

PAOLO FERRARIO

## **GLI OSPEDALI: ORIGINI E TENDENZE ATTUALI**

L'ospedale é certamente una delle istituzioni centrali dell'epoca moderna ed occupa una posizione dominante all'interno del sistema sanitario, come dimostrano i seguenti indicatori grezzi (1): il comparto degli istituti pubblici e privati è costituito da una rete di 1813 unità di offerta, distribuite in 673 USL; la sola spesa ospedaliera assorbe il 55% del fondo sanitario nazionale; nel 1983 gli istituti generali pubblici occupavano 438.256 operatori, su un totale di circa 600.000 dipendenti delle USL; tra il 1961 e il 1983 il numero dei medici ospedalieri é passato da 28.602 a 73.170; il numero dei ricoverati durante il periodo 1961-1983 é salito da un totale di 5.046.854 a 9.000.987 (corrispondente ad un tasso di ospedalizzazione del 164,6 per mille) ; nel 1983 il numero dei deceduti in tutti gli istituti di ricovero era di 204.384. Prendendo in considerazione i soli ospedali generali, cioè quelli che ospitano e curano qualsiasi tipo di malattia, si vede che nel 1983 oltre 7,7 milioni sono stati ricoverati in 1.050 istituti del genere e oltre 186.000 vi sono deceduti. Se a ciò aggiungiamo che l'espansione scientifica e tecnologica della medicina é fortemente connessa allo sviluppo della pratica clinica ospedaliera, é da condividere l'affermazione di Rieff secondo cui: "L'ospedale va prendendo il posto della chiesa e del parlamento come istituzione archetipica della cultura occidentale" (2). Usando un altro linguaggio e un'altra fonte teorica si potrebbe dire che una società moderna dispone di una pluralità di "apparati ideologici di Stato"(3), come la famiglia e la scuola (ma anche le strutture sanitarie e ,dunque l'ospedale), che hanno il compito di organizzare il consenso e di indurre a vivere come soddisfacente e conforme ai propri bisogni quella particolare istituzione che rappresenta, invece, il prodotto storico di un particolare modello di rapporto fra individui e società.

In Italia, a partire dalla fine degli anni '60, si è sviluppato un ampio schieramento di soggetti sociali ( associazioni di operatori, gruppi di iniziativa politica, sindacati, partiti, movimenti di opinione) tendente a reimpostare su basi scientifico-culturali ed organizzative diverse il rapporto fra i cittadini e le strutture sanitarie. E' in questo scenario che va collocata la legge di riforma sanitaria del 1978, che individua un nuovo ruolo dell'ospedale, consistente nel fatto che esso dovrebbe perdere la sua centralità assoluta nel sistema, per diventare uno dei presidi che concorre, assieme agli altri, alla tutela della salute. Tuttavia gli anni più recenti hanno mostrato

che la caduta delle barriere giuridiche è solo una condizione necessaria, ma non sufficiente, per ottenere l'integrazione fra ospedali e restanti servizi: l'innovazione legislativa deve fare i conti con le persistenze organizzative e con le barriere culturali e professionali che si frappongono al conseguimento dei nuovi obiettivi.

Avendo come punto preminente di riflessione e di attenzione il problema appena enunciato, il presente saggio intende esplorare l'intreccio fra alcuni fattori che interagiscono nel funzionamento del servizio ospedaliero.

Per individuare le linee di sviluppo sulle quali si vanno orientando le leggi e, conseguentemente, l'assetto giuridico ed organizzativo, occorre risalire alle diverse origini che ne caratterizzano i diversi significati. Nell'ospedale moderno convivono, in una articolata commistione di passato e presente, vari sistemi culturali e normativi di riferimento, i quali affondano le loro radici nelle diverse fasi storiche che ne hanno caratterizzato i mutamenti e le trasformazioni. Assumendo come punto di avvio la classificazione di Rhode (4), che distingue nella struttura organizzativa dell'ospedale tre livelli operativi (le attività propriamente mediche di diagnosi e cura; le attività di custodia ed assistenza; le attività amministrative), se ne ricercheranno le matrici socio-culturali, precisando che i riferimenti storici di supporto alla analisi non hanno un valore sistematico, ma esclusivamente funzionale: non si vuole elaborare una storia dell'ospedale, bensì scegliere alcuni dati occorrenti per interpretarne le funzioni (5).

## 1. FUNZIONE ASSISTENZIALE E MERCATO DEL LAVORO

Un primo punto di attenzione è la relazione tra l'origine degli ospedali e quella della medicina moderna, la quale ha fissato la sua data di nascita intorno agli ultimi anni del XVIII secolo (6). In realtà gli ospedali hanno una origine più antica. La parola ospedale (7), presente in tutte le lingue, deriva dal latino "hospes" (forestiero) ed ha designato gli spazi di ricovero, in genere isolati dal tessuto urbano, destinati a varie categorie di persone: per lungo tempo, infatti, queste strutture hanno raccolto in modo indifferenziato poveri, stranieri, pellegrini, orfani, invalidi, vecchi, ecc., svolgendo innanzitutto una funzione di controllo sociale. Una descrizione di questa confusione fra individui con bisogni molto diversi fra loro ci è fornita dal seguente rapporto su un ospedale di Parigi:

"Un registro di ingresso di Bicetre sgrana come litanie i motivi della reclusione: '...mendicante..., paralitico..., gaté..., epilettico..., idiota..., iscritto nella lista dei poveri..., scabbioso..., rinchiuso per ordine del Luogotenente di Polizia...' " (8).

Occorre però ricordare che questa regola della indifferenziazione dei bisogni incontrava una significativa eccezione: dal ricovero erano esclusi i lebbrosi ed i malati di peste, cioè i portatori delle due malattie predominanti nell'Europa occidentale e in Italia nell'Alto e Basso Medioevo, per i quali esistevano apposite istituzioni (i lebbrosari ed i lazzaretti) (9).

In un primo tempo, dunque, gli ospedali sono luoghi caritativi in cui non si svolge propriamente una attività terapeutica: essi sono finanziati tramite donazioni e sottoposti al controllo ecclesiastico. Questa collocazione storico-sociale ha anche effetti sulla tipologia degli edifici: gli spazi sono impregnati di religiosità; la struttura delle sale ricorda l'architettura di una cappella. Non essendoci distinzione fra terapia e ricovero, fra guaribili e cronici, tutta l'edilizia ospedaliera ne è influenzata: ampie camere, poco spazio per i locali di servizio:

"L'atmosfera sacrale si avverte ancor più chiaramente nella struttura architettonica dell'ospedale, concepita come una chiesa: in fondo a ciascuna delle sale è posto un altare verso il quale si volgono tutti gli sguardi, e in seguito si adotta il modello a pianta cruciforme, con la cappella in posizione centrale" (10)

Il successivo sviluppo della istituzione ospedaliera è strettamente connesso alla rivoluzione industriale ed alla egemonia politica e scientifico-culturale della borghesia. Il crescere delle popolazioni contadine espropriate delle terre andava ad ingrandire il serbatoio della manodopera disponibile per il lavoro nelle fabbriche con cui iniziava il rapporto di produzione capitalistico: le Workhouses inglesi, ad esempio, erano i luoghi dove il capitalismo reclutava la forza-lavoro (11).

