



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 1 - 2002

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 1 - 2002

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Trauma e spiritualità: un punto su sintomi psichiatrici, credo religioso e attività della Chiesa nella riabilitazione psichica posttraumatica <i>Mario Mantero, Vincenzo Giordano</i>	2
I pazienti in stato vegetativo permanente e la nostra responsabilità <i>Carlo Alberto Defanti</i>	5
Asterisco	8
La pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano dal 1939 al 2000 <i>Giulio Torti</i>	10
Evoluzione della relazione medico-paziente in psichiatria <i>Carlo Lorenzo Cazzullo</i>	20
Asterisco	21
Il ruolo dello psichiatra e dello psicologo nella donazione degli organi <i>Alberto M. Comazzi, Tiziana Dimonopoli</i>	22
Pedagogia, educazione, formazione <i>Marisa Pisani</i>	27
Riflessioni sull'emergenza infermieristica in Italia <i>Marisa Cantarelli</i>	29
Elogio della "consecutio temporum"..... <i>Antonio Randazzo</i>	33
Poesia della memoria, memoria della poesia <i>Francesco Fiorista</i>	36
Milano a sorpresa -VI <i>Vincenzo Bevacqua</i>	41
Recensioni	47
Notizie	50
Cronache amministrative	51

La copertina

Dalle stampe delle Civiche Raccolte Bertarelli un raro disegno dal vero del cortile richiniano nell'antica Ca' Grandà (Ospedale Maggiore), oggi sede dell'Università, autore F. Durelli.

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA, Ufficio Stampa dell'Ospedale Maggiore. Direzione, redazione, amministrazione: via F. Sforza 28, 20122 Milano, telefoni 02-5503.8311 e 02-5503.8376 - fax 02-5503.8264

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

ai lettori

Eventi traumatici individuali o collettivi si ripetono oggi con graduale tragica intensità e non possono non colpirci. Apriamo il fascicolo con riflessioni significative sul binomio trauma e spiritualità, sul “ruolo che la dimensione spirituale può ricoprire nella guarigione dai disturbi psichici postraumatici e non solo...”. Le firme sono di Mario Mantero e Vincenzo Giordano.

Un doloroso “caso clinico, divenuto negli ultimi due anni un caso giudiziario, che ha avuto molta eco nell’opinione pubblica” è ricordato e illustrato qui dal professor Defanti, primario neurologo di Niguarda, nell’ambito della collaborazione editoriale con il Comitato Etico del nostro Ospedale.

Un interessante excursus del dottor Giulio Torti nella sorprendente storia della pediatria del “ceppo” storico Ca’ Granda (Niguarda, San Carlo Borromeo, Sesto San Giovanni, escluso il Policlinico privo da sempre dei reparti per l’infanzia) riporta nel ricordo personalità e specializzazioni prestigiose.

Un concetto atteso e confermato dal professor Cazzullo: l’avvenuto “aumento dell’accessibilità del pubblico ai luoghi della Psichiatria (...). Da qui l’avvio di un rapporto di comunicazione di interrelazione con il paziente e progressivamente anche con la famiglia...”.

Il fascicolo prosegue con altri argomenti “specchio” delle attualità che viviamo. Il professor Comazzi e Tiziana Dimonopoli ci fermano sulla presenza delicata, importante dello psichiatra e dello psicologo nel particolare “spazio e momento e mondo” della donazione degli organi e del trapianto.

Un problema che ricorre con frequenza e preoccupazione la carenza di infermieri negli ospedali e nei servizi territoriali. Ne scrive per noi Marisa Cantarelli con l’esperienza e la competenza che le conosciamo.

Pedagogia e educazione oggi: una precisazione, una distinzione dei termini si impongono, visto che si torna a parlarne e a discuterne. Per i nostri lettori un commento della dottoressa Marisa Pisani esperta del settore.

La “consecutio temporum e ... i maltrattamenti diversi ai quali la nostra bella lingua viene giornalmente sottoposta”. Considerazioni caustiche nelle pagine a firma del professor Antonio Randazzo.

La poesia e la memoria. Reminiscenze classiche, nostalgia di spazi e luoghi e “pensieri” che possono aver lasciato il segno in molti di noi e che inducono a ritrovarci nell’articolo del dottor Francesco Fiorista. “... Conosciamo quello che ricordiamo e anzi noi siamo quello che ricordiamo...”.

