

La rivista "Proposte e ricerche" non è nuova ad escursioni nei settori della organizzazione dei servizi sul territorio regionale e sull'assetto territoriale della regione marchigiana. Questa volta tre temi vengono portati all'attenzione dei lettori: la rete ospedaliera delle Marche, con l'acuta nota di un medico già docente universitario, l'assetto del territorio, con l'intervento di un agronomo sulla proposta di legge Mazzufferi (n. 81, del 10 luglio 1986, rif. n. 17 di "PR"), la tutela del territorio con alcune anticipazioni sul Piano paesaggistico-ambientale della regione: rif. n. 17 di "PR" anche in questo caso.

### ● La rete ospedaliera marchigiana: dalla tradizione dell'ospizio alle necessità dell'ospedale moderno

di Aurelio Mauri Paolini

Poche regioni, quanto le Marche, vivono oggi il lacerante scontro culturale e psicologico nei confronti delle strutture di tante pubbliche istituzioni che la tumultuosa rivoluzione industriale e postindustriale di questo secondo dopoguerra ha irrevocabilmente invecchiate senza possibilità alcuna di resurrezione se non nel mondo dei sogni e dell'ignoranza. Lo scontro acquista aspetti di accesa passione quando la necessità del "nuovo" tocca istituzioni antiche e care alla profondità dell'anima popolare che ad esse ha guardato con affetto e compiacimento, riconoscendovi i segni di un trascorso storico vissuto ai più alti livelli della civiltà europea.

Senza dubbio le torri comunali, i campanili delle chiese, i molti ospedali orfanatrofi ricoveri per vecchi, le diverse università, le tante strade, i molti porti rispetto al numero degli abitanti e all'estensione del territorio regionale, sono fotografia esemplare di un civile modo di vivere la vita associata, da motivare un orgoglioso compiacimento culturale, ma anche una tenace e testarda resistenza a modificare, ripensare, ristrutturare tutto quello che il "tempo" ed il "nuovo" hanno superato ed invecchiato.

Questo stato d'animo diffuso a tutti i livelli della popolazione è forse l'osta-

"Proposte e ricerche", fascicolo 18/1987

colo maggiore ad una politica seria e consapevole della urgente necessità di adeguare alle nuove esigenze della regione industrializzata le pubbliche istituzioni e i servizi che ormai sono come vasi arteriosclerotici ristretti e rigidi nei quali ha invece bisogno di circolare sangue giovane e sano.

Tra le strutture pubbliche che maggiormente sentono il peso negativo della tradizione, gli ospedali sono in primo piano, in quanto, presidio sanitario vecchio di secoli, si trovano a dover fare i conti con una patologia del tutto nuova e con un dinamismo scientifico-tecnologico tra i più accentuati come è quello biomedico.

Compito della cultura non astratta e fine a se stessa, quale è quella che in questa rivista si esprime, è anche quello di rendere chiare le ragioni meno superficiali delle problematiche politiche e sociali tramite un confronto il più oggettivo possibile tra convincimenti, esigenze, costumi del passato e quelli che emergono ed operano nel presente, non sempre intuiti e compresi con prontezza dalla cultura popolare.

Ripercorrere seppure in breve sintesi la storia e le vicende che sono passate tra l'iniziale *Ospizio* e l'attuale moderno *Ospedale* credo possa essere utile a meglio capire ritardi culturali e prestazioni inadeguate ed insufficienti che caratterizzano tanti nostri attuali presidi ospedalieri.

Oggi il termine *Ospedale* è inteso come "presidio sanitario più qualificato a diagnosticare e curare il fenomeno malattia tramite l'ausilio e la capacità di uno specifico sapere scientifico che opera all'interno di una organizzazione appositamente costruita".

Questo concetto non era minimamente presente nella mente e nello spirito dei fondatori dei nostri ospedali, essendo il *santuario* il luogo dove avvenivano eventi e guarigioni miracolose, mentre l'*ospizio* (poi ospedale), quasi sempre legato ai monasteri, era il luogo dove il misero ed il povero andavano a terminare i loro giorni.

