

su abcdei diritti c'è te l'avevo detto

ABCDEI DIRITTI. TUTTI I TUOI DIRITTI IN UNA SOLA APP. SCARICALA DA GOOGLE PLAY O APP STORE.

GET IT ON Google Play Download on the App Store

ABCDEI DIRITTI. Per tutti. Tutti i giorni.

FP CGIL

STORIA DEGLI OSPEDALI



La storia degli ospedali ha radici molto lontane, infatti come riferisce Catone nel “De medicina domestica”, nell’antica Roma il pater familias si occupava di curare sia i propri familiari, che i propri schiavi; la pratica della medicina si imparava a casa, tanto che le conoscenze di medicina venivano tramandate di padre in figlio.

Solo dopo una legge emanata da Giulio Cesare iniziano a nascere le prime scuole dove si insegna la medicina; in tali scuole oltre alla teoria appresa da libri di testo greci, considerati ai tempi i più esperti di arte medica, si imparava anche la pratica mediante visite ai pazienti: tastare il polso, esplorare gli occhi, sentire il battito del cuore appoggiando l’orecchio sul petto, in modo da poter poi diagnosticare la malattia attraverso l’esame dei sintomi.

All’inizio i medici curavano tutti i tipi di malattie, poi, col passare del tempo, ciascun medico si specializzò nella cura di una sola malattia o di un solo organo (il cuore, i polmoni ecc.).

Nelle palestre, c’era personale esperto capace di intervenire con urgenza in caso di traumi e ferite varie: si trattava di medici igienisti, specializzati nella cura delle lussazioni e delle lesioni alle ossa e ai muscoli riportate dagli atleti, che potevano prescrivere anche cure, esercizi, diete. In alcuni libri dell’epoca, che sono arrivati fino ai giorni nostri, troviamo riportato anche il comportamento che il medico doveva tenere durante la visita di un malato: discrezione, voce bassa, sorriso e, nel caso di un paziente agitato, voce persuasiva per calmarlo.

La visita medica non si limitava all’esame del polso, ma era completata da altre indagini: la palpazione dell’addome, l’esame della gola, delle urine, delle feci, l’auscultazione del torace.

Quando il malato non poteva recarsi dal medico, mandava uno schiavo a chiamarlo.

I medici che visitavano i pazienti presso il letto, erano chiamati “clinici”.

Gli “ospedali” dell’epoca erano delle botteghe, simili a quelle degli artigiani, che si affacciavano sulla strada. L’arredamento dello studio medico era ridotto, e consisteva essenzialmente in qualche scaffale, cassapanca e cassetta per contenere le attrezzature; gli attrezzi del mestiere spesso venivano anche appoggiati su mensole o appesi alle pareti mediante ganci.

Queste botteghe, oltre ad essere degli ambulatori di visita, erano anche luoghi atti al primo soccorso e una sorta di cliniche private dove i pazienti, dopo l'intervento chirurgico, potevano essere assistiti e curati. Il medico preparava personalmente i rimedi: pomate, infusi da bere, impiastrici da stendere sulle ferite ecc. Da una cura domestica si è in seguito passati all'assistenza dei malati presso locali o luoghi più organizzati: valetudinari, medicatrine e templi.

I valetudinari erano luoghi in cui lavoravano medici, infermieri ed ostetriche collocati presso edifici privati in campagna o in città, presso palestre per la cura degli atleti infortunati o negli accampamenti militari per curare i soldati malati o feriti.

Le medicatrine, dette Tabernae medicorum, iniziarono a diffondersi a Roma intorno al 290 a.C. e consistevano in locali adibiti a laboratori o ricovero di eventuali pazienti collocati spesso nella casa del medico.

Nel 292 a.C., in occasione della peste che colpì Roma, iniziarono ad essere utilizzati anche i templi per assistere i malati.

Tra i primi di cui siamo a conoscenza c'era il tempio di Esculapio presso l'Isola Tiberina: oggi l'ospedale Fatebenefratelli.

Il termine di "Ospedale" deriva infatti dalla parola latina "Hospes" (Ospite) da cui i nomi di "Ospizio", "Ospitalità", "Ostello".

Con il cristianesimo, ospedali ed ospizi divennero più numerosi, assumendo un carattere più caritativo, che sanitario nei confronti degli ammalati; la medicina dei tempi consisteva infatti in un insieme di pratiche magico - religiose fuse a rimedi empirici ed istintivi.