Camminiamo quindi nel centro storico della nostra Città, agevolmente nonostante tutto oggi, sempre guidati dall’inesauribile professor Bevacqua col quale ci fermiamo fra Palazzo Marino e la Scala.

Una recensione libraria che diventa una profonda escavazione nello spirito, nel mondo travagliato dell’autore e nella scelta “dolce amara” della sua vita. Le considerazioni sono di Milena Lerma.

Una notizia di cronaca a firma del professor Caputo e le consuete rubriche chiudono il fascicolo.

Trauma e spiritualità: un punto su sintomi psichiatrici, credo religioso e attività della Chiesa nella riabilitazione psichica posttraumatica

MARIO MANTERO, VINCENZO GIORDANO

L'attività della Chiesa cattolica e delle organizzazioni religiose dopo gli eventi traumatici, individuali o collettivi, rende il mondo del culto una realtà fondamentale nel fornire alle vittime assistenza, supporto e riconciliazione. Ciò non si limita al prezioso aiuto materiale e alla solidarietà espressa attraverso il provvedere alle necessità primarie.

Il ruolo della Chiesa è molto più esteso e complesso, offre possibilità di riscatto nella ricostruzione della propria esistenza e, in certe situazioni, la sua funzione appare quella di una grande agenzia di riabilitazione sociale.

Le attività offerte sono molteplici: la Chiesa aiuta a mantenere unite le comunità colpite da eventi catastrofici, offre rifugio e sostegno ai senza tetto, agli emarginati e ai perseguitati. La sua attività contrasta il danno e il vuoto legato al trauma, con un messaggio di pace, speranza e buon senso che prepara per una riconciliazione con la realtà.

L'accoglimento e la protezione non sono solo materiali o semplice supporto morale. Il ruolo che la dimensione spirituale può ricoprire nella guarigione dai disturbi psichici posttraumatici può spingersi molto al di là di questo. Gli esperti del settore sono consapevoli di come la cultura religiosa dell'individuo, non solo colpito da traumi ma in qualsiasi settore medico, possa influire pesantemente sull'andamento della cura.

In molti casi una fede religiosa che possa aiutare a dare senso al proprio programma di vita può rendere più semplice la strada per tornare a "vivere".

Infatti, chi ha subito situazioni traumatiche che ne hanno condizionato l'esistenza si trova legato al trauma in modo estremamente complesso e profondo.

Generalmente l'evento diviene uno spartiacque tra ciò che era prima e ciò che ne è seguito e la realtà successiva al trauma tende a sovrapporsi a quella precedente, senza sostituirla.

Schemi di valori e convinzioni ne vengono influenzati e possono influire nella modalità in cui ci si riadatta

alla realtà. L'evento rimarrà impresso nella memoria con intensità forte ma non distruttiva rispetto agli altri ricordi, quelli non traumatici. La frequenza dei ricordi del trauma e il coinvolgimento della mente nella loro elaborazione tendono a diminuire con il tempo, fino a dare al trauma stesso tutto il suo significato doloroso di "evento di vita" e come tale tassello di un puzzle di ricordi personali.

In una percentuale minima (anche se purtroppo ragguardevole data l'elevata frequenza degli eventi traumatici) di vittime la reazione fisiologica allo stress si cronicizza e diviene stabile: si sviluppano in pochi mesi sintomi resistenti al tempo.

Sappiamo infatti con certezza che la sofferenza legata a eventi traumatici non è sempre transitoria come sembrava suggerirci la psicopatologia classica. In alcuni sfortunati casi, una significativa minoranza, questa sofferenza non passa, diviene un corteo sintomatologico complesso e difficilmente sradicabile, tanto da condizionare sindromi psichiatriche gravi come quelle di Disturbo Post Traumatico da Stress, Disturbo Dissociativo, Reazione Complessa al Trauma (J. Herman, 1992). Tali disturbi sono caratterizzati da sintomi connessi per tema e per analogia alla situazione traumatica e portano a una distorsione dell'adattamento alla realtà con un evitamento delle situazioni che riattualizzano il trauma e una progressiva chiusura della disponibilità emotiva e relazionale.

