

Per una storia economica della sanità.

Finanziarie e gestione la Ca' Granda di Milano nei primi decenni post-unitari

di

Giuseppe De Luca^{1*}, Matteo Landoni², Marcella Lorenzini¹, Alessandro Porro³, Gianluca Vago⁴

La ricerca pone in analisi l'amministrazione e la gestione finanziaria dell'Ospedale Maggiore di Milano, la *Ca' Granda*, dall'Unità d'Italia fino al volgere del secolo. La formidabile base documentaria - costituita dalla serie di bilanci e di altri documenti contabili, in larga parte inediti, conservati presso l'Archivio dell'istituzione assistenziale - ha consentito di mettere in luce l'evoluzione delle modalità di finanziamento, delle pratiche gestionali, della partecipazione dei privati e della città, e dei rapporti con lo Stato centrale di una delle principali realtà ospedaliere europee dell'epoca.

La Ca' Granda, fin dalla sua fondazione avvenuta per volontà di Francesco Sforza nell'anno 1456, ha sempre rivolto la sua azione alla cura degli acuti, venendo innanzitutto supportata dalle donazioni offerte dalle classi abbienti della città. Progressivamente, l'ospedale ha coperto le proprie spese attraverso la gestione del patrimonio immobiliare e terriero acquisito nei corsi dei secoli grazie ai lasciti testamentari (fra cui ricordiamo quello del mercante banchiere Luigi Carcano nel Seicento e del notaio Giuseppe Macchi a fine Settecento) e alla beneficenza dei milanesi (e non solo). Con l'avvento dell'industrializzazione e della società di massa, l'Ospedale Maggiore di Milano ha via via accolto e curato un numero sempre maggiore di pazienti, trovando nuove forme di finanziamento e gestione, pur mantenendo la sua missione pubblica. Tutt'oggi persiste un modello misto pubblico-privato, sopravvissuto al processo di centralizzazione della sanità pubblica avviato nel secondo

¹ Dipartimento di Economia, Management e Metodi quantitativi, Università degli Studi di Milano.

² Dipartimento di Scienze dell'Economia e della Gestione Aziendale, Università Cattolica del Sacro Cuore.

³ Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano.

⁴ Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università degli Studi di Milano.

* Giuseppe De Luca, Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Economia, Management e Metodi quantitativi, Via Livorno 1, 20122 Milano.

dopoguerra, che nel corso della sua lunga storia ha messo in moto innovazioni finanziarie e pratiche gestionali virtuose che ne fanno un punto di riferimento ben oltre il territorio della città.

Fino all'Unità d'Italia l'assistenza sanitaria fu prevalentemente appannaggio delle istituzioni ecclesiastiche grazie a strutture di beneficenza note come "opere pie". La successiva transizione allo Stato non fu però immediata, anche perché la Destra storica non volle sostenere le politiche sociali. Un cambio di passo verso la creazione del *welfare state* avvenne solo con l'arrivo al potere della Sinistra storica nel 1876, favorevole all'intervento diretto dello stato nelle politiche sociali. Il passaggio allo stato delle Opere Pie - ora denominate "Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza" - avvenne nel 1890 per una legge che impediva l'inserimento di membri ecclesiastici all'interno delle organizzazioni garanti dell'assistenza. Tuttavia, l'avvento anche in Italia di un sistema di assistenza sociale più completo e di stampo bismarkiano risale solo al 1898, quando il nuovo stato cercò d'integrare nel sistema socio-economico anche gli strati più bassi della popolazione, seguendo il modello delle "assicurazioni sociali obbligatorie" della Germania, dapprima per la malattia e gli infortuni sul lavoro, e solo più avanti esteso alla vecchiaia, all'invalidità e alla disoccupazione.

Sullo sfondo di questa transizione, le modalità di finanziamento di gestione oltre che la composizione del patrimonio della Ca' Granda presentarono una vivace dinamica evolutiva, di cui diamo qui, per ragioni di spazio, solo qualche esempio.

Il patrimonio dell'Ospedale Maggiore, suddiviso in due tipologie di beni stabili, quelli fruttiferi, da qui derivava una rendita diretta, e quelli infruttiferi, vide all'indomani dell'Unità una rapida diminuzione dei primi. Oltre alla rendita imputabile ai beni fruttiferi, un'ulteriore fonte di finanziamento erano i domini e le decime che, come suggerisce il nome, erano costituite dal tributo di un decimo del raccolto o del reddito. Anche questa voce subì nei primi anni una pesante riduzione, e così calarono i capitali, mutui ed effetti pubblici redimibili, mentre si mossero in direzione opposta i capitali di censi o canoni e le rendite pubbliche perpetue.

