

Sergio Brenna

Dalle Unità Socio Sanitarie Locali della riforma del 1978 alle Case della Comunità del PNRR: di nuovo tra Ford e Garnier

Abstract

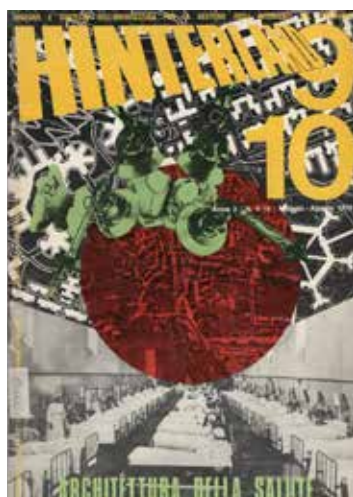
La dicotomia tra le proposte di organismo sanitario concepito come parte delle attrezzature sociali della comunità insediata o come terreno elettivo di un modello di introversione aziendale, che ha avuto la propria manifestazione più evidente nelle proposte di Tony Garnier per le attrezzature sanitarie per la Cité industrielle e nell'esempio dell'Ospedale Ford di Detroit, è paradigmatica delle differenze tra le diverse concezioni che hanno improntato l'origine dell'ospedale moderno e si ripropongono oggi come di piena attualità nel concepire l'articolazione delle attrezzature sanitarie mediante un'organizzazione tipologica tesa a fornire di volta in volta in maniera adeguata un registro unificante di funzionamento sia degli organismi sanitari di base sia delle funzioni di vita associata e collettiva della popolazione insediata.

Parole Chiave

Architettura della salute — Hinterland — Case della Comunità — Cité industrielle — Ospedale Ford

In coincidenza con l'elaborazione e l'approvazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*), abitualmente nota con la denominazione di Riforma Sanitaria, venni impegnato come giovane borsista-ricercatore del gruppo di ricerca diretto dal prof. Guido Canella presso la Facoltà di Architettura del Politecnico di Milano in un'attività di ricerca su cosa avrebbe potuto comportare nello sviluppo delle tipologie degli edifici ospedalieri e sanitari l'organizzazione basata sulle Unità Socio Sanitarie Locali (USSL), la cui istituzione era prevista dalla legge quadro nazionale in una concezione unitaria di attività di prevenzione delle cause di malattia, che radicandosi nelle condizioni socio-sanitario-territoriali dei vari contesti fossero in grado di ovviare nella diagnosi al salto di scala allora esistente tra il medico di famiglia tradizionale e l'ospedale generale o specialistico, con funzione essenzialmente terapeutica sulle malattie in fase ormai conclamata.

Come è noto, quell'obiettivo di articolazione in organismi di diverso grado differenziati in relazione alle condizioni sanitarie, sociali e insediative dei vari contesti, pur in un quadro di garanzia di unitarietà degli obiettivi da offrire a livello nazionale sulla base del principio di uguaglianza del diritto alla salute per tutti i cittadini, è andato via via corrompendosi a partire dalla trasformazione delle Unità Socio Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie Locali, per proseguire nelle differenti condizioni offerte dal principio della "spesa storica" con cui si è proceduto al trasferimento alle Regioni della gestione dell'organizzazione sanitaria (e che rischia di aggravarsi ulteriormente con la proposta della cosiddetta "Autonomia Differenziata", che finanzierebbe le sanità regionali in base alle risorse fiscali generate in proprio dai loro diversi livelli di reddito e non dalle esigenze di erogazione dei servizi), e comunque scontando il riprodursi dello iato tra il cosiddetto



“medico di base”, professionista privato operante però “in convenzione” nel proprio studio privato e sempre più agente del controllo burocratico sulle procedure di erogazione in forma gratuita o semigratuita di farmaci e di accessi alle strutture di diagnosi e/o terapia, a loro volta sempre più autoconfinatesi dietro forme organizzative e strutture miranti a qualche forma e obiettivo più di efficienza interna che di efficacia nelle prestazioni. Ma non voglio qui anticipare una conclusione a cui mi interessa pervenire piuttosto per analisi interna alla materia delle forme tipologico-insediative, che non come argomento di un dibattito politico-sociale e organizzativo-amministrativo oggi nuovamente e più che mai vivacemente in corso, con la proposta di finanziare tramite le risorse del PNRR la realizzazione delle cosiddette *Case della comunità*, finalizzate a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso infrastrutture informatiche, punti prelievi, strumentazioni polispecialistiche, al fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico del paziente da parte della comunità di riferimento.