Nell'ultimo decennio si sono accumulati dati biologici altamente indicativi di modificazioni permanenti della omeostasi cerebrale intervenute a seguito di esperienze traumatizzanti: i dati più chiaramente replicabili riguardano la non estinzione delle risposte neurovegetative alla paura di fronte a stimoli riminiscenti il trauma (battito cardiaco, tensione muscolare e sudorazione) e una alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che si traduce in un diminuito livello di cortisolo circolante, pur in presenza di elevati livelli di ACTH e di ACRH e cioè degli ormoni che stimolano appunto la secrezione

di cortisolo (Yehuda, 1992). Ciò sarebbe espressione di un'alterazione permanente e un indicatore di una alterazione, verosimilmente sopraggiunta, della resistenza allo stress. Sul piano neuroanatomico la sede della "lesione" sembra essere il sistema limbico, soprattutto amigdala e ippocampo. In tale struttura avverrebbe la mancata integrazione tra i vari aspetti della memoria traumatica.

In altre parole la sofferenza psicologica legata ai traumi non è soltanto un'afflizione spirituale ma un disturbo cronico della memoria emotiva.

Possiamo quindi sostenere che il tempo guarirà le ferite dello spirito? Possiamo pensare che la parola e il parlare riescano a fornire spiegazioni e a placare l'iperattivazione di parti della psiche molto antiche filogeneticamente e non accessibili al linguaggio?

Uno studio sulla psicoterapia dei soggetti con sindromi psichiche postraumatiche ha indicato che la cura con la parola può contribuire a ricostruire una narrativa del trauma e la capacità di rivederlo in termini accettabili e spiegabili, ma non può incidere significativamente sulla persistenza della memoria sensoriale ovvero di elementi non integrati di tipo olfattivo, visivo, tattile, etc. (Vander Kolk, 1996).

Questi elementi che costituiscono una fonte continua di disturbo anche "fisico" per il paziente necessitano di un trattamento desensibilizzante che può avvenire attraverso varie modalità specifiche (varie psicoterapie di impronta o derivazione cognitivo-comportamentale oppure psicofarmaci) che li affrontino su un piano sintomatico. A volte malgrado questi trattamenti i sintomi psichici persistono e divengono associati a una elevata disabilità psicosociale (A. Maercker, 2001).

I costi del trauma sul sistema sanitario sono infatti elevati e colpiscono non solo il paziente ma anche l'immediato ambiente circostante come il partner, la famiglia e il luogo di lavoro.

Non basta quindi il conforto spirituale o il supporto psicologico per ritrovare il benessere necessario a riprendere il proprio funzionamento dopo una grave esperienza di vita?

In una visione completa del problema sembra ragionevole pensare che in realtà cura sintomatica e conforto spirituale si integrino a vicenda. La cura della sindrome necessita della "ideologia" della ripresa per la quale impegno umanitario, concreto, riparatore e ricco di valenze spirituali può essere fondamentale.

Le azioni, per la cura dei traumi, possono contare più delle parole o delle razionalizzazioni.

Un esempio che ha ricevuto l'attenzione dei media può essere l'immagine di New York e delle squadre dei pompieri sopravvissuti che lavorano oltre il loro orario sulle macerie delle torri gemelle. Fornire il proprio lavoro volontario, cercare di riparare con la propria opera la distruzione che è stata operata all'esterno e all'interno di noi può essere un rimedio istintivo per placare la sofferenza della passività forzata e dell'inazione tipica della vittima di un trauma. Può funzionare? Se si studiano le fasi della risposta a un trauma per come sono "fisiologicamente" organizzate dalla natura se ne potrebbe dubitare (A. Shalev, 2001). Infatti a una fase immediata di stordimento o di iperattivazione ansiosa può fare seguito una fase reattiva con forte ripristino dell'onnipotenza che può venire esaltata quasi velleitariamente. Si tratta però di una esaltazione transitoria, destinata a nuove evoluzioni, spesso verso la depressione.

Se il lavoro volontario o l'impresa riparatrice nascono invece da un'elaborazione maggiore e da un lavoro spirituale, il loro valore "autoterapeutico" potrebbe essere molto maggiore. Un reduce da un campo di concentramento (Bollettino trimestrale della Società Europea per lo Studio dello Stress traumatico, primavera 1998) faticava a riadattarsi dopo il rientro in patria. Si sentiva irrimediabilmente legato al proprio passato di prigionia e ai fatti cui aveva assistito. Tra questi il più disturbante era rappresentato dall'essere l'unico testimone diretto del suicidio di un suo amico che venne occultato dai guardiani del campo. Egli però sapeva dove i resti della persona cara erano stati nascosti.

