

**“Del governo tecnico sanitario degli Ospedali”
di E. Ronzani – Padova, 1910**

Lorenzo Renzulli¹

¹Presidente della Società italiana di Tecnica ospedaliera

Parole chiave Ronzani Padova Governo tecnico ospedali

Riassunto Viene presentata ed illustrata, nella composizione distributiva della materia trattata, la prima edizione italiana dell'opera del Dott. Enrico Ronzani (1877-1943) dal titolo “Del governo tecnico sanitario degli ospedali”, con prefazione del Prof. A. Serafini, edita a stampa in Padova nel 1910. Nella visione di direzione dell'ospedale maturata da Ronzani, si evidenzia in particolare: “e poiché gran parte di questo libro si riferisce specialmente all'esplicazione dell'opera del direttore sanitario, ho creduto necessario anzitutto esporre qui brevemente le mansioni e gli incarichi inerenti a tale ufficio”. Il Prof. Enrico Ronzani, libero docente in Igiene e polizia sanitaria nel 1910, ha attivato il primo corso in Italia di “Igiene e tecnica ospedaliera”, a Padova nell'anno accademico 1910-1911.

**“Del governo tecnico sanitario degli Ospedali” (Italian) (“Hospital governance”)
by E. Ronzani – Padua (Italy), 1910**

Key words Ronzani Italian Textbook Hospital governance

Summary This article describes the contents of the first edition of the Italian textbook “Del governo tecnico sanitario degli ospedali” (“Hospital Governance”) written by Prof. Enrico Ronzani (1877-1943) and published in Padua (Italy) in 1910. The textbook contains a preface by Prof. A. Serafini. Prof. Ronzani, a lecturer in Hygiene and health in 1910, introduced the first university course in “Hygiene and hospital technique” in Italy, in Padua in the academic year 1910-1911. The book focuses principally on the duties and responsibilities inherent in the role of the medical director.

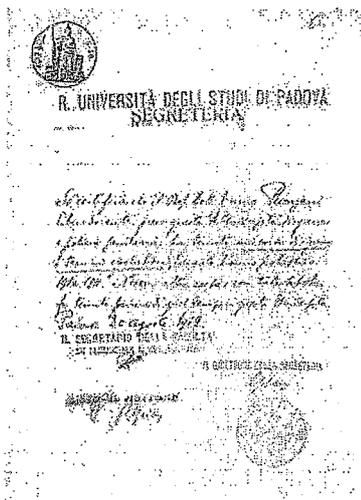
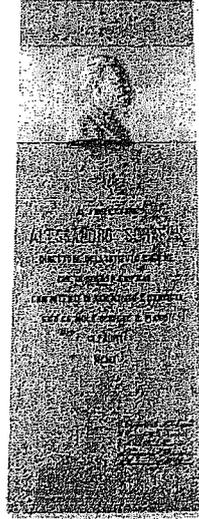
Premessa

Apriamo la pagina sulla Scuola patavina di Igiene del primo novecento con la presentazione del bassorilievo (Fig. 1) sito nel vestibolo d'ingresso dell'Istituto di Igiene in memoria e commemorazione del Prof. A. Serafini (1859 – 1911) professore di Igiene sperimentale e direttore del Gabinetto di Igiene, che reca il nome dei suoi allievi, tra i quali quello di Enrico Ronzani che si è iscritto alla Facoltà di Medicina dell'Università di Padova nell'anno 1897, conseguendo la Laurea nell'anno 1903.

Al Prof. Enrico Ronzani (1877 – 1943) il Prof. Serafini dedica la sua foto con queste espressioni: "All'amico carissimo e diletto allievo Prof. E. Ronzani, perché si ricordi che gli ho voluto sempre bene e ho sempre fatto voti ardentissimi pel raggiungimento dei suoi ideali" – Padova 21 marzo 1910, A. Serafini).

Il Prof. Ronzani ha maturato presso l'Istituto di Igiene di Padova la qualifica di assistente, di aiuto nel periodo 1905 – 1909, conseguendo la Libera docenza in Igiene e Polizia sanitaria il 6 maggio 1910, tenendo il primo corso di Igiene e Tecnica ospedaliera durante l'anno 1910 – 1911 (Fig. 2) e quindi un corso di Igiene applicata all'ingegneria nell'anno 1911 – 1912.

Con verbale del 26 novembre 1909 il Prof. Ronzani viene nominato Segretario medico presso la Direzione sanitaria dell'Ospedale civile di Padova a seguito di concorso ai sensi dell'art. 18 del Regolamento dell'Ospedale civile di Padova, approvato dall'autorità tutoria nel luglio 1908 e reso esecutivo dal Regio Prefetto il 9 settembre 1908. La rivista "La medicina italiana" dedica al Prof. Ronzani un numero nel periodo milanese della sua attività di Sovrintendente sanitario e Professore d'Igiene presso la Facoltà di Medicina attivata nel 1924.



