



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLII - n. 1-2 - 2001

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLII - n. 1-2 - 2001

sommario

pagina

Ai lettori	1
La Festa del Perdono 2001	2
Biografia della Ca'Granda - Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano Presentazione	<i>Giorgio Cosmacini</i> 10
Il commiato dell'ultimo segretario generale dell'Ospedale Maggiore	<i>Luigi Renzi</i> 23
Bioetica in Europa, oggi	<i>Adriano Bompiani</i> 26
Asterisco	32
Così prende vita un nuovo farmaco: dal suo concepimento alla sua nascita	<i>Giuseppe Maiocchi</i> 33
I diritti umani dell'utente nel servizio sanitario	<i>Giancarlo Dal Sasso</i> 44
Il dolore toracico	<i>Carlo Belli</i> 55
Danni d'organo e malattie cardiovascolari	<i>Fabio Magrini</i> 57
Il dott. Carlo Leopoldo Rovida, un grande medico del passato che lavorò presso l'Ospedale Maggiore di Milano	<i>Giovanni Battista Fogazzi, Claudio Ponticelli</i> 62
Che cosa è la Day Surgery?	<i>Fernando Zennaro</i> 65
La Milano napoleonica: breve indagine nei Luoghi Pii tra il 1796 e il 1814	<i>Cristina Cenedella</i> 67
Notizie	71
Recensioni	<i>Vittorio A. Sironi, Vincenzo Bevacqua</i> 72
Cronache amministrative	75

La copertina

Annunciazione - Incisione di Paolo Bianchi (attivo a Milano tra il 1689 e il 1711) - Archivio storico dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Direzione, redazione, amministrazione: 20122 Milano, via F. Sforza, 28
telefoni 55038311/55038376

È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli, purché di volta in volta autorizzata e citando la fonte.

Un evento determinante ha bloccato l'uscita della rivista marzo-giugno in corso di stampa.

La Ca' Granda, che segue dall'anno della sua istituzione (1960) avvenimenti, contingenze, eventi, avvicendamenti, vicende diverse, non può non dare atto dell'improvvisa cessazione dell'incarico di commissario straordinario della professoressa Daniela Mazzuconi.

Anzitutto le rivolgiamo un ringraziamento vivissimo per la sua presenza e dedizione all'Ospedale fin dall'inizio e in particolare, anche a nome dei lettori, per l'attenzione personale, costante, offerta ad ogni settore culturale-scientifico dell'Istituzione.

Un augurio per lei e per noi che le strade tracciate con fiduciosa sicurezza (vedasi a pag. IV all'indicazione: progetto di valorizzazione dei beni artistici) trovino accoglimento e seguito negli Amministratori futuri per un'Istituzione secolarmente viva di tradizioni storiche artistiche e culturali come la nostra.

A sostituire la professoressa Mazzuconi è stato chiamato dal Ministro della Sanità il dottor Giuseppe Di Benedetto.

Diamo spazio al saluto del commissario straordinario professoressa Daniela Mazzuconi rivolto a tutti i dipendenti, e alla sintetica relazione sua del periodo 5 maggio 1998 / 22 giugno 2001.

A tutti i dipendenti

Lascio l'incarico di commissario straordinario dell'Ospedale Maggiore dopo tre anni di mandato e desidero esprimere a tutti un grazie sincero per la preziosa collaborazione avuta e per la professionalità che ognuno di voi, nell'adempimento dei propri compiti, ha saputo e voluto usare.

Per me si è sicuramente trattato di un'esperienza ricca e positiva che ha puntato molto sulla riappropriazione da parte della comunità ospedaliera dell'orgoglio di "essere l'Ospedale Maggiore di Milano" e sul superamento di un inutile e sterile disfattismo, che, talvolta, pure è andato riemergendo qua e là. Va da sé che un tale orgoglio deve avere solide fondamenta: l'ospedale deve cioè essere all'altezza sempre di ciò che promette e lascia intendere; la sua immagine deve essere solida e non posticcia.

Così questi anni sono stati anni di lavoro duro, ma denso di soddisfazioni, anche se, come spesso accade nella vita di tutti, si vorrebbe, e si potrebbe, fare qualcosa di diverso e di migliore.

Restano però alcune realtà e concretezze avviate che ormai continueranno a camminare e, fra le altre, vorrei qui ricordare l'accordo di programma per la ricostruzione dell'ospedale, che, proprio negli ultimi mesi, ha ripreso a marciare con vigore.

Durante un Comitato Tecnico Scientifico un primario, che non citerò per discrezione, mi ha mandato un biglietto con la citazione latina: "In magnis et voluisse sat est"; questo è certo un buon principio, ma mi pare che ora concretamente per il nuovo ospedale siamo oltre il semplice, e pur importante, "aver voluto".

Chiudo queste brevi note di commiato rinnovando il mio grazie a tutti, ma anche formulando l'augurio a ciascuno in particolare di continuare a sentirsi dentro una grande squadra, nella precisa consapevolezza che ogni giorno si può fare di più e meglio del giorno precedente, e di continuare a desiderare cose grandi per il bene di tutti.

Daniela Mazzuconi

Milano, 22 giugno 2001

Relazione sintetica del periodo 5 maggio 1998/22 giugno 2001

Numero delibere

1998: da n. 765 a n. 1966
1999: n. 2299
2000: n. 2375
2001*: n. 1341
*(al 22 giugno)

Dati di bilancio

Disavanzi precedenti:

- Bilancio consuntivo 1995: L. 2.806 milioni su L. 256.145 milioni di costi
- Bilancio consuntivo 1996: L. 23.517 milioni su L. 284.047 milioni di costi
- Bilancio consuntivo 1995: L. 44.303 milioni su L. 296.605 milioni di costi

(13 maggio 1998: gestione Mazzuconi):

- Bilancio consuntivo 1998: L. 20.361 milioni (di cui disavanzo di gestione L. 5.927 milioni e L. 14.434 milioni per prestazioni effettuate e non pagate dalla Regione Lombardia per effetto del “tetto”) su L. 316.649 milioni di costi.
- Bilancio consuntivo 1999: L. 10.140 milioni (di cui disavanzo di gestione L. 8.145 milioni e L. 1.995 milioni per prestazioni effettuate e non pagate dalla Regione Lombardia per effetto del “tetto”) su L. 322.791 milioni di costi. I disavanzi al 31.12.1999 sono coperti per effetto di previsioni legislative specifiche riguardanti i disavanzi regionali in materia di spesa sanitaria.
- Bilancio preconsuntivo 2000: L. 11.193 milioni su L. 345.755 milioni di costi (al netto di presunte minori entrate da parte della Regione Lombardia, stimabili in L. 4.906 milioni).

Personale

Gestioni precedenti:

- 31.12.1995 - comparto	n. 1837	- 31.12.1996 - comparto	n. 1854	- 31.12.1997 - comparto	n. 1822
- medico	n. 445	- medico	n. 454	- medico	n. 431
- altri dirigenti	n. 73	- altri dirigenti	n. 75	- altri dirigenti	n. 70
totale	n. 2355	totale	n. 2383	totale	n. 2323

Gestione Mazzuconi:

- 31.12.1998 - comparto	n. 1800	- 31.12.1999 - comparto	n. 1759	- 31.12.2000 - comparto	n. 1713
- medico	n. 414	- medico	n. 414	- medico	n. 417
- altri dirigenti	n. 66	- altri dirigenti	n. 64	- altri dirigenti	n. 68
totale	n. 2280	totale	n. 2237	totale	n. 2198

Concorsi espletati	Anno 1999	2000	2001
comparto	8	11	4
medici	7	15	5
altri dirigenti	-	4	2
totale	15	30	11

Assunzioni	6/12/98	Anno 1999	2000	2001
comparto	130	278	140	77
medici	15	45	39	15
altri dirigenti	==	1	3	6
totale	145	324	182	98

Spese per acquisto apparecchiature: nuovi ordini

1998:	ca. £.	10.865.000.000	(ciclotrone parte, TAC, NMR)
1999:	ca. £.	5.160.000.000	
2000:	ca. £.	3.815.000.000	
2001:	ca. £.	2.085.000.000	

Aspetti più salienti dell'attività svolta

- Piano di riorganizzazione e attuazione del progetto di dipartimentalizzazione e nomina dei direttori di dipartimento
- Riorganizzazione funzionale e strutturale dell'Ospedale Policlinico
 - Studio fattibilità nuovo ospedale
 - Reperimento fondi (Ministero e Cariplo)
 - Accordo di programma
 - Configurazione del nuovo assetto istituzionale (fondazione)
- Attuazione dei provvedimenti per l'accreditamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale e conseguimento dell'accreditamento definitivo
- Revisione del processo ambulatoriale e riorganizzazione delle attività ambulatoriali
 - Poliambulatorio Lamarmora e ultimazione rinnovo strutture ambulatoriali via Pace
 - Call center esterno per prenotazioni
 - Avvio aree a pagamento
- Istituzione di un ufficio aziendale dedicato alla misurazione e al miglioramento continuo della qualità e progetto qualità totale approvato e finanziato con contributo della Regione Lombardia
- Sviluppo e consolidamento del servizio Controllo di Gestione
 - Definizione degli obiettivi e gestione del processo di verifica per Unità Operativa
 - Studi di fattibilità relativamente al trasferimento di Unità Operative in relazione alla costruzione del nuovo ospedale
 - Analisi e monitoraggio della convenzione per la Cardiocirurgia
 - Analisi economica della Unità Operativa di Psichiatria
 - Messa a punto di un sistema di reportistica trimestrale ed annuale (rapporto di attività e rapporto di gestione)
 - Messa a punto della metodologia per il calcolo del margine di contribuzione
 - Predisposizione degli strumenti per l'attivazione della contabilità analitica (piano dei centri di costo)
- Provvedimenti istitutivi delle strutture complesse "immunologia clinica e allergologia" e "chirurgia toracica"
- Riorganizzazione del servizio infermieristico e predisposizione organizzativa per la realizzazione del triage di

- accesso al Pronto Soccorso generale
- Concertazione, formalizzazione e regolamentazione del dipartimento interospedaliero con specializzazioni superiori - EAS (Pronto Soccorso)
- Avviamento del riordino generale della tenuta della documentazione sanitaria finalizzato, tra l'altro, a realizzare un archivio centrale e uno remoto
- Unificazione dei servizi di radiologia
- Progettazione e messa in gara della rete di cablaggio per trasmissione dati e telefonia
- Riorganizzazione informatica in chiave dipartimentale dei laboratori
- Introduzione (gara in corso) del PACS/RIS (sistema computerizzato di archiviazione delle immagini radiologiche e sistema informativo della radiologia)
- Revisione completa (gara in corso) del sistema di monitoraggio delle terapie intensive
- Pet/ciclotrone - pad. Granelli
- NMR/TAC - pad. Beretta Neuro
- TAC - Pronto Soccorso
- Lavori:
 - Progettazione esecutiva radioterapia
 - Progettazione esecutiva nuova cabina elettrica al Granelli
 - Avvio lavori nuova sala Comitato Tecnico Scientifico
 - Rifacimento del Pad. Zonda (chirurgia) - lavori in corso
 - Biblioteca scientifica - lavori in corso
 - Ristrutturazione Poliambulatorio Lamarmora
 - Ristrutturazione Convitto Suore
 - Manutenzione straordinaria generale della Centrale termica principale, di quella di via Pace e del palazzo uffici. Progetto esecutivo sottostazioni termiche
 - Progetto di ristrutturazione del padiglione Sacco per realizzare il nuovo reparto della cardiologia mediante donazione Recordati
 - Progetto di nuovo day hospital di ematologia e oncologia al padiglione Granelli mediante donazione AIL (Associazione Italiana contro le Leucemie)
 - Sede museale presso l'Abbazia di Mirasole - lavori in corso
- Centro per le malattie a trasmissione sessuale: finanziamento regionale per le apparecchiature e lavori in corso per sistemazione della sede
- Ristorazione degenti - Appalto servizio in collaborazione con I.C.P. per la personalizzazione dei menù e per la qualità del servizio
- Organizzazione e avviamento del sistema di presidiazione dell'ospedale ai fini della sicurezza antincendio e della prevenzione e protezione in generale
- Istituzione di un autonomo servizio per la prevenzione e protezione del personale (ex d.lgs. 626/94 etc.)
- Passaggio da contabilità finanziaria a contabilità economico-patrimoniale
- Modifica progressiva e in corso del sistema informativo/informatico amministrativo (contabilità, ciclo passivo, gestione del patrimonio)
- Accordo con Regione Lombardia per affitti e ristrutturazioni
- Progetto asilo nido aziendale e proposta di convenzione con il Comune
- Stipula contratti integrativi area comparto e dirigenti
- Pubbliche presentazioni della produzione scientifica e del progetto di riorganizzazione e di ristrutturazione dell'ospedale
- Progetto di valorizzazione dei beni artistici:
 - Storia dell'ospedale (pubblicazioni varie)
 - Stima per il restauro del patrimonio artistico
 - Stima del valore del patrimonio artistico
 - Incarico a Istituto di storia dell'arte dell'Università Cattolica per inventariazione e catalogazione del patrimonio artistico

ai lettori

Il fascicolo è doppio e si apre con l'attesa storica celebrazione della Festa del Perdono: la prima del nuovo millennio, la prima che ha visto raccolta affettuosamente attorno al cardinale Carlo Maria Martini, suo parroco per antica tradizione, la sola comunità dell'Ospedale Maggiore "custode della Magna Domus milanese". La Festa, iniziata come sempre nella Chiesa secentesca dell'Annunciata con la solenne celebrazione eucaristica presieduta dal Cardinale, ha ricordato in due diversi momenti l'alto significato civile e religioso che alle sue origini, nel 1459, con l'istituzione della bolla "Virgini gloriosae", Papa Pio II Piccolomini le aveva conferito: "un giubileo solenne inteso allora a richiamare l'attenzione del Ducato - oggi per noi della Città, della Provincia, della Diocesi - sull'utilità e la validità della Ca' Granda".

Successivamente, nell'aula magna dell'Università gentilmente concessa, la tradizionale adunanza commemorativa della Festa ospedaliera, ma con una programmazione eccezionale: il messaggio del Cardinale parroco al suo "Ospedale Maggiore nel nuovo millennio: un'antica istituzione milanese a servizio della persona".

Il messaggio è stato successivamente oggetto di una accurata preziosa pubblicazione a stampa sostenuta, per la sua realizzazione, dalla Fondazione Cariplo e dalla Banca Regionale Europea e donata poi alla nostra comunità ospedaliera, ai benefattori dell'Ospedale, a istituzioni, a rappresentanze culturali cittadine.

La premiazione dei dipendenti che hanno lasciato l'Istituzione nel biennio 1999-2000 ha concluso la celebrazione, non prima di averci fermato su un momento particolare che ha segnato il congedo del segretario generale avv. Luigi Renzi, dopo un quarantennio di attività nelle nostre Istituzioni, intenso di avvenimenti e di vicende che egli stesso ricorda nelle pagine che seguono.

È uscito, atteso e voluto per la Festa del Perdono 2001, il volume "Biografia della Ca' Granda - Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano", di Giorgio Cosmacini, edito per i tipi di Laterza, a complemento della precedente opera "La Ca' Granda dei milanesi - Storia dell'Ospedale Maggiore". La rivista lo presenta e ne riporta alcune parti con rilievo particolare.

Questo numero impegna non poco il lettore su temi di attualità, di etica, di informazione sanitaria e "medico-pratica". Ospitiamo l'intervento del prof. Adriano Bompiani sulla "Bioetica in Europa oggi", che risponde agli interrogativi sempre più ricorrenti in convegni, in giornate di studio, in "incontri" diversi.

Il dott. Maiocchi soddisfa la giustificata intelligente curiosità che suscita la nascita di un nuovo farmaco con le vicende inimmaginabili che ne accompagnano la composizione, la sperimentazione, l'impegno finanziario, l'autorizzazione alla messa in commercio.

Documentato (come sempre) il dott. Giancarlo Dal Sasso sulle problematiche dei diritti e dei doveri del cittadino contemplati nel servizio sanitario nazionale.

Seguono:

- il dolore toracico al centro del contributo del prof. Carlo Belli: i problemi riguardanti le malattie di cuore sono sempre molto seguiti. In particolare questo tema dovrebbe sensibilizzare i lettori a una sintomatologia molto diffusa.

- la chiara esposizione del prof. Fabio Magrini su "Danni d'organo e malattie cardiovascolari" che incontra l'attenzione dichiarata di quanti ci scrivono con domande specifiche.

- la Day Surgery nell'apporto essenziale del prof. Fernando Zennaro, da noi richiesto in seguito al riuscito "incontro" realizzato in Policlinico sull'argomento.

- nel ricordo del prof. Ponticelli e del dott. Fogazzi, la figura meritevole del medico Carlo Leopoldo Rovida, operante nel nostro Ospedale nell'800, considerato per "le sue ricerche, i suoi contributi in materia, un lontano precursore di quella disciplina che oggi corrisponde alla nefrologia".

Ancora: un'interessante pagina storica di Cristina Cenedella sui "Luoghi Pii durante la Milano napoleonica"; le recensioni librarie, le cronache amministrative.

In chiusura una notizia: Milano ha onorato la memoria di Lino Montagna "pubblico amministratore e umanista" (al quale molto devono anche il nostro Ospedale e l'Associazione per l'Abbazia di Mirasole), intitolandogli un Largo nel centro cittadino: ricordiamo l'avvenimento alle pagine 71 e 72 con alcune parti del discorso pronunciato dall'assessore Carrubba.

La Festa del Perdono 2001

Anche quest'anno, il 26 marzo, inizio delle celebrazioni della Festa del Perdono, secondo tradizione, con la Messa solenne presieduta dal cardinale Carlo Maria Martini, parroco della Ca' Granda, nella secentesca Chiesa dell'Annunciata.

Presenti, fra le personalità intervenute, il prefetto dott. Bruno Ferrante, l'assessore comunale alla Cultura dott. Salvatore Carubba, il rettore dell'Università Statale prof. Paolo Mantegazza con il direttore amministrativo dott. Filippo Sori e il preside della facoltà di medicina prof. Guido Coggi.

Per l'Ospedale Maggiore il commissario straordinario prof.ssa

Daniela Mazzuconi, il segretario generale avv. Luigi Renzi, funzionari, visitatori, dirigenti, medici, rappresentanze delle associazioni volontaristiche e del personale religioso e laico ospedaliero.

La biennale celebrazione si è svolta quest'anno alla presenza della sola comunità dell'Ospedale Maggiore Policlinico, desiderosa di riunirsi nel segno immancabile della tradizione e nella memoria dei valori che hanno retto secolarmente la nostra Istituzione.

Mons. Piero Cresseri, rettore vicario del Maggiore Policlinico, ha rivolto al Presule il saluto della comunità ospedaliera:

“Eminenza, oggi celebriamo una solennità del Signore: l'Annun-



Da sinistra: Il cardinale Carlo Maria Martini è accolto nella sede amministrativa dell'Ospedale Maggiore dal commissario Daniela Mazzuconi e dal rettore vicario mons. Piero Cresseri. Lungo il porticato del Richini, nell'antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università, il Cardinale si avvia alla Chiesa dell'Annunciata per la celebrazione eucaristica.



ciazione, ed è anche la festa patronale della nostra parrocchia ospedaliera.

Lo stupendo quadro del Guercino, posto sopra l'altare, in modo mirabile ci porta col pensiero e con il cuore "dove l'Angelo Gabriele fu mandato da Dio in una città della Galilea, chiamata Nazaret, a una vergine, sposa di un uomo della casa di Davide, chiamato Giuseppe: la vergine si chiamava Maria" (Lc. 1, 26-27). Così ci dirà oggi il brano del vangelo di Luca.

Ma in occasione di questa solennità dell'Annunciazione la nostra parrocchia dell'Ospedale Maggiore da oltre cinque secoli celebra, negli anni dispari, la "Festa del Perdono", che nel dono dell'indulgenza annessa ci permette di rivivere la grazia del Giubileo appena concluso.

A Lei, Eminenza reverendissima, parroco di questa parrocchia ospedaliera, il cordiale saluto da tutti noi. Siamo lieti di accoglierla ancora una volta e di celebrare con lei l'Eucarestia. La ringraziamo per la Parola che ci rivolgerà e ne faremo tesoro come sempre".

Al Vangelo l'attesa omelia del Cardinale Arcivescovo, che qui riportiamo:

«Oggi è la festa dell'Annunciazione, festa di Maria, Madre di Gesù. Ed è anche festa del Signore, dell'Incarnazione. Come festa della presenza di Gesù nel mondo, a cominciare dal momento della visitazione dell'angelo a Maria, era tradizionalmente, nel Medioevo, l'inizio dell'anno solare. L'anno cominciava non il primo gennaio ma il giorno della festa dell'Annunciazione.

Tenendo presente questo antico calendario potremmo dire che oggi è il primo giorno del terzo millennio, il giorno nel quale ci prepariamo a vivere, dopo duemila anni, il mistero dell'Incarnazione del Verbo, per proclamarlo al millennio che viene.

Le grandi ricorrenze liturgiche dell'Annunciazione e dell'Incarnazione sono da secoli collegate all'Ospedale Maggiore con la Festa del Perdono, che segna anche l'origine dell'ospedale nella sua forma moderna.

Approfondirò la Festa del Perdono durante l'incontro in Aula Magna, ricordando le strettissime relazioni di questo ospedale con le autorità religiose e civili della città, con la storia di tutta la città di Milano.

Qui mi limito a riflettere brevemente sulle tre letture bibliche proposte dalla liturgia della Messa.

La prima lettura, dal profeta Isaia (7, 10-40) ci parla di Acaz, re d'Israele, che fa fatica ad accettare il mistero dell'amore di Dio. Non è un incredulo; certamente, come tutti gli Israeliti del suo tempo, Acaz era profondamente credente ed essendo capo del popolo, anche praticante, sempre in prima linea nei sacrifici al tempio.

Perché allora il testo biblico lo presenta incredulo e rinchiuso su di sé? Semplicemente perché non pensa che il Signore voglia occuparsi di noi, della nostra vita quotidiana e ritiene di avere un atteggiamento di umiltà ("non chiederò nessun segno, non voglio tentare il Signore"). Atteggiamento buono e plausibile, ma che nasconde qualcos'altro. Nasconde

la frustrazione, la sofferenza, la depressione propria di chi dice: Dio è troppo grande per occuparsi di me, di noi; noi siamo troppo piccoli, troppo poveri, schiavi della contingenza quotidiana, condannati alla banalità di una vita faticosa.

Il mistero che oggi celebriamo, il mistero dell'Incarnazione afferma, invece, che Dio ama la nostra vita di ogni giorno, si fa compagno del nostro semplice, umile, povero, talora banale cammino quotidiano, in particolare delle nostre sofferenze, delle nostre fatiche, delle malattie, delle difficoltà, della paura della morte; si fa compagno quindi anche di coloro che si curvano sulle sofferenze fisiche e morali dei fratelli e delle sorelle, per risanarle, curarle, sostenerle.

Questo ospedale rappresenta, come ogni ospedale, un aspetto, una proclamazione dell'incarnazione del Figlio di Dio, della vicinanza di Dio alle sofferenze, anche le più nascoste, dell'umanità.

La seconda e la terza lettura ci parlano della fede, dell'abbandono a quella volontà di Dio che si interessa di noi, di coloro che pregano e si affidano facendo dell'affidamento un principio della loro esistenza.

Anzitutto sottolineo, nel rapporto tra la seconda lettura (Eb. 10, 4-10) e la terza (Lc 1, 26-38), l'identità di sentimenti, di atteggiamenti profondi tra Gesù e Maria.

Maria si affida totalmente al mistero di Dio, lascia che il mistero tocchi la sua vita, benché povera, nascosta agli occhi degli uomini, e dice: "Eccomi, sono la



La celebrazione eucaristica nella secentesca Chiesa dell'Annunciata: alcuni momenti della cerimonia.

serva del Signore. Avvenga di me quello che hai detto”.

La lettera agli Ebrei ci presenta l'atteggiamento di Gesù che viene nel mondo: “Ecco, io vengo – poiché di me sta scritto nel rotolo del libro – per fare, o Dio, la tua volontà”.

Due esempi stupendi di affidamento assoluto, di abbandono

della propria vita al disegno di Dio, al suo volere. E questo duplice affidamento è basato appunto sulla certezza che Dio ci ama e ci è vicino; quindi un atteggiamento di profonda speranza.

Senza la speranza nella gioia che Dio ci promette, nel suo amore infinito e insuperabile, non è pos-

sibile credere ai grandi misteri della fede e nemmeno affrontare con coraggio l'esistenza di ogni giorno.

In fondo ciascuno di noi, qualunque sia la sua situazione di fede, credente o non credente, quando affronta la vita quotidiana, lo fa con la fiducia che ci sarà pur qualcosa di buono, qualche bene promesso, magari fragile, che riuscirà a operare più e meglio rispetto al giorno precedente, che potrà aiutare a illuminare un po' di più il cammino di questa terra. È la speranza che ci sostiene, e chi non l'ha cade nella disperazione, nella depressione, incapace di lavorare e di progettare.

Dunque la speranza – l'hanno affermato anche alcuni filosofi contemporanei – è davvero un principio di vita. Senza speranza non c'è attività, non c'è promozione umana, non c'è fraternità.

Il “principio speranza”, così necessario, riguarda tutti, sani e malati, persone che hanno grandi responsabilità e persone umili, nascoste.

Un esempio eroico di speranza lo vediamo nella seconda e nella terza lettura: Maria e Gesù stesso che inizia con fiducia e speranza la sua missione per rivelare al mondo l'amore di Dio.

E noi siamo oggi portatori di questa speranza, una speranza “laica” che vale per umanità l'intera, una speranza che nella festa dell'Incarnazione e dell'Annunciazione viene riportata al suo principio fondante.

Con questa speranza apriamo quindi il terzo millennio della città, della nostra realtà sociale e civile e pure dell'Ospedale Mag-

giore che vuole progettare attività significative, che ha fiducia di operare cose belle e buone.

Mi piace concludere riportando alcune parole pronunciate in questo luogo e in questa stessa occasione da un mio predecessore, il Cardinale Arcivescovo Giovanni Battista Montini, poi Paolo VI: "il male umano è complesso e profondo. Ha diverse radici, ha diverse espressioni. Chi soffre nel corpo è passibile di altre sofferenze morali e spirituali che la medicina da sola non vale a confortare e a curare. Il dolore fisico genera ordinariamente un dolore spirituale. E spesso i mali morali e spirituali possono generare, o aggravare, disturbi fisici. L'interdipendenza degli elementi costitutivi dell'essere umano esige un duplice conforto, che l'arte sanitaria da sola non può dare. E i rapporti che vengono creandosi fra le due terapie, corporale e spirituale, sono tali da fare d'una casa di cura che entrambe le ammetta, un luogo sacro alla capacità misteriosa e redentrice del dolore umano" (G.B. Montini, *Per il centenario dell'erezione canonica dell'Ospedale Maggiore*, 6 aprile 1959).

In questa Eucarestia affidiamo al Signore, nella preghiera, l'ospedale affinché diventi sempre più luogo di speranza laica, umana e civile, e di speranza evangelica aperta agli orizzonti dell'eternità. Quella evangelica è l'unica speranza che giustifica tutte le altre, confortandole e sostenendole».

Molto apprezzata la partecipazione della Polifonica Santa Cecilia della parrocchia di Prato Centenaro, diretto dal maestro Franco

Mandirola, per la suggestiva esecuzione di canti liturgici.

Dopo la cerimonia eucaristica le autorità e le persone convenute si sono portate nell'aula magna dell'Università Statale, gentilmente concessa, per il proseguimento dell'attesa manifestazione.

Nell'aula letteralmente gremita, presenti fra le personalità il procuratore generale dott. Francesco Saverio Borrelli, il sindaco di Milano dott. Gabriele Albertini.

Sul palco il cardinale Carlo Maria Martini, eccezionale protagonista quest'anno anche della cerimonia civile della festa secolare. Accanto al Cardinale il commissario straordinario dell'Ospedale Maggiore prof.ssa Daniela Mazzuconi, che ha aperto l'incontro con un ringraziamento particolare a Sua Eminenza e un saluto ai partecipanti, nel discorso che qui riportiamo:

«Saluto Sua Eminenza, il Cardinale Carlo Maria Martini, le autorità presenti, gli amici dell'Ospedale che vedo numerosi e tutta la comunità ospedaliera.

Saluto in particolare a nome della comunità ospedaliera l'avv. Luigi Renzi, segretario generale, che tra qualche giorno terminerà il suo servizio tra noi per un meritatissimo riposo: è l'ultimo segretario generale dell'Ospedale Maggiore, perché ormai la legge ha definitivamente pensionato questa qualifica, e colgo l'occasione per ringraziarlo pubblicamente dei moltissimi anni di lavoro per l'Ospedale e per la sua dedizione, la sua lealtà e la sua onestà nel servire questa istituzione.

Saluto anche in particolare i molti che oggi riceveranno il riconoscimento della loro lunga attività in ospedale.

Come sempre oggi è per l'Ospedale Maggiore festa grande: la prima del nuovo millennio, figlia tuttavia di una lunga, lunghissima, tradizione. E' festa consueta, ma che ama rinnovare i propri contenuti e cercare forme e modi per riproporre valori e fondamenti che consentano all'Ospedale di ritrovare sempre nuovo vigore e rinverdito slancio.

Così quest'anno abbiamo voluto segnare la nostra ricorrenza con una riflessione particolare, offertaci dal cardinale arcivescovo, Carlo Maria Martini, per analoga lunghissima tradizione, parroco dell'Ospedale Maggiore, sul tema: "L'Ospedale Maggiore nel nuovo millennio: un'antica istituzione milanese al servizio della persona". So che appartiene anche a una più vicina tradizione che il Commissario parli di ciò che si è fatto: oggi però l'illustre ospite che è tra noi richiede tutto il tempo necessario per trattare l'argomento che gli abbiamo affidato e poi, in giorni molto recenti, abbiamo già parlato della nostra storia, di ciò che vogliamo per il nuovo ospedale che sorgerà, della nostra ricerca scientifica e della sua importanza, così adesso non occorrono molte parole.

Lascio ad un altro momento e ad un'altra forma una comunicazione dettagliata di ciò che è stato fatto. Qui vorrei semplicemente ricordare che nella Festa del Perdono del 1999, la prima a cui ho partecipato, ho raccontato un sogno, quello di un nuovo Policlinico che vedes-

se completamente rinnovate le proprie strutture, che offrisse spazi “umani” ai malati e che fosse cornice adatta per l’attività di ricerca e per l’insegnamento, un Policlinico “intero”, medicine, chirurgia, laboratori, ambulatori, spazi per la didattica e per la ricerca. Molti erano scettici quel giorno: da forse cinquant’anni se ne parlava!

Oggi c’è un accordo di programma firmato, oltre che dall’Ospedale Maggiore, dal Ministero della Sanità, dalla Regione Lombardia, dal Comune di Milano e dagli Istituti Clinici di Perfezionamento; c’è un’importante variante urbanistica approvata dal Consiglio Comunale che prevede il nuovo Ospedale: due anni fa l’area su cui sorge il Policlinico non aveva neanche una destinazione urbanistica compatibile con i fini ospedalieri; c’è un cospicuo finanziamento per la realizzazione dell’opera; c’è uno studio di fattibilità che traccia le linee di quello che vorremmo fosse l’ospedale del futuro di questa città. So che sarebbe bello andare più in fretta; molti vorrebbero che si andasse più in fretta ed io con loro: manca così poco all’assegnazione della progettazione esecutiva! Ho la speranza che nelle prossime settimane si possa chiudere la prima fase delle procedure; seguire tutti i molteplici fili non sempre è agevole, ma finora nessuno si è spezzato e questo è di buon auspicio. La buona volontà degli uomini deve fare il resto.

È la prima volta dopo decenni di dibattiti sulla localizzazione dell’Ospedale che abbiamo un punto certo: non è poco.

Alcune altre brevi notizie sul miglioramento delle strutture e dei

servizi e accennerò solamente a ciò che è davvero in corso.

Accanto alla grande opera stanno le “piccole” opere: l’attesa del nuovo non lascerà immeschinare e morire i vecchi padiglioni. Sono partiti in questi giorni i lavori di umanizzazione dello Zonda, dopo settant’anni, dai tempi della prima guerra mondiale. Tra poco più di un anno non racconteremo più, se non in forma di aneddoto, che il padiglione è lo stesso descritto da Ernest Hemingway in “Addio alle armi”.

Al padiglione Guardia, il nostro vetusto Pronto Soccorso, i lavori sono stati interrotti da alcuni ritrovamenti archeologici, ma i lavori sono in corso, anche qui, dopo decenni di discussioni: è complicato oggi lavorare in Pronto Soccorso, ma la fatica degli operatori, che credo di dover ringraziare pubblicamente per la pazienza e la collaborazione dimostrate sia per tenere vivo ed efficiente il servizio sia per trovare buone soluzioni logistiche di transizione, vedrà presto spiragli di luce, ma anche i cittadini troveranno una struttura più accogliente per momenti spesso difficili e tragici della loro vita. Grande incredulità, all’inizio, anche per il padiglione Lamarmora: quando mai il Policlinico si sarebbe potuto permettere un poliambulatorio decoroso? Oggi il poliambulatorio esiste e giorno dopo giorno ne viene messa a punto l’organizzazione: tra qualche settimana partirà un nuovo servizio sperimentale sui centralini del Lamarmora, perché i cittadini siano appunto serviti meglio e abbiano indicazioni precise per le loro esigenze nell’utilizzo dei nostri servizi ambulatoriali.

Anche i lavori (non le procedure di appalto, ma proprio i lavori) per la costruzione della biblioteca scientifica sono finalmente ai nastri di partenza: sarà la nostra nuova e moderna biblioteca, ed anche quella della Facoltà di medicina; gli esperti stanno già lavorando da tempo perché la fusione avvenga e il servizio raggiunga livelli di eccellenza.

A breve partiranno i lavori di ristrutturazione al padiglione Sacco, offerti dalla famiglia Recordati; l’Associazione italiana contro le leucemie e i linfomi ha offerto proprio nelle scorse settimane di sostenere la ristrutturazione del day hospital del Centro di ematologia oncologica; una fondazione, che per ora vuole restare nell’anonimato, sosterrà i costi della ristrutturazione del padiglione Cesarina Riva. Tutti questi lavori legati alle liberalità non sono certo di poco conto e di scarsi importi. Oltre a ringraziare i donatori, non posso che esprimere soddisfazione per questa ripresa di attenzione nei confronti del nostro Ospedale, attenzione che ripercorre le antiche vie della munificenza milanese e sa proporre segni consistenti e reali.

Queste alcune delle cose concrete, già avviate, e non parlo della strumentazione diagnostica di eccellenza, che non abbiamo mai smesso di acquistare, dalla PET e relativo ciclotrone alla “supersonica” TAC del Pronto Soccorso, che vogliamo assumere a simbolo di quello che sarà il Pronto Soccorso rifatto. Tra alcuni mesi sarà anche operativa una nuova risonanza magnetica: un servizio in più, più efficiente, per ridurre le liste di attesa.

Molte inoltre sono ancora le cose a cui stiamo lavorando e sulle quali speriamo presto di poter iniziare i lavori, in particolare alcune altre ristrutturazioni per l'umanizzazione delle degenze nei vecchi padiglioni: ora mi premeva sottolineare ciò che è in corso effettivo. Altre iniziative sono partite per rendere l'Ospedale un poco più "confortevole" nella transizione: l'appalto, ad esempio, in unione con gli Istituti Clinici di Perfezionamento, per il servizio mensa per i malati. Tra qualche mese anche questo ospedale potrà offrire, quando non vi siano controindicazioni mediche, ai propri ricoverati menù scelti da loro e personalizzati. Forse non è una gran cosa, ma fa parte degli sforzi, talvolta immani nella lotta per la "sopravvivenza" alle procedure burocratiche, per venire incontro al cittadino, non solo con un'assistenza sanitaria di buon livello, ma anche con qualche comfort alberghiero che renda più tollerabili i giorni di ricovero ospedaliero.

E ancora, per le mamme turniste, il progetto dell'Asilo Nido aziendale, che dovrebbe vedere l'avvio nei prossimi mesi, come segno di attenzione tangibile a quanti lavorano e spesso trovano un ospedale del centro città un luogo di lavoro scomodo e costoso.

Infine non posso tralasciare in questo breve elenco di concretezze l'avvio dei lavori per l'ultimaazione del restauro dell'Abbazia di Mirasole e la predisposizione della sede museale delle raccolte d'arte dell'Ospedale Maggiore, che devono tornare ad essere viste dai cittadini. Anche la cultura e l'arte costituiscono alcune caratte-

ristiche del nostro Ospedale e vogliamo mantenerci all'altezza della tradizione, soprattutto vogliamo che il nostro patrimonio artistico racconti visivamente la storia della nostra istituzione e la generosità dei tanti benefattori che hanno concorso a rendere possibile l'esistenza nei secoli dell'Ospedale.

Mi sia consentito ricordare qui che la storia è anche ben raccontata attraverso ragionamenti, parole e fatti, nei due bellissimi volumi del prof. Giorgio Cosmacini: uno lo abbiamo presentato in occasione della Festa del Perdono del 1999, il secondo, "Biografia della Ca' Granda. Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano", è uscito in questi giorni, proprio in concomitanza con quest'altra Festa del Perdono. Ringrazio davvero il prof. Cosmacini per la passione con cui ha saputo investigare la nostra storia e la Banca Regionale Europea per il generoso contributo che ne ha consentito la pubblicazione.