A distanza di anni dalla propria liberazione egli tornò dove un tempo si era svolto il suo trauma e riuscì ad attivare iniziative che portarono al rinvenimento del luogo di occultamento del cadavere, al riconoscimento dei resti e al loro rientro in patria. Una volta compiuta questa operazione egli poté rimettere mano alla propria vita personale e riprendere a vivere nel presente e nel futuro. Divenne, negli anni che seguirono, il direttore della Croce Rossa Danese. Questa storia è nota come esempio di autocura dai sintomi postraumatici.

Una nuova corrente di pensiero terapeutico cerca di utilizzare il dolore dell'evento traumatico per favorire la nascita di una persona migliore, fino a caratterizzarsi per l'attribuzione di potenziali positivi alle esperienze

traumatiche che sarebbero il motore per una crescita personale (L. C. Calhoun, R. G. Tedeschi, 1999).

Questi approcci terapeutici evidentemente tendono a proporre una cura che mira a dotare il paziente dei nuovi poteri o a ritrovare i propri poteri perduti.

Il recupero della propria potenza personale è un obiettivo imprescindibile di ogni terapia riparatrice e talvolta un assetto terapeutico classico quale quello di una psicoterapia psicoanalitica potrebbe non essere sempre indispensabile o adatto per il paziente traumatizzato (U. Schnyder, 2001).

La religione e l'insieme dei sistemi di valore ad essa collegati giocano un ruolo molto importante nella resistenza individuale agli agenti traumatici: maggiore il carico e la preparazione ideologico-religiosa, maggiore potrebbe essere la resistenza alla sofferenza e la percezione di un futuro dopo di essa.

In certi momenti della cura invece gli schemi cognitivi, i concetti e i valori di un assetto religioso potrebbero non solo non facilitare ma al contrario rallentare o impedire il raggiungimento di obiettivi psicologici importanti, quali ad esempio quelli legati all'autostima, all'affermazione individuale e alla qualità di vita.

La perdita di fiducia nel mondo o nella propria fede porta alla convinzione di essere dimenticati e traditi anche dalla divinità. Ciò contribuisce a rafforzare la gravità della propria sofferenza e l'angoscia del proprio dolore. Al contrario il recupero del significato della propria sofferenza e l'avvicinarsi agli altri membri di una comunità religiosa può fornire un aiuto importante. Allo stesso modo la celebrazione di riti, commemorazioni e momenti tesi a ricostruire il senso della propria identità spirituale potrebbero avere un significato catartico dall'angoscia della sofferenza posttraumatica.

La definizione qualificante un evento traumatico dovrebbe prendere in considerazione la risposta della società ad esso: l'assenza di rituali organizzati o di sistemi di supporto potrebbe contribuire in modo significativo a rendere traumatico un evento (Raifman, 1983). Da quanto detto appare evidente che il ripristino del benessere psichico di chi ha subito esperienze gravissime e non riesce a riprendere la trama conduttrice della propria storia personale è un processo a volte molto complesso e poco riducibile a modelli di comprensione semplici o esclusivamente clinici.

Il ripristino dello stato "quo ante", talvolta possibile

in altri problemi psichici, in questo tipo di disturbi è per definizione inverosimile.

Farmaci e psicoterapie possono alleviare considerevolmente il livello di sofferenza attraverso il trattamento dell'ansia, della depressione, dei sintomi intrusivi (legati cioè alla ripetizione continua del trauma nei sogni e nei ricordi dell'individuo) e di evitamento fobico di nuove situazioni che ricordino il trauma. Non possono però garantire quel processo di riorganizzazione della propria esistenza attorno ad un significato che qualifica il senso del nostro essere al mondo, sempre toccato dal trauma.

Per questo il processo di "guarigione" dovrà permettere di incorporare l'esperienza traumatica nel bagaglio di conoscenza dell'individuo, che dovrà trasformarla e renderla utile ad altri. Le conoscenze scientifiche potrebbero necessitare di significato spirituale per essere davvero efficaci. Il significato della religiosità della persona sofferente, i suoi riflessi e le sue ricadute, sono infatti una variabile determinante nella cura dei pazienti toccati dallo stigma degli eventi traumatici. D'altra parte è indispensabile che le importanti acquisizioni scientifiche sulla sofferenza posttraumatica divengano un patrimonio a disposizione dell'assistenza religiosa alle vittime.

