

Marco Geddes



La conoscenza delle trasformazioni degli ospedali negli ultimi 150 anni è in grado di fornirci qualche elemento utile ad intravedere i futuri scenari ?

In occasione del centocinquantesimo anniversario dell'unità d'Italia ripercorriamo la storia di una delle istituzioni che caratterizzano ogni paese dell'Occidente: gli ospedali.

Prima dell'unificazione le strutture ospedaliere, patrimonio esclusivo delle città e dei singoli Stati, erano finalizzate all'accoglienza di ogni tipo di bisogno sociale; trasformatesi in ospedali per malati acuti, si assiste, alla fine dell'Ottocento e ai primi Novecento, alla nascita dei grandi policlinici nazionali. Un'assistenza che si evolve, con il progredire delle scienze mediche, con l'emergere di nuove specialità e di molteplici, diversificate professioni sanitarie.

L'Ospedale negli Stati Pre - unitari

Un qualche omogeneo orientamento sulla organizzazione ospedaliera accomuna i vari Stati e le classi dirigenti, intorno alla seconda metà del Settecento. Si promuove una unificazione amministrativa accorpando gli ospedali minori agli enti più importanti; si sopprimono quelli di piccolissime dimensioni, che hanno carattere di ospizi; si articolano le funzioni, separando, in diverse istituzioni, i malati acuti, i cronici, i convalescenti, i "dementi"; si dettano norme per l'ammissione degli infermi; si utilizzano i più importanti nosocomi anche a fine di insegnamento.

Lo spirito illuminista soffia anche nel nostro Paese e l'ospedale inizia a perdere quella connotazione omnicomprensiva, finalizzata ad accogliere i trovatelli, fare la carità, alimentare la plebe urbana in periodi di carestia, dare risposta ad ogni tipo di bisogno. Si avvia a svolgere la sua funzione terapeutica anche sotto la spinta dei medici che cercano un loro spazio di autonomia nella gestione di quella che auspicano diventi una

“machine guérir”.

La realtà ospedaliera nei singoli Stati, prima dell'unificazione, risultava tuttavia assai differenziata, sia in termini normativi che strutturali. Il processo riformatore aveva investito in misura più consistente una parte del Paese, prevalentemente l'area di influenza austriaca, che risentiva degli impulsi riformisti di Giuseppe II. In tali anni - ad esempio - a Pavia si succedono, per nomina imperiale, personalità di grande prestigio europeo, quali Samuel Tissot e Giovanni Pietro Frank; l'ospedale civile di tale città si articolava, prima dell'unità, nella Clinica Medica, Chirurgica, Oculistica e Ostetrica. Anche la Toscana, sotto il governo del granduca Pietro Leopoldo, riforma gli ospedali nel corso degli ultimi due decenni del diciottesimo secolo, promulgando regolamenti estremamente avanzati, indirizzando gli ospedali alle attività di cura dei malati e classificandoli in tre tipologie, in relazione al numero dei posti letto. Più arretrata la situazione del sud Italia e in particolare delle isole. Sebbene il Regno delle Due Sicilie avesse alle spalle una lunga tradizione giuridica in ambito di sanità pubblica, gli intenti riformatori non avevano permeato la corte e la situazione, in termini sia di regolamentazione che di edilizia ospedaliera, era più arretrata. **In larga parte del Paese, anche nella aree più sviluppate, l'ospedale rimaneva esclusivamente - caratteristica che manterrà a lungo e in parte ancora permane - un “bene cittadino”, della comunità locale, e come tale ne godeva delle fortune, della fama, delle difficoltà finanziarie, delle disgrazie politiche.** La città capitale dello Stato, sia essa Torino, Milano, Firenze, Roma o Napoli, aveva una più forte identificazione, a confronto di altre realtà urbane minori, del potere centrale con la struttura assistenziale cittadina, sia essa Santa Maria Nuova a Firenze, la Ca' Granda a Milano o il Santo Spirito a Roma. La bellezza dell'edificio, la qualità delle cure, la ricchezza del patrimonio artistico dello Spedale erano, per il regnante, elemento di fama agli occhi dei visitatori che, nel corso del settecento, fanno dell'Italia pre unitaria, il luogo privilegiato del *“Grand Tour”*.

