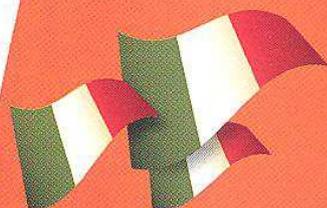




Università degli Studi dell'Aquila

150 anni  
*di*  
Sanità pubblica in Italia



L'Aquila, 16 settembre 2011

1861 > 2011 >>  
150° anniversario Unità d'Italia



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA



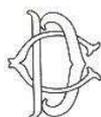
IPASVI

COLLEGIO DEGLI INFERMIERI PROFESSIONALI, ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA  
DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA

SOTTO L'ALTO PATRONATO  
DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA



SENATO DELLA REPUBBLICA



CAMERA DEI DEPUTATI

**COMITATO DI PRESIDENZA**

Prof. F. di Orio, Dott. M. Ortu, Prof. F. Lancia, Dott. G. Chiodi, Dott. A. Del Corvo, Dott. M. Cialente,  
Dott. G. Silveri, Prof.ssa G. Cifone, Prof. E. Alesse, Prof. G. Amicucci, Prof. S. Necozone,  
Prof. G. Macchiarelli, Prof. E. Scarnati

**COMITATO ORGANIZZATORE**

Prof.ssa C. Leuter, Prof. M. Bologna, Prof. M. Giannoni, Dott.ssa A. M. Angelone,  
Dott. M. Stornelli, Dott.ssa F. Vulpiani

ISBN 978-88-87952-45-2

© 2011 - Università degli Studi dell'Aquila

# **Evoluzione legislativa in sanità dall'Unità d'Italia a oggi. Valori in gioco e rappresentazione semantica**

MALTA R.\* - CRAXÌ L.\*\*

\*Dipartimento di Biopatologia e Biotecnologie mediche e Forensi - Università degli Studi di Palermo

\*\*Dottore di Ricerca - Università degli studi di Palermo

Il percorso compiuto dalla legislazione sanitaria prende avvio timidamente nell'Italia preunitaria, divisa in diversi stati e regni, per farsi più serrato con lo sviluppo delle tematiche igieniche, della tutela della persona e del lavoratore, dell'organizzazione. Il legiferare è un perenne dialogo nella società per l'individuazione e la scelta delle norme che, nel farle proprie, segnano il ritmo della vita in comune. Un esempio lo ricaviamo dalla ricerca sulle miniere di zolfo di Sicilia, di cui particolarmente ci si è occupati, offrendoci la possibilità di entrare in un mondo inizialmente autogestito perché senza regole scritte e pian piano modificato e plasmato secondo le norme di sviluppo sociale emanate dal Parlamento.<sup>1</sup>

Analoga esperienza agli inizi degli anni novanta si è avuta per l'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita che hanno dato luogo a una variegata traduzione operativa che ha fatto sì che l'allora Presidente della Camera dei Deputati, Irene Pivetti, si esprimesse col dire: "Siamo nel Far West della Bioetica". La sregolatezza avvia il processo di individuazione e acquisizione delle norme: la società sente il bisogno di transitare dalla spontaneità e libertà di azione senza regolamentazione al riconoscimento di valori condivisi che vengono fatti propri attraverso gli articolati di legge. Avveniva ieri, avviene oggi. Le norme seguono le vicende politiche delle nazioni e dei popoli, sono orientate a risolvere problemi comuni del vivere insieme.

Seguiremo alcuni passaggi storici del processo di formazione delle leggi in sanità dall'epoca degli stati preunitari all'attuale Repubblica, attraverso il politicamente partecipato periodo di formulazione della nostra Carta Costituzionale in riferimento al dettato inerente la tutela della salute e della dignità della persona.

## **Legislazione dagli Stati pre unitari all'Italia unitaria**

Si riporta qui sinteticamente la torpida legislazione degli Stati pre-unitari da dove si evince una tensione verso la regolamentazione delle pur insufficienti attività sanitarie, prime fra tutte quelle rivolte ai tentativi di controllo delle malattie infettive. Si delineano le figure professionali sanitarie e l'organizzazione ordinistica. È un momento di scomposizione delle regioni italiane dove il valore dell'autonomia e indipendenza è centrale, ma si registra la tensione verso l'unità, mentre oggi sembra avviato un cammino in senso opposto. Brevemente:

<sup>1</sup> MALTA R., *Zolfare di Sicilia: Le tematiche della ricerca*. Medicina nei Secoli. 2010; 22 (1/3): 489 – 508.

*Regno del Piemonte* nel 1818 regolamentò la funzione del protomedico e l'esercizio delle professioni sanitarie; nel 1819 concesse le regie patenti sulle vaccinazioni obbligate; nel 1831 emanò diversi e vari provvedimenti per la sanità pubblica; nel 1847 con regio editto istituì il Consiglio di Sanità Pubblica;

*Regno Lombardo-Veneto* va ricordato per avere emanato nel 1817 il regolamento a prevenzione e repressione delle malattie contagiose e nel 1821 quello sulla vaccinazione. Norme sull'esercizio delle farmacie furono date nel 1824, nel 1825 quelle sulle sessioni sanitarie;

*Stato Pontificio* nel 1818 emanò una legge generale sulla sanità, mentre nel 1824 istituì l'ordinamento delle Facoltà mediche e sull'abilitazione all'esercizio delle professioni sanitarie; nel 1831 le norme sulla prevenzione delle malattie infettive e nel 1832 l'igiene del suolo e dell'abitato. Nel 1834 istituì la Congregazione per la Sanità pubblica. Nel 1836 il Riordinamento delle Commissioni provinciali e delle Deputazioni comunali di igiene e sanità;

*Regno delle due Sicilie* nel 1819 emanò la Legge organica sanitaria, con l'istituzione delle Soprintendenze sanitarie e dei Corpi tecnici consultivi. Nel 1820 il regolamento sanitario del Regno.

