

DISEGNO E CONTESTO DELL'ARCHITETTURA PER LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI SUL TERRITORIO

HINTERLAND 10

Anno 2 / N. 9-10 / Maggio - Agosto 1979

ARCHITETTURA DELLA SALUTE

Sped. abb. post. gr. 3° 70 / L. 3.000 Numero doppio

Distribuzione Mondadori



Quando è il momento di pagare ci pensa il Conto d'identità.

Nella vita di oggi sono innumerevoli le situazioni in cui è necessario avere con sé somme più o meno forti di denaro: in viaggio, in auto, al supermercato, ai grandi magazzini, in una boutique, oppure quando si è lontani dalla propria banca...

In tutti questi casi ci pensa il Conto d'identità.

Perché il Conto d'identità è il più moderno mezzo di pagamento i cui notevoli vantaggi (non dover recare con sé molto denaro, essere

riconosciuti ovunque, ottenere "fiducia") sono apprezzati da un numero sempre crescente di persone.

Oltre a ciò, con il Conto d'identità è possibile:

- ☐ cambiare assegni presso qualunque sportello della tua banca;
- ☐ ottenere contante, senza assegni, presso qualsiasi banca che esponga i simboli del Conto d'identità;
- ☐ rimborsare con comodità,

secondo le tue esigenze;

- ☐ dotare un tuo familiare della speciale Tessera Famiglia, consentendogli così di ottenere gli stessi tuoi vantaggi.

Qualunque sia il tuo problema, ci pensano il Conto d'identità e la banca che ti ha rilasciato la tessera.

Per informazioni rivolgersi alle banche che espongono questo simbolo.



Conto d'identità
il primo documento d'identità per pagare.

Comites

Commerciale Italiana e di Servizi S.p.A.



IMPRESA EUGENIO GRASSETTO S.P.A.

Sede sociale: Padova, Riviera Paleocapa 70 - Tel. 049/66.03.22 (5 linee) Telex 41.319

Stabilimento « AEDILIA » 35100 PADOVA, Viale Navigazione Interna 34 - Tel. 049/66.42.77

Stabilimento « I.M.E. » 04100 LATINA, Borgo S. Michele, Via dei Monti Lepini - Tel. 0773/40.366



In tutta Italia, MotelAgip è un buon albergo al punto giusto del viaggio.



Dovunque tu viaggi in Italia, hai sempre a disposizione un buon albergo: MotelAgip. Accogliente e confortevole, MotelAgip ti dà tutto il relax di cui hai bisogno, e ti offre tutte le attrezzature — dalle sale riunioni al ristorante — necessarie ai tuoi meeting di lavoro.

MotelAgip lo trovi al punto giusto. Cioè vicino alla città e ai tuoi affari, ma fuori dagli ingorghi del traffico.

MotelAgip è conveniente, e premia la fedeltà dei suoi clienti.

MotelAgip
Convieni ogni volta di più.

Ancona - Bari - Bologna - Brescia - Cagliari - Catania - Catanzaro - Cosenza - Cremona - Firenze Nord
Grosseto - Livorno - Macerata - Matelica (MC) - Macomer (NU) - Marsala (TP) - Milano Ovest (Tang.)
Milano Sud - Modena Nord - Montalto di Castro (VT) - Muccia (MC) - Napoli - Nuoro - Palermo
Pescara - Pisticci (MT) - Roccaraso (AQ) - Roma Ovest - Sarzana (SP) - Sassari - Savona - Siracusa
Spoleto (PG) - Torino (Settimo Torinese) - Trento - Trieste-Duino - Udine - Varallo (VC) - Verona - Vicenza.

Per documentazione rivolgersi a: SEMI P.za E. Mattei 1 - Roma - tel. 59009387 - tx. 611627.

PRATICITA', ECONOMIA E SICUREZZA CON LE STRUTTURE GEODETICHE FULLER

R. Buckminster Fuller, architetto, matematico e filosofo, 36 lauree "ad honorem", Gran Premio della Triennale di Milano nel 1954 e nel 1957, vive e lavora negli USA. Studioso di geometria spaziale (a lui si deve, tra l'altro, il piano di rilevamento fotogrammetrico del suolo lunare) ha dato a questo settore della scienza un impulso innovativo paragonabile a quello che più di duemila anni fa diede Platone con la scoperta dei "solidi platonici": tetraedro, cubo, ottaedro, dodecaedro e icosaedro. Nella sua intuizione, infatti, Fuller ha scomposto la facce dei solidi platonici in tanti triangoli proiettati nella sfera circoscritta del solido, ottenendo una nuova figura con un numero di lati e di piani notevolmente superiori a quelli dell'icosaedro e, quindi, più vicina alla sfera di quanto non fosse il solido platonico di partenza. I vantaggi di questa nuova forma, che il Fuller ha chiamato "geodetica", si concretizzano nella possibilità di realizzare strutture architettoniche di grande respiro, con una resistenza statica ottimale, molto vicina a quella della sfera.

Le strutture geodetiche Fuller, solide e perfette, facilmente ripetibili con procedimenti industriali, sono realizzate dal 1950 ad oggi in tutte le parti del mondo, sotto qualsiasi clima e per gli usi più svariati. Il materiale impiegato è tubolare metallico opportunamente dimensionato secondo il calcolo geometrico e statico. I giunti a disco sono correttamente sagomati in funzione del raggio della sfera circoscritta e le congiunzioni vengono effettuate a mezzo di bulloni passanti con dado di fissaggio. L'appoggio a terra è effettuato mediante imbullonatura agli appositi richiami fissati agli zoccolotti di ancoraggio o di appoggio opportunamente zavorrati.

La copertura viene realizzata con un telo in tessuto poliestere spalmato con PVC ignifugo, o con pannelli leggeri di tamponamento.

Risulta evidente che le strutture geodetiche Fuller rispondono alle esigenze di una tecnologia avanzata: autoportanti e realizzate con un minimo impiego di materiali, occupano un minimo spazio-trasporto rispetto al volume interno utilizzabile, resistono alle avversità naturali (cicloni e terremoti inclusi), si montano facilmente in poco tempo, rispondono alle funzioni e alle esigenze tecniche richieste per utilizzazioni industriali o comunitarie, e altrettanto facilmente, infine, possono venire smontate e trasferite.

Non c'è da meravigliarsi, quindi, che le cupole Fuller siano state impiegate per una infinita gamma di utilizzi: protezione per impianti radar, magazzini, rimesse, esposizioni, ville, bungalows, serre, piscine, impianti sportivi, depositi ferroviari, depositi militari, centri di ricreazione e persino centri di culto. Erette in grandissimo numero e un po' ovunque nel corso degli ultimi anni, le strutture geodetiche Fuller si caratterizzano proprio per questa loro pratica versatilità di impiego. Tra l'altro sono indicate dalle autorità della California come "luogo sicuro" in caso di terremoti.

I principi costruttivi sui quali esse si basano si prestano a realizzazioni di ogni misura, dalla piccola struttura all'enorme padiglione, con costi globali di gran lunga inferiori rispetto alle costruzioni tradizionali e con in più i vantaggi che vi abbiamo descritto.

Nel nostro Paese opera da circa tre anni la ZAK Italia (Milano, via Boccaccio 43, tel. 02-46.39.10 - 46.40.70 - 46.31.03) che agisce come esclusivista dei metodi Fuller e opera su Know-how americano realizzando strutture geodetiche sia in ferro che in alluminio. Nonostante abbia soltanto tre anni di vita, vanta al suo attivo innumerevoli realizzazioni. Il suo ufficio di progettazione è in grado di elaborare soluzioni per qualsiasi esigenza particolare.

Il Padiglione, realizzato con strutture geodetiche Fuller, che lo scorso anno ha ospitato a Bucarest la Mostra Italia Scienza e Tecnica.



Una palestra scolastica a Tarcento (Friuli), dono dell'Assolombarda alle popolazioni terremotate.



ALITALIA BUSINESS CENTER

Un moderno ABC per le imprese interessate all'esportazione

L'Alitalia Cargo System, non è soltanto un'organizzazione che si occupa del trasporto aereo delle merci, ma è anche un sistema di attività e di consulenza a disposizione dello uomo d'affari.

Alitalia Cargo System interviene, ad esempio, nel settore dell'intermediazione commerciale per favorire le imprese interessate ad essere presenti nei mercati stranieri. A tale scopo è stato istituito, nell'ambito di questa struttura, uno speciale organismo, l'ALITALIA BUSINESS CENTER, che si avvale dei più moderni strumenti e delle più aggiornate fonti di informazione per fornire gratuitamente agli operatori economici una serie di notizie utili per lo sviluppo delle esportazioni.

Si tratta di un servizio di intermediazione commerciale tra aspiranti esportatori e potenziali importatori che utilizza due canali:

A) l'archivio elettronico delle informazioni;
B) la rete di Rappresentanze Alitalia nel mondo. I dati inseriti nel programma elettronico, periodicamente aggiornati ed incrementati che provengono da fonti attendibili e comprendono a tutt'oggi circa 165 mila nominativi di aziende che operano in 128 Paesi di tutto il mondo.

L'Alitalia Business Center, fornisce gratuitamente una vasta gamma di informazioni che permettono all'utente di conoscere e valutare non solo le reali capacità dei mercati che lo interessano (dei quali viene fornito un approfondito profilo politico-economico), ma anche d'entrare in possesso di nomi e notizie riguardanti gli operatori economici con cui è possibile stabilire rapporti d'affari.

Grazie al suo sistema informativo, l'Alitalia Business Center offre la possibilità al cliente di procedere ad una selezione delle aziende con cui avviare trattative d'affari (esportatori, importatori, partnership, ecc.).

Il sistema fornisce al richiedente una scheda descrittiva che segnala la ragione sociale e l'indirizzo delle imprese operanti



nel settore merceologico interessato.

Di ciascuna impresa la scheda fornisce:

- il ramo di attività (fabbricante, dettagliante, agente, distributore) importatore, cooperativa, ingegneria, costruzioni o altro;
- le dimensioni (molto grande, grande, media, piccola);
- il numero dei dipendenti;
- l'anno di fondazione;
- il telefono/telex.

L'archivio elettronico di Alitalia Business Center non si limita a selezionare gli indirizzi delle imprese, ma dà anche una sintesi precisa delle attività più importanti che occorrono a formare il panorama economico di un Paese. In questo modo l'operatore o l'esportatore può aggiornare, controllare o completare i dati di cui è già in possesso.

Inoltre, il programma fornisce, di ogni mercato, informazioni sui seguenti argomenti:

- politica commerciale;
- prospettive commerciali;
- investimenti esteri;
- piani di sviluppo;
- bilancia dei pagamenti;

- tipo di economia;

- risorse naturali;

- principali indici economici (popolazione, reddito nazionale, tasso di sconto, tasso di interesse bancario, costo della vita, ecc.).

Una scheda bibliografica segnala alcune pubblicazioni monografiche sulla situazione economica del Paese considerato, gli indirizzi delle ambasciate e/o degli organismi presso i quali è possibile ottenere notizie più dettagliate.

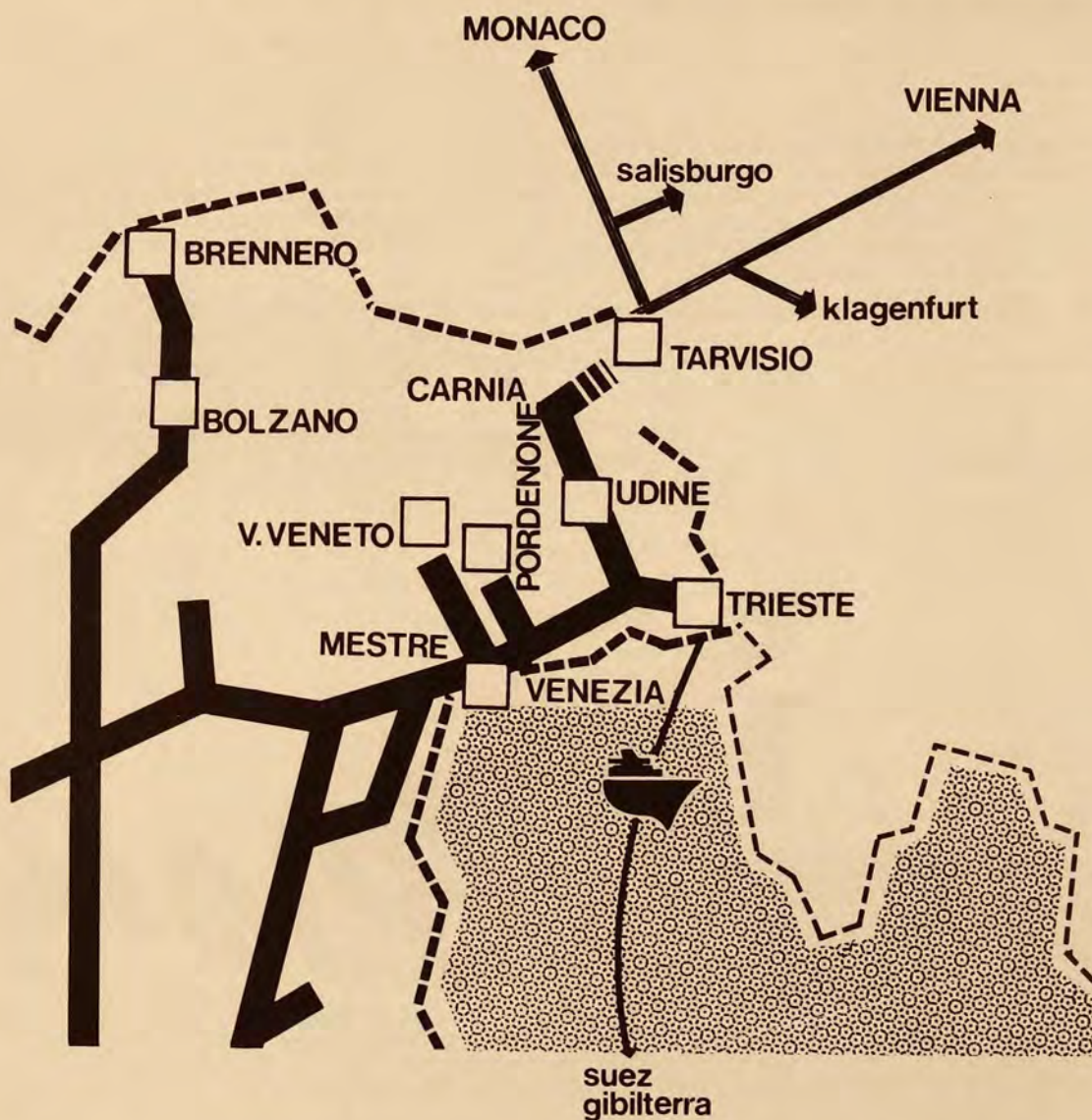
Molto spazio viene dato alla descrizione dei piani di sviluppo, delle possibilità del commercio con l'estero e della evoluzione dei vari settori merceologici, sempre con l'obiettivo di chiarire il più possibile tutte le situazioni che possono influenzare la realizzazione dei programmi degli operatori economici.

Per questo la banca dei dati dell'Alitalia Business Center è uno strumento di consultazione di notevole utilità pratica; un vero servizio elettronico di consulenza che aiuta a decidere meglio e più in fretta.

Per usufruire di tale servizio, gli importatori o gli esportatori possono mettersi in contatto con un qualsiasi Ufficio di Rappresentanza Alitalia.



UN'AUTOSTRADA EUROPEA



DIECIMILA AUTOVEICOLI AL GIORNO IN AGOSTO, PRIMO MESE DI APERTURA DELLA UDINE-CARNIA, DIMOSTRANO LA VALIDITÀ DELLA NUOVA AUTOSTRADA IN COSTRUZIONE FINO ALLA FRONTIERA CON L'AUSTRIA, DESTINATA AD ASSICURARE LA DIRETTA INTERCONNESSIONE DEL SISTEMA AUTOSTRADALE NAZIONALE CON LA GRANDE VIABILITÀ DELL'EUROPA ORIENTALE, DELLA BAVIERA E DEL NORD EUROPA

autostrade spa
(gruppo IRI)



saceccav depurazioni spa

*Progettazione e costruzione
di impianti di depurazione biologica
delle acque di scarico.*



Sede Legale: 20033 Desio via Gabellini 32 tel. (0362) 624512/3

Direzione e Uffici: 20123 Milano via Wittgens 3 tel. (02) 8377851/2/3

Rappresentanza generale e costruzione su licenza della OMS Klaeranlagen Wiesbaden (Germania Occidentale)





ARCHITETTURA E COMMITTENZA PUBBLICA

Testi di: A. Acuto, R. Boix, E. Bordogna, J. Borja, G. Canella, L. Caruzzo, J.-L. Cohen, J.-C. Delorme, G. Fiorese, E. Li Calzi, F. Rocca, G.P. Semino, M. Tarrago

PROCESSO AL GRATTACIELO

Testi di: C. Bertelli, M. Bertoni, C. Bono, E. Bordogna, G. Canella, P. Canella, A. Caruso, L. Caruzzo, J.-L. Cohen, L. Danova, R. De Grada, M. De Micheli, S. Enriotti, A. Fiore, V. Korach, G. Leggio, L. Marchi, M.R. Merati, G. Morabito, P. Pillitteri, J.P. Posani, G.P. Semino, G. Testori, P. Volponi, G. Zucconi

Progetti di: G. Canella, C. Dardi, M. D'Olive, P. Erolì (GRAU), V. Garatti, I. Gardella, F. Marescotti, G.P. Patrizi (GRAU), R. Porro, J. Prouvé, M. Ridolfi, G.P. Valentini

SEGREGAZIONE E CORPO SOCIALE

Testi di: F. Basaglia, A. Bertoglio, E. Bordogna, G. Canella, L. Caruzzo, C. De Benedetti, G. De Luca, M. Foucault, A. Garbin, J. Gardella, P. Godio, K. Liebknecht, A.M. Maderna, V. Marzi, G. Neppi Modona, M. Pavarini, E. Pellegrini, A. Pirella, G. Rigoldi, S.A. Russo, J. e E. Steinegger, G.P. Semino, F. Stok, M. Tommasini

PER UN MUSEO METROPOLITANO

Testi di: A. Acuto, C.L. Anzivino, G.C. Argan, G. Aurigemma, E. Bordogna, J. Bracker, G. Canella, F. Caroli, L. Caruzzo, A. Cortesi, S. Danesi, L.S. D'Angiolini, G. Di Maio, A. Emiliani, I. Galarraga, L. Gambarin, A. Gnechchi Ruscone, H. Hansen, E. Mantero, D. Mignani, R. Nicolini, L. Patetta, S. Polito, R. Rezzi, G. Romanelli, P. Sacconi, C. Schnaidt, G.P. Semino, R. Tano, V. Vercelloni, R. Waissenberger

CALAMITA' NATURALI E STRATEGIE DI RICOSTRUZIONE

Testi di: S. Agostinelli, T. Arduini, S. Bracco, G. Canella, A. Cismigiu, L. Conti, G. Di Maio, D. Faturòs, P. Grandinetti, G. Grandori, G. Marcialis, G. Mascino, F. Orzes, G. Polesello, M. Russi, A.R. Sanchez, E. Sbriziolo de Felice, L. Semerani, K. Suzuki, C.A. Talamona, G. Zucconi

SPAZIO DELLA CULTURA E TEMPO LIBERO DI MASSA

Testi di: G.C. Argan, E. Bordogna, C. Borngräber, G. Canella, L. Caruzzo, B. Cattaneo, E. Collotti, G. Consonni, E. Donato, S. Espósito, I. Galarraga, H. Hansen, F. Marescotti, G. Marogna, Ch. W. Moore, R. Reina, R. Riccini, N. Riva, R. Rodinò, D. Scott Brown, W. Selva, G. Tonon, L. Trabattoni, R. Venturi

Ritagliare, piegare, imbustare e spedire a: **HINTERLAND - PROGRAMMA s.r.l., VIA REVERE 7 - 20123 MILANO**

Abbonamento annuo L. 18.000
Desidero abbonarmi a **Hinterland**
per un anno con decorrenza
dal mese di

NOME _____

COGNOME _____

VIA _____

CAP _____

CITTA' _____

firma _____

☐ Effettuo il pagamento

☐ contrassegno

☐ al ricevimento

☐ del primo fascicolo

☐ tramite

☐ assegno

☐ allegato

Desidero i numeri arretrati
a L. 4.000 per fascicolo

① n. copie

② n. copie

③ n. copie

④ n. copie

⑤-6 n. copie

⑦-8 n. copie

anno 2 numero 9-10

maggio-agosto 1979

design and context of architecture for the
management of actions on territory

projet et contexte de l'architecture pour la
gestion des interventions sur le territoire

HINTERLAND

disegno e contesto dell'architettura per la gestione
degli interventi sul territorio

direttore Guido Canella

redazione Gian Paolo Semino, Enrico Bordogna,
Letizia Caruzzo, Heidi Hansen

questo numero è stato redatto con la collaborazione di
Sergio Brenna

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:

Via Revere 7, 20123 Milano, tel. 4695222-4695333

Direttore Responsabile: Guido Canella

© Programma s.r.l., Via Revere 7, 20123 Milano,
tel. 4695222-4695333

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica riservati.

Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non
si restituiscono.

Pubblicazione bimestrale registrata al Tribunale di
Milano N. 152 del 15/4/1977

Composizione e stampa: Arti Grafiche S. Pinelli,
Via R. Farneti 8, Milano

DISTRIBUZIONE per l'Italia e l'estero: Arnoldo Mondadori Editore S.p.A., Milano, tel. 7542.2664-7542.2665

PROMOZIONE ABBONAMENTI: New International Media, Via Revere 16, 20123 Milano, tel. 462161-463759

Abbonamento annuo:

Italia LIT. 18000 (6 numeri)

Estero LIT. 24000

Copia arretrata LIT. 4000

Gli abbonamenti possono avere inizio in qualsiasi
periodo dell'anno. Per cambio di indirizzo informarci
almeno 20 giorni prima del trasferimento allegando
l'etichetta con la quale arriva la rivista.

PUBBLICITA' concessionaria esclusiva: New International Media, Via Revere 16, 20123 Milano,
tel. 462161-463759

L'ospedale tra storia interna e storia esterna *Guido Canella* 2

Società e istituzioni ospedaliere
Regime e sapere: il caso francese *François Steudler* 4

Schede: Lombardia: 12. Nella «Ca' Granda» l'internamento dell'infermità 14. Dal funzionalismo alla zonizzazione ospedaliera (P. Bonaretti)

Storia di una metafora tipologica
Alle origini dell'ospedale contemporaneo: tra H. Ford e T. Garnier *Sergio Brenna* 16

Schede: 17. Crocera e corti per la conversione civile dell'assistenza 19. Ospedali e lazzaretti: una città nella città 21. L'azienda illuminista assume la malattia 23. Ramificazione del sapere e impianti antropomorfi 25. Tra città razionale e ospedale razionalizzato 27. Concentrare per isolare o diffondere per prevenire 29. Dall'impennata tecnologica allo svuotamento come ideologia (S. Brenna)

Schede: 30. Sanatorio: nella lungodegenza un modello di abitazione collettiva 32. Dispensari e preventori affrontano le patologie industriali 34. Città-sanatorio: dopo il confinamento l'estinzione del tipo insediativo (C. Confalonieri)

Verso la dimensione territoriale
Tutela della salute e governo del territorio *Marcello Vittorini* 36

Schede: 39. Lombardia: per una riconversione del Piano ospedaliero 41. Lombardia: additivo-ricerca per risanare gli arcispedali 43. Lombardia: come integrare le competenze istituzionali 45. Lombardia: consolidamento di servizi per l'Oltrepò pavese (E. Li Calzi, G. Perotta) 46. Mezzogiorno: mobilitazione locale contro centralismo clientelare (F. Cusani) 48. Mezzogiorno: attraverso i Piani sociosanitari dall'ospedale alle USL 50. Calabria: censimento e reinvestimento del patrimonio edilizio ospedaliero 52. Calabria: democrazia di gestione come garanzia di funzionamento (L. Talamona) 54. Umbria: ospedali scuole servizi sociali in gestione unitaria (G. Barro)

Italia: una Riforma sospesa tra testo di legge e pratica di massa
Interviste sui problemi di attuazione del Servizio sanitario nazionale a cura di *Sergio Brenna e Gian Paolo Semino* 56

56. Laura Conti 60. Mario Manetti 62. Marina Rossanda 66. Renzo Thurner; Gianni Tognoni

Legislazione sanitaria dall'Unità ad oggi *(M. Viviani)* 57

Schede: 70. Ospedale: progettare le variabili contestuali 72. Trieste-Cattinara: nelle torri il direzionale della salute 74. Venezia - SS. Giovanni e Paolo: dal convento al fondaco ospedaliero 76. Venezia - SS. Giovanni e Paolo: approdo al dipartimento d'urgenza (L. Semerani)

Schede: 78. Ospedale: omologate le variabili per tipi «chiavi in mano» 80. Tecnologie leggere per ospedali mobili tipo esportazione (M. Chiara)

Schede: Cina: 82. Tra medicina tradizionale e aggiornamento strumentale 84. Sulla morbidità di base riemerge la gerarchia del sapere (E. Collotti Pischel)

Libri: Per una storia della sanità in Italia *(S. Brenna)*
Libri ricevuti 86

Traduzioni: Françoise de Massiac, Angela Martelli, James Pallas, Patrizia Passamonti. Collaborazione alla redazione: Donatella Braughin, Paolo Godio, Nayla Renzi.

L'OSPEDALE TRA STORIA

Nessun altro tipo edilizio quanto l'ospedale è rimasto soggetto, ancora in epoca moderna, a preconcetti intrinseci di necessità funzionalistica. Eppure per lungo tempo nell'insediamento nosocomiale concorre in contaminazione la più varia umanità (sofferente e curante, operativa e inserviente, benefica e mendicante, laica e religiosa), tanto da risultare, per morfologia e dimensione tipica come sovrainpressione di una città nella città, in ciò simile al porto e al mercato. Deposito, oltre che di carità, di investigazione scientifica, di pratica operativa, di formazione professionale, di regola comportamentale, di ricchezze in lasciti e donazioni, di reliquie e archivi storici, esso lo è anche di speculazione architettonica da Brunelleschi a Filarete, da Antoine Petit a Tony Garnier, a Le Corbusier. E, fatto rilevante di questa speculazione, essa risulta avere inciso non solo e non tanto nell'evoluzione tipologica della specifica funzione, quanto soprattutto sui moduli di crescita e sui caratteri architettonici dell'insieme insediativo, dacché, nel caso delle soluzioni decisive, queste risultano espresse e articolate a partire da un'idea e un disegno complessivi di città e, comunque, da un programma generale riferibile per intero e in profondità a una radicale trasformazione dei rapporti di produzione o, quantomeno, dei rapporti sociali. In parallelo e in complementarietà all'incidenza esercitata capillarmente dall'architettura religiosa sul territorio (nella ricca articolazione dalla basilica al cimitero) e dall'accantonamento militare, da una certa epoca in avanti, l'incidenza dell'ospedale sulla città risulta così delegata a significare l'imposizione totalizzante, collettiva, accentrata, coordinata, regolamentata dall'iniziativa laica guidata, fino all'avvento dell'opificio industriale.

Va cercata, allora, sotto la serie di connotazioni sovrastrutturali (istituzionali, culturali, comportamentali, simboliche, ecc.) connessa a questa tipologia, la ragione strutturale di tale coincidenza. Essa ci pare in parte rinvenibile nei caratteri di accumulazione, condensazione, redistribuzione differenziale, secondo i quali l'ospedale corrisponde alle esigenze dell'ordinamento protocapitalistico fin nel Medio Evo, in concorrenza con l'azienda religiosa e con quella militare, sia dal punto di vista finanziario (recupero di donazioni e lasciti e reimmissione in un circuito di gestione assai evoluto), sia da quello della conversione-riabilitazione di forza lavoro (tra campagna e città, tra diversi settori di occupazione, tra stati sociali differenzialmente produttivi, retribuiti e bisognosi di sussistenza), sia da quello dell'acculturazione di massa su standard metropolitani (secondo una congiunzione che non distingue tra operatori sanitari, inservienti e malati). La creazione del regime assistenziale-ospedaliero, come banca di valori economici, sociali, tecnologici e come polo dirigitivo di nuovi valori d'uso, assume pertanto ruolo funzionale e in parte antagonista perfino dell'economia dei mercati, quanto quelli religioso e militare, ma più di questi precocemente moderno e preparatorio del regime industriale integrato.

Il tema dell'ospedale può così diventare lo spunto per alcune considerazioni riguardanti il soccorso dell'analisi storica nell'interpretazione dei fatti architettonici e urbani e, inversamente, il concorso delle concezioni tipologiche e degli assetti insediativi all'interpretazione degli eventi storici.

E' indubbio che gli studi sull'architettura e sulla città, almeno da quindici anni a questa parte, registrano un impulso decisivo proprio dall'aver ammesso la necessità e praticato lo sconfinamento strutturale verso una storia esterna più complessiva, da intendersi come ragione, naturale ancor prima che morale, nel ridimensionare le imposizioni tecnicistiche, sociologiche, economicistiche, ecc. Va anche registrato, però, nella maggioranza dei casi, il mancato ritorno, non formalmente analogico ma effettivamente operante, dall'escursione storica alla progettazione; così che questa permane abbandonata a se stessa, recisa da ogni arricchimento conoscitivo potenzialmente innovativo. Infatti, è proprio da questo ritorno dialettico nel corpo dei fatti architettonici e urbanistici che lo sconfinamento storico trova garanzia di legittimità scientifica, cessando di essere paludamento retorico o metaforico (come avviene quando rimane prigioniero nell'astratto confronto delle ideologie), sofisma tautologico (quando non intende distaccarsi da puri riscontri morfologici), speculazione scienziata (quando impone una gerarchia

di proprietà che discende dalla quantità alla qualità), per trasformarsi attivamente in impulso operativo e verifica stessa del suo portato propositivo. In questo ritorno non è da vedere soltanto un tornaconto utilitaristico alla cultura della progettazione, ma anche e soprattutto un motivo di comprovata validità alla storia interna dei fatti architettonici svolta (perciò, autorevolmente) da storici-architetti.

In tal senso risulta pertinente l'osservazione di Alberto Tenenti su *Architettura, urbanistica e storia* (in *Nuova rivista storica*, a. LX, fasc. III-IV, maggio-agosto 1976, pag. 403): *E' visibile infatti che l'insieme degli elementi messi a profitto, ed estratti dalle discipline non specificamente architettonico-urbanistiche, costituiscono in queste indagini qualcosa che di volta in volta può essere qualificato come inquadratura, cornice oppure insieme di aspetti analoghi o paralleli o concomitanti ai fenomeni architettonico-urbanistici. Questi ultimi, e persino la loro formale trattazione, rimangono sostanzialmente separati dai primi, e se stanti, senza che appaiano dei veri e propri rapporti tra essi e gli altri ordini di elementi evocati. La mancanza di tali rapporti si manifesta in due modi principali. In primo luogo attraverso l'assunzione acritica di certe risultanze e di certe interpretazioni piuttosto che di altre, mutate dall'esterno, senza un serio sforzo di provarle dall'interno con le acquisizioni dell'indagine architettonico-urbanistica; in secondo luogo presupponendo che queste ultime non possono assumere un senso che alla luce di quelle risultanze o visuali.*

D'altra parte, Giovanni Berlinguer (nell'introduzione alla raccolta di saggi sulla *Storia della sanità in Italia*, Editore «Il pensiero scientifico», Roma 1978, pag. 11) muove dalla constatazione che una storia sanitaria d'Italia non è stata ancora scritta. Tale storia non esiste; ed anche in altri paesi la storia della medicina è vista più come evoluzione delle scoperte e delle tecniche, curative e preventive, che come parte del processo storico complessivo. Gli storici, d'altra parte, trascurano molto spesso l'influenza della sanità (malattie, medicina, organizzazione sanitaria) sulle vicende umane. Si tratta di una riflessione interpretabile come esigenza di una storia esterna della medicina da svolgere dialetticamente rispetto ad una storia interna, senza confini di pertinenza tra storici e medici e secondo le accezioni meno tendenziose emerse dal dibattito tra epistemologi (incrementatosi dalla raccolta di saggi su *Critica e crescita della conoscenza*, 1970, curata da Imre Lakatos e Alan Musgrave e, per l'edizione italiana, da Giulio Giorello, Feltrinelli, Milano 1976), dove il convergere e l'integrarsi dei due approcci risulta proteso alla crescita complessiva delle conoscenze, attraverso il recupero dei margini di significatività spesso rinvenibili fuori dai confini disciplinari o dentro le pieghe e le discontinuità delle loro logiche formalizzate.

Dando perciò come avvenuto lo sconfinamento contestuale delle ricerche che hanno più seriamente impegnato in questi ultimi quindici anni gli studiosi dei fatti architettonici e urbani, diventa invece prioritario assicurarne il ritorno applicativo, finalizzato a verificare e incentivare in modo spregiudicato lo stato attuale della progettazione.

Riprendendo ora le nostre considerazioni, nello sforzo di conquistare questo «ritorno», a puro titolo indicativo, rileviamo come la geografia della mobilità e l'ospedale, assunto a paradigma tipico, contribuiscano a dare corpo a una serie di supposizioni riguardante il regime fisico dell'insediamento. In Italia, per esempio, quanto influirono mali endemici, come la malaria e la pellagra, nel debilitare un'eccezionale armatura urbana distesa su tutto il territorio e nel ripristinare poi una concentrazione distorta sulle grandi città?

D'altro canto, di un embrionale azionamento della malattia è percepibile un segnale configurato assai addietro nel tempo, ben oltre la formazione di una tipologia propria, quando, nel passaggio dell'Economia feudale alle prime forme di Capitalismo, con mercati e borghi ebbe luogo una rifunzionalizzazione dell'agglomerato insediativo. Questo comportava, almeno nel *porto in terra* della città mercantile — per dirlo con lo storico Henri Pirenne —, il primo confinamento della popolazione improduttiva che, attraverso la carità, spostava la malattia dalla sede naturale del corpo alla concentrazione territoriale (come rileva Manlio Brusatin, a proposito del lazaretto, in *Spazio e potere assistenziale - Il muro della*



Filippo Brunelleschi, Ospedale degli Innocenti, Firenze, 1445-1455

peste, in *Controspazio*, a. XI, n. 1-2, gennaio-aprile 1979 e n. 3, maggio-giugno 1979), mentre è scontato che nell'economia agricola e nelle civiltà dove essa ha continuato a svolgere un ruolo determinante perdura la *famiglia curativa*, con forme di assistenza culturalmente decentrate, ancora in atto ai nostri giorni nelle diverse pratiche della medicina empirica. Questo comportava anche che, fin dal suo polarizzarsi, l'articolazione assistenziale (in lebbrosari, lazzaretti, ospizi, *Hôtel-Dieu*, ecc.) imprimesse un decisivo squilibrio a vantaggio della città, sia per quanto riguardava la gravitazione territoriale, sia per l'erogazione di servizi, sia per le occasioni di occupazione. Infatti, ad una zonizzazione della malattia corrispose già nel XIV secolo la costituzione di specifici ordini religiosi per l'assistenza a specifiche malattie, secondo una dinamica impressa dal Capitalismo fin dal suo apparire, che trasferiva caratteri articolati dalla gestione all'insediamento e viceversa.

L'introduzione nel XV secolo dell'impianto a *crociera* (a Brescia, Pavia, Milano) potrebbe risultare, per esempio, da una scelta presa senza altre premeditazioni, se non quella di una crescita edilizia secondo il modulo più usuale alla vita in collettivo (che dalla chiesa passa al convento e poi alla fabbrica civile), senza perciò trasferirvi implicazioni ideologiche d'ordine e di controllo, ma ereditandole di fatto attraverso la gestione e la pratica dello spazio.

La dinamica tipologica, tuttavia, non si sviluppò a ritmo costante e senso unico, ma verificò frequenti pause, discontinuità, ritorni.

In Francia, per esempio, essa si manifestò nel XVII secolo come tentativo della Monarchia di subentrare al Clero attraverso una gestione centralistica che istituiva l'*Hôpital Général* in ogni città, per sottrarre l'azienda ospedaliera alle municipalità borghesi (come qui riprende François Steudler da Michel Foucault in *Storia della follia nell'età classica*, 1961, Rizzoli, Milano 1963, pag. 73); successivamente, durante l'Illuminismo regio, precedente la Rivoluzione francese, quando la Corona tentò un'alleanza con la borghesia rurale a contenimento di quella urbana (secondo un disegno riuscito un secolo prima in Inghilterra, ma che qui risultò poi perdente), ad un programma di industrializzazione delle campagne corrispose, un programma di *igiene a domicilio* come solvente dell'ospedale, dispositivo di egemonia della città sulla campagna, di promiscuità e, quindi, anche di contagio. Ma per la sopravvivenza delle prerogative di potere urbano connesse all'ospedale, scienza e tecnica, ormai conquistate all'ideologia borghese, già erano in grado di riarticolare fisiologicamente il tipo a *padiglioni*, come antidoto alla patologia della concentrazione: «invano l'Illuminismo regio, appellandosi alle classi rurali nell'ultimo conato centralista-periferico di resistenza all'espansione del ceto medio urbano, cercò di accentrare e circoscrivere le ramificate relazioni territoriali e sociali dell'ospedale in un disegno radiocentrico e concluso, astratto da città e campagna, assonante con le restanti prove degli architetti del Re, poi detti *rivoluzionari* (Boullée, Ledoux), che sublimarono nell'allegoria dell'algoritmo funzionalista l'ideologia real-popolare. Mentre l'affermazione e la proliferazione del congegno funzionale nella seconda metà del XVIII secolo (si pensi al *panottico* dei fratelli Bentham, messo a punto tra il 1787 e il 1791) vengono attribuite (da Foucault, *Sorvegliare e punire*, 1975, Einaudi, Torino 1976) all'esigenza di controllo postulata dall'articolazione dei nuovi comportamenti instaurati soprattutto dalla borghesia urbana, ma la sua esaltazione in architettura sembra presentata e perfino preventivamente esorcizzata nell'ispirazione dei regi architetti francesi e inglesi (da Blondel a Ledoux, da Vanbrugh a Soane, rivisitati da Emil Kaufmann a partire dagli anni Trenta), che nell'impiego dell'impianto simmetrico,

a uno o due assi di simmetria, diedero corpo architettonico alla volontà di imprimere sul determinismo funzionalista la fermezza istituzionale dello Stato, reiterando la tipologia tradizionale a contenimento dei congegni e adattando le contaminazioni risultanti a nuove e diverse destinazioni. I loro corrispettivi nella tipologia ospedaliera si trovano nei modelli (che, dopo l'incendio dell'*Hôtel-Dieu* parigino del 1772, rifondano l'impianto assumendo il modulo di un letto per infermo) allestiti da architetti e medici-architetti come Antoine Petit, J.R. Tenon, Bernard Poyet, Charles François Viel in Francia e Thomas Dance, George Dance, John Howard in Inghilterra.

All'omologazione centralizzata dall'esercizio ospedaliero fece fronte nel XIX secolo la capacità di manovra dell'intrapresa, dapprima, discriminando l'inabilità degli assistiti secondo una casistica particolarizzata (indigenti, anziani, pazzi, infermi, ecc.); successivamente, una volta isolata la povertà, deospedalizzando la malattia e capitalizzandola attraverso l'assen- teismo reinvestito in pratica professionale privata, attraverso la legislazione ospedaliera e le regole deontologiche, attraverso la fondazione della clinica, dove si instaurò un nichilismo terapeutico finalizzato più alla speculazione scientifica che alla guarigione della malattia.

Se il tipo a *padiglioni* precedette la scoperta dell'immunologia, fu sicuramente questa ad imporre il diagramma funzionale in cui si concluse l'eclissi dell'architettura ospedaliera (areazione, diluizione, diradamento, ecc.). Fu la rivoluzione industriale ad imporre, un'altra volta, il confinamento della popolazione improduttiva, e la concentrazione conseguente riattivò l'azienda ospedaliera che si riarticolò anche nelle specializzazioni in cui si fondava una nuova gerarchia di competenze, ordini, categorie, poteri, appropriazioni di de- genti.

La malattia come probabilità, come casistica, la prevenzione, la tecnicizzazione, la progressiva trasformazione dell'ospedale da azienda di ricovero in apparato di selezione decidono della tipologia ospedaliera moderna che, riguardata storicamente, risulta razionalizzata su un modello perfezionato ma sostanzialmente ripetitivo del congegno di condensazione (dai casi alle apparecchiature) subentrato all'antica articolazione diffusa, direttamente e capillarmente a contatto della comunità insediata; e ciò sia che si tratti del diagramma disteso a *padiglioni* che di quello in verticale rattrappito nel blocco.

L'uomo moderno viene al mondo in una clinica e muore in una clinica: per conseguenza deve anche abitare in una clinica! Questo era l'assioma di un architetto di grido... (scriveva Robert Musil negli anni Venti, *L'uomo senza qualità*, vol. I, Einaudi, Torino 1957), ma risulta che gli architetti del Movimento moderno si siano perlopiù ritirati di fronte al congegno ospedaliero, lasciandolo ai particolarismi dell'ingegneria sanitaria e preferendogli magari temi collaterali: dalla *citè de refuge* al sanatorio, dal dispensario antitubercolare alla colonia elioterapica, alla *città di riposo e vacanze*. Forse per imprimere un'accelerazione funzionale a tipologie meno condizionate prescrittivamente (dacché lo è meno perfino la fabbrica), forse per estendere e articolare la misura di un comportamento nuovo su un terreno di maggiore frequenza e più lunga permanenza. Farebbe eccezione il progetto di Le Corbusier per l'Ospedale di Venezia del 1964-1965 (giudicato irrealizzabile perché ingestibile dalle commissioni di «esperti»), che infatti risulta promosso dalla tessitura di antichi e radicati rapporti morfologici e contestuali: prolungamento di un brano di città dove, strettamente connessa ai flussi vitali d'ogni giorno, egli prevedeva realizzabile l'architettura della salute.

François Steudler

REGIME E SAPERE: IL CASO FRANCESE

Per cogliere le caratteristiche essenziali delle strutture ospedaliere francesi e comprendere i problemi che devono affrontare attualmente ci proponiamo di analizzarle da un triplice punto di vista (1). In primo luogo, poiché l'ospedale è fortemente condizionato dal proprio passato, conviene inserirlo in un contesto storico capace di evidenziare i fattori di cambiamento: ruolo della tecnica e della medicina, modifiche dei sistemi di finanziamento, trasformazioni politico-amministrative, ecc. Solo attraverso un approccio che non trascuri la dimensione storica e globale, si può realmente comprendere quale sia la posta in gioco nel caso dell'ospedale. In secondo luogo, l'ospedale è un'organizzazione con fini molteplici, in cui coesistono funzioni diverse e talvolta contraddittorie: cure, insegnamento, ricerca, funzione sociale, funzione economica, ecc. (2). Conviene dunque

indagare come evolvano le diverse funzioni, quali siano quelle dominanti in un certo momento e quali gruppi tendano a svilupparle. Evidenziare le funzioni ospedaliere, in particolare quelle tendenzialmente un po' occultate dalla funzione dominante ufficialmente, cioè le cure, ci sembra essere il modo di comprendere in tutta la loro ricchezza le relazioni sociali interne all'ospedale e ad esso rivolte. Per concludere, l'istituzione ospedaliera è un gioco a più attori di cui occorre ricostruire le strategie. Nelle sue ricerche storico-sociali su di un ospedale, Charles Perrow, ha dimostrato che il controllo, nel lungo periodo, era in mano ai gruppi che svolgevano i compiti più specifici e più tipici nell'organizzazione (3). Conviene in ogni caso analizzare come i differenti gruppi controllano i cambiamenti e li facilitano o ritardano per difendere il proprio potere. Si tratta, in questa prospettiva, di non limitarsi all'analisi dei soli gruppi all'interno dell'organismo, ma di allargarla all'insieme delle forze interessate all'evoluzione dell'ospedale, al livello di ciò che Alain Touraine chiama l'*istituzione*, livello intermedio tra l'organizzazione da una parte e il potere economico dall'altra (4). L'ospedale, in effetti, non è un'unità isolata, ma un organismo, che reagisce ai cambiamenti esterni, stabilisce scambi e cerca di conservare una relativa autonomia nel contesto di un sistema di assistenza sanitaria e di un modo di produzione in cui si rinforza il controllo dello Stato e degli organi di finanziamento. L'evoluzione del sistema ospedaliero è così analizzabile a partire dai rapporti che si stabiliscono segnatamente tra Stato e amministrazione ospedaliera, organi di finanziamento, apparati di protezione sociale e professionisti (medici, personale paramedico, ricercatori, ecc.), mentre gli utenti vengono scelti attraverso la mediazione dell'opinione pubblica, delle comunità locali e della assistenza sociale.

Il sistema tradizionale (fino al 1850)

Per sistema tradizionale (5) intendiamo un insieme di caratteristiche strutturali dell'ospedale, che si mantengono, nonostante cambiamenti non trascurabili, fino alla seconda metà del Diciannovesimo secolo (6), e di cui ancor oggi si riscontrano determinati aspetti. La funzione essenziale dell'ospedale è quella di controllo della

devianza; luogo di ricovero più che di cure, rimane un'istituzione sotto l'influenza della Chiesa e delle Municipalità, su cui il potere centrale cerca di esercitare un controllo crescente.

Funzione sociale dell'ospedale

L'ospedale in questo periodo è istituzione dei poveri e dei vecchi piuttosto che dei malati, è luogo di promiscuità sociale dove si ammucchiano coloro che sono colpiti da malattia e miseria. È impossibile, del resto, separare funzione di cura e funzione di ricovero, ed è quest'ultima che domina tutta l'attività ospedaliera, soprattutto all'estendersi del pauperismo. Così, il potere regale cerca con il *Grand Rénferment* (creazione dell'Hôpital Général a Parigi nel 1656) di tenere sotto controllo una massa minacciosa di bisognosi e di combattere la disoccupazione (7). Attraverso l'assistenza, e in particolare grazie al ricovero, si realizza una specie di sottomissione all'ordine stabilito. Senza dubbio esiste anche il soccorso a domicilio: opere parrocchiali di carità, uffici municipali d'elemosine, soccorso a domicilio organizzato dal Re. Ma l'ospedale resta il centro dell'assistenza sociale, ha il compito di elargire effettive provvidenze (distribuzione di minestra e viveri, sussidi in denaro) e anche di organizzare cure a domicilio (8). Questo aspetto di ospitalità è messo in discussione da filosofi ed economisti nel Diciottesimo secolo; così, secondo Montesquieu, gli ospedali attirano i poveri, che sono sicuri di venirvi soccorsi; Turgot e il Comitato di mendicizia criticano le fondazioni ospedaliere in quanto beni improduttivi e sostengono che lo Stato dovrebbe organizzare delle specie di squadre mobili di cura a domicilio. Inoltre, l'ospedale è un vero focolaio di malattie, per le infezioni che vi si sviluppano e le epidemie che vi si propagano. La mortalità è molto alta in questo tipo di istituto in cui le tecniche mediche sono rudimentali e dove più della metà dei costi di spedalizzazione sono dovute alle spese per il vitto.

Un'istituzione di carità in mano alla Chiesa

Fino alla Rivoluzione la Chiesa esercita un largo potere di controllo amministrativo sui beni ospedalieri. Inoltre l'etica religiosa promuove l'intervento caritatevole che rende possibile il finanziamento dell'istituzione. Il fatto di aiutare il povero, immagine di Dio,

(1) Esponiamo qui in sintesi ciò che abbiamo analizzato più dettagliatamente in F. Steudler: *L'Hôpital en observation*, prefazione di A. Touraine, Armand Colin, Parigi 1974; *Les systèmes hospitaliers, évolution et transformations*, Centre d'Etude des Mouvements Sociaux, Parigi 1973; *Hôpital, profession médicale et politique hospitalière* in *Revue française de Sociologie*, XIV, n. speciale 1973, pp. 13-40.

(2) Cfr. la nostra ricerca in via di ultimazione su *Le cure, l'insegnamento e la ricerca nelle strutture ospedaliere*, oggetto della comunicazione *Soius, enseignement et recherche dans les structures hospitalières*, Research Committee: Sociology of Medicine, IX th. world Congress of Sociology, Uppsala 14-19 agosto 1978.

(3) Cfr. C. Perrow, *Goals and Power Structure, A historical case study*, in E. Freidson, *The Hospital in Modern Society*, The Free Press, Glencoe 1963, pp. 112-146; cfr. anche C. Perrow, *The analysis of Goals in complex organisations in American So-*

ciological Review, n. 26, dicembre 1961, pp. 854-866.

(4) L'impresa è un'istituzione in quanto è più di un'organizzazione, ma anche meno di un potere. E il luogo in cui le forze sociali negoziano e giungono a definire regole e forme del confronto, a istituzionalizzare il conflitto; in A. Touraine *L'entreprise: pouvoir, institution et organisation* in *La société post-industrielle*, Denoël, Parigi, 1969, p. 223.

(5) Sull'evoluzione storica dei problemi ospedalieri segnaliamo tre altre opere: M. Foucault *Naissance de la clinique*, PUF, Parigi 1963 trad. it. *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969 e *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Parigi 1972, trad. it. *Storie della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1976; J. Imbert, *Les hôpitaux en France*, PUF Parigi 1966; M. Jeorgier, *La structure hospitalière de la France à la fin de l'Ancien Régime* in *Annales*, settembre-ottobre 1977; M. Rochemaix, *Essai sur l'évolution des ques-*

(*) Direttore dell'UER (Unité d'Etudes et Recherches) - Travail et Etudes Sociales e del Centre de Recherche en Sociologie de la Santé all'Università di Parigi I-Panthéon-Sorbonne.

dà al cristiano la convinzione di essere fra gli eletti. Nonostante gli attacchi di Lutero contro l'acquisto della salvezza al prezzo di pie donazioni e malgrado lo sviluppo della tendenza alla laicizzazione, la posizione della Chiesa resta forte. In particolare è la Chiesa che fornisce il personale curante, grazie alla creazione di veri e propri ordini religiosi (Ordine del Santo Spirito, Fratelli della Carità, ecc.). L'ospedale è luogo integrato di religiosità, in cui spesso si esige dal malato che si confessi al momento dell'ingresso e in cui il ripetersi delle funzioni religiose ricorda che la Chiesa soccorre tanto le anime come i corpi. Durante la Rivoluzione francese si afferma l'idea che l'ospedale è un servizio pubblico e che la società ha una responsabilità collettiva di fronte a poveri e malati. Durante la Costituente molti Comuni cacciano i preti dagli ospedali; del luglio 1790 è la Costituzione civile del Clero, del novembre 1790 la Soppressione degli ordini religiosi. Ma l'azione dei Rivoluzionari verte più sul controllo amministrativo che sul personale, poiché numerose attenuanti intervengono a correggere la brutalità delle decisioni: il Decreto del 18 agosto 1792 permette, per esempio, alle suore ospedaliere di curare in abito civile i malati. Nel periodo dall'Anno V al 1848, definito da Maurice Rochais come reazionario, i religiosi ricostituiscono parte dei loro privilegi: cappellani e suore ritornano all'ospedale e le istituzioni private in Francia si moltiplicano.

Il controllo dello Stato si consolida e interviene il potere locale

Dopo la Rivoluzione assistiamo al rafforzarsi dell'azione dello Stato, mentre tende a svilupparsi il potere municipale. Si realizza una specie di divisione dei poteri: lo Stato si sforza di accentrare e coordinare il sistema ospedaliero mantenendo un controllo globale, la Chiesa si preoccupa soprattutto della pratica assistenziale e del Culto, i Comuni della gestione a livello dell'organizzazione locale. Si possono distinguere tre fasi: nella prima, che arriva al 1789, il Re tenta di imporre il suo potere in quei settori che vede sfuggire di mano al Clero. La creazione dell'Hôpital Général di cui abbiamo parlato, che riunisce in una unica amministrazione istituti già esistenti e che ha come compito di accogliere e alloggiare i poveri è, se-

condo Michel Foucault, la *'longa manus' dell'ordine monarchico e borghese*; struttura semigiuridica e non medica, che doveva estendersi in tutta la Francia dopo l'Editto del 16 giugno 1676, che stabilisce l'insediamento di un ospedale generale in ogni città del Regno, con *sovranità quasi assoluta, giurisdizione senza appello, diritto esecutivo contro il quale niente può prevalere: l'Ospedale Generale è uno strano potere che il re crea tra la polizia e la giustizia ai limiti della legge: il terzo stato della repressione* (9). Nella fase successiva, durante la Rivoluzione, sotto l'influenza del duca di La Rochefoucault-Liancourt, una politica accentratrice cerca di intaccare le basi religiose e i privilegi tradizionali della borghesia locale. Gli ospedali devono essere gestiti da un Comitato di sorveglianza; l'organizzazione è cantonale e non più municipale. Ma scoppiano le contraddizioni del movimento rivoluzionario, movimento essenzialmente borghese, che cerca appoggio nelle classi popolari per abbattere i privilegi della nobiltà: sorgono resistenze locali e soprattutto le difficoltà finanziarie minano alla base i progetti rivoluzionari: in seguito alla massimalizzazione dei beni ospedalieri, il patrimonio ospedaliero viene acquistato con titoli di credito svalutati; privati di più di tre quarti degli immobili e delle proprietà fondiari, alleggeriti di una parte importante delle rendite, sempre più dipendenti dall'aiuto dello Stato e dei Comuni, in un momento in cui lo sforzo bellico ha la precedenza sulla pubblica assistenza, privati degli aiuti delle congregazioni religiose, gli ospedali sono talvolta costretti a respingere i malati dagli istituti (10). Nella terza fase, che decorre dalla Convenzione di Termidoro e dal Direttorio, la tendenza si inverte: si constata un'oscillazione dal potere centrale al potere locale; rinascono le istituzioni private e la carità passa in primo piano. La Legge del 16 vendemmiaio Anno V (7 ottobre 1796) è una vittoria per i Comuni perché le amministrazioni municipali designano una commissione di cinque cittadini per Cantone per il controllo degli istituti ospedalieri (11). Il Periodo napoleonico in cambio, rinforza tutele e controllo finanziari; il vice-prefetto adempie le funzioni esercitate dalle amministrazioni municipali; si redigono le regole principali della contabilità (nozioni di budget, di

tions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours, Fédération hospitalière de France, Parigi 1959.

(6) Alcuni autori individuano una rottura di continuità nell'evoluzione dell'ospedale con la Rivoluzione francese, in base ad un'effettiva messa in discussione le strutture ospedaliere, già avvertibile nel corso del Diciottesimo secolo e alla nazionalizzazione e i beni ospedalieri. In realtà, i principi rivoluzionari non vennero applicati e con la Restaurazione e la Monarchia di Luglio si assiste ad un vero ritorno al passato. L'impronta di Napoleone è stata forse più duratura di quella dei rivoluzionari.

(7) Cfr. M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, cit., pp. 56-91, trad. it. pag. 67-112.

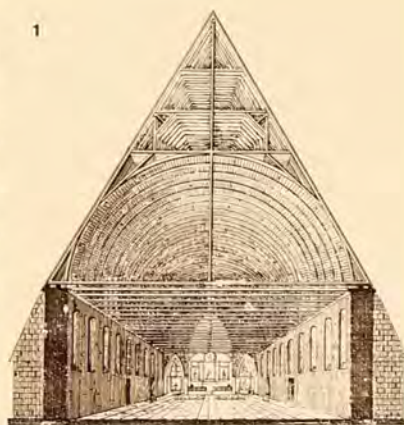
(8) Il ruolo sociale dell'ospedale non esclude una certa specializzazione, ma ancora poco individuata, eccetto forse con la Legge del 1838 che separa il mondo della follia da quello della malattia, prevedendo in ogni dipartimento un istituto

pubblico, destinato particolarmente a ricevere e curare gli alienati.

(9) In M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, cit. p. 61, trad. it. pag. 73.

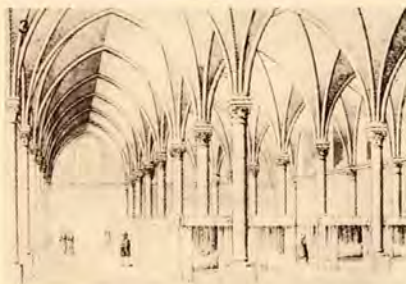
(10) Il 2 brumaio dell'Anno IV (Convenzione termidoriana) è però decisa la sospensione dell'esecuzione della Legge di nazionalizzazione dei beni ospedalieri; il 12 vendemmiaio dell'Anno IV viene deciso che i beni venduti devono essere rimpiazzati con beni nazionali.

(11) La Legge del 16 vendemmiaio dell'Anno V stigmatizza anche l'estremismo dei membri della Convenzione in materia di beni ospedalieri: La vendita dei beni ospedalieri prevista con la Legge del 23 messidoro dell'Anno II è definitivamente revocata; anzi, ospedali e ospizi devono recuperare gli immobili nazionalizzati ma non ancora venduti dopo questa data, o ricevere beni nazionali di valore equivalente a quelli venduti in Imbert, *Les hôpitaux en France*, cit., p. 42.



1. Sezione prospettica della Corsia dell'Ospedale Notre Dame des Fontenilles, Tonnerre (Francia), 1293. 2. Ospizio di mendicizia e di cura dell'Ordine delle Beghine, Amsterdam, 1545, in una veduta del XIX sec. 3. Primo edificio dell'Ospedale Julius, Würzburg (Germania), 1576-85. 4. J.G. Soufflot, Hôtel-Dieu, Lione, inizi. 1741. 5. N.M. Clavareau, Ingresso dell'Hôtel-Dieu, Parigi, 1803.

SOCIETÀ E ISTITUZIONI OSPEDALIERE



1. Veduta della corsia centrale dell'Ospedale della Carità, Parigi, XVII sec. 2. J. Beerblock, Veduta della corsia degli ammalati dell'Ospedale St. John di Bruges, 1778. 3. Hôtel-Dieu di St. Jean, Angers (Francia), 1153, in una incisione del XIX sec. 4. Una corsia del Middlesex Hospital, Londra, 1755, in un'incisione di T. Rowlandson e A.C. Pugin, 1808. 5. La Corte dei Tranquilli dell'Ospedale Salpêtrière di Parigi (di C.F. Viel, 1786) in un'incisione di Bertin, 1824.

conto amministrativo). Invece, durante la Restaurazione, riappaiono le élite tradizionali, il castellano, il curato, il notaio, nei consigli di carità. A metà del Diciannovesimo secolo regna una completa anarchia nel sistema ospedaliero, la cui ripartizione è molto ineguale; l'ospedale non è più aperto a tutti i malati e in certi Comuni, facendo valere il diritto di fondazione, si riservano dei letti per gli abitanti di quel Comune o per una certa categoria di ammalati. I cittadini sono privilegiati rispetto a chi abita nelle campagne, così pure i militari (12).

La professione medica si interessa poco dell'ospedale

Luogo di ricovero innanzi tutto, l'ospedale è di interesse limitato, per il medico, tanto più che anch'egli è relativamente impotente davanti a malattie e focolai d'epidemia che minacciano anche lui. Il numero di medici addetti in permanenza a un ospedale è molto ristretto, anche se aumenta sensibilmente nel Diciottesimo secolo (13). Poiché gli stipendi sono irrilevanti, medici e chirurghi tengono prima di tutto alla clientela privata. Da qui le lamentele circa l'assenteismo dei medici ospedalieri, di cui si fa portavoce il dottor Valleroux: *Ho in mano una lista di assenze nei servizi di medicina e chirurgia degli ospedali di Parigi nell'anno 1844. Non parlo neppure dei medici e chirurghi che sono stati da 50 a 100 giorni senza presentarsi all'ospedale, ma della situazione per cui ho potuto constatare che più di 8 medici e chirurghi si sono dispensati dal servizio per più di 100 giorni nel corso dell'anno e per cui potrei citarne tre che, benché in buona salute, sono stati dai 150 ai 200 giorni senza apparire negli istituti in cui erano dipendenti (14).* L'attività del medico resta, dentro e fuori l'ospedale, abbastanza arcaica; manca ancora una vera comprensione della ricchezza che l'ospedale offre sul piano della sperimentazione clinica, fatto che Vicq d'Azyr deplora: *Le malattie e la morte offrono grandi lezioni negli ospedali. Se ne trae profitto? Si scrive la storia dei mali che colpiscono tante vittime? Vi si insegna l'arte di osservare e di curare le malattie? Vi sono state istituite cattedre di medicina clinica? (15).* La riorganizzazione dell'insegnamento medico, quindi rimette in questione la deospedalizzazione della malattia e privilegia l'ospedale come luogo per l'osservazione clinica dove si forgia un'autentica pedagogia. Diversi progetti, in reazione al ciarlatanismo e alla preparazione insufficiente degli ufficiali sanitari, mirano a ricostituire il corpo medico e, mediante scuole di medicina, a riequilibrare la formazione medica con la clinica e l'insegnamento teorico. Il povero che finora ha trovato posto in ospedale offrirà le sue sofferenze in visione e diventerà oggetto di osservazione, a tutto vantaggio del ricco che sarà così ricompensato della capitalizzazione ospedaliera da lui consentita e a beneficio della scienza medica in pieno pro-

gresso: *L'ospedale diviene redditizio per l'iniziativa privata* scrive Michel Foucault a partire dal momento in cui la sofferenza che viene a cercarvi sollievo è mutata in spettacolo. *Aiutare finisce col rendere grazie alle virtù dello sguardo clinico (16).*

Il sistema professionale-liberale (1850-1940)

Dalla seconda metà del Diciannovesimo secolo fino circa alla fine della prima metà del Ventesimo secolo, l'ospedale è caratterizzato da quello che si può definire un *sistema professionale-liberale*: il medico comincia a entrare nell'ospedale; la medicina ospedaliera, pur a contatto con un'amministrazione che si burocratizza, mantiene una struttura liberale; il corpo medico resta relativamente autonomo e il suo comportamento nell'istituzione è affine a quello della pratica privata. Questo periodo è segnato dal progresso delle tecniche e scienze mediche e dallo sviluppo di un sistema di sicurezza sociale che modifica le caratteristiche dell'ospedale.

Questa fase si esaurisce nel momento in cui si opera una nuova svolta, con la Seconda guerra mondiale: è la Legge del 1941, che apre l'ospedale a tutte le categorie, seguita dalla creazione della Sécurité Sociale nel 1945, dall'inserimento dell'ospedale nella pianificazione e dall'importanza economica crescente che acquisteranno i problemi della salute.

Evoluzione delle scienze e delle tecniche mediche.

L'ospedale resta ancora il rifugio dei poveri, ma le tecniche mediche vi si introducono rapidamente. Benché resti un settore marginale rispetto ad altri settori dell'attività economica, beneficia degli effetti del progresso tecnico e la sua evoluzione è strettamente legata alle trasformazioni del capitalismo industriale. L'ospedale diviene innanzitutto luogo di cura. L'attività di cura aumenta, esige personale nuovo, maggiormente qualificato, e diventa preponderante rispetto alla funzione di ricovero: nel 1853 le spese di vitto rappresentano il 43% delle spese ospedaliere, nel 1938 rappresentano solo il 24,8%; le spese di personale nello stesso periodo passano dal 14,3% al 48,1% (17). La medicina clinica, il cui principio è l'osservazione più rigorosa possibile « al capezzale », in modo da percepire e rendersi conto delle affezioni è all'origine dell'interesse suscitato dalla medicina ospedaliera, che offre un campo eccezionale di investigazione. Peraltro, molto presto, gli effetti della scoperta di Pasteur sconvolgono le vecchie nosografie della medicina clinica; si scopre il gonococco (1879), il pneumococco (1881), il bacillo della tubercolosi (1882); si cominciano a conoscere le cause di alcune malattie e si avverte la necessità di laboratori per la ricerca. Le tecniche chirurgiche acquistano una nuova efficacia grazie all'antisepsi, messa a punto tra il 1867 e il 1874, all'asepsi che diviene prati-

ca generale e all'anestesia che elimina l'atrocità dell'operazione (18). La chirurgia, valendosi delle scoperte dell'anatomia e della fisiologia estende il suo dominio al sistema nervoso, al torace, al cuore, ai vasi circolatori. Grazie ai raggi x, l'ablazione dei focolai d'infiammazione diviene pratica corrente. Nel corso del Diciannovesimo secolo, la medicina non cessa di escogitare nuovi mezzi per penetrare all'interno dei condotti degli orifici naturali per apprendere il funzionamento degli organi; vengono messi a punto dispositivi per illuminare e osservare la gola in profondità, la laringe, il condotto uditivo, l'esofago e l'uretra. L'endoscopio si perfeziona grazie alla riduzione delle misure degli apparecchi e appare la biopsia. La misurazione fisica si generalizza: esame della pressione e della temperatura, conteggio delle piastrine, velocità di sedimentazione (tra il 1907 e il 1916), dosaggio dell'urea nel sangue, ecc. L'apporto delle scienze fondamentali, soprattutto dell'immunologia e della genetica, è considerevole; si scoprono alcuni degli enzimi fondamentali, le vitamine, gli ormoni, i sulfamidici e la penicillina. Il farmaco diviene l'ausiliario di qualsiasi trattamento.

Lo sviluppo dei sistemi di sicurezza sociale

Fu proprio della lunga serie di leggi sociali del Diciannovesimo secolo, scrive R.F. Bridgman, *il rendere possibili le contemporanee legislazioni ospedaliere, che, in molti punti, riprendono le idee degli Enciclopedisti e dei Rivoluzionari del Diciottesimo secolo* (19).

L'istituzione dei sistemi di sicurezza sociale permette lo sviluppo delle strutture di cura e reciprocamente il progresso della medicina rende necessaria l'esistenza di sistemi di finanziamento. Senza dubbio nel corso di questo periodo l'efficacia delle cure resta limitata ed è piuttosto il problema finanziario di un reddito sostitutivo, o di una indennità da ottenere in caso di malattia, a prevalere su quello del trattamento medico o dell'intervento chirurgico propriamente detto. Bisogna anche notare che la maggior parte delle leggi è inerente all'igiene, alla prevenzione, alla medicina urbana; ma il settore ospedaliero ne è fortemente interessato di riflesso. Soprattutto la salute, nel corso di questa fase, è divenuta per i lavoratori una posta fondamentale, a causa del peggioramento delle condizioni di lavoro e della degradazione delle con-

dizioni di alloggio in quartieri spesso insalubri. L'operaio quando si ammalava è ridotto a miseria totale. I mezzi tradizionali si rivelano inadeguati a garantirgli sicurezza e salute, nella misura in cui si sciolgono i rapporti che tradizionalmente legavano l'operaio al datore di lavoro. È necessario al lavoratore un sistema che gli consenta di non affidarsi più, per proteggersi, al futuro, all'assistenza o a un risparmio privato costantemente minacciato dalle crisi e dalle tempeste monetarie. Il capitalismo, come si vede con la Legge sull'assicurazione malattie promulgata nel 1883 in Germania o con il progetto Beveridge, cerca di garantirsi un equilibrio mediante la protezione dei più sfavoriti e di regolare il consumo escogitando enti che si assumono il carico della malattia. Si costituiscono in Francia società mutualistiche e una serie di Leggi, spesso risultato di lotte, vengono a proteggere i lavoratori: l'Assistenza medica gratuita (1839), la Legge sugli infortuni sul lavoro (1894) e soprattutto la Legge sulla sicurezza sociale (1928-30).

Il medico nell'ospedale: un notevole assai indipendente

Il medico ospedaliero si configura prima di tutto come membro d'una professione liberale; spesso non è che una specie di visitatore. In generale vi lavora un paio d'ore al giorno e per il resto si dedica alla clientela privata, che è la fonte principale dei suoi redditi, dato che dall'ospedale non riceve che un'indennità di presenza. Certi medici, per desiderio di migliorare le loro cognizioni e di osservare dei casi interessanti, si fermano talvolta nel pomeriggio. Il caposervizio conduce di fatto una vita analoga a quella del suo collega di città, con la sola differenza che egli fa capo ufficialmente all'istituto ospedaliero, da cui ricava prestigio e notorietà. Il corpo medico gode di larga autonomia professionale e di un invidiabile potere: *Di fronte all'amministrazione*, scrive Haroun Jamous, *è fin dall'inizio in posizione di forza, e il quadro giuridico che regola i rapporti fra praticanti da un lato e amministrazione ospedaliera o ufficio di tutela dall'altro, non fa che esprimere — persino nella sua stessa imprecisione e complicazione — un rapporto di forza in cui i medici hanno un ampio potere discrezionale* (20). Questo potere discrezionale è, secondo Jamous, la risultante di diversi tipi di potere non ancora differenziati: *un potere tecnico-carismatico*



(12) Si può vedere nella paga a giornata corrisposta ai militari l'origine della nostra paga a giornata.

(13) Cfr. C. Coury, *L'Hôtel-Dieu de Paris, Treize siècles de soins d'enseignement et de recherche* L'Expansion, Parigi 1969, p. 75: l'Hôtel-Dieu, che ha un medico nel 1626, ne ha tre nel 1638 e 131 medici o chirurghi nel Diciottesimo secolo.

(14) In H. Valleroux, *De l'Assistance Sociale, ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être*, Guillaumin et Cie, Parigi 1855, pag. 75, cit. in M. Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières*, cit., p. 153.

(15) In Vicq d'Azyr, voce *Abus* (abuso) del *Dictionnaire de Médecine*, Opere, Parigi 1805, tomo V, p. 64 cit. in M. Foucault, *Naissance de la clinique*,

cit., pag. 63, trad. it. pag. 80.

(16) In M. Foucault, *ibidem*, pag. 86, trad. it., pag. 104.

(17) Cfr. M. Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières*, cit., p. 330.

(18) Si è potuto constatare che l'antisepsi, introdotta da Semmelweis nel suo reparto maternità di Vienna, mal accolta dai suoi colleghi e quindi effettivamente diffusa da Lister nel 1867, ha completamente modificato l'aspetto dell'ospedale.

(19) In F. Bridgman, *L'hôpital et la cité*, Editions du Cosmos, Parigi 1963, p. 112.

(20) In H. Jamous, *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, CNRS, Parigi 1969, p. 64.

6. Veduta di una corsia del Massachusetts General Hospital, Boston, 1845. 7.8. St. Thomas's Hospital, Londra: veduta di una corsia all'inizio del 1900 e nel 1966. 9. Veduta dell'interno del Padiglione Marquand nel Bellevue Hospital, New York, 1893. 10. Veduta di una corsia dell'Ospedale Santa Cruz y San Pablo, Barcellona, 1905-10, nel 1968.

SOCIETÀ E ISTITUZIONI OSPEDALIERE



1. A. Thiers, J. Bardin, M. Favier, Maison Medicale, Chatillon-sous-Bagneux, 1934. 2. W. Vetter, Ospedale Louis Pasteur, Colmar, 1938. 3. R. Prudhomme e A. Turin, Ospedale Raymond Poincaré, Garches, 1938. 4. J. Mourre, Ospedale, Eaubonne, 1938. 5. R. e J. Brandon, Ospedale, Aulnay-sous-Bois, 1938. 6. M. Leborgne e R. Van Hove, Clinica ostetrica Reine Astrid, 1938.

basato sulla competenza e il sapere che solo i medici posseggono e che non ammette alcuna normativa nell'esercizio della loro arte, se non stabilita da essi stessi; un *potere di autodeterminazione*, derivante dall'appartenenza a una professione liberale con un proprio codice di valori; un *potere politico*, basato sull'estrazione borghese e sul complesso delle relazioni sociali che consentono loro, in qualità di notabili, di influire sulle decisioni locali.

Tendenza al prevalere dell'ospedale sulla Facoltà

In funzione, in particolare, dell'importanza assunta dalla medicina clinica, l'ospedale dalla fine del Diciannovesimo secolo tende ad avere il sopravvento sulla Facoltà: diviene centro di insegnamento della medicina e principale via d'accesso alle funzioni più alte nel campo medico. Naturalmente la Facoltà, dove la gerarchia resta ben salda, continua a rilasciare i titoli universitari. Ma l'ospedale tende a farle concorrenza sul piano più specifico, l'insegnamento, in quanto diventa luogo privilegiato di formazione. I corsi della Facoltà sono trascurati a favore delle attività e degli stages ospedalieri o della preparazione ai concorsi di esternato e internato. Questi esercitano un'attrazione non solo per la selezione che operano, ma per l'effettiva rispondenza alle necessità dei medici. Tuttavia l'Università mantiene un certo controllo, facendo dell'Ospedale il suo vivaio: non si contrappone alla carriera ospedaliera, ma ne fa la base da cui accedere ai titoli universitari. Questa convergenza delle attività ospedaliere e degli orientamenti universitari in direzione della Clinica è però all'origine di una grave disfunzione. Poiché i concorsi ospedalieri diventano la via obbligatoria per la camera ospedaliera e universitaria, ne vengono esclusi proprio coloro che hanno scelto la carriera universitaria pura, cioè essenzialmente i cultori delle discipline di base e tutti gli innovatori nel campo della ricerca. Tutti coloro che si lanciano nelle nuove discipline, biologia, biochimica, biofisica, sono costretti a seguire vie parallele (Facoltà di scienze, Istituto Pasteur, ecc.) e si trovano, di fatto, esclusi dalla struttura universitaria-ospedaliera.

Un'oscillazione tra potere centrale e potere comunale

Da una parte il controllo dello Stato tende ad accrescersi in quei settori dove i bisogni sociali sono molto forti, dall'altra si osserva spesso una rinuncia a intervenire. La posizione dello Stato diventa più forte in quanto il campo d'azione degli ospedali superava i limiti comunali e le leggi di assistenza, segnatamente dopo il Decreto del 1935, posero a suo carico una parte consistente delle spese ospedaliere (21). La creazione e la soppressione di istituti è regolamentata; la sorveglianza si accresce con la mediazione di prefetti e sottoprefetti; nel 1920 viene creato un Ministero spe-

ziale dell'Igiene, dell'Assistenza e della Previdenza. Ciononostante i Comuni acquistano un peso nuovo, soprattutto dopo la Legge del 1884 che stabilisce l'elettività dei Sindaci, i quali sono presidenti dei Consigli d'amministrazione degli ospedali in cui i Consigli comunali hanno due rappresentanti eletti a partire dal 1872. I contributi comunali si accrescono durante il Diciannovesimo e il Ventesimo secolo: rappresentano il 15% delle entrate nel 1853, il 18% nel 1898, il 27% nel 1938. Partecipando finanziariamente all'andamento degli istituti, definendo la nozione tradizionale di assistenza « compito comunale », i Comuni furono portati a reclamare le redini della gestione ospedaliera (22). Vengono così spesso lasciati al Comune o alla carità confessionale i problemi della pubblica sanità. Nonostante l'anticlericalismo della Terza Repubblica, le opere private di assistenza si moltiplicano, al punto da proliferare senza coerenza né programmazione, sfuggendo alla tutela dello Stato.

La situazione attuale: un sistema tecnico

Divenuto ai giorni nostri un *sistema tecnico*, e costituendo per ciò sempre più l'oggetto di una logica razionalizzatrice, l'ospedale è una burocrazia professionale tendente progressivamente verso una *leadership* ripartita.

Incremento tecnico e nuove necessità
L'ospedale perde fondamentalmente la sua funzione sociale di luogo di ricovero per diventare un centro tecnico in cui si effettuano gli interventi delicati, gli esami complessi, i consulti specializzati; si orienta verso la diagnostica delle malattie gravi e il trattamento dei casi acuti. L'ospedale diventa così un centro d'innovazione in cui si introducono apparecchi automatizzati spesso molto costosi: apparecchi di radiologia, *scanners*, bombe al cobalto, *monitor*, ecc. e in cui l'informatica diventa un aiuto indispensabile. Appaiono nuove discipline che esigono la presenza di tecnici diversi: chimici, fisici, elettronici, ingegneri biomedici, informatici...

Modifiche nella pratica

La pratica medica si modifica. L'identificazione della malattia proviene ora da una cifra di laboratorio, da un *cliché* radiologico, dal risultato di una biopsia. La malattia in numerosi casi, tende ad essere espressa in termini di probabilità e l'evoluzione stessa di alcuni casi si modifica nel caso che si utilizzino determinati trattamenti prima che sia stata accertata la diagnosi (23). Il lavoro diventa lavoro d'*équipe*, nel senso che le decisioni sono spesso collegiali e che per ogni malato si intrecciano una quantità d'atti e d'interventi, senza che questo comporti necessariamente un miglioramento dei rapporti umani. Da ciò deriva un'accresciuta necessità di personale qualificato, che corrisponde al processo di crescente divisione del lavoro. Le spese per il personale rappresentano così più del

60% degli impieghi dei fondi dell'ospedale. L'ospedale si divide in specializzazioni: la classificazione si fa per tecnica d'intervento (medicina chirurgica, che a sua volta si scinde in *chirurgia del duro e chirurgia del molle* e si diversifica in molte altre branche), per organi (cardiologia, pneumologia, neurologia, gastro-enterologia), per genere di patologia (malattie infettive, malattie del sangue, ecc.) per età dei pazienti (pediatria, geriatria). Nei grandi ospedali tutti tendono a specializzarsi in una patologia, in un organo, in una tecnica specifica: fibroscopia in gastro-enterologia, prelievo biopsia renale in nefrologia, ecc. Certo c'è una grande distanza tra l'ospedale a vocazione rurale e il Centro universitario ospedaliero, di livello regionale, talvolta nazionale e internazionale; e la distanza è anche molto forte tra il servizio di medicina generale che non è altro che un servizio di disimpegno destinato al ricovero dei vecchi e il servizio di medicina radio-isotopica. Ma ovunque viene contestata la funzione sociale dell'ospedale a profitto della dimensione tecnologica. L'invasione attuata dal sistema tecnico è tale che, sotto la pressione dell'opinione pubblica, come pure dei medici, non si accetta più che sopravvivano aspetti del sistema tradizionale, col rischio di cadere così, in una medicina ipertecnizzata e tecnocratizzante. La medicina universitaria-ospedaliera tende a divenire vettore e modello di qualsiasi sistema ospedaliero.

Una nuova dinamica ospedaliera: la Riforma universitaria-ospedaliera del 1958.

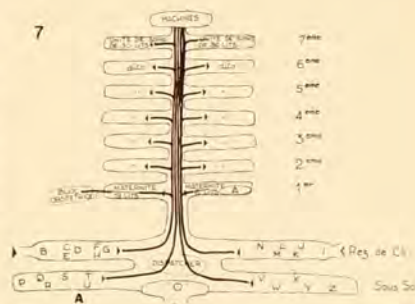
Abbiamo visto che nel *sistema professionale-liberale* il medico ospedaliero era poco integrato nell'istituzione e che le discipline di base e la ricerca non vi avevano diritto di cittadinanza. L'Ordinanza del 30 dicembre 1958 (detta Riforma Debré, dal nome del suo autore) che crea i Centri Ospedalieri e Universitari (CHU) ha per obiettivo proprio di rimediare a questa situazione adottando il principio del tempo pieno, integrando cultori delle discipline di base e ricerca e associando le attività di cura e d'insegnamento con la duplice appartenenza del personale medico universitario-ospedaliero (così ora vi sono le figure di capo clinica-assistente ospedaliero; assistente aggregato - medico, chirurgo specialista o biologo ospedaliero; professore - medico, chirurgo, specialista o biologo ospedaliero).

Questa Riforma, che è rimasta a lungo soltanto «sulla carta» ed è stata veramente realizzata solo dopo il maggio 1968 e dopo la Legge sull'orientamento dell'insegnamento superiore del 12 novembre 1968, è stata vista da certi clinici come uno spauracchio: da una parte perché suonava a morte per la medicina liberale, con il tempo pieno, e dall'altra perché introduceva il filone delle scienze di base con la stessa duplice appartenenza che per i clinici, fatto che rischiava di squilibrare i rapporti di potere nell'ospeda-

le. Haroun Jamous ha analizzato la genesi di questa Riforma mettendo in evidenza che essa ha potuto riuscire solo perché a favore del cambiamento si è avuto l'incontro di una pressione delle nuove categorie che incanalavano le rivendicazioni (cultori delle discipline di base, giovani medici che non avevano seguito il corso tradizionale, che militavano nei partiti politici e si raggruppavano tanto nelle correnti contestatarie quanto in quelle riformiste, ecc.) con una volontà convergente da parte del Governo. Questa Riforma, che non ha creato i CHU dal nulla, poiché questi Centri risultano da una associazione contrattuale ma obbligatoria tra le Facoltà o Scuole di medicina da una parte e i Centri ospedalieri delle città sedi di queste Facoltà o Scuole dall'altra, conservando a ognuno la propria personalità giuridica e i rispettivi organismi amministrativi, ha dato nuove forze all'Ospedale francese. Lo stretto legame tra cure e insegnamento e l'introduzione della ricerca hanno favorito lo sviluppo d'una vera «tecnostuttura» medica. Viene proposto un nuovo modello medico fondato sull'iperspecializzazione, il tempo pieno, l'interdisciplinarietà, e in cui si accresce la distanza tra un *collettivo di medici-mandarini* e le categorie esecutive (infermieri, aiutanti, ecc.) le cui condizioni di lavoro si degradano e divengono incompatibili con questa medicina scientifico-tecnica (mancanza di materiali, penuria di personale, assenza di collegamento tra i servizi centrali e i servizi di cura, ecc.) (24).

Una logica razionalizzatrice

Nello stesso periodo in cui l'ospedale entra nel sistema tecnico, e in gran parte proprio per questa ragione, esso diviene una posta economica e sociale. La coscienza dell'importanza dei problemi economici legati alla salute, debole subito dopo la Seconda guerra mondiale perché l'attenzione era rivolta soprattutto ai settori di produzione indeboliti o distrutti, non ha cessato di crescere, al punto che questo campo è diventato, oggi, una preoccupazione fondamentale di tutti i Paesi occidentali. Parlando di una *logica razionalizzatrice*, a proposito dell'ospedale, intendiamo una attitudine volta a pianificare, programmare, controllare per aumentare l'efficienza di un sistema che tende a seguire una sua propria logica. Non si tratta di un giudizio di valore sulla maggiore o minore razionalità del sistema. Questa logica tende a scavalcare le contraddizioni e a coordinare le differenti esigenze economiche, tecniche e sociali, e ciò a livelli diversi: di pianificazione, di riforma ospedaliera, di gestione dell'ospedale. L'ospedale, elemento centrale del sistema francese, rappresen-



7. P. Nelson, Schema funzionale per l'Ospedale di Dinan, 1964. 8. R. Katan, Progetto per un Centro sanitario cooperativo, Berny, 1967. 9. J.M. Lafon e J.H. Riedberger, Ospedale Henri-Mondor nel Centro ospedaliero e universitario di Créteil, 1970. 10. A. Wogenscky, H. Chauvet, J. Lavot, Facoltà di medicina, Necker (Parigi), 1970. 11. F. Leroy e A.W. Cargill, Centro traumatologico per i lavoratori dell'edilizia pubblica, Parigi, 1970.

(21) In M. Rochaix, cit. p. 187.

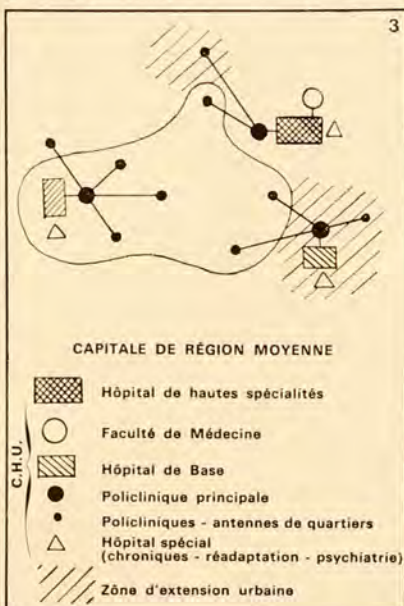
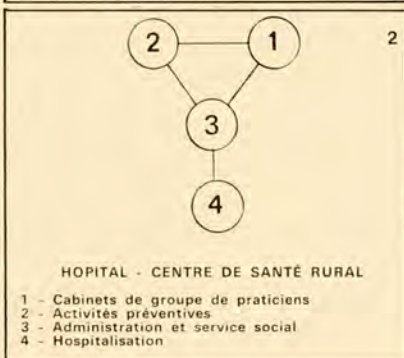
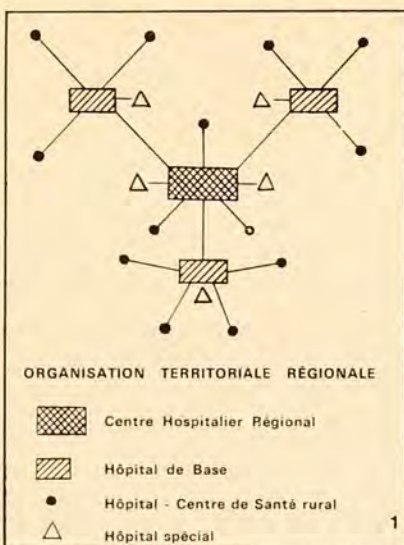
(22) Ibidem, p. 197.

(23) Cfr. J. Hamburger, *La puissance et la fragilité*.

Flammarion, Parigi, 1972, pp. 47-63.

(24) Cfr. S. Mallet, R. Rodriguez, H. Collin, *Mutation des structures mentales en milieu hospitalier: l'avènement de la médecine technicienne*, Convention CORDES, Laboratoire de Sociologie de la connaissance, Parigi 1971.

SOCIETÀ E ISTITUZIONI OSPEDALIERE



Schemi distribuiti del sistema sanitario francese sul territorio: 1. Schema di organizzazione territoriale a scala regionale; 2. schema funzionale di un Ospedale-Centro sanitario rurale; 3. schema organizzativo del sistema sanitario di un capoluogo di regione di media dimensione funzionalmente strutturato come Centro ospedaliero e universitario (CHU); 4. schema organizzativo

ta uno sbocco importante per diversi tipi di imprese (elettronica, laboratori farmaceutici, ecc.): è un datore di lavoro importante; ha bisogno di investimenti considerevoli. Pur avendo finalità di servizio pubblico, fatto che implica una serie di costrizioni (deve, per esempio, rispondere in ogni momento alla richiesta di cure che gli è rivolta), appare come una vera impresa in cui si introducono i metodi di gestione delle organizzazioni moderne. A questa dimensione economica, bisogna aggiungere l'aspetto sociale dell'ospedale, nella misura in cui si sviluppa un vero diritto alla salute e il ruolo della Sécurité Sociale diviene preponderante. Si possono ritrovare tendenze diverse di razionalizzazione in due esempi: la pianificazione ospedaliera e la Legge ospedaliera del 31 dicembre 1970.

Stato e pianificazione ospedaliera
Al liberismo del sistema professionale è seguita una politica pianificatrice mirante ad indebolire l'ampiezza delle contraddizioni e a realizzare un coordinamento.

Se all'indomani della Seconda guerra mondiale, lo sforzo di pianificazione insiste più sui settori produttivi danneggiati, con il III, IV e V Piano si afferma la volontà di attenuare le differenze regionali e di controllare la creazione degli ospedali. Il miglioramento del livello di salute sembra un autentico investimento. Il VI e VII Piano manifestano il desiderio di razionalizzare il sistema dandogli il massimo di efficienza. La razionalizzazione della scelta di budget compare allora nell'amministrazione sanitaria. In realtà, il piano, via di mezzo tra l'orientamento autoritario e l'iniziativa individuale, tende a divenire solo un fattore di riduzione delle incertezze più che un insieme coerente di obiettivi e, in un'economia scossa dalla concorrenza e dilaniata dall'inflazione, gli imperativi immediati di produzione tendono a soppiantare le decisioni a lungo termine, segnatamente in materia di servizi collettivi.

La Legge ospedaliera del 31 dicembre 1970

La Legge ospedaliera, come è noto, ha avuto come obiettivo di creare un servizio ospedaliero pubblico al quale partecipano gli istituti privati che rispondono a determinati requisiti e che concludono contratti di concessione con lo Stato per l'esecuzione del servizio ospedaliero. Una mappa sanitaria deve permettere la creazione e lo sviluppo degli istituti in funzione delle necessità. Di fatto, questa volontà di coordinamento urta contro gli squilibri tra pubblico e privato: il settore privato tende a sviluppare la sua attività nelle discipline « redditizie », mentre l'ospedale pubblico, che deve provvedere ai casi urgenti e non può selezionare il tipo di morbidità, ha soprattutto i casi poco remunerativi o che esigono apparecchiature costose. Inoltre, le funzioni di formazione, d'insegnamento e di ricerca, se pure costituiscono un importante vantaggio

perché assicurano un predominio tecnico e un certo monopolio, si ripercuotono in cambio, sul costo della giornata di degenza, che raggiunge livelli assai elevati. Alle misure volte a coordinare situazioni spesso in concorrenza fra loro, bisogna aggiungere le decisioni che hanno lo scopo di rendere più agile la gestione dell'ospedale e di associare il corpo medico.

Una burocrazia professionale

L'ospedale è la posta in gioco di una quantità di attori: poteri pubblici, rappresentanti locali, corpo medico, personale curante e personale tecnico, finanziatori, fornitori, che si ritrovano nelle diverse commissioni. Al livello degli organi decisionali, i rappresentanti, la Sécurité Sociale, i medici e il personale sono pressoché ugualmente rappresentati nel Consiglio di amministrazione. Il Consiglio è presieduto dal Sindaco e le sue decisioni sono esecutive quando hanno ricevuto l'approvazione delle autorità di controllo, cioè il Prefetto. Il Direttore dell'istituto, che assiste a questo Consiglio con voto consultivo, ha il compito dell'esecuzione delle delibere e gode di alcuni poteri (gerarchico, di nomina del personale medico, ecc.) che si sono accresciuti dopo la Riforma ospedaliera. A seconda delle porzioni dell'istituto, viene assistito da un'équipe di direzione più o meno nutrita (direttore generale aggiunto, direttore aggiunto, addetto alla direzione, assistente di direzione). Al livello degli organi operativi si trovano degli organismi che non hanno, di fatto, che voto consultivo: la Commissione medica consultiva, il Comitato tecnico e le commissioni paritetiche, i Comitati di igiene e sicurezza. Il corpo medico, che ha rappresentanti nel Consiglio di Amministrazione (il Presidente della Commissione medica consultiva è di diritto membro del Consiglio di amministrazione) si trova soprattutto rappresentato al livello della Commissione medica consultiva che dà il suo parere su tutti i problemi di tipo medico, e che, dopo la Legge del 31 dicembre 1970, deve obbligatoriamente dare un parere su budget e conti.

Analizzando le funzioni di queste commissioni, si potrebbe essere indotti a credere che l'ospedale è organizzato secondo uno schema piramidale: ma non è corretto mettere al vertice il Direttore e il Consiglio di amministrazione, e alla base i produttori di cure. In effetti, c'è una sfasatura tra l'organigramma e la realtà: i professionisti detengono un enorme potere, che esercitano un po' dovunque nell'ospedale e a tutti i livelli. Si può ricordare a questo proposito il doppio sistema di autorità (25) di Harvey Smith in cui si fronteggiano da una parte l'amministrazione che mette l'accento sui problemi finanziari, le regole giuridiche, e dall'altro il corpo medico che privilegia il servizio, l'urgenza, la competenza tecnica. Ciò che in realtà contraddistingue l'ospedale, rispetto ad altre organizzazioni industriali, è che

il gruppo più vicino al lavoro produttivo (con il personale curante) ha, in effetti, un'autorità carismatica così forte da permettergli addirittura di mandare in *corto circuito* la direzione, il cui potere è debole di fronte a medici di fama internazionale, che possono agire direttamente a livello ministeriale per ottenere e crediti e materiali. A causa di questa situazione, che tende a verificarsi più spesso negli ospedali di Parigi, dove di fatto il direttore locale ha poteri minori che in Provincia, si può parlare di un vero predominio professionale. In genere si tende ad opporre i professionisti alla burocrazia, come se esistesse una specie di neutralità dell'esperto, ma è costui che secerne la propria protezione, come giustamente osserva E. Freidson (26).

Nel caso dei CHU, la duplice appartenenza, oltre alla duplice remunerazione che ne consegue, ha dato al corpo medico un'autorità ancora maggiore. I titoli universitari, che sembrano avere oggi più valore di un tempo, quando i medici ospedalieri si identificavano più col loro corpo professionale ospedaliero che con le istituzioni statali dell'Università, accrescono l'autorità degli ospedalieri. Una specie d'unità medica ospedaliera si realizza intorno al Decano o Direttore di UER (Unité d'Etudes et Recherche). Il fatto di dipendere anche dal Ministero delle Università dà al corpo medico un'indipendenza maggiore di fronte al Ministero della Sanità e agli organismi della Sécurité Sociale, che finanziariamente garantiscono di fatto il funzionamento dell'ospedale.

