

# La fine dell'Ottocento, tra dimensione pubblica e azione personale

Lo sviluppo della prima legislazione sociale influenza positivamente e in misura notevole la crescita ospedaliera. Gli ospedali vengono ovunque inseriti all'interno dei nascenti sistemi di sicurezza sociale che si basano sull'obbligo dell'assicurazione mutualistica per i lavoratori e le loro famiglie. I nuovi istituti diventano quindi acquirenti di servizi ospedalieri. Ma non meno significativa appare la crescita di realtà legate all'iniziativa privata, in rapporto a fini di natura caritativa e filantropica.

**Se dunque il secondo ottocento conosce un ampio sviluppo di iniziative ospedaliere, pubbliche o meno, con un innegabile avanzamento di tecniche e terapie, non per questo mancano i problemi, a dispetto di ingenua aspettative di cultura positiva. Il sogno di una società ordinata e unita nella celebrazione del mito del progresso, all'interno del quale il povero diventa un lavoratore disciplinato e il malato ha a disposizione una generosa rete di provvidenze pubbliche e private, non può ovviamente realizzarsi. I costi sociali e umani dell'industrializzazione e le inevitabili insufficienze della complessiva risposta socio-assistenziale lo impediranno.**

La **"questione operaia"** influenza la sanità pubblica nei suoi rapporti con il problema degli infortuni, delle malattie professionali, della tutela della maternità.

Il tentativo di realizzare un sistema di **"sicurezza sociale"** si pone come la più sicura garanzia della salute collettiva, accanto a una sempre maggiore specializzazione della medicina ospedaliera.

La politica e la scienza rivestono più che mai un ruolo centrale diventando l'orizzonte di ogni richiesta di intervento adeguato ai bisogni della persona. Ma si tratta di un orizzonte in sé limitato, poiché nell'azione politica entrano inevitabilmente finalità di controllo e consenso sociale, mentre la ricerca scientifica non risolve il problema della cura nei suoi molteplici aspetti riferibili alla prevenzione, alle conseguenze sociali, alle relazioni personali. L'Ottocento lascia così un'eredità importante e problematica al secolo successivo.

Sono in gioco il senso complessivo dell'intervento sociale e sanitario, fra dimensione pubblica e azione personale, e l'umanizzazione dell'ospedale, in un rapporto fra medico e paziente che assume aspetti molto simili a quelli di un tempo più recente.



OSPEDALE SANTA TRINITÀ  
PER CONVALESCENTI

Bologna

# L'ospedale Galliera di Genova

## Ideazione e progettazione

La marchesa Maria Brignole-Sale assieme al suo sposo Raffaele De Ferrari, Duca di Galliera e ristrutturatore del porto nuovo di Genova, fu coppia tra le più benefiche in Europa sul finire dell'Ottocento, splendido esempio del come socialmente si usa la ricchezza.

L'opera che iniziò l'attività nel 1888, realizzata dall'ingegnere Cesare Parodi, venne preceduta da un attento studio di opere similari realizzate precedentemente in Francia a seguito dell'incendio dell'Hotel Dieu (1772) a Parigi: la corrente di pensiero capitanata dal medico Tenon sosteneva la necessità che gli ospedali fossero programmati alla luce di dati statistici verificati periodicamente ed orientati al massimo delle prestazioni come una vera e propria "machine a guerre".

La necessità di combattere la "febbre nosocomiale" portò a progettare l'ospedale "a padiglioni" ubicato preferibilmente fuori città, di pochi piani e tendenzialmente di modeste dimensioni, esatto contrario degli antichi ospizi sorti accanto a monasteri o ai grandi ospedali rinascimentali che avevano spesso prodotto promiscuità e sovraffollamento.

La presenza dell'ospedale a padiglioni, per noi così familiare, è dunque esito di una rivoluzione nella struttura cittadina e nel concetto di ospedale, se si eccettuano pochi casi di realizzazioni parziali. Il Galliera rappresentò una novità culturalmente di avanguardia nel panorama italiano, ancor più rilevante se si considera dovuta ad un'iniziativa privata.

Nella ideazione dell'Ospedale, costituito da un corpo-corridoio centrale a semicerchio da cui si dipartono sette padiglioni a raggiera, si tenne in attenta considerazione la cubatura degli spazi per posto letto, l'aerazione e l'illuminazione; nella costruzione si armonizzarono inoltre vecchie e nuove soluzioni quali l'uso della carpenteria metallica.

