

LA STORIA, MODERNA E CONTEMPORANEA, DELL'OSPEDALE. QUANDO TUTTO EBBE INIZIO

1

Cesare Catananti

Per entrare in argomento

La storia dell'ospedale è un lungo viaggio nel tempo sui “luoghi” di volta in volta ritenuti più idonei ad ospitare e curare i malati. Una idoneità mutevole nel corso dei secoli in rapporto al variare della concezione della malattia, dei sistemi di cura e del contesto sociale nei confronti delle fragilità. Passando, così, da un unico generico contenitore della più disparata umanità, gente senza fissa dimora, pellegrini, poveri, malati, a quello che oggi il nostro immaginario identifica come luogo specializzato per la cura. Con un'architettura di immediata lettura rappresenta la sede della massima concentrazione del sapere scientifico, della medicina più tecnologizzata, dei professionisti più accreditati, delle cure più costose.

In questo complesso e articolato percorso, concentreremo l'attenzione su un preciso segmento temporale in cui maturò quella visione che sta alla base della storia moderna e contemporanea dell'ospedale. Con un approccio da *case study*, vivremo, pertanto, il momento della svolta e della forte cesura rispetto al passato: un giro di boa che si realizzò in Francia sul finire del Settecento ma che si poté realizzare grazie ad alcune premesse metodologiche poste un secolo prima da Luigi XIV. Ci riferiamo in particolare alla decisione del Re Sole di coinvolgere nella pianificazione e realizzazione dei suoi grandi progetti, come la Reggia di Versailles, gli scienziati dell'Académie Royale des Sciences. Fu di fatto creato un modello di intervento, competenze pluridisciplinari e confronto tra esperti che, un secolo dopo, nel clima dell'illuminismo, verrà replicato anche per l'istituzione ospedaliera ma in una ben più ampia visione. Non ci si limitò infatti a ragionare solo sulle esigenze funzionali e alle correlate soluzioni architettoniche e impiantistiche; piuttosto, la riflessione fu a tutto campo, inquadrando il tema nei suoi aspetti urbanistici, sociali ed economico-gestionali. Da quel momento niente fu più come prima.

Una nuova concezione di ospedale stava per nascere con l'Accademia delle Scienze di Parigi nel ruolo di levatrice.

Il *case study*, illustrativo della svolta, riguarda il piano di ricostruzione dell'Hôtel-Dieu di Parigi, distrutto da un incendio nel dicembre del 1772. Il dibattito su cosa e come farlo rappresentò appunto un salto di paradigma nella visione dell'ospedale. D'altra parte, in quella stagione in cui i lumi della ragione accesero i fuochi della rivoluzione, montava sempre più l'insofferenza verso le istituzioni dell'*ancien regime*. E tra queste quella ospedaliera, così come il lascito medievale l'aveva consegnata, aveva oramai i giorni contati.

Prima, però, di entrare nel cuore del racconto, uno sguardo al passato è opportuno, per richiamare innanzitutto l'*humus*, umano e cristiano, in cui affondano le radici dell'*hospitalitas*, e poi, accennare ad una esperienza italiana di metà Quattrocento che fa cogliere un primo diverso sentire.

Uno sguardo al passato

“Va' e anche tu fa lo stesso” sono le parole conclusive della parabola del Buon Samaritano (Luca.10,17) che costituirono un passaggio cruciale nella storia della cura, arricchendo l'originario *ethos* ippocratico dei valori propri del cristianesimo e dando un rinnovato impulso all'assistenza ai malati, ai moribondi, ai pellegrini, ai vecchi, ai sofferenti. L'*hospes*, il locale destinato appunto ad ospitare questa eterogenea umanità, fu pertanto

ubicato, quasi sempre, in contiguità di cattedrali e monasteri. Si trattava di un'esplicita richiesta di protezione a Dio, da cui l'appellativo di *Hôtel-Dieu* in Francia, *God'house* in Inghilterra, *Godshuis* in Olanda. Inoltre, molti ordini monastici fissarono i principi fondanti e organizzativi di tali strutture sulla base del principio "Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est" (La cura degli infermi deve essere praticata prima di tutto e sopra tutto), come nel caso della regola di S. Benedetto. Da qui il moltiplicarsi di questi luoghi anche lungo le grandi arterie di comunicazione, sulle vie dei pellegrinaggi e nei centri cittadini.

Ma la vocazione all'*hospitalitas* non era esclusivo appannaggio della Chiesa. Essa rappresentò, infatti, anche un segno dell'impegno sociale del Re, del Principe, o di chiunque stesse al potere, che vedeva, tra l'altro, nella edificazione di opere anche artisticamente pregevoli, un momento dell'esaltazione del suo governo. Agli inizi, però, si trattava di veri caravanserragli della disgrazia, sia per la promiscuità degli ospiti, sia per le caratteristiche fisiche di quegli spazi, e la cosa durò, pur con qualche eccezione, lungo tutto il medioevo. Fu nel clima del Rinascimento che qualcosa iniziò a cambiare. Nel nuovo sentire dei tempi, basti pensare alla rivoluzione di Copernico, il risveglio coinvolse anche il sapere medico, non più passivo rispetto ai dogmi galenici. Lo spirito critico, come nel caso di Vesalio che rifondò l'anatomia umana, riguardò anche l'ospedale come il lascito medioevale l'aveva configurato. Perché non pensarlo ad uso esclusivo dei malati?

Tale idea, in effetti, era già presente nella medicina araba dell'VIII secolo, con i *bimaristan*, luoghi esclusivamente destinati alla cura e all'insegnamento della medicina (famosi quelli di Damasco, del Cairo, di Baghdad). Oggi li definiremmo come centri di assistenza, didattica e ricerca. Si trattava, tuttavia, di esperienze che, benché valide e moderne, rimasero isolate perché lontane dalla cultura europea sia in termini geografici che concettuali. Tocchò al Rinascimento rifondare la visione dell'ospedale dando enfasi agli aspetti medici, a quelli politico-sociali, alle caratteristiche architettoniche, alle esigenze di una buona amministrazione ed organizzazione. L'ideazione, progettazione e gestione della Ca' Granda di Milano, è in tal senso un valido esempio di questo nuovo approccio. Ovviamente tutto era ancora allo stato embrionale, ma i segnali erano già forti e chiari.

Quel primo passo verso la modernità. L'esperienza della Ca' Granda

Si era a metà Quattrocento quando Francesco Sforza, duca di Milano, affidò lo studio per un ospedale, la Ca' Granda, al suo architetto militare, Antonio Averulino detto il Filarete. Nativo di Firenze e allievo del Ghiberti, il Filarete sviluppò la sua idea partendo, innanzitutto, dall'analisi delle specifiche attività proprie di un ospedale e studiando le soluzioni adottate a Firenze negli ospedali di Santa Maria Nuova (1288) e di Santa Maria della Scala (1440). Il progetto, come lui stesso lo descrisse,¹ prevedeva due grandi quadrati divisi da un cortile rettangolare con la Chiesa al centro. Ogni quadrilatero racchiudeva quattro infermerie a crociera che, a loro volta, delimitavano, tra le braccia della croce all'esterno, quattro cortili minori. Locali specifici, poi, furono individuati per tutte le attività di supporto, quali officine, lavanderie, cucine, depositi. Grandi porticati contornavano sia il quadrilatero sia i cortili minori, realizzando così, in aderenza allo spirito rinascimentale, un edificio armonioso per simmetria e forme, razionale nella distribuzione degli spazi e geniale per le soluzioni impiantistiche. Ma il Filarete andò oltre: sensibile alle esigenze di igiene ospedaliera, prevede per le degenze spazi idonei a garantire per un predeterminato numero di pazienti il necessario "cubo d'aria", con adeguata illuminazione e ventilazione. Senz'altro geniale fu la sistemazione delle latrine, infatti ai lati di ciascuna infermeria posizionò un corridoio comunicante con l'interno delle sale, collocando nell'interspazio tra due letti, i "destri", le latrine, dal cui fondo partiva un collettore in rame in cui scorreva, grazie al gioco delle pendenze, un flusso continuo di acqua prelevata da un vicino fosso. L'impiego di canali di raccolta dell'acqua piovana che contribuivano anche alla pulizia, forniva l'opportuna ventilazione di quel sistema fognario i cui effluvi venivano scaricati nei campi vicini attraverso un ulteriore canale. Ma l'esperienza "moderna" della Ca' Granda non si limitò solo agli aspetti architettonici ed impiantistici; fu sul versante normativo e organizzativo che arrivò il cambiamento.