Di notevole interesse è anche l'andamento dei crediti che l'Ospedale vantava nei confronti del brefotrofito e del manicomio. La natura di questo grande credito si celava in una disputa tra l'Ospedale e lo stato che non riconosceva questi crediti come propri, visto che gran parte di questi si erano generati sotto la dominazione austriaca. Questi crediti diminuirono nell'arco di tempo considerato, mentre la voce dei crediti di ordinaria amministrazione registrò un aumento.

Complessivamente, il bilancio dell'ospedale registrò una contrazione negli anni compresi tra il 1867 e il 1873. Il totale che nel 1867 era di oltre a 55 milioni di lire, passò infatti a 51 nel 1873 (in valore nominale). Per capire i motivi di questa riduzione nel corso degli anni è necessario dare uno sguardo più attento alla gestione dei bilanci. A prima vista diminuirono sia le entrate che le uscite, ma il calo delle prime (causato dalla riduzione dei contributi che arrivavano all'Ospedale dalle altre sedi cittadine di cui si componeva) non fu compensato dalla riduzione delle spese.

Fondamentale continuava ad essere il contributo dei benefattori, che ancora nel 1870 costituiva circa un terzo delle entrate totali. Nello stesso anno si registra anche un deciso incremento degli stabili fruttiferi, dovuto prevalentemente all'eredità del barone Giuseppe Colli, che lasciò all'Ospedale oltre 640 mila lire. Dal 1871 si segnala poi la rilevante diminuzione nel valore dei mobili e suppellettili, a seguito del compimento di un inventario effettivo che ridusse di oltre la metà il loro valore, prima sempre stabilito in via approssimativa. Le passività si ridussero di un 5% nel 1871, mentre un'altra importante diminuzione avvenne rispetto all'anno precedente dei capitali di legati, assegni e prestazioni passive. L'aumento dei proventi della beneficenza superò quello delle "dozzine attive" pagate dai degenti che potevano sostenerne il pagamento. Queste in realtà subirono un calo in quegli anni e l'avanzo risultò dal fatto che venivano comprese in esse anche le dozzine di malati estranei all'Ospedale, ma che venivano pagati per onorare lasciti specifici. "Il maggior importo per le dozzine è causato nella massima parte dalla straordinaria affluenza di vaiuolosi e petacchiosi in forza all'epidemia e in poca all'accresciuto numero dei tignosi inviati dai Comuni foresi e degli infermi solventi in proprio"¹. Le spese in beneficenza registrarono un aumento nel 1870, pari a circa il 2,4% sull'anno precedente, a causa dell'incremento del 3,5% degli infermi. Un caso a parte è invece

l'aumento di spesa per la voce "Biancheria e mobiliare" dovuto all'acquisto di letti in ferro che dovevano sostituire i vecchi in legno, ormai antiquati e non più idonei alle nuove esigenze dell'Ospedale.

La diminuzione evidente delle passività patrimoniali nel corso di questi dodici anni è figlia di una politica di taglio delle spese e dei costi di timbro liberista, attuata dalla Destra storica al governo sino al 1876. A partire dal 1878 si assiste ad una diminuzione dei beni stabili, delle decime, e dei capitali a mutuo, sostenuti solo parzialmente dall'aumento dei censi e dalla rendita pubblica perpetua. Di carattere totalmente diverso è il risultato che si registra nel 1880. Se da un lato si percepisce un aumento delle attività patrimoniali, dall'altra è molto più evidente il taglio delle passività patrimoniali, composte da capitali passivi, decime passive, capitali legati, assegni passivi e capitali di pensioni di quiescenza al personale di gestione e sanitario. La diminuzione delle rubriche passive è dovuta alla diminuzione di tutte le voci, tranne che dei censi passivi e delle pensioni.

Concludendo questo breve excursus, nel biennio 1879-1880 si osserva un calo dei redditi patrimoniali, in parte compensato un aumento in due voci molto importanti, come sono i redditi da beneficenza e i contributi delle altre sedi, mentre aumentarono le spese d'amministrazione e le spese per la cura dei malati.

ⁱ Così riporta il capo ragioniere Gallarati il 17 agosto 1874, per il Consiglio degli Istituti Ospitalieri (AOM, Sezione amministrativa, Bilanci Consultivi 1870-1871)