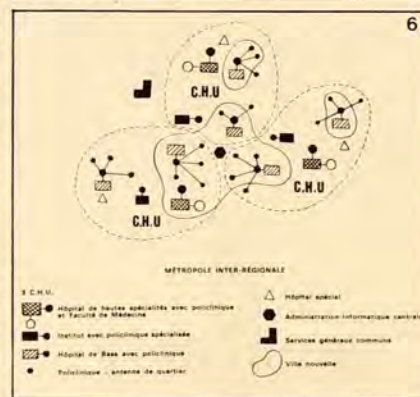
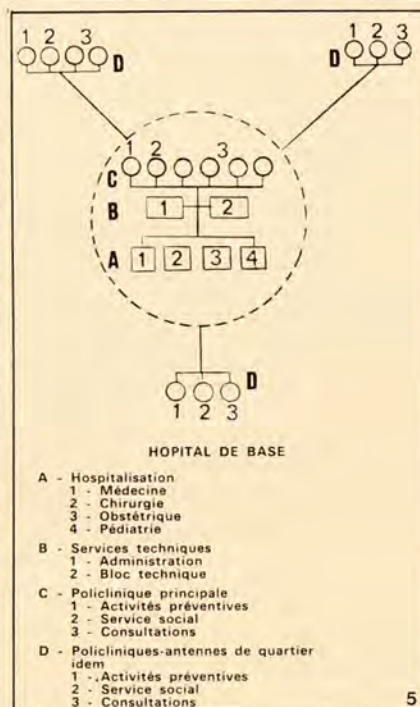
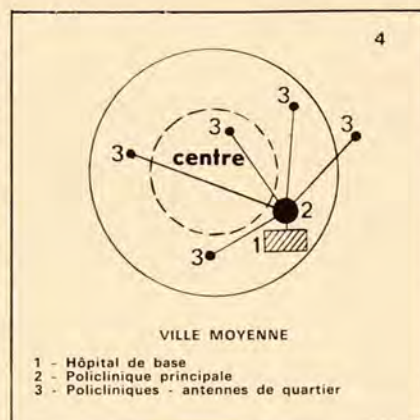
Verso una 'leadership' ripartita

In effetti, l'importanza economica dell'ospedale comporta un rafforzamento della burocrazia amministrativa e metodi di gestione sempre più sofisticati. Di fronte a questa evoluzione, l'atteggiamento del corpo medico non è totalmente omogeneo, e si assiste a degli avvicinamenti tra determinate categorie di amministratori e di medici. Alla posizione *tradizionale* di coloro che vogliono proteggere la loro indipendenza barricandosi nel servizio, senza partecipare alla gestione; al comportamento *iper-professionale* di coloro che vorrebbero che gli ospedali venissero diretti da medici (malgrado il rischio di diventare cattivi medici e cattivi amministratori) si oppone un atteggiamento *favorevole alla partecipazione* di medici che vogliono al tempo stesso prendere parte alle decisioni e avere di fronte un potere forte al quale potersi opporre quando è necessario. Quest'ultima strategia che si afferma soprattutto fra le giovani generazioni, tende a prevalere;

tanto più che i problemi economici della salute hanno modificato la posta in gioco e che la posta in gioco è che la mancanza di associazione tra l'amministrazione e i medici può condurre all'indebolimento di entrambi. In realtà, altri due attori tendono a giocare un ruolo sempre più decisivo: l'organizzazione dello Stato e la Sécurité Sociale. Quest'ultima, sotto la spinta sia delle esigenze padronali (che dopo la Riforma del 1967 tendono ad avere il sopravvento sulle rivendicazioni sindacali) sia dell'amministrazione statale che ne influenza fortemente l'organizzazione e le decisioni, è indotta ad esercitare un controllo crescente sull'ospedale, di cui assicura quasi la totalità del finanziamento del *budget* di funzionamento, e dove spesso non è sufficientemente rappresentata.

Si possono formulare due modelli di evoluzione: nel primo che si potrebbe chiamare *medico-amministrativo*, medici e amministratori ospedalieri (locali e regionali) si alleano di fronte allo Stato e alla Sécurité Sociale. Può esserci una prevalenza dei medici, ma è verosimile che si affermi una ripartizione dei poteri, con in più il personale curante e di servizio. Nel secondo, lo status professionale dei medici resta così forte che essi si appoggiano all'Università contro l'amministrazione ospedaliera e l'apparato centrale dello Stato. Senza dubbio questo modello, che interpreta una duplice logica, *scientifico-professionale* dei medici e *tecnico-burocratica* (amministrazione), si ritroverebbe più facilmente nei CHU. Ma dopo la Riforma ospedaliera del 31 dicembre 1970, l'insieme del servizio pubblico concorre all'insegnamento universitario e post-universitario, alle attività di medicina preventiva, alla ricerca medica e farmaceutica e all'educazione sanitaria. Gli ospedalieri che sono anche universitari giocano inoltre un ruolo dinamico su tutto il sistema, e segnatamente sulla professionalità. D'altronde, i problemi di formazione dei medici comporteranno nei prossimi anni, a causa delle trasformazioni scientifiche e tecniche, riorganizzazioni della pratica nel senso di un sempre più stretto collegamento dei professionisti con il luogo in cui originariamente si sono formati, cioè l'Università.

Sia che ci si orienti verso uno di questi modelli o che certi elementi dell'uno coesistano con determinati elementi dell'altro, ci si muove comunque verso una trasformazione dei rapporti tra attori sociali, trasformazione spiegabile in parte per l'importanza crescente che i problemi della salute assumono nell'economia nazionale.



del sistema sanitario di una città di media dimensione; 5. schema funzionale di un Ospedale di base; 6. schema organizzativo del sistema sanitario di una metropoli inter-regionale (da R.F. Bridgman, Le Plan sanitaire et ses rapports avec l'aménagement du territoire et l'urbanisme, in L'Architecture d'aujourd'hui, n. 150 giugno-luglio 1970, pagg. 2-4).

(25) Cfr. H. Smith, *Two Lines of Authority: The Hospital's Dilemma*, in AA.VV., *Patients, Physicians and Illness* a cura di E.G. Jacob, The Free Press New York 1958, pp. 468-477.

(26) Cfr. E. Freidson, *Professional Dominance*, Aldine Publishing Company, Chicago 1974, p. 128 e segg.

LOMBARDIA: NELLA «CA' GRANDA»

L'edificio unitario era incentrato su un cortilone di 65 per 73 metri di lato, con otto cortili minori che isolavano i rami delle crociere dei degenti; una complessa, ed al tempo stesso chiarissima, città del dolore e del silenzio, così grande che si chiamò da allora e per sempre la «Ca' granda» (1).

Il fatto che questa fabbrica dell'Ospedale Maggiore, ideata alla metà del XV secolo dal Filarete, fosse disegno e poi impresa di dimensioni veramente eccezionali, soprattutto se commisurate al perimetro murato della corrispondente espansione urbana, ci induce a ritenere che la sua tipologia rispondesse all'intento di trasferire e di incorporare all'interno, e addirittura al centro, della città quei luoghi (come, ad esempio, i lazzaretti, gli xenodochi, eccetera) dove avveniva capillarmente la raccolta della malattia, del dolore, della anomalia, della diversità, e costituisce prova che nel Quattrocento ci troviamo di fronte ad un momento di inventario e di riorganizzazione del passivo sociale, e quindi economico, di una struttura protocapitalistica già matura; momento che non a caso scorre intrecciando alle

fondamenta dell'Ospedale Maggiore quelle dell'Officina milanese e del suo mercato europeo (2).

Con la realizzazione dell'Ospedale Maggiore del Filarete, Milano e Lombardia offrono un campo d'osservazione privilegiata per lo studio della tipologia ospedaliera, che assume già in questo periodo precoce configurazione in sistema.

La cronistoria dell'origine dell'Ospedale Maggiore può significativamente affiancare alla grande fabbrica filaretiana: il precedente, sia nel tipo edilizio che nell'ordinamento amministrativo, dell'Ospedale Grande di Brescia (1447); la contemporanea edificazione (avviata anzi qualche anno prima, nel 1449) della grande crociera nell'Ospedale S. Matteo a Pavia, mutuata dagli esempi toscani dell'Ospedale di S. Maria Nuova a Firenze e di Siena; infine la rapida estensione del modello di queste prime realizzazioni a molte città lombarde: gli ospedali di S. Marco a Bergamo (1458), di S. Anna a Como (1468) di Lodi (1459), di Piacenza (1471).

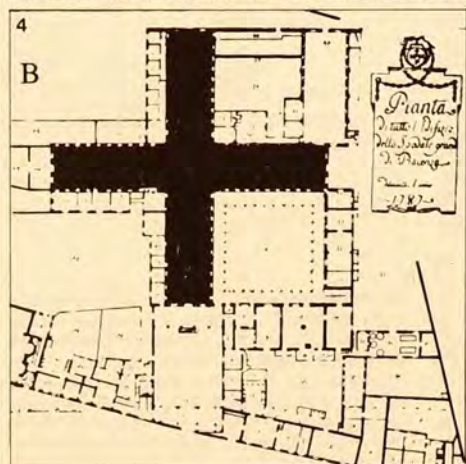
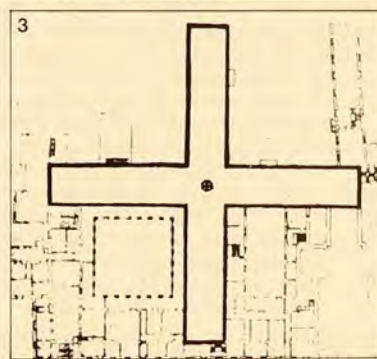
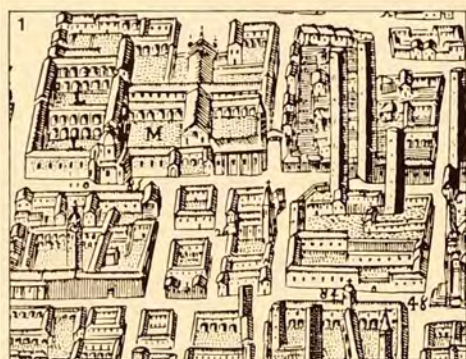
E noto come l'Ospedale Maggiore, sorto nel 1456 sotto l'alto patronato di Francesco Sforza,

rappresenti il culmine di una vasta operazione di riordino nella gestione dell'assistenza iniziata già sotto la Repubblica Ambrosiana in sintonia alla gerarchia ecclesiastica, che tradizionalmente svolgeva compito di controllo dei diversi ordini religiosi e confraternite laiche cui era demandato l'esercizio del soccorso al prossimo (3). Dal decreto arcivescovile, che nel 1448 scioglieva molti dei precedenti ospedali, gestiti prevalentemente da ordini religiosi e sparsi nella città e nel suburbio, per concentrarli — con nuovo statuto giuridico e amministrativo volto a laicizzarne la gestione — nel maggiore di essi, l'Ospedale del Broglio nei pressi della Porta Romana, fino alla definitiva sanzione sforzesca di tale riunificazione, matura un processo di consolidamento e accentramento di funzioni prima diffuse che contrassegna una profonda trasformazione della città e dei suoi rapporti con il territorio.

A fronte del caso milanese risulta allora particolarmente significativa la simmetrica vicenda dell'Ospedale S. Matteo di Pavia, dove analogo consolidamento e accentramento funzionale e amministrativo dei nume-

rosi ospedali preesistenti scioglie e riconduce nell'ambito del disegno egemonico ducale (non a caso lo Sforza è benefattore sia dell'Ospedale pavese che della Ca' Grandà), fondato sul ruolo centralizzatore di Milano, la storica contesa di culture e produzioni che la tradizione di complessa autonomia del bacino pavese teneva ancora aperta con il capoluogo lombardo. Se dell'intrapresa sforzesca e filaretiana dell'Ospedale Maggiore risulta difficile trascurare gli aspetti politico-istituzionali, che rimandano alla ricomposizione dei poteri nel quadro del riassetto del Ducato; o quelli culturali, relativi ad una rinnovata concezione dell'assistenza, con un più diretto e consapevole mandato al governo pubblico che pure reinterpreta e rinvigorisce le istanze caritative dello spirito religioso; o ancora quelli strettamente edilizi-funzionali, che identificano l'Ospedale Maggiore come primo nucleo di dottrina dell'edilizia ospedaliera, è tuttavia nella comprensione della sua ragione strutturale che si rende possibile coglierne adeguatamente la portata innovativa. A tal fine risulta meno eccentrica la considerazione del-

1. Ospedale della Pietà, detto anche di S. Matteo, Pavia, 1449. 2. Ospedale Grande, Brescia, 1447. 3. Ospedale Grande di S. Marco, Bergamo, 1458. 4. Ospedale Grande, Piacenza, 1471. 5. «La Festa del Perdono» quadro di vita ospedaliera nel grande cortile dell'Ospedale Maggiore, dipinto



L'INTERNAMENTO DELL'INFERMITÀ

6



7



anonimo del XVII sec. 6. P. Gilardoni, Ospedale Fatebenefratelli, Milano, 1824. 7. G. Aluisetti, Ospedale Fatebenesorelle, Milano, 1836. 8. C.F. Sou-



8



ve, Ospedale di Codogno, 1781. 9. Ospedale civile, Vimerate, 1783. 10. Ospedale di Gorgonzola, 1860.

l'Ospedale Maggiore dal punto di vista del carattere complesso di prototipo di grande azienda moderna che ad esso è attribuita. Sotto questa specie l'autonomia giuridica e amministrativa è strumento che correla e rende reciprocamente funzionali molteplici concentrazioni materiali e culturali: quella economica, mediante una gestione avanzata che accumula, e reinveste, risorse finanziarie e patrimoniali attraverso la capillare raccolta di lasciti e beneficenze; quella antropologica, che raduna un'umanità ancora composta (ammalati, poveri, orfani, inabili, anziani, ecc.) ma resa tendenzialmente omogenea rispetto alla categoria di valore economico espresso da una manodopera ormai preziosa nel decollo di un sistema produttivo manifatturiero, aperto ai mercati europei, di cui va contenuto il più possibile il passivo nell'investimento di capitale; quella funzionale, che smista e coordina un articolato e polivalente circuito assistenziale su cui si innestano forme di acculturazione produttiva volte a guadagnare redditività sia al bilancio aziendale che a quello sociale (4); quella spaziale, in cui

la distribuzione delle mansioni terapeutiche costituisce solo un segmento di un complesso diagramma di attività, di assistenza ma anche di approvvigionamento, di produzione, di servizi verticalizzati (5); infine, la concentrazione e trasmissione di conoscenza: *L'effimera Università, costituita nel 1447 dalla Repubblica Ambrosiana, era cessata nel '50, ma i reparti ospedalieri ne avevano ereditata la tradizione ed erano divenuti una palestra di perfezionamento per medici che avevano conseguito la laurea negli antichi, famosi Studi Generali di Pavia, Bologna, Padova* (6). E agevole allora collegare al salto di scala nel tipo a crociera che il Filarete attua nell'Ospedale Maggiore, la dimensione di microcosmo, di città funzionalmente condensata e totalmente rappresentata architettonicamente, in cui la malattia stessa diventa funzionale all'incentivo finanziario: carattere, questo, rinvenibile già all'origine dell'istituzione ospedaliera, che ne costituisce il nucleo di maggior resistenza nel corso della sua evoluzione storica, pur nella variabilità del rapporto instaurato con l'insediamento e anche al

di là del salto tecnologico che si indurrà nella funzione. Torna utile seguire le vicende ospedaliere lombarde sul filo del dissidio che, dopo la buona prova data dal compromesso sforzesco, contrappone al Capitolo laico, che regge l'Ospedale Maggiore, l'Arcivescovo Carlo Borromeo, quando questi rivendica a sé la tutela amministrativa oltre che spirituale del nosocomio. Il contenzioso istituzionale si apre in un momento particolarmente critico per la città. Il tracollo della struttura produttiva manifatturiera, la crisi delle corporazioni di mestiere, l'aumento massiccio del pauperismo e della disoccupazione di manodopera, irreversibilmente sradicata dalle vecchie condizioni di produzione, trasformano il problema della riabilitazione della malattia in una più ampia necessità d'intervento sull'insieme dei fattori di degradazione sociale. Il fondamento di una nuova concezione etica dell'assistenza, protesa a una attiva responsabilizzazione individuale e collettiva sul destino umano e al coinvolgimento personale del destinatario, in quanto soggetto morale, prima che oggetto di pietà, nello sforzo di reintegra-

zione sociale; l'instaurazione di un comportamento militante e di massa e il rilancio (insieme a un più rigido controllo che ne limita l'autonomia) delle Pie Congregazioni caritative; la chiamata da Roma a Milano dell'Ordine di S. Giovanni di Dio a fondarvi quello che diventerà nel 1588 l'Ospedale Fatebenefratelli, rappresentano l'intento borromeo di un nuovo regime assistenziale conseguente al più ampio programma di riorganizzazione dei rapporti di produzione volti a garantire condizioni di investimenti produttivi decentrati nelle campagne entro un nuovo sistema di presenze insediative che sottraggono al capoluogo e alle città l'esclusiva delle occasioni di produzione, di acculturazione, di socializzazione. Con le riforme austriache (già sotto Maria Teresa, ma soprattutto con Giuseppe II), che sciolgono le Confraternite religiose e unificano sotto un'amministrazione centralizzata la gestione assistenziale, si precostituisce la definitiva divaricazione tra varie attività di assistenza e funzione ospedaliera in senso stretto. La polivalenza ancora rinvenibile fino alla metà del Diciottesimo

(segue)

UDC 725.511 (091)(45.2)

secolo nell'intreccio multiforme e diffuso di sussidi economici, di capillare soccorso agli indigenti, di assistenza terapeutica vera e propria viene istituzionalmente incanalata secondo rigide attribuzioni di pertinenza, ciascun settore tendendo a riassorbire e riprodurre al proprio interno un universo di particolarizzate prescrizioni istituzionali, comportamentali, tipologiche. Così alla suddivisione, nella Riforma giuseppina del 1784, del sistema assistenziale in quattro dipartimenti amministrativi (Ospedali; Orfanotrofi ed Istituti di educazione; Luoghi Pii Elemosinieri; Alberghi per i vecchi e gli incurabili) corrispondono, da un lato, lo svolgersi della storia delle odierne *istituzioni totali* (ricordiamo l'Ospedale per folli alla Senavra nel 1780, le Case di lavoro volontario nelle diverse città, la Casa di lavoro forzato a Pizzighettone e la Pia Casa degli Incurabili ad Abbiategrasso del 1784); dall'altro, il preannunciarsi nell'ospedale, una volta razionalizzato il diagramma interno, sminuito lo spessore di ampia sovrapposizione e contaminazione, normalizzato il rapporto con la città, della disponibilità ad adeguarsi all'im-

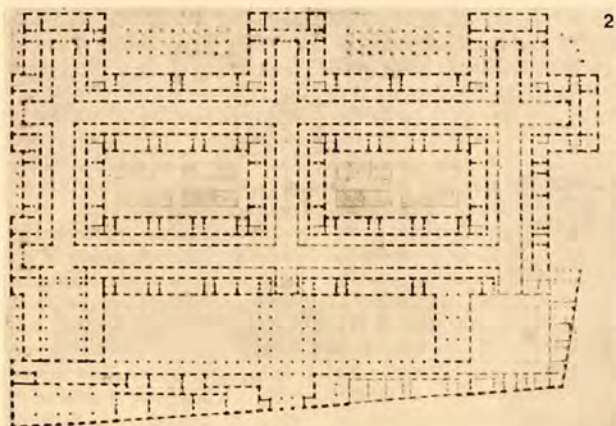
pronta funzionalistica della nuova cultura dominante. Ciò si accentuerà con l'insorgere di nuove spinte centrifughe alla gravitazione ospedaliera (come l'estendersi delle misure di polizia sanitaria, l'affermarsi di provvedimenti di prevenzione con le prime esperienze di vaccinazione di massa, l'avvio di una sistematica strumentazione di osservazioni relative a specifici fenomeni di endemica morbidità, come la pellagra), che tenderanno, sul finire del Diciottesimo secolo, a identificare tutto il corpo sociale e non più solo la malattia categorizzata, come oggetto e obiettivo di intervento sanitario. La spinta alla progressiva disarticolazione interna dell'ospedale e alla crescente estraniamento da una logica generale di sviluppo della città si legherà, sullo scorcio dell'Ottocento, all'imporsi definitivo del tipo a *padiglioni*. Il successo di questo modello nella proliferazione ospedaliera lombarda tra Vecchio e Nuovo secolo pare significativamente riflettere, al di là della riduzione tecnicistica che lo vorrebbe dedotto dai dettami sempre più obbliganti di una scienza medica in rapido sviluppo, un

più generale dato ideologico di suddivisione del sapere, di sistematica classificatoria e categorizzante riscontrabile, strutturalmente, nell'impulso alla crescita frammentaria e segregata che contemporaneamente viene impressa alla città. Non stupirà pertanto di trovare analoghi impieghi tipologici per diverse funzioni urbane: come nell'ospedale così per esempio nell'università l'alto grado di isolamento e introversione verrà successivamente istituzionalizzato nella stessa adozione terminologica di *città degli studi*, *città ospedaliera*, ecc. Ma il processo di riduzione dell'ospedale all'esclusiva valenza autoriflessiva e la funzionalizzazione al nuovo regime produttivo dell'incipiente industrializzazione non presenta un paradigma omogeneo. A metà dell'Ottocento la vocazione costruttivista di Alessandro Antonelli ripropone a Novara, dietro gli stilemi neoclassici dell'Ospedale di Carità, la scala dimensionale e il carattere di attrezzatura civile che, in un sistema di corrispondenze ad altre architetture della città e di altri centri del contesto novarese, ricerca nuova trama di connessioni urbane e territoriali; così come già pri-

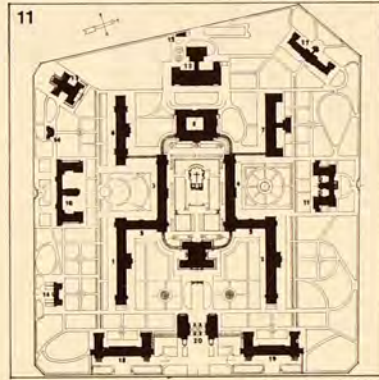
ma, nella Milano prerisorgimentale, le compatte volumetrie degli ospedali Fatebenefratelli e Fatebenesorelle, nell'approdo metropolitano di Porta Nuova, corrispondevano a utenze provenienti da un largo intorno territoriale, mentre già da tempo ci si apprestava, nei maggiori centri agricoli dell'*hinterland*, a fronteggiare necessità emergenti da un contesto rurale in profondo riassetto: ad esempio, i neoclassici ospedali di Codogno, costruito ancora nel 1781 su progetto di Carlo Felice Soave, e di Vimercate nel 1783, o, più tardi, quelli di Gorgonzola nel 1860, di Cernusco nel 1877, di Magenta nel 1876, ecc. Ancora, a cavallo di Secolo, la tendenza involutiva dell'ospedale è contenuta e riequilibrata laddove una spregiudicata borghesia imprenditoriale estende la ragione d'investimento capitalistico a quella di una particolare mobilitazione culturale volta a costituire, attraverso un organico circuito di servizi di cui l'ospedale rappresenta uno dei caposaldi, un potenziale di elevato condizionamento del rapporto officio-insediamento: come a Gallarate e Legnano, con i richiami gotici e romani-

1. Ospedale Uboldo, Cernusco sul Naviglio (Milano), 1877. 2.3. A. Antonelli, Ospedale Maggiore di Carità, Novara, 1850: pianta e prospetto. 4.5. C. Boito, Ospedale civico, Gallarate, 1871: prospetto e veduta. 6. L. Brog-

gi, Ospedale civile, Legnano, 1904. 7. C. Maciachini, Ospizio di S. Giuseppe per Cronici, Milano, 1875. 8. E. Speroni, Ospedale Policlinico: Padiglione Litta, Milano, 1895. 9. E. Griffini, Padiglione Granelli nell'Ospeda-



ALLA ZONIZZAZIONE OSPEDALIERA



7. *le Policlinico, Milano, 1932. 10. Ospedale Policlinico, Milano, iniziato alla fine del XIX sec.; planimetria. 11. G. Marcovigi, E. Ronzani, G. Arata, Nuovo Ospedale Maggiore a Niguarda (Milano), 1932; planimetria.*

ci attivati da Camillo Boito nel 1871 e Luigi Broggi nel 1904. Troveremo invece nel completamento — a partire dal primo Dopoguerra — dei padiglioni dell'Ospedale Policlinico e degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano l'evidenza di un'accentuata deformazione del rapporto con la città, che tradisce sostanzialmente il valore dell'adesione alle forme espressive neoromaniche che nel primo padiglione, realizzato nel 1895 su lascito della Famiglia Litta (e come già nell'Ospedale S. Giuseppe costruito in Via S. Vittore nel 1875 su progetto di Carlo Maciachini), la tradizione benefica della classe dirigente milanese aveva avuto modo di manifestare. La mancanza di un piano organico, l'accostamento casuale di clinica a clinica, la particolaristica risoluzione di ogni padiglione in se stesso suggeriscono, più che un difetto di previdenza della classe dirigente, una sorta di ottimismo fiducia nelle sorti di un'acquisita egemonia che parallelamente va indirizzando la città verso una espansione commerciale e terziaria dove l'intervento pubblico è supporto alla rendita dell'iniziativa privata (singolare è il

fatto che nella figura del medico Giuseppe Mangiagalli, Sindaco della città in quegli anni, promotore degli Istituti Clinici di Perfezionamento e dell'Università alla Città degli Studi, coincidano obiettivi di governo pubblico e capacità di condizionamento del potere politico espressa direttamente, altre volte anche conflittualmente, dall'interno della gestione amministrativa dell'istituzione ospedaliera). Fino al consumarsi di tale processo nel 1932 con il trasferimento dell'Ospedale Maggiore alla nuova sede di Niguarda, ai margini della città: nell'inerte ipertrofia della città ospedaliera si rattrappiscono i rapporti con il contesto (poco prima, nel 1926, erano stati istituiti ospedali di circolo nei maggiori comuni del territorio dell'ex Ducato, che prima affluiva interamente alla Ca' Granda) e, perduta di vista l'organizzazione di una moderna gestione aziendale (che già nei paesi capitalistici più avanzati aveva introdotto il nuovo tipo a monoblocco), si concretizza sintomaticamente l'istanza di massimo controllo e corporativizzazione del corpo sociale e della città.

Pellegrino Bonaretti

(1) In Giuseppe De Finetti, *Milano Risorge, 1943-1945, in Milano - Costruzione di una città*, Etas Kompass, Milano 1969, pag. 38.

(2) In Guido Canella, *Per un museo metropolitano - Inventio translatio depositio*, in *Hinterland*, a. 1, n. 4, luglio-agosto 1978, pag. 19.

(3) Cfr. Giuseppe Castelli, *Gli antichi ospedali e la unificazione ospedaliera milanese del XV secolo*, Cordan, Milano 1938, e Pio Pecchiai, *L'Ospedale Maggiore di Milano nella storia e nell'arte*, Pizzi e Pizio, Milano 1927.

(4) «...i diciotto deputati al governo dell'Ospedale attuarono fin dal '400... quel sistema «planetario» o «stellare» che i tecnici ospedalieri del nostro secolo propugnano come una novità e non riescono a vedere realizzato. L'Ospedale della Nunciata fu l'ospedale «generale» per i malati acuti di normali forme mediche e chirurgiche, ed il centro di accoglimento e di smistamento delle altre diverse specie di malati o di bisognosi di ricovero. I mentecatti erano avviati, invece, all'Ospedale di San Vincenzo; i tubercolotici e, quando si manifestò il flagello della sifilide, anche i «brossolosi», all'Ospedale del Brolo; i piagati e i cancerosi a San Lazzaro; i cronici, secondo le infermità, e i vecchi, erano distribuiti fra il Brolo, San Dionigi, San Simeone e Sant'Ambrogio. Gli infanti esposti ed i bambini, maschi e femmine, avevano ricovero in San Celso; le femmine, fuori dell'età infantile, in Santa Caterina «al ponte dei fabbri» e

nell'Ospedale di Donna Buona. Per i casi di pestilenze funzionavano alcuni lazzaretti... Il «personale» si reclutava da sé, in modo spiccio: poiché era, in massima parte, costituito dai «figli» e le «figlie» dell'ospedale, cioè dagli esposti o abbandonati, che nell'ospedale avevano ricevuto sostentamento, educazione ed istruzione; e dalle pie persone, uomini e donne, che, destinando ad esso i loro averi, gli dedicavano anche gratuitamente l'intera loro attività. In Consiglio degli Istituti Ospitalieri, *L'Ospedale Maggiore di Milano nel cinquecentesimo anniversario della fondazione*, a cura di Salvatore Spinelli, Milano 1956, pagg. 9-10 e pag. 12.

(5) Ed anche una specie di autarchia industriale, per cui alla molitura delle farine, alla fabbricazione e cottura del pane, alla vinificazione, al lavoro di beccheria, si provvedeva nell'ospedale. Le uve e il grano, la segale ed il miglio, la frutta, le verdure, il riso, provenivano dalle possessioni ospedaliere, vaste e pingui sin dal '300, per le donazioni di grossi poderi fatte da Bernabò Visconti agli Ospedali del Brolo, di Santa Caterina, di Sant'Ambrogio e di Donna Buona nel 1359 e nel 1366. In Consiglio degli Istituti Ospitalieri, cit., pagg. 10-11.

(6) In G. C. Bascapè, *L'assistenza e la beneficenza a Milano dall'Alto medioevo alla fine della Dinastia Sforzesca*, in AA.VV., *Storia di Milano*, Fondazione Treccani degli Alfieri per la Storia di Milano, Milano 1957, vol. VIII, pag. 411.

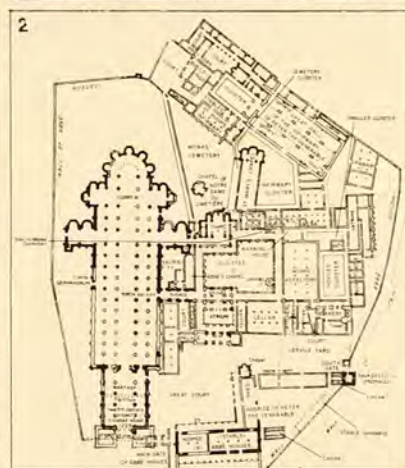
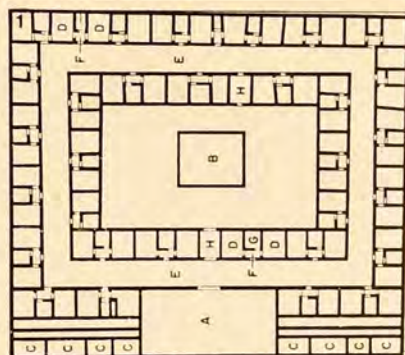
Sergio Brenna

ALLE ORIGINI DELL'OSPEDALE CONTEMPORANEO: TRA H. FORD E T. GARNIER

Ancora oggi, nonostante la generale maggior attenzione posta in ogni campo d'indagine al legame dialettico tra istituzioni e loro ruolo sociale nell'ambito dell'organizzazione dei diversi tipi di società, sono assai rare le interpretazioni dell'evoluzione dei caratteri organizzativi e tipologici delle attrezzature sanitarie ed ospedaliere che le riconnettono organicamente al ruolo via via assunto dall'assistenza sanitaria nei diversi contesti economici e sociali. Le interpretazioni ancora oggi più diffuse e correnti, infatti, tendono ad accreditare la tesi che il rapporto-chiave di lettura delle modificazioni verificatesi negli assetti organizzativi e tipologici delle istituzioni e degli organismi sanitario-ospedalieri, a partire dalla rivoluzione scientifica della medicina (attuata negli anni che corrono tra il 1800 e il 1850 circa) in poi — da quando, cioè, si è andato progressivamente affievolendo il ruolo di isolamento dal corpo della società di quanti fossero socialmente o fisicamente inadatti alla produzione, ruolo che l'istituzione ospedaliera aveva storicamente svolto agli inizi della rivoluzione industriale con gli *Hôtel-Dieu* e le *work-house* (1) — il rapporto-chiave di lettura, dicevo, sia quello, tutto interno ad una concezione di autonoma determinazione delle discipline medico-sanitarie, che lega le modificazioni negli assetti tipologico-

organizzativi delle attrezzature ospedaliere al corrispondente evolversi delle conoscenze e delle pratiche medico-sanitarie. Così, all'affermarsi delle scoperte di Pasteur sulle infezioni microbiche corrisponderebbe la tipologia dell'ospedale a *padiglioni*, funzionale, appunto, all'isolamento dei fattori infettivi; mentre al successivo sviluppo dei mezzi di controllo delle infezioni microbiche (sterilizzazione, chemioterapia, eccetera) e al conseguente venir meno di tale necessità di isolamento, corrisponderebbe automaticamente l'affermarsi dell'ospedale a *monoblocco*.

La concreta analisi delle sequenze storiche è in grado di porre ampiamente in crisi questa impostazione di riduttivo meccanicismo evolutivistico (i primi esempi di ospedale a *padiglioni* risalgono alla metà del 1700, assai prima, quindi, dell'affermarsi e del diffondersi degli studi di Pasteur, e permangono, in concomitanza ad ospedali a *monoblocco*, anche quando la lotta alla diffusione infettiva possiede ormai ben altri mezzi che l'isolamento fisico). Ma ciò che qui interessa maggiormente far rilevare è l'assunto ideologico che sottostà a questa impostazione, quello, cioè, che dissocia le interpretazioni dell'evoluzione delle istituzioni ospedaliere dalle condizioni e dalle esigenze sempre più complesse dello sviluppo capitalistico, che sempre più strettamente andava legandole alle proprie esigenze di produzione, nel doppio ruolo di istituzioni preposte alla conservazione e al recupero della efficienza fisica della forza-lavoro e di terreno di applicazione delle stesse tecniche di organizzazione del lavoro, che si andavano estendendo e generalizzando nella fabbrica. In realtà, più che il passaggio dalla tipologia a *padiglioni* a quella a *monoblocco*, in cui pretenderebbe di trovare legittimazione il riferimento a motivazioni di carattere esclusivamente sanitario, ciò che va colto è, invece, il prevalere, sopra una concezione che tende a riconnettere i caratteri dell'organismo sanitario a quelli dell'intera città, di una concezione, fondata sia su motivazioni di carattere teorico-ideologico che su esigenze di ordine pratico, che isola l'organismo ospedaliero esaltandone le esigenze tecnico-organizzative di carattere aziendale. Si pensi soltanto a come negli stessi anni, attorno al 1915, si assista da un lato, a Lione, nell'ambito del programma di lavori pubblici promossi-



1. Pianta del Valetudinarium, Vindonissa, I sec. d.C. 2. Complesso monastico-ospedaliero della Abbazia di Clugny.

Sarebbe orribile ammalarsi qui, e se a qualcuno venisse in mente di portarmi all'Hôtel-Dieu vi morirei di sicuro...

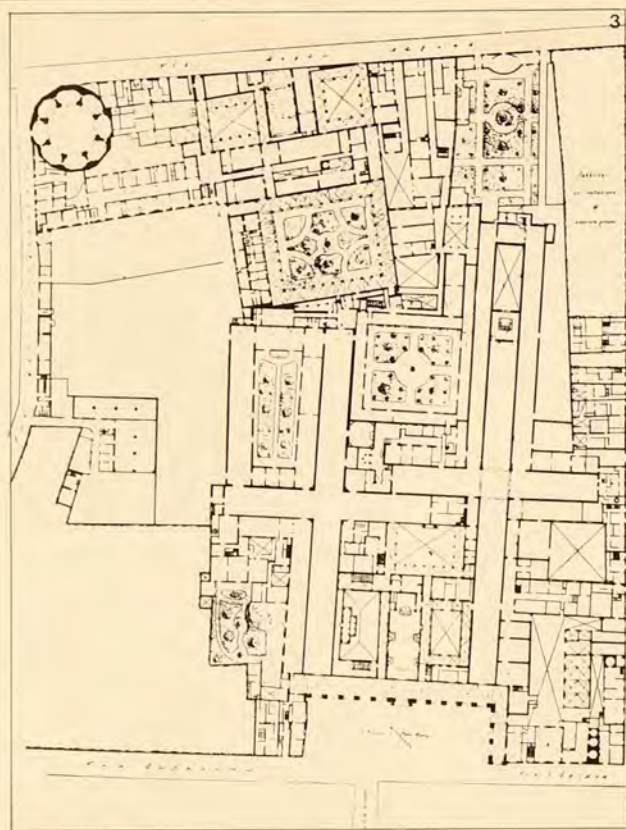
Questo eccellente Hôtel è molto antico, già ai tempi del re Clodoveo vi si moriva in pochi letti. Ora si muore in 559 letti. In serie, naturalmente. Con una produzione così enorme ogni singola morte non è proprio ben eseguita, ma non importa. E' la quantità che conta. Oggi chi dà ancora valore a una morte ben fatta? Nessuno. Si muore come capita; si muore la morte spettante alla malattia che si ha (poiché da quando si conoscono tutte le malattie, si sa anche che i diversi esiti letali pertengono alle malattie, non agli uomini; e il malato non ha per così dire nulla da fare).

Nelle cliniche, dove si muore così volentieri e con tanta riconoscenza verso medici e suore, si muore una delle morti previste dall'istituto; è cosa che piace.

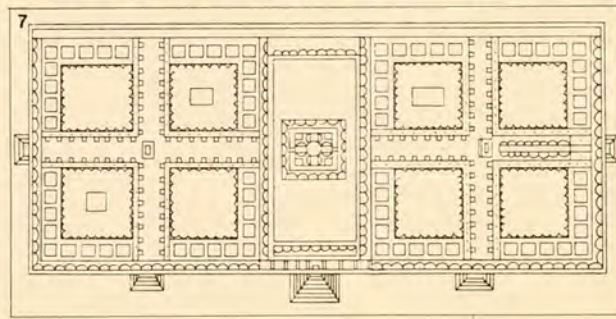
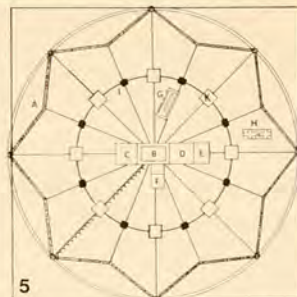
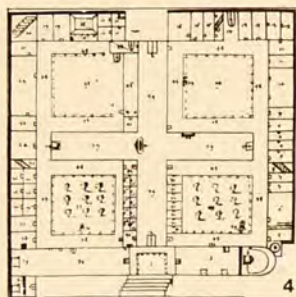
Rainer Maria Rilke, *I quaderni di Malte Laurids Brigge*, 1910, Garzanti, Milano 1974, pp. 4-5.

Sin dai tempi più antichi la presenza di un'assistenza sanitaria organizzata, configurata in forme istituzionali e con una dotazione di servizi e di edifici propri, fu subordinata ad obiettivi di carattere prettamente sociale: essa sussisteva in tali forme per quella che, in quei tempi, era l'unica causa « sociale » di invalidità: la guerra. Malattie, epidemie, infortuni erano considerati eventi « na-

(1) Cfr. A. Cherubini, *Dottrine e metodi assistenziali: 1789-1848*, Giuffrè, Milano 1958.



zia di Cluny, 1157 ca. 3. Ospedale di S. Maria Nuova, Firenze, 1286. 4. Ospedale di S. Matteo, Pavia, 1449. A. Averlino: 5. Progetto con indica-



zione delle attrezzature civiche per la città ideale di Sforzinda, 1460; 6.7. Spedale dei poveri o Ospedale Maggiore, Milano, 1457: prospetto, pianta.

turali» dello stare al mondo e, come tali, ad essi avviavano i singoli individui con i più disparati espedienti e con pratiche religiose che istituivano un rapporto interpersonale tra l'individuo e la divinità. Il sorgere di organismi, talora anche rilevanti dal punto di vista architettonico-edilizio, con compiti assistenziali a carattere sociale fu, quindi, essenzialmente rivolto alla cura, o quanto meno al ricovero, di quanti avessero subito invalidità di guerra: dai *valetudinaria* romani all'enorme complesso dell'*Hôtel des Invalides*, fatto costruire a Parigi fra il 1670 e il 1735 da Luigi XIV per ospitare i reduci invalidi, si confermò così un criterio di utilità sociale, che identificava il proprio metro nella funzione di sostegno strutturale agli assetti economici e politici vigenti, svolta dall'esercizio delle armi e della guerra.

Al di fuori di questo ristretto mandato, sino al primo rifiorire della scienza medica in Europa, verso il XV secolo, e alla successiva riformazione scientifica della medicina, dagli inizi del Settecento in poi, il ruolo sociale assolto dagli organismi preposti alle funzioni assistenziali fu essenzialmente quello della segregazione di quegli individui « costituzionalmente » asociali che erano gli indigenti. A

questa categoria appartenevano necessariamente i malati, i vecchi, gli inabili al lavoro, data la loro incapacità a procacciarsi giorno per giorno di che sopravvivere. Per costoro la specificità dell'azione terapeutica si risolveva quasi esclusivamente nella funzione di sollievo morale agli infermi prestato dalle congregazioni religiose che in quei luoghi di segregazione sociale svolgevano la loro missione. Conseguentemente a questo ruolo denegatorio attribuito all'assistenza, in tutto questo periodo il problema di una definizione tipologica di questi organismi permanette assai sfumato e circoscritto alla risoluzione caso per caso di alcune elementari esigenze igieniche di aereazione e di vicinanza ai corsi d'acqua per l'evacuazione dei rifiuti, mentre il rapporto con l'insediamento fu determinato principalmente dalla vicinanza o dalla coincidenza con gli edifici che ospitavano gli organismi religiosi (monastero, abbazia), da cui si venne mutuando la soluzione dell'aula a più navate, e, successivamente, delle aule disposte a croce attorno ad un altare centrale.

Questo rapporto di confusa commistione con gli insediamenti monastici e religiosi venne sciogliendosi a partire dal Quindicesimo secolo, con il prepotente

affermarsi dell'esigenza di un carattere più prettamente « civile » e di grande attrezzatura urbana, che venne esprimendosi attraverso l'enuclearsi di organismi autonomi. L'esempio più completo di questo processo è fornito dall'Ospedale Maggiore di Milano, iniziato nel 1456 su progetto di Antonio Averlino detto il Filarete, e che nei due secoli successivi costituì il costante riferimento tipologico più volte ripreso, anche se con minor o nessuna capacità di riprodurre la singolare sintesi tra carattere funzionale dell'istituzione ed espressione tipologica che in esso si realizza. La singolare maturità con cui quest'opera si distaccò dalle realizzazioni coeve va, con ogni evidenza, inquadrata nell'ambito del tentativo sforzesco di consolidare il potere centrale del Ducato di Milano, accentrando e concentrando sotto il diretto controllo del potere politico — anche se la pratica gestione veniva ancora lasciata ai religiosi — la frammentaria sovrapposizione di istituzioni assistenziali di iniziativa privata e religiosa, disperse in Milano e in tutto il territorio del Ducato. L'istanza ad un'autonomia rappresentativa « civile », di cui si è detto, e il carattere di attrezzatura urbana dotata di una propria specificità funzionale — l'Ospedale era

uno degli edifici pubblici, insieme al Palazzo del signore, alla Cattedrale, al Teatro, alla Piazza civica e a quella del mercato, previsti dal Filarete quali attrezzature civiche per la Sforzinda, la città ideale da lui immaginata e schematizzata — resero, quindi, necessaria la definizione di una configurazione tipologica adeguata e congruente alla complessità delle funzioni di vita associata che l'Ospedale veniva ad assumere in sé. Conseguentemente, il ruolo di elemento di base nell'organizzazione dell'impianto tipologico venne assunto dal sistema della grande corte centrale e delle corti minori porticate, che costituì il momento di aggregazione e di esplicazione del carattere e del modo, complessamente sociale e civile, di realizzarsi dell'assistenza sanitaria. Attorno a questo nucleo di organizzazione tipologica, che definisce il regime di comportamento collettivo nell'uso dell'organismo ospedaliero, si inseriscono, per così dire « in negativo », i bracci delle croci che contengono le sale destinate alle degenze, distribuite da un complesso sistema di servizi e di percorsi disposti ad intercapedine lungo i bracci medesimi, dove si collocano anche alcuni ingegnosi sistemi di ventilazione. Questo ruolo di complessa at-

STORIA DI UNA METAFORA TIPOLOGICA

so dall'Amministrazione guidata dal radicale Edouard Herriot, alla realizzazione da parte di Tony Garnier dell'Ospedale di Grange-Blanche, nel quale egli non fece che tradurre in pratica, in un primo nucleo, i principi generali che avrebbero dovuto presiedere alla costruzione di una intera città fondata su esigenze di carattere moderno, cioè su un assetto ordinato e salubre e sulla produzione industriale al tempo stesso (2), come egli aveva teorizzato nei suoi studi sulla *Cité Industrielle* del 1901-1904; mentre negli Stati Uniti, sotto la spinta ad un crescente sfruttamento intensivo della redditività dei suoli, nell'adeguamento ad una immagine urbana ormai codificata e resa imperante dall'uso — funzionale all'appropriazione privatizzata — del lotto urbano ritagliato a scacchiera dalla maglia della rete viaria, e soprattutto, come vedremo, nel prevalere della estensione all'intera società in una dimensione mai registrata prima delle concezioni e delle esigenze di carattere aziendalistico, compaiono i primi esempi di ospedale a *monoblocco*, vale a dire risolti con edifici non sostanzialmente dissimili, quanto a tipologia, dagli altri edifici destinati ad uffici o ad altri tipi di servizi.

Uno degli esempi più sintomatici, da questo punto di vista, è quello dell'Ospedale Ford di Detroit. Anche se Ford non intervenne direttamente nel prescrivere assetti tipologici radicalmente nuovi — quando Ford lo rilevò nel giugno del 1914, infatti, l'Ospedale era già in parte edificato, col che si deve presumere che gli schemi a *monoblocco* in linea o accentrati avessero già cominciato ad avere qualche diffusione, benché ospedali di grande importanza, quali il Peter Bent di Boston ed il Johns Hopkins di Baltimora, nel 1913 continuassero a venir costruiti secondo lo schema a *padiglioni* — tuttavia egli ebbe un'influenza determinante nella modificazione dell'organizzazione ospedaliera secondo criteri omogenei a quelli dell'attività di fabbrica e nella loro rapida diffusione e generalizzazione. Del resto, non a caso i primi studi dei coniugi Frank e Lillian Gilbreth sull'analisi dei tempi e dei metodi, che risalgono al 1913, ebbero come campo d'indagine e di applicazione l'organizzazione ospedaliera (3). Henry Ford, proprio perché precursore dell'applicazione di un determinato tipo di tecnica produttiva — il lavoro parcellizzato e in catena — fu anche precursore dell'applicazione dell'aziendalismo con una estensione sino ad allora inusitata, ma non per questo meno pesantemente segnata dal paternalismo e dal moralismo.

John Dos Passos, il celebre romanziere americano, nel suo libro del 1936

dal titolo *Un mucchio di quattrini*, con rapidi e graffianti tratti, allinea in brevi capitoli scene di vita americana di quegli anni tratti dalla cronaca quotidiana ad impietose note biografiche sui «grandi Americani» che rappresentavano altrettanti miti della sua epoca (e fra questi val la pena qui di ricordare, per la oggettiva convergenza ideologica che essi rappresentano nella costruzione di quello che sarcasticamente Dos Passos chiama il *Piano Americano*, quelle su Frederick Winslow Taylor, su Thorstein Bunde Veblen, su Thomas Alva Edison). A proposito di Ford egli dice:

...La prima volta che Ford annunciò che i ben sbarbati e decentemente sposati lavoratori americani che cercassero un posto avevano la possibilità di far cinque dollari al giorno (naturalmente venne fuori che c'era qualche condizione; c'era sempre qualche condizione)

una tal folla smisurata aspettò davanti all'officina di Highland Park per tutta quella notte sotto zero di gennaio

che ci fu un tumulto quando s'aprirono i cancelli; poliziotti rupero teste, postulanti tirarono mattoni, e proprietà, la di Henry Ford, andò distrutta. Le guardie della compagnia dovettero aprire la pompa-incendi per respingere la folla.

Il Piano Americano; automovente prosperità che gocciola dall'alto; venne fuori che c'erano condizioni.

Ma quei cinque dollari al giorno pagati a buoni, decenti lavoratori americani che non bevevano né fumavano né leggevano né pensavano

né commettevano adulterio e le cui mogli non tenevano pensione, fecero ancora una volta dell'America uno Yukon per tutti gli stremati lavoratori del mondo;

fecero tutti i macinini e l'era automovente, e di passaggio

fecero di Henry Ford, l'automobilere, l'ammiratore di Edison, l'amante degli uccellini,

(2) Edouard Herriot, nella prefazione alla pubblicazione sui *Grands Travaux de la Ville de Lyon*, Parigi 1920, così descrive l'impegno che li guidò: *Con lui ho percorso la Germania e la Danimarca per mettere insieme il piano di un ospedale veramente scientifico, rispondente alle preoccupazioni di una filantropia illuminata e alle esigenze dell'insegnamento. Con lui io ho concepito la città operaia, che dovrebbe offrire ai lavoratori delle nostre città sovrappopolate un'abitazione igienica e decorosa; attrezzature sanitarie e città divengono, così, momenti di un unico disegno politico e sociale e di una nuova concezione dell'insediamento urbano e dei suoi organismi.*

(3) Cfr.: Redazionale, *Frank Gilbreth's Great Plan to Introduce Time-Study into Surgery*, in *America Magazine*, n. 3, marzo 1913, pp. 48-50; L. M. Gilbreth, *Time and Motion Study*, in *The Modern Hospital*, n. 3, settembre 1945; e, più in generale, H. E. Smalley, J. R. Freeman, *Hospital Industrial Engineering*, Reinhold Co., New York 1966.

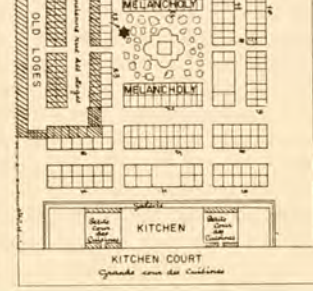
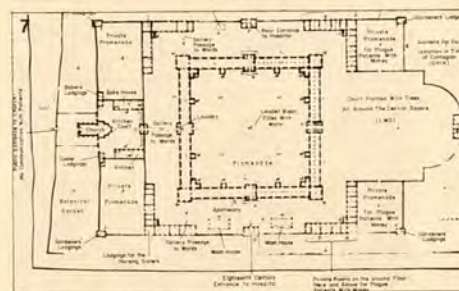
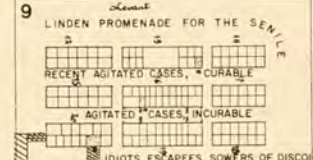
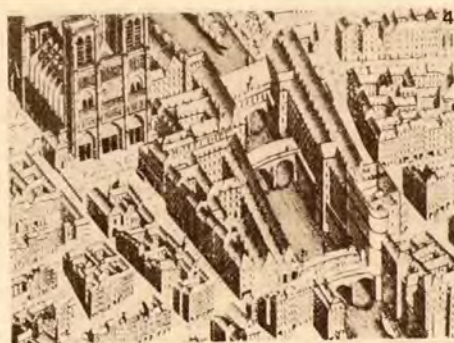
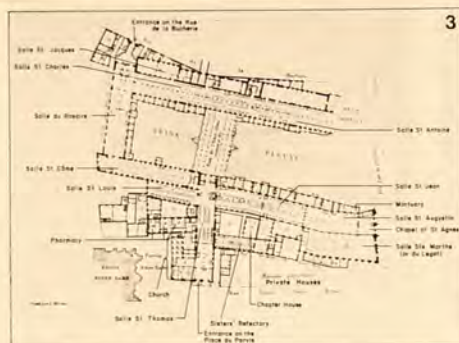


1. Lazzaretto dell'Ospedale Maggiore, Milano, 1488, in un'incisione del 1630. 2. Veduta del Lazzaretto

trezzatura urbana venne, per altro, ulteriormente sottolineata e ribadito più tardi dal Piano napoleonico del 1807, nel quale l'Ospedale Maggiore, insieme al Foro Bonaparte dell'Antolini, costituì uno dei cardini di quel riassetto della città, che, in connessione alla vasta politica di riforme istituzionali avviata dall'influenza napoleonica nella Repubblica Cisalpina, intendeva sancire l'adeguamento ai nuovi compiti posti dalla nascente borghesia capitalistica come nuova classe dirigente.

Il contraltare all'affermarsi di questa istanza «civile» è costituito dal Lazzaretto, iniziato nel 1488 da Lazzaro Palazzi, come luogo autosufficiente ed esterno al contesto urbano, preposto alla segregazione ed al contenimento della parte di popolazione fisicamente e socialmente inaccettabile. Il carattere di «prevenzione sociale» di questo aspetto dell'assistenza si venne consolidando e diffondendo in corrispondenza all'estendersi a livello di massa delle condizioni di indigenza conseguenti all'esproprio generalizzato dei mezzi di produzione e all'espulsione dei contadini dalla terra, determinato dal processo di accumulazione originaria del capitale. Nacquero così, tra il Diciassettesimo e il Diciottesimo secolo, in corrispondenza all'af-

OSPEDALI E LAZZARETTI: UNA CITTÀ NELLA CITTÀ



di Ancona in corso di costruzione su progetto di L. Vanvitelli, 1734-1740. 3.4. Hôtel-Dieu, Parigi, planimetria e veduta prospettica in un'incisione del XVI sec. 5. Hôtel-Dieu, Lione, XVI sec. 6.7.C. Vellefaux, Ospedale di

S. Louis, Parigi, 1608: veduta prospettica e planimetria. 8. Bruant, Hardouin-Mansart, Hôtel des Invalides, Parigi, 1670. 9. C.F. Viel, Ospedale Salpetrière, Parigi, 1786: planimetria.

fermarsi dei rapporti di produzione capitalistici, istituzioni destinate a riunire la popolazione improduttiva — perché malata, perché invalida o semplicemente perché priva di lavoro — in un regime di lavoro semi-penitenziario, quali le *work-house* in Inghilterra e gli *Hôtel-Dieu* in Francia; a Parigi, in questo periodo, l'Hôtel-Dieu, gli *Hôpitaux Généraux* e la Salpêtrière — il ricovero per i malati di mente — giunsero a contenere oltre ventimila persone su una popolazione complessiva di cinquecentomila abitanti. La crisi dell'Ancien Régime, la Rivoluzione francese e l'inizio della fondazione scientifica della medicina segnarono una crisi ed una violenta contestazione del ruolo di esclusione dal corpo sociale che il sistema medico-assistenziale era venuto assumendosi, reinvestendo globalmente la società del compito istituzionale e tecnico-scientifico della medicina. Scrive Michel Foucault: *Gli anni che precedono e seguono immediatamente la Rivoluzione hanno visto nascere due grandi miti, di cui temi e popolarità sono opposti: il mito di una professione medica nazionalizzata, organizzata sul modello del clero...; il mito di una totale scomparsa della malattia in una società senza turbamenti e senza passioni, restituita alla sua*

salute originaria. La contraddizione manifesta di queste due tematiche non deve trarre in inganno... I due sogni sono isomorfi — l'uno raccontando in modo positivo la «medicalizzazione» rigorosa, militante, dogmatica della società tramite una conversione quasi religiosa e l'insediamento di un clero della terapeutica; l'altro raccontando questa stessa «medicalizzazione», ma in modo trionfante e negativo, cioè la volatilizzazione della malattia in un ambiente modificato, organizzato e incessantemente sorvegliato, in cui la medicina dovrebbe finir con lo scomparire essa stessa col suo oggetto e la sua ragion d'essere; ...si afferma l'idea d'una organizzazione del soccorso pubblico da parte dello Stato e d'una completa soppressione, a scadenza più o meno lunga, degli stabilimenti ospedalieri. Comincia così ad attuarsi, se non nella realtà, almeno nella legislazione, il grande sogno di una «disospitalizzazione» totale della malattia e della indigenza (1). Il fervore d'ideali della Rivoluzione portò, quindi, come conseguenza l'accantonamento in un'istanza di soppressione sia del ruolo terapeutico che di quello segregazionale dell'ospedale; ben presto, però, il sorgere di inevitabili inconvenienti connessi con la totale soppressione

degli ospedali e il sempre più palese manifestarsi del carattere intrinsecamente «istituzionale» della rivoluzione borghese, portarono a distinguere i due livelli. Il carattere più manifestamente segregazionale venne dirottato sulle cosiddette istituzioni totali (manicomio, ospedali psichiatrici, ricoveri), mentre lo spirito «progressivo» dell'Illuminismo si incaricò di elaborare i nuovi caratteri tipologici e funzionali in grado di riqualificare l'istituzione ospedaliera di fronte ai nuovi compiti che era chiamata ad assolvere con l'espandersi dei nuovi modi di produzione e del conseguente fenomeno di inurbamento di masse sempre crescenti di proletari. Nel 1780, a seguito di un furioso incendio che nel 1772 distrusse completamente l'Hôtel-Dieu di Parigi, si aprì un dibattito sulla nuova organizzazione da dare agli edifici sanitari. In questo dibattito prevalse dapprima la tesi del Poyet di un ospedale ad impianto circolare per cinquemila persone, improntato ad un criterio tutto funzionalizzato al massimo di controllo sui degenti, visti ancora come una massa di «irregolarità» potenzialmente pericolosi dal punto di vista sociale. La Commissione dell'Assemblea Nazionale, composta da Lavoisier, Laplace, Tenon, Bailly, D'Arctet,

Daubenton e Lassonne, che doveva giudicare le proposte, respinse questa impostazione, preferendo ispirarsi ai principi espressi dall'inglese John Howard, il quale dal 1757 al 1787 aveva percorso tutta l'Europa per studiare a fondo le istituzioni di beneficenza, incitando per primo al miglioramento degli istituti sanitari. La Commissione dell'Assemblea Nazionale compilò, quindi, nel 1788 una relazione in cui si proponeva uno schema, elaborato dallo stesso Poyet, a padiglioni paralleli, orientati secondo un'unica direzione. Questa viene considerata la prima compiuta teorizzazione dello schema a padiglioni; schema che vide la propria traduzione in esempio concreto nel 1854 con la costruzione dell'Ospedale Lariboisière di Parigi, organizzato su un impianto a sei padiglioni disposti intorno ad un cortile rettangolare e collegati da un portico. L'interpretazione che comunemente viene data di quella fondamentale vicenda nell'evoluzione delle tipologie sanitarie costituita dalla progressiva diffusione e dal successivo abbandono della tipologia a padiglioni, si fonda in termini di pura deduzione funzionale come discendenza dai principi igienici di isolamento conseguenti alla

(segue) 19

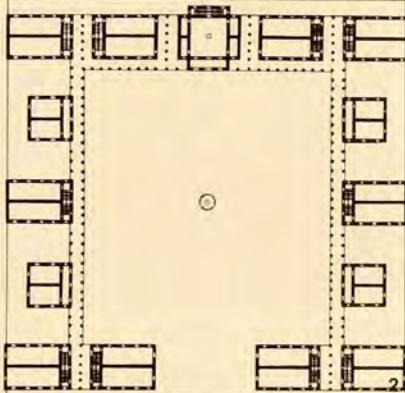
STORIA DI UNA METAFORA TIPOLOGICA

il grande Americano del suo tempo (4). Ford per la sua nuova organizzazione aveva bisogno, infatti, di lavoratori a rendimento costante e, quindi, con una vita regolata in modo da corrispondere innanzitutto alle loro funzioni di produttori in un organismo a flusso programmato e continuo. E ancora Dos Passos, a descriverci il clima in cui veniva svolto il lavoro: *Da Ford la produzione si perfezionava continuamente; meno spreco, più occhi aperti, più sorveglianti, spauracchi e spie (quindici minuti per il pasto, tre minuti per il gabinetto, dappertutto la sveltezza di Taylor, fatevi sotto, tenete il bullone, girate le vite, ficcate la chiave, fatevi sotto, tenete il bullone, girate le vite, fatevi sotto, tenete il bullone, girate le vite, finché l'ultima goccia di vita era succhiata dalla produzione e alla notte gli operai ritornavano a casa, larve smorte tentennanti)* (5). Fu così che al privilegio del famoso « salario Ford » — 5 dollari, in un primo tempo, più tardi 6 dollari, per otto ore, cioè un salario maggiore per un numero di ore inferiore a quello del normale orario di lavoro vigente in quell'epoca nelle altre fabbriche, ma in un regime di intensità e di sfruttamento del lavoro assai più elevato — si accompagnò un esteso programma di controllo sulle attività e sulle abitudini di vita degli operai anche fuori dalla fabbrica, che dovevano essere indirizzate ed incanalate nel senso voluto — quello, cioè, della preservazione delle energie degli operai da dannosi e disordinati eccessi; energie che dovevano essere conservate e rigenerate per poter essere fruttuosamente spese tutte nell'attività di lavoro — mediante la predisposizione di tutta una serie di istituzioni collaterali.

Ovviamente, all'interno di una simile visione, una parte importantissima era svolta dalle istituzioni assistenziali e sanitarie, non solo per la loro funzione di conservazione del capitale umano, per altro assai importante in una organizzazione quale quella messa in piedi da Ford, che richiedeva lavoratori selezionati e addestrati al lavoro *in catena* e nella quale, quindi, gli operai non potevano essere sostituiti troppo spesso senza che ne risentisse quella sorta di lavoratore collettivo (6) che essi costituivano complesso, ma anche per i risvolti etici che le prescrizioni igienico-sanitarie venivano assumendo nella sua concezione sociale. Egli era solito dire dei suoi stabilimenti: *Le nostre macchine sono installate a distanza minima l'una dall'altra: ogni piede quadrato di spazio comporta naturalmente un certo aumento dei costi di produzione. Questo aumento, aggiunto ai costi extra di trasporto, che derivano a loro volta da*

una distanza tra due macchine di sei pollici più del necessario, viene addossato al consumatore. È appunto questa la ragione per cui le nostre macchine sono più ravvicinate che in qualsiasi altra fabbrica del mondo. Ad un profano esse sembrano addirittura ammonticchiate, e invece sono collocate secondo criteri scientifici... Gli angoli oscuri che facilmente si sporcano vengono verniciati di bianco: dove non c'è pulizia non c'è morale. La negligenza nella pulizia non viene ammessa come non viene ammessa quella nel lavoro (7). Coerentemente a questa impostazione, egli, una volta rilevato nel 1915 l'Ospedale Generale di Detroit, allora in costruzione e che aveva difficoltà a reperire i fondi per la sua ultimazione, lo organizzò — sia pur mantenendogli una gestione formalmente autonoma — imprimendogli una nota di dominante efficientismo aziendale; del « suo » ospedale, infatti, era solito dire: *Grazie alla nostra disposizione un'infermiera è senz'altro in grado di assistere sette malati non gravi. In qualsiasi altro ospedale le infermiere sono costrette a fare molti passi in più. Impiegano più tempo nei loro spostamenti che nell'assistenza effettiva ai malati. Questo ospedale è fatto in modo da far risparmiare i passi* (8).

Vale forse la pena, tuttavia, di partire dalle origini di questo Ospedale e da come Ford giunse ad inserirlo nell'ambito delle sue istituzioni assistenziali. L'Ospedale aveva iniziato ad essere costruito nel 1911 come Ospedale Generale di Detroit da parte di un'associazione filantropica privata, costituita a questo scopo nel 1909, e Ford era stato chiamato a contribuirvi sottoscrivendo una quota dei fondi necessari alla sua costruzione; quando, nel 1914, i fondi raccolti si dimostrarono insufficienti a completare la costruzione e gli fu richiesto di sottoscrivere nuovamente per la parte mancante, egli rifiutò e si offrì, invece, di assumere per proprio conto l'intero Ospedale, rimborsando tutti gli importi già sottoscritti da altri. Non si sa quanto di buon grado, ma senza altra alternativa di fronte alle pendenze ed ai contratti già assunti, l'Associazione per l'Ospedale Generale di Detroit dovette accettare; si trattò, tutto sommato, di un buon affare per Ford, che, anziché sottoscrivere a fondo perdu-



1. Palazzo di Marly, 1695, trasformato in ospedale da Rovehead nel 1762. 2.3. Rovehead, Royal Naval

teoria microbica di Pasteur, sino all'abuso di una crescente proliferazione di quel criterio di suddivisione in padiglioni sempre più numerosi col crescere delle specificazioni patologiche, che, in corrispondenza con l'evolversi della chemioterapia (sulfamidici, penicillina), ne avrebbe determinato la crisi e l'abbandono, a favore dello schema a monoblocco. Questa interpretazione, assai riduttiva e meccanicistica, non rende, in realtà, ragione di tutti gli aspetti del complesso fenomeno che corrisponde alla diffusione e al successivo abbandono della tipologia a padiglioni. Innanzitutto, pur non potendo negarsi che gli studi di Pasteur — la cui teoria si sviluppò, tuttavia, solo dopo il 1850 e incontrò non poche difficoltà a farsi accogliere nello stesso ambiente medico — una volta accettati dall'opinione pubblica, contribuirono forse grandemente alla generalizzazione di un criterio di suddivisione ed isolamento, bisogna però considerare che lo sviluppo dell'eziologia batterica coinvolge una vicenda che inizia assai prima dell'epoca di Pasteur. Scrive Richard H. Shryock a proposito delle conquiste dell'eziologia: *La storia della batteriologia è spesso presentata come una sorta di dramma a prologo. Quest'ultimo si svolge nel XVII*

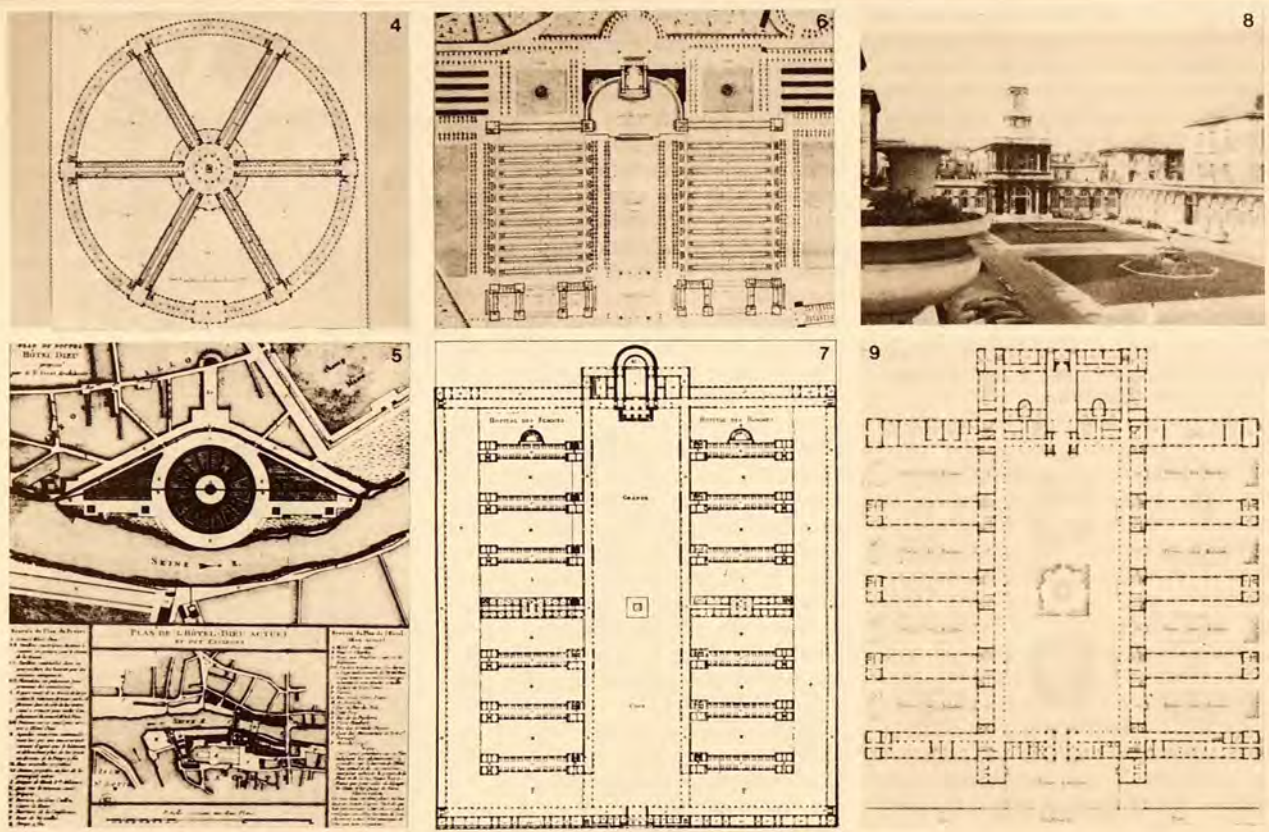
(4) In J. Dos Passos, *Un mucchio di quattrini*, 1936, traduzione italiana di Cesare Pavese, Mondadori, Milano 1938, pp. 56-57.

(5) *Ibidem*, p. 60.

(6) Cfr. A. Gramsci, *Quaderni del Carcere*, quaderno 22/1934, Istituto Gramsci, Einaudi, Torino 1975, vol. III, p. 2166.

(7) W. Gropius, *Lo sviluppo della moderna architettura industriale*, 1913; cit. in A. Behne, *L'architettura funzionale*, 1923, Vallecchi, Firenze 1968, p. 30.

(8) *Ibidem*, p. 30.



Hospital, Plymouth, 1765: planimetria, veduta prospettica. Progetti per la ricostruzione dell'Hôtel-Dieu di Parigi: 4. A. Petit, 1774; 5. B. Poyet, Primo progetto, 1785; 6. Leroy, Viel, 1773-1788; 7. B. Poyet, Secondo progetto, 1788.

8.9. M.P. Gauthier, Ospedale Lariboisière, Parigi, 1839-1854: veduta e planimetria.

secolo mentre l'azione propriamente detta non inizia che circa duecento anni più tardi, verso il 1875. Nell'intervallo, il sipario resta aperto sulla scena vuota. Alcuni omettono il prologo: tutto accade allora come se prima di Pasteur non si fosse mai trattato di microorganismi patogeni. Vi è in ciò un saggio esemplare di ciò che si chiama oggi l'interpretazione evènementielle della storia. Ora, assai meno che una giustapposizione di avvenimenti improvvisi, la storia è una concatenazione; quella della batteriologia non costituisce un'eccezione (2). Ma la stessa vicenda della tipologia a padiglioni inizia assai prima e si riallaccia a radici più complesse; già il Royal Navy Hospital di Stonehouse, presso Plymouth in Inghilterra, opera dell'architetto Rovehead realizzata tra il 1756 e il 1764, si articolava secondo un impianto costituito da edifici disposti intorno ad un cortile rettangolare e collegati da un porticato. Questo schema tipologico, tuttavia, più che ad una precisa rispondenza a dettami di carattere igienico-sanitario, deve essere ricondotto ad una tradizione espressiva dell'architettura anglosassone per gli edifici comunitari, sollecitata ad applicarsi agli organismi ospedalieri dall'opera umanitaria svolta da

John Howard. Scrive, a questo proposito, Helen Rosenau: Secondo Tenon, il maggior esponente di questa tendenza, la disposizione migliore — il tipo a padiglioni — venne trovata in Inghilterra, specialmente nel Royal Navy Hospital di Stonehouse, presso Plymouth. Questa istituzione veniva designata come questo nobile ospedale nel libro di John Howard sui lazzeretti. Esso consisteva originariamente in un edificio centrale contenente la cappelletta, sovrastato da una torretta. Vi erano due padiglioni su ogni lato, ai quali, in un periodo successivo, ne furono simmetricamente aggiunti altri sei lungo l'asse principale, tutti collegati da un porticato. (...) Gli edifici furono aperti ai pazienti nel 1762. Tenon era del parere che anche in Francia gli ospedali avrebbero dovuto essere costituiti da padiglioni separati, che consentivano l'isolamento e un'efficiente assistenza e ventilazione. Essi dovevano essere disposti come le tende di un accampamento, o come i padiglioni di Marly; Marly era quello forse più famoso fra i palazzi di Luigi XIV. E' questo un interessante esempio di adattamento di un tipo strutturale tradizionale ad una nuova funzione, ed era considerato abbastanza rilevante per il Plymouth Hospital da essere inclu-

so nel *Recueil di Durand* (3). Se un rapporto con l'evoluzione del pensiero medico-scientifico può, d'altra parte, essere istituito, esso, assai più che nel riferimento all'influenza della singola opera di Pasteur, va ricercato, piuttosto, nel carattere sempre più nosografico, classificatorio e meccanicistico che la medicina del Diciannovesimo secolo andava assumendo. Shryock, a proposito del carattere sostanzialmente analitico e disgiuntivo della conoscenza che sta alla base della medicina moderna, rileva che la nuova patologia, centrata sullo studio delle differenti malattie, aveva tendenza a trascurare l'organismo considerato come un insieme. Più tardi, la ricerca delle cause specifiche delle malattie particolari accentuò ancora questa deformazione (4). Haroun Jamous, in un recente studio sui risvolti sociologici dell'organizzazione didattica e conoscitiva degli studi di medicina afferma: Gli storici della medicina ci dicono che la scuola francese, tanto celebrata nel XIX secolo che non è esagerato dire che la medicina moderna è nata a Parigi tra il 1800 e il 1850, pagava questa reputazione con l'accusa che le era stata fatta di nichilismo terapeutico. Le si rimproverava, infatti, di essere più interessata alla conoscenza che alla guar-

gione dei malati (5). Le concezioni e le tendenze espresse dalla scuola francese furono in seguito assunte e spinte sino alle loro estreme conseguenze alla scuola austriaca di Vienna, sotto la direzione di Laennec; ma la più compiuta sistematizzazione epistemologica dell'estensione di quel criterio meccanicistico e disgiuntivo che la scienza medica del positivismo assunse dalle scienze fisico-meccaniche, fu fornita dall'opera del tedesco Rudolf Virchow. Virchow, che alla storia della medicina appartiene quale fondatore della fisiopatologia cellulare, cioè di una nuova teoria unitaria delle manifestazioni normali ed anormali della vita che individua nella cellula anziché negli organi nel loro complesso il fondamento dei processi vitali, alla storia della cultura appartiene per la generalizzazione che egli ne fece in campo filosofico ed epistemologico attraverso il *vitismo meccanico*, attraverso, cioè, il tentativo di conciliare gli assiomi e il metodo della meccanica con l'autonomia della scienza della vita. Per Virchow — dice Vincenzo Cappelletti — non poteva esservi dubbio che la natura è peculiare — a dirla altrimenti, individuata ovvero caratterizzata in senso qualitativo — nelle sue parti (6).

to, approfittando della situazione di difficoltà dell'Associazione e della propria disponibilità immediata di denaro, acquisiva a prezzi vantaggiosi il patrimonio dell'Associazione. Ma soprattutto si trattava di un'operazione che corrispondeva assai bene a quello stesso spirito di aggressivo individualismo e di assoluta insoddisfazione verso ogni ingerenza altrui che lo porterà qualche anno più tardi a disfarsi con mezzi sbrigativi, basati sulla libera disponibilità di denaro alla mano, sia dei propri soci d'azienda che dell'insidiosa influenza degli ambienti finanziari e delle banche.

...ma quando i banchieri metropolitani tentarono di dir la loro sui suoi affari Henry Ford li fece fessi tutti quanti.

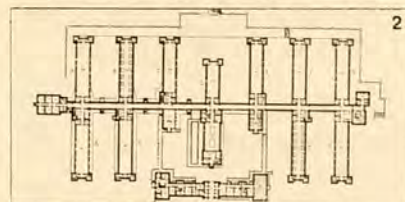
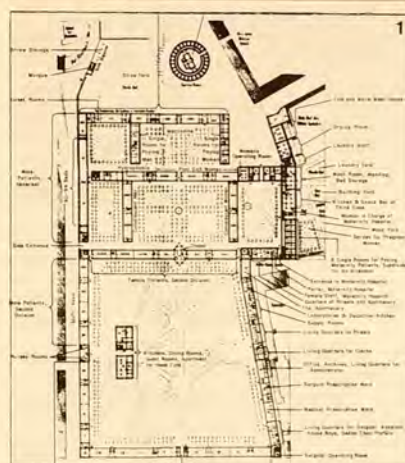
Nel 1918 aveva preso a prestito su cambiali allo scopo di riscattare gli azionisti di minoranza, per la misera somma di settantacinque milioni di dollari.

Nel febbraio del 1920, gli occorrevo contanti per soddisfare certe di queste cambiali che scadevano. Si dice che sia stato a trovarlo un banchiere e gli abbia offerto ogni agevolazione se si poteva far membro del consiglio dei direttori il rappresentante delle banche. Henry Ford gli rese il cappello e si mise attorno a raccogliere il denaro a modo suo:

spedi fin l'ultima macchina e pezzo che aveva in fabbrica ai venditori e chiese immediato pagamento in contanti. Che i debiti li faccia un altro, era sempre stato un principio fondamentale. Fermò la produzione e cancellò tutte le ordinazioni delle ditte fornitrici. Molti venditori andarono in bolletta, molte ditte fornitrici fallirono, ma quando lui riaprì la fabbrica, ne era il padrone assoluto... (9).

D'altra parte, questa dell'essere il padrone assoluto era una condizione indispensabile per la funzionalizzazione della direzione dell'Ospedale al paternalismo aziendalistico di Ford. Occorre riconoscere, come in ogni occasione tenevano a ribadire sia la Direzione della Ford che quella dell'Ospedale, che il Ford Hospital era giuridicamente distinto ed indipendente dalla Azienda Ford, e costituito come un Ospedale Generale aperto a tutti e non esclusivamente ai dipendenti Ford. Ma è altrettanto vero che i posti chiave nel consiglio d'amministrazione dell'Ospedale erano rigorosamente ed esclusivamente riservati ai membri della Famiglia Ford, e che, come vedremo, forte fu l'influenza organizzativa del metodo Ford, motivata oltre tutto dal fatto che le soluzioni tecniche e di organizzazione aziendale erano costantemente studiate ed avviate a soluzione avvalendosi dello staff degli ingegneri e dei tecnici d'azienda della Fabbrica

Ford; ma, ciò che più conta mettere a fuoco qui, evidente è soprattutto la funzionalità al sistema ideologico dell'organizzazione sociale teorizzata da Ford; funzionalità che è pienamente compatibile anche con organismi istituzionali formalmente autonomi ed indipendenti, e con una prestazione di servizi non rigidamente riservata ai dipendenti dell'Azienda Ford, purché fosse possibile influenzare di fatto l'orientamento e l'organizzazione dei servizi offerti. È lo stesso Ford a dichiararlo in un suo libro di memorie: *Noi ne siamo assoluti proprietari e direttori — egli afferma — perché vogliamo applicare certi principi che crediamo andranno a beneficio del pubblico* (10). Tali principi partivano dalla convinzione che vi fosse abbondanza d'ospedali sia per i molto ricchi che per i molto poveri; i primi potevano, infatti, rivolgersi alle più prestigiose cliniche private, gestite a scopo di lucro da gruppi finanziari o dai grandi clinici stessi, che potevano permettersi anche organizzazioni e servizi molto dispendiosi; i secondi avevano a disposizione l'assistenza caritativa degli ospedali pubblici, di basso o bassissimo livello qualitativo, ma alla quale si poteva accedere pressoché gratuitamente. Ford faceva rilevare, invece, come quasi inesistenti fossero le istituzioni per quanti erano in grado di pagare una retta modesta e desideravano tuttavia sottrarsi ai disagi di quanti erano curati solo per carità. A questi Ford intendeva destinare i servizi del suo Ospedale. Avendo già preventivamente selezionato la categoria sociale ed economica degli utenti, egli fu in grado di proporre nel proprio Ospedale un'organizzazione ed un'offerta di servizi ampiamente standardizzata: eliminazione delle camerette, degenza in camere private con annesso bagno, identiche per dimensione e arredamento e suddivise in reparti di ventiquattro stanze. A seconda della gravità dei casi a ciascuna infermiera potevano essere affidati da due a cinque malati, ma nei casi normali un'unica infermiera attendeva a sette malati. Tale risultato era possibile, sosteneva Ford, perché *ogni piano è completo per se stesso, e, come nelle nostre fabbriche abbiamo eliminato ogni motivo di movimenti superflui, così abbiamo cercato di fare anche qui* (11). Inoltre le infermiere svolgevano turni di solo otto ore, anziché di dodici come negli altri ospedali dell'epoca, così —



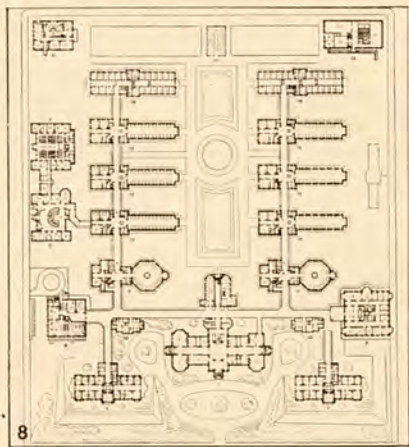
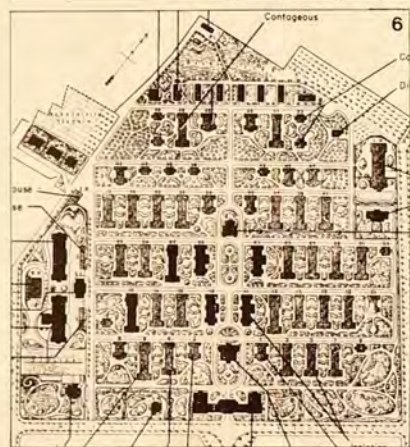
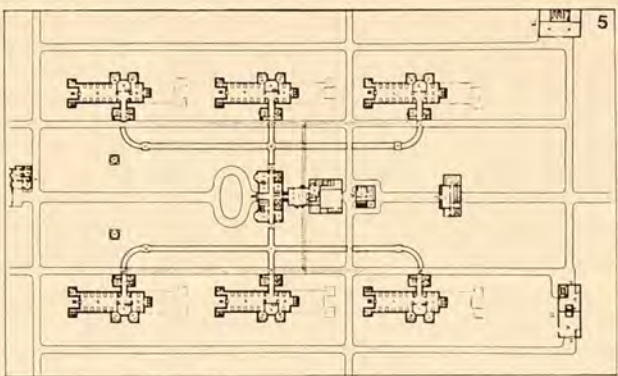
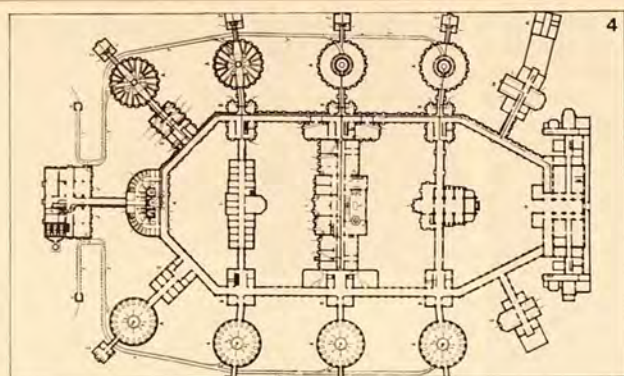
1. F.X. Faulen, Allgemeines Krankenhaus, Vienna, 1784. 2. D. Galton, Herbert Hospital, Woolwich.

Questa impostazione epistemologica che impronta così intrinsecamente sin dalle origini la nascita della medicina moderna, non poteva mancare di influenzare l'impostazione del luogo deputato all'esplicazione sociale dell'attività curativa. Il nodo fondamentale da cogliere è allora nel rapporto di congruenza tra una concezione epistemologica che estendeva ed unificava il campo della conoscenza medica privilegiandone l'aspetto analitico e disgiuntivo dell'organizzazione concettuale e conoscitiva ed una configurazione architettonica e tipologica che tendeva sempre più a configurarsi come somma di parti, anziché come concezione globale dell'organismo, costituendo, per così dire, il compiuto coronamento di quell'implicito sistema di deduzioni concatenate che recitava: *una singola causa per ogni malattia, una singola cura per ogni causa, una singola sede per ogni cura*. E' solo nell'ambito di questa prospettiva di fondo che assume tutta la sua rilevanza il significato della crisi cui andò incontro lo schema a padiglioni, sotto il proliferare di crescenti suddivisioni che ne moltiplicavano a dismisura il numero di edifici e ne corrompevano qualsiasi criterio di ordine compositivo: non si trattava, infatti, solo della crisi de-

(9) In J. Dos Passos, cit., p. 59.

(10) In H. Ford, *L'oggi e il domani*, SIT, Torino 1926, p. 164.

(11) In H. Ford, *La mia vita e la mia opera*, Apollo, Bologna, 1925, p. 255.



Londra, 1859-1864. 3. Gerstenberg, Blankenstein, Städtisches Krankenhaus, Moabit, Berlino, 1871-1889. 4. Baeckelmans, Gasthuis Stuyvenberg, Anversa, 1878-1885. 5. A.B. Gibson, City Hospital, Newcastle-upon-Tyne, 1884. 6. Zimmermann, Ruppel, Neues allgemeines Krankenhaus,

Amburgo-Eppendorf, 1884. 7. Hofmann, Rudolf-Virchow Krankenhaus, Berlino. 8. Niernsée, Cabot, Chandler, Ospedale Johns Hopkins, Baltimore, 1876-1889.

gli organismi ospedalieri di fronte a nuovi e più estesi compiti, ma di una crisi più generale del ruolo tecnico-scientifico e sociale dell'assistenza medico-sanitaria. Significativamente gli esempi più evidenti di questa crisi, che si consumava nel corrompersi degli schemi ereditari dallo spirito illuministico-borghese della Rivoluzione francese, si ebbero con la crescente potenza industriale della Germania di Bismarck, dove negli anni attorno al 1883, in cui fu promulgata una legislazione sociale strappata dalle dure lotte dei lavoratori (7), si assisté alla realizzazione dell'Ospedale Moabit di Berlino (1870), con trenta padiglioni di un solo piano isolati l'uno dall'altro; dell'Ospedale Generale di Amburgo-Eppendorf (1884) con 82 padiglioni a uno o due piani; e, ancora nel 1913, dell'Ospedale Virchow di Berlino, con oltre trenta padiglioni a due o tre piani collegati con pensiline e cunicoli. Esempi similari sono riscontrabili in Inghilterra, con l'Herbert Hospital di Woolwich (1859-1864) e con l'Ospedale di Newcastle-upon-Tyne (1884), e in Belgio, con l'Ospedale Civile di Antwerp (1878), caratterizzato da reparti di degenza circolari; tutti, però, con minor numero di edifici e con schemi più controllati.

Anche la vicenda del progres-

sivo abbandono dello schema a padiglioni per quello a monoblocco assume in quest'ottica una differente pregnanza. Infatti, la tesi che accredita questa trasformazione tipologica alla scoperta che il contagio oltre che manutrasportato poteva essere aerotrasportato, e, comunque, alla progressiva inutilità dell'isolamento dei reparti in corrispondenza alle crescenti conquiste della chemioterapia, è chiaramente frutto di un funzionalismo meccanicistico, ingenuo e deteriore. Essa, oltre a non cogliere in questa trasformazione il peso determinante dei nuovi caratteri dello sviluppo urbano — nuovo ruolo del lotto urbano nel più intenso sfruttamento dei suoli — non coglie nemmeno come il superamento della crisi tecnico-scientifica e di ruolo sociale dell'assistenza medica che avevamo visto manifestarsi alla fine del Diciannovesimo secolo, venne a risolversi soltanto nell'ambito del carattere più strutturale che l'assistenza ospedaliera andava assumendo nei confronti dell'assetto economico e produttivo, e delegando alle tecniche organizzative del lavoro di fabbrica la definizione degli assetti tipologico-funzionali. Un modo questo, indubbiamente, per sottrarsi alla crescente necessità del riordino e revisione critico del proprio medesimo cor-

pus disciplinare. Gli studi di Tony Garnier per la Cité industrielle e l'Ospedale Grange-Blanche, realizzato a Lione nell'ambito del programma di lavori pubblici della Amministrazione guidata dal radicale Herriot, da un lato; la scacchiera dei lotti su cui cresce la città capitalistica del Nordamerica e l'Ospedale Ford di Detroit, realizzato nell'ambito del paternalismo aziendalistico del sistema Ford, dall'altro, rappresentano la divaricazione estrema delle proposte che tentano di risolvere, per vie opposte, la crisi della città e delle sue attrezzature sociali, nel tentativo di superare le strozzature poste dai rapporti economico-sociali della prima fase di sviluppo del capitalismo industriale, ormai in via di esaurimento. Furono, infatti, i massicci interventi pubblici nell'economia, susseguiti alla crisi del 1929, il rilancio di una nuova fase dello sviluppo industriale, la nuova travolgente espansione urbana, sorretta da un ampio programma di lavori pubblici, che imposero nella ricerca della massima redditività dei suoli e nell'adeguamento ad una tecnica di organizzazione aziendalistica e ad una immagine urbana ormai codificata ed imperante, l'incontrastato prevalere, a partire dagli Stati Uniti, dello schema a monoblocco. Già nel 1930

con l'Ospedale per mille letti su 22 piani di Coolidge, Sherrill, Bulfinch e Abbott e nel 1932 con il Centro Medico di New York si registrarono esempi cospicui di questo fenomeno; in Svezia, dopo gli studi di Cedestrom risalenti al 1922-1929, il tipo a monoblocco trovò realizzazione tra il 1939 e il 1946 con la costruzione dell'Ospedale Söder di Stoccolma; in Francia la Città ospedaliera di Lille venne realizzata dal 1932 da Jean Walter, Cassan e Madeline con 1600 posti letto in due corpi di otto piani (e vi si affiancarono un Centro per malattie polmonari di 450 posti letto, un Ospedale militare di 950 posti, un Ricovero per anziani di 2000 posti); nel 1935 Jean Walter e Cassan realizzarono l'Ospedale Beaujon a Clichy, 1400 posti letto su 12 piani; a Londra nel 1939 venne realizzato il Westminster Hospital, su otto piani. In Italia, la retorica demagogia di cui si ammantò il fascismo diede luogo a realizzazioni che, oppresse sotto una enfatica e posticcia monumentalità propagandistica, non riuscirono a definire un regime di funzionamento per un sistema di servizi sanitari, che oppresso dalle storiche carenze difficilmente poteva avvalersi con utilità delle poche mastodontiche realizzazio-

(segue)

STORIA DI UNA METAFORA TIPOLOGICA

dice Ford — esse non hanno motivo di affaticarsi e di essere di cattivo umore (12); in cambio esse ricevevano il « salario Ford »: 6 dollari. Le infermiere all'ospedale devono scrupolosamente eseguire i loro doveri. Appliciamo ad esse lo stesso trattamento come agli operai ed impiegati delle nostre officine: buona paga, poche ore lavorative e molto lavoro (13). Medici ed infermiere erano assunti con contratti annuali che escludevano la possibilità di esercizio della professione privata al di fuori dell'Ospedale. I dipendenti dell'Ospedale erano 775, dei quali 100 medici e 237 infermiere diplomate, tutti a tempo pieno. Inoltre all'Ospedale si affiancò una scuola per infermiere, che poteva ospitare 325 allieve-infermiere. I posti letto disponibili erano circa seicento e la retta, a seconda del grado di assistenza richiesto, variava dai 4,5 agli 8 dollari al giorno, comprensivi dell'assistenza medica ordinaria. Il costo di costruzione dell'Ospedale, una volta ultimato, ammontava a 9 milioni di dollari. I servizi diagnostici ed amministrativi erano concentrati in un corpo ottagonale di sette piani, situato al centro delle due ali delle degenze. Il corpo ottagonale al piano terra ospitava il reparto radiologia; al primo piano l'accettazione, la sala d'attesa, la contabilità e la farmacia; al secondo piano l'archivio centrale e gli uffici amministrativi; al terzo, quarto e quinto piano i laboratori diagnostici; al sesto piano la biblioteca e l'auditorium. Le ali laterali al piano terra ospitavano i servizi tecnologici di ciascuna unità di degenza, alla quale era collegato mediante elevatori e condotti verticali. Ciascuna unità era, quindi, in grado di operare in maniera indipendente da ogni altra sezione. Ai rimanenti piani, le ali erano organizzate tutte nel medesimo modo, con camere singole con bagno, fatta eccezione per l'unità di cura pediatrica che era stata adattata alle particolari esigenze. L'Ospedale, che dall'agosto 1918 all'ottobre 1919 fu requisito dal Governo e destinato ad ospedale militare, entrò in funzione secondo le prescrizioni organizzative di Henry Ford il 10 novembre 1919.

La filosofia di base che improntava l'organizzazione dell'Ospedale è così sinteticamente esposta da Ford: Lo stesso ordinamento che ad una fabbrica permette di prestare il massimo servizio, permetterà altrettanto ad un ospedale, e ciò a prezzi così modesti da trovarsi alla portata di chiunque. L'unica differenza tra ospedale e fabbrica è quella che dall'ospedale io non voglio trarre alcun reddito (14). Coerentemente a tale filosofia aziendalistica, Ford introdusse nel suo Ospe-

dale una organizzazione basata su una serie di operazioni parcellizzate, per molti versi analoga a quella del lavoro nelle sue fabbriche: il malato, al suo arrivo in ospedale, veniva sottoposto ad una serie di accertamenti diagnostici prefissati ed indipendenti dal motivo specifico del suo ricovero; questi accertamenti continuavano a procedere separatamente, condotti da équipe tecniche distinte secondo le diverse specializzazioni e convergevano solo alla fine a ricomporre il quadro clinico del paziente. Giunto appena all'ospedale, (il paziente) è esaminato dapprima dal medico anziano e quindi viene sottoposto all'esame di due, di tre, di quattro medici, e di più ancora ove sembri necessario. Tutto ciò avviene senza prendere in considerazione il male specifico per cui il paziente ci fu avviato, giacché, come veniamo a poco a poco imparando, le condizioni fisiche generali hanno più importanza che l'affezione in se stessa. Ciascun medico fa un esame completo, ed invia il suo referto in iscritto al medico in capo, esclusa qualsiasi consultazione fra i medici esaminatori. Almeno tre diagnosi assolutamente complete ed indipendenti (e qualche volta anche sei o sette) si trovano così sotto gli occhi del direttore dell'ospedale. Esse costituiscono una registrazione completa del caso. Tali precauzioni valgono ad assicurare, nei limiti delle attuali cognizioni nostre, una diagnosi corretta (15). In realtà, assai più che dal riconoscimento dell'importanza delle condizioni fisiche generali, tale procedimento è motivato dall'obiettivo di sminuire quanto più possibile l'influenza che la responsabilizzazione del singolo può avere nei confronti dell'apparato organizzativo; è Ford stesso a riconoscerlo quasi esplicitamente: Non è affatto certo se gli ospedali, quali ora ci sono esistano per i degenti o per i medici... Sono ben convinto che la cosiddetta « etichetta professionale » sia un malanno per l'umanità e per lo sviluppo della medicina. Le diagnosi non sono proprio molto sviluppate. Io non ci terrei affatto ad essere uno dei proprietari d'un ospedale dove non si fosse presa ogni garanzia per assicurarsi che i malati fossero curati per quello che è il loro male, anziché per quello che un medico ha deciso sia il loro male. L'etichetta professionale rende molto difficile che una diagnosi errata sia cor-



T. Garnier: 1. Progetto di attrezzature sanitarie per la Cité Industrielle, Lione, 1904-1917; 2.3. Ospedale Grange-Blanche, Lione, 1915-1927:

ni. Così la realizzazione di alcuni grossi complessi di dubbia efficienza, quali l'Istituto Clinico Sanatoriale a Roma, nel 1934; il Nuovo Ospedale Maggiore a Milano, nel 1935; l'Ospedale di Brescia dal 1938; costituì un po' il coronamento della concezione paternalistica e corporativa in campo sociale ed assistenziale di una borghesia arretrata come quella italiana. Le poche ristrutturazioni organizzative, quali l'istituzione degli ospedali di circolo, mentre tentavano di inseguire un minimo di efficienza di stampo puramente aziendalistico, si risolsero per converso in una sistematica negazione delle articolazioni del sistema sanitario a livello locale e di base, con il totale inglobamento nel sistema degli ospedali di circolo di tutti i livelli diagnostico-terapeutici, a sanzione delle croniche deficienze di un inesistente sistema assistenziale (8).

