

SALADINO CRAMAROSSA

LA DISTRIBUZIONE ORGANI  
CA NAZIONALE E REGIONA  
LE DEI SERVIZI OSPEDALIERI

*mic B*  
*OK*  
*38*

| Regioni                      | Numero<br>degli<br>ospedali | Numero<br>dei<br>letti | Rapporto<br>per 1000<br>abitanti |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------------|
| Piemonte . . . . .           | 218                         | 18.308                 | 5,2                              |
| Liguria . . . . .            | 67                          | 9.442                  | 6,4                              |
| Lombardia . . . . .          | 201                         | 26.552                 | 4,7                              |
| Venezia Tridentina . . . . . | 32                          | 3.056                  | 4,6                              |
| Veneto . . . . .             | 104                         | 20.281                 | 4,8                              |
| Venezia Giulia . . . . .     | 26                          | 5.577                  | 5,6                              |
| Emilia . . . . .             | 118                         | 14.146                 | 4,3                              |
| Toscana . . . . .            | 107                         | 15.287                 | 5,2                              |
| Marche . . . . .             | 121                         | 4.346                  | 3,5                              |
| Umbria . . . . .             | 30                          | 1.933                  | 2,7                              |
| Lazio . . . . .              | 104                         | 11.208                 | 4,4                              |
| Abruzzo e Molise . . . . .   | 27                          | 2.161                  | 1,4                              |
| Campania . . . . .           | 61                          | 5.062                  | 1,4                              |
| Puglie . . . . .             | 76                          | 4.398                  | 1,7                              |
| Lucania . . . . .            | 9                           | 304                    | 0,6                              |
| Calabria . . . . .           | 23                          | 1.233                  | 0,7                              |
| Sicilia . . . . .            | 132                         | 8.757                  | 2,2                              |
| Sardegna . . . . .           | 18                          | 1.526                  | 1,5                              |
| <i>Regno . . .</i>           | <i>1.474</i>                | <i>153.577</i>         | <i>3,6</i>                       |

Se per un momento il pensiero ritorna alle magistrali relazioni del Di Vestea (1901-1906), in favore di un organico riordinamento igienico dei vecchi ospedali, coordinato « ad un'azione profilattico-sanatoriale di Stato contro la tubercolosi » e si considera che durante il periodo bellico e nel subito dopo-guerra tutte le opere pubbliche, per intuitive ragioni, segnarono il passo, si comprende quanto alacre sia stato il lavoro di ricostruzione e quanto cospicuo lo sforzo economico compiuto in quest'ultimo quindicennio dagli Enti pubblici di beneficenza ed assistenza, dallo Stato, dai Comuni, dalle Provincie e dagli Istituti parastatali per raddoppiare quasi le disponibilità dei posti-letto.

Permane tuttora una sensibile sperequazione fra nord e sud Italia nella distribuzione dei posti-letto, ma giova notare che di questo rinnovamento va particolarmente avvantaggiandosi l'Italia meridionale.

Salvo poche eccezioni, gli ospedali sono retti da istituti di assistenza e beneficenza pubblica aventi una propria dotazione patrimoniale.

Il loro patrimonio si calcolava in 3.011.426.700 di lire alla fine del 1934, ma il patrimonio complessivo degli istituti di assistenza e beneficenza pubblica supera gli otto miliardi di lire. Il contributo che detti istituti portano all'assistenza ospedaliera, le cui spese gravano duramente sui bilanci comunali, è quindi di non lieve entità.

\* \* \*

Era necessario premettere queste notizie sull'ordinamento dell'assistenza ospedaliera e sullo stato patrimoniale degli Enti ai quali essa è affidata, per comprendere lo spirito informatore della legislazione italiana in materia ospedaliera. Com'è noto, questa complessa materia era disciplinata, fino al 1923, dalle disposizioni contenute nelle leggi 17 luglio, 1890, n. 6972, e 18 luglio 1904, n. 390, le quali, pur affermando il diritto dello Stato a vigilare, coordinare, indirizzare ed integrare, se del caso, l'attività degli istituti di beneficenza, rappresentarono quasi un compromesso del contrasto delineatosi particolarmente acuto sul principio del secolo XIX, fra la tendenza liberistico-individuale della beneficenza e quella giuridico-statale. Chè in realtà una larga autonomia, sia in fatto di organizzazione e di disciplina interna, sia in fatto di attrezzatura tecnica e scientifica, dette leggi concessero agli ospedali, allo scopo di conservar loro il più possibile il carattere di istituto di beneficenza, la cui attività doveva trovare nel concorso spontaneo della carità privata il suo particolare valore etico e la sua perenne sorgente alimentatrice.