Il Galliera rappresenta pertanto un originale esempio di transizione tra il vecchio ricovero a croce o a lunghe corsie e quello a padiglioni nettamente separati.

L'ospedale contava circa 300 posti letto e potevano trovare accoglienza infermi poveri, nati e domiciliati in Genova o nel demanio dell'antica Repubblica Ligure; non erano tuttavia ammesse partorienti o pazienti affetti da malattie infettive e malattie mentali. L'indirizzo generale dell'ospedale fu, sin dalla sua nascita, orientato oltre che all'assistenza anche all'insegnamento al letto del paziente ed alla ricerca scientifica.

IL MONUMENTO ALLA  
DUCHESSA GALLIERA



LA FACCIATA  
DELL'OSPEDALE GALLIERA  
NEL 1888



# IL NOVECENTO ED OLTRE

Con l'inizio del novecento, l'evoluzione tecnologica, l'accrescimento delle conoscenze e dei successi, sia in ambito clinico che in medicina sociale e preventiva, determinarono una forte ventata di ottimismo.

Più oltre, il secolo vede le crisi delle guerre mondiali, i successi delle nuove ricerche e dei nuovi farmaci che debellano i grandi mali endemici, sifilide, tubercolosi, malaria, ma vedono il sorgere di malattie multifattoriali che chiamano in causa stili di vita e comportamenti: le malattie metabolico-generative.

Appare all'inizio degli ottanta l'AIDS, male "anacronistico" che coglie impreparati sia dal punto di vista scientifico che culturale. Altro fenomeno di primaria importanza assistenziale è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione. In questi quadri di riferimento appare inevitabile un nuovo modello di assistenza che chiami in causa tutti i fattori della società. Un'alleanza, a partire dalla persona in cui lo Stato non si sostituisce alle comunità sociali ma fornisce loro gli aiuti necessari perché portino a compimento le loro funzioni naturali.



# Nuovo Secolo

Agli inizi del novecento era ancora il vecchio continente, in particolare la Mitteleuropa, a produrre i maggiori avanzamenti nei campi della diagnosi, della profilassi, della terapia: nel 1901 i primissimi premi Nobel toccavano a Wilhelm Conrad Röntgen, scopritore dei raggi X, e ad Emil von Behring, inventore del siero antidifterico; nel 1906 Paul Ehrlich sintetizzava gli arsenobenzoli, capostipiti dei chemioterapici.

Il nuovo secolo si apriva anche con la fiducia che la medicina, incorporando una sempre maggior dose di scienza - fisica, chimica, biologia, microbiologia -, sarebbe stata in grado di raggiungere uno statuto di massima scientificità con una messe sempre più cospicua di ricadute tecnopratiche a vantaggio dell'uomo.

Un grande clinico, Augusto Murri, rilevava che per la diagnosi di tubercolosi, una veloce indagine strumentale valeva di più di una lunga anamnesi e una lunga auscultazione, ma d'altra parte riconosceva che laddove **"spirava il gelido soffio della miseria"** prescrivere al malato cambiamento d'aria e ipernutrizione era una vera e propria

**"ironia fischiante"**

Curare **"il grande tarlo"** che rodeva i polmoni della popolazione sottoalimentata, vivente nei tuguri e ammassata nelle fabbriche, voleva dire intervenire sui fattori di rischio, alimentari, abitativi, lavorativi. Per questo Murri diceva ai suoi studenti di schierarsi per un sanitario "ordine nuovo".

Nella fase storica del massimo sviluppo medico-scientifico mai registrato fino allora, veniva ribadita l'esigenza di un pari impegno del medico in campo antropologico-sociale.