Scenario dell'Igiene e Tecnica Ospedaliera nel primo 900

La Tecnica ospedaliera

Storicamente va ricordato che l'incendio dell'Hotel-Dieu di Parigi, avvenuto nel 1772, per comune giudizio apre la via ai complessi processi ed interventi di bonifica e risanamento degli ospedali in Francia. Nel 1786 l'Accademia delle Scienze di Parigi nomina una commissione presieduta da Jaques-René Tenon (1724-1816), costituita da 7 membri. La commissione Tenon elabora nel 1788 una metodologia di progettazione dell'organismo ospedaliero, codificando i principi fondamentali (mutuati anche da precedenti esperienze inglesi) relativi alle *Regole per la costruzione degli ospedali* (prospetto 1) e all'ambiente per il malato (prospetto 2).

Regole per la costruzione degli ospedali, 1788: Prospetto 1

- Limitazione dei posti letto per ogni ospedale ad un massimo di 1200 – 1500
- Sistema a padiglioni separati con distanza minima tra gli edifici doppia rispetto all'altezza
- Reparti distinti per uomini e donne; ogni malato ha il suo letto
- Disposizione dei letti nelle corsie su due file, con numero massimo di 36 letti per stanza
- Presenza in ogni infermeria di autonomi servizi: latrina, lavatoio, cucinetta, locali per suore ed infermieri
- Finestre delle infermerie estese fino al soffitto
- Scale aperte e ventilate dall'esterno

Evidenziando la mancanza di criteri generali idonei a determinare e giudicare la perfezione o le imperfezioni degli ospedali, Tenon manifesta i suoi orientamenti derivandoli dalle osservazioni e conoscenze di anatomia e patologia del tempo, ponendo al centro dell'ambiente ospedaliero il malato:

L'ambiente per il malato: Prospetto 2

"si tratta dell'uomo e dell'uomo malato: la sua statura regola la lunghezza del letto, la larghezza delle sale; il suo passo meno disteso meno libero di quello dell'uomo sano dà l'altezza degli scalini, come la lunghezza delle barelle sulle quali viene trasportato determina la larghezza delle scale degli ospedali.

D'altra parte, consumando più o meno aria in un determinato tempo, a seconda

che le sue malattie lo obblighino a delle inspirazioni più o meno frequenti e più o meno ampie, sono richieste sale di differenti dimensioni; aggiungete, poiché i suoi occhi sensibili alle impressioni della luce durante le infiammazioni della dura madre e le violenti oftalmie, esigono delle attenzioni, relativamente sia alla posizione dei letti che alla dislocazione delle crociate”.

In questa epoca di fine del 700, in relazione al rinnovamento dell'Ospedale civile di Padova (l'ospedale Giustiniano) Andrea Comparetti (1745 – 1801), docente di medicina pratica, nel suo saggio del 1793 sulle “necessità strutturali ed organizzative per la scuola clinica”, formula indirizzi ed orientamenti in tema di *Assistenza* (prospetto 3) e *Didattica e ricerca* (prospetto 4).

Assistenza: Prospetto 3

- Ospedale situato in luogo alto ventilato lontano dai vapori mefitici del centro urbano.
- qualità dell'aria: rilevazione della pressione, calore, umidità, composizione
- ventilazione delle infermerie “e siccome le finestre più basse introducendo l'aria atmosferica correggono generalmente la mefitica più grave, che v'ha dintorno li letti, così le superiori con simile introduzione correggono gli effluvi o gas più leggeri che stagnano nella parte superiore.

Didattica e Ricerca: Prospetto 4

“nello stesso piano non mancano le stanze più acconce all'istruzione, cioè la sala delle lezioni, la stanza per la biblioteca e quella pel museo patologico. Di rimpetto alla scala maggiore ed alle due infermerie superiori indicate sopra il vestibolo d'ingresso, si trova una sala grande, capace, alta, ventilata ed opportuna alla lezione del professore, alla lettura delle storie degli allievi, e delle osservazioni ed ostensioni scolastiche d'ogni genere, e specialmente della materia medica, ... in questa sala potranno darsi alcune analisi, esperienze, che si ricercano sulle parti solide, sull'urina, ... nonché sui principi dei rimedi più efficaci.”

L' Igiene ospedaliera

Per gli aspetti igienici dell'ambiente e dell'assistenza diretta ai malati in relazione al rischio infettivo, Serafini nel 1910 traccia la fisionomia dell'ospedale moderno:

“l'ospedale moderno, perciò, situato e costruito secondo le rispettive norme dell'igiene, non solo deve funzionare in modo da non arrecare alcun danno alla salubrità

dei suoi dintorni, ma deve presentare anche tutte le necessarie condizioni di ambiente materiale e morale che possano facilitare la cura del malato, e le molteplici garanzie di funzioni atte ad evitare che, per motivo delle proprie malattie, gli ammalati si rendano reciprocamente dannosi e nuocciano a chi deve prestare loro assistenza.”

Questa prospettazione dei valori dell'igiene e del suo significativo apporto alla cura dei malati attraverso le strutture edilizie appropriate, l'organizzazione funzionale correlata, le professionalità sanitarie costituiscono il punto di approdo di un lento, costante progredire delle scienze medico-biologiche e delle tecniche assistenziali, che si verifica nella seconda metà dell'800.

Nelle epoche antecedenti infatti, a partire dai maestri dell'arte medica Ippocrate, Celso, Galeno, la pratica aveva supportato la conoscenza del “contagio” come entità patologica, con la conseguente intuizione che le epidemie potevano essere contrastate allontanando la popolazione dalle città e isolando i malati in appositi edifici di ricovero (Lazzaretti, il primo dei quali fu istituito dalla Signoria di Venezia nel 1403 sull'isola di Santa Maria di Nazareth).