In Francia, la presenza di qualcosa di simile alle Workhouses è indicata dalle polemiche che ci furono, durante e subito dopo la Rivoluzione francese, a proposito della organizzazione delle Facoltà di Medicina. In particolare emergeva la necessità di studiare il corpo e le malattie anche con quel riscontro scientifico che oggi chiameremmo clinico e si pensò di andare a cercare tale connessione negli Hôtels-Dieu, in questi luoghi di ricovero dove si raccoglievano malati, invalidi, vecchi, orfani, madri nubili, contadini senza terra, che finivano lì per ragioni sociali oltre che fisiopatologiche. I docenti e gli studenti universitari andavano ad attingere in questi Hôtels-Dieu come a serbatoi di corpi per trovare la materia su cui studiare, proprio con lo stesso atteggiamento con cui i capitalisti inglesi andavano a comprare la forza-lavoro nelle Workhouses:

"All'ospedale generale, come nelle Workhouses in Inghilterra, che gli sono quasi contemporanee, regna il lavoro forzato, si fila, si tesse, si fabbricano oggetti diversi che sono gettati sul mercato affinché il beneficio permetta all'ospedale di funzionare. Ma l'obbligazione al lavoro ha anche un ruolo di sanzione e di controllo morale" (12).

Quindi c'è un parallellismo fra le Workhouses e gli Hôtels-Dieu: le prime sono compenstrate alla necessità di avere forza-lavoro, i secondi alla necessità della ricerca scientifica. Ciò esprime anche il diverso tipo di borghesia: in Inghilterra con un più spiccato carattere

imprenditoriale, direttamente rivolta all'attività economica; in Francia con un carattere intellettuale, direttamente legata con l'Illuminismo, l'Enciclopedia, ecc.. Nella fabbrica la prestazione lavorativa é essenzialmente individuale ed intercambiabile: é questa la base economico-strutturale della sempre maggiore valorizzazione della dimensione individuale in tutti i rapporti sociali. Le istituzioni si rivolgono agli individui nella loro singolarità, negando, o attutendo, la totalità dei vincoli collettivi e familiari (13): ad esempio si formano collegi e scuole, che separano anche spazialmente il mondo infantile ed adolescenziale e che hanno la duplice funzione di permettere l'erogazione di forza-lavoro da parte dei genitori e di fornire una elementare istruzione, anch'essa funzionale al processo produttivo.

## 2. MEDICINA CLINICA E OSPEDALI

Anche gli ospedali e le organizzazioni di assistenza pubblica si ristrutturano su basi organizzative e dottrinarie del tutto sconosciute alle strutture ospitaliere del Medioevo: muta in profondità la concezione e la pratica della cura ospedaliera e ciò trova sostegno in una configurazione del tutto nuova della indagine sulla malattia:

"La medicina classica e medievale si era preoccupata più dei sintomi accusati dal malato che non delle malattie stesse. La patologia si riduceva alla teoria dei liquidi organici (umoralismo) o a quella, diametralmente opposta, degli stati di contrazione e rilassamento delle parti solide del corpo (solidismo)"(14).

Tuttavia, in rapporto ai mutamenti delle tecnologie e del più generale modo di considerare la natura, nel Seicento inizia anche una trasformazione della medicina. Nel secolo precedente si erano perfezionate le tecniche di costruzione degli orologi, delle macchine da miniera (argani e pompe), delle macchine tessili: ciò aveva favorito una crescente familiarità dell'uomo con i congegni meccanici ed un conseguente atteggiamento dinamico, poiché la macchina implica uno sforzo di progettazione, di costruzione e di analisi del funzionamento (15). Nel Seicento i problemi medici cominciano ad essere affrontati col medesimo atteggiamento mentale, che si può riassumere con l'affermazione di Descartes: "il corpo è una macchina costruita dalla mano di Dio infinitamente superiore a questa macchina inventata dall'uomo". Si afferma cioè il paradigma meccanicistico che equipara il corpo umano ad una macchina:

"Nel Seicento la fisiologia era divisa in due campi opposti. Da un lato c'erano i seguaci di Paracelso, che si chiamavano 'iatrochimici' e credevano che le funzioni fisiologiche potessero essere spiegate in termini chimici. Dall'altro c'erano i cosiddetti 'iatromeccanici', i

quali seguivano l'approccio cartesiano e ritenevano che alla base di tutte le funzioni corporee fossero i principi meccanici" (16).

Se questo da una parte sollecitava la scienza medica ad indagare sul funzionamento del corpo, dall'altra apriva la strada a generalizzazioni che, invece di arricchire le conoscenze, ne bloccavano lo sviluppo. Ad esempio il medico Giorgio Baglivi paragonava i denti alle forbici, il sistema circolatorio ad un sistema di irrigazione, il torace ad un mantice, lo stomaco ad una macina. Il sistema teorico iatromeccanico pretendeva di comprendere tutte le malattie affidandosi a questa omologia uomo-macchina. Ne derivarono teorie particolari: c'era chi pensava in termini di "eccesso di tono" e di "mancanza di tono" e divideva le malattie fra quelle che necessitavano di farmaci calmanti e quelle che avevano bisogno di farmaci eccitanti; altri vedevano le funzioni del corpo umano dal punto di vista idraulico e si preoccupavano di "disingorgare le tubazioni", da cui la nefasta tendenza di svuotare il corpo (con salassi, purghe, clisteri) che provocava vere stragi fino a tutto il Settecento. Va anche osservato che la scuola degli iatrofisici, se fu povera di risultati terapeutici, tuttavia non impedì certi sviluppi delle conoscenze mediche, soprattutto nel campo delle misurazioni, introdotte come metodi di osservazione: si possono ricordare il largo impiego del termometro per misurare la febbre e l'uso della bilancia nello studio dei processi vitali, normali e patologici.

Al sistema iatromeccanico si contrapponeva il sistema iatrochimico, che vedeva l'organismo come una provetta in cui si svolgevano reazioni chimiche. Tutto però era riferito alla chimica del tempo, alquanto rozza: la fisiologia e la patologia venivano interpretate in termini di acidità e di alcalinità dei liquidi, unendovi terapie corrispondenti a questi principi. Tali concezioni, basate sulle massime generalizzazioni, si protrassero anche nel Settecento, per essere confutate dalla medicina scientifica, ma non possono considerarsi del tutto scomparse: riaffiorano in certe usanze popolari, come l'abitudine a purgarsi per qualsiasi disturbo, o nelle pratiche di molti guaritori. Questa breve digressione nel campo della storia della scienza e della medicina è necessaria per contestualizzare un modello di pensiero molto influente anche oggi:

"L'influenza del paradigma cartesiano sul pensiero medico produsse il cosiddetto modello biomedico, che costituisce la fondazione concettuale della moderna medicina scientifica. Il corpo umano è considerato una macchina che può essere analizzata scomponendola nelle sue parti; la malattia è vista come il cattivo funzionamento di meccanismi biologici che vengono studiati dal punto di vista della biologia cellulare e molecolare; il ruolo del medico consiste nell'intervenire fisicamente o chimicamente, per correggere il cattivo funzionamento di un meccanismo specifico" (17).