In queste strutture oltre ai malati erano accolti anche i poveri ed i pellegrini; così gli Ospedali si moltiplicarono e si organizzarono intorno alle chiese.

Tali chiese, che avevano un carattere particolarmente assistenziale, furono chiamate "diaconie", che significa "chiese di servizio".

In Oriente, molto importanti furono le istituzioni ospedaliere cristiane sorte con nomi diversi a seconda della loro funzionalità: xenodochia per i forestieri, nosocomi per i malati, ptochia per i poveri, etc.

Presso ogni vescovado esisteva un ricovero per i viandanti, così come presso i cristiani facoltosi; anche i primi cenobi erano insieme ospizi per pellegrini e ospedali per infermi.

Gli ospedali spesso erano ambienti ricavati all'interno di strutture monastiche e religiose già esistenti, oppure, quando invece si trattava di nuove strutture si manteneva l'architettura lineare delle chiese a una o più navate con l'altare, elemento fondamentale, posto nella zona terminale.

La collocazione dei malati spesso rispecchiava la gravità del loro stato di salute, infatti più la possibilità di sopravvivenza era esigua e più si avvicinavano all'altare, in quanto più bisognosi di preghiere.

Tra i primissimi ospedali realizzati secondo questa concezione si possono citare quello di S. Basilio a Cesarea, fondato nel 372 d.C. e quello coevo a Porto a Roma; in epoche successive, sono stati realizzati l'Hotel de Dieu di Lione (542) e l'Hotel de Dieu di Parigi (700), la struttura S. Spirito di Roma (715) e l'infermeria di San Gallo in Svizzera (820).

Lungo le vie di pellegrinaggio si fondarono vari ricoveri spesso ad opera di importanti personaggi (per esempio S. Bernardo da Mentone fondò l'ospizio del piccolo San Bernardo, mentre l'Imperatore Ludovico il Pio fondò l'ospizio del Cenisio).

Successivamente, apparvero, in contemporanea con il movimento delle crociate, gli Ordini ospitalieri: movimenti religiosi il cui compito fondamentale fu soprattutto l'assistenza agli infermi (S. Giovanni di Gerusalemme o Ordine di Malta, S. Lazzaro, Templari, Teutonici).

Nel Medioevo, i monasteri erano i luoghi ove più si praticava l'attività medico assistenziale, dove venivano effettuati studi e si conservava il sapere medico e ove venivano letti ed interpretati i testi antichi sull'argomento.

Nonostante questa attività intellettuale, il Medioevo non si distinse particolarmente per le metodologie terapeutiche, anzi la cultura del tempo portava a curare poco l'igiene personale; ciò comportò la facile diffusione di gravissimi eventi epidemici che decimarono la popolazione, come ad esempio la peste scoppiata a Messina nel 1347.

Tali eventi comportarono notevoli mutamenti nell'architettura e nelle abitudini, infatti vennero demolite le case degli appestati, si iniziarono ad adottare forme di "quarantena" e vennero istituiti i lazzaretti.

Verso il XIII secolo sembra che in Europa vi fossero circa 19.000 ospedali, stima forse troppo elevata, ma espressione comunque di una realtà imponente.

Alla fine del Medioevo ed all'inizio dell'età moderna, l'organizzazione della rete assistenziale fu razionalizzata con l'accorpamento di vari istituti e con la nascita in molte città di un ospedale maggiore, che riuniva diverse competenze.

L'architettura romano - gotica, adottata in precedenza, viene ora modificata; nel 1334, infatti, a Firenze nell'ampliamento dell'ospedale di Santa Maria Nuova (1286) si aggiunge un'area dedicata alle degenze con uno sviluppo a crociera.

Esempio di una nuova concezione funzionale di ospedale è dato dall'Ospedale Maggiore di Milano (detto "Cà Granda"), costruito nel 1456 dal Filerete su commissione del Duca Sforza.

Si trattava di una struttura organizzata simmetricamente rispetto ad un asse centrale; ai lati del cortile porticato di notevoli dimensioni erano collocate due strutture architettoniche quadrate, ognuna delle quali contenente un sistema di degenze disposto a crociera.