In Gran Bretagna, già dal 1935 si assisté, invece, al sorgere di alcune iniziative che tentavano una gestione della salute in un regime di assicurazione volontaria a basso costo, applicato ad un limitato numero di famiglie di una medesima comunità, ma esteso alle condizioni generali di vita e di lavoro della popolazione sotto controllo, attraverso una serie di esami medico-sani-

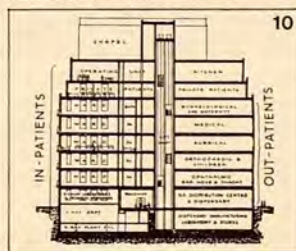
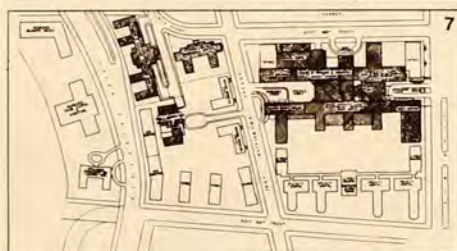
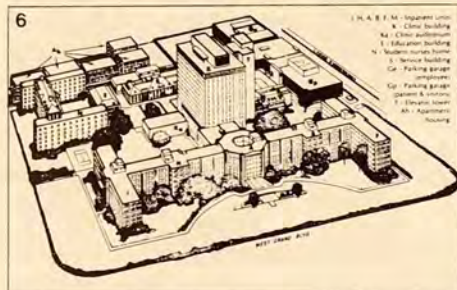
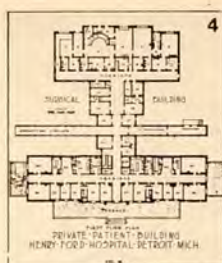
(12) In H. Ford, *L'oggi e il domani*, cit., p. 165.

(13) *Ibidem*, p. 166.

(14) In H. Ford, *La mia vita e la mia opera*, cit., p. 256.

(15) *Ibidem*, pp. 254-255.

TRA CITTÀ RAZIONALE E OSPEDALE RAZIONALIZZATO



planimetria, veduta. Henry Ford Hospital, Detroit, 1915: 4. Pianta dell'edificio originario; 5. Blocco centrale; 6. Schema del complesso ospedaliero. 7. J. Gamble Rogers, Centro medico, New York, 1932: planimetria, veduta. 9. Coolidge, Shepley, Bulfinch, Abbot, New York Hospital,

New York, 1933. 10. Adam, Holden, Pearson, Westminster Hospital, Londra, 1938. 11. Walter, Cassan, Madeline, Ospedale universitario nella Città Ospedaliera, Lille, 1932. 12. Walter, Plousey, Cassan, Ospedale Beaujon, Clichy, 1935. 13. H. Cedeström, Söder Sjukhuset, Stoccolma, 1939.

tari preventivi e periodici. Il Peckam Experiment, ad esempio, attuò un programma di controllo delle condizioni igienico-sanitarie di circa 1200 famiglie, proponendosi anche un compito d'indagine e di ricerca sulla reale consistenza del quadro epidemiologico della comunità. Questo esperimento diede origine alla realizzazione di un *Pioneer Health Center*, opera dell'architetto E. Owen Williams, che tendeva a promuovere questo nuovo ruolo generalizzato dell'assistenza sanitaria, proponendosi globalmente come centro delle attività di vita associata della comunità, nel quale alle funzioni sanitarie si affiancavano la piscina, i bagni pubblici, l'asilo nido, la palestra, il teatro, il ristorante, sale di ritrovo e per i giochi; l'esperimento, interrotto dalla guerra, venne ripreso nel 1947 in connessione con l'attuazione della riforma sanitaria generalizzata. Quest'ultima, per quanto riguarda le strutture sanitarie, proponeva come obiettivi la sostituzione delle attrezzature vittoriane e di quelle a padiglioni erette negli anni venti e la realizzazione di una vasta rete di *health center*; difficoltà di ordine finanziario hanno, tuttavia, fatto attendere sino al 1963 per vedere completato il primo complesso ospedaliero di rilevante importanza,

il Queen Elizabeth II Hospital dell'architetto Welwyn. Quanto agli *health center*, a tutt'oggi, ne sono stati realizzati poco più di una ventina, tra i quali quello di Kelso e quelli situati nelle *new town* di Peterlee e di Harlow. Gli obiettivi di decentramento metropolitano e di controllo complessivo degli insediamenti sul suolo nazionale, connessi alla realizzazione delle *new town*, trovarono un diretto riscontro nel tentativo, portato avanti dal progetto di riforma sanitaria, di sostituire al vecchio sistema fondato su grandi complessi ospedalieri affetti da gigantismo, appesantiti nella loro efficienza e funzionalità da strutture antiquate, dall'eccessivo carico di degenti e dalla congestione delle eccessive funzioni svolte, una nuova articolazione in grado di rispondere alle esigenze del decentramento territoriale in atto e alla crescente importanza della medicina preventiva. Purtroppo, questo rapporto si è limitato sino ad ora, salvo le eccezioni di cui si è detto sopra, alla previsione di aree riservate ai servizi sanitari all'interno dei nuovi insediamenti, senza che si sia evidenziata, tuttavia, una precisa strategia e senza riscontri concreti sul piano tipologico che vadano oltre la adesione agli stretti organigrammi di distribuzione funzionale.

La netta prevalenza che, nei paesi industrializzati, hanno assunto le malattie di carattere degenerativo ha posto radicalmente in crisi la concezione epistemologica e la pratica terapeutica della medicina, svuotando progressivamente di significato la ricerca della causa determinante — procedimento tipico della concezione nosografica e classificatoria sinora invalsa — a favore, invece, della individuazione delle cause socio-ambientali. La stessa profonda crisi che, d'altra parte, sta attraversando la supposta oggettiva razionalità ed efficienza della divisione sociale e strumentale delle funzioni, imposte dai modelli di organizzazione «scientifica» delle attività produttive nella estensione della loro applicazione anche alla organizzazione dei servizi, fa della necessità di ridefinizione dell'organizzazione e della tipologia degli organismi sanitario-ospedalieri su nuove basi sociali e tecnico-scientifiche, una scelta di carattere vincolante. Scrive a questo proposito François Steudler: *L'organizzazione ospedaliera ha suscitato numerosi studi sociologici negli Stati Uniti. Essi sono fortemente influenzati dallo sviluppo della psico-sociologia industriale (Elton Mayo) e hanno tentato di applicare all'ospedale i metodi e le tecniche di ricerca che era-*

no state utilizzate per diverse altre organizzazioni, specialmente le aziende industriali (9). Jean-Claude Polack, d'altra parte, afferma che questa analogia ha prodotto le proprie conseguenze più evidenti nel subordinare tutti i processi ospedalieri a quello delle cure... nell'identificarsi in tale funzione. In questo assioma si possono riscontrare i fondamenti di una sociologia ospedaliera funzionalistica di cui la letteratura americana ci dà numerosi esempi: riduzione dell'istituzione a un modello meccanico dagli ingranaggi ben definiti, studio della guarigione come funzione della macchina, con i suoi diversi tempi, processi, interazioni, approccio al malato come prodotto inerte trasformato (10). Su questa strada hanno avuto facile gioco i fautori di un tecnicismo spicciolo ed elusivo dei reali problemi, che identifica tipologie con il puro diagramma delle funzioni interne, anziché tendere a definire il regime di uso sociale dell'istituzione, nei confronti del contesto urbano e territoriale. Scrive, a questo proposito Gerard Guéz: Ogni architettura, per propria essenza funzionale, non è forzatamente funzionalista... Il funzionalismo ha trovato in campo ospedaliero un terreno tra i più favorevoli. Sotto la copertura del-

(segue)

retta. Il medico chiamato a consulto, ove non sia un uomo di grande tatto, non cambierà una diagnosi o un trattamento se il medico curante non sia del tutto d'accordo; e se avviene che un cambiamento si faccia, di solito, non lo si fa sapere al paziente. Sembra esserci l'opinione che il paziente, massime all'ospedale, sia divenuto la proprietà del suo medico (16). Si tratta indubbiamente di problemi reali e seri, ed è assai probabile che esistesse, allora come ancora oggi, più di un fondato motivo a sostegno delle opinioni di Ford; ciò che ci interessa far rilevare qui, tuttavia, è come a questi inconvenienti, senza dubbio reali soprattutto in una categoria, quale quella dei medici, segnata da una esasperata atomizzazione e gerarchizzazione individualistica e corporativa, egli contrapponesse non la responsabilità personale degli individui nei confronti dei risultati della organizzazione cosciente del lavoro collettivo (quella che Gramsci — che non a caso si interessò attivamente allo studio del fenomeno del fordismo e della sua estensione ai meccanismi del controllo sociale — chiamava la « coscienza di produttore »), ma, al contrario, la completa deresponsabilizzazione dell'individuo nei confronti di quei risultati e la sua completa chiusura all'interno della responsabilità di singole operazioni parcellizzate e segmentate; qualcosa di assai simile, cioè, a quanto Ford, elevando a sistema quanto gli studi di Taylor e dei Gilbreth avevano proposto a livello di singoli embrioni, andava da tempo attuando ed estendendo, dentro e fuori le sue fabbriche, a livello delle masse operaie, là dove sicuramente non esistevano quei problemi dovuti alla *etichetta professionale* e all'esasperato individualismo e corporativismo dei medici, che Ford, in campo di organizzazione sanitaria, portava a giustificazione della organizzazione da lui proposta.

Questa constatazione offre lo spunto per entrare nel merito di alcune considerazioni che, al di là degli aspetti più aneddotici e legati al temperamento ed alla contrastante personalità di Henry Ford, quali quelli della lotta contro il fumo o quelli connessi all'applicazione dei precetti del suo pedante moralismo, toccano aspetti più sostanziali ed intrinseci alla assenza ideologica del Fordismo ed ai suoi limiti. Da quanto si andava dicendo più sopra, infatti, si deve desumere che le questioni poste non si limitano alla sfera della organizzazione sanitaria e della categoria dei medici, né a quella della organizzazione del lavoro di fabbrica e delle masse

in una concezione più generalizzata che il Fordismo ha dei rapporti sociali in genere. Il Fordismo, infatti, nella sua essenza di *mito organizzativistico istituzionalizzato* (17), di ideologia, cioè, che riconduce ogni aspetto della organizzazione sociale ad un problema di classificazione, ripartizione e coordinamento, secondo criteri « scientificamente » codificati, dei ruoli e delle mansioni, rifiuta per propria natura non solo ogni concezione di movimento operaio organizzato, ma lo stesso concetto di « coscienza » del proprio ruolo da parte del singolo all'interno della organizzazione. È l'organizzazione, o meglio il *management*, che la predispone e l'indirizza e non il singolo ad essere per propria natura depositaria di ogni « coscienza » del proprio fine e dei propri obiettivi. Se, da un lato, allora, il Fordismo presuppone necessariamente il Taylorismo come metodo di organizzazione « scientifica » del lavoro in fabbrica, dall'altro, esso si pone come proprio orizzonte naturale quello di una istituzionalizzazione estensiva del Taylorismo come modello organizzativo più generale anche di altre attività non di fabbrica e, al limite, dell'intero complesso dei rapporti sociali. Viene così ad essere posto in chiaro il progetto di taylorizzazione sociale generalizzata che sottostà alla concezione fordistica. Nella concezione di Ford, infatti, anche in conseguenza delle sue personali fobie — di cui si è già accennato —, della sua estrema esigenza di autosufficienza, delle sue chiusure che assumono punte per qualche verso « anticapitalistiche », con venature di accenti vebleniani (si veda la già accennata polemica ostilità verso il « parassitismo » degli ambienti finanziari), l'azienda assume il carattere di una unità in sé conclusa e in qualche modo isolata ed autonoma rispetto al contesto sociale; al contrario, anzi, è l'azienda ad annettersi e ad improntare di sé, funzionalizzandoli, alcuni settori della organizzazione sociale, quali, appunto, i servizi o le stesse abitudini di vita. Ma v'è di più; gli stessi servizi sociali, pur nell'ambito di una generale funzionalizzazione al sistema aziendale, al proprio interno tendono a definirsi, quanto a configurazione organizzativa, come aziende in sé concluse ed autonome, come abbiamo visto in particolare per quanto riguarda l'ospedale, che conseguen-



1. G. Arata, G. Marconigi, E. Ronzani, Nuovo Ospedale Maggiore, Milano, 1931-1939: plastico. 2

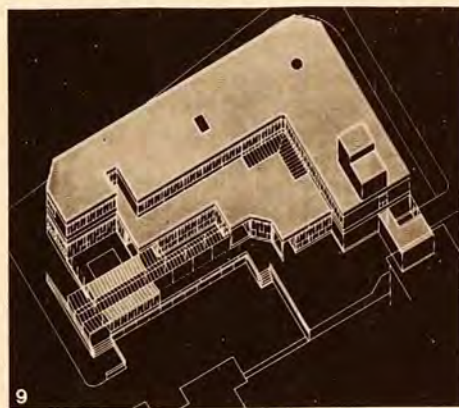
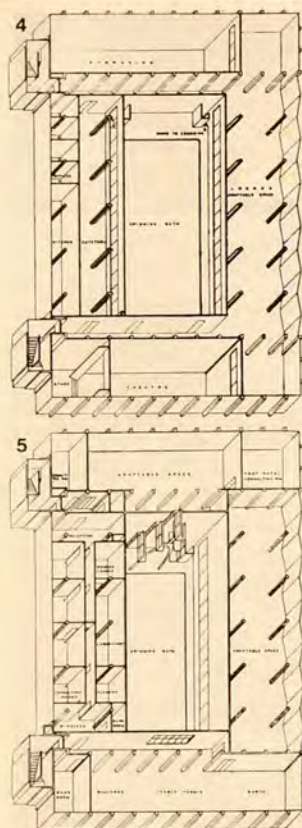
la razionalità medica e degli « imperativi economici », esso ha potuto agevolmente insinuarsi e proliferarvi... Si delinea qui un tratto caratteristico delle realizzazioni moderne: la segregazione. La segregazione dei percorsi: malati, visitatori, personale... La segregazione tra i percorsi dei visitatori e dei malati è un tema che praticamente non fa che accentuarsi... Paul Nelson (un architetto americano trasferitosi in Francia e qui, oltre a Jean Walter, autore delle realizzazioni ospedaliere di maggior mole - n.d.r.) dichiarava, a proposito delle circolazioni parallele e sdoppiate di Saint-Lô: *così i visitatori non incontrano mai un malato e circolano sempre sino agli ascensori in un ambiente di luminosità e di luce in mezzo ad un giardino* (11).

Polack ribatte indirettamente a questo riduttivo meccanicismo, affermando: *Il personale sanitario ed i familiari sono come personaggi che si alternano accanto al malato; talvolta ciò è chiamato discrezione. Di fatto non vi è spazio per i visitatori in un ospedale attuale. I familiari non possono né mangiare, né dormire, né riposarsi, né passeggiare in questo luogo di distaccata efficienza. La loro incapacità a svolgere un ruolo efficace presso il loro malato è*

(16) Ibidem, p. 253.

(17) Cfr. F. Ferrarotti, *I limiti del Fordismo*, in *Mondo Economico*, 21 aprile 1956, pp. 9-10.

PER ISOLARE O DIFFONDERE PER PREVENIRE



U.T. INPS, Istituto Carlo Forlanini, Roma, 1934. 3. A. Bordini, Nuovo Ospedale Maggiore, Brescia, 1934. 4, 5, 6. O. Williams, Pioneer Health Centre, Peckham, Londra, 1936; assonometrie, veduta. 7. The Tecton

Group, Finsbury Health Centre, Finsbury, 1938. 8. P. Womersley, Kelso Consulting Rooms, Kelso, 1967. 9. E. Young, Kentish Town Health Centre, Kentish Town.

più che determinata dall'istituzione, costruita sul modello meccanico di un apparato di cure privo di attrezzature di carattere sociale (12). E' evidente, quindi, come tutta quella serie di proposte che tende a risolvere la stratificazione delle funzioni attraverso il meccanico aggancio a dei percorsi opportunamente filtrati, smistati e distinti per degenti, personale medico, personale di servizio e visitatori, si dimostri poi incapace di risolversi in una configurazione tipologica improntata ai complessi ruoli sociali che queste figure esplicano nei confronti dell'organismo sanitario e del suo regime globale di funzionamento.

Alle impostazioni volutamente riduttive e tecnicistiche del tipo di quelle sopra citate, si contrappone l'approccio problematicamente globale proposto dall'Ospedale di Venezia di Le Corbusier; un esempio che, al di là della eccezionalità del contesto urbano in cui si colloca, propone per gli organismi sanitario-ospedalieri una scelta organizzativa e tipologica del tutto generale e vincolante. Sarebbe, infatti, ingenuo ed insoddisfacente tentare di spiegare una scelta tipologica tanto radicalmente innovativa — come è quella di organizzare l'articolazione delle funzioni terapeutiche

e di degenza attorno ad un elemento-base, il campielo, che proclama chiaramente il proprio carattere esterno al circolo delle funzioni che una logica particolaristica e restrittiva tenderebbe a considerare legittime in un organismo sanitario — unicamente come la geniale intuizione di un grande artista di fronte ad un contesto urbano particolarmente stimolante e suggestivo; essa propone, invece, per gli organismi sanitari una svolta di carattere generale: l'assunzione di un rapporto di rispondenza tra tessuto urbano ed attrezzatura sanitaria, spinto al massimo grado di coerenza e di innovazione dei tradizionali rapporti tra spazi pubblici e privati, alla ricerca di una definizione, anche tipologica, di un ruolo e di un uso sociale nuovi per l'assistenza sanitaria e per i suoi spazi, tendenzialmente coincidenti con le esigenze e le condizioni di vita concretamente espresse dall'utenza sociale di massa. Viene, cioè, qui a ricomporsi quella dicotomia tra l'organismo sanitario quale paradigma dei caratteri di salubrità e razionalità che un uso socialmente consapevole del suolo dovrebbe imprimere all'insediamento moderno oppure quale terreno elettivo di esaltazione di quei caratteri di microcosmicità, di introversione,

di segregazione, inconfondibilmente impressi a tutta la tipologia edilizia della città capitalistica borghese (13), ed improntati al modello dell'azienda quale paradigma dell'intera società — dicotomia che assume la propria manifestazione esemplare più evidente negli esempi contrapposti, che abbiamo esaminato, delle proposte di Tony Garnier per la Cité industrielle e le sue attrezzature sanitarie e nell'esempio dell'Ospedale Ford, nell'ambito del paternalismo aziendalistico e dello sviluppo della città nord-americana, e negli sviluppi tecnicistici che sull'organizzazione sanitaria se ne proiettarono. In questo senso, il riferimento proposto da Le Corbusier per l'Ospedale di Venezia non deve, ovviamente, intendersi univocamente risolto in quella configurazione, ma, anzi, deve essere inteso come lo stimolo ad affrontare le prospettive offerte da una ridefinizione in senso progressivo dei ruoli della pratica medica, dell'organizzazione e della gestione sociale dell'assistenza e del rapporto con il contesto urbano e territoriale, di fronte alla sempre più manifesta incapacità congenita per gli attuali organismi sanitari — concepiti come pure concentrazioni di attrezzature tecniche — a risolvere

la crescente domanda di una assistenza sanitaria socialmente generalizzata e gestita e di un rapporto di stretta correlazione con i caratteri dell'insediamento della popolazione sul territorio.

Da questo punto di vista, le modificazioni indotte dalla introduzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia e dagli altri provvedimenti di riforma del sistema medico-ospedaliero in discussione non possono né adeguamento dei livelli tecnici e quantitativi dell'assistenza (che pure, necessitano di un decisivo miglioramento). Tutte le volte che si è operato in questa maniera — sostengono Severino Delogu e Rolando Angeletti — il distacco tra bisogni e mezzi è dimostrato incolmabile (14). Sulla strada del superamento di tali limiti si porrebbe, ad esempio, una revisione critica della divisione sociale dei ruoli e delle competenze tra i diversi gradi del personale — attualmente nettamente separati tra personale medico, infermieristico e di servizio — che potrebbe ribaltare talune suddivisioni di funzioni e di luoghi apparentemente oggettive, incentrandosi

(segue) 27

temente vede prevalere le configurazioni tipologiche che esaltano le esigenze aziendalistiche della organizzazione ospedaliera (minimizzazione dei percorsi, separazione dei circuiti di adduzione e smaltimento delle vetture, ecc.) su quelle derivanti dalla riproduzione spaziale della logica classificatoria della nosografia medica (una sede per ogni tipo di malattia) o dalla concezione dell'ospedale come parte complessa dell'organismo urbano.

Ma tornando alla più generale concezione che il Fordismo ebbe del processo sociale di produzione delle merci e dei servizi, il suo limite di fondo è riscontrabile nel fatto che esso, concependo il sistema come puro accostamento di una serie di aziende e istituzioni in se autonome, spezzoni isolati del processo sociale produttivo in cui il raggiungimento del massimo di efficienza è perseguito solo all'interno di ciascuno di essi, esclude per il sistema complessivo delle aziende e delle istituzioni la possibilità di organismi che siano depositari di quella « coscienza » dei fini generali e della conseguente organizzazione dei ruoli, che nell'azienda è delegata al *management*. In queste condizioni il processo sociale di produzione si trova esposto ai contraccolpi delle fluttuazioni cicliche e delle crisi generalizzate dovute allo scontro delle varie parti del sistema, sia dal punto di vista della produzione che dell'impiego delle risorse in investimenti o servizi. Il Fordismo, infatti, almeno come concezione ideologica generalizzata — che come tecnica organizzativa delle attività aziendali continuerà ad avere rilevante influenza, di cui è possibile ancora oggi cogliere significative tracce — troverà la propria battuta d'arresto con la depressione susseguita alla crisi del '29. Nonostante le prediche liberistiche di Ford (*Questi sono in realtà bei tempi; peccato che pochi se ne accorgano*) (18) sarà lo Stato, attraverso la poli-

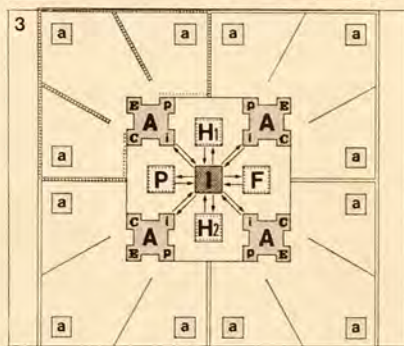
tica del New Deal, che dovrà farsi carico, attraverso forme e strumenti nuovi capaci di indirizzare il sistema nella sua globalità, di far uscire il Paese dalla stagnazione da cui i criteri amministrativi puramente aziendalistici non riuscivano a trarlo. Su chi facendo ricadere i costi e a chi assegnando i benefici di questa nuova fase del processo di sviluppo capitalistico non è compito di questo scritto discuterlo. Quello che è certo è che in quest'ottica lo Stato si farà carico anche di riprendere in mano la funzionalizzazione dei meccanismi di controllo sociale agli obiettivi di rilancio dello sviluppo capitalistico, che il paternalismo aziendalistico, quando le cose si erano fatte più difficili non aveva esitato a buttare a mare, per ricorrere ai più sicuri metodi della aperta repressione. *La prosperità della Nuova Era e il Piano Americano*

(c'era qualche condizione, c'era sempre qualche condizione) avevano ucciso il Macinino. Quella di Ford non era che una delle tante fabbriche d'automobili. Quando il pallone della Borsa scoppiò, il signor Ford l'organetto filosofo dichiarò tutto giubilante, « Ve l'avevo detto. Vi sta bene per il vostro vizio di giocare e far debiti. Il paese è sano. »

Ma quando il paese in scarpe rotte, calzoncini consunti e cinture tirate sulle pance vuote, mani oziose tagliuzzate e screpolate dal gelo di quel gelido giorno di marzo nel 1932, si mise in marcia da Detroit a Dearborn, richiedendo lavoro e il Piano Americano, tutto quello che seppero pensare da Ford furono mitragliatrici. Il paese era sano, ma i marciatori li falciarono. Ne ammazzarono quattro (19).

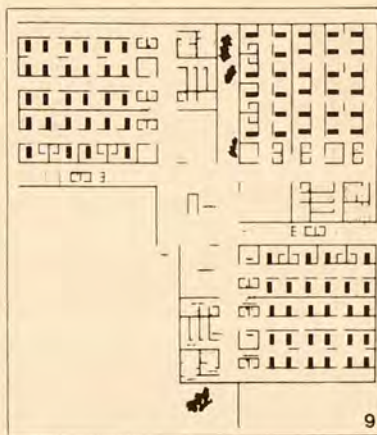
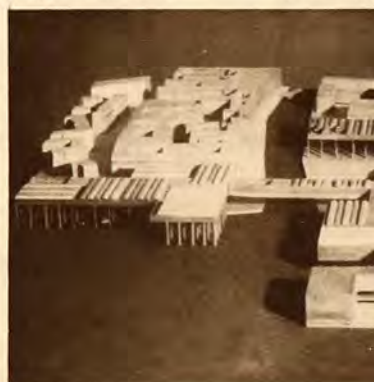
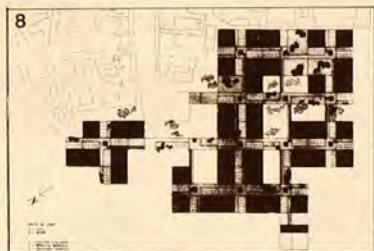
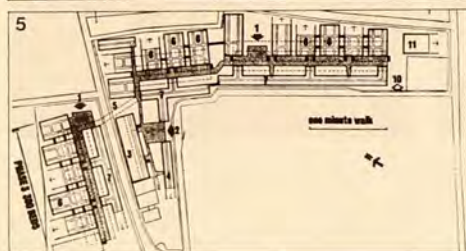
(18) Ibidem, p. 10.

(19) In J. Dos Passos, *Un mucchio di quattrini*, cit., p. 60.



1. B.P. Arneill, P.H. Nuelson, *Community Health Care Centre Plan*, New Haven. 2. F.C. Wilkin-

sul momento della preparazione di personale medico intermedio, mediante la ricomposizione — anche tipologica — dei momenti dell'assistenza con quelli della formazione e dell'educazione sanitaria. Così pure, in questa prospettiva, assumerebbe significato nuovo anche l'adozione di innovazioni tecnico-organizzative, quale quella delle *cure graduate*, cioè della distribuzione dei degenti in funzione dell'intensità di applicazione della terapia anziché della specificità patologica, che tende a mettere in discussione anche quell'ultimo residuo della logica nosografico-classificatoria della medicina che è costituito dal permanere, anche nel moderno ospedale a monoblocco, del reparto ospedaliero. Infatti, l'introduzione del criterio delle *cure graduate* può avere implicazioni e valutazioni sostanzialmente differenti a seconda delle prospettive e degli obiettivi ai quali viene finalizzato, da un lato, esso può ridursi semplicemente ad un necessario adeguamento organizzativo di fronte alla introduzione di attrezzature tecniche sempre più complesse e costose, e che richiedono, quindi, soluzioni che le concentrino — mediante criteri di ottimizzazione della gestione aziendale — là dove massima risulta la loro utilizza-



son & Pepper, Centro di igiene mentale Horizon House, Philadelphia. 3. G. Maccacaro, Schema di funzionamento della USL, 1971. J, i: informazione; A, a: sub-unità; E: educazione; C: consultazione; P: prevenzione; F: farmacia; H1: ospedale; H2: paraospedale. 4, 5. Llewelyn Davies, Weeks

& Partners, Progetto per un centro ospedaliero universitario, 1965. 6. The Ministry of Health, Ospedale pilota, Bury St. Edmunds, 1967. 7, 8, 9, 10. Le Corbusier, Progetto per il Nuovo Ospedale, Venezia, 1964-65: collocazione urbanistica, planimetria, pianta di un settore, plastico.

zione di esercizio; dall'altro, esso può costituire, invece, quel supporto tecnico-organizzativo che, scardinando la vecchia aggregazione per reparti di specializzazione patologica, è in grado di garantire, insieme ad una diversa organizzazione funzionale, anche una ricomposizione dei processi diagnostico-terapeutici attorno a momenti unitari e collettivi, che intersechino e sovrappongano il regime di funzionamento dei singoli organismi sanitari a quello della collettività, nei suoi specifici caratteri di insediamento sul territorio. Sarebbe, dunque, la natura di questa intersezione a fornire, di volta in volta, alla organizzazione tipologica il registro unificante, in un regime di funzionamento omogeneo, delle funzioni intrinseche ai singoli organismi sanitari e delle funzioni di vita associata e collettiva. Dal punto di vista istituzionale, una simile impostazione comporterebbe necessariamente una definizione e specificazione del concetto stesso di *Unità sanitaria locale*, intesa non semplicemente come aggregazione di differenti livelli di attrezzature sanitarie, assegnate sulla base di standard perequativi, ma come l'unità tecnico-decisionale che affronta la globalità dei problemi sanitari ed assistenziali di un am-

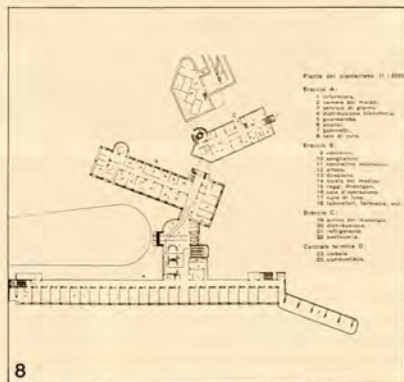
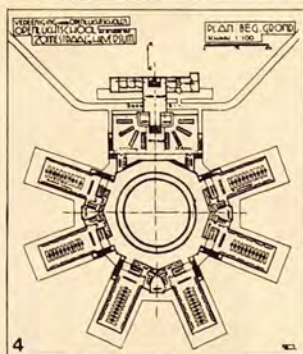
bito omogeneo per problemi e consistenza territoriale. Dal punto di vista più strettamente tipologico, invece, la linea di tendenza sarebbe quella di una disaggregazione dell'attuale autarchica e segregata compattezza di un unico organismo ospedaliero, improntato ad un efficientismo di tipo aziendalistico, a favore di una ricomposizione delle attività sanitarie attorno ai momenti sociali e collettivi, sia interni che esterni all'istituzione, secondo un comportamento collettivo diagrammaticamente congruente con i diversi gradi di socializzazione possibili. Si assisterebbe, così, alla articolazione di momenti nei quali il comportamento sarebbe definito da una più rigida e precisa deduzione dalle esigenze di carattere terapeutico (unità di cura intensiva), accanto a momenti nei quali taluni gradi della socializzazione si esprimerebbero attraverso un'autogestione interna dell'istituzione, tendenzialmente aperta verso l'esterno (momenti collettivi e decisionali del personale e dei pazienti, luoghi di riunione o di passaggio, mense, ecc.), per giungere a momenti nei quali massima sarebbe l'autogestione di tutta la comunità e l'integrazione fra funzioni sanitarie e contesto urbano (centri di conva-

lescenza e di riabilitazione, residenze attrezzate per anziani, residenze studentesche e per il personale medico e paramedico, servizi collettivi estesi a tutta la popolazione, organi decisionali e di base dell'USL, ecc.) e nei quali la differenziazione dal tessuto urbano sarebbe solo di grado e non di qualità. Si tenderebbe, così, a promuovere un ruolo dell'assistenza sanitaria, che, svincolandosi dagli attuali schemi e prescrizioni di carattere aziendalistico, affermerebbe, anche mediante una gestione più democraticamente partecipata della salute pubblica, un rapporto tra organismi sanitari e condizioni sociali e territoriali, se non strutturale, certo non più scindibile dall'intreccio di problemi concernenti l'assetto della società e lo sviluppo della città, nei suoi rapporti col territorio.

Sergio Brenna

- (1) In M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969, p. 46; cfr., inoltre, M. Foucault e altri, *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Institut de l'Environnement, Paris 1976 e A. Cherubini, *Dottrine e metodi assistenziali dal 1789 al 1848: Italia, Francia, Inghilterra*, Giuffrè, Milano 1958.
- (2) In R. H. Shryock, *Storia della medicina nella società moderna*, ISEDI, Milano 1977, p. 165.
- (3) In H. Rosenau, *Social Purpose in Architecture. Paris and London compared 1760-1800*, Studio Vista, London 1970, pp. 54-55.
- (4) In R. Shryock, *op. cit.*, p. 193.
- (5) In H. Jamous, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, C.N.R.S., Paris 1969, p. 97.
- (6) In R. Virchow, *Vecchio e nuovo vitalismo*, introduzione a cura di V. Cappelletti, Laterza, Bari 1969, p. 24.
- (7) Cfr. L. Conti, *L'assistenza e la previdenza sociale. Storia e problemi*, Feltrinelli, Milano 1958.
- (8) Cfr. A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale in Italia. 1860-1960*, Editori Riuniti, Roma 1977.
- (9) In F. Steudler, *Sociologie médicale*, A. Colin, Paris 1972, p. 52; cfr. anche F. Steudler, *L'hôpital en observation*, A. Colin, Paris 1974.
- (10) In J.-C. Polack, *La medicina del capitale*, Feltrinelli, Milano 1972, p. 133.
- (11) In G. Guéz, *Image ouverte de l'hôpital*, in *L'architecture d'aujourd'hui*, n. 150, giugno-luglio 1970, pp. 8-9.
- (12) In J.-C. Polack, *op. cit.*, p. 142.
- (13) In G. Canella, *Un ruolo per l'architettura*, Clup, Milano 1969, p. 12.
- (14) In S. Delogu e R. Angeletti, *Individuazione e struttura dei servizi sanitari*, in *Rivista Italiana di Sicurezza sociale*, a. VIII, n. 1, gennaio-marzo 1970. Cfr., inoltre, in generale J. D. Thompson e G. Goldin, *The Hospital: A Social and Architectural History*, Yale University Press, New Haven-London, 1975.

SANATORIO: NELLA LUNGODEGENZA



1.2.3.4. J. Duiker, Sanatorio «Zonnestraal», Hilversum, 1926-28; 5. Veduta del fronte sud; veduta aerea; abitazione delle infermiere; progetto di scuola open air; pianta del piano terra. 6.7.8. A. Aalto, Sanatorio di Paimio, 1928-33; planimetria; vista del fronte

est; vista del fronte ovest; pianta del piano terreno. 9.10.11. A. Lurçat, Progetto di Sanatorio a Puy de Dôme, 1931; pianta del piano terra; prospetti; assonometria. 12. M. Ginzburg, Clinica Ordzonikidze, Kislovodsk, 1935; pianta del Centro terapeutico.

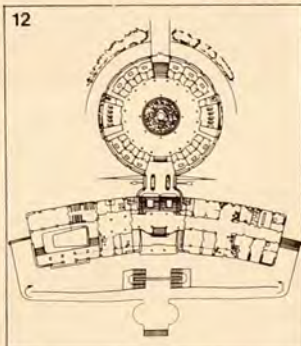
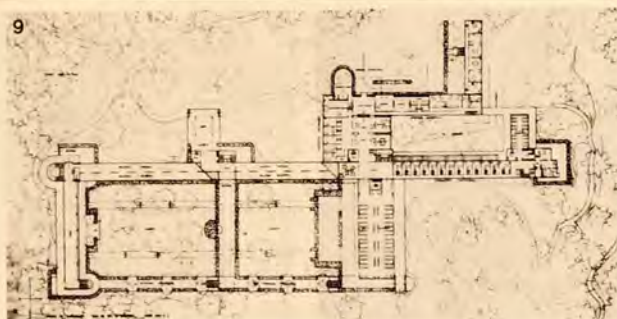
L'architettura sanatoriale si pone in termini di innovazione tipologica, si consolida in termini di costruzione di un diffuso sistema funzionale, ed esaurisce la propria autonoma funzionalità in un arco temporale estremamente più limitato di quanto mai avvenuto nel caso di altri organismi sanitari. Invenzione del tipo, costruzione della rete degli istituti, e loro progressivo abbandono, si consumano, con vicenda parallela in tutti i Paesi, nell'arco del Sessantennio compreso tra l'ultimo Decennio dell'Ottocento, con i dibattiti sulla localizzazione degli istituti, e gli anni Sessanta quando si pone il problema della progressiva sostituzione della terapia di ricovero con le cure chemioterapiche e domiciliari. Il processo di nascita, consolidamento, e dissoluzione del tema di architettura si sviluppa quindi contemporaneamente da un lato alla scoperta degli agenti patogeni ed al chiarimento di

un programma terapeutico, dall'altro alla diffusa estensione della malattia come problema sociale, ed alla relativa affermazione dei programmi d'intervento promossi dall'associazionismo di classe o direttamente dallo Stato, dall'altro lato ancora al parallelo consolidamento di altre realizzazioni connesse quali i preventori, le colonie eliaterapiche, le colonie marine e montane di Stato od aziendali. La compressione dell'arco temporale entro cui si sviluppa la vicenda del tipo, e la contemporaneità delle realizzazioni su scala internazionale, costituiscono una prima chiave di lettura delle peculiarità delle tipologie sanatoriali rispetto all'evoluzione delle tipologie ospedaliere. Non è infatti influente che il problema della definizione tipologica di questo nuovo tipo, e la realizzazione di gran parte dei programmi nazionali d'intervento si sviluppino contemporaneamente all'affermazione del

Movimento moderno in architettura, e delle Scuole del razionalismo, ed in particolare all'opera di alcuni maestri i cui edifici sono spesso considerati prototipi della nuova architettura sanatoriale, e al tempo stesso manifesti della nuova definizione dell'architettura. La dialettica tra grado di innovazione rinvenibile in alcune opere di eccezionale qualità architettonica, quali il Sanatorio di Hilversum di Joannes Duiker del 1928, il Sanatorio di Paimio di Alvar Aalto del 1929, il Progetto di sanatorio di André Lurçat a Puy de Dôme, i Sanatori di Mosej Ginzburg degli anni 1937-46, i Dispensari antitubercolari di Sert, Subirana, Torres Clavé a Barcellona del 1934-36 e di Ignazio Gardella ad Alessandria del 1938, e la qualità ed i caratteri degli edifici diffusamente realizzati in base ai programmi sanatoriali nazionali, costituisce un primo elemento di interesse per analizzare i gradi di autonomia

delle tipologie sanatoriali dai condizionamenti dell'evoluzione delle tipologie ospedaliere. Definire gli elementi sui quali si fonda, là dove si ravvisa, questa autonomia, anche al di là delle condizioni di eccezionalità di alcune opere, significa cogliere gli aspetti, spesso antinomici, di peculiarità del tipo rispetto a quello ospedaliere. Il comune riferimento di tutta l'architettura sanatoriale ad un programma terapeutico tanto più chiaramente definito quanto più comportamentale, piuttosto che strettamente medico, ed esteso a tutto l'arco di attività del malato, per periodi di permanenza e di cura anche molto prolungati, fa caso per caso del sanatorio un tipo disponibile ad essere inserito o nel novero delle istituzioni totali, o, al contrario, nel novero degli edifici civili, sede di una sorta di comportamento alternativo, ma in tutti i casi sottratto alle relazioni più strette che legano com-

UN MODELLO DI ABITAZIONE COLLETTIVA



13. M. Ginzburg, Sanatorio, Oreanda, 1940-48; plastico dell'edificio centrale. 14. M. Ginzburg, Sanatorio «Vette Montane», Kislovodsk, 1945.

portamento e tipologia ospedaliera al comportamento ed alle tipologie della città produttiva. Il diverso grado di aderenza tra comportamento e definizione del tipo di architettura è forse ciò che nei diversi edifici garantisce la distanza da risvolti istituzionalizzanti, e la migliore qualità architettonica, traducendosi più nella costruzione di un diverso ambiente di vita o modello d'insediamento che nella definizione di un ricovero per malati. Nel caso dei sanatori questi diversi livelli di qualità si pongono in significativa sintonia con la differenza che corre, nei diversi esempi, tra innovazione tipologica e semplice deduzione dal tipo ospedaliero.

L'altro elemento, anch'esso antinomico al suo interno, di distacco delle tipologie sanatoriali dalle contemporanee tipologie ospedaliere può essere ricondotto al rapporto tra architettura degli organismi sanitari, e architettura che costruisce il terri-

torio e la città produttiva. Mentre nel caso degli ospedali il rapporto tende a rappresentarsi in termini talora deduttivi, talora di parallela razionalizzazione, talora omologhi o parimenti rappresentativi, ma comunque sempre in relazione diretta, nel caso dell'architettura sanatoriale sia il programma terapeutico, sia la questione della salubrità (sia essa dell'aria d'alta quota, dell'aria marina, o modestamente dell'esterno della città) costituiscono gli elementi obbliganti di una più o meno apparente alterità rispetto al paesaggio produttivo. Tuttavia, e questo ne è il risvolto antinomico, la realizzazione dei grandi programmi nazionali di architettura sanatoriale coincide significativamente, nei luoghi e nei tempi, con l'affermazione ed il consolidamento dei bacini produttivi storici, sia a livello delle aree europee, sia a livello delle aree nazionali e lombarde. Una carta delle localizzazioni geografiche e degli

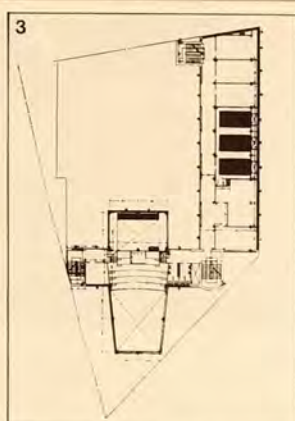
anni di costruzione dei sanatori europei a confronto con il consolidamento dei grandi bacini produttivi potrebbe rivelare significative coincidenze; non diversamente una carta che ponesse a confronto, ad esempio, il consolidarsi delle aree urbane e delle aree produttive lombarde con la dislocazione degli istituti realizzati in Lombardia. Se ne può dedurre allora che la forzata salubrità sanatoriale è il risvolto diverso ma omologo dell'insalubrità sia produttiva che insediativa.

Peraltro non potrebbe svelarsi rapporto più diretto di quanto insito in altre due notazioni: in primo luogo la contemporaneità e la coincidenza con la realizzazione di parallele tipologie sia terapeutiche sia di convalescenza, sia preventive per l'infanzia, rappresentate dalle colonie elioterapiche e dai soggiorni marini e montani; in secondo luogo la figura e la connotazione dei promotori delle realizzazioni,

volta a volta legati all'associazionismo di classe (è il caso, ad esempio, del Sanatorio di Hilversum), all'iniziativa aziendale (è il caso, ad esempio, delle colonie e dei soggiorni climatici), all'iniziativa dello Stato (è il caso del Programma sanatoriale dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale), in tutti i casi connessi con l'affermarsi diffuso del lavoro industriale.

Se dunque principalmente su queste accennate premesse — contemporaneità e compressione della vicenda temporale del tipo, particolarità della condizione comportamentale terapeutica, antinomia alterità e dipendenza rispetto all'insediamento produttivo — trova fondamento la peculiarità del tipo sanatoriale, il maggiore interesse si manifesta proprio nel rapporto tra edifici che fanno di questa condizione occasione di innovazione tipologica ed espressiva, costituendo

(segue)



1.2.3.4. J. Ll. Sert, J. Torres Clavé, J.B. Subirana, Dispensario centrale antitubercolare, Barcellona, 1934-36: veduta generale; particolare della facciata interna; pianta del terzo piano; veduta della biblioteca. 5.6.7.8.9. I. Gardella, Dispensario Antitubercolare, Ales-

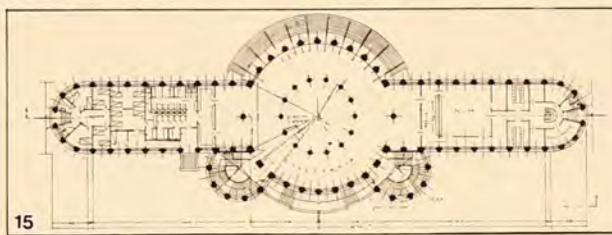
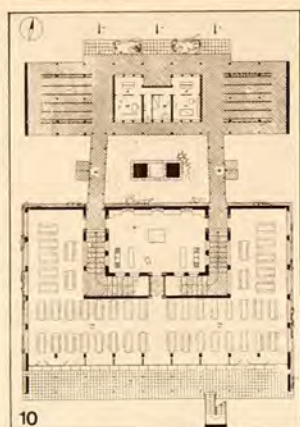
sandria, 1936-38: veduta della facciata principale; piante del piano rialzato e del primo piano; veduta della facciata nord; veduta della sala di attesa; veduta del terrazzo solarario. 10.11.12.13. BBPR, Colonia elioterapica, Legnano, 1938: pianta del primo piano; ve-

in questo senso anche i prodromi di un diverso comportamento e di una diversa qualità sia delle istituzioni sia dell'insediamento in generale, ed edifici che nella costruzione diffusa del sistema assistenziale procedono per semplice deduzione dal tipo ospedaliero. Nel primo caso l'occasione offerta dalla qualità innovativa di questi edifici è singolare: nel momento in cui diventano prototipi di diverse condizioni insediative e non solo di migliore risoluzione della funzione in sé, la rottura del comportamento separato dell'istituzione avviene proprio da parte di un potenziale momento segregante. Nel caso del Sanatorio Zonnestraal di Duiker inaugurato ad Hilversum nel 1928, su un'impianto solo apparentemente di matrice funzionalista (i padiglioni delle degenze che convergono verso il corpo centrale delle attività comuni), si innesta una tale ricchezza sia nella definizione della tipologia dei vari

edifici, sia delle risoluzioni espressive, da superare ogni traduzione del diagramma funzionale in architettura, così da trasformarsi in aderenza non solo alle necessità terapeutiche ma anche al comportamento di vita associata di una comunità, ponendosi contemporaneamente in armonia con il sito ed il paesaggio. Le diversità tipologiche dei vari edifici progettati o realizzati che compongono il Complesso non ha alcun riferimento con la ripetizione stereotipa del tipo che connota l'ospedale a padiglioni (si confrontino, ad esempio, i padiglioni, il corpo centrale delle attività collettive, il nodo tecnologico, l'abitazione delle infermiere, ed il progetto di Scuola open air), e svolge invece i temi di massima generalità di costruzione di un brano di insediamento completo, e di costruzione di sedi del comportamento individuale in rapporto a sedi del comportamento collettivo. Quanto questi brani

di architettura siano lontani dalla costruzione di tipi di massimo particolarismo, e vicini invece alla definizione di tipi di massima generalità per un nuovo insediamento è dimostrato dalla coincidenza di linguaggio tra i padiglioni di Zonnestraal e l'edificio della Scuola all'aria aperta in Cliostraat ad Amsterdam del 1929-30. La coincidenza tra condizione comportamentale e condizione terapeutica nella vita di comunità, e quindi in ultima analisi il rapporto tra spazi collettivi e spazi privati, insieme all'attenzione rivolta alla massima qualità dell'ambiente costruito sono anche gli elementi di massima generalità del progetto del Sanatorio di Paimio, di Alvar Aalto, del 1928-33. Elementi più specifici sono invece quelli connessi alla completa reinvenzione tipologica dell'edificio assistenziale e comunitario, a partire dalla libera disposizione dei corpi di fabbrica in relazione alle esigenze di insolazione e

di affaccio al paesaggio, dagli innesti di parti comunitarie in pianta libera e parti in uso singolo in composizione seriale, dalla capacità dei vari corpi di fabbrica dell'edificio di determinare un paesaggio costruito in continuità tra interno ed esterno. Il corpo di fabbrica semplice di tutte le parti, esclusa solo l'ala dei servizi generali, diviene, da dettato funzionale per una uniforme esposizione, elemento determinante della definizione espressiva dell'architettura. I medesimi argomenti ed il medesimo giudizio sul ruolo della reinvenzione tipologica e sugli elementi in essa determinanti trovano conferma nel progetto di André Lurçat per un Sanatorio a Puy de Dôme, dove il corpo di fabbrica semplice e molto stretto delle camere, uniformemente orientate e dotate di balconi, dal quale si articola il corpo delle sale di cura collettiva, sovrasta i corpi di fabbrica bassi delle parti collettive ed un siste-



duta del solaro; veduta del fronte ovest; veduta del fronte verso il bosco. 14.15. V. Bonadè Bottino, Torre Balilla, Colonia Fiat, Marina di Massa, 1932: veduta e pianta del piano terreno. 16.17. M. Favier, A. Thiers, J. Bardin, Preventorio, Liancourt (Oise-Fran-

cia), 1932: piante e veduta del fronte.

ma di cortili, terrazze, gallerie chiuse ed aperte che definiscono in continuità tutto un ambiente costruito. Dal confronto tra i progetti non si può non constatare come gli elementi compositivi fondamentali di questi esempi, a partire dal più volte citato corpo di fabbrica semplice, fino alla conseguente definizione diversa di ogni facciata, al rigore determinante relativo alla questione degli orientamenti, fino all'attenzione per la progettazione delle aperture ed al rapporto con l'esterno, se pure vengono catalizzati dalle particolarità funzionali del sanatorio, travalicano il tema specifico riconnettendosi ai criteri più generali di definizione di un nuovo insediamento razionale, affermando così una relazione diretta tra nuovo modello d'insediamento e progetti di edifici salubri, molto diversa dagli elementi che determinano complessivamente l'evoluzione del tipo ospedaliero.

Quanto il tema dei sanatori si sviluppi nei casi migliori come tema dell'anti-ospedale, connesso ad un globale disegno dell'intorno, costruito e del paesaggio, trova conferma anche nei Progetti di sanatori elaborati da Moisej Ginzburg, tra il 1935 e il 1944. Questi progetti anche se appartenenti ad un periodo di proposizione di un'architettura con una carica rivoluzionaria ridotta rispetto ad altri momenti, ma non per questo meno innovatori nella tipologia (si veda, ad esempio, la pianta della Clinica Ordzonikidze a Kislovodsk, del 1935; l'edificio a cortile centrale e gallerie perimetrali del Sanatorio di Oreanda, del 1940-48; la pianta esagonale a cortile protetto dai venti del Sanatorio Vette Montane di Kislovodsk, del 1945), vengono elaborati contemporaneamente ai Piani dei parchi e ai Piani regolatori di vaste aree, e rivelano un'attenzione particolare al paesaggio costruito ed un rap-

porto tra piano e strutture sanitarie che non può non ricordare le proposizioni per la Città Verde di Mosca. Se dunque potenzialmente i sanatori si pongono come realtà antitetiche all'ospedale, gli edifici dei dispensari, ad esempio il Dispensario centrale antitubercolare di Barcellona, costruito da Sert, Subirana, Torres Clavé nel 1934-36, e il Dispensario antitubercolare di Alessandria, costruito da Ignazio Gardella nel 1938, si pongono potenzialmente come edifici anticipatori di un ruolo diffuso e sociale dell'assistenza, quali edifici civili nella città. La collocazione urbana dei dispensari e la loro limitata dimensione ne fa, negli esempi migliori, una prefigurazione di presidi articolati della salute. La definizione di edificio civile è la più calzante per il Dispensario di Sert, Subirana e Torres Clavé, in cui la destinazione specifica è superata sia dalla mirabile risoluzione dell'integrazione tra la

sala di riunione, la biblioteca, e le parti per l'assistenza medica, sia dalla risoluzione tipologica ed espressiva. Le facciate, tutte diseguali, instaurano condizioni diverse di relazione con l'esterno e di illuminazione, i collegamenti verticali ed orizzontali snodano le varie parti, facendo dell'edificio un brano complesso di città. Non diversamente nel caso dell'edificio di Gardella, pur trattandosi di un volume definito e non articolato, si svolge il tema libero dell'integrazione: a piano terra i servizi della sezione dispensariale ed al primo piano una piccola sezione di degenza con un terrazzo solarium ed i servizi amministrativi. In entrambi questi edifici il tema della schermatura o dell'apertura alla luce diviene elemento fondamentale di definizione dell'edificio, attraverso lo studio della tessitura di facciata, elemento questo comune ai caratteri ge-

(segue)

CITTÀ-SANATORIO: DOPO IL CONFINAMENTO



1.2. P. Abraham e H. Le Meme, Villaggio sanatoriale «Guebriant», Passy (Alta Savoia), 1933: veduta del fronte sud e del fianco ovest. 3.4.5.6. P. Abraham e H. Le Meme, Sanatorio «Roc des Fiz», Passy (Alta Savoia), 1932: veduta generale; prospettiva;

interno di un padiglione di cura; vedute dei padiglioni. 7.8. P. Forestier, Città sanatoriale «Clairvivre», Salagnac (Francia), 1933: planimetria generale e veduta del fronte principale. 9. INPS, Villaggio sanatoriale, Sondalo, 1932-40. 10.11. G. Epitoux, Progetto

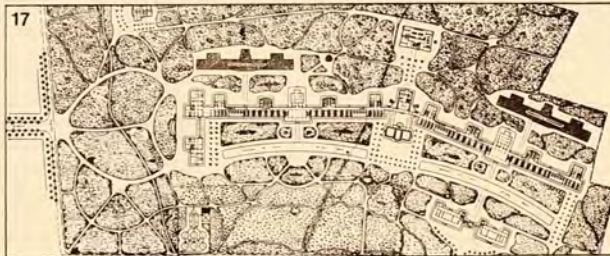
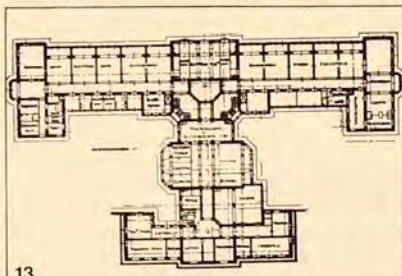
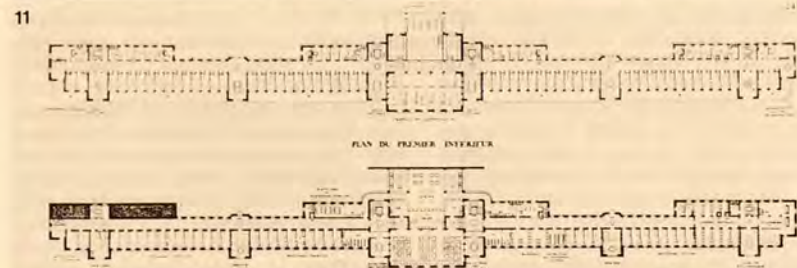
neralizzabili dell'architettura sanatoriale e di obbligato scompaginamento di ogni residuo ordine stilistico che al contrario la costruzione seriale dell'ospedale tende per lungo tempo a non contraddire. I caratteri dell'architettura sanatoriale che l'allontanano dall'evoluzione della tipologia ospedaliera sono i medesimi che la connettono alla parallela definizione delle tipologie dei centri elioterapici per l'infanzia, delle colonie marine e delle colonie montane. Anche qui infatti da un lato la necessità di rispondere ad esigenze funzionali dettate da ipotesi di vita in comunità, dall'altro il riferimento a comportamenti di vita salubre alternativi ai modelli di vita urbana e di lavoro concorrono alla innovazione tipologica. Sono questi i caratteri che definiscono ad esempio l'edificio della Colonia elioterapica di Legnano dei BBPR, primo premio al Concorso nazionale bandito

nel 1936 dal Cotonificio Cantoni; l'edificio della Torre Balilla-Colonia Fiat a Marina di Massa dell'Ing. Vittorio Bonadé Bottino, il Preventorio di Liancourt (Oise-Francia) di Marcel Favier, Adolphe Thiers e Joseph Bardin; esempi tra loro differenti, ma accomunati, come altri sullo stesso tema, da un procedimento di reinvenzione del tipo. Di fronte agli esempi che, con il tramite della grande qualità dell'architettura e fondandosi sulla reinvenzione tipologica, si distaccano totalmente dai caratteri della corrispondente architettura ospedaliera, c'è da chiedersi quanto questa autonomia sia insita e necessaria rispetto al tema, e generalizzabile nell'esperienza della costruzione degli interi servizi sanatoriali nazionali, e quanto, al contrario, pesi in gran parte delle realizzazioni la connotazione istituzionalizzante e la semplice deduzione dai tipi ospedalieri. Ecco allora che da un lato si ri-

scontrano alcuni diffusi motivi di generalizzabilità dell'interesse autonomo della tipologia sanatoriale rispetto a confrontabili tipologie ospedaliere. Si tratta, per esempio, dei casi degli edifici a terrazze del Villaggio sanatoriale Guebriant a Passy (Alta Savoia) costruito nel 1933 da Pol Abraham e Henry Le Meme, oppure della reinvenzione dei padiglioni in funzione dell'aerazione e del soleggiamento nel Sanatorio Roc des Fiz a Passy, degli stessi autori, del 1932, oppure della rigorosa impostazione degli edifici della Città sanatoriale Clairvivre a Salagnac, di Pierre Forestier, del 1933, oppure, ancora, dell'imponente blocco a corpo semplice del Sanatorio universitario internazionale di Leysin (Svizzera - Cantone di Vaud) di Georges Epitoux, che integra una biblioteca universitaria, sale di studio, ecc. Si tratta, anche, delle esperienze connesse alla realizzazione delle città sanato-

rio e dei villaggi sanatoriali, di cui emblematico l'esempio, oltre al citato caso francese di Clairvivre, dei Villaggi sanatoriali di Sondalo. Questi ultimi, sorti dal 1932 al 1940 a completamento del Programma sanatoriale nazionale promosso dall'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale, consolidando sul posto i primi esperimenti italiani di terapia alpina di Pineta di Sortenna (del 1901) e di Prasomaso (del 1909), raggiungono nel 1949 la capacità di 2500 degenti. Anche se sorge spontaneo il confronto tra questi interventi e le istanze razionalizzatrici che stanno alla base dell'affermazione del gigantismo ospedaliero (nei casi, ad esempio dell'Ospedale di Niguarda a Milano, e dell'Ospedale di Brescia) modalità d'intervento e tema riconducono, piuttosto che a riferimenti di tipo ospedaliero, ai casi delle città e dei villaggi di nuova fondazione; tuttavia i Villaggi sanatoriali di

L'ESTINZIONE DEL TIPO INSEDIATIVO



di Sanatorio universitario internazionale, Leysin (Svizzera), 1930: veduta del fronte principale e piante. 12. INPS, Ospedale sanatoriale di Venezia, 1935. 13. INPS, Ospedale sanatoriale di Lucca, 1935: pianta del piano terra. 14. INPS, Ospedale sanatoriale di

Bari, 1935. 15. A. Belloni, Ospedale sanatoriale di Vialba, Milano, 1928-1931: planimetria generale. 16.17. G. Ferrini e A. Belloni, Sanatorio popolare «Vittorio Emanuele III», Garbagnate (Milano), 1913-23: veduta e planimetria generale.

Clairvivere e di Sondalo perseguono ancora una strategia di intervento fondata sulla separazione funzionale (per non dire sulla segregazione istituzionale) ben lontana dall'integrazione proposta dal GATCPAC nel Progetto della Città di Riposo e Vacanze per Barcellona, dove le strutture per l'assistenza si inseriscono nel piano organico di ampliamento urbano; il confronto tra i due modelli di intervento fa emergere anche differenti concezioni tipologiche: codificazione del tipo sanatoriale nel caso di Sondalo, e traduzione del tipo della casa collettiva nel caso del Progetto del GATCPAC.

Invece in gran parte delle realizzazioni del Programma sanatoriale urbano, promosso dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale l'antimonia tra innovazione e deduzione del tipo sanatoriale pende nettamente nel senso della deduttività dalle tipologie ospeda-

liere, negando quella autonoma potenzialità che si è visto altrove affermarsi. Il Programma, varato nel 1927, ha dato luogo alla costruzione di ospedali sanatoriali pressoché in ogni provincia, sulla base di due tipologie unificate a blocco: a T o a doppio T, con caratteri non dissimili dai contemporanei Ospedali di Circolo, se non per l'inserimento, in taluni casi, di verande avanti alle camere-dormitorio. Si tratta, ad esempio degli Ospedali sanatoriali di Lucca, di Trapani, di Bari, di Venezia. Gli ospedali sanatoriali a capacità maggiore (l'Istituto Carlo Forlanini di Roma, del 1934; l'Ospedale sanatoriale di Vialba, a Milano, del 1931) adottano invece una tipologia a padiglioni direttamente derivata dal corrispondente tipo ospedaliero, o tipologie a blocchi articolati, come nel caso del Sanatorio popolare Vittorio Emanuele III a Garbagnate, dell'Ing. Ferrini e dell'Ing. Belloni, senza che anche

in questi casi intervengano ridefinizioni del tipo diverse dall'inserimento delle gallerie di cura. E dunque là dove cadono i caratteri di autonomia dalla tipologia ospedaliera, che i sanatori perdono l'occasione di definirsi come anti-ospedale, sorta di edifici civili sedi di un comportamento insediativo qualificato. Nei casi meno innovatori e più deduttivi, quanto più il programma edilizio sanatoriale rinuncia ad instaurare un rapporto tra architettura e comportamento, tanto più si avvicina alle connotazioni dell'istituzione totale, negando ogni relazione tra terapia e compagine sociale, fino al limite, rimasto sulla carta, del progetto elaborato da Michau e Faure di un Sanatorio per l'Ovest della Francia, nella cui relazione si legge: «...l'edificio è concepito in modo da facilitare l'applicazione di una stretta disciplina. I sessi non hanno alcuna possibilità di contatto tanto durante la cura

che durante i pasti o le passeggiate... Le camere a due letti sono riservate solo a studenti ed intellettuali: l'esperienza ha dimostrato che questi ultimi erano curati meglio dando loro più tranquillità che ai malati ordinari... La facciata vetrata non presenta alcuna parte apribile a disposizione dei malati. L'aria è prelevata nella foresta, 200 metri più avanti delle costruzioni. Essa è portata a temperatura costante e al grado di umidità necessario, indi portata a velocità costante nelle camere e negli spazi distributivi... (1)

Claudio Confolonieri

(1) In *Hopitaux Sanatoria*, a cura di Roger Poulain, Ed. Vincent Freal, Parigi 1934.

Marcello Vittorini

TUTELA DELLA SALUTE E GOVERNO DEL TERRITORIO

La Legge 23 dicembre 1978 n. 833 (*Istituzione del Servizio sanitario nazionale*), la cosiddetta Riforma sanitaria, è indubbiamente, pur con alcune non trascurabili carenze, un provvedimento che introduce innovazioni sostanziali ed incisive, non soltanto nel settore specifico delle strutture sanitarie, ma anche nelle questioni generali che riguardano i meccanismi centrali e locali di governo del territorio e dell'economia. La sua attuazione non è certamente agevole (lo stesso si può dire per quasi tutte le leggi approvate negli ultimi anni), perché dipende essenzialmente dalla ormai assoluta necessità che le forze politiche e sociali affrontino in tutti i suoi aspetti ed a tutti i livelli, il processo degenerativo che ha aggredito l'economia, la società e la pubblica amministrazione, con una coerenza di impegni e di comportamenti di gran lunga superiore a quella finora dimostrata. Il problema fondamentale che l'attuazione della Riforma sanitaria dovrà affrontare e risolvere è quello dei rapporti fra politica della salute e territorio, in un efficiente meccanismo di pianificazione e di gestione, che è chiaramente

delineato a livello istituzionale e legislativo, ma che, nella realtà, è ancora tutto da precisare e da costruire. La Legge n. 833 si pone chiaramente l'obiettivo di *tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*, allargando notevolmente il compito dell'azione pubblica, finora ristretto al superamento, mediante adeguati sistemi e presidi di diagnosi e di cura, dello stato di malattia. Per il perseguimento di tale obiettivo non è certamente sufficiente, anche se indispensabile, una adeguata dotazione di servizi sociali e sanitari, distribuiti in maniera equilibrata sull'intero territorio nazionale, ma è necessario proiettare l'obiettivo della tutela della salute in quello, più generale, dello sviluppo economico e sociale, considerando la gestione della salute come uno dei momenti della gestione complessiva del territorio. Infatti, tenendo presente che lo stato di salute non è determinato esclusivamente dalla assenza di malattie e di infermità, bensì da una condizione, individuale e collettiva, di benessere fisico, mentale e sociale, appare evidente la necessità di considerare, al fine di perseguire e tutelare tale condizione, i problemi di disoccupazione, di insufficienza del reddito, di gravosità delle condizioni di lavoro, di carenza delle dotazioni di attrezzature sociali (dalla casa, alla scuola, ai sistemi di mobilità, alla più generale *qualità urbana*), che condizionano decisamente lo stato di benessere dei cittadini e delle comunità, limitando la loro capacità di partecipare pienamente alla gestione, centrale e locale, della cosa pubblica. Questa esigenza è resa particolarmente evidente sia dalla situazione di crisi, economica e sociale, in cui versano le società industriali occidentali e soprattutto quella italiana, sia dalla profonda evoluzione del quadro nosologico. È infatti evidente la astrattezza e la sostanziale inutilità di una politica di tutela della salute che non tenga conto delle tensioni sociali che si manifestano in maniera violenta ed esplosiva in relazione alla sempre più ampia emarginazione di vasti strati sociali (giovani, donne, anziani, disoccupati) dai processi produttivi ed alla paurosa degradazione della qualità della vita, che si verificano, in forme contrastanti ma ugualmente nefaste, sia nelle città congestionate, violente ed ormai disumanizzate, sia nelle aree marginali, abbandonate all'esodo ed alla degradazione fisica, sociale ed economica. Inoltre occorre tener presente che, con l'evoluzione sociale ed economica degli ultimi decenni, hanno assunto un peso determinante le malattie provocate dal peggioramento delle condizioni ambientali (inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, degli alimenti) e dal *consumo* che condiziona di vita e di lavoro sempre più stressanti e, talvolta, nocive provocano sull'organismo umano.

Dalle considerazioni precedenti risulta che politica della salute, politica

dell'ambiente e politica del territorio, non possono non costituire aspetti particolari di una azione politica ed amministrativa globale, da sviluppare a livello centrale e locale, come verifica — e, nello stesso tempo, come presupposto — di un efficiente ed operativo sistema di governo dell'economia. In effetti, i tentativi finora effettuati, con strumenti più o meno sofisticati, per controllare ed indirizzare lo sviluppo economico e la spesa pubblica, non hanno tenuto adeguatamente conto del territorio, nei suoi aspetti fisici, insediativi, infrastrutturali, nei suoi aspetti storici, culturali, associativi, socio-economici, e nei suoi aspetti politico-amministrativi ed istituzionali. Si è trascurato il fatto che il territorio esprime la domanda sociale (al cui soddisfacimento deve essere finalizzata ogni azione programmatica) e lo si è invece assunto da un lato come una realtà fisica che automaticamente registrava le trasformazioni indotte dalle tendenze spontanee e dalle azioni programmatiche e, dall'altro lato, come uno dei fattori di produzione all'interno del mercato capitalistico. Ad aggravare la situazione hanno concorso i miti e gli sprechi dello sviluppo indefinito e della società consumistica affluente ed opulenta: la polarizzazione urbana intesa come positivo ed inevitabile superamento della condizione rurale, la presunta illimitata disponibilità delle risorse naturali e dell'energia a basso costo (da consumare stoltamente e non da usare con accorta parsimonia), la efficienza delle imprese (soprattutto delle grandi imprese) e degli Enti speciali di intervento, contrapposta alla voluta inadeguatezza e fatiscenza della Pubblica amministrazione centrale e locale. Da un lato, tali miti sono stati utilizzati come alibi del potere aziendale che dagli squilibri territoriali e sociali traeva sempre nuove e più ampie occasioni di lucro e di speculazione, mentre dall'altro sono stati accettati come fattori condizionanti dai pubblici poteri, anche nei tentativi di programmazione e di governo dell'economia effettuati — con risultati ben poco esaltanti — durante gli anni Sessanta. In questa logica, caratterizzata dal confronto e dalla contrattazione fra Amministrazione centrale dello Stato, sistema aziendale privato e partecipazione statale ed Enti nazionali di intervento (dalla Cassa per il Mezzogiorno alla Gescal, agli Istituti previdenziali e mutualistici, agli Istituti di credito speciale ed ordinario), veniva a mancare lo spazio per le autonomie locali: pertanto si rinviava sistematicamente l'attuazione dell'ordinamento regionale e si provocava la progressiva paralisi dei Comuni, sia nel sottrarre ad essi risorse e possibilità di intervento, sia nell'eludere accuratamente la riqualificazione e il potenziamento degli strumenti tecnici ed amministrativi.

Di conseguenza lo Stato, a livello centrale e locale, riduceva gradualmente il suo fondamentale compito

di produrre e gestire servizi ed attrezzature per la collettività, per assumere quello di trasferire risorse finanziarie, spesso in termini clientelari e demagogici, sotto forma di contributi, di sussidi, di liquidazioni, ecc. Il processo non poteva non interessare anche l'assistenza sanitaria, trasformando prima il settore dei farmaci e poi l'intero sistema ospedaliero, in un lucroso mercato speculativo, i cui oneri e la cui inefficienza, ambedue crescenti, si scaricavano sull'intera collettività.

Come era facilmente prevedibile, con la attuale crisi strutturale, i miti ricordati in precedenza sono crollati, scoprendo una realtà di cui ancora oggi molti rifiutano di prendere atto: al masacro ambientale e insediativo corrisponde l'ulteriore e non più accettabile esaltazione degli squilibri territoriali e sociali; alla rabbia degli emarginati dal processo produttivo corrisponde il mantenimento di antichi sprechi e di antichi privilegi, a cui se ne aggiungono di nuovi, resi possibili dal perverso carattere della crisi e degli stessi provvedimenti anti-crisi; alla bancarotta del sistema delle grandi aziende pubbliche e private, che coinvolge anche il sistema bancario, corrispondono le distorsioni dello Stato assistenziale e la crisi delle autonomie locali, sulle quali peraltro si scarica l'onere di dare una prima risposta alle tensioni sociali e di assolvere ai compiti, sempre più complessi e gravosi che ad esse assegnano le recenti leggi dello Stato, senza peraltro dotarle dei necessari strumenti e delle indispensabili risorse. Si scontano così gli errori e le omissioni compiuti nei lunghi anni in cui l'efficienza e la riqualificazione della Pubblica amministrazione centrale e locale sono state sacrificate al falso efficientismo delle grandi aziende e degli Enti di Stato, con i risultati che sono sotto gli occhi di tutti. D'altro canto, di fronte ad una situazione occupazionale che, specie nel Mezzogiorno, è sempre più drammatica, aumenta il numero di coloro che, sia pure per disperazione, sono ancora disposti ad affidare al sistema di potere aziendale (che ha già dato pessima prova nel passato, sgovernando e disamministrando a suo piacere), larga parte delle risorse disponibili, magari facendo ricorso al meccanismo della *concessione*, in cambio di generiche promesse sulla occupazione e sui tempi di progettazione, di appalto e di realizzazione delle opere. Pertanto il problema fondamentale è quello della riorganizzazione e della riqualificazione della Pubblica amministrazione, che non si risolve — né si elude — affidando una volta di più altre risorse ed altri poteri al sistema aziendale: esso deve essere affrontato tenendo conto della necessità, ormai non più rinviabile, di consentire la gestione pubblica dei servizi sociali, del territorio e delle stesse collettività insediate, in un sistema di pianificazione (e di governo locale) chiaro ed efficiente. Solo

in tal modo sarà possibile contrastare il sempre più marcato distacco fra società civile ed istituzioni e contenere la crescente prevalenza del momento privatistico su quello pubblico, la quale non discende soltanto da motivazioni di carattere sociologico e psicologico, ma è la inevitabile conseguenza della latitanza dei pubblici poteri e degli organismi elettivi, che non sono più in grado di assolvere alle loro responsabilità nei confronti dei cittadini.

I limiti della struttura comunale italiana sono ben conosciuti e di essi si parla da lunghi anni, senza tuttavia che alle analisi ed alle enunciazioni facciano seguito provvedimenti adeguati. È noto che sugli 8.073 Comuni italiani il 23% (pari a 1.846) ha una popolazione inferiore ai 1.000 abitanti e che il 74,5% (pari a 5.999) ha una popolazione inferiore ai 5.000 abitanti: i Comuni con popolazione superiore ai 100.000 abitanti sono 47 ed in essi risiede il 28,5% della popolazione nazionale, (oltre 16 milioni di abitanti) mentre i Comuni intermedi (con popolazione compresa fra 50.000 e 100.000 abitanti), nei quali è più agevole mantenere sia la efficienza gestionale, sia un rapporto diretto fra amministratori ed amministrati, sono soltanto 79 (con una popolazione complessiva di circa 5.409.000 abitanti): in sostanza meno di un decimo della popolazione italiana si trova in condizioni ottimali per ciò che concerne il rapporto fra dimensione comunale e gestione della città e dei servizi sociali. Di fronte a questa situazione incredibile, caratterizzata dalla crescente ingovernabilità dei grandi comuni e dalla paralisi programmatica ed operativa dei piccoli e piccolissimi (la cui autonomia si riduce ad una pretesa ridicola, retorica e campanilistica), si continua a discutere in astratto del Comune, delle sue competenze istituzionali, delle funzioni sempre più complesse che le leggi dello Stato e la necessità di rispondere ai fabbisogni sociali dei cittadini affidano ad esso. L'immagine del Comune, come risulta dalle leggi, dai dibattiti parlamentari, dalla stampa di informazione, è assolutamente falsa ed irrealistica: corrisponde ad una entità che non si ritrova assolutamente nella realtà amministrativa del nostro paese. In termini istituzionali, tecnico-amministrativi e gestionali, i Comuni sono tutti uguali, con i loro consigli e con le loro giunte, con gli stessi obblighi di bilancio, di pianificazione urbanistica, di controllo (sull'attività edilizia, sul mercato dei fitti, sugli inquinamenti, sui consumi di energia, sulla salute pubblica), di gestione della collettività insediata e dei servizi sociali. La realtà è ben diversa: in quasi tutti i 6.000 Comuni sotto i 5.000 abitanti ed in larga parte di quelli ipertrofici (basti pensare a Roma, Milano, Napoli, Torino) le prescrizioni solennemente stabilite dalla legge restano inapplicate ed il ruolo del comune si riduce alla liturgia — sempre più stanca — delle elezioni o,

peggio ancora, ad un defaticante ed incomprensibile intreccio di pratiche burocratiche. Nel primo caso i rapporti fra amministratori ed amministrati non sono alimentati da una adeguata sostanza di decisioni e di possibilità operative e gestionali, mentre nel secondo caso essi sono filtrati e distorti dal peso determinante degli apparati e delle procedure. A questa realtà amministrativa corrisponde, inevitabilmente, una esasperata gerarchizzazione territoriale e insediativa, determinata da una disponibilità di attrezzature e di servizi estremamente differenziata, a seconda della possibilità (oltre che della capacità) di intervento dell'amministrazione comunale. I provvedimenti finora adottati o proposti per superare questa situazione hanno affrontato il problema in modo assolutamente inadeguato, o lo hanno semplicemente ignorato, spostandolo verso altri livelli di governo, peraltro tutti da definire. Così, ad esempio, la individuazione di innumerevoli ambiti sovramunicipali e subregionali, di forme associative o consortili e di strumenti di pianificazione sovramunicipali, ha indubbiamente stimolato la fertile inventiva dei cultori di ingegneria istituzionale, ma ha reso ancor più confusa la situazione amministrativa e territoriale: agli 8.073 Comuni si sono sovrapposte le delimitazioni delle Comunità montane, dei Distretti scolastici, dei Piani zonal agricoli, dei vecchi e nuovi Consorzi di bonifica, dei Consorzi per la gestione dei servizi di rete, dei Consorzi per il trasporto pubblico, dei Piani intercomunali per l'edilizia economica e popolare, dei Consorzi socio-sanitari e via elencando. Nei primi anni Sessanta quando infuriava la battaglia per la nuova Legge urbanistica, sembrava che i problemi relativi alla coordinata « gestione dei servizi e del territorio » potessero — come era logico — risolversi nell'ambito della pianificazione urbanistica e che i limiti dimensionali ed operativi dei piccoli Comuni potessero essere superati nell'aggregazione in Comprensori, intesi quali consorzi polifunzionali aventi anche il compito di provvedere alla elaborazione dei piani regolatori. La Legge urbanistica tuttavia rimase per anni nei cassetti ministeriali, mentre il dibattito sul Comprensorio si sviluppava in termini sempre più complessi, confusi e contraddittori. Secondo alcuni il Comprensorio veniva assunto come *minima unità di programmazione e di pianificazione* e come *sede della partecipazione popolare alle scelte programmatiche*; secondo altri quale *aggregazione dei comuni per la gestione dei servizi e del territorio*; o ancora quale *nuovo livello di governo, intermedio fra regione e comune*. Sulla scorta dei precedenti significati del termine, il Comprensorio era concepito come l'ambito territoriale in cui intervenire in forme più o meno coordinate, a prescindere da qualsiasi riferimento alla struttura amministrativa.

Nel frattempo alla sempre maggiore 37

ingovernabilità delle città maggiori, degli agglomerati mostruosi cresciuti secondo la logica dello sviluppo polarizzato, si è cercato di far fronte con la istituzione di organismi decentrati (circostrizioni e quartieri), ma, ancora una volta, la soluzione adottata ha riprodotto gli inconvenienti che si affermava di voler eliminare: infatti agli organi del decentramento non erano attribuiti compiti reali di gestione e di amministrazione attiva e le loro funzioni si sono ridotte alla formulazione di pareri ed alla segnalazione di problemi. Inoltre l'istituzione dei nuovi organismi del decentramento comunale, che doveva essere lo strumento per una più efficiente gestione della città e dei servizi, come premessa per una più responsabile partecipazione dei cittadini, è diventata il fine dell'azione legislativa: con l'istituzione dei consigli circostrizionali (o di quartiere) anche nei Comuni medio-piccoli, la popolazione delle circostrizioni, di conseguenza, variava fra il migliaio e le centinaia di migliaia di abitanti, rendendo impossibile la attribuzione di analoghe competenze e strumenti ad organismi dimensionalmente tanto differenziati. Naturalmente i sostenitori delle nuove delimitazioni e del decentramento, come coloro che avevano, a suo tempo, alimentato il dibattito sul Comprensorio, facevano riferimento costante alla necessità di assicurare una maggior partecipazione dei cittadini; ma la partecipazione, quella vera, costruita giorno per giorno nell'operare, nel verificare, nel gestire, non è stata neanche avviata ed è stata anzi scoraggiata dall'intreccio di pareri, consultazioni, segnalazioni, talvolta ancor più paralizzanti delle vecchie procedure burocratiche. Tanto che molto spesso proprio i sostenitori della partecipazione e del decentramento hanno espresso la loro più assoluta sfiducia nella Pubblica amministrazione e nella finanza locale, accettando, sia pure come male inevitabile, la attribuzione al sistema aziendale ed agli Enti di Stato (o del para-Stato) di competenze e di risorse che spettavano e spettano agli organismi elettivi.

La Legge n. 833 ha affrontato il problema nella sua reale complessità ed è auspicabile che essa ponga le premesse per superare la schizofrenia di chi ha finora sostenuto lo smantellamento del sistema istituzionale (basti ricordare la ricorrente proposta di affidare in concessione, interventi, programmi, progetti e quattrini a chichessia, pur di non affrontare alla radice il problema ormai secolare della riqualificazione della Pubblica amministrazione e del riordino delle procedure) e, contemporaneamente, l'allarga-

mento della partecipazione popolare (formale ed episodica) e della autonomia comunale (retorica, demagogica ed inefficiente). Infatti la Legge suddetta ha giustamente stabilito una stretta correlazione fra la politica della salute, l'organizzazione del territorio e la sua struttura amministrativa, affidando la *gestione unitaria della tutela della salute ad una rete completa di Unità sanitarie locali estesa a tutto il territorio nazionale: l'Unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane* (art. 10). Pertanto le Regioni dovranno procedere alla determinazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali suddette, che *debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali: all'atto della determinazione le Regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei Distretti scolastici e di altre unità di servizio, in modo che essi, di regola, coincidano* (art. 11). La Legge stessa, inoltre, definisce l'Unità sanitaria locale come una *struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane*, retta da una assemblea generale costituita dal Consiglio comunale, dai rappresentanti dei Comuni e delle Comunità montane, dal Consiglio circostrizionale, a seconda che l'Unità sanitaria locale coincida con il Comune, con l'associazione dei Comuni (ed eventualmente di Comunità montane) o con la circostrizione (art. 15). Risulta evidente che, fermi rimanendo i compiti specifici della Unità sanitaria locale, la Legge n. 833 prescrive la delimitazione, sull'intero territorio nazionale, di *aree ottimali di gestione*, nell'ambito delle quali ricondurre ad unità tutte le delimitazioni e le questioni che riguardano i servizi sociali, le attrezzature pubbliche e, di conseguenza, la pianificazione e la programmata attuazione dei piani. In sostanza, ferma rimanendo l'autonomia comunale e senza alcuna necessità di nuove leggi e di nuovi livelli di governo, si configura chiaramente un quadro amministrativo completamente diverso da quello di sempre: al frantumato e squilibrato mosaico costituito dagli oltre 8.000 Comuni italiani (a cui si aggiungono le innumerevoli delimitazioni sovra e sottocomunali ricordate in precedenza), si sostituisce un disegno molto più equilibrato ed organico, costituito da 700-800 *aree ottimali di gestione* (che a questo punto è giusto chiamare Unità locali dei servizi - ULS), di dimensioni omogenee (fra 50.000 e 200.000 abitanti), da assumere come costante riferimento, sia per la rilevazione della domanda sociale, sia per la costru-



Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, Progetto di Pia-

Per la situazione ospedaliera regionale e le sue prospettive nel quadro della Riforma sanitaria, l'attuale fase si caratterizza come un importante momento di verifica e di bilancio dell'esperienza acquisita allo scadere del primo Piano ospedaliero regionale, varato con la Legge regionale 3 settembre 1974, n. 55 e di formulazione delle linee programmatiche e delle scelte di fondo del nuovo Piano regionale 1978-1982. Nato come piano pilota, uno fra i primi in Italia, come concreta applicazione del dettato costituzionale che all'art. 117, primo comma, prevede per le Regioni la possibilità di legiferare in materia sanitaria, e sulla base della Legge 12 febbraio 1968, n. 132 — la Legge ospedaliera che prevede l'obbligo per le Regioni di formulare i Piani ospedalieri — il Piano ospedaliero regionale della Lombardia, ha avuto l'indubbio merito di porre fine a quel processo di deresponsabilizzazione che, lasciando ai singoli ospedali la facoltà di decidere spese sull'ipotesi di eventuali entrate basate sulla retta, aveva portato, ad esempio, all'aumento incontrollato nel numero dei posti letto per ospedale e nei singoli reparti, con effetti squilibranti sull'intera struttura ospedaliera. Nei confronti di tali processi degenerativi l'introduzione

PER UNA RICONVERSIONE DEL PIANO OSPEDALIERO



no ospedaliero regionale, 1974-78: 1. Sistema milanese esterno esistente: ipotesi di bacini di utenza; 2. Sistema milanese esterno: livelli di base. (Re-

duzione carte territoriali a cura di P. Baesso, L. Priore, G. e A. Stanga).

ne del principio della programmazione — seppure ostacolato dalle forze antiregionalistiche e dai molti interessi corporativi consolidati — ha sortito un primo risultato concreto nel contenimento della spesa verificatosi nel quinquennio 1974-'78.

A fronte di questi aspetti indubbiamente innovativi introdotti dal Piano ospedaliero, occorre prendere atto dei suoi limiti strutturali e di impostazione, derivanti dall'essere stato concepito come Piano a sé stante e particolaristico, non inquadrato in un programma sociosanitario e, quindi inevitabilmente destinato a risolvere i problemi sanitari secondo criteri di efficienza aziendale e di razionalizzazione del momento specifico della cura del malato, senza coordinare l'intervento terapeutico con i momenti di prevenzione e riabilitazione e con il soddisfacimento del più vasto arco di bisogni assistenziali dell'individuo, indotti dalle sue particolari condizioni psico-fisico-sociali. Era difficile del resto, in assenza di una maturazione politica e legislativa far convergere nel POR, i tre aspetti peculiari dell'assistenza sanitaria, prevenzione, cura e riabilitazione, tradizionalmente affidati: il primo all'assistenza mutualistica (come logica conseguenza della sua competenza in materia di

medicina generica); il secondo, come compito specifico, all'ospedale; il terzo, in modo limitato e casuale, alle poche esperienze private e pubbliche. Solo successivamente, interpretando in modo più ampio il proprio mandato di organo legiferante, la Regione ha predisposto con la Legge 5 dicembre 1972, n. 37 la costituzione dei Consigli sanitari di Zona con compiti e prerogative specifiche in materia di medicina preventiva.

Negli anni successivi alle prime esperienze regionali, si è sviluppato, proprio sulla base delle critiche alla parzialità e settorialità di queste esperienze, il movimento culturale e politico che ha portato alla formulazione della Riforma sanitaria e alla sua approvazione nel dicembre 1978. Conquiste legislative intermedie ma significative di questo movimento sviluppatosi dal 1974 sono state la Legge 29 giugno 1977, n. 349 che ha sciolto le mutue prefigurando il nuovo assetto del Servizio sanitario nazionale, la Legge 22 luglio 1975, n. 382 e i relativi decreti di attuazione, tra cui il DPR n. 616 che trasferisce la competenza in materia sociosanitaria ai Comuni; la Legge 22 maggio 1978, n. 194 sulla tutela della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza, infine la Legge 13 maggio 1978, n. 180

sulla psichiatria che abolisce l'istituto del manicomio e trasferisce la cura dei malati mentali agli ospedali generali e al territorio.

Il varo della Riforma sanitaria (Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*), costituisce certamente una base utile per incidere in modo organico sui nodi irrisolti dell'assistenza; in particolare per i seguenti contenuti positivi: 1. per la prima volta vi è un tentativo di collegare in modo organico i momenti della prevenzione, cura e riabilitazione; è evidente come l'affermazione di questo principio crei problemi non indifferenti sia rispetto alla gestione che alla tipologia degli ospedali tradizionali; 2. tutti i servizi passano in gestione diretta ai Comuni singoli e associati; 3. si creano le premesse per sviluppare la partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari; 4. la programmazione è vista come governo dello sviluppo riferito ad un uso razionale delle risorse ai fini del contenimento della spesa sanitaria.

Esaminando i risultati pratici delle conquiste legislative ottenute in materia sanitaria occorre rilevare come l'attuazione del POR ha disatteso le premesse in alcuni punti fondamentali; ad esempio, non si è dato corso al-

l'art. 26 della Legge regionale 3 settembre 1974, n. 55 che prescriveva la presentazione alla Regione da parte degli ospedali di piani di sviluppo formulati sulla base dei bisogni dimostrati in adeguamento agli obiettivi del POR; a sua volta la Regione doveva autorizzare tali piani avvalendosi dell'art. 28 che rendeva possibile dare pratica attuazione alle richieste, coordinandole e programmandole in funzione delle risorse disponibili e sulla base della priorità di intervento. La mancata autorizzazione, a Piano scaduto, dell'attuazione dell'art. 26, ha di riflesso portato alla erogazione dei finanziamenti attraverso piani-stralcio estranei a qualsiasi logica di programmazione. Nello stesso tempo non si è attuato fino in fondo uno dei punti qualificanti del Piano ospedaliero regionale rappresentato dalla fusione dei presidi ospedalieri sottodimensionati, ai fini della razionalizzazione dei costi di gestione e della migliore qualità dei servizi erogati. Non si è potuto, in tal modo, dare corso, attraverso una rigorosa e organica politica di servizi, al migliore utilizzo qualitativo e quantitativo dei posti letto disponibili.

La Regione, con la Legge 10 febbraio 1979, n. 24 si è posta

(segue)

zione di un efficiente sistema di governo del territorio. La Legge, tuttavia, non indica i criteri di delimitazione delle Unità sanitarie locali (o, più correttamente, delle Unità locali dei servizi), né dei Distretti, cioè delle aree territoriali più ridotte, all'interno delle quali occorre articolare presidi, servizi e prestazioni, lasciando alle singole Regioni il compito di provvedere a ciò con appositi provvedimenti. C'è il rischio che, come è avvenuto per altre leggi di riforma, ogni Regione affronti il problema seguendo criteri differenti, con inconvenienti evidenti. È indubbiamente opportuno che lo Stato limiti allo stretto necessario i suoi compiti di indirizzo e di coordinamento, ma è altresì indispensabile che le Regioni definiscano *insieme* alcuni indirizzi omogenei, che garantiscano la necessaria unitarietà di programma e di azioni. Il problema si pone essenzialmente nel caso in esame: infatti l'Unità locale dei servizi può essere intesa sia come un'area (comunale, sottocomunale o sovracomunale) in cui rilevare e soddisfare globalmente la domanda sociale, con il fine di raggiungere la massima autonomia ed autosufficienza per ciò che concerne il lavoro, i servizi, la residenza, gli scambi, la mobilità interna, sia come un bacino di utenza dei servizi esistenti, i quali sono essenzialmente concentrati nei centri maggiori. Nel primo caso è evidente lo scopo di superare, pur con la necessaria gradualità, i fenomeni di polarizzazione urbana e di conseguente gerarchizzazione territoriale del territorio e insediativa; nel secondo caso, invece, tutto si ridurrebbe alla conferma ed al consolidamento dei modelli insediativi e di mobilità imposti dal fragile e distorto meccanismo di sviluppo capitalistico e di espansione urbana, ormai incompatibile con le esigenze imposte dalla crisi energetica e dalla necessaria riconversione del sistema produttivo.

D'altra parte, considerando con particolare attenzione il caso della aggregazione fra piccoli Comuni, alla Unità locale dei servizi, governata dalle Assemblies e dai Comitati di gestione di cui all'art. 15 della Legge n. 833 (anche con riferimento alle altre leggi vigenti), possono essere affidati i seguenti compiti:

1. partecipazione al processo di programmazione-pianificazione di competenza regionale, direttamente o attraverso adeguate forme di collaborazione con l'Ente territoriale intermedio;
2. rilevazione, in tale quadro, della domanda sociale espressa dalle collettività insediate, per ciò che concerne l'occupazione, l'alloggio, i servizi sociali (scuola, sanità, cultura, tempo li-

bero), le attrezzature di rete (acquedotti, fognature, energia), la mobilità (infrastrutture e sistemi di trasporto), la tutela dell'ambiente e della qualità della vita, la difesa del suolo;

3. rilevazione delle risorse territoriali disponibili, con particolare riferimento a quelle finora ritenute marginali e quindi colpevolmente trascurate e sprecate: risorse idriche locali, utilizzabili per usi energetici, civili o irrigui; seminativi abbandonati; aree demaniali o private (collinari o montane), suscettibili di migliore utilizzazione per rimboschimenti, pascoli, ecc.; patrimonio fisso sociale esistente, con particolare riferimento alle infrastrutture minori, alle abitazioni ed all'edilizia pubblica; beni culturali (ambientali e storico-artistici) da salvaguardare e da utilizzare a scopi sociali e produttivi;

4. formazione, d'intesa con i Comuni e con le Comunità montane comprese nella ULS, dei Piani regolatori, stimolando la redazione coordinata di Piani intercomunali, con l'obiettivo di «coprire» l'intero territorio della ULS con strumenti urbanistici decisamente operativi ed agevolmente attuabili;
5. coordinamento dei programmi di attuazione comunali (art. 3 della Legge 28 gennaio 1977, n. 10) e dei bilanci comunali, fino ad arrivare, per ciascuna ULS, ad un bilancio unitario, consolidato e coordinato;

6. gestione dei servizi sanitari (in applicazione della Legge n. 833), dei servizi scolastici, della politica edilizia (edilizia residenziale pubblica, recupero del patrimonio esistente, ecc.), dei beni culturali e sociali, delle attrezzature di rete (previa intesa con i Comuni e con le Comunità montane);
7. gestione unitaria degli interventi relativi alle aree agricole ed a quelle destinate agli insediamenti industriali artigianali e commerciali, con lo scopo di integrare fra loro le attività produttive e di assicurarne una adeguata diffusione sul territorio, utilizzando anche gli strumenti espropriativi definiti dalle leggi vigenti (art. 27 della Legge 22 ottobre 1971, n. 865).

Tenendo conto delle considerazioni svolte, i criteri di delimitazione delle ULS possono essere sintetizzati come segue:

a) Criteri demografici: a norma di quanto disposto dall'art. 14 della Legge n. 833, la popolazione della ULS sarà compresa fra i 50.000 ed i 200.000 abitanti: la legge ammette i limiti più ristretti ed elevati in caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa ed anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato. Tuttavia si ritiene consigliabile non discostarsi eccessivamente dalle cifre suddette,

1



5

1.2.3.4. M. Marrazzi e G. Righini, Nuova Ospedale S. Gerardo dei

essenzialmente tre obiettivi:

1. prorogare il POR sino alla elaborazione del Piano sanitario regionale imposto dalla Riforma sulla base della linea tracciata dalla proposta di Piano sanitario nazionale, che dovrà essere elaborato entro il 30 ottobre 1979;

2. dare esecuzione all'art. 26 della Legge n. 55 del 1974;

3. assumere l'impegno di elaborare il Piano sanitario regionale, in coerenza con i contenuti e nei tempi previsti dalla Riforma; a questo scopo è stato costituito il Comitato per la programmazione sanitaria regionale.