Nella cultura dominante del tempo e sino ad epoca moderna anche avanzata la malattia è vista come evento operante entro la dinamica della fede religiosa in un'ottica che possiamo definire giudaico-cristiana; una tesi che fu facilmente vincitrice, anche e soprattutto perché la medicina, che possiamo chiamare laica, era, sotto l'aspetto diagnostico ma ancor più terapeutico, disarmata ed inefficace se non addirittura dannosa e accelerante il processo letale: si pensi solo al largo uso di salassi, sanguisughe, purghe, clisteri, digiuni, veleni della medicina di ieri e lo si confronti con la diffusa metodica della flebotomia della medicina attuale.

Convincimento incontrastato di questa cultura è che la malattia come la morte cui essa conduce, è conseguenza del peccato dell'uomo e momento di cui Dio

si serve per punire, correggere, salvare l'anima sua, ragione per cui "coloro che si adoperano per la salute non sono alla scuola del Salvatore, ma a quella di Ippocrate" (P. Comestor: sermo XVII, da *Malati, malattie e salute dell'anima* di J. Agrimi e C. Crisciani, ed. Loescher, p. 91) in quanto la malattia è una via alla perfezione: "Perciò se ami Dio amerai anche ciò che Dio fa; e se ami ciò che Dio fa, amerai anche la sferza della disciplina con cui Dio ti percuote. Sei stato colpito dal flagello di Dio? Sei travagliato dalla tosse? Ti manca il respiro? Lo stomaco rifiuta il cibo? Sei consumato dalla tisi? Il vino ti dà nausea? Sei straziato dalla dissenteria? Sei tormentato da ogni sorta di malattia? Bada: anche questi, se sai ben vedere, se sei avveduto, sono doni di Dio" (Baudri de Bourgueil: *De visitatione infirmorum*, cit., p. 89); e san Bernardo da Chiaravalle detta per i religiosi queste norme: "Perciò assai poco compete alla nostra condizione di religiosi andar cercando medicine per il corpo, e del resto non giova per niente alla salute. Peraltro, è consentito fare uso, di tanto in tanto, di erbe comuni, quelle stesse che si confanno anche ai poveri, e alle volte si può applicare tale cura. Invece acquistare spezie, far ricorso ai medici, bere pozioni è sconveniente per il vostro stato di religiosi e contrario alla purezza, in particolare contrasta con la purezza ed il decoro del nostro ordine" (*op. cit.*, p. 91).

Sotto la spinta di queste diffuse e convinte tesi nascevano gli *Ospizi* (poi ospedali) degli ordini religiosi, dove la fede dei benefattori e dei beneficiati viveva il suo tormentato rapporto con Dio facendo della malattia-sofferenza l'occasione ed il momento principe di cooperazione con l'azione salvifica del Cristo sofferente e di imitazione del suo amore verso i poveri e gli afflitti: partecipazione ed imitazione del Cristo tanto più remunerativa e benemerita quanto più il momento era prossimo alla morte.

Se questa è la sollecitazione culturale fondamentale che ha dato inizio al sorgere degli *ospizi-ospedali* nelle regioni italiane, per le Marche si deve aggiungere, a spiegazione del loro primato numerico nazionale, il fatto del più alto indice di sedi vescovili in quanto territorio dello Stato Pontificio, sedi che per statuto e prassi si dotavano di una serie di istituzioni caritative quali l'ospedale, gli orfanotrofi, i ricoveri per vecchi; ed essendo ambita e richiesta dai vari centri urbani la sede del vescovo, Roma duplicava spesso le sue residenze, dotandole delle medesime istituzioni.

È questa motivazione religiosa, e non la volontà e la possibilità di curare mediante un sapere specifico le malattie, che giustifica e spiega l'esistenza dei sessanta ed oltre ospedali marchigiani disseminati anche in piccoli centri urbani di qualche centinaio di abitanti. Questa diffusa rete ospedaliera fu preziosa ed utile sino ad epoca recente, precisamente sino al secondo conflitto mondiale,

perché sino allora la medicina non aveva sentito il disagio della struttura antica in quanto la ricaduta della ricerca e del progresso scientifico del '500, '600, '700, '800 sulla capacità dell'arte medica di curare con qualche reale efficacia fu assai tardiva; bisogna infatti arrivare alla seconda metà dell''800 per avere i primi pratici vantaggi come la vaccinazione jenneriana, l'anestesia, la scoperta dei germi, la sterilizzazione dysteriana, i raggi X, scoperte che daranno all'arte medica la possibilità del primo salto, che resterà pressoché stabilizzato sino al secondo conflitto mondiale. È soltanto dopo questo evento bellico che la medicina ha il suo travolgente *salto epocale*, che spiazza e mette fuori gioco sia le strutture antiche, sia la loro organizzazione, gestione, amministrazione.