Nelle esigenze delle vittime biologia e fede necessitano di essere incorporate nel "soccorso" dello spirito e del corpo.

Chi si occupa da millenni di persone traumatizzate, l'agenzia sociale più antica, la Chiesa, può oggi contare sul crescente interesse per gli eventi psicotraumatizzanti rinato nel seno della psicologia e della psichiatria per incorporare conoscenze utili a chi soffre. Ciò eviterà che casi clinici gravi non vengano diagnosticati e che aspetti psicopatologici siano considerati puri patimenti dello spirito.

Bibliografia

Van der Kolk, B. A.: *Traumatic stress: the effect of overwhelming experience on mind, body and society*. 214-241. By Van Der Kolk, Mc Farlane, Weisaeth. Guilford Press, New York, 1996.

A.Y. Shalev and R. Ursano: *Mapping the multidimensional picture of acute responses to traumatic stress*, Oxford University Press, in press.

U. Schnyder: *Psychotherapies for PTSD: an overview*. Italian Journal of psychiatry and behavioural Sciences vol. 11-N.1 Settembre 2001.

Yehuda R., Resnick H., Kahana B., Giller E.: *Long lasting hormonal alteration to extreme stress in humans: normative or maladaptive?* Psychosomatic Medicine 55:287-297, 1993.

La Ca' Granda n. 1-2/2001 annunciava l'inizio di una collaborazione editoriale con il Comitato etico del nostro Ospedale, nell'intento di fermarsi sulle problematiche etiche più significative trattate dai suoi componenti. Dopo l'argomento "Bioetica in Europa oggi" allora pubblicato, per i nostri lettori il prof. Carlo Alberto Defanti, primario dell'Unità operativa di neurologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, scrive qui su "I pazienti in stato vegetativo permanente e la nostra responsabilità".

I pazienti in stato vegetativo permanente e la nostra responsabilità

CARLO ALBERTO DEFANTI

Inizio questo breve articolo partendo da un caso clinico che seguì personalmente da cinque anni e che negli ultimi due anni è divenuto un caso giudiziario che ha avuto molta eco nell'opinione pubblica.

Il caso di Eluana Englaro

Eluana è una giovane donna che all'età di 20 anni fu vittima di un incidente stradale che causò un gravissimo trauma cranio-cerebrale, con fratture del cranio e della colonna cervicale e raccolte emorragiche in uno degli emisferi cerebrali. Clinicamente ella era in stato di coma con assenza quasi completa dei riflessi, ma in grado di respirare spontaneamente, anche se non in modo sufficiente. I quattro arti erano paralizzati. Fu sottoposta all'intubazione tracheale e alla ventilazione artificiale. Nei giorni successivi la situazione si aggravò ulteriormente in quanto il rigonfiamento degli emisferi cerebrali provocò un'ulteriore emorragia nella parte più alta del tronco cerebrale. Superata questa fase, la paziente riprese gradualmente la capacità di respirare spontaneamente e, circa un mese dopo il trauma, cominciò a riaprire gli occhi, senza però mai riprendere contatto con l'ambiente e senza presentare alcun movimento spontaneo degli arti. Si configurò così il quadro clinico di uno *stato vegetativo persistente* che purtroppo si è mantenuto del tutto inalterato da allora.

Al momento della mia prima osservazione, sei anni dopo il fatto, la paziente appariva in buone condizioni generali. Ella manteneva gli occhi aperti durante buona parte della giornata, i globi oculari erano deviati, le labbra, la mandibola e la

lingua erano animate da una sorta di tremore ritmico. Gli arti erano immobili e rigidi. Ella respirava spontaneamente, senza ausili meccanici. La nutrizione avveniva mediante un sondino inserito nello stomaco attraverso il naso. Malgrado un'osservazione prolungata e stimolazioni di vario tipo, non si è mai riusciti ad entrare in contatto con la paziente. La mia diagnosi era di *stato vegetativo*, la mia previsione era negativa quanto al recupero della coscienza: parlavo perciò, usando un termine proposto da un gruppo di studio americano, di *stato vegetativo permanente* (o, in altre parole, di stato vegetativo irreversibile).

Purtroppo la previsione, del resto fin troppo facile, si è avverata ed Eluana si trova tuttora (a distanza di circa nove anni dopo l'incidente) nella stessa condizione.