In questa logica, è evidente che, in assenza del Piano sociosanitario, non è possibile armonizzare i Piani sanitario e ospedaliero, tanto più che le forze politiche della Regione Lombardia nel prefigurare i compiti della futura USL (Unità sanitaria locale) hanno concordato di realizzare nella nostra Regione Unità locali dei servizi con compiti che presuppongono, a breve scadenza, la formulazione del Piano sociosanitario. Tra gli obiettivi prioritari del Piano sanitario sono il collegamento dei servizi esistenti nel territorio (ambulatori, consultori, ecc.) e delle attività mediche all'attività dell'ospedale e contemporaneamente, là dove non esistono, l'isti-



Tintori, Monza, 1970-73: pianta a quota - 4,90; pianta a quota 0,00; pianta a quota + 4,90; veduta. S.6.7. C. Casati, Ospedale S. Paolo alla Barona,

Milano, 1964-70: planimetria generale; veduta parziale della rampa di accesso; veduta generale da sud-ovest dell'Ospedale in costruzione.

tuzione dei Centri di riabilitazione.

E all'interno di questa logica e alla luce delle esigenze globali, che va vista la revisione del Piano ospedaliero regionale: che naturalmente verrà assorbito all'interno del Piano sanitario regionale. Infatti la realtà maturata in questi anni impone una radicale modifica dei contenuti del Piano ospedaliero regionale: basta pensare al fatto che la degenza e il ricovero ospedaliero sono diminuiti di circa il 20% rispetto al 1974 e che la Legge n. 180 impone la riattribuzione dei posti letto soppressi negli ospedali psichiatrici agli ospedali generali per rendersi conto che è necessario rivedere l'intera organizzazione della rete ospedaliera alla luce di questa mutata realtà.

Sarebbe infatti possibile — ad evitare la creazione di cronichi negli ospedali — la conversione di posti letto eccedenti nei reparti di medicina generale in posti letto di lungodegenza riabilitativa, contestualmente alla istituzione dei servizi di recupero e rieducazione funzionale e al loro collegamento con le strutture geriatriche e riabilitative nella prospettiva della creazione del dipartimento di riabilitazione. I posti di pediatria, inoltre, dovranno essere ridimensionati notevolmente in base ad una

aggiornata verifica statistica dei ricoveri, potenziando nello stesso tempo per i servizi pediatrici l'attività ambulatoriale in funzione di collegamento e completamento dei Consultori materno-infantili del territorio.

E necessario affermare il concetto che l'ospedale non può e non deve essere l'unico servizio sanitario « efficiente », da cui far dipendere tutta l'attività del settore, ma deve diventare, per prestazioni e in rapporto a un'utenza di massa, uno dei servizi della USL. L'ospedale quindi deve essere uno strumento di filtro rigorosamente selettivo. A tale fine va potenziata l'attività ambulatoriale convenzionata, realizzando dove possibile l'integrazione con i presidi poliambulatoriali e l'istituzione dei servizi tipo *ospedale diurno*; così pure vanno potenziati i laboratori e in generale tutte le attrezzature diagnostiche. E tempo ormai di pensare seriamente — pena la perdita di gran parte dell'efficacia della Riforma — all'inserimento nell'ospedale del servizio di *day-hospital* come momento di qualificazione e nello stesso tempo di risparmio nei costi di gestione (si pensi al solo fatto che il personale sarebbe impiegato su due anziché su tre turni). Quali riflessi concreti avrà l'applicazione di questi principi su alcuni ospedali

in costruzione e comunque sull'adeguamento dei presidi sanitari esistenti ai principi dell'art. 26 della Legge n. 55 del 1974? Le considerazioni fin qui fatte evidenziano la necessità di scelte innovative nei criteri di localizzazione dei nuovi ospedali e nella ristrutturazione di quelli esistenti, secondo coerenti revisioni tipologiche. Il primo problema, già affrontato, è quello della razionalizzazione localizzativa, che, per altro, è uno degli obiettivi perseguiti dal Piano ospedaliero regionale; la sua risoluzione comporta l'eliminazione di edifici ospedalieri inutili e diseconomici sia dal punto di vista finanziario che da quello della qualità delle prestazioni sanitarie erogate. E opportuno che tale indirizzo sia perseguito, oltre che con la fusione amministrativa delle attuali gestioni ospedaliere, anche con la realizzazione, in quei bacini di utenza attualmente serviti da più organismi ospedalieri costituiti da edifici obsoleti sia dal punto di vista edilizio che tipologico-sanitario, di plessi ospedalieri unitari, aventi un'organica dimensione funzionale. Proprio verso la incentivazione di questo indirizzo il vigente Piano ospedaliero regionale aveva formulato proposte coerenti ed avanzate dal punto di vista delle previsioni che vi erano contenute, ma

non suffragate da altrettanto precise scelte attuative; è, d'altra parte, comprensibile quali siano le resistenze campanilistiche e corporative che si oppongono al processo di razionalizzazione, soprattutto quando esso comporta il ridimensionamento o la soppressione di strutture esistenti.

Per quanto riguarda, invece, la ristrutturazione dei complessi ospedalieri esistenti e in grado di essere rivitalizzati, il discorso si presenta assai difficile, complesso ed articolato. La logica da battere è, in questo caso, la tendenza all'aumento ingiustificato dei posti letto, privilegiando, invece, l'incentivazione dei servizi generali, che devono essere creati là dove mancano completamente e potenziati dove siano carenti. L'attuazione dell'art. 26 della Legge n. 55 del 1974 dovrebbe essere indirizzata in tal senso: da una parte, nell'impedire scelte aberranti e disperse che mirino *tout-court* ad ampliamenti indiscriminati della capacità di posti-letto; dall'altra, nell'inquadrare queste scelte rispetto agli obiettivi generali del programma sociosanitario, in modo da rendere coerenti c. organici i singoli interventi di ristrutturazione delle attrezzature esistenti.

Anche per questi ultimi, come (segue) 41

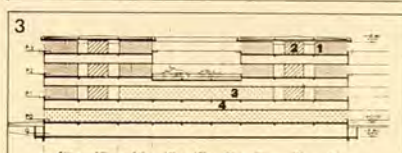
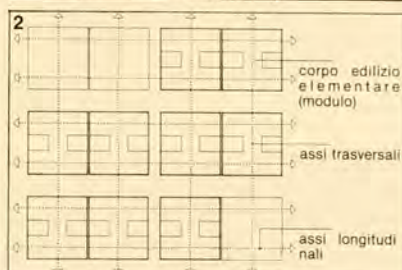
evitando in ogni caso che la cifra massima sia applicata nel caso di ambiti territoriali che comprendano più comuni, al fine di evitare dimensioni territoriali eccessive, che non consentirebbero una equilibrata diffusione dei servizi e che renderebbero più complessa la loro gestione. Nel caso di aree in cui la densità di popolazione è molto bassa (zone collinari, montane e, più in generale, marginali) è comunque preferibile, salvo casi eccezionali, mantenersi nell'ordine di grandezza dei 50.000 abitanti — che si configura come un parametro funzionale non sottovalutabile —, tenendo presente la possibilità di articolare l'Unità sanitaria locale in Distretti sanitari di base per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

b) Criteri di accessibilità interna: occorre tener conto del sistema insediativo e del sistema infrastrutturale, al fine di assicurare che i tempi di accessibilità all'interno di ciascuna ULS siano contenuti entro limiti accettabili. A tal fine è necessario tener conto anche dei caratteri fisici del territorio e dei caratteri funzionali della viabilità: infatti molto spesso modesti interventi di miglioramento e di adeguamento della viabilità minore riducono fortemente i tempi di accessibilità interna, contribuendo ad esaltare l'autonomia e l'autosufficienza delle ULS e quindi il superamento degli squilibri territoriali.

c) Criteri di omogeneità e/o integrazione urbana e territoriale: come è stato illustrato, le ULS si configurano essenzialmente come organismi di gestione e, pertanto, nella loro delimitazione territoriale è possibile superare le questioni — talvolta soltanto teoriche ed accademiche — sollevate in passato nella delimitazione di comprensori, aree metropolitane, aree problema, aree-programma, ecc. Per lunghi anni si è disquisito sulla necessità di aggregare insieme i centri maggiori ed i Comuni che su di essi gravitano (accettando, di fatto, il meccanismo di polarizzazione urbana imposto dal processo di sviluppo industriale) e sulla opportunità di delimitare aree sovra-comunali o sub-regionali (a fini di programmazione e di pianificazione) secondo criteri di omogeneità e/o di integrazione socio-economica e territoriale. Si ritiene che nella delimitazione delle ULS le questioni suddette possano essere ricondotte ad un accettabile livello operativo, superando definitivamente gli equivoci di un dibattito pseudo-scientifico fortemente distorto. Innanzitutto è opportuno che i Comuni maggiori con popolazione superiore ai 50.000 abitanti, siano delimitati senza includere — salvo casi particolarissimi di collegamento e di

integrazione dei tessuti urbani — i Comuni limitrofi più piccoli. Nel caso in cui la popolazione dei Comuni maggiori sia compresa fra i 50.000 ed i 200.000 abitanti, essi coincideranno con la ULS; nel caso in cui la popolazione sia superiore ai 200.000 abitanti, essi potranno essere suddivisi in più ULS, con riferimento alla articolazione in circoscrizioni, rivedendo eventualmente le delimitazioni effettuate in applicazione della Legge 8 aprile 1976, n. 278. Operando in tal modo sarà possibile ridurre i fenomeni di gerarchizzazione territoriale e insediativa, stimolando contemporaneamente l'autonomia e l'autosufficienza delle ULS attraverso una adeguata diffusione degli insediamenti produttivi, dei servizi sociali e dei servizi di collegamento, all'interno delle ULS stesse. Infatti, qualora si dovesse procedere alla sistematica aggregazione dei comuni minori ai poli urbani di maggiore consistenza socio-economica e demografica, si esalterebbero inevitabilmente gli attuali processi di polarizzazione, di congestione urbana e di gerarchizzazione: i servizi sociali e gli insediamenti produttivi sarebbero concentrati nei centri maggiori (o nella loro immediata periferia) e si esalterebbe ancor più il carattere radiocentrico del sistema della mobilità, tipico del recente assetto territoriale. Suggerendo tale criterio non si vogliono ignorare o sottovalutare i problemi, certamente non lievi, di organizzazione territoriale e socio-economica delle conurbazioni e delle aree metropolitane. Essi tuttavia possono e debbono essere adeguatamente impostati e risolti, in sede di pianificazione territoriale, con scelte di piano ed azioni programmatiche che spettano alla Regione, d'intesa con i Comuni interessati, senza pretendere — come avveniva con i Piani intercomunali del passato — che i Comuni minori dovessero subire l'iniziativa e la supremazia di quello maggiore; in sede di delimitazione delle ULS sarà inoltre opportuno tener conto dei rapporti culturali, associativi, di scambio e di tradizioni che ancora legano, talvolta in maniera ben precisa, i Comuni minori.

d) Criteri di piena utilizzazione delle risorse disponibili: pur nel disordine di uno sviluppo spontaneo distorto e squilibrato e nelle diffuse situazioni di carenza, il patrimonio di servizi sociali è molto elevato ed in molti casi talmente surdimensionato da risultare sottoutilizzato. In molte Regioni esistono e funzionano troppi ospedali, troppi edifici scolastici, troppe case, con fenomeni di spreco e di parassitismo non più accettabile. In altre Regioni, pur registrandosi una generale



LEGENDA

1. bande periferiche di degenza
2. servizi del reparto di degenza
3. funzioni di diagnosi e terapia
4. piano interstiziale per impianti

Caneva, Gai, Grilletto, Martelli, Mezzanotte, Silvani, Traversi (coordinamento Ratti), Progetto per il Nuovo Ospedale di Milano

per la costruzione di nuovi ospedali, il ritardo della Regione Lombardia nel predisporre la definizione degli standard rende praticamente aleatorio e necessariamente soggettivo il giudizio che su ogni singola richiesta degli ospedali può essere espresso in sede di gestione programmatica. D'altra parte una esauriente trattazione del tema degli standard nell'edilizia ospedaliera richiederebbe un discorso assai più ampio di quanto qui non sia possibile fare: ci limitiamo, quindi, ad osservare che, benché non si possa attribuire loro capacità taumaturgiche nella risoluzione dei problemi sanitari, tuttavia essi rappresentano il quadro di riferimento omogeneo senza il quale non è possibile far emergere dalle disparate proposte avanzate da progettisti ed amministratori una coerente linea programmatica, tesa al riequilibrio delle dotazioni di attrezzature in rapporto alle diverse esigenze. Certamente lo standard non deve essere assunto come categoria astrattamente definita *a priori*, indipendentemente dal contesto specifico in cui l'attrezzatura sanitaria si colloca, e che deve essere in grado di influenzare la definizione dei parametri riferiti alle superfici, ai costi, ecc. La definizione di tali standard va, pertanto, vista non in una logica vincoli-

english translations traductions françaises

HINTERLAND 9-10

may-august 1979

ENGLISH contents

The hospital within an internal and external history <i>Guido Canella</i>	2	(here 1)
Society and hospital institutions		
Systems and knowledge: the French case <i>François Steudler</i>	4	
<i>Documentation: Lombardy: 12. Confining sickness in the « Ca Granda » 14. From functionalism to zoning of hospital areas (P. Bonaretti)</i>		
The history of a typological metaphor		
The beginnings of the modern hospital: between the approaches of H. Ford and T. Garnier <i>Sergio Brenna</i>	16	(here 3)
<i>Documentation: 17. Crosswaed and courtyard for conversion to a public health plan 19. Hospitals and lazaretti: a city within the city 21. The Enlightenment enterprise profits by sickness 23. Ramifications of knowledge and anthropomorphic structures 25. Between functional city and functionalized hospital 27. Concentrate to isolate or spread to prevent 29. From technological break-through to dehospitalization as policy (S. Brenna)</i>		
<i>Documentation: 30. The sanatorium: the hospital as a model for collective living quarters 32. Dispensaries and preventoria face industrial diseases 34. The city-sanatorium: after commitment the extinction of the architectural type (C. Confalonieri)</i>		
Towards a territorial dimension		
Health care and the governing of the territory <i>Marcello Vittorini</i>	36	(here 6)
<i>Documentation: 39. Lombardy: for a reconversion of the Hospital Plan 41. Lombardy: additive-research for the cure of over-extended hospitals 43. Lombardy: how to integrate overlapping institutional competences 45. Lombardy: the consolidation of services for the Pavia area across the Po (E. Li Calzi, G. Perrotta) 46. The South: local mobilization against centralization catering to special interests (F. Cusani) 48. The South: from hospitals to local health units through regional health plans 50. Calabria: taking stock and reinvesting to region's patrimony of hospital structures 52. Calabria: democracy in the administration of the public health system as a guarantee of proper functioning (L. Talamona) 54. Umbria: hospital, schools, and social services in a unified administration (G. Barro)</i>		
Italy: Reform suspended between a bill of law and universal practice		
<i>Interviews on problems connected with the establishment of the National Health Service, conducted by Sergio Brenna and Gian Paolo Semino 56. Laura Conti 60. Mario Manetti 62. Marina Rossanda 66. Renzo Thurner; Gianni Tognoni</i>	56	
<i>Health legislation since the Union (M. Viviani)</i>	57	
<i>Documentation: 70. The hospital: planning contextual variants 72. Trieste-Cattinara: in the tower the management district of health 74. Venice-San Giovanni e Paolo: the Hospital in the convent becomes fondaco 76. Venice San Giovanni e Paolo: landing at the emergency department (L. Semerani)</i>		(here 9)
<i>Documentation: 78. Hospitals: tested variables for « ready-for-service » buildings 80. Light technology for export-type mobile hospitals (M. Chiara)</i>		
<i>Documentation: China: 82. Between traditional medicine and keeping abreast of new developments 84. A hierarchy of knowledge prevails over grass-roots medicine (E. Collotti Pischel)</i>		
Books: Towards a history of health in Italy (S. Brenna)	86	
Books received		

THE HOSPITAL WITHIN AN INTERNAL AND EXTERNAL HISTORY

Guido Canella

Hardly any other type of building has remained, even to this day, so subject to the intrinsic preconceptions of functionalist necessity as the hospital. And yet, for quite a long time the most varied types of humankind have concurred in contaminating the hospital premisses (sufferers and healers, those who operate and those who serve, those who grant and those who beg, the layman and the ecclesiastic, etc.) so that both in respect to morphology and typical dimensions the hospital has left the superimposed impression of a city within a city, not unlike a port or a market. A centre not only of charity, but of scientific investigation, of surgical operations, of professional training, of ethical standards, of wealth in the form of bequests and donations, and of historical relics and archives, it has also been an object of architectonic speculation from Brunelleschi to Filarete, from Antoine Petit to Tony Garnier and to Le Corbusier. And the important fact about this speculation is that it appears to have left its mark not only and not even so much on the typological development of the hospital's specific function as, above all, on the modules of expansion and on the architectonic characteristics of the building complex as a whole. For where decisive solutions have been adopted they are expressed and articulated in terms of an overall idea and design of a city and, in any case, in terms of a general programme implying in full and in depth a radical transformation in production relations or at least in social relations. Paralleling and complementing the capillary influence exerted by religious architecture on the city and its environs (richly articulated from the basilica to the cemetery) as well as by the military quarters, from a certain age on, the influence of the hospital on the city has come to mean the overall imposition — concentrated, coordinated, and regulated — of guided lay initiatives, until the advent of industrial works.

Consequently, the structural reasons for this coincidence should be sought at a deeper level than the series of superstructural connotations (institutional, cultural, behavioural, symbolic, etc.) connected with this type of architecture. To some extent it appears to be traceable to the characteristics of accumulation, condensation, and differential redistribution, in accordance with which the hospital met the requirements of the proto-capitalist world of the Middle Ages, in competition with the religious and military organizations. This was true both from the financial viewpoint (the accumulation of donations and bequests and their reinvestment in a rather advanced administrative circuit) and from that of the conversion-rehabilitation of labour forces (between town and country, among the various occupational sectors, and among differentially productive social classes doing remunerative work and requiring means of subsistence), as well as from the viewpoint of the acculturation of the masses to metropolitan standard (in which view, medical staff, assistants, and patients are all lumped together).

The creation of a medical assistance-hospital organization as a receptacle of economic, social and technological values, and as a directional pole of new

values, therefore assumed a role which was at once functional and partly at odds even with a market economy, as well as with the religious and military politics. While with its precociously modern set-up it foreshadowed the integrated industrial regimes of the future.

The hospital, then, as a subject, readily provides us with a cue for a few considerations in support of historical analysis as an instrument for the interpretation of urban and architectonic phenomena and, conversely, in support of the view that concepts regarding building types and complexes concur in the interpretation of historical events.

Without any doubt studies in architecture and the city carried out in the last 15 years have taken a decisive step forward as a result of their having admitted the need to go beyond their structural boundaries and to deal with a much more complex external history to be considered one of the reasons (more a natural than a moral matter) for revising current impositions of a technical, sociological, and economic nature. It is worth noting, however, that in most cases there has not been any appreciable «feed-back» to actual designs — truly operational and not merely formally analogous consequences — as a result of this historical excursion; so that designing has been virtually left to itself and cut off from a source of potentially innovative enrichment. In fact, it is largely in this dialectic feed-back in the mass of architectonic and urbanistic matter that this excursion into history finds the chief justification for its claim to be legitimately scientific, by abandoning its soupy rhetorical or metaphorical gestures (which occur when it remains imprisoned in an abstract confrontation of ideological positions), its tautological sophistry (when it refuses to drop its purely morphological concerns), and pseudo-scientific speculation (when it imposes a gradulatory list of priorities in which quantity leads quality), and it is actively transformed into operational impulse and a verification of its own contributions. This feed-back should not be regarded simply as a utilitarian windfall for the cultural aspect of design but, above all, as a further proof of the validity of an internal history of architectonic matters written (and therefore more authoritative) by historian-architects.

In this sense we may consider very much to the point the remarks made by Alberto Tenenti in *Architettura, urbanistica e storia* (in *Nuova rivista storica*, a. LX, fasc. III-IV, maggio-agosto 1976, p. 403): *It is clear, in fact, that the mass of elements put to good use and extracted from non-specifically architectonic-urbanistic disciplines, in this study constitute something which from time to time may be called framing or seeing in perspective or, again, a congeries of aspects which are analogous, or parallel or concomitant to architectonic-urbanistic phenomena. The latter, and even their formal treatment, remain substantially separate from the former and sufficient unto themselves, without there being any real and true relationship between them and the other orders of elements mentioned. The lack of such elements appears in two main ways. In the first place, through the acritical adoption of certain results and certain interpretations rather than others, these all being transformed from the outside without any serious attempt to test them from the inside in the light of architectonic-urbanistic studies; in the second place, by supposing that the latter can*

only have meaning in the light of those results and points of view.

On the other hand, Giovanni Berlinguer (in his introduction to a collection of essays on *Storia della sanità in Italia*, Editore «Il pensiero scientifico», Roma 1978, p. 11) begins with the recognition that a medical history of Italy has still to be written. No such history is now available; and even in other countries a history of medicine is regarded as more a matter of the development of discoveries and techniques in prevention and cure than as part of an overall historical process. Moreover, these historians often disregard the influence of health (sickness, medicine, the country's health organization) on human affairs. These remarks may be interpreted as a call for an external history of medicine in a dialectical relation with an internal history, a history without any strict boundaries between historical and medical material, in accordance with the less tendentious meanings which emerged from the debate among epistemologists (further stirred up by the collection of essays in *Critica e crescita della conoscenza*, 1970, edited by Imre Lakatos and Alan Musgrave and, for the Italian edition, by Giulio Giorello, Feltrinelli, Milan 1976), in which the convergence and integration of the two approaches aims to further the overall growth of knowledge, through the recuperation of areas of meaning often to be found outside the proper field of any discipline or concealed in the inner folds and discontinuity of their logical formulation. Therefore, if we grant that there has been some trespassing of fields in the research that has most seriously occupied writers on architectonic and urbanistic matters in the last 15 years, it is now important that there should be some feed-back or return in applying it, and that this should be aimed at reappraising and stimulating — without preconceptions — the present state of architectonic design.

To get on with our considerations in an attempt to bring about this feed-back, at least as a concept, we would point out that the geography of illnesses and of the hospital, here taken as typical paradigms, give rise to a series of suppositions regarding the physical regime of the structural group. In Italy, for example, how much did endemic sicknesses such as malaria and pellagra contribute to breaking down an exceptional urban organization covering the whole territory, and later to restoring a distorted concentration in the big cities?

On the other hand, a sign of an embryonic zoning of sicknesses can be detected far back in time, well beyond the formation of a typology of its own when, as a feudal Economy gave way to the pristine forms of Capitalism, markets and villages led to a new functional definition of the building groups. This entailed, at least in those inland ports of the mercantile city — as the historian Henri Pirenne puts it — the first confinement of the unproductive population which, through charity, shifted its sicknesses from their natural site, the body, to urban conglomerates (as Manlio Brusatin reveals in dealing with the lazaretto in *Spazio e potere assistenziale - Il muro della peste*, in *Controspazio*, a. XI, n. 1-2, gennaio-aprile 1979, and n. 3, maggio-giugno 1979), whereas it is taken for granted that in an agrarian economy and in civilizations where it has continued to play a decisive role, the curative family, with its culturally decentralized forms of assistance, has lasted to our day, with

all the varied practices of empiric medicine. This also meant that, from the moment it was polarized, the way medical assistance was articulated (in leper hospitals, lazaretti, asylums, *Hôtel-Dieu*, etc.) led to a decisive imbalance in favour of the city in respect of the general drift of the population, the provision of services, and opportunities for work. In fact, already in the 14th century the zoning of various sicknesses was offset by the constitution of specific religious orders offering assistance for specific sicknesses, in keeping with a rhythm set by Capitalism since its earliest appearance, which transferred the articulated characteristics of direction to the city and viceversa.

In the 15th century the introduction of the cross-plan (in Brescia, Pavia, and Milan) may have come about, for example, from a choice made without considering anything but the need for an increase in the number of buildings, and in accordance with the most conventional module for collective living (which was used first in the church, then in the convent, and lastly in the lay factory), without transferring any ideological implications in respect of order and control, but inheriting them as a matter of course through the administration and utilization of space.

The dynamics of this typology, however, failed to develop with a constant rhythm and in a single direction, but evidenced pauses, discontinuity, and returns.

In France, for example, it appeared in the 17th century as an attempt of the Monarchy to take over from the Clergy through a centralized administration which established the *Hôpital Général* in every city in order to remove the hospital institutions from the control of bourgeois-run towns (as François Steudler has it from Michel Foucault in *Storia della follia nell'età classica*, 1961, Rizzoli, Milano 1963, p. 73); later during the royal Enlightenment, before the French Revolution, when the Crown essayed an alliance with the agrarian Bourgeoisie for the containment of the urban middle-class (after a design which had succeeded a century before in England but failed here), a programme for the industrialization of the countryside was accompanied by a programme for domestic medicine designed to undermine the hospital, which was considered an instrument in imposing the hegemony of the city over the country, a place of promiscuity and, consequently, also of contagion. But, furthering the survival of urban prerogatives of power in hospital matters, science and technology now anchored to the ideology of the bourgeoisie, contrived to rearticulate the type physiologically in the form of pavilions, as an antidote to the pathology of concentration. The Royal Enlightenment then appealed to the rural classes in a last attempt at rallying a centralist-peripheral core of resistance to the expansion of the urban bourgeoisie, trying to concentrate and circumscribe the territorial and social relations of the hospital in a closed radial design, abstracted from town and country, consonant with the remaining efforts of the King's architects, later called the revolutionaries (Boullée and Ledoux), who sublimated Royal-populist ideology in an allegory of functionalist algorithm. The success and diffusion of the functionalist scheme in the second half of the 18th century (witness the Bentham brothers' *panopticon*, completed between 1787 and 1791) have been attributed (by Foucault, in his *Sorvegliare e punire*, 1975, Einaudi, To-

rino 1976) to the necessity for controls postulated by the articulation of new behavioural standards established especially by the urban middle classes, but its exaltation in architecture seems to have been foreshadowed and even exercised in advance in the work of the royal architects of France and England (from Blondel to Ledoux, and from Vanbrugh to Soane, and later revived by the critic Emil Kaufmann in the thirties) who, in their use of a symmetrical plan with one or two axes of symmetry, gave architectonic shape to the desire to impose the institutional firmness of the State on functionalist determinism, restoring traditional architectonic types in order to contain these schemes and adapting the resulting contaminated forms to new and different purposes. Their corresponding forms in hospital typology can be found in models whose plans, after the Hôtel-Dieu burnt down in Paris in 1772, completely overhauled the hospital architecturally by adopting the module of a hospital bed. These plans were drawn up by such architects and architect-physicians as Antoine Petit, J.R. Tenon, Bernard Poyet, and Charles François Viel in France, and by Thomas Dance, George Dance, and John Howard in England.

Contrasting the approval of a centralized hospital plan in the 19th century was the capacity for manoeuvre shown by enterprise; at first, by discriminating the helplessness of the patients according to a detailed system of classification (the poor, the old, the insane, the sick, etc.); later, once the poor were isolated, by dehospitalizing sicknesses and capitalizing on them. This was achieved through absenteeism reinvested in private professional practice; through hospital legislation and ethical rules; and through the foundation of the clinic, where a sort of therapeutic nihilism took hold aimed more at scientific speculation than the curing of illnesses.

While the *pavilion-type* plan preceded the discovery of immunology, it was undoubtedly the latter which imposed the functional diagram that hastened the eclipse of hospital architecture (ventilation, dilution, decentralization, etc.). Once again it was the industrial revolution that imposed the confinement of the unproductive population, and the consequent concentration reactivated the hospital concern, which was then rearticulated into the specializations, which in turn set up a new hierarchy of competences, orders, categories, and powers, all of them appropriating the in-patients.

Factors such as sickness as probability, as a system of classification, as prevention, as the technicalization of medical treatment, as the gradual transformation of the hospital from a home for the sick to a classification mechanism have contributed to setting the modern hospital type architectonically. Considered historically, this proves to be a rationalized type based on an improved but substantially repetitive model of the condensation plan (from cases to apparatus), which replaced the old scheme with its direct, widespread and highly ramified contact with the local community; and this is true in the cases of both the horizontal *pavilion-type* plan and the vertical, condensed *block-type* plan.

Modern man comes into the world in a clinic and dies in a clinic: consequently he also has to live in a clinic. This was the axiom of a fashionable architect...

(wrote Robert Musil in the twenties, *L'uomo senza qualità*, vol. I, Einaudi, Torino, 1957), but actually the architects of the Modern Movement seem to have backed away from hospital plans for the most part, leaving them to the specialized ministrations of hospital engineering and at the most preferring collateral themes ranging from the *cit  de refuge* to the sanatorium, from the tuberculosis clinic to the heliotherapy colony and the *rest and holiday town*. Perhaps in order to accelerate the adoption of functional plans for types less conditioned prescriptively (even the factory is less conditioned), or perhaps in order to extend and articulate the measure of a new behavioural pattern directed towards much greater utilization and longer periods of treatment in these new types of architecture. An exception was Le Corbusier's plan for the Hospital of Venice in 1964-65 (judged unfeasible because indigestible for the committees of «experts»), suggested by the texture of ancient and deeply rooted morphological and contextual relationships: a slice of the city where, closely connected to the vital flow of every day, a work of architecture of health, he thought could be realized.

THE BEGINNINGS OF THE MODERN HOSPITAL: BETWEEN THE APPROACHES OF H. FORD AND T. GARNIER

Sergio Brenna

Still today, in spite of the greater attention generally paid in all fields of survey to the dialectical link between institutions and their social role within the frame of the organization of various kinds of society, interpretations are very rare of the evolution of the organizational and typological characters of sanitary and hospital equipment which reconnect them organically to the gradually assumed role of health assistance in the various economic and social contexts. The most widespread current interpretations still today do in fact tend to give credit to the thesis that to interpret the changes which have occurred in the health and hospital organizations starting from the scientific revolution of medicine (which took place in the years roughly between 1800 and 1850) — i.e. since the role of isolating from society those who were socially or physically unsuitable for production began to become less important, the role which the hospital historically played at the beginning of the industrial revolution with the *Hôtel-Dieu* and the *workhouses* — the key lies within the conception of an independent determination of medical and sanitary disciplines.

This links the changes in the typological-organizational orders of hospital equipment to the corresponding evolution in medical-sanitary knowledge and practices. Hence the typology of the *pavilion type* hospital corresponds to the recognition of Pasteur's discoveries on microbic infections, as it is in fact functional to the isolation of infectious factors: whereas the subsequent development of methods of control of microbic infections (sterilization, chemotherapy, etc.) with the result that isolation was no longer necessary, automatically correspond to the assertion of the *single-block* hospital.

A concrete analysis of historical sequences can easily upset this over-facile evolutionistic mechanism (the first examples of *pavilion* hospitals date back to the mid eighteenth century, far before the discovery and widespread of Pasteur's studies and still exist today, along with *single-block* hospitals, even though the battle against the widespread of infection has many other means rather than mere physical isolation). But what is more interesting here is to establish the ideological assumption which lies behind this general idea, i.e. that of a detachment from the interpretations of the evolution of hospitals from the increasingly complex conditions and demands of capitalistic development, which more and more closely link them to its own demands for production. In this context they play a dual role as institutions for the preservation and recovery of physical efficiency of the labour force and as a ground for the application of the very same techniques of the organization of labour which were gradually becoming widespread in the factories. In actual fact, rather than a change over from the *pavilion* typology to the *single-block*, where reference to motivations of an exclusively sanitary nature are said to exist, the point to be singled out is the prevailing, above and beyond a conception which tends to reconnect the characters of the health organization to those of the entire city, of a conception based both on theoretical-ideological motivations and on practical demands, which isolates the hospital, exalting the technical-organizational requirements of a company-like nature. Let us just remember how in the same period, around 1915, we can see, on the one hand, in Lyon, within the frame of the public works program promoted by the Administration headed by the radical Edouard Herriot, the realization by Tony Garnier of the Grange-Blanche Hospital. Here he merely translated into practice, in a first nucleus, the general principles which were to have presided over the building of an entire city founded on modern requirements, i.e. on an orderly healthy layout and at the same time on industrial production, as he theorized in his studies on the *Cité Industrielle* in 1901-1904. On the other hand, in the United States, under the drive of a growing intensive exploitation of the profitability of land, in the adaptation of the town plot to a town image already coded and made prevalent by the use — functional to private appropriation — of the plot crossed by the network of roads and above all, as we will see, by the prevailing of the extension to the whole of society, in a dimension never recorded before, of conceptions and requirements of a company nature, the first examples of *single-block* hospitals appear. These buildings were in fact not unlike the other buildings destined for offices and other services as far as typology is concerned.

One of the most symptomatic examples, from this point of view, is the Ford Hospital in Detroit. Even if Ford did not personally intervene to prescribe new typological layouts — when Ford took the hospital over in June 1914, it was in fact already partly built, which makes us presume that the single-block in line or centralized layouts had already begun to be adopted, even if hospitals as important as the Peter Bent in Boston and the Johns Hopkins in Baltimore in 1913 continued to be built with the pavilion layout — he did have a fundamental influence on the changes in the hospital organization according to criteria similar to those adopted in the factory and in their rapid widespread and generalization. On the other hand, it is not by chance that the first studies by Frank and Lillian Gilbreth on the analysis of times and methods, which date back to 1913, used the hospital organization as a field of survey and application. Henry Ford, also because he was a forerunner of the application of a particular type of production technique — individualized chain work — was also a forerunner of the application of the corporative system to an extent up to that date unknown but none the less heavily marked by paternalism and moralism.

John Dos Passos, the famous American novelist, in his book of 1936 entitled *USA-The Big Money* with quick sharp strokes of the pen illustrated in short sections scenes from American life in those years drawn from the daily reports and from scratching biographical notes on "famous Americans" who represented the myths of that period (and among these, for the objective ideological convergence which they represent in the construction of what Dos Passos sarcastically called the *American Plan*, the biographical notes on Frederick Winslow Taylor, on Thurstein Bunde Veblen and on Thomas Alva Edison are worth remembering). Talking about Ford he said: ... the first day Ford's announced that cleancut properlymarried American workers who wanted jobs had a chance to make five bucks a day (of course it turned out that there were strings to it; always there were strings to it) such an enormous crowd waited outside the Highland Park plant all through the zero January night that there was a riot when the gates were opened; cops broke heads, jobhunters threw bricks; property, Henry Ford's own property, was destroyed. The company dicks had to turn on the firehose to beat back the crowd. The American Plan; automotive prosperity seeping down from above; it turned out there were strings to it. But that five dollars a day paid to good, clean American workmen who didn't drink or smoke cigarettes or read or think, and who didn't commit adultery and whose wives didn't take in boarders, made America once more the Yukon of the sweated workers of the world; made all the tin lizzies and the automotive age, and incidentally, made Henry Ford the automobileer, the admirer of Edison, the birdlover, the great American of his time. Ford for his new organization did in fact need workers whose performance was constant and, therefore, with a steady life in order to fulfill, first of all, their functions as producers in an organization with a continuous planned flow. And again it is Dos Passos who describes the atmosphere on the job:

At Ford's production was improving all

the time; less waste, more spotters, straw-bosses, stoolpigeons (fifteen minutes for lunch, three minutes to go to the toilet, the Taylorized speedup everywhere, reachunder, adjustwasher, screwdown bolt, shove in cotterpin, reachunder, adjustwasher, screwdown bolt, reachunderadjustscrewdownreachunderadjust, until every ounce of life was sucked off into production and at night the workmen went home gray shaking husks).

The privilege of the famous "Ford wages" — initially five dollars and later six dollars for eight hours, i.e. higher wages for less hours than the normal working hours at the time in other factories, but with a far higher intensity and exploitation of labour — was however accompanied by an extensive program of control on the activities and way of living of the workers also outside the factory. They were in fact directed and canalized in a particular direction — i.e. the preservation of the workers' energy from harmful disorderly excesses, as this energy had to be preserved and regenerated to be profitably spent on the job — through the setting up of an entire series of side activities.

Of course with such a view in mind, an important part was played by the health and social assistance activities, not only because of their function of preserving human capital, which was incidentally very important in an organization like the one set up by Ford, which required carefully chosen workers trained for work on the conveyor belt and where, therefore, the workers could not be replaced too often without the sort of collective worker which they represented as a whole suffering from it; but also as a result of the ethical sides which the hygienic-sanitary prescriptions gradually began to assume in its social conception. He used to say when talking about his factories: *Our machines are installed as close as possible to each other: each square foot of space naturally means a certain increase in production costs. This increase, added to the extra costs of transportation, which in turn result from a distance between two machines of six inches more than necessary, is charged to the consumer. And it is indeed for this reason that our machines are closer together than in any other factory in the world. To an outsider they might even look as though they were heaped up together, instead they are placed according to scientific criteria... The dark corners which easily get dirty are painted white; without cleanliness there are no morals. Negligence in cleanliness is not allowed any more than negligence on the job. Coherent with this attitude, after he had purchased the Detroit General Hospital in 1915, which was then being built and which was having trouble in finding funds for its completion, he organized it — while maintaining a formally independent management — impressing on it a touch of dominating company efficiency; in "his" Hospital in fact it was often said: *Thanks to our layout, a nurse can certainly assist seven not seriously ill patients. In any other hospital the nurses are forced to do a lot of extra walking. They take more time in their moving around than in actually assisting the sick. This hospital is made to save walking.**

It is, however, possibly worthwhile to go back to the origins of this Hospital and to see how Ford decided to include it in his social assistance works. A private philanthropic association founded for this purpose in 1909 began to build the Hospital in 1911 as the Detroit General Hospital

and Ford was asked to give a contribution towards the building; when in 1914 the funds collected proved insufficient to complete the building he was asked to supply the missing amount, but refused and instead offered to take over the entire Hospital, reimbursing all the amounts given by others. Whether willing or not, the Association for the Detroit General Hospital had to accept, as there was no other alternative to deal with the outstanding matters and existing contracts; all things considered, it was a good deal for Ford as, instead of giving money away, he took advantage of the difficult situation in which the Association found itself and of his own immediate availability of cash to purchase the Association's patrimony at a good price. But it was above an operation which fully corresponded to the very spirit of aggressive individualism and absolute intolerance of any interference from others which a few years later was to lead him to hastily get rid of his partners in the company and of the insidious influence of the financial environment and of the banks, thanks to his ready availability of cash in hand.

... but when the metropolitan bankers tried to horn in on his business he thoroughly outsmarted them.

In 1915 he had borrowed on notes to buy out his minority stockholders for the picaresque sum of seventyfive million dollars.

In February, 1920, he needed cash to pay off some of these notes that were coming due. A banker is supposed to have called on him and offered him every facility if the bankers' representative could be made a member of the board of directors. Henry Ford handed the banker his hat, and went about raising the money in his own way:

he shipped every car and part he had in his plant to his dealers and demanded immediate cash payment. Let the other fellow do the borrowing had always been a cardinal principle. He shut down production and canceled all orders from the supplyfirms. Many dealers were ruined, many supplyfirms failed, but when he reopened his plant, he owned it absolutely...

On the other hand, being an absolute owner was indispensable if the Hospital was to run in line with Ford's company paternalism. It must be remembered that on every opportunity both the Ford management and the Hospital management underlined that the Ford Hospital was legally distinct and independent of the Ford company and founded as a General Hospital open to all and not just to Ford employees. But it is equally true that the key posts on the board of governors of the Hospital were strictly and exclusively reserved for the members of the Ford Family. As we will see, it is also true that the influence of the Ford method was very strong in the organization of the Hospital, as it was motivated mainly by the fact that technical and management organization problems were constantly studied and solutions were found by the staff of engineers and technicians working in the Ford Factory. But what must particularly be underlined here is that the Hospital was made functional to the ideological system of the social organization theorized by Ford, which is fully compatible also with formally independent institutions and with the performance of services not strictly meant only for the Ford company employees, provided it was in actual fact possible to influence the orientation

and organization of the services offered. And again it is Ford who says in his book of memoirs: *We are absolute owners and managers because we want to apply certain principles which we believe will benefit the public.* These principles stem from the conviction that there was an abundance of hospitals both for the very rich and for the very poor; the former could in fact go to the very famous private nursing homes run on a profit basis by financial groups or by famous doctors, who could also afford very expensive organizations and services; the latter could take advantage of the charitable assistance offered by the public hospitals, of a poor or very poor quality, but practically free of charge. Instead Ford pointed out that there were hardly any hospitals for people who could pay a limited charge and who wanted to avoid the discomforts encountered by those who were treated by the charitable organizations. These were the people for whom Ford intended the services of his Hospital.

As he had already chosen the social and economic class of users, he was able to propose in his Hospital highly standardized organization and services: the elimination of wards, private rooms with bath, all the same size and with the same furniture and split up into twenty-four room units. Depending on the seriousness of the case, each nurse could have from two to five patients, but in normal cases a single nurse looked after seven patients. This was possible, Ford said, because *each floor is complete in itself, and just as in the factories we have tried to eliminate the necessity for waste motion, so have we also tried to eliminate waste motion in the hospital.* What is more the nurses only did eight hour shifts and not twelve as in the other hospitals at that time: *in this way they won't have any reason to get tired or to be bad tempered* Ford said; in exchange they received the «Ford wage» of six dollars. *The hospital nurses must scrupulously carry out their duties. We apply the same treatment to them that we apply to the workers and employees in our factories: good pay, short working hours and a lot of work.* Doctors and nurses were hired with yearly contracts which excluded the possibility of having a private practice outside the Hospital. The Hospital had 775 employees, 100 were doctors and 237 nurses with diplomas, all working full time. What is more, the Hospital also had its own nursing school which could house 325 student nurses. There were about 600 beds available and the charge, depending on the amount of assistance required, varied between four and a half and eight dollars a day, including normal medical assistance. Once the Hospital was completed, it had cost 9 million dollars to build it.

The diagnostic and administrative services were all in a seven floor octagonal building located in the middle of the two wings of patients. On the ground floor of the octagonal building there was the radiology department; on the first floor the in-patients reception, the waiting room, the accounts department and the pharmacy; on the second floor the central files and the administrative offices; on the third, fourth and fifth floors the diagnostic laboratories; on the sixth floor the library and the auditorium. The wings on the side of the ground floor housed the technological services of each unit of patients, to which it was connected by elevators and vertical ducts. Each unit was therefore able to operate

independent of all the other departments. On the remaining floors, the wings were all organized in the same way, with single rooms with bath, with the exception of the paediatrics unit which had been adapted to meet the special requirements. The Hospital, which from August 1918 to October 1919 was taken over by the government for use as a military hospital, started to operate on November 10, 1919 according to Henry Ford's organizational prescriptions.

The basic philosophy which lay behind the organization of the Hospital is briefly explained by Ford: *The same kind of management which permits a factory to give the fullest service will permit a hospital to give the fullest service, and at a price so low as to be within the reach of everyone. The only difference between hospital and factory accounting is that I do not expect the hospital to return a profit.* In line with this company philosophy, Ford set up an organization in his Hospital based on a series of individualized operations, under many aspects similar to the work in his factories: the patient, when he reached the Hospital, was submitted to a series of pre-established diagnostic tests regardless of the specific reason for his hospitalization; these tests continued to proceed separately, carried out by teams of experts depending on the various specializations and only converged at the end to draw up the clinical picture of the patient. *The incoming patient is first examined by the senior physician and then is routed for examination through three, four, or whatever number of doctors seems necessary. This routing takes place regardless of what the patient came to the hospital for, because, as we are gradually learning, it is the complete health rather than a single ailment which is important. Each of the doctors makes a complete examination, and each sends in his written findings to the head physician without any opportunity whatsoever to consult with any of the other examining physicians. At least three, and sometimes six or seven, absolutely complete and absolutely independent diagnoses are thus in the hands of the head of the hospital. They constitute a complete record of the case. These precautions are taken in order to insure, within the limits of present-day knowledge, a correct diagnosis.*

In actual fact, much more than recognizing the importance of the general physical conditions, the aim of this process was to diminish as much as possible the influence that the responsibility of an individual can have as for as the organization as a whole is concerned; it is Ford himself who recognizes it almost explicitly: *It is not at all certain whether hospitals as they are now managed exist for patients or for doctors. I am not unmindful of the large amount of time which a capable physician or surgeon gives to charity, but also I am not convinced that the fees of surgeons should be regulated according to the wealth of the patient, and I am entirely convinced that what is known as «professional etiquette» is a curse to mankind and to the development of medicine. Diagnosis is not very much developed. I should not care to be among the proprietors of a hospital in which every step had not been taken to insure that the patients were being treated for what actually was the matter with them, instead of for something that one doctor had decided they had. Professional etiquette makes it very difficult for a wrong diagnosis to be corrected. The*

consulting physician, unless he be a man of great tact, will not change a diagnosis or a treatment unless the physician who has called him in is in thorough agreement, and then if a change be made, it is usually without the knowledge of the patient. There seems to be a notion that a patient, and especially when in a hospital, becomes the property of the doctor. These are certainly real and serious problems and it is quite likely that there was, and still is today, more than a well-grounded reason in support of Ford's opinions. What we are interested in underlining here, however, is how he did not propose the personal responsabilization of individuals with regard to the results of the conscious organization of collective work (what Gramsci — who not by chance was actively interested in the mechanisms of social control — called the *manufacturer's conscience*) to deal with these inconveniences, which are certainly real, particularly in a category such as doctors marked as it is by an exasperated atomization and by an individualistic «corporate» hierarchization; but rather the complete removal of any responsibility of the individual as far as the results are concerned and his complete limitation within the responsibility of individual segmented operations. That is, something very similar to what Ford, who had adopted what the studies of Taylor and the Gilbreths had proposed at a level of individual embryos as a system, had been carrying out and extending, inside and outside his factories, at the level of the working classes, where there were certainly none of the problems caused by «professional etiquette» and by the exasperated individualism and the «corporate» system of doctors which Ford, in the field of sanitary organization, brought up to justify the organization he proposed.

This statement gives us the opportunity to go into the merits of some considerations which, beyond the mere anecdotes on the temperament and contrasting personality of Henry Ford, such as his battle against smoking or the application of the rules of his pedantic moralism, touch on more substantial aspects intrinsic to the ideological essence of Fordism and its limits. From what has been said above, it can in fact be deduced that the questions put are not merely limited to the sphere of the sanitary organization and of the category of doctors, nor to the sphere of the organization of factory work and of the working classes, but find their roots in a more generalized conception which Fordism has of social relations in general. Fordism in fact, in its essence as an *institutionalized organizational myth*, i.e. an ideology which brings back all aspects of social organization to a problem of classification, distribution and coordination, according to «scientifically» coded criteria of roles and jobs, in its very nature turns down not only any conception of an organized workers' movement, but also the concept of awareness of his role by the individual within the organization. It is the organization, or rather the management which sets it up and directs it, it is not the individual who is for his very nature the repository of all «awareness» of his own aims and his own targets.

If, therefore, on the one hand, Fordism necessarily presupposes Taylorism as a method of «scientific» organization of factory work, on the other, it establishes as its own natural path an extensive institutionalization of Taylorism as a

more general organization model also of other non-factory activities and even of the entire range of social relations. Thus the project of generalized social Taylorization which lies at the basis of the Ford conception is made clear. In fact in Ford's conception, also as a result of his personal phobias — which we already mentioned — of his extreme need for self-sufficiency, of his narrowness which reached at times even «anti-capitalistic» peaks, with Veblenian touches (remember the polemic hostility we already mentioned towards the «parasitism» of the financial world), the company assumes the character of a unit complete in itself and in some way isolated and independent from the social context; to the contrary, indeed, it is the company which annexes and leaves its trace on some sectors of the social organizations, such as the services and the very habits of life, by functionalizing them. But there is more to it than that: these very social services, although they remain generally functional to the company system, internally tend to become in their organizational definition complete independent companies in themselves, as we have seen particularly as far as the hospital is concerned. Here as a consequence the typological configurations prevail which exalt the company-style demands of the hospital organization (minimization of the distances, separation of the adduction circuits and distribution of the provisions, etc.) over those resulting from spatial reproduction of the classificatory logic of medical nosography (a department for each type of sickness) or from the idea of a hospital as a complex part of the town as a whole.

But let us return to the more general idea that Fordism had of the social process of production of goods and services. Its basic limit lies in the fact that, considering the system as a pure combination of a series of companies and institutions which are in themselves independent, isolated parts of the social process of production where maximum efficiency is aimed at only within each of them, for the overall company and institution system it excludes the possibility of set-ups which are repositories of that «awareness» of the general aims and of the consequent organization of the roles which in the company is assigned to the management. Under these conditions the social process of production finds itself exposed to the reactions of cyclical fluctuations and generalized crises due to the lack of coordination of the various parts of the system, both from the point of view of production and of the use of the resources in investments or services. Fordism in fact, at least as a generalized ideological conception — which as an organizational technique of company activities will continue to have considerable influence and in fact today it is still possible to come across significant traces — was to slow down with the depression resulting from the 1929 crisis. In spite of Ford's liberistic sermons (*These are in actual fact good times; it is a pity so few of us realize it*) it will be the State, through the New Deal, which will lead the country, by means of new forms and instruments able to direct the system as a whole, out of the stagnation from which the purely company-type administrative criteria had been unable to lead it. It is not the purpose of this article to go into who had to pay the costs and who reaped the benefits from this new phase in the process of capitalistic development.

What is certain is that within this viewpoint it will be the State which will also take in hand the functionalization of the mechanisms of social control of the targets of relaunching capitalistic development, which company paternalism, when things began to get more difficult, had not hesitated to abandon in favour of the safer methods of open repression. *New Era prosperity and the American Plan (there were strings to it, always there were strings to it) had killed Tin Lizzie.*

Ford's was just one of many automobile plants.

When the stockmarket bubble burst, Mr. Ford the crackerbarrel philosopher said jubilantly, 'I told you so.'

Serves you right for gambling and getting in debt.

The country is sound.'

But when the country on cracked shoes, in frayed trousers, belts tightened over hollow bellies,

idle hands cracked and chapped with the cold of that coldest March day of 1932,

started marching from Detroit to Dearborn, asking for work and the American Plan, all they could think of at Ford's was machineguns.

The country was sound, but they mowed the marchers down.

They shot four of them dead.

TOWARDS A TERRITORIAL DIMENSION HEALTH CARE AND THE GOVERNING OF THE TERRITORY

Marcello Vittorini

Law no. 833 of December 23, 1978 (the establishing of the National Health Service), the so-called Health Reform, is certainly, in spite of some significant failures, a measure which introduces substantial incisive innovations, not only in the specific area of health structures, but also in general questions involving central and local mechanisms governing the territory and the economy. It will certainly not be easy to put it into practice (the same can be said for almost all the laws passed in the last few years) because its success basically depends on the fact that it has by now become absolutely essential for the political and social forces to deal with the degenerative process which has attacked the economy, the society and the public administration in all its aspects with far more coherent attitudes and commitments than in the past. The basic problem which the carrying out of the health reform will have to deal with and solve is the relation between health policies and the territory,

in an efficient planning and management mechanism which is clearly defined at an institutional and legislative level but which in actual fact still needs to be pinpointed and set up. The aim of Law no. 833 is clearly *to protect health as a basic right of the individual and in the interest of the collectivity*, considerably extending public action which so far was limited to dealing with sickness with suitable systems, diagnosis and treatment. To reach this target it is certainly not sufficient to provide the right social and health services distributed equally all over the country, even if it is indispensable. The target of protecting health must be included in the more general target of economic and social development, considering the question of health as part of the general handling of the territory. In fact, it should be borne in mind that the state of health is not established merely by the lack of sicknesses or infirmity, but rather by an individual and collective feeling of physical, mental and social well being. Therefore, to reach and protect this condition, it seems necessary to consider the problems of unemployment, insufficient incomes, heavy working conditions, the lack of social structures (homes, schools, transportation systems and the quality of life in general in towns) which certainly condition the well being of the citizens and of the communities, limiting their ability to take a full part in the central and local running of public affairs. This need is made particularly evident by the economic and social crisis in which the Western industrial societies — and in particular Italy — find themselves and by the profound evolution in the hospital situation. In fact it is basically useless and abstract to have a policy safeguarding public health which does not consider the social tensions occurring in a violent and explosive manner as a result of the increasing outcasting from the production process of large social layers (young people, women, the elderly, the unemployed) and as a result of the dreadful degradation of the quality of life which occur, in contrasting but equally nefarious forms, in both overcrowded violent dehumanized cities and in the marginal areas abandoned to a gradual physical, social and economical degradation. It must also be remembered that, with the social and economical evolution of the recent decades, there has been an increase in illnesses caused by the worsening of the environmental conditions (air, water, soil and food pollution) and by the consumption which increasingly stressing and at times damaging working and living conditions brought about on the human organism. The previous considerations underline that the policies involving health, the environment and the territory cannot but represent particular aspects of an overall administrative and political action to be developed at a central and local level as a verification — and at the same time as a basis — of an efficient working system of running the economy. In actual fact the attempts made so far, with more or less sophisticated tools, to control and direct the economic development and public expenses, have not given due consideration to the territory, in its physical, settlement and infrastructural aspects, in its historical, cultural, associative, socio-economic aspects and in its political-administrative and institutional aspects. It has been forgotten that the territory expresses a social demand (and the aim of any planned action must be to sa-

tisfy this demand). And yet the territory has been considered, on the one hand, as a physical reality which automatically records the transformations brought about by the spontaneous tendencies and by the planned actions and on the other, as one of the factors of production within the capitalistic market. The situation has been made worse by the myths and wastes of indefinite development and of the affluent opulent consumer society: urban polarization intended as a positive unavoidable overcoming of the rural condition; the presumed unlimited availability of natural resources and energy at low costs (to be stupidly consumed and not carefully used); the efficiency of the companies (particularly the big ones) and of the specially set-up state-owned bodies, as opposed to the inadequacy and collapse of the central and local Public administration. On the one hand, these myths have been used as an alibi of company power which has continued to draw new and greater opportunities for profit and speculation from the territorial and social unbalances, and on the other they have been accepted as conditioning factors by the public power, even in the attempts at planning and running the economy made — during the Sixties — with not exactly satisfactory results. Within this frame, characterized by the confrontation and negotiation between the central State administration, the private and State-owned companies and the national authorities (from the *Cassa del Mezzogiorno* to GESCAL — Administration for worker housing — to the social security and health organizations, to the special and ordinary banks) there was not enough space for local independence: therefore, the putting into effect of the Regional order was systematically delayed causing the progressive paralysis of the Municipalities both taking resources and opportunities to take action away from them, and carefully eluding the requalification and development of the technical and administrative tools.

As a result the State, at central and local level, gradually cut down on its basic target of producing and running services and installations for the collectivity and began to take on the task of transferring financial resources, often in a demagogical favour-based way, in the form of contributions, subsidies, etc. This process necessarily involved also the health sector, first transforming the drug industry and then the entire hospital system into a profitable speculative market, the growing costs and inefficiency of which were paid for by the entire collectivity.

As it was easy to foresee, with the present day structural crisis, these myths collapsed, revealing a reality which still today many refuse to recognize: the further and no longer acceptable exhalation of territorial and social unbalances corresponds to the environmental and settlement massacre; the anger of the people rejected by the production process corresponds to the maintenance of time-old wastes and privileges, to which others are added, made possible by the perverse nature of the crisis and even by the anti-crisis measures taken; the bankruptcy of the large private and public company system which also involves the banking system corresponds to the distortions of the «welfare» state and the crisis of local independence, on which the burden falls of finding a first answer out the increasingly complicated tasks which the recent laws of the State

assign them, without, however, giving them the necessary tools and the indispensable resources. Thus the errors and omissions are paid for which were made in the long years in which the efficiency and requalification of the central and local Public administration were sacrificed to the false efficiency of the big companies and of the State-run enterprises, with the results which can be seen by all. In spite of this, faced with an employment situation, particularly in the South, which is becoming more and more dramatic, there is an increase in the number of people who, even if out of desperation, are still prepared to entrust most of the available resources to the company power system (regardless of the fact that in the past it has made a very poor show, managing and administering badly, as it felt fit), even taking advantage of the *special concession* mechanism, in exchange for generic promises of employment and of times of planning, contracting and realization of works. The basic problem is, therefore, the reorganization and requalification of the Public administration which cannot be solved — or eluded for that matter — merely by entrusting more resources and more power to the company system yet again: it must be dealt with bearing in mind that the public management of social services, of the territory and of the collectivity in a clear and efficient planning (and local government) system has become a necessity which cannot be renounced. This is the only way in which it will be possible to oppose the more and more marked gap between civil society and the institutions and to limit the growing prevalence of private activities over public ones, which is the result not only of sociological and psychological motivations, but is also the unavoidable consequence of the fugitiveness of the public power and the elected organisms, which are no longer able to fulfill their responsibilities towards the citizens.

The limits of the Italian municipal structure are well known and have been talked about for years, without, however, the analyses and enunciations being followed by adequate measures. It is well known that out of 8073 Municipalities 23% (or 1846) have a population of less than 1000 inhabitants and that 74.5% (or 5999) have a population of less than 5000 inhabitants; there are only 47 Municipalities with a population of over 100,000 inhabitants in which 28.5% of the total population live (over 16 million inhabitants), whereas there are only 79 intermediate Municipalities (with a population between 50,000 and 100,000 inhabitants) with a total population of about 5,409,000 inhabitants, in which it is easier to maintain both efficient running and a direct relation between the administrators and the administered; roughly one tenth of the Italian population is in the optimal condition as far as concerns the relation between the size of the municipality and the running of the town and of the social services. In view of this incredible situation, characterized by the growing ungovernability of the large Municipalities and by the planning and operational paralysis of the small and tiny ones (an independence which ends up by being merely a ridiculous, rhetorical and parochial pretext), there are continuous abstract debates on the Municipality, on its institutional tasks, on the increasingly complex functions which the laws of the State and the need to satisfy the social

demands of the citizens require of it. The image of the Municipality, as given by the laws, by the parliamentary debates, by the press, is absolutely false and unreal; it corresponds to an entity which does not reflect the administrative reality of our country. In institutional, technical-administrative and management terms, the Municipalities are all the same with their councils and juntas, with the same obligations of budgets, town planning, control (of building activities, rent market, pollution, consumption of energy, public health), running of the social services and of the collectivity. The reality is quite different: in almost all of the 6000 Municipalities with less than 5000 inhabitants and in most of the hypertrophic ones (just think of Rome, Milan, Naples and Turin) the regulations solemnly established by law are not applied and the role of the municipality ends up by becoming merely the liturgy of the elections — and increasingly wearily at that — or, even worse, an exhausting incomprehensible interweaving of bureaucratic matters. In the first case the relations between the administrators and the administered are not nourished by a sufficient amount of decisions and operational and management opportunities, whereas in the second case they are filtered and distorted by the determinant weight of the structures and the procedures. This administrative reality unavoidably corresponds to an exasperated territorial and settlement hierarchization, brought about by a highly differentiated availability of installations and services, depending on the possibilities (as well as the abilities) of the local administration to take action. The measures taken or proposed so far to overcome this situation have dealt with the problem in an absolutely inadequate fashion, or they have merely ignored it, moving it on to other levels of government, incidentally all still to be defined. Thus for example, the singling out of countless networks over municipal and under regional level, of social or associative forms and planning instruments over municipal level, has certainly stimulated the fertile inventiveness of the believers in institutional engineering, but it has made administrative and territorial situation even more confused. The tasks of the 8073 Municipalities now overlap with the tasks of the *Mountain communities*, the *school districts*, the *agricultural area plans*, the *old and new reclamation consortia*, the *consortia for the handling of the water, drainage, electricity and gas networks*, of *public transport*, the *intermunicipal plans for the building of economical and council houses*, the *socio-sanitary consortia*, etc.

At the beginning of the Sixties, when the battle was raging for the new town planning act, it looked as though the problems referring to the coordinated «management of the services and of the territory» could — as was logical — be solved within the frame of the town planning and that the size and operational limits of the small Municipalities could be overcome by creating *Districts (Comprensori)*, intended as polyfunctional consortia with the task also of providing for the processing of town plans. However, for years the act on town planning remained in the ministry drawers, whereas the debate on the district continued in an increasingly complex, confused and contradictory manner. According to some the District was to be considered as a *minimum planning and*

programming unit and as the seat for public participation in the planning choices; for others it was to be considered as an aggregation of municipalities to deal with the services and the territory; or again as a new level of government, between the Region and the municipality. On the basis of the previous meanings of the word, the District was conceived as a territorial environment in which action was to be taken in a more or less coordinated way, regardless of any reference to the administrative structure.

In the meantime to deal with the increasing ungovernability of the bigger cities, of the monstrous agglomerations which had grown up according to a logic of polarized development, it was decided to set up decentralized bodies (areas, quarters). But yet again the solution adopted reproduced the same inconveniences it was supposed to eliminate: in fact the decentralization organs were not given any real active management and administration tasks and merely ended up by expressing opinions and pointing out problems. What is more, the founding of the new municipal decentralization organisms, which was to have represented the tool for a more efficient running of the town and of the services, as an introduction to a more responsible participation of the citizens, became the aim of the legislative action: with the founding of the district (or area) councils even in medium-small Municipalities, the population of the districts varied between a thousand and hundreds of thousands of inhabitants, making it impossible to assign similar tasks and tools to organisms of such different sizes. Of course, the supporters of the new delimitations and of the decentralization, like those who had nourished the debate on the District, made constant reference to the need for a greater participation of the citizens; but the real participation, built day by day in operating, verifying and managing, never even began and was in fact discouraged by the intertwining of opinions, consultations, indications, which at times were even more paralyzing than the old bureaucratic procedures. And in fact very often the supporters of participation and decentralization have expressed their absolute lack of faith in the Public administration and in local finances, accepting, even if as an unavoidable evil, the assignment to the company and to State authorities of the tasks and resources which should have been and still should be assigned to the elected organisms.

Law no. 833 has dealt with this problem in all its complexity and it is to be hoped that the basis will be laid to overcome the schizophrenia of those who have so far supported the dismantling of the institutional system (just remember the recurrent proposal to entrust, actions, programs, plans and money to anybody, rather than deal at the roots with the century-old problem of requalifying the Public administration, putting order into the procedures and at the same time extending the (formal and occasional) participation of the people and the (rhetorical, demagogical and inefficient) municipal independence. In fact this Law has rightly established a close correlation between the health policy, the organization of the territory and its administrative structure, entrusting the unitary handling of public health to a complete network of Local Health Units (*Unità sanitarie locali - USL*) all over the country: the Local Health Unit is

the headquarters offices and services set-up of the individual or associated Municipalities and of the Mountain communities (article 10). Therefore, the regions will have to determine the territorial limits of the local health units which must coincide with the territorial limits of the social services handling: at the time of determination, the Regions will also make sure that the delimitation of the school Districts and of the other units generally coincides (article 11). This Law also defines the Local Health Unit as an operational structure of the individual or associated Municipalities and of the Mountain communities run by a general assembly consisting of the municipal council, of the representatives of the Municipalities and of the Mountain communities, of the District council, depending on whether the Local Health Unit coincides with the Municipality, with an association of Municipalities (and possibly Mountain communities) or with the District (article 15). Although the specific tasks of the Local Health Unit remain unchanged, it is obvious that Law no. 833 provides for the delimitation, all over the country, of optimal management areas, within the frame of which all the delimitations and questions referring to social services, public installations and consequently the planning and realization of the plans must refer to the units. Therefore, while municipal independence still stands and without it being necessary to have new laws and new levels of government, there is a completely different administrative picture from the usual one: the shattered unbalanced mosaic consisting of over 8000 Italian Municipalities (to which countless delimitations over and below the municipal levels mentioned previously must be added) is replaced by a better balanced, more organic plan consisting of 700-800 optimal management areas — which at this stage are rightly to be called Local Service Units (*Unità locali dei servizi - ULS*) — of homogeneous size (between 50,000 and 200,000 inhabitants) to be used as a constant reference both to establish the social demand and to build an efficient territory government system. However, the Law does not indicate the criteria required to delimit the Local Health Units (or to be more exact the Local Service Units) or the Districts, i.e. the more limited territorial areas within which, headquarters, services and assistance must be established, leaving it up to the Regions to deal with this with special measures. The risk exists that, as with other reform laws, each Region might deal with the problem according to different criteria, with obvious inconveniences. It is certainly advisable for the State to limit its directing and coordinating as much as possible, but it is also indispensable that the Regions get together to define homogeneous directives which guarantee the necessary uniformity of plans and actions. The problem arises particularly in the case under examination: in fact the Local Service Unit can be intended both as an area (municipal, or below or above municipal level) in which the social demand can be detected and satisfied on an overall basis, in order to obtain maximum independence as far as concerns work, service, residence, internal mobility and as users of the existing services, which are mainly concentrated in the larger centres. In the first case it is indeed obvious that the aim is to overcome, even if gradually, the phe-

nomena of urban polarization and the consequent territorial hierarchization of the territory and of the settlement; on the other hand, in the second case, it would merely mean confirming and consolidating the settlement and mobility models established by the fragile and distorted mechanism of capitalistic development and town expansion, by now incompatible with the demands imposed by the energy crisis and by the necessary reconversion of the production system.

On the other hand, considering the aggregation between small Municipalities carefully, the Local Service Units run by the Assemblies and by the Committees mentioned in article 15 of Law no. 833 (also referring to the other existing laws) can handle the following jobs:

1. participation in the planning-programming process handled by the Region, either directly or through collaboration with the intermediate territorial organization;
 2. surveying, within this frame, of the social demand expressed by the collectivity as far as concerns employment, housing, social services (schools, health, culture, leisure time), water, drainage and energy networks, mobility (infrastructures and transport systems), the protection of the environment and of the quality of life, defense of the soil;
 3. surveying of available territorial resources, with particular reference to those so far considered as marginal and therefore badly neglected or wasted: local water resources useable for energy, civil or irrigation purposes; abandoned arable land; state-owned or private land (hills or mountains) which could be used for reafforestation, pastures, etc.; existing fixed public property, with particular reference to minor infrastructures, homes and public building; cultural goods (environmental and historical-artistic) to be protected and to be used for social and production purposes;
 4. drawing up, together with the Municipalities and with the Mountain communities included in the ULS's, of Plans, stimulating the coordinated drawing up of inter-municipal plans with the aim «covering» the entire ULS territory, with decidedly operational planning tools which are easy to adopt;
 5. coordination of the municipal action programs (article 3 of Law no. 10, January 28, 1977) and of the municipal budgets, until a single, consolidated, coordinated budget can be drawn up for each ULS;
 6. running of health services (applying Law no. 833), school services, building policies (public building of homes, recovery of existing real estate, etc.), social and cultural goods, water, drainage, energy networks (after agreement with the Municipalities and with the Mountain communities);
 7. unitary handling of action referring to the agricultural areas and to the areas destined for industrial, craft or trade settlements, with the aim of integrating the production activities and assuring a proper diffusion on the territory, using also expropriation as defined by the existing laws (article 27 of Law no. 865 of October 22, 1971).
- Bearing these considerations in mind, the criteria to delimit the ULS can be summed up as follows:
- a) Demographical criteria: according to article 14 of Law no. 833, the ULS population will be between 50,000 and 200,000 inhabitants; the law also permits more restricted or larger delimita-

tions in cases of areas with very heavy or limited populations and also to allow them to coincide with a more suitable municipal territory. However, it is advisable not to stray too far away from the above figures, in any case avoiding application of the maximum figure in territorial areas which include several municipalities, in order to avoid over large territorial dimensions. Such dimensions would not allow for a well balanced distribution of the services and would make them more difficult to run. In the case of areas in which the population density is very low (hilly, mountainous and, generally, marginal areas) it is anyhow preferable, except in special cases, to remain within a size of 50,000 inhabitants — which is considered as a functional parameter not to be underestimated — bearing in mind the possibility of splitting up the Local Health Unit into Basic Health Districts for the supply of basic and first aid services.

b) Criteria of internal accessibility: the settlement and infrastructural systems must be borne in mind, in order to make sure that the accessibility times within each ULS be kept within certain acceptable limits. For this purpose the physical characteristics of the territory and the functional characteristics of the road network must be borne in mind: in fact very often limited improvements and changes to minor roads considerably cut down the internal accessibility times, contributing towards improving the independence and self-sufficiency of of the ULS and, therefore, the overcoming of territorial unbalances.

c) Criteria of town and territorial homogeneity and/or integration: as mentioned, the ULS's are basically management set-ups and, therefore, within their territorial delimitation, problems can be overcome which at times are only theoretical and academic ones and which have been raised in the past in delimiting the districts, the metropolitan areas, the problem areas, the plan areas, etc. For many years there have been discussions on the need to aggregate the main centres and Municipalities gravitating around them (in actual fact accepting the mechanism of urban polarization established by the process of industrial development) and on the advisability of areas above the municipal level and below the regional one (for planning and programming purposes) according to criteria of socioeconomic and territorial integration and homogeneity. It is felt that in the delimiting of the ULS the above problems can be brought back to an acceptable operational level, at last overcoming the ambiguities of a pseudo-scientific debate which is highly distorted. First of all it is advisable that the larger Municipalities with populations of over 50,000 inhabitants, delimited without including the smaller nearby Municipalities, except in very special cases where the urban tissue is integrated and closely linked. When the population of the larger Municipalities is between 50,000 and 200,000 inhabitants, they will coincide with the ULS; when the population is larger than 200,000 inhabitants, they can be split up into several ULS's, in line with the splitting up into districts, if necessary, re-examining the delimitations established by applying Law no. 278 of April 8, 1976.

Operating in this way it will be possible to cut down the phenomena of territorial and settlement hierarchization and at the same time stimulate the in-

dependence and self-sufficiency of the ULS's by means of a proper distribution of production settlements, social services and transportation services, within the frame of the ULS's themselves. In fact if there should be a systematic aggregation of the smaller Municipalities to the socioeconomically and demographically larger towns, unavoidably the present processes of polarization, congestion and hierarchization would be exalted; the social services and the production settlements would be concentrated in the larger centres (or in their immediate suburbs) and further emphasis would be placed on the radiocentric character of the mobility system typical of the recent territorial layout. By suggesting such criteria, an attempt is not being made to ignore or underestimate the problems which are certainly not slight, of the territorial and socioeconomic organization of the conurbation and of the metropolitan areas. These can and must, however, be properly set up and dealt with, at a level of territorial planning, with choices of plans and planned actions which are to be made by the Region, together with the Municipalities involved, without pretending — as was the case with the Intermunicipal plans in the past — that the smaller Municipalities have to put up with the initiatives and supremacy of the large one; at the time of delimiting the ULS, it will also be a good idea to bear in mind the various relations which still bind the smaller Municipalities, at times even considerably.

d) Criteria of full utilization of the available resources: in spite of the disorder of a spontaneous distorted and unbalanced development and in the numerous cases of failures, the availability of social services is very good and in many cases it is so high that it is under-used. In many Regions there are too many hospitals, too many schools, too many houses, with a waste and parasitism which can no longer be tolerated. In other Regions, although there is a general lack of services (specially in the South), there is an excessive concentration and, therefore, the resources are not well exploited. Particularly to rebalance the situation — by means of planning action at a national and regional level — these things must not be forgotten when delimiting the ULS's, considering not only the hospital and health headquarters, but also the other social services, from the point of view of their integration and/or possible reconversion to other uses.

As already mentioned, article 10 of Law no. 833 provides for the splitting up of the Local Health Unit into Basic Health Districts; the problem exists also for other social services: as the Local Health Unit, for territorial delimitation and political management purposes, coincides with the Local Service Unit, so the Basic Health District can represent the basis and point of coagulation for similar elementary setups which guarantee the diffusion on the territory of other social services required to guarantee the proper quality of life. The problem is very urgent for the marginal areas (mountains, hills, internal areas); for almost a century now they have suffered from a demographical exodus, from social and economic underdevelopment, physical degradation of the fixed public estate and of the territory, from the increasing under-utilization of human and natural resources. The recovery of these areas, which is considered a prio-

rity now also at an international level (ECE and the EEC) must be encouraged by the Regions, with a policy of planning-running the territory and diffusion of social services which must be far more incisive than the one adopted so far which has in actual fact privileged the towns.

It is interesting to note that already in 1974 some southern Regions already began to move in this direction and encouraged the establishing of sociosanitary plans (in which the ULS delimitation represented the basis for the planning, programming and management action of local independent bodies), whereas many Regions in the Centre and in the North, although they have supplied interesting contributions with analyses and proposals, have concentrated their attention on the hospital plans, in which of course the sectorial demands for health headquarters and the relevant user basins clearly prevail over the more general territorial planning and management ones. This was due, above all, to the excessive number on some Regions of hospital headquarters (both public and private) and to the resulting lack of interest in their redimensioning and reconversion. The problem is certainly a big one and its proper solution comes up against enormous economic and « corporative-type » interests. However, it must be dealt with and solved, if a real content is to be given to the slogans on the centrality of the South. To the contrary, all the resources will be absorbed by the running of the present hospital system, the unbalances between the South and the rest of the country will continue to increase and the health reform will end up in the already overcrowded list of laws which have never been enforced. A confirmation of this risk is supplied by the distribution between Regions of the national health fund (which amounts to 12,720 billion liras) which refers to the expenses sustained in 1977: the per capita average of funds given to the Regions of the Centre-North amounts to Liras 240,000 against a per capita average of Liras 195,000 for the South, with a difference of Liras 45,500 per inhabitant. This means about 100 billion liras of public funds have been taken away from the South; an amount equal to 50-60% of the investments in public works made annually by extraordinary intervention.

THE HOSPITAL: PLANNING CONTEXTUAL VARIANTS

Luciano Semerari

(...) During this first hour as a patient in the « Ospedale Maggiore », which used to be known as « Regina Elena di Savoia », I really feel awful, being so alone with my conscience, so afraid of dying like a stray dog, taking part myself, with a job and wrong ideas (the claim of building reformatory solutions with stones), in a pharaonic plan which has given nothing to many of my fellow-

citizens before me, which has given me (and fortunately many others like me) only work, but now, like «Eautontimorumenos», punisher of myself, I personally have to pay. What a lot of things you can think about in just a few minutes of solitude. I begin to think about the inefficiency of the Ceccotto Department at Udine where Miela Reina, the most beautiful and modern lady painter Trieste has produced, has been left to die of cerebral aneurysm, to avoid disturbing the sleep of the doctor on night duty, and in contrast the attractiveness of the new buildings which are already operating and the wealth and reliability of Zanuttini's hospital plans for Udine. I think about the disgrace of the billions of liras spent in a sprinkling of actions in a mass of hospitals begun but never completed, far too many beds, too much equipment and installations compared with the number of potential users and the availability of qualified medical and hospital staff (...).

At the age of almost forty five, in bed in a hospital which is over one hundred and fifty years old, without having finished my most important and useful professional job, I begin to wonder whether the long run this job will ever be finished, if indeed it will be useful, if in twenty years time the world will have changed so much that these myths — democracy, socialism, professional ability, technical training, the usefulness of architecture and art, the primacy of reason and understanding on the Manicheism of the «Italiots» — will have disappeared (...).

The patient is glad to be looked at. When I tell a workman from Monfalcone that I saw his operation (vessel surgery) on the closed circuit television, he is not so silly or vain as to feel more important. If it has been memorized, the operation will at least have been done properly. Leggeri doesn't know how to make the efforts he and his staff made known either in the hospital or outside. The film operator works in a tiny room. The anatomical drawing expert, who prepares the charts and diagrams, uses her universal drafting device in a «hole», without natural light, in front of the kitchen where the smell of soup comes out in whiffs. A screen to project direct or recorded films of «classical» operations in an ordinary classroom would only cost 20 million liras; crowded in a tiny room, in front of two televisions, the students learn under very uncomfortable conditions. Is it possible that in the whole of Trieste there is not one single private or public authority which is allowed to integrate the ridiculously low annual budgets of the universities: one and a half million and a bit of money from CNR (the National Research Institute) for equipment — the stingy life of the entire Italian university? Is it possible that in the entire Region the only proposal that has emerged is for a second Faculty of medicine and yet the first one has not even begun to work properly? (...)

I felt very cheerful when I got to the operating theatre, no fear at all, moved by the encouragement and good wishes of all the people in the ward, it was like a chorus (of course deep inside I was trembling a bit). A cheerful blonde orderly, who'd got five children, kissed me on both cheeks before the stretcher got to the corridor; nobody was indifferent; there was a mixture of human warmth and wisecracks. On the opera-

ting table the last wisecrack with Leggeri: we need affrescos on the ceilings of operating theatres in new hospitals, erotic-bucolic ones, with hetero and homosexual pictures (for a minute I can clearly see a Matisse, «Le Luxe», painted in 1907, a woman by the seaside, another woman crouching and looking at the other one's feet, perhaps for the mysterious sources of life). I shut my eyes. I woke up with the animal on top of me, it had my liver between its teeth and I felt just the same as all the others: I am really going to die this time, let me die, but don't let me suffer so much.

Patients nearly always only see ceilings in hospitals. That's why I thought of an affresco. The best hospital design for this is the Le Corbusier one for Venice. *There were no windows!* What use is a window if you are in bed? Looking from the ceiling at the sky, the dawn, the sun, the clouds reflected on the shed which shields us from the direct light. The only landscape for whom is lying on his own back. The discoveries of genius: hospitalization on a single level with lighting from above, therefore, extremely compact, the preservation of wards, with partial separations between the beds, the flattening on a single level of diagnostic-therapeutical services. A hospital on three floors with special sections between the floors for the installations. The rest of the design, the swastika-like layout of the patients' departments, the advance on the lagoon of the pilings and the monumental head (the church) in the water, the advance towards the land with «campi» and «campielli» were games copied from the design with which Dardi, Mattioni, Pastor and I had won the competition *ex-aequo*. These are the signs which are neither happy nor original of the work of collaborators. On the other hand when Bepi Mazzariol asked me to lead the project after the death of the great old man, there was very little left of the original principles which alone would have been able to make the volume of the hospital compatible with the skyline of the island, which makes it a prototype to be experimented (...).

A hard clash of opinions also about Cattinara: *it ruins the landscape, it will never be finished, will we at least have a shower for the staff and a lockerroom so that we don't have to go round the hospital in our underwear? But is it true that the mountain is likely to collapse? Will the roads ever be built?* The clichés that I have heard dozens of times at the meetings of the board. It is now the PCI (the Italian Communist Party) which is bringing up the «question of health». At the public conference held by the consultants of the Ministry of Health and of the Regional Department of Health preconstructed reactions, clichés. Every day the political parties have proof of the gap between themes and general problems and what the people are hoping for and yet this gap is never breached. The people working at the «Maggiore» (and at all levels the work is hard and poorly paid, at least compared with the other intellectual and material work I know of in trade, building, etc.) don't expect a miracle from Cattinara, but they do hope they will be able to work in a more dignified fashion (...). What can I say? Do I have to say we have finished the designs at the office, that there is just a bit of touching up as the work proceeds. That the money, as far as I

know, has arrived; that no party so far has had the courage to fight a battle against Cattinara to the end, but that this battle of discredit Cattinara has been fought, that no party has gone ahead with a policy for the faculty right to the end, that space still has to be obtained for all its specific teaching and research requirements. That fighting against the university barons to make them go to Udine or even further is like throwing away the baby with the bath water, that it was merely facile demagoguery when at regional and council level the many comments made by small owners in the Cattinara area were accepted, placing these few highly private interests before an interest which could hardly be more collective. These things too have affected the delays. Space has been given, also on the *Piccolo*, the Trieste newspaper, to complaints about secondary and pessimistic problems, black forecasts on times and billions of liras. And the experience has certainly so far not been exactly exhilarating.

Above all others, the local administrators and the political parties are and will be guilty, as in these years they have governed and taken decisions uncertainly, often struck by unexpected National Reforms or regional reorganizations, and with them we designers, technical executors and building companies are guilty. But on the subject of hospitals and town planning, responsibility lies, above all, on those who cynically have never given a constructive contribution, calling Cattinara a mirage, not encouraging the development of the faculty, foreseeing a crisis together with the end of the institutions and the death of professional ability. The development of the Faculty of medicine, along with the other Faculties of the University of Trieste, can be intimately linked with the prospect of scientific research foreseen by the Osimo agreement: it suffices to recall the links of medicine and surgery with bioengineering and nuclear physics and the interdependences with the areas of industrial and commercial research which are of such importance to the third world. In the industrial part of Padua one of the external centres of the CNR is already operating within this frame. There is a link between the emerging scientific area and a policy to be adopted by the Region on research and on university, the development and specialization of the Trieste Faculty of medicine and the new health structure at Cattinara which represents the most advanced technological presuppositions. Everything that has been foreseen for ten years now, at the same time as the building of Cattinara, has to some extent progressed, even if slowly: free general hospital assistance; the abolition of «per capita» quotas which created an inflation in the division of hundreds of beds; the Consorzio Sanitario (Regional health board) which ought to destroy the gigantic hegemony of hospitals by dealing with the problem of preventive and post-hospital medicine. An 800 bed hospital, instead of a 2000 bed one, created for highly interdisciplinary team work, with a high technological standard (a relation between spaces for equipment and services and spaces for patients which is ten times the present one at the «Maggiore») is not an out-of-date model. On the contrary, it is still a «frontier» proposal which requires lots of other political and cultural novelties.

Guido Canella

Aucun autre type édilitaire que l'hôpital a demeuré sujet, encore en époque moderne, de préjugés intrinsèques de nécessité fonctionnelle. Pourtant, pendant longtemps, dans l'installation des hôpitaux la plus différente humanité (souffrante et soignante, opérative et auxiliaire, bien-faisant et mendiant, laïque et religieuses) y concourut au point d'arriver, pour morphologie et dimension à la typique surimpression d'une ville dans la ville, semblable au port et au marché. Dépôt de charité mais aussi de recherche scientifique, de pratique opérative, de formation professionnelle, de règle de conduite, de richesses en donations et en legs, de reliques et d'archives historiques. Il est en outre occasion de spéculation architectonique de Brunelleschi à Filarete, à partir d'Antoine Petit jusqu'à Tony Garnier et Le Corbusier. Et, fait très important de cette spéculation, elle a influencé pas seulement l'évolution typologique de la fonction spécifique, mais surtout les modules de développement et les caractéristiques architectoniques de l'installation entière, du moment que, dans le cas de solutions décisives, celles-ci apparaissent exprimées à partir d'une idée et d'un dessein globaux de ville et, de toute façon, d'un programme général lié entièrement et profondément à une transformation radicale des rapports de production, ou, au moins, des rapports sociaux. Parallèlement et d'une façon complémentaire à l'incidence exercée par l'architecture religieuse sur le territoire (dans la riche articulation de la basilique au cimetière) et par le cantonnement militaire, à partir d'une certaine époque en avant, l'incidence de l'hôpital sur la ville semble être délégué à représenter l'imposition totalisante, collective, centralisée, coordonnée, réglementée par l'initiative laïque guidée, jusqu'à l'avènement de la manufacture industrielle.

Donc, on doit chercher sous la série de connotations surstructurelles (institutionnelles, culturelles, de comportement, symboliques, etc) liée à cette typologie la raison structurelle de cette coïncidence; on peut la trouver, en partie, dans les caractéristiques d'accumulation, condensation, redistribution différentielle, selon lesquelles l'hôpital correspond aux exigences de l'ordonnement protocapitaliste déjà au Moyen Age, en concurrence avec l'industrie religieuse et militaire, au point de vue financier (récupération de donations et legs et re-introduction dans un circuit de gestion très évolué), au point de vue de la conversion-réhabilitation de force travail (entre campagne et ville, entre les différents secteurs d'occupation, entre états sociaux différemment productifs, rétribués et besogneux de subsistance), au point de vue de la diffusion de la culture de masse sur la base de standards métropolitains (selon une conjonction qui ne distingue pas entre opérateurs sanitaires, personnel auxiliaire et malades). La création du régime d'assistance hospitalière, comme banque de valeurs économiques, sociales, technologiques et comme pôle dirigeant de nouvelles valeurs d'usage, acquiert pourtant un rôle aussi fonctionnel et en partie même antagoniste de l'économie des marchés, aussi que celui religieux et militaire mais bien plus moderne et préparatoire du régime industriel intégré.

Le thème de l'hôpital peut ainsi devenir l'occasion pour quelques considérations

HINTERLAND 9-10

mai-août 1979

FRANÇAIS sommaire

L'hôpital entre histoire intérieure et histoire extérieure Guido Canella	2	(ici 11)
Société et institutions hospitalières Régime et savoir: l'affaire française François Steudler	4	(ici 13)
<i>Fiches:</i> Lombardie: 12. En « Cà Granda » l'internement de l'infirmité 14. Du fonctionnalisme à la zonisation hospitalière (P. Bonaretti)		
Histoire d'une métaphore typologique Aux origines de l'hôpital contemporain: entre H. Ford et T. Garnier Sergio Brenna	16	
<i>Fiches:</i> 17. Croisée et cours pour la conversion civile de l'assistance 19. Lazarets et hôpitaux: une ville dans la ville 21. L'industrie illuministe assume la maladie 23. Ramification du savoir et installations anthropomorphes 25. Entre ville rationnelle et hôpital rationalisé 27. Concentrer pour isoler ou diffuser pour prévenir 29. Du cabrement technologique au vidage comme idéologie (S. Brenna)		
<i>Fiches:</i> 30. Sanatorium: dans la longue hospitalisation un modèle de vie collective 32. Dispensaires et préventoriums affrontent les pathologies industrielles 34. Ville-sanatorium: après le confinement l'extinction du type architectonique (C. Confalonieri)		
Vers la dimension territoriale Sauvegarde de la santé et gouvernement du territoire Marcello Vittorini	36	
<i>Fiches:</i> 39. Lombardie: pour une re-conversion du plan hospitalier 41. Lombardie: additif-recherche pour redresser les mega-hopitaux 43. Lombardie: comme intégrer les compétences institutionnelles 45. Lombardie: consolidation de services pour l'Oltrepò Pavese (E. Li Calzi; G. Perotta) 46. Midi: mobilisation locale contre le centralisme clientelaire (F. Cusani) 48. Midi: à travers les plans socio-sanitaires de l'hôpital aux USL 50. Calabre: recensement et re-placement du patrimoine hospitalier du bâtiment 52. Calabre: démocratie de gestion comme garantie du fonctionnement (L. Talamona) 54. Ombrie: hôpital écoles services sociaux dans une gestion unitaire (G. Barro)		
Italie: une Réforme suspendue entre texte de loi et pratique de masse Interviews sur problèmes de réalisation du Service sanitaire national par Sergio Brenna et Gian Paolo Semino 56. Laura Conti 60. Mario Munetti 62. Marina Rossanda 66. Renzo Thurner; Gianni Tognoni	56	
Législation sanitaire depuis l'Unité jusqu'aujourd'hui (M. Viviani)	57	
<i>Fiches:</i> 70. Hôpital: projeter les variables contextuelles 72. Trieste-Cattinara: dans les tours le directive de la santé 74. Venise-SS. Giovanni e Paolo: l'Hôpital dans le couvent se transforme en fondaco 76. Venise-SS. Giovanni e Paolo: abord au département d'urgence (L. Semerani)		
<i>Fiches:</i> 78. Hôpital: Homologuées les variables pour types « clés à la main » 80. Technologies légères pour hôpitaux mobiles type exportation (M. Chiara)		
<i>Fiches:</i> Chine: 82. Entre médecine traditionnelle et information instrumentale 84. Sur la médecine de base reparait la hiérarchie du savoir (E. Collotti Pischel)		
Livres: Pour une histoire de la santé en Italie (S. Brenna) Livres reçus	86	

concernant le secours de l'analyse historique dans l'interprétation des faits architectoniques et urbains et, inversement, le concours des conceptions typologiques et des dispositions d'ensemble à l'interprétation des événements historiques.

Sans doute les études sur l'architecture et sur la ville, au moins depuis quinze ans, montrent une impulsion décisive puisqu'on a admis la nécessité et réalisé le passage structurel vers une *histoire extérieure* plus globale, qu'on doit entendre comme raison, naturelle avant que morale, dans une considération nouvelle des impositions techniques, sociologiques, économiques. On doit aussi souligner, toutefois, dans la plupart des cas, l'absence du retour, pas formellement analogique, mais opérante dans la réalité, de l'excursion historique à l'action de projeter, de cette façon qu'elle demeure abandonnée à elle-même, détachée de tout enrichissement de connaissance potentiellement novateur. En effet, c'est juste de ce retour dialectique dans le corps des faits architectoniques et urbanistiques que le franchissement des limites de l'histoire trouve la garantie de légitimité scientifique, en cessant d'être tout simplement extériorité rhétorique, ou méta-phorique (comme se vérifie lorsque il demeure prisonnier dans la comparaison abstraite des idéologies), sophisme tautologique (quand il ne se détache pas de simples observations morphologiques) spéculation scientifique (quand il impose une hiérarchie de propriétés qui descend de la quantité à la qualité), pour se transformer activement dans une impulsion opérative et, en même temps, dans une vérification de ses produits et contenus. Dans ce retour on ne doit voir qu'un profit pour la culture de la projection, mais surtout un motif de validité prouvée à l'*histoire intérieure* des faits architectoniques développée (pour cela avec autorité) par des historiens-architectes.

De ce point de vue, apparaît pertinente l'observation de Alberto Tenenti sur *Architettura, urbanistica e storia* (Nuova rivista storica, a. LX, fasc. III-IV, mai-août 1976, p. 403): *En effet il est visible que l'ensemble de éléments mis à profit, et tirés des disciplines pas spécifiquement architectoniques-urbanistiques, représentent dans ces analyses quelque chose qui, tour à tour, peut être qualifiée comme encadrement, cadre, ou ensemble d'aspects analogues ou parallèles ou concomitants des phénomènes architectoniques-urbanistiques. Ceux-ci et même leur présentations formelle, demeurent en substance séparés des premiers, sans qu'apparaissent des rapports proprement dits entre eux et les autres ordres d'éléments évoqués. L'absence de ces rapports se révèle en deux manières principales. Premièrement à travers l'acceptation sans critique de certains résultats et de certaines interprétations empruntées de l'extérieur sans un effort sérieux de les vérifier de l'intérieur grâce aux acquisitions de l'enquête architectonique-urbanistique; deuxièmement en présupposant que ces dernières ne peuvent assumer un sens qu'à la lumière de ces résultats ou de ces perspectives.*

D'autre part Giovanni Berlinguer (dans l'introduction au recueil d'essais à propos de *Storia della sanità in Italia*, Edition « Il pensiero scientifico », Rome 1978, p. 11) part de la constatation qu'une *histoire sanitaire d'Italie n'a pas encore été écrite. Cette histoire n'existe pas et aussi en autres pays l'histoire de la médecine est vue plus comme une évolution des découvertes et des techniques, curatives et préventives, que comme un partie du procès historique global. Les historiens,*

d'autre part négligent très souvent l'influence de la Sanità (maladies, médecine, organisation sanitaire) sur les vicissitudes humaines.

Il s'agit d'une réflexion qui peut être interprétée comme exigence d'une *histoire extérieure* de la médecine qui devrait être développée dialectiquement par rapport à une *histoire intérieure*, sans limites de pertinence entre historiens et médecins et selon les acceptations les moins tendancieuses, qui sont sorties du débat entre les épistémologues (accru par le recueil d'essais sur *Critica e crescita della conoscenza*, 1970, curé par Imre Lakatos et Alan Musgrave et, pour l'édition italienne, par Giulio Giorello, Feltrinelli, Milan 1976) où la convergence et l'intégration des deux approches se révèlent tendues au développement total des connaissances, à travers la reprise des marges riches de signifié qu'on peut souvent découvrir hors des limites des différentes disciplines ou dans les replis et les discontinuités de leurs logiques formalisées.

Considérant comme déjà vérifié le franchissement contextuel des limites des recherches qui ont plus sérieusement occupé pendant ces derniers quinze ans les étudiants des faits architectoniques et urbains, il devient prioritaire en assurer le retour dans le champ de l'application, pour vérifier et inciter d'une façon libre de tous préjugés la situation actuelle de la projection.

En reprenant nos considérations, dans l'effort de conquérir ce « retour », à titre indicatif, nous observons que la géographie de la morbidité et l'hôpital, pris comme paradigme typique, contribuent à donner vie à une série de suppositions concernant le régime physique de l'installation. En Italie, par exemple, combien de maux endémiques comme le paludisme et la pellagre influèrent-ils dans la débilatation d'une exceptionnelle armature urbaine étendue sur tout le territoire et dans le rétablissement successif d'une concentration détournée sur les grandes villes?

D'autre part, on peut voir un signal d'une embryonnaire distribution par zones de la maladie, très loin dans le temps, bien avant la formation d'une typologie précise, quand, dans le passage de l'économie féodale aux premières formes de capitalisme, avec marchés et faubourgs eut lieu une nouvelle organisation fonctionnelle de l'agglomération. Cela déterminait, au moins dans le port en terre de la ville mercantile — en accord avec l'historien Henri Pirenne —, le premier confinement de la population improductive qui, à travers la charité, déplaçait la maladie du siège naturel du corps à la concentration territoriale (comme observe aussi Manlio Brusatin, à propos du lazaret, in *Spazio e potere assistenziale - Il muro della peste*, dans *Controspazio*, a. IX n. 1-2, janvier-avril 1979, et n. 3, mai-juin 1979), tandis que, sans doute, dans l'économie agricole et dans les civilisations où elle a continué à jouer un rôle déterminant persista la *famille curative*, avec des formes d'assistance culturellement décentralisées et qui existent encore aujourd'hui dans les différentes pratiques de la médecine empirique. Cela déterminait aussi que, dès sa polarisation, l'articulation de l'assistance (en léproseries, lazarets, hospices, Hôtel-Dieu etc.) imprima un décisif déséquilibre en faveur de la ville, soit en ce qui concernait la gravitation territoriale, soit pour la distribution de services et les occasions d'occupation. En effet, déjà au XIV siècle, à une distribution de la maladie par zones, correspondait la cons-

titution d'ordres religieux spécifiques pour l'assistance à maladies spécifiques, selon une dynamique imprimée par le Capitalisme depuis son apparition et qui transférerait des caractères articulés de la gestion à l'installation et viceversa.