La pratica poi dei chirurghi militari aveva dimostrato che alcune lesioni, come ferite e traumi aperti, avevano possibilità di guarigione quando cauterizzate, o lavate con aceto o vino e bendate con teli puliti.

Nello studio padovano, in tema di malattie da contagio va ricordata la figura di Alessandro Benedetti (1450 – 1513), da Legnano, laureato a Padova nel 1478, chiamato nel 1490 quale professore di medicina pratica ordinaria, che con considerazioni di epidemiologia nella sua opera “*De observatione in pestilentia*” (1493) ha sostenuto la possibilità di diffusione del principio che genera la peste e quindi di contagio, con indicazione di isolamento assoluto del malato e trattamento del vestiario in senso lato.

Sempre presso lo studio padovano, antesignano del concetto di microorganismo è stato Girolamo Fracastoro (1476 – 1553), che nei tre libri “*De contagione et contagiosis morbis*” (1546) studia l'origine delle malattie da contagio e il meccanismo di propagazione introducendo la metodologia della epidemiologia.

“Il contagio animato” è una malattia specifica che passa da un soggetto all'altro, e la sua causa è dovuta ai “seminaria morbi” cioè a corpuscoli vivi e vitali presenti nell'aria, capaci di diffusione e penetrazione nel corpo attraverso vie di ingresso diverse.

Nel *Tractatus de avertenda et profliganda peste* (1684), il cardinale Girolamo Gastaldi (1616 – 1685), Commissario Generale di sanità per lo Stato della Chiesa per fron-

teggere l'epidemia di peste del 1655, stabilisce le regole per contrastare la diffusione di questa malattia, generata dalle "vires contagi", descritta nella sua sintomatologia clinica, promulgando editti:

- di divieto di accesso in Roma per soggetti provenienti da luoghi infetti o sospetti
- di istituzione e obbligo di presentazione della patente di sanità
- di ispezione delle mercanzie e vettovaglie
- di isolamento dei soggetti sospetti in case contumaciali, di ricovero dei malati in lazzaretti, di bonifica di effetti personali e di arredo
- di governo del personale medico e non medico secondo qualifica e competenze.

Friedrich Gustav Jakob Henle (1809 – 1885), anatomopatologo e direttore dell'Istituto di anatomia di Gottinga dal 1852, pubblica nel 1840 un importante articolo dal titolo "Von den miasmen und kontagien" seguendo gli orientamenti di Girolamo Fracastoro e sviluppando le nozioni di contagium vivum e di contagium animatum. Le sue ipotesi hanno dato corpo ai postulati del suo allievo Koch.

In questi contesti di dottrina e pratica, I. Semmelweiss, medico dell'ospedale di Vienna, constatava che in uno dei reparti di ostetricia il tasso di mortalità per febbre puerperale raggiungeva circa il 30%, tanto che le partorienti rifiutavano il ricovero.

Avendo collegato la diffusione della febbre puerperale alla consuetudine delle visite a mani nude, stabilì la regola che quando si effettuavano visite ginecologiche fosse obbligatorio lavarsi prima le mani con acqua e acido fenico. In tal modo si ebbe una contrazione sostanziale del tasso di infezione. Stephane Tarnier (1828 – 1897) professore di ostetricia presso la facoltà medica di Parigi dal 1884, nelle sue "memorie sull'igiene degli ospedali materni" in Francia (1874) rilevava che "le cifre (di infezione) vanno al di là di ogni verisimiglianza ... e la cosa è ancora più sconcertante se si pensa che tutte quelle donne si sarebbero potuto salvare se solo avessero partorito alla propria abitazione".

Sir James Simpson (1811 – 1870), professore di ostetricia presso l'Università di Edimburgo, nel 1847 introduce l'uso del cloroformio. Nel 1867 in un articolo dal titolo "Hospitalism", in relazione al rischio di morte per infezione, sottolinea "l'uomo posto sul tavolo operatorio in un nostro reparto di chirurgia è esposto a più rischi di morte del soldato inglese sul campo di Waterloo."

L'ospitalismo quindi, inteso come condizione di rischio infettivo da pratiche assistenziali non solo chirurgiche, per l'entità dei tassi di mortalità correlati, rendeva assolutamente eccezionali gli interventi chirurgici e manteneva vivo e sempre attuale

dal passato come al presente il giudizio di Ambrogio Parè (1510 – 1590), quando afferma "io opero, ma Dio guarisce".

La sostanziale rivoluzione di passaggio all'Igiene ospedaliera moderna, con comprensione della natura delle malattie da contagio, con individuazione della loro eziologia, delle modalità di trasmissione e diffusione, delle azioni di prevenzione e contrasto generali (antisepsi – asepsi), individuali (vaccinazioni), costituisce il significativo traguardo raggiunto con le sinergie delle ricerche di Pateur, Koch, Lister.

Louis Pasteur (1822 – 1895), chimico, biologo e microbiologo, membro dell'Accademia delle scienze di Parigi dal 1862, è consacrato alla storia medica, tra l'altro, per:

- le ricerche sulle fermentazioni,
- l'adozione della tecnica che da lui prese il nome di pasteurizzazione,
- le scoperte sui germi della putrefazione con la teoria microbica delle infezioni e delle malattie infettive basata:
 - sull'isolamento del microrganismo,
 - sulla individuazione del meccanismo di trasmissione,
 - sulla immunizzazione con forme attenuate dell'agente eziologico.