Dopo l'Unità d'Italia la *Legge n. 2248 del 20 marzo 1865* per l'unificazione amministrativa del Regno, proposta dal Ministro dell'Interno Giovanni Lanza, ha dedicato il suo art. 15) alla Sanità pubblica ed in particolare alla sua organizzazione burocratico-amministrativa sul territorio. Sfruttando la presenza dei Prefetti, Sotto-prefetti e Sindaci che presidiavano il territorio dal punto di vista dell'ordine pubblico, anche il settore sanitario, considerato argomento sotto la medesima prospettiva, è stato affidato al Ministero dell'Interno. La struttura acquisì una sua diffusione sul territorio e i funzionari ministeriali dello Stato si avvalevano dei Consigli di sanità periferici, chiamati a svolgere un ruolo consultivo, per emanare le ordinanze.

L'amministrazione sanitaria si avvaleva a livello centrale del Consiglio Superiore di Sanità e in periferia dei Consigli circondariali e provinciali. Il compito dei Consigli sanitari (art. 15) era quello di vigilare sulla tutela della sanità pubblica anche per quanto riguardava le epizootie, avendo facoltà di proporre all'autorità superiore anche propri provvedimenti. Quindi vi era la separazione di funzioni tra gli organi consultivi e l'esecutivo. Oggi vengono nominati organi consultivi ad hoc, a cui non si ricorre in maniera vincolante ma facoltativa, mentre l'esecutivo, dopo la fase consociativa delle unità sanitarie locali, è di tipo verticistico, monocratico, con ampia prerogativa decisionale per l'assenza di un direttore generale che a volte sovrasta anche nelle funzioni la direzione sanitaria e amministrativa in quanto sua emanazione diretta.

Nella metà del XIX secolo è iniziata una fase di sviluppo della disciplina dell'Igiene e la conseguente necessità di intervenire sul territorio con nuove norme che la facessero operativa sul piano operativo. È stato un momento culturale rilevante che investì i campi della prevenzione delle malattie, della tutela dei lavoratori, della salubrità dell'aria e dei luoghi di lavoro, delle abitazioni domestiche e dell'alimentazione e nutrizione. Si percepì la necessità di effettuare interventi di riqualificazione degli ambienti urbani in chiave igienica. Nacque la disciplina dell'edilizia sanitaria nelle università. In questa rinnovata attenzione il Parlamento diede una nuova legge: la Crispi-Pagliani.

La tematica dell'Igiene era storicamente, e si teme che lo sia tuttora, un punto debole

ell'Italia, specie quella meridionale. Va ricordato che nel 1576 Giovanni Filippo Ingrassia, a 64 anni, quando scrisse il suo libro sulla peste di Palermo patita l'anno precedente, ebbe a fare uno sconcertante confronto tra le condizioni della sua città e quelle della Napoli presso il cui Studium aveva insegnato: quella città aveva già raccolto i liquami dalle abitazioni in una rete di canali fognari, mentre a Palermo ancora si disperdevano sulla pubblica strada.

### **Legge Crispi - Pagliani di Sanità Pubblica**

La legge di Sanità pubblica del 1888 voluta dal Governo presieduto da Francesco Crispi (Ribera, Agrigento 1818 - Napoli 1901) è nota anche come Crispi - Pagliani per il grande contributo professionale che questi ha elargito su incarico personalmente ricevuto dallo stesso.

Era il maggio del 1887 quando, alla fine della sua ultima lezione dell'anno accademico, il prof. Luigi Pagliani (Cuneo 1847 - Torino 1932), professore ordinario di Igiene all'Università di Torino, si vide recapitare un telegramma di convocazione dall'appena nominato Presidente del Consiglio dei Ministri per organizzare "la tutela della salute pubblica in Italia". Era giacente da un anno in Senato l'esame del progetto di revisione del Codice di Igiene, che bisognava riesaminare per predisporre un più conveniente ordinamento del servizio generale sanitario sì da attendere al risanamento igienico ed economico del Paese.

Al contempo erano necessari provvedimenti urgenti per fronteggiare l'epidemia di Cholera che era presente da tre anni e pronta ad acuirsi con l'imminente stagione estiva. Crispi responsabilizzò in maniera esclusiva Pagliani al quale, nel suo lavoro di stesura degli articoli di legge, era stato espressamente richiesto di mantenersi in dialogo in via esclusiva con il Presidente. Fu collaborato soltanto da un consigliere di Stato per la parte legale e da nessuno per la parte tecnica di igiene sanitaria. Lo stesso Pagliani confesserà che le altre nazioni d'Europa erano molto più avanti nella tutela della salute a partire dalle misure ottenute nel settore dell'igiene.

Fu un momento straordinario nella vita professionale di Pagliani il quale rispose con l'impiego del quarantenne e la certezza di libertà di azione in quanto dipendente solo dal Presidente del Consiglio. Aveva maturato l'esperienza professionale in diversi Paesi d'Europa dove avevano raggiunto una più avanzata organizzazione sociale. L'entusiasmo lo portò a dichiarare: "Invece di due piccole oscure stanze del mio laboratorio di Torino, mi si offriva come grande Istituto di applicazione, più che di esperienza, il nostro splendido Paese, con tanto da fare per apportargli un po' di bene, da dover essere molto gratificati dove mettere prima le mani".<sup>2</sup>

È splendido il dibattito parlamentare - che sarà oggetto di un altro rapporto - che ha preceduto l'approvazione della legge. Nella tornata di mercoledì 12 dicembre 1888 l'on. Crispi denunciava che da 23 anni (dal 1865) si lavorava ad una riforma sanitaria tanto

<sup>2</sup> CHI F, *La Sanità ieri e oggi, nel centenario della nascita di Crispi*. In "Cent'anni fa la Sanità". Cattedra di Deputati, Roma 1988, 3.

e se ne avvertiva l'urgenza e la drammaticità. Una riforma sanitaria che Pagliani vide la prospettiva di un'organizzazione funzionale e orientata alla tutela delle condizioni igieniche della Nazione dove, come lui stesso ebbe a dichiarare, questa diventava il campo di applicazione degli studi precedenti.

