

AI3

*A mia sorella*

*A mio Nonno, chirurgo,  
alla sua "incurabile" dedizione agli altri*

Paola Briganti

# L'Organizzazione per la sicurezza in Sanità



Copyright © MMXII  
ARACNE editrice S.r.l.

[www.aracneeditrice.it](http://www.aracneeditrice.it)  
[info@aracneeditrice.it](mailto:info@aracneeditrice.it)

via Raffaele Garofalo, 133/ A-B  
00173 Roma  
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-5466-6

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,  
di riproduzione e di adattamento anche parziale,  
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie  
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: ottobre 2012

# Indice

<i>Premessa</i>	7
Capitolo Primo	
<i>La sicurezza nelle organizzazioni sanitarie</i>	11
1.1. Una visione storica della sicurezza in Sanità: casi da altri tempi	11
1.1.1. Incurabili	12
1.1.2. Fatebenefratelli	21
1.1.3. Ospedali camilliani	23
1.1.4. Confraternita dei convalescenti	24
1.2. Le attuali prospettive di studio della sicurezza in Sanità	25
1.3. Un modello duale di <i>healthcare safety</i>	27
<i>Bibliografia</i>	31
Capitolo Secondo	
<i>La sicurezza degli operatori sanitari: rischi ambientali e stress correlato al lavoro</i>	35
2.1. Il quadro normativo di riferimento dei rischi da stress correlato al lavoro.	35
2.2. La fasi ed i questionari di valutazione dei rischi da stress lavorativo	51
2.3. Le strategie degli operatori sanitari per fronteggiare lo stress da lavoro	62
<i>Bibliografia</i>	75

Capitolo Terzo	
<i>La sicurezza dei pazienti: errori clinici e violazione della privacy</i>	87
3.1. Le fasi e gli strumenti di gestione dei rischi clinici	87
3.1.1. I comportamenti distruttivi degli operatori e la segnalazione degli errori clinici	95
3.1.2. Il giudizio del paziente sulla comunicazione degli errori clinici	105
3.2. I rischi di infezioni per il paziente	112
3.3. I rischi di violazione della privacy	123
<i>Bibliografia</i>	133
Capitolo Quarto	
<i>Casi di sicurezza sanitaria dall'altra parte del mondo</i>	141
4.1. <i>Médecins sans Frontières</i> in Malawi	141
4.1.1. L'ospedale senza medici	143
4.1.2. I medici senza l'ospedale	144
4.2. Fondazione AVSI: parti al buio in Uganda	147
4.3. <i>Emergency</i> : interventi a cuore aperto in Sudan	151
<i>Bibliografia</i>	153

## Premessa

“Con l'avvento della tecnica, abbiamo delegato la malattia a quelle strutture tecniche che sono gli ospedali e a quegli operatori che sono i medici, a cui chiediamo, nel trattamento dei pazienti, quell'umanità di cui spesso noi siamo privi. La sacralità che un tempo rivestiva la figura del medico, oggi gli si rivolge contro perché, in una cultura in cui non si accetta la debolezza come fenomeno naturale, ogni complicazione o morte non è mai disgiunta da un'accusa esplicita o da un sospetto implicito nei confronti del medico, a cui si è conferita una fiducia acritica e illimitata che sottintende una presunta onnipotenza. Mentre la medicina non è onnipotente, e, come ogni scienza sperimentale e non esatta, non può procedere che per prove ed errori. L'arte medica, sostiene Ippocrate, è un esperimento malcerto e il giudizio è difficile” (U. Galimberti).

Quando si verificano episodi di “malasanità”, spesso, ci si concentra a trovare il “colpevole” nel singolo operatore o nella struttura di cura, dimenticando che le responsabilità individuali dei professionisti sanitari non sono quasi mai scindibili dalle responsabilità di sistema e la manifestazione di eventi avversi è solo la punta dell'iceberg di un equilibrio disfunzionale fra variabili organizzative soggettive e ambientali.

Lo studio della sicurezza sanitaria, dunque, implica la considerazione che, come evidenzia il filosofo Galimberti, il progresso della tecnica ci ha illuso che numerosi rischi naturali possano o, addirittura, debbano essere perfettamente controllati dagli operatori, andando ad espandere spropositatamente l'area dei rischi medici e le aspettative dei pazienti.

Il settore sanitario, contemporaneamente, ha scontato negli ultimi due decenni il prezzo di prassi gestionali illegali e drastiche riduzioni delle risorse finanziarie messe a disposizione dalle istituzioni, con la conseguente contrazione matematica dei livelli di qualità dei servizi di assistenza e cura.

Nelle aziende sanitarie la sicurezza è un imperativo d'obbligo, poiché tali organizzazioni rientrano a pieno titolo nei settori ad alto rischio, in cui sono strutturalmente presenti rischi per la salute delle persone, come accade nel comparto aeronautico, nucleare e militare. La sicurezza, intesa come assenza di preoccupazione per possibili effetti negativi delle azioni proprie o altrui, diventa, quindi, un obiettivo ancora più complesso da garantire, in presenza dell'eccessiva permeabilità assunta dai confini del rischio medico e dell'oggettiva riduzione della qualità delle cure per la scarsità di risorse.