La funzionalità della struttura si concretizzava principalmente nel fatto che le infermerie, collocate al di sopra di scantinati (al fine di evitare la propagazione dell'umidità), erano predisposte al massimo per quaranta posti letto, disposti lungo le pareti; le aperture e le volumetrie erano realizzate in modo tale da garantire un'aerazione adeguata ed un'illuminazione sufficiente agli ambienti; la luce, proveniente dall'esterno, era inoltre schermata in modo tale da non creare disagi ai malati; lungo il perimetro delle degenze erano realizzati dei corridoi costantemente dilavati dall'acqua dell'acquedotto ed utilizzati come latrine, accessibili tramite porte poste tra i letti.

Questa innovativa architettura, sebbene meglio organizzata e più funzionale di quella precedente, non ebbe successive applicazioni, tanto è vero che gli ospedali di epoche successive furono ancora costruiti con un'unica navata: San Gallicano a Roma (1725) o con un impianto quadrangolare con corte centrale: Saint Louis a Parigi (1612).

Sullo stato degli ospedali in Europa ne è testimonianza importante il regolamento dell'ospedale di Bicetre a Parigi.

Da un atto datato 25 ottobre 1679 l'ufficio di direzione dell'ospedale specifica che: "le persone di grande corporatura potranno disporsi sui pagliericci in numero di tre, quelle di corporatura media in un numero di quattro e quelle di taglia più piccola dovranno disporsi al letto in numero di 6 o al minimo 5..."

Incominciava a diffondersi anche la possibilità per pochi e "raccomandati" di utilizzare anche dei posti ad un letto, ma questa particolare condizione fu inizialmente contrastata con appositi decreti e, poi l'idea fu scaltramente utilizzata prevedendo con apposito decreto del 1790 che l'ammissione in ospedale dava solo il diritto ad un letto comune per quattro persone, o in certi casi per tre o due, ma chi desiderava un letto singolo poteva ottenerlo al prezzo di cinquanta scudi.

Ai dipendenti dell'ospedale era però concesso il privilegio di poter utilizzare gratuitamente un letto singolo nel caso dovessero avere bisogno delle "cure" dell'ospedale, così come questo privilegio era talvolta offerto anche agli epilettici ed ai minorati mentali.

Chi non era titolare di questi privilegi doveva sottostare all'organizzazione ospedaliera che prevedeva che "in ogni letto si coricavano quattro persone, ed a riprese, dappoichè metà di esse doveano riposarsi dalle otto di sera sino all'una dopo mezzanotte, e l'altra metà da quest'ora sino alle otto di mattina".

Per i pazienti sifilitici era poi prescritto che "doveano per ordine espresso dell'amministrazione, prima di entrare nel luogo di asilo ed all'uscirne, subire la frusta".

Un letto a rotazione per più malati era una condizione che non solo per ragioni di decenza e rispetto della persona, ma anche per una questione di efficacia delle cure, cominciava a non piacere più, come nel 1759 osservò Cicognini, è "causa di problemi perché se per un verso era l'uno infermo inzuppato del sudore critico morboso dell'altro compagno, per altro verso era difficile per il medico osservare con esattezza l'analogia del male e il grado in ambedue gli infermi onde evitare "inconvenienti nella distribuzione dei medicamenti e del vitto".

Il Cicognini allora consiglia di superare l'antico criterio di suddividere i ricoverati nelle due categorie degli affetti da "febbri" (malati di ordine medico) e degli affetti da "ferite" (malati di ordine chirurgico). "Bisognerebbe" scrisse Cicognini, "dividere i ragazzi dagli adulti, i febbricitanti semplici dai febbricitanti acuti, i cronici semplici dai contagiosi, separando nelle donne anche quelle che sono di parto.

Per la chirurgia poi opportuno sarebbe dividere gli infermi di semplici malattie da quelli che hanno affezioni complicate assegnando luoghi particolari a quelli che esigono speciali e grandi operazioni”.

Le esigenze di un ospedale che fosse veramente una struttura organizzata per la cura a cui i malati potevano rivolgersi senza paura, era ormai diffusa in tutta Europa.

La salute non era ancora considerata un diritto della gente e la sua tutela un dovere dei governanti ma la rivoluzione francese era alle porte e con essa tutte le istanze sociali.

A partire dal XVI secolo, infatti, nel quadro dei vasti rivolgimenti sociali, politici e religiosi dell'epoca, anche l'organizzazione ospedaliera subì un profondo mutamento.