Stato vegetativo persistente e stato vegetativo permanente

È bene ricordare brevemente la definizione di questo stato, che traggio – semplificandola – dal rapporto della "Multi-Society Task Force on PVS" ⁽¹⁾ pubblicato nel 1994. Si definisce *stato vegetativo* un quadro clinico caratterizzato da:

- a. nessun indizio di consapevolezza di sé e dell'ambiente e di capacità di interagire con gli altri
- b. nessuna risposta comportamentale riproducibile, finalistica o volontaria agli stimoli sensoriali (visivi, uditivi, tattili, o dolorifici)
- c. nessun indizio di comprensione del linguaggio altrui
- d. presenza di un ciclo intermittente di sonno-veglia (con apertura degli occhi durante la veglia)

- e. conservazione sufficiente delle funzioni vegetative, tale da permettere la sopravvivenza con semplici cure mediche ed assistenza infermieristica
- f. incontinenza urinaria e fecale
- g. conservazione almeno parziale dei riflessi cranici.

Lo stato vegetativo può rappresentare una fase transitoria al momento dell'uscita del paziente dal coma (in questo caso esso è poi seguito dalla ripresa della coscienza), ma talora esso si protrae a lungo o indefinitamente. Si parla di *stato vegetativo persistente* quando la sua durata supera un mese. Lo stato vegetativo persistente differisce dallo stato di coma, con il quale viene spesso confuso dal pubblico, in quanto il malato è in grado di aprire gli occhi e conserva un'alternanza di sonno e veglia.

Quali lesioni cerebrali possono provocare lo stato vegetativo? Le lesioni variano da un caso all'altro, ma ciò che accomuna tutti questi malati è il fatto che essi conservano, in varia misura, le funzioni del tronco encefalico (cioè della parte del cervello che è responsabile sia delle funzioni vitali, come il respiro e la regolazione del circolo, sia dell'alternarsi di veglia e di sonno), mentre sono abolite le funzioni della corteccia cerebrale (sia in seguito alla sua distruzione, sia a causa dell'isolamento delle vie nervose che la connettono ai centri sottostanti) e quindi è abolita la coscienza. Il malato ha perso la *vita cognitiva* e mantiene la *vita vegetativa*.

La diagnosi di *stato vegetativo* è relativamente semplice nelle mani di un neurologo esperto, ma richiede, a differenza di altre diagnosi, un'osservazione clinica attenta e prolungata per cogliere eventuali segni di contatto del paziente con il mondo esterno, segni che possono sfuggire a un'osservazione superficiale. La vera difficoltà che lo stato vegetativo solleva non è però la diagnosi, bensì la *prognosi*, vale a dire la previsione sulla sua reversibilità o meno. Dopo molte discussioni, la Task Force su citata ha raggiunto un accordo su alcuni punti. Uno di essi è che prima di dichiarare *permanente*, cioè *irreversibile*, lo stato vegetativo di origine traumatica in un soggetto adulto (il caso di Eluana) è necessario attendere almeno 12 mesi. Nei casi di stato vegetativo persistente di origine non traumatica, e in particolare in quelli di genesi anossica, sono sufficienti 3 mesi di osservazione. Il rapporto della Task Force è senz'altro la migliore

sintesi scientifica e clinica oggi disponibile. Esso propone dei criteri che consentono il riconoscimento dell'irreversibilità "con un alto grado di certezza clinica" (*with a high degree of clinical certainty*). Tali criteri sono onerosi e stringenti. Come tutti i criteri di ordine empirico in medicina, essi soffrono però di qualche eccezione (sia pure molto rara). Come afferma la Task Force, "la diagnosi di stato vegetativo permanente, come ogni altra diagnosi clinica in medicina, è basata su probabilità, non è assolutamente certa".

Il dibattito internazionale

Il dibattito nella letteratura scientifica internazionale negli ultimi anni si è ravvivato dopo la pubblicazione, avvenuta nel 1993, di un articolo di Andrews⁽²⁾ e successivamente di altri contributi clinici dello stesso e di altri studiosi che hanno documentato due fatti: a) un certo numero di casi inviati ad un reparto dedicato alla riabilitazione dei soggetti con lesioni cerebrali, come quello diretto da Andrews, con diagnosi di stato vegetativo persistente non corrispondevano in realtà ai criteri su esposti e presentavano, già al momento del ricovero, segni (sia pur lievi) di consapevolezza dell'ambiente (si trattava cioè di *diagnosi sbagliate*); b) un numero assai piccolo - ma ben documentato - di pazienti riprendono un contatto con l'ambiente anche al di là dei limiti temporali indicati dal documento della Task Force.

