

ELIO GUZZANTI

Ministro della Sanità dal 1995 al 1996.

Direttore Sanitario presso gli ospedali di Santo Spirito, San Camillo e Policlinico Umberto I di Roma dal 1970 al 1975, Direttore Scientifico dell'Irccs Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (1987-1994), componente del Consiglio Superiore di Sanità dal 1976 al 1993.

È autore di oltre quattrocento pubblicazioni e sei monografie riguardanti l'organizzazione sanitaria e la sanità pubblica

Gli ospedali e i medici ospedalieri

Dalle Istituzioni Pubbliche
di Beneficenza del 1890
alle Aziende
del Ssn del 2010

ELIO GUZZANTI

LE OPERE PIE

Con la legge 17 luglio 1890, n. 6972 sulle “Istituzioni pubbliche di beneficenza”, il Presidente del Consiglio dei Ministri, Francesco Crispi, esponente della sinistra storica, faceva approvare le norme relative alle cosiddette “opere pie”, cioè un eterogeneo mondo assistenziale, prevalentemente a carattere religioso, costituitosi progressivamente nel corso dei secoli attraverso lasciti, donazioni ed altre modalità di cessione, costituito da circa 23.000 enti tra loro assai diversi per le finalità, le dimensioni ed i patrimoni, nonché per distribuzione sul territorio nazionale, una parte dei quali, circa 1.200, si configurava come ospedali, benché non sussistessero all’epoca i principi e criteri atti a definirne le caratteristiche.

La legge stabiliva che:

“Sono istituzioni pubbliche di beneficenza le opere pie ed ogni altro ente che abbia, in tutto o in parte, per fine:

- di prestare assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità, quanto di malattia;
- di procurare l’educazione, l’istruzione, l’avviamento a qualche professione, arte o mestiere”.

Scopo principale della legge era quello di porre sotto controllo l’attività degli amministratori circa la utilizzazione di un patrimonio valutato all’epoca in circa due

miliardi di lire, e di disciplinarne le attività affinché esse corrispondessero al pubblico interesse.

Crispi, infatti, con la legge 22 dicembre 1888, n. 5849, sulla tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica, aveva finalmente dato valore ed organizzazione a quest'ultima, chiamando a parteciparvi come ufficiali sanitari i medici condotti, istituiti con la medesima legge, ed aveva così affrontato ed avviato a soluzione sia i problemi dell'igiene e sanità pubblica, oggi costituenti il Livello essenziale di assistenza collettiva e sanità pubblica, sia la base dell'attuale Livello essenziale Distrettuale, cioè i medici condotti quali radici della Assistenza primaria, così come definita dal dlgs 229 del 1999.

Rimaneva il problema della assistenza ospedaliera, che era nelle mani delle opere pie, una parte delle quali vi si dedicava, ma senza una organizzazione ben definita.

Per tale motivo, la legge stabiliva che: “le istituzioni pubbliche di beneficenza, qualora abbiano rendite rilevanti destinate ad opera di beneficenza altrettanto rilevanti, richiedono l'opera di un personale stipendiato, di cui debbono stabilire la pianta organica e fissarne con speciale regolamento i diritti e le attribuzioni”.

IL CASO DEGLI OSPEDALI DI ROMA

È in questo contesto che si collocano gli ospedali romani dove, nella tradizione dello Stato Pontificio, gli infermi poveri erano curati gratuitamente, ammettendo il diritto al rimborso soltanto per gli abbienti e per le cure ex scelere, praticate, cioè, a seguito di eventi configurabili come reati.

Dal 1870 in poi veniva costituita la *Pia Opera della ospitalità romana*, nella quale ogni ospedale era autonomo, aveva un proprio patrimonio e la propria amministrazione ed una Commissione degli Ospedali di Roma, ripartiva al suo interno i compiti di vigilanza igienica e sanitaria e di deputati locali, per la direzione e amministrazione dell'ospedale al quale erano preposti.

Tale assetto non riuscì però a mantenere l'equilibrio di bilancio perché per cause fondiarie e bancarie venivano meno le rendite patrimoniali di taluni ospedali, e anche perché la popolazione residente a Roma era aumentata, da circa 213.000 unità del 1871 a quasi 400.000 verso la fine del 1800.

Quest'ultimo fenomeno era fonte di contenzioso tra la Pia Opera e i Comuni di Roma e di altre Province circa la competenza del pagamento dei ricoveri e di conseguenti disavanzi che lo Stato ripianava con i mutui, prestiti ed altre misure. Per comprendere la situazione dei medici ospedalieri in quell'epoca, tornano utili i dati tratti dal bilancio per il 1884 dell'Ospedale e la Pia Casa di Santo Spirito in Sassia che comprendeva le seguenti voci:

a) *famiglia sanitaria*, costituita da 1 medico ispettore, 6 medici fissi, 6 medici

primari in soprannumero (pagati in ragione del servizio prestato), 1 medico “elettricista”, 1 chirurgo primario, 1 farmacista;

b) *giovani assistenti*, di cui facevano parte 7 medici assistenti (pagati in relazione al servizio prestato sulla base di uno stipendio annuo di lire 960 cadauno), 7 medici sotto-assistenti (pagati in relazione al servizio prestato, sulla base di uno stipendio di lire 600 annue cadauno), 2 chirurghi sostituti (pagati in relazione al servizio prestato sulla base di uno stipendio annuo di lire 960 cadauno). Perdurando le difficoltà finanziarie e quelle causate dall’incremento demografico della Capitale, alle quali si aggiungevano i flussi stagionali dei lavoratori verso la campagna romana per le esigenze dell’agricoltura, a loro volta causa di ricoveri dovuti per lo più alla malaria, il R.D. 24 maggio 1896 stabiliva che:

“Gli Istituti Ospitalieri di Roma riuniti insieme con unica personalità giuridica, con patrimonio comune ed unica amministrazione, costituiscono un solo ente sotto il titolo di Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali riuniti di Roma”.

“In questi ospedali si accolgono e curano gli infermi poveri d’ambo i sessi, che abbiano compiuto il settimo anno di età, affetti da qualunque malattia medica o chirurgica curabile, escluse le forme morbose croniche dipendenti dalla involuzione senile, le malattie infettive contagiose quando regnassero in forma epidemica, le malattie contagiose, la epilessia e le psicopatie”.

“I ricoverati che passano dallo stato acuto al cronico continueranno ad essere ospitati e curati in luoghi destinati a tale scopo, finché il loro stato di salute non permetta il licenziamento o l’eventuale trasferimento ad ospizi di invalidi”.

“Spetta all’autorità preposta al governo degli ospedali di determinare per ciascuno di essi le malattie che vi devono essere curate”.

“Il ricovero è gratuito per i soli infermi poveri che abbiano il domicilio di soccorso in Roma. Per tutti gli altri ricoverati, italiani o stranieri, gli ospedali ripeteranno i rimborsi di spedalità da chi di ragione a termini di legge”.

“Ai poveri di qualunque provenienza, età e sesso che possono essere curati negli Ambulatori, si danno consultazioni medico-chirurgiche e si fanno medicature gratuitamente”.