Attenuandosi il carattere caritativo ed assistenziale, gli ospedali assunsero quello di istituzioni pubbliche concepite come mezzi di difesa sociale dalla malattia e vennero per lo più organizzati dallo Stato. Essi divennero centri di studi e di ricerca e già nel XVII secolo furono vere scuole di medicina e chirurgia. Nel XVIII secolo la situazione ospedaliera era ancora inadeguata sia a livello di condizioni igieniche, sia a livello di numero di posti letto disponibili rispetto alla richiesta.

Per rispondere alle nuove esigenze organizzative e strutturali, sorsero in Inghilterra, in Francia, in Germania, e solo successivamente in Italia, gli ospedali a padiglioni.

Oltre al fatto di avere la possibilità di confinare in strutture diverse i malati in base al tipo di malattia, eliminando, quindi, alla base il fenomeno del contagio, la nuova struttura, immersa in aree adibite a verde, permetteva anche di differenziare gli edifici in base alle funzioni, di aumentare la dotazione di ambienti di servizio, di migliorare l'esposizione, l'aerazione e l'illuminazione degli ambienti.

I primi ospedali a padiglioni sono stati costruiti in Inghilterra: St. Bartholomew Hospital di Londra (1730) e il Royal Naval Hospital di Stonehouse - Plymouth (1764).

Un altro passo fondamentale nell'edilizia sanitaria è stato compiuto nel 1788, allorché fu istituita una commissione di esperti, presso l'Accademia delle scienze di Parigi, al fine di definire i criteri di costruzione dei nuovi ospedali, in primis l'Hotel de Dieu, incendiatosi nel 1772.

Ne derivò così un progetto ideale (in realtà l'Ospedale di Stonehouse a Londra era stato costruito con questi criteri qualche anno prima) in cui ogni scelta che riguardava cubature, superfici, percorsi, servizi, venne analiticamente giustificata alla luce delle esigenze igieniche e funzionali.

In sintesi:

limitazione dei posti letto per ogni complesso ospedaliero ad un massimo di 1200-1500;

scelta edilizia del sistema a padiglioni separati con una distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza dei piani;

reparti distinti per uomini e donne garantendo ad ogni malato il proprio letto;

disposizione dei letti, nelle corsie, su due file, con un numero massimo di 36 malati per stanza; - presenza in ogni infermeria di autonomi servizi (latrine, lavatoi, cucinette, locali per le suore e le infermerie); - finestre delle infermerie estese fino al soffitto; - scale aperte e ventilate dall'esterno.

Oltre alla tipologia a padiglioni, la Commissione definì anche la capacità massima degli ospedali (1100 posti letto) e della sala di degenza (36 posti letto), l'esposizione ottimale a est o a sud, la dotazione minima dei servizi e la posizione decentrata delle strutture rispetto alle aree urbane.

Nel corso degli anni l'architettura delle strutture ospedaliere ha subito ulteriori variazioni dovute essenzialmente alla densità fondiaria dell'intervento ed al sistema di collegamento in superficie o sotterraneo previsto tra i diversi padiglioni.



L'ITALIA PRIMA DELLA RIFORMA SANITARIA DEL 1978

Il dibattito sull'ingegneria ospedaliera diventava quanto mai attuale ed i medici igienisti si proponevano, a ragione, come gli esperti della materia.

Giuseppe Sormani, ordinario di Igiene a Pavia ed autore nel 1888 di una interessantissima "Geografia nosologica dell'Italia" codificò i seguenti criteri progettuali per l'edificio ospedaliero:

- capienza non superiore a 400 letti;

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

Tra il XIX e XX secolo in Italia, con lo sviluppo di una rete ospedaliera, si realizzarono i moderni ospedali a padiglioni, di dimensioni notevoli collocati nelle immediate vicinanze dei centri abitati.

Tali ospedali affiancarono quelli storici e per lo più collocati nei centri cittadini, risalenti all'epoca medievale e rinascimentale.

In Italia la struttura a padiglioni fece la sua apparizione più tardi rispetto al resto d'Europa e più precisamente a partire dal 1870; tra le principali costruzioni di tale tipologia si possono citare: l'Ospedale Galliera di Genova (1877 - 84), l'Ospedale Umberto I di Monza (1896), il Policlinico Umberto I di Roma (1899) ed il Policlinico di Milano (1900).