Ad innescarlo fu la crisi finanziaria degli ospedali milanesi destinati *ad usum pauperum*, resa ancora più acuta dalle vicende belliche e dal moltiplicarsi dei poveri. Tocchò ad Enrico Rampini, arcivescovo di Milano,

¹ Il Trattato di Architettura del Filarete è trascritto nel volume di Lazzaroni e Munoz: Filarete scultore e architetto del sec. XV, Roma, 1908, pag.187 e segg.

affrontare di petto il problema con il decreto del marzo del 1448 “pro hospitalibus et pauperis alogiandis” (a vantaggio di ospedali e poveri da alloggiare). Oltre ad una modifica degli assetti giuridici, amministrativi e gestionali quella riforma, prevede che la rete delle strutture benefiche facesse capo ad un nuovo ospedale da realizzare. Si trattava appunto della Ca' Granda, i cui lavori presero il via circa otto anni dopo. Ma fu quello che avvenne nei cinquant'anni a seguire che può essere visto come esemplificativo di un primo passo dell'istituzione ospedaliera verso la modernità. Un documento del 1508, la *Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano* predisposta dall'allora Priore Gian Giacomo Gilino, esprime perfettamente la volontà di voltar pagina.

Davvero rilevanti in tal senso i capitoli che trattano dell'accettazione dei pazienti, della loro distribuzione nelle varie sedi e nei singoli reparti ospedalieri a seconda del genere di malattia e del sesso.²

Di seguito alcuni passaggi per coglierne le forti novità, a cominciare proprio dalla caratterizzazione del “grande” come ospedale per acuti, contrapposto alla rete ospedaliera ad esso collegata, destinataria di altre esigenze di natura cronica.

Essendo, infatti, le malattie “croniche o de qualità che presto son terminate vel con salute, vel con morte, queste de presta terminatione son designate all'hospitale grande dove, como è predicto, o moreno o, facti sani, vanno con la benedictione a fare li facti soi [...]. Le altre egritudini croniche o sono de ulcerazione o mali de altra qualità, quali vogliono tempo avranno altra destinazione”. (capitolo XXXIII).

A tutela della funzione specifica di ospedale per acuti si sanciva il ruolo fondamentale del medico, che oggi definiremmo di accettazione: “Ne alcuno in epsi hospitali se po' receive se prima la qualità del male suo no è intesa da li phisici o chirurghi del hospitale et epsi non referiscono prima el parere suo sopra el loco dove li pare se habbiano a raccogliere”. (capitolo XXXV). E, al momento della dimissione, era previsto un “qualcosa” per “sustentarse” nei giorni a seguire per chi si trovava in particolari disagi economici (una forma di “dimissione protetta” nel segno della carità e della solidarietà).

Ma quello che colpisce nella “Relazione” del Gilino è la capacità ad individuare le diverse problematiche della vita ospedaliera fissando, seppur per sommi capi, una serie di norme basilari. Passando in rassegna anche solo i titoli, si coglie come l'analisi organizzativa e i settori da disciplinare spaziassero dal “governatore de li granari” al “farinaro” e “furnaro”, ai “coqui al uso del hospitale”, alle “lavanderie”, alla “spiarìa”, al “tesaurero”, all’“ingenero e soprastanti”, al “senescalco”, ai “ministri al servitio de li infirmi”, alla “diligentia circa li alimenti de li infirmi”, alla “rovisione circa el spirituale verso li infirmi”, al “de qual forma si governano, de li redditi et spesa de hospitale grande et annexi”.

Appare evidente come nella visione dell'ospedale si stesse davvero cambiando prospettiva. Era sempre presente la valenza caritativa, ma gli aspetti organizzativi e gestionali stavano diventando prioritari. Bisognerà, però, aspettare ancora qualche secolo perché il tutto maturi nel clima dell'Illuminismo, sotto la spinta del nuovo sapere scientifico, dei progressi della medicina e delle rivoluzionarie istanze sociali fortemente aggressive verso le istituzioni dell'*ancien regime*, ospedale compreso. E perché questo cambiamento si configuri come una vera e propria svolta storica, ci vorrà il crisma dell'Accademia delle Scienze di Parigi, a garanzia della nuova idea di ospedale, di attendibilità scientifica e capacità di penetrazione e di diffusione.

Varcando la soglia della contemporaneità: la stagione dei lumi, la nascita della clinica e il caso Hôtel-Dieu

Quando i lumi della ragione brillarono, prese avvio un mondo nuovo, in cui si percorsero sentieri sino allora inesplorati e con una libertà di pensiero mai avuta prima. Si dichiarava, infatti, apertamente di volere indagare i fenomeni naturali rompendo dogmi e prassi consolidate. Fu sistematizzato il principio delle misurazioni e verifiche sperimentali, si adottò un nuovo linguaggio e vennero identificati obiettivi di ricerca inediti, con un approccio totalmente diverso rispetto alle discipline tradizionali della filosofia, della teologia e del diritto. L'uomo che si affacciava su quella scena era secondo la definizione data dall'Enciclopedia di Diderot e d'Alembert “un essere pensante, sensibile, capace di riflettere, che si muove liberamente sulla faccia della

² Gian Giacomo Gilino, *Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano*, Ristampa dell'edizione in volgare del 4 novembre del 1508 con introduzione di Salvatore Spinelli, Tipografia Antonio Cordani S.A., MCMXXXVII-XV, pagg. 21-22.

terra, che sembra essere a capo di tutti gli animali sui quali domina, che vive in compagnia, che ha inventato scienze ed arti, che possiede una bontà ed una cattiveria che gli sono proprie, che si è dato dei padroni, che si è dato delle leggi...”. Questo uomo, nobile illuminato o borghese arricchito, funzionario o commerciante, scienziato o uomo del clero, partecipava ad una rete sociale in cui si esaltavano le *élite* culturali e, all'interno di queste, lo scienziato assumeva progressivamente una dignità formale che prima gli era sconosciuta.

Fu una vera e propria rivoluzione del sapere che coinvolse anche quello medico, sia in termini di formulazioni teoriche sia di applicazioni pratiche. Il fenomeno “malattia” iniziò a essere guardato secondo una prospettiva in linea con l'empirismo anglo-scozzese, il “sensismo”, portata avanti da un gruppo di medici-filosofi fortemente orientati verso un sapere analitico sempre più dettagliato e approfondito con un chiaro obiettivo: cogliere i segni, descriverli e classificarli. Fu la stagione, per dirla con Foucault, della “naissance de la clinique”, di quell'approccio al letto (*klinè*) del malato fatto di *observation* e *analyse*. Se Morgagni con il *De sedibus* si era impegnato a cercare al tavolo settorio le sedi della malattia per rispondere alla irrinunciabile domanda “Ubi est morbus?”, Corvisart, Laennec, Bichat, Auengrubber vollero andare oltre. Era nel paziente vivente, non sul cadavere, che andavano ricercati i segni del *morbus*. Oltre all'ispezione, auscultazione e percussione arricchivano il ventaglio della semeiotica medica consentendo ipotesi da sottoporre a verifica in sede autoptica. Ma per questa nuova medicina, assolutamente originale, diventava indispensabile disporre di uno spazio specifico finalizzato allo scopo, per la configurazione del quale fu fondamentale un evento fatale e decisivo.