Jean Bernard nell'introduzione al suo libro *Grandezza e tentazioni della medicina* (Garzanti, 1974) fa del nostro secolo questo felice ritratto: "Un medico del 1900, addormentatosi per effetto di un sortilegio, si sveglia nel 1930. La campagna, le città si sono trasformate: nei campi i trattori, nelle case il telefono, sulle strade le automobili, nel cielo gli aeroplani. Gli imperi sono crollati, *ma la medicina è mutata di poco*. Come trent'anni prima, il medico sostiene i cuori provati, calma le tosse ribelli, fluidifica gli espettorati; ma ben di rado può modificare il corso delle malattie, che se sono benigne guariscono spontaneamente, se sono gravi uccidono quasi sempre. Egli assiste impotente all'evoluzione della setticemia, meningiti, tubercolosi, gravi insufficienze ghiandolari.

Un altro medico, assopitosi nel 1930, si desta dal suo letargo nel 1960. *Costui non comprende più nulla*. Le meningiti e la tubercolosi acuta, la meningite tubercolare, le infezioni generali, l'endocardite maligna, le broncopolmoniti evolvono verso la guarigione. Il morbo di Addison può essere contenuto, l'anemia perniciosa non è più tale. I chirurghi intervengono sul cuore e sul cervello, gli ematologi salvano i neonati sostituendo per intero il loro sangue; gli psichiatri, trasformati in chimici, correggono le gravi turbe della mente [?! ndr]. Sonde, raggi, microscopi indagano nei visceri, esplorano i tessuti, le cellule e persino le loro molecole.

Che cosa potrà mai scoprire un terzo medico che, caduto in sonno profondo nel 1960, si svegli trent'anni dopo? Quali influenze avranno questi progressi, questi mutamenti di eccezionale portata, sull'esercizio stesso della medicina e sulle responsabilità del medico? Come prevedere, come organizzare gli adattamenti necessari?"

Un interrogativo, quest'ultimo, "come organizzare gli adattamenti necessari", cui si può rispondere, anzitutto, accantonando definitivamente l'inconscio collettivo nel quale vivacchia sempre l'ombra di quella cultura che provvedeva al bisogno dell'uomo malato più con risposte socio-caritative che di specifico sapere; atteggiamenti giustificabili ieri davanti ad un'arte medica pressoché di-

sarmata, assolutamente inaccettabili oggi, anche se non perdono mai valore gli aspetti solidaristici e civili di qualsiasi prestazione specifica che la società organizza per le necessità dei suoi singoli componenti.

Credo che il ricovero d'urgenza del presidente della Fiat, Giovanni Agnelli, nel reparto di rianimazione di un ospedale pubblico sia stato esemplare come dimostrazione dell'assoluta priorità dell'aspetto scientifico-tecnologico della prestazione medica su qualsiasi altra esigenza che pur sussiste nel complesso della prestazione ospedaliera. Non a caso ho manifestato il dubbio di un perdurare e prevalere della cultura della tradizione antica, non certo nei medici, ma nella mentalità della dirigenza politico-amministrativa dalla quale struttura ed organizzazione ospedaliera dipendono: per esempio, la rete ospedaliera della regione Marche, che tuttora sussiste malgrado il piano, non è forse la dimostrazione di un prevalere della mentalità dell'ospizio su quella dell'ospedale moderno? Non ci si rende sufficientemente conto che la funzione e l'opera del medico - pressoché unica e totale nella medicina del passato - si accompagna sempre di più a concorsi tecnologici ed organizzativi che, quando sono assenti od insufficienti, vanificano lo stesso sapere del sanitario, riducendone la prestazione a pura retorica di solidarismo sociale.