L'introduction, au XV siècle, la typologie à *voite croisée* (à Brescia, Pavie, Milan) pourrait être la conséquence, par exemple, d'un choix pris sans autres préméditations que celle d'un développement du bâtiment selon le module plus usuel à la vie collective (qui de l'église passe au couvent et ensuite à la fabrique civile) sans pour cela y transférer des implications idéologiques d'ordre et de contrôle, mais en les héritant concrètement à travers la gestion et la pratique de l'espace.

La dynamique typologique, toutefois, ne se développa pas avec un rythme constant et à sens unique, mais elle présenta souvent des pauses, des discontinuités, des retours.

En France, par exemple, elle se manifesta au XVII siècle comme tentative de la Monarchie de succéder au Clergé, à travers une gestion centralisante qui instituait l'*Hôpital Général* dans chaque ville, pour soustraire l'industrie hospitalière aux municipalités bourgeoises (comme ici reprend François Steudler de Michel Foucault dans *Histoire de la folie à l'Age Classique*, 1961, Rizzoli, Milan 1963, p. 73); ensuite, pendant l'Illuminisme royal précédant la Révolution française, quand la Couronne essaya une alliance avec la bourgeoisie rurale pour contenir la bourgeoisie urbaine (selon un dessin réussi un siècle auparavant en Angleterre mais qui ici, ensuite, échut), à un programme d'industrialisation des campagnes correspondant un programme d'*hygiène à domicile* qui devait remplacer l'hôpital, dispositif d'égémonie de la ville sur la campagne, de promiscuité et, donc, de contagion. Mais pour la survivance des prérogatives du pouvoir urbain liées à l'hôpital, science et technique, désormais conquises par l'idéologie bourgeoise, étaient déjà à même d'articuler physiologiquement le type à *pavillons*, comme antidote à la pathologie de la concentration: en vain l'Illuminisme royal, en faisant appel aux classes rurales dans le dernier effort centraliste-périphérique de résistance à l'expansion de la classe moyenne urbaine, essaya de concentrer et de circonscrire les ramifiées relations territoriales et sociales de l'hôpital dans un dessin en éventail et conclu, abstrait de la campagne et de la ville, en association avec les autres épreuves des architectes du Roi, dits ensuite *révolutionnaires* (Boullée, Ledoux), qui sublimèrent dans l'allégorie de l'algorithme fonctionnaliste l'idéologie royale-populaire. Tandis que l'affirmation et la prolifération du mécanisme fonctionnel pendant la seconde moitié du XVIII siècle (que l'on pense au *panoptique* des frères Bentham, mis au point entre le 1787 et le 1791) sont attribuées (par Foucault, *Surveiller et punir*, 1975, Einaudi, Turin 1976) à l'exigence de contrôle postulée par l'articulation de nouveaux comportements instaurés surtout par la bourgeoisie urbaine, mais son exaltation en architecture semble présente et même préventivement exorcisée dans l'inspiration des architectes royaux français et anglais (de Blondel à Ledoux, de Vanbrugh à Soane, rêvés par Emil Kaufmann à partir des années '30), qui dans le emploi de l'implantation symétrique, avec un ou deux axes de symétrie, donnèrent corps architectonique à la volonté d'imprimer sur le

déterminisme fonctionnaliste la fermeté institutionnelle de l'état, en réitérant la typologie traditionnelle pour contenir les dispositifs et en adaptant les contaminations résultées à de nouvelles et différentes destinations. Leurs équivalents dans la typologie hospitalière se trouvent dans les modèles (qui, après l'incendie de l'Hôtel-Dieu parisien du 1772, refondent l'établissement en assumant le module d'un lit pour infirme), réalisés par des architectes et des médecins-architectes comme Antoine Petit, J.R. Tenon, Bernard Poyet, Charles François Viel en France et Thomas Dance, George Dance et John Howard en Angleterre. A l'homologation centralisée de l'exercice hospitalier fit face au XIX^e siècle la capacité de manœuvre de l'entreprise, d'abord, en discriminant l'incapacité des assistés selon une casuistique détaillée (indigents, vieillards, fous, infirmes, etc.); ensuite, après avoir isolé la pauvreté, en dé-hospitalisant la maladie et en la capitalisant à travers l'absentéisme investi dans la pratique professionnelle privée, à travers la législation hospitalière et les règles déontologiques, à travers la fondation de la clinique, où l'on instaura un nihilisme thérapeutique destiné plus à la spéculation scientifique qu'à la guérison de la maladie.

Si le type à pavillons précéda la découverte de l'immunologie, ce fut sans doute celle-ci qui imposa le diagramme fonctionnel où se conclut l'éclipse de de l'architecture hospitalière (aération, dilution, éclaircissements, etc.). Ce fut la révolution industrielle qui imposa, une autre fois, le confinement de la population improductive et la conséquente concentration remit en activité l'industrie hospitalière qui aussi s'articula dans les spécialisations sur lesquelles se fondait une nouvelle hiérarchie de compétences, d'ordres, de catégories, de pouvoirs, d'appropriations de malades. La maladie comme probabilité, comme casuistique, la prévention, la technicisation, la progressive transformation de l'hôpital (d'abord industrie d'hospitalisation, ensuite appareil de sélection), déterminant la typologie hospitalière moderne qui, examinée d'un point de vue historique, apparaît rationalisée sur un modèle perfectionné mais qui, en substance, répète le mécanisme de condensation (des cas aux appareils); celui-ci a remplacé l'ancienne articulation diffusée directement et très finement à contact avec la communauté installée; et cela soit qu'il s'agit du diagramme détendu à pavillons que de celui vertical rétréci dans le bloc.

L'homme moderne naît dans une clinique et meurt dans une clinique: par conséquent il doit aussi habiter dans une clinique! Voilà le axiome d'un architecte célèbre... (Robert Musil écrivait autour des années vingt, *L'uomo senza qualità*, vol. I, Einaudi, Turin 1957), mais il semble que les architectes du Mouvement Moderne se soient retirés en face du mécanisme hospitalier, en le laissant aux particularismes des ingénieurs sanitaires et en préférant des thèmes collatéraux: de la cité du refuge au sanatorium, du dispensaire antituberculeux à la colonie héliothérapique, à la ville de repos et des vacances. Peut-être pour imprimer une accélération fonctionnelle à des typologies moins conditionnées (puisque même la fabrique l'est moins), peut-être pour étendre et articuler la mesure d'une nouvelle conduite sur un terrain de plus longue fréquence et de plus longue permanence. Une exception serait représentée par

le projet de Le Corbusier pour l'Hôpital de Venise en 1964-1965 (jugé irréalisable parce qu'il ne pouvait être géré par les commissions d'« expert ») qui, en effet, se révèle promu par la teneur de rapports anciens et enracinés d'ordre morphologique et contextuel; prolongement d'un morceau de ville où, étroitement connexe aux flux vitaux de chaque jour, il prévoyait comme réalisable l'architecture de la santé.

SOCIÉTÉ ET INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES - RÉGIME ET SAVOIR: L'AFFAIRE FRANÇAISE

François Steudler

Pour saisir les caractéristiques essentielles des structures hospitalières françaises et comprendre les problèmes auxquels elles se trouvent actuellement confrontées, nous nous proposons de les analyser d'un triple point de vue. D'abord, dans la mesure où l'hôpital est fortement tributaire de son passé, il convient de le situer dans un champ historique, en mettant en évidence les facteurs de changement: rôle de la technique et de la médecine, modification des systèmes de financement, transformations politico-administratives, etc... En second lieu, l'hôpital est une organisation à buts multiples où coexistent des fonctions diverses et parfois contradictoires: soins, enseignements, recherche, fonction sociale, fonction économique, etc... Il convient donc de rechercher comment évoluent les diverses fonctions, lesquelles dominent à un moment donné et quels groupes tendent à les développer. Mettre en évidence les fonctions de l'hôpital, en particulier retrouver celles qui ont tendance à être un peu occultées par celle qui domine officiellement, à savoir les soins, nous paraît être le moyen de comprendre, dans toute leur richesse, les relations sociales dans et au sujet de l'hôpital. Enfin, l'institution hospitalière est un enjeu d'acteurs dont il convient de retracer les stratégies. Dans ses recherches socio-historiques sur un hôpital, Charles Perrow a montré comment celui-ci était, à long terme, contrôlé par les groupes accomplissant les tâches les plus spécifiques et les plus typiques de l'organisation. Il convient de même de rechercher comment les différents groupes contrôlent le changement et impulsent ou freinent celui-ci pour défendre leur pouvoir. Dans cette perspective, il s'agit de ne pas se limiter à la seule analyse des relations entre groupes à l'intérieur de l'établissement, mais d'élargir à l'ensemble des acteurs intéressés par l'évolution de l'hôpital, au niveau de ce que Alain Touraine appelle l'institution, niveau intermédiaire entre l'organisation d'une part et le pouvoir économique de l'autre (...).

Le système traditionnel (jusqu'en 1850)
Par système traditionnel, nous entendons un ensemble de caractéristiques structurelles de l'hôpital qui se maintiennent, malgré des changements non négligeables, jusqu'à la deuxième moitié du XIX^e siècle, et dont certains aspects sont observables encore aujourd'hui. L'hôpital a essentiellement une fonction de contrôle de la déviance. Lieu d'hébergement plus que de soins, il reste un établissement sous l'influence de l'Eglise et des municipalités et sur lequel le

pouvoir central essaie d'exercer un contrôle croissant.

Fonction sociale de l'hôpital

L'hôpital, au cours de cette période, est plus l'institution des pauvres et des vieillards que des malades. C'est un lieu de promiscuité sociale où s'entassent tous ceux que frappent la maladie et la misère.

Il est impossible, du reste de dissocier fonction de soins et fonction d'hébergement, et c'est cette dernière qui domine toute l'activité hospitalière, surtout lorsque le paupérisme s'étend. Aussi, le pouvoir royal a-t-il cherché, par le Grand Rénferment (création de l'Hôpital Général à Paris en 1656) à contrôler une masse menaçante de miséreux et à combattre le chômage. A travers l'assistance, et en particulier grâce à l'hospitalisation, s'est réalisée une sorte de soumission à l'ordre établi. Sans doute, les secours à domicile existaient-ils; oeuvres paroissiales de charité, mureux municipaux d'aumônes, secours à domicile organisés par le Roi. Mais l'hôpital restait le centre de la protection sociale, qui avait la charge de répartir de véritables secours (distribution de soupe et d'aliments, subsides en argent) et même d'organiser des soins à domicile. C'est cet aspect d'hébergement qui a été mis en question par les philosophes et les économistes au XVIII^e siècle; ainsi, selon Montesquieu, les hôpitaux attirent les pauvres parce qu'ils sont sûrs d'y trouver des secours; Turgot et le Comité de Mendicité critiquent ces biens inertes que sont les fondations hospitalières et considèrent que l'Etat devrait organiser des sortes d'équipes mobiles de soins à domicile. En outre, l'hôpital est un véritable créateur de maladies, par les infections qui s'y développent et les épidémies qui s'y propagent. La mortalité est très forte dans ce type d'établissement où les techniques médicales sont rudimentaires et où plus de la moitié des frais d'hospitalisation consiste en dépenses d'alimentation.

Une institution charitable aux mains de l'Eglise

L'Eglise exerce un large pouvoir de contrôle administratif sur les biens hospitaliers jusqu'à la Révolution. En outre, l'éthique religieuse suscite l'aide charitable qui rend possible le financement de l'établissement. Le fait d'aider le pauvre, image de Dieu, donne au chrétien une certaine conviction qu'il est un élu. Malgré les attaques de Luther dénonçant l'achat du salut au prix de donations pieuses et en dépit du développement d'une tendance à la laïcisation, la position de l'Eglise reste forte. Surtout, c'est elle qui fournit le personnel soignant, grâce à de véritables ordres religieux qui sont créés (Ordre du Saint-Esprit, Frères de la Charité, etc...). L'hôpital est un lieu empreint de religiosité, où l'on exige souvent du malade qu'il se confesse à l'entrée et où la permanence des offices religieux rappelle que l'Eglise vient au secours des âmes comme des corps.

Sous la Révolution française se concrétise l'idée que l'hôpital est un service public et que la société a une responsabilité collective vis-à-vis des pauvres et des malades. Sous la Constituante, les prêtres sont chassés des hôpitaux par de nombreuses municipalités; c'est en juillet 1790 la Constitution civile du Clergé, en novembre 1790 la suppression des ordres religieux. Mais l'action des révolutionnaires porte plus sur le contrôle administratif que sur le personnel, car de multiples atténuations viennent

corriger la brutalité des décisions: le décret du 18 août 1792 laisse par exemple aux sœurs hospitalières la possibilité de soigner en civil les malades. La période qui va de l'An V à 1848, qualifiée par Maurice Rochoix de réactionnaire, voit les religieux retrouver une part de leurs privilèges: les aumôniers et religieuses réintègrent l'hôpital et les établissements privés se multiplient en France.

Renforcement du contrôle de l'Etat et l'action du pouvoir local

On assiste à un renforcement de l'action de l'Etat, en même temps que tend à se développer le pouvoir municipal, après la Révolution. Une sorte de partage des pouvoirs se réalise: l'Etat essaie de centraliser et de coordonner le système hospitalier en maintenant un contrôle global, l'Eglise s'occupe surtout de la pratique des soins et du culte, les municipalités de la gestion au niveau de l'organisation locale. Trois phases peuvent être distinguées: dans la première, qui s'arrête en 1789, le pouvoir royal tente d'intervenir dans certains secteurs qui vont échapper au Clergé. La création de l'Hôpital Général, dont nous avons parlé, qui regroupe dans une administration unique des établissements existant déjà et qui a pour rôle de loger et accueillir les pauvres est, selon Michel Foucault, la main mise de l'ordre monarchique et bourgeois; structure semi-juridique et non médicale devant s'étendre à toute la France depuis l'édit du 16 juin 1676 précrivant l'établissement d'un hôpital général dans chaque ville du royaume, *souveraineté quasi absolue, juridiction sans appel, droit d'exécution contre lequel rien ne peut prévaloir*, l'Hôpital Général, écrit-il, est un étrange pouvoir que le roi établit entre la police et la justice, aux limites de la loi: le tiers-ordre de la répression. Pendant la phase suivante, à l'époque de la Révolution, sous l'influence du duc de La Rochefoucauld-Liancourt, une politique centralisatrice s'attaque aux bases religieuses et aux avantages traditionnels de la bourgeoisie locale. Les hôpitaux doivent être gérés par un Comité de surveillance; l'organisation est cantonale et non plus municipale. Mais les contradictions du mouvement révolutionnaire, mouvement essentiellement bourgeois se appuyant sur les classes populaire pour renverser les privilèges de la noblesse, éclatent: des résistances locales apparaissent et surtout, les difficultés financières sapent à la base les projets révolutionnaires: à la suite de la nationalisation des biens hospitaliers, le patrimoine hospitalier est acheté avec des assignats dépréciés; amputés de plus des trois quarts de leur immeubles et de leurs propriétés foncières, délestés d'une partie importante de leurs revenus, dépendant de plus en plus de l'aide de l'Etat et des communes à un moment où l'effort de guerre passe avant les secours publics, privés de l'aide des congrégations, les hôpitaux sont parfois contraints de rejeter les malades hors des établissements. A partir de la Convention thermidorienne et du Directoire, la tendance s'inverse, dans une troisième phase: on constate une oscillation entre le pouvoir central et le pouvoir local; les institutions privées renaissent et la charité passe au premier plan. La loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) est une victoire pour les communes, car les administrations municipales désignent une commission de cinq citoyens du canton pour exercer la surveillance sur les établissements hospitaliers. La période na-

poléonienne, en revanche, renforce la tutelle et le contrôle financier; le sous-préfet remplit les fonctions exercées par les administrations municipales; les grandes règles de la compatibilité (notion de budget, de compte administratif) sont mises en place. Au contraire, sous la Restauration, on voit réapparaître les élites traditionnelles: châtelein, curé, notaire... dans les conseils de charité. Au milieu du XIX^e Siècle existe une très grande anarchie dans le système hospitalier et la répartition est très inégale; l'hôpital n'est plus ouvert à tous les malades et dans certaines communes, en raison du droit de fondation, les fondateurs réservent des lits pour les habitants de telle commune ou pour telle catégorie de malades. Les citadins tendent à être privilégiés par rapport aux ruraux, ainsi que les militaires.

La profession médicale s'intéresse peu à l'hôpital

Lieu d'hébergement avant tout, l'hôpital est d'un intérêt limité pour le médecin, d'autant plus que celui-ci reste relativement impuissant devant des maladies et des foyers d'épidémies qui le menacent lui-même. Le nombre des médecins attachés en permanence à l'hôpital est très faible: il augmente sensiblement au XVIII^e Siècle. Les rémunérations étant dérisoires, médecins et chirurgiens tiennent avant tout à leur clientèle privée (...). L'activité du médecin reste, à l'hôpital comme à l'extérieur, assez archaïque et celui-ci n'a pas encore réellement conscience de la richesse qu'offre l'hôpital sur le plan de l'expérimentation clinique, ce que déplore Vicq d'Azyr: *Les maladies et la mort offrent de grandes leçons dans les hôpitaux. En profite-t-on? Ecrit-on l'histoire des maux qui y frappent tant de victimes? Y enseigne-t-on l'art d'observer et de traiter les maladies? Y a-t-on établi des chaires de médecine clinique?* Cependant, la réorganisation de l'enseignement médical remet en question la déshospitalisation de la maladie et privilégie l'hôpital comme lieu de l'observation clinique où se forge une authentique pédagogie. Divers projets, réagissant contre le charlatanisme et la qualité insuffisante des officiers de santé visent à reconstituer le corps médical et, grâce à des écoles de médecine, à rééquilibrer la formation médicale par la clinique et l'enseignement théorique. Le pauvre qu'on avait rejeté à l'hôpital va offrir sa souffrance en spectacle et devenir objet d'observation, pour le plus grand avantage du riche qui sera dédommagé pour la capitalisation hospitalière consentie par lui et pour le bienfait de la science médicale en plein essor: *L'hôpital devient rentable pour l'initiative privée*, écrit Michel Foucault, *à partir du moment où la souffrance qui vient y chercher apaisement est retournée en spectacle. Aider finit par payer, grâce aux vertus du regard clinique.*

Le système professionnel-libéral (1850-1940)

A partir de la deuxième moitié du XIX^e Siècle et jusqu'à la fin de la première moitié du XX^e siècle environ, l'hôpital est caractérisé par ce que nous appelons un *système professionnel-libéral*: le médecin hospitalier, au sein d'une administration qui se bureaucratise, conserve une structure libérale; le corps médical reste relativement autonome et son comportement dans l'institution est proche de celui de la pratique privée. Cette période est marquée par un essor des techniques et des sciences médicales et par un développement des systèmes de

protection sociale qui modifient les caractéristiques de l'hôpital. Elle s'achève au moment où s'opère un nouveau tournant, avec la seconde guerre mondiale, c'est la Loi de 1941, qui ouvre l'hôpital à toutes les catégories, puis la création de la Sécurité Sociale en 1945, l'entrée de l'hôpital dans la planification et l'importance économique croissante que vont prendre les problèmes de santé.

Evolution des sciences et des techniques médicales

L'hôpital reste encore le refuge des pauvres, mais les techniques médicales s'y introduisent rapidement. Bien qu'il reste un secteur marginal par rapport aux autres secteurs de l'activité économique, il bénéficie des retombées du progrès technique et son évolution est largement liée aux transformations du capitalisme industriel. L'hôpital devient prioritairement un lieu de soins. L'activité de soins s'accroît, exige un personnel nouveau, plus qualifié, et devient prépondérante par rapport à la fonction d'hébergement: en 1853, les frais de nourriture représentaient 43% des dépenses hospitalières, ils n'en représentent plus que 24,8% en 1938; les dépenses de personnel passent entre ces deux dates de 14,3% à 48,1%. La médecine clinique, dont le principe est l'observation la plus rigoureuse possible «auprès du lit du malade» de façon à percevoir et à se représenter les lésions est à l'origine de l'intérêt suscité par la médecine hospitalière, qui offre un champ exceptionnel à l'investigation (...).

Le développement des systèmes de protection sociale

Il appartenait à la longue série des lois sociales du XIX^e siècle, écrit R. F. Bridgman, de rendre possibles les législations hospitalières contemporaines qui marquent sur bien des points la reprise des idées des Encyclopédistes et des Révolutionnaires du XVIII^e Siècle. La mise en place de systèmes de protection sociale a permis le développement des structures de soins et réciproquement l'essor de la médecine a rendu nécessaire l'existence du système de financement. Sans doute, l'efficacité des soins reste-t-elle limitée au cours de cette période, et c'est plus le problème financier d'un revenu de remplacement ou d'une indemnité à obtenir lorsque l'on tombe malade qui prédomine que celui du traitement médical ou de l'intervention chirurgicale proprement dite. Il faut aussi noter que la plupart des lois concernent l'hygiène, la prévention, la médecine des villes; mais le secteur hospitalier est, par contre-coup, fortement concerné. Surtout, la santé, au cours de cette phase, est devenue pour les travailleurs un enjeu fondamental, en raison de l'aggravation des conditions de travail et de la dégradation des conditions de logement dans des quartiers souvent insalubres. L'ouvrier est réduit à la misère totale lorsqu'il tombe malade. Les moyens traditionnels s'avèrent inadéquats à garantir sa sécurité et sa santé, dans la mesure où les liens unissant autrefois le travailleur à l'employeur se sont amincis. Il lui faut un système lui permettant de ne plus compter, pour se protéger, sur le futur, sur l'assistance ou sur une épargne privée sans cesse menacée par les crises et les bouleversements monétaires. Le capitalisme, comme on le voit avec la loi sur l'assurance maladie promulguée en 1883 en Allemagne ou avec le projet Beveridge, désire s'assurer un équilibre grâce à la protection des plus défavorisés et réguler la consommation par le

biais des systèmes de prise en charge de la maladie. Des sociétés mutualistes se constituent en France et une série de lois qui sont souvent le résultat des luttes viennent protéger les travailleurs: Assistance médicale gratuite (1893), Loi sur les accidents du travail (1894) et surtout, Loi sur les assurances sociales (1928-130).

Le médecin à l'hôpital: un notable très indépendant

Le médecin hospitalier se définit avant tout comme membre d'une profession libérale. Il n'est souvent qu'une sorte de visiteur à l'hôpital. En général, il y travaille deux heures par jour puis consacre le rest de son temps à sa clientèle privée dont il tire l'essentiel de ses revenus, puisqu'il ne reçoit qu'une indemnité de déplacement de l'hôpital (...). Le corps médical a une large autonomie professionnelle et un pouvoir enviable. *Face à l'administration*, écrit Haroun Jamous, *il est dès le départ en position de force, et le cadre juridique qui réglemente les rapports entre praticiens d'une part, administration hospitalière ou ministère de tutelle d'autre part, ne fait qu'exprimer — parfois par son imprécision et sa complexité mêmes — ce rapport de forces dans lequel les médecins ont un pouvoir discrétionnaire important.* Ce type de pouvoir discrétionnaire, est, selon H. Jamous, la résultante de pouvoir technico-charismatique, fondé sur la compétence et le savoir que seuls les médecins possèdent et qui n'entraîne aucune réglementation de leur art, sinon par eux-mêmes, un pouvoir d'auto-réglementation, découlant de leur appartenance à une profession libérale possédant son propre code de valeurs, un pouvoir politique fondé sur leur origine bourgeoise et sur leurs réseaux de relations sociales leur permettant, en tant que notables, d'infléchir les décisions locales.

Tendance à la prépondérance de l'hôpital sur la Faculté

En raison, en particulier, de l'importance de la médecine clinique, l'hôpital, surtout à partir de la fin du XIX^e Siècle, tend à l'emporter sur la Faculté: il devient un centre d'enseignement médical et la voie royale de l'accès aux plus hautes fonctions dans le domaine de la médecine. Sans doute, la Faculté, dont la hiérarchie reste très forte continue-t-elle à délivrer les titres universitaires. Mais l'hôpital tend à la concurrence sur ce qui fait sa spécificité: l'enseignement, car il devient un lieu privilégié de formation. Les cours de la Faculté sont délaissés au profit des activités et des stages hospitaliers ou de la préparation des concours: externat et internat. Ceux-ci attirent, non pas seulement par la sélection qu'ils opèrent mais par leur adéquation réelle aux besoins médicaux. Cependant l'Université maintient un certain contrôle en faisant de l'hôpital sa pépinière: elle ne nie pas le cursus hospitalier, elle en fait le piédestal pour accéder aux titres universitaires. Toutefois, cette congruence des activités, hospitalières et des orientations universitaires autour de la clinique va devenir le germe d'une grave dysfonctionnalité. Les concours hospitaliers devenant la voie obligée pour la carrière hospitalière ou universitaire, vont être exclus ceux qui ont choisi la voie universitaire pure, c'est-à-dire essentiellement les chercheurs. Tous ceux qui se lancent dans les disciplines nouvelles, la biologie, la biochimie, la biophysique, sont contraints de suivre des voies parallèles (Faculté des Sciences,

Institut Pasteur, etc) et se trouvent, de fait, exclus des structures hospitalo-universitaires.

Une oscillation entre pouvoir central et pouvoir communal

D'une part, le contrôle de l'Etat tend à s'accroître dans certains secteurs où les besoins sociaux sont très forts, d'autre part, on observe un laisser-faire. La position de l'Etat devient d'autant plus forte que le champ d'activité des hôpitaux débordait le cadre communal et les lois d'assistance, notamment après le décret de 1935, mirent à sa charge une fraction importante des dépenses hospitalières. La création et la suppression des établissements est réglementée; la tutelle, par l'intermédiaire des préfets et des sous-préfets, s'accroît; en 1920 est créé un Ministère spécial de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance. Cependant, les communes prennent un poids nouveau, surtout depuis la loi de 1884 décidant l'élection des maires, lesquels sont présidents des Commissions administratives de l'Hôpital où le Conseil municipal a deux représentants élus depuis 1872. Les subventions communales s'accroissent au cours du XIX^e et du XX^e Siècles: elles représentent 15% des recettes en 1853, 18% en 1898, 27% en 1938. *Participant financièrement à la marche des établissements, invoquant la notion traditionnelle d'assistance, « charge communale », les communes furent amenées à réclamer la haute main sur la gestion des hôpitaux.* On laisse ainsi souvent à la Commune ou à la charité confessionnelle les questions de santé publique. Malgré l'anticléricalisme de la III^e République, les oeuvres privées d'assistance se multiplient, au point qu'elles prolifèrent sans cohérence ni plan d'ensemble, échappant à la tutelle de l'Etat.

La situation actuelle: un système technique

Devenu de nos jours un système technique, et étant de ce fait de plus en plus l'objet d'une logique rationalisatrice, l'hôpital est une bureaucratie professionnelle tendant progressivement vers un leadership partagé.

Modifications de la pratique

La pratique médicale se modifie. L'identification de la maladie vient maintenant d'un chiffre de laboratoire, d'un cliché radiologique, d'un résultat de ponction-biopsie. La maladie, dans de nombreux cas, tend à s'exprimer en termes de probabilité et l'évolution même de certains cas se modifie du fait qu'on utilise certains traitements avant que le diagnostic soit réalisé. Le travail devient un travail d'équipe, en ce sens que les décisions sont souvent collégiales et que, pour chaque malade, une multiplicité d'actes et d'interventions s'interconnectent, sans que cela implique pour autant de meilleures relations humaines. D'ou des besoins accrus en personnel qualifié, qui traduisent ce processus de division croissante du travail. Les dépenses en personnel représentent ainsi plus de 60% des charges de la section d'exploitation de l'hôpital. L'hôpital se découpe en spécialisations: la classification se fait par technique d'intervention (médecine, chirurgie, qui elle-même se scinde en chirurgie du dur et chirurgie du mou et se diversifie en bien d'autres branches), par organe (cardiologie, pneumologie, neurologie, gastro-entérologie), par type de pathologie (maladies infectieuses, maladies du sang...) par âge des patients (pédiatrie, gériatrie). Dans les grands hôpitaux, chacun tend à se spécialiser dans une pathologie, dans un organe, dans une technique spécifique: fibroscopie en gas-

tro-entérologie, ponction-biopsie rénale en néphrologie etc. Sans doute, la distance est grande entre l'hôpital à vocation rurale et le Centre hospitalo-universitaire, à rayonnement régional, parfois national et international; elle est aussi très forte entre le service de médecine générale qui n'est qu'un service de désencombrement destiné à héberger les vieillards et le service de médecine radio-isotopique. Mais partout est contestée la fonction sociale de l'hôpital, au profit de sa dimension technologique. L'invasion du système technique est telle que, sous la pression de l'opinion, comme des médecins, on n'accepte plus les survivances du système traditionnel, au risque de tomber ainsi dans une médecine hypertéchnicisée et technocratique. La médecine hospitalo-universitaire tend à devenir ainsi le vecteur et le modèle de tout le système hospitalier. *Une nouvelle dynamique hospitalière: la Réforme hospitalo-universitaire de 1958.*

Nous avons vu que le système professionnel libéral le médecin hospitalier était peu intégré dans l'institutions et que les sciences fondamentales et la recherche n'y avaient pas droit de cité. L'Ordonnance du 30 décembre 1958 (dite Réforme Debré, du nom de son auteur), qui crée les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) a eu pour objectif précisément de remédier à cette situation en adoptant le principe du plein temps, en intégrant les fondamentalistes et la recherche et en associant les activités de soins et d'enseignement par la bi-appartenance du personnel médical hospitalo-universitaire (ainsi on est maintenant chef de clinique-assistant des hôpitaux; maître de conférences agrégé-médecin, chirurgien, spécialiste ou biologiste des hôpitaux). Cette réforme, qui a été longtemps une réforme « sur le papier » et n'a vraiment été réalisée qu'après mai 1968 et la Loi d'orientation de l'enseignement supérieur du 12 novembre 1968, a été perçue par certains cliniciens comme un épouvantail: d'une part parce qu'elle sonnait le glas de la médecine libérale, avec le plein temps, et qu'elle introduisait la filière des sciences fondamentales, avec la même bi-appartenance que pour les cliniciens, ce qui risquait de déséquilibrer le rapport de pouvoir à l'hôpital. H. Jamous a analysé la genèse de cette réforme en montrant qu'elle n'avait pu aboutir que parce que s'étaient rencontrés, pour le changement, une pression émanant de catégories nouvelles qui canalisaient les revendications (fondamentalistes, jeune médecins n'ayant pas suivi le cursus traditionnel qui militaient dans les partis politiques et se regroupaient dans des courants contestataires et réformistes, etc...) et une volonté convergente de la part des gouvernements. Cette réforme, qui ne créait pas les CHU de rien, puisque ceux-ci résultent d'une association contractuelle mais obligatoire entre les Facultés ou Ecoles de médecine d'un côté et les Centres hospitaliers des villes sièges de ces Facultés ou Ecoles, de l'autre, chacun conservant sa personnalité juridique et ses organes d'administratifs respectifs, a injecté un sang nouveau à l'hôpital français. La liason des soins et de l'enseignement et l'introduction de la recherche ont favorisé l'éclosion d'une véritable « technostucture » médicale. Un nouveau modèle médical se met en place, fondé sur l'hyperspécialisation, le plein temps, la pluridisciplinarité, et où s'accroît la distance entre un *mandarinat médical collectif* et les catégories exécu-

tantes (infirmières, aides-soignantes...), dont les conditions de travail se dégradent et deviennent incompatible avec cette médecine scientifico-technique (manque de matériel, pénurie de personnel, absence de liaison entre les services centraux et les services de soins, etc.).

Une logique rationalisatrice

En même temps que l'hôpital entre dans le système technique, et en grand partie pour cette raison, il devient un enjeu économique et social (...). En parlant d'une *logique rationalisatrice*, au sujet de l'hôpital, nous entendons une attitude visant à planifier, programmer, contrôler pour augmenter l'efficacité d'un système qui tend à suivre sa propre logique (...). L'hôpital, élément central du système français, représente un important débouché pour divers types d'entreprises (électronique, laboratoires pharmaceutiques...); il est un important employeur; il nécessite des investissements considérables (...). A cette dimension économique, il faut ajouter l'aspect social de l'hôpital, dans la mesure où se développe un véritable droit à la santé et où la place de la Sécurité Sociale devient prépondérante. On peut retrouver diverses tendances de rationalisation dans deux exemples: la planification hospitalière et la Loi hospitalière du 31 décembre 1970.

Etat et la planification hospitalière

Au laisser-faire du système professionnel a succédé une politique planificatrice visant à affaiblir l'ampleur des contradictions et à réaliser une coordination. Si au lendemain de la deuxième guerre mondiale, l'effort de la planification porte plus sur les secteurs productifs sinistrés, avec les III^e, IV^e et V^e Plans s'affirme la volonté d'atténuer les disparités régionales et de contrôler les créations d'hôpitaux. L'amélioration du niveau de santé apparaît comme un véritable investissement. Les VI^e et VII^e Plans manifestent le désir de rationaliser le système en lui donnant une efficacité maximale. La rationalisation des choix budgétaires fait alors son apparition dans l'administration sanitaire. En réalité, le plan, voie moyenne entre l'orientation autoritaire et l'initiative individuelle, tend à devenir un réducteur d'incertitudes plus qu'un ensemble cohérent d'objectifs et, dans une économie secouée par la concurrence internationale et ébranlée par l'inflation, les impératifs immédiats de production tendent à supplanter les décisions à long terme, notamment en matière d'équipements collectifs.

La Loi hospitalière du 31 décembre 1970

La Loi hospitalière a eu notamment pour objet de créer un service public hospitalier auquel participent les établissements privés qui répondent à certaines conditions et qui concluent des contrats de concession avec l'Etat pour l'exécution du service hospitalier. Une carte sanitaire doit permettre la création et le développement des établissements en fonction des besoins. En fait, cette volonté de coordination se heurte à des déséquilibres entre le public et le privé: le secteur privé tend à développer son activité dans les disciplines « rentables », alors que l'hôpital public, qui doit faire face aux urgences et ne peut sélectionner le type de morbidité, a surtout les cas peu lucratifs ou qui exigent un appareil coûteux. Par ailleurs, les fonctions de formation, d'enseignement et de recherche, si elles sont un atout important parce qu'elles assurent une domination technique et un certain monopole, se répercutent en revanche sur le prix de

journée, qui atteint des niveaux très élevés.

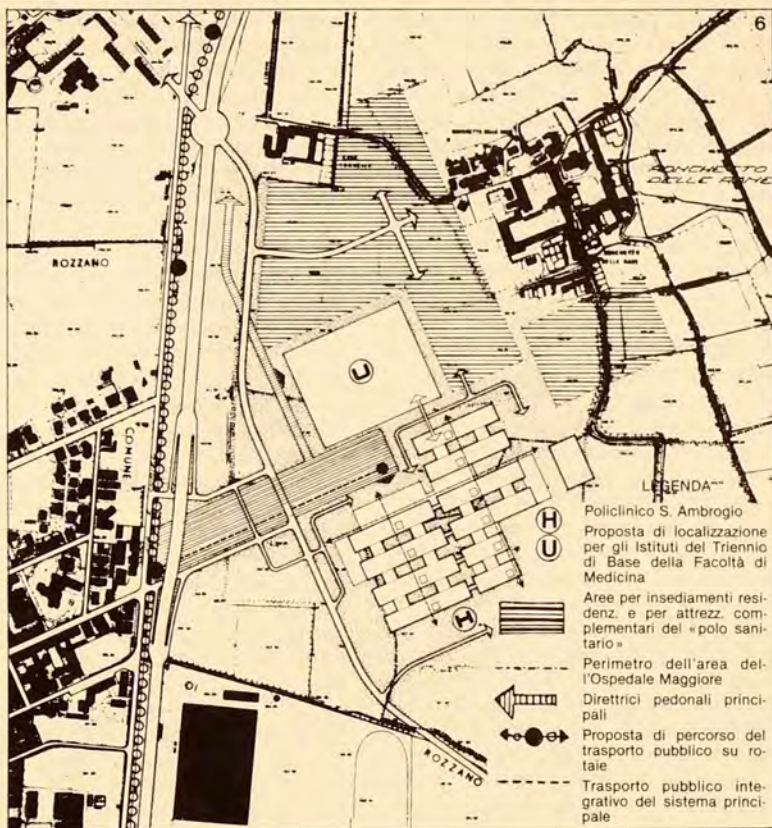
Une bureaucratie professionnelle

L'hôpital est l'enjeu d'une multiplicité d'acteurs: pouvoirs publics, élus locaux, corps médical, personnel soignant et personnel technique, financeurs, fournisseurs, que l'on retrouve dans les diverses commissions. Au niveau des organes de décision, les élus locaux, la Sécurité Sociale et les médecins et le personnel sont à peu près également représentés au *Conseil d'administration*. Celui-ci est présidé par le maire et ses décisions sont exécutées lorsqu'elles ont reçu l'approbation de l'autorité de tutelle, c'est-à-dire le préfet. Le Directeur de l'établissement, qui assiste à ce conseil avec voix consultative, est chargé de l'exécution des délibérations de celui-ci et a un certain nombre de pouvoir (hiérarchique, nomination du personnel médical, etc...) qui se sont accrus depuis la Réforme hospitalière. Suivant la taille de l'établissement, il est assisté, d'une équipe de direction plus ou moins étoffée (directeur général adjoint, directeur adjoint, attachés de direction, assistants de direction). Au niveau des organes de concertation, on trouve des organismes qui n'ont, de fait, qu'une voix consultative: la *Commission médicale consultative*, le *Comité technique* et les commissions paritaires, les *Comités d'hygiène et de sécurité*. Le corps médical, qui a des représentants au Conseil d'Administration (le Président de la Commission médicale consultative est de droit membre du Conseil d'Administration), se trouve en fait surtout représenté au niveau de la Commission médicale consultative qui donne son avis sur toutes les questions présentant un aspect médical et qui, depuis la Loi du 31 décembre 1970, doit émettre un avis obligatoire sur le *budget* et les comptes. On pourrait être tenté, en voyant les fonctions de ces commissions, de croire que l'hôpital est organisé selon un schéma pyramidal. Mais on ne peut mettre au sommet le Directeur et le Conseil d'Administration, et à la base les producteurs de soins. En fait, il y a un décalage entre l'organigramme et la réalité: les professionnels détiennent un énorme pouvoir, qu'ils exercent à travers l'hôpital et à tous les niveaux. On peut évoquer à ce sujet le *double système d'autorité* de Harvey Smith où s'opposent d'un côté l'administration qui met l'accent sur les problèmes financiers, les règles juridiques, et de l'autre le corps médical qui privilégie le service, l'urgence, la compétence technique. Ce qui caractérise en effet l'hôpital par rapport à d'autres organisations industrielles, c'est que le groupe le plus proche du travail productif (avec le personnel soignant) a, en fait, une autorité charismatique si forte qu'elle lui permet même de « court-circuiter » la direction, dont le pouvoir est faible devant des médecins de renom international qui peuvent agir directement au niveau ministériel pour obtenir les crédits et les matériels. En raison de cette situation, qui tend à se produire plus souvent dans les hôpitaux de Paris où le directeur local a de fait moins de pouvoir qu'en Province, c'est d'une véritable prédominance professionnelle qu'il s'agit. On oppose généralement les professionnels à la bureaucratie, comme s'il y avait une sorte de neutralité de l'expert, mais celui-ci secrète, comme le dit très justement E. Freidson, sa propre rigidité. Dans le cas des CHU, la bi-appartenance, outre la double rémunération qui

en a résulté, a donné au corps médical une autorité encore plus grande. Les titres universitaires qui semblent plus valorisés aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois, alors que jadis les médecins hospitaliers s'identifiaient davantage à leur corps professionnel hospitalier qu'aux institutions étatiques de l'Université, renforcent l'autorité des hospitaliers. Une sorte d'unité médicale hospitalière se réalise autour du Doyen ou Directeur d'UER (Unité d'Etudes et Recherche). Le fait de relever aussi du ministère des Universités donne une indépendance plus grande au corps médical vis-à-vis du Ministère de la Santé et des organismes de Sécurité Sociale qui, financièrement, font de fait fonctionner l'hôpital.

Vers un « leadership » partagé

En fait, l'importance économique de l'hôpital conduit à un renforcement de la bureaucratie administrative et à la mise en place d'une gestion de plus en plus sophistiquée. Face à ce changement, l'attitude du corps médical n'est pas totalement homogène, et l'on assiste à des rapprochements entre certaines catégories d'administrateurs et de médecins (...). En réalité, deux autres acteurs tendent à jouer un rôle de plus en plus décisif: l'appareil d'Etat et la Sécurité Sociale. Cette dernière, prise sous le feu à la fois des exigences patronales qui ont tendance à l'emporter depuis la réforme de 1967 sur les revendications syndicales et de l'administration étatique qui influence fortement son organisation et ses décisions, est amenée à exercer un contrôle croissant sur l'hôpital, dont elle assure la presque totalité du financement du *budget* de fonctionnement, et où elle est souvent insuffisamment représentée. Deux modèles d'évolution peuvent être proposés: dans le premier, qu'on pourrait appeler *médical-administratif*, médecins et administrateurs hospitaliers (locaux et régionaux) s'associent, face à l'Etat et à la Sécurité Sociale. Il peut y avoir domination médicale, mais c'est vraisemblablement un partage des pouvoirs, avec en plus personnels soignants et l'entretien, qui l'emporte. Dans le second, le modèle professionnel des médecins reste si fort qu'ils s'appuient sur l'Université contre l'Administration hospitalière et l'appareil d'Etat central. Sans doute, ce modèle, qui traduit une double logique, *scientifico-professionnelle* des médecins et *techno-bureaucratique* (administration), se retrouverait plus facilement dans les CHU. Mais depuis la Réforme hospitalière du 31 décembre 1970, l'ensemble du service public hospitalier concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire, aux actions de médecine préventive, à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire. Les hospitalo-universitaires jouent en outre un rôle dynamique dans tout le système, et notamment sur la profession. Par ailleurs, les problèmes de formation des médecins vont entraîner dans les années à venir, en raison des transformations scientifiques et techniques, des réorganisations de la pratique conduisant à l'association de plus en plus étroite des professionnels avec le lieu où originellement ils ont été formés, c'est-à-dire l'Université. Que l'on s'oriente vers l'un de ces modèles ou que certains éléments de l'un coexistent avec certains éléments de l'autre, c'est vers une transformation des rapports entre acteurs sociaux que l'on se dirige, transformation explicable en partie par l'importance croissante que prennent les problèmes de santé dans l'économie nationale.



Sud (Policlinico S. Ambrogio), Milano, 1976: 1. ubicazione in località Ronchetto delle rane; 2. schema di aggregazione del corpo modulare; 3. schema di sezione trasversale; 4. pianta di un piano tipo; 5. schema assonometrico dei percorsi principali all'interno di due unità modulari contigue;

6. comparto urbanistico di intervento: proposta di sistemazione generale.

stica, astrattamente perequativa, ma come strumento orientativo e differenziato. Evidente, infatti, che una concezione troppo rigida degli *standard*, intesi come quantità, indeformabili per tutti i possibili contesti sociali e territoriali, comporterebbe inevitabilmente uno scarto tra dotazioni dell'organismo ospedaliero e esigenze concrete dei contesti serviti; queste ultime, quindi, devono costituire uno dei parametri di differenziazione nella definizione degli *standard*, che siano in grado di renderli concretamente gestibili nel quadro di una verifica progettuale globale e aderente alle esigenze delle singole realtà. Può essere utile, a questo scopo, fornire degli esempi concreti, tratti dal panorama delle realizzazioni attuate o in corso di progettazione nella Regione Lombardia, che illustrino differenti esiti connessi alla capacità di attuare o meno un controllo progettuale differenziato, in relazione a differenti contesti.

Un primo esempio significativo è quello dell'Ospedale S. Paolo al Quartiere della Barona di Milano. La concezione tipologica di questo ospedale — che, pensiamo, potrebbe essere definita con la qualifica di *monoblocco eterodosso* — se pure a livello formale vuole affermare l'unità e la compattezza del corpo

di fabbrica, di fatto a livello funzionale e distributivo si disperde in modo tale da non poter essere facilmente sezionabile in unità organiche ed autosufficienti, in rapporto a differenti fasi temporali e spaziali, condizionando, così, negativamente possibili scelte finalizzate ad una rapida messa in funzione, eventualmente anche per parti, dell'organismo stesso. Se, da un lato, è vero che l'ospedale è passato da 675 a 1300 posti letto in un lasso di tempo di circa dieci anni, è anche vero che non vi è stato un controllo progettuale unitario capace di risolvere il problema della progressiva funzionalità; si è proceduto, invece, per successive giustapposizioni, che hanno avuto due ordini di conseguenze: da un lato, esse hanno snaturato le connotazioni originarie del progetto dal punto di vista distributivo; dall'altro, esse hanno causato una collocazione ibrida ed insufficiente dei servizi generali, che, come è noto, rappresentano dal punto di vista funzionale, il motore di un ospedale. Oggi l'unica strategia possibile per attivare, a tempi brevi, almeno singoli reparti o unità funzionali (un primo lotto di 350 posti letto è stato di recente inaugurato, ma trova qualche difficoltà nella messa a regime) sembra essere quella che preve-

de il completamento di tutti i piani interessati dai servizi generali — in particolare il piano terreno e quello rialzato — per poi affrontare gradualmente i piani superiori, per i quali occorre risolvere problemi di natura non unicamente costruttiva, ma che coinvolgono aspetti di destinazione funzionale, di progettazione esecutiva e di adeguamento di quanto già eseguito a nuove e diverse esigenze. Si tratta in particolare di rivedere l'impostazione essenzialmente curativa che sorregge l'ipotesi tipologica e funzionale del S. Paolo alla luce delle nuove esigenze maturate e degli interrogativi suscitati dal loro soddisfacimento: è opportuno che l'ospedale funzioni anche come *day-hospital*? che tipo di didattica vi si deve svolgere?, e conseguentemente che tipo di organizzazione spaziale è necessario prevedere?

In analoga situazione, resa anche più drammatica dall'essere in gestazione da oltre quindici anni, si trova l'Ospedale di Monza, la cui vicenda è indubbiamente esemplare: progettato nel 1960 in sostituzione del vecchio Ospedale S. Gerardo dei Tintori, questa struttura, ha già richiesto a tutt'oggi una spesa di circa 55 miliardi, senza che sia stato possibile attivare un solo posto letto. Al di là delle con-

siderazioni che possono essere fatte circa la localizzazione e la tipologia — che non può essere realizzata per fasi progressive — si impongono per questo organismo serie riflessioni anche circa la capacità in termini di posti letto; è da presumere infatti che, ad una attenta verifica, il limite imposto dall'utenza oggettivamente desumibile dal quadro d'insieme delle altre strutture ospedaliere della zona, non possa superare i 1.600 posti letto, contro i 2.000 previsti dal progetto originario. Oggi il dubbio è se si debba attivare un numero limitato di posti letto, mantenendo in attività l'Ospedale S. Gerardo, allo scopo di terminare l'Ospedale secondo il progetto iniziale o se non convenga — ipotesi che ci vede favorevoli — ridimensionare il progetto iniziale (ad esempio limitandosi al recupero di Villa Serena) e completare a breve scadenza l'intera opera così ridotta, operando così per ottenere un immediato e positivo effetto sociale dell'investimento pubblico finora erogato.

Affatto diverso è invece il caso del Nuovo ospedale regionale di Milano Sud (Policlinico S. Ambrogio), la cui progettazione — affidata a un'équipe di professionisti — è in avanzata fase

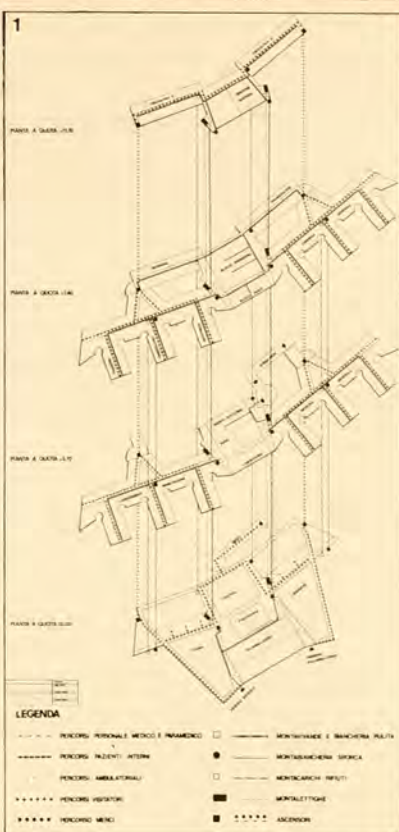
(segue)

carenza di servizi (specie nel Mezzogiorno), si rilevano fenomeni di concentrazione eccessiva e quindi di non agevole fruibilità. Soprattutto al fine del necessario riequilibrio — da perseguire attraverso l'azione di pianificazione a livello nazionale e regionale —, non si potrà non tener conto di tali situazioni in sede di delimitazione delle ULS, considerando non soltanto i Presidi ospedalieri e sanitari, ma anche gli altri servizi sociali, dal punto di vista della loro integrazione e/o della loro eventuale riconversione ed altri usi.

Come è stato già accennato, l'art. 10 della Legge n. 833 prevede l'articolazione dell'Unità sanitaria locale in Distretti sanitari di base; il problema si pone ovviamente anche per gli altri servizi sociali: come, ai fini della delimitazione territoriale e della gestione politica, la Unità sanitaria locale coincide con la Unità locale dei servizi, così il Distretto sanitario di base può costituire la premessa ed il punto di coagulo per analoghi organismi elementari che garantiscano la diffusione sul territorio degli altri servizi sociali, necessari per garantire adeguati livelli della qualità della vita. Il problema si pone con la massima urgenza per le aree marginali (montane, collinari, interne); sottoposte ad un processo ormai quasi secolare di esodo demografico, di sottosviluppo sociale ed economico, di degradazione fisica del patrimonio fisso sociale e del territorio, di crescente sottoutilizzazione delle risorse umane e naturali. Il recupero di tali aree, ritenuto ormai prioritario anche a livello internazionale (dall'ECE e dal Consiglio delle Comunità Europee), deve essere promosso dalle Regioni, con una politica di pianificazione-gestione del territorio e di diffusione dei servizi sociali, ben più incisiva di quella finora seguita, che ha — di fatto — privilegiato le aree urbane.

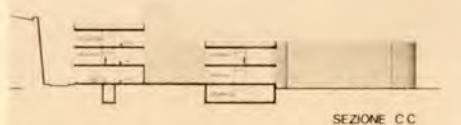
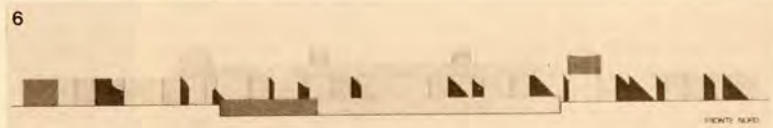
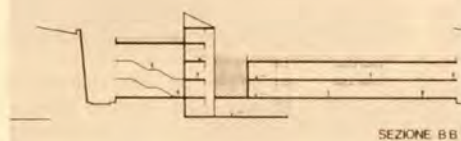
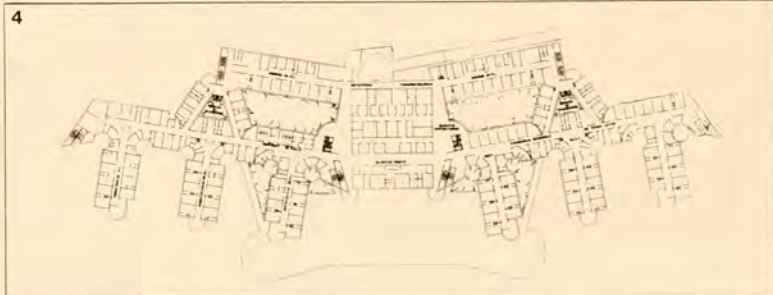
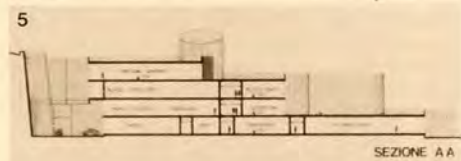
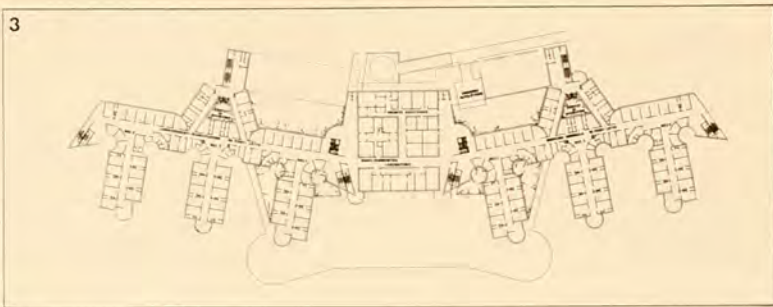
È interessante notare che su questa linea si sono già mosse (a partire dal

1974) alcune Regioni meridionali, che hanno promosso la formazione di Piani sociosanitari (nei quali la delimitazione delle ULS costituiva la premessa per l'azione di programmazione, di pianificazione e di gestione delle autonomie locali), mentre molte Regioni del Centro-Nord, pur fornendo interessanti contributi di analisi e di proposte, concentravano la loro attenzione sui Piani ospedalieri, nei quali ovviamente, le esigenze settoriali dei Presidi e dei relativi bacini di utenza prevalevano nettamente su quelle, più generali, di pianificazione e di gestione del territorio. Ciò era dovuto soprattutto alla sovradotazione, in tali regioni, dei Presidi ospedalieri (sia pubblici che privati) ed al conseguente disimpegno rispetto al loro ridimensionamento e alla loro riconversione. Certamente il problema è grosso e la sua soluzione corretta si scontra con enormi interessi economici e corporativi. Tuttavia esso deve essere affrontato e risolto, se si vuole dare contenuto reale agli slogan sulla centralità del Mezzogiorno. In caso contrario tutte le risorse saranno assorbite dal funzionamento dell'attuale sistema ospedaliero, gli squilibri fra il Mezzogiorno ed il resto d'Italia aumenteranno ulteriormente e la Riforma sanitaria finirà nel già sovraffollato elenco delle leggi inattuato. Una conferma di tale rischio è fornita dalla distribuzione fra le Regioni del fondo sanitario nazionale (pari a 12.720 miliardi), operata con riferimento alle spese sostenute nel 1977: la media pro-capite dei finanziamenti attribuiti alle Regioni del Centro-Nord è stata pari a L. 240.000, contro una media pro-capite di L. 195.000 per il complesso delle Regioni meridionali, con una differenza di L. 45.500 per abitante. Ciò significa che al Mezzogiorno sono stati sottratti circa 1.000 miliardi di finanziamenti pubblici; una somma pari al 50-60% degli investimenti in opere pubbliche annualmente realizzati dall'intervento straordinario.



L. Lazzari, E. Li Calzi, G. Perotta,
Progetto per il Nuovo Ospedale di

esecutiva. Questo intervento ubicato ad est di Via dei Missaglia, in località Ronchetto delle rane, risulta decisivo ai fini del riequilibrio di tutta la Zona sud-ovest di Milano — la sola sprovvista di presidi ospedalieri di calibro regionale, presenti invece in altri *quadranti urbani* — ed ha come bacino di utenza, oltre a parte della città di Milano, la fascia dei numerosi Comuni posti a sud, sud-ovest e sud-est dell'Area milanese. L'ipotesi localizzativa e dimensionale è stata definita con il contributo coordinato di diversi organismi preposti alla programmazione ospedaliera e alla pianificazione urbanistica comunale e regionale (Piano ospedaliero regionale, Piano regolatore di Milano, Piano intercomunale milanese): questo fatto certamente nuovo e importante presuppone l'intenzione di considerare il nuovo intervento ospedaliero non come fatto a sé stante e isolato, ma come evento urbanistico capace di promuovere momenti di crescita del contesto urbano. Altro elemento di novità è che i progettisti — certamente anche a seguito del lungo itinerario esplorativo compiuto attraverso le più recenti



Zona per il Comprensorio di Broni-Stradella (Oltrepò pavese), 1979: 1. schema funzionale dei traffici interni ospedalieri; 2. localizzazione; 3. pian-

ta alla quota +3,70 m.; 4. pianta alla quota +7,40 m.; 5. sezioni; 6. prospetto nord.

realizzazioni estere — hanno attribuito primaria importanza alla realizzazione dell'organismo per fasi di attuazione, cioè per parti autonome attivabili gradualmente. Questa scelta fondamentale ha comportato la definizione di un organismo compatto a prevalente andamento orizzontale, formato dall'aggregazione di corpi elementari modulati su una maglia di m. 80 x 80. Il rifiuto del monoblocco è evidente, oltre che nell'altezza massima prescelta per corpi modulati (quattro livelli, tra i quali si inseriscono tre piani interstiziali o *system floors* per l'ispezzamento degli impianti tecnologici), nei frequenti tagli e discontinuità praticate nella forma base, che producono una forma urbana complessa che, data l'altezza contenuta, intende inserirsi nell'ambiente tipico della *bassa* milanese, contrassegnata dalla presenza di cascine e insediamenti agricoli. La distribuzione delle funzioni ospedaliere all'interno del modello architettonico proposto, avviene secondo un diagramma di funzionalità che prevede ai piani più bassi (seminterrati e piano terra) le attività maggiormente frequentate dall'esterno (ambu-

latori, *day hospital*, aule universitarie, biblioteca, sale congressi), e ai piani superiori (secondo, terzo e quarto piano fuori terra), in misura decrescente dal basso verso l'alto, le funzioni diagnostiche e terapeutiche, i reparti radiologici, le sale operatorie, ecc., e, in misura crescente dal basso verso l'alto, le degenze. La separazione dei percorsi interni, come pure la realizzabilità per fasi del modello proposto e la modularità dell'impianto planimetrico generale sono il risultato di un attento esame delle più avanzate esperienze internazionali.

Il caso della fusione tra ospedali non più in grado di assolvere i compiti loro assegnati dal POR è ben rappresentato dal Nuovo ospedale di Zona previsto per il Comprensorio di Broni-Stradella nell'Oltrepò pavese. In questo caso si tratta di porre fine all'irrazionale duplicazione delle strutture ospedaliere esistenti, per creare un unico presidio ospedaliero per il settore orientale dell'Oltrepò pavese, in grado di corrispondere efficacemente alle esigenze concrete del servizio; l'attuazione di questa fondamentale struttura sanitaria è prevista dal POR nella di-

mensione di 430 posti letto, comprensivi dei principali reparti di medicina, chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, pediatria, assistenza neonatale, lungodegenza-riabilitazione, psichiatria, ortopedia-traumatologia, oltre ai servizi ambulatoriali e di pronto soccorso inclusi nell'ipotesi progettuale; quest'ultima, necessariamente condizionata dalla localizzazione proposta — sulle prime propaggini del rilievo collinare, baricentrica rispetto agli abitati di Broni e Stradella (ormai al limite della conurbazione) — ha tenuto conto dell'inserimento in un ambiente di grande valore paesaggistico, che mal sopporterebbe forzature provocate da volumetrie eccessive. Per questo l'ipotesi tipologica ha assunto come elemento caratterizzante il declivio collinare disponendovi, secondo le curve di livello, il corpo di fabbrica esteso in orizzontale e gradonato in modo da riprodurre esternamente la pendenza del terreno. L'estensione del corpo di fabbrica in orizzontale e lo sfalsamento dei corpi di sezione, oltre a porsi coerentemente con l'obiettivo di salvaguardare il paesaggio, costituiscono premessa per una organizzazione inter-

na che opponga alla concentrazione dei servizi di cura consolidati nel blocco centrale, i corpi simmetrici delle degenze. Si è teso, in questo modo, a verificare l'ipotesi della creazione del dipartimento dei servizi, qui proposto con l'integrazione ai vari livelli tra servizi affini: al primo livello, tra poliambulatorio e fisioterapia; al secondo, tra diagnostica, laboratori e pronto soccorso; al terzo, con la concentrazione di tutto il blocco chirurgico e il blocco parto. Questo modello distributivo è, inoltre, funzionale sia alla corrispondenza tra tipo di degenza e qualità dei servizi erogati dalla piastra centrale, sia a una organizzazione dell'assistenza per *cure graduate*, secondo una concezione largamente affermata che prevede la dislocazione dei malati più gravi nelle zone più prossime ai centri di erogazione delle cure intensive, e viceversa la dislocazione dei pazienti in via di riabilitazione nelle zone periferiche, in quanto dotati di maggior autonomia.

Epifanio Li Calzi
Giancarlo Perotta

Nel 1974, in un momento in cui cominciavano a manifestarsi i primi effetti della crisi del petrolio (che esaltavano la situazione di depressione economica ed occupazionale, già in atto da alcuni anni) le grandi aziende industriali — in accordo con alcuni esponenti politici e con gli Uffici della programmazione — predisposero un cosiddetto *programma di emergenza* per il rilancio dell'economia, della spesa pubblica e dell'occupazione. Tale programma, che aveva per oggetto l'affidamento in concessione alle aziende stesse di grossi interventi nel settore delle opere pubbliche e, più in generale, degli investimenti sociali, registrava un forte ritardo nella spesa dei fondi stanziati dal Parlamento, con conseguente formazione di consistenti residui passivi, a livello centrale e regionale. L'operazione — se condotta a termine — avrebbe concluso in maniera difficilmente riparabile il processo di progressiva sottrazione di risorse e di competenze agli organismi elettivi, già avviato negli anni precedenti (a partire dalla realizzazione del programma autostradale) ed avrebbe, ovvia-

te, messo a disposizione delle grandi aziende interessate alcune migliaia di miliardi da spendere al di fuori di ogni controllo, istituzionale e sociale, aumentando ulteriormente il loro potere contrattuale e coprendo, almeno nell'immediato, le conseguenze di un generalizzato dissesto economico provocato — specie nelle aziende a partecipazione statale — da tanti anni di malgoverno, di clientelismo, di corruzione. Ancora una volta si trattava di preparare una grossa torta e di dividerla (lasciando consistenti briciole ai *padrini politici*) fra la FIAT, la Montedison, l'ENI, l'IRI. Le aziende si proponevano per la pianificazione, la progettazione, l'appalto e la direzione dei lavori di *complessi di opere* che andavano dalla difesa del suolo alla viabilità, all'edilizia sovvenzionata, alle attrezzature di trasporto, ai sistemi di smaltimento e di depurazione dei rifiuti liquidi e solidi. Un ruolo di particolare rilievo era affidato alla costruzione di nuovi ospedali, per i quali molte aziende avevano predisposto alcuni *progetti tipo* (presidi di 500 posti-

letti) in località da concordare con l'Amministrazione dello Stato e con le Regioni. A sostegno di tale proposta veniva abilmente sfruttato il diffuso stato di preoccupazione e di disagio provocato dalla epidemia di colera nel Mezzogiorno, che aveva riportato all'ordine del giorno il problema della salute, la cui soluzione, peraltro, veniva ancora una volta affidata ad una ulteriore, assurda ed inaccettabile crescita del numero degli ospedali e dei relativi posti-letto, senza affrontare le più generali questioni di pianificazione e di gestione del territorio, indispensabile premessa per una efficace prevenzione primaria delle malattie e per una vera politica della salute. In realtà già da tempo le aziende grandi e piccole, dopo aver sfruttato per anni il mercato dei farmaci (esaltando il loro consumo fino a limiti patologici e scaricando i relativi oneri sulla collettività) avevano individuato nell'ospedale il punto fondamentale del mercato speculativo della salute. Nell'ambito del sistema ospedaliero, completamente sfasciato e qualitativamente inadeguato, era infatti

possibile portare a termine affari giganteschi: dalla costruzione dei nuovi edifici, all'arredamento, alla fornitura di attrezzature estremamente costose e sofisticate, il cui impiego o è nullo (strumenti complicatissimi che restano inutilizzati per mancanza di personale capace di manovrarlo) o viene riservato a pochi, non risolvendo la crescente (e distorta) richiesta di assistenza. Inoltre la crescita della dotazione di posti-letto ospedalieri innescava un gigantesco meccanismo di sottogoverno, attraverso la creazione di nuovi posti e di nuovi privilegi corporativi. Le proposte del suddetto *programma di emergenza* preparato dalle grandi aziende, con il concorso di alcuni esponenti della programmazione e della Cassa per il Mezzogiorno, erano del tutto inaccettabili, specie per ciò che concerneva la costruzione di nuovi ospedali, e furono infatti accantonate per il netto rifiuto dei Partiti di sinistra e dei Sindacati. Infatti le opere realizzate a partire dal 1966, in base alle precedenti leggi per l'edilizia ospedaliera, erano rimaste in larga misura incompiute e, fra l'altro, risultava

Dalla Contromostrà: la realtà del Mezzogiorno: 1. Ministeri della Sanità e dei LL.PP., *Proposta di piano di ripartizione dei fondi per l'edilizia ospedaliera*, 1975; 2, 3, 4, 5. Esempi di ospedali incompleti a testimonianza degli sprechi in Meridione - Regione Siciliana, Ass. alla Sanità, *Proposta di Pia-*

no sociosanitario regionale, 1977: esempi di proposte a recupero del patrimonio edilizio ospedaliero: riconversione: 6. Ospedale Vittorio Emanuele II, Caltanissetta, (USL 13), XVII sec.; 7. Ospedale G. di Maria, Avola, Siracusa, (USL 23), 1870. Adeguamento: 8. Ospedale S. Rocco, Linguaglos-

1 Regioni	Posti letto per 1000 abitanti al 1974			Finanziamenti proposti	
	Pubblici	Privati	Totale	Milioni	Lire/abit.
Piemonte	5,4	1,3	10,7	23.848	5.400
Val d'Aosta	5,4	—	5,4	3.010	27.500
Lombardia	9,2	1,6	10,8	45.097	5.300
Trentino-A. Adige	10,0	2,0	12,0	18.210	22.500
Veneto	13,3	1,4	14,7	82.793	20.000
Friuli-V. Giulia	13,2	0,8	14,0	9.493	7.850
Liguria	12,2	1,0	13,2	11.770	6.350
Emilia-Romagna	10,6	1,6	12,2	39.892	10.050
Toscana	10,6	1,2	11,8	32.601	9.400
Umbria	9,2	0,7	9,9	5.460	7.100
Marche	12,3	1,6	13,9	19.810	14.500
Lazio	6,6	3,1	9,7	86.536	18.500
Abruzzi	8,5	1,9	10,4	23.485	20.000
Molise	4,0	0,3	4,3	15.064	50.000
Campania	5,9	2,2	8,1	25.398	5.050
Puglia	7,4	2,0	9,4	42.418	11.800
Basilicata	4,4	2,6	7,0	13.906	23.200
Calabria	4,7	1,6	6,3	18.773	9.400
Sicilia	6,8	1,1	7,9	55.915	11.900
Sardegna	6,2	1,1	7,3	26.251	17.800
ITALIA	8,8	1,6	10,4	600.000	11.100
Centro-Nord	10,1	1,6	11,7	378.790	10.800
Mezzogiorno	6,4	1,7	8,1	221.210	11.700





sa, Catania, (USL 37), 1609. Ampliamento: 9. Ospedale E. Muscatello, Augusta, (USL 26), 1963. Riqualificazione: 10. Ospedale di Vittoria, Ragusa, (USL 19); 11. Ospedale di Paternò, Catania, (USL 31). Ri-strutturazione: 12. Nuovo Ospedale psichiatrico, Caltanissetta, (USL 13).

Completamento: 13. Nuovo Ospedale civile. Caltanissetta, (USL 13).

ormai evidente la necessità di ristrutturare decisamente, con riferimento preciso alla tutela della salute ed al territorio, il sistema ospedaliero superando gli squilibri in atto ed eliminando drasticamente i casi di surdimensionamento e di concentrazione dei presidi, causa di sprechi e di disfunzioni non più accettabili.

Tuttavia, nonostante l'accantonamento del ricordato *programma di emergenza*, la pressione aziendale sul settore ospedaliero continuò e continua tuttora, trovando riscontri nelle Pubbliche amministrazioni, specie nei contesti dove maggiore disponibilità di risorse e più elevato livello di vita sembrano poter giustificare ulteriori sprechi e la conseguente esaltazione degli squilibri. La riprova di questa logica si è avuta in occasione della Terza mostra dell'Edilizia ospedaliera svoltasi a Roma nel 1976, e trasformata di fatto nell'ennesima fiera: delle vanità, delle velleità, della demagogia. Da un lato infatti gli Enti pubblici competenti hanno fatto a gara per dimostrare che il problema dell'assistenza sanitaria e della salute pubblica

è quanto meno avviato a soluzione, mentre le industrie che operano nel settore hanno utilizzato l'occasione per reclamizzare i loro prodotti, sofisticati ed estremamente costosi, al fine esclusivo di sostenere un mercato distorto e speculativo ma indubbiamente lucroso. Dall'altro lato alcune Regioni del Nord hanno enfatizzato i loro programmi ospedalieri senza considerare adeguatamente gli aspetti sociali, economici e territoriali della tutela della salute. In quella occasione le Regioni meridionali che avevano avviato la definizione di Piani socio-sanitari, hanno organizzato una *contro-mostra* (1) nella quale il problema veniva affrontato nei suoi termini reali, denunciando le distorsioni indotte dalla mancata attuazione della riforma sanitaria e documentando l'assurda situazione degli ospedali del Mezzogiorno, la cui costruzione, iniziata in molti casi da più di dieci anni, non è mai stata portata a compimento. Il confronto tra la condizione del Mezzogiorno, rimasto un cimitero di ospedali incompiuti e le fantasmagoriche, colorate e luccicanti immagini offerte dal

potere politico e aziendale (di fronte alla *contro-mostra* era stato installato lo *stand* della Cassa per il Mezzogiorno) faceva emergere due aspetti della stessa realtà: da una parte desolante abbandono delle opere iniziate, apparecchi sofisticati e costosi depositati in cantieri chiusi, strutture operanti fatiscenti ed inumane; dall'altra colori, carte disegnate, tabelle con cifre imponenti, che abbagliavano per coprire spreco, malgoverno, clientelismo.

La protesta delle Regioni meridionali, espressa in quella occasione (e ripresa ampiamente dalla stampa), si è sviluppata successivamente in un confronto diretto con il Governo centrale sulla definitiva ripartizione dei fondi stanziati per l'edilizia ospedaliera nel D.L. 13 agosto 1975, n. 376. La proposta presentata dai Ministri della Sanità e dei Lavori Pubblici, è stata profondamente modificata e le giuste critiche avanzate sono state sostanzialmente accolte. Tuttavia il problema è ancora attuale: permane il rischio che il potere aziendale, alleandosi con le varie corporazioni ospedaliere, condizioni — ai fini del

proprio tornaconto — la stessa attuazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (2); occorre quindi un immediato e continuo impegno delle Regioni, delle forze politiche, dei Sindacati e degli stessi cittadini.

Fabrizia Cusani

(1) Terza mostra dell'Edilizia ospedaliera, Roma - Basilicata/Calabria/Campania/Sicilia. *Contromostra: la realtà del Mezzogiorno* a cura di F. Cusani, CISI - Roma, Le Monnier, Firenze 1976.
(2) Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale).

MEZZOGIORNO: ATTRAVERSO I PIANI SOCIOSANITARI

Negli anni 1974/75 la Campania e la Calabria avviarono la formazione di Piani sociosanitari regionali, che si ponevano l'obiettivo di superare i limiti dei Piani ospedalieri regionali definiti dalla Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (*Enti ospedalieri e assistenza sanitaria*) e di affrontare globalmente ed unitariamente i problemi di tutela della salute in relazione a quelli dello sviluppo socioeconomico e territoriale. Particolarmente significativo è il fatto che tali esperienze si siano sviluppate, per la prima volta, proprio nelle Regioni del Mezzogiorno, che registravano le più gravi carenze di attrezzature sanitarie e ospedaliere e che erano rimaste maggiormente penalizzate dalla distorta e settoriale politica sanitaria. Infatti le Regioni del Mezzogiorno, al 1973, registravano una dotazione complessiva di 687 istituti di cura, pubblici e privati, per un totale di 156.434 p.l. (posti letto) pari a un indice di 8,15 p.l. per 1000 abitanti, le Regioni dell'Italia centrale avevano una dotazione di 500 istituti di cura per 115.232 p.l. con indice di 11 p.l. per 1000 ab. e le Regioni dell'Italia settentrionale una dotazione di 957 istituti per 305.078 p.l. pari a 12 p.l. per 1000 abitanti. Considerando solamente

gli indici posti letto per 1000 abitanti si abbassavano rispettivamente a 6,4 nelle Regioni meridionali, a 8,9 in quelle dell'Italia centrale e a 10,5 in quelle dell'Italia settentrionale. Il divario fra tali indici risultava ancora più evidente se si confrontavano i dati disaggregati della Campania (5,9 p.l. per 1000 ab.), della Calabria (4,76), della Basilicata (4,45), della Sicilia (6,82), rispetto a quello di alcune Regioni settentrionali, quali il Piemonte (9,35), la Lombardia (9,30) o l'Emilia-Romagna (10,8) o anche dell'Italia centrale, come la Toscana (10,6). Alla minore dotazione di posti letto delle Regioni del Mezzogiorno, corrispondeva inoltre un peggiore livello qualitativo delle strutture ospedaliere e dei servizi forniti, assieme a una loro squilibrata distribuzione territoriale che privilegiava le aree di concentrazione demografica e produttiva, soprattutto costiere, rispetto a quelle depresse ed interne. Inoltre le già scarse risorse economiche destinate all'edilizia ospedaliera del Mezzogiorno erano state dilapidate nella realizzazione di nuovi presidi dalle caratteristiche funzionali e dimensionali inadeguate, molti dei quali iniziati ma non completati, e localizzati in maniera disorganica sul territorio, per i condizionamenti politici,

le spinte municipalistiche e corporative, i conflitti di competenza fra i diversi enti finanziatori e realizzatori. I relativi programmi furono predisposti dai Ministeri della Sanità e dei Lavori Pubblici, mentre la Cassa per il Mezzogiorno curava direttamente la realizzazione di alcuni presidi. I compiti di programmazione ospedaliera furono poi progressivamente ereditati dalle Regioni; in particolare il settore dell'assistenza sanitaria e ospedaliera è stato loro trasferito con una serie di provvedimenti legislativi: il DPR 14 gennaio 1972, n. 4, la Legge 17 agosto 1974, n. 386, la Legge 22 luglio 1975, n. 382 ed il conseguente DPR 24 luglio 1977, n. 616. Soprattutto dalle Regioni fu riconosciuta, a livello politico e amministrativo, l'esigenza di superare i limiti di una politica sanitaria basata prevalentemente sul momento curativo, esaltato dagli stessi Piani ospedalieri, e di sviluppare invece l'intervento preventivo per l'eliminazione, a monte, delle cause di malattia (prevenzione primaria e secondaria). Tali obiettivi richiedevano la realizzazione di un diverso sistema sanitario, basato su una programmazione sociosanitaria e non più esclusivamente ospedaliera. In questa ottica si sono collocati i Piani sociosanitari elaborati

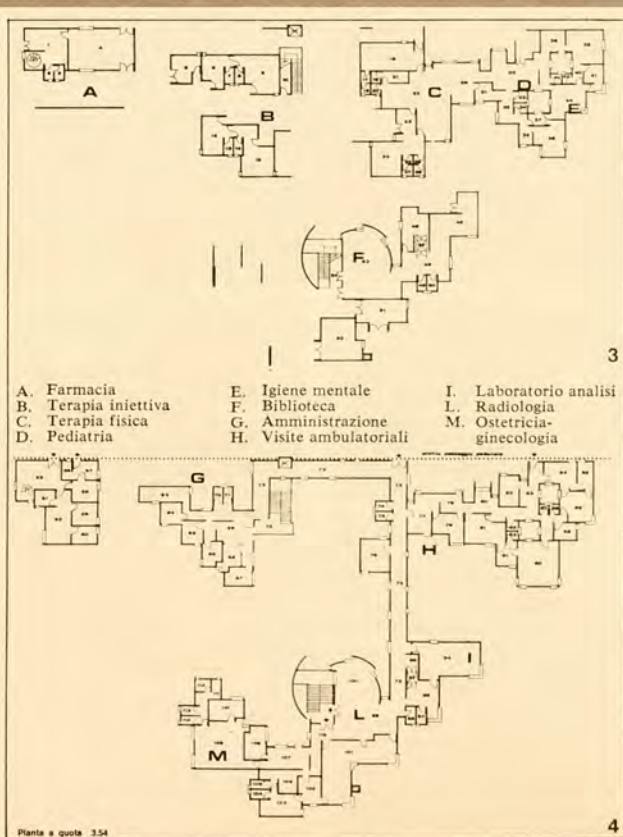
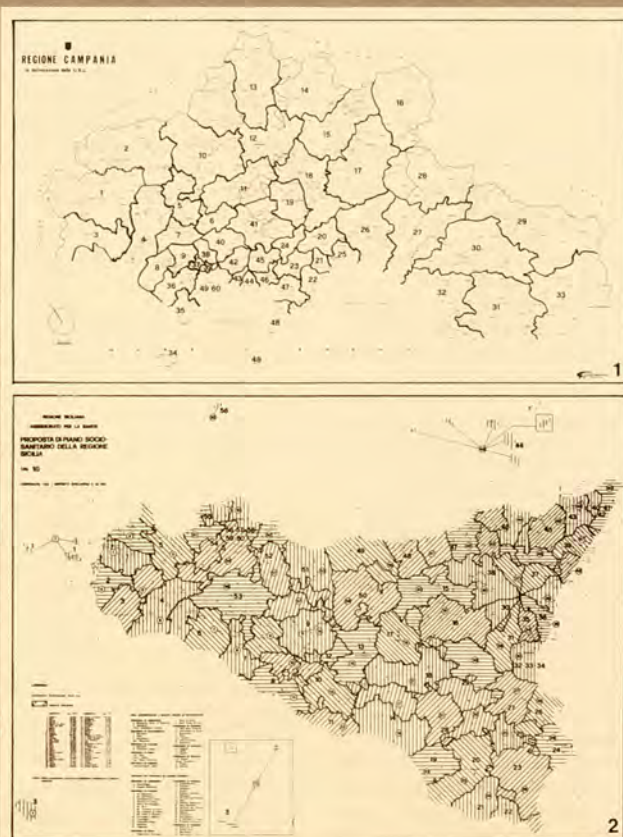
dalle Regioni Campania, Siciliana e Calabria con la collaborazione del CISI - Roma (Centro Italiano Studi e Indagini per la programmazione sanitaria e sociale) (1). In questa sede non è certamente possibile illustrare compiutamente, data la loro complessità, ciascuno dei tre Piani (2). E, pertanto, opportuno prenderli in considerazione nel loro complesso ed esporre, sinteticamente, per problemi, gli aspetti metodologici e operativi più attinenti alla fase di progettazione ed elaborazione, evidenziando altresì, scelte e proposte specifiche formulate per le diverse realtà regionali. Pertanto nell'esposizione si seguirà il seguente ordine di argomenti (3): a) delimitazione delle Unità sociosanitarie locali (USL); b) offerta sanitaria e modello organizzativo della Unità sociosanitaria locale; c) organizzazione della rete ospedaliera.

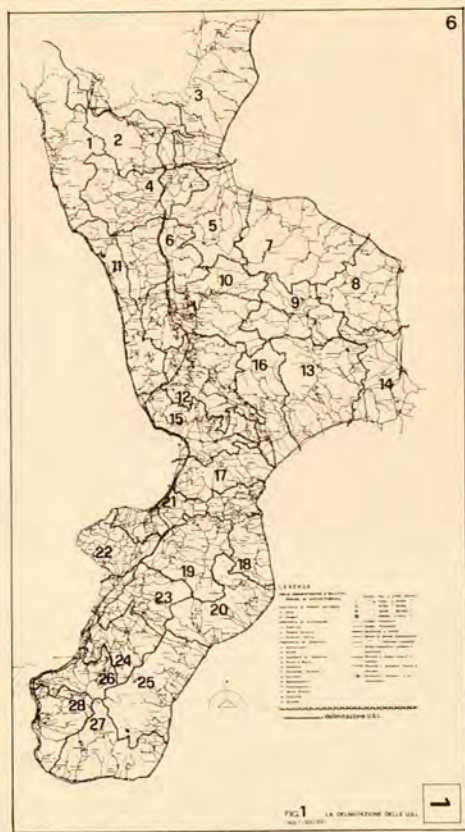
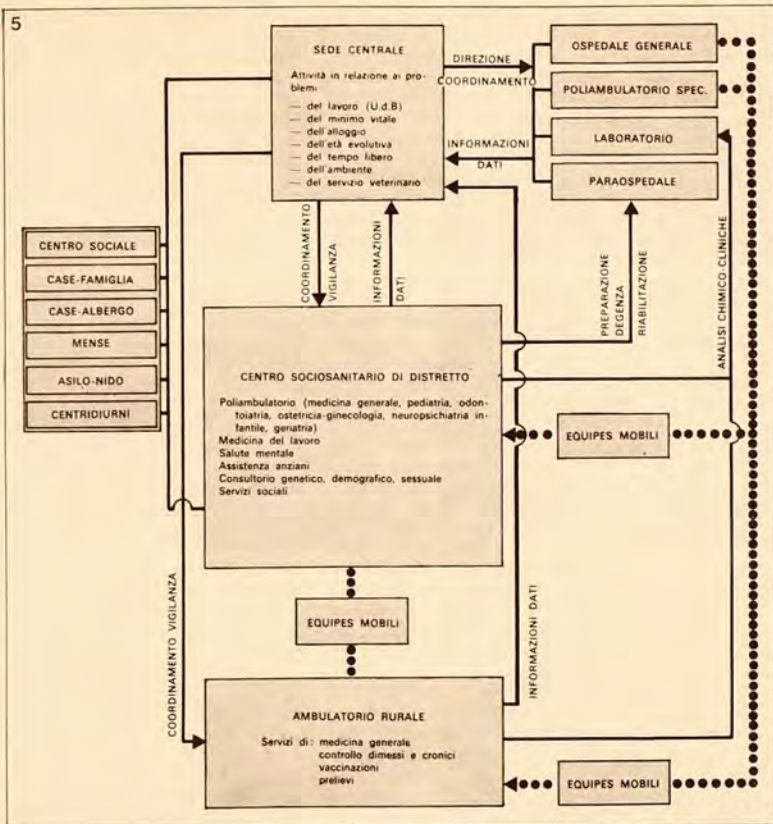
La delimitazione delle Unità sociosanitarie locali

La delimitazione delle USL costituisce uno dei punti nodali della programmazione sociosanitaria, soprattutto per le connessioni che tale fase di lavoro ha con i problemi di pianificazione-gestione del territorio. E' utile riportare a tal proposito la definizione di USL formulata, ai fini della elaborazione del Pia-

1. Regione Campania, Proposta di Piano sociosanitario regionale, 1977: delimitazione delle USL. 2. Regione Siciliana, Ass. alla Sanità, Proposta di

Piano sociosanitario regionale, 1977: confronto fra delimitazioni dei Distretti scolastici e delle USL. 3.4. D. Jervolino, Progetto per Unità sanita





ria elementare, Salemi, Trapani, 1971. Regione Calabria Dipartimento di politica sociale, Ass. alla Sanità, Proposta di Piano sociosanitario, 1977: 5.

Schema funzionale della USL; 6. Delimitazione delle USL.

no sociosanitario della Regione Calabria, nel Convegno di Catanzaro del 25 maggio 1975: L'USL si configura come l'insieme dei servizi e delle attrezzature corrispondenti ad un'area di gestione: la sua delimitazione si inquadra così nella più ampia problematica della formazione di Comprensori intercomunali, intesi non soltanto come entità di programmazione e di pianificazione, ma anche, e soprattutto, come organismi democratici ai quali sia affidata la gestione del territorio, delle sue possibilità di sviluppo, delle attrezzature su di esso localizzate. L'USL è quindi al tempo stesso strumento fondamentale di partecipazione del cittadino alla gestione della cosa pubblica e un insieme di servizi sanitari e sociali, integrati e diretti alla tutela ed alla promozione della salute. Queste due caratteristiche richiedono che l'USL non sia troppo estesa né abbia una popolazione troppo numerosa e che corrisponda esattamente ad altre aree di gestione (ad esempio i Distretti scolastici) o che abbia comunque una relazione semplice con le altre (sia multipla o sottomultipla di esse).

In termini progettuali si è proceduto in primo luogo ad approfondire la conoscenza dei fenomeni insediativi, socioeconomici,

produttivi, territoriali presenti nelle Regioni interessate, analizzandoli nella loro evoluzione storica e tendenziale. Si sono inoltre rilevate le principali delimitazioni di ambiti territoriali sovramunicipali, esistenti o proposte, per la realizzazione di interventi pubblici o per la gestione di servizi sociali (Consorti ASI, di bonifica, Comunità montane, Distretti scolastici, Comprensori turistici, ecc.) al fine di verificarne la coincidenza ed individuare la possibilità di ricondurli ad unità nelle USL. Infine si sono analizzate le proposte programmatiche di sviluppo e di assetto del territorio elaborate dalle Regioni e dai vari organismi interessati. Dalle analisi svolte è stato possibile definire un quadro di riferimento per l'assetto regionale e sono stati formulati indirizzi e proposte per l'avvio del processo di pianificazione-gestione del territorio. In particolare si sono assunte ipotesi-obiettivi di sviluppo demografico e di attività della popolazione, necessarie per valutare quantitativamente la domanda di attrezzature e servizi sociali e sanitari sul territorio. Le USL della Campania sono 60 di cui 12 comprendenti Napoli; quelle della Sicilia sono anch'esse 60, delle quali 3 comprendenti Catania, 3 Messina, e 5 Palermo; quelle della Cal-

abria sono 28. Si può dire che, in termini progettuali, seguendo i criteri di pianificazione-gestione già avanti citati, si è avuta la seguente casistica: USL coincidenti fondamentalmente con un Comune di media grandezza demografica, al quale, in alcuni casi, è stato aggregato anche qualche piccolo Comune ad esso strettamente connesso; USL coincidenti con parti disaggregate di un Comune di grande dimensione demografica, comprendenti, in alcuni casi, anche Comuni limitrofi (è il caso delle USL interessanti Napoli, Palermo, Catania e Messina); USL derivanti dalla aggregazione di più Comuni di piccola e media dimensione demografica. Queste sono le più numerose ed hanno comportato le maggiori difficoltà di delimitazione. In alcuni casi l'ambito territoriale era assai chiaro e ben definito dalle caratteristiche morfologiche, socioeconomiche, storico-insediative dell'area, come ad esempio le USL comprendenti, in Campania, i territori di alcune Valli interne (Valle Caudina, Valle dell'Irno, Valle di Diano e altre); in Sicilia quelli delle Madonie, del Corleonese, dell'Alto Platani; in Calabria alcune realtà territoriali come l'alta e media Valle del Crati, il Vibonese, la Locride. In altri casi la delimitazione delle USL

risultava meno definita per la presenza di «aree di frangia», cioè di Comuni che registravano una indifferenza di aggregazione verso più USL, oppure di «aree-problema», cioè di realtà assai complesse per ragioni morfologico-territoriali o per i forti squilibri esistenti (emigrazione, sviluppo produttivo, ecc.). Tali condizioni, in alcuni casi, hanno creato la necessità di individuare USL di ridotta dimensione demografica.

In generale si è cercato di far coincidere, nel territorio regionale, le USL con i Distretti scolastici, date le strette relazioni fra salute e scuola, proponendo l'adeguamento, laddove necessario, delle delimitazioni delle Comunità montane. Nelle aree urbane invece si è proposta la coincidenza delle USL con una o più circoscrizioni amministrative, in considerazione delle possibilità di gestione integrata del territorio ad esse già offerte dall'attuazione della Legge 8 aprile 1976, n. 278 sul decentramento amministrativo dei Comuni. La individuazione territoriale all'interno delle USL di Distretti sociosanitari, è stata demandata alle stesse USL, per consentire la massima partecipazione dei Comuni interessati, delle forze sociali e degli organismi di base, nonché la miglio-

re utilizzazione delle risorse presenti; tuttavia nei Piani sono definiti i principali criteri da rispettare, che vengono qui sinteticamente riportati: popolazione servita compresa fra 5.000 e 20.000 abitanti (nel caso di aree particolarmente deboli e di difficile accessibilità possono avere dimensione inferiore); accessibilità e integrazione socio-economica, sulla base dei caratteri orografici e morfologici del territorio, delle infrastrutture e servizi di trasporto esistenti, della situazione insediativa e produttiva; massima utilizzazione delle risorse sociosanitarie esistenti con particolare riferimento agli investimenti sociali, alle strutture extra-ospedaliere, alle disponibilità derivanti dal migliore uso di quelle ospedaliere.

Nei piani sociosanitari si sono raccolti i principali dati demografici, economici, territoriali e sanitari di ciascuna USL in una apposita scheda sintetica, che consente di delineare, in tutte le diverse articolazioni e componenti (lavoro, casa, scuola, accessibilità, ecc.) la domanda sociale che si esprime sul territorio.

Offerta sanitaria e modello organizzativo della USL

Ai fini della elaborazione delle proposte per i Piani sociosanita-

ri regionali, assieme alle indagini finalizzate alla delimitazione delle USL, è stata svolta una accurata analisi dell'offerta sanitaria, sia in termini di attrezzature extra-ospedaliere che di attrezzature ospedaliere. Rientrano, ad esempio, fra le attrezzature extra-ospedaliere i dispensari antitubercolari, le unità schermografiche, le diverse condotte, gli uffici sanitari comunali, i consultori ONMI, i centri di medicina sociale, i laboratori di analisi, gli ambulatori e poliambulatori, le farmacie, gli asili nido, i pronto-soccorso, i centri sociali, le case-albergo. Tali attrezzature, in generale, risultano piuttosto numerose, ma utilizzate in modo sconsiderato e senza collegamenti adeguati: esse inoltre sono generalmente concentrate nei Capoluoghi di Provincia e nei centri urbani maggiori, che assumono così il ruolo di poli di attrazione per aree notevolmente vaste, che ne riducono la possibilità di fruizione omogenea. Nei Piani sociosanitari si è data grande rilevanza all'analisi delle attrezzature extra-ospedaliere ed in particolare della rete di ambulatori e poliambulatori dei vari Enti mutualistici (dei quali era in previsione lo scioglimento) in quanto la loro riorganizzazione costituiva il punto di partenza per av-

viare concretamente, nei fatti, il decollo della USL e dell'intervento preventivo sul territorio. Particolarmente approfondita è stata anche l'analisi dell'offerta ospedaliera: oltre ad una ampia indagine statistica, dalla quale sono stati tratti i principali indicatori per il confronto e la verifica della dotazione esistente, è stata condotta, su ciascun ospedale, una indagine diretta, per schedatura.

Sinteticamente si può dire che è risultata confermata la correlazione fra domanda di cura e condizioni insediative e socio-economiche della popolazione: ad una minore incidenza della patologia tipica delle società urbano-industriali (tumori, malattie da sovralimentazione, incidenti del traffico, ecc.) corrispondeva, nelle Regioni meridionali interessate, un livello ancora alto, anche se tendenzialmente in diminuzione, della mortalità perinatale e infantile e della morbosità per malattie infettive e diffuse, condizioni che richiedevano soprattutto interventi di prevenzione primaria e secondaria.

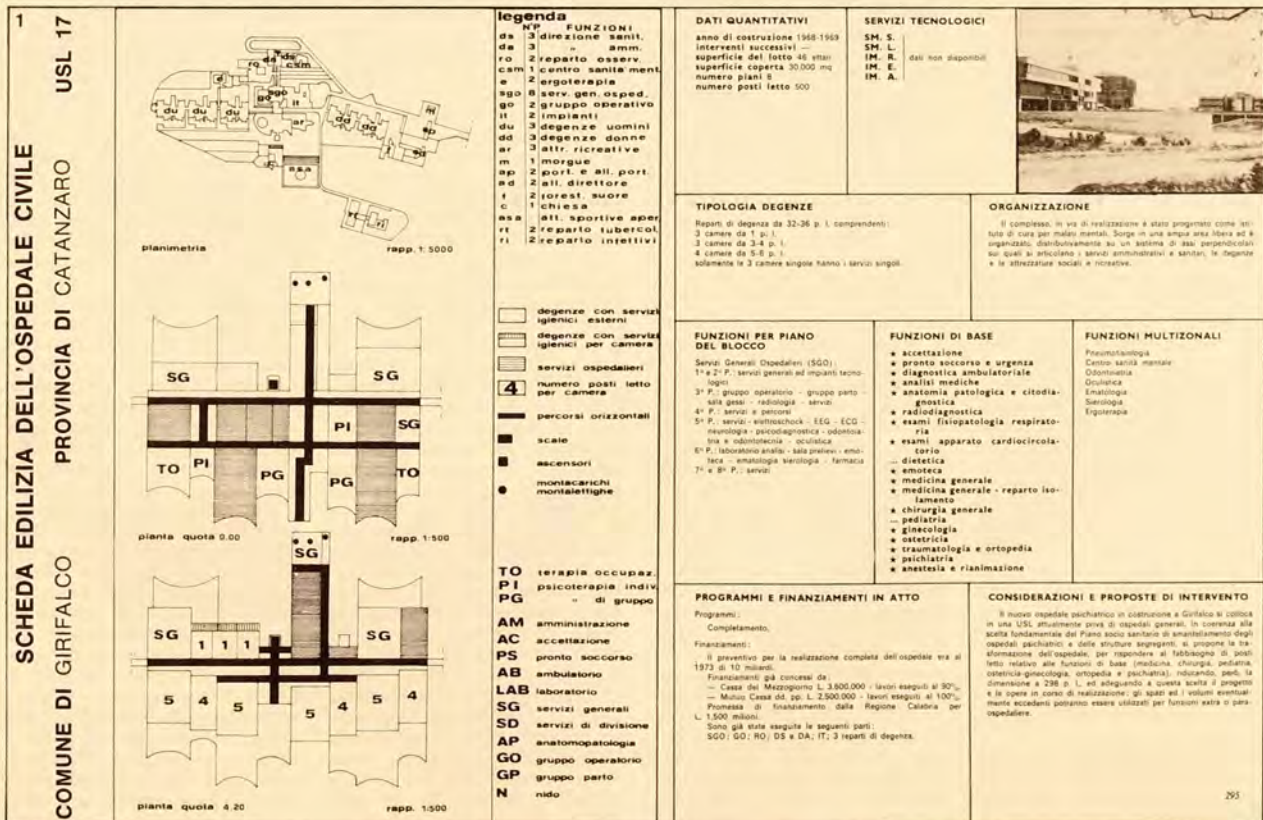
I modelli di organizzazione del Servizio sanitario regionale, assunti nella elaborazione dei Piani sociosanitari della Campania, Sicilia e Calabria sono sostanzialmente simili, anche se presentano proprie specificazio-

ni e articolazioni in relazione alle diverse situazioni politico-amministrative; essi fanno riferimento anche a quanto era già presente nel Disegno di legge governativo di Riforma sanitaria, allora in discussione al Parlamento. In termini generali il Servizio sanitario regionale rappresenta una articolazione del Servizio sanitario nazionale ed è costituito da alcuni organismi centrali di livello regionale e dalle USL (4). Gli organismi regionali hanno il loro momento organizzativo centrale presso l'Assessorato regionale alla Sanità e svolgono essenzialmente attività di coordinamento, programmazione, indirizzo e vigilanza. Ad essi è demandata la competenza sui seguenti settori: ricerche e statistiche epidemiologiche (Osservatorio epidemiologico regionale); igiene pubblica, ambientale e indagini preventive di massa; educazione sanitaria e sociale; formazione professionale; programmazione sanitaria.