Sarà solo molto più tardi, per merito del Regime, che il concetto di beneficenza evolverà verso « *quello più vasto e profondo di assistenza* » e si estrinsecherà in forme di assistenza socialmente sempre più perfette ed atte a raggiungere « *l'attuazione piena della solidarietà nazionale* » (Mussolini).

È infatti col R. D. 30-XII-1923, n. 2889, successivamente ritoccato con legge 17 giugno 1926, n. 1187, che « le istituzioni pubbliche di beneficenza » assumono la denominazione di « istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ».

Fu questo senza dubbio un notevole passo avanti nella concezione giuridico-statale della beneficenza, ma esso avrebbe avuto il valore di una semplice affermazione teorica, — sia per la tenace sopravvivenza di quelle storiche tradizioni per le quali l'assistenza ospedaliera dovrebbe attuarsi come una forma di pubblica beneficenza, sia per l'eccessivo timore che l'ingerenza statale potesse isterilire le fonti della beneficenza spontanea o facoltativa —, senza quell'insigne documento di politica economica, assistenziale e sociale che è la « *Carta del Lavoro* » promulgata il 21 aprile 1927.

Con la proclamazione della parità di diritto fra le classi sociali, con la fondazione delle autarchie sindacali, con il riconoscere allo Stato il massimo di funzioni, la « *Carta del Lavoro* » affida allo Stato medesimo il compito di promuovere l'assicurazione delle malattie professionali e della tubercolosi, « *come avviamento all'assicurazione generale contro tutte le malattie* », ed ai datori di lavoro ed ai prestatori d'opera la costituzione di casse mutue per malattia.

L'intervento diretto dello Stato e quello delle « Associazioni sindacali legalmente riconosciute », conferiscono all'assistenza ospedaliera un contenuto squisitamente igienico-sanitario e sociale, in quanto la elevano dal piano delle forme di prestazioni di carattere caritativo per farne, nelle mani dello Stato, attuato ormai « come unità morale, politica ed economica », con la collaborazione delle sue « Istituzioni popolari », un'arma potente di difesa della salute del popolo.

Con altro dire, l'assistenza ospedaliera in Italia, allo stato attuale di perfezione raggiunto dal suo assetto tecnico e legislativo in materia d'igiene e sanità pubblica e dal suo Ordinamento Sindacale Corporativo, non può essere considerata una funzione della pubblica beneficenza.

L'assistenza ospedaliera rientra ormai nel grande quadro dell'opera di ricostruzione igienico-sanitaria che lo Stato va svolgendo, e perciò essa, sotto la guida del Ministero dell'Interno, cui spetta per l'art. 1 del Testo Unico delle leggi sanitarie, 27 luglio 1934, n. 1265, provvedere « alla tutela della sanità pubblica », va adeguandosi sia nel campo dell'edilizia e dell'attrezzamento, sia in quello della preparazione del personale medico, infermieristico e di servizio, alle nuove funzioni, *profilattica ed educativa*, oggi commesse agli ospedali sullo stesso piano di importanza della funzione terapeutica.

In rapporto a questi nuovi compiti, che fanno degli ospedali, secondo la concettosa definizione dell'Alter, « *Keine Welt für sich, sondern ein dienendes Glied der Gesundheitsfürsorge* », in tutti gli Stati civili essi sono chiamati a partecipare attivamente alla difesa sanitaria della popolazione. A tale scopo si invoca una razionale disciplina nella distribuzione dell'assistenza ospedaliera, in modo che questa possa essere assicurata in tutto il territorio nazionale, secondo le reali esigenze della popolazione delle diverse regioni e provincie, e prestata in piena aderenza ai progressi della igiene ospedaliera.

