratura a quelle in cemento armato o, peggio, con scheletri metallici. Limitato era inoltre lo sviluppo in altezza degli edifici che, per norma di legge (le istruzioni del '39), non poteva superare i sette piani fuori terra.

A parte comunque queste peculiarità nazionali la tendenza generale fu quella di adottare l'idea base del monoblocco apportando poi tutte quelle modifiche e varianti che la fantasia creatrice del progettista poteva suggerire. Una fantasia creatrice che fu anche stimolata e favorita dalla disponibilità di nuovi materiali di costruzione e dall'avvento di avanzate tecniche edilizie. Accanto però a idee progettuali estremamente interessanti sia per gli aspetti strettamente strutturali ed impiantistici che per la distribuzione delle zone funzionali non mancarono proposte che tradivano una eccessiva libertà artistica.

La progettazione di un ospedale, vale la pena ribadirlo, è opera quanto mai complessa. Non si tratta, infatti, soltanto di soddisfare la esigenze funzionali spesso contrapposte, non bisogna solamente rispettare certi ineludibili vincoli, da quelli legati all'area disponibile a quelli di ordine igienistico, ma l'impegno deve essere orientato alla realizzazione di una struttura le cui soluzioni architettoniche ed impiantistiche siano improntate alla più grande flessibilità d'uso e, allo stesso tempo, alla massima economicità di costruzione e di gestione.

Un impegno non facile ed oggi la progettazione è infatti considerata come l'espressione finale di uno studio multidisciplinare, lo studio di fattibilità, che si pone come antecedente logico e cronologico alla stessa progettazione. Epidemiologi, economisti, medici esperti di organizzazione, igienisti, informatici, tecnologi, architetti, ingegneri, geologi, urbanisti, tutti concorrono alla identificazione delle possibili soluzioni. L'ospedale è ormai una vera e propria "fabbrica della salute", un formidabile catalizzatore di risorse finanziarie, tecniche, umane. Catalizzatore di risorse ma anche grande consumatore delle stesse ed allora come garantire il meglio delle cure a costi accettabili? Come soddisfare il paziente? Come porsi tra le ragioni dell'etica e quelle della economia? Come organizzare l'assistenza ospedaliera?

Accennavamo prima al ruolo svolto, nel contesto italiano,

da Petragrani nel 1938 un primo organico *corpus iuris* all'organizzazione ospedaliera. Con quelle norme si procedette alla classificazione degli ospedali basandosi sul criterio della loro ricchezza specialistica e della loro conseguente complessità assistenziale. Furono così fissate le regole interne organizzative dell'ospedale, definendo da una parte la composizione delle unità assistenziali che lo costituivano e dall'altra una piramide gerarchica che individuava nel Primario e nella Caposala i responsabili rispettivamente dell'*équipe* medica e di quella infermieristica.

Questo tipo di assetto, pur nella rilettura che fu fatta da una altra norma, anch'essa esemplare per chiarezza, la legge "Mariotti" di riforma ospedaliera del 1968 che introdusse il concetto di rete regionale, sta di fatto sopravvivendo sino ai giorni nostri. E ciò nonostante la legge istitutiva del Ssn, la 833 del dicembre del '78, abbia provato a sconvolgerne non solo lo stato giuridico ma anche quello organizzativo interno.

A proposito di organizzazione interna vale la pena spendere qualche parola su un tema talmente dibattuto da far nascere il timore di annoiare se non addirittura irritare il lettore: il *dipartimento*.

L'organizzazione interna dell'ospedale ha seguito l'andamento del sapere medico sempre più specialistico; questa frammentazione del sapere ha determinato inevitabilmente una analoga frammentazione organizzativa con la nascita di unità operative che, inizialmente sorte come semplici gemmazioni di settori specialistici storici, si sono progressivamente, e non sempre giustificatamente, ipertrofizzate e rese autonome. Da ciò ne è conseguito duplicazioni di strutture, tecnologia e personale con moltiplicazione dei costi. Nel corso di queste ultime decadi ci si è resi conto dell'irrazionalità, anche clinica oltre che organizzativa, di tale assetto ed allora ecco il costante richiamo all'integrazione interna delle competenze e delle risorse ma con scarsi risultati. Una cosa è certa: se non la si impone con la forza, l'organizzazione dipartimentale non potrà decollare in tempi brevi perché le resistenze umane sono fortissime. È bene infatti tenere presente che su quegli assetti di autonomia, generazioni di medici, con i loro vissuti e le loro prospettive, hanno costruito la loro carriera coltivando

non sempre illegittimi interessi e comunque sempre garantendo chiarezza gerarchica e responsabilità di governo.