Si è visto, infatti, che la causa principale degli errori e degli eventi avversi in Sanità risiede parallelamente in “malfunzionamenti” del sistema, in termini di filosofie organizzative, modelli comportamentali, schemi cognitivi di

riferimento, e in fattori umani soggettivi, piuttosto che nei fallimenti della tecnica: molto spesso, cioè, i rischi diventano incidenti per assenza o violazione di procedure di sicurezza, per responsabilità del sistema e dei singoli.

I rischi “puri” producono i danni più consistenti a operatori, pazienti e ospiti, e sono i più complessi da gestire, perché correlati a cause esterne (terremoti, alluvioni) o interne (furti da parte degli amministratori, blocco del sistema energetico) difficilmente prevedibili dall’azienda e dagli effetti negativi devastanti. Seppur più facilmente prevedibili e gestibili, gli altri rischi sono molteplici ed impattano quotidianamente sugli *outcome* della maggior parte delle strutture sanitarie e sulla salute degli *stakeholder*.

Rispetto a tale scenario articolato, l’Organizzazione Aziendale fornisce validi strumenti di prevenzione e gestione dei rischi, che prendono in considerazione le determinanti individuali e contestuali della sicurezza e contribuiscono a rendere le strutture sanitarie “organizzazioni ad alta affidabilità”.

Fra i numerosi oggetti di studio possibili, nella presente trattazione si è scelto di selezionare ed analizzare i rischi di infezioni e lo stress lavoro-correlato degli operatori, e i rischi ambientali, gli errori clinici, i rischi di violazione della privacy dei pazienti, in considerazione della rilevanza sociale e giuridica crescente che tali temi hanno assunto a partire dalla Dichiarazione di Lussemburgo del 2007 e dal D.lgs. 81 del 2008, sulla promozione del benessere dei lavoratori nell’Unione Europea.

Il testo si propone, inoltre, di fornire un contributo ulteriore alla letteratura organizzativa esistente, attraverso un’analisi longitudinale e spaziale della sicurezza. In particolare, la prima sezione offre una panoramica storica del concetto di sicurezza sanitaria, andando ad esplorare il passato di alcune grandi realtà di assistenza e cura, e l’ultima parte del libro si sofferma sulle modalità di gestione della sicurezza sanitaria mostrate dall’altra faccia della Terra, ossia dai paesi economicamente più svantaggiati, per sottolineare come la sicurezza rappresenti da sempre e in ogni angolo del mondo una problematica privilegiata di stampo organizzativo, dunque, passibile di studi sistemici, in cui un ruolo decisivo è sempre svolto dalla creatività e dall’etica soggettiva, in un cammino perfettibile di continua scoperta: come direbbe Schopenhauer, “nessuna nota nuova nell’eterna sinfonia di un universo ancora in gran parte da esplorare”.



Grazie al Prof. Mercurio dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", per avermi mostrato la via; alla Prof.ssa Maria Ferrara dell'Università degli Studi di Napoli "Parthenope", per avermi consentito di percorrerla, fornendomi una guida preziosa nei momenti importanti.

Grazie alla Prof.ssa Loriann Roberson del *Teachers College* della *Columbia University* (New York, USA), e al Dott. Marcello Russo, della *Rouen Business School* (Mont Saint Aignan, Francia), miei compagni di ricerca e di esperienze di vita. Al gruppo di Organizzazione Aziendale dell'Università "Parthenope": Prof.ssa Buonocore, Prof.ssa Metallo, Prof.ssa Varriale, Prof. Salvatore, Prof. Agrifoglio, Prof. Romanelli, colleghi eccellenti e amici. Al Prof. Moschera. Ai P-07, *in primis* Prof. Landriani e Prof. Scaletti, Prof.ssa Russo (e Marco Jr.), Prof. Lepore, Prof.ssa Di Vaio, Prof.ssa Pisano, alla Prof.ssa Caiazza, presenze importanti. Al Dott. Sales e al Dott. Borrelli, *longa manus* fondamentale.

Grazie agli studenti, alla loro intelligenza creativa, motivo costante di crescita reciproca.

Grazie al Prof. Rispoli, "artigiano di corpi", intenditore della bellezza dell'arte e dell'anima, Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale e d'Urgenza del P.O. Ascalesi e Direttore del Museo delle Arti Sanitarie dell'Ospedale Santa Maria del Popolo degli Incurabili di Napoli, per avermi regalato, inaspettatamente e con estrema gentilezza, l'ispirazione per la prima parte del mio lavoro, portandomi a scoprire i tesori nascosti dei luoghi di guarigione tanto cari a mio Nonno; al Prof. Coraggio, del Laboratorio di Patologia Clinica e Microbiologia dell'Ospedale Cardarelli di Napoli, Direttore del corso di laurea per Tecnici di Laboratorio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "Federico II", per avermi dato l'opportunità di sperimentare dal vivo, sul fronte di guerra di un grande ospedale, il valore della cultura per la sicurezza; alla Dott.ssa Carotenuto, psicologa e responsabile della formazione dell'Ospedale Cardarelli per avermi fornito preziosi spunti professionali ed umani per i miei percorsi di ricerca.

Grazie ai colleghi ed amici della cooperazione internazionale, con cui ho avuto il privilegio di condividere esperienze indimenticabili, fonte di ispirazione essenziale per l'ultima parte del testo.