Nella notte tra il 29 e il 30 dicembre del 1772 un ennesimo incendio divampò nell'Hôtel-Dieu di Parigi. L'evento in sé era di relativa importanza, se si considera la frequenza di tali avvenimenti nelle città del XVIII secolo, ma per una serie di ragioni, e ai fini del nostro racconto, assunse la forza di “fatto storico”.

Gli Hôtel-Dieu erano particolarmente diffusi nel nord del Paese. Quello di Parigi, di origini medioevali, disponeva di circa mille posti letto con una gestione garantita da fondi di provenienza privata, da finanziamenti del Comune e dello stesso Stato e da rendite lasciate. Un consiglio di illustri personalità, a cui partecipavano anche i benefattori, ne supervisionava l'andamento. La gestione però fu fallimentare e l'ospedale ebbe un drammatico declino nella struttura edilizia e nell'organizzazione assistenziale, così che, quando nel dicembre del 1772 le fiamme lo colpirono gravemente, la gente attese con impazienza che se ne decidesse il destino una volta per tutte: rifondarlo oppure cancellarlo per sempre.

Tale scelta non fu facile perché la questione ospedaliera era dibattutissima nella Francia prerivoluzionaria e gli animi molto caldi. In quel periodo Parigi con una popolazione di oltre 700.000 persone, disponeva di circa una cinquantina di istituzioni caritatevoli, quasi tutte in preda alla corruzione e in pieno dissesto finanziario. Presso tali strutture trovavano albergo circa 20.000 persone tra vagabondi, gente senza fissa dimora, borseggiatori, prostitute e, non da ultimi, malati: un vero caravanserraglio della disgrazia su cui le autorità pubbliche esercitavano un controllo strettissimo attraverso una *politique d'enfermement* e regole di ospitalità davvero inquietanti. In un atto datato 25 ottobre 1679, l'ufficio di direzione dell'ospedale di Bicetre specificava, a proposito dell'utilizzo dei letti, che “le persone di grande corporatura potranno disporsi sui pagliericci in numero di tre, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola dovranno disporsi al letto in numero di 6 o al minimo 5”.³

Tale prassi, comune a tutti gli altri ospedali, prevedeva anche la possibilità di un utilizzo orario del posto letto adottando il criterio della rotazione. In altre parole, per non fare torti a nessuno “in ogni letto si coricavano quattro persone, ed a riprese, dappoiiché metà di esse dovevano riposarsi dalle otto di sera sino all'una dopo mezzanotte, e l'altra metà da quest'ora sino alle otto di mattina”.⁴

Per i pazienti sifilitici in particolare le regole dell'*enfermement* erano ancora più dure e si prescriveva che dovessero “per ordine espresso dell'amministrazione, prima di entrare nel luogo di asilo ed all'uscirne, subire la frusta”.⁵

La situazione non era troppo diversa all'Hôtel-Dieu. Stava da tempo maturando l'idea di demolirlo, pertanto Luigi XV nel 1773 optò per questa scelta, tuttavia essa non fu subito attuata: non si trovava infatti soluzione sul dove ospitare quella massa di gente che, in precedenza, si era servita di quella struttura. La questione rimase a lungo sul tavolo sino a quando Luigi XVI decise di inquadrala in una prospettiva ben più

³ Delamare J, Delamare TD. *Le grand enfermement*. Parigi: Editions Maloine; 1990. p. 38.

⁴ Bouchardat A. *Nuovo formulario magistrale*. Palermo: Fratelli Pedone Lauriel; 1857. p. 45.

⁵ Ibidem.

ampia, non limitandosi a pensare al problema solo in termini sanitari e di ordine pubblico, ma considerando anche gli aspetti urbanistici e di ingegneria edilizia. Apparendo, pertanto, indispensabile il concorso di più competenze, fu naturale affidare all'Accademia delle Scienze il compito di approfondire e proporre le soluzioni più adeguate. Le Accademie, vale la pena ricordarlo, erano nate in opposizione alle Università e puntavano a realizzare un sapere autonomo, pratico, e di utilità sociale. Quella di Parigi, sorta nel 1666, fu costantemente appoggiata dal *patronage* dei Re e dei loro stretti collaboratori, che con lungimiranza seppero intravedere in essa e sostenere il ruolo di “*premier tribunal de l'Europe pour les sciences*”. Si trattava di un gruppo di circa trecento *savant* dislocati lungo una piramide gerarchica puntualmente definita: al vertice gli *honoraire*, provenienti dal clero, dalla nobiltà e dal governo, erano soprattutto degli *amateur*; seguivano i *pensionnaire*, uomini di scienza salariati, gli *associé*, i *correspondant* stranieri e francesi, ed infine gli *élève*.

Tale gruppo aveva il compito di vagliare le novità emergenti nel mondo scientifico, promuovere lo sviluppo tecnologico, guidare la ricerca nazionale anche attraverso il meccanismo dei concorsi con cui si premiavano le migliori soluzioni a specifici problemi.

Il problema che si trovavano ad affrontare non era certo semplice perché assommava valenze architettoniche, ingegneristiche, economiche, gestionali, sociali. La questione ospedaliera era, infatti, davvero scottante da qualunque punto la si volesse affrontare, ma non poteva essere evitata. Il coinvolgimento formale dell'Accademia avvenne solo nel 1784 e toccò al Barone di Breteuil, divenuto Segretario di Stato, impegnarsi in prima persona per definire la questione dell'Hôtel-Dieu. In precedenza, più soluzioni erano state immaginate: dalla sua ricostruzione totale nel sito preesistente, alla sua totale soppressione con la ricostruzione di quattro nuovi ospedali: S. Anna, S. Maria, S. Luigi, l'Arsenale.

Tutte queste ipotesi ebbero però la fiera opposizione della Chiesa e della Direzione dell'Ospedale che criticarono duramente l'opera dei progettisti. Nel 1776 toccò all'architetto Lenoyr, su incarico del conte di Saint-Germain, segretario di stato generale per la guerra, sviluppare nuove idee ma invano. Si decise allora, con apposito decreto reale del 17 agosto 1777, di bandire un concorso di idee. Allo scopo di selezionare le migliori, Jacques Necker, controllore generale delle finanze del re, istituì una apposita commissione per esaminare le diverse possibilità di migliorare gli ospedali della capitale con particolare riguardo all'Hôtel-Dieu. Furono circa 200 i progetti passati sotto esame ma nessuno ebbe particolare fortuna, anche perché, per quanto riguardava l'Hôtel-Dieu, la Direzione dell'Ospedale fu assolutamente contraria a cambi di siti e divisioni. In questo modo, tra veti di vario genere, la discussione si bloccò sino al 1784, quando Breteuil, da poco “ministro della real casa” e particolarmente vicino al re, si rivolse nuovamente all'Accademia delle Scienze affinché mettesse in campo i suoi migliori esperti. Nel 1785 Lasson, medico del re e presidente della Società Reale di Medicina, il naturalista Daubenton, Bailly, astronomo e futuro sindaco di Parigi, il chimico Lavoisier, l'agronomo Tillet, e il chirurgo Jacques Tenon, si misero all'opera con il compito di riflettere a tutto campo sulla sanità parigina.