Quell'ormai remota attività di ricerca, modestamente finanziata dal Ministero della Pubblica Istruzione come riparto di fondi ordinari e cioè indipendentemente dall'occasione specifica che offriva la coincidenza tra l'oggetto dell'indagine e lo svilupparsi della riforma istituzionale, pubblicò i propri risultati in un fascicolo della rivista *HINTERLAND - Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio*, a. 2, N. 9-10, maggio-agosto 1979, programmaticamente intitolato *Architettura della salute*.

Guido Canella, Direttore sia della ricerca sia della rivista, nell'editoriale dal titolo *L'ospedale tra storia interna e storia esterna* esordiva facendo rilevare come

Nessun altro tipo edilizio quanto l'ospedale è rimasto soggetto, ancora in epoca moderna, a preconcetti intrinseci di necessità funzionalistica (...) E' indubbio che gli studi sull'architettura e sulla città, almeno da quindici anni a questa parte, registrano un impulso decisivo proprio dall'aver ammesso la necessità e praticato lo sconfinamento strutturale verso una storia esterna più complessiva, da intendersi come ragione, naturale ancor prima che morale, nel ridimensionare le impostazioni tecnicistiche, sociologiche, economicistiche, ecc.

Va anche registrato, però, nella maggioranza dei casi, il mancato ritorno, non formal-

Figg. 1-3

Copertina e pagine interne della rivista *Hinterland*, numero 9-10, maggio-agosto 1979, intitolato *Architettura della salute*.

Fig. 4

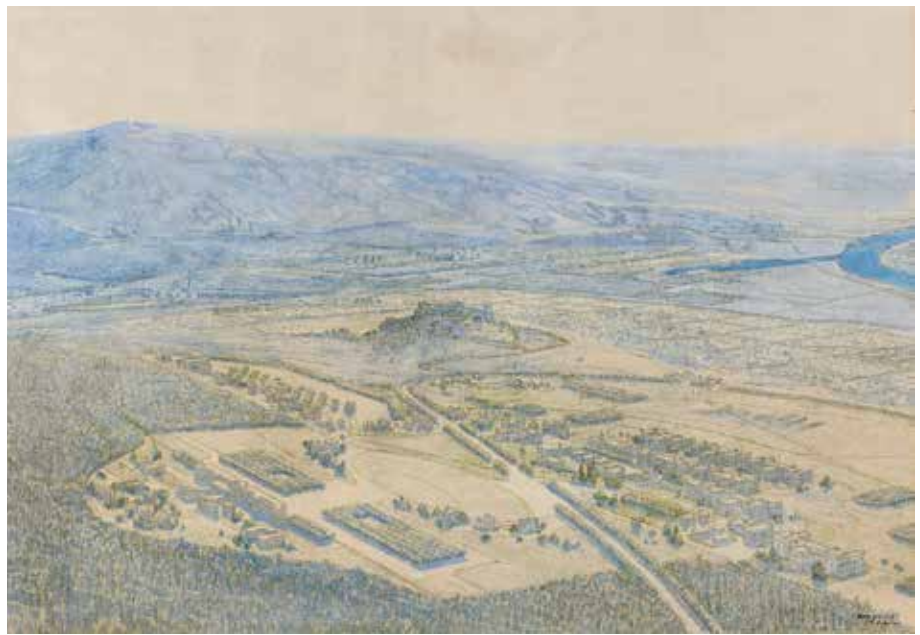
Ospedale Henry Ford, Detroit, 1915.



mente analogico ma effettivamente operante, dall'escursione storica alla progettazione; così che questa permane abbandonata a se stessa, recisa da ogni arricchimento conoscitivo potenzialmente innovativo. (Canella 1979).