Con la fine del Settecento, si entra in una "fase di spazializzazione istituzionale della medicina" (18), nel senso che viene costruito un nuovo linguaggio scientifico che muta in profondità il sapere e la pratica medica. Ciò avviene in connessione ad un dibattito politico sulle istituzioni ospedaliere, poiché:

"senza ospedali ,i medici avrebbero avuto solo un campo di osservazione limitato e sarebbe mancata loro la possibilità di condurre ricerche anatomo-patologiche" (19).

I medici clinici del Settecento sentirono il bisogno di collegare fra loro le numerose e nuove nozioni dell'anatomia, della fisiologia, dell'istologia della fisica e della chimica da un lato e le esperienze della clinica dall'altro: per questo sono ricordati come i grandi "sistematici" della medicina. Questi medici raccoglievano i "segni" della malattia e nell'anatomia patologica cercavano quale alterazione anatomica corrispondesse a quei segni. Costruire questa scienza fu un lavoro impegnativo, difficile e pericoloso, poiché bisognava esaminare ogni organo e ogni studioso elaborava le proprie conoscenze senza poter approfittare delle scoperte altrui; inoltre le cause delle infezioni erano sconosciute e molti anatomisti si infettavano e morivano; infine i risultati erano scarsi, e ciò rafforzava i sostenitori dei sistemi generalizzanti.

Per comprendere le difficoltà intrinseche in questa opera di fondazione di un linguaggio si può fare un esempio. Nessuno, preso alla sprovvista, saprebbe descrivere con le sole parole come è fatta una scala a chiocciola. Per farlo occorre procedere ad una scansione di concetti che richiamino delle immagini, come: "immagina una serie di cerchi del raggio di un metro", "immagina che siano disposti su assi orizzontali", "immagina che la linea che congiunge i vari centri sia su una verticale", "immagina di tracciare all'interno di ogni cerchio un altro cerchio concentrico fino ad avere tante corone circolari parallele", ecc. E', dunque, una operazione che si può certamente fare ma è molto faticosa, così si preferisce usare i disegni per comunicare la descrizione degli oggetti. La conoscenza del corpo umano pone problemi di linguaggio ancora più difficili, poiché se gli oggetti fabbricati dall'uomo possono essere descritti in termini operativi, nel senso che si possono descrivere le operazioni compiute dall'uomo per costruirli (es. la scala a chiocciola), ciò è più complicato per una parte anatomica, in quanto i nostri schemi di pensiero devono essere forzati per poter descrivere, ad esempio, una mano ad un ipotetico soggetto che non ne abbia mai vista una. Ebbene questa impresa è stata compiuta nel Settecento: i corpi umani e poi i corpi degli animali e la struttura dei vegetali sono stati descritti secondo i nostri schemi di pensiero. Nei testi di anatomia il corpo umano è minuziosamente descritto come lo si descriverebbe a chi non ha mai visto un uomo ma solo attraverso punti, linee, superfici, volumi. Ma su questo ascoltiamo Foucault:

"considerata nella sua struttura formale, la clinica ci mostra come un nuovo profilo, per l'esperienza del medico, del percettibile e dell'enunciabile: nuova distribuzione degli elementi discreti dello spazio corporeo (isolamento, per esempio del tessuto, zona funzionale a due dimensioni, che si oppone alla massa funzionante dell'organo e costituisce il paradosso d'una "superficie interna), riorganizzazione degli elementi che costituiscono il fenomeno patologico (una grammatica dei segni si è sostituita ad una botanica dei sintomi), definizioni delle serie lineari d'eventi morbosi (in opposizione alla fioritura delle

specie nosologiche, articolazione della malattia sull'organismo (scomparsa delle entità morbose generali che raggruppavano dei sintomi in una figura logica, a vantaggio d'uno statuto locale che situa l'essere della malattia con le sue cause ed i suoi effetti in uno spazio tridimensionale)" (20).

Per Foucault "lo sforzo della medicina é stato quello di definire una forma statutaria di correlazione tra lo sguardo ed il linguaggio", poiché la conoscenza della natura consiste in un "guardare-dire": infatti non vi é conoscenza senza comunicazione, cioè senza traduzione di ciò che si vede in una serie di simboli successivi, .La medicina scientifica nasce con il lavoro degli anatomisti che hanno "guardato-detto, cioè descritto in maniera scientifica, il corpo umano: l'intersezione dell'anatomia e della clinica ha creato i concetti generali di "tessuto" e di "organo", il primo come sede di determinati processi patologici, il secondo come entità nella quale il processo patologico compromette la funzione.I primi anatomisti, osservando l'aspetto statico del tessuto e dell'organo facevano riferimento ad un unico dinamismo: quello della malattia. Oggi ci sono altri dinamismi a cui fare riferimento per comprendere la natura ed andare al di là del discorso oggettivamente descrittivo che costituì la fondazione del metodo scientifico: ad esempio il dinamismo dell'evoluzione (dell'organismo o della specie), o il dinamismo della funzione. Tuttavia la conoscenza moderna non sarebbe stata possibile senza l'anatomia descrittiva.

Foucault mette anche in evidenza come a questa funzione scientifica si accompagni l'esercizio di nuove forme di potere:

"Si comincia a percepire una presenza generalizzata dei medici i cui sguardi incrociati s'intrecciano a rete ed esercitano in ogni punto dello spazio, in ogni momento del tempo, una sorveglianza costante, mobile, differenziata.Si pone il problema dell'insediamento dei medici nelle campagne; si auspica un controllo statistico della salute grazie al registro delle nascite e dei decessi (che dovrà menzionare le malattie, il genere di vita, e la causa di morte, diventando così uno stato civile della patologia" (21).

In sintesi la medicina interna assume il suo posto nella storia scientifica attraverso un doppio movimento : da una parte con l'osservazione clinica al letto del malato; dall'altra con la possibilità di connettere il lavoro accademico delle Università con la pratica clinica negli ospedali. Si determina così una configurazione del tutto nuova dell' indagine sulla malattia ,la quale viene inglobata nella azione medica che, in un questo senso diventa la nuova e più moderna forma di controllo sociale. E' in rapporto a questa connessione fra medicina e ospedale che si avvia il processo di progressiva professionalizzazione medica,anche se in questa fase i medici hanno ancora un rapporto sporadico con l'istituzione ospedaliera, nel senso che essa é solamente un luogo di passaggio, di osservazione ,di sperimentazione.

### 3. IL MODERNO OSPEDALE

Negli ospedali ottocenteschi non si svolgeva un'attività medica più qualificata di quella che poteva attuarsi al domicilio dei pazienti della borghesia agiata: anzi, i chirurghi operavano i ricchi nelle loro abitazioni, proprio per fruire di condizioni igieniche ed assistenziali migliori. L'istituzione ospedaliera non era ancora il centro del sistema sanitario.