Grazie ai miei familiari, per avermi consentito col loro sostegno materiale e col loro affetto di fare dello studio il mio "lavoro"; a R.

Grazie a Nonna Gabriella, scrittrice di grandi emozioni per i più piccoli, per riuscirci a guardare sempre con amore per come sono, per insegnarmi tanto con parole semplici, per regalarmi sorrisi belli come arcobaleni capaci di far brillare i cieli più opachi; a G.

In considerazione del carattere multidisciplinare di alcune parti della trattazione, resta intesa la mia responsabilità per eventuali errori, omissioni e imperfezioni scientifiche, soprattutto di carattere medico, presenti nel libro.

*Paola Briganti*  
*Università degli Studi di Napoli "Parthenope"*

## Capitolo Primo

# La sicurezza nelle organizzazioni sanitarie

1.1. Una visione storica della sicurezza in Sanità: casi da altri tempi – 1.1.1. Incurabili – 1.1.2. Fatebenefratelli – 1.1.3. Ospedali camilliani – 1.1.4. Confraternita dei convalescenti – 1.2. Le attuali prospettive di studio della sicurezza in Sanità – 1.3. Un modello duale di *healthcare safety*

## 1.1. Una visione storica della sicurezza in Sanità: casi da altri tempi

Le strutture che erogano servizi sanitari rientrano nei settori ad alto rischio per la salute delle persone, come quello nucleare, aeronautico e militare (Brusoni *et al.*, 2009). Per la natura complessa delle attività prestate e i contesti organizzativi ed istituzionali in cui operano, spesso caratterizzati da *intractable conflict*<sup>1</sup>, le aziende sanitarie devono porre estrema attenzione a prevenire e gestire i rischi di malfunzionamenti che possono causare effetti negativi indesiderati. Solo in presenza di performance di successo, ottenute in condizioni ad alto rischio, connotate da complessità ed ostilità elevate, tali aziende possono essere definite “organizzazioni ad alta affidabilità” (*HRO, high reliability organizations*).

Da ciò deriva che il management sanitario dovrebbe considerare una priorità la sicurezza e le procedure di contenimento e gestione dei rischi,

---

<sup>1</sup> *Intractable conflict* sono i conflitti che si protraggono per un orizzonte temporale esteso, senza mai giungere ad una soluzione definitiva. Si caratterizzano per periodi di “quiete apparente” a cui seguono fasi di *escalation* e riacutizzazione dello scontro e soluzioni disfunzionali ad estinguere il conflitto (Deutsch *et al.*, 2006; Coleman, 2004).

nell'ambito delle scelte strategiche ed operative delle proprie organizzazioni. Come accade nei settori nucleari, aeronautici e militari, anche nel comparto sanitario la sicurezza è *in primis* una connotazione del sistema, e, in via ausiliaria e derivata, un atteggiamento delle risorse umane (personale medico e paramedico, amministrativo, dirigente), dei fruitori diretti ed indiretti dei servizi aziendali (pazienti e visitatori), degli *stakeholder* che a qualsiasi altro titolo interagiscono con l'organizzazione.

Si è riscontrato che le variabili organizzative progettate secondo approcci manageriali, *frame* cognitivi di contesto, modelli culturali e comportamentali inadeguati costituiscono le principali determinanti degli errori in Sanità, prima ancora del fallimento delle risorse tecnologiche e del contributo individuale (Weick, 1995; Weick *et al.*, 2005): non sempre a processi di erogazione dei servizi più automatizzati, passibili di controlli rapidi e frequenti, e ad un buon livello di consapevolezza ed attuazione delle prassi per la sicurezza da parte di operatori ed utenti sono seguiti un riduzione di rischi ed errori, ed un incremento dell'affidabilità delle prestazioni (Brusoni *et al.*, 2009).

Ciò può suggerire che, prima ancora della funzionalità della tecnologia e della professionalità delle persone, conta la sicurezza del sistema a livello di macro e micro-organizzazione del lavoro, ossia di progettazione delle unità operative, attribuzione di ruoli, mansioni e responsabilità.

Pur non potendo fruire degli studi manageriali degli ultimi decenni, alcune strutture sanitarie del passato sono state espressione significativa di tali paradigmi sulla sicurezza, attraverso le buone prassi per la gestione dei rischi, messe in atto a favore di operatori e pazienti.

Si considerino di seguito alcuni esempi tratti dal passato di organizzazione dei servizi di cura, volti a fornire una visione storica della sicurezza sanitaria per sottolineare la portata senza tempo dell'importanza del fenomeno.

### 1.1.1. Incurabili

L'Ospedale del Reame S. Maria del Popolo agli Incurabili è il più antico nosocomio del Sud Italia, fondato a Napoli nel 1519 ad opera della nobildonna catalana Maria Longo, moglie del Ministro del re di Napoli Ferdinando il Cattolico. La Longo scelse di far costruire attorno all'ospedale degli Incurabili la chiesa di S. Maria del Popolo, una nuova sede in cui si trasferì

l'Arciconfraternita di S. Maria dei Bianchi della Giustizia<sup>2</sup>, il ricovero delle pentite<sup>3</sup>, una sede rinnovata per il monastero delle Riformate<sup>4</sup>, la sua abitazione privata in cui visse sino alla consacrazione e il Banco di S. Maria del Popolo, di modo tale da edificare un complesso architettonico ospedaliero che ottenesse la qualifica di Santa Casa, destinata agli istituti partenopei in grado di elargire servizi sanitari, ospitalità, carità, accoglienza spirituale, attività bancarie alla popolazione.