La legge Crispi Pagliani è articolata in tre titoli: nel primo si occupa dell'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del regno; nel secondo dell'esercizio delle professioni sanitarie e affini; nel terzo dell'igiene del suolo e dell'abitato.

L'impostazione delle norme del titolo 1 ricalcano sostanzialmente quelle della legge del 1865 con un'organizzazione in dipendenza dei Prefetti. Rimane la materia ancorata al Ministero dell'Interno e la gestione delle attività prevede procedure di tipo formale burocratico. Vengono mantenuti il Consiglio superiore di sanità, il Consiglio provinciale e il ruolo del medico provinciale. Questi è in corrispondenza con gli ufficiali sanitari comunali per tutto ciò che riguarda l'igiene e la sanità pubblica ed informa il prefetto di qualunque fatto possa interessare la salute della popolazione, proponendogli provvedimenti d'urgenza a fini di pubblica incolumità.

Nei comuni si istituisce la figura dell'ufficiale sanitario, nominato dal prefetto ma su proposta del consiglio comunale e sentito il consiglio sanitario provinciale. Il suo livello gerarchico superiore è il medico provinciale che tiene informato per quanto riguarda le condizioni igieniche comunali; assiste il sindaco nella vigilanza igienica e nell'esecuzione di tutti i provvedimenti sanitari. La nomina dei medici chirurghi stipendiati dai comuni è fatta dal consiglio comunale e dopo tre anni di prova si acquisiva lo stato di stabilità. Nei comuni non provvisti di farmacia i medici erano obbligati a tenere un "armadio farmaceutico" provvisto di una serie di prodotti per il primo immediato intervento.

La legge Crispi - Pagliani ha offerto un'organizzazione rivolta a garantire una prepotenza sanitaria sul territorio senza occuparsi dell'organizzazione ospedaliera. Presentando lentamente quota il tema dell'igiene dei comuni, delle abitazioni e dei luoghi di lavoro. Questi ultimi saranno oggetto di norme speciali nei quindici anni a seguire. Sono anni in cui si è sviluppata l'attenzione alle tematiche di natura igienico-sanitaria e la cura dell'ambiente diventava fondamentale per la cura della persona, facendosi prepotentemente strada il concetto di prevenzione: una visione integrale e a tutto tondo per la modificazione dei comportamenti e delle abitudini personali e collettive.

Sorsero le prime scuole di ingegneria sanitaria per la preparazione dei professionisti alla progettazione degli spazi vitali, delle case popolari, delle scuole, degli ospedali, dei sanatori e degli ospedali psichiatrici.

L'attualità della tematica ambientale, alla base della nascita della Bioetica secondo l'interpretazione di V. Renssealer Potter, sta nella visione della connessione tra uomo e ambiente, oggi rivisitata in chiave ecologica e negli stili di vita personali.

## **Istituzione e salute individuale e collettiva**

La fine del Fascismo e l'occupazione della Sicilia da parte degli Alleati nel corso della II guerra mondiale rappresentano un periodo di transizione che porta alla stagione della Costituente. Si torna a vivere in un clima di libertà coniugata alla responsabilità verso la tutela della dignità della persona. La Repubblica si dà le nuove regole e

queste sono il frutto del movimento che aveva attraversato l'Occidente, di qua e di là dell'oceano, per l'indignazione verso i recenti misfatti perpetrati nei campi di concentramento che hanno portato al processo di Norimberga del 1947; quando esso finì con la condanna dei gerarchi fascisti e medici criminali si sollevò il grido di liberazione "Mai più Norimberga".

In quello stesso anno l'Assemblea Costituente ha dedicato i suoi lavori alla stesura degli articoli della Carta. Soffermandoci sull'art. 26 del progetto costituzionale vedremo le proposte per il suo articolato e il dibattito. Il contenuto della sua prima proposta: "La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana". In sede di discussione, a nome del gruppo medico parlamentare, l'on. Caronia propose di sostituire quella versione dell'articolo 26 con la seguente: "La Repubblica tutela la salute come un fondamentale diritto dell'individuo e come un generale interesse della collettività. Lo Stato assolve tale compito attraverso istituzioni coordinate intorno ad un unico organo centrale e autonomo. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la quale inoltre garantisce il rapporto di fiducia fra medico e ammalato". In questa seconda versione la nozione di igiene è stata integrata in quella di salute in quanto alla stessa fa riferimento la prevenzione. È comunque affermato il valore del coordinamento e governo centrale dell'organizzazione sanitaria sia per i mezzi utilizzati che per le direttive necessarie a garantire omogeneità di trattamento su tutto il territorio. Il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato è garantito per via della libertà di esercizio delle proprie scelte. È stato anche proposto di aggiungere nella declaratoria, oltre il dovere verso la collettività, quella del corrispondente dovere dell'individuo verso se stesso in funzione anche della tutela collettività. L'on. Leone ha suggerito che l'art. 26 venisse perfezionato con "la quale legge non può violare i limiti imposti dal rispetto della personalità umana", sostanzialmente accordato.