UMBERTO CALAMIDA

Primario dell'Ospedale Maggiore di Milano (1871-1940)

Medaglia dalla Collezione Belloni, Milano, Civiche Raccolte Archeologiche e Numismatiche



AUGUSTO MURRI  
Clinico medico (1841-1932)

Medaglia dalla Collezione Belloni, Milano, Civiche Raccolte Archeologiche e Numismatiche





# Il mutuo soccorso

Tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, a partire da iniziative spontanee e da premesse volontaristiche, si sviluppava la "mutualità sanitaria" fecondante il vasto campo dell'assistenza medica e della previdenza sociale. Essa era nata dalla solidarietà operaia attraverso gli ideali e le pratiche del **mutuo soccorso** e la formazione delle "casse mutue". Tali istanze e prime attuazioni venivano gradatamente recepite come complesso di istituzioni, strutture e funzioni finalizzate a dare ai cittadini assicurazione di assistenza in caso di malattia.

All'indomani della prima guerra mondiale si scriveva: "perché questa opera gigantesca e mirabile possa essere compiuta, occorre che le classi lavoratrici vedano nelle assicurazioni sociali

una conquista che è nata dalla loro forza politica. Occorre che le difendano da ogni inquinamento burocratico. Devono vedervi soprattutto uno strumento di difesa della loro salute, uno strumento di rivendicazione del più solenne dei diritti: il diritto alla vita."

Dopo la cosiddetta "modernizzazione corporativa", che negli anni Venti e Trenta del Novecento faceva di ogni zona territoriale e di ogni ambiente di lavoro collettivo il luogo di una "particolarità" assicurativo-assistenziale inserita come la tessera di un mosaico in un insieme composito e frammentato solo nel gennaio 1943, cioè alle soglie del periodo più cruciale della Seconda Guerra Mondiale, si addiveniva al tentativo di fondere le diverse organizzazioni e gestioni dell'assistenza nell'"Ente

Mutualità", divenuto poi l'"Istituto Nazionale di Assicurazione contro le Malattie" meglio conosciuto come INAM.

Ma già nel 1945 il "Progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano" concepito in seno al Comitato di Liberazione Nazionale indicava nel decentramento amministrativo e nella gestione loco-regionale della Sanità la cornice di un quadro istituzionale dove si prefigurava un servizio sanitario non burocratico, ma decentrato e partecipato, responsivo ai bisogni e ispirato non solo a criteri di **assicurazione della malattia**, ma anche e soprattutto a principi di **salvaguardia della salute**.



IL QUARTO STATO  
Tullio Pericoli  
1970

Milano,  
Pinacoteca di Brera



# I due dopoguerra e le sfide del presente

Le due guerre mondiali interruppero bruscamente il mito del progresso apportatore di tecniche definitive debellatrici delle malattie. Tuttavia, all'indomani del secondo conflitto, la rivoluzione terapeutica dovuta agli antibiotici sopraggiunse a debellare una gran parte delle malattie infettive responsabili di mortalità e morbilità elevate. In Italia le tre piaghe endemiche di antica data - sifilide, tubercolosi, malaria - grazie ai nuovi farmaci antibatterici e anti parassitari furono praticamente cancellate. Ma fu alla metà del secolo che la linea discendente delle malattie infettive incrocia quella delle malattie metabolico-degenerative in un punto cruciale: la svolta epidemiologica.

**Il passaggio dalle une alle altre (infarto e tumore) segna il passaggio da una causalità monofattoriale (un bacillo, un virus...) a quella multifattoriale, di più fattori di rischio. I nuovi modelli di malattia fanno riferimento ai comportamenti, agli stili di vita, ai condizionamenti ambientali.**

**Questi fattori di novità esigevano un rinnovamento delle strutture e funzioni della sanità pubblica, ancora legata al sistema prebellico delle mutue. Occorreva rendere il sistema sanitario sensibile ai bisogni e responsivo alle richieste, facendo di esso un organismo efficiente ed efficace, finalizzato a una migliore qualità ed equità nei servizi.**