La nobildonna, a seguito di una guarigione miracolosa da una forma aggressiva di malattia caratterizzata da febbre, debolezza e deformità marcate degli arti inferiori e superiori, riconducibile oggi probabilmente ad uno stadio avanzato di artrite reumatoide, raccontava di aver ottenuto durante un pellegrinaggio a Loreto la grazia del recupero della salute dopo aver incontrato spiritualmente attraverso fervide preghiere la Madonna del Popolo, a cui anche i napoletani erano legati da un forte sentimento cristiano (Valerio, 2009): nell'istante stesso in cui si sentì guarita fisicamente, in risposta ad una richiesta che dichiarava di aver ricevuto dalla Madonna, promise come ex-voto di investire il proprio patrimonio di famiglia per mettere in piedi un complesso architettonico a cui potessero accedere gratuitamente tutti gli infermi indigenti e le donne partorienti che non potevano permettersi di pagare le visite mediche a domicilio dei dottori e che potevano contare solo sull'aiuto e lo spirito compassionevole degli aristocratici locali.

Maria Longo testimoniò di possedere oltre alla disponibilità dei capitali anche grandi doti manageriali scegliendo di posizionare un imponente complesso sanitario, tutt'oggi operativo, nel punto più elevato dell'antica Napoli greco-romana in virtù della salubrità dell'aria (Oliviero, 2010): nel passato, infatti, si riteneva che molte malattie, non ascrivibili a cause note e specifiche, potessero essere ricondotte alla mal-aria e, dunque, si cercava di edificare gli istituti di cura in contesti naturali sopraelevati, ricchi di

---

<sup>2</sup> La compagnia dei Bianchi della Giustizia, nome ispirato al colore del cappuccio che portavano i confratelli, si occupava di assicurare adeguata sepoltura ai condannati a morte che venivano giustiziati nel complesso degli Incurabili, attraverso prassi sicure dal punto di vista igienico e rispettose della dignità umana.

<sup>3</sup> Il ricovero sorse come naturale sviluppo dell'ospedale per accogliere e riabilitare sventurate donne di strada che poi sarebbero state impiegate negli anni come infermiere agli Incurabili.

<sup>4</sup> Il monastero delle Clarisse Cappuccine o delle Riformate era anche chiamato il monastero delle 33, perché costituito da 33 monache e unito al nosocomio da una scala formata da 33 gradini; situato sin dall'origine del nosocomio alle sue adiacenze, fu presto inglobato nel complesso di cura per creare sinergie nella profusione di aiuti sanitari più sicuri al popolo. Rimasta vedova, Madama Longo, chiamata anche la pellegrina in Italia o il fiore di Spagna in terra d'Italia, scelse di entrarne a far parte e ivi dimorò fino alla morte (Falanga, 1991).

vegetazione<sup>5</sup>.

Ulteriori elementi di contesto, scelti come determinanti significative della sicurezza dei luoghi di cura, furono rappresentati da marmi, fontane, quadri, fregi e suppellettili preziose, che sembravano quasi poter lenire in parte la sofferenza dei malati e le brutture dei loro sintomi, come confermato dalle attuali prassi mediche volte a coniugare sempre più la bellezza artistica ed estetica degli ambienti nosocomiali con la presa in carico sicura e degna delle esigenze umane dei pazienti (Rispoli, 2009a; Pacelli, 2009).

All'epoca della fondazione degli Incurabili la città di Napoli iniziava ad assumere le vesti di una vera e propria metropoli, a seguito del processo di inurbamento dovuto all'insediamento in città della nobiltà della provincia, della borghesie mercantile, degli intellettuali e della plebe delle campagne: agli inizi del Cinquecento il numero dei suoi abitanti aumentò fino a raggiungere 200.000-220.000 unità (Oliviero, 2010). Ciò comportò una considerevole crescita edilizia e la perdita delle connotazioni quattrocentesche di una città a misura d'uomo, con conseguenti epidemie di patologie gravi soprattutto fra gli indigenti che vivevano in condizioni igieniche precarie e non si potevano permettere cure mediche a domicilio, ai quali la Longo cercò di fornire assistenza in ambienti sicuri e puliti, che destavano lo stupore dei pensatori dell'epoca per il livello di qualità dei servizi<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Criterio seguito ancora oggi per la costruzione di numerose strutture di cura sicure, in funzione anche dell'effetto benefico sulla psiche, e, in particolare, sull'attivazione delle onde alfa e delta prodotte dall'attività elettrochimica del cervello e associate al rilassamento profondo: è stato verificato, infatti, che il contatto visivo col verde della natura, le luci, i suoni e gli stimoli elettromagnetici inconsciamente recepiti in contesti naturali generano una riduzione delle frequenze delle onde cerebrali, l'abbassamento dello stress psiconeuroendocrino connesso tipicamente agli stati di veglia e risposte immunitarie positive dei pazienti, attraverso l'induzione di processi inconsci di rigenerazione psicofisica (Oliverio, 2001). Si pensi alla quiete ispirata, ancora oggi, a pazienti, medici e visitatori dall'imponente e secolare albero di canfora, presente fin dal '500 in prossimità dell'ingresso secondario degli Incurabili, e dall'adiacente cortile medico, ricco di una varietà affascinante di profumi e piante curative (Calignano, 2009).