Ma i tempi oggi sono cambiati e ben venga il dipartimento, ma guai ad illudersi che esso sia una panacea a tutti i mali dell'assistenza ospedaliera. La patologia è più complessa e certamente multifattoriale; ha le sue cause in una medicina che tende al consumismo e che nel tempio della tecnologia trova la sua esaltazione ed in qualche suo sacerdote che, in buona o mala fede, nel tempio ama farsi mercante...

Ecco perché la scelta dipartimentale non va mitizzata; non è un *totem* da adorare né tantomeno un *tabou* da temere, è semplicemente uno strumento organizzativo che va calibrato per le singole realtà alla luce delle specifiche peculiarità strutturali ed umane che caratterizzano ciascun ospedale. Detto questo, il mio personale convincimento è che nelle grandi strutture non ci sia oggi alternativa a tale modello; c'è un assoluto bisogno di "semplificazione" delle complessità in tutti gli aspetti che il termine comprende: di strutture, di tecnologia, di personale, di rapporti. Se ben applicato e governato può rappresentare la comune piattaforma su cui il sempre più bisogno di olismo nella pratica clinica si realizzi nella parallela agognata integrazione delle risorse che di quella pratica clinica sono il sostegno.

5. Oggi, alle soglie del Terzo Millennio

Siamo nell'era *high-tech*, della *new age*, del post moderno, delle biotecnologie e chi sa di cosa altro diranno i futuri storici; la medicina, pienamente partecipe del mondo della scienza, vive con una certa sofferenza le sfide che l'attendono cariche di dubbi etici e di interrogativi morali. Clonazione, organi transgenici, xenotrapianti sono questioni che vanno al di là dei semplici confini della cura. Ma siamo anche nell'epoca della insufficienza delle risorse rispetto ai bisogni: scarse le prime, incontrollabili i secondi nella logica di un consumismo medico sfrenato che se non dà maggiore salute certamente alimenta la ricchezza di chi intorno alla medicina ha costruito, anche legittimamente, il suo *business*.

Ed in questa spirale apparentemente senza uscita l'ospedale è il grande divoratore di risorse: non meno del 50-60% della intera spesa sanitaria. Non c'è Paese al mondo che non stia, da anni ormai, immaginando e sperimentando per l'assistenza ospedaliera ogni possibile soluzione da quelle di alta strategia economico-finanziaria, come fusioni, acquisizioni, creazioni di reti integrate a quelle altrettanto strategiche del *Business Process Reengineering*. È una sorta di lotta per la sopravvivenza. “Gli ospedali americani”, scriveva nel 1995 l'*American Best Hospital* “stanno affrontando una lotta darwiniana per sopravvivere. Si stanno fondendo, consolidando, formando alleanze, diversificando; stanno facendo qualunque cosa per evitare l'estinzione. Il fior fiore dei 1631 ospedali della nazione, rispettati in tutto il mondo per il grado di avanguardia di assistenza altamente tecnologica che porta, reali, sceicchi e *star* del cinema alle loro porte, devono far fronte alla sventura di letti vuoti, di cali di produzione e *deficit* di bilancio”.³²

E i venti di tempesta che spirano oltre oceano arriveranno inevitabilmente anche qui, per ora abbiamo avuto solo l'effetto dirompente dei Drg che nel bene e nel male hanno comunque generato l'esigenza di porsi la domanda di quanto costano le prestazioni ed inevitabilmente stanno spingendo anche verso la ricerca di appropriatezza delle cure. Purtroppo tale ricerca non nasce spontaneamente da una diffusa riflessione critica interna alla medicina che vuole, sulla base dell'*evidence*, eliminare dalle sue pratiche, follie ed inganni quanto piuttosto essa è spinta dal bisogno, sollecitato dal *management* dell'ospedale, di eliminare sprechi ed irrazionalità, e quindi costi superflui, nei percorsi di cura. Ed è in questo scenario che si esaltano le conflittualità interne e si scatenano le passioni di parte. I medici in particolare, la cui sovranità nelle decisioni, inizia ad essere scalfita reagiscono di fronte ai *report* che evidenziano *budget* non rispettati e costi in espansione: gli “aventini”, ma sono ormai pochi, assumono atteggiamenti di distacco, “io debbo solo pensare alla cura”, gli “efficientisti” *tout court* cadono nel peccato opposto e sinceramente diventa difficile