“Gli infermi non poveri potranno essere accolti e curati a pagamento secondo le rette e le norme stabilite dall’amministrazione”.

Il 20 giugno 1899 veniva approvato il *Regolamento Igienico sanitario del Pio Istituto di S. Spirito*, che è stato definito “un’opera granitica alla quale si sono ispirate istituzioni e uomini di ogni Regione d’Italia”.

Infatti, diversamente dalle altre Istituzioni Pubbliche di Beneficenza, il Pio Istituto, reso di pubblico interesse dal suo Statuto che rendeva obbligatoria la presenza di medici nella Commissione che ne aveva il “governo” (termine poi dive-

nuto desueto per tornare alla ribalta verso la fine del 1900), cercò di fare coincidere la rigorosità amministrativa, che garantiva “l’assistenza legale” solo ai poveri, con una serie di norme igienico-sanitarie ed organizzative, che aprivano la strada al nuovo modello di ospedale nascente alla fine del 19° secolo a seguito delle conoscenze e pratiche acquisite nell’ultimo periodo in campo anestesilogico, microbiologico ed igienico.

Secondo il Regolamento, gli infermi, appena si presentano devono essere condotti nella “sala di accettazione” e visitati dal sanitario di guardia il quale dovrà attenersi alle seguenti norme:

- a) che sia limitata l’accettazione dei malati cronici a quelli che abbiano urgente bisogno di cura;
- b) che non si accolgano malati i quali possano ricevere cure adatte negli ambulatori;
- c) che, salvo casi d’urgenza, non si ricoverano infermi se non si sia presentata la fede di miserabilità;
- d) gli infermi paganti in proprio non saranno ammessi se non è da essi effettuato il deposito di un mese di retta e sempre che vi siano posti disponibili nelle camere riservate a malati a pagamento, che sono previste dal Regolamento;
- e) che quando il sanitario di guardia sia in dubbio sull’accettazione di un infermo, questi non possa essere respinto se non in seguito a parere del medico primario al quale sia delegata la sorveglianza dell’accettazione degli infermi.

Compiuta la formalità dell’accettazione, l’addetto alla sala di deposito compila la scheda individuale e cubicolare; gli infermi sono svestiti, e dei loro indumenti si forma il fardello. Viene apprestato il bagno e l’ammalato, messe le vesti dell’ospedale, sarà condotto al letto assegnatogli.

La scheda individuale della sala di deposito viene rimessa, giorno per giorno, all’archivio infermi che la custodisce e riscuote le rette di spedalità di quelli paganti. Nella scheda cubicolare di ciascun infermo, insieme alla specifica dei dati personali di esso, dovrà essere indicata la diagnosi della malattia, tutte le particolarità degne di nota e le osservazioni più salienti in ordine alla malattia e alla cura.

L’accettazione dei feriti avviene nella sala di pronto soccorso: trattandosi di casi gravi, vengono collocati nel reparto chirurgico; il chirurgo fa chiamare il primario dovendosi eseguire operazioni di rilievo, e poi i pazienti sono curati sino a completa guarigione.

Il sanitario che ha medicato i feriti stende la relazione di ufficio da spedirsi all’autorità giudiziaria e da tenersi a disposizione di quella di Pubblica Sicurezza.

Il servizio di guardia è fatto dagli aiuti medici e chirurghi, dagli assistenti medico-chirurghi e dal farmacista secondo un turno stabilito in ciascun ospedale.

Per l’assistenza in regime di ricovero il regolamento stabilisce il numero degli in-

fermi di ciascun reparto (proporzionale alla natura, al grado e al corso della malattia), del personale sanitario e di basso servizio (proporzionale al numero degli infermi e all'indole della malattia), il numero delle visite sanitarie giornaliere (una la mattina, l'altra la sera; nella prima viene stabilito il trattamento curativo e la dietetica); viene stabilito che l'assistenza debba essere continuativa sia di giorno che di notte.

Oltre a norme relative al Servizio Farmaceutico, al Trattamento dietetico, alla Sala per terapie speciali, alla Camera operatoria e medicheria e ai Laboratori, il Regolamento prevede due attività riguardanti la verifica e valutazione della organizzazione assistenziale.

La prima riguarda il Congresso dei Direttori, che si deve tenere in giorni fissi per trattare dei fatti più notevoli avvenuti nei singoli ospedali e discutere sui provvedimenti da adottarsi, ed anche a tal fine all'adunanza interviene l'Ingegnere architetto.

La seconda è costituita dai Congressi dei Primari, i quali si adunano per trattare questioni loro deferite dagli organi superiori. I Congressi sono "generalì" se costituiti dai medici Direttori e dai primari medici e chirurghi degli ospedali; sono "locali" se costituiti dal medico Direttore e dai primari di ciascun ospedale.

Complessivamente si può concludere affermando che lo Statuto e il Regolamento hanno conferito agli Ospedali romani una caratterizzazione ben precisa, in generale e per quanto riguarda il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei medici, secondo principi e norme che hanno segnato un'epoca, considerata la difformità e spesso l'assenza di regole, secondo le quale operavano in quel tempo le Istituzioni Pubbliche di Beneficenza nel nostro Paese.

D'altro lato la presenza di rappresentanti dei Ministeri e degli Enti locali e l'adozione di provvedimenti volti a tutelare il patrimonio consistente delle precedenti Opere Pie, in particolare l'Ospedale S. Spirito che ne possedeva circa la metà e ad impedirne il collasso attraverso una "legislazione speciale" per gli Ospedali di Roma, si giustificavano, da un lato dalla rapida crescita della popolazione di Roma, che alla fine della Prima Guerra mondiale contava 660.000 residenti, e dall'altro lato dal ruolo di Roma Capitale, che dopo l'Unità d'Italia rappresentava un simbolo e un punto di riferimento.

Proprio quell'epoca fu caratterizzata da una grave crisi economico-finanziaria delle Istituzioni Pubbliche di Beneficenza, aggravata dalla necessità di farsi carico di migliaia di bambini orfani di caduti nella Guerra, ma anche dalla assistenza da erogare ai mutilati, agli invalidi e a quanti avevano contratto gravi malattie a causa della guerra. In tale situazione il Governo Giolitti, con il R.D. del 30 dicembre 1923, modificò la denominazione in "Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza", così rimarcandone la pubblica funzione, e al tempo stesso cercò di

puntualizzare il concetto di “assistenza legale” dettando le disposizioni di seguito citate.

“Ogni Ospedale, secondo la propria competenza nosologica e nei limiti dei mezzi disponibili, ha l’obbligo di provvedere all’assistenza e alla cura dei poveri affetti da malattie acute, dei feriti e delle donne nell’imminenza del parto, salvo il diritto al rimborso delle spese di degenza verso il comune al quale la persona appartenga per domicilio di soccorso”.

“L’ammissione in ospedale, qualora non sia richiesta a pagamento, non può effettuarsi se dal richiedente non siano dimostrate la condizione di povertà e la necessità del ricovero, in dipendenza dell’impossibilità della cura o dell’assistenza ostetrica a domicilio, o negli ambulatori o dispensari. In caso di urgenza il ricovero deve essere provvisoriamente consentito, salvo all’amministrazione ospedaliera di accertare successivamente il concorso delle suindicate condizioni”.