Con l'avvento delle truppe francesi, a seguito di Napoleone, la cultura medica e, in particolare, quella chirurgica, trainata dalla chirurgia militare, hanno un forte impulso; tuttavia l'ordinamento e le stesse strutture ospedaliere ne escono indebolite da un succedersi di eventi bellici, occupazioni, utilizzo di ospedali per caserme; il successivo periodo (la Restaurazione) non è in grado di dare un nuovo significativo impulso alla realtà ospedaliera italiana.

Lo Stato unitario, la riforma Crispi, il periodo fascista

Con l'unificazione del Paese si diffonde dapprima il modello piemontese, che vede le opere

pie sottoposte a un controllo di carattere istituzionale e finanziario (in termini ad esempio di modifiche statutarie, revisione dei bilanci) alla provincia (deputazione provinciale) e ai prefetti.

Si dovrà attendere tuttavia l'ultimo decennio del secolo, con la legge Crispi sulle opere pie (17 luglio 1890) per "[...] veder una nuova disciplina giuridica dell'intera materia che, realizzando una decisiva, storica inversione di tendenza sanzionava la fine dell'autonomia privatistica di questi enti, riconducendoli, pubblicizzati, nella sfera del controllo statale"^[1].

Nel corso di tali decenni si è realizzata una notevole trasformazione nelle strutture ospedaliere del Paese. Anche in Italia viene abbandonato l'ospedale palazzo, o la struttura circolare, ipotizzata per alcuni nosocomi (Firenze) e realizzata in alcuni casi (Genova, ospedale psichiatrico) e si opta, per l'ospedale a padiglioni collegati con un corpo centrale (Galliera di Genova, 1877 - 1884; Mauriziano a Torino, 1884; ospedale di Monza, 1896) o con percorsi protetti (Policlinico Umberto 1° di Roma, 1888). **Si abbandona la grande corsia, di derivazione conventuale, e si adotta l'articolazione in reparti, con trasferimento dei modelli anglosassoni.**

Lo sviluppo degli ospedali, critico, anche sotto il profilo economico nella crisi del primo dopoguerra, è trainato dall'evolversi della chirurgia, che si avvale di due elementi propri della seconda metà dell'Ottocento: lo sviluppo delle tecniche anestesilogiche e il diffondersi dei principi dell'asepsi. **E' infatti per le problematiche chirurgiche che gli ospedali aprono le loro porte alle classi abbienti e ai proventi derivati dai ricoveri dei paganti.**

Il periodo fascista offre, con la normativa ospedaliera, una risposta acquiescente alle richieste corporative della classe medica, modellando il sistema retributivo sui criteri delle compartecipazioni sui proventi da privati e modellando l'organizzazione e l'articolazione stessa dei reparti e delle nascenti specialità sulle gerarchie mediche. Due interventi sono esemplificativi delle trasformazioni edilizie ospedaliere di tale periodo:

1. **Il Policlinico di Milano, il Niguarda (Figura 1)** che sviluppa una articolazione in edifici a più piani, fra loro collegati, ben esemplificando la rilevanza delle diverse attività sanitarie e lo sviluppo delle specialità medico - chirurgiche, quasi gemmazione dalle cliniche corrispondenti.
2. **L'Ospedale Civile di Brescia (Figura 2)**, a forma esagonale articolata, che rappresenta un primo esempio della tendenza, già presente in altri paesi, e in particolare negli Stati Uniti, di ospedali monoblocco. Accanto a tali realtà la

organizzazione degli ospedali, anche di importanti città, rimane assai arretrata, e l'uso della camerata, di derivazione conventuale, resta in uso anche nei principali ospedali della capitale (Figura 3).