Un'altra innovazione nell'edilizia sanitaria fu apportata dalla struttura a "corridoio - padiglione" che prevedeva al posto delle enormi camerate aperte, delle camere da 6 posti letto, collegate e servite da un corridoio.

Anche la struttura a padiglioni con il passare degli anni risultò essere inadeguata alle nuove esigenze in quanto comportava ampi spazi da reperire per la costruzione, collegamenti (esterni o interni mediante sottopassaggi o pensiline coperte), lunghe distanze da percorrere da parte di personale e pazienti, il moltiplicarsi dei servizi e delle aree tecniche (sale operatorie, diagnostiche, laboratori, etc.) e con le scoperte scientifiche di Pasteur e di Koch, inoltre, venne a ridursi drasticamente anche il problema del contagio. A partire dagli anni venti, la tendenza architettonica ospedaliera si dirige verso due nuove tipologie: il "monoblocco", unica struttura a più piani che contiene tutte le funzioni ospedaliere ed il "poliblocco" più strutture, separate ed autonome, collegate tra di loro.

Il poliblocco si è poi sviluppato dando luogo a diverse strutture architettoniche: a "V", a "raggiata" o "stellare"; tra i più l'Istituto clinico sanatoriale Carlo Forlanini di Roma (1934), il nuovo Ospedale Maggiore di Milano (1933 - 1939) e gli Spedali Civili di Brescia (1935).

Le tecnologie mediche, le metodologie assistenziali e le metodiche tecnico - assistenziali variano nel corso degli anni, nasce così l'esigenza di disciplinare la materia ospedaliera e ciò avviene mediante la promulgazione di una legge (Legge 30 settembre 1938, n. 1631) e di un decreto attuativo (Decreto 20 luglio 1939).

La nuova normativa fornisce innumerevoli indicazioni tecniche fondamentali nella costruzione e gestione di una struttura ospedaliera a partire dalla organizzazione della rete assistenziale, a quelle relative alla struttura interna del presidio ed a quelle relative alla fisionomia di ogni singolo edificio.

La struttura interna di un ospedale è organizzata nel seguente modo:

SEZIONE: trattasi dell'unità funzionale ospedaliera generalmente contenente 30 posti letto dotata di un proprio organico di servizi e di personale per l'assistenza dei malati.

DIVISIONE: trattasi dell'unità fondamentale ospedaliera dotata di un proprio organico assistenziale sanitario ed infermieristico ed è costituita da due o più sezioni.

REPARTO: trattasi del settore dell'ospedale atto a determinate e specifiche cure o diagnosi; esso è costituito da una o più divisioni.

Gli ospedali inoltre sono distinti, in base alla media di degenze giornaliere ed ai reparti o servizi presenti, in I, II o III categoria.

Dopo la seconda guerra mondiale, il diritto alla tutela della salute viene esteso ad un numero di persone sempre più elevato, da cui l'aumentare repentino del numero di ricoveri e la necessità di un numero crescente di posti letto all'interno degli ospedali.

Nel 1950 in Francia si definì una nuova architettura ospedaliera detta a "piastra - torre", la quale introdusse la divisione netta tra degenze, collocate ai piani, ed i servizi generali, di diagnosi e cura, collocati nella piastra più accessibile anche dall'esterno.

La rete ospedaliera italiana venutasi a creare comprende anche sanatori per la lotta contro la tubercolosi, gestita dall'INPS, e centri ortopedici - traumatologici, gestiti dall'Inail, atti alla cura e al recupero degli infortunati sul lavoro. In Italia, le richieste da parte degli utenti erano in continuo aumento e si sentì

nuovamente la necessità di definire, mediante una più recente normativa, le nuove esigenze organizzative, scientifiche, assistenziali, formative e gestionali: Legge n. 132 del 1968 e successive modificazioni.

La nuova normativa indirizzava l'ospedale, visto come istituzione autonoma, nella programmazione della rete ospedaliera, nell'organizzazione dei reparti generali e specialistici e nella definizione dei servizi di cura e di diagnosi.

Dagli antichi enti di beneficenza che si occupavano di soccorrere i feriti, i poveri affetti da malattie acute, le donne all'ottavo mese di gravidanza e le puerpere fino a quattro settimane dopo il parto, se prive di fissa dimora, si passa ora a strutture atte alla prevenzione, cura e riabilitazione dei degenti.