Infine, furono adottate norme migliorative del ruolo e della responsabilità dei medici ospedalieri, stabilendo che:

“per la nomina dei primari specialisti, qualunque sia l’importanza dell’istituto, e per quella degli altri primari medici ospedalieri, quando si tratti di ospedali che abbiano almeno cinquecento posti letto, è obbligatorio il pubblico concorso. A parità di merito saranno preferiti, tra i vincitori del concorso, quei concorrenti che già prestano servizio presso l’ospedale come aiuti o assistenti e che abbiano conseguito tale nomina a seguito di pubblico concorso”.

Il Pio Istituto di S. Spirito, tutelato ma anche fortemente controllato dallo Stato, nel 1931, quando la popolazione di Roma contava un milione di residenti, disponeva di 3.900 p. letto e di 1.000 p. letto per infermi acuti dichiarati cronici e trasferiti nell’Ospedale grande di Viterbo e nell’Ospizio Andosilla di Civita Castellana.

Si trattava, quindi, di 3,9 posti letto per mille malati acuti e di 1 posto letto per mille malati lungodegenti gestiti dal Pio Istituto, ai quali si aggiungevano circa 900 posti letto gestiti da altre Istituzioni.

Per i posti letto per acuti, il personale del ruolo sanitario del Pio Istituto era costituito da:

- a) Ufficio tecnico sanitario (sovrintendente sanitario, ispettore sanitario);
- b) Direzioni sanitarie (5 medici direttori e 1 aiuto medico-chirurgo);
- c) Sanitari (21 primari medici; 8 primari chirurghi; 4 primari specialisti; 1 primario dirigente di gabinetto patologico; 4 primari dirigenti di gabinetto radiologico; 28 aiuti medici; 18 aiuti chirurghi; 4 aiuti specialisti; 4 aiuti patologi; 5 aiuti radiologi; 68 assistenti medico-chirurghi; 3 assistenti di specialità; 8 assistenti di patologia; 12 assistenti radiologi).

d) Incarichi speciali (3 primari vice-direttori; 2 medici elettroterapici; 1 medico settore; 1 medico di gabinetto patologico).

In totale, quindi, si contavano 203 medici, tra cui 38 primari, 59 aiuti e 90 assistenti, rispetto a 60 mila ricoverati, di cui circa il 35% non romani, con degenza media di circa 30 giorni.

Gli accessi al pronto soccorso erano 4.571, di cui il 30% veniva ricoverato. Questo il quadro di un Istituto di Assistenza e Beneficenza fortemente pubblicizzato, in termini di amministrazione, regole e controlli, ma anche pubblicamente sostenuto, tanto da fare ben poco uso dei ricoveri di paganti.

LE “NORME PER L’ORDINAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E DEL PERSONALE SANITARIO DEGLI OSPEDALI” DEL 1938

Nel resto d’Italia, gli ospedali erano anch’essi inquadrati tra le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, ma essendo ancora fortemente privatizzati ed autonomi non presentavano in genere un quadro omogeneo, anche per quanto riguarda le fonti di finanziamento, che andavano riducendosi, da un lato per la già ricordata crisi economico-finanziaria degli anni ‘20 e ‘30, dall’altro lato per la difficoltà a negoziare con i Comuni la retta giornaliera per l’assistenza e la cura dei poveri. Ciascuna delle due parti risentiva, infatti, delle singole situazioni locali, relative alle possibilità patrimoniali dell’Istituto e alle condizioni finanziarie dei Comuni, ovviamente assai diverse nel Nord Italia rispetto al Centro, Roma esclusa, e soprattutto al Sud e alle Isole.

Proprio dal Nord più prospero, ma anche più consapevole che oramai gli ospedali si dovevano adeguare alle esigenze strutturali e funzionali rese possibili e necessarie dai progressi della medicina e della società, da un lato crebbero le iniziative per creare nuovi ospedali, dall’altro lato si avviarono incisive iniziative per l’accoglienza di malati paganti in proprio allo scopo di rendere possibile la sopravvivenza delle istituzioni e per soddisfare i cittadini i quali, in particolare per le attività chirurgiche, erano ormai consapevoli delle migliori condizioni di capacità tecnica e sicurezza presenti negli ospedali.

Si ponevano, quindi, sul tappeto due problemi: il significato della libera professione dei medici ospedalieri e la questione delle compartecipazioni.

Circa la libera professione, da parte dei medici può essere considerata un diritto, ma in realtà è un dovere verso gli assistiti, che hanno il diritto di scegliersi il luogo di cura e, se possibile, anche il medico curante.

Della partecipazioni si tratterà in seguito perché dovevano passare ancora degli anni prima di proporre una più equa soluzione.

In questo quadro istituzionale, confuso nei rapporti tra Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza e Comuni da una parte, e dall’altra parte tra professio-

nisti verso l'Istituzioni, ma anche tra di loro, una forte innovazione appare con il R.D. 30 settembre 1938, n°1631, che detta *Norme per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*.

Ferma rimanendo la natura giuridica di Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, gli Istituti di cura sono distinti in ospedali ed infermerie.

Gli ospedali, generali e specializzati, devono rispondere a specifici requisiti che la norma stabilisce, e sono costituiti da "sezioni", da "divisioni", costituite da due o più sezioni, che si raggruppano in "reparti", cioè settori dell'ospedale dove si eseguono determinate e specifiche cure.

Accanto agli ospedali, distinti in 1°, 2° e 3° categoria secondo la media giornaliera di degenze, si pongono due altre categorie di istituti di cura, cioè: gli Istituti a carattere scientifico, il cui riconoscimento è fatto dal Ministro dell'Interno sentito quello per l'educazione nazionale, vale a dire gli attuali Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), e le Infermerie, distinte a seconda dei pazienti da ricoverare cioè acuti, convalescenti e cronici.

Nell'ambito delle norme relative al personale, si individuano quelle relative ai *primari*, che acquistano la stabilità e rimangono in carica fino a 65 anni, dei quali sono puntualmente descritte le attribuzioni, e quelle riguardanti gli *aiuti* (medici, chirurghi e di specialità), che coadiuvano il primario e lo sostituiscono, sia nelle attività in confronto dei ricoverati quando a ciò ne siano delegati dal primario, sia durante le assenze di quest'ultimo. L'aiuto è nominato per un quadriennio e può essere riconfermato per un altro quadriennio.

Infine gli assistenti (medico-chirurghi e di specialità), che dipendono direttamente dal primario e dall'aiuto per quanto riguarda il servizio di reparto. L'assistente è nominato per un biennio e può essere riconfermato per un altro biennio.

L'aiuto e l'assistente, oltre alle proprie mansioni, sono tenuti a fare il servizio di guardia, di pronto soccorso e di accettazione dei malati.

primari, aiuti e assistenti sono nominati in base a concorso pubblico per titoli ed esami.