In quel numero della rivista pubblicai due contributi frutto dell'attività di ricerca sull'evoluzione storica del rapporto tra le conoscenze medico-sanitarie, l'organizzazione sociale delle loro forme di erogazione e le tipologie insediative degli organismi edilizi che vi hanno trovato corrispondenza: una scheda riassumeva l'evolversi dai *Valetudinaria* di epoca romana al sei-settecentesco *Hotel des Invalides* di Parigi nell'individuazione della guerra come esclusiva "causa sociale" di invalidità e malattia cui far fronte, mentre l'assistenza compassionevole degli organismi religiosi rimaneva fortemente intrecciata all'obiettivo di segregazione dei portatori di possibili diffusioni epidemiche; il sorgere e diffondersi in epoca sette-ottocentesca della tipologia dell'ospedale "a padiglioni" in concomitanza (ma in qualche modo anche anticipandola) con la nascita e la diffusione della concezione "eziologicamente unitaria" della malattia e della cura ("*una sola causa per ogni malattia, una sola cura per ogni causa, una sola sede per ognuna delle cure*") sino al suo degradarsi nel quasi infinitamente dispersivo accostamento di padiglioni specialistici di alcuni ospedali tedeschi di epoca bismarkiana (Städtisches Krankenhaus Moabit e Rudolf Virchow Krankenhaus, 1871-1889, a Berlino; Neue Allgemeine Krankenhaus a Eppendorf-Amburgo, 1884 e in altri tardi epigoni europei (anche in Italia: Ospedale Umberto I a Roma, Ospedale Maggiore a Milano, ecc.) e americani (Johns Hopkins a Baltimora) e infine il novecentesco affacciarsi e prevalere dell'ospedale "monoblocco" in cui la prosecuzione della prevalenza specialistica nei reparti separati ritrova efficienza distributiva nei collegamenti verticali meccanizzati, dai servizi interrati all'accoglienza a piano terra alle degenze-terapie specialistiche ai vari piani, sia pure con l'inusuale eccezione del progetto di Le Corbusier per il nuovo Ospedale di Venezia in cui le degenze vengono collocate separatamente all'ultimo piano in uno schema ispirato dall'organizzazione urbana attorno a "campielli" desunto dal contesto urbano e in cui i pazienti sarebbero poi scesi verso i reparti specialistici sottostanti (Brenna 1979).

Pur avendone già fatto accenno in quella scheda crono-tipologica¹, in un altro articolo-saggio a piena pagina focalizzavo tuttavia i due esempi quasi coevi che mi sembravano rappresentare il momento di confronto più fortemente dicotomico tra le due opposte concezioni di rapporto tra organismo

**Figg. 5-6**

Tony Garnier, *Cité Industrielle* (1901-1904). Planimetria e vista della zona dell'ospedale.

ospedaliero e contesto urbano da cui origina l'assetto e il ruolo dell'ospedale contemporaneo: l'Ospedale Ford di Detroit (1911-1914 circa) e gli studi di Tony Garnier per la sua idea di *Cité Industrielle* (1901-1904) seguiti dalla successiva concreta occasione di realizzarne le tipologie nell'organismo ospedaliero di Lione (1915 circa).

Infatti più che il passaggio dalla tipologia *a padiglioni* a quella *a monoblocco*, cui si pretenderebbe di trovare legittimazione nel riferimento a motivazioni di carattere esclusivamente sanitario e distributivo, ciò che va colto è, invece, il prevalere di una concezione che isola l'organismo ospedaliero esaltandone le caratteristiche tecnico-organizzative di carattere aziendale rispetto a quella di un'organizzazione sanitaria articolata in modo da riconnettere i vari organismi e tipologie ai caratteri socio-insediativi dell'utenza alla cui fruizione è diretta.

Ford, infatti, aveva rilevato l'edificio ospedaliero quando era già in costruzione da parte vari organismi filantropici cittadini, preferendo assumerne direttamente proprietà e gestione, anziché partecipare alla contribuzione filantropica, in modo da potervi imprimervi la propria concezione di organizzazione aziendalistica basata su una serie di funzioni parcellizzate per molti versi analoga a quella del lavoro nelle sue fabbriche: il malato al suo arrivo in ospedale veniva sottoposto ad una serie di accertamenti diagnostici prefissati ed indipendenti dal motivo specifico del suo ricovero, procedendo separatamente per convergere solo alla fine a ricomporre il quadro clinico del paziente e l'avvio alla terapia specialistica.

Tale scelta era motivata soprattutto dall'obiettivo di sminuire quanto più possibile nella determinazione della corretta diagnosi e gestione della terapia-degenza l'influenza che il singolo operatore sanitario (medico o infermieristico) potesse avere nei confronti dell'apparato organizzativo predefinito dalla progettualità dei propri ingegneri di fabbrica, in termini di ottimizzazione del rapporto addetti/utenti e riduzione dei percorsi e degli spazi.