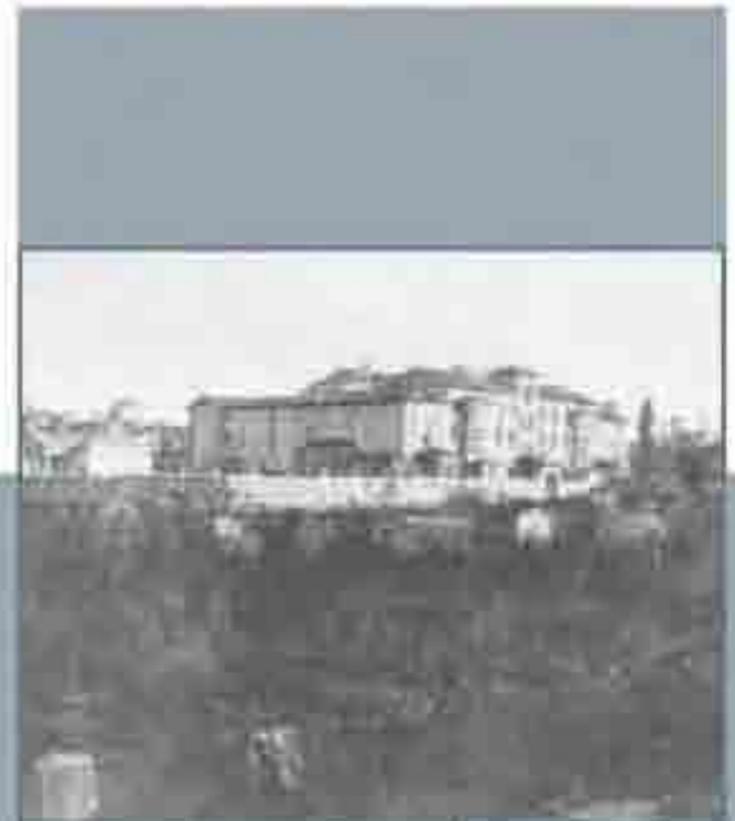
L'ingresso poderoso della tecnologia sofisticata (elettronica, informatica), non solo ha aperto frontiere apparentemente invalicabili alla ricerca, alla diagnostica, alla terapia, ma ha proiettato il livello di fabbisogno di risorse a dimensioni di difficile gestione.

L'andamento demografico verso una speranza di vita a 80 anni, derivato anche dal livello sanitario raggiunto, richiede una complessiva rivisitazione del sistema assistenziale socio sanitario dotato di grande flessibilità e integrazione. A questi elementi si aggiunge il fatto che nei primi anni '80, l'ottimismo sanitario subisce un duro colpo di arresto mediante l'impatto con una malattia nuova: l'AIDS.



"Pietà" (1509)  
Michelangelo

FILAMENTO  
DI DNA  
A DOPPIA ELICA



BOLOGNA,  
VEDUTA DELL'OSPEDALE  
MAGGIORE NEGLI ANNI  
VENTI E TRENTA.

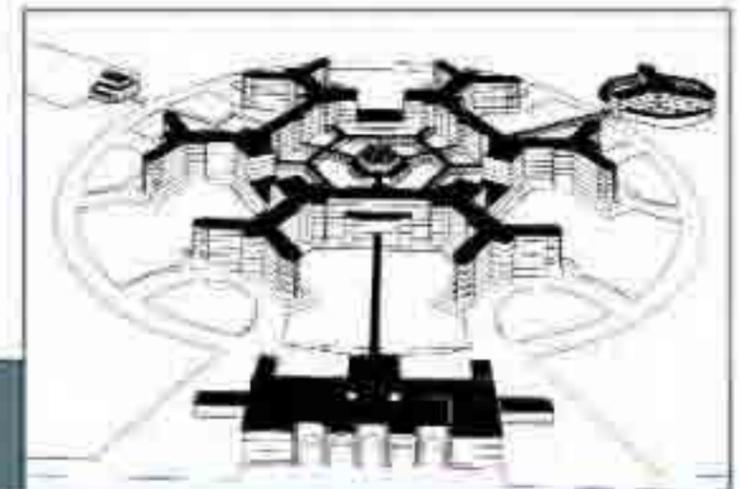
# L'ospedale di Brescia: l'innovazione nasce dalla cultura

A 500 anni di distanza dalla sua fondazione, l'ospedale di Brescia, all'inizio degli anni Trenta del Novecento, si diede una nuova sede. Il progetto, dell'ingegnere bresciano Angelo Bordini, fu assolutamente d'avanguardia e innovativo. Abbandonata la tradizione degli ospedali a padiglioni fra loro separati, il progettista non volle accogliere neppure la formula statunitense, e adottata in alcune capitali europee, dell'ospedale a blocco su molti piani. Egli ritenne opportuno individuare una forma intermedia, con padiglioni tutti collegati fra loro, su un numero ridotto di piani, distribuiti in una struttura ramificata, che, per la simmetria centrale che la caratterizzava, fu anche definita **"a fiocco di neve"**.