Mi fermo qui e lascio la parola al nostro illustre ospite. A lui abbiamo proposto alcuni temi di riflessione, che ci sono sembrati di grande attualità non solo per l'oggi, ma anche per il futuro del nostro Ospedale.

Che cosa ci aspetta nel grande rivolgimento epocale che stiamo vivendo? Che nesso c'è tra filosofia aziendalistica e buona amministrazione di un Ospedale che deve curare? Che cosa attende un Ospedale come il nostro in un tempo in cui l'etica è sempre più oggetto di discussione e sempre meno esercizio attivo di comportamenti e capacità di porsi interrogativi morali? Quali sono le "frontiere deontologiche" delle professioni sanitarie?

Il bene dell'uomo è davvero sempre e comunque lo scopo ultimo della ricerca? Ed è davvero bene dell'uomo il confine che autonomamente traccia per sé la ricerca?

Sono molte le domande che si potrebbero porre al nostro relatore. Resta il fatto che questo tipo di domande e il tipo di risposte che ne scaturisce non possono permanere in una dimensione astratta, dovranno essere domande e risposte calate nella vita dell'Ospedale, giorno per giorno, ora per ora, minutamente in ciascuna relazione umana che la vita ospedaliera ci pone davanti, perché fondamentale un Ospedale è un grande intreccio di relazioni umane, dove la relazione umana con il malato diviene il perno di tutto, dove non c'è cura se non c'è relazione.

Due anni fa mi aveva molto colpito il significato di quella che tutti noi chiamiamo confidenzialmente la colombina, il simbolo del nostro Ospedale. A dire il vero è un simbolo di qualche impegno e non ce ne voglia lo Spirito Santo se parliamo della colombina e non di Lui! Con la nostra colombina abbiamo forse più confidenza: mi sembra però che ancora una volta valga la pena rammentarci reciprocamente che nella colombina sono simboleggiati comunque scienza e sapienza, forza e intelligenza, pietà e accoglienza del limite umano.

Credo che un poco ora il Cardinale ci accompagnerà in una "lettura" del nostro Ospedale e della nostra opera in esso, tenendo sullo sfondo proprio queste chiavi interpretative: scienza e sapienza, forza e intelligenza, pietà e accoglienza del limite umano».



La cerimonia civile nell'aula magna dell'Università degli Studi.



Il Cardinale legge il suo atteso discorso.

Nell'attenzione generale il Cardinale ha letto il suo attesissimo discorso, che è stato poi oggetto di una pubblicazione prestigiosa a cura dell'Ospedale Maggiore.

La pubblicazione, realizzata col sostegno della Fondazione Cariplo e della Banca Regionale Europea, è stata portata a conoscenza e offerta, per desiderio del commissario straordinario Daniela Mazzuconi, all'intera comunità ospedaliera, a istituzioni cittadine, a personalità e amici dell'Ospedale.

Nell'aula magna è quindi proseguita la cerimonia con la consegna delle medaglie d'oro, d'argento, e del diploma di benemerenza ai dipendenti che durante l'ultimo biennio hanno lasciato l'Ente per raggiunti limiti d'età.

Medaglie d'oro alla memoria

prof. Gaetano Penati, *direttore II Cattedra Psichiatrica*.

Medaglie d'argento alla memoria

dott. Dario Imondi, *aiuto dermatologo*.

Medaglie d'oro

prof. Giorgio Cosmacini, *primario radiologo*; prof. Giovanni Faglia, *direttore Istituto Scienze Endocrine*; Pellegrina Grasso, *ausiliaria specializzata*; Elide Piacentini, *tecnico di radiologia*; dott. Angelo Piazza, *archivista conservatore*; prof. Piero Pietri, *direttore Clinica Chirurgica I*;

avv. Luigi Renzi, *segretario generale*; prof. Ugo Ruberti, *direttore Clinica Chirurgica II*; Rosa Sali, *infermiera generica*; geom. Luigi Santagostino, *dirigente amministrativo*; dott. Edoardo Sibilla, *aiuto anestesista*; prof. Giorgio Tiberio, *direttore Istituto Chirurgia d'Urgenza*; prof. Antonio Vegeto, *direttore Istituto Chirurgia Vascolare e Trapianto Rene*.

Medaglie d'argento

Antonina Abbate, *assistente amministrativo*; Giuliana Albertini, *infermiera professionale*; Maria Assunta Angolani, *capo sala*; Rosanna Baciocchi, *ausiliaria*; Annunciata Baldazzi, *ausiliaria specializzata*; Rita Balsarri, *infermiera professionale*; Giuseppe Barrile, *operatore tecnico*; Elio Bernini, *infermiere generico*; Margherita Bertolone, *infermiera generica*; Maria Luisa Bonzi, *tecnico di radiologia*; Maria Brunetti, *operatore tecnico*; dott.ssa Licia Bruno, *aiuto radiologo*; Giorgio Buzzini, *collaboratore coordinatore*; dott. Guerrino Carabelli, *aiuto medico*; Elio Caser, *infermiere generico*; Bruno Casirani, *ausiliario specializzato*; Francesco Carlo Cavalli, *infermiere generico*; Giacomo Colombo, *operatore tecnico*; Vito Corniola, *operatore tecnico*; Adele Cuia, *infermiera professionale*; dott.ssa Vera Dal Pozzo, *aiuto dermatologo*; Filomena De Pasquale, *infermiera generica*; Everardo Di Maio, *infermiere generico*; Silvestro Dispinzeri, *infermiere professionale*; Giuseppe Ferrari, *collaboratore amministrativo*; Emma

Galli, *operatore tecnico*; Antonio Gamillo, *operatore tecnico*; dott. Alberto Ghidoni, *aiuto medico*; Raffaele Gregorio, *infermiere generico*; Annina Iacometta, *ausiliaria specializzata*; Giovanni Lancini, *operatore tecnico-impiantista*; dott.ssa Gabriella Leggio, *aiuto anestesista*; Elisa Librone, *infermiera generica*; Paola Luna, *infermiera generica*; Antonino Mangiapane, *infermiere generico*; Elio Marchese, *infermiere generico*; Piermario Mariani, *assistente amministrativo*; Piergiuseppe Molinari, *operatore tecnico*; dott.ssa Leodilla Morelli, *aiuto anestesista*; dott. Franco Navone, *direttore amministrativo capo servizio*; Vittoria Onestà, *operatore tecnico*; Raffaele Panzone, *operatore tecnico*; Filippo Pantò, *infermiere generico*; Antonio Pergola, *operatore tecnico - portiere*; Giorgio Pezza, *operatore tecnico*; Innocenta Pezzotti, *infermiera generica*; dott.ssa Grazia Pistrutto, *aiuto dermatologa*; Emilio Pometto, *infermiere generico*; Rosa Giovanna Pozzato, *capo sala*; dott. Tullio Ranzi, *aiuto medico*; dott. Alvaro Riboldi, *aiuto dermatologo*; Antonio Rizzi, *assistente amministrativo*; Antonietta Ruffoni, *infermiera generica*; Filomena Ruggiero, *infermiera generica*; Orazio Santamaria, *operatore tecnico coordinatore - cuoco*; Onorina Santangeletta, *infermiera generica*; Francesco Santoro, *operatore tecnico*; dott. Giovanni Scollo, *aiuto oculista*; Maria Serra, *infermiera generica*; Ada Sferruzzi, *infermiera generica*; Lucia Siciliano, *ausiliaria specializzata*; Antonio Sommacale, *infermiere professio-*



Il Commissario straordinario consegna le medaglie d'oro e d'argento e i diplomi di benemerenza.



nale; Piera Antonia Spreafico, *capo sala*; Assunta Tolmino, *ausiliaria*; Savillo Tomasi, *infermiere generico*; Lino Tonolli, *operatore tecnico - portiere*; Giovanna Tribastone, *operatore tecnico addetto all'assistenza*; Leonora Turchetto, *ausiliaria specializzata*.

Dono gradito per i premiati il volume "Biografia della Ca' Granda - Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano" di Giorgio Cosmacini, di recentissima edizione.

Il volume è qui ampiamente presentato e illustrato per i nostri lettori nelle pagine che seguono.

Giorgio Cosmacini

**BIOGRAFIA
DELLA CA'GRANDA
Uomini e idee
dell'Ospedale Maggiore
di Milano**



Editori Laterza

Presentazione

Mercoledì 11 aprile 2001, alle ore 11, nella Sala di Rappresentanza dell'Università degli Studi, è avvenuta la presentazione del volume di Giorgio Cosmacini *Biografia della Ca' Granda. Uomini e idee dell'Ospedale Maggiore di Milano*, edito da Laterza. Lo hanno presentato Fabrizio Conca, preside della Facoltà di lettere e filosofia, Nicola Dioguardi, professore emerito di clinica medica, e Giorgio Rumi, professore ordinario di storia contemporanea; ha introdotto la professoressa Daniela Mazzuconi, commissario straordinario dell'Ospedale Maggiore.

Nel suo dire introduttivo la professoressa Mazzuconi, dopo aver ringraziato Giorgio Cosmacini per il nuovo volume, “che tira fuori dall'oblio e dalla polvere personaggi che hanno fatto cose grandi” e “che apre nuovi orizzonti sulle figure ricordate e sulle possibilità di studio e di ricerca offerte da questa ricca e inesauribile miniera che è il nostro Ospedale”, ha detto che “i milanesi hanno diritto di conoscere un pezzo importante della loro storia, hanno diritto di sapere quanto la medicina debba a questo loro Ospedale, hanno diritto di vedere che la fiducia da loro posta, nel corso dei secoli, in questa istituzione non è stata sprecata”. Per questo, ha soggiunto, “non sembri strano che in pochi anni un Ospedale pubblico promuova una rilettura consistente della propria storia e che trovi facilmente uno sponsor per farlo – la Banca Regionale Europea –, perché questo è semplicemente un atto dovuto, dovuto ai milanesi, alla loro sensibilità e alla loro intelligenza”.

Dopo aver ringraziato anche, per la loro presenza, il Magnifico Rettore Paolo Mantegazza e il futuro Rettore Enrico Decleva, la professoressa Mazzuconi ha dato la parola a Fabrizio Conca, primo dei tre presentatori ufficiali, il quale, dopo aver declinato la propria “incompetenza” di storico dell'età bizantina a trattare una storia che si svolge negli oltre cinque secoli dell'età moderna e contemporanea, ha

dato bella prova della propria raffinata “competenza” di uomo di cultura nel rilevare e porre in risalto i tratti salienti di un libro che, in agile sequenza narrativa, racconta le vite e le idee di uomini che hanno fatto la storia dell'Ospedale Maggiore. In particolare, Conca ha sottolineato l'importanza di accostarsi a figure di medici che, grandi sotto l'aspetto scientifico-tecnico e professionale, sono stati grandi anche sul piano formativo ed educativo, come capi-scuola e maestri di vita. Citando un passo di un altro libro di Cosmacini, *Il mestiere di medico*, egli ha voluto ricordare che “la tecnologia è un bene prezioso, una grande risorsa; ma in medicina l'*high tech*, cioè la supertecnologia, non può e non deve farci dimenticare l'*high touch*, cioè il contatto umano, le mani e la mente guidate da ragione scientifica, ma anche da altre ragioni che tengano conto della nostra natura, dei nostri limiti, delle forze primordiali della vita e della morte”.

Ha preso poi la parola Nicola Dioguardi, il quale ha spiegato come la galleria dei profili biografici che si susseguono nel libro sia una sorta di accattivante mostra di quadri d'autore, da questi esibita non solo con criterio storiografico rigoroso, ma anche con gusto di sapiente ritrattista. Egli ha inoltre messo in evidenza che l'alta statura scientifico-professionale e umana dei grandi maestri illustrati ha una duplice componente, operativa e conoscitiva, in quanto essi furono, ad un tempo, artefici di grandi opere e promotori di vasta cultura. A tali operosità e cultura, che trascendono ogni contingenza, deve richiamarsi la medicina d'ogni tempo, riaffermando la propria perenne vocazione di arte fondata su scienze ed esercitata in un mondo di valori.

Ha parlato infine Giorgio Rumi, che in un approfondito excursus si è soffermato a riflettere sulla perdurante tradizione assistenziale dell'Ospedale Maggiore messa in luce dal libro, partendo dalla figura quattrocentesca dell'arcivescovo Enrico

Rampini e da quella cinquecentesca di San Carlo Borromeo, “padre dei poveri” della Ca’ Granda, per considerare poi quella di Camillo de Lellis, emblematica dell’“infermiere ideale”, e approdare a quelle del “medico delle pesti”, Ludovico Settala, e del “borghese benefacente”, Giovan Pietro Carcano, figure esemplari della sanità e della beneficenza a Milano nell’età della Riforma cattolica.

La professoressa Mazzuconi ha dato poi la parola all’autore, che ha ringraziato anzitutto il futuro Rettore Decleva per aver sempre condiviso l’esigenza pedagogica di “fare storia della salute”: una storia più ampia della storia della medicina (che peraltro include) perché storia di tutti, non solo degli addetti ai lavori, una storia nella quale ciascuno di noi può riconoscersi e che è più che mai importante oggi, dal momento che la “questione sanitaria” ci assilla da ogni parte. I ringraziamenti sono stati estesi a tutti gli intervenuti, affollanti la Sala di Rappresentanza del Rettorato, nonché ai tre presentatori, a monsignor Bruno Maria Bosatra, direttore dell’Archivio storico diocesano ed estensore del capitolo dedicato nel libro a San Carlo Borromeo, e alla dottoressa Franca Chiappa, promotrice di cultura e organizzatrice dell’incontro.

Giorgio Cosmacini ha indicato le ragioni di questo secondo volume che segue a distanza di due anni il primo, *La Ca’ Granda dei milanesi. Storia dell’Ospedale Maggiore* (Laterza 1999): “La storia di una istituzione non può prescindere dalla storia degli uomini nei quali l’istituzione stessa si è, per così dire, incarnata, né dalle idee di cui quegli uomini sono stati nell’ambito istituzionale, promotori, portatori, realizzatori. Senza radicamento antropologico, biografico, fatto di vite vissute, di idee concepite, di istanze personali, intellettuali e morali, la storia di una istituzione sarebbe monca. Per tali ragioni trovano posto, in questo secondo libro sull’Ospedale Maggiore, quegli uomini che forse più di altri hanno contribuito a farne la storia. Nel libro si raccontano le loro vite e i loro pensieri tradotti in azioni, nel lungo corso di un processo dallo sviluppo molteplice: creativo, organizzativo, assistenziale, sanitario, scientifico”.

L’autore ha concluso dicendo: “La data apposta alla redazione definitiva del libro – 1° gennaio 2001 – si lascia alle spalle un anno che ha visto il varo del

progetto del nuovo Ospedale. Con rilevanza ben minore la data coincide, pressappoco, con quella del congedo di chi vi parla dal *servizio* prestato presso l’Ospedale Maggiore. Mi è sembrato che il miglior modo di congedarmi, dopo quarant’anni di attività come radiologo clinico, fosse quello di *servire*, come storico, alla conservazione e alla trasmissione della memoria e della cultura di questo grande Ospedale”.

La professoressa Mazzuconi, nel ringraziare nuovamente Giorgio Cosmacini, gli ha assicurato che “l’amore per la storia del *suo* Ospedale e l’amore per il *suo* Ospedale non possono essere congedati”. E ha concluso: “Il nuovo millennio vede anche il nostro antico Ospedale pronto per la ricostruzione. I prossimi anni saranno forse un po’ duri dal punto di vista organizzativo, ma, anche qui, si è aperta una strada”.

* * * * *

Nelle pagine che seguono è riportato il *primo capitolo* del libro, dedicato alla figura dell’arcivescovo ambrosiano Enrico Rampini, che a metà Quattrocento seppe fare propria la volontà espressa dall’autorità civile e dare il via a una riforma dell’assistenza che il neo-fondato Ospedale Maggiore seppe poi tradurre nella concreta realtà della grande *reformation* ospedaliera; ed è riportata la *conclusione* del libro, dedicata alla figura del medico ospedaliero, “medico ignoto” esemplificato, per dedizione e abnegazione, nel “milite ignoto” caduto sul campo della sua professione: Luigi Marangoni.

L’arcivescovo: Enrico Rampini

La storia della Milano ducale comprende, tra la dominazione tre-quattrocentesca dei Visconti e quella quattro-cinquecentesca degli Sforza, un triennio a metà Quattrocento (1447-50) in cui la città si resse a repubblica. Nell’agosto 1447 la morte, senza eredi maschi e senza testamento, del duca Filippo Maria Visconti apriva la *questione milanese*. Il problema della successione interessava non soltanto gli Stati italiani, ma anche le potenze d’oltralpe e d’oltremare: impero, Spagna (aragonesi), Francia (angioini e Valois).

Quattro erano i pretendenti che accampavano titoli di legittimità o di potere per succedere all'ultimo Visconti: il nipote Ludovico di Savoia, figlio del duca sabardo fratello di Maria di Savoia, la vedova di Filippo Maria; l'altro nipote Carlo di Valois duca d'Orléans, figlio di Valentina Visconti, sorella maggiore dello stesso Filippo Maria; l'imperatore Federico III, rivendicante il ducato di Milano come feudo imperiale; il re di Napoli Alfonso d'Aragona, desideroso di espandersi al Nord per contrastare Venezia non solo per mare, attraverso i porti pugliesi, ma anche sulla terraferma. Un quinto pretendente stava per il momento a guardare, senza trasformare in pretese palesi le proprie forze in campo e i propri diritti: Francesco Sforza, gran condottiero e signore di Cremona, marito in terze nozze di Bianca Maria, la prediletta figlia naturale del duca defunto. La Milano senza più duca non aveva atteso tempo. Gli «ufficiali», esponenti degli uffici governativi, e i «collegiati», esponenti dei collegi dei giureconsulti, dei notai, degli avvocati, dei medici, si erano subito autoconvocati presso l'Arengo e avevano unanimemente deliberato di ripristinare le magistrature del vecchio Comune. La nuova aristocrazia di censo, composta da mercanti, imprenditori, banchieri e anche da rappresentanti della piccola nobiltà in ascesa, non vedeva di malocchio la ricostituzione del Comune autonomo: il patrono cittadino, sant'Ambrogio, veniva effigiato nell'atto di brandire lo staffile per colpire non tanto i presunti nemici della religione, quanto i ben identificati nemici della città.

La repubblica di sant'Ambrogio era nata così, quasi per parto spontaneo, da una signoria estinta, finita di morte naturale. A fronte dell'aristocratica Repubblica Serenissima di Venezia, avversaria storica, si ergeva l'aurea Repubblica Ambrosiana sedicente «popolare», guidata da ventiquattro «capitani e difensori della libertà della illustre ed eccelsa comunità di Milano», scelti fra i milanesi eminenti, quattro per ciascuna delle sei porte cittadine (Comasina, Nuova, Orientale, Romana, Ticinese, Vercellina). Il «Consiglio dei ventiquattro» aveva provveduto a eleggere al suo interno i «priori» più rappresentativi e autorevoli. *L'incipit* veniva formulato in questi termini: «L'onnipotente nostro Deo, per la dipartita da questa vita dell'illustrissimo prin-

cipe di buona memoria nostro signore Filippo Maria, ci accordò la grazia della libertà che noi abbiamo deciso di conservare in ogni modo».

Questa transizione morbida ebbe il massimo consenso possibile. Riconfermato il podestà, nominato un nuovo vicario di provvisione, insediati il capitano di giustizia e il magistrato delle milizie, sistemati i governatori alle sei porte cittadine, fu dato incarico agli «anziani» delle parrocchie di far eleggere dalla cittadinanza 150 *boni homines* per ciascuna porta, così da rinnovare il «Consiglio dei novecento» portavoce delle istanze ed esigenze del popolo. Ma il passaggio istituzionale da ducato a repubblica non fu morbido in tutto. Alcuni armati appartenenti alla «fazione nobile» avevano tentato un colpo di mano innalzando le bandiere viscontea e aragonese sulle torri del Castello; quest'ultimo fu preso d'assalto e abbattuto. I 17.000 fiorini d'oro rinvenuti nei forzieri andarono a formare il primo nucleo di un monte pubblico, denominato «tesoro di sant'Ambrogio», nel quale confluì anche il denaro ricavato dalla svendita all'asta di mobili e suppellettili. Con tale «tesoro», prefigurante una banca non mercantile basata su contribuzioni libere e tassazioni congrue, si pensava di raggiungere un capitale di 200.000 fiorini, i cui interessi avrebbero sollevato la popolazione non abbiente da tributi e gabelle. Fu data un'incauta anticipazione del progetto, tosto seguita da una rapida retromarcia: il massiccio arrivo in città di poveri e sbandati, profughi dalle campagne del Milanese disastrose dalle milizie veneziane, moltiplicava le bocche da sfamare, i denutriti da assistere e, conseguentemente, le risorse da destinare *pro hospitalibus et pauperibus alogiandis*.

La dizione «a favore degli ospedali» e «per dare alloggio ai poveri» compare nella grida emanata dai «capitani e difensori» della repubblica il 10 settembre 1447, neanche un mese dopo la morte del duca Filippo Maria. Il decreto fa riferimento al mandato dei «signori Deputati» di «cercare luoghi opportuni e necessari», ovvero «ospedali e altri luoghi pii, sia vuoti che non, nella città e nei sobborghi, [...] dove possano essere alloggiati e sostenuti i poveri». Nel contempo commina pene severe a qualunque *persona, tam ecclesiastica quam secularis*, che lucri in vario modo sopra i beni destinati ai poveri, dando

prova - oggi diremmo - di sciacallaggio materiale e morale; e a chiunque sia a conoscenza di appropriazioni indebite fa obbligo di darne notizia a chi di dovere, nei termini prescritti. La grida era affissa *ad scallas pallatii*, cioè sulla scalinata e sotto i portici del palazzo del Comune, e recava la firma del «priere» Antonio da Homate.

Un'altra grida venne successivamente emanata, il 12 marzo 1448: reca l'intestazione «per l'Ospedale del Brolo», che era la maggiore e più centrale istituzione ospedaliera della città, e specifica che chiunque abbia contratto «affittanza, pensione, libretto o rendita» con il predetto Ospedale deve considerarsi debitore a tutti gli effetti, senza possibilità di sanatoria o esenzione. Questa grida era firmata dal «priere» Giovanni Fossati e dai consiglieri Luchino Vimercati, Gabriele Corio, Simone Mantegazza, Cristoforo Conte.

Si trattava della reazione drastica all'inveterata malpratica dei privilegi, degli abusi, delle malversazioni, dei raggiri a danno degli ospedali. Ne erano colpevoli tutti gli indebiti fruitori dei beni dei poveri: affittuari a basso prezzo delle terre di proprietà ospedaliera, titolari di vantaggi vitalizi ottenuti in cambio di esigue donazioni, funzionari amministrativi (decani) inclini più agli interessi privati in atti d'ufficio che a una disinteressata e corretta amministrazione, personale religioso (frati e ministri) coinvolti più nella gestione dei beni terreni che nell'adempimento delle mansioni di misericordia (spirituale e corporale). La reazione si iscriveva nel quadro di una *andata verso il popolo* che qualificava in senso «democratico» le intenzioni politiche della Repubblica Ambrosiana, includendo anche la campagna di elevazione morale della vita cittadina con gli editti contro il gioco d'azzardo e la bestemmia, con le disposizioni in materia di convivenza civile e di buon ordine, con la fondazione di una libera università contrapposta a quella elitaria dell'anti-repubblicana Pavia.

Le due gride emanate a vantaggio diretto e indiretto dei poveri concernevano un campo d'azione che era di competenza non solo della *civitas*, ma anche dell'*ecclesia*. La Chiesa era istituzionalmente preposta, quanto e più del potere civile, al buon governo dei luoghi pii, al compimento delle opere di carità, alla gestione dell'assistenza ospedaliera; inoltre era tutt'uno con il personale religioso addetto alle prati-

che caritative, all'esercizio in ospedale delle cure ai *pauperes infirmi*; infine si incarnava, al vertice, nella figura del *pater pauperum* per vocazione e tradizione, l'arcivescovo.

Durante il triennio repubblicano fu a capo della Chiesa ambrosiana Enrico Rampini di Sant'Alosio, nobile tortonese nato nel 1390 e creato vescovo della sua città a ventitré anni, nel 1413, dal papa scismatico Giovanni XXIII (Baldassarre Cossa). Nel 1437 era stato trasferito all'episcopato di Pavia e nel 1443 all'arcidiocesi di Milano. Fu Rampini a confermare Filippo Maria Visconti nella dignità ducale di cui era stato investito nel 1386 il padre Gian Galeazzo. Nel 1446 era stato nominato cardinale di Santa Romana Chiesa da papa Eugenio IV (Gabriele Condulmer), il quale aveva fatto di lui un itinerante legato apostolico assai più che un residente arcivescovo. Però fu nella pienezza delle sue funzioni di sollecito pastore del proprio gregge che il 9 marzo 1448, anticipando di tre giorni la seconda delle due grida emanate dai «capitani e difensori» della repubblica, Rampini, in perfetta sintonia con questi ultimi, prese la seguente deliberazione:

Poiché abbiamo sicura informazione che tutti gli ospedali di Milano istituiti a' tempi passati dentro e fuori la città, nei sobborghi e nei Corpi Santi, per mala amministrazione, trascuratezza e negligenza degli amministratori, non quanto avrebbero dovuto, ma scarsamente e debolmente sovvennero, ed anche al presente sovengono, ai bisogni dei poveri [...], nel miglior modo che ci è stato possibile, abbiamo disposto gli statuti che seguono.

Gli statuti rampiniani riformavano la carità e le cure ospedaliere anzitutto stabilendo la necessità di una compresenza di laici ed ecclesiastici; completati da una seconda deliberazione, presa il 27 aprile 1448, di fatto essi trasferivano il patronato dell'amministrazione e gestione degli ospedali dalle mani dei rettori e ministri di nomina ecclesiastica alle mani dei «deputati» proposti ogni anno da una speciale commissione mista e poi scelti dall'arcivescovo: ventiquattro in tutto (quattro per ogni porta), su una rosa di quarantotto nomi (indicati dai cittadini delle parrocchie e delle confraternite), dei quali solo due religiosi. Ne risultava un «capitolo» modellato anche numericamente sul Consiglio dei ventiquattro, investito del compito non facile di cambiare radicalmente i criteri e i metodi amministrativi, riconducendoli al necessario rigore e alla dovuta equità.

I «deputati agli ospedali» tennero una prima adunanza il 28 marzo 1448 e continuarono a riunirsi regolarmente alla presenza di un rappresentante dell'arcivescovo: il vicario generale Antonio Pichetti o il primicerio della cattedrale Francesco della Croce. Essi dovevano creare nuovi luoghi di accoglienza e assistenza; sopprimere gli enti che non garantivano un sufficiente margine d'introiti da destinare all'attività assistenziale; dar vita a un nuovo sistema di erogazione della carità e delle cure. Questo nuovo sistema doveva essere centralizzato, ma al tempo stesso articolato: alla centralità amministrativa doveva corrispondere il decentramento gestionale. La bolla di conferma pontificia, emanata da papa Niccolò V (Tommaso Parentucelli, succeduto il 6 marzo a Eugenio IV, morto il 23 febbraio), seguì in data 5 luglio: essa prendeva atto che l'arcivescovo Rampini era stato indotto alla riforma dal fatto che gli ospedali «si trovavano ormai in tale e tanta desolazione che pareva fossero stati depredati, a causa della malvagità del tempo e del malgoverno di rettori e ministri che avevano distratti e pignorati i beni».

La bolla papale era stata emanata dietro espressa richiesta dei «capitani e difensori» della città: la Repubblica Ambrosiana agiva di concerto con l'arcivescovo nell'attuazione di una riforma coraggiosa e decisiva. Non a caso, in quella congiuntura di speranza e velleitaria *renovatio*, si parlò di «reformatione» ospedaliera. Se il «rinnovamento» fu effimero, la «riforma» ebbe vita duratura.

Ma la repubblica aveva vita difficile, minacciata all'esterno dai veneziani (pur sconfitti a Caravaggio il 15 settembre 1448 dalle milizie di Francesco Sforza, capitano generale dei milanesi) e minata soprattutto all'interno dalla lotta tra le fazioni. Riaffioravano in città le antiche divisioni tra «guelfi» e «ghibellini». Il patriziato era diviso tra viscontei e anti-viscontei, ma anche questi ultimi, riemergenti dall'emarginazione o dall'esilio, erano fieramente contrari al repubblicano «ordine nuovo». Questo tendeva a ribaltarsi in disordine anche per le lacerazioni del ceto medio, scisso tra i moderati notabili della prima ora - Antonio Trivulzio, Innocenzo Cotta, Teodoro Bossi, Giorgio da Lampugnano - e i loro più virulenti eredi, fatti più accesi dalle controverse vicende della guerra, dagli assillanti timori di tradimento da parte di Sforza, dai continui sospetti di ribellione e di con-

giura, dalla crisi finanziaria ingravescente e soprattutto dalla crisi alimentare che incominciava a mordere una città le cui campagne, sempre più dissestate, erano ormai disertate dal lavoro contadino.

Il 18 ottobre 1448 Francesco Sforza passava dalla parte dei veneziani. In una Milano scossa dalla notizia, agli sforzeschi nostalgici si opponevano gli anti-sforzeschi arrabbiati. Nelle elezioni del gennaio 1449 questi ultimi prevalevano: li capeggiavano il tribuno Giovanni da Appiano, notaio, e il capopopolo Giovanni da Ossola, artigiano. Bossi e Lampugnano venivano posti in stato d'accusa per connivenza con lo Sforza, gettati in carcere, torturati e decapitati. Il bagno di sangue non giovò: dopo le elezioni del luglio Appiano e Ossola furono imprigionati a loro volta (solo più tardi liberati dalla plebe), mentre la città ribolliva di tumulti. Si chiudevano i mercati, le botteghe, le porte cittadine. Schierato davanti a Porta Nuova e a Porta Orientale stava, in calcolata attesa, Francesco Sforza.

In questo quadro di travaglio civile una figura di riferimento importante fu l'arcivescovo. La cattedrale apriva le sue porte ai *Te Deum* e alle preghiere *pro libertate servanda*. Gli ospedali aprivano le loro sale ai poveri affamati, debilitati, malati. Fu cura del Rampini ordinare di vendere i suoi cavalli e il suo argento per dare cibo al popolo. La Repubblica Ambrosiana era ormai moribonda: essa si dava allo Sforza passando dall'abominio all'entusiasmo per lui. Scrisse Macchiavelli settant'anni dopo, nel primo libro (cap. XVIII) dei *Discorsi sopra la prima deca di Tito Livio* (Firenze 1519): «Nessun accidente, benché grave e violento, potrebbe mai ridurre Milano o Napoli libere, per essere quelle membra tutte corrotte; il che si vide dopo la morte di Filippo Maria Visconti, che volendosi ridurre Milano alla libertà, non potette, e non seppe mantenerla».

Nel buio dipinto del cancelliere fiorentino, l'arcivescovo Rampini è una figura fuori quadro. Quando Francesco Sforza entrò in Milano, il 26 marzo 1450, il cardinale non c'era. Era a Roma, per il giubileo di quell'anno, indetto da papa Niccolò V per santificare solennemente il concordato tra la Chiesa romana e i principi tedeschi (con alla testa l'imperatore), siglato due anni prima. A Roma fu colto da malattia e morì, il 4 luglio 1450. Venne sepolto nella chiesa di San Clemente e ricordato nel marmo da questo epitaffio:

Ahi luce! Ahi decoro! O inclito e santo casato d'Alosio,
 or ti venne a mancare il tuo venerando Enrico.
 Qui riposa l'uomo che prima lungamente
 resse le città di Tortona e Pavia,
 poi fu santo arcivescovo dei Milanesi
 onde per virtù fu donato del galero rosso
 da papa Eugenio IV. Lui pio! lui sapiente!
 lui casto e onesto! lui giusto!
 dei servi di Dio protettore, datore d'amore!
 Rifiutò di far testamento dicendo in cuor suo
 da tempo ogni cosa destinata alla Chiesa ed a Cristo.
 Nel sessantesimo anno di vita,
 al tempo del santo Giubileo,
 nel quarto giorno di luglio del millequattrocentocinquanta
 l'almo suo spirito, felice, sopra gli astri volò.

Riferimenti bibliografici

Acta libertatis Mediolani. I registri n. 5 e n. 6 dell'Archivio dell'Ufficio degli Statuti di Milano (Repubblica Ambrosiana 1447-1450), a cura di Alfio R. Natale, Camera di commercio industria artigianato e agricoltura di Milano, Milano 1987.

Belloni, Cristina, *Francesco della Croce, Contributo alla storia della Chiesa ambrosiana nel Quattrocento*, NED, Milano 1995.

Bianchi Giovini, A., *La repubblica di Milano dopo la morte di Filippo Visconti*, Milano 1848.

Cognasso, Francesco, *La Repubblica di Sant'Ambrogio*, in *Storia di Milano*, Fondazione Treccani degli Alfieri, Vol. VI Milano 1955, pp. 387-498.

Id., *I Visconti*, Dall'Oglio, Milano 1966.

Spinelli, Marina, *Milano nel Quattrocento. La città, la società, il ducato attraverso gli atti dei notai milanesi*, CUEM, Milano 1998.

Ead., *Un modello di repubblica. Milano 1448-1450 (La Repubblica Ambrosiana)*, in corso di stampa.

Ughelli, F. *Italia sacra, sive de Episcopis Italiae*, vol. IV, Venezia 1719².

L'infermiere ideale: Camillo de Lellis

Sul finire della primavera dell'anno 1594 un frate abruzzese quarantaquattrenne - essendo nato il 25 maggio 1550 a Bucchianico, in quel lembo di terra collinare che tra il Gran Sasso e la Maiella digrada verso il mare Adriatico - giunse a Milano per «servire li poveri infermi» dell'Ospedale Maggiore: si chiamava Camillo de Lellis.

Ricapitolando la sua vita, quale s'era svolta fino ad allora, va detto che il padre era un uomo d'armi sempre lontano da casa e che la madre, gestante attempata, era una donna sempre in casa che morì, già vecchia, quando l'infanzia di Camillo si schiu-

deva alla pubertà. L'adolescente, a cui si apriva una vita irregolare di «senza famiglia», è dipinto dalla penna di Giovanni Papini come «fantastico, liberotto, bizzarro»: come dire estroso, licenzioso, strano. Orfano anche di padre all'età di 17 anni, il giovane si ammalò poco dopo di un'ulcerazione alla gamba destra che, cronicizzandosi in piaga, lo avrebbe segnato e afflitto per tutta la vita.

Desideroso di guarire, nel 1571 il ventunenne Camillo si recò una prima volta all'Ospedale di San Giacomo, in Roma. Nel Cinquecento, scrive Alessandra Cavaterra, «la mappa dell'ospedalità era assai ricca e variegata in una città che, per essere la capitale del mondo cristiano, richiedeva una rete assistenziale di grandi proporzioni». Accanto al maggior nosocomio romano - il Santo Spirito in Saxia, equivalente nella città eterna all'Ospedale Maggiore di Milano - , «fra gli ospedali di più grandi dimensioni alcuni si dedicavano alla cura di particolari morbi, come il Sant'Antonio, dove si ricoveravano i colpiti dal 'fuoco di Sant'Antonio', il San Lazzaro, preposto all'accettazione di chi era affetto dalla 'lebbra di San Lazzaro', ed il San Giacomo, ricovero per sifilitici e malati incurabili», ma aperto a tutti i portatori di croste, gomme o piaghe.

Quest'ultimo ospedale, fondato nel 1399 dagli esecutori testamentari dal cardinale Pietro Colonna, nel 1515, dopo l'esplosione europea della sifilide, era stato rifondato dai confratelli del Divino amore e trasformato in Ospedale per incurabili. Ospedali analoghi - sorti in Italia anche a Genova (1499), Savona (1513), Bologna (1513), Napoli (1517), Vicenza (1519), Brescia (1520), Firenze (1520), Venezia (1522) - dovevano il loro nome alla credenza che la lue venerea fosse incurabile, o meglio inguaribile. In effetti lo era: nel vano tentativo di guarirla, nell'Ospedale di San Giacomo si somministrava, a partire dagli anni Cinquanta del secolo, l'«acqua del legno», il decotto di guaiaco ritenuto l'antidoto del «mal francese» di cui abbiamo visto specialista, nel milanese Ospedale Maggiore, Ludovico Settala.

La «cura del legno», in cui l'Ospedale di San Giacomo era specializzato, era una speranza e una moda.

Indice sicuro del successo dell'iniziativa era la folla che - scrive ancora Alessandra Cavaterra - accorrevà al San Giacomo nei giorni di accettazione e che si radunava davanti al portone dell'Arcispedale, ciascuno premendo e gridando nel timore di rimanere escluso; una folla pittoresca, nella quale mendicanti,



“L’infermiere ideale: Camillo de Lellis”.
La grande medaglia che ricorda “il Santo
giunto a Milano per servire li poveri infermi”
è dello scultore Ettore Calvelli.

malati con visibili alterazioni cutanee, uomini e donne distrutti dai dolori, disperati che cercavano nell’«acqua del legno» l’ultima ancora di salvezza, signori vestiti di sete e velluti, vecchi, giovani, bambini, storpi, invalidi di ogni tipo si confondevano in un unico vociante, variopinto insieme, il cui mastice era costituito dalla speranza di guarigione nel rimedio esotico, al quale la *vox populi* attribuiva doti quasi miracolose, tante da qualificarlo santo.