Benché la concezione della tipologia ospedaliera prevista da Tony Garnier prima nel suo progetto-studio di *Cité Industrielle* del 1901-1904 e poi nella concreta realizzazione dell'ospedale di Lione del 1915 possa di primo acchito apparire come del tutto appartenente a quella dell'ospedale "a padiglioni", ad un più attento esame emerge invece come la sua concezione organizzativa della tipologia ospedaliera nasca piuttosto dall'essere – al pari delle altre attrezzature di carattere sociale e delle stesse tipologie

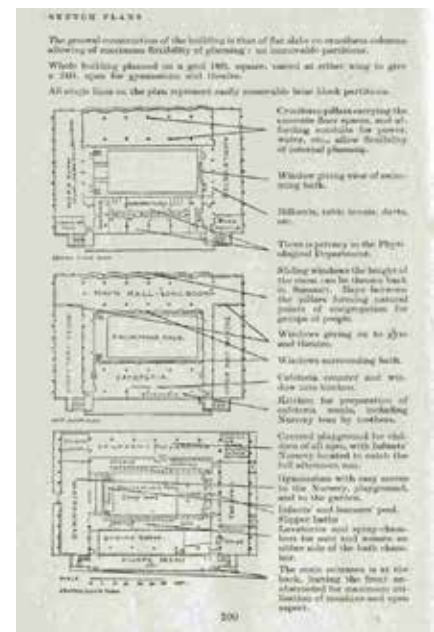
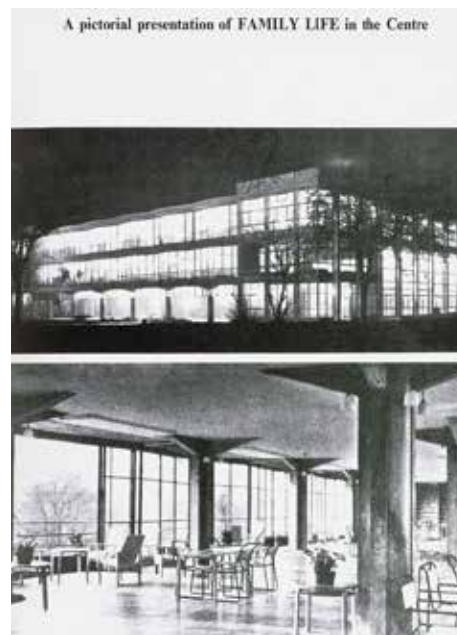
**Figg. 7-8**

Tony Garnier, Hôpital E. Herriot, Lyon, 1913-33. Planimetria e vista della zona dell'ospedale.

dei quartieri residenziali – organismo funzionalmente dimostrativo di un impianto tipologico unitario che, sia pur variamente declinato, punta all’obiettivo complessivo di concepire una moderna “*città industriale salubre*”. In qualche modo una visione anticipatrice di quelle iniziative che in Gran Bretagna già dal 1935 videro appunto sperimentare con i Pioneer Health Center – sia pure in un regime volontario applicato ad un limitato numero di famiglie di una medesima comunità – una gestione della salute esteso alle condizioni generali di vita e di lavoro della popolazione utente, dando origine ad una rete di *health center* che promuovevano un nuovo ruolo generalizzato della prevenzione sanitaria, nell’ambito delle attività di vita associata della comunità nel quale alle funzioni sanitarie si affiancavano la piscina, i bagni pubblici, l’asilo nido, la palestra, il ristorante, sale di ritrovo comunitario.

L’esperimento, interrottosi durante il periodo bellico, venne riproposto nel 1947 in connessione con l’attuazione della riforma sanitaria generalizzata. Per quanto riguarda le strutture sanitarie essa proponeva la realizzazione di una vasta rete di *health center*, soprattutto connessi alla previsione di aree riservate ai servizi sociali nelle *new towns*, attraverso i quali puntare al superamento sia delle attrezzature vittoriane a *padiglioni* erette negli anni Venti sia dei più recenti grandi complessi ospedalieri affetti da un gigantismo che ne appesantiva efficienza e funzionalità per la congestione sia delle funzioni erogate sia del conseguente carico di degenti, realizzando invece una nuova articolazione in grado di rispondere alle esigenze del decentramento territoriale in atto e alla crescente importanza della medicina preventiva anche se il limitato numero di realizzazioni conseguenti alla previsione di aree riservate ai servizi sanitari come parte delle attrezzature per servizi sociali non riuscì a far emergere una più precisa caratterizzazione sul piano tipologico, in modo alternativo alla prevalenza degli stretti organigrammi di distribuzione igienico-funzionale.