Altri elementi significativi fissati dalle norme del 1938 riguardano i ricoveri a carico degli enti mutualistici ed assicurativi, per i quali detti enti debbono versare, oltre alla retta di ricovero, anche un compenso fisso per ricoverato, distinto per branca di assistenza, che dovrà essere devoluto dall'amministrazione ospedaliera ai sanitari curanti, e la possibilità data agli Istituti di cura di accogliere malati paganti in proprio, entro il limite di un decimo della loro capacità recettiva, stabilendo tariffe tali "da realizzare un margine destinato a beneficio dei fini istituzionali dell'ente, ed in speciale modo alla riduzione della retta per ricoveri d'urgenza". Per questo motivo la norma stabilisce che le amministrazioni ospedaliere non possono inserire nei loro regolamenti disposizioni limitatrici della libera attività

professionale del personale sanitario, salvo la facoltà di “vietare o limitare talune forme di esercizio professionale che si risolvono in una concorrenza all’ospedale da cui i sanitari dipendono”.

Un limite di queste disposizioni era il non aver fissato i criteri per la ripartizione dei compensi fissi mutualistici tra i primari, gli aiuti e gli assistenti. Per quanto riguarda la libera professione, invece, da un lato quella intramurale era lodevole nell’intento di assistere finanziariamente gli istituti, ma dall’altro si configurava anche una libera professione svolta all’esterno, di cui si tentava di evitare il sorgere di “conflitto d’interessi” con modalità formali di dubbia efficacia.

Ancora due annotazioni si possono fare sulle norme del 1938, l’una riguarda l’assenza di disposizioni circa la partecipazione dei medici alle decisioni riguardanti la organizzazione ospedaliera, essendo il tutto affidato alle nuove figure del direttore sanitario, che per partecipare al concorso deve possedere “titoli specifici nel campo dell’igiene, della tecnica e dell’assistenza ospedaliera”. È il direttore sanitario che “cura il buon governo dell’ospedale nei riguardi igienico-sanitari”, accanto ad altre attribuzioni, tra le quali la seguente: “convoca, almeno una volta ogni tre mesi, i primari ed il direttore di farmacia ed i capi dei laboratori perché riferiscano sul servizio loro affidato, e cura che di queste riunioni venga redatto relativo verbale da trasmettere all’amministrazione”.

L’altra annotazione riguarda, invece, il personale sanitario delle infermerie, per il quale si stabilisce che, qualora le infermerie “non si avvalgano del medico condotto”, è nominato in base a concorso per titoli. Nel caso della partecipazione di tutti i medici alla vita dell’ente, la mancata previsione è legata alla struttura dei ruoli, delle funzioni e delle responsabilità, sostanzialmente centrate sulla figura del “primario”, con la marginale presenza dei “secondari”. Circa le infermerie, invece, il collegamento tra le stesse e i medici condotti sembra preludere ad un tema oggi di grande attualità, cioè gli ospedali di comunità quali presidi assistenziali intermedi tra l’ospedale e il domicilio e, in essi, il ruolo di responsabili da affidare ai medici di medicina generale.

Si farebbe però torto all’opera di Gianni Petraghani, professore ordinario di Igiene, se non si ricordassero, accanto alle norme del R.D. del 1938, anche le *Istruzioni per le costruzioni ospedaliere* del 20 luglio 1939, che ne completano il contributo innovatore apportato alla questione ospedaliera, nella sua funzione di Direttore Generale della Sanità Pubblica, allora facente parte del Ministero dell’Interno.

Ci si limita qui a ricordare che le Istruzioni si collocano, intanto, nel “programma in ogni Provincia predisposto, in base alle direttive ministeriali, per la coordinazione e lo sviluppo dei centri ospedalieri”, aprendo la strada al concetto di programmazione degli ospedali, un tema che in seguito sarà adottato e, più ge-

neralmente, applicato ai presidi assistenziali sanitari e socio-sanitari.

Altro elemento significativo e profondamente innovativo è la seguente norma:

“Il numero dei fabbricati componenti un ospedale, per ragioni di economia, deve essere limitato e si deve perciò dare la preferenza alla costruzione a blocco. Se questa ha uno sviluppo verticale, deve avere un numero di piani fuori terra non superiore a sette”.

Tenendo presente quanti ospedali a padiglioni sono stati costruiti in Italia a partire dagli inizi del Ventesimo secolo, e quanto oggi sia difficile e costosa la loro organizzazione e gestione, si può bene affermare che le norme ospedaliere del 1938-1939 hanno positivamente segnato un'epoca nella trasformazione interna ed esterna degli ospedali.

Il loro varo è avvenuto alla vigilia della Seconda Guerra Mondiale, che ne ha quindi in parte differito e in parte modificato i contenuti; ciò non toglie che, pur operando come Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, il cammino verso il futuro era oramai aperto.

L'unico elemento storico e perdurante era contenuto nell'art. 90 della norma del 1938, secondo il quale: “Nulla è innovato alle norme in vigore per il Pio Istituto di S. Spirito ed ospedali riuniti di Roma, concernenti l'accettazione e dimissione degli infermi, nonché circa la vigilanza e tutela sul predetto Pio Istituto”.

DAL MODELLO BISMARCK AL MODELLO BEVERIDGE

A metà degli anni Quaranta, le precedenti mutue volontarie evolvono verso l'assicurazione sociale di malattia, cioè l'assicurazione obbligatoria verso il rischio di malattia, un modello detto Bismark, perché voluto ed attuato in Germania dal Cancelliere Bismark sin dal 1883.

Progressivamente le categorie assicurate sono aumentate e, con norme emanate nel 1953 e 1955, la assistenza mutualistica è stata estesa a tutti i pensionati e ai loro familiari conviventi e a carico. Gli effetti si sono presto fatti sentire sugli ospedali, che nel 1957 contavano 413.391 posti letto e 3.521.091 dimessi, aumentati nel 1967 a 528.276 posti letto e 6.890.390 dimessi, passando quindi da 8,38 posti letto per mille abitanti a 9,84.

È di quel periodo la stabilità in carriera ottenuta dagli aiuti e dagli assistenti, con la legge 336 del 1964, nonché l'accordo che distribuisce in modo più equo i proventi mutualistici tra i primari, gli aiuti e gli assistenti, secondo il 4:2:1.

Poco tempo dopo, la legge 132 del 1968, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*, riforma gli ospedali rispetto alle norme del 1938. Dal punto di vista giuridico, infatti, la costituzione degli ospedali in enti pubblici, si sostituisce alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, mentre dal punto di vista tecnico-or-

ganizzativo si tiene conto delle profonde trasformazioni scientifiche, sociali e politiche intervenute dopo la Seconda Guerra Mondiale, in Italia e nei Paesi industrializzati, ed in particolare dal concetto della *Progressive patient care*, sostenuto e pubblicato nel 1962 dallo United States Health Service. Partendo dalla constatazione che le nuove conoscenze e tecnologie da un lato, e la transizione epidemiologica verso l'invecchiamento e le malattie croniche dall'altro, imponevano una nuova organizzazione, sia all'interno degli ospedali sia nella programmazione territoriale, si distinguevano le terapie intensive, i servizi di ricovero per acuti, l'assistenza intermedia, l'assistenza ambulatoriale, l'assistenza domiciliare e la *long-term care*.

Nel D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, sull'Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, nel distinguere i "servizi igienico-organizzativi", dai "servizi di diagnosi e cura", si articolano questi ultimi in divisioni e servizi speciali, quali l'emodialisi, la medicina nucleare e la virologia.