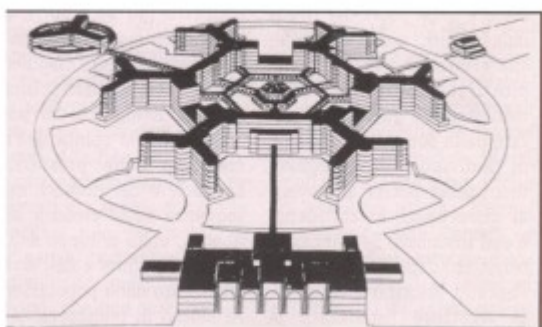
Figura 1. Ospedale Niguarda (1932 - 1939), Milano - Pianta



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 2. Ospedale civile di Brescia, 1935 - Schema

Figura 2. Ospedale civile di Brescia, 1935



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 3. Corsia Sistina dell'Ospedale S. Spirito di Roma, 1938

Figura 3. Corsia Sistina dell'Ospedale S. Spirito di Roma, 1938



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

In mancanza di una qualche programmazione, la distribuzione territoriale degli ospedali è sostanzialmente dipendente dalle capacità di pressione politica e dalle risorse economiche delle varie aree, con un drammatico squilibrio fra le regioni e, in particolare, fra il Centro - Nord e il Sud. Le politiche sanitarie dell'epoca privilegiano la realizzazione di strutture di ricovero per i tubercolotici e le istituzioni manicomiali, cosicché settori quali la medicina interna e le malattie infettive si avvalgono di un'insufficiente disponibilità di strutture di ricovero, fino al punto che in realtà importanti, come la città di Palermo, a fronte di un Ospedale psichiatrico con 3.000 posti letto, l'Ospedale civile ne contava solo 300[2]!

Tabella 1. Posti letto per specialità nel 1936

Reparto	Letti
Medicina	42.931
Chirurgia	37.868
Ostetricia e ginecologia	9.437
Pediatria	8.023
Malattie infettive	6.670
Specialità varie	12.901

Tubercolosi	28.101
Totale	145.931
Psichiatria	81.138

La rilevazione statistica della Direzione Generale di Sanità[3], che prende in considerazione gli ospedali pubblici, riporta la ripartizione di posti letto per regione descritta nella **Tabella 2**:

Tabella 2. Posti letto per Regione

Regione	Posti letto x 1.000 ab.	N. di letti
Liguria	6,4	9.442
Venezia Giulia e Zara	5,6	5.577
Piemonte	5,2	18.308
Toscana	5,2	15.287
Veneto	4,8	20.281
Lombardia	4,7	26.552
Venezia Tridentina	4,7	3.056
Lazio	4,4	11.203
Emilia	4,3	14.146
Marche	3,5	4.364
Umbria	2,7	1.933
Sicilia	2,2	8.757
Puglie	1,7	4.398
Sardegna	1,5	1.526

Abruzzi e Molise	1,4	2.161
Campania	1,4	5.062
Calabria	0,7	1.233
Lucania	0,6	304
Italia	3,5	153.577[4]

Tali dati collocano l'Italia in situazione assai più arretrata rispetto a altri paesi europei quali Francia (4,2 p.l. x 1.000 abitanti), Inghilterra (5,4), Germania (5,9), Svizzera (4,8)[5].

Dal secondo dopoguerra a oggi

La situazione dell'immediato dopoguerra è documentata da una indagine del 1950[6].

I posti letto risultano, anche a causa delle spoliazioni, assai più carenti nel Sud Italia. In termini di regioni si passa da un minimo di 0,71 per mille abitanti in Calabria a 6,41 in Liguria e l'analisi del dato a livello provinciale indica il minimo ad Avellino (0,45) ed il massimo in provincia di Cremona 14,79.

Tabella 3. Posti letto per aree geografiche e per categorie di ospedale (1950)

	Ospedali 1° cat	Ospedali2° cat	Ospedali 3° cat	Ospedali specializzati	Infermerie	Posti Letto	P. L. x 1.000
Nord	22	46	227	40	368	110.379	5.32
Centro	10	17	107	16	125	37.227	4.33
Sud e Isole	9	26	71	19	204	28.792	1.64
ITALIA	41	89	405	75	697	176.398	3.76

Per raggiungere i 4.5 P.L. per 1.000 abitanti necessitavano 60.000 posti letto, di cui 50.000 nel Meridione!