L'on. Gaetano Martino, in riferimento alle pratiche sanitarie lesive della dignità umana, ha sostenuto che spetta alla coscienza dei singoli medici risolvere i problemi a difesa della tutela della vita. Altro punto rilevante è stato "il divieto di disporre del proprio corpo in maniera incompatibile con la dignità umana".

In conclusione l'Assemblea Costituente riaffermò nell'art. 32 della Costituzione "la tutela del diritto di libertà e la difesa della dignità personale, sia individualmente che collettivamente intesi, anche in ambito preventivo e solo una legge può obbligare l'individuo in trattamento sanitario". Argomenti non solo di solida valenza giuridica ma anche dal profondo contenuto etico. Su questi presupposti furono vietate le consuete visite pre-trimoniaali, la sterilizzazione come profilassi di malattie eredo-familiari, l'eutanasia: oggi questa da alcuni gruppi invocata cercando di rinnovare e attualizzare proprio l'interpretazione di questo articolo.

La Carta Costituzionale del 1948 pone al centro la persona umana. Siamo transitati dalla lunghissima era in cui il principio di beneficiarietà animava e teneva saldo il rapporto medico - paziente, a quella molto più articolata del principio di autonomia, momento in questi deve consapevolmente essere reso responsabile del proprio progetto di cura, i sbocchi rilevanti in ambito legale e giudiziario.

## La riforma 833/78 al D. Lgs. 502/92

attuazione di tutta la complessa strategia della Sanità pubblica al tempo della Crispi-  
gliani era retta da una puntuale piramide di competenze e di costi. Essa seguiva  
l'organizzazione degli enti locali e quindi era ripartita tra Stato, Province e Comuni, di  
medici erano sostanzialmente le figure tecniche. Per settanta anni ha retto questa  
organizzazione, cioè fino al 1958 quando è stato istituito il Ministero della Sanità, oggi  
Ministero della Salute.

Incontrava in incubazione una nuova riforma sanitaria che esiterà venti anni dopo nella  
legge di riforma n. 833 del 1978. L'esercizio della medicina era profondamente cambiato:  
diagnostica di più e si cura di più. Non solo si vuole "prevenire" ma anche "prevedere"  
ciò che potrà accadere. Si comincia a vivere di più e a volere vivere meglio: il concetto di  
qualità della vita è imperante e scardina le consolidate connotazioni di malato, malattia,  
diagnosi e cura. Ci si interroga sul risultato in termini di qualità della vita per inaspettate  
avvicinanze di pazienti che un tempo inesorabilmente morivano. Si apre la stagione  
di riflessi, preludio all'affermazione e sviluppo delle tematiche inerenti le questioni della  
etica.

I nuovi problemi legati alla sopravvivenza impongono nuove istanze non solo sul  
piano clinico, ma anche organizzativo ed etico. È come se sorgessero nuove malattie  
che chiedono l'amplificazione del set diagnostico terapeutico e servizi nuovi oltre che  
integrativi. Progressivamente crescono le prestazioni erogate dagli ospedali e si assiste  
alla doppia erogazione di servizi tra loro non coordinati e non integrati, con una divarica-  
zione tra ospedale e territorio. I costi della sanità si incrementano vertiginosamente  
e negli anni a venire la loro sostenibilità diventa un grave problema per le casse della  
sanità. Ciò durerà soltanto quattordici anni e fino a quando nel 1992 interviene l'attua-  
zione della riforma sanitaria i cui criteri organizzativi sono in vigore da quasi venti anni.

## La dimensione tecnica del linguaggio in sanità

Il linguaggio è ben poco cambiato nel linguaggio tra la legge del 1865 e quella del 1888, lo  
che non può dirsi per le successive riforme dell'organizzazione. Il linguaggio adottato  
e il suo significato nella traduzione operativa ci aiutano a comprendere l'essenza dei  
cambiamenti e a viverli in modo maturo e coerente all'impegno assistenziale rivolto alla  
cura dei pazienti. La sanità si è arricchita di una serie di termini che ne dichiarano con  
chiara e tendente evidenza l'evoluzione concettuale.<sup>3</sup>

La prima grande trasformazione ha coinvolto le "opere pie" e gli "ospedali" diventati  
dopo la riforma del 1978 "enti" ospedalieri e dopo il 1992 "aziende" ospedaliere o sanita-  
le. Nella prima accezione si vuole cogliere il gesto carico di solidarietà di chi per profon-  
da fede religiosa si dedica, al di là di ogni possibile vantaggio nella vita terrena, a dare  
aiuto e conforto all'altro, con assistenza gratuitamente donata ai poveri e ai bisognosi.  
L'ente "ospedale" nasce dall'antico *hospitium*, poi *ospitale*, luogo di accoglienza per

<sup>3</sup> La R, *Professione, professionalità e umanità in medicina*. Bioetica e Cultura, 2001; 1: 111-118.

## Dalla riforma 833/78 al D. Lgs. 502/92

L'attuazione di tutta la complessa strategia della Sanità pubblica al tempo della Crispi - Pagliani era retta da una puntuale piramide di competenze e di costi. Essa seguiva l'organizzazione degli enti locali e quindi era ripartita tra Stato, Province e Comuni, di cui i medici erano sostanzialmente le figure tecniche. Per settanta anni ha retto questa organizzazione, cioè fino al 1958 quando è stato istituito il Ministero della Sanità, oggi Ministero della Salute.