Il giovane Camillo fu uno di tali questuanti che buscarono speranzosi al portone del San Giacomo. Ottenuto il beneficio medicamentoso, la sua bizzarria o stranezza lo portò tosto su altre strade: il gioco, l’osteria, la vita rissosa, la pratica delle armi. Scelse, sul modello paterno, la vita militare. Congedato una prima volta alla pace tra Venezia e i turchi, stipulata due anni dopo Lepanto, nel marzo 1573, e una seconda volta dopo essersi riarruolato nelle truppe spagnole inviate in Barberia a combattere sotto le mura di Tunisi, Camillo cessò definitivamente la propria carriera di soldato di ventura. «Sono stato un soldatuccio» avrebbe detto di sé rievocando e biasimando i propri trascorsi militari.

Nel 1574, ventiquattrenne, era un reduce allo sbando, sradicato e più che mai *extravagante*. Ebbe inizio per lui una vita raminga, randagia, *errante* per le strade della penisola e per le vie della morale. Alla fine, scontento di sé, si condusse alla porta di un convento di cappuccini, a Manfredonia, nelle Puglie. Qui sopraggiunse l’ora di Dio, l’ora della sua crisi religiosa ed esistenziale. Camillo indossò il saio di san Francesco con il nome, o il soprannome, di frate Umile. Però di lì a poco dovette lasciare il convento perché la sua piaga, inveterata o recidivante, peggiorata dal lungo vagabondare, aveva preso con maggior veemenza a tormentarlo.

Fece ritorno a Roma, al San Giacomo. Qui, durante una degenza prima protratta e poi ripetutasi più volte, fece il passo da *infirmus* a *infirmarius* : per circa un decennio, dal 1575 al 1584, fu di volta in volta malato, garzone, servente, guardarobe, maestro di casa. Durante questa lunga permanenza ospedaliera ebbe modo di constatare l’abbandono nel quale erano spesso lasciati i malati e il distacco da questi dei

«serventi mercenari». Scrive il confratello Sanzio Cicatelli: «Quanti poveri gravi, per non essergli rifatti i letti, marcivano ne' vermi e nelle bruttezze! Quanti fiacchi e macilenti, levandosi da letto per alcuno bisogno, cascando in terra morivano [...]! Quanti poveri agonizzanti, non ancora finiti di morire, erano da quei giovani mercenari pigliati subito da letti e portati così, mezzo vivi, tra corpi morti per esser poi sepolti vivi!».

Prese le mosse da qui, in Camillo de Lellis, la presa di coscienza della vocazione di *curante* e insieme la presa di possesso del campo dove trasformare la vocazione in missione, da svolgere a vantaggio dei piagati, nel corpo e nell'anima, dei tanti *pauperes infirmi* guaribili e inguaribili. Scrive di lui un suo biografo, Mario Vanti: «La piaga gli ha aperta e gli conserva costantemente spalancata la strada. Vive con i malati, infermo come loro; ne sente e ne comprende le sofferenze, perché le ha sofferte e le soffre. Il suo cuore ha sperimentato quanto l'incomprensione esaspera il malato, e il disamore lo uccida. Sa bene che a chi soffre e dolora non bisogna chieder la pazienza, ma offrirla» Il malato è un *paziente* e chi lo cura - il curante - dev'essere altrettanto paziente con lui. «Il simile si cura col simile»: l'omeopatia antropologica, umana, è valida non meno, forse più, dell'allopattia farmacologica - «il contrario si cura col contrario» - della medicina dotta coeva.

Dall'esperienza decennale vissuta al San Giacomo ebbe origine la «Compagnia delli Servi delli Infermi», fondata da Camillo nel 1582 e divenuta ordine religioso nel 1591. Il fondatore cresceva in spiritualità alla scuola di «Pippo Bono», Filippo Neri. Avrebbe detto, anni dopo: «Perché ero un gran peccatore, avevo bisogno d'un gran santo».

Iniziato agli ordini sacri, fu ordinato sacerdote il 10 giugno 1584. Poi lasciò il San Giacomo; ma prima di uscirne dettò le *Regole* della Compagnia da lui fondata, approvate il 18 marzo 1586 da papa Sisto V (il marchigiano Felice Peretti) con il breve apostolico *Ex omnibus*.

Le «regole» che il 27 giugno 1594 Camillo, arrivato a Milano due settimane prima, chiese al «venerando Capitolo» dell'Ospedale Maggiore di poter applicare per il servizio ai malati «nelle cose spirituali e corporali et anco in raccomandar l'anima alli morienti», constano di due parti distinte, rispettiva-

mente di ventisei (I-XXVI) e venticinque (XXVII - LI) articoli, la seconda delle quali avente per titolo *Ordini et modi che si hanno da tenere nelli hospitali in servire li poveri infermi*.

Il regolamento camilliano rappresenta una svolta epocale nella storia dell'assistenza. Esso ha il carattere proprio di una normativa assistenziale e di un mansionario per infermieri. Tra principi generali di alta spiritualità, improntati alla povertà e all'obbedienza, si configura l'indirizzo specifico alla vocazione di prestare servizio ai malati, tanto più - dice la *regola XI* - «a quelli infermi che saranno più aggravati et che haveranno infermità più difficili a curarsi». È detto in modo esplicito che la gravità della malattia non dev'essere una remora, ma un incentivo all'impegno. Il servizio va prestato indipendentemente dalla maggiore o minore possibilità di guarigione del malato, anzi dev'essere tanto più premuroso e sollecito quanto più la diagnosi è severa e la terapia medica priva di speranze. È il caso dei malati a prognosi infausta e delle malattie ad altissima mortalità, come le pestilenze. Dice la *regola XIII*: «Venendo la peste (il che Dio non voglia) tutti quelli che vorranno conformarsi a questa vita», cioè abbracciare le regole della Compagnia, «debbono promettere di servire a detti apestati». Era la peste - la morte - il momento della verità, il momento in cui per ogni curante, medico o infermiere, si dimostrava l'autenticità di una vocazione, l'etica di una professione, lo zelo di un servizio.

Come si debba accostarsi ai malati è indicato dalla *regola XXI*: «Ognuno si guarderà», scrive Camillo, «di mostrare faccia turbata, anzi per il contrario deve mostrare amorevolezza». E nella *regola XXVIII* egli prescrive al curante «un affetto materno verso il prossimo» e «di servir a tutti gl'Infermi con quell'affetto che suol una amorevole Madre».

La maternità è una modellistica assistenziale che sottende un'attitudine curativa naturale, immediata e completa. Quella materna è la figura femminile considerata da sempre paradigma essenziale delle persone ritenute per tradizione dispensatrici o mediatrici di salute. Fra tali persone erano nel Cinquecento in prima fila le donne depositarie per natura e cultura di quella solidarietà intrafamiliare e di vicinato che traeva legittimazione a farsi assistenza curativa proprio dal riferimento alle cure materne: le «comari» si modellavano sulle madri (*co-madre*, come una

madre), le «mammane» si modellavano sulle mamme (*mamma-ana*, come una mamma).

Camillo de Lellis fece del prototipo assistenziale madre-figlio o madre-bambino un modello di attività-passività in cui al ruolo passivo dell'infermo corrispondeva il ruolo attivo dell'infermiere. Recitano le *regole* XXXI e XXXIV: «Stando presente a dett'Infermi quando magnano, ogn'uno cerca con charità incitarli con parole amorevoli e farli magnare accommodandoli la testa alta»; «nel rifare delli letti ogn'uno procuri con diligentia e charità di rifarli procurando di far mutare le lenzuola et camise quando saranno molto brutte». Prosegue Camillo: «Ogn'uno si guardi di non fare del riformatore, o sindaco, o correttore per li hospitali, ma più presto si sforzi di insegnare con opere che con parole». Il che significa che l'umanizzazione primaria dei luoghi di cura doveva essere quella dell'aiuto al malato nello svolgimento dei suoi primari bisogni, del nutrirsi e del lavarsi, curando la sua dieta e la sua igiene personale; e significa anche - allora come ora - che *curare e riformare* è sì un'esigenza parallela per risolvere le crisi medico-assistenziali, ma che comunque «curare» viene prima di «riformare» e che lo stare vicino al malato - come la madre - è la preoccupazione necessaria per dare credibilità a un impegno veramente riformatore.

S'è fatto cenno che, presentandosi nel 1594 all'Ospedale Maggiore di Milano, Camillo de Lellis s'era detto particolarmente disposto a «raccomandar l'anime» dei malati inguaribili, viventi terminali inoltrati nella terra di nessuno, o di tutti, che separa la vita dalla morte. Nella *regola* XXXIV dice espressamente: «Quando [l'Infermo] sarà abbandonato dal medico o sarà in agonia, si metta la diligentia possibile in aiutarlo a ben morire». Nella *regola* XL prescrive ai confratelli di operare «principalmente avendo cura di dare qualche ricordo di ben morire a quelli che saranno vicini alla morte». E aggiunge: «Quando alcuno infermo sarà in transito et vicino al morire si procuri [...] [di] cercare, potendovi, di lasciare alcun altro et tornare subito, et detta diligentia si usi così la notte come il giorno».

Tra gli scritti di Camillo de Lellis figurano due testi, aggiunti rispettivamente nel 1607 e nel 1613 alle *Regole* primigenie. Tali aggiunte, fatte entrambe nel periodo della presenza camilliana all'Ospedale Maggiore di Milano (una presenza protrattasi fino al

1632), riflettono ovviamente l'esperienza compiuta dai «servi delli infermi» in seno alla Ca'Granda. Esse furono fatte da Camillo in conformità a quanto da lui stesso enunciato alla *regola* LI: «Se piacerà alla divina bontà del Signore che questa minima Compagnia vada avanti, et che sia approvata dalla Santa Sede Apostolica, si farà tra noi altre Regole».

Il primo dei due testi, avente per titolo *Note d'alcuna cosa che i nostri hanno a fare nell'hospitale in far la guardia*, ribadisce che «quando nel tempo della guardia di notte saranno morienti non si mancherà di dargli quell'aiuto che si conviene assistendo». Raccomanda agli infermieri di guardia «charità et umiltà», «guardandosi di non alzar la voce troppo»; raccomanda poi che «tutti i letti, massime de' gravi, avanti d'entrar nel letto si scaldaranno et quando saranno bagnati i matrazzi si procuri di farli mutare». Conclude con la raccomandazione che suona come un imperativo: «tutti procureranno di fuggir l'otio».

Anche se un mansionario fissa mansioni e funzioni di un curante con aderenza ai bisogni del curato, la necessaria autonomia di una funzione responsabilmente svolta apre spazi alla libera gestione dell'attività curativa secondo coscienza. C'è un rischio: che il *negotium* (*nec otium*) proprio di ogni attività impegnativa faccia posto al suo contrario, a un disimpegno corrispondente all'*otium* indicato da Camillo come il peggior male dell'assistenza, che bisogna assolutamente «fuggire».

Il secondo dei due testi integrativi della *Regola* camilliana primigenia è costituito dalle *Regole che s'osservano da nostri fratelli nell'Hospitale Maggiore di Milano per servire con ogni perfetione i poveri infermi*. Nel milanese Ospedale Maggiore la grande «reformatione» rinascimentale aveva contribuito a trasformare il medievale «albergo dei poveri», adibito al ricovero con prevalenti finalità di ospitalità alberghiera, nella moderna «fabbrica della salute», adibita alla cura con prevalente accezione di terapia finalizzata alla guarigione. Questo aspetto spiega l'importanza attribuita dalle «regole» ospedaliere aggiuntive alla collaborazione dei «servi delli infermi» con i medici: «nel tempo ch'il medico fa la visita tutti li fratelli si trovino in crocera per i bisogni ch'occorrono in tal tempo»; inoltre «nissuno dii minestra all'ammalati, né altra cosa da mangiare eccetto quel tanti ch'haverà ordinato il medico».

Seguono prescrizioni generiche, contemplanti però avvisaglie d'ordine tecnico, relative all'allestimento degli orinali per l'«uroscopia» e alla rilevazione tattile della «febre»: «quel fratello che va in guardia a qualche crociera [...] dii a recentare la bocca a' poveri usando diligenza nel nettare le lingue, osservando quel tanto che per ciò è ordinato, dando anco alli poveri i vasi di vetro per l'orina»; inoltre i fratelli «gionti in crociera, vedino se vi è il brodo consumato, et l'ova con tutto ciò che è necessario per reficiare li poveri la notte pigliando anco la minestra per i tardanti, a' quali daranno da cena dopo la declinazione della febre».

Il testo si conclude con disposizioni espressamente indirizzate al «fratello infermiere corporale»: «subito che vengono ammalati alla sua crociera, li ponghi a letto senza farli aspettare, ponendoci le lenzuola nette»; poi «la mattina quando viene il medico, l'infermi d'ogni cosa minutamente et di quanto occorso il giorno antecedente». Era l'infermiere che colmava i vuoti che in ospedale si spalancavano alle aspettative del malato, nell'attesa molto spesso prolungata di una visita medica molto spesso sommaria.

Tra «massimi sistemi», o supremi principi, e «infime mansioni», o applicazioni minute, le regole camilliane delinearono nell'Ospedale Maggiore di Milano, tra Cinque e Seicento, una *rivoluzione dell'assistenza* compiuta dal basso e portatrice di un nuovo umanesimo: non quello letterario ed elitario dei dotti, ma quello interumano degli umili, che legava l'infermo al suo *infermiere ideale*.

Un anno dopo il dettato per gli infermieri dell'Ospedale Maggiore, Camillo de Lellis, compiuta la sua missione terrena e realizzata la sua utopia, morì a Roma, sessantaquattrenne, il 14 luglio 1614.

Riferimenti bibliografici

Carpaneto, Cassiano (padre Cassiano da Langasco), *Gli Ospedali degli Incurabili*, Spedali civili, Genova 1938.

Cavattera, Alessandra, *L'ospedalità a Roma nell'età moderna: il caso del San Giacomo (1585-1605)*, in "Sanità, Scienza e Storia", 2, 1986, pp. 87-123.

Cosmacini, Giorgio, *Utopia e realtà dell'assistenza ospedaliera*, in Id. *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari 1987, pp. 187/200.

Id. *Soigner et réformer. Médecine et santé en Italie de la grande peste à la Première Guerre mondiale*, trad. franc. di F. Felce, Payot, Paris 1992.

Id. *Vite parallele (Giovanni di Dio e Camillo de Lellis)*, in Id.,

La salute, la cura, la storia, Missione salute, Milano 1994, pp. 153-65

Martindale, Cyril Charlie, *San Camillo de Lellis*, trad. it. di G. Pozzo, Longanesi, Milano 1947.

Scritti di san Camillo de Lellis, a cura di M. Vanti, Il pio samaritano, Milano-Roma 1965.

Vita del P. Camillo de Lellis, fondatore della religione de chierici regolari Ministri dell'Infermi, descritta brevemente dal P. Santio Cicatelli sacerdote dell'istessa religione, a cura di Piero Sannazaro, Curia generalizia, Roma 1980 (prima edizione, 1605).

Il medico ospedaliero

Il Policlinico è, dagli anni Venti del Novecento, una istituzione saldamente legata all'Università. L'ateneo milanese pone alla guida delle attività mediche che si svolgono nei vari padiglioni ospedalieri i più autorevoli docenti delle discipline cliniche della facoltà di medicina e chirurgia. I compiti loro affidati dalla facoltà sono quelli di curare la formazione professionale dei nuovi medici e di coltivare la ricerca medicobiologica, motrice di avanzamento socio-culturale e scientifico.

In questa dinamica autoriproduttiva e promozionale, che riveste un'importanza fondamentale per la società in cui viviamo, i professori e ricercatori riversano, in quanto clinici, la loro competenza e operosità nel campo dell'assistenza, a vantaggio dei malati. Un libro come questo, dedicato agli *uomini* e alle *idee* che hanno reso l'Ospedale Maggiore ancora più grande, non poteva che privilegiare tali uomini: militando nel campo universitario, essi sono stati in prima fila quali alfieri di idee di progresso, concepite e realizzate con merito anche nel campo ospedaliero.

Tuttavia una storia come questa, che qui si conclude, verrebbe meno a una parte del proprio scopo, *umano e ideale*, se mancasse di dire che, in campo medico, la componente universitaria, eminente per fama e preminente per autorità, è stata ed è pari, per opere e meriti, alla componente ospedaliera.

Il *buon medico* operante nell'Ospedale Maggiore (di cui il Policlinico è l'erede novecentesco) è una figura che non può essere dimidiata in base all'appartenenza istituzionale o all'etichetta. Università e Ospedale sono due *mezzi*, della massima ed eguale importanza; ma il loro *fine* ultimo, o primo, è unitario ed è la salute delle persone, un benessere sanitario da tutelare, recuperare, promuovere. Verso questo unico fine con-

vergono l'assistenza medica, la formazione professionale, la ricerca scientifica. Come il medico universitario, impegnato nella formazione e nella ricerca, non si esime da un'assistenza dedicata e partecipe, così il medico ospedaliero, impegnato prevalentemente in quest'ultima, non si esime dall'essere un ricercatore e un insegnante, cioè un *buon maestro*.

Studenti, tirocinanti, specializzandi imparano non poco da lui: non solo il metodo clinico, i fondamenti della pratica, le applicazioni della tecnica, ma anche i canoni dell'investigazione medico-scientifica, le decisioni in condizioni di incertezza, le procedure di approccio al malato, i comportamenti professionali esemplari, l'etica dell'agire medico.

Questa «vocazione» del *medico d'ospedale* è una attitudine di lunga durata che dalla clinica si estende senza soluzione di continuità alla ricerca e alla didattica. Ciò gli viene riconosciuto ufficialmente: non pochi sono i «premi di operosità scientifica» che a lui vengono attribuiti, non pochi sono i «contratti di professione» che con lui vengono stipulati.

Peraltro, il medico ospedaliero è una figura che resta sullo sfondo. Anche questo libro ha portato in primo piano altre figure. Il ruolo scenico del medico ospedaliero non è, salvo eccezioni, quello del «prim'attore»; il suo ruolo è piuttosto quello del «comprimario». Ma il buon esito della scena dipende molto anche da lui, come a teatro, pur se, come a teatro, i nomi degli attori non protagonisti spesso non compaiono in cartellone, così come, salvo eccezioni, in ospedale non si leggono sulle targhe; né si leggono, salvo eccezioni sulle pagine di questo libro.

Nelle pagine che precedono si può leggere tuttavia fra le righe – e la cosa non sarà sfuggita all'attento lettore – la presenza implicita di una «comparsa», quella del *medico ignoto*. È questa una figura il cui nome non corre sulle bocche dei più, ma la cui opera quotidiana, silenziosa e preziosa, è stata ed è, per l'Ospedale Maggiore, la base di lancio in molti momenti di gloria e la base di sostegno in non pochi momenti di crisi.

Per rendere il dovuto omaggio a questa figura, questo libro si chiude nel ricordo di un medico d'ospedale che nella sua milizia ospedaliera in tempo di crisi ha pagato il prezzo più alto della propria abnegazione, cadendo sul campo come un *milite ignoto*.

Luigi Marangoni nacque a Pavia l'11 agosto 1937. Laureato all'ateneo pavese, assistente nel Laborato-

rio di igiene e profilassi dell'amministrazione provinciale di Como, nel novembre 1963 fece il suo ingresso al Policlinico come ispettore sanitario. Vicedirettore sanitario incaricato dal giugno 1967, di ruolo dal maggio 1969, divenne direttore sanitario incaricato dal gennaio 1973 e di ruolo dal maggio 1975. Specialista in igiene e in tecnica ospedaliera, diresse la Scuola per infermieri generici del Policlinico dal 1972 e la Scuola per infermieri professionali dal 1978.

Nello svolgimento delle proprie funzioni Marangoni non inclinò a compromissioni con interessi di parte o con tornaconti che non fossero quelli dell'Ospedale. Non si piegò, anzi reagì, ai favoritismi e alle assunzioni clientelari. In epoca pre-manageriale avviò una riorganizzazione ospedaliera che aveva molto del lavoro agricolo della sua terra pavese: cercò di tagliare i rami secchi, di praticare innesti produttivi, di proteggere e facilitare lo sviluppo delle parti fruttifere. In quest'opera, che avrebbe dovuto contare sul concorso di molte forze, fu spesso lasciato solo.

La sua opera intraprendente, coraggiosa, indifesa, fu repentinamente troncata la mattina del 17 febbraio 1981 quando la mano armata del terrorismo brigatista, nella Milano degli «anni di piombo», lo colpì a morte mentre, poco dopo le ore 8, lasciava la propria abitazione, in via don Carlo Gnocchi, per recarsi all'Ospedale. Quando qui giunse, portatovi dall'ambulanza ululante e accolto al Pronto soccorso accanto alla direzione sanitaria dove lavorava, era in fin di vita. Morì alle ore 9 in sala operatoria.

Ai medici e infermieri immediatamente radunatisi, con moto spontaneo, nell'anfiteatro del padiglione Monteggia, Vittorio Staudacher disse parole che chi scrive ricorda solo in parte: «Ho veduto Marangoni ieri l'altro. Era di un pallore terreo. Sembrava un uomo che perdesse sangue. Il suo aspetto esteriore annunciava il suo imminente sacrificio».

L'indomani le prime pagine dei giornali recavano la notizia che radio e televisione avevano già diffuso in tutto il Paese. Leggiamo:

Dobbiamo dirlo con chiarezza. È molto probabile che i mandanti dell'assassinio si trovino tra i dipendenti o gli ex-dipendenti dell'Ospedale per i quali Marangoni aveva chiesto provvedimenti disciplinari nel tentativo di porre freno a una situazione caotica, che rischiava di diventare esplosiva. Hanno voluto colpire l'uomo e le funzioni che rappresentava, come del resto possono testimoniare le numerose minacce che Marangoni subì.

«Così parla», aggiungeva l'estensore dell'articolo, «l'ispettore del Policlinico Marco Triulzi, diretto collaboratore del direttore sanitario. Accanto a Triulzi c'è il ministro della Sanità Aldo Aniasi e anch'egli dice: 'Marangoni ha pagato per il suo coraggio'».

«Quando l'onestà si paga con la vita», era il titolo che campeggiava su di un altro quotidiano. «Della sua inflessibilità, del suo scrupoloso rispetto per le regole, Luigi Marangoni aveva fatto uno stile di lavoro».

Il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Milano convocato in seduta straordinaria, *condannò* «col più fermo sdegno il vile atto criminale», *si strinse* «nell'ora luttuosa intorno alla moglie [signora Vanna] e ai giovani figli [Francesca e Matteo]» e *rivolse* «un caldo invito a tutta la comunità del Policlinico a rifiutare fermamente provocazioni e violenze sull'esempio di Chi ha compiuto quotidianamente il proprio dovere non curante delle ripetute intimidazioni e minacce». Concludeva il documento: «Il rifiuto della violenza, la salda unità dei lavoratori,

il severo impegno della Istituzione devono rappresentare la sola risposta al gesto sanguinario nella certezza che essa costituisce il migliore omaggio all'opera di chi è caduto».

Al nome di Luigi Marangoni è intitolato il palazzo (già Carcano – Mellerio – Tondani) che dal Policlinico s'affaccia alla via Francesco Sforza e nel quale ha sede il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti. Alla memoria di Marangoni è dedicata una lapide murata nell'atrio del Pronto soccorso, là dove aveva sede la direzione sanitaria. Vi si legge:

A Luigi Francesco Marangoni, direttore sanitario dell'Ospedale Maggiore di Milano, uomo buono ed onesto, dirigente abile ed appassionato, assassinato per l'altrui insipienza, disonestà ed invidia il mattino del 17 febbraio 1981, mentre si accingeva al quotidiano impegno per il suo Ospedale. Nel secondo anniversario della perdita gli amici ed i collaboratori leali a ricordo e monito posero.

Chi scrive, testimone partecipe di quei giorni, ripete qui queste parole, a futura memoria.

Camillo Procaccini: "l'Annunciazione" - particolare (dalle Raccolte d'arte dell'Ospedale Maggiore).



Il commiato dell'ultimo segretario generale dell'Ospedale Maggiore

LUIGI RENZI

Il 31 marzo del corrente anno si è concluso il mio rapporto di impiego con l'Ospedale Maggiore. Non per mia scelta, ma in osservanza delle norme sui limiti di età per il collocamento a riposo.

Il rapporto si era instaurato il 19 giugno 1961 ed è quindi durato poco meno di 40 anni.

Si è trattato di un quarantennio ricco di vicende, per così dire, istituzionali: nel 1961 l'Ospedale Maggiore era una "istituzione pubblica di assistenza e beneficenza", regolata da una legge del 1890; nel 1968 divenne un "Ente ospedaliero" per evolversi, poi, nel 1981 in un "Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico".

Nel 1961 costituivano l'"Ospedale Maggiore" tre stabilimenti ospedalieri: il "Policlinico", il "Niguarda" e il "Città di Sesto S. Giovanni", cui si aggiunse ben presto, voluto dal Consiglio presieduto da Carlo Masini e realizzato in breve tempo, il "San Carlo".

Fra le iniziative edilizie realizzate nel periodo sono da ricordare il "Padiglione Vergani" e i due padiglioni per le radiologie di Niguarda, il raddoppio dell'Ospedale di Sesto, il nuovo padiglione Croff e l'acquisizione dell'ex albergo Lamarmora e del palazzo Tondani al Policlinico, nonché l'avvio (anno 1980) della ristrutturazione dell'Abbazia di Mirasole, iniziativa, quest'ultima, mossasi anche con il conforto delle sollecitazioni e della passione dell'omonima "Associazione" e della "Commissione Artistica" dell'Ospedale: organismi che hanno annoverato fra i propri più convinti animatori rispettivamente Lino Montagna e Giovanni Testori, che purtroppo ormai da alcuni anni ci hanno lasciati.

Nel frattempo, in attuazione di una legge regionale del 1976, l'Ospedale Maggiore subisce lo "scorporo" degli stabilimenti di Niguarda, di Sesto e del San Carlo, eretti in altrettanti autonomi enti ospedalieri, dotati di propri consigli di amministrazione.

A seguito della descritta vicenda l'Ospedale Maggiore viene ad identificarsi nell'Ospedale Policlinico, così denominato perché da decenni convenzionato con l'Università degli Studi di Milano che vi ha insediato numerose e prestigiose cattedre della Facoltà di Medicina.

L'aver seguito da molto vicino, sotto l'aspetto amministrativo, questo susseguirsi di eventi straordinari in aggiunta a tutti i problemi dell'ordinaria amministrazione secondo regole normative in continua evoluzione, ha costituito per me una palestra preziosa per sperimentare quelle soluzioni che potessero garantire continuità all'attività istituzionale dell'Ospedale.

Se pure non mi sono mancate soddisfazioni nel campo strettamente professionale (potrei qui alludere alla declaratoria di incostituzionalità di una norma del codice civile che impediva l'acquisizione di una eredità o all'accoglimento di una mia singolare tesi – che non so se definire rivoluzionaria piuttosto che paradossale – da parte della Commissione Tributaria Centrale), devo sinceramente confessare che per trovare una qualche gratificazione nel lavoro svolto non posso che sperare (o illudermi) che una qualche utilità ne sia derivata alla cura del malato.

Nel momento del distacco non sono però i fatti e gli eventi istituzionali che mi scorrono davanti agli occhi, ma i volti delle persone, a cominciare dai miei immediati predecessori, purtroppo scomparsi: il dott. Mario Magnanensi ed il dott. Teodoro Altamura, con i quali ho in successione strettamente collaborato e dei quali mi onoro di aver sempre goduto la fiducia.

Altrettanto indimenticabili sono per me le figure degli amministratori, che in qualità di Presidenti o di Commissari si sono succeduti in questi 40 anni: Carlo Masini, Giuseppe Poli, Gaetano Lazzati, Giovanni Bottari, Goffredo Grassani, Vittorio



Il Commissario straordinario consegna la medaglia d'oro e il diploma di benemerita al Segretario generale.

Staudacher, Filippo Hazon, Gian Carlo Abelli, Marco Vitale per concludere con la prof.ssa Daniela Mazzuconi che, da ultimo, con squisite espressioni e manifestazioni di simpatia ha vanificato il mio tentativo di impedire che i colori della malinconia tingessero il mio distacco dalla Ca' Granda.

Che dire poi della lunga schiera di colleghi e collaboratori: a quelli che in particolare dal primo febbraio 1980 mi hanno accompagnato nelle fatiche di segretario generale va in particolare il mio ringraziamento: ringraziamento ancor più sentito per coloro nei cui confronti sono stato più severo ed ai quali mi sono forse maggiormente affezionato.

Tra tutti questi volti ve n'è uno che certamente non avrebbe bisogno di essere nominato per essere ricordato: è quello del dott. Luigi Marangoni. Assieme abbiamo duramente lavorato nel travagliato e contrastato cammino verso il riconoscimento dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Un atto di barbarie l'ha strappato, oltre che alla sua famiglia, anche all'Ospedale Maggiore.

Veramente confortanti sono state poi le circostanze in cui ho avuto la fortuna di apprezzare la nobiltà d'animo di tante "silenziose" persone dedite alla cura del malato.

Ma sono i mille e mille volti non conosciuti, quelli per l'appunto che da degenti hanno affollato le corsie dell'ospedale, che possono aver dato un senso ai miei 40 anni di lavoro.

Lascio il mio posto con la coscienza di aver sempre cercato di dare l'esempio anche nella osservanza delle regole più banali. Ma soprattutto sento il dovere di dichiarare, rendendo il dovuto merito a coloro che da presidente o commissario si sono succeduti nel governo dell'Ente, che mai sono stato coartato nella espressione del parere che mi competeva quale segretario generale: la riprova di questa affermazione può rinvenirsi in quelle documentate occasioni in cui il mio parere non è stato in sintonia con le determinazioni dell'organo deliberante.

Un particolare ricordo, poi, che continuerò a serbare, è quello dei rappresentanti sindacali delle categorie mediche e non mediche, con i quali pur nel rispetto dei differenti ruoli è stato possibile intrattenere nel corso di questi anni un discorso tutto sommato positivo e costruttivo per quanto concerne gli interessi dell'Ospedale Maggiore oltre che dei lavoratori.

Fra i mille episodi di cui sono costellati i miei 40 anni di vita ospedaliera e che, pur ricchi di umanità, mai troverebbero spazio in una storia dell'Ospedale Maggiore, mi piace – prima di concludere questo breve commiato – ricordarne uno dal sapore tutto particolare.

Dopo alcune settimane dalla mia assunzione, feci la conoscenza dell'avv. Marco Vercesi, membro del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore, al quale il segretario generale aveva trasmesso alcune mie relazioni di carattere giuridico-amministrativo.

L'avv. Vercesi è morto improvvisamente e prematuramente (aveva 40 anni) ai piedi del Monviso il 29 giugno 1963. Le spoglie furono portate all'Ospedale Policlinico dove ad accoglierle mi trovai pure io assieme al segretario generale e ad altri funzionari. In quella triste circostanza il dott.

Magnanesi mi presentò alla sig.ra Vercesi che, udito il mio nome, commentò: “il giorno in cui la conobbe, tornato a casa mio marito mi disse: oggi ho conosciuto il futuro segretario generale dell’Ospedale Maggiore”.

Io avevo sempre considerato quelle parole soltanto come un benevolo augurio, dalla realizzazione pressoché impensabile. Mi dovetti ricredere il 1° febbraio 1980.

Posso ora soltanto commentare che l’avv. Marco Vercesi non aveva previsto che sarei stato anche l’ultimo segretario generale dell’Ospedale Maggiore.

Dal commissario straordinario Daniela Mazzuconi all’avvocato Luigi Renzi: la lettera accompagna una rara copia anastatica dell’antica bolla di Pio II Piccolomini per l’erezione canonica dello “Spedal Grande de la Nuntiata - Milano 1458, dicembre 9”.

Riproduce uno dei documenti fondamentali dell’Istituzione milanese, conservato nell’Archivio storico.

«A nome di tutta la comunità ospedaliera desidero esprimereLe i più vivi ringraziamenti per la Sua lunga e costruttiva collaborazione presso l’Ospedale Maggiore.

In questi anni tutti hanno avuto modo di apprezzare la Sua rettitudine, la Sua competenza professionale, la Sua dedizione al lavoro, il Suo amore per l’Ospedale Maggiore.

A lei tocca anche una singolarità, quella di essere ricordato come l’ultimo segretario generale del nostro Ente, ma questo ricordo sarebbe ben poca cosa se appunto non ci fossero a corredo della Sua figura le doti di onestà, di lealtà e di professionalità che La contraddistinguono.

Nel manifestarLe dunque tutta la riconoscenza dell’Ospedale, Le auguro che si apra per Lei un periodo nuovo ricco di soddisfazioni e, a ricordo dell’Ospedale Maggiore e di quanti vi ha incontrato, in segno di amicizia e stima voglia gradire questa copia della Bolla di Pio II, che sta all’inizio ed è, a suo modo, il simbolo della vita dello Spedal Grande de la Nuntiata».

Bioetica in Europa, oggi

ADRIANO BOMPIANI

La Rivista dedica da questo numero uno spazio al Comitato etico del nostro Ospedale.

Si fermerà pertanto sulle problematiche etiche più significative affrontate dai suoi stessi componenti o da personalità esterne.

Si intende così portare a conoscenza dei lettori argomenti oggi di ricorrente problematica attualità.

Aprè la serie l'intervento del prof. Adriano Bompiani, indiscussa autorità in ambito bioetico.

1 – Nascita del termine: bioetica e ragioni culturali del suo affermarsi

Si deve riconoscere che la “bioetica”, in senso stretto, è nata negli Stati Uniti come “movimento” negli anni '60, in una situazione culturale certamente sollecitata dall'evoluzione del costume negli ultimi due secoli e dal vertiginoso sviluppo della ricerca scientifica nel campo della biologia e della medicina.

Nella prima direzione, si ricorderanno sommariamente, la spinta alla secolarizzazione, la crisi delle ideologie, la crisi della filosofia sistematica “forte” e la parallela crisi della “morale forte”, l'affermarsi di movimenti di opinione che rendono la società disomogenea, ma riaggregata secondo nuovi valori; soprattutto lo sviluppo dei diritti individuali e dei movimenti di liberazione (femminista, ecologista, animalista ecc.) accanto ad atteggiamenti diffusi di utilitarismo, edonismo, consumismo.

Questi fenomeni, ed altri ancora che - per brevità - non possono essere analizzati, hanno provocato modificazioni più o meno profonde del senso religioso e morale tradizionali, portando alla frammentazione delle etiche, caratteristica del nostro tempo; ad un ottimistico senso di dominio della natura da parte dell'uomo tecnologico e al prevalere della dimensione culturale in ogni valutazione del fatto naturale; a nuove dinamiche familiari con ampio ricorso a tecniche di limitazione delle nascite; allo sviluppo di servizi per la discussione e l'aiuto a risolvere problemi psicologici ed anche della vita procreativa.

Nella seconda direzione - come è già stato fugacemente accennato - aumentava negli stessi anni la conoscenza biologica di base del mondo vivente (scoperta della struttura del DNA) e si affermava il contenuto tecnologico dell'attività medica, con possibilità inedite di modificare il decorso di fenomeni naturali anche nell'uomo: nell'opinione pubblica ne derivarono certamente sentimenti di ammirazione, grandi speranze terapeutiche, ma anche crescenti preoccupazioni sull'“attivismo” medico e sul possibile sconfinamento nell'illecito (che in taluni casi avvenne realmente) della ricerca biomedica.

Infine, un'ulteriore componente fu rappresentata dalla crescente utilizzazione di risorse naturali non recuperabili, dall'inquinamento ambientale considerato, con danni - o rischi di danno - per la salute umana.

Da tutti questi fattori nasce la “nuova domanda di etica” avanzata da coloro che sentivano il bisogno di riproporre non solo una valutazione costante ed un controllo pubblico delle attività della ricerca, ma anche di formulare “una nuova etica”, cioè una morale che fosse meglio apprezzata - rispetto alle consolidate posizioni della teologia morale - da una società sostanzialmente “secolarizzata” agnostica, ma fortemente “tecnologizzata”, avviata a perdere ogni consapevolezza della propria fragilità. In questo contesto, si pone la proposta del concetto e del vocabolo “bioetica”, avanzata da Potter (1971). Potter affermò la necessità di una nuova morale che garantisse il futuro dell'uomo, basata

sulla conoscenza della biologia e dell'evoluzione della specie: la biologia avrebbe dovuto indicare anche il punto di incontro con la filosofia ed eventualmente con la metafisica, nell'interesse della sopravvivenza della umanità (minacciata dalla crescita demografica) e della "qualità della vita" (minacciata dall'inquinamento della civiltà industriale). È questa la "teoria del ponte" di Potter, che ha originato la bioetica come una "urgente e necessaria sapienza atta a provvedere all'indagine di come usare il pensiero per una più responsabile presenza dell'uomo nella promozione della qualità della sua vita".

Fra gli avvenimenti che in quegli anni contemporaneamente si svolgono, constatiamo una profonda evoluzione dell'etica medica tradizionale, basata sulla dominanza del medico sul paziente, di cui occorre ad ogni costo salvaguardare la vita (principio della "santità della vita") e se possibile procurare la guarigione, mediante un attivismo terapeutico che solo il medico decide (cosiddetto "paternalismo medico").