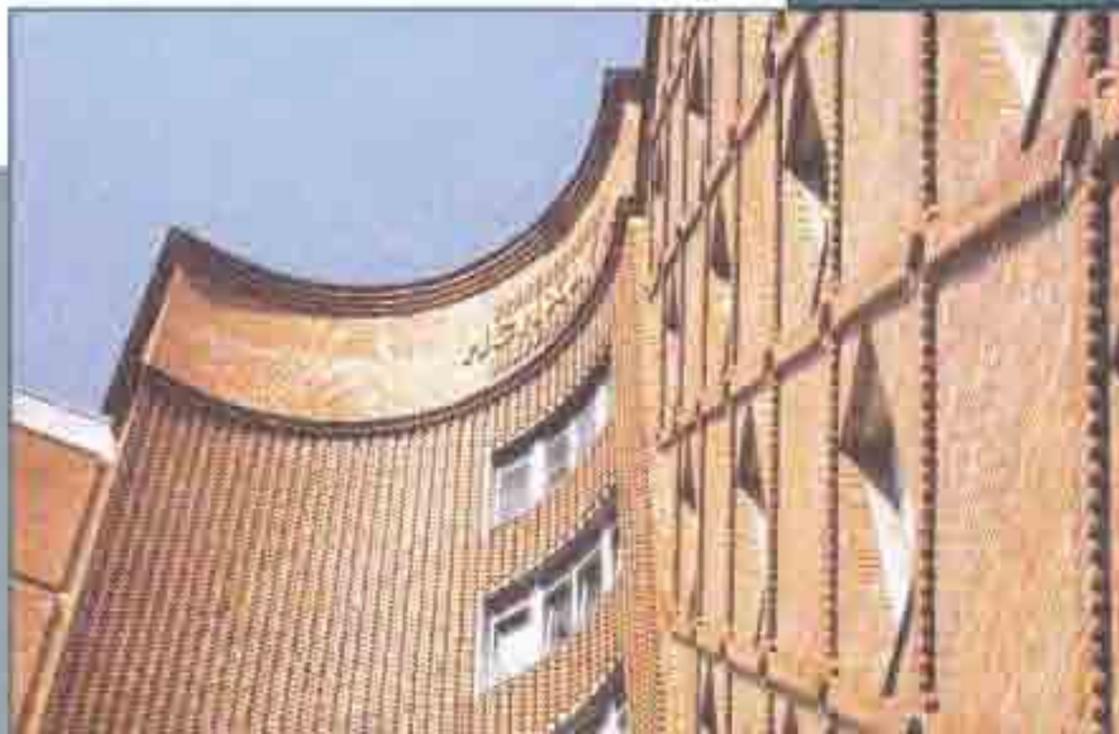
Si trattò di un modello osservato con ammirazione in tutta Europa. I corpi di fabbrica erano adatti a contenere le infermerie aerate su entrambi i lati facenti capo a nodi funzionali contenenti i servizi comuni. Capace di 1.400 letti e di 14 reparti, l'ospedale fu costruito dal 1938 al 1953, anno in cui esso iniziò a funzionare a regime.

La sua struttura si è dimostrata adatta ad affrontare le immense evoluzioni funzionali succedutesi negli ultimi cinquant'anni. Benché ampiamente integrate e ammodernate, esse costituiscono tuttora l'ossatura portante di un nosocomio ai primissimi posti nazionali per dimensione e dotato delle più moderne attrezzature per garantire ai 2.000 degenti possibili tutte le più aggiornate terapie.

VEDUTA PROSPETTICA  
DEGLI SPEDALI CIVILI DI  
BRESCIA (1933)



ELEMENTI ARCHITETTONICI  
DELL'OSPEDALE DI BRESCIA  
(1939 - 1942)





# Sussidiarietà

Questo viaggio attraverso i secoli ha descritto l'evolversi, con alterne vicende, del concetto di assistenza sanitaria e di ospedale: elemento unificatore è stata tuttavia la **consapevolezza che il bisogno appartiene alla sfera della persona.**

Le persone si aggregano in soggetti sociali, deliniscono livelli di servizi e chiedono allo Stato il riconoscimento del loro lavoro "pubblico" e l'assegnazione di strumenti e spazi per operare. Là dove questo accade (al di là delle condizioni materiali e tecnologiche), si genera una forma di assistenza efficace ed efficiente, accompagnata dal desiderio di darle una forma più dignitosa e più gradevole possibile.