Oggi la situazione è molto diversa. L'ospedale è diventato una organizzazione complessa che ha progressivamente perso il suo originario carattere di luogo di ospitalità per diventare un centro che ha massimizzato la funzione terapeutica e di formazione. Esso si configura come una struttura ad elevato livello tecnologico, con compiti molto differenziati, fra cui: formulare una diagnosi; praticare terapie che non possono essere effettuate in ambulatorio o a domicilio; formare medici ed infermieri. Va, però, ricordato che nella pratica quotidiana sopravvive ancora una funzione assistenziale (es. nel caso di ricoveri prolungati) da interpretarsi in rapporto alla mancata realizzazione di altre soluzioni per i problemi dei soggetti portatori di patologie croniche ed in condizione di non autosufficienza. Le matrici socio-culturali di tutte queste funzioni sono rintracciabili nei processi di primo consolidamento istituzionale descritti nel precedente capitolo.

Ma vi sono altri fattori da prendere in esame. Il moderno ospedale è uno spazio architettonico in cui si incrociano vari soggetti (lo Stato, le amministrazioni locali, i gruppi professionali) i quali determinano direttamente ed indirettamente la condizione dei pazienti. Questa struttura fonda le proprie caratteristiche tipologiche ed organizzative fra la fine del secolo scorso ed i primi del '900. Sotto il profilo architettonico si diffonde rapidamente, soprattutto in Europa, il sistema dell'ospedale a padiglioni. Per esempio in Germania, dove più rapido è lo sviluppo industriale e dove maggiore è la capacità rivendicativa delle classi lavoratrici, anche conseguentemente alla legislazione bismarckiana, nel 1870 viene costruito l'ospedale Moabit di Berlino, con 30 padiglioni di un solo piano isolati fra di loro e senza neppure una pensilina di contatto fra loro. Del 1913 è l'ospedale Virchow di Monaco, con padiglioni a due o tre piani e con pensiline e cunicoli di collegamento. Queste tipologie edilizie vanno interpretate in stretto rapporto ad una situazione epidemiologica che vede prevalere le malattie infettive, e ad un contesto socio-culturale per cui l'isolamento fisico dei malati sembra essere l'unica soluzione di difesa per evitare il contagio.

Ma sono gli Stati Uniti ad evidenziare un modello di organizzazione completamente nuovo dei servizi assistenziali. Nel 1925 viene fondato l'ospedale Ford di Detroit, caratterizzato da un forte

efficientismo aziendale. E' questo il periodo storico in cui si afferma "l'organizzazione scientifica del lavoro", basata su una serie di regole e principi (scientificità dei metodi di lavoro e dei tempi di esecuzione del prodotto; parcellizzazione dei compiti ;separazione fra attività di programmazione ed attività di esecuzione; retribuzione a cottimo; controllo direzionale) che vengono elaborate teoricamente da Frederick Taylor ed applicate da Henry Ford nelle sue officine di produzione di massa delle automobili. Queste idee si estendono oltre l'ambiente di fabbrica, infatti del suo ospedale Henry Ford diceva:

"Grazie alla nostra disposizione un'infermiera é senz'altro in grado di assistere sette malati non gravi. In qualsiasi altro ospedale le infermiere sono costrette a fare molti passi in più. Impiegano più tempo nei loro spostamenti che nella assistenza effettiva ai malati. Questo ospedale é fatto in modo da far risparmiare i passi. " (22)

In particolare vengono introdotte anche qui una serie di operazioni medico-sanitarie parcellizzate, nel senso che si prevede l'esecuzione sul malato (a prescindere dal motivo del ricovero) di prefissati esami diagnostici, che procedono in modo indipendente l'uno dall'altro e che convergono solo alla fine a ricomporre un quadro clinico del paziente. Qui l'ospedale appare come una impresa industriale e commerciale regolata secondo un modello organizzativo che mira a trasporre nell'assistenza sanitaria le metodologie del lavoro di fabbrica . Si e' voluto ricordarlo, perchè ancora oggi affiorano concezioni efficientistiche e manageriali tendenti ad omologare gli ospedali alle aziende.

Negli Stati Uniti si afferma anche una nuova tipologia edilizia ospedaliera. L'impetuoso sviluppo industriale, susseguente al massiccio intervento pubblico nell'economia dopo la crisi del '29, e la conseguente espansione urbana ,sostenuta da un ampio programma di lavori pubblici, pongono nuove condizioni per la ricerca della massima redditività dei suoli: é su questa base economico-strutturale che si impone la forma architettonica dell'ospedale a monoblocco, poiché la struttura a padiglioni era troppo costosa e, soprattutto, richiedeva troppo terreno.

In Italia dopo la fondazione dello Stato unitario erano sorti molti nuovi ospedali per iniziativa dei Comuni andando a formare la rete degli "ospedali di circolo", che si affiancava a quella degli ospedali religiosi privati. Ma entrambi i tipi avevano le stesse caratteristiche di fondo : statuti per la formazione dei consigli amministrativi e per la definizione dei rapporti con la comunità esterna ; l'assenza di precise regole interne di funzionamento; processi esecutivi più di tipo assistenziale che sanitario. Sotto il profilo giuridico-istituzionale é piuttosto significativa la "legge Crispi", di parziale pubblicizzazione delle opere pie. Tale legge del 1890 ( 23 ) , infatti, pur non precisando i caratteri distintivi delle istituzioni di assistenza e beneficenza aventi specifici compiti ospedalieri, né stabilendo alcun tipo di regolamentazione interna, ha avuto dei riflessi indiretti sugli ospedali, attraverso la definizione del domicilio di soccorso e la competenza

passiva degli oneri di ospedalità da parte dei Comuni. Si può considerarla come un primo momento della progressiva autonomizzazione degli enti ospedalieri.

Sotto il profilo tipologico ed organizzativo, durante il regime fascista avvengono alcuni fatti che vanno segnalati perché introducono modifiche significative nel campo del sistema sanitario. In questo periodo si procede a realizzazioni monumentali, finalizzate a sostenere quella cultura demagogica che costituisce il cemento ideologico della politica sociale fascista, come il Nuovo Ospedale Maggiore di Milano, costituito da 17 padiglioni a 5 piani, per una dotazione di 2.000 posti letto. Si avvia ed approfondisce il processo di concentrazione nella rete ospedaliera di tutte le funzioni terapeutiche, negando la possibilità di una sistematica articolazione del sistema sanitario a livello locale; si garantisce e favorisce la sopravvivenza della miriade di enti privati e religiosi. La creazione delle grandi mutue nazionali determina quella situazione di storica separatezza fra le varie strutture sanitarie, che verrà superata solo alla fine degli anni '70. La "legge Petragliani" del 1938 (24) è un illuminante indicatore della situazione del tempo. Si tratta di un testo ponderoso, costituito da un centinaio di articoli, che mirano a dare una regolamentazione minima agli ospedali, per quanto riguarda l'assetto organizzativo ed il personale. Si fa una distinzione fra le "infermerie" (istituti che accolgono malati che non hanno bisogno di cure specializzate e di interventi chirurgici importanti) e gli ospedali, che provvedono alle cure mediche-chirurgiche, ostetrico-ginecologiche, pediatriche e specializzate. Ma si definisce anche il gruppo degli "ospedali specializzati": i sanatori, gli ospedali post-sanatoriali, gli ospedali per malattie contagiose e gli istituti per la cura di altre speciali malattie, da determinarsi con decreto del ministro dell'interno. Gli ospedali vengono suddivisi in tre categorie, differenziate in rapporto alla media delle degenze giornaliere ed alla dotazione di specialità mediche. L'organizzazione interna configura un organigramma strutturato in sezioni, divisioni e reparti ("settore dell'ospedale dove si eseguono determinate e specifiche cure"). Il modello di politica sanitaria sottostante a questa legge può essere così riassunto: mantenimento della assoluta autonomia dei vari enti gestori; minima razionalizzazione dell'ordinamento interno; sviluppo della specializzazione; classificazione qualitativa fra tipi di ospedale basata sull'entità delle risorse.