Entrava in incubazione una nuova riforma sanitaria che esiterà venti anni dopo nella legge di riforma n. 833 del 1978. L'esercizio della medicina era profondamente cambiato: si diagnostica di più e si cura di più. Non solo si vuole "prevenire" ma anche "prevedere" ciò che potrà accadere. Si comincia a vivere di più e a volere vivere meglio: il concetto di qualità della vita è imperante e scardina le consolidate connotazioni di malato, malattia, prognosi e cura. Ci si interroga sul risultato in termini di qualità della vita per inaspettate sopravvivenze di pazienti che un tempo inesorabilmente morivano. Si apre la stagione dei diritti, preludio all'affermazione e sviluppo delle tematiche inerenti le questioni della Bioetica.

I nuovi problemi legati alla sopravvivenza impongono nuove istanze non solo sul piano clinico, ma anche organizzativo ed etico. È come se sorgessero nuove malattie che chiedono l'amplificazione del set diagnostico terapeutico e servizi nuovi oltre che innovativi. Progressivamente crescono le prestazioni erogate dagli ospedali e si assiste ad una doppia erogazione di servizi tra loro non coordinati e non integrati, con una divaricazione tra ospedale e territorio. I costi della sanità si incrementano vertiginosamente e negli anni a venire la loro sostenibilità diventa un grave problema per le casse della Nazione. Ciò durerà soltanto quattordici anni e fino a quando nel 1992 interviene l'attuale riforma sanitaria i cui criteri organizzativi sono in vigore da quasi venti anni.

## Evoluzione tecnica del linguaggio in sanità

Se ben poco è cambiato nel linguaggio tra la legge del 1865 e quella del 1888, lo stesso non può dirsi per le successive riforme dell'organizzazione. Il linguaggio adottato e il suo significato nella traduzione operativa ci aiutano a comprendere l'essenza dei cambiamenti e a viverli in modo maturo e coerente all'impegno assistenziale rivolto alla cura dei pazienti. La sanità si è arricchita di una serie di termini che ne dichiarano con sorprendente evidenza l'evoluzione concettuale.<sup>3</sup>

La prima grande trasformazione ha coinvolto le "opere pie" e gli "ospedali" diventati con la riforma del 1978 "enti" ospedalieri e dopo il 1992 "aziende" ospedaliere o sanitarie. Nella prima accezione si vuole cogliere il gesto carico di solidarietà di chi per profonda fede religiosa si dedica, al di là di ogni possibile vantaggio nella vita terrena, a dare cura e conforto all'*altro*, con assistenza gratuitamente donata ai poveri e ai bisognosi. Il termine "ospedale" nasce dall'antico *hospitium*, poi *ospitale*, luogo di accoglienza per

<sup>3</sup> Malta R, *Professione, professionalità e umanità in medicina*. Bioetica e Cultura, 2001; 1: 111-118.

forestieri, asilo, ricovero per poveri o anziani. *Ospitale* è riferito anche alla persona o luogo che accoglie volentieri e cordialmente gli *ospiti*, procurando loro quanto è necessario per il vitto, l'alloggio e il benessere fisico e spirituale. Il concetto di ospedale prevede la mano tesa verso l'altro e l'accoglienza.

*Infermeria* è il luogo idoneo a ospitare l'*in-firmos*, il debole, fisicamente ed anche moralmente, l'indifeso, chi non è provvisto di resistenza, il che suscita non solo sentimenti di accoglienza, ma soprattutto di protezione. È il termine *degenza* che ancora resiste, declinato oggi pressoché esclusivamente nella lungo-degenza. *Degens* è colui che "passa la vita" in un luogo di accoglienza a causa del suo stato di *infirmis* o debolezza, ma si può anche immaginare che in quel "trapassa" la vita dove vengono offerti i necessari sostegni materiali e anche spirituali.

È una terminologia che evoca un'assistenza sanitaria immanente nel malato e trascendente nella prospettiva di fede, che permea tutto il sistema; un volere cogliere nel malato l'aspetto temporale e la prospettiva spirituale; un volere unire in unico gesto il corpo e l'anima, del malato e di chi si prende cura.

È l'epoca del paternalismo medico e vige il principio di beneficiabilità; l'autorità del medico, l'autorevolezza del medico, sostenute dalla gratuità, consentono di intervenire sul malato con legittimazione autoritaria e finalizzata ad eseguire ogni intervento che si ritiene unilateralmente giusto.

Con la riforma del 1978 arriva "l'ente" che sta a significare ciò "che è". Si avverte ora la presenza dello Stato sovrano che presidia l'azione medico-chirurgica. L'assistenza diventa un diritto, un servizio da erogare e non una cura su base volontaria e missionaria. Il trattamento può essere legittimato solo se il paziente lo vuole e nessuno, per vincolo della Costituzione e per norma di legge, può essere privato dell'assistenza sanitaria. Di conseguenza prendono corpo i momenti organizzativi non più lasciati alla libera interpretazione della sanità su base compassionevole, ma da trasferire in maniera strutturata e omogenea su tutto il territorio nazionale.

Il linguaggio è analogo a quello dell'organizzazione militare: i luoghi di ricovero si definiscono *divisioni*, *reparti* e *corsie*, dove si ospita il malato e i medici si recano in visita. Camerate come quelle militari, a otto, dieci e forse più posti letto, dove si avvicendano i medici con le loro qualifiche di *Primario*, il comandante, *aiuti* e *assistenti*, i collaboratori, come nei campi di battaglia. I medici in nella *corsia* passano in rassegna i malati, come gli ufficiali le truppe. Anche qui l'attività è rivolta contro un nemico, rappresentato dalla malattia, che si combatte e si deve sconfiggere. Il medico che sorveglia i pazienti è il *medico di guardia* e quanto egli decide lo fa impartendo *ordini*. Terminologia e stile di vita hanno dato all'organizzazione un'impronta di natura militare: anche la distribuzione del vitto serale alle ore 17.00 è analoga a quella che vige nelle caserme ma che, diversamente da quanto accade negli ospedali, è funzionale alla libera uscita, nonostante le patologie di alcuni pazienti possano richiedere una dieta da assumere in orari più tardivi. Anche la possibilità di assentarsi è negata al paziente, essendo trattenuto come in una caserma: alcune ragioni di ordine interno e la responsabilità della presa in carico integrale del paziente ne giustificano il diniego: ma è come se si dicesse no all'ospedale aperto. Lo si potrà fare con la formula del *day hospital*, che nasce sotto altra e nuova logica.