La situazione è in rapida modificazione, sia in relazione allo sviluppo economico del Paese, che all'estensione dell'assistenza mutualistica, che facilita l'accesso ai servizi ospedalieri a nuove categorie di popolazione e, in particolare, entrate per gli enti ospedalieri. **Al 1957 si contano 413.391 posti letto (8.38 per 1.000 abitanti) e nel 1967 528.276 posti letto (9,84 per 1.00 abitanti)[7].**

Questa crescita risponde prevalentemente a spinte locali, volte a "saturare" il territorio di presidi ospedalieri, al di là di una qualche programmazione sanitaria, che appare timidamente nel 1962, nel Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965 - 1969[8].

Le camerate si riducono di dimensioni, le nuove degenze si articolano in stanze da 4 o 6 posti letto, le specialità si moltiplicano e i servizi di diagnosi, quali radiologia e laboratori, aumentano di dimensione. Si tratta per lo più di una crescita quantitativa, che tende ad incrementare, in tutti i paesi europei, il numero di posti letto disponibili.

Un cambiamento avviene nel corso degli anni Settanta, quando si inizia ad interrogarci sulla sostenibilità - anche a seguito della crisi petrolifera - dei sistemi di welfare. La tendenza alla crescita dei posti letto lentamente si inverte; si punta ad una riduzione della durata di degenza che nel corso degli ultimi due secoli si era mantenuta - negli ospedali per acuti - intorno ai 30 giorni[9] per ridursi lentamente alla metà e poi continuamente decrescere. Gli ospedali, divenuti strutture delle Unità sanitarie locali (struttura operativa dei Comuni) con la riforma sanitaria del 1978, sono successivamente, con il D. Lgs 502/92 trasformati in Aziende (i grandi ospedali) o in presidi delle USL[10].

Vengono introdotte regole comuni di qualità (sistema di accreditamento) e modalità di remunerazione delle prestazioni a tariffa (il sistema dei DRG).

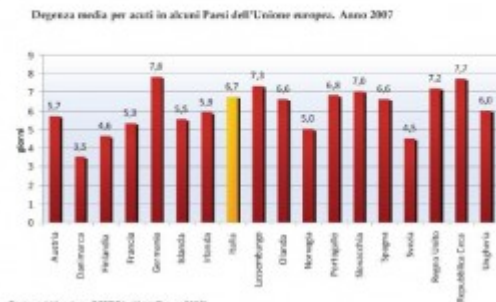
Sono gli anni in cui l'edilizia ospedaliera, grazie ai finanziamenti precedentemente stanziati[11], ristruttura gli ospedali o ne realizza di nuovi, introducendo, anche nella configurazione spaziale dei luoghi di diagnosi e di cura, criteri che tengono conto delle nuove tecnologie (maggiore spazio ai servizi diagnostici), delle modalità organizzative per aree di intensità di cura, delle esigenze delle persone assistite (attenzione agli elementi di comfort ambientale, aree di colloquio, stanze di degenza a due letti, 10% di stanze singole), dell'evoluzione delle modalità di ricovero (*day hospital, day surgery*).

Il settore sanitario e, in particolare l'ospedale, è, nella pubblica amministrazione (tale è il

sistema sanitario italiano) quello che maggiormente si confronta con il sistema privato, con i criteri di management, con la esternalizzazione dei servizi, con le modalità organizzative della produzione industriale. L'ospedale si orienta alle patologie acute, riducendo la durata di degenza e aumentando la complessità dei ricoveri (**Figure 4 e 5**).