Si deve riconoscere che - attorno agli anni '70 - si erano prodotti nella medicina più propriamente sperimentale notevoli attentati a quelle forme di rispetto della volontà del paziente che la Dichiarazione di Helsinki - risultato del processo di Norimberga - aveva da tempo codificato. Peraltro, anche il diritto internazionale aveva preso posizione - nel 1948 - in difesa della vita e dignità umana, con la "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo" con cui le Nazioni Unite affermavano il diritto alla vita, all'integrità fisica, alla famiglia e la condanna delle crudeltà e discriminazioni.

Nacquero - in questo contesto di riflessione etica - varie iniziative negli USA:

- Nel 1967, il National Institute of Health dà vita per volere del Congresso ad un Comitato istituzionale per il controllo della ricerca sui soggetti umani: il Comitato Beaumont, cui si devono i ben noti principi che furono accolti dalla corrente dominante della bioetica americana.

- Hellegers (già componente della Commissione Pontificia voluta da Paolo VI per lo studio dei metodi di controllo della procreazione) e Ramsey fondano il Centro Kennedy per lo studio dei problemi demografici e della procreazione umana

(1969), Centro che divenne - presto - uno dei luoghi più autorevoli della elaborazione sistematica dei principi dell'etica medica moderna.

- Callahan (filosofo di Harvard) fonda il Centro Hasting a New York (nel 1969 e cioè Institute of Society, Ethics and the Life Sciences) con lo scopo di diffondere la cultura umanistico-etica nelle facoltà di medicina americane, fortemente impegnate sulla via della sperimentabilità la più spinta sull'uomo.

Per opera dapprima di Hellegers il termine di "bioetica" viene lanciato quale espressione predominante del settore dell'"etica biomedica"; per opera di Reich, con la pubblicazione della "Encyclopedia of Bioethics" (1978), si ha la prima definizione ufficiale - che diviene classica - di bioetica, che suona nel modo seguente: "Studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, quando tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali" (Encyclopedia of Bioethics, 1978).

I campi di interesse della "bioetica"

Per la maggior parte corrispondono alla necessità di valutare sotto il profilo morale-operativo i progressi della ricerca scientifica e della tecnologia applicata al campo della biologia e della medicina, che hanno notevolmente dilatato le potenzialità operative dell'uomo. Oggi il settore predominante è la ricerca sull'embrione (o da materiale biologico proveniente dall'embrione) e la ricerca genetica.

Questi settori vanno sotto la denominazione di "bioetica di frontiera".

La dimensione della riflessione bioetica si è, però, ben presto estesa anche ai problemi dell'etica medica tradizionale, come meglio vedremo in seguito.

Si tratta della valorizzazione del principio di autonomia sino a quello dell'autodeterminazione mediante il "consenso informato", nella scelta del piano di cura ed anche del singolo atto medico (almeno in taluni contesti); del "diritto alla verità" reclamato dai pazienti a prognosi infausta ed anche del diritto al non curarsi del rispetto della "confidenzialità" assolutamente personalizzata della comunicazione legata alla professione medica; della disciplina opzionale delle norme di politica

vaccinale e di quella dei controlli sanitari per malattie contagiose che riguardino la sfera sessuale (ad es. HIV-AIDS, ecc.) e si estende ad altre numerose evenienze della pratica clinica, ivi compreso il giudizio sul “comportamento” del personale verso l’ammalato (cosiddetta questione della “umanizzazione delle cure”). Questo settore suole definirsi “bioetica quotidiana”. Esso investe anche la “politica sanitaria” degli Stati moderni, considerando l’accesso alle cure mediche secondo criteri di parità e giustizia, (la cosiddetta equità); l’efficienza dei servizi, la tutela pubblica dei “diritti del malato”, la questione dell’allocazione delle risorse economiche al settore sanitario pubblico e i criteri di ripartizione delle stesse fra i vari servizi, ecc.

Infine, interessa anche l’etica del mercato allorché valuta i principi del rapporto pubblico-privato nell’iniziativa sanitaria o le questioni relative alla brevettabilità di strutture viventi a scopo commerciale, o la compravendita di tessuti e organi a scopo di trapianto, l’utilizzazione commerciale di materiale di provenienza embrio-fetale, ecc.

Questi rapidi richiami servono solamente a sottolineare il vasto impegno che ormai ha assunto la bioetica (etica biomedica in particolare) nell’ambito delle professioni sanitarie e legali.

2 - Caratteristiche fondamentali dell’etica biomedica e della bioetica clinica

Da molti secoli, la “tradizione” della medicina occidentale ha riconosciuto “contenuti etici” al rapporto che si instaura fra medico e paziente, orientato su un rapporto fiduciario fra ineguali (conoscenza da parte del medico; situazione di bisogno e debolezza da parte del malato).

Nella interpretazione tradizionale che è stata data all’elaborazione del modello esplicativo, o argomentativo, di tali contenuti, si è voluto vedere - in epoca moderna - un esempio tipico di “paternalismo”, ossia di inflessibile atteggiamento direttivo del medico sul paziente che avrebbe caratterizzato l’etica medica tradizionale.

Con l’avvento della riflessione bioetica, i modelli teorici subiscono una diversa elaborazione e ciò avviene sostanzialmente per due motivi:

- l’accresciuta valutazione della “soggettività” del malato nei confronti di se stesso e degli operatori

medici, divenuti plurimi e specialisti settoriali, ma con scarsa attitudine alla considerazione olistica della persona malata.

- la molto più elevata “pervasività” della medicina che - anche attraverso metodologie biologiche - ha spostato i traguardi del fattibile.

Da qui lo sviluppo (soprattutto negli Stati a biotecnologie più avanzate, v. Usa) di maggiore ansia e nello stesso tempo consapevolezza del malato; maggiore conoscenza diffusa delle pratiche mediche, ma impossibilità di penetrarne a fondo i limiti; conflittualità con il medico, ma necessità di istituire un clima di fiducia, e così via, da cui è derivata l’opportunità di fissare i principi che regolano i termini “contrattuali” del reciproco rapporto, prestazione per prestazione.

Questo atteggiamento ha reso necessaria anche una “sistematizzazione” concettuale, che servisse da guida nelle varie evenienze professionali: la nota elaborazione della Commissione Beaumont nel caso della ricerca bioetica ne ha inaugurato la serie, che si è estesa anche alle più correnti pratiche professionali.

In campo di riflessione più squisitamente bioetica, l’orientamento prevalso negli anni ’70-80 corrisponde all’etica dei principi (o “principlism”) di T. L. Beauchamps e J.F. Childress (1979), alla quale - negli anni più recenti - si è contrapposta l’etica delle virtù di E. D. Pellegrino e D. C. Thomasma, che hanno assunto la forza di teorie contrapposte (soprattutto nel dibattito americano).

All’una e all’altra teoria, si contrappone a sua volta - dialetticamente - la più congrua bioetica personalista, che eredita più delle altre i valori dell’etica medica tradizionale e li applica in chiave moderna. Descriveremo brevemente le peculiarità di ciascuna teoria come di seguito:

- nel campo della biomedicina, per Beauchamps e Childress sono rilevanti quattro principi: il rispetto dell’autonomia (principle of respect for autonomy), della beneficienza (principle of beneficence), della non-maleficenza (principle of non maleficence) e della giustizia (principle of justice), interpretati e giustificati nel contesto di due tipologie di teorie etiche: la teoria utilitaristica e la teoria deontologica.

Nella versione di Beauchamps e Childress, il prin-

cipio di autonomia domina su tutti gli altri, i quali sono ad esso subordinati.

- La bioetica delle virtù pone al centro del discorso etico in medicina la “qualità morale” dell’operatore sanitario, e ne caratterizza i profili di virtù (cioè di tratti abituali dell’espressione nella prassi) che debbono possedere medici e infermieri.

- La bioetica personalista si propone di giustificare il valore centrale della persona come criterio di discernimento tra ciò che è tecnicamente possibile e ciò che è eticamente lecito, sulla base di una antropologia ontologicamente fondata (il riconoscimento della sostanzialità dell’essere della persona) e di una metafisica finalistica (il riconoscimento della “legge naturale” come ordine della realtà). Su tale base la bioetica personalista formula i principi che le sono propri (il valore fondamentale della vita, il principio di totalità o principio terapeutico, il principio di libertà e di responsabilità e il principio di socialità e di sussidiarietà) ed elabora le norme specifiche in vista delle circostanze dell’azione particolare, (Sgreccia, 1990). Richiede, ovviamente, una particolare sensibilità morale dell’operatore, ed in questo recupera l’apporto della bioetica delle virtù.

A queste tre linee fondamentali, che hanno improntato lo sviluppo della bioetica in tutti i Paesi, se ne aggiungono altre che seppure di data più recente, esprimono un’interessante evoluzione del pensiero al riguardo, e su questi più recenti sviluppi vogliamo ora soffermarci.

3 - Lo sviluppo critico della bioetica più recente

Il “principlism” di Beauchamps e Childress è stato sottoposto, di recente, ad alcune critiche:

- È anch’esso di impostazione troppo astratta, per costituire una fonte di autentico criterio di giudizio.

- Il primato dato all’autonomia (che risolve la gerarchia fra di essi in casi difficili) può venire a contrasto con l’impostazione stessa del criterio, che vuole che nessuna posizione predomini sull’altra senza il consenso di ambedue i partners del dialogo (Stuart Hampshire, 1989).

- Per il medico, la supremazia del principio di autonomia può essere seriamente contrastante con il suo dovere di beneficalità.

Per tutti questi motivi, si sono sviluppate correnti etiche sostanzialmente antifondamentaliste (nel senso che non riconoscono la possibilità di una verità etica fondante), le quali tendono ad affermare il “relativismo” (molto attraente nell’epoca della post modernità), e correnti fondamentaliste, alcune delle quali ripristinano addirittura il significato “religioso” originale della medicina (nel senso della fede che guarisce, tramite l’opera del medico).

Il relativismo tende oggi a prevalere, accogliendo tutt’al più una blanda teoria dei doveri (cosiddetti doveri prima facie), basata sull’accordo sociale.

Tuttavia anche il relativismo morale non si sottrae al rilievo in base al quale - esaminando comparativamente le varie diversità culturali - è possibile comunque enucleare elementi strutturali etici, transculturali e interculturali, che fanno da base comune. Questo, per alcuni, può anche ricollegarsi alla cosiddetta “legge naturale” attraverso una versione moderna evolucionisticamente basata sul codice genetico dell’istinto che regola il comportamento; per altri, sulle analogie che si riscontrano lungo la storia delle varie popolazioni nello stabilire il “contratto sociale” fra gli uomini che risponde a regole fondamentali sostanzialmente uniformi.

La relazionalità, la presenza del “volto dell’altro” (come Ricoeur e Levinas insegnano), determinerebbe cioè il carattere interpersonale della moralità.

La teoria delle virtù è antica quanto Socrate, e rivisitata da Aristotele non solo nel contesto “personalistico”, ma nel contesto della “politica”, viene a corrispondere a quella rettitudine dei cittadini, oggetto dell’attuale etica pubblica.

Fatta propria anche da Tommaso d’Aquino, afferma che ogni essere umano possiede una innata propensione naturale ad agire per il bene sotto il profilo morale, ma richiede una linea direttiva lungo la quale si sviluppi l’esercizio della predisposizione naturale abituale verso il bene e il rifiuto del male. Le virtù sono definite come l’abito operativo abituale “positivo” del soggetto umano verso il bene. Naturalmente, si è andati alla ricerca di quei tratti del carattere che specificassero il possesso della virtù: per l’uomo, in generale sono coraggio, amore, amicizia, responsabilità, sincerità, ecc.

Già per G. Pence (1980), il medico - alle “virtù” di tutti - doveva aggiungere l’umiltà (opposta all’ar-

roganza), la compassione, il rispetto della buona scienza (integrità).

Negli anni successivi, si deve a Pellegrino e Thomasma (1993, 1996, ecc.) una elaborazione compiuta in chiave di teoria delle virtù dell'etica medica: questa teoria è quella che recupera i messaggi della deontologia meglio di altre, offre spazio (e non rinnega apoditticamente) il "principialismo", ma lo guida ancorandolo ad una concezione prioritaria del bene e del male, del giusto e l'ingiusto che evidentemente deve essere offerto dai valori espressi dalla società contemporanea (Pellegrino, 1995). Si distacca, dunque, quale via intermedia, dal fondamentalismo e dal relativismo.

Ovviamente, tutto si gioca nella "pratica" delle virtù, ove la pratica assume il significato di un'attività coerente e organizzata di chi la svolge (professione).

Nel caso della medicina, non c'è una "moralità neutra" dell'attività del medico, ma un'attività intrinsecamente morale alla professione, rivolta ad un fine (quello terapeutico) verso il quale debbono orientarsi i metodi. La moralità della medicina non può essere "estrinseca" (o eteronoma), ma a somiglianza di quella dell'infermiere, del giudice, dell'insegnante è dotata di un "ethos" caratterizzato da principi propri.

Non è negoziabile (come vorrebbe T. H. Engelhardt) il fine della medicina, ma sarebbero "negoziabili" le singole terapie e singole soluzioni in accordo con il sentire sociale, ma anche con la coscienza e l'esperienza del medico.

A dispetto del "pluralismo" culturale e del politeismo dei valori, la medicina deve infatti mantenere i suoi "standard" etici intrinseci, basati sulle esperienze e le virtù del medico. In tale luce, anche il "principialismo" si definisce come una esasperata deviazione dell'etica medica.

Un certo numero di autori, in particolare americani, si è schierato a favore dell'"etica del prendersi cura", come manifestazione concreta dell'etica delle virtù.

In questo caso, si vuole superare l'etica dei principi, che a molti appare come la ricerca di regole morali obiettive indipendenti dalle caratteristiche individuali delle persone sofferenti. Se si mantiene saldo un punto di partenza, e cioè che ciò che conta

non è tanto la bontà del singolo atto, ma la moralità dell'intero svolgersi dell'esistenza, si viene a concentrare l'attenzione sulle concezioni di vita proprie del paziente (e non quelle degli osservatori esterni), e questo - secondo la teoria - è quello che conta nel "prendersi cura" empaticamente dell'altro.

Questa visione etica cerca di creare un ponte fra la "beneficialità medica tradizionale" - eliminando il "paternalismo" visto come "superamento del bene del paziente ed attuazione delle convinzioni intellettuali o degli impulsi emozionali del medico" (Pellegrino e Thomasma, 1988) - e l'intuizionismo relazionale proprio della visione femminista del prendersi cura (Gilligan, 1982).

Poiché molti dubitano che - nel mondo moderno - la virtù intesa come linea di condotta del medico sia realizzabile, ed altrettanto lo sia la virtù applicata al malato - che dovrebbe essere forte, paziente, incrollabilmente fiducioso nell'opera del medico secondo Lebacqz (1985) - l'etica del prendersi cura viene da molti vista con favore, quale più realisticamente adattabile ai bisogni dell'altro, soprattutto se affetto da malattia a decorso cronico.

Ovviamente, si tratta di stabilire i "limiti" entro i quali il prendersi cura non venga a conflitto con i principi morali inalienabili ed oggettivi, come la illiceità della soppressione della vita umana e così via (v. il caso dell'eutanasia per pietà, ecc.).

Di fronte a tutti questi "tentativi" di lettura della bioetica in base ad una sistemazione teorica, la linea "personalistica" dimostra maggiore stabilità e coerenza proprio nella sistemazione stessa.

Tuttavia, anche in questo ambito non sono poche le differenziazioni fra diverse concezioni della persona che hanno forte peso nella bioetica medica contemporanea e nel diritto.

Infatti in base alle norme di diritto corrente il concetto di persona è applicabile solo dal momento della nascita, mentre per la corrente del "personalismo ontologicamente fondato" tale concetto va esteso anche all'embrione umano.

Tale antinomia non trova al momento possibilità di composizione per gli "interessi" di altra natura sottostanti alle due versioni.

Per i primi, l'embrione è una "persona potenziale", per i secondi è una "persona in realizzazione progressiva e continua". Anche nella letteratura più

recente questo contrasto permane in merito allo “statuto morale” da attribuire all’embrione e di conseguenza allo “statuto giuridico”, mentre notevoli convergenze si ritrovano nella considerazione etica della “dignità umana” e della “tutela” spettante all’essere umano dal momento della nascita in poi.

Ovviamente, la linea personalistica più delle altre risente della tradizione religioso-cristiana, che ha improntato anche l’etica medica nei secoli passati, e si sforza di mantenere intatto quel patrimonio di coerenza etica della professione medica, contraria ad ogni attentato alla vita e se mai operante a favore della vita, che deriva oggi anche come messaggio di valore spirituale da molte confessioni religiose (cristiane, in particolare cattolica e ortodossa, parzialmente anche dall’ebraica e musulmana) e da settori agnostici della cultura contemporanea.

4 - Bioetica e biodiritto nello sviluppo di un’etica sovranazionale

Come reagisce il diritto a queste evoluzioni della riflessione etica e del sentire comune?

La Comunità internazionale non ha mancato di prendere coscienza di questi problemi, ed ha intrapreso la formulazione di raccomandazioni, ma anche di Convenzioni alle quali le legislazioni nazionali dovrebbero adeguarsi per un ordinato sviluppo della comunità umana, favorendo pluralismo, tolleranza e metodo democratico della ricerca del consenso.

Convenzione europea sui diritti dell’uomo e la Biomedicina

Si tratta di una Convenzione nata da un lavoro del Consiglio d’Europa, sottoposta alla firma dei Paesi Europei a partire dal 7 aprile 1997 nella solenne presentazione avvenuta ad Oviedo (cosiddetta Convenzione di Oviedo).

Al momento 26 Paesi l’hanno sottoscritta e 5 ratificata a livello dei Parlamenti nazionali.

Questa Convenzione afferma principi di grande rilievo come la necessità di proteggere l’essere umano e di assicurarne l’integrità, il primato dell’uomo rispetto alla società ed alla scienza, il valore del consenso in ogni atto medico, il divieto dell’utilizzazione commerciale del corpo umano, la tutela della vita privata per quanto riguarda i dati

sanitari, il divieto di manipolazione genetica non terapeutica, il divieto di produrre embrioni umani a scopo di ricerca.

Si tratta di principi sui quali vi è ampio consenso, poco spazio è stato invece riservato a questioni più “spinose” come la tutela della vita prenatale.

In ogni caso il lavoro di redazione si è svolto secondo lo spirito di un costante confronto e mediazione, alla ricerca della linea etico-giuridica “minimale”. Del resto non avrebbe potuto essere diversamente, considerata l’esigenza di accordare leggi, culture e sensibilità in parte difformi fra i vari componenti della Comunità Europea.

Dichiarazione universale sui diritti dell’uomo ed il genoma umano dell’UNESCO

Si tratta di una solenne “Dichiarazione” proveniente dal Comitato Internazionale di Bioetica (CIB), che ha come punti di riferimento delle linee-guida coerenti con la missione dell’UNESCO (libertà della ricerca, protezione della persona umana, salvaguardia della specie umana, importanza dell’educazione e della informazione delle persone).

All’interno di questo documento è stato anche affermato un principio di fondamentale importanza e cioè che il genoma umano è, in senso simbolico, proprietà di tutta l’umanità e dunque, in quanto tale, non può essere manomesso.

Gli altri articoli della Dichiarazione sono invece di tipo applicativo e riguardano le modalità con cui si può fare ricerca sul genoma.

Anche in questo caso, però, non si fa menzione esplicita della tutela della vita prenatale.

Direttiva comunitaria 48/98 sulla protezione giuridica delle invenzioni biotecnologiche

Anche in questo caso ci si ispira ai diritti umani garantiti dalla Convenzione Europea sui diritti dell’uomo e la salvaguardia delle libertà fondamentali, firmata a Roma il 4 novembre 1950, quali risultano dalle tradizioni costituzionali comuni degli Stati membri, in quanto principi generali di diritto comunitario.

In particolare l’art.3 della Convenzione riconosce il principio generale della *brevettabilità del materiale biologico* purché costituisca un’invenzione ai sensi del diritto brevettuale, secondo la formula

ormai codificata dell'art. 27, par. 1 dell'Accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio (TRIPS).

L'art. 5 sancisce invece il divieto assoluto di brevettabilità del corpo umano nei vari stadi della sua costituzione e del suo sviluppo (anche embrionale) e della mera scoperta dei suoi elementi, compresa la sequela parziale di un gene. Va rilevato peraltro che, sotto questo ultimo profilo, tale Direttiva assicura un livello di protezione meno elevato di quello sancito dalla Convenzione sulla Biomedicina del 1997, che vieta espressamente la produzione di embrioni umani a fini di ricerca.

Conclusioni

Da questo excursus sui Documenti internazionali più significativi elaborati in questi ultimi anni circa l'utilizzo delle innovazioni biotecnologiche nel campo della medicina, appare evidente lo sforzo che è stato compiuto per arrivare a formulazioni che rappresentassero il punto di incontro fra diversi interessi in gioco spesso contrapposti (libertà di ricerca, libertà di iniziativa economica, rispetto della vita, della dignità e della salute).

Tuttavia l'assoluta contrapposizione di posizioni in un campo tanto delicato come quello della Bioetica fa sì che si possa sperare solo in un "diritto minimale" che cioè fissi delle regole minime che trovino applicazione in tutti i Paesi, un diritto basato su di un minimo comune denominatore, ma difficilmente potrà mai imporsi un diritto altamente cogente.

Laddove il diritto non arriva, resta però la responsabilità personale, ed è per questo che è fondamentale l'attenzione al problema dell'educazione alla Bioetica, alla formazione delle persone, grande tema ed al contempo grande sfida che sta davanti a noi.

In questo senso grande merito va agli ormai numerosi Comitati Etici locali, che in questi ultimi anni hanno senza dubbio contribuito alla diffusione di una nuova sensibilità etica nei diversi ambiti della società civile.

Asterisco

Amore e arricchimento culturale

Il ruolo delle arti consiste precipuamente nell'arricchire la nostra vita, nell'aiutarci a spingere lo sguardo oltre gli schemi dell'usuale, nel rivelare modi nuovi e diversi di vedere le cose, nel favorire la nostra comprensione delle molte porte che danno accesso allo spirito.

La vita a volte può essere alquanto amara. Vi sono giorni in cui non sembriamo poterci levare al di sopra delle piatte contingenze materiali, in cui dimentichiamo che la vita offre più di quanto ci è concesso di sperimentare entro i limiti ristretti della nostra mente. Tutti abbiamo dunque il dovere di ricordarci che, ampliando le nostre vedute e condividendo nuove sfere esistenziali con le persone da noi amate, rinnoviamo e intensifichiamo al tempo stesso i legami speciali che ci uniscono.

Contemplare insieme il tramonto o il dilagare delle ombre che annunciano la sera, è un'esperienza che ci rigenera e rinnova, quand'anche dovesse replicarsi all'infinito. Stupire dinanzi al volo di un branco di oche o accentrare la nostra attenzione sul percorso di una chiocciola che arranca lentamente sul terreno, ha il potere di arricchirci per vie sottili e misteriose. Anche la musica può infrangere le barriere verbali da noi create mentre raggiunge livelli profondi, non linguistici, della coscienza.

Mozart ci colora delicatamente con le sue note. Wagner ci soggioga con la sua potenza. Vivaldi ci purifica. Immergendoci nelle grandi tele variopinte di Rothko, negli accesi paesaggi di Van Gogh o nel mondo dorato del Tintoretto, noi siamo ponti universali per le persone che amiamo.

È veramente doloroso che il genio di tanti secoli di personalità creative venga del tutto ignorato, quale strumento di maggior comunione nell'amore, ancorché ci sia dato di spartirlo in qualunque momento fra noi.

LEO BUSCAGLIA
(da *Nati per amare*)

Così prende vita un nuovo farmaco: dal suo concepimento alla sua nascita

GIUSEPPE MAIOCCHI

È lavoro essenziale, frutto di accurata ricerca. Risponde anche a un gruppo di lettori spinti da curiosità e interesse per il farmaco, per la sua nascita, la sua natura e l'iter di cui in genere troppo poco o nulla si conosce, data l'importanza assunta dalla inevitabile esigenza di cure e dalla sempre crescente fruizione di farmaci individualmente e non solo.

Premessa remota

“Il Signore ha creato i medicamenti dalla terra, l'uomo assennato non li disprezza [...] Dio ha dato agli uomini la scienza perché potessero gloriarsi delle sue meraviglie, con esse il medico cura ed elimina il dolore e il farmacista prepara le miscele”. Queste parole del libro del Siracide (38, 27 1-8) ci lasciano indubbiamente stupiti: circa seicento anni prima di Cristo già si metteva bene in luce il complesso rapporto tra paziente, medico e farmaco. Prima di tutto, è vero, c'era allora la fiducia in Dio creatore dei medicamenti, ma nello stesso tempo si raccomandava al saggio di non disprezzarli, ma di utilizzarli anzi per la cura del malato, affidandosi al medico e al farmacista.

Torniamo all'oggi

“Ci vuole il cortisone” “Basta un'aspirina” “Dovrà fare l'insulina”. Frasi e modi di dire che fanno parte del nostro linguaggio: vita di tutti i giorni. I farmaci sono presenti nella nostra realtà quotidiana, ci aiutano a curare o sopportare meglio le malattie. Eppure non è sempre stato così. Fino all'inizio del '900 si moriva facilmente di infezioni, la mortalità infantile era elevatissima, per gli interventi chirurgici esistevano solo anestetici poco efficaci e poco sicuri, si doveva sopportare in maniera eroica il dolore fisico, non esistevano rimedi per il diabete, l'epilessia, l'ipertensione, i disturbi mentali e numerose altre patologie.

Un secolo di scoperte di nuovi farmaci ha completamente modificato la qualità della vita: alcune malattie oggi non preoccupano più, la speranza di vita media,

nel mondo occidentale, si avvicina agli 80 anni, mentre all'inizio del secolo non raggiungeva i 50.

Uno sguardo dal punto di vista dell'industria farmaceutica

Il grande progresso scientifico ha certamente portato alla scoperta di nuovi farmaci, ma questi sono anche conseguenza degli enormi investimenti in ricerca fatti dall'industria farmaceutica; questa affermazione è ovvia per chi opera all'interno del mondo del farmaco, ma non lo è altrettanto per i “profani”. Per tutti è evidente che le grandi acquisizioni tecnologiche del ventesimo secolo, per esempio le automobili o i computer, sono state rese possibili dal grande sforzo dell'industria, eppure non è così riconosciuta l'importanza dell'industria farmaceutica nella scoperta di nuovi farmaci. E' vero che in alcuni casi le prime segnalazioni sono avvenute all'interno di università o di ospedali, tuttavia lo sviluppo e l'ottimizzazione, per ottenere farmaci efficaci e maneggevoli, si sono realizzati attraverso investimenti e rischi notevoli da parte dell'industria farmaceutica. Negli Stati Uniti, ad esempio, nel 1998 c'è stato un investimento di oltre 30mila miliardi di lire per la spesa in Ricerca e Sviluppo, a fronte della spesa estremamente bassa che si è avuta in Italia: nello stesso anno, il totale delle industrie farmaceutiche ha investito circa 1500 miliardi (la metà della media europea). Si valuta che il costo totale di ricerca di un farmaco, dall'idea iniziale alla disponibilità per i pazienti, si aggiri intorno ai 600 miliardi di lire. La stessa ricerca dice che una nuova molecola riesce a diventare farmaco

in un tempo medio di circa 15 anni. Naturalmente molte industrie farmaceutiche investono una consistente quota di fatturato (fino al 20%) in ricerca e sviluppo con l'obiettivo di trovare nuovi farmaci che possano garantire poi un ritorno dell'investimento stesso. Le fusioni avvenute negli ultimi anni, nell'industria farmaceutica, sono una dimostrazione delle difficoltà del settore e della necessità vitale delle industrie di avere a disposizione una massa critica di risorse e know-how per individuare e sviluppare farmaci di successo; nonostante il crescente investimento, il numero dei farmaci innovativi approvati ogni anno è stabile da almeno 10 anni.

Il futuro e le sue aspettative

Il progressivo aumento della durata della vita e le esigenze per migliorarne continuamente la qualità, le condizioni di vita sempre più stressanti e ansiogene, il cambiamento delle abitudini alimentari con conseguenti danni cardiovascolari e metabolici, le modificazioni dell'ambiente con le patologie da inquinamento, sono tutte condizioni che richiedono nuovi farmaci per soddisfare nuove esigenze dei pazienti. Inoltre molte patologie (tumori, ictus cerebrale, danni da traumi cerebro-spinali, malattie immunologiche, infarto, infezioni fungine e virali, tubercolosi, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson) sono ancora inguaribili o trattate con terapie poco efficaci: in questi campi, oggi, sono indirizzati i maggiori investimenti del settore farmaceutico. D'altro canto altre patologie non giustificano più investimenti simili a quelli di qualche tempo fa. Ad esempio l'ipertensione, o l'ulcera peptica hanno richiesto rilevanti investimenti soprattutto tra gli anni '60 e '70. Tali risorse hanno portato alla scoperta e allo sviluppo di farmaci efficaci e sicuri che hanno portato una riduzione degli investimenti in questi ambiti.

Ma cos'è un medicinale?

“E' da intendersi come medicinale ogni sostanza o composizione presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane o animali, nonché ogni sostanza o composizione da somministrare all'uomo o animale allo scopo di stabilire una diagnosi medica o di ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo o dell'ani-

male” (D.Lgs. 178 del 28 maggio 1991). Così è la legislazione italiana. Inoltre la denominazione “specialità”, indica che il farmaco è protetto da un nome e da un brevetto di invenzione e può essere prodotto e messo in vendita solo dal proprietario. I medicinali preparati dal farmacista dietro richiesta del medico vengono definiti “galenici”. Sono invece chiamati “medicinali da banco” quelli che non richiedono l'intervento di un medico per la loro prescrizione.

Verso un nuovo farmaco: pronti, via!

- *La fase preclinica, alla ricerca di una molecola interessante*

La ricerca preclinica inizia quando, disponendo di modelli (test o saggi biologici) semplici ed accurati, standardizzati in vivo e in vitro, essi vengono utilizzati per individuare la molecola interessante dotata dell'attività farmacodinamica richiesta. In questa fase di screening si deve analizzare un elevato numero di molecole, alla ricerca di quella con una specifica attività, ad esempio su di un recettore o su di un enzima. L'analisi strutturale delle molecole così esaminate, porterà a formulare ipotesi sulle caratteristiche della molecola, da verificarsi con ulteriori prove, in un processo che vede un continuo miglioramento delle molecole in esame. La struttura chimica che si viene a delineare da questa selezione è detta *lead compound* (composto guida).

Le fonti da cui si può ricavare una molecola interessante, e quindi un nuovo farmaco, sono molteplici; si va dalla sintesi chimica ai microrganismi e alle sostanze presenti nel regno vegetale e animale, dalla chimica estrattiva alla biologia molecolare.

Analizzeremo ora, brevemente, le possibili fonti per la nascita di un nuovo farmaco.

- *Ciò che fa la sintesi chimica*

Mentre in un recente passato si è verificato che, per una determinata patologia, molte industrie farmaceutiche mettevano in commercio farmaci con caratteristiche simili, oggi il settore del farmaco, regolamentato in modo più restrittivo che in passato, è poco favorevole ai cosiddetti *me-too drugs* (farmaci copia). Le principali aziende farmaceutiche utilizzano attualmente processi di chimica combinatoriale che permette la sintesi di un numero enorme di nuovi composti attraverso reazioni

standard che prevedono di far reagire tra di loro una serie di molecole in tutte le loro possibili combinazioni: qualora una molecola si riveli attiva, inizia il lavoro che più impegna il chimico: individuare quella parte della struttura chimica della molecola che interagisce con il sito d'azione, e successivamente sintetizzare nuovi derivati più potenti e selettivi.

- Ciò che fa la natura

Nel regno vegetale e animale sono presenti sostanze dotate di potenti azioni farmacologiche. Non si può inoltre trascurare il patrimonio culturale che millenni di medicina tradizionale rappresentano, pur ricordando che i rimedi di origine vegetale non sono privi di rischi, proprio come lo possono essere le sostanze di origine sintetica: in natura esistono, infatti, alcuni tra i più potenti veleni. E' comunque innegabile che ancor oggi la nostra capacità di sfruttare al meglio il gran numero di composti esistenti in natura, sia molto limitata. Eppure l'uso delle piante medicinali è assai antico, basti ricordare l'erbario di Pen Tsao del 3000 a.C. ed il papiro di Ebers del 1500 a.C. L'inizio delle scienze farmaceutiche vede la descrizione delle proprietà farmacodinamiche delle piante officinali, l'estrazione dei più importanti principi attivi, la loro caratterizzazione chimica e farmacodinamica, la loro sintesi con metodi di chimica organica. Inoltre, con le moderne tecniche automatizzate oggi disponibili, è possibile analizzare in vitro migliaia di estratti vegetali in

breve tempo. A volte è opportuno preparare per sintesi quelle molecole complesse che sino a qualche tempo fa erano ottenibili solo per via estrattiva; un tipico esempio è quello del *paclitaxel*, un importante farmaco antitumorale: l'estrazione dalla corteccia dell'albero dove esso è presente avrebbe comportato problemi ecologici gravissimi che sono stati superati applicando una parziale modificazione chimica su di una molecola presente in una specie simile e contenuta nelle foglie, la cui utilizzazione non danneggia la vita dell'albero. Ancora oggi, quindi, si continua a sfruttare questa inesauribile fonte di molecole e di idee e numerosi sono i farmaci che nascono grazie alla ricchezza del mondo vegetale (tabella 1) Anche dai microrganismi, cioè dal mondo animale, si ottengono dei farmaci: la storia della scoperta della penicillina ne è un esempio lampante. In generale, l'estrazione di principi attivi dal corpo degli animali è pratica molto antica, spesso legata a riti e miti. Inoltre non va dimenticato che i sieri e i vaccini vedono la propria origine proprio nel regno animale, e i prodotti estratti da organi animali hanno ancor oggi un buon interesse e sono basi di partenza per sintetizzare strutture chimiche analoghe da valutare nei test di screening.

- Ciò che fa la biotecnologia

Da oltre dieci anni la biologia molecolare è disciplina presente in tutti i laboratori di ricerca ed insieme alla chimica, alla farmacologia, alla tossicologia, contribuisce all'individuazione e allo sviluppo di

Tabella 1. Esempi di principi attivi di origine naturale		
<i>Principio attivo</i>	<i>origine</i>	<i>applicazione in terapia</i>
Atropina	Atropa belladonna	antispastico
Calcitonina	Salmone/Anguilla	antiipercalcemico
Cocaina	Foglie di coca	anestetico locale
Digossina	Digitalis purpurea	cardioattivo
Eparina	Maiale (intestino)	antitrombotico
Ace-inibitore	Veleno di serpente	antiipertensivo
Morfina	Papavero da oppio	analgesico
Paclitaxel	Albero Tasso	antitumorale
Penicillina	Fungo (penicillum)	antibiotico
Teofillina	Foglie di tè	antiasmatico

nuovi farmaci. Le biotecnologie procedono in modo considerevolmente diverso rispetto a quello tradizionale: si parte dal presupposto che una sostanza endogena (generalmente una proteina), in determinate malattie, sia carente e quindi, con la sua somministrazione, si possa risolvere una situazione patologica. In tal modo si è riusciti ad ottenere quantità elevate di varie proteine presenti nell'organismo umano, per utilizzarle come farmaci. Insulina, interferone, ormone della crescita, fattori di crescita dei granulociti, sono alcuni esempi di farmaci ottenuti con le biotecnologie. Dagli anni '80 studi con le tecnologie del DNA ricombinante, hanno portato alla disponibilità di nuovi vaccini per l'epatite B o la pertosse, altre ricerche sono in corso per intervenire su infezioni virali come l'AIDS o per "educare" il sistema immunitario a difendersi da malattie quali i tumori. La maggior parte dei prodotti biotecnologici disponibili sono dei peptidi o dei saccaridi complessi. Una volta individuata la molecola desiderata, entra in gioco la capacità di scoprire la migliore strada per farla produrre in quantità e qualità adeguata da un microrganismo, modificato nel suo corredo genetico per renderlo adatto allo scopo.

- Ciò che fa la genetica

La genetica e la possibilità di intervento sui geni sono l'ultima frontiera nella ricerca biomedica. E' ancora presto per capire il potenziale di questa nuova forma di terapia: certamente si conoscono sempre più geni che in presenza di mutazioni diventano responsabili di malattie ereditarie o di patologie diffuse, come i tumori. Con la terapia genica si vogliono somministrare geni sani in organi o tessuti dove sono presenti geni mutati, responsabili di una determinata malattia. Il problema è trasportare i geni sani nelle cellule bersaglio per ottenere l'inserimento corretto del DNA. Con funzione di veicolo si usano virus (retrovirus, adenovirus) o membrane artificiali come i liposomi: in pratica la terapia genica va immaginata come la somministrazione di una sospensione di virus o liposomi per via locale o sistemica. Si tratta quindi di una nuova terapia farmacologica. Le acquisizioni fatte con lo studio del genoma hanno portato allo sviluppo di una disciplina denominata in inglese "proteomics", lo studio del profilo proteico di cellule e tessuti, da cui ci si aspettano ricadute di notevole interesse.