Dalle insufficienze e deficienze della riforma del 1978, a causa di disorganizzazione e sprechi del sistema sanitario in tutta la sua complessa organizzazione per l'incremento

dei costi, la scarsa soddisfazione e la conseguente fuga all'estero dei cittadini con oneri a carico delle casse dello Stato, ne è scaturita la riforma ancora attuale ai sensi del D. Lgs. 502 del 1992. Sono profondamente cambiati i criteri organizzativi del sistema, i ruoli e le responsabilità della *dirigenza* professionale, chiamata alle nuove necessità e compiti di adattamento alle esigenze non solo dei pazienti, ma anche della struttura assistenziale che a tutt'oggi, dopo quasi un ventennio, stentano ad essere compiutamente tradotti.

La riforma attuale deriva dall'insuccesso dell'organizzazione di tipo militare su base burocratico – formale e dimostratasi incapace sia di soddisfare il bisogno di salute dei cittadini sia di mantenere l'equilibrio economico del sistema. La terminologia di gergo *militare* ha ceduto il passo a quella di derivazione *imprenditoriale*. La sanità pubblica è diventata un'*impresa*, come la privata, destinata alla produzione del bene salute; viene varato il concetto di *azienda*: non divisioni, reparti o servizi, ma *unità operative*; non primari, aiuti o assistenti, ma *dirigenti di I o II livello*, mentre il personale del comparto assume la qualifica di *operatore sanitari*. Si fa avanti quindi il concetto di *produzione*.

L'organizzazione formale ad orientamento burocratico-amministrativo di retaggio militare si rinnova in un modello gestionale funzionale al soddisfacimento del bene salute: diventa in una prima fase importante conoscere *quello* che si fa, per cui entrano inizialmente nell'uso quotidiano termini quali: *report, budget, efficacia, efficienza, economicità, benchmark, management, ecc.*, spesso mutuati dalla terminologia anglosassone.

Successivamente, e siamo odiernamente in questa fase, diventa fondamentale conoscere *come* lo si fa: il termine è di nuovo conio, *appropriatezza*<sup>4</sup>, sostantivo di appropriato o pertinente, il che racchiude un concetto di proporzione tra impegno assistenziale, compreso il consumo delle risorse e la condizione clinica del paziente. La problematica legata alla nozione di *proporzione* era già nota a metà del secolo precedente, quando lo sviluppo delle tecniche di rianimazione aveva sollevato in ambito etico la legittimità di taluni trattamenti. Oggi la *pertinenza* di un trattamento secondo diverso grado di intensità rispetto alla situazione clinica il sistema la pretende in funzione dell'impegno delle risorse assorbite, dell'efficacia di destinazione delle stesse: tutta la problematica è sottesa dal valore etico perché relazionato alla realtà delle "risorse limitate".

Anche il contenuto concettuale del termine *paziente* è stato coinvolto e trasformato, cancellando totalmente il significato originario della radice *pathos*, per accreditare quello più immediato di pazienza, virtù richiesta a chi è costretto a subire qualche ingiustizia o disservizio, quali quelli scaturenti dall'inefficienza dell'organizzazione. Ciò ha una radice culturale e sociale più profonda: siamo nell'epoca della bioetica ed è iniziata la stagione dei *diritti dei pazienti*. Diventa un diritto del paziente non solo ricevere la migliore assistenza possibile, ma averla erogata nelle forme a lui più rispettose e dignitose: egli *deve* percepire la qualità della prestazione e del rapporto umano con coloro che erogano il servizio: la misurazione della qualità percepita ha proprio questo vincolo.

Sono sorte associazioni di volontariato a sua tutela e carte di regolamentazione. Ne sono espressione il *Tribunale dei diritti del malato* e la *carta dei diritti dei pazienti*.

<sup>4</sup> Malta R, *Considerazione sul criterio di appropriatezza / pertinenza*. Corso di Formazione "Individuo, Medicina, Società" dell'Accademia delle Scienze Mediche dell'Università degli Studi di Palermo. Atti a cura di: Salerno A, Malta R. Accademia Scienze, Palermo 2011.

dei costi, la scarsa soddisfazione e la conseguente fuga all'estero dei cittadini con oneri a carico delle casse dello Stato, ne è scaturita la riforma ancora attuale ai sensi del D. Lgs. 502 del 1992. Sono profondamente cambiati i criteri organizzativi del sistema, i ruoli e le responsabilità della *dirigenza* professionale, chiamata alle nuove necessità e compiti di adattamento alle esigenze non solo dei pazienti, ma anche della struttura assistenziale che a tutt'oggi, dopo quasi un ventennio, stentano ad essere compiutamente tradotti.