³² *American's Best Hospitals*, 1995, New York, 1996, p. XI.

valutare chi tra loro è il peggiore per una buona organizzazione ed una altrettanto buona cura. Il fatto è che l'ospedale, come ci dicono i metodologi della organizzazione, è una struttura complessa a legame debole: le decisioni strategiche che competono al *top management* e che nei contesti di sanità pubblica debbono essere in linea con le politiche nazionali o regionali debbono passare attraverso il filtro forte, stratificato nei secoli, di una professione sovrana. La titolarità e la responsabilità personale, a valenza anche medico legale, dell'atto clinico ha costantemente rafforzato l'autonomia decisionale ed anche, entro ampi limiti, quella organizzativa; i particolarismi, anche pienamente legittimi, di cui ognuno è portatore hanno provocato assetti frammentati la cui ricomposizione, indispensabile all'impiego ottimale delle risorse, è fortemente osteggiata.

Il medico ha realizzato che i suoi margini di libertà stanno per essere rivisitati. "The end of clinical freedom" era il titolo di un articolo del *British Medical Journal* addirittura dell'11 ottobre 1983. Con preveggenza J.R. Hampton scriveva: "La libertà clinica è morta e nessuno ne sta rimpiangendo la fine. La libertà clinica era il diritto dei medici – da alcuni considerato divino – di fare qualsiasi cosa ritenessero, a loro esclusivo giudizio, il meglio per i loro pazienti. Nei giorni in cui la diagnostica era di fatto inesistente e gli interventi terapeutici poveri ed inefficaci, il giudizio del medico era tutto ciò di cui si disponeva, ma adesso quel giudizio non basta. Se non abbiamo sufficienti risorse per fare tutto ciò che tecnicamente è possibile allora la cura deve limitarsi a ciò che è dimostrato essere realmente efficace e la personale valutazione dovrà essere messa da parte".³³

Al capezzale del malato le decisioni sono allora frutto di articolate valutazioni, anche economiche, a cui il medico non può più sottrarsi. David J. Rothman nel suo libro "Strangers at bedside" inquadrava perfettamente i termini della questione quasi dieci anni fa. Ed i termini del tema non erano solo economici ma anche etici a fronte del diritto che il paziente reclama di essere lui a decidere le opzioni cliniche. Un medico che certo suscita ancora rispetto ma non adorazione. Osserva con

³³ Hampton J. R., *Bmj*, 1983, vol. 287, n. 6401, p. 1237.

malizia Rothman: “negli anni '50 le guide mediche popolari davano indicazioni su “cosa fare” in attesa che venga il medico; un aggiornamento di queste guide direbbe cosa fare dopo che è venuto il medico”.³⁴

Nella nostra Italia, poi, le vicende legate al caso Di Bella hanno testimoniato di questa disaffezione, per usare un termine *soft*, verso la medicina “high tech” e di questa brama insoddisfatta di una medicina dal volto umano ad “high touch”, rappresentata dal canuto anziano medico di Modena che assicurava una cura personalizzata e che soprattutto ascoltava. Attenti osservatori hanno giustamente sottolineato questo aspetto al di là delle questioni strettamente scientifiche, cliniche ed etiche. Nell'esplosione di rabbia contro la medicina ufficiale ed i suoi rappresentanti, i pazienti scesi in piazza reclamavano anche questo e la classe medica non può far finta di non avere ascoltato. L'orecchio è forse distratto da altro genere di sollecitazioni: se qualche medico si sente meno amato, sono però in molti, soprattutto quelli che lavorano in ospedale, a sentirsi più “controllati”. La cosa è comune in tutto il mondo; con maggiore acuzie è sentita negli Stati Uniti dove le potenti assicurazioni e gli ospedali non possono sopportare sprechi, pena la loro sopravvivenza, ed allora la polemica infuria a volte anche in modo paradossale. Il 7 dicembre del 1998, il quotidiano *Usa today* titolava: “I medici si riuniscono in sindacato per intensificare la battaglia contro gli Hmo”. E la cosa è paradossale perché in un paese in cui la professione medica è sempre stata libera autonoma, indipendente, il ricorso a strategie sindacali è davvero sintomatico di un profondo cambiamento. Un cambiamento che viene colto e presentato anche da una letteratura che certamente non è scientifica ma che rende perfettamente il clima sopraccennato. Nel thriller “Snapshot” di Linda Barnes vi è ad un certo punto un dialogo tra un medico ed una giornalista che riprendiamo dalla edizione italiana pubblicata per la serie il “Giallo Mondadori”. Esclama il medico: “La vecchia classe medica ha esagerato. Hanno spremuto così tanto il sistema, che a noi non resterà più nulla. Se fossi uno specializzato in amministrazione aziendale, un qualunque pidocchioso specia-