Per quanto riguarda la programmazione regionale ospedaliera, si fa riferimento al "fabbisogno di posti letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti" della legge 132 del 1968, e dei relativi decreti delegati del 1969, alcuni aspetti meritano una ulteriore riflessione, la prima delle quali riguarda gli "Organi dell'ente ospedaliero", che accanto al consiglio di amministrazione, al presidente e al collegio dei revisori, collocano il "consiglio dei sanitari", oppure il "consiglio sanitario centrale" negli enti ospedalieri da cui dipendono due o più ospedali. Tale "organo di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione" esprime pareri sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi sanitari dell'ente e sulle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche, ma può anche formulare proposte per il miglioramento dei servizi sanitari. La composizione prevede la partecipazione ex officio dei primari e del direttore di farmacia, e quella di "aiuti e di assistenti in numero uguale e non superiore complessivamente a due quinti dei componenti del consiglio, eletti in separate assemblee". La presidenza di tale organo spetta al direttore sanitario nel consiglio dei sanitari, e al sovrintendente sanitario nel consiglio sanitario centrale.

Si trattava, quindi, di fare partecipare i medici alle scelte dell'ente ospedaliero, e questo faceva ben sperare per il futuro perché, non a caso, si era affermato, ironicamente, che il termine "divisione" fotografava la realtà ospedaliera, dove tanti coinquilini ignoravano il nome e la professione delle persone della porta accanto. Importante è stato altresì l'aver stabilito che: "Le amministrazioni ospedaliere possono realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative a tipo dipartimentale, tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine delle loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico". Per la direzione di tali strutture, si prevedeva un co-

mitato costituito dal direttore sanitario, i primari, gli aiuti capi di sezione e di servizi autonomi e una rappresentanza degli aiuti e degli assistenti.

Complessivamente, quindi, si articolava anche all'interno dell'ospedale la forma partecipativa alla gestione da parte dei medici, anche di quei "secondari" ai quali la legge del 1964 aveva dato la stabilità, ma con un ruolo e delle responsabilità non ben definite.

Per la verità, la normativa ospedaliera 1968-1969, per quanto riguarda le attribuzioni dei primari, degli aiuti e degli assistenti, ricalca quella del 1938, perché per i primari le attribuzioni sono sostanzialmente le stesse, gli aiuti, oltre a collaborare direttamente con i primari ai quali rispondono del proprio operato, hanno la responsabilità delle sezioni loro affidate e coordinano l'attività degli assistenti, i quali hanno la responsabilità dei malati a loro affidati e rispondono del loro operato all'aiuto e al primario. Tutto il personale medico viene assunto mediante pubblico concorso per titoli ed esami e può optare per il tempo pieno o definito che va da 40 a 30 ore. Un limite importante della complessiva normativa ospedaliera dal 1968-1969 è stato quello di porre valori elevati di posti letto per la costituzione delle divisioni e delle altre articolazioni interne, ma anche quello di avere, giustamente, distinto gli ospedali in zionali, provinciali e generali. Avendo, però, mantenuto la retta giornaliera di degenza, determinata da ciascun ente ospedaliero sulla base del costo dell'assistenza prestata agli infermi, ne è scaturita una competizione al rialzo della classificazione da parte di ciascun ospedale, sia per ragioni di prestigio, sia per convenienza finanziaria. In tal modo il numero dei posti letto ospedalieri, che all'epoca erano già arrivati a 529.276 a seguito della estensione dell'assistenza mutualistica, compresi i pensionati, nel 1974 avevano raggiunto quota 583.646 e la spesa sostenuta dai 10 maggiori Enti mutualistici (97% del totale della mutualità) aveva raggiunto i 4.534 miliardi, dei quali 2.364 (52,1%) per gli ospedali, 736 (16,2%) per i farmaci, 596 (13,1%) per la medicina generale e 550 (12,1%) per la specialistica. È in questo contesto che viene emanata la legge 17 agosto 1974, n. 386, recante "norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria", la quale, tra l'altro stabilisce che:

1. sino alla entrata in vigore della riforma sanitaria è vietato istituire nuove divisioni, sezioni e servizi, salvo specifiche e limitate circostanze, nonché aumentare gli organici degli enti ospedalieri e assumere, anche temporaneamente, nuovo personale;
2. l'assistenza ospedaliera, già erogata dalla mutualità, passa sotto la responsabilità delle regioni dal 1° gennaio 1975;
3. dal 1° gennaio 1975 nello stato di previsione di spesa del Ministero della sa-

nità è istituito il “Fondo nazionale per l’assistenza ospedaliera”, che dovrà essere ripartito tra le regioni secondo parametri che vengono puntualmente dettagliati;

4. in pari data è abolita la retta di degenza;
5. è, altresì, abrogata ogni disposizione relativa ad interventi finanziari dello Stato e del Comune di Roma a favore del Pio Istituto di S. Spirito ed ospedali riuniti di Roma;
6. dal 1° luglio 1975 i principali enti mutualistici sono commissariati in vista della successiva estinzione di tutti gli enti eroganti assistenza sanitaria, le cui funzioni e strutture sono ripartite tra lo Stato, le regioni e gli altri enti territoriali per l’attuazione del servizio sanitario nazionale.

Si abbandonava così il *modello Bismark* per adottare il *modello Beveridge*, cioè quello avviato il 5 luglio 1948 nel Regno Unito con il National Health Service per assistere tutti i cittadini e finanziato dallo Stato.

L’ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E IL SUO SVILUPPO

Il 23 dicembre 1978, la legge n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (Ssn), dichiarava, anzitutto, che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale, che è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. Dichiarava, inoltre, che alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell’intero territorio nazionale con una rete completa di Unità sanitarie locali (Usl), che si articolano in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Per quanto riguarda gli ospedali, aboliti gli enti ospedalieri istituiti dalla legge 132 del 1968, se sono dotati dei requisiti minimi stabiliti dalla citata legge, «gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle Unità sanitarie locali» che la legge regionale articola in “dipartimenti, in base al principio dell’integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari” in modo da valorizzare il lavoro di gruppo e di favorire il collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali.

Sono definiti “multizonali” i presidi ospedalieri che svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una Unità sanitaria locale: la loro gestione è affidata alle Unità sanitarie nel cui territorio sono ubicati. Con la soppressione degli enti ospedalieri, finisce anche un periodo di dieci anni durante i quali i medici avevano cominciato a comprendere le finalità e le mo-

dalità per una loro partecipazione alle decisioni riguardanti la loro stessa vita, professionale e personale, attraverso i consigli dei sanitari. Forse anche per questo, la costituzione dei dipartimenti di fatto non è mai veramente avvenuta.

Il D.P.R. 761 del 1979 stabilisce lo stato giuridico per il personale medico con il tempo pieno, che comporta 40 ore settimanali di servizio, o il tempo definito, con l'obbligo di 30 ore settimanali di servizio. Nell'elencare i compiti e i doveri delle due tipologie, grande rilevanza viene data alle modalità delle attività libero-professionale, ma neppure un cenno appare circa le attività dipartimentali, o comunque partecipative ad organi collegiali.