È sotto i nostri occhi la crescita preoccupante di tutta una patologia - tipica del nostro tempo - che si presenta improvvisa e grave, quella cioè che fa urlare (senza pietà per le orecchie dei cani e dei cittadini) le sirene delle nostre ambulanze in corsa spericolata verso il primo ospedale: ma quando questo ammala-to vi giunge quale organizzazione e professionalità trova? Sanno i nostri amministratori ospedalieri che cosa potrebbero e dovrebbero trovarci gli utenti di oggi 1987?

Tentiamo in una breve sintesi a darne un'idea. Ci sono lesioni accidentali e da trauma, malattie cardiache polmonari vascolari, intossicazioni, avvelenamenti, emorragie interne, stati di shock che, partendo da meccanismi eziopatogenetici diversi, convergono nella letale condizione di un ridotto o mancato apporto di ossigeno alle cellule dei tessuti, alcuni dei quali, chiamati "nobili" come il nervoso soprattutto corticale, subiscono da tale difetto di ossigenazione danni irreversibili nel breve tempo di minuti (10-20) e non di ore!

Questo è il tipo di patologia che detta le norme della organizzazione ospedaliera e classifica gli istituti (o meglio gli "stabilimenti" che pare sia appellativo più consono alla democrazia!) in ospizi e ospedali a seconda delle risposte idonee o non idonee che sanno dare alle sue non differibili esigenze terapeutiche. Istruttiva quanto mai è la patologia traumatico-accidentale, diventata la prima causa di morti nelle classi di età inferiore ai 35 anni, patologia che può colpire l'organismo a tutti i livelli - dal capo ai piedi - ed in più parti contemporanea-

mente, non quindi con le caratteristiche della patologia di un organo o di un apparato, ma con quella di una causa che può investire l'organismo nella sua generalità morfologica.

Il fenomeno è grave e preoccupante tanto che il rapporto Censis 1986 gli dedica particolare attenzione alle pagine 312-313: "nell'ultimo triennio si sono stabilizzate sulle 6,6 per 10.000 abitanti le morti per accidenti e traumatismi. In questo tipo di mortalità sono rappresentati in modo preminente gli incidenti della strada, tanto gravi e numerosi da potersi paragonare, sotto molti aspetti, alle calamità naturali od artificiali. Ogni anno, nei paesi CEE, si registrano 50 mila morti e circa un milione e mezzo di feriti per incidenti stradali.

L'Italia, in questo programma, mostra una situazione particolarmente preoccupante, per illustrare la quale bastano poche cifre: circa 300 mila incidenti con 280 mila feriti, 8 mila morti (considerando solo i decessi avvenuti entro la prima settimana dal sinistro e che sono, tra l'altro, i soli a venire classificati dall'Istat) ed un totale complessivo di circa 10 mila morti. Dei 280 mila feriti si valuta che 80 mila abbiano bisogno, per restare in vita, di un intervento di rianimazione quanto più tempestivo possibile anche sul luogo stesso dell'incidente: è infatti ormai assodato che i primi 20-30 minuti sono decisivi per la salvezza dell'infortunato e che spesso le cause del decesso non sono dovute tanto al trauma subito, quanto piuttosto ad eventi "secondari", quali l'arresto cardiaco o respiratorio od eventuali emorragie [cioè le condizioni di ipossia-anossia di cui si è parlato prima, ndr]. Allo stato attuale, si valutano intorno alle 60 mila vite perdute per la mancanza di pronto intervento sanitario".

Se a questo tragico bilancio di morti traumatiche per insufficiente soccorso aggiungiamo quelle non traumatiche da insufficienza cardio-respiratoria acuta malcurata, la situazione si presenta ai limiti della tragedia e della colpa. Credo che, dopo quanto detto in breve sintesi, il problema sia sufficientemente chiaro. L'ospedale moderno, per il salto epocale compiuto dalla medicina e per la patologia che questa epoca storica genera, è diventato un presidio sanitario quanto mai complesso, continuamente sollecitato a rinnovarsi ed adeguarsi dallo sviluppo tanto scientifico che tecnologico, ragione per cui la sua dimensione strutturale-organizzativa necessita di una utenza adeguata, che può calcolarsi tra gli 80 e 120 mila abitanti a seconda della loro distribuzione. Rimpicciolirne la dimensione fisiologica richiesta tanto per ragioni tecnico-scientifiche quanto economico finanziarie e continuare a scriverci sopra "Ospedale per acuti", senza rispetto alcuno delle più elementari regole di sicurezza della patologia urgente, significa ingannare la buona fede dell'utente: un giuoco squallido, che, se praticato allo scopo dello spicciolo consenso elettorale e di alcuni interessi locali, fotografa la statura di una classe dirigente.