³⁴ Rothman D. J., *Strangers at bedside*, Basics books, Usa, 1991.

lizzato in amministrazione aziendale, starei andando a gonfie vele. Ragazzi con cinque anni meno di me hanno case di proprietà e due Bmw mentre io mi ammazzo di lavoro.

– Lei è uno specialista. Gli specialisti non sono pagati bene?

– Oh, certo. Il governo mi dice anche quello che devo fare, come devo curare un paziente, quanto tempo un paziente può restare in un dannato ospedale, e fissa il mio stipendio secondo quanto un funzionario qualunque che esce da una scuola superiore ritiene che debba essere. È tutta colpa del Drg.

– Drg? Che cosa vuol dire? Droga?

– Drg sta per *Diagnostic related groups*, gruppi relativi alle diagnosi. Ti inseriscono un paziente in una certa categoria diagnostica e stabiliscono che i medici vengono pagati basandosi sul raggruppamento in cui tu li hai cacciati, come se tutte le persone avessero solo una cosa alla volta che non funziona a dovere”.³⁵

Ma anche i pazienti si difendono: i contenziosi per “malpractice” sono in ascesa vertiginosa, le associazioni a tutela dei malati con l’occhio sempre più vigile, gli studi legali alla caccia di pazienti da proteggere (e di assicurazioni da spremere!). Alcune case editoriali negli Usa hanno predisposto una guida su “Come sopravvivere agli Hmo (le assicurazioni di malattia), risparmiando soldi ed ottenendo le cure migliori”.³⁶

In questo contesto, “globalizzato”, in cui le politiche finanziarie e le regole economiche sono gli elementi caratterizzanti qualsiasi scenario, l’ospedale è obbligato a ripensare la sua funzione, le sue strategie, la sua organizzazione interna e di conseguenza la sua stessa configurazione strutturale e tecnologica. Ma sia che ci si trovi in climi liberistici e di totale mercato, o all’opposto in ambiti di servizi sanitari nazionali i problemi sono comuni:

- come soddisfare bisogni in progressivo aumento a fronte di risorse inadeguate;
- come raggiungere la massima efficienza gestionale;
- come garantire ai pazienti cure appropriate.

³⁵ Barnes L., *Istantanea di una sconosciuta*, Il Giallo Mondadori, Milano, 1994.

³⁶ *The Hmo Survival Guide*, Sue Berkman, Usa, 1997.

Non esistono soluzioni pronte, indifferentemente esportabili da una realtà all'altra, ma le strade sono segnate e queste passano per:

- la riorganizzazione interna dei servizi assistenziali (dipartimenti?) che consenta di aggregare le attività sfruttando tutte le sinergie possibili in termini di una integrazione clinica con al centro dell'interesse il paziente;
- l'utilizzo comune, per quanto possibile, delle risorse (spazi, tecnologia, personale);
- la definizione da parte dei medici di linee guida cliniche su cui costruire i percorsi organizzativi;
- l'integrazione sempre sognata dell'ospedale con i servizi territoriali per garantire al paziente la continuità delle cure e dell'assistenza ed allo stesso ospedale di concentrarsi sulla sua più specifica utenza;
- la ricerca della massima sintonia tra *management* e clinici;
- una organizzazione snella e pronta, soprattutto mentalmente, a cogliere i cambiamenti in atto;
- i controlli di qualità interni ed esterni;
- gli investimenti necessari.

Su quest'ultimo punto una breve considerazione prendendo spunto dalle vicende di cosiddetta "mala sanità" che nei mesi scorsi ha visto coinvolto una storica istituzione ospedaliera romana, il Policlinico Umberto I. La cronaca impietosa ne ha evidenziato ogni genere di mali veri e presunti; ma al di là dello specifico di cui si sono occupati e si stanno occupando le autorità politiche giudiziarie, universitarie, sanitarie ed amministrative, una annotazione di carattere generale va fatta: i migliori *manager* ed i migliori professionisti avrebbero poche *chance* di successo ad operare in strutture fatiscenti ed in contesti finanziari con investimenti del tutto ridicoli.