Nonostante l'indubbia evoluzione organizzativa che si intravede ed intuisce attraverso la precedente descrizione, l'ospedale continuava a mantenere visibile ed operante la funzione assistenziale delle origini: è il rapporto di lavoro dei medici ad evidenziare questa persistenza. Fino agli anni '60 la legge italiana sul personale ospedaliero rifletteva in modo preciso la struttura di un ospedale inteso come "albergo dei poveri" e come luogo dove i poveri servono ai medici per imparare e "farsi la mano". Infatti nella triplice gerarchia dei medici ospedalieri (primari, aiuti, assistenti), l'assistente poteva avere un contratto di tre anni, rinnovabile una volta, e l'aiuto un contratto di quattro, rinnovabile una volta. Succedeva che la maggior parte dei medici ospedalieri che non faceva carriera restava in ospedale sei anni e poi se ne andava; quei

pochi che facevano carriera potevano restare sei anni come assistenti e otto come aiuti: cominciando la professione a venticinque anni se ne dovevano andare a quaranta. L'unica persona che aveva un contratto a tempo indefinito era il primario, il quale costituiva l'unico elemento permanente, le altre erano figure che avevano una presenza provvisoria. Perché questo? Perché si concepiva l'ospedale come il luogo in cui il medico andava a fare pratica, per poi affrontare la libera professione. Si tratta, cioè, della concezione dell'ospedale come luogo di scambio: dare ospitalità ai malati poveri ed avere in cambio l'uso dei loro corpi a scopo di formazione. Proprio come era avvenuto nel '700, con la fondazione della medicina clinica. Questa situazione portò a forti tensioni negli ospedali, non solo quando si sviluppò una certa coscienza sociale, ma soprattutto quando entrò in contraddizione con lo stesso progresso scientifico. Infatti se un tempo si poteva pensare che il giovane medico fosse in grado di imparare il mestiere con tre o sei anni di assistentato, questo diventa sempre meno possibile nell'epoca contemporanea. Ad esempio, la tecnica chirurgica (toracica, cardiaca, neurologica, ecc.) richiede un elevato contenuto professionale dell'atto clinico, un perfezionamento continuo, una pratica permanente: tutti elementi che sono possibili solamente se l'elemento stabile dell'ospedale non è unicamente il primario, ma una intera équipe medica. In altri termini, essendo l'ospedale un luogo di cure difficili e complesse, esso non può più fornire "pratica clinica" da utilizzare altrove, ma deve poter trattenere le professionalità che lì si sono formate. Infatti, dal momento che gli ospedali non potevano privarsi di questi medici, succedeva che costoro si trovavano in situazioni illegittime: il rapporto veniva mantenuto con "assegni ad personam", con borse di studio particolari, o con altre modalità di compenso. Il principio della stabilità di carriera dei medici ospedalieri è stato conquistato soltanto negli anni '60, dopo molte agitazioni e lotte di categoria, ed oggi la situazione appare ribaltata rispetto al passato in quanto è l'ospedale ad essere la struttura di consolidamento del prestigio sociale dei medici:

"I medici ospedalieri costituiscono il principale esempio di professionalizzazione organizzativa, ovvero di inserimento di una comunità professionale in una struttura formale di autorità "(25).

Stabilità di carriera e stato giuridico dei medici ospedalieri sono il risultato di questo lungo processo che intreccia istituzioni, progresso scientifico, identità professionali.

#### 4. LEGGE E ORGANIZZAZIONE

La legislazione ospedaliera italiana ha risentito, con tempi di adattamento piuttosto lenti, di questo contesto in continua trasformazione: i due momenti cruciali sono le leggi ospedaliere del biennio 1968-1969 (26) e la riforma sanitaria del 1978.

Con la cosiddetta "legge Mariotti" e successivi decreti, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che provvedono al ricovero e alla cura degli infermi sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri. Per dare un giusto peso a questa innovazione occorre ricordare che lo sviluppo spontaneo degli ospedali del periodo precedente aveva creato una rete ospedaliera gestita da amministrazioni diversissime fra loro: IPAB, Comuni e Province, enti parastatali (come l'INPS), ecc.. Tutto questo aggregato di strutture si era evoluto in assenza di indirizzi di politica sanitaria coerenti con le scelte urbanistico-territoriali e con quelle di sviluppo socio-economico e sotto l'impulso dei soggetti più diversi (caritativi, politici, finanziari, municipalistici). Si tratta, quindi, di una importante pubblicizzazione, soprattutto delle opere pie che la legge Crispi non aveva intaccato.

Vengono identificate alcune fisionomie tipiche degli ospedali secondo l'impostazione già introdotta dalla legge Petragliani: ospedali zionali (presidi capaci di assicurare un pronto intervento medico-chirurgico); ospedali provinciali (dotati di un maggior numero di specializzazioni); ospedali regionali (dotati di specialità mediche molto particolari).

Passando alla struttura organizzativa interna (27), gli ospedali vengono articolati nelle seguenti unità operative:

- a. le DIVISIONI, costituite da due o più sezioni, ciascuna con un numero di posti letto oscillante fra 50 e 100;
- b. i SERVIZI SPECIALI, che non dovrebbero disporre di posti letto (o con un massimo di quindici) e che sono identificati come settori di supporto diagnostico-specialistico alle divisioni di cura.

In ciascuna divisione o servizio speciale il sistema gerarchico è costituito da una piramide che dal primario passa agli aiuti (uno per ogni sezione), agli assistenti, al personale infermieristico con funzioni di caposala, agli infermieri professionali, agli ausiliari.

Sono stabiliti i criteri per la dotazione minima del personale medico addetto alle singole divisioni ed ai servizi e del personale paramedico, secondo il principio della prestazione di un'effettiva assistenza minima di 120 minuti per 24 ore per malato.

Nella loro applicazione queste leggi si sono rivelate troppo categoriche, poiché non permettono quella flessibilità necessaria ad adeguarsi alle nuove esigenze. E', per così dire, una normativa reattiva, che reagisce ad una totale mancanza di regolamentazione istituendone una eccessivamente rigida. Basta segnalare una delle conseguenze di tale rigidità. Per diminuire le lunghe degenze in certe divisioni specializzate (es. urologia) bisognerebbe attrezzare meglio i reparti, dotandoli di tecnologie sanitarie adeguate e aumentando il personale. Ma questo non è possibile, perché, paradossalmente, al fine di diminuire i tempi di degenza bisognerebbe

aumentare i posti letto, in quanto la legge vincola l'incremento di personale a quello dei posti letto.