Le verifiche in vitro e in vivo

Una volta individuata, nella fase di screening, una molecola interessante, inizia su di essa una prima serie di verifiche. Di solito si utilizzano saggi in vitro e in vivo per verificare l'attività biologica della molecola in esame, al confronto con altre molecole note per la loro attività. Se non esistono molecole per il confronto è necessario decidere quale modello sperimentale utilizzare per valutare l'azione del composto in esame. Da un punto di vista pratico, dati i costi elevati legati alla sperimentazione biologica e la tendenza a ridurre sempre di più gli animali da esperimento, si parte prima da test semplici, in vitro, e poi si passa agli studi sui roditori, e solo se necessario, su altre specie animali. Di frequente la letteratura scientifica riporta la descrizione di nuovi metodi per studiare nell'animale condizioni patologiche di vario genere: esistono anche metodi che utilizzano animali geneticamente selezionati per una data patologia (ratti obesi) o animali transgenici ottenuti dalle tecniche di manipolazione del genoma. Il farmacologo deve comunque attentamente valutare tutti i modelli disponibili: è fondamentale essere consapevoli che nessun modello animale è identico alla patologia umana che si intende studiare. E poi, ammesso che la molecola in esame sia attiva a dosi compatibili con il suo profilo tossicologico, come risponderanno i pazienti ad un trattamento acuto e, in molti casi, cronico? A proposito della sperimentazione animale, va inoltre ricordato che è aumentata la sensibilità su questo tema, da parte dei ricercatori; così si fanno molte più ricerche in vitro, su culture cellulari o target biologici ottenuti con la biologia molecolare. Quando è possibile si utilizzano metodi alternativi che forniscano informazioni utili con l'uso di modelli statistici appropriati, riducendo così il numero degli animali. Inoltre le condizioni di trattamento e di stabulazione degli animali sono regolate da una precisa normativa (D. Lgs. 116 del 27 gennaio 1992). Detto questo si dovrà quindi considerare che solo molecole veramente promettenti dal punto di vista dell'attività e del basso profilo di tossicità possono avere valide probabilità di successo e alla base delle scelte relative ai test da applicare e alle decisioni da prendere, stanno le capacità critiche e analitiche dei ricercatori.

Quando? Quale dose?

La farmacocinetica risponde

Mentre procedono gli studi su di una molecola interessante, è di fondamentale importanza la scelta della dose, della via e della forma di somministrazione, per ottimizzarne l'effetto terapeutico, ridurre al minimo gli effetti collaterali e ottenere un farmaco di facile assunzione.

La farmacocinetica è la disciplina che studia come una molecola o un farmaco, dopo essere stato assunto, viene assorbito, distribuito, metabolizzato ed escreto; valuta inoltre l'andamento nel tempo della sua concentrazione e dei suoi metaboliti nei fluidi, nei tessuti e negli escreti dell'organismo. Succede di frequente che molecole molto interessanti per l'attività biologica in diversi modelli sperimentali *in vitro*, non siano attive *in vivo*, quando vengono iniettate per via parenterale o somministrate per via orale. Per questo le molecole attive che soddisfano i criteri stabiliti di potenza e selettività, vengono subito studiate dal punto di vista farmacocinetico. Anni di esperienza hanno infatti dimostrato che circa un terzo delle molecole, in fase di sviluppo, dovevano essere abbandonate per problemi di farmacocinetica (emivita di eliminazione troppo breve o troppo lunga, assorbimento insufficiente, metabolismo epatico troppo rapido, metaboliti tossici,...). È necessario quindi, attraverso un'interazione continua con i chimici farmaceutici, migliorare il profilo cinetico delle molecole. E' noto poi che specie animali diverse differiscono per il corredo di enzimi microsomiali epatici, diventa quindi importante individuare qual è la specie animale più adatta per gli studi di tossicologia, così da ottenere informazioni attendibili sulla sicurezza del farmaco destinato all'uomo.

Per evitare effetti dannosi:

la tossicologia scende in campo

In origine la tossicologia si occupava dello studio dei veleni. Oggi è definita come quella branca delle scienze biomediche che studia gli effetti avversi di molecole di origine animale, vegetale o di sintesi, allo scopo di predire potenziali rischi per l'uomo e per l'ambiente. L'indagine preclinica tossicologica valuta in modo completo i potenziali nuovi farmaci in termini di rischi per l'uomo; infatti questi studi individuano le modalità, i siti, i gradi dell'eventuale azione tossica, la dipendenza dalla dose, la latenza o la regressione degli effetti, le differenze degli effetti legati al sesso, ... Per questo gli organi preposti alla salute pubblica (Ministeri della Sanità dei singoli Paesi, Enti regolatori sovranazionali) richiedono l'esecuzione di una serie di studi cui sottoporre una nuova molecola prima che essa diventi un farmaco: in base alle diverse fasi sperimentali che si intendono intraprendere nell'uomo, dovranno essere disponibili i dati specifici riferiti all'animale; si è dimostrato infatti che quasi tutti i tipi di tossicità che si riscontrano nell'uomo possono essere replicati nell'animale, anche se questa correlazione non si applica a tutte le specie. Solo pochi eventi tossici restano esclusi dalla valutazione con animali da laboratorio, ad esempio i danni agli organi di senso, alcuni tipi di reazioni allergiche ... L'uso di più specie animali, nelle prove di tossicità, cerca di ovviare proprio a queste difficoltà; anche se questo approccio ha sempre suscitato forti critiche, esso è quello che consente di affrontare, nel modo più corretto, una sperimentazione clinica. La tabella 2 indica che non esistono modelli alternativi all'animale da laboratorio per scoprire alcuni effetti collaterali di farmaci su organi e sistemi.

In estrema sintesi, le principali risposte che la tos-

Tabella 2. Alcuni effetti tossici misurabili *in vivo* per cui non esistono test adeguati *in vitro*

convulsioni	ototossicità	fragilità ossea
tremore	vomito	ipertensione
iperfagia	sonnolenza	ipertermia
sedazione	eccitazione	amnesia
neurotossicità	ipovisione	infiammazione

sicologia sperimentale deve fornire sono le seguenti:

- definire la minima dose che produce effetti tossici;
- definire la relazione tra dose terapeutica e dose tossica;
- individuare quale struttura cellulare, organo o sistema sia il bersaglio della tossicità;
- definire le caratteristiche dell'effetto tossico determinato dalla molecola o dai suoi metaboliti;
- stabilire la reversibilità o meno degli effetti tossici osservabili.

Un programma di valutazione tossicologica contempla queste fasi:

- *tossicità per singola somministrazione*
- *tossicità per somministrazione ripetuta*
- *tossicità nella riproduzione*
- *mutagenesi*
- *cancerogenesi*
- *tossicità speciali*

Si stima che gli studi di tossicologia per un nuovo farmaco richiedano fino a otto anni, con un costo superiore ai dieci miliardi di lire.

Supposta o sciroppo:

definizione della forma farmaceutica

Il principio attivo contenuto nella molecola interessante che abbiamo fin qui seguito, raramente è somministrato come tale, ma di norma viene accompagnato da sostanze inerti dette eccipienti. Questo ulteriore passo è a carico della tecnica farmaceutica, una disciplina che richiede notevoli risorse umane ed economiche e che è soggetta alla ottemperanza di leggi internazionali. Nello sviluppo farmaceutico si distinguono più fasi: la preformulazione, la formulazione ed analisi, la stabilità accelerata e no, la messa a punto del processo di produzione, l'applicazione del processo su scala pilota, l'industrializzazione, la validazione del processo, la stabilità dei lotti produttivi.

Proteggiamo la nuova molecola:

l'importanza dei brevetti

La copertura brevettuale di una molecola ha un'importanza fondamentale per l'industria farmaceutica in quanto ne salvaguarda l'investimento fatto in

ricerca innovativa. Il brevetto assicura il diritto esclusivo di sfruttare l'invenzione, nei limiti territoriali in cui esso è stato richiesto e per i limiti temporali del brevetto stesso: solitamente 20 anni. In campo farmaceutico esistono diversi tipi di brevetti:

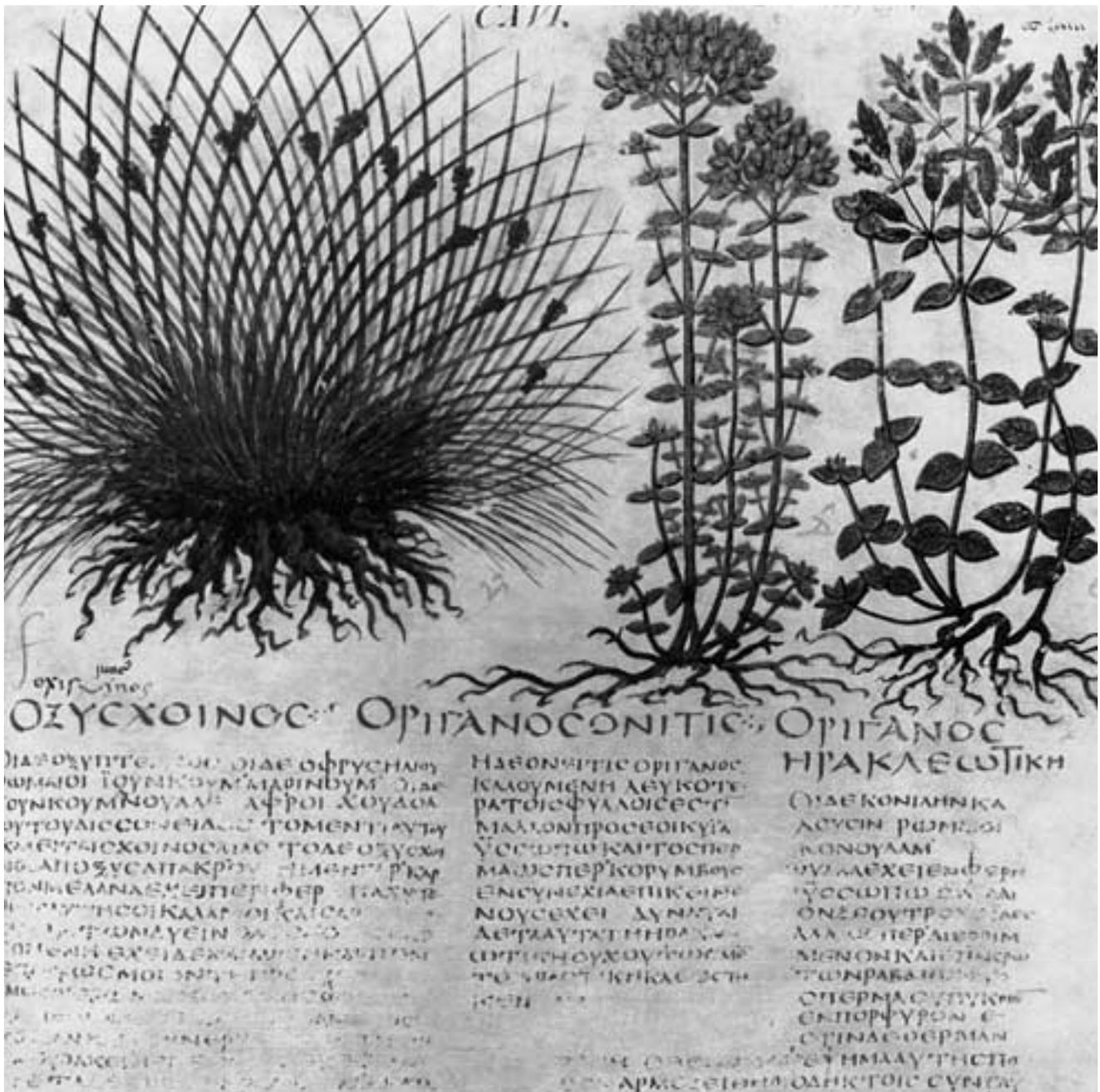
- i brevetti di prodotto: sono i più importanti, coprono una nuova molecola o una composizione farmaceutica non esistenti in natura e che per questo vengono definite vere e proprie invenzioni;
- i brevetti di processo: si riferiscono a nuovi procedimenti per l'ottenimento di un prodotto. Si brevetta così il procedimento per ottenere un composto naturale, ad esempio l'insulina, mediante l'uso di microrganismi modificati con le tecniche del DNA ricombinante;
- i brevetti d'uso: coprono il nuovo impiego terapeutico di una molecola che può essere già nota e impiegata diversamente.

La concessione del brevetto avviene mediante deposito di una domanda e successivo esame di quanto rivendicato. Solitamente la domanda di brevetto viene resa pubblica dopo 18 mesi dal primo deposito: il periodo di segretezza precedente serve agli inventori per perfezionare l'invenzione e depositare, eventualmente, nuove domande di brevetto su argomenti correlati.

E' nato un nuovo farmaco!

Si parte verso la sperimentazione clinica

La molecola interessante che abbiamo fin qui seguita, è ormai stata precisamente formulata, e da ora in avanti la chiameremo farmaco. Questo non vuol dire che tale farmaco sarà liberamente a disposizione. Comincia ora una lunga e accurata indagine sull'uomo al fine di valutare l'efficacia e la sicurezza del nuovo composto. Per dare inizio agli studi nell'uomo è necessario ottenere un'autorizzazione non ancora regolamentata a livello europeo; in Austria, Germania, Francia ed Olanda si possono iniziare tali studi senza alcun controllo da parte dell'autorità sanitaria, in Finlandia, Danimarca, Portogallo e Norvegia c'è solo l'obbligo di notificarne l'inizio, in altri ancora come Italia, Grecia, Irlanda, Gran Bretagna, Spagna e Svezia è necessaria un'autorizzazione ad hoc. E' ora in corso, in tutta Europa, uno



Piante officinali: pagina miniata dall'Erbario di Dioscoride (*Biblioteca Nazionale, Napoli*).

sfuerzo di unificazione delle procedure per facilitare l'inizio degli studi clinici: in Italia, ad esempio, di recente è stata trasferita ai comitati etici la facoltà di autorizzare l'inizio delle ricerche, almeno per quei farmaci che siano già stati impiegati nell'uomo, in altri Paesi.

Lo sviluppo clinico di un nuovo farmaco è un processo estremamente complesso e costoso, impostato secondo rigorosi parametri scientifici che salva-

guardino e tutelino l'integrità dei soggetti che partecipano alle sperimentazioni cliniche.

La premessa indispensabile ad un'efficace pianificazione di uno studio clinico per lo sviluppo di un farmaco, è l'approfondita conoscenza non solo della documentazione preclinica disponibile su quel farmaco, ma anche della malattia in cui lo si vuole impiegare, della sua evoluzione, delle terapie già disponibili. Vanno poi programmate in maniera otti-

male tutte le modalità e i tempi della sperimentazione: si chiama “protocollo” il documento che definisce il razionale, gli obiettivi, il disegno statistico, la metodologia dello studio e le condizioni in base alle quali questo deve essere condotto e gestito; nella “scheda raccolta dati” devono essere contenute tutte le informazioni previste su ogni singolo soggetto partecipante allo studio, sulla somministrazione del medicinale in esame e sui risultati delle procedure previste dal protocollo.

Sperimentazione clinica di *fase I*: si mettono in atto le prime ricerche con un nuovo principio attivo sull'uomo, sovente volontario sano. Si vuole in questa fase conoscere la tollerabilità del farmaco, determinando la massima dose tollerata, la minima dose efficace, il rapporto dose/effetto, la durata dell'effetto ed eventuali fenomeni secondari. Questa fase coinvolge dai 20 agli 80 soggetti ed ha la durata di un anno.

Sperimentazione clinica di *fase II*: è il primo momento in cui entrano in gioco i pazienti. Consiste in una serie di studi controllati che devono dimostrare l'attività e l'efficacia del farmaco nella malattia per la quale si suppone il prodotto sia efficace. Viene messo a punto lo schema posologico: dose media giornaliera, intervalli di somministrazione, durata del trattamento. Questa fase comporta anche studi di tipo controllato, a confronto con il placebo o con un farmaco di riferimento standard. Questa fase coinvolge da 200 a 300 pazienti ed ha durata di 2 o 3 anni.

Sperimentazione clinica di *fase III*: in questa fase si vuole stabilire la sicurezza e l'efficacia del farmaco in una popolazione il più possibile simile a quella a cui il farmaco, una volta disponibile, verrà prescritto dal medico. La sperimentazione è condotta su di un numero molto alto di pazienti e genera così dati addizionali di sicurezza e di efficacia che consentono di valutare in modo più completo i rischi e i benefici connessi con l'uso del nuovo farmaco. Questi studi clinici su ampia scala vengono pianificati sempre più come ricerche internazionali e multicentriche che coinvolgono numerosi centri sperimentali in molti Paesi. In realtà le condizioni in cui si opera sono molto diverse, meno controllate ed i pazienti sono spesso ambulatoriali, hanno abitudini alimentari diverse, possono avere patologie conco-

mitanti ed assumere altri farmaci, così numerose autorità regolatorie richiedono che vengano effettuati studi comparativi di sicurezza con le terapie standard e/o con il placebo. Possono essere coinvolti in questa fase fino a 3000 pazienti ed essa dura dai 2 ai 4 anni.

Sperimentazione clinica di *fase IV*: è preceduta dalla domanda di autorizzazione all'immissione in commercio presentata alle Autorità Sanitarie. Questa fase estende e approfondisce le conoscenze sull'efficacia e soprattutto sulla sicurezza del farmaco: se ne possono valutare i vantaggi e gli svantaggi, si rilevano reazioni avverse non frequenti, si acquisiscono ulteriori informazioni sulle interazioni farmacologiche. Sono infatti coinvolte più ampie popolazioni di pazienti in condizioni che riflettono da vicino la realtà della comune pratica medica.

I problemi etici

La correttezza del disegno sperimentale sopra esposto e la completezza dei protocolli di ricerca aprono un delicato fronte di valore etico, non solo perché bisogna proteggere i pazienti da eventuali danni, ma anche per un concetto intrinseco di eticità legato allo scopo della ricerca, alla proporzionalità dei risultati attesi rispetto alle risorse impiegate.

Quando un medico diventa ricercatore e sperimentatore le sue responsabilità aumentano ed egli deve acquisire un bagaglio culturale che gli permetta di compiere con competenza ogni compito; ad esempio deve essere informato su tutte le precedenti ricerche effettuate con quel certo farmaco e per quella certa patologia, deve ottenere il consenso informato dai pazienti, deve chiedere il parere del Comitato Etico, deve proteggere la riservatezza dei dati personali, deve garantire una corretta esecuzione della ricerca da parte dei suoi collaboratori ed una corretta trascrizione dei dati, deve comunicare alle Autorità Sanitarie preposte l'insorgenza di fenomeni secondari insoliti e gravi, deve conservare tutta la documentazione relativa alla sperimentazione.

Bambino e nonno: categorie speciali di soggetti

La conoscenza della cinetica di un farmaco consente di effettuare la scelta della dose, del numero delle somministrazioni e della via più appropriata di

somministrazione: questo studio, necessario per lo sviluppo di ogni farmaco, è assolutamente indispensabile in soggetti pediatrici o anziani.

La sperimentazione di farmaci sui bambini è un argomento complesso che comporta particolari problemi di natura tecnica ed etica, sotto il profilo fisiologico e patologico, infatti, i bambini non possono essere considerati alla stregua degli adulti. Presentano infatti, secondo le fasce di età, differenze nella farmacocinetica (modifiche dell'assorbimento, limitata eliminazione per immaturità delle vie metaboliche, ridotti volumi di distribuzione) e risposte farmacodinamiche modificate (funzioni recettoriali, sistemi effettori e meccanismi di omeostasi immaturi). Gli effetti del farmaco possono differire notevolmente da quelli osservati nell'adulto. L'aspetto etico poi, è molto complesso sia per l'impossibilità di ottenere un consenso informato diretto, sia per considerazioni più generali che sorgono nel sottoporre i bambini a prove con possibile ricorso a metodi invasivi o dolorosi o che possono produrre effetti negativi sullo sviluppo fisico o psichico. Per questo, di solito, un nuovo farmaco viene completamente sviluppato nell'adulto, in modo da averne un profilo conoscitivo esauriente e completo, e solo successivamente si studia per l'impiego pediatrico.

Un'altra categoria a cui viene data particolare rilevanza è quella degli anziani. Le persone oltre i 65 anni, in continuo aumento nella nostra società, sono i principali consumatori di farmaci, specialmente quelli previsti per l'impiego a lungo termine. L'anziano, inoltre, ha maggiori probabilità di avere affezioni multiple, spesso croniche, e di essere trattato con più farmaci. Oltre il 30% dei pazienti di età superiore ai 75 anni assume dai tre ai quattro farmaci e la possibilità di errori di assunzione aumenta se si prescrivono più di tre farmaci. La risposta di un paziente anziano ad un farmaco può differire in modo notevole da quella dell'adulto, non solo per il processo di invecchiamento, per affezioni concomitanti e per il ricorso a terapie multiple, ma soprattutto per una serie di fattori farmacodinamici (diversa sensibilità farmacologica agli effetti dei farmaci, alterazione di risposta dei recettori, omeostasi ridotta) e farmacocinetici (assorbimento, metabolismo ed assimilazione alte-

rati; massa muscolare ridotta, aumento del tessuto adiposo, volumi di distribuzione aumentati o diminuiti, legame alle proteine plasmatiche ridotto) a cui è riconducibile la diversa sensibilità ai farmaci che si osserva in questi soggetti. Per tutte queste ragioni i farmaci destinati all'anziano devono essere adeguatamente studiati per massimizzare l'efficacia e minimizzare gli effetti indesiderati.

L'immissione in commercio del nuovo farmaco

Tutti i dati raccolti nell'ambito dello sviluppo chimico, galenico, preclinico e clinico entrano, opportunamente ordinati e tabulati, riassunti e discussi, a far parte del "dossier di registrazione del farmaco" che viene presentato alle Autorità Sanitarie le quali hanno la facoltà di autorizzare la commercializzazione della specialità medicinale. Il riassunto delle caratteristiche del prodotto e il foglietto illustrativo, la "carta d'identità" della specialità medicinale, portano il nome di fantasia che accompagnerà tutta la vita del farmaco.

Attualmente, nell'Unione Europea, la registrazione di nuovi medicinali può avvenire secondo due diverse procedure: la "procedura centralizzata" obbligatoria per i prodotti di biotecnologia e facoltativa per i medicinali che presentino caratteristiche di innovatività, è rilasciata dall'autorità regolatoria europea ed è valida in tutti gli Stati membri della UE; la "procedura di mutuo riconoscimento" prevede la domanda di registrazione e quindi l'autorizzazione all'ammissione in commercio in un primo Stato membro (Reference Member State) e la successiva domanda di registrazione negli Stati membri interessati (Concerned Member State) che riconoscono la valutazione compiuta dal Reference Member State e concedono a loro volta l'autorizzazione all'immissione in commercio sul loro territorio.

Il nuovo farmaco non è lasciato a se stesso: la farmacovigilanza lo segue ancora

La farmacovigilanza o monitoraggio post-marketing ha l'obiettivo di definire il rischio/beneficio di una terapia farmacologica nella realtà terapeutica quotidiana ed impone a tutti gli operatori sanitari che interagiscono con il farmaco, di segnalarne all'autorità sanitaria le reazioni avverse.

Reazioni avverse sono tutti quegli episodi sfavorevoli di natura medica che si verificano nei soggetti che hanno assunto un farmaco, non necessariamente in relazione causale con tale trattamento; la reazione avversa viene piuttosto stabilita in base al rapporto temporale con l'esposizione al farmaco, al tipo di evento, al suo andamento nel tempo, all'esclusione di altre possibili cause, agli effetti che ha sull'evento la sospensione del farmaco e la sua riassunzione.

Facciamo anche quattro conti: la farmacoeconomia dice la sua

Pur se i dati di efficacia e di sicurezza sono ancora (con eccezione di Canada, Francia e Australia) gli unici richiesti per ottenere l'autorizzazione di immissione in commercio di nuovi farmaci, tuttavia, sempre da più Paesi viene richiesto che i dati di efficacia e di sicurezza siano integrati con dati relativi ai costi della terapia ed alla qualità della vita del paziente. Si può in tal modo meglio determinare il prezzo, la rimborsabilità e l'inserimento nei prontuari del nuovo farmaco. La ricerca farmacoeconomica è quindi uno strumento strategico fin dalle fasi più precoci dello sviluppo di un farmaco. Infatti, nel dubbio se sviluppare o meno un nuovo farmaco, verranno tenuti in considerazione anche i possibili vantaggi economici per la comunità rispetto ai trattamenti già a disposizione. Naturalmente nella valutazione farmacoeconomica devono essere considerati non solo i costi diretti, ma anche quelli indiretti, ad esempio la riduzione di altri costi sanitari e sociali.

Conclusioni

Lo studio di un nuovo farmaco implica il lavoro e l'impegno di numerose istituzioni, oltre all'industria farmaceutica. C'è innanzitutto l'Università con la sua ricerca di base; ci sono le cliniche universitarie e gli ospedali presso i quali viene studiato il profilo del nuovo farmaco nei pazienti. Ci sono poi altri importanti protagonisti: le istituzioni che regolano e controllano l'utilizzo del farmaco, cioè le ASL, le Regioni, il Ministero della Sanità che hanno un ruolo di indispensabile collaborazione sia nello sviluppo di nuovi farmaci che nella diffusione di una cultura sul farmaco di livello elevato.

La nascita di un nuovo farmaco presuppone quindi conoscenze avanzate, metodi e mentalità di ricerca di elevato livello. Vi è un continuo confronto con le migliori scuole internazionali. In questo senso il livello qualitativo e quantitativo di ricerca e sviluppo sui farmaci contribuisce a delineare la fotografia dell'evoluzione scientifica e sociale di un paese.

Bibliografia

- W. Bianchi et al: *Basi razionali della terapia*, vol. XXX, 1/2000.

Sulla pagina accanto: Dal farmaco ai contenitori: antichi vasi di farmacia, dalle Raccolte dell'Ospedale Maggiore.



I diritti umani dell'utente nel servizio sanitario

GIANCARLO DAL SASSO

Premessa

La rivista "la ca' granda" ha dedicato e dedica la sua costante attenzione alle problematiche del paziente, cioè dell'utente dei servizi sanitari, sia esso sano o malato, esaminandole sotto i diversi profili: sociologico, giuridico, organizzativo, medico, etico, psicologico, ecc., con specifici contributi di studiosi e di collaboratori. In questa sede riteniamo sia opportuna una essenziale e piana rivisitazione del rapporto tra servizio sanitario e diritti del paziente-utente, così come delineato dalla vigente normativa sanitaria italiana.

In sostanza, si tratta di scorrere a grandi linee cinquant'anni di storia sanitaria nazionale per rispondere a tre domande fondamentali: 1 - quali sono i diritti individuali e sociali, previsti dalle varie riforme ed attuati in materia ospedaliera e sanitaria? 2 - in quale misura dette riforme tutelano il diritto fondamentale al mantenimento o al recupero della salute della totalità della popolazione e del singolo individuo, nonché il bisogno di prestazioni sanitarie dell'utente, nel rispetto della dignità e della libertà del paziente? 3 - l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e degli ospedali e la liberalizzazione del mercato sanitario hanno offerto migliori prestazioni sanitarie agli utenti?

Il primato della persona e il diritto alla vita

La chiave di lettura della presente ricognizione non è opinabile, ma trova fondamento nel principio costituzionale "personalista", enunciato negli articoli 2 e 3, comma 2°, della Costituzione, che sanciscono il primato della persona e il diritto alla vita.

Tale principio è il fondamento dell'intero sistema costituzionale. Infatti, l'articolo 2 dispone: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento di doveri inderogabili di solidarietà

politica, economica e sociale". L'art. 3, comma 2°, stabilisce: "È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

"*Il primato della persona*" significa che "la persona umana, l'uomo, occupa nell'ordinamento giuridico un posto centrale da protagonista, e per ciò stesso non può essere strumentalizzato dalle strutture pubbliche, che sono invece strumentali alla sua crescita e al suo sviluppo" (Teresi).

"*Il diritto alla vita*", pur non essendo espressamente previsto dalla Costituzione, è però da ritenersi ricompreso tra quei diritti inviolabili dell'uomo di cui all'art. 2 della Costituzione, che la Repubblica riconosce e garantisce, perché "rappresenta il presupposto essenziale e primario di tutti gli altri diritti" (Teresi), compreso il "*diritto alla salute*", previsto dall'art. 32 della Costituzione, che tra l'altro afferma che la "Repubblica lo tutela come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". Da ciò deriva che lo Stato ha l'obbligo giuridico di tutelare "il diritto fondamentale alla salute" che significa: a - soddisfare al meglio la "*domanda di salute*" del cittadino, cioè il mantenimento della salute come benessere sociale e psicofisico; b - nel contempo soddisfare al meglio la "*domanda di sanità*", cioè il recupero della salute del paziente con prestazioni sanitarie, valide e garantite a tutti i cittadini. Tali prestazioni tecnico-professionali devono, sotto il profilo etico rispettare comunque la persona umana, cioè la dignità e la libertà dell'utente.

Soffermandoci in questa sede soprattutto sulla domanda di sanità dell'utente, precisiamo in via preliminare che i diversi "parametri" o criteri pro-

gressivamente indicati nelle varie “riforme” per un servizio sanitario, nazionale e regionale, efficiente ed efficace (servizio sanitario pubblico-gestione aziendalistica; ospedale-territorio; programmazione-risorse; risorse-obiettivi; aziende sanitarie pubbliche-aziende sanitarie private; servizio pubblico-mercato controllato dalle prestazioni; costi-qualità dell’assistenza; prevenzione, igiene, diagnosi, terapia, riabilitazione, ecc.), hanno in ogni caso carattere strumentale rispetto al parametro o criterio fondamentale, rappresentato dal rapporto fra tutela della salute intesa come recupero della stessa e diritti dell’utente, nonché tra prestazioni sanitarie e rispetto della dignità e libertà della persona umana del paziente, che è il referente finale di ogni discorso serio in tema di sanità.

Quando si parla di sanità e di politica sanitaria resta sempre centrale, anche sotto il profilo laico, il monito del cardinale Carlo Maria Martini in occasione della significativa Festa del Perdono dell’Ospedale Maggiore del 26 marzo 2001: “Perché si possa dare volto concreto ad un ‘ospedale umano’, occorre guardarsi da una impostazione solo aziendale della sanità e della stessa realtà ospedaliera”. Infatti, “come ho avuto modo di richiamare nel novembre 1999 alla Prima Conferenza Nazionale della Sanità, proprio perché ciò che è in gioco in un ospedale e nell’intero mondo della sanità è la tutela della salute, non possiamo dimenticare che ci troviamo di fronte ad uno di quei beni fondamentali che non possono essere soddisfatti mediante i soli meccanismi di mercato. Si tratta allora di affrontare i temi della sanità secondo l’etica di uno Stato sociale che sappia coniugare insieme assistenza e produttività, efficienza e qualità, giustizia e solidarietà”.

Per far partire la nostra disamina da un momento indiscutibile riteniamo necessario iniziare il discorso dalla Costituzione italiana del 1948, legge fondamentale dello Stato, per evidenziare poi il ruolo dei diritti umani della persona del paziente nella successiva legislazione sanitaria ordinaria.

Il diritto alla tutela della salute nella Costituzione italiana del 1948

L’art. 32 della Costituzione resta un punto cardine per ogni riforma sanitaria. Riprendiamolo integral-

mente per la sua esemplare chiarezza: “ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

I binari costituzionali tracciati dall’art. 32 e vincolanti per ogni legge ordinaria in materia sanitaria sono: 1 - la tutela della salute (come domanda di salute e domanda di sanità) è un fondamentale diritto di ogni individuo; 2 - la tutela della salute è anche un compito dello Stato; 3 - la tutela della salute è un interesse della stessa collettività; 4 - il rispetto della persona umana nella sua dignità e libertà è un limite invalicabile per ogni trattamento sanitario sia esso volontario che obbligatorio.

L’espressione “diritto alla salute o tutela della salute” è una formula sintetica, con la quale si esprime la garanzia di una pluralità di situazioni soggettive assai differenziate tra loro (Corte Costituzionale sentenza n.455/1999). Si possono così identificare i seguenti, ulteriori diritti umani sanitari: “il diritto alla propria integrità psico-fisica; il diritto ai trattamenti sanitari; il diritto degli indigenti alle cure gratuite” (cfr. Alberto Zucchetti, *I servizi sanitari*, Giuffrè Editore, Milano, 1995, pag. 302) ed altri ancora che di seguito indicheremo.

Il diritto alla tutela della salute nella “riforma ospedaliera” del 1968-1969

Tale riforma dispone che l’assistenza ospedaliera pubblica “è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri, che provvedono al ricovero e alla cura degli infermi... e partecipano alla difesa attiva della salute” (artt. 1,2 legge n. 132/1968). Si può dedurre che la figura del cittadino è il referente principale dell’assistenza ospedaliera pubblica, la quale, attraverso lo strumento dell’ente pubblico, provvede: 1 - alla difesa attiva della salute(prevenzione); 2 - al ricovero e cura dell’infermo (diagnosi, terapia, riabilitazione). Detta riforma, pur intervenendo nel quadro normativo fissato dalla Costituzione, tace stranamente sui diritti della persona del paziente, che diventa così quasi un oggetto misterioso nella fitta rete organiz-

zativa ospedaliera. Si potrebbe quasi affermare che tutta l'articolata normativa concernente gli enti ospedalieri, l'assistenza sanitaria, l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, l'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura, pur pregevole sotto il profilo funzionale, sia priva di un centro unificatore e, avvitando su se stessa, si dimentichi nel suo fare della ragione ultima del suo essere, cioè della persona dell'utente.

Il diritto alla tutela della salute nella "prima" riforma sanitaria del 1978

Con la legge n. 833 del 1978 è stato istituito, come è noto, il "servizio sanitario nazionale" (SSN) o "prima" riforma sanitaria. Tale riforma venne varata per superare tre grossi limiti del sistema mutualistico ed ospedaliero allora vigente: 1 - la mancanza di collegamento tra assistenza ambulatoriale e domiciliare ed assistenza ospedaliera, con duplicazione di interventi e inutili sprechi; 2 - la frantumazione del sistema assistenziale tra i vari enti mutualistici con diversità qualitativa e quantitativa delle prestazioni agli assistiti; 3 - una scarsa attenzione al momento della prevenzione delle malattie.

Nel tentativo di superare dette disfunzioni operative, la riforma sanitaria ha tuttavia messo bene in luce nei suoi "principi" e nei suoi "obiettivi" il valore centrale della nuova organizzazione sanitaria, costituito dall'utente con i suoi diritti e la sua dignità.

"Principi" (artt. 1 e 33 legge n. 833/1978): 1 - la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale; 2 - la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana; 3 - il SSN è costituito dal complesso dei servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali; 4 - è assicurata l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio sanitario nazionale; 5 - gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari; 6 - gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti da leggi dello Stato.

"Obiettivi" (art. 2 legge n. 833/1978): 1 - la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità; 2 - la prevenzione delle malattie e degli infortuni; 3 - la diagnosi e la cura degli eventi morbosi; 4 - la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; 5 - la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro; 6 - l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione; 7 - una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto; 8 - la formazione professionale e permanente, nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

I principi e gli obiettivi sopra riportati offrono una precisa cornice per la tutela del diritto alla salute dell'individuo nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana del malato, che risulta quindi il centro del servizio sanitario nazionale.

Va tuttavia rammentato che con successivi interventi legislativi sia a livello nazionale ("seconda" e "terza" riforma sanitaria) che a livello regionale, tale diritto ha trovato, come preciseremo, puntuali sostegni, dettati dalla necessità di tutelare nel concreto della prassi quotidiana il soggetto debole dell'utente, il quale, pur essendo titolare di un diritto sociale fondamentale, il diritto appunto alla tutela della salute, sancito dalla Costituzione, veniva di fatto non completamente garantito sul piano operativo da un servizio sanitario pubblico, istituito proprio per tutelare gli utenti del servizio stesso.

Il diritto alla tutela della salute nella "seconda" riforma sanitaria del 1992-1993 e nella "terza" riforma sanitaria del 1998-1999

La "seconda" riforma sanitaria del 1992-1993, tutelando la salute e i diritti dei cittadini, dispone che: "Al fine di garantire il costante adeguamento delle

strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale, il Ministro della sanità definisce con decreto i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla *personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza*, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" (art. 14 del decreto legislativo n. 502 del 1992, modificato dal decreto legislativo n. 571 del 1993).

La "terza" riforma sanitaria del 1998-1999, nel ribadire che: "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel *rispetto della dignità e della libertà della persona umana*, attraverso il Servizio sanitario nazionale", stabilisce che "il SSN assicura, attraverso risorse pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, definiti dal Piano sanitario nazionale, nel rispetto dei principi: a - *della dignità della persona umana*; b - del bisogno di salute; c - dell'equità dell'accesso all'assistenza; d - dell'appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze; e - dell'economicità nell'impiego delle risorse" (art. 1 decreto legislativo n. 229 del 1999).

Rileviamo che i "livelli essenziali e uniformi" di assistenza riguardano le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni, relativi alle seguenti aree di offerta: a - assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b - assistenza distrettuale (l'azienda sanitaria locale si articola, sotto il profilo territoriale, in distretti, che gestiscono l'assistenza primaria attraverso i presidi ambulatoriali polispecialistici e i servizi di assistenza domiciliare integrata); c - l'assistenza ospedaliera (art. 1 del decreto legislativo citato).