L'Umberto I ha una storia in cui i mai chiaramente definiti rapporti tra Università e Regione hanno contribuito a farne un "casus belli", un tormentone di fine millennio, il primo caso di ospedale dichiarato aziendalmente "fallito" (il termine è grossolano ma rende l'idea) e per il cui "risanamento" è dovuto intervenire con proprio decreto il Presidente del Consiglio. Ma l'Umberto I, dicevo è lo spunto per stimolare una riflessione sul tema degli investimenti in edilizia ospedaliera,

in tecnologia, in manutenzione; temi che sono però strettamente correlati alle questioni gestionali, alla problematica dei policlinici universitari, al ruolo degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai rapporti tra ospedale e territorio, al modello di rete ed ai modelli organizzativi interni, al ruolo dei professionisti. Abbiamo detto in precedenza che l'ennesimo incendio dell'Hôtel Dieu a Parigi fu, a fine settecento, l'occasione per un dibattito di ampio respiro sulla situazione ospedaliera. Da quel dibattito lungo e sofferto emersero e furono applicate soluzioni architettoniche, organizzative e gestionali che fecero scuola in Francia ed all'estero. È pre-sunzione sperarlo in Italia?

6. Conclusioni

Queste sono, in estrema sintesi, le strade che ogni organizzazione può percorrere con la velocità che più le è consona, ma c'è soprattutto una rotta che deve essere prioritariamente perseguita: se il detto antico voleva che "tutte le strade conducono a Roma", allora qualunque sia la strada che si voglia prendere, quel percorso deve essere diretto per una destinazione chiara ed inequivocabile: la tutela della fragilità dell'uomo che soffre.

Siamo fortemente convinti di questa affermazione che può anche apparire retorica, ma è ineludibile per qualsiasi società che voglia essere umana; segnare questa rotta è di competenza della politica, di quella alta, sul cui controllo e stimolo ognuno di noi è chiamato a dire la sua. E la sua dovrà dirla anche la medicina; appare infatti indispensabile una profonda riflessione su quelli che sono gli scopi della medicina, le sue priorità. È stato giustamente osservato che "la medicina contemporanea è in crisi non perché ha fallito gli obiettivi che si era prefissata; ma perché li ha conseguiti: i successi ottenuti hanno aperto nuove questioni che devono essere affrontate".³⁷

I progressi scientifici e tecnologici infatti non sempre sono realmente riconducibili ad una reale dimostrata efficacia sul

³⁷ Mori M., "Note alla edizione italiana", *Notizie di Politeia*, 13, p. 6.

miglioramento dello stato di salute; il consumismo medico in tutte le sue possibili manifestazioni, quando non è dannoso per la salute del singolo – e non è detto che non lo sia – è certamente dirompente per il sistema finanziario, pubblico o privato, che deve supportarlo e sopportarlo.

Se le cose stanno così, e stanno così, ha ragione Daniel Callahan a sostenere che: “Ad essere in gioco sono gli scopi stessi della medicina, non solo i suoi mezzi. A quanto sembra, si dà troppo spesso per scontato che gli scopi della medicina siano noti a tutti, ed autoevidenti, sicchè non richiederebbero altro che di venir perseguiti in modo sensato. Al contrario, è nostra convinzione, che tali scopi oggi debbano essere riesaminati *ex novo*. In mancanza di una riflessione di questo tipo i vari sforzi riformatori che sono in atto nel mondo fallirebbero completamente o non realizzerebbero tutte le loro potenzialità”.³⁸

Ed anche l'ospedale più bello architettonicamente, più avanzato tecnologicamente, con le migliori teste pensanti disponibili sul mercato, diretto da *manager* insuperabili, fallirebbe miseramente se gli mancasse il cuore: un cuore che pulsa calore umano. E questo “articolo” non lo si trova in mostra agli Expo degli ospedali, né se ne apprende l'impiego alle scuole di *management*. È dentro di noi, nel cuore di ciascuno di noi che, con differenti responsabilità, nell'ospedale prestiamo la nostra opera; con il sorriso, con il garbo, con la pazienza, con la disponibilità, possiamo rendere calda e umana quella temporanea dimora per l'uomo fragile.

³⁸ Callahan D., “Gli scopi della medicina”, *Notizie di Politeia*, 13, p. 45.