Il primo compito della commissione fu quello di analizzare l'idea di Bernard Poyet, responsabile degli edifici pubblici della città, che nel 1785 aveva pubblicato una memoria *Sulla necessità di trasferire e ricostruire l'Hôtel-Dieu*. L'idea di Poyet prevedeva la realizzazione sull'isola dei Cigni di un immenso edificio a raggiera dotato di oltre 5.000 letti, dalle forme esterne richiamantesi al Colosseo. Il progetto venne rifiutato per la insalubrità del sito proposto, per il costo, la lontananza dalla città e l'eccessiva grandezza dell'edificio ospedaliero. Dopo questo primo rapporto pubblicato nel 1786 la commissione ne elaborò altri due, nel 1787 e nel 1788. Le conclusioni del 1787 furono fatte proprie dal governo che prevede la costruzione di quattro nuovi ospedali. Nel 1788, infine, prese corpo l'idea dell'ospedale a padiglioni.⁶

Di quel dibattito, ricco e articolato, è rimasta ampia documentazione grazie ai verbali di Jacques Tenon, che coordinava i lavori della commissione, e che nel 1788 pubblicò le conclusioni titolandole *Memorie sugli ospedali di Parigi*. Esse costituiscono un indubbio punto fermo, per metodo e contenuti, nella visione e progettazione dell'ospedale. Fondamentale, per tutti i successivi passaggi, era la presa d'atto che “Mai l'arte della cura si era interessata della loro forma e distribuzione. Se mai da qualche parte uomini abili e attenti si erano preoccupati di questa specie di case, le regole della loro distribuzione non erano ancora state né definite, né codificate...”.⁷

⁶ In Sylvan Riquier, *Avant propos, Memoires sur les hopitaux de Paris*, Copia anastatica dell'edizione originale del 1788, Archives de l'AP- HP, Paris, Doin Editeurs, 1998, pag. 5.

⁷ *Lettera di Tenon alla Facoltà di medicina di Edimburgo. Correspondance de Tenon*. Bibliothèque Nationale, Department des Manuscrits, Nouvelles acquisitions, 22751 in Foucault M, op. cit., pag. 147.

Per Tenon l'ospedale andava considerato in rapporto all'uomo malato, pertanto: "la sua altezza stessa regola la lunghezza del letto; la larghezza e altezza delle sale va rapportata alla quantità d'aria necessaria a ciascun malato; le scale debbono essere funzionali al modo di camminare dell'uomo debole e dalla lunghezza delle barelle; l'apertura e la posizione delle crociere va relazionata alla posizione del letto e alla sensibilità del malato in certe malattie".⁸

Allo stesso tempo Tenon, in una visione moderna e pragmatica, si dichiarava convinto "che gli ospedali sono degli strumenti o se si preferisce delle macchine per trattare i malati in gran numero ed in economia".

E per inquadrare il problema Tenon ritenne indispensabile avere un quadro di insieme. Da qui due momenti preliminari: l'analisi, con lo strumento dell'inchiesta, ed il confronto con le esperienze straniere attraverso visite e corrispondenze.

Di particolare interesse furono i rapporti che Tenon intrattenne con l'architetto Dance di Londra, con Adair, ispettore Generale degli ospedali militari inglesi, con i membri della facoltà di Medicina di Edimburgo, con l'Accademia delle Scienze di Pietroburgo. Da questa fitta corrispondenza si coglie lo spirito illuminista di un medico che con razionalità e metodo voleva condividere con altri colleghi ed esperti i temi della progettazione e della organizzazione ospedaliera. All'interno di questa documentazione figura anche una lettera rivolta ai membri dell'Accademia di Architettura datata 27 agosto 1788. Tuttavia, l'Accademia di Architettura rimase stranamente in silenzio nei confronti dell'affare Hôtel-Dieu. È stato osservato che la cosa avvenne per prudenza "senza dubbio più teorica che politica di fronte a questa nuova fisica della composizione"¹⁰ che lasciava spiazzati i tradizionali progettisti. Ma veniamo all'inchiesta.

Essa si avvale di un questionario inviato ai vari ospedali per consentire di rilevare una serie di dati strutturali e statistici: superficie generale, distribuzione degli ambienti, numero dei letti, superficie e cubatura delle stanze, funzioni delle stesse, casistiche delle patologie ricoverate, indici di mortalità, costo delle cure erogate, numero degli addetti, tipo di organizzazione in atto, sistemi antiincendio, modalità di selezione del personale. Inoltre, per avere una idea reale della speditività parigina occorreva programmare una serie di ispezioni sul campo, tuttavia gli amministratori dell'Hôtel-Dieu non solo furono tra quelli più riluttanti a fornire dati, ma rifiutarono l'accesso al gruppo di esperti. Bailly così puntualizzava:

"Abbiamo incontrato gli amministratori, abbiamo chiesto il permesso di visitare l'Hôtel-Dieu in tutti i suoi servizi, con qualcuno che ci facesse da guida e potesse darci le informazioni necessarie. Abbiamo chiesto le planimetrie, le misure delle superfici e delle cubature, il numero dei posti letto disponibili, il numero dei ricoverati e dei morti, mese per mese, negli ultimi dieci anni. Noi avevamo bisogno di tutti questi elementi; noi li abbiamo richiesti ma abbiamo ottenuto un bel niente".¹¹

Toccò, allora, a Tenon, proseguiva Bailly, aggirare l'ostacolo, richiamando alla memoria le sue personali esperienze come allievo chirurgo presso lo stesso Hôtel-Dieu. Il resoconto era impressionante: poca o nulla ventilazione, area mefitica, sale sovraffollate all'inverosimile, tre quattro pazienti in media per letto, in una totale drammatica confusione di patologie. Le conclusioni della Commissione a questo punto erano scontate ma esse andarono al di là della semplice proposta per la ricostruzione dell'Hôtel-Dieu. L'iter con cui si arrivò alle decisioni conclusive rappresentò, infatti, un precedente metodologico di studio da cui non si sarebbe potuto più prescindere. Il dibattito sull'ospedale affrontò a 360 gradi le questioni programmatiche e urbanistiche, progettuali e costruttive, sociali e sanitarie. Ed all'interno di quest'ultime massima fu l'attenzione data al bacino di utenza, all'accessibilità della struttura, alle esigenze epidemiologiche, alla definizione della domanda, ai costi di costruzione e di gestione, alle scelte organizzative interne.

Certamente c'erano anche interessi da difendere e le varie parti in causa sostennero le proprie tesi. Allo stesso interno della Commissione non vi fu sempre unanimità di vedute ma i rapporti finali, che spesso risentivano della personale sensibilità dell'estensore, esprimevano un punto di vista del gruppo unanime. Particolarmente vivace fu ad esempio l'analisi su quale fosse la strategia migliore nella politica assistenziale. In merito furono messe a confronto tre possibili sistemi:¹² "Il primo è di curarli al loro domicilio, il secondo è di ospitarli negli

⁸ Lettera, senza data, di Tenon a M. G. Dance, architetto a Londra, ivi, citato in Foucault, op.cit., pag. 146.

⁹ vedi nota 8.

¹⁰ Citato in Foucault M e altri. *Les machines a guerir*. Bruxelles: P. Mardaga Editeur. 1979. p. 148.

¹¹ Bailly M. *Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences*. Parigi. 1785. In: Foucault M, op. cit., p. 68.