Circa il primo punto, va ribadita l'importanza che la diagnosi sia posta in modo corretto, vale a dire non solo attraverso una lunga osservazione, ma anche - e soprattutto - sottoponendo i pazienti a una periodica osservazione per cogliere qualsiasi indizio di ripresa di contatto con l'ambiente, indizi che possono inizialmente essere tenui e incostanti.

Circa il secondo punto, ripeto che, una volta riconosciuto il carattere probabilistico della prognosi questo non ci esime dal farla e, se necessario, dall'assumere decisioni in base ad essa (tenendone presente i limiti).

Il problema morale e giuridico

Nel caso di Eluana sappiamo oggi, senza che vi siano dubbi (dato il lunghissimo tempo trascorso) che ella si trova in stato vegetativo permanente e che non ha più alcuna probabilità di riprendere coscienza. Ella ne è del tutto priva, ma ciononostan-

te sopravvive. Ma di che sopravvivenza si tratta? In base alle nostre conoscenze, Eluana non è consapevole di vivere, non ha sensazioni di alcun tipo, ciò che sopravvive è unicamente il suo corpo, le cui funzioni viscerali si svolgono normalmente. Il tubo digerente assimila il cibo che però deve venire introdotto attraverso un sondino nasogastrico; l'alvo è assicurato da periodici clisteri; la funzione renale è normale e le urine sono raccolte attraverso un catetere; la respirazione e la circolazione proseguono invece regolarmente e senza ausili esterni. Il suo aspetto è quello di una giovane donna ben nutrita e accudita i cui arti giacciono rigidi e immobili; solo il viso presenta alcuni movimenti automatici e riflessi, ma nessuna espressione umanamente significativa. In nessun modo si riesce ad entrare in contatto con lei.

Malgrado tutto ciò che sappiamo ci autorizzi a dire che Eluana non soffre direttamente per il suo stato, è certo che la sua condizione rientra fra quelle che oggi il senso comune ritiene "prive di dignità": di lei rimane un corpo privo della capacità di provare qualsiasi esperienza, con un sondino inserito nel naso e un catetere nella vescica, totalmente dipendente dalle cure che gli vengono fornite dal personale di assistenza. La sua condizione è penosa per coloro che la assistono e che hanno ormai perduto da tempo la speranza di un risveglio e ancor più per i suoi genitori, che hanno perso una figlia ma non possono elaborarne compiutamente il lutto.

La più autorevole società scientifica neurologica americana, l'American Academy of Neurology, ha affrontato già nel 1989⁽³⁾ il grave problema etico del farsi in queste situazioni ed ha sostenuto la moralità e la legittimità della sospensione della nutrizione e dell'idratazione artificiale - considerate come vere e proprie misure terapeutiche e non semplici misure di assistenza - qualora il paziente, prima di cadere in questo stato, abbia espresso un'opzione favorevole a questa sospensione. Purtroppo nella maggior parte dei casi il soggetto non aveva manifestato in passato alcuna opzione di questo tipo; ciò vale tanto più in un Paese come il nostro, in cui non vi è per ora nessun riconoscimento giuridico delle cosiddette *direttive anticipate*.

Nell'ultimo decennio si è accumulata inoltre una cospicua giurisprudenza, soprattutto americana ma anche europea (si veda per esempio il caso Bland⁽⁴⁾ in

Gran Bretagna), favorevole alla sospensione delle misure di sostegno vitale anche nei casi in cui manchino direttive anticipate e in cui detta sospensione sia richiesta dai legali rappresentanti dell'individuo.

Sulla base di questi pronunciamenti il padre di Eluana, suo rappresentante legale, ha chiesto ai medici curanti la sospensione della nutrizione e dell'idratazione, ottenendone un rifiuto. A seguito di ciò si è appellato alla magistratura; il tribunale di prima istanza (la pretura della città di Lecco) ha respinto il ricorso, assimilando questa sospensione ad un atto di eutanasia e richiamandosi al diritto inviolabile alla vita e alla sua indisponibilità anche da parte del suo titolare.