La dicotomia tra le proposte di organismo sanitario concepito come parte delle attrezzature sociali della comunità insediata o come terreno elettivo di un modello di introversione aziendale, che ha avuto quindi la propria manifestazione più evidente nelle proposte di Tony Garnier per le attrezzature sanitarie per la *Cité industrielle* e nell’esempio dell’Ospedale Ford di Detroit, mi pare sia ancora oggi paradigmatica delle differenze tra le diverse concezioni che hanno improntato l’origine dell’ospedale moderno



Figg. 9-11

Sir Owen Williams, Pioneer Health Center, Peckham, 1935.

e si ripropongono oggi come di piena attualità nel concepire l'articolazione delle attrezzature sanitarie mediante un'organizzazione tipologica tesa a fornire di volta in volta in maniera adeguata un registro unificante di funzionamento sia degli organismi sanitari di base sia delle funzioni di vita associata e collettiva della popolazione insediata.

L'organizzazione ospedaliera ha infatti dimostrato nel corso degli anni di aver lungamente continuato ad essere terreno applicativo di elezione per i fautori di un tecnicismo aziendalistico elusivo dei reali problemi posti dalla necessità di ridefinizione dell'organizzazione e della tipologia degli organismi sanitari su nuove basi di rispondenza tra condizioni socio-insediative ed attrezzature sanitarie al fine di perseguire un più alto grado di coerenza e di innovazione delle attrezzature sanitarie in rapporto con gli spazi per i servizi pubblici generali.

L'occasione offerta oggi dai finanziamenti del PNRR alla realizzazione delle cosiddette *Case della comunità* va vista quindi nuovamente come la possibilità di tornare a perseguire quell'obiettivo di articolazione delle attrezzature sanitarie in organismi di diverso grado differenziati in relazione alle condizioni sanitarie, sociali e insediative dei vari contesti, a partire dalla necessità di ripensarne la visione all'interno degli spazi di dotazione integrata dei servizi pubblici delle comunità insediate.

Dal punto di vista tipologico ciò richiede la capacità di sviluppare lo studio di soluzioni in cui le *Case della comunità* sappiano disaggregare l'attuale compattezza autarchica sviluppatasi all'interno dell'azionalismo ospedaliero, implementando invece la ricomposizione delle attività sanitarie di base attorno ai momenti sociali e collettivi sia interni che esterni alla funzione sanitaria.

Ancor di più, tuttavia, ciò richiede che prioritariamente si riaffermi l'obiettivo di una progettualità pubblica e collettiva nella configurazione delle attrezzature e degli spazi pubblici che, invece, nella oggi prevalente concezione della "*rigenerazione urbana*" viene demandata quasi interamente alle proposte dei promotori immobiliari privati in una sorta di "appalto concorso" di idee e soluzioni che inevitabilmente soggiacciono alla visione ludico-consumistica loro connaturata.

Note

¹ La rivista Hinterland aveva una struttura della pagina che consentiva oltre alla pubblicazione testo principale su due colonne della pagina di sinistra, lo sviluppo di una schedatura di immagini con un testo su cinque colonne più piccole (che occupavano la parte rimanente della pagina sinistra e tutta la pagina destra) consentendo così un racconto parallelo articolato tra testi ed immagini. Si veda la figura di pag. 53 (ndc).

Bibliografia

CANELLA G. (1979) – «L’ospedale tra storia interna e storia esterna» In Hinterland, *Architettura della salute* n. 9-10.

BRENNA S. (1979) – “Storia di una metafora tipologica. Alle origini dell’ospedale contemporaneo: tra H. Ford e T. Garnier”, in Hinterland n. 9-10, pagg. 16-29.

GARNIER T. (1932) – *Une cité industrielle : étude pour la construction des villes*. C. Massin & Cie, Paris

MARIANI R. (a cura di) (1969) – *Tony Garnier. Une Cité Industrielle*, Jaca Book

Sergio Brenna, già ordinario di urbanistica al Politecnico di Milano è stato autore di progetti alternativi a quelli in corso sulle principali aree di grandi trasformazioni urbane e territoriali del contesto milanese e lombardo, svolgendo studi e ricerche sul rapporto tra assetti metropolitani e organismi per l’innovazione produttiva e i servizi sociali. Su tali argomenti ha pubblicato *Il ritorno al futuro della cité industrielle: dopo Ford, torniamo a Garnier* (2000), *De Finetti 1946-1952. L’urbanistica dilatata di un pubblico amministratore schumpeteriano* (Euresis, 2003); *La Città: architettura e politica* (Hoepli, 2004); *Milano, dall’esterno e da lungi* (Gangemi, 2006); *La strana disfatta dell’urbanistica pubblica*. (Maggioli, 2009); *La strada lombarda. Progetti per una Milano città madre della propria cultura insediativa* (Gangemi, Roma 2010).