<sup>6</sup> Alla fine del Cinquecento, un noto rappresentante della letteratura popolare, Giovan Battista del Tufo, come riporta successivamente il Taglierini (1959; 1954), dedicò un ragionamento per ogni giorno della settimana alla descrizione delle caratteristiche del popolo partenopeo. Dopo aver illustrato in rima usi e costumi dei napoletani, feste e giochi popolari, l'Autore elogiò gli Incurabili nel sesto ragionamento, intitolato a "Ospedali, Monasteri, Opere di Carità, Reliquie, Processioni e Venerdi Santo", riportando con estremo ardore la sua reazione stupita alla prima visita al nosocomio: "*Qui vedreste in che modo, ordine e stile, con che gran carità con che prestezza, gente bassa, o gentile, al ben oprar continuamente avvezza, servon quei poverin, miseri e afflitti, sepolti in gran conflitti, tutti d'ulcere pien, d'orrendi mali, perigliosi e mortali, senza schifar, senza mostrar mai segno d'aver quell'opra a sdegno. Né qui son dieci o venti sommersi in quei tormenti, ma tra le donne e gli uomini son tanti*

Nelle guide turistiche seicentesche si consigliava agli stranieri che arrivavano in città, per motivi di studio, cure termali o visite ai siti archeologici, di recarsi agli Incurabili per ammirarne la funzionalità, in termini di (Sarnelli, 1792):

- igiene delle corsie;
- efficacia ed efficienza dell'organizzazione dei vari reparti, dotati di una capacità ricettiva di più di 1000 infermi affetti da ogni sorta di patologia e dell'accesso ad una farmacia senza pari in Europa per tipologie di farmaci in gran parte fitoterapici, da cui derivò la denominazione di "spezieria", caratterizzata da attributi estetici di vastità e magnificenza;
- eccezionalità dello spirito assistenzialistico degli operatori (laici, consacrati, nobili, borghesi e plebei), dediti ogni giorno agli infermi affetti da mali "incurabili" per gravità e mancanza di risorse monetarie, capaci, ad esempio, di far mangiare quotidianamente tante persone con disturbi mentali in silenzio attorno ad una lunghissima tavola.

Tali caratteristiche organizzative, unite alla separazione di proprietà, gestione e prassi clinica, per evitare conflitti di interessi, hanno assicurato alla struttura sino alla fine dell'Ottocento il primato della sicurezza e della qualità dei servizi assistenzialistici all'interno del panorama nazionale: si consideri che, a differenza degli attuali processi di managerializzazione degli enti proprietari e degli operatori sanitari, all'epoca la sicurezza finanziaria e gestionale erano collegate ad una proprietà affidata alle ricche finanze di nobili benefattori e alla gestione di sette Governatori, interpellati due volte all'anno per decidere attraverso il voto sulle questioni aziendali prioritarie e collocati in un edificio separato, adiacente al complesso ospedaliero.

All'interno del nosocomio si applicavano quotidianamente delle ferree regole per prevenire e gestire i rischi soprattutto di infezioni ambientali, dato che nel Cinquecento la città fu ripetutamente flagellata da tigna, peste, scabbia, ulcere cutanee, vaiolo, sifilide e numerose altre malattie facilmente trasmissibili. In particolare, si riteneva che il flagello crudele della peste, definita anche malattia degli eserciti perché importata sui fronti di guerra dai contatti dei soldati italiani con indiani, spagnoli e dominicani, infettasse l'aria e si trasmettesse per via aerea; per ridurre i contagi, molte nazioni avevano stabilito per legge che gli infettati fossero esiliati fino al sopraggiungere della morte in

---

*che se mai le vedeste, oltre i sospiri e pianti, dal petto il proprio cor vi cavereste. Ma quel che importa, e ch'è stupenda cosa de l'opra gloriosa, è vedere quei piagati, politamente così ben trattati, come per ogni tempo, et in ogni sito, veder quello spedal sempre polito. Né per cotanti mal, cancri o posteme, nessun d'intrar vi teme, perché con somma diligentia e cura s'attende a di sgombrar ogni lordura"* (tratto da *Ritratto o modello delle grandezze, delizie e meraviglie della nobilissima città di Napoli/Diviso in sette ragionamenti per sette giorni della settimana* di Giovan Battista del Tufo in Taglierini, 1954; p. 272).

isole lontane e che fossero passibili di marchio a fuoco sul collo coloro che non rispettavano l'ordinanza di imbarco sulle navi per il trasferimento, di modo tale da renderli riconoscibili per strada e costringerli prima o poi con la forza alla partenza. I medici e gli infermieri degli Incurabili seguirono, invece, prassi più umane di accoglienza e cura di tali soggetti, tutelandosi con la protezione di lunghi camici ampi e maschere per respirare, di cui due esemplari sono tuttora conservati presso il Museo di Arti Sanitarie della struttura partenopea, e destinando ai malati infetti appositi padiglioni isolati. Le donne della casa delle convertite, ritenute immuni per la vita promiscua condotta in strada, furono utilizzate per smistare i malati più gravi e contagiosi, ponendole in prima linea nel salone principale di accoglienza dei pazienti: i medici dalle finestre delle stanze del primo piano indicavano loro il percorso assistenziale che ciascun paziente doveva seguire e quali erano i casi urgenti da isolare o sottoporre ad operazioni chirurgiche, un metodo che risultò essere un efficace e sicuro strumento di *triage*.