Per attuare in modo razionale, sia sotto il riguardo tecnico-amministrativo, sia sotto il riguardo igienico-sanitario, una siffatta distribuzione dei servizi ospedalieri sono state prospettate dagli esperti della materia varie soluzioni.

In Germania l'Alter auspica da anni la istituzione di un Ufficio Sanitario Centrale, affidato ad una forte personalità tecnica e politica, da considerarsi un vero e proprio *Reichsgesundheitsführer* (R. G. F.).

Detto Ufficio Sanitario non dovrebbe nè costituire nè dipendere da un Ministero; dovrebbe costituire invece un Commissariato per la sanità pubblica facente parte della Cancelleria di Stato, in modo da assicurare alle attività del R. G. F. il concorso di tutti gli altri rami dell'Amministrazione statale. La riforma prevede la suddivisione del territorio nazionale in tante provincie sanitarie non

corrispondenti per comprensorio a quelle politiche, con a capo dei *Provinzgesundheitsführer* (P. G. F.), ed, in caso di provincie molto estese o con popolazione assai densa, la suddivisione di esse in « centri sanitari circondariali », con a capo dei *Kreisgesundheitsführer* (K. G. F.).

Gli Uffici sanitari provinciali dovrebbero avere sede presso grandi ospedali generali od istituti universitari, provvisti di tutte le specialità medico-chirurgiche e di tutti i più moderni servizi igienico-sociali, in modo da poter costituire, sotto la guida dei P. G. F., centri attrezzatissimi per tutta l'assistenza ospedaliera, nonchè per tutte le attività igienico-sociali della provincia. Di conseguenza essi dovrebbero controllare, coordinare, ed integrare l'opera degli altri ospedali della provincia.

Alle dipendenze degli Uffici provinciali analoga azione dovrebbero svolgere gli Uffici circondariali nell'ambito del proprio territorio.

La inderogabile premessa di una tale organizzazione centrale dovrebbe essere, secondo l'Alter, una classificazione degli istituti di cura, fondata sulla loro idoneità per locali, per attrezzamento e per personale, ad esercitare tutte le funzioni che egli attribuisce agli ospedali a seconda della categoria, e la conseguente trasformazione o soppressione di quegli istituti che, mancanti di tali requisiti, sono da considerarsi dannosi sia per l'economia generale, sia per la illecita concorrenza che il più delle volte esercitano, con pregiudizio della stessa assistenza, a danno dei grandi ospedali prescelti come centri di assistenza provinciale.

Attraverso questa divisione degli ospedali in categorie e la subordinazione di tutti gli istituti di cura di ogni provincia all'ospedale di prima categoria più importante avente sede nel capoluogo, l'Alter mira alla creazione di organismi sanitari provinciali di buon rendimento economico ed igienico-sanitario, collegati fra di loro ad opera del R. G. F.

Su basi non molto diverse riposa il noto ordinamento ospedaliero « *das Planetensystem* », autorevolmente proposto da H. Distel, secondo il quale ogni Stato dovrebbe dividere il proprio territorio in zone sanitarie, provviste di uno o più impianti completi (pianeti) e di alcuni impianti minori (satelliti) dipendenti dai primi.

Ad analoghe conclusioni giungono gli studiosi francesi. Il Sarraz-Bournet, ad esempio, in una sua relazione al IV Congresso internazionale degli ospedali, tenutosi in Rcma nel maggio 1935, sosteneva la necessità di « une rationalisation de l'organisation hospitalière, rationalisation quant à la répartition géographique des établissements, rationalisation quant à l'équipement technique en matériel et aussi en personnel, rationalisation quant au rôle plus ou moins étendu accordé à

chaque établissement. Cette rationalisation doit se traduire par une certaine *hiérarchie des établissements hospitaliers*, hiérarchie commandée par les conditions et le circonstances locales ».

La necessità di un inquadramento, a base regionale o provinciale, di tutte le attività ospedaliere, ha trovato anche in Italia autorevoli assertori, sia nel campo degli esperti di tecnica ed igiene ospedaliera, sia in quello degli esperti di amministrazione ospedaliera.

Pregevolissimo è lo studio del Cotta per la precisa messa a fuoco dei danni di una mal intesa autonomia ospedaliera, specie se accompagnata da un eccessivo « individualismo » delle singole amministrazioni, e per il vasto e concreto « campo di cooperazione e di associazione » che egli addita agli istituti ospedalieri.