Le USL costituiscono il complesso dei servizi e delle strutture sociosanitarie presenti nel relativo ambito territoriale, la cui gestione è affidata al Consorzio dei Comuni interessati. Le USL, ferma restando la loro gestione unitaria, possono ulteriormente articolarsi in Distretti sociosanitari e unità e-

Regione Calabria, Dipartimento di politica sociale, Ass. alla Sanità, Proposta di Piano sociosanitario regionale, 1977: 1. Esempio di scheda edilizia tipo: Ospedale Psichiatrico, Girifalco, Catanzaro, (USL 17), 1968-69. Rilevamento del patrimonio edilizio costruito: ospedali da ampliare: 2. Ospe-

dale di Castrovillari, Cosenza, (USL 2), 1963; 3. Ospedale di Praia, Cosenza, (USL 1), 1967; 4. Ospedale di Soverato, Catanzaro, (USL 18), 1967. Ospedali congestionati da ridimensionare: 5. Ospedale di Lametia Terme, Catanzaro, (USL 15), 1873; 6. Ospedale di Melito Porto Salvo, Reggio Ca-





2



3



4



5



6



7



8



9



10

labria, (USL 27), 1913; 7. Ospedale di Polistena, Reggio Calabria, (USL 23), 1966. Ospedali da riconvertire a funzioni paraospedaliere: 8. Ospedale di Rossano, Cosenza, (USL 7). Ospedali specializzati da riconvertire: 9. Ospedale di Mariano Santo, Cosenza, (USL 10), 1939. 10. Ospedale poli-

funzionale, Locri, Reggio Calabria, (USL 25).

lementari di base, al fine di garantire la maggiore diffusione e integrazione delle strutture sociosanitarie sul territorio. Le strutture che operano a livello dell'intera USL sono: la sede centrale, l'ospedale di base, il poliambulatorio specialistico, il laboratorio ed il para-ospedale. Tali strutture possono anche essere integrate fra loro: ad esempio il poliambulatorio può essere organizzato all'interno dell'ospedale di base. Nei Piani sono ampiamente descritti i servizi e le forme organizzative di ciascuna di tali strutture. A livello di Distretto sociosanitario è prevista la presenza di un « Centro sociosanitario di distretto » che svolge, in forma integrata e coordinata con la USL, attività di assistenza sanitaria e sociale a livello ambulatoriale e domiciliare e gestisce le altre strutture sociosanitarie distribuite sul territorio (centri sociali, case-famiglia, asili nido, ecc.). A livello più periferico e capillare sono previste unità elementari di base (o ambulatori rurali), destinate a servire le popolazioni insediate nei comuni o frazioni più lontane e di difficile accessibilità. Si tratta di piccole strutture che servono di appoggio alle équipe mobili organizzate dalla USL o dal Distretto sociosanitario.

Organizzazione della rete ospedaliera

L'organizzazione della rete ospedaliera costituisce una delle parti dei Piani sociosanitari, essendo legata alle loro previsioni da un insieme di relazioni e dipendenze reciproche: ad esempio, il fabbisogno ospedaliero in termini di posti letto è variabile in funzione della dotazione ed efficienza delle attrezzature extra-ospedaliere.

L'ospedale è una struttura sanitaria destinata alla cura dei malati in fase acuta; nei Piani sociosanitari, superando la gerarchizzazione dimensionale degli ospedali (regionali, provinciali, zionali) e la specializzazione funzionale (ortopedici e traumatologici, psichiatri, geriatri, per lungodegenti, ecc.), si è proposta la creazione di una rete regionale di ospedali unici e generali, strettamente integrati nel territorio da servire e capaci di garantire una omogenea distribuzione di funzioni e servizi di base. Il bacino di utenza dell'ospedale unico e generale di base coincide, in linea di massima, con quello della USL. Alcuni presidi, oltre alle funzioni di base, svolgono anche funzioni e servizi multizonali, che per frequenza nosologica e attrezzature e personale necessari, coprono bacini di utenza comprendenti più USL. Per tali funzioni

multizonali sono stati definiti quattro bacini di utenza ottimali: 100-200.000 ab.; 200-500.000 ab.; 500-1.000.000 ab.; oltre 1.000.000 ab. Inoltre, per ciascuna funzione di base e multizonale, i Piani definiscono gli indici posti letto per 1000 abitanti, in base ai quali calcolare il fabbisogno rispetto alla popolazione da servire. Le funzioni di base previste dai Piani della Calabria e Sicilia, anche se con indici diversi, sono quelle di medicina generale, chirurgia generale, pediatria, ginecologia-ostetricia, ortopedia e traumatologia, psichiatria, anestesia e rianimazione. In Campania la ortopedia e traumatologia è stata collocata fra le funzioni multizonali con bacino di utenza di 100-200.000 ab. E da evidenziare la presenza della psichiatria fra le funzioni di base: la relativa dotazione di posti letto è destinata esclusivamente alle necessità di pronto soccorso, di laboratorio e terapia in condizioni di degenza, dei casi psichiatrici acuti. Negli altri casi, l'assistenza psichiatrica deve essere svolta a livello di territorio, utilizzando strutture sociali e sanitarie extra-ospedaliere e non segreganti. Gli indici previsti per le funzioni di base sono di 4,83 p.l. per 1000 ab. in Campania, 6,05 in Sicilia e 5,22 in Calabria. Quelli per le funzioni

multizonali, nel loro complesso, sono di 2,53 p.l. per 1000 ab. in Campania, 2,24 in Sicilia, e 1,69 in Calabria. Gli indici totali, sui quali è possibile calcolare il fabbisogno regionale, sono di 7,36 p.l. per 1000 ab. in Campania, 8,29 in Sicilia e 6,91 in Calabria.

La programmazione della rete ospedaliera è risultata assai complessa, per le molteplici variabili in gioco. L'indice posti letto per 1000 ab. rappresenta infatti un indicatore puramente quantitativo, assai utile per verifiche e dimensionamenti di massima o per operare alcune scelte di fondo, ma esso deve essere associato alla valutazione anche di altri fattori, qualitativi e gestionali, che concorrono alle scelte di Piano. In termini operativi, si è proceduto innanzitutto alla individuazione sul territorio regionale degli ospedali unici e generali di base. A tal proposito è stata condotta una prima verifica della dotazione complessiva di presidi e posti letto già esistenti in ciascuna USL, comprendendo tutti gli ospedali, funzionanti e in costruzione. Da tale operazione sono emerse le disfunzioni e gli squilibri nella distribuzione ospedaliera esistente; si sono registrate infatti USL senza alcun presidio e USL con uno

(segue)

o più presidi e con dotazione di posti letto che poteva essere sufficiente, insufficiente o esuberante rispetto al fabbisogno della popolazione. Inoltre le stesse strutture ospedaliere presentavano livelli assai differenziati per qualità delle prestazioni sanitarie e delle strutture edilizie. Si registrava ad esempio la presenza di un certo numero di presidi di modesta dimensione, derivanti da infermerie e enti comunali di assistenza, promossi enti ospedalieri ai sensi della Legge 12 febbraio 1968, n. 132, localizzati per lo più in edifici inadeguati e degradati all'interno dei centri storici e difficilmente accessibili. Oppure la dispersione disordinata di nuovi ospedali zonali, della dimensione di 100-150 p.l., molti dei quali rimasti al rustico e non completati per mancanza di finanziamenti. A questi vanno aggiunti i megaospedali, di vecchio o nuovo impianto, alcuni dei quali ancora in costruzione, quelli specializzati e quelli psichiatri universitari.

Per la organizzazione della rete ospedaliera si sono seguiti i seguenti criteri, sinteticamente enunciati:

1. prevedere, in linea di massima, che ogni USL sia dotata di un solo presidio;
2. adottare una soglia minima dimensionale pari a 210-220 p.l.

per l'ospedale di base;

3. adottare per i grossi presidi una soglia massima dimensionale non superiore a circa 1.000 p.l.;
4. distribuire le funzioni multizonali secondo bacini di utenza tenendo conto sia della massima utilizzazione dei presidi esistenti, sia della loro accessibilità;
5. riconvertire gli ospedali neuropsichiatrici e specializzati. Essi, in relazione ai fabbisogni da soddisfare e alle concrete possibilità di trasformazione e/o riutilizzo, offerte dalle strutture edilizie, possono essere ristrutturati per attività ospedaliere o riconvertiti ad attività extra-ospedaliere e sociali;
6. utilizzare gli spazi eccedenti degli ospedali nei quali si registra una esuberanza di posti letto rispetto ai fabbisogni ospedalieri, sia per potenziare le attrezzature ed i servizi del presidio stesso, sia per realizzare strutture sanitarie extra-ospedaliere;
7. considerare nelle disponibilità ospedaliere anche i policlinici universitari, da convenzionarsi con la Regione.

Tali criteri tuttavia si sono dovuti applicare con una certa elasticità in relazione alle preesistenze ed a particolari problemi territoriali e sanitari. Ad esempio è stata ammessa, in alcuni

casi, la coesistenza di due presidi ospedalieri nella stessa USL, prevedendone la fusione in un unico ente gestionale, o la possibilità che un presidio possa servire in tutta o in parte la popolazione di una USL limitrofa in cui è localizzato. Inoltre, nel caso di presidi ospedalieri inferiori alle soglie minime funzionali si è valutata, in alcuni casi, la possibilità di attribuire ad essi solo funzioni essenziali (medicina generale, chirurgia generale, pediatria, ostetricia e ginecologia), potenziando i servizi e le attrezzature di carattere ambulatoriale, di pronto soccorso e di igiene mentale. Soluzioni particolari a causa della esuberante dotazione di presidi e posti letto e della loro ineguale distribuzione territoriale, sono state individuate per i maggiori Capoluoghi di Provincia, ed in particolare per Napoli, dove si è prevista la unificazione di tutti i presidi dal Piano in tre soli enti di gestione, comprendendo anche i due policlinici universitari, al fine di permettere la mobilità del personale e procedere con maggiore decisione alla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Una volta definita la rete ospedaliera di base si è proceduto alla aggregazione delle funzioni multizonali, definendo i bacini di utenza per aggregazioni suc-

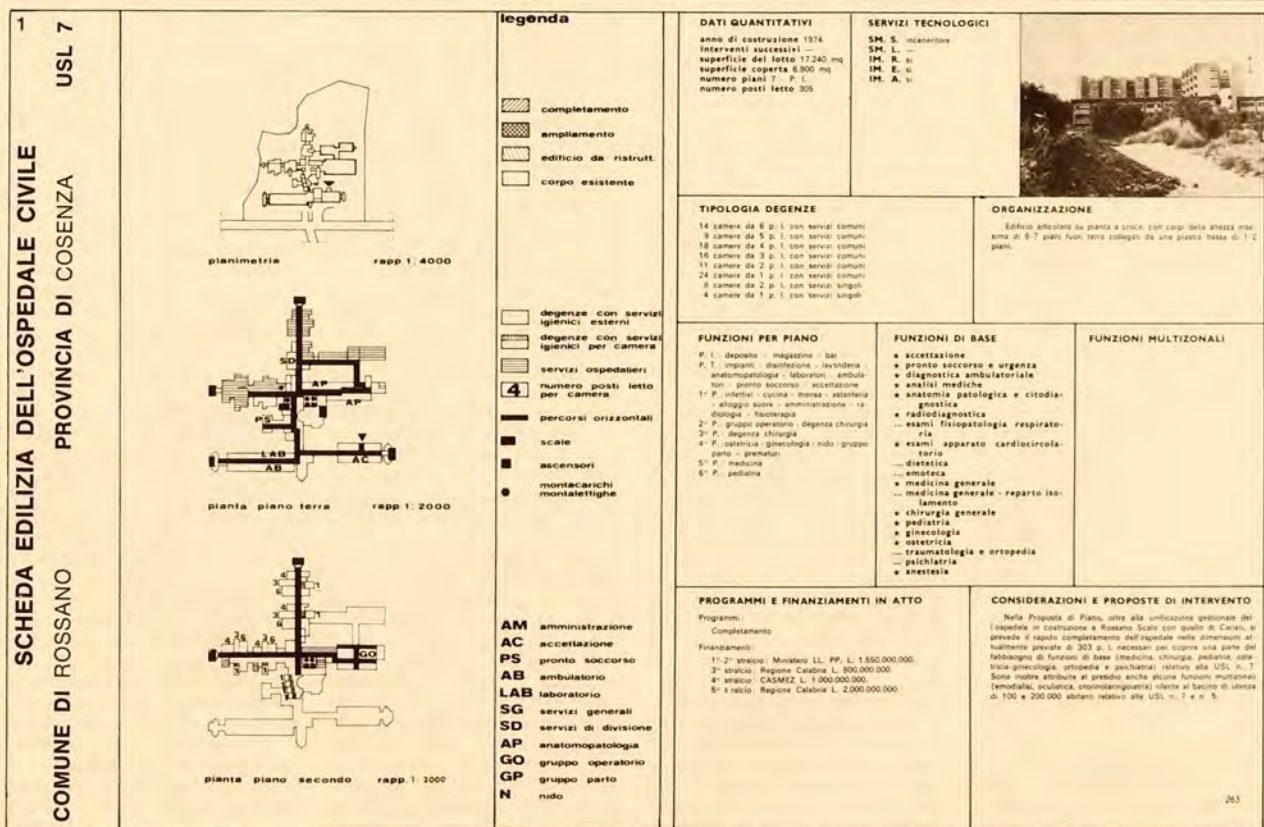
cessive: di conseguenza i presidi ai quali sono assegnate funzioni multizonali, svolgono contemporaneamente tutte le funzioni di livello inferiore fino a quelle di base. In generale sono previsti i seguenti interventi indicati, caso per caso dal Piano:

1. **riqualificazione**, con o senza riduzione di posti letto e con integrazione delle funzioni e dei servizi esistenti;
2. **ampliamento della dotazione** di posti letto e/o delle attrezzature;
3. **ristrutturazione** con trasformazione degli ospedali specializzati o psichiatri in ospedali unici e generali;
4. **completamento** degli ospedali ancora in corso di costruzione, confermati dal Piano;
5. **nuova costruzione** dei presidi previsti dal Piano;
6. **adeguamento** dei presidi per i quali è prevista la trasformazione in strutture extra-ospedaliere e sociali;
8. **abbandono** delle strutture non altrimenti utilizzabili.

Le previsioni contenute nei Piani sociosanitari costituiscono necessariamente, obiettivi di medio-lungo periodo conseguibili attraverso una serie di atti amministrativi e interventi operativi di non facile e immediata realizzazione. Pertanto, realisticamente, è stata ipotizzata una fase di transizione, dall'attuale

Regione Calabria, Dipartimento di politica sociale, Ass. alla Sanità, Proposta di Piano sociosanitario, 1977: 1. Esempio di scheda edilizia tipo: Ospedale civile di Rossano, Cosenza, (USL 7), 1974. Rilevamento del patrimonio edilizio in costruzione; ospedali da completare: 2. Ospedale di Si-

dero, Reggio Calabria, (USL 25), 1968; 3. Ospedale di Tropea, Catanzaro, (USL 22), 1969; 4. Ospedale di Lungro, Cosenza, (USL 2), 1975. Ospedali da ridimensionare: 5. Nuovo Ospedale di Lametia Terme, Catanzaro, (USL 15), 1970; 6. Nuovo Ospedale di Reggio Calabria (USL 28), 1970.





Ospedali sottodimensionati: 7. Nuova Ospedale di Aciri, Cosenza, (USL 5), 1965; Ospedali da riconvertire a funzioni paraospedaliere: 8. Ospedale di Cittanova, Reggio Calabria, (USL 24); 9. Ospedale di Rosarno, Reggio Calabria, (USL 23), 1965; 10. Ospedale di Mormanno, Cosenza, (USL 2),

1966-71.

sistema a quello previsto dai Piani, e sono stati indicati gli obiettivi, le scelte e gli interventi di breve periodo, da perseguire prioritariamente per avviare con coerenza la loro attuazione.

Considerazioni conclusive

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha sostanzialmente confermato i criteri di impostazione delle proposte di Piani sociosanitari predisposte dalla Campania, dalla Sicilia e dalla Calabria. Occorre ricordare tuttavia che le proposte stesse non si sono tradotte in provvedimenti legislativi e/o amministrativi regionali: nel caso della Campania, la Giunta si è limitata a prendere atto degli elaborati predisposti dall'Assessorato competente che, portati al dibattito in Consiglio, per ben due volte hanno determinato la crisi della Giunta stessa rimanendo pertanto non approvati. Nel contempo la Giunta Regionale ha deliberato finanziamenti e interventi nel settore ospedaliero e sociosanitario decisamente contrastanti con gli obiettivi e le previsioni contenute nel Piano sociosanitario. Infine, ad oltre due anni di distanza dalla elaborazione del Piano, con Legge Regionale 8 agosto 1979, n. 34, il Consiglio Regionale ha proceduto, esclusivamente, alla *De-*

terminazione degli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sanitari e sociali, ai sensi dell'articolo 25 del DPR 24 luglio 1977, n. 616. Gli ambiti, delimitati con criteri non evidenziati nella Legge, risultano 61 rispetto alle 60 USL del Piano sociosanitario: oltre che nella città di Napoli (10 ambiti rispetto alle 12 USL) si registrano sensibili variazioni soprattutto nelle Province di Avellino e Benevento. Ma al di là delle scelte operate, tale Legge, che di fatto costituisce un ulteriore, e forse definitivo, colpo al Piano sociosanitario, dimostra, ancora una volta, il metodo parziale e settoriale con il quale viene gestito il problema della salute, e più complessivamente, il territorio in Campania. Nel caso della Sicilia, la proposta pur approvata dalla Giunta non è stata portata all'esame del Consiglio; nel caso della Calabria, l'Assessorato competente ha promosso una serie di confronti e dibattiti presso gli Enti locali interessati, ha adottato numerosi e interessanti iniziative di approfondimento e di intervento, ma la proposta di Piano nella sua globalità ha mantenuto un carattere essenzialmente indicativo. Ciò nonostante si ritiene che il lavoro svolto sia stato estremamente utile per l'approfondimento dei problemi di pianificazione sociale e sa-

nitaria connessi con il dibattito parlamentare, relativo alla approvazione della Legge n. 833 e la formulazione dei criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Inoltre la conoscenza acquisita, i confronti avviati, i dibattiti svolti consentiranno indubbiamente di dare attuazione più rapidamente e più agevolmente alla stessa Legge n. 833 non soltanto nei suoi aspetti specifici, ma anche in quelli più generali di pianificazione e gestione del territorio.

Livio Talamona

mo 1977; Regione Calabria - Dipartimento di Politica sociale - Assessorato alla Sanità, *Proposta di Piano Sociosanitario* - Le Monnier, Firenze 1977; i Piani sociosanitari sono il risultato del lavoro, lungo e impegnativo, compiuto congiuntamente, negli anni 1975-1977 dagli organismi politici, amministrativi e tecnico-scientifici delle Regioni interessate e dalle équipe di esperti del CISI-Roma. Il lavoro è stato sviluppato per fasi successive durante le quali sono stati prodotti documenti intermedi portati al dibattito ed alla verifica delle forze politiche, sindacali, sociali.

(2) I Piani contengono indirizzi e proposte di intervento, formulate dagli esperti del CISI, su molteplici problemi specifici quali, ad esempio, l'assistenza psichiatrica, degli anziani, della maternità e dell'infanzia, il controllo ambientale, il servizio veterinario, il termalismo, la rete informatica, la formazione del personale.

(3) La elaborazione delle analisi socioeconomiche, territoriali e dell'offerta sanitaria e la formulazione delle proposte dei Piani sociosanitari e delle reti ospedaliere delle Regioni interessate sono state svolte, per il CISI, dalla équipe di lavoro, coordinata e diretta dal Prof. Ing. Marcello Vittorini e composta dagli arch. F. Cusani, F. Mangoni di S. Stefano, A. Renzullo, G. Riano, L. Talamona.

(4) Alla elaborazione dei modelli organizzativi del Servizio sanitario regionale e delle USL, ha lavorato il Dott. I. Nicoletti con la collaborazione, per la Calabria, del Dott. M. Boganelli.

L'Umbria perviene alle soglie della Riforma sanitaria avendo alle spalle un'esperienza di programmazione socioeconomica che le consente di affrontare in termini abbastanza facilitati i nuovi obiettivi di ristrutturazione dei servizi su base territoriale. Infatti sul finire degli anni Cinquanta e nei primi anni del Decennio successivo un forte movimento regionalistico si è radicato in questo contesto ponendosi, tra gli altri, l'obiettivo di elaborare autonomamente un proprio Piano regionale di sviluppo; l'ipotesi centrale di questo Piano verteva sul riequilibrio territoriale: non va dimenticato che in quegli anni la ristrutturazione economica avviata dai Governi centristi aveva colpito in modo particolare questa Regione nella sua risorsa economica principale, l'agricoltura, provocando forti tensioni sociali sfociate in un drammatico esodo di popolazione, con l'abbandono della montagna e con un ridimensionamento preoccupante delle campagne e delle fasce collinari (ad economia prevalentemente mezzadriale). La metà di questo esodo non poteva essere costituita dalle città, incapaci di riassorbire la migrazione se non entro limiti ristretti, perché a loro volta colpite dalle traversie subite dall'industria, sia quella a partecipazione statale o legata al monopolio chimico (presente soprattutto nella Conca ternana) sia quella di dimensione medio-piccola, impegnata in problemi di investimenti per rinnovamento tecnologico, abbastanza ardui se rapportati alla marginalità del sistema produttivo umbro nell'ambito nazionale e al suo decentramento rispetto alle correnti di mercato. Nel complesso la situazione produceva una nuova e massiccia ondata di emigrazione non solo verso i Paesi esteri ma anche verso il Triangolo industriale e la Capitale. La chiusura delle miniere di lignite, tradizionale serbatoio di occupazione di tecnici e di manodopera anche qualificata, completa il quadro della disgregazione, sinteticamente riassumibile ricordando che solo nel 1977 la popolazione dell'Umbria è ritornata ai valori del 1951. L'obiettivo del riequilibrio territoriale perseguito dal Piano si basava sulla realizzazione di Comprensori sociourbanistici, definiti in modo tale da aggregare in ogni caso Zone tra loro disomogenee. Le vicende storiche della Regione, rinvenibili nella nostra epoca nei segni lasciati in eredità dal Periodo dei Liberi Comuni, hanno prodotto una particolare struttura insediativa caratterizzata dalla presenza di numerosi Centri storici, alcuni dei quali hanno assunto col tempo, e soprattutto dopo l'Unità d'Italia, ruolo egemonico sul territorio circostante: Perugia, in primo luogo, ma anche Spoleto, Orvieto, Foligno,

Narni, Città di Castello, Gubbio, Todi, Assisi e seppure per altre ragioni, Terni. Impernando su questi Centri urbani l'articolazione comprensoriale, il Piano regionale di sviluppo si proponeva di rinsaldare e rendere organici i legami con i Centri minori e con tutto il territorio destrutturato, operando in modo che in ciascun Comprensorio si realizzasse l'equilibrio tra attività primarie (soprattutto agricole), secondarie, commerciali e dei servizi così da consentire alla popolazione di ritrovare nel proprio contesto d'origine forti occasioni di integrazione sociale. Il sistema dei Comprensori avrebbe dovuto trovare il proprio cardine in Perugia, intesa come Comprensorio nodale in rapporto a tutto il territorio regionale, coerentemente ad un concetto di città-regione teso ad evitare la concentrazione di tutto lo sviluppo imprenditoriale e culturale nel Capoluogo regionale, così da esorcizzare il fenomeno della sua progressiva dilatazione a scapito di un *hinterland* regionale sempre più spopolato, fenomeno che altre Regioni analogamente depresse hanno conosciuto e pagato a caro prezzo. Non è qui il caso di esaminare quanto di quelle ipotesi sia stato realizzato né il loro grado di correttezza. Ci interessa piuttosto rilevare che esse hanno resistito quasi integralmente all'usura del tempo: infatti tutti gli azionamenti posteriori, cui si è ricorsi quando la classe politica regionale ha dovuto misurarsi non più con obiettivi di mera rivendicazione bensì con impegni di governo locale, hanno complessivamente rispettato l'intuizione di partenza. Così è accaduto infatti per la redazione del Piano di sviluppo elaborato durante la prima legislatura regionale, e così pure per la definizione dei Comprensori economico-urbanistici, creati con la Legge 3 giugno 1975, n. 40, per la definizione delle Zone di intervento nel campo dei beni culturali e per i Distretti scolastici. L'unica eccezione, del resto facilmente comprensibile, è costituita dalle Comunità montane. Così è accaduto anche per la programmazione sociosanitaria, avviata con la Legge regionale 14 novembre 1974, n. 57: tale Legge disponeva infatti le deleghe delle funzioni amministrative regionali ai Comuni, a condizione che questi si associassero per dar vita a Consorzi aventi — per indicazione di Legge — gli stessi ambiti territoriali dei Comprensori sociourbanistici. Contestualmente, la Legge n. 57 disponeva che tutti i Consorzi redigessero un Piano zonale per i servizi sanitari e socioassistenziali, sulla base di un progetto di Piano elaborato dalla Giunta regionale, col parere del Consiglio regionale. Tali Piani comprensoriali avrebbero dovuto

confluire nel Piano sociosanitario regionale vero e proprio, previa verifica di coerenza con il progetto e di compatibilità con la programmazione socioeconomica. Riassumendo e concludendo, le problematiche innescate con la creazione dei Comprensori hanno potuto confluire interamente, a livello di soluzioni progettuali, nella definizione dell'Unità locale dei servizi, ricevendo sostanziale conferma dal DPR 24 luglio 1977, n. 616 e soprattutto dalla Legge di Riforma sanitaria per quel che concerne gli ambiti territoriali delle USL. Infatti, se non altro sul piano del parametro demografico tutti i Comprensori dell'Umbria rientrano nei limiti minimo e massimo (da 50.000 a 200.000 abitanti) contemplati all'articolo 14 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e l'unico Comprensorio sensibilmente al di sotto del limite minimo, quello n. 9, che aggrega i territori circostanti i Centri di Norcia e Cascia, rientra nella previsione dello stesso articolo, laddove viene ammesso che *nel caso di aree a popolazione particolarmente sparsa* i limiti possano essere più ristretti. Per di più l'uniformità degli azionamenti individuati dalle Leggi regionali di settore consentirà di conservare il massimo di integrazione possibile tra tutti gli interventi sociali, in vista di una riforma complessiva delle Autonomie locali che realizzi l'unificazione anche istituzionale di tali interventi, attraverso la ristrutturazione del Comune e la razionalizzazione dei suoi ambiti territoriali. Tale integrazione potrà essere sottoposta ad una prima verifica per quel che concerne i servizi assistenziali: la proposta di Legge regionale che, sostituendo la Legge n. 57, delinea l'assetto definitivo delle USL dell'Umbria, prevede infatti che fino alla riforma dell'assistenza i comitati di gestione delle USL provvedano anche alla gestione dei servizi socioassistenziali nell'Area comprensoriale, recuperando così quel principio di unitarietà e integrazione sociosanitaria sancito dalla Legge n. 57 ed indebolito dalla divaricazione tra le sorti della riforma sanitaria e quelle della riforma dell'assistenza. Quanto sopra esposto si basa sull'attuazione del DPR n. 616, che dispone la delimitazione di ambiti territoriali unici per i servizi sanitari e quelli socioassistenziali, e la costituzione (anche obbligatoria) di associazioni comunali o la convalida delle Comunità montane in caso di coincidenza territoriale con gli ambiti di cui sopra, ai fini della gestione dei *servizi sociali e sanitari*. Principio, questo, ribadito dalla stessa Legge di Riforma sanitaria, laddove viene affidato alle Regioni il compito di stabilire con legge le forme di integrazione

con la gestione dei servizi sociali. Quindi la prospettiva per la Regione Umbria è di costituire nove Associazioni di Comuni per la gestione dei servizi sociali e sanitari, e di avvalersi per il medesimo scopo di tre Comunità montane coincidenti per intero con altrettanti ambiti territoriali. Queste Associazioni e Comunità montane gestiranno nell'immediato le USL, tramite un apposito comitato di gestione che si incaricherà — se la Legge verrà approvata nel testo proposto dalla Giunta — anche della gestione dei servizi socioassistenziali. Man mano, poi, le assemblee delle Associazioni assumeranno i compiti di gestione relativi agli altri settori dell'intervento sociale (beni culturali, formazione professionale, assistenza scolastica, casa, urbanistica, eventualmente trasporti) dando luogo ad adeguati strumenti amministrativi. Il vincolo di designazione dei membri delle assemblee, che stabilisce una sovrapposizione con l'ambito dei Consigli comunali, eviterà che le Associazioni si configurino come cosa estranea rispetto alla matrice comunale, o addirittura come corpi separati. Alcune considerazioni schematiche, infine, in ordine all'organizzazione e al funzionamento delle USL, così come risultano prefigurati nella proposta di Legge regionale. L'organizzazione e il funzionamento delle USL si baseranno sul presupposto dell'autonomia tecnico-funzionale e perseguiranno l'obiettivo politico posto a base della Riforma, laddove questa punta a trasformare in senso orizzontale e partecipato il precedente ordinamento sanitario, verticale e burocratico. In base al presupposto dell'autonomia tecnico-funzionale, si individuano nell'USL tre aree di attività: area dell'assistenza sanitaria di base (*distretto*); area dei servizi integrativi dell'assistenza di base (*dipartimento*); area dei servizi centralizzati (*ufficio centrale*). Le aree stanno tra loro in rapporto orizzontale; le prime due hanno soprattutto funzione di erogazione delle prestazioni, la terza è a carattere prevalentemente organizzativo. Il *distretto* è dunque l'area dell'assistenza sanitaria di base. I criteri di individuazione di tale articolazione dell'USL, si fondano su parametri relativi all'utenza, alla partecipazione, agli operatori e ai servizi, (per le funzioni cui deve essere provveduto nell'ambito del *distretto* vedi tab. 1). Al momento l'orientamento prevalente è quello di assegnare al *distretto* valori minimi e massimi di popolazione compresi tra 5.000 e 10.000 abitanti, con le consuete deroghe nel caso di territori ad insediamenti molto sparsi o viceversa molto concentrati; per quanto concerne il parametro *partecipazione*, è necessario o-

Umbria - Ambiti territoriali delle USL e strutture amministrative di gestione.

1



LEGENDA

1 ALTA VALLE DEL TEVERE	COMUNITA' MONTANA
2 ALTO CHIASCIO	ASSOCIAZIONE DI COMUNI
3 PERUGIA	COMUNE
4 VALLE UMBRA NORD	COMUNE
5 VALLE UMBRA SUD	COMUNE
6 TRASIMENO	COMUNE
7 MEDIA VALLE DEL TEVERE	COMUNE
8 SPOLETINO	COMUNITA' MONTANA
9 VALNERINA	ASSOCIAZIONE DI COMUNI
10 ORVIETANO	COMUNE
11 BASSO TEVERE	COMUNE
12 CORRA TERNANA	COMUNE

Tabella 1
DISTRETTO DI BASE
FUNZIONI

Studio ambientale per profilo epidemiologico.
Educazione sanitaria.
Tutela ambiente e alimenti - controllo piccolo rischio.
Assistenza medico-generica, pediatrica e ostetrica, odontoiatrica, farmaceutica.
Assistenza domiciliare e aiuto domestico.
Attività di medicina pubblica mirata: consultori familiari, tutela materno-infantile, medicina scolastica, sportiva, del lavoro (tutela di base).
Attività di supporto sociale per: igiene mentale, assistenza tossicodipendenti, handicappati.
Igiene ed assistenza veterinaria.

Attività di medicina pubblica mirata: consultori familiari, tutela materno-infantile, medicina scolastica, sportiva, del lavoro (tutela di base).
Attività di supporto sociale per: igiene mentale, assistenza tossicodipendenti, handicappati.
Igiene ed assistenza veterinaria.

Regione Umbria, 1979: 1. Ambiti territoriali delle USL e strutture amministrative di gestione; 2. Distribuzione dei medici generici e pediatri sul territorio; 3. Rete degli ospedali; 4, 5, 6, 7. Organizzazione e funzionamento delle USL: funzioni dell'area dell'assistenza sanitaria di base (distretto) (tab.

rientarsi verso il livello comunale: il distretto cioè dovrebbe coincidere con il Comune, o con un suo sottomultiplo o con più Comuni, a seconda della popolazione, in modo che il comitato di gestione del distretto sia espressione di uno o più Comuni, o di uno o più Consigli di circoscrizione. Va precisato che questa impostazione si adatta solo a situazioni come quelle dell'Umbria, dove le circoscrizioni comunali sono dell'ordine di grandezza delle migliaia di abitanti; essa non può valere per le grandi città, in cui le circoscrizioni sono dell'ordine di grandezza delle decine di migliaia di abitanti, così da renderle semmai adatte alla gestione delle USL. Riguardo al parametro operatori, in base al criterio della residenzialità dovrebbe essere garantita la presenza fissa di medici generici, pediatri, infermieri, e di personale per l'aiuto domestico, mentre per altre figure di operatori sanitari e sociali ci si orienta a garantirne la disponibilità, eventualmente relativa ad un bacino di utenza comprendente più distretti. Infine, si tende a considerare il distretto come il principale tramite tra cittadini e Servizio sanitario nazionale, sia per le prestazioni che possono essere esaurite nell'ambito del distretto stesso, sia

Tabella 2
AREA INTEGRATIVA
DELL'ASSISTENZA DI BASE
FUNZIONI

Attività diagnostica di supporto specialistico alla medicina generica e pediatrica.
Attività diagnostico-terapeutica conseguente al « passaggio in cura » dalla medicina di base e alla « dimissione protetta » da parte dell'ospedale.
Assistenza in regime di ricovero ospedaliero.
Supporto tecnico-specialistico alla prevenzione e profilassi ambientale in campo umano e veterinario.
Supporto tecnico-specialistico alla educazione sanitaria e formazione e aggiornamento del personale.
Ricerca biomedica sperimentazione clinica ed epidemiologia.

Attività diagnostica di supporto specialistico alla medicina generica e pediatrica.
Attività diagnostico-terapeutica conseguente al « passaggio in cura » dalla medicina di base e alla « dimissione protetta » da parte dell'ospedale.
Assistenza in regime di ricovero ospedaliero.
Supporto tecnico-specialistico alla prevenzione e profilassi ambientale in campo umano e veterinario.
Supporto tecnico-specialistico alla educazione sanitaria e formazione e aggiornamento del personale.
Ricerca biomedica sperimentazione clinica ed epidemiologia.

Regione Umbria, 1979: 1. Ambiti territoriali delle USL e strutture amministrative di gestione; 2. Distribuzione dei medici generici e pediatri sul territorio; 3. Rete degli ospedali; 4, 5, 6, 7. Organizzazione e funzionamento delle USL: funzioni dell'area dell'assistenza sanitaria di base (distretto) (tab.

per i servizi erogati da altre aree funzionali, nel qual caso il distretto deve svolgere funzioni organizzative e di smistamento. All'area funzionale dell'assistenza sanitaria di base fa riferimento l'area dell'assistenza specialistica, definita in modo da fungere da supporto alla prima (da qui la denominazione di *area integrativa*). L'organigramma delle funzioni è riassunto nella tabella n. 2 mentre la successiva tabella n. 3 illustra una organizzazione dipartimentale a modulo territoriale, impostata sull'intervento per fasce di popolazione a rischio; alcuni dei dipartimenti hanno una utenza più ampia di quella della singola USL, e costituiscono pertanto i presidi multizonali contemplati nella Legge di riforma. Infine l'area delle funzioni centralizzate è descritta nella tabella n. 4 sia per quanto concerne le funzioni stesse (accorpate secondo criteri di omogeneità in modo da prefigurare l'organizzazione dell'ufficio centrale). In altri termini, la proposta di Legge regionale delinea un ufficio centrale costituito da settori, ciascuno dei quali è affidato ad uno o più responsabili; questi ultimi compongono collegialmente l'ufficio di direzione, che si occupa anche del funzionamento degli organi di gestione dell'USL (Assemblea e

Tabella 3
AREA INTEGRATIVA
DELL'ASSISTENZA DI BASE
ORGANIZZAZIONE

DIPARTIMENTI TERRITORIALI PER PROBLEMATICHE DI RISCHIO.
Tutela materno-infantile e età evolutiva. Medicina interna (terapie farmacologiche di lunga durata) anche in « day hospital ».
Chirurgia (terapie riabilitative post-operatorie e post-traumatiche) anche in « day hospital ».
Igiene mentale (e trattamento clinico delle tossicodipendenze) anche in « day hospital ».
Servizi speciali di diagnosi e cura - anche in « day hospital » - anche a carattere multizonale.
Tutela dell'ambiente e prevenzione nei luoghi di lavoro - a carattere multizonale.
Igiene e assistenza veterinaria - a carattere multizonale.

DIPARTIMENTI TERRITORIALI PER PROBLEMATICHE DI RISCHIO.
Tutela materno-infantile e età evolutiva. Medicina interna (terapie farmacologiche di lunga durata) anche in « day hospital ».
Chirurgia (terapie riabilitative post-operatorie e post-traumatiche) anche in « day hospital ».
Igiene mentale (e trattamento clinico delle tossicodipendenze) anche in « day hospital ».
Servizi speciali di diagnosi e cura - anche in « day hospital » - anche a carattere multizonale.
Tutela dell'ambiente e prevenzione nei luoghi di lavoro - a carattere multizonale.
Igiene e assistenza veterinaria - a carattere multizonale.

1); funzioni e organizzazione dell'area dei servizi integrativi dell'assistenza di base (dipartimento) (tab. 2-3); funzioni dell'area dei servizi centralizzati (ufficio centrale) (tab. 4).

comitato di gestione). Un coordinatore, scelto dal comitato di gestione tra i responsabili di settore con nomina a termine e revocabile in qualunque momento, garantisce la collegialità dell'ufficio, mantenendo la responsabilità del suo settore. Il fatto che sia prevista una sola figura di coordinatore non deve far pensare ad un'organizzazione piramidale: semmai tale sospetto potrebbe essere giustificato nel caso di due o più coordinatori, ad esempio per la parte sanitaria e per quella amministrativa, perché se la funzione del coordinamento esclude (come sembra corretto pensare) valutazioni di merito sull'operato dei singoli responsabili di settore, non è necessario pensare a più di una figura. La questione, comunque, è *sub judice* essendo largamente influenzata dalle disposizioni governative che saranno contenute nel Decreto delegato sull'ordinamento del personale, ai sensi dell'articolo 47 (e indirettamente dell'articolo 15) della Legge di riforma. Per finire, è d'uopo un richiamo a quanto affermato in precedenza circa il presupposto dell'autonomia tecnico-funzionale dei servizi. Il rapporto orizzontale e non verticale tra le tre aree funzionali, esclude momenti di subordinazione dell'una ri-

spetto alle altre, e in particolare delle prime due nei confronti della terza. Ogni distretto ed ogni dipartimento esprimono nel proprio ambito una funzione di coordinamento, attraverso la quale deve essere garantita l'integrazione di tutti gli obiettivi affidati dall'ufficio centrale a ciascuna articolazione dell'USL. Conseguentemente, l'ufficio di direzione è tale soprattutto sul piano della programmazione; viceversa sul piano organico più che di ufficio di direzione dell'USL si tratta dell'ufficio di direzione delle funzioni centralizzate (ossia dell'ufficio centrale).

Gianni Barro

**INTERVISTE SUI PROBLEMI
DELL'ATTUAZIONE DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE
CINQUE DOMANDE A TECNICI
E AMMINISTRATORI**
a cura di Sergio Brenna e Gian Paolo Semino

Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN), avvenuta con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, si afferma il principio che l'effettuazione di tale servizio debba essere svolta attraverso un sistema integrato di organismi sanitari a funzione differenziata, che abbia come uno degli obiettivi fondamentali — come afferma l'art. 2 della Legge — il perseguimento da parte del SSN, nell'ambito delle proprie competenze, del superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese. Si afferma, inoltre, che alla gestione unitaria della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. (art. 10). L'Unità sanitaria locale (USL) è definita come il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale (art. 10). In particolare, gli ospedali dovrebbero cessare di costituire una sorta di unità aziendali autonome, rette con criteri di pura autosufficienza sia funzionale che gestionale, per divenire strutture delle unità sanitarie locali ed articolarsi per dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri in rapporto all'esigenza di definiti ambiti territoriali nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo (art. 17). Sembra emergere da questi riferimenti, che si fondano sulla centralità dell'ambito territoriale di riferimento, sulla globalità della tutela della salute e sulla unitarietà della sua gestione (Nel SSN è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività; art. 1), sulla equivalenza del livello di servizio prestato, una linea di più organico collegamento sia nel rapporto tra caratteri con cui la popolazione si insedia sul territorio e localizzazione dei diversi tipi di centri sanitari (piani territoriali e di settore), sia dal punto di vista del decentramento delle funzioni profilattiche, diagnostiche e terapeutiche in organismi sanitari opportunamente integrati con altre funzioni sociali, sia, infine, da quello della stessa organizzazione tecnico-funzionale degli organismi sanitari stessi, in relazione ai nuovi compiti svolti a livello di massa, che non può mancare di influenzare fortemente i caratteri del sistema sanitario, nella sua organizzazione fisica e funzionale.

Alla luce delle considerazioni sopra svolte vorremmo rivolgerle le seguenti domande: 1. Ritiene che l'istituzione del SSN, come previsto dalla Legge istitutiva, necessiti della definizione di caratteri differenziati degli organismi sanitari in rapporto ai differenti caratteri di insediamento della popolazione sul territorio e ai nuovi compiti di massa che il SSN pone? E, in caso affermativo, quali crede possano essere le modificazioni che ne debbono conseguire nella definizione degli obiettivi di programmazione socio-economica e sanitaria e dei piani territoriali e di settore (ospedalieri, sanitari, di azionamento delle USL, eccetera), al fine di definire un rapporto di congruenza tra questi

e le esigenze di definiti ambiti territoriali per il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese? Può indicare, a livello dell'istituzione, dell'organismo sanitario o dell'azienda in cui opera — oppure le sono altrimenti note — esperienze o proposte che delineino alcuni tratti di questi nuovi caratteri?

2. Come ritiene si possa conciliare l'obiettivo del superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie rispondendo alle esigenze di definiti ambiti territoriali con l'esigenza di provvedere alla gestione unitaria della salute in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di USL? Che ruolo può avere in questa duplice esigenza, la flessibilità o la caratterizzazione di determinati tipi edilizi o configurazioni architettoniche, in relazione sia alle esigenze di industrializzazione, diffusività ed economicità di realizzazione, sia a quelle di aderenza alle differenti specificità socio-ambientali e di realizzazione di differenziati organismi e differenziate funzioni?

3. Attraverso quali configurazioni del sistema degli organismi sanitari pensa sia possibile garantire il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività? Ritiene che il distretto sanitario di base quale struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento dovrebbe promuovere forme di integrazione sia fisica che funzionale con le altre attività richiamate sopra, e se sì, con quali e attraverso quali forme, in particolare? Nell'ambito di queste integrazioni fisico-funzionali come l'USL potrebbe assolvere ai compiti della formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità?

4. L'auspicata articolazione della organizzazione degli ospedali per dipartimenti, gestiti sulla base della integrazione delle competenze e del lavoro di gruppo e il collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri può trovare nella diffusione di sempre più elevati livelli tecnologici e di automazione delle attrezzature diagnostiche e terapeutiche l'occasione per il superamento della attuale organizzazione per reparti di specializzazione settoriale o rischia di essere niente più che un processo di imitazione consumistica di determinati modelli (cui opporre al massimo un criterio di razionalizzazione ed ottimizzazione tanto per l'acquisto che per la gestione), inevitabilmente veicolo di nuovi e più particolaristici specialismi?

5. Le agitazioni degli ospedalieri, verificatesi nei mesi scorsi e che tanta risonanza hanno avuto a livello di opinione pubblica, al di là delle forme esasperate e delle punte corporative che talvolta hanno assunto, sono indubbiamente il sintomo di una situazione di malessere reale e profondo dovuto ai caratteri specifici con cui l'attuale organizzazione del sistema sanitario opera una stratificazione della divisione tecnica e sociale del sapere e del lavoro tra funzioni mediche ad alta qualificazione e retribuzione e funzioni paramediche ed ausiliarie fortemente dequalificate, defatiganti, poco appetibili e relativamente poco retribuite. Pensando di superare le attuali contraddizioni — come giustamente pongono le Organizzazioni sindacali — in termini non di sola indennità salariale alla dequalificazione, quale pensa possa essere la prospettiva, all'interno delle nuove funzioni di massa e dei nuovi compiti posti

dal SSN, per incentivare, assieme a nuove funzioni, anche una diversa organizzazione tecnica e sociale del sapere e del lavoro all'interno degli organismi sanitari? Quali, in particolare il ruolo e le trasformazioni degli organismi e degli itinerari di formazione del personale medico e di quello paramedico (Facoltà o Scuola medica ospedaliera? Scuola superiore sanitaria con funzioni professionalizzanti?); quali le prospettive di carriera da offrire? Ritiene questa prospettiva funzionale ad un nuovo e più diffusivo livello della erogazione delle prestazioni sanitarie, e se sì, attraverso quali linee? Quali nuovi organismi e con quali nuovi caratteri si avvantaggerebbero di ciò?

CONTI

1. Ai fini della formazione e della suddivisione tra Regioni del Fondo sanitario è stata svolta una rilevazione, suddivisa per Regioni, della spesa sanitaria globale effettuata su un anno campione. Si è avuta una sorpresa: in linea di massima non risulta affatto vero quanto comunemente si credeva, e cioè che nelle Regioni del Sud, caratterizzate notoriamente dal peggiore servizio sanitario, si sia speso meno che nelle Regioni del Nord meglio servite. Si può tranquillamente sostenere che non esista rapporto tra l'entità dei costi di gestione e il livello delle prestazioni. Il problema di superare gli squilibri territoriali non appare dunque tanto un problema di redistribuzione di risorse, quanto piuttosto un problema di introdurre dei controlli sull'efficienza là dove non esistono: e, visto che formalmente un sistema di controlli burocratici è esistito sempre e dovunque, è chiaro che occorre giungere a un sistema di controlli democratici. Tale controllo democratico dovrebbe avere luogo nell'Unità sanitaria locale. Ma le condizioni che rendono possibile il controllo democratico esistono? Questo è il punto. Gli obiettivi di programmazione sanitaria possono venire definiti solo in termini quantitativi (per esempio: il numero dei pediatri dev'essere



Laura Conti, Medico, Consigliere regionale della Regione Lombardia per il Partito comunista italiano.

(segue a pag. 58)



Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana; le disfunzioni dell'attuale sistema ospedaliero: 1. Sgombero dell'Ospedale S. Carlo di Milano durante lo sciopero del personale medico e paramedico, autunno 1978. 2. Inter-

vento della Polizia all'Ospedale Maggiore di Niguarda, Milano, nel corso delle lotte del personale, autunno 1978. 3. Manifestazione degli ospedalieri milanesi, autunno 1978.

LEGISLAZIONE SANITARIA DALL'UNITÀ AD OGGI

Mario Viviani

Le premesse più lontane

L'assistenza sanitaria ed ospedaliera è stata — nel tempo — regolata dal legislatore ordinario con disposizioni ispirate a principi e finalità tra di loro diversi e spesso contraddittori. Lo Stato liberale pre-fascista non annoverava tra i propri scopi la tutela e la promozione della salute né esisteva tra i diritti fondamentali del cittadino, enunciati dagli articoli 24, 26, 27, 28, 29, 30 e 32 dello Statuto del Regno, un diritto alla salute. Aldilà delle disposizioni a tutela dell'igiene e della sanità pubbliche, il problema della salute del singolo cittadino assumeva rilievo solo nel caso di malattie contratte da soggetti indigenti ovvero di malattie che comportassero un pericolo — anche potenziale — per la comunità. In questo quadro l'intervento pubblico avveniva fondamentalmente attraverso strutture decentrate (IBAP, congregazioni comunali di carità, manicomio, condotte comunali o consortili per l'assistenza medico-chirurgica ed ostetrica e per la vigilanza igienica), strutture che godevano di notevole autonomia quanto ai contenuti dell'attività assistenziale ed alle modalità di erogazione della stessa e che erano soggette ad un controllo di tipo formale, relativo al corretto funzionamento amministrativo e contabile, affidato essenzialmente agli organi periferici del Ministero dell'Interno. In realtà il sistema dell'assistenza sanitaria era ispirato a criteri di ampio decentramento che, da un lato, lasciavano spazio all'iniziativa privata congeniale al pluralismo liberista e, dall'altro, rispondevano alla concezione allora dominante secondo la quale lo Stato era «neutrale» rispetto alle vicende «personali» del cittadi-

no ed organizzava solo interventi indiretti per i bisognosi (la soluzione proletaria delle Società operaie di mutuo soccorso — poi regolate dalla Legge 15 aprile 1886, n. 3818 — e della mutualità cooperativistica riveste un notevole valore politico e culturale).

La vocazione accentratrice ed autoritaria del Regime fascista produsse ovvie conseguenze anche sul sistema dell'assistenza sanitaria. Venne anzitutto accentuato l'intervento di Pubblica sicurezza invero già previsto da Leggi speciali antecedenti, quale il Regio decreto 19 novembre 1889 n. 6535, relativo al ricovero degli inabili al lavoro: i provvedimenti da assumere per i malati di mente e le persone affette da cronica intossicazione prodotta da alcool o da altre sostanze inebrianti o stupefacenti furono regolati — dapprima — dagli articoli 288 e 289 del testo unico di Pubblica sicurezza del 1926 e — poi — dall'art. 153 del testo unico di Pubblica sicurezza del 1931; gli affetti da infermità cronica o da insanabili difetti fisici od intellettuali che non possono procacciarsi i mezzi di sussistenza furono oggetto di una minuziosa normativa repressiva dettata dal testo unico del 1926 (articoli 293/300) e poi semplificata — a normalizzazione avvenuta — dal testo unico del 1931 (articoli 154 e 155). Il Regime fascista, per altro, tese ad accentrare sempre di più la gestione dell'assistenza sanitaria, riducendo ampiamente il campo d'azione delle istituzioni locali e riformandone l'organizzazione. Così — ad esempio — l'assistenza, anche sanitaria, alla maternità e all'infanzia fu attribuita all'Opera nazionale istituita con la Legge 10 dicembre 1925 poi sostituita dal Regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316: naturalmente l'intervento era volto ad erogare protezione e assistenza alle madri bisognose o abbandonate, ai bambini lattanti e svezzati, fino al quinto anno, appartenenti a famiglie che non possono prestar

loro tutte le necessarie cure per un razionale allevamento, ai fanciulli di qualsiasi età appartenenti a famiglie bisognose, ai minorenni fisicamente o psichicamente anormali, oppure materialmente o moralmente abbandonati, traviati e delinquenti fino all'età di anni diciotto compiuti, oltreché ai fanciulli abbandonati, figli di ignoti, a quelli nati da unioni illegittime, eventualmente riconosciuti dalla sola madre ove questa fosse in stato di povertà. L'assistenza igienico-sanitaria per la cura e la prevenzione delle malattie negli alunni delle scuole e per l'irrobustimento dei gracili, deboli o comunque predisposti alle malattie fu affidata all'Ente nazionale fascista per la mutualità scolastica, istituito con la Legge 3 gennaio 1929, n. 17. Sono questi solo due esempi della tecnica con la quale la legislazione fascista affrontò il problema dell'assistenza sanitaria (oltreché quella sociale), costituendo enti nazionali per le categorie più diverse. Sul finire del Ventennio prese piede una linea di concentrazione e di maggiore accentramento: con la Legge 11 gennaio 1943, n. 138 venne, ad esempio, costituito l'Ente mutualità fascista - Istituto per l'assistenza di malattie ai lavoratori (poi INAM), nel quale si fondevano le numerose casse malattia delle varie categorie; erano obbligatoriamente iscritti all'Ente tutti i lavoratori rappresentanti delle associazioni sindacali aderenti alle confederazioni fasciste dei lavoratori dell'agricoltura, dell'industria, del commercio, delle aziende di credito, dei professionisti e degli artisti. Nel frattempo il Regime aveva disposto un più consistente controllo dell'autorità ministeriale sugli ospedali dipendenti da Province, Comuni ed altri enti (art. 192 del testo unico delle Leggi sanitarie del 1934) ed aveva specificamente disciplinato l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali (Regio decreto 30 settembre 1938 n. 1631).

Se, da un lato, gli interventi pubblici avevano mantenuto e, per certi settori, aumentato la caratteristica della settorialità e della parcellizzazione, sia quanto ai soggetti competenti ad erogare l'assistenza sanitaria sia quanto agli utenti, si era, dall'altro lato, affermata la tendenza ad accentrare a livello nazionale l'organizzazione delle diverse attività ed a potenziare il controllo dell'autorità ministeriale. Con l'avvento della Repubblica democratica le linee di tendenza sopra individuate (settorialità, parcellizzazione, verticalizzazione) non vennero, in sostanza, abbandonate dall'azione legislativa e dalla prassi amministrativa, tanto che si verificò un sensibile incremento della frammentazione dell'intervento e della spesa pubblica, unito ad un ritorno a forme di pluralismo che hanno dato maggiore spazio all'iniziativa privata e religiosa. Rimase sostanzialmente inattuato — almeno per i primi vent'anni — il Dettato costituzionale, che garantiva la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività, pur limitando agli indigenti le cure gratuite (art. 32) e che attribuiva alle Regioni — in via propria — la competenza legislativa e le funzioni amministrative — da esercitare «normalmente» con delega agli Enti locali — in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera (artt. 117 e 118). Nel frattempo le competenze del Ministero dell'Interno passavano, dapprima, all'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica alle dipendenze della Presidenza del Consiglio (istituito con Decreto legislativo luogotenenziale del 12 luglio 1945, n. 417) e, poi, al Ministero della Sanità (istituito con la Legge 13 marzo 1958, n. 296). Tale passaggio di funzioni, se, per un verso, mostrava la crescita dell'interesse dello Stato verso i problemi della sanità, per altro verso poneva in essere una struttura burocratica che avrebbe poi

rapportato al numero dei bambini) ma come si determina la qualità delle prestazioni? Teoricamente, a questo provvedono l'Università, le Scuole di specialità, le Scuole professionali per il personale paramedico. Ma in realtà l'Università e le Scuole offrono solamente dei livelli di conoscenza, ma non offrono nessuna garanzia che le conoscenze vengano applicate. Perciò il problema del superamento degli squilibri del Servizio sanitario non si pone, a mio avviso, né come problema di caratteri differenziati degli organismi che devono erogare il Servizio, né come problema di definizione programmatica degli obiettivi: si pone invece come problema di rapporto fra i cittadini e lo Stato. Facciamo un esempio: vi sono città del Sud dove il numero dei pediatri addetti ai servizi di medicina scolastica è circa un decimo di quello che sarebbe necessario secondo gli standard che praticamente sono stati elaborati nelle città industriali del Nord; quei pochi, per di più, «firmano» per tre ore di servizio quotidiano, ma ne praticano solo mezz'ora. Evidentemente il problema non è tanto quello di moltiplicare per dieci il numero dei pediatri addetti al controllo sistematico dello sviluppo psico-fisico dei bambini, quanto piuttosto di ottenere che i pediatri percepiscano come indecente il parassitismo. Possono allora i genitori elaborare e far trionfare i valori del decoro professionale, in quel confronto democratico tra i cittadini e gli operatori che deve svolgersi nella Unità sanitaria locale? E' chiaro che la risposta a questa domanda dipende da molti fattori tutti estranei alla sfera della sanità: dipende dai livelli occupazionali, dal ruolo complessivo della pubblica amministrazione, dai rapporti sociali, dai rapporti di potere, dalla capacità dei pubblici poteri di sconfinare posizioni mafiose e parassitarie.

3. Il collegamento e il coordinamento delle attività sanitarie con le diverse attività che incidono sullo stato di salute non può avvenire che attraverso la coscienza dei cittadini. Dal punto di vista della prevenzione primaria, le attività del Servizio sanitario possono soltanto individuare le cause patologiche: rimuoverle tocca ad altri. Si possono fare molti esempi, dal più banale al più sofisticato: se una corriera ha cattive sospensioni e finestrini che lasciano passare spifferi d'aria, i viaggiatori affetti da artrosi cervicale sentono acuitarsi le proprie sofferenze, il Servizio sanitario può solamente avvertirli di un rapporto causa-effetto, ma ottenere che la società revisioni le vetture è un problema che coinvolge i cittadini, altrimenti si arriverebbe, per assurdo, a far governare la società dai medici. Se i bambini e i vecchi del quartiere che si stendono sottovento a una fabbrica soffrono di disturbi respiratori, è probabile che la fabbrica sia fonte di inquinamento: è compito dei cittadini, resi avvertiti dal Servizio sanitario, ottenere che il Sindaco faccia fare i necessari controlli, imponga le necessarie prescrizioni, eccetera. Il rapporto fra enti (l'Unità sanitaria locale che chiedi alla società delle autocorriere di revisionare le vetture, o solleciti il Sindaco a far controllare i fumi della fabbrica) rischia di rimanere privo di effetti, nel senso che l'unico a possedere potere contrattuale è il cittadino, o meglio la comunità dei cittadini: boicottare la corriera, o togliere la preferenza al sindaco alle successive elezioni, sono gli unici mezzi di pressione efficaci. Solo in futuro, quando si sarà verificato nei fatti che i cittadini sanno seguire le indicazioni fornite dall'USL, un intervento diretto dell'USL presso la società delle corriere o presso il Sindaco potrà sortire effetti pratici. C'è dunque un'attività di educazione sanitaria,

che si configura così: il Servizio sanitario ha il compito di promuovere nei cittadini la consapevolezza dei nessi causali tra la situazione patologica e lo stato di malattia. Ma come fa il Servizio ad individuare tali nessi? Non può giungervi sino a che il rapporto tra il cittadino e il Servizio si risolve tutto nel rapporto tra il singolo malato e il singolo medico: un bambino con la bronchite è un bambino con la bronchite, e basta; ma cinquanta bambini con la bronchite sono la spia che la fabbrica emette fumi inquinanti. Occorre dunque un servizio epidemiologico, che colleghi tra loro i medici sintetizzando le loro singole esperienze, in un'esperienza collettiva; ma occorre anche che i genitori dei cinquanta bambini si incontrino collettivamente nel Servizio, per constatare direttamente che tra i cinquanta bambini bronchitici ve ne sono metà che si dimenticano di mettere la sciarpa ma metà che se ne ricordano, e quindi per capire che non si tratta di un problema di sciarpe. Uscendo dalla banalità dell'esempio: l'USL deve anzitutto aiutare i cittadini a comprendere che solo il momento terapeutico può essere (e non lo è sempre) individuale, ma che il momento della prevenzione primaria è fondamentalmente sociale. Di fronte a una madre ansiosa che cerca di combattere le bronchiti del bambino aggiungendo magliette su magliette e sciarpe su sciarpe, il medico non dovrà limitarsi a enunciare un diverso modello di vestiario (*una maglietta è sufficiente*), ma dovrà informarla che la questione dei bambini bronchitici sarà discussa in un'assemblea di quartiere. In quell'assemblea sarà presentata, supponiamo, una mappa delle bronchiti: se si sarà così fortunati da avere una mappa chiaramente significativa, non solo si potrà ottenere che la popolazione si batte per imporre alla fabbrica l'applicazione di filtri, ma si potrà ottenere che i bambini bronchitici non vengano più colpevolizzati, e anche questo sarà un vantaggio. Questo significa chiaramente che non può esistere un'attività di educazione sanitaria svolta autonomamente rispetto alle altre attività: essa deve esistere come *modo* di spiegare le altre attività. Una modalità che non si fermi al terapeutico ma investa la prevenzione primaria, che non si arresti alla sfera individuale ma coinvolga il confronto sociale delle esperienze.

4. L'automazione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche non deve essere intesa come utile a superare le specializzazioni settoriali, seppure è resa necessaria, in una certa misura, proprio anche dalla specializzazione settoriale. Se, come in Gran Bretagna, il medico pratico compie lui stesso le più semplici analisi di routine, non è affatto indispensabile che l'analisi sia «esatta»: l'importante è che l'errore sia sempre nella stessa direzione. In questo senso: supponiamo che un medico tenda a vedere solo l'80% dei globuli rossi presenti nel sangue circolante; in principio si rifarà ai libri, e penserà che i suoi malati siano tutti un po' anemici; ma dopo qualche tempo manderà al diavolo i libri e si abituerà a pensare che la «norma» non è di 4.500.000 globuli rossi per mm cubo bensì di 3.700.000, e tutto funzionerà benissimo egualmente, ma fino a quando il soggetto rimarrà sotto il suo personale controllo. Ma supponiamo che si produca un evento patologico importante, tale per cui il soggetto debba entrare nei circuiti delle analisi di secondo livello, e poi di terzo e magari di quarto livello (per esempio: un soggetto che abbia un'ischemia miocardica curabile chirurgicamente passerà di livello in livello prima di incontrare la terapia adatta per lui). A questo punto si pone ancora il problema, dell'uniformità

dell'errore, però in strutture complesse e diverse. Non si può correre il rischio che le analisi fatte tra il lunedì e il venerdì, quando è di turno Tizio, siano fatte con un errore che vada in direzione contraria a quella delle analisi fatte il sabato e la domenica, quando è di turno Caio; e ci sono le notti, le ferie estive, i congedi per malattia o per maternità... Per fare delle analisi occorre dunque eliminare le variabilità di origine umana: questo è il senso dell'automazione. Inoltre è utile una taratura reciproca delle attrezzature presenti nelle diverse strutture, per fare in modo che cessi l'attuale tendenza, costosa, dannosa e demoralizzante, secondo la quale ogni struttura ricomincia daccapo tutto l'iter non potendo recepire altri dati che non i propri. Perciò penso che le tecnologie di automazione debbano estendersi, e qualificarsi sempre più, e arrivare a una taratura standard che permetta alle attrezzature presenti in ambiti sempre più vasti di comunicare tra loro. Allo stesso tempo si potrebbe concepire un diverso e più qualificato ruolo del medico generico che, per le analisi di routine dei casi patologici più comuni, operi su tecnologie non automatiche e non standardizzate. E' come affermare che esistono due ambiti: un ambito nel quale si calcola sul fattore personale (la stessa persona comprerà probabilmente sempre lo stesso errore) e un ambito nel quale è necessario eliminare il più possibile il fattore personale (poiché sono diverse le persone che intervengono e con diverse propensioni all'errore). Più si allarga il gruppo di collaborazione, più è necessario eliminare il fattore personale, e quindi l'organizzazione dipartimentale dovrebbe poter contare su tecnologie standardizzate e automatizzate nella maggior parte dei casi ciò non costituisce un problema, perché gli ospedali (almeno, secondo la mia esperienza) sono già orientati a organizzarsi con laboratori centralizzati, anche nell'attuale struttura divisionale.

Quanto al collegamento tra servizi ospedalieri e servizi extra-ospedalieri, non credo che sarà effettivamente possibile sinché le carriere mediche saranno rigidamente separate e incommunicanti. Naturalmente tale separazione è, per le specialità rare, una condizione forzata: non è possibile che un cardiocirurgo o un neurochirurgo vengano, neppure in via transitoria, adibiti a prestazioni domiciliari, o a prestazioni ambulatoriali sul territorio. Ma un ostetrico dovrebbe alternare il servizio ospedaliero al servizio consultoriale, e il cardiologo ospedaliero ricaverrebbe un'esperienza utile da periodi di cardiologia domiciliare, così come il generico che opera sul territorio ricaverrebbe esperienza utile da periodi di servizio ospedaliero. Tuttavia la Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, e le convenzioni a cui rimanda, non rendono possibile un'integrazione di tal genere. Vero è che l'USL avrebbe la facoltà di imporre ai propri generici — per esempio — un certo numero di ore al mese di servizio ospedaliero (beninteso, pagandole a parte), ma non ha la facoltà di stipulare le convenzioni, preferenzialmente, con i medici che accettano tale disposizione. La Legge sanitaria non fornisce indicazioni innovative circa la medicina generica, salvo per quanto concerne una più razionale distribuzione dei medici sul territorio, e perciò il collegamento tra servizi ospedalieri e servizi extraospedalieri è destinato a rimanere pressoché inoperante per quanto concerne la medicina generica.

5. Nel Servizio sanitario si riporranno sempre funzioni dequalificate, defatiganti, ripetitive, poco gratificanti, sia a livello medico che a livello paramedico. D'altronde

(segue a pag. 60)



Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana; le disfunzioni dell'attuale sistema ospedaliero: 1. Anziani in attesa di ricovero. 2. Congestione del Pronto Soccorso del Policlinico di Milano.

contribuito ad ostacolare il decollo delle Regioni.

La lunga marcia attraverso la democrazia

Il proliferare di operatori — pubblici e privati — nel campo dell'assistenza sanitaria e la sostanziale mancanza, oltretutto di una programmazione della spesa e dei servizi sanitari, di una chiara linea politica di intervento pubblico nel campo della sanità hanno favorito a partire dal 1948, il formarsi, a livello nazionale e locale, di un numero considerevole di centri di potere — economico, burocratico, corporativo, clientelare e politico — che hanno dato vita ad un sistema di tipo feudale, che si potrebbe eufemisticamente definire pluralistico e che ha operato (e, almeno in parte, tuttora opera) contro ogni intervento razionalizzatore o programmatico e, quindi contro ogni prospettiva di riforma che — in quanto tale — comporta necessariamente l'individuazione degli interessi (pubblici) da privilegiare e degli interessi (specie privati) da sacrificare. Nel sistema di potere dell'universo sanitario ogni proposta di riforma coagulava ora questo ora quel gruppo di interessi che — pur se settoriali o deteriori — riuscivano a frustrare le iniziative ed a sconfiggere ogni innovazione. Sarebbe però ingiusto non ricordare che — insieme alle resistenze — si sono avute positive e frequenti iniziative per l'attuazione del Dettato costituzionale e per la Riforma. E d'obbligo ricordare in proposito gli atti della Consulta di Sanità del Comitato di Liberazione Nazionale del Veneto (15 settembre 1945), atti che si aprivano con una ormai famosa premessa di carattere istituzionale: *Fin dal tempo della cospirazione e con maggior vivacità in questi primi mesi di sforzi ricostruttivi, la Regione si affermò anche nel Veneto come entità viva e necessaria. In ogni campo, e così in quello sanitario, si andò delineando con sicurezza*

il profilo di una nuova forma nella struttura dello Stato: quella regionale ... Analoghe tendenze andavano maturandosi nelle altre Regioni come apparve chiaramente nel corso di una riunione dei medici ed igienisti dell'Alta Italia, indetta dal Commissariato per l'igiene e la sanità della Lombardia, nel corso del quale fu votato un deciso ordine del giorno in favore dell'autonomia delle Autorità amministrative e del decentramento regionale nel campo sanitario... Il progetto istituzionale era chiaro e coerente rispetto alle esigenze funzionali: esso, pur trovando riscontro nel testo costituzionale, doveva però essere attuato solo a partire dal 1970. Nel merito veniva già delineata una riforma assolutamente simile a quella definita dalla Legge 23 dicembre 1978 n. 833: *La nuova organizzazione sanitaria poggierebbe su tre elementi costitutivi: l'Ufficio comunale o consorziale di Sanità e Assistenza (oggi diremmo l'Unità socio-sanitaria, in realtà ancora estranea alla Legge n. 833: ndr); la Direzione regionale di Sanità e Assistenza; il Ministero di Sanità e Assistenza; la soglia minima demografica per l'organizzazione comunale era individuata in 50.000 abitanti; al di sotto si sarebbe dovuto procedere alla costituzione di consorzi. Vale poi la pena di ricordare, tra i vari e specifici aspetti dettagliatamente esaminati e regolati dal progetto di riforma del CLN Veneto quello relativo al finanziamento della spesa sanitaria: la proposta superava il sistema mutualistico-contributivo (lasciato invece in vigore — seppure in via transitoria — dalla stessa Legge n. 833 del 1978 - articoli 63, 69 e 76 -) per attribuire il relativo onere finanziario alla Pubblica amministrazione, la quale assumeva così l'assistenza socio-sanitaria come proprio compito istituzionale.* Negli anni Cinquanta la Riforma sanitaria e, ancor più, la battaglia per il diritto alla salute sono rimaste in ombra, pur

se periodicamente riprese dai programmi o dalle iniziative, a volte soltanto settoriali, dei Sindacati e dei Partiti politici della sinistra. Il problema è tornato in primo piano solo negli anni Sessanta specie sotto la spinta delle Organizzazioni sindacali di settore: d'altra parte, il diritto alla salute assumeva un ruolo di rilievo anche nel progetto riformatore messo a punto dai socialisti, preoccupati di dare sufficienti contenuti alla politica del Centro-sinistra. L'aspetto più drammatico appariva quello dell'assistenza ospedaliera, sottolineata dalle clamorose agitazioni del personale medico, iniziate nel 1962. Una rilevazione del Ministero della Sanità al 15 aprile 1962 valutava la disponibilità di posti-letto nel complesso degli istituti pubblici e privati in 422.706 unità, pari all'8,3 per 1000 abitanti; tenendo conto che la ricettività ospedaliera nei Paesi più progrediti era di circa 10 posti letto ogni 1000 abitanti, la situazione italiana poteva apparire pressoché soddisfacente, pur essendo invece grave per la presenza di fenomeni che tuttora pesano sull'assistenza ospedaliera italiana, quali l'uso improprio dei posti-letto per soggetti non malati acuti (per i malati acuti venivano utilizzati 5,46 posti-letto per 1000 abitanti al Nord, 2,50 al Centro, nel Sud e nelle Isole), la protrazione eccessiva della durata media delle degenze, il notevole squilibrio nella dotazione di posti letto tra le varie Regioni. Le continue denunce della stampa ed il dibattito tra i partiti politici davano il segno di quanto fosse ormai matura per lo meno la Riforma ospedaliera: P. Nichols, un attento osservatore delle nostre vicende politiche scriveva che *il sistema ospedaliero italiano sarà probabilmente il primo a sentire gli effetti della programmazione in Italia (1).* Nel 1962 erano stati presentati due Disegni di legge sulla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e del relativo personale, disegni che però il Parlamento

non aveva fatto in tempo ad approvare. Il 5 maggio 1964 veniva nominata la Commissione per la Riforma ospedaliera, la quale concludeva i propri lavori il 24 ottobre dello stesso anno; il Disegno di legge per la Riforma veniva presentato dal ministro Mariotti il 17 luglio 1965. Dopo circa tre anni, durante i quali si svolse un ampio ed appassionato dibattito che però coinvolse solo in misura modesta i cittadini rimanendo in gran parte limitato alle organizzazioni di settore (Sindacati dei medici, Ordine dei medici, Associazioni regionali ospedaliere, ecc.), fu approvata la Legge di riforma ospedaliera (Legge 12 febbraio 1968 n. 132 - *Enti Ospedalieri e assistenza sanitaria*) cui fecero seguito i Decreti delegati di attuazione (n. 128, 129 e 130 del 27 marzo 1969). Le innovazioni di maggior rilievo riguardavano la costituzione degli Enti ospedalieri (le innumerevoli istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che prestavano assistenza ospedaliera venivano ad assumere un'unica veste istituzionale e ad avere un'unica disciplina), l'attribuzione a detti Enti, in via esclusiva, della funzione di assistenza ospedaliera pubblica e di funzioni nuove ed importanti quali la partecipazione alla difesa attiva della salute in coordinamento con le altre Istituzioni sanitarie locali, la preparazione del personale sanitario e tecnico, la promozione dell'educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare; veniva peraltro attribuito agli Enti ospedalieri il potere di istituire, anche al di fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale, di compiere ricerche ed indagini scientifiche e medico-sociali. L'indicazione era quindi chiaramente quella di dar vita ad una struttura pubblica capace di adeguarsi alle esigenze

(segue)

non si può pensare di «compensare» il carattere poco gratificante di un lavoro con una paga migliore, dato che le funzioni più qualificate sono, spesso, anche più stressanti e più faticose sul piano fisico: certo, l'infermiera ferrista in sala operatoria ha un lavoro più gratificante dell'insergente di corsia che vuota le padelle: però la fatica fisica e lo stress sono maggiori. Se si scarta l'ipotesi di dare all'insergente di corsia un salario più alto che al ferrista, come si fa a rendergli sopportabile il lavoro? Teoricamente ci sono due possibilità: l'una consiste nell'alternare i lavori, così che nessuno faccia solo lavori mortificanti come vuotare padelle, e nessuno faccia solo lavori faticosi e stressanti come preparare i ferri secondo l'intervento, porgerli sotto il calore delle lampade, tenerli sempre sott'occhio senza perdere il controllo nemmeno nei momenti drammatici; un simile criterio è applicabile solo in parte, e in maniera non rigida: se c'è un bravo ferrista, capace di affrontare interventi complessi e pericolosi, è antieconomico fargli svolgere altre mansioni (e il criterio dell'economicità, che nell'impresa produttiva dev'essere messo in discussione, nel servizio pubblico dev'essere senz'altro seguito); per contro in corsia l'insergente può svolgere anche altre mansioni più qualificate (sommministrare le terapie, accudire alla persona del malato, ecc.). E', ad esempio, considerato «lavoro gratificante» parlare della diagnosi, della prognosi e della cura con il malato e con i parenti: una buona preparazione culturale e un rapporto fra medici e paramedici tale per cui il caso venga discusso collegialmente, metterebbero gli infermieri di corsia — se abbastanza numerosi — in grado di fare da interpreti tra l'organizzazione sanitaria e gli utenti, e cioè di compiere un lavoro prezioso, oggi trascurato.

Una seconda possibilità è quella di costruire delle carriere con molti livelli differenziati di preparazione, di responsabilità, e di reddito. Si dovrebbe studiare un sistema di corsi di aggiornamento e di specializzazione valutati con punteggi, a cui far corrispondere vantaggi economici e posizionali. Un criterio di valutazione equa potrebbe essere il seguente: un numero di lezioni extralavorative, presumibilmente pari al numero di ore di studio necessario per conseguire la laurea in medicina, dovrebbe portare l'operatore paramedico a uno stipendio pari al primo stipendio del medico.

D'altronde vuotare padelle non sarebbe mortificante se anche l'iter di preparazione professionale del medico fosse modificato: se la laurea in medicina venisse conferita solo a chi ha compiuto un tirocinio di assistenza completo (e cioè comprensivo anche del vuotare padelle, del rifare i letti, del lavare i malati, dell'imboccare i paralitici, del vezzeggiare i bambini, e non solo del visitare i malati e del guardare nei microscopi) se ne deriverebbero vantaggi molteplici: non solo cadrebbero le connotazioni di casta tra le mansioni e si democratizzerebbe il servizio, ma lo studente stesso ne ricaverebbe grande utilità sul piano dello studio. Un conto è leggere in un trattato di medicina le caratteristiche del respiro di Kussmaul, altro è cercar di capire perché mai il signor Luigi respira in quel modo così strano. Una cosa è studiare neurologia sugli atlanti del sistema nervoso periferico, un'altra è capire perché la Caterina muove il braccio ma non sa fare la pinza tra pollice e indice. Con il metodo tradizionale, studiare medicina è un martirio, e, per di più, poco produttivo: partire da Luigi che respira male, e da Caterina che lascia cadere la penna, per risalire via via alle idee generali, sarebbe assai meno faticoso, più interessante, più utile. Significherebbe però cambiare com-

pletamente il rapporto tra l'insegnamento della medicina e l'esercizio della medicina. Bisogna avere un'idea molto chiara di ciò che allo studente si deve domandare e di ciò che gli si deve offrire: gli si deve domandare di diventare un bravo medico di base, e perciò di frequentare gli ambulatori di base, di accompagnare i medici nelle prestazioni domiciliari, di andare in fabbrica coi medici del lavoro e a scuola con i medici scolastici, di frequentare un dipartimento ospedaliero di emergenza e accettazione, un ambulatorio ospedaliero per i dimessi, e i reparti di medicina interna, occupandosi dei cardiopatici e dei diabetici e degli ipertesi, cioè dei casi patologici «comuni». Non vi è nessun bisogno che frequentino la chirurgia di elezione, dato che come medico di base gli servirà, casomai, sapere piuttosto come fare un'immobilizzazione provvisoria di frattura. Questo significa anche modificare il concetto di specializzazione: essa può venire conseguita solo dopo aver acquisito una buona preparazione di base; e, possibilmente, solo dopo avere effettivamente esercitato la medicina di base, cioè dopo avere sperimentato in quale modo l'attività specialistica viene interpretata e vissuta dalla popolazione. Come può un cardiologo decidere il momento della dimissione dei suoi pazienti se non sa in quale modo si svolge l'assistenza cardiologica sul territorio?

In altri termini: mi sembra che, sul piano del prestigio professionale e della remunerazione, si debba stabilire una continuità fra i ruoli paramedici e i ruoli medici; e che, sul piano della preparazione professionale, si debba stabilire una continuità fra la medicina di base e la specializzazione e la superspecializzazione. La Legge istitutiva del Servizio sanitario non si occupa di questi problemi. In qualche modo tuttavia ne ostacola la soluzione, in quanto tiene rigidamente separate la carriera del medico di base e la carriera ospedaliera.

MANETTI

1. Con la Legge 833 avviene un cambiamento di rotta di grande portata: cambia il modo di concepire la medicina non solo sul piano operativo, ma nei suoi fondamenti ideologici. Si passa da un punto di vista parziale legato all'intervento esclusivamente diagnostico-terapeutico sul malato a una logica complessiva che prevede la prevenzione e ogni altro intervento sul cittadino sano, il momento diagnostico-terapeutico quando occorre, fino all'intervento di riabilitazione per il completo recupero delle condizioni di salute. Certo la Legge 833 è una legge-quadro, che richiede molti provvedimenti attuativi: un primo passo decisivo è lo scioglimento delle mutue e l'unificazione di tutti i servizi assistenziali all'interno del Servizio sanitario nazionale, che si pone come sistema di sicurezza sociale: assicura ogni tipo di intervento a tutti i cittadini, qualunque sia la loro condizione lavorativa, di bisogno, d'età, ecc. Ci vorranno certamente parecchi anni prima di raggiungere un accettabile assetto. Intanto, vi sono problemi al contorno che premono e non sono risolti: primo fra tutti, la Riforma generale dell'assistenza, che oggi scarica sull'ospedale le sue carenze, con costi enormemente superiori a quelli di un servizio assistenziale esterno; poi la Riforma dell'Università, sul-

la quale vi sono ancora lacerazioni tali che inducono a una diluizione dei contenuti innovatori reali e tendono allo scollamento dalla Riforma sanitaria. Vi sono altri elementi di contraddizione: per esempio, molte Regioni sono partite nella loro attività di programmazione con iniziative non coordinate. La stessa Lombardia ha cominciato con un Piano ospedaliero che non teneva molto conto delle linee che avrebbe potuto avere la Riforma, per cui oggi è necessario un lungo e complesso lavoro di aggiustamento di tiro in molti settori sui quali si è già intervenuti. Altre Regioni, come l'Emilia-Romagna, hanno fatto prima un Piano sanitario del territorio e poi la programmazione ospedaliera, il che è più corretto come metodo; ma ovunque vi sono state sfasature dovute al modo di procedere per compartimenti settoriali, senza scadenze temporali precise, ecc.

C'è poi, a fronte di una Legge ineccepibile per i fini democratici che si propone, una mancanza di preparazione a gestire, a partecipare alla conduzione della cosa pubblica: e questo non riguarda solo gli ospedali, ma penso per esempio a quanto è avvenuto nelle scuole, dove l'incisività della partecipazione è risultata molto scarsa. Infine, ogni profonda trasformazione costa e suscita resistenze quando comporta modificazioni nell'organizzazione del lavoro: ci si trova di fronte a posizioni professionali, a modelli di comportamento consolidati.

2. Le Regioni, cui è delegata la programmazione dei presidi sul territorio, si trovano di fronte strutture consolidate da decenni, cresciute al di fuori di ogni logica corrispondenza ai bisogni dell'utenza in un regime spesso assurdamente concorrenziale: così si sono determinati profondi squilibri da zona a zona, che non sono solo di maggiore o minore presenza di ospedali, ma di efficienza nel servizio. In Lombardia si è cominciato, col Piano ospedaliero, un processo di delimitazione e di fusione di strutture che non davano sufficienti garanzie di livello nell'erogazione delle prestazioni: questo processo deve avanzare oggi con limiti perentori sul piano economico, essendo rigida la frazione di bilancio destinata alla spesa sanitaria. Si tratta per esempio, di stabilire le localizzazioni ottimali dei dipartimenti d'emergenza, che sono presidi di costo elevato e che richiedono competenze notevoli: alcuni ospedali dovranno chiudere i loro servizi di emergenza, altri che non li hanno dovranno aprirli. Discorso analogo per i reparti: la fortissima diminuzione della natalità, per esempio, ha dei riflessi immediati sui reparti di ostetricia e pediatria, il cui indice di postiletto rispetto alla popolazione deve essere



Mario Manetti, Direttore sanitario dell'Ospedale «Sacco» di Vialba, Milano.
(segue a pag. 62)



1

Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana; le disfunzioni dell'attuale sistema ospedaliero: 1. Sala d'aspetto di un reparto dell'Ospedale Maggiore-



2

re di Niguarda, Milano, trasformata in corsia. 2. Manifestazione dei dirigenti dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano.

ze della Comunità territorialmente interessata.

L'altro aspetto rilevante della Legge di riforma — che per altro provvedeva all'organica riorganizzazione dei servizi sanitari e amministrativi dell'ospedale — era costituito dall'introduzione della programmazione ospedaliera (Legge di programma ospedaliero e Piano regionale ospedaliero) come articolazione del programma economico nazionale. Il progetto si è però tradotto solo in parte in Riforma: l'unificazione istituzionale ed organizzativa dell'intervento pubblico ospedaliero ha indubbiamente rappresentato un importante fenomeno di razionalizzazione e — in certa misura — di democratizzazione, costituendo per altro una premessa utile sia per l'introduzione di ulteriori riforme di settore sia per una maggiore conoscenza e un primo controllo della spesa pubblica, elementi tutti che hanno consentito l'avvio della politica programmatica. E invece rimasto inattuato l'obiettivo di fondare sull'ospedale un sistema coordinato di interventi nel territorio e di aprire e legare l'attività ospedaliera alle più ampie esigenze di tutela della salute della Comunità locale. Le ragioni del mancato conseguimento di questo obiettivo sono complesse e molteplici e vanno dalle contraddizioni di carattere politico, burocratico e corporativo, ai veri e propri sprechi delle risorse pubbliche, specie in investimenti incontrollati, alle gravi disfunzioni del sistema mutualistico, che hanno avuto effetti disastrosi sulla situazione finanziaria ed economica degli Enti ospedalieri, alla mancanza di una reale ed univoca determinazione politica.

Sul versante dell'assistenza psichiatrica il relativo Disegno di legge di riforma, presentato dal Ministro Mariotti il 23 luglio 1965, non riuscì a superare il dibattito politico e parlamentare. L'unico risultato fu ottenuto con le provvidenze per l'assistenza psichiatrica dettate dalla

Legge 18 marzo 1968, n. 431. Si trattò di un provvedimento stralcio che però introdusse elementi di notevole rilievo riformatore: anzitutto fu ammesso il ricovero volontario che, superando la necessità e l'esclusività del ricovero d'autorità, mirava ad attribuire all'ospedale psichiatrico la funzione di servizio sanitario e non più solo quella di struttura segregante; la Legge finanziava, seppure parzialmente, i Centri di igiene mentale, dando così impulso ad un'assistenza psichiatrica extra-ospedaliera che avrebbe, con gli anni, preso sempre maggiore sviluppo e rilievo.

Essenzialmente con questi interventi legislativi e con l'approfondirsi del dibattito tra le forze politiche e sociali si chiudeva quella che potremmo definire la prima fase della Riforma sanitaria, fase nella quale non va dimenticato che per la prima volta si è messo in atto un tentativo di programmazione con il Piano di sviluppo economico 1966-1970 (approvato con la Legge 27 luglio 1967, n. 685) nel quale si prevedeva la realizzazione del Servizio sanitario nazionale e la costituzione delle Unità sanitarie locali.

Una seconda fase, collocabile tra il 1970 ed il 1975, è stata segnata da due elementi di indubbio rilievo: l'attuazione dell'ordinamento regionale e la formazione di un grande movimento di massa attorno ai problemi della salute. Il dibattito ed il confronto politico che — a partire dal 1968 e, più ancora, dalla stagione sindacale del 1969 — si erano aperti sul tema della sanità investivano il problema nella sua integralità: il diritto alla salute (sul luogo di lavoro come in quello di residenza) diventava oggetto di una rivendicazione sempre più ampia e cosciente, mentre le esperienze di medicina alternativa (a Castellanza, a Reggio Emilia come in innumerevoli altre località) trovavano occasioni di diffusione e radicamento tra i lavoratori ed i cittadini.

Nel 1970 ci fu un vero e proprio fiorire di iniziative per la Riforma sanitaria. Con un documento del 10 dicembre 1969 la FIARO metteva in luce le gravi carenze del sistema mutualistico proponendone il superamento con la costituzione di un Servizio sanitario nazionale. In quegli stessi giorni una commissione del Ministero della Sanità metteva a punto uno schema per l'istituzione ed il funzionamento dell'Unità sanitaria locale quale articolazione periferica del Servizio sanitario nazionale. Il 23 gennaio 1970 il Partito comunista presentava alla Camera dei Deputati il Progetto Venturoli per l'avvio del Servizio sanitario nazionale con la costituzione delle Unità sanitarie locali, intendendo con tale denominazione il complesso dei servizi necessari per la riunione, in un'unica e globale funzione sanitaria, di tutti i compiti di prevenzione, diagnostico-terapeutici e riadattamento e recupero funzionale, nonché di educazione e di statistica sanitaria occorrenti all'attuazione della tutela della salute della totalità della popolazione (art. 6). Le Organizzazioni confederali dei Sindacati prendevano chiara e netta posizione a favore dell'abolizione del sistema mutualistico e dell'attuazione della Riforma attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale e delle Unità sanitarie locali, sottoscrivendo — nell'aprile 1970 — un documento unitario. Nel maggio 1970 il Ministero del Lavoro predisponne uno schema di Disegno di Legge nel quale veniva delineata una Riforma sanitaria che recepiva integralmente le proposte in quel momento dominanti, proposte che raccoglievano il consenso di gran parte delle forze politiche e sociali (2) sino al punto che, il 1° ottobre 1970, Governo e Sindacato sottoscrivevano un accordo nel quale si prevedeva l'immediato trasferimento alle Regioni delle funzioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, l'emanazione di una

legge quadro, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale e delle Unità sanitarie locali (per i quali si prevedeva il supporto di una larga partecipazione democratica), la riscossione unificata dei contributi da parte dell'INPS. Di fronte a questa nuova pressione la prima risposta concreta venne dagli Enti locali territoriali che misero in atto — spesso nei termini settoriali e saltuari cui erano obiettivamente costretti — numerose iniziative, specie di medicina preventiva e di informazione sanitaria. Le Regioni iniziarono sostanzialmente a poter operare solo con l'entrata in vigore del Decreto delegato n. 4 del 14 gennaio 1972, con il quale il Governo trasferiva loro le funzioni amministrative sino ad allora esercitate — in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera — dagli organi centrali e periferici dello Stato. Si trattò di un'operazione resa difficile dall'interferenza di rilevanti interessi economici e politici e dalla resistenza dei centri di potere corporativo e burocratico presenti nella struttura statale: il risultato fu un trasferimento parziale, ritagliato con l'evidente obiettivo di non consentire alle Regioni un intervento complessivo ed organico e di costringerle a perpetuare il metodo della settorialità e della parcellizzazione. Il compromesso fu raggiunto riconoscendo come proprie delle Regioni solo alcune funzioni mentre altre, che pur sarebbero loro spettate, furono mantenute nella competenza dello Stato ma delegate alle Regioni, ottenendo così il risultato di costringere le Regioni stesse ad esercitare le funzioni delegate in conformità delle direttive emanate dal competente organo statale. Rimanevano attribuite allo Stato le attività inerenti, ad esempio, agli aspetti sanitari della prevenzione degli infortuni sul lavoro ed all'igiene del lavoro ed all'igiene delle attività sportive; per l'assistenza sanitaria in favore degli in-

(segue)

ridimensionato. Un elemento fondamentale per la definizione dei requisiti edilizi è senz'altro la flessibilità: il fatto che certe malattie aumentino o diminuiscano deve poter trovare una risposta pronta nel modello architettonico dell'ospedale. Apportare variazioni d'uso negli spazi, nei percorsi, senza sconvolgere tutta la struttura, è un risultato che ha grande peso sulla bontà di conduzione del servizio e sull'economia di gestione.

4. Il dipartimento, sul piano formale, non trova grandi oppositori; sul piano sostanziale le cose sono un po' diverse. Il dipartimento non ha senso se ci si limita a cambiare etichetta al reparto: deve invece cambiare tutta l'organizzazione ospedaliera e basarsi sulla gestione collegiale del bisogno dell'utente. In questo senso, accanto alla suddivisione per dipartimenti, occorre che si distribuiscono i malati secondo il grado di intensità d'intervento sanitario. L'ospedale viene allora organizzato su tre fasce: una è quella del dipartimento di emergenza, che comprende pronto soccorso, accettazione, rianimazione, unità coronarica, ecc., e il poliambulatorio, che diventa uno dei momenti centrali dell'attività dell'ospedale, tramite il quale si stabilisce il collegamento col territorio. Poi c'è un dipartimento per acuti, medici e chirurgici, e infine una terza fascia dipartimentale che è quella della riabilitazione. A questa organizzazione corrispondono diversi investimenti strumentali, diversi impegni di personale specializzato: per esempio per la terza fascia c'è bisogno di personale altamente specializzato, come quello addetto al recupero funzionale, non legato però all'urgenza dell'intervento come l'infermiere specializzato di un reparto d'emergenza.

Quanto al rapporto col territorio, ci sono già alcune esperienze: molti ospedali sono stati chiamati a contribuire con la propria organizzazione, la propria attrezzatura e il proprio personale medico e paramedico, ad alcune strutture territoriali avviate in questi anni, per esempio i consultori familiari e i servizi di medicina del lavoro. L'esperienza è positiva, ma questo dato è legato al fatto che ha inciso poco sulla realtà dell'ospedale: nessuno ha cambiato il proprio modello di lavoro, estremamente parcellizzato. Invece, nell'ottica della Riforma l'ospedale intero cambia funzione e gerarchie interne. Per esempio, nell'ospedale si è sempre data prevalente importanza all'attività che si svolge nel reparto, nella corsia, mentre si è data minore importanza ad altre attività considerate accessorie, come il pronto soccorso e le attività ambulatoriali: sono viste come attività di *corvée* che distolgono dai compiti principali che si assolvono nel reparto. La Riforma invece enfatizza il momento ambulatoriale: il malato deve essere ricoverato solo per lo stretto necessario, tanto per ragioni di economicità (i costi sempre più elevati della degenza) che per far vivere il più possibile il cittadino a casa sua, fuori da strutture che, sia pure entro certi limiti, sono comunque restrittive. Il controllo sanitario continuo sui cittadini attraverso gli ambulatori assume così grande importanza; i poliambulatori degli ospedali entrano a far parte della rete territoriale, sono incorporati dall'ospedale il che comporta una diversa disposizione del personale medico e paramedico nei confronti di questa attività.