Queste ricerche gli consentivano di somministrare la prima vaccinazione anti-rabbica ad un bambino alsaziano di 9 anni, morso da un cane rabbioso, nel 1885.

A Robert Koch (1843 – 1910), professore di igiene a Berlino dal 1885, premio Nobel per la medicina nel 1905, si deve la coltivazione del *Bacillus anthracis* nel 1876, l'isolamento del *Mycobacterium tuberculosis* nel 1882 e la definizione e genesi delle malattie infettive con la formulazione dei quattro postulati che caratterizzano le condizioni ed i momenti di correlazione tra l'agente eziologico e lo sviluppo della malattia specifica (1883).

Nei postulati di Koch, denominati anche in associazione al suo maestro postulati di Henle-Koch, il microorganismo deve:

1. essere presente in tutti i casi di quella malattia,
2. non essere presente in altre malattie né in individui sani,
3. essere isolato in coltura pura dai tessuti colpiti,
4. riprodurre quella malattia se inoculato sperimentalmente ad un ospite recettivo.

Un decisivo successo nella lotta alle infezioni è dovuto all'opera in dottrina e pratica di Joseph Lister, (1827 – 1912), professore di chirurgia all'Università di Glasgow, quindi ad Edimburgo (1869 – 1877) per passare poi alla cattedra di chirurgia del "King's college hospital" di Londra fino alla conclusione della sua carriera.

Nella sua pratica clinica dimostrò che la circostanza della presenza nelle ferite del “pus bonum et laudabile” come favorevole segno prognostico, non costituiva processo di evoluzione costante e si potevano evitare infezioni tipo “cancrena gassosa”, responsabile di stati settici a decorso infausto, ricorrendo all’impiego dell’acido fenico.

Il primo trattamento di una frattura esposta con acido fenico fu da lui effettuato a Glasgow nel 1865. Quindi Lister sulla rivista “The Lancet” pubblicò i risultati delle sue osservazioni e ricerche in due memorabili note:

la prima nel 1867, dal titolo: “Antiseptic principle of the practice of surgery”

la seconda nel 1870 dal titolo: “Effect of the antiseptic system of treatment upon the salubrity of a surgical hospital”.

Con queste note Lister acquisisce il grande merito di essere lo scopritore dell’antisepsi, di quel procedimento atto a ridurre la carica batterica presente in un sito, dando così elevati livelli di sicurezza antinfettiva nelle operazioni chirurgiche con la pratica del lavaggio accurato dello strumentario e delle mani dei chirurghi con acido fenico e con la preparazione della sala operatoria con nebulizzazioni di acido fenico.

Dalla *antisepsi* di Lister si passa all’*asepsi* di Von Bergmann (1836 – 1907), professore di chirurgia all’Università di Berlino dal 1882 primo medico ad introdurre la sterilizzazione dei ferri e del materiale chirurgico nel 1896, impiegando l’autoclave, apparecchio il cui primo prototipo risale al 1880, ottenendo così sostanziali risultati nella lotta alle infezioni in chirurgia.

Ulteriori progressi nel governo del rischio infettivo si riscontrano con:

- Gustav Adolf Neuber (1850 – 1932), professore di chirurgia a Kiel, che nel 1884 introduce il criterio di distinguere la chirurgia settica dalla chirurgia aseptica con riservate sale operatorie, con impiego di camice e copricapo chirurgico, sviluppando anche modalità e procedure di igiene ambientale ricorrendo ad avanzati sistemi di ventilazione e lotta alle polveri in un ospedale privato.
- William Stewart Halsted (1852 – 1922), professore di chirurgia a Baltimora, assertore di rigorosa asepsi durante le procedure chirurgiche, nel 1889 promuove la diffusione dell’uso dei guanti chirurgici di gomma.
- Johannes Mikulicz (1850 – 1905), professore di chirurgia a Cracovia (1882), Konisberg (1887), Breslavia (1890), rese scientifiche le nozioni di antisepsi e asepsi, curando il miglioramento delle tecniche con l’adozione di mascherina per naso e bocca (predica il silenzio durante gli interventi chirurgici) e l’uso di guanti di cotone sterili (1887).

A lui si deve la nozione di infezione determinata da inalazione di patogeni respiratori veicolati da particelle liquide con la respirazione di malati (droplet infection). La seconda metà dell'ottocento quindi presenta un insieme di percorsi particolarmente fecondi di risultati per l'igiene e la tecnica ospedaliera, sia per la definizione di principi e metodi di progettazione, costruzione, funzionamento degli ospedali, sia per la lotta contro le infezioni e le malattie infettive, con la individuazione e lo studio degli agenti eziologici, l'adozione di idonee misure di prevenzione individuale con le vaccinazioni, l'applicazione di efficaci misure di contrasto con l'azione distinta e convergente delle procedure di antisepsi ed asepsi, con il riconoscimento di modalità di comportamento specie in chirurgia tutte finalizzate al monitoraggio del rischio infettivo con effetti barriera.