I diritti del paziente-utente nei confronti del servizio sanitario pubblico, nazionale e regionale

Abbiamo già sopra osservato che i destinatari del servizio sanitario nazionale sono tutti i cittadini residenti in Italia senza distinzione di condizioni individuali e sociali (art. 1 legge n. 833/1978), nonché i cittadini italiani all'estero, gli stranieri residenti in Italia, gli apolidi (gli individui privi di ogni cittadinanza).

Tutti questi soggetti, cioè gli utenti del SSN, sono portatori dei seguenti diritti umani:

- A - diritto alla tutela della salute e di essere curato;*
- B - diritto di non essere curato;*
- C - diritto alla scelta del medico di fiducia e del luogo di ricovero;*
- D - diritto di accesso alle strutture convenzionate;*
- E - diritto all'informazione;*
- F - diritto alla qualità dei servizi e delle prestazioni.*

Nel presentare in modo analitico tali diritti, indicheremo le rispettive fonti normative, mettendo in evidenza soprattutto l'inderogabile esigenza "di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle necessità dei cittadini utenti del SSN relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza" (art. 14 decreto legislativo n. 502/1992).

A - diritto alla tutela della salute e di essere curato

Il diritto alla tutela della salute comprende una serie di diritti individuali e sociali specifici che lo caratterizzano. Esaminiamoli singolarmente:

1 - *Il diritto alla propria identità psico-fisica*. Tale diritto si risolve nella pretesa che i terzi si astengano da qualunque comportamento che possa pregiudicarla. È un diritto soggettivo riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione che non necessita di ulteriori interventi di sostegno del legislatore o della Pubblica Amministrazione (Zucchetti, op. cit. pag. 302). Tale diritto ha per oggetto sia la salute fisica sia quella mentale. In caso di violazione del bene della salute, l'individuo interessato può agire davanti alle autorità giudiziarie per ottenere giustizia.

In ordine a tale diritto la giurisprudenza ha enunciato i seguenti principi:

- a - il diritto di ogni individuo alla propria integrità psico-fisica è garantito e protetto dal nostro ordinamento giuridico come diritto primario e assoluto;
- b - la violazione dell'integrità psico-fisica della persona è definita come danno biologico;
- c - il danno biologico ha per oggetto la lesione dell'integrità psico-fisica della persona in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola capacità di produrre reddito;
- d - ogniqualvolta una persona subisce un danno (per negligenza del medico, per un fatto illecito, ecc.) ha diritto di essere risarcita dal danno biologico.

2 - *Il diritto all'ambiente salubre.* L'ambiente è presupposto essenziale della salute dell'uomo ed oggi il legame del diritto all'ambiente con il diritto alla salute pare incontestabile (Zucchetti, op. cit. pag. 303).

3 - *I diritti individuali e sociali dell'utente nella Carta dei servizi pubblici sanitari.* Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19.5.1995 è stato approvato lo schema generale della "Carta dei servizi pubblici sanitari". La "Carta" è essenzialmente volta alla tutela dei diritti, individuali e sociali, degli utenti; non si tratta però di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie del cittadino, ma di attribuzioni allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati. Tutti i modelli di Carta dei servizi pubblici sanitari, adottati da ciascuna struttura sanitaria (aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere) devono contenere i seguenti *principi fondamentali*: eguaglianza; imparzialità; continuità; diritto di scelta; partecipazione; efficienza ed efficacia. Inoltre ogni azienda sanitaria deve garantire agli utenti le seguenti *funzioni*: informazione; accoglienza; tutela; partecipazione, funzioni assicurate tramite l'istituzione dell'Ufficio relazioni con il pubblico.

I diritti individuali e sociali, che devono essere contenuti nelle carte delle singole aziende, si possono così riassumere nell'ambito delle seguenti singole aree:

a - la competenza e professionalità degli operatori: diritto a ricevere una diagnosi preventiva, accurata e coscienziosa; diritto alla visita del proprio medico di famiglia e di essere da lui seguito per tutta la degenza, nonché al consulto tra questo e i medici ospedalieri;

b - la qualità e l'adeguatezza dell'assistenza: diritto ad avere un'assistenza medica e infermieristica adeguata per numero di operatori, loro presenza in servizio, qualificazione, professionalità, cortesia;

c - l'eliminazione di sprechi di tempo e di denaro: diritto a non fare lunghe file di attesa per le prenotazioni, per il pagamento dei ticket e per gli altri adempimenti burocratici; diritto a non subire lunghi tempi di attesa per i ricoveri e per le prestazioni sanitarie ambulatoriali, senza dover ricorrere all'assistenza privata a pagamento;

d - la deospedalizzazione: diritto all'assistenza in day hospital o strutture simili se non è necessaria la degenza; diritto ad avere assistenza domiciliare se necessario;

e - l'adeguatezza delle strutture e delle strumentazioni: diritto ad avere strutture consone alle esigenze delle prestazioni sanitarie; diritto alla massima sicurezza degli impianti;

f - *il rispetto della dignità e dei diritti della persona*: tale rispetto comprende i seguenti *specifici diritti*: al rispetto della propria dignità, intimità, pudore; ad essere trattato con cortesia e umanità, senza arroganza; a non essere chiamato con il tu o con il nome della malattia; alla segretezza sul motivo del ricovero e sulle dichiarazioni rese ad operatori sanitari, alla segretezza della propria cartella clinica nei confronti di persone estranee al servizio; ad avere aree per potersi cambiare privatamente; ad avere riconosciuta una effettiva parità per quanto riguarda differenze di sesso, cultura, condizione economica, età, lingua, nazionalità, religione, ecc.;

g - la protezione dei soggetti deboli;

h - l'informazione;

i - la salvaguardia dei ritmi di vita del cittadino;

l - il comfort;

m - la tutela dei diritti;

n - la tutela del parto;

o - l'accoglienza del bambino malato;

p - il rispetto della morte e del morente.

Il diritto di essere curato si configura come un "diritto a prestazione" mirante ad ottenere dal soggetto pubblico o privato accreditato un servizio che dovrà essere: qualitativamente non inferiore al livello fissato per legge; uguale in tutte le aziende; ottenibile alle stesse condizioni da parte di ogni cittadino. È un diritto tipico alle prestazioni sanitarie che si traduce nella legittima pretesa all'ottenimento dei trattamenti di miglior livello che gli operatori sono in grado di fornire. Il diritto di ottenere trattamenti sanitari non si traduce nel diritto a trattamenti sanitari gratuiti dei quali sono titolari solo gli indigenti. In conclusione, il diritto di essere curato deve essere inteso come diritto ad avere cure adeguate anche se a pagamento (Zucchetti, op. cit., pag. 304).

4 - *Il diritto degli indigenti alle cure gratuite.* Questo diritto è contenuto nell'art.32 della Costituzio-



Un'antica stampa medica (Civiche Raccolte Bertarelli, Milano).

ne. “Indigente” è chi si trova in condizioni economiche di particolare disagio. Vi può essere anche una situazione di “indigenza relativa” nel caso in cui l’indigenza dipenda dal costo e dall’importanza della cura di cui si ha bisogno.

B - Il diritto di non essere curato.

Il malato terminale

Va innanzitutto ricordato che il diritto “a non farsi curare” non può essere vantato se la situazione patologica del singolo mette in pericolo la salute della collettività. In tal caso sono previsti dalla legge interventi sanitari obbligatori o coattivi (vedasi art.32 della Costituzione), che comunque devono rispettare la dignità umana.

Nell’ipotesi in cui si tratti del solo interesse del singolo, dato il principio del “favor libertatis” (cioè della prevalenza della libertà), implicitamente contenuto nella nostra Costituzione, si può ritenere che spetti all’individuo se sottoporsi o meno ad una terapia senza che questa venga imposta da un intervento autoritativo esterno; in altre parole sembra giuridicamente fondata la legittimità del rifiuto terapeutico (Zucchetti, op. cit., pag 305).

Si tratta, comunque, di un’interpretazione della Carta Costituzionale (art. 32, secondo il quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e art. 13, secondo il quale la libertà personale è inviolabile) che pone numerosi e rilevanti problemi di natura etica che vanno dall’accanimento terapeutico al diritto del malato a morire con dignità.

È questa una tematica che non rientra nella nostra indagine, in ordine alla quale ci limitiamo qui a riportare integralmente due articoli del vigente Codice di deontologia medica (da noi peraltro presentato e commentato in un precedente articolo di questa rivista):

l’art. 36 - Eutanasia - “Il medico, anche se su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte”.

l’art. 37 - Assistenza al malato inguaribile - “In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all’assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto

possibile, della qualità di vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile. Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo”.

C - Il diritto alla scelta del medico di fiducia e del luogo di ricovero

L’art. 25 della legge n. 833/1978 prevede il diritto dell’utente alla libera scelta del medico di fiducia e l’art. 14 del decreto legislativo n. 502/1992 prevede che al fine di favorire l’esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell’elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità.

Il diritto di scelta del medico trova il suo fondamento nel rapporto fiduciario intercorrente tra utente del servizio e medico curante; rapporto che, se viene meno, comporta il diritto dell’assistito di scegliere un altro medico senza fornire alcuna giustificazione sulla scelta; solo se il rapporto cessa per iniziativa del medico, quest’ultimo deve giustificarne le ragioni.

D - Il diritto di accesso alle strutture

L’art. 25 della legge n. 833/1978 sancisce altresì che se le strutture pubbliche non sono in grado di soddisfare la richiesta di accesso alle prestazioni sanitarie, l’utente può accedere agli ambulatori ed alle strutture convenzionate per le prestazioni di diagnosi strumentale e di laboratorio. Le leggi regionali disciplinano l’accesso degli utenti ai servizi sanitari, pubblici e privati convenzionati, per evitare disagi, lunghe attese, ritardi, ecc.

E - Il diritto all’informazione

L’art. 32 della Costituzione stabilisce, come è noto, che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. Ne consegue quindi che di norma gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari, cioè sono fondati sul “consenso informato”. Per consenso informato si intende il consenso espresso da un paziente consapevole delle

proprie condizioni di salute e dei rischi ai quali può andare incontro sottoponendosi ad una determinata cura (Zucchetti, op. cit., pag 310). Il consenso è valido se “informato”, cioè occorre che il medico informi il paziente sulla sua malattia e sulla terapia proposta affinché ci possa essere una scelta consapevole del paziente.

Il consenso, che presuppone un’informazione “personalizzata”, deve essere “documentato”, cioè espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui, per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona (artt. 30 e 32 del Codice di deontologia medica).

F - Il diritto alla qualità dei servizi e delle prestazioni

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 individua alcuni fattori di qualità di un servizio sanitario, che corrispondono alle attese dell’utenza. Gli indicatori di qualità delle strutture e delle prestazioni sanitarie sono legati: 1 - al *tempo*: tempestività, puntualità, regolarità; 2 - alla *semplicità delle procedure*: comodità, cioè poter operare le richieste telefonicamente; 3 - all’*informazione* relativa al trattamento sanitario: comprensibilità, chiarezza, completezza; 4 - all’*orientamento* e all’*accoglienza*: segnaletica, reception, ecc; 5 - alle *strutture fisiche*: comfort e pulizia delle strutture alberghiere, dei servizi, delle sale d’attesa; 6 - alle *relazioni sociali e umane*: *personalizzazione e umanizzazione del trattamento, la cortesia e il rispetto della dignità*, ecc.

Le azioni di difesa dell’utente nell’ordinamento giuridico

Va inoltre sottolineato che il nostro ordinamento giuridico prevede una serie di strumenti a disposizione dell’utente del SSN per proteggerlo nei confronti degli abusi delle aziende erogatrici di prestazioni sanitarie, rappresentati dal Difensore civico e dall’Ufficio di pubblica tutela, nonché da specifiche azioni e ricorsi per tutelare i diritti ed interessi del malato davanti all’autorità giudiziaria ordinaria (civile o penale) nei confronti delle

aziende pubbliche o private o dei singoli professionisti, ai fini del risarcimento dei danni subiti.

L’utente può altresì ricorrere davanti al giudice amministrativo (TAR) contro qualsiasi provvedimento amministrativo. Sussiste infine il Tribunale per i diritti del malato, un’associazione privata, priva di funzione giurisdizionale, che ha lo scopo di accogliere pubblicamente e di vagliare le denunce di violazione dei diritti dei malati, nonché le inadempienze del SSN e delle aziende sanitarie.

L’aziendalizzazione della sanità

Le novità più significative delle tre riforme sanitarie sono l’*aziendalizzazione* delle unità sanitarie locali e degli ospedali, nonché la *liberalizzazione controllata* dell’offerta sanitaria in un mercato dove operano aziende sanitarie sia pubbliche che private. Dobbiamo innanzitutto chiarire che “logica aziendale” non equivale affatto a “perseguire la massimizzazione del profitto”. “Essa significa nella sua essenza applicare le conoscenze disponibili per utilizzare razionalmente (sul piano tecnico, organizzativo ed economico) risorse scarse per ottenere il massimo dei risultati possibili” (Borgonovi, Corriere della Sera, Milano, 12 marzo 2001).

Per le aziende tipicamente sanitarie (pubbliche e private) la razionalità aziendale deve essere orientata “a perseguire la massimizzazione della tutela della salute poiché questo, e solo questo, è il fine di tali aziende” (Borgonovi).

Sul piano teorico quindi sia le aziende sanitarie pubbliche (con l’obiettivo del pareggio di bilancio) sia quelle private (con l’obiettivo del profitto) se attuano la “logica aziendale” fanno scelte che devono essere, prima di tutto, “razionali sul piano dell’efficienza gestionale e quindi efficienti sul piano assistenziale”.

Tuttavia, passando dai principi e dai criteri aziendali ai comportamenti reali, è indubbio che anche nella sanità vi siano persone e aziende che “antepongono ad una valida risposta ai bisogni di salute l’obiettivo del pareggio di bilancio o quello del profitto. Va però chiarito che questi comportamenti non sono la conseguenza del modello aziendale, ma della sua errata interpretazione” (Borgonovi).

Sul punto, possiamo quindi concludere che l’aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e di

quelle private, correttamente interpretata, dovrebbe favorire l'efficienza gestionale e l'efficacia delle prestazioni sanitarie.

In ordine poi alla liberalizzazione sia pure controllata (attraverso lo strumento del convenzionamento o accreditamento) del mercato sanitario e della "pari opportunità" tra aziende sanitarie pubbliche e private, occorre fare qualche precisazione.

Sotto il profilo generale, il criterio della concorrenza anche in sanità determina un positivo confronto tra gli erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie, con risultati favorevoli per gli utenti. In pratica, però, almeno in Lombardia, la pari opportunità si traduce in una "sleale concorrenza" tra pubblico e privato e non già in un "libero mercato" in cui siano consentite ai vari soggetti analoghe possibilità di movimento (G. Landonio, oncologo, *La Repubblica*, Milano cronaca, 8 febbraio 2001). Infatti, il privato ha quasi sempre la facoltà di scegliere i malati e le patologie da curare (non pronti soccorsi, non lungodegenti, né casi complessi, né casi da rianimazione o trapianti d'organo, tutti gravati da DGR non vantaggiosi) ed "ha affinato, ben prima del pubblico, tecniche per la moltiplicazione dei ricavi, ad esempio, con accessi multipli post-chirurgici, "nella assoluta incapacità della Regione di controllare la qualità dei risultati oltre che la correttezza delle procedure" (Landonio).

Il pubblico, invece, deve quasi sempre curare anche le patologie mediche e chirurgiche più onerose sotto il profilo finanziario, con disavanzi pressoché generalizzati, che dovranno poi essere coperti con pesanti economie attraverso la riduzione dei posti letto e i tagli del personale, medico e non medico. Più che di pari opportunità si può parlare allora di "un preciso disegno della Regione a favorire il privato rispetto al pubblico, con uno scadimento complessivo del servizio pubblico" (Landonio).

Questa scelta di politica sanitaria regionale, dove il privato sceglie e guadagna sempre di più, mentre il pubblico subisce e perde sempre di più, non ha eliminato il fenomeno delle liste d'attesa ed ha determinato un deficit di circa 500 miliardi, che da quest'anno non verrà ripianato dallo Stato, ma dovrà essere coperto dalla Regione Lombardia con

nuove tasse, cioè in pratica ogni cittadino lombardo dovrà pagare circa 60 mila lire (L. Asnaghi, *La Repubblica*, Milano cronaca, 8 febbraio 2001).

La sanità in Italia

Da quanto sopra ampiamente esposto si può dedurre che il nostro ordinamento giuridico garantisce un organico sostegno formale alla tutela della salute e dei molteplici diritti del paziente-utente, che con il servizio sanitario pubblico, nazionale e regionale, si è trasformato in un'estesa rete di aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, nonché di servizi, che forniscono prestazioni sanitarie. Il sistema sanitario italiano pubblico, nazionale e regionale, è nel suo complesso largamente positivo, nonostante alcuni gravi, anche se isolati, episodi di malasanià. L'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) nel suo ultimo rapporto mondiale ci assegnava, relativamente alla capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura dei cittadini, il secondo posto fra tutte le nazioni del mondo; il primo posto in Europa nel rapporto tra il livello raggiunto e quello raggiungibile dal sistema sanitario migliore.

Sarebbe quindi insipienza politica e sociale voler formalmente smantellare - dopo aver ovviamente abrogato l'art. 32 della Costituzione - il servizio sanitario pubblico nazionale e regionale, nel quale già operano sia aziende sanitarie pubbliche che private, oppure di fatto svuotarlo attraverso una surrettizia, pratica privatizzazione di tutte le strutture sanitarie.

Al di là del facile slogan "meno Stato più mercato", cioè "meno pubblico più privato", resta lo zoccolo duro di una saggia regola sociale, in vigore nel nostro Paese, in base alla quale il soggetto pubblico ha comunque il dovere di garantire i servizi essenziali alla collettività, compreso quello sanitario, mentre il privato, sia pure controllato, ha il diritto di ottenere profitti dal capitale investito in aziende che operano nei servizi socio-sanitari.

Da tale regola deriva che i soggetti più "deboli" anche economicamente vengono di fatto scaricati dal privato al pubblico, al quale spetta altresì, per dovere di solidarietà sociale e per il vuoto di mercato privato, garantire soprattutto le prestazioni sanitarie più costose ed onerose (ad esempio, i pronti soccorsi, le lungodegenze, ecc.) cioè quelle

prestazioni per nulla remunerative sul piano economico e quindi lasciate scoperte dall'imprenditoria privata.

Va quindi apprezzata la ferma presa di posizione dei maggiori sindacati italiani - Anaa, Assomed (medici ospedalieri), Fimmg (medici di famiglia) e Sumai (medici specialisti ambulatoriali) - che il 7 dicembre 2000, a Roma, hanno deciso di dar vita ad un Comitato nazionale, aperto a chiunque (singoli cittadini, enti, organizzazioni), il quale intende rappresentare, da una parte, l'espressione della volontà di non tornare indietro rispetto a quella grande conquista di civiltà che è stata l'istituzione, dal 1979, del *Servizio sanitario nazionale pubblico* e, dall'altra, l'impegno di porre in essere tutte le iniziative necessarie a far sì che lo stesso SSN sia sempre più efficiente, equo e capace di rispondere in maniera adeguata ai bisogni dei cittadini.

Secondo i medici italiani, dunque, in forza dell'art. 32 della Costituzione, il quale stabilisce che ogni cittadino ha il diritto a ricevere tutte le cure necessarie al mantenimento o al recupero della salute, indipendentemente dalle sue possibilità economiche e all'interno di un sistema solidaristico ed universale, rappresentato dal SSN, occorre assicurare ad ogni cittadino:

1 - una contribuzione solidaristica proporzionale al proprio reddito;

2 - uguale diritto alle prestazioni, individuate nei livelli uniformi e appropriati di assistenza, su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dal reddito e dalla contribuzione;

3 - tempi di accesso (alle prestazioni) trasparenti e adeguati alle necessità assistenziali di ciascuno e non alle esigenze organizzative dei servizi;

4 - libertà di scegliere la struttura e il professionista, siano essi operanti nel settore pubblico che in quello privato accreditato;

5 - gratuità di tutte le prestazioni in caso di indigenza o malattia cronica;

6 - qualità dei professionisti e delle strutture garantiti da efficienti ed efficaci sistemi di formazione e aggiornamento permanente e di riaccreditamento periodico;

7 - prestazioni di assistenza e cura domiciliare adeguate e tali da limitare per quanto possibile istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri;

8 - la continua educazione dei cittadini stessi alla conservazione della salute.

(cfr. "Medical Sumai", organo d'informazione, Roma, n. 12,30 dicembre 2000, pag. 7).

Le aspettative degli utenti

Tuttavia, da alcune inchieste giornalistiche in materia, emerge che negli utenti serpeggiano delle diffuse lamentele su aspettative non ancora soddisfatte. Sono aspettative elementari, che non dovrebbe essere difficile accogliere, dando peraltro puntuale attuazione a principi, obiettivi, diritti, indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, chiaramente individuati dalla normativa vigente e descritti nelle Carte dei servizi sanitari, nonché nei diversi Codici di deontologia professionale.

Tali legittime aspettative si possono compendiare in quattro ricorrenti richieste:

1 - ascoltare di più il paziente: molto spesso il paziente, quando accosta le strutture sanitarie, si sente un po' come un pacco postale anonimo posto su un nastro trasportatore sul quale ognuno mette un timbro, ma nessuno ne accerta la destinazione e il contenuto, con la spiacevole sensazione di essere considerato un oggetto, piuttosto che un soggetto bisognoso di comunicare e di essere informato;

2 - visitare di più il paziente: ci rivolgiamo innanzitutto amichevolmente alla figura centrale del medico di fiducia di medicina generale di base, ma il discorso vale anche per i medici specialisti ambulatoriali. Il medico di fiducia, per l'elevato numero di assistiti e per gli incombenti burocratici, diventa di frequente, suo malgrado, un prescrittore di esami di laboratorio e diagnostici, senza aver nemmeno il tempo materiale di visitare il paziente e di poter fare alla fine una diagnosi conclusiva; si corre quindi il rischio di mettere in moto una girandola diagnostica strumentale, onerosa per il paziente e costosa per la collettività, priva nella prassi di quel fondamentale atto medico iniziale, rappresentato da una preliminare visita generale del malato, che potrebbe evitare partenze sbagliate ed errori grossolani; la procedura a volte è, purtroppo, priva anche di una valutazione diagnostico-terapeutica finale, che spetta ancora al medico di medicina generale; in conclusione, una raccomandazione: qualche prescrizione di esami

in meno e qualche visita del paziente in più;

3 - *comunicare di più tra medici*: nonostante che i medici (di medicina generale e specialisti ambulatoriali) convenzionati sul territorio e i medici ospedalieri siano spesso dipendenti della stessa azienda ospedaliera o della stessa azienda sanitaria locale, si deve, purtroppo, lamentare che tra medici curanti e medici operanti nelle strutture pubbliche e private manca quel necessario “rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca - pur nel rispetto dell’autonomia e del diritto alla riservatezza -, che assicura corretta informazione all’ammalato e garantisce coerenza e continuità diagnostico-terapeutica”, come dispone anche l’art. 62 del Codice di deontologia medica;

4 - *ridurre le liste d’attesa e controllare di più le strutture sanitarie*: la Regione Lombardia con la legge regionale n. 31/1997 “di riordino del servizio sanitario regionale” ha fatto la scelta politica di un ampio accreditamento delle strutture private convenzionate con il SSN per offrire così all’utenza un più facile accesso alle strutture ospedaliere e ambulatoriali, pubbliche o private, favorendo una controllata concorrenza fra aziende operanti in sanità.

In pratica però gli utenti lamentano ancora la persistenza del patologico fenomeno di lunghe liste d’attesa per ricoveri e per prestazioni sanitarie specialistiche, necessarie anche se non urgenti, che il riordino della sanità e l’accreditamento delle aziende private avrebbero dovuto eliminare. Va precisato, per onestà intellettuale, che il problema della “sanità in lista d’attesa”, come ha dichiarato con efficace sintesi il clinico medico Nicola Dioguardi in un recente articolo (Corriere della Sera Milano, 27 febbraio 2001), non è solo lombardo o milanese, ma nazionale.

Infatti, il ministro della sanità professor Veronesi ha recentemente affermato: “L’equazione secondo cui se paghi ti ricovero (o ti visito) subito, se non paghi aspetti, non è degna di un Paese civile”.

Lo scontento che suscita la sanità oggi è determinato sia dai ritardi e dalle code per ottenere prestazioni ambulatoriali, sia dalle attese dei ricoveri ospedalieri: “Ciò costringe i malati più urgenti a fare peregrinazioni per la ricerca di sedi che offrono disponibilità più rapida” (Dioguardi).

Si auspica pertanto che la disfunzione delle liste d’attesa, sulla quale è intervenuto, a livello nazionale, pure il Presidente della Repubblica, venga affrontato con determinazione anche in Lombardia. Si suggerisce comunque che la Regione, quale ente programmatore, organizzatore della sanità sul territorio, con “pari opportunità tra pubblico e privato”, nonché finanziatore della spesa sanitaria (pur con la quota del fondo sanitario nazionale integrativo), provveda ad accompagnare il processo di aziendalizzazione e di liberalizzazione del mercato sanitario con le verifiche previste dall’art. 13 della legge citata. In base a tali sistematiche verifiche, le aziende sanitarie, pubbliche e private, dovrebbero essere indotte ad attuare una corretta logica aziendale e quindi in ogni caso essere scoraggiate a fare solo o prioritariamente ciò che produce il “*massimo delle entrate*” (sulla base dei DRG più convenienti per l’azienda), ma invece a fare “*ciò che serve*” ai pazienti, con livelli di assistenza garantiti a tutti i cittadini.

Tali verifiche vanno tuttavia completate con rigorosi controlli operativi sul buon funzionamento della sanità pubblica e di quella privata accreditata, effettuati da ispettori regionali (scelti magari tra i dirigenti amministrativi e sanitari in pensione), controlli che restano anche la miglior forma di monitoraggio del buon uso delle risorse finanziarie, dell’efficienza delle aziende sanitarie e, soprattutto, dell’efficacia delle prestazioni erogate, per il soddisfacimento dei vecchi e nuovi bisogni sanitari dei singoli utenti e della collettività.

Il dolore toracico

CARLO BELLI

Il dolore toracico è un sintomo di frequente riscontro nella pratica medica, anche perché è presente in molteplici patologie. Fra queste la malattia coronarica come: angina pectoris e infarto cardiaco. In tali casi, spesso insorge acutamente, quando il paziente si trova nelle circostanze più abituali: lavoro, viaggi, camminando per strada, in casa durante le quotidiane occupazioni.

Credo sia importante che ognuno di noi abbia delle conoscenze in proposito, poiché spesso non c'è il medico a portata di mano o facilmente rintracciabile.

Inoltre la cosa è di attualità perché se il dolore toracico è la manifestazione di una sindrome coronarica acuta (angina, infarto), rispetto a pochi anni fa, è necessario che non si perda tempo e ci si rechi al primo Pronto Soccorso (PS) il più presto possibile. Se il sintomo è indice sicuro della succitata patologia un'assistenza medica sollecita e qualificata, quale si può avere in PS, spesso vuol dire salvare la propria vita.

I pazienti che affluiscono direttamente in PS per un dolore toracico acuto sono in forte aumento e costituiscono un problema sanitario e sociale. Negli Stati Uniti una recente statistica segnala che circa 6 milioni di cittadini arrivano ogni anno in PS per un dolore toracico.

Ciò ha creato problemi non solo di organizzazione ma anche di costi medico-legali; questi ultimi perché si è constatato che il 2-10% di chi vi affluisce viene mandato a casa per un errore di diagnosi, con conseguenze spesso fatali. Sono sorti così, sempre in USA, i cosiddetti "Chest Pain Unit", sezioni apposite dei centri ospedalieri di PS, ove viene fatta una selezione dei pazienti cardiopatici consentendo diagnosi più sicure e minor rischio di errore. Anche le statistiche italiane dimostrano che sono in continuo aumento le prestazioni cardiologiche in PS per dolore toracico acuto.

Uno studio recente del dott. Antonio Mantero, del dipartimento cardiologico De Gasperis, riferisce che presso l'Ospedale Niguarda Ca'Granda il 50% delle visite del cardiologo in PS sono richieste per accertamento di casi giunti per dolore toracico. Di questi il 30% circa viene ricoverato in Unità Coronarica per angina o infarto cardiaco acuto (alcuni fanno angioplastica o by-pass).

Dolore toracico di origine coronarica

Il dolore toracico di natura cardiaca che insorge acutamente è dovuto, come ormai è noto, a un deficit di irrorazione dell'organo per occlusione delle arterie coronarie (vasi arteriosi che nutrono il cuore), occlusione parziale o temporanea (angina pectoris) o completa e permanente (infarto cardiaco). Esso insorge in mezzo al petto (retrosternale) come una costrizione, o un senso di pesantezza, talvolta come un bruciore o qualcosa che soffoca; s'irradia di solito verso l'alto, le braccia, più frequentemente il sinistro, non di rado alla mandibola e ai denti, meno spesso alla colonna vertebrale dorsale (zona fra le due scapole), accompagnato da una sensazione sgradevole, talora di malessere generale o di strangolamento.

Questa descrizione è stata fatta per la prima volta dal medico inglese Heberden alla fine del XVIII secolo, quando non si conosceva ancora bene la causa del male.

La sintomatologia dura in genere qualche minuto, fino a 15'-20' e poi si risolve spontaneamente (o subito dopo l'assunzione di Trinitrina), in caso di angina pectoris; persiste invece e si aggrava come intensità e coinvolgimento generale se la causa è stata un infarto. Di solito c'è un elemento scatenante: uno sforzo fisico o uno stress emotivo, ma può insorgere anche a riposo, specie dopo un pasto abbondante o dopo un'esposizione al freddo.

Cause non cardiache

Vi sono altre origini del dolore toracico acuto; spesso si tratta di disturbi digestivi quali: esofagiti, ernia iatale, reflusso gastroesofageo, spasmi esofago-gastrici, ulcera gastroduodenale, calcoli alla colecisti. In questi casi il dolore è di maggior durata e non è accompagnato da coinvolgimento dello stato generale: malessere, affanno di respiro, sensazione di mancanza di forze, talora anche “senso di morte imminente”, ecc...

Altre cause, abbastanza frequenti sono dolori toracici di origine neuro-muscolare-scheletrica, che sono diffusi, persistenti, accentuati dalla pressione locale sui muscoli o sulle coste, variabili a seconda della posizione del soggetto, mai accompagnati da malessere generale; dolori spesso molto localizzati e circoscritti alla parte sinistra dello sterno, i quali possono durare ore e giorni specie in pazienti con artrosi cervico-dorsale.

È essenziale che, soprattutto quando non si è più giovani, si prenda coscienza dell'importanza del dolore toracico. Questo vale specialmente per le persone di età media o anziane, in particolare se di sesso maschile, fumatori, ipercolesterolemici, ipertesi, o se si ha una familiarità positiva per coronaropatia. In genere è molto difficile che un dolore toracico, in un giovane o in soggetti di età inferiore a 40 anni, sia di origine coronarica. Nella donna è più frequente dopo la menopausa.

Come comportarsi in caso di dolore toracico

Se le caratteristiche sono come quelle più sopra descritte, che generano nell'individuo il sospetto di un disturbo cardiaco, non bisogna perdere tempo, ma recarsi o farsi portare al più vicino PS. Cercare un medico o aspettare che egli venga può essere un'inutile perdita di tempo. Anche nei casi dubbi, se il soggetto non è tranquillo, è bene che si rechi al PS più vicino, ove può essere visto e valutato in breve tempo. La mancata visita preliminare di un medico determina un iperafflusso di pazienti all'ospedale, ma occorre tenere presente che la posta in gioco è grande; e qui, pur conoscendo per esperienza personale cosa ciò significhi per l'organizzazione, mi metto dalla parte dell'assistito. Tanto più che in base alle moderne procedure di terapia, nei casi di angina o infarto cardiaco il guadagnare un'ora spesso vuol

dire evitare danni gravi al cuore e conseguenze non riparabili successivamente. Nelle strutture di PS c'è la possibilità di fare esami del sangue e di ripetere anche a breve distanza di tempo l'elettrocardiogramma, che in parecchi casi all'inizio può essere normale o non diagnostico. Se si accerta un'angina pectoris grave o un infarto in fase iniziale il paziente sarà assistito nei centri appositi (unità coronariche).

Da alcune statistiche risulta che il 40% dei soggetti con dolore toracico di natura cardiaca sono inviati in unità coronarica o in terapia intensiva.

Uno stato d'ansia, di eccessiva preoccupazione indurrà certamente alcuni a recarsi in PS per un dolore toracico che non ha proprio le caratteristiche tipiche di un sintomo cardiaco; dopo una visita cardiologica immediata e talora un iter diagnostico appropriato (s'impiegano spesso altre strumentazioni oltre l'elettrocardiogramma) verranno rimandati a casa (circa il 13%). È meglio affrontare un viaggio che per tanti sembrerà inutile piuttosto che rischiare grossi guai per insensibilità al problema, perdita di tempo o trascuratezza. La conoscenza di certe possibili evenienze e un'acquisita sensibilità nel capire l'opportunità di un intervento immediato in PS potranno creare inizialmente dei problemi organizzativi, ma in un secondo tempo potranno accrescere una maggiore autovalutazione diagnostica nei limiti delle possibilità individuali.

* * * * *

Queste brevi note hanno lo scopo di portare nuovi chiarimenti alle persone nei confronti di una patologia che può determinare in breve tempo manifestazioni gravi, quali l'angina pectoris e l'infarto cardiaco, condizioni, come tutti sanno, che mettono a repentaglio la vita stessa del paziente.

Lungi da me il creare allarmismi o stati d'ansia. Occorre tuttavia diffondere la convinzione che in caso di dolore toracico acuto, l'individuo deve prendere in considerazione anche l'ipotesi di una possibile causa cardiaca e recarsi subito al più vicino ospedale per sottoporsi ad una visita medico-specialistica adeguata e ad esami diagnostici. Ciò può comportare talora falsi allarmi, ma è certamente la via attuale più moderna e più valida per evitare possibili severe conseguenze o per essere tranquillizzati in poco tempo e riprendere al più presto la propria normale attività in famiglia, sul lavoro, nella società.

Danni d'organo e malattie cardiovascolari

FABIO MAGRINI

Il rischio di perdere la salute in modo irreversibile non è mai stato, per le popolazioni europee, così basso come in questo secolo. Accanto a questo dato rassicurante, va tuttavia ricordato che anche nei continenti più progrediti esistono ancora molte minacce per la salute dei cittadini. Le malattie cardiovascolari, che in Europa e negli USA sono, come è noto, la prima causa di morbidità e mortalità rappresentano certamente la minaccia più diffusa. In particolare le alterazioni dell'apparato cardiovascolare legate alla presenza di "troppa pressione del sangue" (ipertensione arteriosa) e, di "troppo colesterolo circolante" (ipercolesterolemia), essendo per molto tempo assolutamente "silenziose" (non danno disturbi), possono generare danni a carico di tutti gli organi vitali: dal cervello (ictus) agli occhi (retinopatie), dal cuore (infarto) ai reni (insufficienza renale), dall'aorta (aneurisma) ai muscoli, al fegato, ai polmoni (scompenso cardiaco). Negli ultimi anni del '900 la messa a punto di trattamenti particolarmente efficaci nel tenere sotto controllo il valore della pressione arteriosa e del colesterolo circolante ha contribuito moltissimo a mettere a fuoco una vera e propria "strategia di lotta" in difesa dell'apparato cardiovascolare. Si è allora dato il via, per lo meno in Europa ed in USA, e per la prima volta nella storia ad un impegnativo "contrattacco della medicina" che si fonda su tre punti:

- 1 - *prevenzione del danno d'organo*
- 2 - *limitazione del danno d'organo*
- 3 - *riabilitazione funzionale e strutturale degli organi danneggiati.*

La protezione degli organi vitali passa attraverso il controllo dei fattori di rischio, soprattutto la coppia ipertensione-ipercolesterolemia (*prevenzione*). Se si sviluppa un "problema" cardiovascolare sfuggito al controllo preventivo (per esempio un infarto acuto del cuore), l'obiettivo diviene

ridurre al minimo il danno (*limitazione dei danni*). Il passo successivo è far funzionare di nuovo gli organi danneggiati (*riabilitazione degli organi*) oppure, quando il danno è irrimediabile, sostituire quelli possibili (*trapianto*). La ideazione e l'applicazione di *questa strategia* (ovviamente in continuo sviluppo e aggiornamento nelle tecniche, nell'organizzazione e nei costi!) "è la scoperta medica" che probabilmente avrà il maggiore effetto protettivo sulla salute di intere popolazioni.