¹² *Premier rapport des Commissaires chargé par l'Académie du projet d'un nouveau Hôtel-Dieu*. Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences. Parigi: 1785. In: Foucault M, op. cit., p. 94 e seg.

ospizi, il terzo è di ricoverarli in uno o più di uno, grandi ospedali”. La prima ipotesi venne però scartata dalla Commissione per la difficile applicazione in quanto “richiederebbe una suddivisione dei fondi dell’Hôtel-Dieu tra le diverse parrocchie parigine. Noi ignoriamo se questa suddivisione sia praticabile; noi pensiamo che possa avere degli inconvenienti. Questi malati sarebbero trattati secondo i loro bisogni una volta che la distribuzione dei rimedi e degli alimenti sarebbe esposta ad abusi? Come si potrebbe essere sicuri che l’assistenza pagata verrebbe realmente erogata e che il vitto non sarebbe dirottato?”. La seconda ipotesi prevedeva di utilizzare la catena della solidarietà, sempre legata alle parrocchie, che si realizzava negli ospizi cittadini. C’era, però, anche il problema delle ragazze madri a cui andava garantito l’anonimato. E a tale proposito i commissari si chiesero:

“Una sventurata ragazza vergognosa della sua debolezza andrebbe all’ospizio della sua parrocchia? Bisogna soprattutto in quest’ultimo caso favorire il desiderio di nascondersi, che è un residuo di moralità; bisogna tendere una mano pietosa alla debolezza per impedire altri crimini. Questa considerazione riguarda sia la politica sia la morale. Tutte le nascite dell’Hôtel-Dieu non sono certamente illegittime ma si tratta, in un anno, di circa 1402 bambini legittimi e di 1433 madri che si debbono nascondere o tutelare. Bisogna quindi disporre di un ospedale per le donne in gravidanza dove le ragazze madri possono essere non identificabili.” Le sfumature sociali dell’assistenza erano, pertanto, ben chiare alla Commissione. Parigi in quello scorcio di secolo, era assaltata dalle folle provenienti dalle campagne, da viaggiatori e stranieri di ogni genere, da poveri che cercavano ospitalità e, ovviamente anche da malati bisognosi di cure: servivano quindi ospizi idonei allo scopo. Allo stesso tempo, Parigi, si sosteneva nel rapporto, aveva bisogno di un ospedale con caratteristiche anche squisitamente mediche e chirurgiche, dove fosse possibile svolgere le operazioni difficili, separare ed isolare le malattie contagiose da quelle comuni e gli uomini dalle donne. Si materializzava, così, la terza ipotesi, uno o più ospedali, su cui si orientò la Commissione. Il marchese di Condorcet, in particolare, volle mettere a fuoco gli aspetti gestionali ponendosi la domanda preliminare su “quale capacità conviene che abbia un ospedale perché guarisca il maggior numero di persone con la minore spesa possibile?”. Tra un ospedale che abbia tutte camere singole, buone per i ricchi ed un ospedale tipo Hôtel-Dieu, dove ammassare tutti i malati di Parigi, dovrà pur esserci “una soluzione di mezzo che offra i migliori vantaggi possibili” si chiese ancora Condorcet, che poi precisava che “questa via di mezzo non gli sembra difficile a determinare. In effetti gli esperti dell’arte medica che conoscono l’ospedale sanno bene che numero di malati una persona può seguire per notte, senza affaticarsi più di tanto, e senza che i malati siano privati dell’assistenza necessaria. Sarà questo numero di malati che ci dirà quanti pazienti conviene riunire in una camerata e quale è il numero minimo di ospiti che una casa deve avere”.

Sempre in ottica gestionale Condorcet si dichiarò convinto che “quaranta ospizi costerebbero nel loro complesso non più di un unico monumento, sarebbero completati molto prima e la realizzazione sarebbe molto più semplice”.¹³

Per quanto atteneva, invece, gli aspetti dell’organizzazione interna della vita ospedaliera, interessanti furono le riflessioni di Coqueau. Nel suo *Essai sur l’établissement des hopitaux, dans les grandes villes*, pubblicato nel 1787, affrontò con grande lucidità le questioni politiche e tecniche del governo dell’ospedale introducendo la distinzione tra la funzione di vigilanza e quella di governo tecnico. Senza andare tanto per il sottile sostenne che “se la vigilanza e l’esecuzione sono nelle stesse mani tutto è perduto. La vigilanza e l’esecuzione si ispirano a principi tra loro incompatibili, inconciliabili. La prima è fatta per comandare, la seconda per obbedire. La prima è generale ed agisce sull’insieme; la seconda è locale e si occupa dei dettagli. La vigilanza è inseparabile dalla fiducia e presuppone la presenza di valori morali; il governo tecnico esecutivo è rigoroso e deve essere indipendente da ogni personale convincimento e valore. Questi ultimi possono essere presenti ma non possono essere considerati come suoi presupposti o come inerenti alla funzione esecutiva”.

In questo contesto, proseguiva Coqueau, andavano definite le regole gerarchiche interne ed i differenti livelli di responsabilità, in analogia al modello militare. Ecco allora che “l’amministrazione interna di un ospedale si articola naturalmente in più dipartimenti principali. Questi a loro volta si suddividono in dipartimenti secondari; questi ultimi in altri ancora più piccoli e così di seguito sino alle unità semplici. Questa suddivisione offerta dalla stessa natura delle cose si presta per sé stessa all’idea di una gerarchia propria da realizzare tutta insieme, con la ripartizione più precisa dei compiti e con graduati livelli di subordinazione”.¹⁴

¹³ M. le marquis de Condorcet, 1786, *Papiers Tenon*, Bibliothèque Nationale, nouvelles acquisition 22136, in Foucault M, op.cit., p. 98-102.

¹⁴ Coqueau CP. *Essai sur l’établissement des hopitaux, dans les grandes villes*. 1787. In: Foucault M, op.cit., p. 110.

Come si vede il dibattito fu quanto mai ampio, aperto alle critiche ed anche aspro, come testimonia la polemica tra Tenon e Poyet, che si protrasse oltre le conclusioni formali dei lavori della Commissione che avvennero con la comunicazione del terzo rapporto all'Accademia il 12 marzo 1788.

Il *Journal de Paris* del 2 ottobre del 1807 pubblicò, infatti, le osservazioni di Tenon sull'“ospedale che si pensa di costruire nell'isola dei Cigni” e quello del 26 ottobre successivo registrò la controffensiva di Poyet.

Se, infatti, Tenon contestava l'idea di un unico ospedale per la città di Parigi e per di più dalla “suntuosa architettura” ed esprimeva la sua personale idea di “venti o almeno dodici (ospedali) molto semplici e non lussuosi come la vera carità di cui ne sarebbero il tempio” da dislocare “all'estremità di ciascun quartiere in zone aeree e provviste di acqua potabile” e soprattutto “nella loro costruzione, al posto della magnificenza esteriore” andava ricercata “la centralizzazione di tutti i mezzi destinati alla cura”, Poyet così replicava: “non ho mai proposto un unico ospedale per Parigi” e che “un edificio circolare a gallerie costituito da semplici arcate, senza colonne, senza sculture ha una sua bellezza che deriva dalle sue proporzioni, dal suo insieme, dall'armonia delle sua composizione e non dalla rumorosità di un inutile lusso”.

Poyet, nell'invitare Tenon a non uscire dal campo delle competenze di medico, ribadiva l'economicità della sua scelta rispetto “agli ospedali proposti dal dottore, situati alle estremità dei quartieri di Parigi” che “presentano dei costi di costruzione ed anche di gestione che ridurrebbero probabilmente a zero i benefici che vede nel suo progetto rispetto al mio”. In merito al progetto di Poyet, la Commissione, come si legge sempre nelle citate *Memoires dell'Accademia*, considerò positivamente la disposizione delle degenze che potevano usufruire di una piena ventilazione, nonché l'idea del “condotto sotterraneo che il signor Poyet fa passare sotto l'edificio del suo ospedale e che, grazie alla corrente a favore del fiume, consente di portar via facilmente gli scarichi dei pozzi neri e le immondizie dell'ospedale”. La Commissione non concordava, invece, sulla enorme cubatura delle camerate che “andrebbero bene per ospitare i malati affetti da patologie infiammatorie, o dal piccolo vaiolo, o per i pazzi, per i quali c'è appunto bisogno di un grande volume d'aria. Ma queste sale sarebbero riscaldate con difficoltà e la loro altezza sarebbe inoltre nociva per tutte quelle altre malattie la cui cura richiede un'aria temperata”.