Sostenitore di una disciplina più uniforme delle attività ospedaliere e di un razionale collegamento fra ospedale e ospedale, il Ligorio si è reso promotore nelle tre Venezie di un esperimento, oggi in via di estensione ad altre regioni, assai istruttivo e promettente. Gli ospedali delle 15 provincie di questa regione si sono riuniti fin dal 1922 in una Federazione avente il compito di studiare le principali questioni amministrative e tecniche d'interesse comune.

Studio appassionato della questione ospedaliera nei suoi molteplici aspetti, il Ronzani propone, sull'esempio degli esistenti Consorzi antitubercolari istituiti con la legge 23-VI-1927, la istituzione di « Consorzi regionali o provinciali per l'assistenza ospedaliera e collaterale », con lo scopo :

a) di coordinare e disciplinare il funzionamento degli ospedali della regione o provincia, riconoscendo ai meglio attrezzati la funzione di ospedali generali o speciali per malati acuti, ai meno attrezzati quella di ricovero e cura dei cronici ed a quelli collocati in campagna, con scarsa disponibilità di mezzi, la funzione di convalescenziari, e ciò in base ai bisogni locali ;

b) di collegare agli ospedali provvisti di adatti mezzi tecnici i policonsultori, con annessi ambulatori curativi ;

c) di mettere in relazione gli ospedali con le altre opere assistenziali del luogo.

Con questo inquadramento si realizzerebbe, secondo il Ronzani, « la trasformazione degli ospedali, da istituti autonomi di beneficenza, in istituti ben coordinati di previdenza igienico-sanitaria proporzionati ai bisogni del luogo ».

\* \* \*

Da quanto si è detto fin qui si è suggestionati a pensare che la questione ospedaliera non possa trovare adeguate soluzioni, tecnica ed amministrativa, senza

l'inquadramento organico di tutti gli ospedali in un unico Ente che, con la coraggiosa eliminazione di ogni duplicato, con la riduzione al minimo delle spese, e, soprattutto, con una razionale distribuzione dei servizi, sappia assicurare all'assistenza il più alto grado di efficienza e la maggiore rispondenza ai bisogni della popolazione.

È ciò perchè la causa fondamentale delle difficoltà in cui versa l'assistenza ospedaliera viene individuata nell'eccessiva autonomia tecnica ed amministrativa concessa alle amministrazioni ospedaliere, per cui ogni tentativo di studio di un vero e proprio piano regolatore dell'assistenza non sorretto da apposite disposizioni di legge, sarebbe condannato a sicuro insuccesso per le infinite deroghe che gli ospedali invocherebbero, specie nel settore amministrativo.

In realtà non è difficile determinare per ogni regione o provincia qual'è il fabbisogno di letti per il ricovero di malati acuti e cronici, di malati infettivi, di convalescenti, ecc. ; ma difficilissimo è far accettare, in mancanza di una legge di Stato, una distribuzione di essi equamente commisurata al grado di morbosità della popolazione da servire, tenuto conto, ben inteso, dello stato ed estensione delle vie di comunicazione, dei mezzi di trasporto, del clima, della salubrità del suolo, dello stato di agglomeramento della popolazione considerata, dello sviluppo industriale e commerciale, con particolare riguardo alla presenza o meno di industrie gravose od insalubri.

Queste difficoltà s'intuiscono tanto più gravi in quei paesi in cui, come in Italia, la beneficenza spontanea vanta ormai secolari tradizioni e la messe di istituti cui essa ha saputo dar vita ha costituito per lo Stato la solida base della sua attività nel campo dell'assistenza ospedaliera.

Perciò, a nostro parere, l'inquadramento ospedaliero, condizione indispensabile di un'organica distribuzione dei servizi di assistenza, deve essere attuato dallo Stato non con la creazione di nuovi organismi, ma attraverso quegli stessi organi, resi più efficienti se del caso, cui è demandata la tutela dell'igiene e della sanità pubblica. Una siffatta proposta appare tanto più fondata quanto più si vuole considerare l'ospedale anche come un'operosa espressione igienico-sanitaria.