L'assunzione in servizio avviene attraverso pubblici concorsi, che per i primari richiedono il conseguimento delle idoneità per le diverse specialità, ottenuta mediante esami da espletarsi in sede nazionale. Per gli assistenti, di medicina e di chirurgia, assunti per concorso, durante il primo anno sono utilizzati anche in aree funzionali diverse per acquisire esperienza professionale di carattere generale. Nel successivo biennio sono inquadrati definitivamente nei settori di appartenenza, richiedendo peraltro agli assistenti radiologi e anestesisti un servizio continuativo nella disciplina di almeno un anno.

Per gli aiuti corresponsabili ospedalieri, per accedere al concorso è necessario avere effettuato il tirocinio da assistente e due di servizio nella disciplina per la quale il concorso è bandito, salvo i radiologi e gli anestesisti, per i quali è richiesta la libera docenza o la specializzazione nella specialità.

Durante il periodo critico attraversato negli anni Ottanta dal Ssn, con l'Amministrazione delle Usl affidata a un Comitato di Gestione che si avvale di un Ufficio di Direzione attraverso meccanismi di "coordinamento", si intravedono le ragioni della crisi, causata dalle ingerenze dell'indirizzo politico sulla gestione organizzativa, probabilmente frutto di un'epoca nella quale la competenza, il merito e la gerarchia funzionale non erano valori correnti.

La legge 595 del 1985 interrompe questo declino con alcuni provvedimenti, tra i quali si citano:

1. la definizione dei posti letto ospedalieri, stabilita in 6,5 per 1.000 abitanti, di cui almeno l'1 per 1000 riservato alla riabilitazione;
2. l'introduzione del concetto delle "aree funzionali omogenee" quale misura di avvio della organizzazione dipartimentale mediante la deroga rispetto alla rigidità delle norme del 1968-1969 circa la consistenza in posti letto delle sezioni, divisioni e servizi speciali;
3. il riconoscimento del concetto e dei presidi di "alta specialità", il cui elenco e i relativi requisiti verranno poi definiti dal D.M. 29 gennaio 1992, che rappresenterà il punto di riferimento principale per la individuazione delle Aziende Ospedaliere nei Dlgs 502 del 1992 e 517 del 1993.

Il Dlgs 502 del 1992, e le modifiche ed integrazioni apportate con il Dlgs 517 del 1993, sono il frutto di situazioni specifiche riguardanti le condizioni critiche dell'economia italiana in quel periodo, ma riflettono anche la riforma del *modello Beveridge* che, con *The NHS and Community Care Act* del 1990, dal 1991 ha avviato la "aziendalizzazione" istituendo i Nhs Trusts. Si tratta di un modo di operare che l'Inghilterra ha appreso dalla esperienza del Johns Hopkins Hospital, uno dei più famosi ospedali di insegnamento degli Stati Uniti, che sin dal 1973 si è dato un nuovo assetto organizzativo fondato sui dipartimenti quali entità responsabili sia delle attività clinico-assistenziali, sia degli aspetti amministrativi e gestionali delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Nei Nhs Trusts ciò si traduce nei *Clinical Directorates*, che sono dipartimenti clinico-gestionali con a capo il *Clinical Director*, e nella istituzione del *Medical Director*, che siede nel Consiglio di Amministrazione del *Trust* come intermediario tra il Consiglio e i dipartimenti e come coordinatore di questi ultimi.

I Dlgs italiani introducono le Aziende Unità Sanitarie Locali, che sono responsabili anche dei presidi ospedalieri, distinguendole dalla Aziende Ospedaliere, cioè gli ospedali di alta specializzazione che hanno rilievo nazionale e sono quindi entità autonome.

Tutti i poteri di gestione e la rappresentanza legale della Aziende sono affidati a un Direttore generale, che è affiancato da un Direttore sanitario e da un Direttore amministrativo, da lui stesso nominati con procedimento motivato.

Frutto di complessi e combattuti rinnovi contrattuali svoltisi nel corso degli anni, i Dlgs apportano la novità della "dirigenza del ruolo sanitario" che si articola su due livelli. Al primo livello si accede attraverso pubblico concorso, possedendo la laurea e la specializzazione nella disciplina di riferimento, per poi esercitare attività di supporto e di collaborazione, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Il secondo livello è attribuito quale incarico a coloro che sono in possesso della idoneità nazionale, previo avviso pubblico e sulla base del parere di una commissione di esperti, per poi esercitare funzioni di direzione e organizzazione della struttura loro assegnata, da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa.

I Dlgs confermano la organizzazione dipartimentale delle Aziende, nelle quali viene ripristinato il Consiglio dei sanitari, che però non è più "organo" delle stesse ed ha carattere elettivo e perciò non ne fanno parte di diritto tutti i direttori di struttura, malgrado il Consiglio sia tenuto a fornire "parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico-sanitarie", e che il Direttore generale sia tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei sanitari. Nel 1992 viene emanato il D.P.R. 20 ottobre 1992 "per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali", e nel 1993 viene pre-

sentato al Consiglio Superiore di Sanità, che l'approva, la regolamentazione della *day surgery* e della chirurgia ambulatoriale.

Si tratta di due innovazioni destinate ad incidere profondamente sulle strutture, le funzioni e l'organizzazione degli ospedali, ma anche sulla professionalità dei medici, ad esempio con il diffondersi della chirurgia laparoscopica. Lo stesso finanziamento degli ospedali sarà profondamente modificato da questi nuovi modelli assistenziali, come appare con maggiore evidenza con le Linee-guida n. 1 del 1995, che il Ministro della Sanità pro-tempore deve diffondere per dare attuazione a quanto disposto dalla legge finanziaria per il 1995. Tale legge, infatti, stabilisce che dal 1° gennaio 1995 la remunerazione delle attività ospedaliere di ricovero avverrà mediante le tariffe predeterminate per caso di ricovero, fondate sulla metodologia classificativa delle patologie che deriva dai Drg in uso negli Stati Uniti sin dal 1983.

A tale proposito le Linee-guida sottolineano come tale remunerazione avrebbe potuto indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale, tali da richiedere iniziative di audit clinico, e per questo si richiamava l'esigenza di dare effettiva attuazione ai dipartimenti. Solo così si sarebbero potute analizzare la tipologia e numerosità delle prestazioni erogate, l'impiego delle risorse umane, tecniche e finanziarie, i risultati clinici ottenuti, ma anche i risultati conseguiti in merito alla qualità della vita dei pazienti.