Prevenire i danni

Da qualche anno nella lotta alle malattie cardiovascolari, condotta sin dall'inizio da *medici, istituzioni sanitarie, ricerca farmacologia e tecnologica*, è stata coinvolta una consistente parte della *popolazione*. Quantomeno quella che legge i giornali, guarda la TV o "naviga" nella rete informatica e, in qualche caso anche la popolazione scolastica. Soprattutto nella fase di prevenzione una buona informazione medica (non legata alle "mode") ed una educazione sanitaria equilibrata (né troppo repressiva né troppo permissiva) dei cittadini di tutte le età è la prospettiva che potrà dare una mano agli "addetti ai lavori" nell'abbattere il "primato" europeo ed americano del mal di cuore. I responsabili dei mezzi di comunicazione sono quindi entrati nei programmi di prevenzione delle malattie cardiovascolari, e verosimilmente nel prossimo futuro sarà ancora più evidente quanto la diffusione di comportamenti e notizie utili alla salute di cuore e arterie sia efficace. In questa ottica l'*Ospedale Maggiore* è stata la prima istituzione sanitaria italiana a tenere corsi di *informazione-consapevolezza* per cittadini affetti da ipertensione arteriosa. Nel 2000 si sono infatti svolte una serie di riunioni serali con i pazienti seguiti nel Day-Hospital per l'ipertensione arteriosa del nostro Istituto, dedicate alla solu-

zione dei possibili problemi che incontra chi è in trattamento cronico (a vita) con farmaci antipertensivi. E gli “addetti ai lavori”, cioè gli esperti di malattie cardiovascolari, cosa stanno facendo? Stanno lavorando sodo, hanno imparato a scambiare informazioni con altri ricercatori apparentemente “lontani” dalla medicina come gli ingegneri, i fisici, gli addetti alla ricerca militare, gli informatici, ed hanno naturalmente stretto ancor più i rapporti con i biologi, i farmacologi, gli epidemiologi: insomma nei Paesi più ricchi e più organizzati si è formato un “esercito” di esperti per la difesa dell’apparato cardiovascolare e per lo sviluppo delle sue prestazioni. Tutto questo ha modificato il rapporto tra il cittadino e il suo cardiologo, creando anche qualche tensione legata o all’eccesso di aspettativa (“qualsiasi problema della mia circolazione deve, e può essere risolto dall’esercito degli esperti”), o all’eccesso di sfiducia (“basta con gli specialisti, voglio un solo dottore, ma che mi voglia bene”). Vedremo che equilibrio troverà nel prossimo futuro questo rapporto delicato e importante. Certamente va detto che il cittadino del 2000 ha a disposizione una quantità di mezzi per limitare e per riparare i danni d’organo legati alle malattie cardiovascolari enormemente superiori a quelle di 50 anni fa. Ecografia, risonanza magnetica, elettrocardiografia dinamica, angiografia, defibrillatori e stimolatori cardiaci miniaturizzati e intelligenti, tecniche per disostruire le arterie, farmaci per le emergenze e le urgenze delle coronarie, della pompa cardiaca, trapianto del cuore e soprattutto farmaci per il trattamento dei problemi cardiovascolari cronici che molto spesso permettono di condurre una vita da “non ammalati”. L’elenco dei mezzi per la *limitazione* dei danni da malattie della circolazione e per la riabilitazione degli organi potrebbe essere molto lungo. La *prospettiva più stimolante* del futuro prossimo è però divenuta la *prevenzione*. La conquista di questo obiettivo richiederà probabilmente molte “mosse” (alcune non ancora prevedibili) ma certamente sullo scacchiere delle malattie cardiovascolari “*le due mosse di apertura*” sono state identificate con chiarezza:

a - la lotta al colesterolo (alto)

b - la lotta alla pressione (alta).

Lotta al colesterolo (alto)

Lotta al colesterolo vuol dire lotta alla *aterosclerosi*, cioè alla formazione di “incrostazioni ostruttive” all’interno delle arterie. Perché è così importante fare una buona manutenzione delle nostre arterie e prevenirne l’ostruzione? Perché se questo sistema di tubi, dentro il quale scorre il sangue sotto pressione si ostruisce, gli organi non ricevono ossigeno e le loro cellule soffrono (o addirittura muoiono). Se si ostruiscono le arterie coronarie sarà il cuore a soffrire (infarto del miocardio, angina pectoris, ischemia), se il “tappo” si forma nelle arterie cerebrali sarà il cervello a farne le spese, se l’aterosclerosi colpisce le arterie delle gambe sono i muscoli a non poter funzionare e così via. Va ricordato che le arterie, pur essendo spesso paragonate a “semplici tubicini”, sono strutture estremamente vive e complesse. Formate da strati di cellule di vario tipo (soprattutto piccoli muscoli) sanno stringersi ed allargarsi e, a seconda della necessità possono quindi far arrivare più o meno sangue nei vari distretti dell’organismo. Sono ricchissime di “sensori” (recettori) che ricevono ordini dal sistema nervoso e da diversi altri organi (tiroide, surrene, rene, etc.) su come adattarsi alle variazioni nelle richieste di sangue dei vari organi. Infine le arterie sono rivestite internamente da una sottilissima fodera “intelligente” (endotelio) che facilita lo scorrimento del sangue (tendenzialmente “coloso”) e contribuisce, liberando vari messaggeri chimici, al buon funzionamento delle pareti arteriose. L’aterosclerosi mette in crisi questa efficientissima rete di distribuzione infiltrando silenziosamente piccole particelle di grasso sotto l’endotelio. Non si è ancora scoperto perché queste “palline” di grasso che vengono normalmente trasportate nel torrente sanguigno decidano di infiltrarsi nelle pareti arteriose di un dato individuo e non in quelle di un altro. Non è neppure chiaro se questa subdola attività infiltrativa avvenga in modo continuo o intermittente e perché prenda di mira a volte le coronarie, a volte le arterie cerebrali, le renali etc. Si pensa che molti fattori aiutino l’invasione del grasso, come la pressione del sangue troppo alta (ipertensione), la presenza di difetti nel metabolismo (per es. il diabete), alterazioni ormonali (per es. ipotiroidismo) etc. Purtroppo si tratta di una invasione silenziosa (non ci accorgiamo di

nulla) finché l'accumulo di grasso non finisce con il disturbare i delicati meccanismi che regolano la funzione dell'arteria colpita o addirittura finisce con l'ostruirla in tutto o in parte. Una cosa è tuttavia chiara: *il rischio di essere infiltrati dalle particelle di grasso aumenta, quando aumenta la quantità di colesterolo totale* trasportato dal sangue. Conclusione: lotta senza risparmio, anche economico, al colesterolo troppo alto. *Prevenire l'aterosclerosi* e le sue conseguenze (infarto miocardico, cerebrale, scompenso cardiaco da danno ischemico) non solo è meglio per tutti, ma può persino essere più economico che organizzare le costose cure per le emergenze del cuore. La vera novità di questo fine secolo nella prevenzione dei danni generati dalla aterosclerosi è stato infatti l'arrivo di una famiglia di medicine, *le statine*, efficienti come nessun altro in passato, nel ridurre la quantità di colesterolo che circola nel sangue. Ma chi è che mette in circolazione questo agente poco raccomandabile? Va subito detto che il colesterolo totale è in realtà un "pacchetto" di sostanze grasse che viene prodotto, assemblato e messo in circolazione dal fegato, e che questo "pacchetto" ha tutto il diritto, anzi il dovere di circolare nell'apparato cardiovascolare. Si tratta infatti di sostanze indispensabili all'organismo sia come combustibile che per costruire membrane cellulari, ormoni, succhi digestivi etc. Il problema nasce quando la quantità di colesterolo totale in circolazione è più alta del necessario, e mette in crisi i sistemi di trasporto dei grassi nel flusso sanguigno. I grassi vogliono infatti essere trasportati dalle proteine: non per pigrizia o per prepotenza ma perché se non sono legati alle proteine non possono sciogliersi nel sangue, ed anche perché non hanno senso dell'orientamento e non saprebbero arrivare nei punti dove sono richiesti (dal cervello ai muscoli). Le proteine invece si sanno orientare molto bene all'interno del nostro organismo perché posseggono la memoria, e sanno quindi riconoscere le cellule o gli organi in cui depositare il loro carico di grassi. Il mestiere di "trasportatore di grassi" viene fatto da una quantità di diverse proteine che vengono identificate da varie sigle. Due sigle di proteine trasportatrici sono diventate famose alla fine del 900: le LDL e le HDL. Le LDL provvedono al trasporto del materiale dal centro di produzione (fegato) ai con-

sumatori periferici (muscoli, etc), mentre al viaggio di ritorno provvedono le HDL (dalla periferia al fegato). Le LDL sono diventate popolari in negativo perché tendono ad "uscire di strada" (cioè ad infiltrarsi nelle pareti delle arterie) soprattutto quando diventano particolarmente numerose. In pratica fanno correre un rischio alle nostre arterie. Le HDL sono invece ottimi trasportatori, capaci addirittura di raccogliere detriti (sono state chiamate "spazzini") e proteggono quindi l'apparato cardiovascolare dal rischio dell'infiltrazione grassa. La prospettiva di iniziare il nuovo secolo dando una accelerata alla lotta contro l'aterosclerosi viene affrontata con molto ottimismo. Aver capito (almeno nelle linee generali) come e dove avvengono nel nostro organismo produzione e trasporto del colesterolo ha infatti permesso di sviluppare diversi farmaci assolutamente efficaci nel regolare la giusta quantità di grassi da far circolare nelle nostre arterie. Tra questi nuovi farmaci, il ruolo di "difensore centrale" è sostenuto dalla famiglia delle statine. Queste sostanze lavorano così: *frenano la produzione* e la messa in circolazione *del colesterolo* bloccando nella catena di montaggio del fegato un enzima indispensabile al suo assemblaggio. Essendoci meno colesterolo da trasportare ai consumatori periferici (muscoli, etc.), il fegato richiama "ai box" parte delle LDL circolanti esponendo un numero maggiore di sensori (recettori) che le agganciano. Con minor quantità di LDL in circolazione il rischio di infiltrazione grassa delle pareti arteriose si riduce. In conclusione la possibilità che nel prossimo futuro i danni provocati dalla aterosclerosi si riducano drasticamente è divenuta concreta grazie alla messa a punto di farmaci intelligenti e soprattutto efficaci nel tenere il valore del colesterolo al livello "giusto". Ma qual è questo livello? È quello che abbiamo da bambini. Alla nascita, durante l'infanzia e la adolescenza, e fino alla maturità (si considera che l'età matura inizi con l'arresto del processo di crescita ossea e corporea intorno ai 18 anni) il valore del colesterolo totale che circola nell'apparato cardiovascolare oscilla tra 140 e 190 mg/dl e l'aterosclerosi non c'è. A questa regola fanno eccezione i bambini "portatori" di ipercolesterolemia familiare che hanno valori di colesterolemia estremamente elevati (300-500 mg/dl) e che

possono presentare sin dall'età di 5-6 anni lesioni arteriose da infiltrazioni di grassi. Questa però è una rara eccezione, ed è una vera e propria "malattia" e non soltanto un "fattore di rischio". La regola valida in tutto il pianeta è che nessuno nasce con il colesterolo alto, ma la maggioranza dei cittadini dall'Italia alla Cina, dall'Australia agli Stati Uniti finisce per accumulare nel corso della vita una *quantità di colesterolo decisamente superiore alle necessità* dell'organismo. Esistono anche delle fortunate minoranze che mantengono fino a cento anni valori "infantili" di colesterolo ma non ci hanno ancora rivelato quale sia il loro segreto. Nella maggioranza degli uomini e delle donne il colesterolo che circola nell'apparato cardiovascolare aumenta nel corso della vita per due ragioni: a – eccesso di introduzione con il cibo, b – eccesso di produzione rispetto al consumo. Questo aumento è stato classificato in tre gradi: lieve (200-250), medio (250-300), marcato (oltre 300) e naturalmente il rischio di danno alle arterie aumenta salendo di grado. La lotta alla aterosclerosi ha quindi come primo obiettivo quello di mantenere dall'infanzia sino a cento anni il valore del colesterolo nel sangue al di sotto di 200 mg/dl, e la parola d'ordine è quindi "*colesterolo infantile per tutta la vita*". Come fare? Educazione alimentare sin dall'infanzia per ridurre la quantità di grassi assunti con il cibo, esercizio fisico per aumentarne il consumo, e infine un freno alla sua produzione con l'aiuto di medicine intelligenti. La prospettiva per le generazioni del futuro è in conclusione quella di una vera e propria *prevenzione dei danni cardiovascolari da aterosclerosi* attraverso il controllo della quantità e del tipo di grassi trasportati con il sangue.

Lotta alla "pressione" (alta)

Lotta alla pressione alta vuol dire lotta ad un regime circolatorio che in modo lento e spesso assolutamente silenzioso logora i distretti "chiave" dell'apparato cardiovascolare: dalla circolazione cerebrale (ictus) alla circolazione dell'occhio (retinopatia ipertensiva), dall'aorta (aneurisma) al circolo renale (insufficienza renale), dalle pareti del cuore (ipertrofia) alla circolazione coronarica (ischemia miocardica). Si è dimostrato infatti che *quanto maggiore è la pressione* del sangue nelle arterie, *tanto*

maggiore è la probabilità che la vita non sia né lunga né di buona qualità. Fortunatamente si è anche dimostrato che riducendo con i farmaci antiipertensivi il valore della pressione, il rischio che l'apparato cardiovascolare si guasti ridiventa quasi uguale a quello di chi non è mai stato iperteso. Perché quasi uguale e non esattamente uguale? Probabilmente perché molti cittadini ipertesi non sono ancora curati in modo ottimale sia in Europa che negli USA. La ragione di questo è duplice: da un lato gli individui con la pressione alta sono tantissimi (20-25% degli adulti, 40/45% della popolazione anziana) e interventi preventivi di queste dimensioni richiedono investimenti sanitari molto grossi. Dall'altro la collaborazione tra medico e paziente nel mantenere sotto controllo i valori della pressione nel corso degli anni, non sono ancora ottimali. L'ipertensione arteriosa infatti è *una condizione cronica* che non si cura una volta per tutte, ma va trattata con i farmaci più adatti al singolo paziente per tutta la vita. La prospettiva di dover "prendere le medicine per sempre" non viene facilmente accettata da molti, ed i medici a volte non ce la fanno ad offrire tutto il supporto psicologico, informativo ed organizzativo necessario a tenere sotto controllo per un tempo indefinito e in un numero alto di pazienti il valore della pressione. È stato calcolato che il tempo medio che in Italia un medico dedica al controllo della efficacia di un trattamento antiipertensivo è di circa 10 minuti (sono pochi). E l'Italia è uno dei Paesi dove l'ipertensione viene trattata "bene" (meglio che in GB o negli USA). Come l'ipercolesterolemia anche la pressione alta è "silenziosa", può non dare alcun disturbo finché non ha prodotto qualche danno. Questo rende più difficoltosa la sua individuazione, e più incerta la collaborazione del paziente. ("Mi sento benone, perché devo prendere le pillole ogni giorno? Volete farmi diventare un uomo pillola-dipendente?"). Riuscire a prevenire i danni cardiovascolari da ipertensioni richiederà quindi nel prossimo secolo non solo un grosso impegno nell'informazione ("Si prendono le pillole oggi per non avere guai tra vent'anni"), ma anche sarà necessaria una maggiore collaborazione del singolo paziente nella "gestione" del proprio problema: imparare a misurarsi la pressione, così come si è imparato a misurarsi la tempe-

ratura o il peso, imparare a riconoscere le fluttuazioni naturali della pressione durante le varie attività quotidiane, conoscere nelle linee essenziali la storia della propria pressione. La prima domanda che il paziente iperteso rivolge al medico è infatti: “*perché ho la pressione alta?*”. Non si è ancora scoperto il “*perché*” dell’ipertensione, ma si sono accumulate molte informazioni sul “*come*”. Cioè con quali meccanismi il valore della pressione aumenta anormalmente nel corso della vita. Nessun individuo nasce con la pressione alta, salvo in presenza di rare malformazioni o patologie congenite che sono tutt’altro problema. La pressione ha origine durante la vita fetale quando il cuore incomincia a battere in modo ritmico spingendo il sangue dentro le arterie che si vanno formando, e rappresenta la forma di energia fisica che la Natura ha scelto per perforare, cioè nutrire tutte le cellule e gli organi del corpo. Nei neonati di tutto il mondo ha un valore di circa 70/40 mmHg, continua ad aumentare durante il processo di crescita corporea, che termina in tutti i mammiferi terrestri con la “saldatura” delle ossa (nell’uomo convenzionalmente intorno ai 18 anni), stabilizzandosi a circa 120/80 mmHg una volta acquisita la maturità, e tendendo ad aumentare lentamente nel corso dell’invecchiamento. La *storia naturale della pressione arteriosa* può essere quindi descritta graficamente come una *curva di valori crescenti in funzione dell’età*, ed è pertanto un aspetto importante del processo di *invecchiamento cardiovascolare*. Il meccanismo con cui la pressione aumenta dalla nascita alla vecchiaia è un progressivo *restringersi ed indurirsi delle arterie*. Una percentuale molto alta di individui in tutti i continenti ha una pressione del sangue che “*devia*” dalla curva che descrive la storia naturale della pressione nella popolazione normale. In questi individui le arterie si restringono e si induriscono in modo esagerato nel corso della vita e generano così un regime circolatorio ad alta pressione. *Questo regime (assolutamente indesiderabile) accelera il processo di invecchiamento di tutti gli organi* e, come si è detto, produce una lunga serie di veri e propri danni (ictus, ischemie etc). Nel prossimo futuro la lotta all’ipertensione dovrà divenire quindi un aspetto assolutamente prioritario nella lotta contro il “tempo”. Per ridurre *la velocità di invecchiamento*

degli organi vitali, ed avere una *vecchiaia lunga e felice* la strategia è infatti la prevenzione dei danni cardiovascolari legati ad un eccesso di pressione del sangue. Tutto questo richiede un patto di stretta collaborazione tra il paziente ed il suo medico. La ricerca farmacologica in questo secolo ha messo a disposizione dei cittadini di tutto il mondo una serie di “*pillole*” assolutamente efficaci nella prevenzione dei danni da ipertensione arteriosa. Avere identificato “*come*” la pressione può aumentare in modo eccessivo ha permesso infatti di costruire farmaci intelligenti e mirati a bloccare i vari meccanismi che generano ipertensione. Esiste quindi tra gli addetti ai lavori ottimismo sulla possibilità di non avere più nel prossimo secolo danni da “*regimi circolatori ad alta pressione*”. Non è facile invece prevedere se, e quando nel corso del futuro si scoprirà quello che i pazienti ipertesi chiedono: “*ma perché la mia pressione devia dal normale?*”. La risposta a questa domanda potrebbe aprire la strada alla cura “*una volta per tutte*” dell’ipertensione arteriosa abbandonando così la “*compagnia*” per ora indispensabile della “*pillola*” quotidiana.

Il dott. Carlo Leopoldo Rovida, un grande medico del passato che lavorò presso l'Ospedale Maggiore di Milano

GIOVANNI BATTISTA FOGAZZI, CLAUDIO PONTICELLI

Nella lunga storia dell'Ospedale Maggiore di Milano spiccano molti nomi illustri di medici ed amministratori. Tra questi merita particolare citazione il dott. Carlo Leopoldo Rovida, che lavorò come primario del comparto medico maschile tra il 1872 e il 1874.

Nacque a Milano il 22 settembre 1844. Il padre era medico, la madre apparteneva ad una agiata famiglia milanese. Compì i suoi studi di medicina a Pavia (allora, Milano era ancora sprovvista di questa facoltà universitaria). In quella prestigiosa Università ebbe il privilegio di studiare sotto la guida di grandi maestri come Salvatore Tommasi, Eusebio Oehl, Paolo Mantegazza. Ma ancor più straordinaria dovette essere l'opportunità di avere come condiscepoli e amici alcuni personaggi che sarebbero divenuti grandi medici, il cui nome suscita ancor oggi ammirazione e rispetto. Tra questi Edoardo Bassini, famoso chirurgo inventore di nuove tecniche operatorie tuttora attuali; Giulio Bizzozero, uno dei maggiori patologi mondiali di tutti i tempi, Camillo Golgi, istopatologo che fu insignito del premio Nobel nel 1906 assieme allo spagnolo Ramón y Cajal, per i suoi studi sulla struttura del sistema nervoso.

Nel 1866, poco dopo la laurea, il giovane Rovida si arruolò volontario nell'armata di Garibaldi, partecipando alla vittoriosa campagna nel Trentino. Dopo l'armistizio con l'Austria nel luglio dello stesso anno, tornò agli studi di medicina decidendo di perfezionare le sue conoscenze.

Si recò in Austria e in Germania visitando diversi ospedali, abbeverandosi del sapere di alcuni "pontefici" della medicina come Theodor von Frerichs, Friedrich von Recklinghausen, Rudolf Virchow.

Alla fine del 1867 iniziò la sua attività presso l'Ospedale Maggiore di Milano, lavorando nel reparto di Medicina Clinica. Risulta dagli archivi storici dell'Ospedale (5 dicembre 1870) che ebbe un con-

trasto probabilmente vivace con l'Amministrazione che ne aveva chiesto il trasferimento, per un anno, al reparto di chirurgia.

Il dott. Rovida ne uscì vincente, tanto che, due anni dopo, gli fu riconosciuto il ruolo di primario del comparto maschile di medicina interna. Il suo reparto era costituito dalle sale San Lazzaro e San Giuseppe, che formavano il braccio trasversale della grande crociera terrena, situata al lato settentrionale dell'Ospedale. Come ricordava il dott. Panzeri, suo collaboratore, "il comparto maschile è ordinariamente capace di 93 letti, questi vengono all'occorrenza aumentati fino ai 140. Vi si unisce anche la piccola sala Resnati che contiene 8 letti e in cui vengono radunati, per comodità di servizio, gli ammalati con iscuria, che abbisognano di sirin-gazione" (Gazzetta Medica Italiana, serie VII, tomo I-2 maggio 1874).

Il dott. Rovida doveva avere grandi capacità manageriali se riusciva a curare più di 1600 malati all'anno. Si consideri infatti quanto limitate fossero allora le possibilità diagnostiche e terapeutiche e quanto più lunghe rispetto ad oggi dovessero essere le degenze. Dal succitato rapporto del dott. Panzeri risulta che la causa più frequente di ospedalizzazione era rappresentata da malattie dell'apparato respiratorio (forse già allora l'aria di Milano non era così pura come molti immaginano). Bronchiti croniche, enfisemi polmonari, polmoniti, pleuriti erano complicazioni frequenti, spesso mortali non essendovi terapie specifiche. Va sottolineata qualche lamentazione da parte dei medici: "un mezzo che volentieri si sarebbe applicato su larga scala nelle pleuriti essudative si è quello della toracentesi; ma ne fummo impediti in primo luogo dalla mancanza di adatti strumenti".

Tra le malattie respiratorie la forma prevalente e più temuta era rappresentata dalla tubercolosi, motivo

... “Il reparto del dott. Carlo Leopoldo Rovida era costituito dalle sale San Lazzaro e San Giuseppe, che formavano il braccio trasversale della grande crociera terrena (Filarete), situata al lato settentrionale dell’Ospedale”...



non solo di morte del paziente ma anche di penosi conflitti “ad onta degli incagli frapposti all’accettazione nel nostro Ospedale degli ammalati di tubercolosi e tisi polmonare siccome troppo evidentemente cronici...”.

Al secondo posto, dopo le malattie respiratorie, venivano le malattie cardiache il cui alto numero era posto in sospetta relazione con “le gravi commozioni politiche dell’età nostra, o la vita più febbrilmente attiva...”.

Certo la situazione non è migliorata da allora: l’ossessionante visione e audizione di certi politici e una vita sempre più caotica possono rendere conto almeno in parte della triste esplosione di malattie cardiovascolari.

Il dott. Rovida si occupò ampiamente anche di gastroenterologia, di neurologia, di malattie infettive. Tuttavia “l’argomento prediletto” oggetto di minute attenzioni e di “studi speciali” furono le malattie renali.

Si scenderebbe in dettagli troppo tecnici se volessimo illustrare i suoi contributi a quella disciplina che un secolo dopo sarebbe stata chiamata nefrologia. Basti dire che egli contestò con ragione un gigante della scienza medica come il dott. Henle sulla genesi dei cilindri urinari.

Infatti, quando Rovida incominciò i suoi studi sui cilindri urinari, tra il 1865 ed il 1870, era ancora dominante l’ipotesi formulata da Henle nel 1842, che considerava questi elementi come coaguli di fibrina formati nel lume dei tubuli renali.

Attraverso numerosi esperimenti di microchimica, cioè di applicazione diretta, a varie temperature, di un alto numero di reagenti chimici ai campioni di urina posti sul piano del microscopio, Rovida giunse a risultati assai innovativi e molto in anticipo sui suoi tempi.

I “cilindri incolori”, che vengono attualmente denominati ialini, per Rovida non erano costituiti da fibrina, bensì da una sostanza dotata di caratteristiche chimiche e fisiche assolutamente uniche, che la differenziavano da tutte le proteine conosciute a quel tempo, e che Rovida denominò “cilindrina”.

Per quanto riguarda i “cilindri giallicci”, che vengono attualmente denominati cerei, neppure in essi Rovida riuscì a trovare fibrina. Tuttavia, questi cilindri dimostrarono proprietà chimico fisiche che

li separavano dai cilindri incolori/ialini, per cui egli giunse alla conclusione che si trattava di elementi a sé stanti, di natura tuttavia sconosciuta.

Rovida ottenne un altro importante risultato con lo studio istologico sui reni di pazienti che erano deceduti nel suo reparto dell’Ospedale Maggiore per malattia di Bright, cioè per glomerulonefrite. Attraverso un esame accurato delle cellule tubulari e dei cilindri presenti nel lume dei tubuli, egli arrivò alla conclusione che la matrice dei cilindri, sia quelli incolori/ialini che quelli giallicci/cerei, era il prodotto della secrezione delle cellule tubulari.

I risultati ottenuti da Rovida sono degni di essere ricordati ancora oggi in quanto si dimostrarono esatti, anche se furono necessari quasi 90 anni perché venissero confermati. Infatti, che i cilindri incolori/ialini fossero costituiti da una proteina particolare *prodotta da alcune cellule dei tubuli renali* ed oggi nota come proteina di Tamm-Horsfall, fu dimostrato tra il 1956 ed il 1962 dal medico neozelandese E. McQueen attraverso tecniche immunoelettroforetiche e di immunofluorescenza. E anche le conclusioni sui cilindri giallicci/cerei si dimostrarono corrette, poiché è oggi noto che questi elementi sono di natura diversa dai cilindri incolori/ialini, in quanto non contengono la proteina di Tamm-Horsfall. Purtroppo, come già ai tempi di Rovida, la loro vera natura è ancora oggi sconosciuta.

Che cosa è la Day Surgery?

FERNANDO ZENNARO

Il termine “Day Surgery”, ormai entrato a buon diritto nel linguaggio comune, definisce una parte sempre più ampia di interventi chirurgici e di procedure diagnostiche e operative invasive eseguiti in regime di ricovero limitato dal mattino alla sera, talvolta prolungabile a una notte, ed effettuati in anestesia locale, loco-regionale o generale.

Tale tipo di chirurgia, nata soprattutto in conseguenza della necessità di contenere i costi sanitari di ricovero ordinario, sta estendendosi a un numero sempre maggiore di tipi di intervento: dalla chirurgia della parete addominale, alla chirurgia proctologica, alla chirurgia flebologica, alla chirurgia delle vie biliari, a quella della mammella e della tiroide, fino a tutte le discipline chirurgiche.

Si tratta non di chirurgia cosiddetta maggiore, a cui resta dedicato il ricovero ordinario, ma di chirurgia certamente non secondaria, che richiede una grande capacità organizzativa, una tecnica chirurgica esperta e ineccepibile, un’anestesia appropriata, bene eseguita e “dosata” perché l’iter della Day Surgery possa espletarsi riducendo al minimo le complicanze e la necessità di conversione in ricovero ordinario.

Già all’inizio del ’900, in Scozia, furono eseguiti numerosi interventi di chirurgia ambulatoriale in ambito pediatrico. Occorre però giungere agli anni ’70 perché le basi del modello organizzativo della Day Surgery vengano consolidate.

La Day Surgery ha avuto una notevole espansione soprattutto negli Stati Uniti. In Europa il suo sviluppo è stato più tardivo, per vari motivi legati soprattutto alle diverse politiche nazionali in campo sanitario, ma anche a una certa resistenza tra gli addetti ai lavori ad accogliere la nuova metodologia di lavoro e a una scarsa informazione nella popolazione.

Attualmente, in tutta Europa, la Day Surgery rappresenta una sensibile percentuale della chirurgia totale, variabile nei Paesi anche in rapporto alla differente espansione dei settori pubblico e privato, dal 20% in

Belgio e Olanda, al 50% circa in Gran Bretagna, al 60% in Norvegia fino a raggiungere il 90% in Finlandia. L’Italia si colloca in posizione intermedia, come per la Francia e la Spagna, con una percentuale circa del 30% ma in grande espansione.

Per una efficace e corretta realizzazione della Day Surgery, diversi sono i fattori importanti, che devono essere tenuti in considerazione.

In primo luogo, fondamentale è l’organizzazione, che deve essere efficiente e capillare, perché il singolo paziente possa espletare le diverse fasi del suo iter senza perdite di tempo, con buona coordinazione temporale e logistica.

La scelta del paziente adatto alla Day Surgery deve essere corretta. Devono essere esattamente valutate le motivazioni del paziente a eseguire l’intervento secondo queste modalità; devono essere fornite al paziente informazioni complete ed esaurienti sulla Day Surgery, in modo che egli possa decidere liberamente conoscendo vantaggi e fattori limitanti. Devono essere tenute in considerazione la distanza dell’abitazione del paziente dal centro ospedaliero dove verrà operato (massimo 30 km); la possibilità di assistenza domiciliare da parte di un familiare e soprattutto la loro compliance.

Le indicazioni all’esecuzione dell’intervento in Day Surgery devono essere ben valutate.

La visita anestesiologicala, oltre a inquadrare le condizioni generali del paziente per valutarne l’operabilità e il relativo rischio, ha tra gli obiettivi quello di presentare al paziente le diverse possibilità di anestesia (locale, loco-regionale, generale), per scegliere la modalità più idonea al singolo caso.

L’intervento chirurgico deve essere eseguito da équipe chirurgica collaudata ed esperta, per ridurre al minimo la possibilità di complicanze postoperatorie maggiori e minori, e poter quindi rispettare i tempi di dimissione con invio precoce del paziente al domicilio in condizioni di sicurezza.

È comunque indispensabile garantire al paziente una “dimissione protetta”, con la possibilità di contattare, 24 ore su 24, nella fase postoperatoria, l’*équipe* chirurgica, per qualsiasi necessità del paziente (anche solo per rassicurazione).

In tutto l’iter diagnostico-operativo è di basilare importanza il contatto con il medico di famiglia del paziente, che deve essere tenuto informato sulle indicazioni alla Day Surgery, sulle nuove possibilità offerte dall’evoluzione della stessa, per gestire le problematiche del paziente in modo sinergico alla struttura ospedaliera.

Se tutti questi aspetti vengono correttamente considerati, la Day Surgery può essere realizzata con vantaggi sensibili per il singolo paziente e per la collettività.

I vantaggi per il paziente comprendono un minore tempo di ospedalizzazione, con minore incidenza sulle abitudini di vita, più breve allontanamento dall’ambiente familiare e più rapida ripresa del lavoro.

I vantaggi sociali comprendono la riduzione dei tempi di ricovero, quindi dei costi di degenza con maggiore disponibilità di posti letto per gli acuti e per i pazienti con patologie gravi; una riduzione dei tempi di recupero postoperatorio con minore assenza dal lavoro.

I vantaggi individuali e sociali comportati dalla Day Surgery ne spiegano il sempre più vasto interesse, che suscita in ambito ospedaliero, la sempre crescente applicazione con la possibilità di creare spazi dedicati ed esclusivi per essa, rispetto alle strutture per la chirurgia in ricovero ordinario.

La creazione di unità dedicate indipendenti potrà consentire di incrementare ulteriormente l’attività chirurgica in Day Surgery nel futuro, con l’ottimizzazione delle risorse e degli spazi, e quindi un miglioramento globale della qualità delle prestazioni, contenendo sempre più efficacemente la spesa sanitaria pubblica.

Questa metodologia di lavoro, che implica un cambiamento notevole rispetto al passato nell’impostazione organizzativa, mentale, chirurgica, anestesiologicala, tenderà verosimilmente in futuro a coinvolgere sempre più settori della chirurgia tradizionale, delimitando quindi con precisione la chirurgia “maggiore” per la degenza ordinaria.

Lo sforzo deve essere teso a far sì che questo avven-

ga mantenendo sempre alta la qualità globale dell’assistenza sanitaria e inalterate le condizioni di sicurezza per il paziente.

Alla luce di quanto detto, il 19 novembre 2000 è stato organizzato nel nostro Policlinico un convegno su quest’argomento, dal titolo: Facciamo il punto sulla “Chirurgia Ambulatoriale - Day Surgery” con i medici di famiglia.

L’intento è stato quello di confrontarsi con i medici di famiglia al fine di divulgare una completa e perfetta informazione sulla Day Surgery ricucendo i dubbi, la diffidenza e lo scetticismo che ancora parzialmente circondano questo moderno approccio chirurgico.

La riunione scientifica, che si è tenuta nell’aula magna del padiglione Monteggia, gremita in ogni posto, ed è stata presieduta dal prof. Alberto Peracchia, da più di dieci anni fautore di questa metodica che ha sostenuto e sviluppato anche in sede nazionale, ha espresso l’esperienza e l’attività di parecchi anni nel nostro Ospedale, dal day hospital preoperatorio al vero atto chirurgico nelle varie discipline specialistiche, dalla chirurgia generale all’endoscopia operativa, dall’oculistica alla dermatologia.

In particolare è stata rappresentata l’operatività dell’Istituto di Chirurgia Generale che ha raggiunto un livello diagnostico-terapeutico ottimale con un servizio codificato secondo le linee guida internazionali, di massima sicurezza e operatività e con un indice di gradimento, manifestato dai pazienti trattati, assai elevato.

La Milano napoleonica: breve indagine nei Luoghi Pii tra il 1796 e il 1814

CRISTINA CENEDELLA

Due secoli or sono, il 2 giugno 1800, Milano esultava alle armate francesi che entravano in città sotto il comando di Napoleone Bonaparte.

Il rapporto del generale con la città meneghina, tuttavia, aveva avuto inizio il 15 maggio del 1796, quando gli Austriaci, battuti su più fronti, dovettero lasciare Milano ai Francesi.

Purtroppo le aspettative e le speranze di riscatto sociale e di miglioramento economico portate dalle armate francesi (e di cui si erano nutriti e avevano fatto propaganda numerosi esponenti della borghesia, alcuni aristocratici e le frazioni del basso clero che avevano abbracciato il giacobinismo all'indomani dell'eco sollevata dalla rivoluzione), si erano ben presto smorzate: il rapporto di Napoleone con la città era stato caratterizzato immediatamente dalla chiara coscienza delle possibilità di sfruttamento che il territorio lombardo nel suo complesso poteva offrire.

L'ottica con cui si guardava al territorio era semplicemente quella di una economia di guerra, nella quale le contribuzioni forzate equivalevano a vere e proprie spoliazioni delle casse dello stato, delle opere pie e dei monti di pietà.

Fu logica conseguenza il fatto che, dopo un primo accenno di speranza nell'esercito rivoluzionario, iniziasse anche il distacco della popolazione dal governo e, con esso, anche dal ceto dirigente su cui poggiava. Quest'ultimo aspetto, in particolare, sembra essere significativo: se da un lato, infatti, lo sfruttamento finanziario del territorio lombardo fu pesante e sistematico, dall'altro l'appoggio e il favore che cercava il governo, soprattutto nel periodo della Repubblica italiana, non si basava certo sul consenso del ceto popolare, ma, al contrario, sottolineando con diversi provvedimenti la centralità della proprietà fondiaria, si rivolgeva alla nobiltà illuminata e alla borghesia moderata.

Le masse popolari, quindi, si trovavano ora non

L'Amministratore Generale della Lombardia prescrive le divise dei Martini in onore della vittoria di Mantova (1797).



solo davanti alla presenza esosa e poco rassicurante dell'esercito francese, ma anche all'aprirsi di un periodo economicamente peggiore e socialmente più instabile.

Alla malsopportazione di uno stato di polizia e di un'economia di guerra, inoltre, andava aggiungendosi il disagio sociale ed economico della coscrizione, di cui faceva le spese soprattutto il popolo minuto, che non poteva convertire l'obbligo personale in una congrua contribuzione monetaria e che si vedeva sottrarre molti uomini atti al lavoro. La risposta popolare in questo caso fu costituita dal

vastissimo fenomeno della diserzione, che altro non faceva se non provocare l'aumento delle fila dei briganti, dei vagabondi e dei delinquenti comuni. Oltre a ciò il peggioramento delle condizioni socio-economiche e l'impoverimento di alcuni strati di popolazione determinarono l'incremento esponenziale della criminalità e dei reati contro la proprietà e la conseguente risposta repressiva del governo, che in taluni casi arrivò ad identificare la povertà stessa come un reato.

Ancora una volta, dunque, come nei lunghi secoli di antico regime, si susseguirono i provvedimenti volti a reprimere la criminalità e i fenomeni legati al più vasto problema dell'ordine pubblico, dovuto all'impoverimento della popolazione.

Si riproponeva, inoltre, la dibattuta questione della mendicizia: nel 1808 il vicerè Eugenio Beauharnais proibiva a chiunque di mendicare, ordinando di togliere fisicamente alla vista nell'intero dipartimento qualunque accattone o vagabondo, espellendo gli stranieri e i non residenti e ricoverando gli altri negli ospizi, se malati o anziani, e nelle case di lavoro volontario se ritenuti abili all'esercizio di una qualche attività produttiva; per chiunque avesse invece continuato il vagabondaggio si sarebbero aperte le porte della casa di correzione.