In questo modo il problema viene impostato non in rapporto al complesso degli istituti di cura, ma di tutto l'attrezzamento igienico-sanitario nazionale con l'incalcolabile beneficio di evitare ogni soluzione di continuità o conflitto di competenze o dispersione di mezzi nella difesa sanitaria della popolazione. Solo se regolata da una visione integrale e se aderente alle effettive necessità igienico-sanitarie del paese, quest'azione di difesa potrà assurgere a dignità di sana e feconda politica sanitaria.

Affidando nelle mani delle Autorità Sanitarie la disciplina degli ospedali, si provvederà anche nel modo migliore alla tutela degli istituti di pubblica assistenza e beneficenza, il cui apporto economico all'assistenza ospedaliera, anche se diventa tutti i giorni più modesto rispetto allo sviluppo ed al grado di perfezione, e quindi al costo odierno, dell'assistenza, pure merita di essere conservato ed incrementato. Le fonti della privata beneficenza, almeno da noi, ove vive e prospera una « Piccola Casa della Divina Provvidenza », non si possono ritenere inaridite.

È compito e possibilità dello Stato attraverso i suoi organi sanitari responsabili, per il superiore interesse della difesa della sanità della razza, di imporre, per gradi, ai singoli Enti quei sacrifici e quelle rinunzie necessari per attuare in tutto il paese una organica riforma ospedaliera, ispirata al concetto di accentrare al massimo (capoluogo di provincia) i mezzi di cura, specie quelli destinati ai malati acuti, allo scopo di renderli tecnicamente sempre più perfetti, di esercizio il più economico e quindi di applicazione la più larga.

Dallo Stato, che disciplina e sovrintende a tutti i servizi di profilassi, di vigilanza e di assistenza igienico-sanitaria e sociale, possono essere collegate vantaggiosamente le attività degli ospedali con quelle già in atto nelle singole regioni e provincie, e delimitati i rispettivi compiti secondo una razionale ed economica divisione del lavoro.

Gli ospedali verrebbero inseriti così nel vivo della politica sanitaria, in quanto la loro funzione non si esaurirebbe nella cura degli ammalati ma si estenderebbe provvida, entro i limiti di una feconda collaborazione, nel campo dell'igiene pubblica.

Riassumendo, nei paesi come il nostro, ove la beneficenza facoltativa vanta tradizioni secolari, una riforma ospedaliera che volesse ignorarle avrebbe, secondo il nostro parere, scarse probabilità di successo. Questa nostra affermazione non va interpretata come una rinuncia; essa esprime soltanto l'opportunità di procedere, bensì secondo un piano prestabilito di riordinamento organico ed integrale, ma gradualmente ed utilizzando al massimo tutto quello che lo sforzo generoso di più generazioni ha creato. Quanto in Italia sarà possibile ottenere per tale via lo constateremo in un prossimo avvenire.

Il Ministero dell'Interno ha in corso di esame due schemi di regolamento, predisposti, dopo lunghi studi preparatori, dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. Detti regolamenti si propongono di disciplinare rispettivamente « i servizi sanitari ed il personale sanitario degli ospedali » e « le costruzioni ospedaliere ». Trattasi di due riforme di eccezionale importanza. Con la prima gli istituti di cura vengono divisi in categorie, e per ciascuna categoria vengono fissate le caratte-

ristiche fondamentali dell'attrezzamento. Per gli ospedali generali di prima categoria (sono considerati tali *ope legis* quelli dei capoluoghi di provincia) esso deve essere tale da consentire lo studio e la cura di malati di medicina e chirurgia delle varie specialità, sia ricoverati, sia ambulatoriamente.

Vengono poi unificate tutte le disparate disposizioni contenute nei regolamenti dei vari ospedali circa l'ordinamento interno, e particolarmente quelle riguardanti il personale sanitario (concorsi, carriere, trattamento economico, ecc.), settore quest'ultimo in cui le amministrazioni ospedaliere con maggiore intransigenza hanno sempre difeso la propria autonomia.

Viene resa obbligatoria presso i grandi ospedali la istituzione della Direzione sanitaria, da affidarsi per concorso nazionale a medici igienisti particolarmente versati nell'igiene e nella tecnica ospedaliera.