La riforma attuale deriva dall'insuccesso dell'organizzazione di tipo militare su base burocratico – formale e dimostratasi incapace sia di soddisfare il bisogno di salute dei cittadini sia di mantenere l'equilibrio economico del sistema. La terminologia di gergo *militare* ha ceduto il passo a quella di derivazione *imprenditoriale*. La sanità pubblica è diventata un'*impresa*, come la privata, destinata alla produzione del bene salute; viene varato il concetto di *azienda*: non divisioni, reparti o servizi, ma *unità operative*; non primari, aiuti o assistenti, ma *dirigenti di I o II livello*, mentre il personale del comparto assume la qualifica di *operatore sanitari*. Si fa avanti quindi il concetto di *produzione*.

L'organizzazione formale ad orientamento burocratico-amministrativo di retaggio militare si rinnova in un modello gestionale funzionale al soddisfacimento del bene salute: diventa in una prima fase importante conoscere *quello* che si fa, per cui entrano inizialmente nell'uso quotidiano termini quali: *report, budget, efficacia, efficienza, economicità, benchmark, management, ecc.*, spesso mutuati dalla terminologia anglosassone.

Successivamente, e siamo odiernamente in questa fase, diventa fondamentale conoscere *come* lo si fa: il termine è di nuovo conio, *appropriatezza*<sup>4</sup>, sostantivo di appropriato o pertinente, il che racchiude un concetto di proporzione tra impegno assistenziale, compreso il consumo delle risorse e la condizione clinica del paziente. La problematica legata alla nozione di *proporzione* era già nota a metà del secolo precedente, quando lo sviluppo delle tecniche di rianimazione aveva sollevato in ambito etico la legittimità di taluni trattamenti. Oggi la *pertinenza* di un trattamento secondo diverso grado di intensità rispetto alla situazione clinica il sistema la pretende in funzione dell'impegno delle risorse assorbite, dell'efficacia di destinazione delle stesse: tutta la problematica è sottesa dal valore etico perché relazionato alla realtà delle "risorse limitate".

Anche il contenuto concettuale del termine *paziente* è stato coinvolto e trasformato, cancellando totalmente il significato originario della radice *pathos*, per accreditare quello più immediato di pazienza, virtù richiesta a chi è costretto a subire qualche ingiustizia o disservizio, quali quelli scaturenti dall'inefficienza dell'organizzazione. Ciò ha una radice culturale e sociale più profonda: siamo nell'epoca della bioetica ed è iniziata la stagione dei *diritti dei pazienti*. Diventa un diritto del paziente non solo ricevere la migliore assistenza possibile, ma averla erogata nelle forme a lui più rispettose e dignitose: egli *deve* percepire la qualità della prestazione e del rapporto umano con coloro che erogano il servizio: la misurazione della qualità percepita ha proprio questo vincolo.

Sono sorte associazioni di volontariato a sua tutela e carte di regolamentazione. Ne sono espressione il *Tribunale dei diritti del malato* e la *carta dei diritti dei pazienti*.

<sup>4</sup> Malta R, *Considerazione sul criterio di appropriatezza / pertinenza*. Corso di Formazione "Individuo, Medicina, Società" dell'Accademia delle Scienze Mediche dell'Università degli Studi di Palermo. Atti a cura di: Salerno A, Malta R. Accademia Scienze, Palermo 2011.

Il significato di paziente subisce un'ulteriore trasformazione e si affaccia una nuova modalità per definirlo: *cliente*. Termine pessimo per la sua condizione di salute e per una sanità pubblica che offre ai cittadini servizi gratuiti, ma il cui significato è pienamente coerente con il concetto di azienda e di impresa. L'impresa sanitaria, come tutte le attività imprenditoriali, può funzionare se incontra destinatari e consumatori dei propri prodotti. Le imprese entrano in competizione, sono indotte a superarsi vicendevolmente per servire al meglio il cliente e accaparrarsi le quote di mercato. Cambiano le modalità di gestione dei pazienti, si liberano posti letto: i costi comunque aumentano per via delle innovazioni tecnologiche, dell'aumento delle cronicità, delle patologie che si possono curare, dell'età dei pazienti. Ciò che si chiede comunque è di tenere strettamente il controllo della spesa sanitaria, costretta comunque ad un margine di lievitazione per diverse concomitanti condizioni.

Siamo in un'era in cui il rapporto medico paziente è nella prospettiva del *principio di autonomia* con il diritto al consenso informato e la pretesa di *autodeterminare* le proprie scelte come indiscutibili; mentre sul piano della gestione pubblica delle risorse si è da oltre un decennio nell'era della *parsimonia burocratica*, scaturita dalla difficoltà di garantire il tutto a tutti. Sia nell'uno che nell'altro caso è il medico chiamato a responsabilità per garantire il buon esito delle azioni. Nel primo caso a interpretare in termini di coerenza e *pertinenza* le volontà del paziente, con la condizione clinica ed il vissuto soggettivo del paziente; nel secondo a rendere *pertinente* o *appropriato* il set assistenziale con la patologia del paziente chiamato ad assistere.

In semantica c'è un'ulteriore osservazione che è quella della terminologia in uso al medico quando annuncia di doversi recare in *visita* ai pazienti. Egli usa dire: *vedo i pazienti*, il che implica una diversa modalità e intensità di approccio. I termini in gioco sono *visitare* sostituito dal *vedere*. È immediata la diversa intensità di partecipazione e intenzionalità nelle due azioni. Il *visitare* è andare a trovare qualcuno per amicizia, cortesia, gratitudine, solidarietà ed implica il soffermarsi e sostare. Il *vedere* è la percezione di stimoli attraverso la vista, il che può sollecitare un interesse profondo o rimanere allo stato epidermico e sbrigativo. Il *vedere* può anche essere rivolto all'esame della documentazione clinica del malato, che spesso sono gli strumenti e i mezzi, o generalmente i referti che, se pur necessari per l'esercizio di una moderna medicina, si interpongono come un diaframma tra il paziente e il medico.