Questo è il teatro ospedaliero che appartiene alla vita di relazione scientifica dell'epoca di Ronzani e che costituisce la piattaforma di orientamento del suo studio sulla dottrina e pratica della formazione e dell'insegnamento dell'igiene e tecnica ospedaliera

La sanità nel primo 900: lo scenario delle leggi

Le istituzioni di ricovero e cura in via generale ricadevano sotto la competenza del Ministero dell'Interno, esercitata attraverso l'Istituto dei Prefetti e dei Sindaci che si avvalevano dei pareri di Organi tecnici (Medico provinciale e Ufficiale sanitario) e di organi consultivi (Consiglio superiore di sanità e Consiglio provinciale di sanità).

La vigilanza sulla organizzazione e sul funzionamento nella fattispecie degli ospedali e delle opere pie deputate alla assistenza sanitaria, veniva ascritta e compresa nella tutela generale demandata all'autorità di governo, in via non esaustiva:

1. dalla legge per la tutela dell'igiene e sanità pubblica (L. 22 dicembre 1888, n. 5849),
2. dalla legge sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (L. 17 luglio 1890, n. 6972) e dal suo regolamento di applicazione (R.D. 3 febbraio 1897, n. 99),
3. dal R.D. 25 luglio 1892 n. 448: approvazione del regolamento di Polizia mortuaria,
4. dalle Istruzioni Ministeriali 20 giugno 1896: compilazione dei regolamenti locali sull'igiene del suolo e dell'abitato,
5. dal R.D. 3 febbraio 1901, n. 45: approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica,
6. dalla legge 14 febbraio 1904, n. 36 sui manicomi e sugli alienati con il suo regolamento di applicazione di cui al R. D. 16 agosto 1909, n. 615,
7. dal R.D. 19 luglio 1906 n. 466: regolamento sull'assistenza sanitaria, sulla vigilanza igienica e sull'igiene degli abitati.

Del governo tecnico sanitario degli ospedali

In Padova nell'anno 1910 i librai Fratelli Drucker editori davano alle stampe la prima edizione dell'opera del dott. Enrico Ronzani dal titolo "Del governo tecnico sanitario degli ospedali" (Fig. 3) con prefazione del Prof. A. Serafini, direttore dell'Istituto di Igiene della Regia Università di Padova.

L'intento culturale e la ratio scientifica di questa pubblicazione è manifestata nella prefazione del Prof. Serafini che nel dicembre 1909 rileva che: "spesso dai miei vecchi allievi, divenuti poi medici di ospedale, mi è stata chiesta l'indicazione di qualche buon libro italiano di *Igiene ospedaliera* con speciale riguardo a ciò che può dirsi la tecnica sanitaria

per ben soprintendere a così importanti istituti. E siccome non ho potuto soddisfare il loro lodevole desiderio *perché nella libreria medica italiana mancava ... un libro sifatto*, così ne suggerii la compilazione al mio egregio aiuto dott. Enrico Ronzani ... che ha compiuto un lavoro il quale ... *colma una lacuna della libreria medica italiana ...*, nel far ciò non solo ha tenuto presenti le norme generali di **Igiene e Tecnica Ospedaliera**, ma anche le speciali nozioni derivantegli dallo studio, dal confronto e dalla critica degli statuti e regolamenti dei più importanti ospedali italiani e stranieri." Con questa presentazione viene data denominazione e fisionomia ufficiale di caratterizzazione a una disciplina, **Tecnica Ospedaliera**, che ha come identità di contenuti e di applicazione pratica due parole chiave che aprono all'innovazione, **Igiene e Tecnica**, e un comune aggettivo di qualificazione, *ospedaliera*.

Negli ambiti del sapere e della cultura sanitaria del novecento, con le più significative definizioni di Igiene riprese da L.F. Signorini – G. BO – G. C. Vanini (1984) nelle reciproche sinergie di connotazione, si riscontra che in area della Scuola milanese, secondo un approccio di sintetico inquadramento, "l'igiene è una scienza di applicazione che studia le migliori condizioni concrete per lo sviluppo ed il successo della carriera vitale dell'uomo" (Ragazzi C. A. 1956).

La tecnica (lat. *technicus*, gr. *technikos*) si sostanzia nella conoscenza di regole



scientifiche e nel loro esercizio secondo i dettami dell'arte, che esprime metodi o maestrie nell'operare anche sulla base di esperienze acquisite e maturate.

L'aggettivo di qualificazione ospedaliera indica e circoscrive i contesti di riferimento all'organismo ospedaliero la cui missione Serafini così descrive: "... l'ospedale esercita, con la beneficenza una importante funzione di tutela civile della salute ... e quindi ... l'ammalato vi è accolto con lo scopo precipuo di curarlo con ogni mezzo che la scienza suggerisce ...".

Questo è lo scenario di movimento che alimenta gli spazi di osservazione e di composizione distributiva degli argomenti di igiene e tecnica ospedaliera che Ronzani sviluppa e coordina, con attenzione anche agli aspetti di leggi e ordinamenti contemporanei di tutela della sanità pubblica e di assistenza e beneficenza.