Figura 4. Degenza Media per acuti in alcuni paesi dell'Unione Europea. Anno 2007

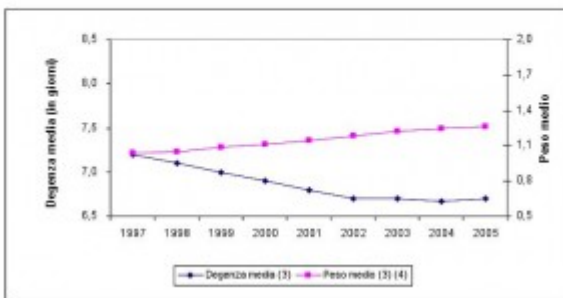
Figura 4. Degenza Media per acuti in alcuni paesi dell'Unione Europea. Anno 2007.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Figura 5. Degenza media e peso medio - Trend 1997 - 2005

Figura 5: Degenza media e peso medio – Trend 1997 - 2005



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Ritorno al futuro

Le modifiche demografiche, l'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti nelle tecnologie fanno intravedere ulteriori cambiamenti. Non più ospedali di enormi dimensioni, quali quelli creati nel corso del Novecento nelle grandi metropoli, ma strutture più contenute, più umane, più attente ai bisogni dei pazienti. Ospedali in cui si concentrano competenze e tecnologie, ma anche ospedali monospecialistici, per interventi mirati a specifiche patologie, eventualmente in *day surgery*. Degenze estremamente ridotte, che pongono la necessità di un'assistenza intensiva anche in aree comuni. Ospedalizzazione a domicilio, grazie ai collegamenti informatici con i punti di monitoraggio e di diagnosi. Trasformazione dei piccoli ospedali in strutture assistenziali rivolte a un primo soccorso, ai percorsi in *low care*, ad accogliere l'ospedale di comunità, e ad ospitare, in una dimensione di valenza domiciliare, i non autosufficienti, costituendo quelle strutture di riferimento per la comunità, denominati Casa della salute[12].

Un ritorno al futuro o una rilettura dei nuovi bisogni della persona assistita?

Marco Geddes . Direttore sanitario Presidio ospedaliero Firenze centro.

Appendice

La legislazione sanitaria concernente gli ospedali [[PDF: 495 Kb](#)]

Bibliografia

1. Domenico Preti. La questione ospedaliera nell'Italia fascista, in: Storia d'Italia, Annali 7, Einaudi editore, Torino, 1984. p. 337
2. Preti D., cit, pag. 383.
3. Dati riportati da B. Franco Moretti: Ospedali (pag. 13), Editore Ulrico Hoepli, Milano, 1951.
4. Una successiva rilevazione (1937) comprendente anche la spedalità privata indica per l'Italia 192.405 posti letto pari a 4,5 per 1.000 abitanti.
5. Ronzani, citato in Moretti (cit.)
6. Bernabai A. La situazione ospedaliera in Italia - Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica, Tipografia regionale, Roma , 1952
7. Guzzanti E. Gli ospedali e i medici ospedalieri, in "Centenario dell'istituzione degli Ordini dei medici". Federazione nazionale ordine dei medici Chirurghi e Odontoiatri. Roma, Giugno 2010
8. La Nota sulla programmazione ospedaliera allegata al Piano indicava la necessità di realizzare 82.000 posti letto, ritenendo i parametri di posti letto: Acuti: 2 x 1.000; Convalescenti: 2 x 1.000; Mentali: 3 x 1.000; Tubercolotici: 1 x 1.000 (Vaglini M., Gennai C. Storia delle istituzioni Sanitarie in Italia dalla fine del '700 ai giorni nostri, p. 241. Primula, Pisa, 2002).
9. Il Rapporto sullo stato degli Spedali nel Granducato di Toscana riportava una durata di 35 - 37 giorni, come analoga a quelle degli altri Spedali Europei (Repertorio del diritto patrio toscano vigente ossia spoglio alfabetico e letterale delle più interessanti disposizioni legislative veglianti nel Granducato in materie civili, criminali, amministrative, di regia giurisdizione, di polizia, militari, commerciali, forensi, notarili ec. 3 voll., Livorno, tipografia di Giulio Sardi, 1832-1833).
10. Per una rassegna ragionata della recente normativa: **Reti ospedaliere Agenas** [[PDF: 1,84 Mb](#)]
11. La Legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1988) all'articolo 20 recitava: "È autorizzata

l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 34.000 miliardi.

12. Benigni B., Fagnoni P.M., Geddes M., Giofrè F., Terranova F.: La casa della Salute - Idee d progetto. pag. 190, Alinea Editrice, Firenze 2007.