I costi del nuovo sistema sanitario sono considerati di essere una delle principali cause della crisi finanziaria in corso in quegli anni nel nostro Paese; in realtà mentre da un lato si lottava per migliorare la tutela della salute dei cittadini (in termini di numero di beneficiari e di qualità dei servizi), dall'altro si facevano investimenti al fine di aumentare il numero dei posti letto disponibili, di acquistare macchinari e tecnologie sempre più avanzate, aumentando inevitabilmente la spesa sanitaria.

Per l'ennesima volta il continuo evolversi della situazione sociale e delle esigenze prestazionali, ha comportato un'ennesima revisione del sistema sanitario nazionale.



L'ITALIA DOPO LA RIFORMA SANITARIA DEL 1978

Con l'entrata in vigore della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, si assiste ad una nuova riorganizzazione del sistema sanitario nazionale; scopo infatti della normativa era quello di spostare il fulcro dell'assistenza verso la medicina di base e la prevenzione, in modo tale da poter razionalizzare i servizi ed i costi, riducendo in particolar modo quelli ospedalieri.

Gli ospedali, distinti in generali o specializzati e in zionali, provinciali e regionali, da enti giuridici autonomi diventano un presidio sanitario della USL (Unità Sanitaria Locale), la quale a sua volta diviene l'unica struttura sanitaria dotata di personalità giuridica.

La riduzione dei fondi per gli ospedali aveva dato inizio inevitabilmente ad un processo di degrado strutturale, organizzativo e funzionale degli ospedali; con la Legge 595 del 23 ottobre 1985, non si assiste ad un rifiorire degli ospedali, ma ad una definizione di parametri da tenere sotto controllo o da implementare all'interno della struttura al fine di stare al passo coi tempi nell'ambito di una crescente specializzazione tecnico - scientifica.

La suddetta Legge prevede, infatti, che il numero dei posti letto a livello regionale debba essere di 6,5 ogni mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione, che il tasso minimo di utilizzo dei posti letto sia compreso tra il 70 ed il 75% e che la durata della degenza risulti essere inferiore a 11 giorni. Per rendere possibile quanto sopra occorre introdurre:

la ospedalizzazione diurna;

la revisione e l'ottimizzazione dei turni di lavoro al fine di ottenere la massima utilizzazione dei servizi; - la strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione dei malati lungodegenti e ad alto rischio invalidante;

l'inserimento, in particolare, nei presidi multizonali e nei policlinici universitari, di alte specialità.

La normativa del l'enorme valenza di introdurre un maggior numero di posti letto per la riabilitazione dei pazienti; al fine di far fronte ad una nuova esigenza correlata all'aumento dell'età media della popolazione e degli infortuni invalidanti.

Negli anni 1988 e 1989 vengono emesse nuove normative (Legge 8 aprile 1988 n. 109, DM 13 settembre 1989 e succ. mod., Decreto 321 del 1989), sempre nell'intento di organizzare al meglio il servizio ospedaliero nazionale, che mettono in risalto le seguenti esigenze:

definizione del numero di posti letto delle strutture ospedaliere compreso tra 300 e 800 ed eliminazione degli ospedali con meno di 120 posti letto, funzionalmente carenti ed economicamente svantaggiosi; -

aggregazione funzionale di più unità specialistiche per competenze specialistiche omogenee (si tratta dell'embrione degli attuali dipartimenti);
definizione degli spazi destinati alle attività assistenziali diurne, tali posti letto sono definiti "posti letto equivalenti"; - definizione di spazi ove il personale medico può esercitare la libera professione intramuraria;
- definizione di spazi per i ricoveri a pagamento;
organizzazione di attività diagnostiche e di accertamento strumentale almeno su due turni giornalieri; - attivazione di gruppi di lavoro o comitati per la verifica della qualità prestazionale dell'assistenza e per la verifica delle infezioni ospedaliere;
realizzazione, ove possibile, di biblioteche scientifiche e di sale conferenze.

Con la Legge 412 del 1991 si assiste ad una nuova revisione dei parametri definiti nella legislazione precedente, vale a dire:

riconversione degli ospedali che non raggiungono i 120 posti letto, tendenzialmente o mediante accorpamenti con altre strutture o nella loro trasformazione in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale);
il tasso di utilizzo dei posti letto per struttura ospedaliera non deve essere inferiore al 75%;
la dotazione complessiva regionale deve essere di 6 posti letto ogni mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungo degenza post acuzie (con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille).