L'opera di Ronzani (parte prima) si apre con la documentazione di evoluzione che gli edifici deputati all'assistenza hanno sviluppato nel corso di secoli a partire dai primi luoghi di cura a impronta ieratica destinati all'accoglienza di viandanti e pellegrini sani e malati, con progressione dei livelli e della qualità di specializzazione edilizia e con una crescente e più matura complessità organizzativa. Tavoli di fondazione, statuti, regole costituiscono e rappresentano la disciplina della vita ospedaliera e danno ordinamento alle forme e modalità di intervento assistenziale (*infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est*) e ai doveri del personale preposto.

Secondo la normativa dell'epoca l'ospedale è amministrato da un consiglio a varia composizione numerica e di qualifiche, che designa il presidente che cura e assume ogni responsabilità di gestione coordinando le attività di due comparti di personale, afferenti rispettivamente alle competenze del Direttore sanitario e del Segretario Capo, secondo l'articolazione di posizioni funzionali presentate nel prospetto n. 5.

Prospetto n. 5 - Organigramma del personale sanitario e amministrativo ospedaliero

Personale Sanitario

- Direttore Sanitario
- Medici e chirurghi primari
- Specialisti primari
- Medici e chirurghi assistenti
- Medici chirurghi assistenti vol.
- Medico dissettore:
istochimica, batteriologia ...
- Farmacisti
- Levatrici

Ufficiale
di accettazione

Personale Amministrativo

Segretario Capo
Ragioniere
Tesoriere o cassiere
Economo
Archivista o protocollista
Ingegnere

Personale di assistenza immediata e ausiliario

- Personale di sorveglianza: sorveglianti, ispettori e ispettrici
- Personale di assistenza immediata: capi sala, sottocapi, infermieri, bagnini
- Personale di assistenza ausiliaria: portieri, portantini inservienti
- Personale laico e congregazioni

In tema di ripartizione e degenza malati, l'organismo ospedaliero viene formato dalla composizione di divisioni di medicina e chirurgia generale e specialistica (prospetto n. 6) con distinzione dei malati secondo sesso, età (pediatria) e accoglimenti ordinari e paganti.

Prospetto n. 6: ripartizione degenza malati

- divisioni mediche, per malattie interne e comuni,
- divisioni chirurgiche per malati affetti da malattie di origine infettiva (operazioni settiche) e per malati affetti da malattie di origine non infettiva (operazioni asettiche),
- divisioni per le malattie infettive, suddivise in sottoreparti a seconda delle forme morbose e isolate dalle altre divisioni (ospedale di isolamento),
- divisioni oftalmiche,
- divisioni deliranti,
- divisioni dermatopatiche,
- divisioni veneree,
- divisioni otolaringoiatriche,
- divisione pediatrica,
- divisione ostetrica,
- divisione ginecologica.

Accanto alla linea dei ricoveri è descritto anche un servizio di ambulatori per le prestazioni sanitarie da erogare in esternato.

Le metodologie e i criteri di attenzione verso i malati riguardano i percorsi di ingresso e accoglienza (accettazione), i trasferimenti interni, le dimissioni, l'osservanza nelle degenze di aspetti affettivi e sociali con la consuetudine delle visite.

In relazione ai comportamenti di pietà per i defunti, sono considerate le disposizioni di polizia mortuaria dell'epoca.

La continuità assistenziale è contemplata ed assicurata attraverso l'istituto del medico di guardia interna.

Per le aree di degenza risultano formulati disciplinari di applicazione operativa che stabiliscono:

- il regolamento di accettazione degli ammalati nell'ospedale civile di Padova.
- regole di igiene personale e di comportamento dei malati. Anche in questo campo esiste memoria di studio ad opera del medico senese **Ugo Benzi** (1376 – 1439) che insegnò presso l'Ateneo patavino Medicina teorica ordinaria tra il 1429 e il 1431, autore di un trattato sull'*igiene personale* (1481) tra i primi stampato in volgare.
- assistenza agli ammalati di malattie infettive e norme per il personale di assistenza
- norme per le visite e le dimissioni dei malati
- norme per il servizio di polizia mortuaria nell'ospedale civile di Padova.

Per quanto riguarda la fattispecie del personale il Governo si esprime con norme, ordinamenti, regolamenti di seguito considerati:

- norme di servizio per infermieri e infermiere
- ordinamento e disciplina per il personale di assistenza per il quale viene evidenziata la necessità di scuole dedicate per una moderna formazione professionale
- norme di assistenza per medici primari, assistenti e medici di guardia.

La parte seconda è dedicata al ciclo dell'alimentazione dei malati, a partire dalla presentazione del fabbisogno alimentare dell'uomo espresso in calorie-die necessarie per le funzioni del metabolismo sia basale (quantità minima di energia consumata dall'organismo per espletare i processi vitali quali respirazione, circolazione, digestione) che generale, determinato da fattori intrinseci ed estrinseci.

Nel contesto degli studi sul metabolismo, l'occasione consente di ricordare la figura di Santorio Santorio (1561 – 1636), che con la sua opera *De Statica Medicina* (1614) reca le osservazioni sulle variazioni giornaliere del proprio peso con l'uso di una sedia-bilancia, dimostrando l'esistenza della *perspiratio insensibilis*, cioè che parte della escrezione avviene insensibilmente attraverso la pelle e i polmoni.

I fattori di influenza sono valutati con strumenti di misura tra cui il termometro, perfezionamento del termoscopio di Galileo.