A tal proposito, si ricordi che si imparò a gestire i rischi di infezioni nelle sale operatorie attraverso prove ed errori, essendo all'epoca poco diffuse le conoscenze su virus e batteri, ossia utilizzando processi di apprendimento di stampo popperiano fondati su ipotesi molteplici e deduzioni unitarie, generalizzate mediante induzione fino alla successiva confutazione o falsificazione (Popper, 2009, 1970): molte donne incinte perdevano la vita in sala durante il parto, allora si osservò che la rotazione delle pazienti gravide su più stanze operatorie portava ad una netta riduzione delle infezioni letali e la si applicò con rigore; la stessa prassi, quindi, fu adottata con successo per tutte le altre malattie che richiedevano interventi in sala operatoria. Dunque, pur ignari del motivo scientifico preciso delle dinamiche del fenomeno delle infezioni, gli operatori sanitari dell'epoca intuirono semplicemente che i cospicui ristagni ambientali di sangue, evidenti nei casi di parto, veicolavano malattie e non dovevano avvenire sempre nello stesso ambiente, e perfezionarono nel tempo le procedure di sicurezza sulla scia di progressive confutazioni delle premesse iniziali e sedimentazioni delle conoscenze, indotte dalle evidenze empiriche<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Già all'epoca, dunque, venivano applicate procedure organizzate di *triage* o selezione e smistamento dei malati in base ai livelli di gravità dei sintomi e dell'assistenza necessaria: come detto, i pazienti avevano libero accesso all'interno dell'atrio più ampio della struttura, qui le monache li accoglievano e i medici dalle finestre interne del primo piano che affacciavano sull'androne chiuso, a seguito di un'attenta osservazione e di un acuto ascolto dei malati a "distanza di sicurezza", davano disposizioni alle pie donne su dove smistarli, fra sale operatorie, ambulatori o stanze di degenza del nosocomio. La particolarità risiedeva proprio nel rispetto del dogma assoluto della sicurezza del sistema: infatti, furono posizionate come sentinelle in *front-line* le pie donne ex-prostitute raccolte dalla strada dalle cappuccine,



All'iniziale poltrona operatoria in velluto, simile alle attuali sedie da dentista, per la stessa ragione, furono progressivamente sostituiti dei più igienici tavoli operatori in legno e i rudimentali bollitori per ferri chirurgici furono rimpiazzati con apparecchi a gas e a vapore per la sterilizzazione.

Un ulteriore aspetto organizzativo per la sicurezza che conferisce modernità agli Incurabili era costituito dalla casa di salute a pagamento, che andò a sostituire il vecchio ospedale a pagamento, stabilimento con 200 letti destinato nei secoli precedenti ai militari feriti in guerra ed alle guardie doganali selezionate in base alle disposizioni del Ministero dell'Interno (De Paola, 2009). La nuova casa di salute consentiva ai nobili ed alla emergente borghesia commerciale e finanziaria residente o in transito per la città di ricevere adeguate cure sanitarie, farmaci e vitto ordinario dietro il pagamento di 5 lire (8 lire in caso di intervento chirurgico più impegnativo); ogni richiesta di altro tipo era addebitata a parte. Il maestro di casa, corrispondente all'attuale capo-sala o coordinatore infermieristico, dirigeva questa sorta di servizio *intra-moenia*, vigilando sul rispetto delle norme di igiene da parte di infermieri, inservienti e guardaporta. Due camerieri pulivano le camere; gli inservienti si occupavano dell'igiene delle stoviglie; i guardaporta imponevano il rispetto degli orari di ingresso e di uscita a operatori, degenti e visitatori.

Il maestro di casa rispondeva esclusivamente nei confronti del direttore dell'ospedale del suo operato amministrativo di gestione del paziente lungo tutto il percorso assistenziale, dal ricovero alle dimissioni, e si interfacciava senza sottomissione gerarchica ai medici ed al personale ausiliario solo per