Nel dettare le Linee-guida, il pensiero andava al "dipartimento medico-chirurgico di cardiologia pediatrica", inaugurato l'8 gennaio 1982 presso l'Ospedale del Bambino Gesù a Roma dal Pontefice Giovanni Paolo II, forse il primo dei 5 dipartimenti che erano attivi in Italia nel 1994. Per una singolare coincidenza, nell'aprile del 1995 il *Daily Telegraph* informava l'opinione pubblica inglese della esistenza del *Bristol case*, cioè degli errori compiuti, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta, presso la Bristol Royal Infirmary, un centro di riferimento di terzo livello per circa 7 milioni di residenti nel sud-ovest dell'Inghilterra e nel Galles del sud. L'accusa riguardava l'aver causato la morte di circa 30 bambini e di averne danneggiato permanentemente altri, per l'imperizia di cardiocirurghi per adulti che si erano spinti verso attività per loro non consuete. È in questo contesto che nel 1997 il Governo laburista inglese ha presentato al parlamento il documento *The new NHS modern and dependable*, un cui paragrafo afferma il concetto del "governo clinico" quale processo capace di far sì che la qualità venga posta al centro delle responsabilità sia dei Trusts, sia di ciascuno dei professionisti. Tra le componenti del governo clinico vengono citate alcune attività quali l'audit clinico, per il miglioramento della qualità da integrare nel programma per la qualità di ciascun Trust, e per la adozione di interventi per la riduzione del rischio clinico, così da evidenziare gli eventi avversi, risalire alle cau-

se e trarre gli elementi per evitare che si ripetano.

La cosiddetta riforma ter, cioè il Dlgs 229 del 1999, oltre a modificare la disciplina della dirigenza medica, collocandola in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali, ribadisce che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione delle Aziende sanitarie, ed istituisce il Collegio di direzione "di cui il Direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria", prevedendo la partecipazione al Collegio del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

L'influenza di quanto è avvenuto nel Nhs per quanto riguarda la organizzazione dei dipartimenti clinico-gestionali sembra, perciò, evidente sia dalla normativa italiana successiva al 1997, sia dalla costituzione dei dipartimenti, che erano 5 nel 1994, passati poi a 437 nel 1999 e, secondo una ricerca del Ministero della Salute, giunti a 1.805 nel 67% delle Asl, Ao, Irccs e Policlinici che vi hanno partecipato nel 2005.

Nessuna analogia esiste, invece, tra il Nhs e il Ssn per quanto riguarda lo stato giuridico dei medici; nel 2007, infatti, nel Ssn operavano 110.904 medici dirigenti, quindi in carriera stabile, di cui 9.851 con qualifica assimilabile al *consultant* inglese. Circa nello stesso periodo, in Inghilterra lo staff operante nel Nhs contava circa 90.000 unità, 46.139 appartenenti ai *Career grades* (di cui 32.000 consultants) e 44.131 inquadriati come *Doctors in Training*.

Attualmente gli ospedali e i medici ospedalieri si devono confrontare con una nuova, dura, realtà, cioè l'Intesa sancita il 3 dicembre 2009, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012. Dei 20 articoli che lo compongono, di particolare rilievo è, intanto, l'articolo 6, secondo il quale:

"Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le Regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre Regioni entro il 30 giugno 2011".

Rispetto a tali misure già definite, altre attendono delle successive determinazioni che possono influenzare i predetti standard, quali “il peso della popolazione ultrasettantacinquenne” e “i posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell’anno 2008”.

Tenendo presente che la legge 595 del 1985 aveva fissato lo standard medio di 6,5 posti letto per mille abitanti, di cui almeno l’1 per mille riservato alla riabilitazione, standard successivamente diminuito e modificato da successive normative, qualche considerazione merita di essere fatta.

Oramai da molti anni in Italia la durata media della vita aumenta di oltre 5 mesi per ognuno degli anni di calendario, raggiungendo nel 2008 i 78,7 anni per i maschi e 84 anni per le femmine. Nelle previsioni demografiche relative al periodo 2007-2051 (Istat 2008), lo scenario ritenuto più probabile, considera la popolazione totale pari a 61,6 milioni nel 2051, quindi di poco superiore a quella del 2008, ma “l’aspetto in assoluto più certo di tutte le previsioni è il progressivo e inarrestabile incremento della popolazione anziana”. Si prevede, infatti, che le persone di anni 65 e oltre perverranno al 33% della popolazione totale nel 2051, e le persone di anni 85 e oltre passano da 1,3 milioni nel 2007 a 4,8 milioni nel 2051, per una proporzione rispetto alla popolazione totale che aumenta dal 2,3 al 7,8%.

Rispetto a queste previsioni, la riduzione dei posti letto per acuti, del 40% rispetto al 1985, e di quelli per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, del 30%, richiede necessariamente la attuazione di quanto stabilito nell’articolo 9 del nuovo Patto per la salute, cioè la “Razionalizzazione dell’assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti”, nel quale si conviene che:

- a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l’organizzazione dell’assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente Dpcm di fissazione dei Lea;
- b) l’ammissione alla varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale validata dagli accordi tra Regioni e Ministeri;
- c) in sede di Cabina di Regia del Nsis sono attivati i flussi informativi relativi alla assistenza domiciliare e residenziale.

È questo un fatto fondamentale, considerato che allo stato attuale risulta che:

- nel 2006 l’Adi ha assistito 414.153 persone, delle quali 351.201 di anni 65 e oltre, pari a 2,98 per cento anziani, un valore molto inferiore agli altri Paesi evoluti, Europei e non, sia in termini percentuali, sia, e soprattutto, come ore

settimanali di assistenza;

- Nel 2005 gli ospiti dei presidi residenziali socio-sanitari sono stati:

298.251, di cui	minori (0-17):	17.999
	adulti (18-64):	50.824
	anziani (65 e >):	229.628

Circa questi valori, si rileva intanto che il 23% delle persone ospiti di tali presidi ha meno di 65 anni (un dato che trova riscontro negli assistiti dalla *long-term insurance* che è attiva in Germania dal 1995), e si dimostra, inoltre, che in Italia sono disponibili per gli anziani posti residenziali solo per il 2% di essi. In confronto, si riportano i seguenti dati:

- in Germania, nel 2003, si contavano 4,54 posti per 100 anziani;
- negli Stati Uniti, nel 2004, il valore era 4,76 posti per 100 anziani;
- in Inghilterra, nel 2005, il valore era 5,44 posti per 100 anziani.

I medici ospedalieri sanno bene che il grande ritardo che l'Italia ha accumulato nel riconoscere un ruolo essenziale alla Assistenza Primaria territoriale, con le conseguenti carenze anche in tema di assistenza a domicilio, semiresidenziale e residenziale, ha messo a dura prova la tenuta degli ospedali, e non solo nel pronto soccorso.

Le nuove misure di contenimento delle strutture e del personale impongono ora un salto di qualità nella valutazione delle prestazioni erogate e di quelle da erogare, e questo non può essere affidato alla inappropriatazza per decreto, già discutibile nel caso di ricovero ospedaliero, ma del tutto impraticabile a livello della Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica e della Assistenza Distrettuale.