Le norme che il Ministero dell'Interno si propone di dettare per le costruzioni ospedaliere non vogliono indicare soltanto le caratteristiche edilizie per assicurare io tutti gli ospedali un minimo di decoro igienico, ma vogliono anche, e soprattutto, gettare le basi di un organico piano regolatore dei servizi ospedalieri nel territorio nazionale.

Chè ogni iniziativa nel campo delle costruzioni ospedaliere deve essere preceduta da uno studio di apposita Commissione di tecnici specializzati e di medici igienisti diretto ad accertare le funzioni da affidare al costruendo ospedale, in relazione alle eventuali forme di assistenza prestate da altri istituti, ed a stabilire i collegamenti ed i rapporti con questi ultimi, nonchè a determinare il territorio per il quale esso deve servire.

Detta Commissione deve inoltre indicare la categoria alla quale l'ospedale potrà appartenere ed i reparti che lo costituiranno, tenendo conto dei bisogni assistenziali della zona e della disponibilità complessiva di posti-letto da raggiungere: da 5 a 10 letti per mille abitanti dei centri urbani e da 2 a 5 letti per mille abitanti delle zone rurali.

Questo studio preliminare programmatico, corredato di un piano finanziario per la costruzione e la gestione, dovrà essere sottoposto all'approvazione preventiva delle superiori Autorità sanitarie, che nel loro esame sono invitate a tener presente « *che la moltiplicazione dei centri ospedalieri nel distretto sovente sacrifica ogni possibilità di più completa ed idonea attrezzatura e di più economica assistenza* », e che, entro certi limiti, « *è da preferire la creazione di un unico centro ospedaliero bene attrezzato a più centri minori incompletamente attrezzati e di più costoso esercizio* ».

I brevi cenni riportati sulle due riforme allo studio sono sufficienti a mettere

in rilievo che dalla loro attuazione, se potrà uscirne alquanto mortificato il feticcio dell'autonomia ospedaliera, deriveranno per gli ospedali un indirizzo sicuramente unitario e larghe possibilità di preziosa collaborazione nel campo igienico-sociale. Nel volgere di pochi anni, senza ricorrere a provvedimenti eccezionali, che potrebbero suonare quasi una condanna delle preziose iniziative, e di privati e di Enti, alle quali risale gran parte del merito dell'attuale attrezzamento ospedaliero, si addiverrà, ne siamo convinti, a quell'organica distribuzione dei servizi ospedalieri che, almeno in Italia, a nostro avviso, deve avere per base territoriale la provincia, intesa come unità amministrativa, politica e sanitaria.

D'altra parte la tenuta della rete stradale, oggi ottima in Italia, la rapidità ed il conforto dei mezzi di trasporto, permettono di ritenere possibile l'allargamento della zona d'influenza dei grandi ospedali.

L'Autorità Sanitaria Centrale potrà, ove occorra, promuovere e disciplinare intese interprovinciali, regionali ed interregionali, per alcune particolari prestazioni, di terapia fisica ad esempio, le cui applicazioni richiedono un attrezzamento tecnico assai costoso ed un personale medico di provatissima capacità nel campo specifico.

A quest'ottimismo siamo anche portati dalla sicura persuasione che l'assicurazione generale contro tutte le malattie, prevista dalla dichiarazione XXVII della « Carta del Lavoro », troverà la sua necessaria attuazione in un avvenire non lontano. L'applicazione del sistema assicurativo integrale costituirà per intuitive ragioni, un fattore decisivo per l'organica distribuzione dei servizi ospedalieri.

Possediamo in materia la larga esperienza offertaci dall'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, istituita con D. L. 27-X-1927, n. 2055, la cui gestione è stata affidata all'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.

A cura di questo Istituto è stata predisposta una mirabile rete di ospedali-sanatoriali, di sanatori, di colonie post-sanatoriali, con un complesso di 22.000 posti-letto (12.000 posti-letto sono già in esercizio), sì che si può con sicura coscienza affermare che l'assistenza ai tubercolotici in regime assicurativo, quando non vi siano particolari controindicazioni climatiche, può essere prestata secondo un criterio di razionale distribuzione territoriale, data la comprensibile riluttanza della maggior parte di questi ammalati ad allontanarsi oltre i confini della propria regione.



~~319653~~

60508