---

considerate dai medici ormai immuni rispetto a numerosi tipi di patologie contagiose di cui erano portatori i pazienti bisognosi di cure. Oltre alla fase di accesso alle cure, agli Incurabili si prestò particolare attenzione all'organizzazione in sicurezza di veri e propri percorsi assistenziali dei pazienti, attraverso la prescrizione di specifici sentieri da far seguire alle differenti tipologie di malati a seguito del primo *screening* a distanza da parte dei medici. Come accennato, ne fu un esempio il progressivo maggiore rigore prestato alla sicurezza delle sale operatorie. Anche in questo caso si giunse a sposare il paradigma della sicurezza del sistema in modo intuitivo e nel tempo ragionato, apprendendo mediante l'esperienza sul campo: nonostante a quei tempi fosse ancora superficiale il livello di conoscenze su virus, batteri, infezioni, si giunse ad un rimedio molto efficace per la sicurezza di operatori e pazienti attraverso la rotazione frequente dei diversi tipi di interventi fra le sale operatorie disponibili. I parti, ad esempio, che in genere comportavano una grande perdita di sangue e il maggior rischio di diffusione e proliferazione ambientale di batteri, virus ed infezioni, venivano frequentemente spostati fra le varie stanze chirurgiche ed i peggioramenti delle condizioni di salute e le morti improvvise delle puerpere si ridussero in modo immediato ed evidente. A ciò si aggiunse, nei periodi di maggiore disponibilità di risorse finanziarie, il ricambio più frequente dei camici degli operatori ed un ulteriore impatto positivo in termini di sicurezza organizzativa.

concordare vitto e terapie; ciò comportava l'attribuzione al personale sanitario di un ruolo di cura, con estromissione dalle prassi di gestione dei posti-letto, come accadeva anche all'interno dell'adiacente e vasta parte dell'ospedale aperta gratuitamente al pubblico (Caccioppoli, 2010).

Ciò connotava un ennesimo elemento di sicurezza organizzativa e gestionale.

Per concludere, va ricordato che, accanto all'attenzione scientifica e razionale ai temi della sicurezza, fra gli operatori e la gente spesso si poteva avvertire in materia di tutela dai pericoli alla salute il potere di credenze magiche e superstizioni, che ben poco avevano in comune con i principi religiosi, con cui potevano facilmente confondersi per somiglianza di forme (linguaggio metaforico apocalittico e salvifico, ridondanza dei riti).

Si pensi, ad esempio, al rimedio contro ogni male a cui si accedeva di frequente, quasi seguendo un rito, nei locali della Farmacia, dove, all'interno di una magnificente urna, era custodita la teriaca, considerata rimedio contro ogni male "incurabile" (Rispoli, 2009b). Ciò che colpisce è la coesistenza nei locali originali della "spezieria" della chimica della ragione con la tradizionale cultura magico-alchemica partenopea: la Farmacia settecentesca, infatti, aggiungendosi ai locali adiacenti cinquecenteschi della "spezieria", voleva rappresentare il potere del farmaco sulla malattia, secondo uno stampo illuministico che travalicasse le credenze superstiziose insite in una marcata estetica barocca, eppure, finì per rispettare e seguire le forme empirico-alchemiche dei vecchi rimedi preparati con sostanze fitoterapiche e composti "misteriosi", laddove accolse, ad esempio, un preparato "magico" quale la teriaca, dietro l'apparenza di un'urna marmorea (alta 167 cm con diametro medio di circa 60 cm) dalle sembianze tradizionali e discrete, che sembrava a prima vista coniugare esigenze estetiche ed architettoniche classiche con una razionale efficienza assistenziale e terapeutica di stampo illuministico, per la collocazione ad incastro nella parete destra nascosta della "controspezieria", funzionale all'accesso esclusivo di medici e farmacisti, e per i materiali di rivestimento interno (piombo e stagno) adeguati alla conservazione e ad evitare la fuoriuscita di fumi sotto tensione, frutto di numerosi anni di studio da parte dell'Ingegnere Bartolomeo Vecchione e dell'artigiano Crescenzo Trinchese.

Ecco, dunque, che amministratori, tecnici e artigiani, medici e farmacisti divennero protagonisti di un'evoluzione silente e graduale di un concetto di sicurezza che assunse nel tempo una connotazione sempre più tecnica, per l'attenzione alla distribuzione degli spazi ed all'ergonomia (si pensi alle continue modifiche apportate nel corso dei decenni al coperchio dell'urna per rendere la sua apertura e chiusura più funzionali alle varie fasi di preparazione,

conservazione, controllo e commercializzazione della triaca). Contemporaneamente, si cercò di non stravolgere mai del tutto il credo magico di una cultura popolare a cui inconsapevolmente si è continuato ad aderire per secoli.