Il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 comporta una profonda trasformazione dell'organizzazione sanitaria ed ospedaliera, infatti, mentre gli ospedali di dimensioni medio-piccole restano presidi delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di appartenenza, gli ospedali di grandi dimensioni, di alta specializzazione, che fungono da punti di riferimento per i servizi di emergenza o che sono sede di corsi universitari, diventano Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO), strutture con totale autonomia.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha ridefinito i requisiti necessari affinché un presidio ospedaliero possa essere costituito in azienda ospedaliera dalla Regione; tali requisiti sono sintetizzati nei seguenti punti:

organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
dipartimento di emergenza di secondo livello; - ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
attività di ricovero di degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in altre regioni, superiore almeno al 10% rispetto al valore medio regionale, escluse le aziende di Sicilia e Sardegna; - indice di complessità della casistica dei ricoveri in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, superiore almeno al 20% del valore medio regionale;
disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

L'organizzazione secondo il modello dipartimentale dei presidi ospedalieri non costituiti in azienda ospedaliera raggruppa in ciascun dipartimento varie unità operative omogenee, affini o complementari sotto il profilo clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, tra loro indipendenti, ma dotati di propria autonomia e responsabilità.

Il D.P.R. 14 gennaio 1997 si esprime sui criteri minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private.

L'innovazione del suddetto decreto consiste nel fatto che oltre a dare delle indicazioni minimali sulle caratteristiche relative agli ambienti ed ai dispositivi che necessariamente devono essere presenti all'interno delle strutture sanitarie, introduce, nella parte relativa ai requisiti minimi organizzativi gestionali, una base per un sistema di gestione applicabile alla qualità, alla sicurezza o all'ambiente. Il Decreto, infatti, tratta di:

politica, obiettivi ed attività;
struttura organizzativa; - gestione delle risorse umane;
gestione delle risorse tecnologiche;
gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni; - sistema informativo.

L'elevata complessità che caratterizza gli ospedali, sia dal punto di vista strutturale, sia da quello impiantistico e funzionale, li rende, in generale, particolarmente vulnerabili in caso di emergenza (incendio, esplosione o terremoto), mentre l'elevata esposizione dovuta all'affollamento, alla presenza di pazienti non autonomi, ai contenuti tecnologici, ne rende molto alto il rischio.

Come riportato nei paragrafi precedenti, nella situazione italiana, a quanto sopra esposto, occorre aggiungere che molti ospedali hanno avuto una storia assai complessa, caratterizzata da successivi ampliamenti e modifiche, a volte intervenute su edifici inizialmente concepiti per altro uso.

Costruzioni e modifiche spesso sono avvenute senza tenere conto delle norme antincendio e sismiche oggi vigenti.

Solo nel 1998, infine, è stato emanato un regolamento per la valutazione della sicurezza sismica degli ospedali e per la progettazione ed esecuzione di lavori di adeguamento sismico, che prevede un graduale miglioramento delle prestazioni degli ospedali dal punto di vista sismico.

Entro la fine del 2007 dovranno essere abbattuti o destinati ad altro uso tutti gli edifici aventi prestazioni attese molto basse, mentre entro il 2030 tutti gli edifici destinati a ospedali per acuti dovranno essere in grado di restare operativi dopo un sisma violento.

Quest'ultimo aspetto, non trattato nella presente opera, dovrebbe condizionare considerevolmente qualsiasi attività di costruzione, ristrutturazione, modifica degli ospedali.

Per quanto concerne, invece, gli ospedali con più di 25 posti letto, solo nel 2002 è stata pubblicata la regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private: DM 18 settembre 2002.

Quest'ultima normativa, il cui termine di adeguamento avrebbe dovuto essere dicembre 2011, è fondamentale per la sicurezza delle strutture, degli impianti, dei materiali e delle attrezzature e per la gestione delle emergenze; il rispetto della legislazione vigente in materia di antincendio condiziona in maniera sostanziale la progettazione, la realizzazione e l'organizzazione delle strutture ospedaliere.



L'OSPEDALE OGGI

In base alle informazioni storiche riportate nei paragrafi precedenti, nel presente paragrafo si ricostruisce la situazione degli ospedali presenti oggi in Italia.