In relazione agli orientamenti di influenza di una adeguata alimentazione sul decorso della malattia, le sostanze alimentari organiche e inorganiche vengono

classificate secondo le proprietà nutritive, distinguendo tra le organiche quelle di origine animale (carne, uova, latte, latticini, grassi ecc.) e quelle di origine vegetale (pane, farina, legumi, erbaggi, frutta, olio ecc.) dando anche rilievo all'apporto dei condimenti e delle bevande alcoliche ed alcaloidee.

Viene elaborato un dietetico che determina la razione alimentare per gli ammalati adulti, costituito da una dieta ordinaria, da una dieta per infermi di malattie febbrili acute (Dieta 1), di malattie subacute e croniche (Dieta 2) e per convalescenti (Dieta 3), con una formulazione di tabelle dietetiche che recano la "composizione dei principali alimenti e corrispondente valore isodinamico".

In posizione di rispettiva autonomia sono presentati i criteri di alimentazione per bambini e la composizione del vitto per il personale di assistenza.

La terza parte è dedicata all'analisi dei servizi generali.

1. cucina, nelle relazioni di spazi, equipaggiamenti, funzioni.

In questo contesto e in funzione della buona qualità del vitto da distribuire ai malati, sono ripresi in dettaglio:

- a) il capitolato generale d'onere, per la provvista delle derrate alimentari, e di altre merci e generi di consumo per l'ospedale civile di Padova,
- b) il capitolato per la fornitura delle carni.

2. lavanderia, guardaroba, fardelleria con gli equipaggiamenti di settore e descrizione del ciclo della biancheria, dalla raccolta, al trattamento (anche con disinfezione) al deposito, alla distribuzione.

3. Disinfezione:

sono rappresentate le modalità di disinfezione con mezzi meccanici, chimici, fisici (calore secco, calore umido). Sono descritte le procedure di disinfezione delle persone e degli ambienti; i principi di pulizia ordinaria e straordinaria; le procedure di disinfezione dei rifiuti a varia tipologia; la struttura e il funzionamento di una stazione di disinfezione.

È degno di nota che la lezione tenuta da Ronzani presso l'Istituto di Igiene di Padova per il conseguimento della libera docenza in Igiene e polizia sanitaria riguardava il seguente argomento: "Mezzi fisici e chimici di disinfezione" (Padova 27 novembre 1909).

4. Arredamento dello spedale

Vengono descritte le caratteristiche funzionali degli arredi di composizione del posto letto dei malati ordinari e solventi, della camera di trattenimento per gli

ambulanti, dei servizi igienici, con distinzione degli equipaggiamenti di servizio in dotazione agli infermieri nella sala dello sporco e nella stanza di visita e medicazione, "provvista del necessario per le ricerche chimiche e microscopiche e per l'esame di qualche malato".

Per quanto riguarda le sale operatorie e annessi "ogni chirurgo ... ha le sue esigenze ... per un dato tipo o di tavolo d'operazione o di sterilizzatrice o di lavandino, basate sulle diverse abitudini o sui criteri informativi di una data scuola" per cui "sarà sempre conveniente consultare i chirurghi che prestano servizio in ospedale".

Conclusioni

Questo sommario resoconto della materia trattata costituisce una mera introduzione di cronaca che tende a sottolineare il pregio di novità e originalità dell'opera di Ronzani, che ha il merito di aver delineato e avviato un autonomo indirizzo specialistico dell'Igiene, arricchendo così la scienza medica dell'epoca con la considerazione dei riflessi ed influenze che la funzione dell'ospedale, con la sua capacità globale di attività assistenziale, ha a tutela della sanità pubblica e della salute individuale.

La filosofia di identità e connotazione nelle dimensioni di:

- Composizione distributiva degli spazi e delle loro specializzazioni,
- Dotazioni impiantistiche tecnologiche e strumentali,
- Correlazioni e integrazioni di funzioni e modalità operative,
- Governo delle linee di produzione sanitaria,

inquadra e prospetta **Tecnica Ospedaliera** come disciplina di condivisione e complementazione dei sistemi delle cure, che nella clinica in senso lato sostanziano ed applicano le dinamiche di evoluzione, in scienza e pratica, dell'assistenza ai malati.

Questi contenuti di sintesi costituiscono l'approdo di una visione di indirizzi che appartengono alla Scuola patavina di Igiene, a partire dalla interpretazione originale dell'opera di E. Ronzani del 1910, che ha aperto un percorso culturale improntato alla formazione ed espressione di principi e metodi che definiscono gli orizzonti aperti di questa specialità.

Sono ormai trascorsi più di cento anni da questo riconoscimento di cronaca sanitaria, e la memoria dell'evento ormai appare riferita e consacrata al percorso che la storia dell'Igiene, anche attraverso questa materia, conosce nella sua evoluzione.

Va in particolare evidenziato il singolare rilievo che Ronzani conferisce alla figura

e al ruolo del Direttore Sanitario ospedaliero quando precisa:

“E poiché gran parte di questo libro si riferisce specialmente all’esplicazione dell’opera del Direttore sanitario, ho creduto necessario anzitutto esporre qui brevemente le mansioni e gli incarichi inerenti a tale ufficio”.