Al di là della superstizione, a volte, le norme di sicurezza tecnica venivano sacrificate e messe da parte perché mal si conciliavano con le esigenze di privacy degli infermi. Si pensi alle unzioni di mercurio con cui si curavano i malati di sifilide: alla fine del Cinquecento, la procedura clinica corretta per bloccare l'evoluzione del morbo richiedeva l'applicazione del farmaco per due ore consecutive sul corpo del paziente da parte dell'operatore; la prassi effettiva era caratterizzata da un numero elevatissimo di unzioni mercuriali fai da te, messe in atto dai malati nel segreto delle proprie mura domestiche, perché *“le zitelle di famiglie onorate, le donne ligate al matrimonio, i figli di padri severi, i sacerdoti e altri personaggi di riguardo”* non volevano correre il rischio, realistico all'epoca, che gli *“unzionarij manovrieri”* (Armone Caruso, 2009: p. 171), figure professionali specializzate nella abile ed efficace somministrazione degli unguenti mercuriali ben preparati da medici e farmacisti, avrebbero potuto divulgare fra la gente notizie sul loro stato di salute. In numerosi casi di morbo sifilitico autocurato, l'assenza di forza per far assorbire bene il farmaco laddove andava frizionato, ossia sotto i piedi, il mancato rispetto per difetto della durata di due ore di ogni ciclo di terapia, la posizione scomoda per il tipo di malattia compromettevano il buon esito delle cure; inoltre, il potere tossico altissimo del mercurio, spesso, conduceva gli ammalati alla morte, quando era autosomministrato inadeguatamente (Armone Caruso, 2009). Con l'aumento dei casi di sifilide, inoltre, iniziarono a divenire meno sicure anche le cure effettuate in ospedale, poiché il sovraccarico di lavoro per gli *“unzionarij”* comportò una drastica riduzione del vigore profuso nel frizionare per ore l'unguento di mercurio sotto i piedi dei malati, come da protocollo, ed un aumento delle evoluzioni negative e repentine del morbo. Solo nel 1809 si riuscì ad ovviare con discreto successo al problema di sicurezza delle cure grazie al *“Torno Frottole Mercuriale”*, un'apposita macchina ideata dal medico Pietro Ruggeri (allievo di maestri del calibro di Cirillo e Cotugno), che consentiva al paziente di frizionare l'unguento sotto un piede alla volta, tirando semplicemente e a ripetizione una corda funzionale ad attivare la rotazione assiale del torno inserito in un telaio di legno pesante dalla forma simile ad un tetragono, posizionato sul pavimento e tenuto insieme da perni, cerniere e dentature di acciaio (Armone Caruso, 2009).

Successivamente, agli inizi del Novecento, un altro grande medico di nome Giuseppe Moscati fece ingresso agli Incurabili e sviluppò col suo “alto

intelletto” e la sua “meravigliosa cultura” l'esempio della pratica clinica sicura e della vicinanza umana ai malati, fino al punto da essere proclamato Santo. La sua competenza tecnica era riconosciuta da superiori, pari grado e subordinati, e quello che colpiva di più era la sicurezza che cercava di infondere nei malati, arrivando a scrivere sulle ricette frasi di incoraggiamento, unite a consigli sulla dieta da seguire e le modalità di somministrazione dei medicinali da rispettare, per dare forza al loro spirito e rinforzare la loro fiducia, secondo il Santo, elementi imprescindibili di guarigione.

Un avvenimento su tutti denotò il coraggio, la modestia e l'umiltà di Moscati e la sua attenzione alla sicurezza del personale e dei pazienti: nel 1906, durante una fase feroce di eruzione lavica del Vesuvio, l'amministrazione dell'ospedale lo invitò a recarsi a Torre del Greco, sotto le pendici del vulcano, per soccorrere i 70 malati, prevalentemente anziani e inabili, ricoverati presso una sede del gruppo degli Ospedali Riuniti, di cui faceva parte anche il complesso degli Incurabili. Dopo un viaggio farraginoso sotto una pioggia di ceneri e lapilli, e un cielo opaco per i vapori prodotti dall'eruzione in corso, a soli 26 anni, arrivato nell'ospedale torrese, chiese con fermezza e ottenne l'evacuazione immediata degli infermi e del personale sanitario. Pochi istanti dopo lo sgombero, il tetto crollò sotto il peso dei residui di materiale eruttivo portato dalle correnti d'aria.

A coronamento di tale episodio emblematico di tutela della sicurezza sanitaria, si ricordi la lettera scritta da Moscati al suo rientro agli Incurabili, indirizzata al Direttore Sanitario degli Ospedali Riuniti in cui elogiò il comportamento del personale e chiese gratificazioni e riconoscimenti per tutti i collaboratori intervenuti sul terreno<sup>8</sup>, scongiurando premi per lui “*per non destare cenere*”, come dichiara scherzosamente, “*sicuro che chiunque... avrebbe egualmente e meglio operato*” (Rossiello, 2009; p. 179).

Infine, durante trent'anni di vita ospedaliera, passata a “*soffrire con merito*” senza aspettarsi riconoscenze se non nell'aldilà, come è consono secondo lui per tutti gli operatori che negli ospedali sono “*presso il dolore*”, furono sue battaglie coraggiose e tenaci verso amministratori e colleghi per quelle che considerava garanzie irrinunciabili di percorsi assistenziali e terapeutici sicuri: la

---

<sup>8</sup> “*Prego la S.V. Ill.ma di voler trasmettere al consiglio di Amministrazione le seguenti mie proposte (...): 1. gratificazione speciale all'ispettore Astarita Giovanni che si sottomise a disagi e a non lieve pericolo per accompagnarmi a Torre, riuscendo ottima guida; 2. speciale trattamento agli infermieri Gargano, Ferrigno, Morino, Lombardi, dalla cui disciplina e devozione a me, riconosco gran parte dell'ottimo risultato della mia spedizione; 3. una considerazione per le camminanti (infermiere) che in piena pioggia di cenere e scorie mi coadiunarono nel trasporto delle ammalate; 4. una lode (...) al personale delle suore assistenti e del Padre Rettore che con calma molto aiuto morale dettero; 5. esser convinti (...) nessun disagio a me sia venuto*”, estratto della lettera di Giuseppe Moscati (Rossiello, 2009; p. 178).