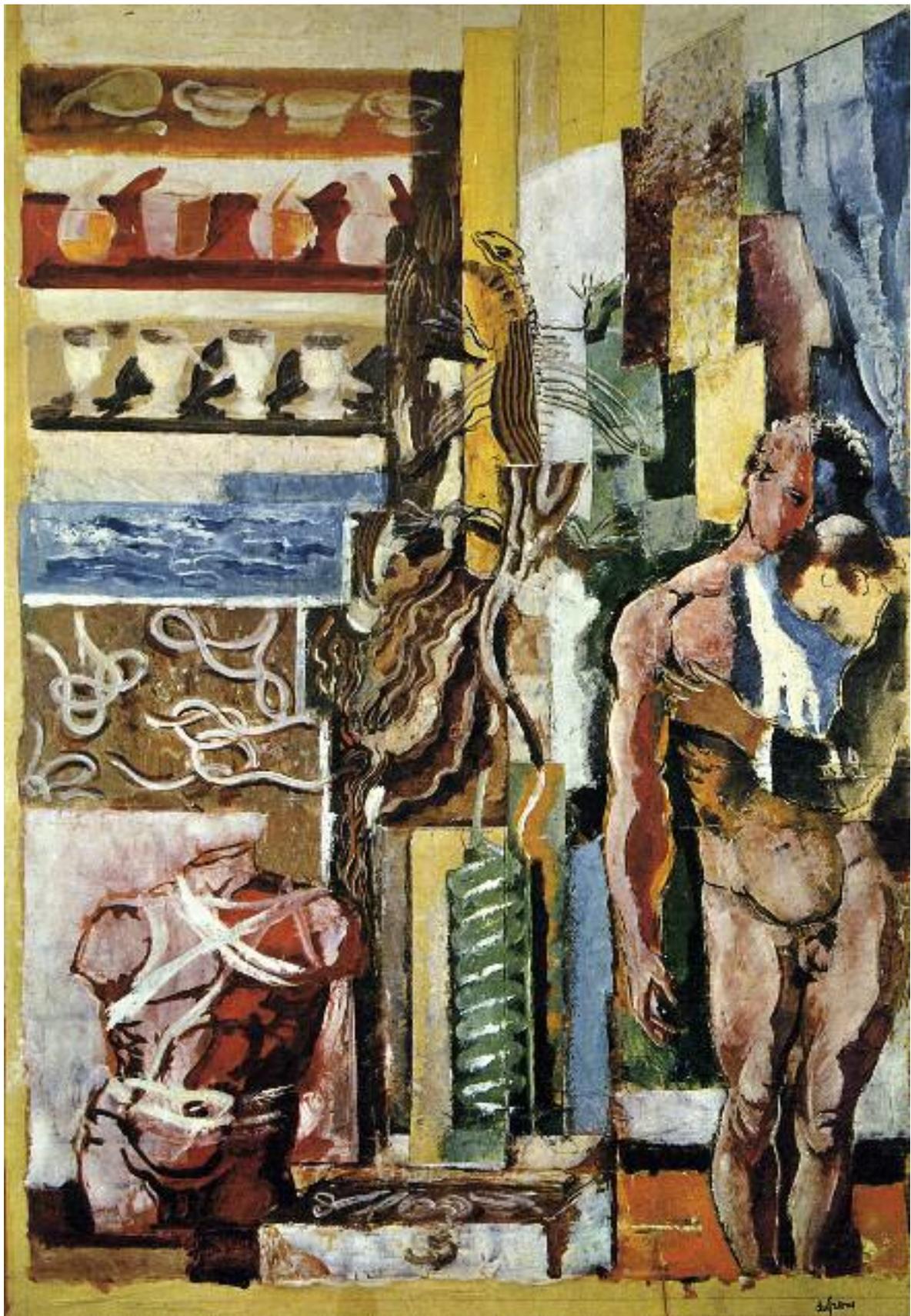
A questo punto, medici ospedalieri e medici del territorio devono unirsi, culturalmente ed operativamente, per assumere le iniziative del cosiddetto "governo clinico", che altro non è che un processo di responsabilizzazione dei medici. Leali verso le persone assistite e verso le istituzioni, i medici vogliono "rendersi conto per rendere conto", e questo non può avvenire se non nella organizzazione dipartimentale, e con metodologie come l'audit clinico, che oltretutto vede partecipanti le altre professioni sanitarie non mediche.

Nella loro lunga storia i medici hanno dovuto affrontare problemi quali la superstizione popolare e i ciarlatani, ma sono stati anche protagonisti di conflittualità interne alla categoria e di forti contrasti con le istituzioni.

Nel momento di una crisi come quelle del primo decennio del XXI secolo, è giunto il momento di ritrovare un comune sentire, anche perché il cosiddetto territorio contiene sia gli ospedalieri che i libero-professionisti, uniti per riaffermare i principi etici e la deontologia della professione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Canezza A., Casalini A., *Pio Istituto di Santo Spirito e Ospedali riuniti di Roma*, Istituto editoriale di monografie illustrate di aziende, Roma, 1933.
- Nazzaro V., De Cecco A., *Codice Ospedaliero*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1960.
- Guzzanti E., *A proposito della carriera ospedaliera*, La Settimana degli Ospedali. 1964;3:1-4.
- Guzzanti E., Tripodi P., *L'Ospedale e la Medicina Sociale*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 1966.
- Guzzanti E., *Considerazioni sulla struttura e sulle funzioni dei Consigli dei Sanitari*, L'Ospedale 1968;12:1-8.
- Guzzanti E. et al., L'Assistenza Domiciliare, in *L'Assistenza agli anziani e la Regione Lazio*, Istituto di Ricerche Economico e Sociali P. Martini, Roma 1981.
- Guzzanti E., Longhi T., *Aspetti moderni dell'organizzazione sanitaria: il Dipartimento*, Federazione Medica 1984; 2:1-4.
- Preti D., *La questione ospedaliera nell'Italia fascista (1922-1940): un aspetto della "modernizzazione corporativa"*, in *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Giulio Einaudi 1984, pp.335-387.
- Guzzanti E., Longhi T., *Medicina di base e Medicina ospedaliera*, Federazione Medica, 1985;9:1-5.
- Astegiano G., *Il Pio Istituto di Santo Spirito e O.O.R.R. di Roma*, L'Autore Libri, Firenze 1990.
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C., *Day surgery: concetti e possibilità di attuazione*, Federazione Medica, 1 Gennaio 1993;7-13.
- Guzzanti E., Mastrilli F., Mastrobuono I., Mazzeo M.C., *Nuove frontiere dell'organizzazione sanitaria: il day hospital, la day surgery*, Editeam, 1993.
- Guzzanti E. et al., *L'esercizio della libera professione intramuraria e l'istituzione di camere a pagamento*, Ricerca sui Servizi Sanitari, 1997;3:3-15.
- Sepe S., *Le Amministrazioni della Sicurezza Sociale nell'Italia Unita (1861-1998)*, Giuffrè Editore, 1999.
- Guzzanti E., *I Dipartimenti ospedalieri nelle esperienze internazionali. Storia, evoluzione, prospettive*, Organizzazione Sanitaria 2000;4:7-20.
- Guzzanti E., Mastrobuono I., *La day surgery e la chirurgia ambulatoriale in Italia: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo*, Organizzazione Sanitaria 2006;2:os
- Guzzanti E., *L'ospedale del futuro: origini, prospettive*, Recenti Progressi in Medicina, 2006;97:594-603.
- Guzzanti E. et al., *L'Assistenza Primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Iniziative Sanitarie, Roma 2009.



Charles Dufresne *La Medicina*
1920, olio su tela, *Museo dell'Annunziata, Saint Tropez*