La comunione di dottrina ed esperienza conosce quindi la sua sintesi virtuosa di applicazione nella dinamica sanitaria di sistema con il termine **Governo**, (lat. *gubernare*: dirigere; *gubernator*: pilota; gr. *kybernân*: dirigere una nave; *Kybernos*: capitano), ad individuare ed evidenziare la specifica particolare *responsabilità di direzione* che si manifesta nella potestà esecutiva di amministrazione secondo leggi e regolamenti.

È infatti il *potere di direzione* (il governo secondo Ronzani) rinverdito all’attualità il rapporto in cui l’autorità sopra ordinata non ha potere di ordine ma potere di direttive e controllo secondo graduazione di attribuzioni che contemplan anche il potere di avocazione.

Da questo pensiero discende quindi la prima definizione di inquadramento della identità professionale del direttore sanitario di ospedale – direttore generale sanitario quando sovrintende a più ospedali – con le connotazioni di attribuzioni igienico sanitarie, organizzative e di rappresentanza legale dell’ufficio, autonome e distinte dall’esercizio delle attività di diagnosi e cura (Renzulli L., 2004).

In questi tratti e snodi di comunione di scienza e pratica, di cultura universitaria e di sanità pubblica, si può affermare per la disciplina **Igiene e Tecnica Ospedaliera** che per le origini “*Padua me genuit*”, e questa realtà di memoria e di celebrazione appartiene alla grande eredità del sapere che l’Accademia Patavina ha nelle sue tradizioni e nelle sue prospettive di divenire scientifico, come con sapienza di linguaggio seppe illustrare il 25 novembre 1828 **Floriano Caldani** (1772 – 1836), nel suo “Discorso inaugurale per l’apertura di tutti gli studi”, ricordando “piene infatti sono le biblioteche delle opere date in luce da’ nostri medici; rinnovata ne fu la stampa nelle straniere contrade; molte opinioni ne furono sempre ed ovunque ripetute ed applaudite”.

E la ricorrenza di questo centenario è il tempo di questa memoria, richiamando la filosofa e sociologa **Gladys Taber** (Colorado Springs; 1899 – 1980): “e tutto questo è solo questione di tempo: ci serve tempo per sognare, tempo per ricordare, tempo per raggiungere l’infinito; ci serve tempo per essere.”

Bibliografia

- Barbuti N.: *Osservare l'invisibile – Mostra bibliografica e documentaria sul progresso delle scienze igienico sanitarie dal XVI al XX secolo.*
43° Congresso nazionale SITI, Bari 1 – 4 ottobre 2008
- Bellini C.: *– Cacciavillani I. – Cestroni A. – Natoli G. – Panetto M. – Thiene G. – Zanchin G.: Nicolò Antonio Giustiniani Vescovo di Padova nel terzo centenario della nascita (1712-2012)*
Grafica Veneta S.p.A. – Trebaseleghe (PD) 2012
- Caldani Floriano: *Discorso inaugurale letto nella grande aula dell'I. R. Università di Padova per l'apertura di tutti gli studi nel giorno 25 novembre 1828*
Tipografia del Seminario – Padova 1828
- Catananti C.: *Nuovi e antichi problemi di Igiene ospedaliera*
Atti seconda conferenza europea sull'ospedale – Roma, 17 – 19 novembre 1993
- Curriculum vitae ed elenco dei titoli e delle pubblicazioni del Prof. Enrico Ronzani – Comunicazione personale: Centro studi per la storia dell'Università di Padova; Ing. Enrico Ronzani e Dott. Claudio Ronzani
- Del Negro P.: *Università di Padova – Otto secoli di storia*
Signum Padova ed., 2001
- Ferrari C.: *L'ufficio della sanità di Padova nella prima metà del sec. XVII*
Tipografia Venezia – Libr. Em, 1909
- Paolicelli Silvia *– Matricola 568090 Facoltà di Lettere e filosofia – Università degli studi di Milano*
Tesi di Laurea: *Tra Igiene scientifica e sanità ospedaliera – vita e opere di Enrico Ronzani, direttore medico dell'ospedale Maggiore di Milano (1877 – 1943) – anno accademico 1998-1999*
- Pazzini A.: *L'ospedale nei secoli – Edizioni Orizzonte medico, 1958*
- Ragazzi C. A.: *Igiene tecnica – Nelson Paraninfo ed. – Milano 1956*
- Renzulli L.: *Istituzioni e direzioni in sanità – Tecnica ospedaliera 2004: parte prima F 7, 50; parte seconda F 8, 80; parte terza F 9, 88; parte quarta F 10, 72.*
- Ronzani E.: *Del governo tecnico sanitario degli ospedali – Librai Fratelli Drucker ed., Padova 1910*
- Ronzani E.: *Trattato di Igiene e tecnica ospedaliera - Garzanti ed., Milano 1942*
- Signorini L. F. *– Bo G. – Vanini G. C.: Radici ed evoluzione dell'Igiene in Italia e nel mondo*
Atti congresso straordinario della società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica – Cefalù 26-28 aprile 1984.
- Vanini G. Bucci R.: *Storia dei Congressi degli Igienisti italiani 1921/1988.*
34° Congresso Nazionale SITI, Roma 16-19 aprile 1991

Referente

Lorenzo Renzulli
Presidente della Società italiana di Tecnica ospedaliera
Mobile +39 3386207223
www.sitosp.it