Ancora una volta, dunque, a dispetto del nuovo corso dei tempi, ne facevano le spese i mendicanti, gli oziosi, i forestieri non muniti della "carta di sicurezza" (una sorta di permesso di residenza limitato nel tempo) e tutti coloro che, spinti dalla povertà e dalla mancanza di lavoro, si davano al vagabondaggio e venivano compresi nelle repressive norme di polizia messe in atto contro i delinquenti.

In questo stato di cose, soprattutto nelle zone periferiche, si moltiplicarono fenomeni di protesta, tumulti ed insurrezioni, scatenati per l'imposizione di nuove tasse o per l'aumento del costo dei generi primari: le difficoltà finanziarie in cui si dibatteva il governo francese, in seguito anche alle sconfitte subite dall'esercito nel 1799, erano infatti gravissime. E a peggiorare, forse, la situazione contribuì il breve ritorno degli austriaci che, sebbene fosse stato salutato dalla popolazione stanca delle ruberie e dei saccheggi francesi, si risolvettero di fatto nell'instaurazione di un nuovo stato di polizia, in cui per tredici mesi la repressione fu

Il Decreto di Eugenio Napoleone circa il riordino dei Luoghi Pii nel Regno d'Italia (1807).



durissima e le contribuzioni di guerra non inferiori a quelle francesi.

La nuova conquista dell'Italia da parte di Napoleone, perciò, attuata dal 1800 al 1802, fu salutata con rinnovato (ma mitigato) entusiasmo: il 26 gennaio 1802 veniva dichiarata la Repubblica Italiana e il 18 marzo 1805 l'imperatore dei francesi veniva anche incoronato re d'Italia.

Da un punto di vista strettamente amministrativo, sotto il governo del conte Francesco Melzi d'Eril, e poi di Eugenio Beauharnais, venne attuata una sostanziale riorganizzazione dello stato, che da un lato consistette in un rinnovamento delle strutture e dell'ordinamento giuridico sulla scia dell'operato dell'assolutismo illuminato, e, dall'altro, si attuò invece nella liquidazione delle punte più avanzate del rivoluzionarismo e delle tendenze democratiche e nel rafforzamento della classe dei proprietari terrieri.

In seno alle riforme istituzionali trovò spazio anche il riassetto dei luoghi pii. Già a partire dal 1796 vennero aboliti i capitoli dei deputati e sostituiti da commissioni di cittadini retribuiti, ma una grande riforma venne attuata nel 1807 con l'istituzione di un unico organismo centrale per l'amministrazione di tutti i luoghi pii assistenziali, elemosinieri e ospedalieri: la Congregazione di Carità. Tre erano le sezioni in cui si divideva l'attività della Congregazione: ospedali, ospizi e orfanotrofi, enti elemosinieri e monti di pietà. Ma, nonostante le riforme, l'economia di guerra instaurata dal governo francese, che prevedeva, come si è visto, anche contribuzioni forzate, produsse il risultato di assestare gravi colpi alla situazione finanziaria dei luoghi pii e degli ospedali: così l'Ospedale Maggiore, il Monte di Pietà, la Senavra, l'Orfanotrofio Femminile delle Stelline, i

La circolare per il disciplinamento delle aste pubbliche nei Luoghi Pii (1803).



Luoghi Pii Elemosinieri, che furono in alcuni casi costretti a ridurre l'entità delle prestazioni assistenziali.

Sotto la Congregazione di Carità si modificarono i meccanismi di ricovero assistenziale: in ogni parrocchia fu istituito un promotore che vagliava e verificava il reale stato di miserevolezza di coloro che, appartenenti alla circoscrizione parrocchiale, chiedevano il ricovero al luogo pio.

Quindi faceva pervenire il nominativo, con relativi certificato di battesimo e attestato di miserevolezza, a un apposito ufficio della II sezione, il direttorio elemosiniere, che inseriva il nominativo in elenco, in attesa che si liberassero dei posti.

Modifiche importanti vennero poi introdotte, sul finire del 1808, per quanto concerneva la contabilità interna dei luoghi pii e la compilazione dei bilanci: nei redditi complessivi degli enti assisten-

Avviso all'Amministrazione del Pio Albergo Trivulzio sotto la Repubblica Cisalpina (1798).



ziali dovevano essere ora riportati anche quelli derivanti dalle proprietà immobiliari in quanto tali e non soltanto quelli provenienti dal loro sfruttamento. Vennero anzi determinati per legge i tassi di capitalizzazione dei diversi fondi, secondo la natura delle coltivazioni e l'utilizzo.

Il risultato fu una generale rivalutazione del patrimonio immobiliare degli enti assistenziali e ospedalieri, ma dal punto di vista della gestione finanziaria non furono, quelli napoleonici, gli anni migliori per i luoghi pii: il rincaro dei generi alimentari, le contribuzioni forzate e l'aumentata pressione fiscale produssero un crescente aumento delle spese per il mantenimento dei ricoverati, testimoniate dai bilanci del periodo, nei quali spesso subentrarono disavanzi passivi.

A ciò si aggiunsero misure estreme di contenimento del debito pubblico. Il nuovo governo sospese il pagamento degli interessi per i capitali depositati sul Banco di Vienna sino al 1802, anno nel quale venne ripristinato, con la possibilità di ottenere anche il rimborso delle annualità precedenti, in modo, tuttavia, estremamente graduale. Nel 1808 fu nuovamente sospeso il pagamento degli interessi, ripreso nel 1810 e ridotto al 50% nel 1811. Simile sorte toccò ai capitali depositati sull'Imperiale Monte di Santa Teresa, che sospese i pagamenti nello stesso 1796, per riprenderli, sotto la nuova denominazione di Monte Napoleone, nel 1804: la liquidazione degli interessi, però, non venne effettuata in moneta sonante, ma in nuove cartelle d'iscrizione, fruttifere al 50% e infruttifere per la restante metà.

Sotto il Regno d'Italia, poi, nuove contribuzioni governative contribuirono al dissesto dei bilanci dei luoghi pii.

Non sembra esagerato affermare, dunque, anche sulla scorta di questi limitati esempi, che il periodo napoleonico abbia significato un momento di gravi perdite finanziarie per gli enti assistenziali nel loro complesso e abbia determinato, altresì, l'inizio di una tendenza passiva nel saldo dei bilanci di gestione, che non avrebbe trovato immediata e facile soluzione anche negli anni seguenti.

Oltre tutto l'economia generale dello Stato non ebbe il decollo necessario, soffocata da un lato dalle restrizioni imposte, e vittima dall'altro di un

generale andamento negativo, che si ripercuoteva sulle condizioni di vita e di lavoro della popolazione: è stato calcolato che "i prezzi del grano, del riso, del vino e di altri prodotti furono nel periodo rivoluzionario e napoleonico più alti di un terzo o di un quarto rispetto al periodo 1780-1795"* con quale grave ripercussione anche sul fenomeno del pauperismo e della mendicizia, si può facilmente immaginare.

Nella primavera del 1814 Napoleone abdicava e il vicerè Eugenio Beauharnais firmava un accordo con l'Austria: alla fine di aprile gli Austriaci facevano ritorno a Milano.

* G. Candeloro: *L'età rivoluzionaria*, in: *Storia dell'Italia moderna. Le origini del Risorgimento, 1700-1815*, vol. I, pagg. 317, Milano, Feltrinelli, 1978.

Notizie

Un Largo, al centro di Milano, intitolato a Lino Montagna

Il 18 aprile il sindaco di Milano Gabriele Albertini ha ufficialmente scoperto nel centro di Milano, fra le vie Manzoni e Borgospesso, la targa che intitola un Largo a Lino Montagna, personalità della politica e della cultura milanese, al quale – come noto ai nostri lettori – anche l’Ospedale Maggiore e l’Associazione per l’Abbazia di Mirasole devono particolari memoria e riconoscenza.

Si ritrovano dati e testimonianze significative dei tempi difficili, gravi e problematici del dopoguerra, nei discorsi del Sindaco e dell’Assessore alla cultura, che ricordano il grande coinvolgimento di uomini come Montagna nella ricostruzione di Milano e nel suo proporsi come “grande città in competizione con le altre metropoli del mondo”.

Riportiamo alcuni tratti dalla “memoria” dell’assessore Salvatore Carrubba

«Sono particolarmente onorato di avere oggi l’opportunità di ricordare, nella veste di amministratore pubblico e di assessore alla Cultura, un grande predecessore che tanto ha fatto, nelle sue lunghe esperienze di assessore e di presidente dell’Ente Manifestazioni Milanesi, per la cultura milanese.

All’inizio dell’esperienza amministrativa di Lino Montagna non c’è la cultura. Ma fu ugualmente fondamentale

il ruolo che egli svolse nella Sepral, la sezione provinciale alimentazione, nei giorni bui dell’immediato dopoguerra, quando le esigenze della città erano quelle primarie della sopravvivenza e della ricostruzione (...).

Inizia poi il lungo intervento a favore della scuola e della cultura milanesi svolto nella sua esperienza di assessore. Per quanto riguarda le scuole, Montagna sviluppa il sistema delle scuole materne e riforma quello delle scuole serali. Per la cultura, lunghissima è la serie degli interventi da lui decisi, promossi e realizzati, che ancora costituiscono l’intelaiatura dell’organizzazione cittadina:

- l’istituzione della Biblioteca Sormani;
- il catalogo centrale del patrimonio bibliografico;
- lo sviluppo del sistema delle biblioteche rionali;
- l’impulso ai Musei di Milano e Archeologico;
- il programma di grandi mostre nel settore dell’arte contemporanea;
- la riapertura del museo d’Arte antica al Castello Sforzesco;
- le importanti acquisizioni artistiche;
- la riapertura del Planetario;
- il ripristino del Cortile della Rocchetta;
- l’assunzione di maggiori responsabilità da parte del Comune nella gestione del Piccolo Teatro.

Nella politica di Montagna, così intelligente e concreta, trovo diversi elementi di attualità che vorrei qui sottolineare. Innanzitutto, il significato che egli attribuisce alla politica culturale. Per Montagna il Comune deve “assu-

mere, tra gli altri, anche l’obbligo di adoperarsi sempre più efficacemente a conferire titolo pieno di *abitabilità* alla città moderna: ad arricchirla, cioè, di tutti i mezzi che un’ammodernata concezione della cultura suggerisce come i più idonei ad appagare i bisogni dello spirito di una moltitudine i cui confini vanno sempre più estendendosi”. Vi è in questa concezione un’anticipazione delle ragioni attuali dell’intervento culturale, volto a difendere quella che oggi chiamiamo la *competitività* della città rispetto a tutte le altre metropoli del mondo; e a costruire e difendere un tessuto civile fatto di condivisione di valori comuni. Per questo, Montagna privilegia gli interventi diffusi nella città, anche nelle periferie, atti a fare emergere nuovi pubblici per la cultura (...).

È l’eterno, immutato contrasto tra una concezione elitaria della cultura e una effettivamente democratica, volta a offrire a tutti gli strumenti concettuali e critici per conoscere e capire.

Risulta quindi evidente il senso strategico della politica culturale, volta a costituire una società civile avvertita e solidale, una concezione ben diversa da quella che avrebbe poi impazzito, di una politica culturale volta esclusivamente a costruire il consenso, una visione esattamente all’opposto di quella di Montagna che vede la “politica che sta alla cultura come il mezzo al fine, e non viceversa”.

Anche l’esperienza dell’Ente Manifestazioni milanesi offre ancora oggi motivi di particolare attualità e merita

di essere ricordata per l'intelligenza rappresentata dalla scelta effettuata allora di affidare a questo soggetto l'organizzazione di grandi appuntamenti culturali, non solo nel campo dell'arte figurativa. Montagna infatti percepisce già sul finire degli anni 50 che è ancora grande il problema degli istituti culturali civici, ossia la loro scarsa autonomia e la loro soggezione agli impacci burocratici. Egli stesso sottolinea come l'Ente Manifestazioni Milanesi possa "agilmente e liberamente muoversi, fruendo di una globale sovvenzione del Comune, operando nei modi che al Comune stesso non sarebbe stato concesso fare". L'Ente era "al servizio della civica amministrazione e per collaborare sul piano dei valori culturali ed artistici della città"; senza ambiguità, Montagna, da buon amministratore, spiegava che "se è vero, come io non dubito, che tutti aneliamo a una autonomia della nostra vita amministrativa, è pur necessario che, nell'attesa che sfibra ogni miglior virtù di pazienza, diamo qualche prova di desiderarla, questa autonomia, cercando e realizzando da parte nostra qualche accorgimento che ci consenta di muoversi in maniera più sciolta". Parole davvero ammonitrici, che testimoniano della lungimiranza di un politico moderno, che anticipa tanti temi, come l'opposizione al centralismo di cui oggi continuiamo a discutere con poco costruito proprio perché paralizzati dalla capacità di compiere qualche timido passo innovativo, che Montagna effettuò con grande coraggio e con grandi risultati per la città. Anche quando l'arena politica di Montagna cambia, il suo impegno a favore della politica cittadina rimane immutato: da consigliere regionale, Montagna impegna la Regione al recupero dell'Abbazia di Mirasole, un obiettivo che oggi meriterebbe più attenzione dalla città tutta; e alla partecipazione nell'Ente

dei Pomeriggi Musicali, considerato come "uno degli strumenti più efficaci del progetto culturale".

Emerge dunque il quadro di un amministratore efficiente, onesto, illuminato, innovatore e lungimirante, che seppe vedere con largo anticipo il ruolo della cultura come strumento fondante di una comunità consapevole e come mezzo per definire l'identità di una città al cospetto del mondo. Nello svolgere il suo ruolo di amministratore civico, Montagna comprese che l'autonomia di una città era il principale strumento per il successo delle sue politiche».

Recensioni

Carlo Lorenzo Cazzullo: *Storia breve della psichiatria italiana*, Masson, Milano, 2000, pagine 132.

"Più che una storia raccontata è una storia vissuta" precisa subito la presentazione del libro. Lo conferma anche il titolo: *Storia breve della psichiatria italiana vista da un protagonista*. Tale infatti è stato - ed è - l'autore, Carlo Lorenzo Cazzullo, che nel libro racconta, con la propria, la "biografia" del suo grande amore: la psichiatria. "Un amore - come egli scrive - fatto di esaltazioni e di delusioni, di sicurezza e di incertezza, sempre mantenuto vivo e fedele anche in questa lunga età".

La storia prende avvio dai ricordi legati al lavoro svolto nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali

diretta da Carlo Besta, del quale rievoca la grande abilità semeiologica ma anche la scarsa attenzione - tipica del tempo - per la patologia psichiatrica, che invece suscitava già l'interesse del giovane medico. Da qui la decisione di partire nel 1947 per gli Stati Uniti, dove lavora come ricercatore prima presso il Rockefeller Institute e poi al New York Psychiatric Institute della Columbia University. Il periodo americano fa conoscere a Cazzullo le enormi potenzialità della psichiatria intesa come scienza clinica autonoma, evidenziando anche chiaramente ai suoi occhi come questa non sia sufficientemente sviluppata in Italia. Qui, nonostante gli illustri precedenti storici (che l'autore cita scrupolosamente nella sua rievocazione), neurologia e psichiatria erano considerate due facce di una stessa medaglia. Nel curriculum degli studi medici universitari vi era un unico insegnamento, la Clinica delle malattie nervose e mentali, dove la neurologia faceva la parte del leone e la psichiatria occupava un posto marginale. Per i "malati di mente" esistevano i manicomi intesi come istituzioni capaci solo di rinchiudere la devianza sottraendola alla società e, in buona parte, anche alla medicina.

Tornato in Italia il suo obiettivo era chiaro: combattere perché la psichiatria uscisse dal ghetto e perché i malati di mente acquistassero maggiore considerazione e dignità in ambito medico.

L'avvento degli psicofarmaci (che consentivano finalmente di curare molti disturbi psichiatrici prima non curabili) da un lato e quella della diffusione dell'opera di Sigmund Freud (con l'impiego terapeutico della psicoanalisi) dall'altro, favorirono anche nel nostro Paese questo processo di progressiva autonomizzazione della psichiatria: un processo che ebbe in Carlo Lorenzo Cazzullo il suo indiscusso protagonista.

Nel 1959 egli diventa titolare, all'Università di Milano, della prima cattedra italiana di Psichiatria.

Da questo "ponte di comando" guida con mano ferma il timone della psichiatria italiana: da un lato favorendo la riforma istituzionale che porta poi all'abolizione degli anacronistici manicomi (nel 1959 fonda il nuovo padiglione Romeo Vuoli ad Affori, fuori dall'Ospedale Psichiatrico Paolo Pini di Milano e nel 1963 inaugura il padiglione di Psichiatria d'Urgenza del Policlinico di Milano), dall'altro spingendo perché venissero riconosciute la separazione e l'autonomia dalla neurologia della psichiatria.

Dopo grandi peripezie e non senza innumerevoli sforzi personali, questo "Cavour della psichiatria italiana", come lo definisce Romolo Rossi nell'appassionata introduzione al volume, vede finalmente concretizzarsi il suo sogno. Con l'approvazione il 29 aprile 1976 della legge n.238 la psichiatria diventa autonoma e separata dalla neurologia. Dopo la rivoluzione accademica ben presto giunge anche quella istituzionale. Il 13 maggio 1978 viene approvata la legge n. 180 (la cosiddetta "Legge di riforma Basaglia") che pone fine agli ospedali psichiatrici, inserendo il malato di mente e gli operatori psichiatrici nel contesto della medicina generale, prevedendo il ricovero volontario dei pazienti e disciplinando le norme del "ricovero coatto". Una realtà che Carlo Lorenzo Cazzullo aveva preconizzato e già reso operativa quindici anni prima fondando il padiglione di Psichiatria d'Urgenza (la famosa Guardia II) dentro il Policlinico di Milano.

Nel libro le vicende mediche e politiche che hanno segnato le tappe del cammino della psichiatria italiana sono narrate con passione ed entusiasmo, messe in rilievo con forti chiaroscuri, senza dimenticare che, sebbene

il suo tragitto sia stato travagliato, "tuttavia il *corpus* psichiatrico - come scrive l'autore -, anche attraverso queste vicende, si è via via rafforzato".

"Vero è - continua - che esistono, specie da noi, nostalgie di riunione fra le due discipline, nate da una comune matrice, ma proprio per lo sviluppo di discipline complementari alle due principali sta a dimostrare come la chiarezza abbia dato buoni frutti". E qui non si può non pensare ai fondamentali contributi che l'autore stesso ha fornito nei campi della psichiatria biologica e della psicoimmunologia (la cui sezione all'interno dell'Associazione Mondiale della Psichiatria è ancora da lui diretta).

Sicché "la forza dei movimenti descritti - conclude - attesta il valore euristico della duplice sorte di sviluppo, dopo la nascita comune, della neurologia e della psichiatria, anche perché l'avvenire è verso l'espansione. La psichiatria oggi sembra dilatarsi e addentrarsi sempre più nei grandi misteri della vita: questo procedere richiama sia i suoi pregi, sia le sue responsabilità, che dovrebbero essere sempre presenti in ciascuno di noi".

Ne emerge una concezione gnoseologica della psichiatria che trascende il puro significato clinico e getta un ponte tra dimensione biologica della medicina, aspetto antropologico della cura e componente etica dell'azione terapeutica.

Vittorio A. Sironi

Daniela Pizzagalli: *La Signora di Milano. Vita e passioni di Bianca Maria Visconti*. Rizzoli Ed., Milano 2000, pagine 335.

Questa è la riedizione di un altro libro pubblicato dalla stessa Pizzagalli nel 1988 col titolo *Tra due dinastie. Bian-*

ca Maria Visconti e il ducato di Milano. Là Bianca Maria ne usciva con l'onore delle armi: sposa fedele, madre esemplare ecc. Qui ne esce arricchita, a volte bizzarra, a volte sconcertante, a volte edificante. Ecco i punti più salienti.

Bianca Maria nasceva a Settimo Pavese il 31 marzo 1425. Suo padre era lo scorbutico Filippo Maria Visconti, III duca di Milano; sua madre era Agnese del Maino, favorita ufficialmente dal duca. A 16 anni, il 25 ottobre 1441, Bianca Maria si ritrovava sposata a Francesco Sforza di 24 anni più vecchio di lei. Si ritrovava sposata ma anche talmente affascinata da questo condottiero valoroso aitante e gentile da non mollarlo più, anche quando era in guerra accampato fra le truppe. Sfidando pericoli e preconcetti d'ogni sorta, infatti, pare proprio che in un accampamento militare Bianca Maria concepisse il suo primogenito Galeazzo Maria.

All'epoca però, Francesco Sforza era padre di cinque figli dei quali due morti piccoli e uno, Tristano, già di qualche anno più grande di Bianca Maria. Lei l'avrebbe poi conosciuto e gradito come ancora oggi si usa con i figli del marito. Non avrebbe invece accettato e gradito Polidoro, nato fuori dal *cavagnolo*, quando Francesco Sforza si era appena sposato con lei. Bianca Maria infatti avrebbe sempre impedito che Polidoro conoscesse suo padre. Quanto a Perpetua da Varese, smorfiosa damigella di corte e madre di Polidoro, l'avrebbe fatta sopprimere quando stava per impalmare un marito rimediato dallo stesso Francesco Sforza. *Pur assai dolente dell'accaduto, Francesco Sforza riconobbe il giusto dolore della moglie e si piegò*, scriveva senza commenti il contemporaneo Enea Silvio Piccolomini alias papa Pio II e uomo di mondo. *E se in seguito Bian-*

ca Maria giunse mai alla eliminazione delle rivali - scrive oggi la Pizzagalli - si può supporre che la distruttiva collera dei suoi 17 anni sia stata ridimensionata dall'appagamento della maternità. Meno male perché dopo Polidoro, *extra moenia* Francesco Sforza avrebbe avuto Drusiana Clara Taddea e altra figliolanza. Riguardo l'appagamento della maternità, c'è da giurarci che sia stato felicemente raggiunto, perché al marito Bianca Maria avrebbe scodellato a corrente continua Galeazzo Ippolita Filippo Sforza Ludovico (detto il Moro) Ascanio Elisabetta e Ottaviano. Vale a dire otto gravidanze a termine senza contare due interrotte, il tutto nel corso di diciassette anni.

A proposito di Ludovico detto il Moro, nato a Vigevano il 13 agosto 1452, così ne scriveva Bianca Maria al consorte: *Io sarei contenta e ne prego la Signoria vostra che facesse pensiero di battezzare questo mio figliolo. Dei padrini e del nome disponga come le pare [...]. Prego la Signoria vostra di mettergli un bel nome, acciocché supplisca in parte alla figura del puttino, che è il più sozzo di tutti gli altri. Nella fronte e nella bocca somiglia a me e nella parrucca somiglia alla Signoria vostra, sicché potete pensare come deve essere bello.*

Bianca Maria teneva molto alla istruzione dei suoi figli, perciò aveva scelto insegnanti di primo piano: Baldo Martorello umanista; Cristoforo Gropello medico scienziato; Giorgio Valagussa poeta; Costantino Lascaris grecista; Guiniforte Barzizza filosofo e retore all'Università di Pavia. E poiché Francesco Sforza era guerriero, i figli suoi dovevano essere abili non solo nel salto e nel gioco della palla, ma anche nella lotta, nell'equitazione e nell'uso delle armi. Pare che negli studi umanistici Ippolita fosse la più intelligente, Galeaz-

zo il più brillante. Nell'educazione fisica e nell'uso delle armi, invece, non si sa chi fosse il più dotato. Da parte sua Bianca Maria sapeva il latino ed era provetta cavallerizza, tanto che sia a fianco di Francesco Sforza nell'entrata trionfale a Milano sia ogni volta che voleva raggiungerlo, preferiva un destriero piuttosto che una comoda carretta.

L'8 marzo 1466 moriva Francesco Sforza. Alla cerimonia funebre Bianca Maria leggeva un'orazione in latino con la quale si rimproverava di essere stata gelosa: *Infelice sfortunata, se alcuna volta, mentre eri in vita, mi resi molesta contro di te, non sopportando con animo sereno tutte quelle cose che ti facevano piacere; e ora quanto dovrò macerarmi nel dolore perché talvolta non seppi esserti meno importuna? Ma io lo facevo per te, soltanto per amor tuo, perché troppo avevo a cuore che la tua salute fosse e si mantenesse in vigore.* Dal libro della Pizzagalli non risulta che la cerimonia funebre fosse accompagnata dal rintocco delle campane. In caso positivo Bianca Maria l'avrebbe certamente confrontato con lo scampanio del 22 marzo 1450 giorno della incoronazione ducale. In quella circostanza, le campane manovrate da Cristoforo Battaglini con il compenso di una lira e dieci soldi, avrebbero scampinato ininterrottamente per quarantott'ore.

Il 23 ottobre 1468, alle 8 della sera, nel castello di Melegnano, circondata da tutti i figli, Bianca Maria moriva di malaria all'età di 43 anni. *Non solamente abbiamo perso la madre - comunicava Galeazzo a Lorenzo de' Medici - ma ogni bene e consolazione che potevamo avere in questo mondo. Essa ha fatto tutte quelle cose di contrizione e di pietà verso Dio che fosse possibile in una cristianissima e santissima anima le*

quali cose, benché in altri potrebbero diminuire e alleviare il dolore, veramente a noi l'accrescono e moltiplicano, in modo che siamo fuori di noi stessi. Nelle celebrazioni funebri seguite a Milano, Bianca Maria veniva commemorata da Francesco Filelfo e Gerolamo Crivelli che dopo averla paragonata a Livia Cornelia Penelope e Semiramide badavano a esaltare più che la defunta, il figlio Galeazzo successore e prossimo V duca di Milano.

Questi fatti costituiscono il nocciolo del libro di Daniela Pizzagalli; ma intorno al nocciolo se ne intrecciano centinaia d'altri che l'autrice domina sapientemente esponendoli con pacatezza e lucidità. Più che libro di lettura amena, *La Signora di Milano* è un signor libro di storia, di quella scritta con la S maiuscola.

Vincenzo Bevacqua

Cronache amministrative

primo semestre 2001

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

Il commissario straordinario dell'**Ospedale Maggiore (IRCCS)** ha, tra altro, adottato le seguenti deliberazioni:

a - affari generali e legale

- servizio tecnico: spese correnti in economia, per l'anno 2001, per la manutenzione edile; di apparecchiature scientifiche, apparecchiature e impianti termomeccanici; apparecchiature e impianti elettrici, e per l'acquisto di articoli tecnici;
- programma dei lavori per il triennio 2001-2003, elenco annuale dei lavori per l'anno 2001;
- programma di taratura dosimetri e strumentale per l'anno 2001;
- rinnovo dei contratti AMSA per l'anno 2001: impegno sul bilancio di lire 119.624.000.

b - segreteria generale

- Festa del Perdono 2001.

c - ricerca scientifica

- progetto: "Storia naturale, terapia e prevenzione delle epatopatie acute croniche" convenzione n.99/M/T4 proposta dall'Istituto Superiore di Sanità, (finanziamento complessivo lire 40.000.000);
- Ministero della Sanità: programma di ricerca finalizzata per la malattia di Alzheimer, anno 2000, accettazione;
- Ministero della Sanità: finanziamento ricerca finalizzata anno 2000 (lire 1 miliardo 110 milioni) e finanziamento ricerca finalizzata 2000 – Alzheimer (lire 1 miliardo 150 milioni).

d – servizio personale

- piano di riorganizzazione dell'IRCCS Ospedale Maggiore: attivazione del dipartimento amministrativo;
- contratto collettivo integrativo aziendale dell'area del comparto;
- progressione economica orizzontale per il personale dell'area di comparto, anno 2000;
- risorse finanziarie aggiuntive della Regione Lombardia per il personale non dirigenziale del comparto per il biennio 2000/2001: approvazione dei progetti;
- regolamento per lo svolgimento delle selezioni interne ai sensi degli art. 16 e 17 del C.C.N.L. 7.4.1999 del personale del comparto sanità;
- istituzione della Unità operativa immunologia clinica e allergologia;
- adeguamento delle pensioni integrative per l'anno 1999 in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 59, comma 4, della legge 27/12/97 n.449;
- indizione di concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di dieci posti di operatore professionale sanitario – infermiere a tempo pieno;
- assunzione a tempo determinato – a part-time – di dieci ausiliari specializzati cat. A per la direzione sanitaria, formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza n.12 del 22.12.2000;
- concorso pubblico per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato di cinque operatori tecnici specializzati (impiantista manutentore elettricista) a tempo pieno: approvazione del verbale rassegnato dalla commissione esaminatrice e conseguenti adempimenti.

e – servizio provveditorato

- acquisti in economia con spese correnti 2001 per il servizio farmaceutico;
- licitazione privata per la fornitura di pace makers, per due anni; approvazione del verbale di gara ed aggiudicazione;
- acquisto di trenta diafanoscopi per il poliambulatorio del pad. Lamarmora: aggiudicazione;
- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura biennale (2001-2002) di: dispositivi ossigeno, aerosolterapia e per drenaggio toracico;
- indizione di trattativa per la fornitura di materiale diverso per la Clinica neurochirurgica e per il servizio di anestesia e rianimazione, pad. Beretta ovest;
- aggiudicazione delle trattative private per la fornitura di: elettrodi e manipoli poliuso per elettrobisturi; strumentario chirurgico per la divisione di otorinolaringoiatria; aghi da biopsia ed alcolizzazione;
- fornitura di strumentario chirurgico pluriuso per videolaparoscopia per i diversi blocchi operatori;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale per la clinica oculistica (reparto degenti, day-hospital, ortottica, ambulatorio);
- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura di strisce reattive multiple e relativo analizzatore per esame chimico-fisico delle urine per tre anni;
- fornitura di presidi diversi per laparo/toracosopia e laparo/toracotomia, monouso, sterili;
- trattativa privata per la fornitura di preparati per la nutrizione enterale e deflussori, per due anni, aggiudicazione, formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza n.12 del 2001;
- aggiudicazione delle trattative private per fornitura biennale di: palloni rianimatori ed accessori vari; tubi di collegamento per manometria e raccordi, misure e forme diverse;
- indizione di licitazione privata per l'acquisizione di un sistema di monitoraggio per terapie intensive, per il servizio di anestesia e rianimazione pad. Vecla e rianimazione pad. Beretta ovest;
- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di: piastre monouso per elettrobisturi; materiale di sterilizzazione; elettrodi per E.C.G. e monitoraggio;
- aggiudicazione delle trattative private per la fornitura di: protesi vascolari, protesi vascolari per la chirurgia vascolare e trapianti, bottiglie, barattoli e tubetti per farmacia;

- acquisto di shunts peritoneo-giugulari e pleuro-peritoneali;
- acquisto di trenta umidificatori per le rianimazioni e le camere operatorie;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di bendaggi gastrici regolabili ed autorizzazione ad acquisto urgente di quindici bendaggi gastrici, formalizzazione ordinanza commissariale d'urgenza n.6 del 2001;
- acquisto, a carattere sperimentale, di sacche per nutrizione parenterale totale pre-riempite;
- aggiudicazione delle trattative private per la fornitura annuale di: pasta conduttrice per indagini sanitarie; siringhe e kits per iniettori angiografici; autorizzazioni all'acquisto urgente di due impianti cocleari retroauricolari ed indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di impianti cocleari retroauricolari, a carattere di unicità, per la divisione di otorinolaringoiatria ed audiologia;
- indizione di pubblico incanto per la fornitura di specialità medicinali o equivalenti medicinali a denominazione generica per tre anni;
- acquisto di filtri assoluti per terapia nutrizionale parenterale;
- rinnovo della fornitura di radiofarmaci, tallio 201 cloruro e gallio 67 citrato per il servizio di medicina nucleare per un anno;
- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura biennale di dispositivi per chirurgia e gastroenterologia;
- acquisto di: due termosaldatrici per il poliambulatorio pad. Lamarmora e sostanza visco-elastica per chirurgia oculare; provette per la determinazione della velocità di eritrosedimentazione con fornitura gratuita dello strumento (rinnovo per tre anni);
- rinnovo di fornitura annuale di radiofarmaci, tallio 201 cloruro e gallio 67 citrato per il servizio di medicina nucleare e generatori di tecnezio 99M, a secco ed a umido per il servizio di medicina nucleare;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiali per il Centro trapianto di fegato e polmone;
- trattativa privata per la fornitura biennale di dispositivi per urologia e per la fornitura di cateteri venosi, arteriosi e relative guide ed introduttori: aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura di guanti ad uso sanitario e trattativa privata per la fornitura di fattori della coagulazione;

- sistemazione postazioni di lavoro presso il poliambulatorio del pad. Lamarmora;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio per la prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie erogate nel poliambulatorio Lamarmora per un anno, aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura dell'arredamento per l'archiviazione delle cartelle cliniche presso il seminterrato del convitto suore;
- indizione di licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio di pulizia, sanificazione del Policlinico per due anni: approvazione della documentazione di rito;
- rinnovo abbonamenti per il 2001 a pubblicazioni per la biblioteca scientifica e a riviste medico scientifiche oltre che tecnico amministrative;
- rivista "l'Ospedale Maggiore": stampa trimestrale di quattro numeri;
- stampa rivista "la Ca' Granda" per un anno;
- fornitura di carta da stampa e prestazioni da tipografo per un anno;
- acquisto di stampati diversi per i servizi sanitari e timbri e targhe per dodici mesi;
- acquisto integrativo di attrezzature antincendio;
- trattativa privata per la fornitura annuale di carta per E.C.G., E.E.G. e varie: aggiudicazione;
- acquisto di toner, developer, olio al silicone per fotocopiatrici diverse per l'anno 2001;
- servizio di raccolta, trasporto, conferimento agli impianti convenzionati ed autorizzati ed incenerimento rifiuti ospedalieri speciali pericolosi a rischio infettivo (ROT), ospedalieri speciali pericolosi a rischio chimico, ospedalieri non pericolosi solidi e liquidi da attività sanitaria;
- servizio di ristorazione per i degenti, gara d'appalto congiunta con gli Istituti Clinici di Perfezionamento; approvazione del Capitolato speciale e della Convenzione fra I.C.P. e Ospedale Maggiore;
- servizio di noleggio materassi antidecubito per un anno;
- aggiudicazione della fornitura di frutta e verdura per il primo semestre 2001 e generi di vitto occorrenti fino al 30.9.2001;
- acquisto di stoviglie monouso per l'anno 2001.

f - servizio patrimoniale

- locazione di unità immobiliare, ad uso diverso di abitazione, di proprietà dell'Ente: approvazione del bando di concorso;

- locazione alloggi di proprietà, presa d'atto dell'esito della gara pubblica: approvazione del verbale ed aggiudicazione;
- complesso abbaziale di Mirasole: concessione in uso di locali all'Associazione "per l'Abbazia di Mirasole" per un corso di formazione per operatori di consultori familiari;
- acquisto di 7.830 pioppelle da radicare sui poderi dell'Ente nella stagione silvana 2000/2001 (lire 15.503.400 Iva e trasporto compresi);
- appalto del servizio di manutenzione degli impianti elevatori della case in Milano per la durata di un anno: esito della trattativa privata ed aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento nell'anno 2001/2002 del servizio di pulizia e giro sacchi negli stabili di proprietà dell'Ente;
- recepimento della parte economica del contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti da proprietari di fabbricati per gli anni 2001 e 2002, da applicarsi ai custodi degli stabili di proprietà.

g - servizio spedalità

- convenzione con il Centro regionale emoderivati (CRE) della Regione Lombardia per la costituzione di una "banca di emocomponenti congelati appartenenti a donatori di gruppi rari o non frequenti" presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'Ospedale Maggiore,
- convenzione con il Centro regionale emoderivati (CRE) della Regione Lombardia per l'attuazione dello studio "Verifica di stabilità di HCV RNA nei campioni raccolti per nat testing sulle unità di sangue donato";
- convenzione per l'esecuzione di analisi di laboratorio a favore di pazienti degenti presso l'Istituto ortopedico Gaetano Pini: rinnovo;
- convenzioni di collaborazione congiunta per la raccolta di sangue placentare tra l'Ospedale Maggiore di Milano e l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento, l'Ospedale Civile di Legnano, l'Azienda USL di Piacenza e l'ASL della Provincia di Sondrio;
- presa d'atto dell'indirizzo regionale circa la stipula di convenzioni tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate;
- DGR. n. VII/3374/01 avente oggetto: "Approvazione di linee guida per l'attività libero-professionale".

h – servizio informatica

- indizione di appalto concorso per la fornitura del sistema informatico radiologico (RIS) integrato con il sistema per l'archiviazione e trasmissione delle immagini radiologiche (PACS) dell'Ospedale Maggiore;
- servizi di assistenza tecnica, manutenzione ordinaria e straordinaria del sistema informatico dipartimentale di laboratorio.

i – contributi e beneficenza

La Fondazione Angelo Bianchi Bonomi ha offerto apparecchiature scientifiche e l'Associazione italiana contro le leucemie ha donato un sequenziatore automatico di DNA genetic analyzer.

Per la continuità di questa rivista concorre anche una disposizione testamentaria della benefattrice Gemma Sichirolo.



Direzione, redazione, amministrazione: 20122 Milano, via F. Sforza, 28 - telefono 5503.8311/5503.8376

Sped. abb. post. 70% - filiale di Milano