Un'informazione significativa è sicuramente l'anno di costruzione degli ospedali, ciò infatti influenza sostanzialmente le eventuali ristrutturazioni o adeguamenti edilizi, organizzativi e di sicurezza.

Circa un quarto degli ospedali italiani sono collocati in edifici storici, cioè con data di costruzione antecedente rispetto al 1900 e conseguentemente spesso con vincoli architettonici, strutturali, impiantistici che ne condizionano anche il funzionamento e la disponibilità degli spazi e dei servizi.

Tali strutture, per la maggior parte oggi inglobate completamente nel centro urbano, hanno raramente la possibilità di estendersi e di adeguarsi alle nuove necessità d'impianti, di apparecchiature, di sicurezza, d'igiene, di logistica, ma pur sempre sono e restano nella tradizione, nella memoria e nelle consuetudini dei cittadini, i quali a malincuore li sostituirebbero con strutture più moderne.

Nuovo impulso alla costruzione di ospedali è stato dato dalle due guerre mondiali e poi negli anni '60 con il consolidarsi di una rete ospedaliera e di sanatori per la lotta contro la tubercolosi, gestita dall'INPS, e da centri ortopedici - traumatologici, gestiti dall'Inail, atti alla cura e recupero degli infortunati sul lavoro. Solo la riforma ospedaliera del 1978 e del dato un nuovo impulso all'edilizia sanitaria in modo tale da poter fronteggiare le nuove esigenze strutturali e organizzative.

L'età media degli ospedali italiani si differenzia inoltre da regione a regione in base ai fondi stanziati, alle necessità effettive, alle strutture già presenti sul territorio, etc.

Come riportato nei paragrafi precedenti, la tipologia costruttiva degli ospedali è variata nei secoli e poi, sempre più velocemente con la tecnologia, nei decenni; da assistenza più spirituale che fisica dei primi ospedali, realizzati in ampie camerate con l'altare in fondo, si è passati ad un'assistenza e cura sempre più specialistica, prima in strutture a padiglioni, tali da rendere possibile l'isolamento fisico delle malattie di origine e natura diversa, e successivamente a strutture a monoblocco, a poliblocco, a monoblocco con

piastra per arrivare poi alla suddivisione strutturale e/o organizzativa in dipartimenti, di cui parleremo più approfonditamente nel prossimo paragrafo.

Le diverse strutture rispecchiano le diverse necessità che nel corso degli anni si sono concretizzate in seguito alle svariate scoperte scientifiche sull'origine e sulla cura delle malattie, al supporto ed all'ausilio di tecnologie e metodiche sempre più sofisticate ed, in taluni casi, anche in seguito alla necessità di ridurre i costi, gli spazi, i percorsi, il numero di servizi.

La tipologia della struttura edilizia, l'età dell'ospedale, la fattibilità degli interventi edilizi ed impiantistici, i costi di manutenzione, la disponibilità di adeguate zone di parcheggio, nonché la facilità di accesso spesso influenzano nella fase di progettazione, nella scelta sull'opportunità di realizzare una nuova struttura oppure se intervenire su quella già esistente.

La ristrutturazione di un ospedale esistente è molto onerosa dal punto di vista economico non solo nella fase di realizzazione, ma anche nella fase di mantenimento in efficienza.

Inoltre, soprattutto per edifici con un numero di posti letto limitato o con una capacità inferiore alla richiesta del territorio, la fase di ristrutturazione richiede uno sforzo organizzativo e gestionale non indifferente al fine di poter mantenere sicura, efficiente e funzionale le unità operative non interessate dai lavori.

Anche dal punto di vista della sicurezza la scelta di intervenire mediante la ristrutturazione degli edifici comporta delle problematiche differenti rispetto a quella di costruirne uno nuovo, infatti non solo nel primo caso occorre garantire l'efficienza del servizio, ma occorre anche tener conto della presenza di personale esterno (manovali, impiantisti, ecc.), estranei alle attività proprie dell'ospedale, l'eventuale presenza di polveri, di rumore, l'inaccessibilità di alcune zone e/o di servizi, la dislocazione dei malati, delle apparecchiature, la variazione della segnaletica, nuove procedure di emergenza e di evacuazione, l'erogazione in continuo di energia, di acqua, del sistema antincendio, etc.