Per quanto riguarda il personale, la previsione che i medici possano scegliere tra il tempo pieno ed il tempo definito ha istituzionalizzato la figura del medico "a mezzo servizio". Chi opta per il tempo definito, che consente l'attività professionale extra-ospedaliera, guadagna senz'altro di più del sanitario a tempo pieno, al quale è vietata la libera professione al di fuori dell'ospedale. Ma gli è permessa all'interno: è quindi possibile anche per lui "arrotondare" lo stipendio, che può essere ulteriormente aumentato con i proventi delle camere a pagamento. La professione medica, nel suo complesso, risulta ancora più segmentata, quando si presta attenzione alle diverse collocazioni lavorative.

Negli anni successivi si è verificato un incremento dei costi, in parte dovuto agli obblighi di adeguare le piante organiche alle richieste della riforma, ma soprattutto a causa della assenza di programmazione: il previsto piano ospedaliero nazionale non è mai stato adottato e l'autonomia decisionale dei consigli di amministrazione ha fatto il resto. Le tensioni provocate dai continui indebitamenti delle mutue nei confronti degli enti ospedalieri hanno portato ad una successiva legge (28), che potremmo definire di "regionalizzazione della finanza ospedaliera". Nel loro insieme questi provvedimenti settoriali hanno comportato molti effetti negativi, come: la dilatazione artificiosa dei posti-letto; la creazione di ospedali con bacini di utenza molto piccoli e quindi diseconomici; elevati tassi di ospedalizzazione e bassi tassi di saturazione.

Ma il limite maggiore di questo gruppo di legge è stato quello di avere squilibrato in modo pressochè definitivo il sistema sanitario italiano: l'ospedale ha acquistato un ruolo assolutamente preminente nelle politiche di spesa e di investimento, tanto che risulta altamente problematica l'opera di riconversione dalla centralità della cura a quella della prevenzione.

La legge di riforma sanitaria (29) sopprime gli enti ospedalieri e ne trasferisce le strutture operative alle Unità sanitarie locali, che debbono provvedere "all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche" (art.14). In tal senso gli ospedali possono essere definiti come le strutture dell'USL che provvedono alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione quando non sia possibile provvedere in modo efficace con prestazioni ambulatoriali e domiciliari (30). Questa nuova definizione del ruolo dell'ospedale ha una serie di conseguenze :

- il superamento delle distinzioni basate sulla destinazione funzionale (qualifica) e cioè sul tipo di ospedale (generale, specializzato, per lungo degenti e per convalescenti), nonché sulla sua classificazione (di zona, provinciale, regionale);
- le regioni sono completamente delegate a disciplinare con proprie leggi l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti secondo i seguenti principi: dell'integrazione funzionale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari; del collegamento tra servizi intra ed extra ospedalieri ; dell'integrazione delle competenze.

Non viene però superata la specifica normativa degli anni '60, infatti gli "stabilimenti ospedalieri" devono essere dotati dei requisiti minimi già previsti nella legge 132/1968.

La legge 833/1978 propone un modello di integrazione dell'ospedale all'interno dell'USL, ma prevede, contemporaneamente, una deroga: i servizi ospedalieri che, per le finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione include più di una USL, possono essere dichiarati, con legge regionale, Presidi multizonali ed avere una autonoma amministrazione. Ad esempio in Lombardia tale classificazione è stata attribuita a tredici ospedali, di cui sei nella sola città di Milano.

L'eccezione prevista ed il comportamento abbastanza generalizzato delle Regioni, segnalano che l'operazione culturale e politica della riforma sanitaria incontra molti ostacoli, provenienti dai gruppi professionali e dal potere politico locale, in sede di attuazione.

Pur essendo l'ospedale una delle istituzioni più importanti della nostra epoca, in Italia ci sono poche esaurienti ricerche sociologiche sull'argomento. Recentemente la pubblicistica scientifica si è arricchita di vari contributi (31), tutti però rivolti ad esaminare l'organizzazione dell'ospedale: è difficile, invece, trovare una ricerca, per esempio sul modo in cui i medici trattano i pazienti in rapporto alla classe sociale.

Per rimanere nell'ambito della analisi organizzativa, la riflessione sociologica si è soffermata sull'ospedale visto come un'organizzazione complessa:

"La complessità si manifesta innanzitutto come pluralità degli scopi funzione di quest'istituzione, che è riconducibile alla sua storia, alla molteplicità di servizi eterogenei che vengono richiesti e alla evoluzione della domanda di salute in conformità alla strategia di politica sanitaria adottata dal governo e dai soggetti sociali (32).

Dall'analisi condotta nelle pagine precedenti emerge la visione di un ospedale inteso come sottosistema integrato di servizi dell'USL, che ha la possibilità di mantenere una certa autonomia rispetto al sistema generale che è il Servizio sanitario nazionale. In relazione a ciò può essere utile tenere conto di un principio che in fisica si chiama entropia:

"La centralizzazione, la maggiore specializzazione e la maggiore complessità delle attrezzature si traducono tutte in un maggiore dispendio di energia. Quanta più energia viene spesa in campo medico tanto maggiori sono i corrispondenti disordini che si creano" (33)

Questa legge fisica dell'entropia si presta bene a descrivere la realtà delle organizzazioni complesse. Secondo questo principio della termodinamica nei sistemi, col passare del tempo, si riscontra una dispersione-degradazione di energia inevitabile.

"Se non si adottano gli opportuni accorgimenti si produce prima un disequilibrio del sistema, poi l'immobilismo. Nel calcolo delle probabilità l'entropia misura l'ordine-disordine che finisce per assumere un sistema di elementi in determinati momenti di tempo. Ordine è

come dire prevedibilità delle risposte, disordine-imprevedibilità, perciò entropia é anche il grado di incertezza connesso alla realizzazione di eventi" (34).