Sovvengono qui le parole di Cicerone, il quale stupito si interroga: "Ormai a che mi serve un medico? E poi, è così difficile trovarne uno? Ciò che mi manca è il suo affetto, la sua umanità, la sua dolcezza...". E dal canto suo Seneca: "...e così se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti pazienti, prescrivendomi freddamente ciò che devo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla perché egli non vede in me un amico ma solo un cliente. Quello invece, il vero medico, si è preoccupato di me più del dovuto... non si è limitato a indicarmi i rimedi... è stato fra quelli che ansiosamente mi assistevano: di conseguenza io sono in obbligo ad un uomo simile non come medico ma come amico".<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Giardina S, Viridis A, Spagnolo AG, *La Storia della Medicina e la sua dimensione etico-antropologica*. Medicina e Morale 2010(6): 1080. La citazione di Cicerone è in *Ad Atticum*, XV, 1, quella di Seneca in *De beneficiis*, VI, 16, 2.

La medicina dall'ambito umanistico oggi è emigrata in quello delle scienze sperimentali, attratta dal dispiegamento delle tecnologie, dalle ricerche definite cliniche, ma che altro non sono che collezione di dati strumentali derivati dall'empirismo, anche se controllato, di una più o meno numerosa casistica. Questo ha dato possibilità di avanzare negli strumenti di cura sì da potere affrontare con efficacia un gran numero di patologie e di scegliere le terapie e i trattamenti migliori.

Perché pagare il prezzo della distanza dei pazienti? Un prezzo su un piano diverso: non quello tecnico, ma quello umano. La medicina contemporanea non può che essere impresa, ma rivolta alla cura delle malattie dell'uomo con i suoi problemi; uomo che non è solo corpo, ma soprattutto spirito. Nelle parole di Seneca sono evidenti la presenza del dato empirico, il polso, e l'assenza del lato umano, cioè il medico che gli parla. La preoccupazione del medico verso il malato sarà sempre vincente: il medico che si scopre *preoccupato* del malato e che tiene occupati i propri pensieri prima di tutto con i problemi del malato, come uomo e come malato; il medico che dichiara col suo comportamento una tensione in chiave antropologica e di mettere in pratica il laboratorio tecnologico di cui dispone, è la figura capace di integrare coerentemente una serie di problemi che oggi si affacciano, ma che non sono nuovi: l'appropriato utilizzo delle risorse, la pertinente e proporzionata cura da assegnare secondo specificità del singolo malato, l'interpretazione coerente della volontà del paziente con la situazione clinica.

Il nuovo linguaggio della medicina si gioca sul criterio *pertinenza / appropriatezza*: ce lo dice anche il Patto per la salute 2010-2012. Il vantaggio fondamentale è di mantenere il medico all'interno dei contenuti professionali che gli sono propri pretendendo il miglior esercizio sia per la soddisfazione del malato che per l'ottimale utilizzo delle risorse, tenendo presente che i contenuti economici dell'azione sanitaria, peraltro non evitabili, non sono graditi ai medici e la partita va trasferita sulla *Clinical Governance*.

## Conclusioni

I contenuti legislativi che abbiamo focalizzato li riteniamo coerenti con la cultura umanistica e la visione continentale della Bioetica. Emerge nelle varie epoche l'attenzione alla tutela della dignità umana, mentre le norme sono orientate verso un nascente Bio-diritto.

Lo sviluppo delle conoscenze in campo igienico hanno segnato lo sviluppo della medicina del secolo XIX attorno all'idea di cura della salute in quanto opportunità di tutela dei valori umani. Interessante lo sviluppo della medicina della collettività e obbligo di difesa della individualità in favore della collettività, sistema attraverso cui si sviluppa la responsabilità per la salute propria e altrui.

La Costituzione Italiana del 1948 sembra avere fatto propria l'esperienza di Norimberga ed ha assunto al centro delle questioni sanitarie la tutela della dignità della persona umana, la sua inviolabilità e soprattutto l'autonomia nelle decisioni. Il dibattito nella Costituente segna il passaggio della relazione medico-paziente dal principio di beneficiabilità a quello di autonomia, tuttora vigente.

Il modificarsi della terminologia testimonia il diverso modo di interpretare l'organizzazione sanitaria, gli obiettivi gestionali, la relazione medico paziente e le variegate sfac-

cettature dell'esercizio medico a partire dalla sempre verde affermazione che un malato non è uguale all'altra, così come nessun medico è uguale all'altro.

Vi è un periodo più o meno lungo necessario a che i comportamenti si adeguino alle norme, soprattutto se profondamente innovative: in quel momento il sistema prova a uscire da una crisi ma inevitabilmente entra in un'altra.

Le innovazioni, oltre a modificare la terminologia e i contenuti concettuali, mutano la *professione* stessa non tanto nella parte astratta e storicamente intesa, ma nella concreta traduzione operativa e nello specifico campo di applicazione del suo operare. Il termine utilizzato è *professionalità* che è il modo personale di esercitare la professione. Essa è risultato e momento di sintesi delle *qualità* dell'uomo in esercizio e contempla preparazione tecnica, intelligenza, tenacia, lucidità mentale, coraggio, dedizione, ascolto, disponibilità al sacrificio: è il modo di esprimersi dell'uomo con il corredo dei propri valori, della propria cultura, della propria esperienza.

Il viaggio attraverso la legislazione e la nostra Costituzione, il soffermarsi attraverso la semantica di ieri e di oggi, vogliono rappresentare necessità e difficoltà di adattarsi ai mutamenti, tenendo saldo il principio di responsabilità verso l'*altro*, il soggetto delle nostre cure: valore perenne.