5. Innanzi tutto bisogna dire che tanto i medici che gli infermieri vivono una situazione di disagio anche dal punto di vista retributivo. Per i medici ospedalieri al confronto, mortificante, con i redditi di chi si è dedicato alla professione fuori degli Enti pubblici, si aggiunge la delusione di

aggiornamenti culturali molto modesti, di competenze rimaste al livello di molti anni fa. Per gli infermieri bisogna dire che c'è stata una compressione delle qualifiche: prima degli ultimi contratti di lavoro era consentita e privilegiata la specializzazione del personale infermieristico, perché l'ospedale moderno richiede quadri tecnici intermedi, non solo personale generico e uomini di fatica. Paradossalmente questi livelli intermedi sono stati ridotti dal contratto di lavoro, con conseguenze non solo sulla preparazione del personale paramedico, ma di rifiuto nell'assunzione di responsabilità che questo personale aveva prima, essendo venuta a mancare una specifica qualificazione nell'ambito di una scala gerarchica, e insieme il corrispettivo riconoscimento economico.

Il livello di formazione andrà migliorando, perché l'Italia si è adeguata alle norme CEE, passando da corsi annuali a corsi triennali con congrui programmi; in prospettiva questi corsi devono essere ricondotti nell'alveo della scuola superiore, che sarà professionalizzante. Ho qualche dubbio invece sul processo inverso, di creare delle Scuole di medicina separate dall'Università per la formazione dei medici, perché questa strategia ha l'indubbio vantaggio di formare operatori più preparati alla gestione della salute pubblica, ma rischia di appiattire la preparazione e di far mancare un incentivo culturale che spinga i giovani migliori a indirizzarsi alla ricerca scientifica.

ROSSANDA

1. L'innovazione di fondo della Legge di riforma (che è una legge-quadro che deve essere integrata da una miriade di provvedimenti applicativi) è il decentramento della gestione dei servizi. Esistevano finora delle mutue a gestione estremamente centralizzata, poste l'una accanto all'altra verticalmente, senza rapporti fra loro e con scarsi rapporti con gli istituti semi-decentralizzati, cioè gli ospedali; la nuova Legge affida invece a un unico ente territoriale la gestione di tutti i servizi presenti nella zona. Inoltre, introducendo al primo posto il principio della prevenzione, implica una diversa programmazione della distribuzione di risorse fra i settori d'intervento: finora si è speso molto e abbastanza male nel settore dei farmaci, diagnostica, cura, si è speso poco e sicuramente male nella riabilitazione, pochissimo e irrazionalmente nel settore della prevenzione. Certo, la programmazione non basta: occorrono i soggetti in grado di gestire gli interventi, e i medici non sono preparati a fare della prevenzione, tantomeno i tecnici e gli infermieri, gli stessi riabilitatori hanno una preparazione alquanto squilibrata. La formazione di questi operatori è uno degli aspetti che più incideranno nel rendere lenta la realizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Altro aspetto problematico è il coordinamento fra ospedali e interventi esterni, aspetto che non si può ridurre a questione di maggiore democrazia, maggior controllo nella gestione. Se gli ospedali fossero effettivamente condotti con criteri aziendali, si potrebbe esercitare su di essi una certa pressione politica per orientarli a dare prestazioni in nuove direzioni; invece sull'ospedale pesa l'arretratezza delle strutture amministrative, il modo distorto con cui si sono sviluppate, basato su bassi salari, automa-

tismo e scarsa responsabilizzazione, pesa la rigidità nella struttura delle carriere mediche, paramediche, pesa la totale assenza di programmazione del fabbisogno di queste diverse figure. L'intervento esterno è afflitto da analoghe rigidità: persiste la divisione fra medicina generica e medicina specialistica, rette da sistemi contrattuali che hanno alimentato chiusure corporative, per cui l'Unità sanitaria locale non avrà facoltà di contrattare liberamente l'assunzione dei pediatri o degli specialisti in medicina del lavoro che le servono per organizzare un servizio di prevenzione, perché il loro lavoro è regolato da contratti nazionali, controllato dalla Federazione degli Ordini dei medici, ecc. Occorrerà dunque intervenire sulle normative di assunzione, sulle strutture delle carriere; come pure bisognerà articolare le indicazioni generiche che la Legge dà per la mobilità del personale all'interno dei servizi in modo da poter costituire *équipe* sufficientemente valide per affrontare i nuovi problemi.

Fin qui mi sono soffermata sugli organismi istituzionali del Servizio sanitario, ma il principio della prevenzione va oltre: per esempio per gli incidenti sul lavoro, per gli inquinamenti ambientali devono intervenire enti ed organismi diversi, ma anche solo per svolgere il compito istituzionale di una rilevazione epidemiologica corretta (che è poi la rilevazione del fabbisogno di servizio) si tratterà di coinvolgere dai Comuni ad altri servizi capillari e di costituire degli apparati di rilevazione corretti. In questo parliamo pressoché da zero.

Infine, penso che accanto all'approfondimento degli aspetti istituzionali, economici, organizzativi, sia necessario un vero salto nella cultura del servizio, che non si riduce solo ad un problema di posti da attribuire, ma coinvolge il problema dell'adeguata retribuzione e della responsabilizzazione sia di chi presta il servizio sia di chi lo retribuisce. Oggi il controllo della qualità del servizio prestato è pressoché inesistente: bisogna, al contrario, introdurre il principio che la salute è un bene che necessita di una contrattazione precisa con il fornitore del servizio, bisogna cioè garantire alle comunità e agli amministratori strumenti di contrattazione e di controllo. La qualità dei servizi che le Regioni potranno erogare sarà estremamente diversa in rapporto al grado di sviluppo del dialogo politico tra prestatori di servizio e utenti, secondo le modalità con cui si svilupperà in un rapporto quotidiano di richiesta-prestazioni-verifica.



Marina Rossanda, Aiuto-primario del Reparto di rianimazione neurochirurgica dell'Ospedale Maggiore di Milano, Membro della Commissione Sanità del Senato per il Partito comunista italiano.

(segue a pag. 64)



Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana; l'innovazione tecnologica nella medicina: 1. Spettrometro installato all'Istituto di ricerche farmacologiche M. Negri, Milano. 2. Operazione chirurgica al cuore coadiuvata da un apparecchio per la circolazione extracorporea. 3. Introduzione di un pa-

ziente nel TAC (tomografia assiale computerizzata): un sistema integrato formato da apparecchio radiografico, calcolatore e monitor televisivo che permette di visualizzare qualsiasi sezione del corpo umano.

validi civili per i servizi di vigilanza igienica e di profilassi negli Enti locali e loro consorzi, per l'igiene del suolo e dell'ambiente, per l'inquinamento atmosferico e delle acque, per gli aspetti igienico-sanitari delle industrie le Regioni dovevano attenersi alle direttive dei competenti organi statali.

Se a questa grave limitazione funzionale si aggiunge la vocazione ministeriale che molte (se non tutte le) Regioni hanno mostrato d'avere, esercitando direttamente funzioni amministrative ed evitando di dare piena e doverosa attuazione alla disposizione costituzionale secondo la quale la Regione esercita normalmente le sue funzioni amministrative delegandole alle Province, ai Comuni o ad altri Enti locali o valendosi dei loro uffici, è facile intendere la ragione per cui il potenziale innovativo dell'ordinamento regionale non ha potuto trovare generale e piena espressione. Va però riconosciuto che l'iniziativa di alcune Regioni ha in realtà dato un notevole contributo alla Riforma sanitaria sia con l'istituzione dei Comitati o Consorzi sanitari di Zona, che hanno costituito una utile sperimentazione dell'Unità sanitaria locale ed una risposta positiva anche se parziale alla crescente domanda di partecipazione democratica, sia con l'adozione di Piani ospedalieri regionali attraverso i quali è stato messo in atto — seppure con limiti ed ambiguità non trascurabili — il metodo dell'intervento programmato.

La seconda fase della Riforma sanitaria si potrebbe considerare conclusa con un provvedimento indubbiamente importante: si tratta del Decreto legge 8 luglio 1974, n. 64, convertito con modificazioni dalla Legge 17 agosto 1974, n. 386. Il crescente debito delle mutue verso gli Enti ospedalieri aveva ormai costretto questi ultimi al dissesto finanziario: lo Stato intervenne — tardivamente, come spesso accade — stabilendo di ricorrere al mercato finan-

ziario per reperire 2700 miliardi con i quali far fronte al debito verso gli ospedali dell'INAM, dell'ENPAS, dell'INADEL, dell'ENPALS, delle Casse marittime e delle Federazioni nazionali delle casse mutue di malattia dei coltivatori diretti, dei commercianti e degli artigiani e trasferendo alle Regioni — a partire dal 1975 — le funzioni sino ad allora svolte in materia di assistenza ospedaliera dagli enti anche previdenziali che gestiscono forme di assistenza contro le malattie nonché dalle casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati; per quanti non avevano diritto all'assistenza mutualistica venivano previsti speciali ruoli regionali, l'iscrizione nei quali attribuiva il diritto all'assistenza ospedaliera. L'importanza del provvedimento era di tutta evidenza: si dava avvio alla liquidazione degli Enti mutualistici e delle gestioni di assistenza malattia; si trasferiva alle Regioni una delle funzioni di loro competenza il cui esercizio era stato ad esse sottratto; si ponevano le premesse per un trattamento uniforme di tutti i cittadini quanto all'assistenza ospedaliera.

Nella terza fase, che potremmo collocare tra il 1975 ed il 1978, sono state approvate importanti Leggi di riforma con le quali si delinea in termini più netti un nuovo quadro istituzionale: è stato infatti, anzitutto operato — prima con la Legge 22 luglio 1975, n. 382, poi con il Decreto delegato n. 616 del 24 luglio 1977 — un più ampio e consistente trasferimento alle Regioni e, per le materie di interesse locale, ai Comuni, delle funzioni amministrative ancora esercitate sia dallo Stato che da Enti pubblici.

D'altra parte si disponeva (Legge 20 marzo 1975, n. 70) la soppressione di diritto degli enti pubblici cosiddetti inutili, nell'evidente intento di superare la parcellizzazione dell'intervento pubblico. La Legge 29 giugno 1977, n. 349 trasferiva poi alle Regioni, dal 1° luglio

1977, le funzioni amministrative concernenti l'intera materia dell'assistenza sanitaria sino ad allora esercitate dalle mutue; la liquidazione definitiva degli enti e delle gestioni mutualistici veniva prevista in concomitanza con l'entrata in vigore della Riforma sanitaria; in vista del raggiungimento di un regime uniforme di assistenza sanitaria si prevedeva una convenzione unica per tutti gli operatori sanitari extraospedalieri. I principi fondamentali dell'assistenza ospedaliera psichiatrica sono stati transitoriamente (fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale) riformati dalla Legge 13 maggio 1978, n. 180, mentre la riforma dell'assistenza farmaceutica è stata anch'essa anticipata con l'introduzione del cosiddetto ticket (Legge 5 agosto 1978, n. 484), che mira a colpire le forme di consumismo farmacologico dell'utente. Il problema del contenimento della spesa in questo settore è naturalmente ben più vasto ed a poco vale il divieto — posto dall'art. 6 della Legge n. 484 — di propaganda e di pubblicità per i farmaci che si presumono necessari (per quelli voluttuari o inutili la propaganda rimane libera). In proposito devono ritenersi certamente più efficaci la pronuncia di incostituzionalità del primo comma dell'art. 14 del Regio decreto 29 giugno 1939, n. 1127 che vietava la brevettazione dei medicamenti e dei processi per la loro produzione e la nuova disciplina dei brevetti dettata dal DPR 22 giugno 1979, n. 338. La terza fase si conclude con l'approvazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che regola l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Pur se il quadro normativo non può ancora definirsi completo, sia per le materie la cui disciplina viene demandata dalla Legge n. 833 ad altra sede sia per le materie non trattate o non esaurite da detta Legge, la fase che si è aperta con il

1979 avrà certamente un carattere prevalentemente attuativo. Si tratta di un momento delicato il cui esito positivo potrebbe essere compromesso da una situazione politica di riflusso e di restaurazione o da una situazione economica di recessione.

La Legge di Riforma sanitaria e la sua attuazione

Il momento in cui una Legge di riforma entra in vigore costituisce — paradossalmente — una delle fasi più difficili e delicate della Riforma. L'esperienza degli ultimi quindici anni è, in proposito, quanto mai significativa: l'identificazione della Legge di riforma con la Riforma si è dimostrata un'illusione, seppure radicata e diffusa.

Il compromesso politico-parlamentare che dà vita alla Legge di riforma (Riforma in senso formale) non è in grado di porre termine alla resistenza ed alla reazione che i centri di potere economico, politico, corporativo o burocratico frappongono alla modificazione reale dei rapporti e degli equilibri esistenti nella società (Riforma in senso sostanziale). Ogni Legge di riforma — al di là dei limiti e delle ambiguità del testo legislativo — ha trovato, in sede di applicazione, rilevanti resistenze che ne hanno compromesso o ritardato l'attuazione; le resistenze corporative e le carenze di mezzi hanno — come si è visto — sostanzialmente chiuso in sé gli ospedali, inibendo agli Enti ospedalieri di promuovere la educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare e di realizzare, fuori della propria sede, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, nonostante queste finalità fossero consacrate all'art. 2 della Legge di Riforma ospedaliera.

Il principio (dedotto dall'esperienza), secondo il quale l'approvazione della Legge di riforma non costituisce momen-

(segue)

2. Come dicevo, l'uguaglianza sancita in via di diritto di fronte al Servizio sanitario si tradurrà in livelli diversi di prestazioni assistenziali, definiti non tanto in base a una graduatoria di reddito delle diverse Regioni, quanto in base alla capacità — che è prima di tutto politica — di gestire le risorse in modo coerente con gli obiettivi. In buona parte del Centro-Sud i servizi sanitari si sono sviluppati in chiave privatistica; sarà difficoltoso riconvertirli in servizi pubblici e gratuiti, perché si entrerà in concorrenza con un sistema privato molto più redditizio: se nel Lazio il 50% dei posti-letto sono privati, quale potere politico potrà convincere chi lavora nelle case di cura a diventare immediatamente prestatore d'opera al Servizio sanitario nazionale, a condizioni economiche alquanto inferiori? E così se si scoprisse perché in certe Regioni è difficile spendere il denaro attribuito ai servizi pubblici, si troverebbe una risposta al quesito circa i tempi del riequilibrio: in molti casi l'afflusso di risorse c'è stato (si pensi alla Cassa del Mezzogiorno), solo che basta costruire un ospedale che non si riesce a gestire per mancanza di organizzazione per determinare lo spreco di decine di miliardi. Tutto ciò è il risultato di scelte della classe politica, di gestioni condizionate politicamente e clientelari: è chiaro che programmazione e clientele non vanno d'accordo. In rapporto al problema dell'aderenza ai contesti e della flessibilità degli organismi ospedalieri bisogna tener conto che esiste già tutto un apparato profondamente distorto, che rende difficile l'introduzione di un modello tipologico razionale. In Lombardia il Piano ospedaliero aveva promosso un discorso abbastanza logico di fusioni, di trasformazioni e aggregazioni di ospedali troppo piccoli, ma le forze politiche non hanno saputo o voluto vincere le resistenze locali che si opponevano alla chiusura degli ospedali non funzionanti. Quindi, la premessa a una progettazione più razionale, capace di sfruttare i vantaggi dell'industrializzazione edilizia si fonda sulla capacità di prendere delle decisioni con sicurezza vincendo le resistenze particolaristiche.

3. In Lombardia si è cominciato istituendo le SAUB (Strutture Amministrative Unitarie di Base) che dovranno progressivamente allargare i propri compiti, con l'obiettivo dell'unificazione fra servizio sanitario, servizio assistenziale e servizio scolastico formativo. Quando si saranno chiarite meglio le modalità di questa integrazione e si sarà consolidata un'esperienza di lavoro comune tra gruppi di persone che lavorano nei diversi servizi, si sarà costituito un più valido interlocutore per la progettazione degli organismi fisici (mentre oggi ci sono mille interlocutori spesso discordanti). Bisogna dire però che per una struttura ospedaliera non si può pensare a un'eccessiva dispersione sul territorio: questo è un errore che abbiamo commesso negli anni passati (almeno in linea teorica, perché non si è mai giunti, nel nostro Paese, a concrete realizzazioni, ma in altri Paesi ci sono state delle esperienze in questo senso). Oggi tutti si stanno riavvicinando all'idea che la struttura ospedaliera debba avere una certa dimensione, non inferiore ai sette-ottocento posti letto. E' tuttavia importante la flessibilità delle strutture edilizie perché la crescita dei servizi è difficilmente prevedibile nel tempo, e parallelamente l'adattabilità spaziale a esigenze mutevoli costituisce un elemento di aderenza alle condizioni dei diversi contesti territoriali e magari anche alla maturazione degli operatori, alla loro capacità di riorganizzare collettivamente il servizio.

E' invece sicuramente necessario inventare il corrispettivo edilizio del servizio territo-

riale: strutture che facciano riferimento al tipo degli *Health Centers* inglesi, costituiti da poliambulatori con annessi centri sociali. Potrebbero esservi incluse attrezzature sanitarie, sportive, per l'assistenza ai bambini e agli anziani, così da costituire sedi di incontro collettivo molto più umanizzato di quanto non siano oggi l'asilo nido o la casa per gli anziani ghettizzata.

4. Il principio di gradualità delle cure e l'introduzione di momenti di socialità potrebbero correggere seppure con dei limiti, l'attuale rigida organizzazione per reparti. E' certo profondamente assurdo che i reparti ostetrici, o quelli pediatrici siano gestiti nello stesso modo di quelli cardiocirchiatrici o di nefrologia, e abbiano identica disposizione; in questo «Anno del bambino» c'è stata una spinta a proporre modifiche strutturali a questi reparti. Forse il discorso è più incerto per altre specialità perché è abbastanza ragionevole che quando una persona ha una malattia acuta debba essere accudita il meglio possibile: tutti i tentativi di restituire all'ammalato una componente abitativa privata si scontrano necessariamente con le difficoltà nell'assistenza. D'altra parte, la persona ammalata in fondo chiede di essere accudita e sorvegliata ed è disposta, entro certi limiti a rinunciare alla propria individualità. Invece è importante la presenza della stessa *équipe* medica durante tutto l'arco delle cure; in fondo, il modello per cure graduate, dove gli ammalati vengono distribuiti solo per intensità di assistenza (modello applicato in alcune grandi cliniche universitarie americane) depersonalizza moltissimo il rapporto medico-malato. Tuttavia è giusto portare avanti una distribuzione delle sezioni strutturata diversamente a seconda che si tratti di cure intensive, acute o riabilitative. L'introduzione di tecnologie sofisticate, del resto, porta a concentrare di più le specialità: è chiaro che le dialisi extracorporee si fanno meglio se si raggruppano i malati in una sezione nefrologica piuttosto che con venti reni artificiali sparsi per tutto l'ospedale, così pure per i respiratori automatici e per le coronariche. I problemi di tecnologia tendono a concentrare i malati; da questa concentrazione nascono problemi secondari non trascurabili sul piano della gestione: rischi d'infezione, difficoltà psicologiche per il personale che è in contatto, rischi di eccessiva segregazione. Quest'ultima può essere fortemente attenuata da un disegno corretto della sezione, senza bisogno che questa sia disciolta in un continuo ospedaliero.

Il rapporto tra dipartimenti e realtà esterna all'ospedale è uno dei punti più dolenti. Alcune parti di ospedale dovrebbero configurarsi come punti di raccordo come strutture intermedie tra servizio territoriale e servizio di degenza. Da parecchi anni abbiamo elaborato (dicendo «noi» mi riferisco a parecchie persone e forze che si interessano di programmazione sanitaria: sindacati, forze politiche, medici) l'idea del dipartimento di accettazione e pronto soccorso, o *dipartimento d'urgenza* che, con i poliambulatori, costituirebbe il punto d'aggancio fra ospedale e territorio. Questo progetto incontra tuttavia numerosi ostacoli perché è difficilissimo staccare il medico dal proprio reparto per indurlo a lavorare in modo coordinato.

5. Il quadro dei rapporti fra le categorie all'interno dell'ospedale non è riconducibile solo alla tensione fra medici e personale. Infermieri e tecnici hanno promosso rivendicazioni non solo salariali, ma anche di qualificazione, e questo è l'aspetto più positivo, sul quale hanno premuto molto i sindacati confederali; tuttavia anche le riven-

dicazioni salariali costituiscono un grosso problema poiché in media i nostri salari sono ben più bassi di quelli medi europei della stessa categoria, e in generale questa categoria è poco incentivata perché fuori dell'ospedale, nell'assistenza privata, nelle mutue, sono praticate condizioni di lavoro più favorevoli a parità di stipendio. C'è quindi il rischio che cresca un settore poco sindacalizzato e corporativo anche in conseguenza di un difetto di azione sindacale.

La componente amministrativa inoltre è andata crescendo negli ultimi tempi e detiene un potere notevole all'interno dell'ospedale. Questa componente, che ha la formazione tipica della pubblica amministrazione italiana, non è molto favorita sul piano economico e tende, quindi, a raggiungere condizioni di piccolo potere compensative dell'insoddisfazione economica. Inoltre è legata a un certo automatismo di carriera, che la allontana dalla spinta alla responsabilità-profezionalità e anche quando la rivendica non si trova mai, in sede di contrattazione, alleata al settore infermieristico e tecnico.

Il settore medico si può dividere in due parti. C'è una minoranza, tuttavia abbastanza consistente, di medici realmente a tempo pieno, che operano in condizioni frustranti: in primo luogo, perché gli stipendi sono incredibilmente bassi a confronto con quelli dei pari grado che lavorano nella professione privata, ma anche nella mutualità esterna, e questo contrasta col fatto che hanno scelto professioni magari complesse e rare; in secondo luogo sono stati privati della possibilità di sviluppare una certa azione culturale, nonostante il fatto che il contratto a tempo pieno preveda molte ore settimanali per studio e aggiornamento didattico: questo non è avvenuto, per cui chi studia lo fa a proprie spese e a proprio sforzo, fuori dell'orario di servizio, senza la possibilità di usufruire di alcun tipo di collaborazione.

C'è infine una parte, più integrata in questo sistema sociale, di medici a tempo definito, fra cui anche un certo numero di medici a tempo pieno disatteso, per i quali l'ospedale costituisce la base di un'attività parziale, mentre svolgono fuori la professione libera o convenzionata: per questi non si pone il problema della incentivazione economica, però non sono molto integrati nella vita dell'ospedale.

La categoria dei tempo-pienisti si è alleata facilmente alla categoria infermieristica e tecnica, mentre i medici a tempo definito tendono a difendere la propria libertà di scelta professionale, ponendo notevoli resistenze alla riorganizzazione del lavoro in ospedale: questo doppio lavoro ha ripercussioni non dissimili dal doppio lavoro, reso possibile dalla tecnica dell'assenteismo, diffuso nelle categorie più basse, che vivono male o non vivono affatto del loro stipendio. A risolvere questi problemi può certo contribuire una diversa, più unitaria, formazione: il Partito comunista ha avanzato un progetto per la formazione di Scuole di medicina, che potrebbe a mio parere essere estremamente utile specie se si introdurranno con chiarezza l'obbligo del tempo pieno per i docenti e il principio di interrelazione fra formazione e lavoro ai diversi livelli. In queste scuole si porterebbe a compimento anche la formazione del personale paramedico, che dovrebbe tuttavia essere supportata dalla formazione di base della scuola secondaria superiore, riformata in base a contenuti professionalizzanti: quest'ultima dovrebbe formare un pre-infermiere che, diventato infermiere completo attraverso un successivo tirocinio, potrebbe iscriversi a una scuola di medicina, cioè a un corso di laurea o a un corso di diploma;

(segue a pag. 66)



Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana: 1,2. Formazione teorica e pratica del personale paramedico alla Scuola infermiere della Croce Rossa di Milano.

to risolutivo per l'attuazione della Riforma sostanziale, vale, a maggior ragione, per una Legge complessa qual è la n. 833 del 23 dicembre 1978 e per una Riforma difficile come quella sanitaria. L'argomento principale usato dai «nemici della Riforma» è stato quello dell'impossibilità di far fronte alla spesa, stante la gravità della situazione economica del Paese: si ritrova pressappoco lo stesso argomento nelle considerazioni svolte dal CNEL sulla riforma della previdenza sociale, in un documento del 3 ottobre 1948. Con l'approvazione della Legge l'argomento non è stato abbandonato, anzi torna ad essere il tema di fondo della resistenza contro l'attuazione della Riforma, non tanto con l'obiettivo (corretto) di perseguire le necessarie economie di gestione e la doverosa ristrutturazione dei servizi quanto invece con il fine di tutelare consistenti posizioni di potere. Al riguardo sono quanto mai significative le tesi svolte in un recente documento del Comitato interassociativo per la programmazione sanitaria (istituito dalla Confindustria con la partecipazione di categorie interessate) (3), documento nel quale — in sostanza — le novità della Legge di riforma sono chiuse in uno stecato insuperabile che dovrebbe sterilizzarle e contenerle, se non addirittura sopprimerle. Per stabilire quale debba essere la spesa pubblica sanitaria è necessario pervenire, da un lato, alla determinazione dei costi fissi incompressibili di spesa corrente che l'attuale sistema dovrà comunque trasferire nel nuovo e, dall'altro alla determinazione delle reali disponibilità economiche residue risultanti dalla differenza fra il massimo sforzo finanziario che il Paese può ipotizzare per l'assistenza sanitaria e l'entità delle spese correnti incompressibili che il nuovo sistema riformato è costretto ad assorbire. Il quadro così delineato, apparentemente neutro ed obiettivo, serve in realtà ad introdurre due postulati di no-

tevole rilevanza politica: 1) l'attuale spesa pubblica sanitaria non è suscettibile di espansione in quanto la sua incidenza sul prodotto nazionale lordo è superiore, a parità di reddito pro capite, alla media degli altri Paesi europei (si tratta, rispetto al prodotto nazionale lordo, di circa l'8% per il 1978, comprensivo dei considerevoli interessi bancari passivi sulle spese ospedaliere e del rilevante costo dell'apparato mutualistico); 2) la spesa corrente, nella sua attuale distribuzione e consistenza non è modificabile. Il risultato del sistema di compatibilità fra risorse e obiettivi proposto dalla Confindustria è quindi evidente: mantenimento — sul piano quantitativo e qualitativo — dell'attuale livello dell'assistenza sanitaria pubblica con la sola modificazione delle competenze per l'erogazione dei servizi. Ed è interessante rilevare l'impegno con il quale il documento in esame chiude ogni prospettiva di contenimento degli attuali sprechi, primi fra tutti quelli, rilevantissimi dell'assistenza farmaceutica (nel 1977 la spesa complessiva per prodotti farmaceutici ha raggiunto i 2214 miliardi, 1587 dei quali hanno costituito la spesa pubblica). Per la ristrutturazione della spesa e per il contenimento dei costi sono individuati obiettivi modesti, calibrati per dimostrare che nulla può migliorare e tutto deve restare com'è: in questa situazione l'azione di contenimento non può che basarsi anzitutto sui seguenti punti: radicale riordino delle norme amministrative e di gestione...; determinazione numerica degli organici per settore...; programmazione pluriennale di integrazione del personale specializzato...; riutilizzazione del personale dei livelli meno qualificati, ma professionalmente idoneo per la copertura dei posti carenti ai livelli superiori...; piena utilizzazione dei servizi diagnostici (radiologia, laboratorio ecc.) ricorrendo, ove necessario e tecnicamente possibile, ai

doppi turni; revisione del criterio di non accettare, a priori ed in toto, analisi ed esami effettuati esternamente. Si tratta di limitare manovre sul personale e di razionalizzazioni settoriali largamente insufficienti rispetto alla necessità di verificare l'efficienza e l'utilità dell'intera spesa pubblica sanitaria. I settori comunque da non riformare — ad avviso della Confindustria e nonostante la Legge n. 833 del 1978 — sono quelli dell'igiene e della sicurezza negli ambienti di lavoro e dell'assistenza farmaceutica (per la quale sembra sufficiente l'azione di contenimento derivante dai contributi posti a carico dell'assistito). Viene così in luce la tecnica ormai sperimentata di resistenza alle riforme, attraverso un'azione di riduzione e di svuotamento che consente, dal punto di vista sostanziale, il mantenimento della situazione preesistente. L'opposizione è quindi già pronta ed organizzata: l'attuazione della Riforma ha prospettive non facili. Se, come ha affermato il Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, sen. Ossicini, le difficoltà di una legislazione profondamente innovatrice stanno soprattutto nella sua attuazione e nella capacità di predisporre le strutture, in questo caso soprattutto periferiche, capaci di attuarle, è allora davvero necessario essere consapevoli che il Servizio sanitario nazionale potrà divenire operante e sviluppare le sue potenzialità solo se contemporaneamente si svilupperà e avanzerà la società civile (4). D'altra parte la Riforma incontrerà anche altri ostacoli oltre quelli determinati dalle resistenze dei centri di potere economico e politico: parte degli stessi operatori pubblici della sanità agiranno a difesa dei propri interessi corporativi o burocratici; le contraddizioni reali, che esistono tanto nella società che nel sistema assistenziale inteso nel suo complesso, determineranno resistenze e difficoltà non facilmente superabili. La

mobilitazione e l'impegno per attuare la Riforma sanitaria diventano, in sostanza, un momento — per certi aspetti decisivo — della più vasta lotta politica per la trasformazione della società. Le resistenze contro la Riforma così come le ambiguità e le carenze della Legge di riforma riflettono, infatti, come ebbe a dire — nel corso del dibattito alla Camera — Giovanni Berlinguer, il contrasto che esiste tra il bene della salute, come interesse profondo di ogni individuo e come esigenza indivisibile della collettività, e questa organizzazione sociale che è essenzialmente basata sul profitto e sullo sfruttamento, che genera malattie e che specula poi sulle malattie che ha creato (5).

Il completamento del quadro normativo della Riforma

Numerose norme della Legge n. 833 del 1978 non hanno un contenuto immediatamente prelettivo, ma sono indirizzate alle Regioni (legge-quadro), al Governo (legge-delega) ovvero al Presidente del Consiglio od al Ministro della Sanità perché a loro volta provvedano — con successivi atti — a regolare materie di estremo rilievo, e tali, comunque, da condizionare in termini decisivi l'attuazione stessa del nuovo ordinamento ovvero il suo corretto funzionamento. La complessità della materia non consentiva — obiettivamente — al legislatore nazionale di disciplinare in modo diretto tutti gli aspetti della Riforma né di delineare, anche nei particolari, l'intero nuovo ordinamento sanitario. Da un punto di vista costituzionale, d'altra parte, la materia dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera appartiene alla competenza regionale propria (art. 117 Cost.) cosicché il legislatore nazionale è, in proposito, tenuto a dettare soltanto i principi fondamentali. In realtà è spesso accaduto che il legislatore nazionale abbia invaso il campo proprio delle Regioni, (segue)

inoltre si possono ipotizzare ulteriori perfezionamenti, o in termini di specializzazione o in termini di ricerca... Posto in questi termini sembra un problema di ingegneria istituzionale; in realtà comporta delle scelte politiche ben precise, perché significa scegliere tra un'Università di élite e una di massa.

THURNER

1. Il punto da cui partire è che ogni Regione deve approntare un proprio Piano sanitario e quindi stabilire gli obiettivi raggiungibili nell'arco di tre anni: si tratterà, inizialmente, di garantire un minimo di prestazioni uguale per tutto il territorio, tenendo conto delle realtà abbastanza difformi da cui si parte. Inoltre, deve cambiare il modello delle prestazioni, che sono state finora organizzate «in verticale», mentre occorre collegare «in orizzontale» i momenti più generici di base con quelli più specialistici, sia per rendere il servizio più razionale ed economico, sia per conformarlo ai bisogni sociali ed individuali.

Per sviluppare questo disegno è necessario che le Unità sanitarie locali siano gestite da amministratori capaci di interpretare subito, fin dall'inizio, questo nuovo carattere del Servizio sanitario, anziché concepirlo semplicemente come decentramento amministrativo. Un gruppo di amministratori qualificati, per i quali la suddivisione del territorio significhi individuare esigenze diversificate e inventare modi specifici di corrispondervi, costituirebbe una base di partenza fondamentale. In Lombardia abbiamo già qualche interessante esperienza: la Legge regionale 5 dicembre 1972, n. 37, relativa alla medicina preventiva, ha suddiviso il territorio in 150 zone e i rispettivi Comitati sanitari hanno sviluppato un'attività dapprima legata a certi indirizzi generali dati dalla Regione, ma poi via via sempre più ancorata al tessuto sociale, alle caratteristiche ambientali, alle attività produttive. Quindi non si può dire che partiamo da zero: ci sono esperienze che riguardano la patologia da lavoro, quella perinatale, della prima infanzia e dell'età evolutiva, la patologia degenerativa comportamentale.... Piuttosto, bisogna riportare queste esperienze in un più ampio contesto unitario in cui si coordinino anche le attività che finora si sono svolte per proprio conto, come quelle ospedaliere e quelle della medicina di base.

2. Il problema degli squilibri si riflette innanzitutto in una diversa distribuzione del-

le risorse, che rischia di privare Regioni come la Lombardia degli investimenti necessari a colmare le carenze che esistono anche al suo interno, nelle zone con minori dotazioni. D'altra parte il problema sanitario del Mezzogiorno non è solo di afflusso di finanziamenti, ma di loro diverso impiego sulla base di una distribuzione delle strutture sul territorio che tenga conto delle esperienze realizzate in contesti e Paesi in cui l'organizzazione del Servizio è più avanzata.

Tanto al Nord che al Sud è il momento di staccarsi da una logica che tende ad insegnare e ad adeguarsi allo stato di fatto, e di formulare invece un'ipotesi su come debba essere organizzata l'Unità sanitaria locale per gestire tutte le attività, le strutture, i presidi nel modo più razionale: mi sembra indispensabile cominciare ad avere qualche modello, non nel senso di uno schema fisso applicabile in modo burocratico dal centro, ma di criteri e parametri comunque validi. La realtà della Bassa, per esempio, non è la realtà dei centri industriali: ma i principi di fondo della Riforma sanitaria — tutela della salute, cura e riabilitazione — sono ancorati a certi fabbisogni che richiedono modelli sufficientemente elaborati al centro che possano essere proposti con i dovuti adattamenti. Quindi si dovrà andare non tanto verso una standardizzazione quanto verso la definizione di interventi tipo. Anche per quanto riguarda i tempi e i costi dell'edilizia ospedaliera, si è sbagliato ritenendo che bastasse il decentramento, la massima autonomia e libertà di scelta da parte degli amministratori: si è visto, e in Lombardia ci sono casi abbastanza clamorosi, che se non si ha un modello preciso, se non si hanno tempi di esecuzione definiti, si va incontro a delle avventure sia sul piano economico che su quello dei risultati, che nascono già superati.

4. Finora i momenti diagnostici e terapeutici sono frammentati in molteplici competenze: il medico della mutua prescrive ricette o analisi o cure; il farmacista consegna semplicemente i medicinali; il poliambulatorio della mutua eroga certe prestazioni; il laboratorio compie delle analisi per stabilire se è necessario il ricovero ospedaliero, e, se ciò si verifica, il paziente si trova al cospetto di altre persone che non sanno né chi sia il medico curante, né chi ha fatto le analisi. Il modello unitario dovrebbe far cadere queste barriere e il presidio ospedaliero, che oggi è la struttura portante di tutta l'attività sanitaria, rendersi funzionale al complesso dell'organizzazione territoriale. Questo è più facile come enunciato che nella traduzione pratica: il dipartimento, prima ancora di essere momento di una strutturazione diversa, deve costituire un momento di gestione collettiva e unitaria mirante a eliminare separazioni e attriti fra le varie attività. Non sempre gli operatori dimostrano di essere disponibili: il fatto che l'organizzazione per dipartimenti consenta una maggiore qualificazione delle prestazioni (che, per esempio, la diagnostica dell'ospedale non sia rivolta solo al ricoverato, ma si proietti all'esterno, negli screening di massa, e consenta di fare meno ricorso al momento del ricovero) può scontrarsi con un certo assetto dei reparti, con un certo potere legato alle specializzazioni, quindi con delle resistenze a cambiare il modo di lavorare. Circa il problema delle attrezzature più sofisticate e costose, ritengo che il discorso debba essere prima di tutto di corretta programmazione: si spendono miliardi in apparecchiature e quante di queste restano inutilizzate o sottoutilizzate? Il consumismo qui non è stato risparmiato, se ne è fatta una questione di prestigio fra gli ospedali.

Invece dobbiamo essere noi, dal centro, a formulare dei programmi di acquisto e di distribuzione sul territorio che rispondano a un criterio di massima utilizzazione prima ancora che alle esigenze per come si manifestano punto a punto.

5. Prefigurare un modello di Unità sanitaria locale significa capire che, oltre ad avere strutture, presidi, apparecchiature, occorre poter fare affidamento su operatori in grado di conseguire determinati risultati secondo obiettivi anche modificabili nel tempo. La Riforma parla, per esempio, di tutela della salute: in Lombardia possiamo individuare come primo obiettivo quello di tutelare il lavoratore in fabbrica, ma il medico che oggi viene licenziato dall'Università, su questo terreno è completamente sprovvisto di nozioni, e neppure esistono altre strutture che gli consentano una particolare qualificazione. Il primo punto, quindi, è che l'Università, la Facoltà di medicina, tenga conto della Riforma; il secondo è che chi vi si iscrive, prima che aspettarsi il reddito sostanzioso che tradizionalmente garantiva, voglia assecondare una effettiva predisposizione, si ponga cioè nella logica di essere un protagonista in un servizio fondamentale, con delle soddisfazioni di ordine culturale. Solo così potrà inserirsi nelle strutture sanitarie con il giusto atteggiamento: per esempio, vedendo nella necessaria mobilità una occasione di conoscere nuove realtà e formarsi una coscienza sanitaria più elevata; o ancora, stabilendo con il politico o l'amministratore un rapporto senza pregiudizi (che del resto sono spesso reciproci).

Nel campo delle qualifiche e delle carriere abbiamo una struttura del tutto superata: le manifestazioni del personale ospedaliero dell'autunno '78 non possono essere ricondotte ai termini di contrasto tra «autonomi» o Sindacati: è veramente un modo di vivere e di lavorare negli ospedali che non è più accettabile. Occorre da un lato definire cos'è l'infermiere professionale e cosa sono particolari qualifiche: il tecnico di radiologia, il tecnico di laboratorio, l'infermiere generico, l'ausiliario; occorre stabilire un maggior collegamento fra i gradi di prestazione e le esperienze: dal primario all'assistente, ma anche tra personale medico e paramedico; la mobilità fra ospedale e strutture territoriali, poi, dovrebbe consentire un certo criterio di avvicendamento sulle mansioni più faticose e meno gratificanti.

TOGNONI

1. Prima ancora di definire gli organismi sanitari si dovrebbe puntare ad un coinvolgimento dei livelli di base tanto degli utenti che degli operatori del servizio socio-sanitario. In termini concreti, in un dato territorio, si tratta di coinvolgere le aggregazioni degli utenti che vanno dalla scuola alla struttura produttiva, perché sono quelli che fanno emergere i bisogni e quindi devono essere messi di fronte non a un sistema sanitario già definito nei suoi modi di rispondere ai bisogni, ma a una proposta di programmazione ex-novo. Quindi prima ancora di impiantare (o mentre si impianta) un consultorio o un servizio pediatrico di territorio, sarebbe necessario fare un lavoro sistematico, capillare, per definire gli obiettivi nel loro contenuto medico e di bisogno, in modo che la gente, quando viene propo-

(segue a pag. 68)



Renzo Thurner, Assessore regionale alla Sanità della Regione Lombardia



Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana; l'organizzazione delle strutture decentrate: 1.2. Consultorio pubblico in via Meléri, Milano.

arrivando persino a disciplinare aspetti di dettaglio, come è accaduto per alcune delle disposizioni contenute nei titoli IV e VI della Legge 5 agosto 1978, n. 457 che arrivano a disciplinare addirittura materie di competenza regolamentare comunale. Nel caso in esame il limite posto dall'ordinamento costituzionale è stato solo parzialmente rispettato. Alcune norme che disciplinano — in termini diretti e specifici — materie particolari possono infatti trovare giustificazione nella tutela dei diritti della personalità, tutela che trascende la materia dell'assistenza sanitaria, o nella tutela generale del diritto alla salute (art. 32 Cost.) ovvero nell'esigenza di garantire una regolamentazione omogenea a livello nazionale (al riguardo si vedano, ad esempio, le disposizioni a proposito del libretto sanitario — art. 27 —, degli accertamenti e dei trattamenti sanitari volontari e obbligatori — art. 33 —, degli accertamenti e dei trattamenti per le malattie mentali — art. 34 —, del servizio di assistenza religiosa — art. 38 —); non altrettanto può dirsi a riguardo — ad esempio — dell'indicazione delle funzioni e dell'organizzazione delle Unità sanitarie locali. In realtà — come si vedrà più avanti — il campo legislativo è ritagliato in termini tali che la pur (formalmente) ribadita competenza regionale viene spesso ad avere un ruolo di mera attuazione: valgono ad esempio l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento delle Unità sanitarie locali, materie per le quali si riconosce alla Regione il potere di dettare norme (art. 15, nono comma ed art. 61) dopo aver però individuato e disciplinato — quasi nel dettaglio — gli organi dell'USL, la composizione dell'assemblea generale dell'USL e le modalità di nomina dei componenti di detta assemblea. Va comunque tenuto presente che — ciò nonostante — le materie lasciate alla disciplina regionale non sono affatto prive

di consistenza o di rilevanza. In via generale e formale l'art. 11 della Legge n. 833 del 1978 ribadisce il principio costituzionale secondo il quale le Regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato... principi tra i quali sono espressamente enunciati l'esigenza di evitare la settorialità degli interventi pubblici (coordinamento tra il settore sanitario ed i settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni), l'esigenza di evitare la parcellizzazione dell'organizzazione sanitaria (unificazione su base territoriale e funzionale) e l'esigenza di conseguire l'economicità e l'efficienza del Servizio sanitario (corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici).

La potenzialità innovativa dei principi enunciati dall'art. 11 rende facile la previsione degli ostacoli e delle resistenze cui andrà incontro l'attività legislativa regionale, alla quale sono affidate — in sede di attuazione della Riforma — materie complesse e delicate quali l'individuazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali, la disciplina (con i limiti — notevoli — derivanti dalla normativa già dettata in proposito dalla Legge n. 833 del 1978) dei compiti, della struttura, della gestione, dell'organizzazione e del funzionamento delle USL (artt. 15 e 61), la definizione dei criteri per l'articolazione delle Unità sanitarie locali in Distretti sanitari di base (art. 10), la determinazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali (artt. 11 e 61), le forme di preventiva consultazione dei Comuni da parte delle USL pluricomunali, la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'Unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio (art. 15), il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un am-

bito territoriale più ampio (art. 16), l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti (art. 17), l'individuazione, l'organizzazione e la gestione dei Servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri con bacino di utenza più vasto della singola USL (art. 18), l'istituzione, le caratteristiche funzionali ed interdisciplinari dei servizi multizonali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (art. 22), la possibilità di ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicati fuori dal territorio della Regione di appartenenza, la possibilità di ricorso a forme straordinarie di assistenza indiretta (art. 25), l'acquisto di medicinali e di materiale sanitario da parte delle USL ed il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi delle USL (art. 28), l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria (art. 32), l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale (art. 34), l'integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti pubblici termali (art. 36), l'autorizzazione e la vigilanza per le istituzioni sanitarie private e per le aziende termali (art. 43) e le convenzioni tra dette istituzioni e aziende e le USL (art. 44), l'utilizzazione del patrimonio e la contabilità delle USL (art. 50), la disciplina per il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e per la cessazione della deroga prevista per i ricoverati in ospedali psichiatrici anteriormente al 16 maggio 1978 (art. 64). Se, poi, si considera che — oltre alle materie sopra elencate — compete alle Regioni approvare, con legge, il Piano sanitario regionale e disciplinare aspetti e rapporti direttamente collegati con il Piano,

si ha la misura, da un lato, dell'importanza che pur sempre è riconosciuta all'intervento legislativo regionale e, dall'altro, della consistenza di quella che è pur solo una parte degli interventi da mettere in atto perché possa aversi il quadro normativo completo per l'attuazione della Riforma.

Ma per la definizione di detto quadro normativo sono necessari ulteriori interventi che la Legge n. 833 del 1978 affida a soggetti diversi dalle regioni:

— il Governo è delegato a emanare norme aventi valore di legge (Decreto delegati) per l'istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (art. 23), per disciplinare la materia dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero (art. 37) e dello stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali (art. 47); il Governo è altresì delegato ad emanare un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, unificando e innovando la legislazione vigente tenendo conto delle caratteristiche della produzione al fine di garantire la salute e l'integrità fisica dei lavoratori (art. 24), ed è autorizzato a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale ... e di malattie infettive e diffusive ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie (art. 62). Anche la disciplina dell'organizzazione amministrativa, dell'attività e del finanziamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico oltreché dello stato giuridico e del trattamento economico del relativo personale (art. 42) è attribuita alla competenza legislativa delegata del Governo;

— con Decreto del Ministro della Sanità debbono essere approvati il modello del libretto sanitario (art. 27), il prontuario farmaceutico del SSN (art. 30) e lo schema tipo delle convenzioni da stipulare tra l'USL ed istituti per le prestazioni sanitarie

sta la struttura, sappia già a cosa serve, anziché impararlo quando lo struttura è già lì e ha definito i suoi ruoli: si tratta in definitiva di mettere in grado la popolazione di essere un serio interlocutore rispetto agli operatori sanitari che arrivano con proposte d'intervento già prefigurate. Il Servizio sanitario inglese si è ristrutturato cercando di determinare i bisogni per area, più che in base alle strutture esistenti; allo stesso modo negli USA, è in corso una discussione serrata sui modi di allocare le risorse; e questo è valido per tutti i Paesi nuovi che organizzano il servizio nazionale. Un punto importante di questa mobilitazione concerne la necessità di rimuovere il concetto che la medicina è una struttura supermedicalizzata. In questo senso gli strati socio-economici più bassi sono quelli più facilmente dipendenti culturalmente dal miraggio tecnologico: la situazione di Milano è tipica; molte sue prestazioni sono dovute a gente che si sobbarca lunghi tragitti dall'Italia meridionale, saltando Napoli, Roma, venendo qui in condizioni disastrose e favorendo praticamente il mantenimento di strutture super-specializzate intasate e incapaci di qualsiasi serio rapporto col territorio.

La seconda cosa che mi sembra fondamentale per il superamento della dissociazione tra bisogni sanitari e condizioni socio-economiche disomogenee è che programmazione e interventi contemplino istituzionalmente la ricerca: non si può pensare a un servizio sanitario senza dare strumenti per autovalutarsi in maniera continua, per sapere cosa serve e quando, per abituare utenti e operatori a valutare in maniera critica quanto sta succedendo. Che si tratti di ricerca sulla qualità della cura, sul valore o meno della tecnologia, sui modi organizzativi delle strutture sanitarie, sono tutti campi in Italia assolutamente carenti, ma indispensabili. Attraverso la ricerca si potrebbero per esempio definire dei costi reali, fondamentalmente di personale, senza andare incontro a costi incontrollabili perché dettati da leggi di mercato, dalla disponibilità o meno di uno strumento; si continua a dotare gli ospedali di strumenti, senza fare un esame per valutarne la percentuale di inutilità, e quindi i «colli di bottiglia» che si creano.

Abbiamo svolto di recente un'indagine su una struttura ambulatoriale (quindi già in grado di prefigurare un certo assetto futuro): applicavano a tal punto un approccio ospedaliero che prescrivevano regolarmente l'encefalogramma per dei bambini ipercinetici (c'erano bambini che in sei anni avevano fatto quattordici esami di encefalogramma); oltre al caos provocato sul bambino e alla totale inutilità medica, ciò costituisce un indice di come si moltiplicano

senza senso i costi, di come si inducono bisogni artificiali che poi portano a moltiplicare gli strumenti (mentre bisognerebbe arrivare a proibirli, in modo che il medico non faccia diagnosi sbagliate per eccesso di strumenti, dato che oggi tutti tendono a sviluppare questa capacità puramente strumentale a tutto scapito del momento clinico). Negli USA sono stati pubblicati dei lavori che analizzano il grado di inutilità di certe strutture diagnostiche di laboratorio: si arriva al 60-70% di dati non utilizzabili, o perché prodotti in un tempo non più utile, o perché incomprensibili al medico che non ha una formazione orientata a sfruttare il dato quantitativo. Così, per i due grossi filtri diagnostici, laboratorio e radiologia, si tende a dare per acquisito che abbiano un ritmo di crescita del 20% annuo: il che non è assolutamente vero, perché si è visto che per i farmaci, di cui si diceva la stessa cosa, è bastato introdurre uno strumento semplice come il prontuario terapeutico e la spesa si è bloccata, anzi tende a diminuire. Dunque è possibile capovolgere certe logiche, a condizione: primo, che, come si è fatto per i farmaci, si raccolgano dati per documentare l'inutilità; secondo, che si disintossichi la gente dal (falso) bisogno, dimostrando che la prestazione è uguale.

3. Si possono fare due o tre esempi. Il primo riguarda l'Unità sanitaria locale nel suo rapporto con tutta l'età pediatrica ed è la possibilità di utilizzare le strutture collettive scolastiche per ottimizzare l'uso delle strutture diagnostiche e terapeutiche per l'età pediatrica. Oggi il medico scolastico va completamente per suo conto: lo si potrebbe riqualificare secondo uno standard comune e garantire delle possibilità d'incontro con i genitori perché apprendendo quali siano le necessità del bambino, imparino la logica applicabile poi a tutti i problemi sanitari. Il momento della dimissione dallo ospedale costituisce un altro punto importante per la formazione sanitaria poiché coinvolge molte famiglie e consente di ottenere due risultati: la formazione del paziente sulle sue necessità, in modo da non gravare sulla famiglia, e l'obbligo per il medico ospedaliero di comunicare col medico sul territorio, cosa che oggi rappresenta un punto macroscopico di discontinuità.

Un terzo momento di formazione e riqualificazione potrebbe essere il prendere in esame certe funzioni coinvolgendo complessivamente i medici di un dato territorio: ad esempio, prendere in considerazione la funzione diagnostica e mettere i medici a confronto con la distribuzione reale dei presidi sul territorio, con i loro carichi di lavoro, eccetera, e riportare i dati originali dai medici non con concetti generali (tipo: la diagnosi della tonsillite si fa così) ma con l'insieme territoriale, delle diagnosi, delle terapie, con la domanda più o meno giusta che è stata espressa. E' una cosa che molti accetterebbero come esercizio culturale permanente; e si potrebbero trovare modi di produzione collettiva di informazioni comuni ai medici e alla gente: ad esempio, radiologia, diagnosi di laboratorio e terapia con farmaci sono funzioni abbastanza ripetitive e tali da diventare facilmente argomento di formazione permanente.

Quanto al coordinamento delle diverse istituzioni, un settore dove si potrebbe fare molto è quello dell'integrazione dei dati, poiché c'è una grande sottoutilizzazione delle possibilità di gestione dei dati a livello regionale. La Lombardia, ad esempio, è in possesso di una serie di dati importanti: registri di accettazione e dimissione, dati sul costo delle prestazioni sanitarie, sulle prescrizioni farmaceutiche, presto li avrà

sulle prescrizioni dei medici generici. Finora a tutto questo è stata applicata una logica angustamente amministrativa, neanche economica ma proprio banalmente ragionieristica, mentre solo un utilizzo sanitario permette un'interpretazione corretta di questi dati. E' mancata la volontà politica di consentire certe possibilità tecniche di lettura che dessero dei risultati magari limitati ma su cui è possibile riprendere il discorso in modo propositivo. Si pretende invece, magari, di fare un servizio informativo integrato a livello di territorio, collegando tutto in progetti che impongono grossi investimenti per calcolatori, che pongono condizioni pesantissime di sistemistica, quando il problema non è standardizzare a priori ma fare progetti su scala ridotta, in cui l'elaborazione e l'automazione vengono usate per fare statistiche semplici: al limite, basterebbe insegnare alle Unità sanitarie ad avere dei sistemi minimi, garantendosi che per un certo periodo i dati amministrativi vengano letti anche medicalmente.

4. In linea teorica, credo che la disponibilità di certe apparecchiature, per esempio di laboratorio o di radiologia, possa favorire il confluire pluridisciplinare e anche la organizzazione graduale delle cure. Questo è riscontrabile anche in certe strutture private, come i centri diagnostici, che adottando un sistema integrato raggiungono una produttività molto più alta. In realtà però c'è una pressione anticipata della tecnologia rispetto alla modificazione dei rapporti di potere all'interno delle strutture ospedaliere: la competenza nell'utilizzazione di un certo strumento determina il funzionamento delle cose intorno, cosicché chi gestisce un certo servizio finisce per imporre la sua regola, anziché concordare un lavoro preciso. Nelle unità di cure intensive, poi, la sofisticazione tecnologica è già più avanzata delle capacità di utilizzazione: non si è ancora sviluppato un lavoro in grado di assicurare che chi arriva in terapia intensiva sia effettivamente chi doveva arrivarci; questo succede perché non c'è collegamento serio tra unità di terapia intensiva e unità medica, cosicché la terapia finisce per essere qualcosa di chiuso in sé stesso.

5. Non ho molta fiducia nell'Università e quindi sarei a favore di una formazione condotta in maniera critica là dove viene svolto il servizio, dando ampie nozioni di base e coinvolgendo la struttura assistenziale in un processo di formazione che dev'essere anche di trasformazione della struttura stessa. E' importante, ad esempio, che il personale paramedico sia coinvolto in processi decisionali da cui oggi è escluso con la motivazione che non ha competenze; tanto per gli infermieri che per i giovani medici, che vengono dirottati verso compiti esecutivi e non valutativi, bisognerebbe prevedere nel curriculum la partecipazione al processo di ricerca, di raccolta, di elaborazione e di giudizio critico sui dati. Certo, il Sindacato sembra considerare la ricerca una specie di lusso che può permettersi qualcuno che lavora in ambiti particolari, non certo come primo compito della stessa routine. Al contrario penso che prima di tutto le strutture si debbano riorganizzare nel senso di saper fare ricerca: perché non dovrebbe far parte del normale tirocinio di un medico fare delle raccolte di dati epidemiologici seri? A suo tempo avevamo proposto alla Regione Lombardia di introdurre formalmente una politica di comandi per un tot di medici temporaneamente con compiti di raccolta dati e di valutazione periodica.



Gianni Tognoni, Capo-laboratorio all'Istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri» di Milano.



Aspetti e problemi della realtà sanitaria italiana; l'organizzazione delle strutture assistenziali decentrate: 1. Medicina del lavoro in uno SMAL



(Servizio medicina ambiente di lavoro) di Milano. 2. Prevenzione sanitaria in un ambulatorio di zona di Milano.

dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni (art. 26) e delle convenzioni volte a regolare l'integrazione tra strutture operative private ed i servizi dell'USL (art. 43); spetta inoltre al Ministro della Sanità definire i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostatistici (art. 27);

— con Decreto dei Ministri della Sanità e della Pubblica Istruzione deve essere approvato lo schema della convenzione con la quale saranno regolati i rapporti tra Regione ed Università (art. 39);

— con Decreto del Presidente della Repubblica sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano sanitario nazionale, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti Enti mutualistici (art. 57);

— con un accordo da stipulare — a scadenza triennale — tra Governo, Regioni, ANCI ed organizzazioni sindacali delle categorie interessate vengono disciplinati il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale delle USL, sia con rapporto di impiego sia con rapporto convenzionale (artt. 47 e 48). Il legislatore nazionale ha, infine, riservato a sé l'individuazione dei livelli delle prestazioni sanitarie che debbono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini (art. 3), le norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e le relative sanzioni penali con particolare riferimento alle materie dell'inquinamento, dell'igiene e della sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, dell'omologazione — fini prevenzionali — di macchine e di impianti, della tutela igienica degli alimenti e delle bevande (art. 4) e la disciplina dei farmaci (art. 29).

I conflitti di competenza

Come si è visto, il campo attri-

buito al futuro intervento normativo del Governo, dei singoli ministri e dello stesso legislativo nazionale è indubbiamente ampio e riguarda — per di più — materie alquanto delicate; c'è dunque ancora spazio consistente perché i centri di resistenza possano per lo meno tentare di ostacolare o svuotare la Riforma. Né va trascurato che l'intervento centrale, interessando materie di competenza delle Regioni o comunque materie necessarie a rendere possibile, da parte delle Regioni, l'esercizio organico delle funzioni di loro competenza, non mancherà certamente di provocare conflitti di non facile soluzione. La Legge di riforma, infatti, usa a volte l'esigenza dell'uniformità su scala nazionale come strumento per limitare il campo dell'iniziativa regionale: questo accade proprio nelle materie in cui più consistente poteva prevedersi (e in effetti sarà) lo scontro tra l'interesse pubblico e quello di importanti settori dell'imprenditoria e del capitale privati (inquinamento, igiene e sicurezza del lavoro, igiene dell'alimentazione, disciplina dei farmaci, rapporti con l'Università e con le strutture private). Il conflitto di competenza e quindi di potere tra centro e periferia costituirà certamente uno dei motivi ricorrenti e pericolosi della fase attuativa della Riforma anche perché — su questo campo — le Regioni, più direttamente esposte alle pressioni delle organizzazioni politiche e sociali e della cittadinanza in genere, non potranno perdere un'occasione forse decisiva per affermare la propria funzione e la propria capacità di far fronte al ruolo di Ente programmatore e riformatore che loro spetta nel sistema istituzionale. Si può star certi che da più parti si tenterà di contenere il conflitto sul piano giuridico-formale; se tale tentativo dovesse riuscire, se cioè i contenuti politici reali del conflitto stesso fossero tenuti in secondo piano senza diventare tema esplicito e chiaro

di un ampio confronto che coinvolga, oltre le Regioni, gli Enti locali e le organizzazioni politiche e sociali, la battaglia per la Riforma sarebbe probabilmente persa.

Il conflitto prospettato si ripeterà — a quadro normativo completato — anche in relazione all'esercizio di diverse funzioni amministrative. A questo riguardo la Legge di riforma ha addirittura modificato in senso centralistico le norme del DPR 24 luglio 1977, n. 616. Tra le competenze residuali dello Stato — ad esempio — sono stati aggiunti gli interventi contro le epidemie e le epizootie (confronto tra le lettere b degli artt. 6 Legge n. 833 e 30 DPR n. 616) e gli standard dei prodotti industriali (lettera g dell'art. 6 Legge n. 833); la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego dei gas tossici o delle altre sostanze pericolose (lett. h dell'art. 30 DPR n. 616) è diventata la produzione, la registrazione, il commercio delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico (lett. i dell'art. 6 Legge n. 833) e cioè — a volere — di tutte le sostanze chimiche e di tutte le forme di energia; i controlli sanitari sulla produzione dell'energia nucleare (lett. i dell'art. 30 DPR n. 616) sono diventati i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare (lett. k dell'art. 6 Legge n. 833); la disciplina dell'organizzazione del lavoro ai fini della prevenzione (lett. m dell'art. 30 DPR n. 616) è ora la disciplina generale del lavoro e della prevenzione (lett. m dell'art. 6 Legge n. 833). L'elenco delle differenze tra le due norme in esame potrebbe essere ulteriormente arricchito e potrebbe essere esteso alle funzioni che, seppure di competenza statale, sono state delegate alle Regioni (artt. 31 DPR n. 616 e 7 Legge n. 833). L'esemplificazione fatta, comunque, dà, già in termini che si possono ben definire preoccupanti,

la misura di quanto tenace e pervicace sia la resistenza degli organi centrali che, perse alcune competenze nel fuoco della battaglia politica svoltasi attorno al Decreto delegato n. 616, hanno approfittato della prima occasione per riprendersi funzioni di estremo rilievo e di particolare delicatezza, coinvolgendo gli stessi cospicui interessi privati la cui sorte può determinare il successo o lo svuotamento — almeno parziale — della Riforma.

Si tratta semplicemente dell'apertura delle ostilità: il conflitto continuerà e sarà certamente ampio e duro, proprio perché gli interessi contrapposti (da un lato quello pubblico alla salute e dall'altro quelli privati a mantenere gli attuali profitti e privilegi) sono indubbiamente consistenti. E una partita tutta da giocare anche se, nel passato, esperienze del genere hanno dato risultati alquanto deludenti.

(1) Cfr. *The Times*, 12-3-1965, trad. it. in *Libro bianco sulla Riforma ospedaliera*, suppl. al *Notiziario dell'amministrazione sanitaria*, dicembre 1965, pagg. 105-106.

(2) Si vedano in proposito i documenti ACLI, PRI, PSU, FNOOMM, contenuti in *FIARO* (Federazione Italiana Associazioni Regionali Ospedaliere), *Quaderno n. 1*, suppl. a *Ospedale d'Italia*, Roma 1974.

(3) Cfr. P. Mastrorosso, *Fare chiarezza sulla Riforma Sanitaria*, in *Il Sole 24 ore*, 3 giugno 1979, pag. 5.

(4) In Ossicini, *Introduzione alla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale, in La Riforma sanitaria*, Ed. Team, Roma 1979.

(5) In G. Berlinguer, *Dichiarazione di voto per il PCI, in Atti parlamentari della Camera*, 16-12-1978.

Utente e non più prestatore d'opera «massificato», pur con gli indubbi privilegi dovuti all'amicizia con il cattedratico e all'essere io stesso cattedratico e «facitore» degli spazi futuri per i medici ed i sanitari, privilegiato quindi ma anche allo stesso modo angosciato come tutti gli altri per la malattia, per la mia malattia, ma anche per i dubbi sull'efficienza della «macchina» che deve guarire, per le carenze di mezzi subito evidenti (poca biancheria o servizi igienici impraticabili ad esempio) e di cui non si sa valutare l'importanza, il valore simbolico, la significatività agli effetti della questione prima, insopprimibile, generale che interessa ogni utente dell'ospedale ogni volta che si è tolto gli abiti civili ed infilato il pigiama o il camiciotto: il grado di probabilità ed i tempi necessari per rimettere gli stessi abiti uscendo in posizione eretta e dal portone principale.

E mi sono veramente domandato sino in fondo per la prima volta, con quell'onestà che viene solo dalla paura e dall'egoismo, se non fosse giunto anche per me il momento di pagare di persona, e non solo con un periodo di degenza sconsigliata, ma magari lasciando a moglie, figli ed amici tanti problemi irrisolti, dall'incapacità anche

mia, per responsabilità, fra le tante, anche mie, nello specifico, professionali, per non aver saputo fare prima o con una diversa e meno faraonica «soluzione alternativa» qualcosa per far star meglio subito la gente negli ospedali della città.

Mi è sempre stato dato atto di essere un professionista corretto; io credo all'importanza della professionalità e all'utilità sociale di una seria preparazione tecnica, un atteggiamento, per lo meno, tendenziale, la coscienza, anche, dei condizionamenti che ogni professione comporta assieme ai vantaggi: il progettista di opere pubbliche è un progettista del regime, quali che siano le sue convinzioni politiche, di più la mia tessera del PSI, pur risalendo ad una data insospettabile quanto a scelta di opportunismo professionale (la confluenza a Trieste di Unità popolare nelle liste del PSI in occasione della battaglia contro la «Legge truffa») è pur sempre la tessera di un partito che è stato a lungo al potere, con molti meriti e gravi responsabilità; da ultimo il mio ruolo di «cattedratico», per quanto screditato, mi avrà pur portato ad omertà, silenzi, ed anche il mio efficientismo professionale si è sempre avvalso di capacità mediatrici, tendendo a temporeggiare là dove lo

scontro con i triestini «nevrotici» o con i burocrati «ignoranti» avrebbe fatto più danno che utile alla causa. Ma quale causa? Illich, Maccacaro e le ironie su Cattinara del mio amico Basaglia non li conosco? E quelle di tanti altri intellettuali sull'insensatezza e dell'opera faraonica e del costruire oggi ospedali comunque, e sulla crisi della medicina?

In questa prima ora di degenza all'«Ospedale Maggiore», già «Regina Elena di Savoia», mi sento un verme, per la solitudine con la mia coscienza, per la paura di dover crepare come un cane, partecipo io stesso, con un mestiere e delle idee sbagliate (la pretesa di costruire con le pietre soluzioni riformatrici), di un programma faraonico che non ha dato nulla a tanti altri miei concittadini prima di me, che a me (e a molti altri con me per fortuna) ha dato solo lavoro, ma ora, «Eautontimorumenos», punitore di me stesso, si paga di persona.

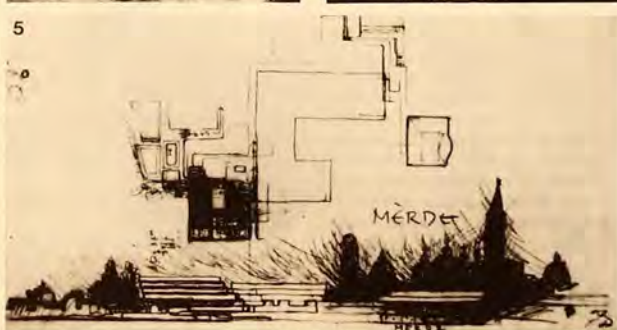
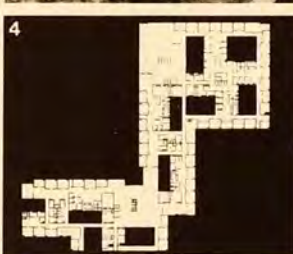
Quante cose si riescono a pensare in pochi minuti di solitudine. Penso all'inefficienza del reparto di Ceccotto a Udine dove Miela Reina, la pittura più bella e più moderna che Trieste abbia dato, è stata lasciata morire di aneurismi cerebrali per non disturbare il riposo del medico di turno, e, per contrasto,

alla prestanza dei nuovi padiglioni già in funzione e alla ricchezza e serietà dei programmi ospedalieri di Zanuttini per Udine. Penso alla vergogna dei miliardi impegnati e spesi con interventi a pioggia in una miriade di ospedali incominciati e lasciati a mezzo, sproporzionati per numero di posti letto, attrezzature ed impianti alle dimensioni demografiche dei bacini di utenza, alle possibilità di disporre di personale medico e paramedico qualificato.

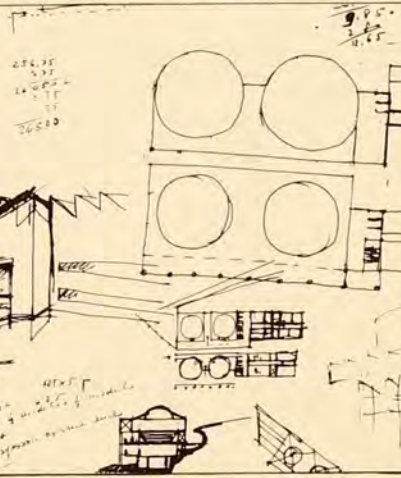
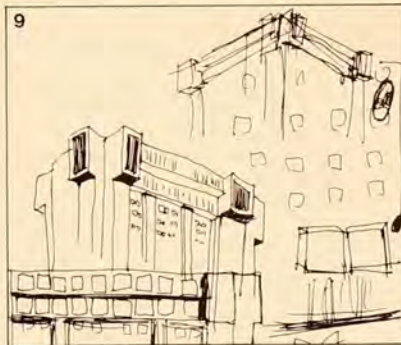
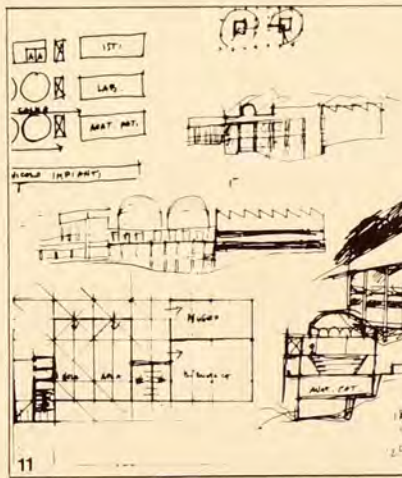
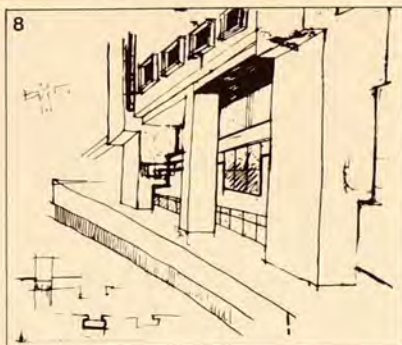
Dovrebbe restare fuori dalla porta, ma è invece accanto a me sul cuscino, la consapevolezza che è ben venuta anche da parte nostra, dei riformatori, dei socialisti, la lotta al lavoro dei clinici nelle case di cura privata, la necessità di «tenere» i migliori operatori negli ospedali per tutti, l'abolizione dei reparti paganti. Sono ancora convinto della giustezza di tutte queste idee e quasi fiero della possibilità di vivere coerentemente questa condizione, in un ospedale di massa, assistito da un clinico chirurgo molto capace che guadagna, al netto tra stipendio universitario e ospedaliero meno di un milione, che non può esercitare la professione fuori dell'ospedale, per disposto speciale della nostra Regione, con diritto mio di essere curato gratuitamente fino

R. Chirivì, C. Dardi, E. Mattioni, V. Pastor, L. Semerani, Progetto per il Concorso nazionale per il progetto preliminare di un Nuovo Ospedale civile a Venezia, 1963 (2° premio ex-aequo): 1. pianta del piano terreno; am-

bulatori e servizi generali; 2. pianta del piano ammezzato: laboratori e sala dei convegni; 3. pianta a quota +4,60 m.: accettazione, pronto soccorso, radiodiagnostica e radioterapia, reparto operatorio; 4. pianta di un'unità



LE VARIABILI CONTESTUALI



di degenza tipo; 5. schizzo; 6. veduta aerea con inserimento del progetto. L. Semerani e G. Tamara Semerani, Studi preliminari per l'Ospedale di Cattinara, Trieste, 1969-79; 7. studio del complesso, 1970; 8. studio del ba-

samento, 1969; 9. studio dei piani di coronamento della torre di degenza, 1970; 10. studi dell'interno dell'atrio; 11. studi per il Dipartimento di anatomia, 1979.

a che sarà necessario. A suo tempo Vidalì si è potuto far curare alla «Salus», mi sento quasi più coerente del «Capo» tanto giustamente rispettato. Anzi, da un'indagine parlamentare, pare che in tutto il Parlamento mai un solo onorevole ha rinunciato alla casa di cura privata, neanche dopo la Riforma sanitaria. L'intransigenza contro una medicina classista che tratta ad alto livello i paganti, a basso livello i mutui è sacrosanta. Ma qui siamo di fronte al nodo classico delle riforme all'italiana: per condizioni oggettive (giusta soppressione del reparto paganti - intasamento del «Maggiore») e specifiche, di legalitarismo asburgico, tre o quattro tra chirurghi e anestesisti, unici in tutta Italia sono tenuti ad osservare qui «regole» che altrove hanno trovato un contegno ufficializzato (Regioni «rosse») o l'indifferenza alla legge. Risultato in un regime di relativo libero mercato della professione? Qui la teoria si misura con la pratica, con il contingente. Il mondo, qui dentro, sembra articolarsi entro un unico rapporto fondamentale: tra quelli che stanno male e quelli che, stando bene, curano, per professione, quelli che stanno male. Per questo, da qui dentro, alla qua-

lità dei medici si dà una certa importanza. Al di fuori di questo rapporto fondamentale, tutto intorno a queste due categorie umane, alle due razze, quella malata, quella curante, può anche non esistere nulla. Certo nel reparto chirurgico esistono diversi tipi di malato, non parlo qui di patologia, parlo di diversi momenti rispetto alle decisioni dei «curanti»: c'è l'operato fresco, di giornata, il post-operato, che starà ancora a lungo in ospedale, e quello che già saluta affettuosamente i compagni di camerata e di corsia; c'è il nuovo arrivato che guarda sospettosamente lo squallor intorno, c'è chi è ormai in ansia perché gli esami non finiscono, non si capiscono le conclusioni che tirano i professori (e in qualche caso è una fortuna non capirle), c'è chi non sa con precisione la data dell'intervento ma sa che è prossima, e che l'intervento non è difficile. Tra tutte queste sottospecie ci sono dei sub-rapporti, rapporti interni tutti dominati dal rapporto principale «razza curante - razza malata». Sperabilmente provvisoriamente malata. Tutti speriamo, siamo certi che «una cura ci sarà» anche per noi. E una catena di montaggio? Magari! Purché funzioni bene. Ogni nostro simile, un già operato, che cammina sulle sue

gambe incerte, ancora un po' piegato in avanti, ma ci saluta ed esce «dalla porta grande» ci dà maggior certezza che «anche noi»...! (La statistica vorrebbe il contrario, ma qui conta più la speranza). Non ci interessa assolutamente essere diversi dal post-operato che esce con le proprie gambe e ci saluta dopo pochi o molti giorni di fraternità. Perché dovremmo esserlo? I nostri titoli, le nostre qualifiche, persino la nostra famiglia ci distinguono, tendono a mantenerci in un'«aura» diversa. Ma qui cerchiamo un rapporto di analogia col nostro compagno che come noi era malato, che guarisce, che è già guarito, che si alza, se ne va. E forse importante persino la luce accecante al centro della stanza. Perché dovremmo avere luci individuali, un destino differenziato? Tutti desideriamo essere allo stesso modo salvati, l'organizzazione, il dinamismo delle infermiere e dei giovani medici, lo stesso turbinio di cartelle, di esami, di dati, un'organizzazione e sia pure un «movimento» alla Herrera, o una specie di *tourbillon* prima di tentare il canestro, bene tutte queste cose, le padelle, i cateteri, i clisteri, le fleboclisi e soprattutto i «pappagalli» ti danno il diritto di essere ammalato.

Un diritto che fuori dell'ospedale non c'è. E qui che hai invece il diritto di essere vecchio, di puzzare, di bagnarti, di aver paura senza destare sorpresa, schifo, disagio nel tuo prossimo. E necessario, ti spiegano, «liberarsi», è indispensabile, per sopravvivere, scorgere, basta sorridere appena o scusarsi debolmente col vicino. E ammesa, è prevista l'insufficienza umana. Che pace! E per questo è indispensabile l'ospedale. È indispensabile l'altezza di metri e metri di volume d'aria o il ricambio artificiale. È indispensabile essere protetti dalle famiglie e dai costumi del consorzio umano che non perdona l'improduttività, dove qualcuno occuperà subito la sedia ancora calda (anche il letto?); qui all'ex «Regina Elena di Savoia», oggi Ente ospedaliero regionale, dove alcuni cessi sono stati riparati l'ultima volta con fondi del Governo Militare Alleato, (questi della Clinica universitaria ad esempio) il primo saluto fraterno sarà col compagno comunista Faggini, presidente della Consulta dell'Altipiano Ovest, barbiere a Prosecco, poi, procedendo per categorie e affinità politiche il rapporto sarà a raggio sempre più ampio, secondo l'instaurarsi più semplice del rapporto di simpatia, di solidità

(segue)

rietà nel dolore, nella monotonia degli stessi problemi e degli stessi interessi. Una progressiva alienazione da quanto avviene all'esterno, nel senso che attivamente non si può intervenire, nel senso che la discussione politica su quanto fa Andreotti con Berlinguer, per non aprirsi nel contrasto tra partitizzati e qualunque deve restare sul generico, in fondo mantenersi ad alcune comuni valutazioni negative di base: *a Roma si ruba da sempre; anche in Friuli, un po', ora, si è rubato; forse non dovremmo avere quei cessi di là, impraticabili, ed i 22 paramedici avere uno spogliatoio più decente ed i chirurghi almeno due gabinetti ed una doccia, dopo 4-6 ore di sala operatoria: solo se la politica riguardasse di più le cose.*

Però su questo solidarizziamo tutti: che medici e paramedici lavorano in condizioni impossibili e questo danneggia il malato: questo lavoro massacrante non può trovare un trattamento economico che per tutte le categorie, dall'infermiera all'assistente di ruolo al cattedratico, è così scompensato rispetto ad altri settori d'impiego pubblico e privato. Può essere tollerabile, come in passato, solo per chi svolge una seconda attività integrativa, o come tipico « lavoro femminile », di inserimen-

to rapido nel mondo del lavoro di donne in difficile situazione famigliare. La contraddizione delle riforme del Centro-sinistra è stata sempre la stessa: senza voler e poter proporsi una miseria generalizzata (che costituisce l'unico modello certo ed accettabile di società socialista, nella quale appunto si comprimono le spese voluttuarie ed i risparmi famigliari e si privilegiano gli investimenti ed i servizi pubblici) si sono tentati alcuni scompensi tra categorie, in generale a danno del ceto medio-basso, in generale a danno dei servizi; fermo restando il modello consumistico, la radicalizzazione della lotta politica degli studenti, dei disoccupati, delle frange più pericolose degli autonomi verte proprio sui temi offerti dal modello: devastazione nel grande magazzino, autoriduzione al cinema, esame politico sostitutivo dell'esame di profitto acquistano sempre lo stesso segno, quello della violenza individualista e truffaldina piccoloborghese o dello scugnizzo o del levantino senza legge, che non conoscono o rifiutano una organizzazione, una gestione del sociale nella quale i problemi individuali si contemperino, magari esaltandosi, con esigenze interpersonali, intersettoriali: la democrazia.

A quasi quarantacinque anni,

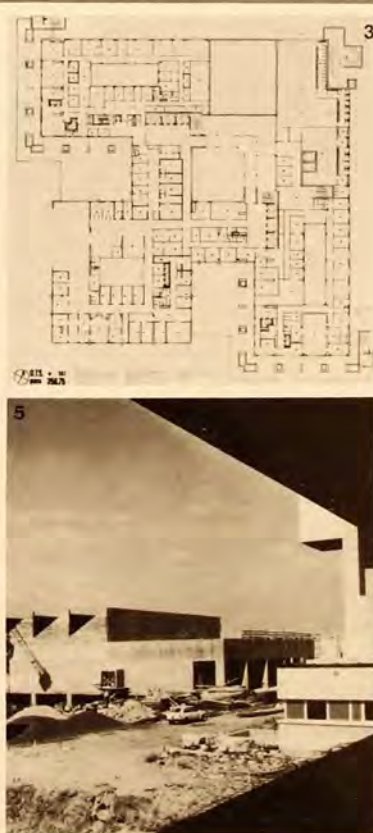
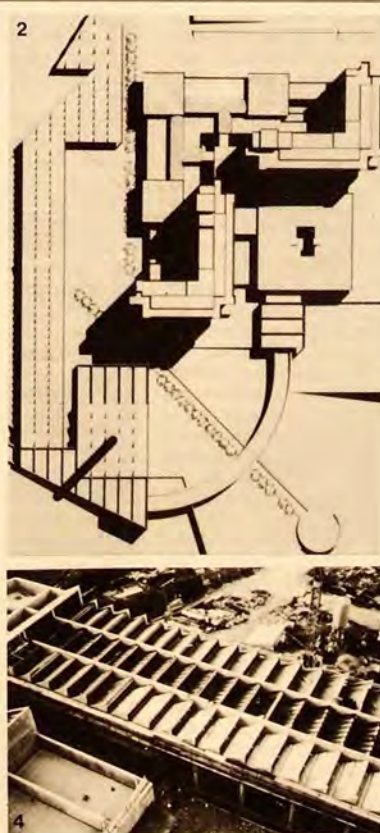
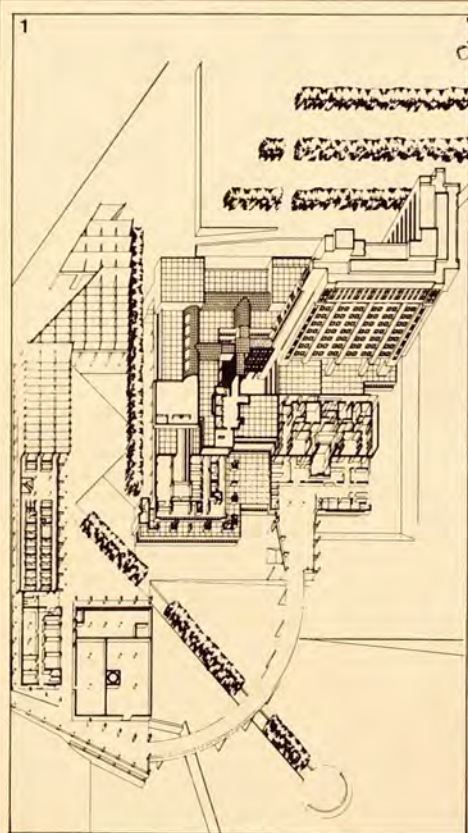
a letto in un ospedale che ne ha centocinquanta, senza avere ancora finito il mio più importante e utile lavoro professionale, devo chiedermi se nel tempo questo lavoro sarà mai finito, se sarà poi utile, se fra vent'anni il mondo sarà tanto mutato da veder scomparsi per sempre questi miti, la democrazia, il socialismo, la professionalità, la preparazione tecnica, l'utilità dell'architettura e dell'arte, il primato della ragione e della comprensione sul manicheismo degli italoiti.

Far stazione su questo letto per guardare il mondo fuori è lecito?, dietro questo metro e quaranta di muratura di pietra (come in un fortillio) posso cercar di capire? Qui c'è una cartina di tornasole: il dolore! Ovvietà deamicisiana, penosa concessione che solo in una città di provincia un intellettuale rincoglionito, per di più cattedratico, si può permettere di tirare fuori: compagni, amici, signori — il dolore c'è. Quello degli altri, con il quale sentiamo, fino a un certo punto, solidarietà, e quello nostro, per il quale imploriamo, con maggiore o minore dignità, solidarietà e tecniche di intervento. Dentro l'ospedale mi interessa soprattutto la salvezza, il recupero, la rinascita mia e degli altri. Del dolore degli altri

meglio considerarne l'ineluttabilità, la provvisorietà, meglio non averlo presente. Il « mio », quando arriva è talmente furioso da essere inconfondibile con qualsiasi altra esperienza: piacere, angoscia, godere, soffrire; il dolore è al di fuori dello spettro di tutte le altre sensazioni buone e cattive, oltre la soglia del dolore c'è solo lui, lancinante, del corpo che è stato tagliato ed ora è solo ricucito, dei crampi della « peristasi » che riprende tra intestini e stomaco fuori esercizio, le fitte, il respiro che manca, i nervi che saltano. Quando gli altri gridano per questo tipo di dolore si aumenta un po' il volume della radiolina con l'auricolare ben dentro l'orecchio. Seguo con l'occhio il « tramacco » dell'operato dalla barella al letto, soffro anch'io con lui, ma cerco almeno di non sentire tutte le invocazioni, i lamenti (il reparto dà consulenza chirurgica al dipartimento dell'anziano, oltre i settant'anni sono in parecchi: questo appena ritornato dalla sala operatoria ha 71 anni, invoca, come — imparerò — fanno tutti, anche ad ottant'anni, « la mamma »). E una cosa formidabile questo cordone ombelicale che in fondo non è mai stato definitivamente tagliato, e che riappare nel risveglio post-operatorio, quando il paziente

L. Semerani e G. Tamaro Semerani (in collab. con C. e L. Celli e D. Tonon), Ospedale di Cattinara, Trieste, 1969-71: 1. assonometria; 2. planimetria generale; 3. pianta a quota 256,75 m.; 4. veduta della copertura a

shed degli ambulatori, in costruzione; 5. veduta degli ambulatori in costruzione; 6. particolare della torre di degenza con i due piani di coronamento avanzati; 7. veduta degli ambulatori; 8. veduta del complesso in costruzio-





ne; 9. veduta della torre di degenza; 10. veduta della torre medica, della torre chirurgica, della piastra dei servizi diagnostico-terapeutici (reparto operatorio-accettazione/pronto soccorso-radiologia).

non ha ancora riacquisito il controllo dei suoi mezzi: il rapporto con la Madre è dunque eterno. Zittisce poi improvvisamente, è notte, mi alzo per vedere se è morto. Si è assopito perché, esaurito l'effetto del curaro, è stato possibile dargli un calmante. Il dolore non tornerà più così tragico. Imparerò anche questa fiducia per gli altri e per me stesso, ma nei giorni successivi.

Per ora sono in attesa del mio turno. E permesso avere paura. Forse perché vengo distratto da tante cose, tutte interne, sempre più solo cose interne all'ospedale: il passato, la vita degli altri (il tenente di vascello mi sa far capire chiaramente la disparità di una guerra tra una marina senza radar, la nostra, e quella nemica — l'angoscia ancora del ritardo tecnologico, almeno secondo la mia deformazione professionale —; C. mi parla della sezione costruzioni aeronautiche ai CRDA di Monfalcone, delle costruzioni in legno e tela, e poi del primo aereo tutto in lega leggera, rimasto prototipo). Alla sera gli studenti girano fra i malati, guidati dagli assistenti: è vero dà fastidio essere oggetto di palpatimenti e sguardi spesso intimiditi. A me poi gli studenti universitari danno fastidio per ragioni ovvie, il mio amore per loro

incompreso, dal '68 in poi, che ho sostituito con un distacco professionale per me molto più produttivo che non le diverse forme, soprattutto liceali, di « pederastia intellettuale ». (La pederastia intellettuale entra in crisi anche di fronte al « grande numero »). Gli studenti in generale puzzano, di fumo, di mensa universitaria e, per timidezza, si presentano con il camice aperto e le ragazze (a differenza delle altre donne) a chio-me sciolte, come ad un ballo. Pur con tanta avversione seguo con attenzione l'esercitazione dell'assistente, il dott. Tenze, di rara capacità didattica; il giudizio unanime degli altri ammalati (quelli che diremmo, da borghesi, uomini-cavia) è positivo: il rituale ed il linguaggio ermetico con il quale il proprio corpo o la propria malattia vengono classificati, analizzati, discussi conforta sull'esistenza di una disciplina, la medicina, sull'interesse di alcuni di apprendere: insomma verifichiamo che « è il sistema sanitario ad essere in crisi non la medicina ». Certo poiché siamo ignoranti ci accontentiamo di non essere ignorati e confidiamo, confidiamo vivamente che la « razza che cura » abbia studiato a fondo. Per questo tutti biasimiamo insieme, per noi e per chi verrà qui dopo di noi, e lo stato dei

nostri cessi ed il fatto che manchino gli spogliatoi ed i cessi per gli studenti. Su questo almeno da dentro l'ospedale in quattro gatti, siamo d'accordo, che la Facoltà di medicina avrebbe diritto a qualcosa di più, dopo dieci anni, in una città che l'ha voluta e che per apportare le necessarie modifiche al nuovo ospedale ha ritardato di un anno e mezzo i lavori. Questi assistenti che guadagnano a trentacinque anni un mensile inferiore a quello di un operaio non specializzato, e questi studenti puzzolenti fanno e si preparano ad un lavoro importante. L'ammalato è contento di essere guardato. Quando racconto a un operaio di Monfalcone che ho visto sul circuito televisivo interno la registrazione a fini didattici del suo intervento (chirurgia dei vasi) non è talmente sciocco o vanitoso da sentirsi più importante. Se è stato memorizzato per lo meno sarà stato un intervento ben fatto. Leggeri non sa fare pubblicità né entro l'ospedale né fuori a queste fatiche in più, sue e dei suoi collaboratori. Il tecnico cinematografico lavora in uno stanzino microscopico, la diplomata in disegno anatomico, che prepara tavole didascaliche e diagrammi, sta col suo tecnografo in un anfratto, senza luce naturale, antistante il cucinino

di piano, da cui escono zaffate di minestra. Uno schermo per proiettare in un'aula comune le riprese in diretta o registrate degli interventi « classici » costerebbe solo 20 milioni: accalcati in un'aula, davanti a due televisori gli studenti imparano in condizioni di estremo disagio. Possibile che in tutta Trieste non ci sia un Ente privato o pubblico abilitato ad integrare i risibili bilanci annuali degli Istituti Universitari (1.500.000 più qualche fondo CNR per attrezzature — la vita micragnosa di tutta l'università italiana). Possibile che in tutta la Regione si sappia solo proporre, una seconda Facoltà di medicina prima di essere riusciti a far funzionare questa? L'ammalato dentro l'ospedale è come Pinocchio nella pancia della balena: ci si allontana sempre più dal mondo di fuori, si partecipa sempre di più dei problemi ripetuti, dei rituali regolari, e poiché la mente si sgombra del presente, poiché il futuro è tutto in quel lumicino là in fondo, la lampada di Geppetto, l'ora e il giorno dell'intervento, il suo esito, affiora, più nitido, il passato. Si dice così della morte. Invece avviene anche prima, probabilmente basta una lunga degenza. Corbatta, il motorista di Grado, mi racconta la stessa

(segue) 73

esperienza. Ha rivisto con lucidità tutte le tappe più importanti della sua vita, come in un film, ma a mente sveglia ed ora sa quali sono le cose che, appena uscito, metterà a posto. Ho ricordato delle immagini bellissime: il momento, il luogo, la luce del mare del giorno in cui ho scoperto il carattere meraviglioso di mia figlia Giovanna, un carattere forte, equilibrato che mia moglie ed io non abbiamo; gli spazi di alcune mostre di gruppo, tanti anni fa, quando esisteva a Trieste «Arte Viva», l'affetto degli amici di allora, la loro intelligenza; il successo faticato delle assemblee con la gente ai tempi del Piano del Vajont: tutte immagini felici, limpide, serene di un passato che non è più oppresso dall'ansia del quotidiano, dall'angoscia e dallo stress delle mille cose che fuori della balena ogni giorno ti piovono addosso. Nella mente sgombra leggera si alza il sipario del presente, il futuro è dietro a noi, vediamo solo un passato che ha valso la pena essere vissuto. Giancarlo Roli ha avuto la stessa sensazione in occasione di un infarto: se la morte è questa liberazione dal futuro essa è so-

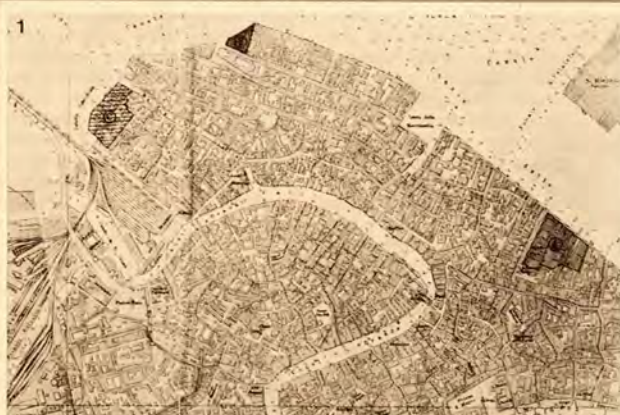
lo una dolcissima certezza. Arrivo così in sala operatoria euforico, senza un attimo di paura, commosso degli incoraggiamenti e degli auguri di tutti i vicini di camerata, sembra un coro (evidente ho un vago tremore interno). Un'inserviente bionda e allegra, cinque figli, mi bacia su tutte e due le guance prima che la barella entri in corridoio; nessuno ha un atteggiamento indifferente: il calore umano o la battuta di spirito si equivalgono. Messo sul tavolo operatorio l'ultima è con Leggeri: necessità di un affresco sul soffitto delle sale operatorie dei nuovi ospedali, di richiamo erotico-bucolico, con aperture etero ed omosessuali (ho visto per un attimo lucidamente un Matisse, «Le Luxe» del 1907, una donna in riva al mare, una accovacciata a cercare tra i piedi dell'altra forse le misteriose sorgenti della vita). Chiudo gli occhi. Mi risveglio con la bestia addosso, ha il mio fegato fra i suoi denti e viene anche a me la solita banale bestemmia: questa volta muoio, lasciatemi morire ma non fatemi soffrire così. Il malato vede quasi solo il soffitto, nell'ospedale. Per questo

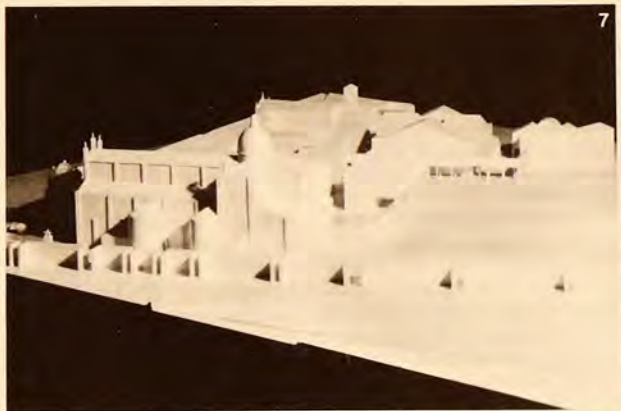
il discorso dell'affresco. Per questo il miglior progetto di ospedale resta quello per Venezia di Le Corbusier. *Mancavano le finestre!* E che se ne fa della finestra uno che sta a letto? Sul soffitto vedere il cielo, l'alba, il sole, le nubi riflessi sullo *shed* che schermo dalla luce diretta. L'unico paesaggio per chi sta a pancia in su. Le trovate del genio: la degenza su unico piano con illuminazione dall'alto, quindi estremamente compatta, il mantenimento della camerata, con parziali separazioni fra i letti, l'appiattimento su unica quota dei servizi diagnostico-terapeutici. Un ospedale di tre piani con gli interpiani per gli impianti. Il resto del progetto, la combinazione a svastica delle sezioni di degenza, l'avanzata sul fronte lagunare delle palificate e la testata monumentale (la chiesa) in acqua, l'avanzare verso terra con campi e campielli, erano giochetti di mestiere copiati dal progetto con cui Dardi, Mattioni, Pastor ed io avevamo vinto *ex-aequo* il concorso. Quelli i segni non felici e non originali della mano dei collaboratori. Del resto quando Bepi Mazzariol mi ha offerto la direzione dei lavori del pro-

getto rielaborato dopo la morte del gran vecchio restava ormai poco di quei principi originali, che soli potevano rendere compatibile la volumetria dell'ospedale con lo skyline dell'isola, che lo rendono un prototipo ancora da sperimentare. Ciò che maggiormente stupisce dentro l'«Ospedale Maggiore» di Trieste, già «Regina Elena di Savoia», è l'enorme divario, in media, tra qualità e serietà di chi lavora, e condizioni, in media, del contenitore. Lo schifoso degrado in cui si trovano i muri, i pavimenti, i cessi di questo reparto. Pulitrici che sanno pulire pavimenti e muri passano due volte al giorno con i loro strofinacci e detersivi sopra caverne aperte nei pavimenti dei cessi, piastrelle sconnesse, cercando di realizzare una cosa impossibile e cioè dare corpo fisico a ciò che fisicamente non esiste, cercando di fare di un buco un piano pavimentato o una parete. Questo non è giusto verso le pulitrici, oltre che antigienico. E lo stesso discorso vale per il personale infermieristico: non è giusto che la biancheria sia sempre insufficiente rispetto al numero dei cambi, che io investa B., infermiera

1. Venezia: localizzazione dell'Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo (A), dell'Ospedale pediatrico (B), dell'area oggetto del Concorso per il Nuovo

Ospedale del 1962 (C). 2. Sede dell'Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo. L. Semerani e G. Tamaro Semerani, Progetto di ristrutturazione dell'Area





ospedaliera dei SS. Giovanni e Paolo con dotazione di un Dipartimento d'urgenza, Venezia, 1979: 3.4.7.8. vedute del plastico; 5.6. veduta del pla-

stico dal bacino con il particolare della «cavana» d'ingresso (accettazione-pronto soccorso).

generica, perché non vuol cambiare le lenzuola e girare il mio materasso bagnato (è uscito inavvertitamente il drenaggio dalla ferita) perché è vero che bisogna risparmiare le lenzuola ed è giusto che io non pretenda altri privilegi oltre a quelli già concessimi dall'amicizia del Direttore.