Un esempio di massimo disordine lo ricaviamo dalle ricorrenti informazioni sulle infezioni ospedaliere: su 9 milioni di ricoveri all'anno , 500.000 pazienti contraggono un'infezione. Nella maggior parte dei casi si tratta di un'infezione urinaria o di un'infezione della ferita chirurgica o di infezioni benigne che prolungano le degenze di 9 giorni in media. Ma nel 25% dei casi si tratta di polmonite ospedaliera o, peggio, di una sepsi, infezione associata ad una elevata letalità (35) Le possibilità di ridurre l'entropia (cioé di far riprendere energia alle USL ed agli ospedali) sono diverse. L'incertezza, il disordine, la scarsa prevedibilità che tendono comunque ad aumentare con il passaggio del tempo si riducono quando c'è una nuova immissione di energie dall'esterno. Quando cioè aumenta la capacità di guida, di intervento, di programmazione del sistema , come ad esempio la riproposizione del processo socio-culturale che ha portato alla riforma. Lo stesso risultato lo si raggiunge quando si attivano controlli tecnici (da qui un ruolo importante dei sistemi informativi) ma soprattutto i controlli sociali. E a quest'ultimo proposito può essere appropriato concludere con le parole di Giovanni Michelucci, uno dei massimi architetti del '900, che in questi anni sta mettendo a disposizione tutta la sua intelligenza ed esperienza nell'analisi del rapporto fra istituzioni della salute e spazi urbani (36):

"La città ha creduto spesso di rispondere a criteri di maggiore efficienza tecnica relegando la funzione della salute in appositi edifici, gli ospedali, che, per la maggior parte dei casi, dovrebbero rimettere in condizione di tornare ad essere attivi cittadini il cui organismo é deteriorato dagli stessi meccanismi della vita urbana"..."La città, cioè, non predispone all'interno della propria crescita spazi e funzioni adeguati per tutti coloro che devono ricorrere ad una terapia e che potrebbero essere curati senza interrompere il normale svolgimento delle proprie attività. La città ,dunque, allontana da sé non solo il concetto di malattia, ma anche quello di prevenzione e tutti quei sottili legami, clturalmente indispensabili, che fanno sì che che non ci siano mai, all'interno di una comunità, persone totalmente sane o totalmente malate. Quando questa rigida distinzione viene operata, la città diventa più intransigente verso i cittadini definiti sani" ... "L'ospedale, d'altra parte sovraffollato, da pazienti che in una città provvista di una cultura sanitaria non avrebbero bisogno di ricorrere al ricovero, diventa un organismo non solo poco funzionale, rispetto ai malati più gravi, ma anche necessariamente autoritario ".

Da ciò discende la necessità di progettare spazi intermedi fra città e ospedale: "una forma urbana in cui fossero presenti tutte le attività che un cittadino può desiderare di svolgere, ma in cui naturalmente l'aspetto prevalente fosse il recupero della salute e forse la speranza di forme di vita meno alienanti". Come nel progetto dell'ospedale di Sarzana, in cui la dislocazione delle funzioni é pensata in modo che all'inizio si trovino attrezzature pertinenti più ad una città che

ad un ospedale vero e proprio (uffici USL, pronto soccorso, poliambulatorio, day hospital, aule universitarie, ma anche la mensa ristorante, il bar, i negozi):

"Si é tentato di delineare ,attraverso le funzioni, un percorso urbano, ricostruendo, all'interno dell'ospedale, non tanto l'aspetto formale della strada e della piazza, quanto un tipo di giornata, di occasione di incontri, di rapporti fra i vari protagonisti dell'edificio"...

"Man mano che ci si addentra nel complesso, si incontra, ovviamente, una parte dell'ospedale dove é necessario che prevalgano i criteri della degenza e del silenzio. Questa parte centrale dell'edificio é, credo, l'unico aspetto della struttura sanitaria difficilmente modificabile, perché qui la malattia é davvero protagonista".

-NOTE

NOTE

1) Dati ricavati dalle seguenti pubblicazioni: Istat, Statistiche storiche dell'Italia 1861-1975, Roma 1976; Istat, Annuario statistico italiano 1985, Roma 1986.

2) Rieff P., The mind of the moralist, Doubleday & Co, Garden City, 1961 (citato in :Agnetti G., Barbato A., "Ruolo del malato, definizione dello stato di malattia e modelli di comunicazione nelle istituzioni ospedaliere", in *Unita' sanitaria* n. 39/40 1982, p.15.)

3) Althusser L., "Ideologia e apparati ideologici di Stato", in *Critica marxista* n.5 1970, p.23-65.

4) Rohde J.J., "Sociologia e psicologia sociale della sfera clinica", in *Il Mulino* n.XXII 1973, pp.588-614 . Questo saggio é stato successivamente ripubblicato in: Maccacaro G.A. e Martinelli A. ( a cura di), SOCIOLOGIA DELLA MEDICINA, Feltrinelli, Milano 1977 pagg.257-281 e in Abbatecola G. e Melocchi L. ( a cura di) , IL POTERE DELLE MEDICINA, Etas Libri Milano 1977, pp.194-215.

- 5) Si segnalano ,per il profilo storico: Frascani P.,OSPEDALE E SOCIETA' IN ETA' LIBERALE, Il Mulino, Bologna 1986, p.270: Cosmacini G.,STORIA DELLA MEDICINA E DELLA SANITA' IN ITALIA,Laterza, Bari 1987, p.446.
- 6) Si veda: Foucault M.,NASCITA DELLA CLINICA,Einaudi, Torino 1969, p.6.
- 7) Devoto G.,AVVIAMENTO ALLA ETIMOLOGIA ITALIANA, Mondadori, Milano 1979,p.294
- 8) In : Simon N., Sainte Fare Garnot N.,"Parigi degli ospedali",in Kos n.4 1984, Franco Maria Ricci Editore, p.103. I gatés erano le persone affette da malattie veneree, che venivano relegate nell'ospedale generale a condizione di aver prima subito la correzione e la sferza.
- 9) Per una analisi specifica dell'argomento:Cosmacini G., Storia della medicina, op.cit.,p.61-68.
- 10) In Simon N., Sainte Faire Garnot,op.cit.p.97.
- 11) Engels F.,LA SITUAZIONE DELLA CLASSE OPERAIA IN INGHILTERRA,Samonà Savelli, Roma 1970
- 12)Foucault M., "Maladie mentale et psychologie",in Steudler F.,SOCIOLOGIE MEDICALE, Colin, Paris 1972, p.98.
- 13) Al proposito si veda: Manoukian A.( a cura di), FAMIGLIA E MATRIMONIO NEL CAPITALISMO EUROPEO, Il Mulino Bologna 1974,pagg.257-303.
- 14) Shryock R.H., STORIA DELLA MEDICINA NELLA SOCIETA' MODERNA,Isedi Milano 1977,p. 14.
- 15) Per questa parte si veda:Conti L.,Lamera C., TECNOLOGIA DALLE ORIGINI AL 2000, Mondadori Milano 1981, pp.340 ; Lilley S.; STORIA DELLA TECNICA, Einaudi Torino 1961 ,pp.362; Forbes R.J.,L'UOMO FA IL MONDO,Einaudi Torino 1960,pp.374.
- 16) Capra F.,IL PUNTO DI SVOLTA,Feltrinelli, Milano 1987, p.91.
- 17) Capra F.,op.cit.,p.104.