Chiudo questa nota proponendo all'autorità sanitaria regionale un censimento fatto da una commissione esperta e smalzita sulla idoneità o meno di tutti gli ospedali marchigiani classificati per "malati acuti" a far fronte correttamente agli stati di ipossia-anossia che abbiamo visto essere generati da una varietà di cause come, ad esempio, i politraumatismi e le insufficienze cardio respiratorie acute, ed a rispondere a questi tre interrogativi: 1) quanti ospedali hanno un reparto di rianimazione a regola d'arte funzionante 24 ore su 24? 2) quanti ospedali posseggono organizzazione e professionalità per trattare con urgenza un ematoma compressivo cranico da trauma? 3) quanti per una emorragia intratoracica che richieda l'intervento chirurgico? L'episodio del ferimento del presidente Reagan è didattico: entrato a piedi nell'ospedale, nel giro di pochi minuti poteva morire per emorragia venosa intratoracica.

Nell'epoca in cui le distanze non si misurano più in termini spaziali (metri-chilometri) bensì temporali (minuti-ore) e l'uomo si sposta con la velocità di un'automobile o meglio di un elicottero, quali problemi insuperabili avrebbe, per mettere in piedi 15 modernissimi ospedali, una regione di 1.400.000 abitanti distribuiti su di un territorio lungo 150 km e largo una settantina? Una regione dove il tasso di ospedalizzazione della popolazione è tra i più alti d'Italia (174,30, *Censis*, 1986) e quello della utilizzazione dei posti letto tra i più bassi (63,0, *Censis*, 1986)? Percentuali che dicono da sole come l'abbondanza dei posti letto induce e favorisce una utilizzazione spesso impropria degli stessi, lasciando ciononostante una larga fascia inutilizzata!

Di fronte a tanta illogica gestione si può continuare ad accettare come fisiologica una spesa sanitaria che prevede di divorare il 74% dell'intero bilancio regionale del 1987, senza neppure la contropartita della prestazione efficiente?

Si è tentato di evidenziare quanto sia stato lungo e tormentato il cammino di una organizzazione ospedaliera che rispondesse in primo luogo alla richiesta di una specifica ed efficiente prestazione sanitaria, traguardo che si è cominciato a delineare soltanto in questo ultimo cinquantennio. Sembra però che su questa problematica esistenziale e sociale debbano sempre continuare a pesare interessi estranei al mero bisogno sanitario del cittadino: ieri l'ospizio si preoccupava in primis di salvargli l'anima ed oggi l'ospedale è visto e gestito dalla partitocrazia come "centro di potere", una distorsione che porta sempre ad emarginare ed espellere specifico sapere, competenza, etica del comportamento.

A mio giudizio le sorti della nostra organizzazione ospedaliera si giuocano ormai tra la filosofia della partitocrazia e la volontà della società civile, portatrici entrambe di fini diversi e contrastanti: uno scontro, che a differenza di altri servizi pubblici, come ad esempio quello delle Poste, non ha la possibilità di utilizzare la legge del mercato, perché la medicina ospedaliera, offerta nel

rispetto di tutte le regole di sicurezza, allarga sempre più la forbice costi-ricavi che solo la solidarietà collettiva può sostenere tramite un servizio pubblico tanto aggiornato ed efficiente sul piano della prestazione quanto razionale ed oculato su quello della organizzazione e della spesa.

Nel forte dubbio che l'attuale partitocrazia sia in grado di autocorreggersi faccio mio l'invito che Giorgio Ruffolo ha fatto al paese nel 4° numero di "Micromega" sotto il titolo: "Aux armes les citoyens", anche nella speranza che sia accolto dai lettori di questa rivista.