Del tutto negativo fu poi il giudizio sulla previsione delle camere a pagamento. Una previsione che seppure in linea con altre esperienze, l'*Hôtel-Dieu* di Lione, per esempio, non era affatto condivisa dalla commissione che così si esprime: “ci sarebbe probabilmente un aumento delle entrate ma la cosa potrebbe comportare una serie d'abusi. Un ospedale è un asilo per i poveri; non bisogna che il denaro si intrometta, altrimenti c'è il rischio che tutto venga corrotto. Le cure offerte ai paganti avverrebbero a scapito di chi non può pagare”. La commissione però apprezzò il lavoro dell'architetto, ne encomiò lo sforzo ideativo anche se propose un suo modello che riteneva contemperasse le diverse esigenze.

“Noi crediamo” osservarono i commissari, “che l'Accademia debba proporre al Governo di suddividere il nuovo ospedale, che deve servire a 4.800 malati, in quattro ospedali di 1.200 letti ciascuno, e che potranno essere dislocati alle quattro estremità della città di Parigi. Noi riteniamo che gli edifici di questi ospedali saranno composti da un piano terra e di due piani elevati, con cantine e granai...Noi pensiamo che la disposizione più salubre per questi ospedali sia quella in cui ciascuna degenza, se la cosa fosse possibile, si costituirebbe come un ospedale a sé stante ed isolato; ma ciò che non è possibile per ciascuna sala può essere realizzabile per i singoli edifici. In luogo, allora, di chiudere un cortile con tre o quattro corpi di fabbrica, questi ultimi possono essere invece sviluppati mantenendoli tra loro isolati e distanziati.” L'ospedale a padiglioni veniva così consacrato dalla Accademia delle Scienze che aveva avuto anche la correttezza di dire che “questa forma di ospedale appartiene al signor Leroy di questa stessa Accademia, che l'aveva esposta in un suo manoscritto letto nel 1777, ma non ancora dato alle stampe”.¹⁵

Ne derivò così un progetto ideale, in cui ogni scelta che riguardava cubature, superfici, percorsi, servizi, venne analiticamente giustificata alla luce delle esigenze igieniche e funzionali. In sintesi:

- limitazione dei posti letto per ogni complesso ospedaliero ad un massimo di 1.200-1.500;
- scelta edilizia del sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani;
- reparti distinti per uomini e donne garantendo ad ogni malato il proprio letto;
- disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza;
- presenza in ogni infermeria di autonomi servizi (latrine, lavatoi, cucinette, locali per le suore e le infermerie);

¹⁵ *Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences*. Parigi; 1785. In: Foucault M, op.cit., p. 129-134.

- finestre delle infermerie estese fino al soffitto;
- scale aperte e ventilate dall'esterno.

Ad onor del vero va ricordato che la proposta dei padiglioni avanzata dalla Commissione dell'Accademia delle Scienze non era originale, infatti già nel 1754, a Londra, era stato costruito secondo quei criteri l'Ospedale di Stonehouse. L'ispiratore di questa novità era stato l'inglese John Howard che per primo aveva ipotizzato un ospedale costituito da edifici tra loro separati; le esperienze inglesi rimasero però episodi isolati, mentre ben più ampia risonanza ebbero le conclusioni dell'Accademia di Parigi grazie al crisma di ufficialità scientifica che le caratterizzava.

Con decreto del consiglio di stato del Re del 22 giugno 1787 si stabilì allora la costruzione di quattro nuovi ospedali: San Luigi, Sant'Anna, la Roquette, Abbazia Royal di Sainte Perine, tuttavia, conclusi i lavori, la Commissione si vide privata di tutti i poteri. Poyet che aveva rinunciato al suo modello a raggiera ed aveva presentato un progetto a padiglioni fu incaricato di costruire gli ospedali di Sant'Anna e della Rochette che rimasero però allo stato di fondamenta; agli Architetti Raimond e Brogliart si affidò la semplice ristrutturazione dell'ospedale di Saint Louis e dell'Arsenale. Ma la Rivoluzione era alle porte e nel crepuscolo dell'Illuminismo, tra i bagliori della Bastiglia, tutto fu colorato di contraddizioni, esaltazioni, incertezze ed esasperazioni.

Dalla “Bastiglia” in avanti. Una stagione rivoluzionaria per la medicina e per l'ospedale

La rivoluzione oramai deflagrava e le decisioni da prendere non ammettevano mezze misure. Un clima “caldo” anche per la politica della salute.

La salute, sosteneva il legislatore dell'anno III repubblicano, rappresentava un bene primario dell'uomo ma anche un diritto/dovere del cittadino e, pertanto, la sua tutela non poteva essere lasciata al sapere medico di vecchio regime quale quello promosso dalle Facultés de medecine; sarebbero state le Ecoles de santé a formare i nuovi medici in una prospettiva che allargasse gli orizzonti della salute da medico-scientifici a politico-sociali.

In questo contesto l'ospedale appariva fuori ritmo; la sua architettura poteva anche essere solenne ma era un luogo di segregazione di uomini e malattie, “un frammento di spazio chiuso in sé stesso”, lontano dai cambiamenti in atto che volevano una società sana e libera. In questa società ideale non c'era spazio per l'ospedale; era l'assistenza domiciliare o la rete dei semplici ospizi che avrebbe tutelato la salute del popolo. Il tutto, in questo sogno giacobino, avrebbe inoltre determinato indubbi vantaggi economici per la società, per il paziente assistito dai suoi cari e così lontano dai pericoli dell'ospedale. Pur con tutti i limiti e gli estremismi di questa battaglia ideale, non si possono non cogliere i germi di un dibattito, sull'importanza della medicina cosiddetta del “territorio” che ancora oggi, almeno in Italia, appare *rêve inachevée*. Quest'approccio estremo si rivelò una irrazionale utopia: con grande realismo, infatti, anche i più esagitati pensatori riconobbero che valeva molto più la pena impegnarsi nel migliorare l'ospedale piuttosto che decretarne la fine.

Ed il “secolo lungo” che stava per iniziare, quello che per molti storici va dal 1789 al 1914, confermò, infatti, all'ospedale un ruolo che nessuno più gli avrebbe contestato. Il dibattito che aveva affrontato con le conoscenze del tempo le questioni di ingegneria ed igiene ospedaliera e che con logica ferrea e con incredibile determinazione aveva analizzato gli aspetti politico-sociali ed organizzativo-gestionali dell'antica istituzione caritatevole aveva fatto dell'ospedale una vera *machine à guerir*, pronta a recepire ed a favorire al contempo, le novità forti della “medicina sperimentale” di Claude Bernard e della rivoluzione batteriologica e tecnologica. Le scoperte di Pasteur e Koch rimandarono nelle terre del mito le teorie dei miasmi e delle influenze cosmico telluriche e le procedure antisettiche di Lister, unitamente allo sviluppo dell'anestesiologia, fecero fare alla chirurgia passi avanti incredibili; i primi laboratori di analisi e radiologia diventarono l'“occhio tecnologico” a supporto di quello “clinico” e, infine, come non ricordare il ruolo svolto dalle industrie chimiche che colsero il senso del cambiamento sviluppando loro specifici rami di ricerca orientati a quella che sarà in pochi anni la chimica farmaceutica. L'ospedale di fine Ottocento era ormai pronto ad essere una vera e propria “fabbrica della salute”, un formidabile catalizzatore di risorse finanziarie, tecniche, umane. In questo contesto davvero meritorio fu l'impegno degli igienisti, che della salute pubblica erano diventati promotori e custodi, intervenendo con competenza e lungimiranza sia sulle questioni attinenti all'ingegneria ospedaliera sia su quelle più squisitamente organizzative e gestionali.