- 18) Foucault M., NASCITA DELLA CLINICA, op. cit. p.34.
- 19) Shryock R.H., op.cit., pag.32
- 20) Foucault M., NASCITA DELLA CLINICA, Einaupag.13.
- 21) Foucault M., NASCITA DELLA CLINICA, op.cit., pag.45
- 22) Behne A., L'ARCHITETTURA FUNZIONALE, Vallecchi, Firenze p.30.
- 23) Legge 17.6.1890 n.6972 e relativo regolamento n. 99 del 5.2.1891.
- 24) R.D. 30.8.1938 n.1631, Ordinamento ospedaliero generale
- 25) In: IRER, GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE ricerca condotta da Antonio Brenna e Alberto Martinelli, Angeli, Milano 1984, p.42
- 26) Legge 12.2.1968 n.132 ENTI OSPEDALIERI E ASSISTENZA OSPEDALIERA; D.P.R. 27.3.1969 n. 128 ORDINAMENTO INTERNO DEI SERVIZI OSPEDALIERI; D.P.R. 27.3.1969 n.129 ORDINAMENTO INTERNO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DELLE CLINICHE E ISTITUTI UNIVERSITARI DI RICOVERO E CURA; D.P.R. 27.3.1969 n.130 STATO GIURIDICO DEI DIPENDENTI DEGLI ENTI OSPEDALIERI.
- 27) \_ Per una circostanziata analisi organizzativa di un ospedale di 1694 dipendenti e 1144 posti letto si veda: Ferrario P. "ORGANIZZAZIONE E COMUNICAZIONE: UN'ESPERIENZA", in Devianza ed Emarginazione n.1 1984 ,Editiemme Milano. p.63-80.
- 28) Legge 17 agosto 1974 n.386 Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri.
- 29) Legge 23.12.1978 n.833, ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.
- 30) In: Ferrario P., L'UNITA' SOCIO-SANITARIA LOCALE IN LOMBARDIA, Edizioni Simone, Napoli 1986, p.35.

- 31) Vedi nota 25. Inoltre: Tricarico "BUROCRAZIA E PROFESSIONI: IL CASO DEI MEDICI NELL'OSPEDALE GENERALE", in Rassegna di sociologia n.1 1981,p.85-120; Maggi B., L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE, in Quaderni di sociologia n.4 1980/1981,p.664-684. Deve essere anche ricordata una ricerca sull'assistenza infermieristica che risale alla fine degli anni '60: Vianello M.,CONTRIBUTO ALLA CRITICA DELLA TEORIA CLASSICA DELL'ORGANIZZAZIONE,Angeli, Milano 1973,p.634; Vianello M.,LA STRUTTURA DEI SERVIZI INFERMIERISTICI NEGLI OSPEDALI GENERALI, Bulzoni, Roma 1968,p.203.
- 32)In Irer,GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE, op.cit.,
- 33)In Rifkin J., ENTROPIA, Mondadori, Milano 1982,p.193.
- 34) In : Lucchetti M., SANITA':DOPO LA LEGGE L'ORGANIZZAZIONE DEGLI IDEALI, Ancona 1985.
- 35) Relazione ad un simposio internazionale organizzato dall'Istituto superiore della sanità ,dall'OMS e da CNR, riportata dai quotidiani il 29 aprile 1987.
- 36) Le citazioni sono tratte da : Michelucci G.,UNA STRUTTURA PER L'UOMO,in Salute e Territorio n.36 1984,p.49-49 .

*a cura di*  
Mara Tognetti Bordogna

# I confini della salute

Paradigmi da contestualizzare

COLLANA DI SOCIOLOGIA

FRANCO ANGELI

<b>4. Egemonia dello sviluppo inuguale ed immigrazione</b>	<b>p.</b>	<b>49</b>
Bibliografia di riferimento	»	55
<b>3. Medicine alternative: vecchie o nuove forme di cura?</b> , di <i>M. Tognetti Bordogna</i>	»	59
1. Premessa	»	59
2. Uso e conoscenza	»	60
3. La realtà italiana	»	64
4. Le questioni del dibattito	»	67
5. La situazione istituzionale	»	72
6. Conclusioni parziali	»	79
<b>4. Il self-help: tra innovazione e ritorno</b> , di <i>N. Losi</i>	»	83
1. Premessa	»	83
2. Dualità nel self-help: la relazione tra bisogno e offerta di aiuto	»	84
3. Il rapporto tra medico e paziente	»	85
4. Il ruolo delle esperienze di self-help	»	86
5. La letteratura	»	89
6. La ricerca sull'automedicazione in Italia	»	94
6.1. Le linee programmatiche delle organizzazioni internazionali	»	97
7. Conclusioni	»	98
Bibliografia di riferimento	»	99

## PARADIGMI DI CONFINE

<b>5. Pensare l'etica medica oggi. La nozione di salute e i valori dell'uomo, ovvero valutazione del patologico e problematica etica</b> , di <i>P. Cattorini</i>	»	103
1. Premessa. Quale nozione di salute/malattia?	»	103
2. La salute come normatività	»	105
3. La complessità della medicina	»	110
4. Dimensioni del valutare in medicina	»	111
5. Corpo e persona	»	112
6. Etica e deontologia	»	113
7. Un problema specifico. Quale indipendenza professionale?	»	114



## Bibliografia di riferimento

- 6. Eziologie sociali della malattia mentale, di G. Micheli** » 119
1. Eziologie sociali e «storia della vita interiore» » 119
2. Psicosociogenesi della sofferenza » 121
3. Le dimensioni della psicosociogenesi: a) la relazionalità » 125
4. Le dimensioni della psicosociogenesi: b) le strutture del tempo e dello spazio » 129
- 7. Dal virus all'epidemiologia, di F. Taroni** » 141
1. Sunt nomina rerum » 142
2. Favole di ragione » 144
3. Spiegazione e previsione » 147
- Bibliografia di riferimento » 148
- 8. Educazione sanitaria, comportamento e salute, di G. Pelissero** » 149
1. Comportamento e salute » 149
2. Come intervenire? » 151
3. L'educazione sanitaria » 153
4. Problemi organizzativi » 157
5. Prospettive e limiti dell'educazione sanitaria » 163

## LE ISTITUZIONI

- 9. Quando la paziente è donna. Ricerche sociolinguistiche sull'interazione medico-paziente, di F. Pizzini** » 167
1. Premessa sullo studio dell'interazione in sociologia » 167
- 1.1. Linguaggio e interazione sociale » 168
- 1.2. Linguaggio struttura sociale » 170
- 1.3. L'interazione medico-paziente » 172
2. Esempi di ricerche sull'interazione medico-paziente in campo ostetrico-ginecologico » 174

2.1. Ricerche sul pap-test e l'isterectomia	p. 1
2.2. Ricerche sulla contraccezione	» 1
2.3. Ricerche sulla visita ginecologica	» 1
2.4. Ricerca sul parto	» 1
<b>10. Il «senso» della malattia psichica e l'evoluzione dei suoi luoghi, di B. Saraceno</b>	» 1
1. Premessa	» 1
2. Una storia di luoghi	» 1
3. Il «senso» della malattia e l'evoluzione dei suoi luoghi	» 2
4. Cultura medica e cultura sanitaria: dal «caso» alla popolazione	» 2
5. Servizi psichiatrici e sistema sanitario	» 2
Bibliografia ragionata per l'approfondimento dei temi proposti	» 2
<b>11. Gli ospedali: origini e tendenze attuali, di P. Ferrario</b>	» 2
1. Funzione assistenziale e mercato del lavoro	» 2
2. Medicina clinica e ospedali	» 2
3. Il moderno ospedale	» 2
4. Legge e organizzazione	» 2

## EPILOGO

<b>12. Il segreto della malattia, di E. Morpurgo</b>	» 2
--	-----