Ciò è accaduto fin dall'antichità ed ha preso, con l'andar dei secoli, sempre più forma e consapevolezza, attraverso la creazione di opere, gli ospedali, che hanno lasciato un segno grandioso e tangibile nella realtà sociale. Questa forma si chiama sussidiarietà.

**Il principio di sussidiarietà** infatti, non costituisce una tecnica organizzativa, ma nasce dall'affermazione che

**"prima" dello Stato c'è la società civile e prima della società c'è la persona.**

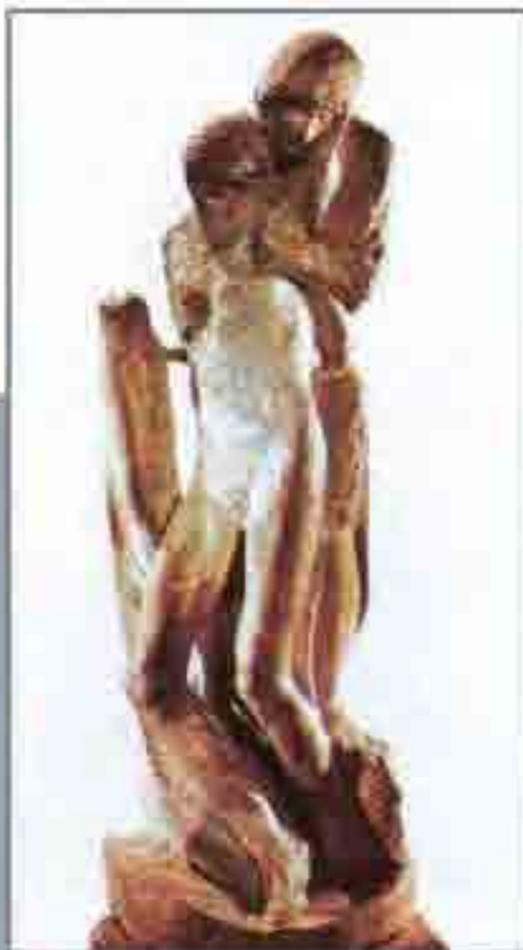
Tale impostazione non solo ha funzionato nel medioevo, nel Rinascimento, e così via, ma può continuare fino ad oggi.

Pubblico, anche in sanità, non equivale a "statale": è infatti pubblico tutto ciò che serve a tutti, è la risposta al bisogno di salute data da una struttura qualunque sia la sua natura, statale, privata o non-profit.

In Italia esistono esperienze di assolvimento della funzione pubblica in sanità che preesistono allo Stato stesso: si ricordino, ad esempio, gli ordini religiosi che per carisma si sono occupati di rispondere alle esigenze dei bisognosi di cure e assistenza.

Negli ultimi anni si sono anche sviluppati moltissimi soggetti di tipo profit che, ad esempio, nell'assistenza ospedaliera rappresentano percentuali molto significative del mercato. Il tentativo di sviluppare un sistema misto nell'offerta dei servizi sanitari attuato in alcune realtà regionali (e prima di tutto la riforma lombarda), rappresenta indubbiamente una via privilegiata per ridare respiro e vigore ad iniziative che sappiano immaginare liberamente forme di assistenza e di risposta al bisogno che nascono da ideali ed identità di popolo.

Occorre pertanto recuperare questo **"genio"** dell'assistenza italiana, che, come in passato ha saputo inventare risposte adeguate, così oggi saprà affrontare le **sfide del nuovo millennio.**



La "PIETÀ ROMBANI"  
Roberto Rombani (1909-1981)  
Milano, Castello Sforzesco



# il Bene e il Bello

I luoghi della cura



me. In. . . . . et. . . . . me.

In. . . . . et. . . . . me.

In. . . . . et. . . . . me.

In. . . . . et. . . . . me.

In. . . . . et. . . . . me.

In. . . . . et. . . . . me.



opus fecit . . . . . domenicus . . . . . Jacobi . . . . .