Degno di nota, per tornare in Italia, fu l'impegno di Giuseppe Sormani, ordinario di Igiene a Pavia ed autore nel 1888 di una interessantissima *Geografia nosologica dell'Italia*, che così codificò i criteri progettuali per l'edificio ospedaliero:

- capienza non superiore a 400 letti;
- padiglioni isolati ad un piano con al massimo 40 letti;
- sviluppo esclusivamente orizzontale degli edifici;
- 100 m³ e 15 m² per posto letto;
- camerate ben aerate ed illuminate ed aperte su grandi giardini;
- separazione degli ospedali per malati infettivi.

I criteri fissati dal Sormani furono però stravolti dall'incapacità di governare il complesso sistema. Il più delle volte, infatti, le ristrutturazioni furono effettuate in maniera selvaggia, abbattendo muri, chiudendo chiostri e loggiati, edificando nuove costruzioni al di fuori di qualsiasi visione di insieme sia architettonica sia funzionale, nonché complicando il sistema dei percorsi e peggiorando le condizioni di areazione ed illuminazione. Tutto fu determinato dall'interesse dei singoli che avevano la forza politica per imporre il loro *particolare* e dagli stessi finanziamenti scarsi e a goccia.

D'altra parte, è pur vero che non era facile seguire e adeguarsi alle novità che gli ospedali dovevano affrontare. Il sapere medico, articolato in aree sempre più specialistiche, allacciava rapporti stretti con la nascente industria biomedica che stimolava e recepiva i risultati della ricerca scientifica. L'unitario laboratorio di analisi si sarebbe suddiviso in settori autonomi: chimico, batteriologico, anatomopatologico. I gabinetti "roentgeniani" o di "elettrologia" sarebbero ben presto diventati servizi di radiologia seguendo ed assecondando il nascere della professione specialistica di medico radiologo. La tecnologia diventava "pesante" e costosa e per tali ragioni era soprattutto all'interno dell'ospedale che poteva essere ospitata ed impiegata. Di conseguenza, gli ospedali dovettero rimodellarsi nei loro assetti spaziali, tecnici ed istituzionali e questo accadeva nello stesso momento in cui in tutta Europa se ne moltiplicava il numero, con i costi di realizzazione e gestione che resero l'ospedale del Novecento un vorace consumatore di risorse finanziarie. Come garantire, allora, il meglio delle cure a costi accettabili? Come soddisfare il paziente? Come porsi tra le ragioni dell'etica e quelle della economia? Tali sfide, che già a metà del Novecento erano appena accennate, nella seconda parte del secolo divennero pressanti.

Il futuro da perseguire evitando la nemesi del mercato

La caratteristica predominante che marcherà per l'ospedale la fine del secondo millennio sarà quella di dovere operare in un contesto di insufficienza di risorse rispetto ai bisogni. Scarse le prime, incontrollabili i secondi, nella logica, secondo alcuni critici, di un consumismo medico sfrenato. Ed in questa spirale apparentemente senza uscita, l'ospedale divora non meno del 50-60% dell'intera spesa sanitaria.

Non c'è Paese al mondo che non stia, da anni ormai, immaginando e sperimentando per l'assistenza ospedaliera ogni possibile soluzione, da quelle di alta strategia economico-finanziaria, come fusioni, acquisizioni, creazioni di reti integrate a quelle altrettanto strategiche del *Business Process Re-engineering*.

È una sorta di lotta per la sopravvivenza. "Gli ospedali americani", scriveva nel 1995 l'*American Best Hospital* "stanno affrontando una lotta darwiniana per sopravvivere. Si stanno fondendo, consolidando, formando alleanze, diversificando; stanno facendo qualunque cosa per evitare l'estinzione. Il fior fiore dei 1631 ospedali della nazione, rispettati in tutto il mondo per il grado di avanguardia, di assistenza altamente tecnologica che porta, reali, sciechi e star del cinema alle loro porte, devono far fronte alla sventura di letti vuoti, di cali di produzione e deficit di bilancio".¹⁶

Verrebbe da chiedersi se non ci si trovi di fronte a quei segnali di degenerazione della medicina, in senso invasivo e pervasivo, che Illich, con acido e consapevole pessimismo, aveva definito la "nemesi medica".¹⁷ Una medicina che, nella prospettiva dei limiti e della sostenibilità di Daniel Callahan, andrebbe ripensata in quanto "noi siamo giunti a far dipendere la nostra speranza dall'illusione che la medicina, grazie alla ricerca e all'ampliamento dei poteri clinici, possa giungere a dominarne la morte e l'infermità, e sia in grado di farlo con un accettabile rapporto costi-benefici".¹⁸

¹⁶ *American's Best Hospitals-1995*, New York 1996, pag. XI.

¹⁷ Illich I. *Nemesi medica*. Milano: Mondadori; 1977.

¹⁸ Callahan D. *La Medicina impossibile*. Milano: Baldini & Castoldi; 1998 p. 19.

E un'altra illusione potrebbe essere quella di puntare tout court alla logica del mercato per ridare efficienza al sistema sottovalutando i rischi delle esasperazioni applicative. Certamente non era l'obiettivo di Tony Blair quando, nel maggio del 2001, in una intervista al *The Times* a proposito dell'apertura al mercato che il Servizio Sanitario Inglese doveva compiere, spiegò che “nothing is off limits”. Per l'allora Primo Ministro inglese, l'intenzione era quella di superare nella gestione alcuni principi statalistici eccessivamente rigidi, ma qualcosa può sempre scappar di mano. Se l'assistenza sanitaria viene ridotta ad una semplice compravendita di beni e servizi la strada che si imbrocca può diventare davvero pericolosa ed inquietante. Le regole di Wall Street non sono infatti quelle di S. Francesco. In tal senso, Arnold S. Relman in un articolo di oltre trent'anni fa, evidenziava i rischi insiti nel nuovo sviluppo che stava caratterizzando la sanità americana: la creazione di un “nuovo complesso medico-industriale” e il sorgere di un potere non controllato e governato da logiche proprie dove gli interessi degli azionisti erano posti al di sopra di quelli della gente.¹⁹