Ho sentito che alcuni, i più, hanno superato una iniziale diffidenza nei miei riguardi grazie alla mia franchezza nei rapporti. Anche nell'ultimo saluto di un'altra infermiera (*non abbiamo fatto per lei niente di più di quanto facciamo per tutti gli altri, com'è giusto*) c'è una vena polemica, un severo atteggiamento moralista, (e viene proprio da una fra le più carine!). Ed è stato, quasi sempre, un rapporto giusto, autoritario o consolatore a seconda delle necessità, fugato e veloce, professionale civile. Certo chi non sopporta la ruvidezza popolare triestina, la propensione per la battuta acida e qualunquista, la necessità di usare il dialetto per stabilire un rapporto reale si sentirà maggiormente a disagio di fronte a questo ragazzo dalle mani troppo grandi per regalare un fiore. Ma questo si sa

già di Trieste. È prevedibile anche l'inserviente, che urla allo studente friulano che non si scansa davanti al carrello del vitto: *la vadi via de qua! Cossa vigni a far qua voi? Mi no li posso veder i furlani.*

È un lavoro duro, difficile; non è un lavoro alienante perché richiede capacità ed intelligenza. Richiederebbe una preparazione molto più severa, dice Leggeri. Non dovrebbe basarsi su assenze del 30%, mi dice un amministratore. Dovrebbe essere pagato più del lavoro di una commessa dei grandi magazzini, convengo io con un'infermiera diplomata.

Scontri duri anche su Cattinara: *rovina il paesaggio, non sarà mai finito, avremo almeno una doccia per il personale e uno spogliatoio che non ci obblighi a girare in sottoveste per l'ospedale? ma è vero che frana la montagna? saranno mai fatte le strade?* I luoghi comuni che mi son sentito ripetere decine di volte in Consiglio di Amministrazione. Ora il PCI apre la «vertenza sanità». Alla conferenza pubblica dei consulenti del Ministero della Sanità e dell'Assessorato Regionale reazioni prefabbricate, luoghi comuni. Le

forze politiche misurano ogni giorno lo scollamento tra tematiche, problemi generali di quadro e quanto aspetta la gente e non riescono ugualmente a superare questo divario. Chi lavora al «Maggiore», (e a tutti i livelli è lavoro duro e mal pagato, almeno rispetto agli altri lavori intellettuali e materiali che conosco io, nel commercio, nell'edilizia, ad esempio) non si attende da Cattinara un miracolo, ma solo di poter lavorare con più dignità. Faggin, il comunista, mi dice: *no te podevi finirlo prima 'sto Cattinara che qua ne toca tignirla fin che no tornemo a casa!* Cosa devo dire? Che a studio abbiamo da tempo finito i progetti, facciamo solo alcuni affinamenti in corso d'opera. Che i soldi, da quel che ho capito, ci sono; che nessun partito ha avuto fin qui il coraggio di portare avanti fino in fondo una battaglia contro Cattinara, ma che questa battaglia di discredito è stata fatta, che nessun partito ha portato avanti fino in fondo una politica per la Facoltà, che si devono ancora realizzare gli spazi per tutte le sue specifiche necessità didattiche e di ricerca. Che combattere i baroni univer-

sitari per farli andare a Udine o più lontano è la politica del buttar via il bambino con l'acqua sporca, che di facile demagogia si è trattato in occasione dell'accoglimento in sede consigliare e regionale di numerose osservazioni di piccoli proprietari della zona di Cattinara, posponendo questi pochi interessi privatissimi ad un interesse che più collettivo non potrebbe essere. Anche queste cose hanno influito sui ritardi. Si è usato, anche sul *Piccolo*, dar spazio a giuste lamentele su problemi secondari e a pessimistiche, nere previsioni su tempi e miliardi. E l'esperienza non è stata certo fin qui delle più entusiasmanti.

Colpevoli saranno e sono, prima di ogni altro amministratori e forze politiche che hanno in questi anni governato e deciso con incertezza, spesso colpiti da Riforme nazionali o reimpostazioni regionali non previste, e con loro noi progettisti, tecnici esecutori, imprese appaltatrici. Ma in materia ospedaliera ed in materia urbanistica le responsabilità ricadono soprattutto su quanti, con cinismo, non hanno mai dato un apporto

costruttivo, definendo Cattinara un miraggio, non incoraggiando lo sviluppo della Facoltà, profetizzando una crisi con insieme la fine delle istituzioni e la morte della professionalità. Lo sviluppo della Facoltà di medicina accanto alle altre Facoltà dell'Università di Trieste può essere intimamente legato alla prospettiva dell'area di ricerca scientifica prevista dopo gli accordi di Osimo: basti pensare alle interconnessioni della medicina e della chirurgia con la bioingegneria e con la fisica nucleare ed alle interdipendenze con settori di ricerca industriale e commerciale di enorme importanza per il terzo mondo. In zona industriale a Padova sta già operando in questo ambito uno dei centri esterni del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Al dibattito sulla costituenda area scientifica si collega una politica della ricerca e dell'università nella Regione, il potenziamento e la specializzazione della Facoltà di medicina di Trieste, della nuova struttura sanitaria di Cattinara che ne costituisce il presupposto tecnologico più avanzato. Tutto ciò che da dieci anni è stato previsto, di concomitante con la costruzio-

ne di Cattinara, è venuto in qualche modo avanti, anche se a piccoli passi: l'assistenza ospedaliera gratuita e generalizzata; l'abbattimento delle quote capitarie, che creavano l'inflazione delle divisioni di centinaia di letti; il Consorzio Sanitario che dovrebbe rompere l'elefantica egemonia ospedaliera affrontando la gestione della medicina preventiva e post-ospedaliera. L'ospedale di 800 letti, anziché di 2000, pensato per il lavoro di *équipe* altamente interdisciplinare, con alto livello tecnologico, (un rapporto tra spazi per attrezzature e servizi e spazi per degenza che è dieci volte quello attuale al «Maggiore») non è un modello superato. All'opposto è ancora una proposta di frontiera che richiede tante altre novità politiche e culturali.

Luciano Semerani

Dalla Relazione illustrativa alla proposta di ristrutturazione dell'Ospedale «SS. Giovanni e Paolo», Venezia, 1979 Il nuovo quadro legislativo

L'avvio del Servizio sanitario nazionale determina una modificazione sostanziale dei riferimenti e della «scala di valori» fino ad oggi assunti per la programmazione e la progettazione dei servizi ospedalieri. La istituzione delle Unità sanitarie locali per la gestione unitaria di tutti i servizi sanitari pubblici, la liquidazione definitiva dell'ospedale-azienda con amministrazione e personalità giuridiche autonome, la istituzione del ruolo unico regionale per il personale addetto ai servizi sanitari determinano conseguenze a breve e lungo periodo di cui è necessario tenere conto in particolare nella situazione del Centro storico veneziano.

1. L'istituzione della USL del Centro storico e la contemporanea soppressione dei consigli di amministrazione degli ospedali determinerebbero dal 1° gennaio 1980: il trasferimento agli organi di gestione delle USL delle competenze e delle responsabilità dei Consigli di ammini-

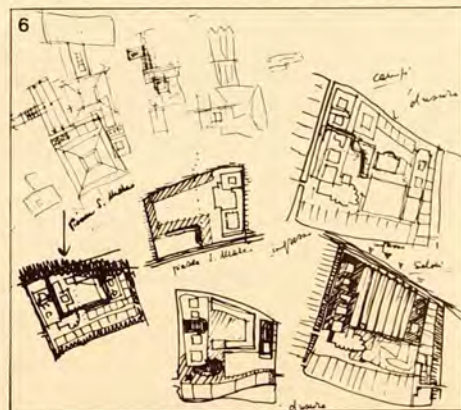
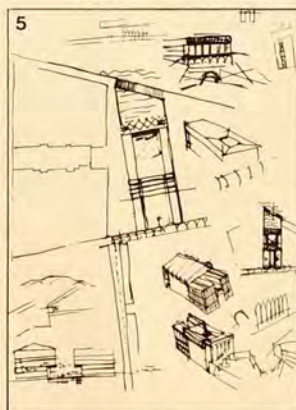
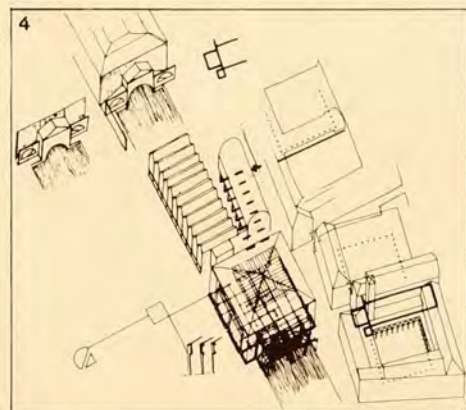
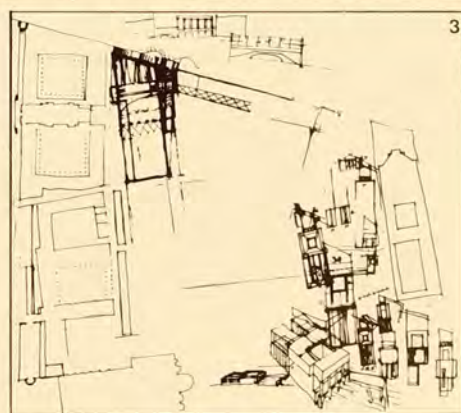
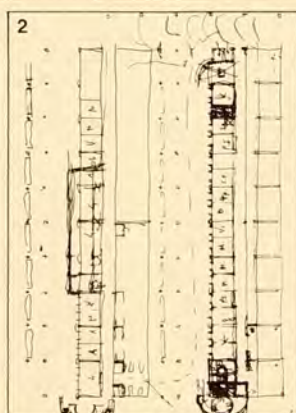
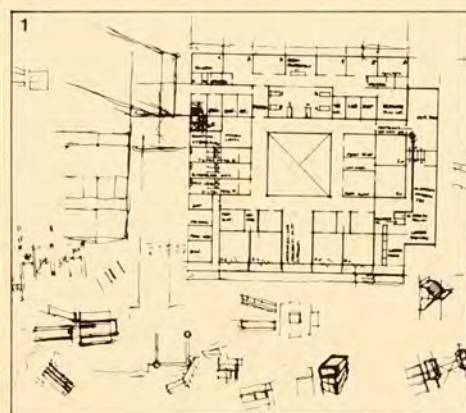
strazione degli ospedali veneziani; l'immediata unificazione dei servizi ospedalieri del Centro storico in un unico servizio gestito dalla USL.

2. L'istituzione del ruolo regionale unico per il personale addetto ai servizi sanitari avvierebbe un processo di «ricomposizione» del personale che avrà tra l'altro la conseguenza di superare la figura del dipendente ospedaliero legata ad una situazione istituzionale e ad una organizzazione del lavoro fino ad oggi orientate quasi esclusivamente alla gestione del ricovero e chiuse alla integrazione tra presidio ospedaliero e territorio.

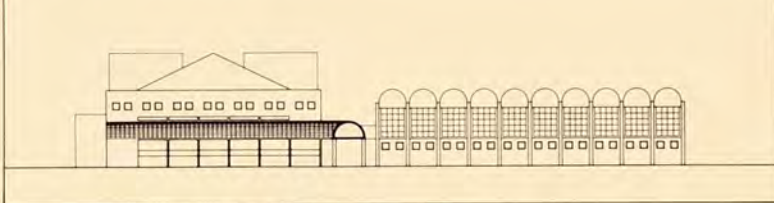
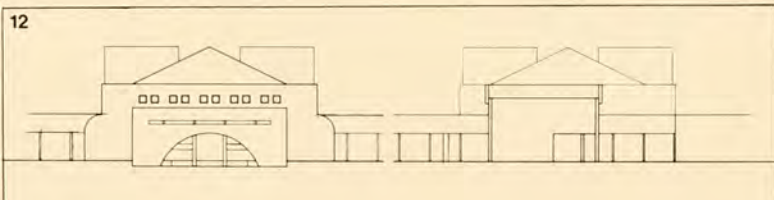
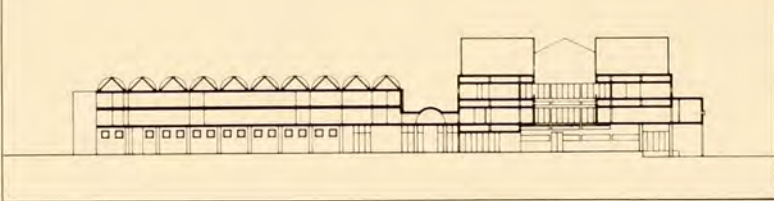
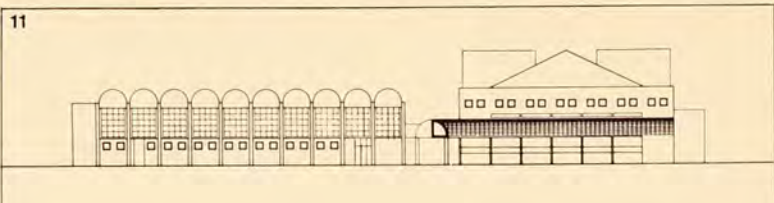
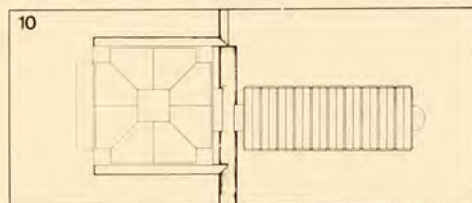
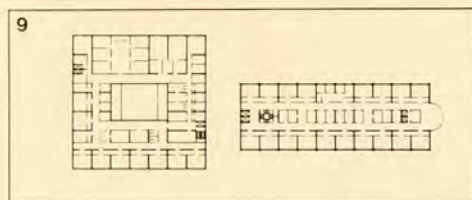
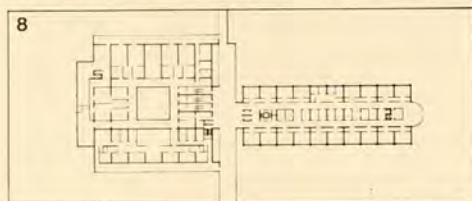
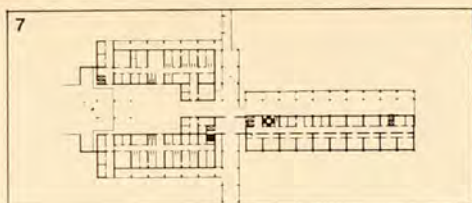
3. Le indicazioni specifiche che la Legge dà per i presidi ospedalieri fanno riferimento ad un modello organizzativo che, se assunto dalla programmazione dei servizi ospedalieri del Centro storico veneziano, consente un recupero razionale ed efficiente di energie, competenze e strutture fino ad oggi frammentate tra i singoli enti, tra le singole divisioni: *l'articolazione degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a*

L. Semerani e G. Tamaro Semerani, Progetto di ristrutturazione dell'Area ospedaliera dei SS. Giovanni e Paolo con dotazione di un Dipartimento d'urgenza, Venezia, 1979: 1. studio preliminare della piastra operatoria; 2.

studio preliminare per l'unità di degenza con portico a doppio colonnato; 3. studio preliminare dell'inserimento del nuovo intervento nel Complesso conventuale dei SS. Giovanni e Paolo e della Chiesa della Carità; 4. schizzo



APPRODO AL DIPARTIMENTO D'URGENZA



assonometrico del nuovo intervento; 5. studio preliminare per l'approdo via acqua sulle Fondamenta nuove; 6. montaggio di soluzioni alternative sull'isola di progetto; 7. pianta del piano terreno; 8. pianta del primo pia-

no; 9. pianta del secondo piano; 10. pianta della copertura; 11. prospetto e sezione longitudinale; 12. prospetti nord, sud e ovest. (Progetto in collaborazione con M. Cosmini).

quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base delle integrazioni delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo.

4. La Legge di Riforma abolisce le classificazioni ospedaliere tradizionali, identificando due sole articolazioni: presidio con utenza corrispondente alla USL; presidio multizonale con utenza corrispondente a più USL.

La ristrutturazione dell'Ospedale «SS. Giovanni e Paolo» non può essere posta razionalmente al di fuori di queste linee di tendenza, all'opposto essa può assumere la funzione di «volano» per la riorganizzazione complessiva dei servizi sanitari del Centro storico, sia dal punto di vista delle funzioni e dell'organizzazione del lavoro, sia dal punto di vista delle strutture edilizie.

Funzioni e organizzazioni del lavoro

L'ospedale assume, nell'ambito della USL il ruolo di servizio per il trattamento dei malati

acuti e per la cura di forme patologiche che richiedono interventi non possibili in ambiente extraospedaliero.

All'ospedale, dunque, va assegnato un ruolo specifico all'interno di una organizzazione sanitaria che identifica strutture e funzioni articolate su base territoriale e funzionale (l'assistenza sanitaria di base, la prevenzione e tutela ambientale, il poliambulatorio e i servizi «mirati» di distretto, l'ospedale di giorno, il servizio ospedaliero con le funzioni di base e multizonali, il paraospedale per la riabilitazione e la lungodegenza); non più l'ospedale totale, ma un servizio organizzato su funzioni che consentano: 1. l'integrazione con i servizi extraospedalieri mediante un sistema di «trasmissione», che recepisce in entrata e analizza le valutazioni e le proposte dei servizi territoriali filtro per il ricovero, e garantisce in uscita il supporto delle strutture ospedaliere (personale e attrezzature all'attività di base); 2. assistenza sanitaria per l'emergenza e la terapia intensiva organizzata su base multidisciplinare e concentrata in un'unica sede operativa, per consentire l'utilizzazio-

ne di risorse organizzative e strumentali di elevato impegno tecnico; 3. assistenza sanitaria per attività di diagnosi e cura programmate, gestibili con ricovero a tempo prolungato (degenza ordinaria) o giornaliero (degenza diurna).

Le funzioni dell'ospedale, così impostate, possono essere articolate in: *accettazione*, organizzata su base multidisciplinare con competenze mediche e chirurgiche in grado di definire la necessità e la qualità del ricovero ospedaliero, o in caso contrario di rinviare il malato al poliambulatorio o all'ospedale di giorno; *pronto soccorso*, organizzato su base multidisciplinare per interventi medico-chirurgici urgenti, eventualmente preliminari al trattamento nel settore dell'urgenza e della terapia intensiva; *urgenza e terapia intensiva*, organizzata su base multidisciplinare e dipartimentale per la chirurgia d'urgenza, la rianimazione, la terapia in unità coronarica; *terapia medica e chirurgia programmata* articolata in: sezioni o divisioni con posti letto; servizio di *hospital day*, garantito dalle divisioni e sezioni; servizio di poliambulatorio, garantito dalle divisioni e

dalle sezioni.

Servizi base; servizio di poliambulatorio, garantito dalle divisioni e dalle sezioni dell'ospedale, supporto permanente delle funzioni, sono il servizio di laboratorio 24 ore su 24 ed il servizio di radiodiagnostica 24 ore su 24 come unità funzionali di emergenza ed a livello di accettazione-pronto soccorso staccate dai servizi generali.

Sulla base di un tale schema di riferimento è possibile analizzare la situazione attuale del sistema ospedaliero del Centro storico e prevedere un programma di trasformazione.

OSPEDALE: OMOLOGATE LE VARIABILI

Nell'ambito delle società di ingegneria e consulenza tecnica per la progettazione e realizzazione di grandi infrastrutture, di edifici industriali, di grossi interventi edilizi, s'inseriscono alcune che hanno nel loro *curriculum* anche la competenza ospedaliera ed altre, piuttosto giovani, che sono esclusivamente impegnate in questo campo (1). Quest'ultime, pur essendo autonome, generalmente fanno parte di grandi gruppi industriali o finanziari (Fiat, IRI, ENI, Bastogi, ecc). Come operano? Quale fetta di mercato tendono ad occupare? Come mai si sono esclusivamente impegnate nel settore sanitario? La progettazione dell'ospedale è sempre stata una specializzazione: sotto l'alibi della complessità tecnologica si è delegata ad una *équipe* di tecnici un prodotto edilizio così importante a livello sociale, così costoso, così poco controllato dall'utenza. L'ospedale, committente diretto, si è sempre comportato più come industria della salute che come servizio sociale, è stato anzi un ente autonomo autarchico, anche nel processo del suo ampliarsi o ricostruirsi. La Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (*Enti ospedalieri e assistenza sanitaria*) riguardava solo gli ospedali in una logica ancora settoriale che li vedeva al centro del

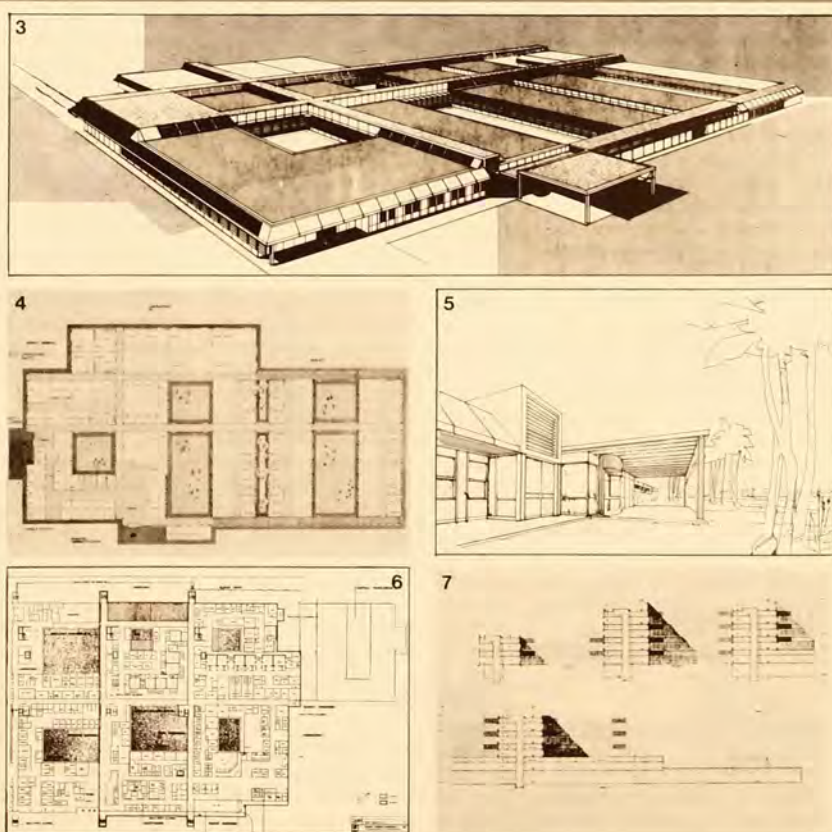
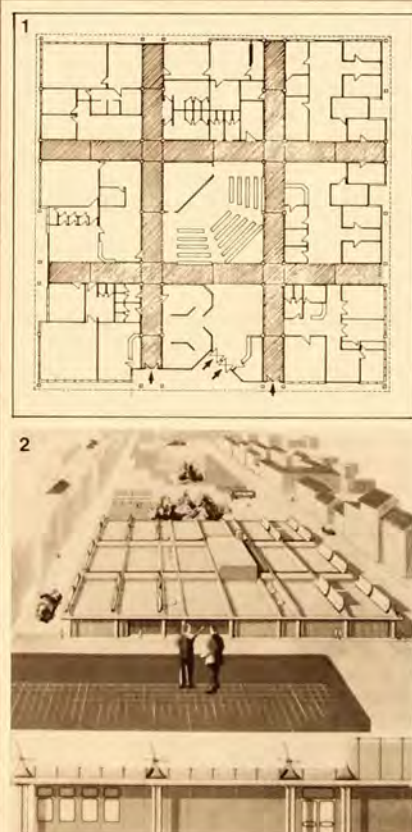
sistema. C'erano sì dei vaghi accenni ai concetti di servizio nazionale invece che a quello di assistenza e di ospedale come centro della salute e non solamente come luogo di cura, ma ne veniva ribadito l'assetto giuridico di ente pubblico funzionale praticamente autonomo. Solo all'inizio degli anni Settanta il dibattito sulle riforme ha maturato i nodi dello spostamento di risorse dai consumi privati a quelli sociali e i nuovi contenuti della gestione dei servizi tra cui quello sanitario. Nel frattempo l'organismo nosocomiale in se stesso è venuto complicandosi dal dopoguerra in poi più che in tutti gli anni precedenti: gli edifici tradizionali non sono più compatibili con l'introduzione di tecnologie sempre più sofisticate, con lo sviluppo delle pratiche chirurgiche, con la creazione di nuovi, delicatissimi reparti quali le terapie intensive, con l'applicazione degli *screening* di massa (2). Lo stesso rapporto tra investimento edilizio in senso stretto, sistemi impiantistici e tecnologici, attrezzature medico-sanitarie si è spostato nel senso che il primo ha perso in peso percentuale rispetto alle altre voci della spesa totale (cfr. Tab. 1). I livelli di obsolescenza invece sono più alti per quanto riguarda le attrezzature ponendo

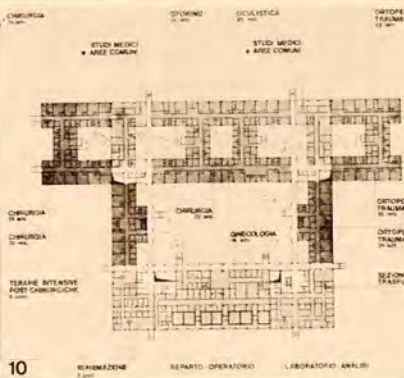
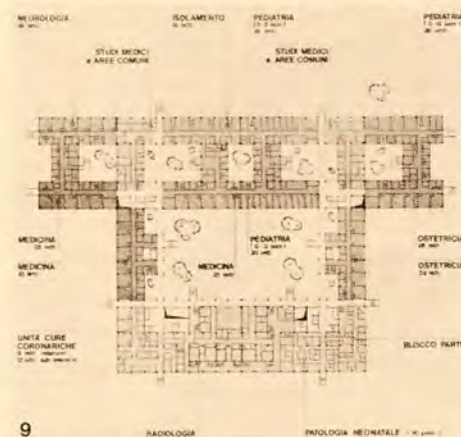
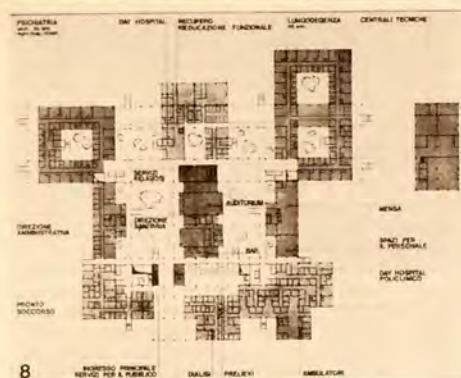
problemi di riconversione e adattabilità alla struttura edilizia. Inoltre le sole spese di gestione correnti di un ospedale ormai eguagliano in tre anni l'investimento iniziale. Infine, paradossalmente, in Italia la spesa sanitaria è aumentata e aumenta (cfr. Tab. 2) più per le disfunzioni del sistema stesso che per un nuovo tipo di intervento teso al miglioramento qualitativo delle prestazioni (3). La dinamica non tiene il passo con l'incremento del reddito e si fa via via più pressante la necessità di una riforma globale. E in questo contesto che si sono potuti intravedere degli spazi operativi per proporre nuovi modelli più adatti alle esigenze che andavano facendosi strada nella prospettiva di una apertura del mercato interno all'adeguamento delle strutture edilizie (4). Così da un lato sono note le società di ingegneria specializzate nel settore ospedaliero, dall'altro si sono ampliati gli uffici tecnici delle industrie quali tramite tra piani di ristrutturazione e produzione di tecnologie avanzate. Le prime hanno apportato nell'ambito del processo costruttivo, anche senza disporre di una propria impresa edilizia, la formula del *general contractor*. Si propongono cioè quali organizzatori di tutto l'iter costruttivo delle

strutture sanitarie dalla redazione del progetto alla programmazione dei lavori, dalla gestione della realizzazione e degli acquisti alla consegna dell'ospedale «chiavi in mano». La proposta di concentrare nelle mani di un unico operatore tutte le fasi di costruzione dovrebbe così portare al committente i vantaggi di una razionalizzazione e abbreviazione dei tempi, purché l'opera sia correttamente pianificata da un punto di vista economico, ponendo fine alla attuale situazione che vede, come più volte è stato denunciato, i tempi di costruzione di un ospedale essere secolari. Per quanto riguarda le tendenze progettuali possono essere considerate in qualche caso un tentativo di razionalizzazione dell'approccio, superando una certa improvvisazione spesso causata dalle personali esigenze di prestigio dei medici primari. Il metodo di analisi metaprogettuale è quello sistemico-esigenziale che, partendo dall'analisi delle funzioni principali le scompone fino alle unità spaziali elementari, riaggregandole poi in modelli funzionali ottimali. L'uso dell'elaboratore elettronico dovrebbe garantire il controllo di una enorme gamma di variabili che riguardano i requisiti ambientali, tecnologici, psicologici e stabilire secondo

1.2. SPO - Sviluppo Progetti Ospedalieri -, Proposta per Centro sociosanitario distrettuale, 1978: pianta e schizzo prospettico. 3.4.5. SPO - Sviluppo Progetti Ospedalieri -, Progetto di Ospedale modulare, 1978: soluzione da

100 posti letto: schizzo prospettico, pianta e schizzo dell'atrio principale. 6.7. SPO - Sviluppo Progetti Ospedalieri -, Progetto per l'Ospedale «S. Timoteo», Termoli (Campobasso), 1977: pianta del secondo livello della





pietra e sezioni. 8. 9. 10. 11. 12. SPO - Sviluppo Progetti Ospedalieri (progett. E. Furnari, M. Verdun di Cantogno; cons. sanit. S. Delogu; impianti M. Montanari; tecnologie sanitarie S. Dubini; collab. D. Alluto,

M.F. Avedano, M. Chiara, E. Cova), Progetto per il Nuovo ospedale di Brescia Sud, 1976-77: pianta del piano terra, pianta del primo piano, pianta del secondo piano, schema funzionale, veduta del plastico.

l'intensità dei legami tra le varie funzioni il *lay-out* dell'edificio. Questo tipo di ricerca necessita di un grosso impegno sia nella scelta di dati iniziali realmente significativi che per non cadere in un esasperato funzionalismo, sia nel rendere effettivamente operabile e sintetizzabile una analisi così minuziosa che per la necessità di continuo aggiornamento. A monte vi sono però scelte più generali: dalla constatazione della inadeguatezza del tipo edilizio in auge dopo l'ospedale a padiglioni (a piastra e torre, monoblocco) e sulla scia delle ricerche svolte negli Stati Uniti e in Gran Bretagna (6), la tendenza è quella di fornire un organismo dove gli elementi strutturali, impiantistici, sanitari e umani siano integrati ma non vincolanti. Qualità fondamentale diventa la flessibilità alla dinamica dei mutamenti organizzativi e, da un punto di vista costruttivo, la realizzabilità per fasi e l'uso di componenti edilizi prefabbricati (7). La scelta di un tipo di ospedale quale quello orizzontale può inoltre favorire la sperimentazione di nuovi indirizzi della medicina che, superando gli aspetti specialistici, sia piuttosto fondata su concetti di dipartimento e di cure graduate. Il modello individuato dovrebbe comunque essere pura-

mente funzionale-dimensionale, quindi modificabile in rapporto a particolari esigenze del contesto sia organizzative che costruttive, usando per esempio le tecnologie locali e adattandosi all'area a disposizione. Per esempio, l'Ospedale di Brescia-Sud rappresenta la risposta progettuale a questa impostazione: è un tentativo di applicazione dei principi prima richiamati e in questo senso forse risente del riferimento ad un modello astratto. Tuttavia, pur nel sovradimensionamento di alcuni spazi e nella difficoltà di alcune scelte, rappresenta l'unico progetto italiano che avanza soluzioni innovative e che potrebbe innescare un dibattito sulla progettazione ospedaliera in Italia. Al contrario l'Ospedale di Termoli risente di una soluzione di compromesso: pur cercando di dilatarsi in senso orizzontale, recuperando per esempio la separazione di alcuni percorsi particolari come quello dei visitatori, l'impostazione generale è ancora quella di serie di degenze sovrapposte a una piastra compatta di servizi sanitari. La scelta orizzontale è in altri casi un prodotto di importazione legato ad un sistema costruttivo già sperimentato. In questo caso è più problematico un adeguamento morfologico e si nega la possibilità di una diversi-

ficazione. Il rapporto col territorio dovrebbe comunque avvenire a livello di gestione: l'ospedale apre i suoi servizi ambulatoriali, riabilitativi e sociali all'utenza dell'Unità sanitaria locale. Diventa allora necessità fondamentale un corretto dimensionamento evitando da un lato, attraverso una politica di decentramento delle strutture sovradimensionate, pericolosi e inutili gigantismi, dall'altro stabilendo una normativa a livello nazionale. Non si crede certo che questa possa avere un potere taumaturgico nell'attuale quadro della progettazione sanitaria, si sente solo la necessità di un punto di riferimento, di uno strumento operativo che nulla dica del come si progetta ma per lo meno cosa e quanto. Altrimenti si lascia spazio a pericolose supplenze, alla possibilità di usurpare competenze nell'ambito della pianificazione e della quantificazione globale dei servizi. Le speranze di intervento sul mercato nazionale in base alle quali nacquero le società di ingegneria ospedaliera sono state in parte disattese (cfr. Tab. 3): la crisi economica ha infatti notevolmente ridimensionato i volli pindarici di una progettazione di strutture troppo complesse e sofisticate. Anche le ricerche intraprese si sono arenate in una

routine in cui gli slanci innovativi si sono smorzati in compromessi con la progettazione tradizionale. La Riforma sanitaria pur badando più agli aspetti giuridico-istituzionali che a quelli economico-organizzativi, ha tuttavia ridimensionato l'ospedale come uno, anche se il più delicato e costoso, tra i servizi dell'Unità sanitaria locale. Si auspica quindi che metta tutti nell'ottica della elaborazione dei piani sanitari in fase operativa. Si aprirebbero così possibilità di ricerca a livello di catalogazione e valutazione di efficienza delle attuali strutture secondo i parametri cui si faceva cenno. Ciò consentirebbe anche di tentare una politica di perequazione delle strutture, superando gli squilibri esistenti tra Nord e Sud e tra concentrazioni urbane e resto del territorio, sia in termini di posti-letto che di strutture sanitarie in generale (cfr. Tab. 4). Il problema della equipotenzialità del servizio offerto su tutto il territorio si pone tanto in termini quantitativi, ma soprattutto qualitativi e non solo per le strutture ospedaliere quanto, in particolare, per quelle extraospedaliere. I presidi alternativi (poliambulatori, ospedali diurni, unità di pronto intervento, centri di riabilitazio-

ne), per evitare ulteriori parcel-
lizzazioni, dovrebbero essere in-
tegrati nei centri socio-sanitari
di Distretto. In questo caso il
rapporto con l'ambito territo-
riale diventerebbe così stretto
che l'intervento potrebbe essere
correlato alla residenza o alle
scuole, superando le attuali
frammentazioni di competenze.
Infine un importante sbocco da
valutare sotto il profilo econo-
mico-finanziario è quello delle
ristrutturazioni nell'ottica del
massimo recupero delle risorse
edilizie esistenti. Anche in que-
sto caso è possibile usare com-
ponenti edilizi standardizzati per
tramezzature, pareti attrezzate,
blocchi igienico-sanitari, infissi
interni ed esterni ecc. (cfr. Tab.
1, caso di Aosta). Questa varia
gamma di possibilità di inter-
vento deve trovare riscontro in
programmi edilizi della com-
mittenza pubblica che interpre-
tino operativamente le indica-
zioni, d'altra parte assai vaghe
in questo senso, contenute nella
Legge di riforma. È importante
che le Regioni e i Comprensori
si organizzino non solo per
quanto riguarda redazione dei
piani, priorità di intervento e
impiego delle risorse finanziarie,
ma anche che si esprimano sui
requisiti specifici delle varie
strutture sanitarie e abbiano ca-
pacità di controllo tecnico più
che burocratico sui progetti e

sulle realizzazioni.

Frustrate nelle aspettative di
sbocchi nazionali le *engineering*
ospedaliere cercano oggi una
collocazione sui mercati esteri.
Come tutte le società di questo
tipo, tradizionalmente impegna-
te in campo internazionale per
l'80% della loro produzione, si
sono stipulati anche in campo
ospedaliero contratti con i Paesi
africani o sudamericani in via
di sviluppo. Accanto alla richie-
sta di ospedali universitari di ri-
cerca per la formazione di per-
sonale medico-scientifico, im-
posti generalmente sui modelli
statunitensi, la domanda si in-
dirizza verso ospedali di piccole
dimensioni « in scatole di mon-
taggio » o che usino semplici
tecnologie locali, completi di at-
trezzature sanitarie. Queste
strutture possono avere le di-
mensioni di un dispensario, cioè
possedere minime apparecchi-
ature diagnostiche ed essenzial-
mente fare da base a *équipe* mo-
bili sul territorio, oppure avere
già la consistenza di piccoli o-
spedali, integrando i servizi sa-
nitari e completandoli con de-
genze (con un massimo di cen-
to posti letto). Per alcuni con-
testi in cui la popolazione sia mol-
to sparsa o quando si debbano
affrontare campagne sanitarie di
massa contro malattie molto dif-
fuse può esserci la domanda di
Unità sanitarie mobili. Anche

in questo caso si tratta o di am-
bulanze particolarmente attrez-
zate o di unità aggregabili di
volta in volta funzionalmente
differenziate. Raramente però la
domanda è coordinata attraverso
piani sanitari relazionati a
piani di sviluppo; e gli stessi
Paesi in via di sviluppo incon-
trano spesso difficoltà a emanci-
parsi da modelli culturali mu-
tuati dai condizionamenti del
mondo occidentale. A questo ri-
guardo, l'Organizzazione mon-
diale della sanità nel Convegno
di Alma Ata del 1978 (8) ha
messo in luce i problemi delle
Comunità rurali e dei Paesi in
via di sviluppo nell'ottica di una
equa distribuzione sul territorio
delle risorse sanitarie, rilevan-
do l'importanza della medicina
di base contro modelli di svilup-
po per poli specialistici di im-
portazione occidentale. Da rap-
presentanti di questi stessi paesi
viene l'indicazione della ne-
cessità dell'introduzione o, più
spesso, del recupero della figu-

ra dell'operatore sanitario di ba-
se scelto dalla stessa comunità,
in ragione di un addetto almeno
ogni 1500 abitanti. È inevita-
bile il richiamo a quel famo-
so *medico-dai-piedi-scalzi* già
utilizzato in Cina nei presidi sa-
nitari di base rurali oppure a
livello di quartiere, che non si
può neppure definire un infer-
miere ma un operaio o un con-
tadino con semplici cognizioni
igienico-sanitarie (9). Vengono
anche recuperate le medicine
locali, i guaritori, i rimedi tra-
dizionali, incentivandone persi-
no la ricerca; e nelle condizioni
sociali e ambientali si individua
un fattore imprescindibile dallo
stato di salute dei cittadini. Ai
Paesi industrializzati si chiede
invece una tecnologia semplice,
facilmente gestibile e non trop-
po costosa o sofisticata, metten-
do in evidenza come si tratti di
ritrovare le proprie radici autoc-
tone anche nel campo della sa-
lute.

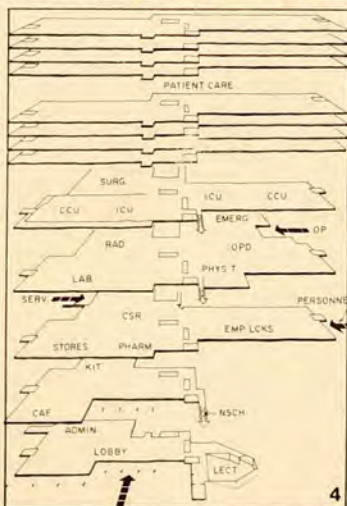
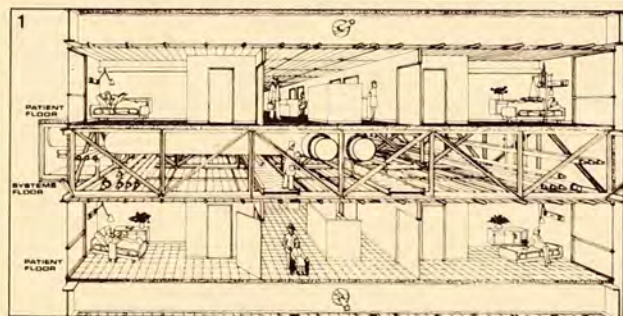
Michela Chiara

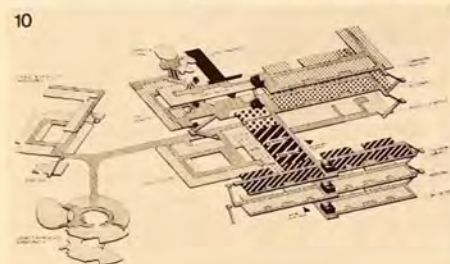
TAB. 2

	in miliardi di Lire		incr. perc.
	1975	1976	medio annuo
Rendito naz. lordo	63319	141483	123,4
Consumi privati	40856	93089	127,9
Consumi pubblici	9088	19829	118,2
Consumi totali	49924	112918	126,2
Spese sanitarie sul reddito lordo	6,5	7,2	
Spese sanitarie sul totale dei consumi	8,3	9,0	
Consumi sanitari privati	2973	7830	166,4
Consumi sanitari pubblici	1150	2330	102,6
Totale consumi sanitari	4123	10160	146,4

1. H. Stubbins e R. Allen, Boston City Hospital, Boston, 1970: interpianto tecnico. 2. Stone, Marraccini & Patterson, V.A. Hospital, Loma Linda (California), 1973-77. 3. A. T.M. Payette, R.H. De Vries, J.F. Warburg, Salem Hospital, Salem (Massachusetts), 1973: veduta e schema distribuiti

vo. 5. Smiley Glotter Associates, Thorsen & Thorsen, Hennepin County Medical Center, Minneapolis, 1977. 6. TAC, Tufts-New England Medical Center, Boston, 1970. 7. TAC, Montego Bay Hospital, Montego Bay (Giamaica), 1970. 8. J. Chemineau e J. Forcioli, Ospedale musulmano, Quez





zane (Marocco), 1953. 9. E. Delaporte, J.M. Bonnemaison, F. Robert, Ospedale civile, Rabat (Marocco), 1955. 10. M. Ecochard, Progetto per Centro universitario di Scienze della sanità, Yaoundé (Cameroun), 1970; schema funzionale. 11. G. Lippsmeier e H. Franckson, Centro di forma

zione medica, Mwanza (Tanzania), 1972. 12. Andrault & Parat, Ducharme & Minost, Istituto nazionale di Salute pubblica, Abidjan (Costa d'Avorio), 1973.

TAB. 1
INCIDENZA PERCENTUALE DELLE VARIE OPERE SUL TOTALE DEL COSTO DI COSTRUZIONE

Tipo di H.	OPERE CIVILI %					IMPIANTI %			TECNOLOGIE SANITARIE %	Totale
	strutt.	rust.	finit.	est.	% sul totale	elet.	fluidi	% sul totale		
Incidenza media					45,0			35,0	25,0	100
OSP. GEN. BRESCIA SUD (con interpianto tecnico) 700 p.l. circa	57,1	19,9	18,5	4,5	45,6	42,3	57,5	33,9	20,5	100
OSP. GEN. AGNONE (con interpianto tecnico) 200 p.l. circa	35,7	28,7	29,3	6,3	42,6	45,8	54,2	34,4	23,0	100
OSP. GEN. AOSTA (ristrutturazione - nuovo intervento serv. san. - ampliamento)	18,3	44,9	35,6	1,2	35,3	32,0	68,0	14,9	49,8	100
AMBULATORIO TIPO 1500 mq circa	32,5	35,5	23,8	8,2	41,4	44,0	56,0	13,4	45,2	100

TAB. 4
ISTITUTI DI CURA PUBBLICI E PRIVATI POSTI LETTO - OCCUPAZIONE MEDIA - ANNO 1975

REGIONE	ISTITUTI PUBBLICI				ISTITUTI PRIVATI			
	N	Posti letto		Indice d'occup. posti-letto	N	Posti letto		Indice d'occup. posti-letto
		N	% ab.			N	% ab.	
PIEMONTE	124	42330	9,4	73,7	51	5474	1,2	67,7
VALLE D'AOSTA	4	686	6,0	80,2				
LOMBARDIA	137	80899	9,2	77,9	78	12474	1,4	74,6
TRENTINO A.A.	27	8754	9,9	79,3	16	1322	1,5	73,3
VENETO	97	57820	13,5	77,1	46	3502	1,3	63,8
FRIULI V.G.	30	16114	13,3	81,2	7	802	0,6	74,9
LIGURIA	50	22325	12,0	80,9	32	1828	1,0	58,4
EMILIA ROMAGNA	120	41814	10,6	79,2	57	6732	1,7	73,1
TOSCANA	91	37910	10,6	76,0	45	3985	1,1	67,6
UMBRIA	24	7154	9,2	69,1	7	421	0,5	45,1
MARCHE	71	17936	12,9	70,7	16	2136	1,5	44,3
LAZIO	72	33651	6,8	81,3	147	14871	3,0	71,9
ABRUZZI	25	11463	9,5	71,9	13	2279	1,9	88,4
MOLISE	6	1399	4,2	72,7	2	114	0,3	53,7
CAMPANIA	61	33322	6,3	79,0	96	9223	1,7	57,5
PUGLIA	81	29563	7,8	73,6	40	8797	2,3	74,9
BASILICATA	10	2825	4,6	77,9	6	1727	2,8	68,7
CALABRIA	28	10452	5,1	81,4	35	3022	1,5	73,5
SICILIA	103	33972	7,0	76,1	73	4855	1,0	46,9
SARDEGNA	30	10532	6,8	81,4	12	1473	0,9	80,1
ITALIA	1217	501541	9,0	77,4	779	87019	1,6	68,3
ITALIA N.C.	873	367613	10,1	77,6	502	55549	1,5	69,5
ITALIA S.I.	344	133928	6,8	76,3	277	31490	1,6	66,2

TAB. 3
CONSISTENZA DELL'ATTIVITA' EDILIZIA. OSPEDALI E AMBULATORI 1967-1971/1972-1976

	1967-1971 mc.	N. fabbricati	1972-1976 mc.	N. fabbricati	Incr. %
PIEMONTE	93904	12	63424	31	-32,5
VALLE D'AOSTA	—	—	—	—	—
LOMBARDIA	922894	48	741430	31	-19,4
TRENTINO	14911	2	—	—	—
VENETO	95045	11	170417	37	+79,3
FRIULI V.G.	14382	9	132134	14	+304,6
LIGURIA	253700	4	19802	3	-92,5
EMILIA ROMAGNA	184317	13	165019	16	-10,3
TOSCANA	211986	10	160721	12	-24,2
UMBRIA	2700	1	—	—	-100,0
MARCHE	48237	4	43247	3	-30,3
LAZIO	197400	8	11000	1	-94,9
ABRUZZI	22960	2	44485	3	+93,7
MOLISE	—	—	—	—	—
CAMPANIA	10560	1	12650	2	+19,8
PUGLIA	27066	5	10145	2	-62,5
BASILICATA	—	—	5737	1	—
CALABRIA	24940	2	—	—	-100,0
SICILIA	103723	7	131796	6	+27,2
SARDEGNA	9650	2	—	—	-100,0
ITALIA	2277374	139	1721017	172	-24,1

(1) Cfr. *Speciale Engineering*, in *Il Mondo*, 11 ottobre 1978.

(2) Cfr. J.H. Knowles, *L'ospedale*, in *Le Scienze*, a. VII, n. 73, settembre 1974.

(3) Cfr. A. Brenna, *L'economia del sistema sanitario italiano* in *Le Scienze*, a. VII, n. 73, settembre 1974.

(4) Cfr. Fondazione Giovanni Agnelli, *Progetto Sanità e sviluppo tecnologico*, Torino 1973.

(5) Cfr. A. Lega, *La lunga marcia degli ospedali - Intervista con l'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia*, in *Il Giorno - Speciale Regione*, 28 febbraio 1979.

(6) Cfr. *Hospitals*, in *Architectural Design - Briefing*, vol. XLIII, n. 7, settembre 1973; Sh. Clibbon

e M.L. Sachs, *Planning consolidated clinical techniques spaces*, in *Architectural Record*, vol. 149, n. 2, febbraio 1971; *Hospital Planning Research*, in *Architectural Record*, vol. 151, n. 6, giugno 1972.

(7) Cfr. F. Mazzarotta e R. Palumbo, *Industrializzazione e prefabbricazione nell'edilizia ospedaliera: sviluppi e realizzazioni in Europa*, in *L'industria italiana del cemento*, a. XLVII, n. 7-8, luglio-agosto 1977.

(8) Cfr. *Conference internationale sur les soins de santé primaires*, Atti del Convegno di Alma-Ata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 6-12 settembre 1978.

(9) Cfr. V. Sidel e R. Sidel, *I servizi medici in Cina*, in *Le Scienze*, a. VII, n. 71, luglio 1974.

CINA: TRA MEDICINA TRADIZIONALE E

L'organizzazione sanitaria cinese è stata oggetto, negli ultimi anni, di viva discussione in Occidente, proprio perché concepita come una soluzione alternativa, sia dal punto di vista scientifico che delle scelte di distribuzione sul territorio, al tipo di struttura sanitaria che si è creata nella maggior parte degli Stati europei. Oggi molte delle soluzioni adottate in Cina al tempo della Rivoluzione culturale e considerate come alternative più o meno valide alle carenze proprie del mondo occidentale, sono state radicalmente riviste dai cinesi e spesso denunciata come erronee. È possibile che ciò accada anche nel campo dell'organizzazione sanitaria, almeno per certi aspetti. E comunque opportuno mettere in luce alcuni problemi fondamentali che sottono la tematica sanitaria nella Cina contemporanea.

Anzi tutto nella Cina tradizionale esisteva una *scienza medica*: da questo punto di vista la situazione cinese non è comparabile a quella di alcuni paesi africani o anche asiatici nei quali l'alternativa all'immissione della scienza medica occidentale con tutti i suoi limiti

(molto aggravati, in effetti, nel mondo coloniale sia per la presenza di fenomeni speculativi e di incompetenza, sia per la sperimentazione selvaggia, sia per le carenze oggettive di struttura) era soltanto la stregoneria. Si possono trovare, oggi, molti meriti «alternativi» alla stregoneria, ma non vi è dubbio che essa non può essere comparata con un *corpus* di scienza medica organizzata. La Cina possedeva invece un siffatto patrimonio scientifico sia per quanto riguarda le conoscenze fisiologico-anatomiche che la farmacologia che la pratica diagnostica e clinica. Indubbiamente la scienza medica cinese aveva pregi e difetti diversi da quelli della medicina occidentale, attuale o ottocentesca: aveva cioè una notevole validità per la diagnosi e la cura di malattie croniche o a lenta evoluzione, ma scarsa capacità di intervento su malattie acute e infezioni. Le carenze della medicina tradizionale rispetto alla moderna medicina occidentale investivano soprattutto il settore della chirurgia e della batteriologia. Esiste quindi indubbiamente un largo campo di complementarietà tra la scienza medica cinese tra-

dizionale e la scienza medica moderna di origine occidentale. In questa situazione si comprende come e perché nella Cina popolare si sia posto il problema del recupero degli apporti positivi della scienza medica cinese tradizionale e del riciclaggio del personale medico di tipo tradizionale, che poteva venire reimpiegato soprattutto per il suo — spesso elevato — livello di capacità acquisite per pratica, quando avesse appreso alcune basi essenziali della scienza medica di tipo occidentale in particolare nel campo dell'asepsi e dell'uso di strumenti moderni. A quest'esigenza era collegato non soltanto un problema di recupero di un patrimonio culturale generale di carattere «nazionale», ma anche un problema pratico-economico: in Cina si era consolidato un numero non piccolo di medici tradizionali ed il loro reimpiego si presentava, nella maggior parte dei casi, più facile della formazione di personale del tutto nuovo; in secondo luogo, gli strumenti e i mezzi dei quali si serviva la medicina tradizionale implicavano costi molto minori dei medicamenti e degli strumenti della medicina

di tipo occidentale. La raccolta, la selezione e l'uso delle erbe o di prodotti minerali, secondo la farmacologia cinese tradizionale, garantivano bassi costi in un paese come la Cina a grande disponibilità di manodopera ed a scarsa possibilità di investimento di capitali e di alta tecnologia: ora, per molte malattie croniche o connesse all'invecchiamento, la farmacologia cinese possedeva rimedi tuttora validi, talvolta più validi e meno pericolosi dei farmaci prodotti dall'industria. A maggior ragione quest'impostazione era valida nel caso di pratiche della medicina tradizionale cinese, quali l'acupuntura e le tecniche di massaggio o di ginnastica, respiratoria o muscolare.

Questo tipo di pratiche — che sono quelle per le quali la medicina tradizionale cinese dà un più sostanziale contributo alternativo alle pratiche della medicina occidentale contemporanea — non costavano nulla o poco ma implicavano invece la presenza di personale medico di addestramento relativamente rapido e facile (e di massa) e, d'altra parte, richiedevano solo la disponibilità psicologica del-

1. Ospedale Nan Kai, Tientsin: ricerche sull'acupuntura. 2. Un responsabile della squadra medica mostra ad alcuni medici dai piedi scalzi nuovi metodi di acupuntura. 3.4. Pratica dell'acupun-

tura in ambulatorio e in sala operatoria. 5. Tecniche ginniche tradizionali per la riabilitazione dei degenti del Sanatorio di Chingdao. 6. Raccolta del lycium chinense, pianta medicinale tradizionale. 7.





Insegnamento pratico al riconoscimento delle piante medicinali. 8. Lavorazione in laboratorio di piante medicinali. 9. Elaborazione in laboratorio di insulina sintetica. 10. Interno di una farmacia.



la popolazione. Per fare un esempio, l'uso di tecniche respiratorie e ginniche come i famosi movimenti del *daijiquan* per curare malattie circolatorie, malformazioni e cattive posizioni o disturbi nervosi, in alternativa all'uso massiccio di tranquillanti o di antidolorifici comporta non soltanto la possibilità di disporre di personale capace di addestrare la totalità della popolazione a certe pratiche quotidiane, ma anche l'accettazione, da parte della popolazione, di un certo tipo di rapporto con il proprio corpo. In questo senso l'alternativa della medicina tradizionale cinese alla medicina occidentale contemporanea è radicale, sia dal punto di vista psicologico, sociale, che pure, per così dire, ideologico. Naturalmente il recupero della medicina cinese tradizionale come un « valore » era possibile soltanto nel quadro del recupero dell'identità nazionale cinese, cioè del rovesciamento rivoluzionario della dominazione imperialistica che alla Cina aveva imposto in ogni campo i suoi propri valori come paradigmi indiscutibili. Nel caso del patrimonio della scienza medica cinese, tale recupero era

più fondato che nel caso delle pratiche mediche di altre civiltà precoloniali. Un altro problema che si pose alla Cina era quello del personale medico, inteso in senso lato. Sia la tradizionale scienza medica cinese, sia la scienza medica importata dall'Occidente nel periodo della dominazione occidentale erano contraddistinte dal carattere selettivo del servizio che potevano fornire. In altre parole i medici validi erano estremamente pochi, nella Cina tradizionale come nella Cina del periodo coloniale, e servivano coloro che si potevano permettere i loro servizi, mentre le grandi masse erano più o meno abbandonate a se stesse. Il livello sanitario della Cina imperiale era dipeso più dall'efficienza delle strutture politiche ed economiche (cioè dalla capacità di costituire cordoni sanitari attorno a regioni colpite da epidemie e di costruire canali contro l'impaludamento e per la fornitura dell'acqua) che dalla esistenza di un vero e proprio servizio medico. Nella Cina popolare si pose quindi subito il problema di formare un gran numero di medici: in una prima fase non fu posto in

discussione il principio che i nuovi medici dovessero uscire da facoltà concepite più o meno secondo il curriculum occidentale. Al più si accettava il principio di informare i medici di tipo occidentale delle caratteristiche e dei pregi della scienza medica cinese tradizionale, aggiungendo, per così dire, alcune acquisizioni di questa all'impostazione generale di origine occidentale. In seguito fu avvertita sempre più l'esigenza di un'integrazione reale delle due impostazioni, proprio per la consapevolezza della loro complementarietà e per la graduale presa di coscienza dei limiti della scienza medica occidentale moderna in generale, e in particolare in rapporto alle condizioni di un paese povero e sottosviluppato. In questa fase può essere subentrata la necessità, prima segnalata, di recuperare il personale medico cinese tradizionale fornendogli delle indispensabili nozioni di igiene, di fisiologia e di conoscenza delle tecniche della medicina occidentale. E anche possibile che nel quadro delle grandi campagne di mobilitazione di massa — dopo il 1958 —, sia stata maggiormente avvertita la carenza di un

numero adeguato di medici e che, per motivi politico-sociali, si sia scelto di accentuare artificialmente il potenziale di alcune pratiche mediche tradizionali anche largamente utilizzabili al di là della loro reale portata. Per fare un esempio, non vi è dubbio che l'acupuntura abbia grande efficacia curativa per molti disturbi e malattie, incidendo in particolare sul meccanismo di percezione del dolore: farne una pratica valida per tutte le situazioni era una erronea e voluta esagerazione le cui origini erano di natura politica: muovevano cioè dalla scelta di rispondere in qualche modo alla domanda di servizi medici che le masse politicamente mobilitate e attivate erano ormai in grado di formulare pienamente, senza però voler ammettere che, nonostante i progressi ottenuti, la società socialista non possedeva ancora la capacità di soddisfare in quelle stesse esigenze le grandi masse contadine, ma soltanto — e parzialmente — gli abitanti delle città. Si voleva in altre parole presentare come ottimale, un servizio che era in effetti limitato per ragioni materiali ed

(segue)

economiche, ma che comunque costituiva un miglioramento rispetto alla precedente totale mancanza di servizi. In questa fase vennero avvertite le carenze delle strutture e delle soluzioni della medicina di tipo occidentale in quanto non era possibile ridurre i costi con grande rapidità e fornirle quindi subito a larghe masse. Accanto ad una inevitabile reticenza di giudizio sui meriti rispettivi delle due tradizioni, legata alle concrete esigenze materiali ed economiche, si compiva tuttavia uno sforzo reale di trarre pieno profitto dalla tradizione cinese ed elaborare una medicina « mista » di facile diffusione e di costi estremamente bassi. Per puntualizzare, il motto di questa medicina poteva essere *acupuntura con aghi sterilizzati* o, ancora, è noto lo sforzo di potenziare all'estremo la pratica dell'anestesia con acupuntura per mettere la chirurgia a disposizione di masse che potevano fruire solo di ambulatori o di servizi medici itineranti. Per comprendere la portata del fenomeno bisogna tener conto del fatto che nel decennio dal 1966 al 1976, di fronte alla consapevolezza della insufficienza dei settori avan-

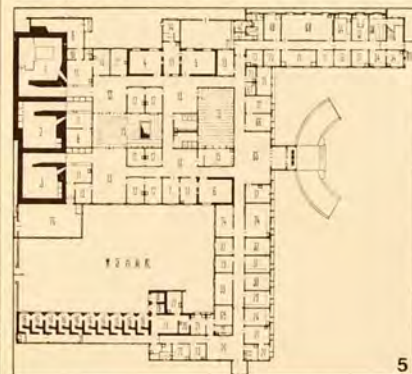
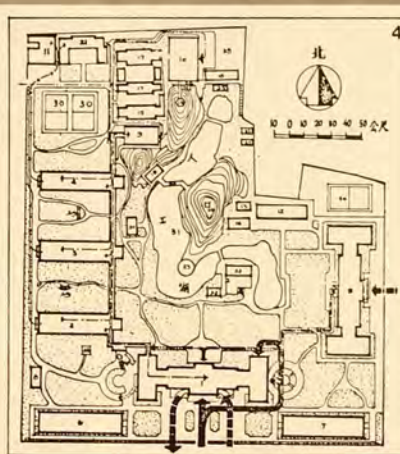
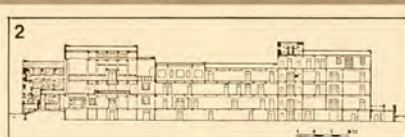
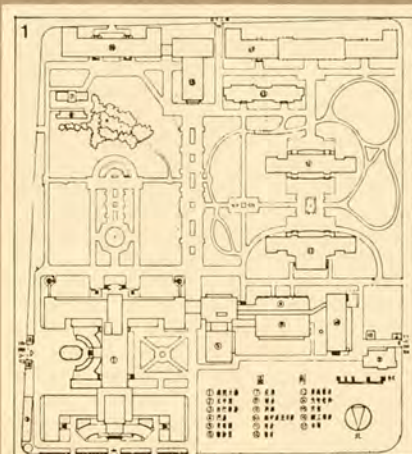
zati dell'economia e della società a corrispondere ai bisogni ed alla domanda di servizi posti dalle masse (non solo in campo medico ma in tutti i campi) l'esercito popolare assunse su di sé gratuitamente l'onere di garantire servizi e funzioni che in altre società non sono affidate ai militari. Tuttavia l'esercito popolare non poteva creare e gestire una rete di servizi completa e operante estensivamente nella società: per questo occorreva un apparato capillare e di base, che tuttavia non implicasse un onere economico per le masse contadine, che non avrebbero potuto sostenere i costi di una rete sanitaria e assistenziale analoga a quelle esistenti nelle società dell'Europa occidentale. Per questo fu elaborata una soluzione che consentisse di creare una rete medico-assistenziale di base senza distornare totalmente dal lavoro produttivo coloro che la costituivano: i *medici dai piedi scalzi* sono infatti contadini (anzi, in genere contadine) che ricevono una preparazione infermieristica ma vivono e lavorano con gli altri contadini, contemporaneamente facendo opera di divulgazione igienica e di pro-

paganda medica. In seguito, attraverso brevi corsi intercalati a periodi di lavoro agricolo (il *medico dai piedi scalzi* riceve punti-lavoro come i contadini e si stacca dal lavoro agricolo quando debba compiere visite e prestare cure e assistenza), questo personale riceve una qualificazione ulteriore, fino ad un livello affine a quello del nostro personale sanitario intermedio. Il compito dei *medici dai piedi scalzi* è quello dell'assistenza infermieristica, del depistaggio, di un primo accertamento diagnostico, del collegamento con le istituzioni sanitarie vere e proprie (spesso distaccate in altra località) e del controllo dell'esecuzione delle terapie indicate. In questo senso si può dire che la soluzione costituisce un aspetto di una concezione della struttura sanitaria diversa ed in una certa misura alternativa a quella della medicina occidentale, pur tenendo conto che al di sopra dei *medici dai piedi scalzi* esiste una struttura istituzionale più affine alla nostra per quanto riguarda gli ospedali, la produzione farmaceutica e le visite ambulatoriali specialistiche. Per il momento sembra di in-

tendere che questa struttura sanitaria di base — nei suoi limiti — sia rimasta in funzione, collegata anche alle vere e proprie forme di associazione mutualistica e cooperativa costituite tra i contadini per far fronte ai costi delle malattie che non sono e non possono venir coperti dalla fornitura di assistenza medica gratuita da parte dello Stato. In effetti l'assistenza gratuita fornita dallo Stato va soltanto ai lavoratori dipendenti, cioè agli operai e agli impiegati pubblici, mentre i contadini appartengono al settore collettivo, sono membri delle comuni e non dipendenti dallo Stato e quindi devono coprire direttamente i costi degli oneri della loro assistenza: questa è una delle ragioni per cui sono stati escogitati il servizio dei *medici dai piedi scalzi*, la raccolta cooperativa delle erbe e le assicurazioni mutualistiche all'interno delle comuni. Il sistema sanitario urbano è invece più comparabile al nostro con ospedali e ambulatori, anche se esiste una rete di personale intermedio pure a livello urbano. In che cosa è mutata questa struttura dopo il 1976? È difficile dirlo in quanto il tipo di

1,2. Ospedale della Croce Rossa, Pechino, 1951-52: planimetria, prospetto. 3,4. Ospedale di Tsichouaitan, Pechino, 1953: veduta, planimetria. 5,6. Padiglione di Radioterapia dell'Ospedale generale di Wuhan, 1974: pianta, veduta. 7. Abitazione riconvertita a pre-

sidio ospedaliero in un distretto rurale nella Provincia dello Yunan. 8. Servizio di medicina a domicilio dell'Ospedale di Tsichouaitan, Pechino. 9. Squadra medica effettua ricerche sulle malattie nelle località alpine della Provincia di Chinghai. 10. Stazione di pronto



8



soccorso in un cantiere della Provincia dello Szechuan. 11. Medico dai piedi scalzi esamina alcune componenti di una comune agricola. 12. Medico dai piedi scalzi in visita presso un accampamento rurale di Shanghai. 13. Esercitazione pratica di pronto soccorso svol-

ta da una squadra della «Nuova leva medica» formata da operai, soldati, infermieri, medici dai piedi scalzi, nella Provincia del Kwantung.

soluzioni adottate per fornire un servizio medico che in qualche modo garantisca ai contadini cure e collegamenti con le istituzioni sanitarie non sembra sostituibile allo stato attuale. La Cina non è stata mai neppure al tempo di Mao, uno stato assistenziale e ciò è stato troppo poco sottolineato in Occidente, soprattutto dalla pubblicistica di sinistra. Questa scelta è stata motivata dalla constatazione che in Cina lo stato assistenziale sarebbe stato pagato da coloro stessi che ne frui- vano, e sarebbe stato anche sottratto al loro controllo. I contadini costituiscono i quattro quinti della popolazione: chi pagherebbe dunque l'onere di uno stato assistenziale? È stato messo a punto un limitato settore assistenziale nelle città (dove i lavoratori sono dipendenti coperti da assicurazioni), ma non nelle campagne. Qui esistono soltanto forme assistenziali marginali e di ridotta entità, ossia forme mutualistiche controllate effettivamente dai fruitori-sostenitori: cooperative sanitarie tra alcune migliaia di contadini, case di riposo per vecchi senza figli a livello di comune, scuole finanziate dalla comune (o dal-

le sue parti componenti) per i figli dei membri della comune stessa, conteggi vantaggiosi per famiglie dotate di insufficiente capacità di lavoro in rapporto agli oneri (ad esempio famiglie costituite da nonni e da nipotini rimasti orfani o da vedove con figli). Su questo terreno si sta svolgendo una parte delle attuali trasformazioni in agricoltura: tutte però sembrano dirette a premiare il lavoro produttivo e a ridurre gli oneri assistenziali passivi. Ben diversa tuttavia la trasformazione verificatasi a livello di concezione scientifica. Oggi non vi sono dubbi in Cina: la scienza è la scienza-tecnologia moderna di modello sostanzialmente occidentale. Naturalmente, come si è detto, la medicina tradizionale cinese era una scienza ed in questo senso non è stata rinnegata: le tecniche dell'acupuntura continuano a venire studiate da fisiologi che non si fermano al dato — tradizionale e incontestabile — che l'acupuntura funziona, ma tendono sempre più a chiedersi perché funziona e su quali basi, tanto che ora si fa l'ipotesi che acupuntura, per ragioni ancora da verificare, agisca sulla pro-

duzione di endorfine. Così anche la farmacologia tradizionale viene analizzata e valorizzata nelle sue basi scientifiche. Quindi il patrimonio della medicina tradizionale viene recuperato pienamente nel patrimonio della scienza medica e, come tale, trasmesso agli scienziati del resto del mondo. Tuttavia il modello della ricerca viene sempre più avvicinato al modello della ricerca medica occidentale. Resta da vedere se sarà assunto anche il modello occidentale della sperimentazione ospedaliera e delle strutture cliniche di livello intermedio e superiore. In questo caso i medici dai piedi scalzi sarebbero probabilmente destinati a restare in funzione come struttura rurale di base ma, al tempo stesso, ad essere in un certo senso degradati a funzioni di depistaggio e assistenziali di primo livello, oppure ad essere migliorati e riciclati in parte — condizioni materiali permettendo — fino a giungere ad un livello destinato ad approssimarsi alle capacità ed alle funzioni di un medico condotto rurale. Queste sembrano oggi ipotesi probabili. Resta il fatto che, pur demitizzato da tante interpre-

tazioni irrealistiche (non è vero che i cinesi sono curati di più degli italiani, nel migliore dei casi possono esserlo con più amore), le strutture sanitarie cinesi hanno affrontato il problema di dare al più numeroso popolo del Terzo mondo un'assistenza a livelli di costo sopportabili per le sue condizioni e al di fuori del ciclo speculativo.

Enrica Collotti Pischel

(Foto 5 pag. 82 e 10 pag. 83; foto 7 pag. 84; Marina Basso).

LIBRI: PER UNA STORIA DELLA SANITÀ IN ITALIA

Storia della sanità in Italia - Metodo e indicazioni di ricerca, a cura del Centro italiano di storia ospedaliera (CISO), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1978.

Nel breve inquadramento dell'attività di studio e ricerca promossa dal CISO, anteposto al volume *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, si fa rilevare come la storia della sanità — soprattutto in Italia — si è quasi sempre caratterizzata come storia della medicina e, quindi, di scoperte scientifiche e di tecniche curative. Giorgio Vestri, assessore alla Sanità della Regione Toscana, nella presentazione del volume ricollega tale situazione alla tendenza manifestata dall'organizzazione sanitaria in Italia a mettere al proprio centro un particolare tipo di strutture curative, gli ospedali.

Si delinea già nell'accostamento di queste due considerazioni il nesso dialettico che costituisce l'oggetto di fondo della riflessione di metodo ed operativa dei saggi e degli interventi che compongono questo libro: quello, cioè, dell'intreccio e dei reciproci condizionamenti tra fare e conoscere, intesi come attività sociali. La constatazione, cioè, di come determinati indirizzi della conoscenza scientifica si siano sviluppati e possano svilupparsi solo in conseguenza di determinati ruoli e fini sociali che l'uso di quelle conoscenze si prefigge, e, viceversa, di come la configurazione istituzionale, funzionale e tipologica degli organismi storicamente preposti alla applicazione di quelle conoscenze scientifiche nel contesto sociale tragga ampiamente impronta dal modo astratto ed ideologico in cui quel « sapere » si è andato configurando, e da cui trae alimento il ruolo sociale separato delle istituzioni e degli organismi fisici e funzionali che vi corrispondono. Ruolo di una ricerca storica operativamente orientata ed impegnata è, allora, di rompere l'apparentemente perfetta corrispondenza di questo meccanismo di reciproco rafforzamento di astratti schematismi, mettendo a confronto con i concreti processi storici oggetto di ricerca tanto l'assetto del sapere scientifico quanto quello istituzionale, funzionale e tipologico con cui si articola nella società. Così, già nell'intervento introduttivo, Giovanni Berlinguer sottolinea l'acquisizione che si è venuta maturando circa la storicità delle malattie stesse e circa il rapporto molto stretto tra evoluzione del pensiero scientifico e dello strumentario tecnico ed evoluzione della società, ma di come — per altro — l'analisi storica resta un po' emarginata dal rinnovamento medico.

Spunti di riflessione estremamente interessanti sono contenuti in altri interventi, fra i quali van-

no segnalati quelli di Giorgio Cosmacini sul rapporto tra sociale e biologico nella storia della medicina; di Gianfranco Tore su malattie ed economia; di Romano Viviani sull'idea di igiene nella promozione delle trasformazioni urbane del secolo scorso; di Giuseppe Carlo Marino su società, cultura, epistemologia; di Luigi Stroppiana con alcune riflessioni di metodo e indicazioni operative di ricerca.

Cosmacini rileva come oggi la storia della medicina non solo non può essere intesa come storia intrinseca delle conoscenze e delle provvidenze mediche, cioè come mera accumulazione progressiva di conquiste scientifiche e tecniche, dovendo invece integrarsi come storia sanitaria, quindi della salute e delle malattie come fenomeni al tempo stesso fisici e sociali, ma soprattutto come la stessa storia sanitaria debba presentarsi articolata in più livelli conoscitivi e con più afferenze disciplinari, dovendo ad un tempo essere: storia istituzionale della medicina, con riferimento alle istituzioni assistenziali, previdenziali, ospedaliere e di igiene pubblica; storia politica della medicina, con riferimento alla gestione programmatica ed operativa della sanità pubblica da parte del potere politico; storia sociale della medicina, con riferimento alla salute e al concetto di salute sia delle classi sociali considerate singolarmente, sia della collettività nel suo insieme; storia economica della medicina, con riferimento ai nessi tra malattie, modi e rapporti di produzione; storia demografica e geografica della medicina, con riferimento ai rapporti tra morbidità e movimenti delle popolazioni e tra movimenti delle popolazioni e aree di insediamento (isolamento rurale, affollamento urbano, rapporto città-campagna); storia materiale della medicina, con riferimento ai rapporti tra malattie e condizioni di alimentazione e di abitazione.

Gianfranco Tore osserva come oggi, fuggito il rischio di una storiografia che rifiuti le connessioni della base materiale con i diversi piani del processo storico, resta tuttavia ancora da esplorare concretamente il modo in cui i vari fenomeni si intrecciano vicendevolmente. *Fra i medici prevale sempre di più la tendenza a considerare profondamente integrate fra loro le affezioni prevalenti in un habitat regionale definito. Che conseguenze ne derivano per gli storici?* — egli si chiede. E ancora: *In che misura i suggerimenti provenienti dalla sperimentazione di laboratorio possono essere considerati validi quando si cerca di riferirli alla realtà sociale?* Romano Viviani individua nell'idea di igiene l'invariante della nuova città, dell'utopia urbana borghese, in quanto misura dell'efficienza di tale città; e lo

è in quanto la misura del disordine della città che la borghesia eredita, è la malattia. Nell'igene utopia e genio civile si identificano. Analizzando alcune operazioni urbane di risanamento improntate a questi principi ideologici, egli sottolinea come, tramite queste operazioni, si va determinando un processo di segregazione funzionale, di formazione di aree specializzate, di separazione spaziale delle classi. I processi di trasformazione urbana hanno i propri capisaldi in alcuni complessi edilizi, che accolgono le funzioni della politica igienico-sanitaria: mercati, mattatoi, centrali del latte, cimiteri, ospedali, ospizi, bagni pubblici, eccetera.

Luigi Stroppiana, in un breve intervento, solleva interessanti problemi di metodo circa la periodizzazione storica degli eventi sanitari, chiedendosi se considerare questa storia per periodi storici, cronologicamente intesi, e rilevare in essi le malattie a sfondo sociale, o non piuttosto volgere la nostra attenzione su singole malattie o gruppi di malattie o su problemi medico-sociali, ed evidenziare quale logica sia stata adottata nei provvedimenti igienico-sanitari nel corso dei secoli, specie per le malattie a carattere sociale.

Meno convincenti appaiono le indicazioni emergenti da altri interventi che illustrano i risultati di alcuni studi di storia sanitaria condotti su differenti epoche e contesti. Come rileva giustamente Giuseppe Carlo Marino non è tanto in gioco la questione di una scelta tout-court tra storiografia di breve periodo e storiografia di lungo periodo, quanto piuttosto la capacità di cominciare a funzionalizzare indagini di breve periodo, anche territorialmente molto circoscritte, ad eventuali future ricostruzioni storiche di lungo periodo.

Nel complesso, tuttavia, per questi studi non ci si riesce a sottrarre all'impressione di una strettoia — come la definisce lo storico Alberto Caracciolo in un suo intervento — dovuta ad un latente storicismo, incapace di connettere l'apparente progresso dalle epoche passate con lo stato di disgregazione e di crisi che caratterizza il presente. Questa incapacità di comprendere che cosa significhi la crisi attuale è ciò che impedisce anche di comprendere che cosa essa apra per l'avvenire, sia nell'assetto sociale che per l'organizzazione sanitaria. Si tratta — lo rileva lo stesso Caracciolo — di una questione che non può essere limitata ad un problema di carattere conoscitivo: non è soltanto questione di un apporto maggiore o migliore di studi di storia della salute o di storia della scienza. Si tratta, invece, di promuovere una conoscenza adeguata a divenire progetto concreto, su cui mobilitare forze sociali e aspettative oggi disattese.

Sergio Brenna

LIBRI RICEVUTI

710 URBANISTICA 711.001 Urbanistica: Teoria

Luca Marescotti, *Urbanistica - Saggio critico, testimonianze, documenti*, Accademia, Milano 1979.

711.033 Storia dell'urbanistica: Medioevo EUROPA

Enrico Guidoni, *La città europea - Formazione e significato dal IV al XI secolo*, Electa, Milano 1978.

Luigi Piccinato, *Urbanistica medievale*, Dedalo libri (Universale di architettura n. 6), Bari 1978.

711.554 Unità funzionali sul territorio; insediamenti industriali

Antonio Piva, Paolo Caputo, Claudio Fazzini, *L'architettura del lavoro - Archeologia industriale e progetto*, Marsilio Editori (Collana Polis n. 20), Venezia 1979.

(45) **ITALIA**
Roberto Gabetti, Giorgio Avigdor, *Architettura Industriale Piemonte negli ultimi cinquant'anni*, Cassa di Risparmio di Torino, Torino 1977 (45.1).

720 ARCHITETTURA 72.01 Architettura: estetica e teoria

Andrea Mariotti, *Gramsci e l'architettura e altri scritti*, Dedalo libri, (Universale di architettura n. 4), Bari 1978.

Peter F. Smith, *Architecture and the human dimension*, George Godwin, Londra 1979.

Bruno Zevi, *Editoriali di Architettura 1955-1978*, Einaudi (PBE 359), Torino 1979.

721 Tecnologia dell'architettura

Raffaella Crespi, *Quattro lezioni di tecnologia dell'architettura - Ricerche di tecnologia dell'architettura*, Franco Angeli, Milano 1979.

725.511 Ospedali generali e sanatori OLANDA

(492)
Gabriele Milelli, *Zonnestraal - Il sanatorio di Hilversum*, Dedalo libri, (Universale di architettura n. 17), Bari 1978.

728 Edifici per abitazione GRAN BRETAGNA

(41-42)
AA. VV., *Tecnica e politica del problema della casa in Europa. La Gran Bretagna*, a cura di Marino Folini, Marsilio Editori (Le scienze della nuova società - Architettura e urbanistica n. 35), Venezia 1979.

75.01 PITTURA: ESTETICA E TEORIA SVIZZERA

(494)
Max Bill - Introduzione e catalogo di Arturo Carlo Quintavalle, Università di Parma - Centro studi e archivio della comunicazione (Dipartimento arte contemporanea) (Quaderni 38), Parma 1977.
(La rubrica proseguirà sui prossimi numeri)

GRAND HOTEL LEONARDO DA VINCI ROMA



Il Grand Hotel "LEONARDO DA VINCI", situato in una tranquilla zona residenziale di Roma, nel quartiere Prati, tra Piazza del Popolo e la Città del Vaticano, dista 10' dalla Stazione Termini e 25' dall'Aeroporto "L. da Vinci". Dispone di 260 camere con bagno privato, doccia, telefono, radio e aria condizionata.

Il Restaurant, affidato alle cure di un Direttore, di un Maître e di uno Chef, notoriamente i più qualificati ed esperti della Capitale, garantisce una cucina nazionale di prim'ordine - Snack Bar - American Bar - Grill - Televisione - Saloni di rappresentanza per congressi - Barbiere - Parrucchiere - Manicure - Pedicure - Garage con 120 posti.



GRAND HOTEL LEONARDO DA VINCI ROMA

VIA DEI GRACCHI 324 ROMA / TEL. 06-382091 (20 LINEE) LEONARDOTEL - ROMA / TELEX LEONOTEL 62182



Cassa di Risparmio di Genova e Imperia

al tuo servizio dove vivi e lavori



La Cassa di Risparmio
promuove e diffonde
lo spirito di previdenza.
Raccoglie e investe risparmi
in Liguria, per favorire
lo sviluppo economico
della Regione.

LA CASSA DI RISPARMIO
E' UNA BANCA LIGURE
CON FINALITA' SOCIALI

La nuova linea di difesa fitosanitaria abbandona i vecchi metodi per non tradire l'ecologia.

Anche le piante si ammalano. Per evitare i danni ingenti è necessario un intervento di difesa delle colture. Tale intervento ha un duplice risvolto: economico ed ecologico.

Infatti, all'aspetto ecologico (salvaguardia di tutto l'ambiente), corrisponde un ben preciso aspetto economico.

Le malattie delle piante, gli attacchi dei fitofagi, lo sviluppo incontrollato delle erbe infestanti e dei parassiti fungini incidono pesantemente sulla produzione agricola mondiale. E le perdite nei singoli settori produttivi agricoli che ne derivano, testimoniano l'importanza della difesa fitosanitaria.

L'azione della Solplant

Da anni ormai la Solplant, del gruppo Imperial Chemical Industries, opera nel settore della difesa fitosanitaria per salvaguardare le piante e la produzione agricola.

E la sua è una lotta fatta con tutta quella serietà e competenza che la complessità del problema richiede. Perché è un campo irto di difficoltà e in continuo mutamento. L'evoluzione biologica stessa richiede un continuo adeguamento delle tecniche e dei metodi di difesa.

Tale evoluzione infatti ha selezionato via via le specie di fitofagi, infestanti e parassiti fungini che sono diventate più resistenti agli agenti di attacco.

I fitofarmaci messi a punto solo dieci anni fa oggi possono in alcuni casi risultare inefficaci. Allo stesso tempo antiparassitari ritenuti accettabili sotto l'aspetto della sicurezza per l'ambiente dieci anni fa possono in alcuni casi essere oggi già superati.



Quindi il problema dell'"aggiornamento" dei fitofarmaci è un problema di primaria importanza. Occorre mantenere il passo con continue ricerche ed investimenti.

Serietà nella ricerca e nella sperimentazione

La Solplant e il gruppo cui appartiene l'hanno fatto e continuano a farlo. Coscienti che la realtà in cui si muovono è una realtà "in divenire", investono ogni anno nella ricerca, nella sperimentazione e nella realizzazione di nuovi metodi di difesa. Ma se è vero che ogni anno vengono messi allo studio migliaia di prodotti, è altrettanto vero che solo una minima percentuale di essi, rigidamente selezionata da tests severissimi, esce sul mercato. Questo a dimostrare la serietà dei metodi di ri-

cerca e di sperimentazione.

La Solplant non offre solo soluzioni in termini economici di protezione della produttività agricola, ma anche di protezione dell'ambiente naturale. Il risvolto ecologico del problema la Solplant non l'ha mai dimenticato.

La filosofia della Solplant

La filosofia della "non aggressione della natura" è applicata dalla Solplant. La sua linea di difesa fitosanitaria infatti rispetta la realtà in cui si muove senza alterarne l'equilibrio.

L'azione indiscriminata contro qualsiasi forma di vita parassitaria sulle colture è una realtà che appartiene al passato. L'introduzione di fitofarmaci altamente selettivi che agiscono unicamente sulle specie dannose ha consentito

di rispettare sostanzialmente l'equilibrio biologico dell'ambiente agricolo. Perché costante preoccupazione della Solplant è il rispetto delle specie utili all'uomo.

Per cui i validi metodi, creati dalla Solplant per sostituire i vecchi prodotti, oggi sono in grado di soddisfare non solo le esigenze degli agricoltori ma anche quelle dell'intera comunità, mentre al contrario i vecchi prodotti, efficaci per l'agricoltore nel breve periodo, non sempre hanno rispettato le leggi dell'ecologia, risultando dannosi ed inquinanti nel tempo.

Una difesa fitosanitaria "ecologicamente pulita"

Per esemplificare il senso della nuova linea di difesa fitosanitaria proposta dalla Solplant citiamo Pirimor, l'aficida che con un'azione rapida uccide solo gli afidi e che è "ecologicamente pulito" perché rispetta sia i predatori sia gli insetti utili all'agricoltore.

Nell'area del diserbo, la Solplant propone Gramoxone, il diserbante/disseccante che non lascia residui attivi nel terreno.

È sicuro perché agisce solo sulle parti verdi delle infestanti cessando ogni attività a contatto del suolo.

È "eclettico" perché può essere usato su qualunque tipo di coltura e garantisce un diserbo rapido ed efficace senza alterare la normale struttura del terreno.

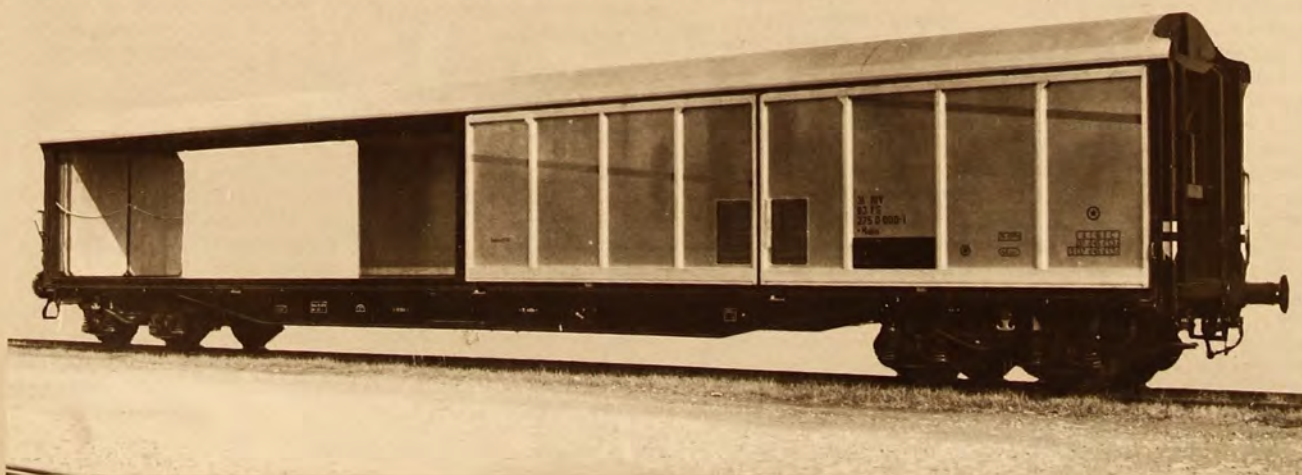
La Solplant è dunque un esempio di come la difesa fitosanitaria oggi può essere "ecologicamente pulita": salvare la produttività agricola senza alterare irrimediabilmente l'equilibrio della natura, a livello di ambiente e di processi vitali.

E questo, oggi, non è poco

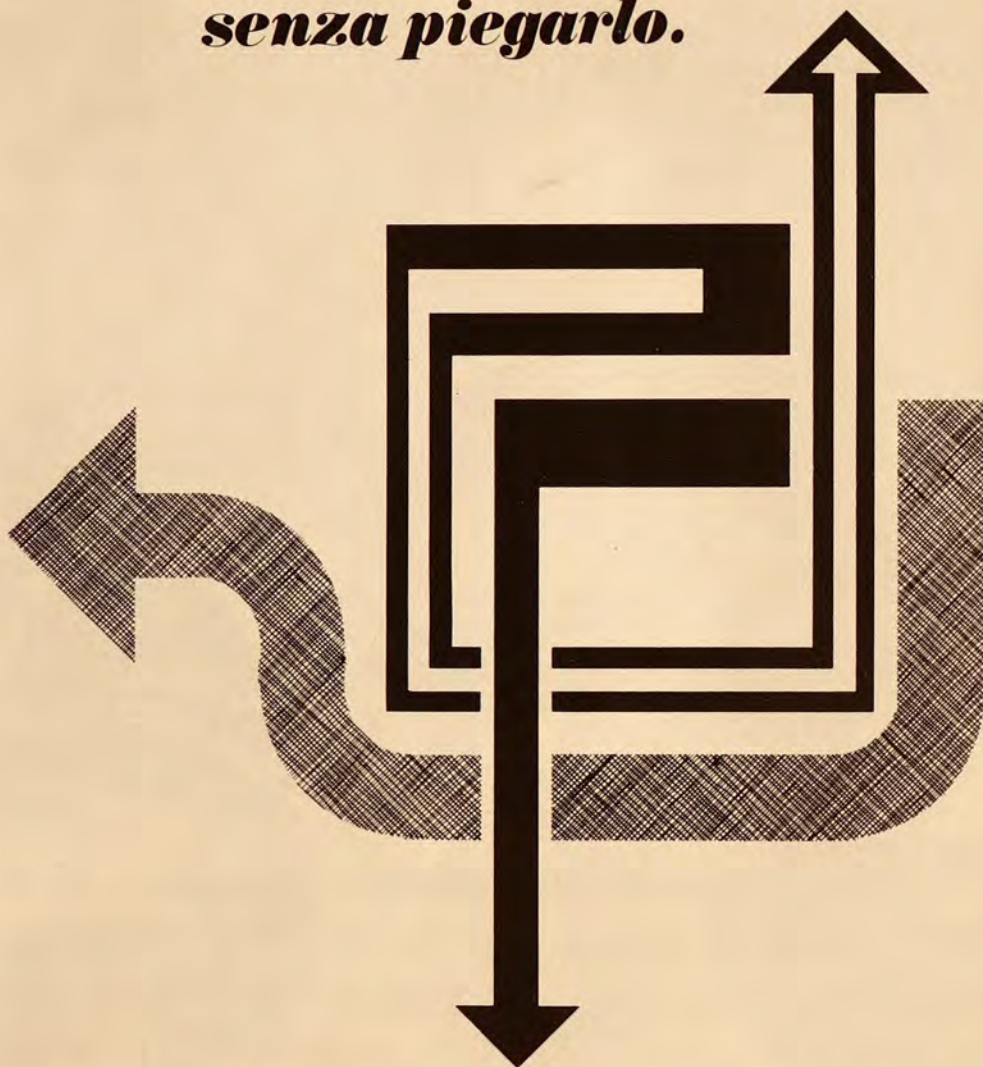
i nostri carri per le vostre merci

Habis

È un carro
coperto a carrelli,
a pareti scorrevoli
specializzato
per trasporto di merci
palettizzate,
è infatti dotato
di pannelli divisorii
mobili per assicurare
la più razionale
sistemazione
del carico.



***compilate il modulo
di conto corrente
postale
senza squalcirlo, senza
macchiarlo e
senza piegarlo.***



*anche l'automazione postale ha
bisogno di voi!*

copro sport

CONSORZIO PRODUTTORI SPORTIVI - ITALIA

Sede Legale: 24100 BERGAMO - Piazza Repubblica, 2

Sede Tec. e Amm.: 24030 VILLA D'ADDA (BG) - Viale Industrie, 5

Tel. (035) 793.015 - 791.254 - Telex 301675 / 6 BPBEST ATT. CO. PRO. SPORT.



systemfloor

EVERGREEN



DITTE CONSORZIATE

BIFFI F.LLI s.a.s 24030 VILLA D'ADDA - BERGAMO

CEIS s.a.s 36060 SPIN - VICENZA

REM CRAVERO s.r.l. 10048 VINOVO - TORINO

SOPROSPORT s.r.l. 24100 BERGAMO - ROMA



Annuari Seat: le "voci" che contano.



Tutte le voci che riguardano i clienti, i fornitori, i concorrenti che operano nel vostro settore sono raccolte nell'Annuario Seat: uno strumento completo, esauriente, unico nel suo genere.

Uno strumento da consultare.

Razionalità e rapidità dell'informazione costituiscono per gli operatori economici una esigenza fondamentale. Gli Annuari SEAT intendono concorrere a soddisfare questa esigenza.

- Nei settori esaminati dai cinque volumi sono infatti analizzate oltre 1750 categorie merceologiche per un totale di 1.800.000 operatori economici.
- Tale analisi non si limita all'elencazione delle aziende nelle categorie di competenza ma fornisce anche, attraverso un'ampia serie di tabelle statistiche, indicazioni sulla consistenza e articolazione del tessuto socio-economico nazionale.
- Gli Annuari SEAT costituiscono quindi un presidio di

riferimento completo, organico e aggiornato per tutte le aziende: da quelle che ricercano un dialogo con il proprio mercato, a quelle che sul mercato si affacciano per la ricerca di prodotti, fornitori, servizi. I volumi, diffusi in 270.000 copie, sono inviati gratuitamente agli inserzionisti SEAT.



EDIZIONI SEAT

PROGRESSO NELL'INFORMAZIONE



CERAMICA TENAX

20158 MILANO - VIA CERNOBBIO 5 - TELEFONI 37 60 472 - 370 023

ARIETE
TENAX 