Venti di tempesta? Certamente, ma la navigazione continua e lo sguardo non può che essere proiettato al futuro, con lungimiranza e nel rispetto dei valori fondanti della medicina utilizzando al meglio le risorse disponibili. Ecco allora il continuo riproporsi di convegni, conferenze, commissioni di studio, seminari sul futuro dell'ospedale, che dovrà essere architettonicamente flessibile ed “intelligente” negli impianti: uno *smart building* interamente cablato e pronto a riconfigurarsi ogniqualvolta le esigenze della cura o gestionali lo richiedano. Un modello ideale, insomma, di cui nella realtà italiana si era occupata, nel 2000, un'apposita commissione voluta dall'allora ministro della salute, Umberto Veronesi. A presiederla fu chiamato l'architetto Renzo Piano che, avvalendosi di un valido gruppo di esperti, propose un prototipo di ospedale modello elaborando un apposito decalogo. Puntando molto al comfort ambientale, le proposte andavano dalle camere di degenza tutte a un letto, all'introduzione di elementi architettonici definiti “spuri” rispetto ai canoni dell'edilizia ospedaliera tradizionale. Ecco, quindi, in sintonia e in continuità con il tessuto urbano, l'idea della via principale di una città con bar, negozi, sportelli bancari, uffici postali, spazi di socializzazione. Idea che negli anni Sessanta Le Corbusier aveva proposto per l'ospedale di Venezia, peraltro non realizzato, immaginando un edificio su *pilotis*, a sviluppo orizzontale, con “calle” e “campielli”. L'obiettivo era quello di far percepire al paziente un'atmosfera più familiare e, quindi, meno angosciante rispetto alla tradizionale idea architettonica di ospedale. Ma sia nel caso di Le Corbusier sia di Piano, le proposte suscitarono, come era inevitabile, un ampio dibattito tra gli addetti ai lavori che, comunque, concordavano sull'esigenza di “umanizzare” la *machine à guérir*, avendo, però in mente il contenitore che andava pensato quasi in ottica alberghiera. E a questo proposito vale la pena ricordare quanto, negli anni Sessanta, puntualizzavano Arousseau e Cheverry “l'umanizzazione degli ospedali è all'ordine del giorno. La stampa ne parla spesso. Si potrebbe quasi dire che è un tema alla moda, se questa espressione profana non fosse scioccante in un argomento come il nostro. [...] Noi non giustificheremo mai troppo la necessità di un comfort materiale, ma bisogna guardarsi dallo spingersi troppo in avanti in questa strada. Certi lo fanno lasciandosi andare ad una sorta di demagogia ospedaliera [...] dimenticando che l'ospedale non è un albergo”.²⁰

Gli autori francesi, in effetti, avevano visto lungo almeno di fronte a certe possibili derive. Ad esempio, prendendo spunto da un pezzo del Wall Street Journal, il Corriere della Sera del 15 settembre 1995, in uno spazio di costume dedicato al “meglio”, accanto alle griffe della moda e ai grandi vini della Borgogna, si presentava una classifica degli ospedali americani stilata proprio sul versante del comfort. Al posto delle tradizionali stelle Michelin erano gli stetoscopi a sintetizzare i valori: cinque stetoscopi erano il massimo. E l'unico ospedale che all'epoca poteva fregiarsi di questa performance era il Memorial Sloan-Kettering, che vedeva così premiato il lusso delle sue 14 *special suite*, caratterizzate da candelabri di alabastro alle pareti, argenteria Reed e Burton, copriletti Ralf Lauren, riproduzioni ma anche autentici mobili antichi italiani e inglesi; e poi un'organizzazione alberghiera di massimo livello che prevedeva tra i servizi offerti vi fosse anche la possibilità di ordinare i pasti dai migliori ristoranti di New York. Il fatto è che in un sistema così esasperatamente competitivo come quello nordamericano la gestione della sanità è un business come tutti gli altri e, pertanto, gli ospedali cercano in tutti i modi di attirare pazienti offrendo di tutto e di più.

Ma al di là di questo aspetto di colore, che attiene a casi isolati e in contesti specifici, è indubbio che oltre Atlantico si sia sviluppata una cultura della qualità e del controllo della stessa che vede negli accreditamenti

¹⁹ Relman AS. *The new medical-industrial complex*. N Engl J Med. 1980 Oct 23;303(17):963-70.

²⁰ Arousseau P, Cheverry R. *L'hôpital de demain*. Paris: Masson; 1969. p. 141.

della Joint Commission International un valido sistema di valutazione delle diverse procedure che animano la vita ospedaliera.

In una visione più ampia di sanità pubblica e più caratteristica del mondo europeo, la vera sfida che l'ospedale dovrà affrontare è quella della continuità delle cure, quindi dell'integrazione tra ospedale e territorio. Tale sfida è collegata alla stessa concezione della rete ospedaliera che potrebbe essere tanto costituita da numerosi piccoli ospedali a grande diffusione sul territorio quanto focalizzata su poche importanti strutture in cui centralizzare il meglio delle competenze e della tecnologia più costosa; se la prima opzione appare quella che consente una maggiore accessibilità all'utente, è pur vero che risulta dispersiva e certamente impedisce la migliore razionalizzazione delle risorse e spesso anche la stessa qualità e ricchezza specialistica dell'assistenza. La tendenza che in effetti oggi sembra la più condivisa è proprio quella che vuole una rete fatta di poche ma superspecializzate strutture intorno a cui si articola l'insieme dei presidi ospedalieri di minore complessità e di quelli territoriali. Si tratta di una tendenza che Richard Smith, autorevole editor del British Medical Journal, assumeva come scelta oramai obbligata: in un suo editoriale pubblicato nel settembre del 1999 sosteneva, infatti, che tutto ciò che di più oggi la medicina offre, in termini di specializzazione professionale, di competenze e di tecnologia avanzata, non può che essere concentrato in poche strutture.

Ed è anche, a nostro avviso, la strada da seguire sviluppando in parallelo una rete di assistenza domiciliare e di presidi territoriali davvero integrata con l'ospedale. Nella realtà italiana questo obiettivo rappresentò uno dei capisaldi dell'istituendo Servizio Sanitario Nazionale nell'ormai lontano 1978. Si tratta, tuttavia, di un obiettivo non raggiunto. I continui richiami, drammatici nella recente epoca CoViD, confermano di essere in presenza di una "incompiuta". E a rimetterci è la qualità delle cure. A tale proposito, e per quanto riguarda in particolare l'ospedale, non possiamo esimerci da richiamare un aspetto che riteniamo fondamentale: il tempo da dedicare al malato.

Esso consente di realizzare un rapporto empatico, assolutamente vitale per curanti e pazienti, e che i ritmi da azienda di produzione dell'attuale *machine à guérir* penalizzano pesantemente. Con parole disarmanti, Anatole Broyard così si esprimeva sulle colonne del New York Times: "non vorrei chiedere troppo tempo al mio medico. Vorrei soltanto che riflettesse per cinque minuti sulla mia situazione, che mi offrisse per una volta tutto il suo ascolto, che si mettesse in contatto con me per un breve tempo, che penetrasse la mia anima..."²¹ È questo desiderio e capacità di "penetrare l'anima", di cogliere anche l'inespresso, che costituisce l'ingrediente segreto che può mantenere, inalterata nel tempo, la bellezza del lavorare in sanità.

La medicina, sfrondata da ogni orpello, non è altro che l'incontro tra due persone, tra chi chiede aiuto e chi, per competenza e attitudine, è pronto a darlo. Per dirla con il motto del cardinal Newmann è un cuore che parla ad un altro cuore (*Cor ad cor loquitur*). Un messaggio ineludibile per tutti gli attori e comparse presenti sulla scena dell'ospedale, dimora, ieri come oggi, dell'uomo fragile.

Bibliografia

- Gilino GG., *Relazione ai deputati dell'Ospedale Grande di Milano*, Ristampa dell'edizione in volgare del 4 novembre del 1508 con introduzione di Salvatore Spinelli, Tipografia Antonio Cordani S.A., MCMXXXVII.
- Tenon J, *Memoires sur les hopitaux de Paris*, Copia anastatica dell'edizione originale del 1788, Archives de l'APHP, Paris, Doin Editeurs, 1998.
- Foucault M e altri. *Les machines a guerir*. Bruxelles: P. Mardaga Editeur; 1979.
- M. le marquis de Condorcet, 1786, *Papiers Tenon*, Bibliothèque nationale, nouvelle acquisition 22136.
- Premier rapport des Commissaires chargé par l'Académie du project d'un nouveau Hôtel-Dieu*. Histoire et Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, Parigi 1785.

²¹ NYT, 26 agosto 1990.

Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.