In seconda istanza il padre si è rivolto alla Corte di Appello di Milano, che, dopo aver analizzato abbastanza ampiamente il caso, ha raggiunto anch'essa una decisione negativa sul ricorso, in quanto, come riporta la motivazione della sentenza, essa reputa che il dibattito svoltosi su scala internazionale sul punto cruciale della questione, se cioè la nutrizione e l'idratazione artificiale siano *mezzi di terapia* - che come tali possono essere sospesi quando la situazione clinica è tale che il loro impiego non dà più alcun beneficio al malato - o non invece *ordinarie misure di assistenza* che debbono essere comunque mantenute, quale che sia la condizione del malato, non è giunto per ora a nessuna conclusione condivisa e che bisogna attenderne gli sviluppi.

Sul problema dello "statuto" della nutrizione artificiale in questi pazienti un contributo importante è venuto dal documento della Commissione ad hoc istituita dal precedente Ministro della Sanità Umberto Veronesi (maggio 2001). Esso ammette che la nutrizione-idratazione può non essere considerata come una *terapia medica vera e propria*, ma certamente essa *deve* essere considerata come un *trattamento medico* (così come lo sono, ad esempio, le manovre diagnostiche), vale a dire come un trattamento che viene effettuato dal medico o dall'infermiere sul *corpo del paziente* e che, come tale è soggetto alla richiesta di autorizzazione (consenso informato) da parte del paziente.

Posto in questi termini il problema si chiarisce e diventa più agevolmente risolvibile, anche se ovviamente il paziente in stato vegetativo permanente non è in grado di intervenire direttamente nella decisione, e qui si apre il discorso sulle direttive anticipate e sulla nomina di un rappresentante legale.

Chi decide in merito ai trattamenti? Chi decide per coloro che non sono in grado di farlo?

La parte più corposa e originale del documento della Commissione ministeriale è dedicata alla trattazione di questi temi. Vi si afferma che "... già allo stato attuale della legislazione sono possibili decisioni, in ordine all'idratazione e nutrizione artificiali degli individui in stato vegetativo permanente, che portino alla legittima interruzione di tali trattamenti medici, purché siano rispettate alcune precauzioni particolari aggiuntive..." Credo però che un chiarimento sul problema delle decisioni negli stati avanzati di malattia, quando il paziente non è più in grado di decidere direttamente, debba venire dal Parlamento, presso il quale giace da tempo una proposta di legge sulle direttive anticipate (il cosiddetto *testamento biologico o living will*) ed anzi auspico fortemente un intervento legislativo ulteriore, che riguardi la nomina del *rappresentante legale*, figura che ricorre ormai in più testi normativi di origine europea (mi riferisco sia alla legge del 1997 che recepisce le norme di *buona pratica clinica* e alla recentissima ratifica della *Convenzione europea di bioetica*) ma per la cui individuazione la legge non dà indicazioni. Mi sembra poco pratico che tale individuazione richieda ogni volta la lunga e laboriosa procedura di interdizione e di nomina di un tutore, procedura che – possibile nelle situazioni croniche – è poco adeguata nelle situazioni acute di così frequente riscontro in ospedale.

Nel lavoro clinico quotidiano la mancanza di una procedura codificata crea spesso problemi rilevanti, specie in presenza di decisioni difficili e di un nucleo familiare che esprime diversi orientamenti. La soluzione di questi problemi è oggi necessaria in ogni campo della medicina ed ha un rilievo che va naturalmente ben al di là del nostro tema specifico.

Bibliografia

- 1 - The Multi-Society Task Force on PVS: *Medical aspects of the persistent vegetative state*. N Engl J Med 1994, 330: 1572-1579
- 2 - Andrews K.: *Patients in the persistent vegetative state: problems in their long term management*. BMJ 1993; 330: 1600-2
- 3 - American Academy of Neurology: *Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the PVS patient*. Neurology 1989, 39: 125-26
- 4 - Airedale NHS Trust v. Bland, 19 February 1993, 2 *Weekly Law Reports*, p. 350

Asterisco

Il conforto della memoria

...Nello sfogliare le storie cliniche, rivivo e rivedo passare dinanzi agli occhi del pensiero, in una strana e interessante cinematografia, tutto il corso della mia vita...

... Nulla più sembra permanere di ciò che materialmente fu, ma rimane il conforto di aver cercato di comprendere, di assistere e di confortare, e la certezza di aver sempre fatto per i nostri malati il più e il meglio possibile psicologicamente, tecnicamente e moralmente. Ecco perché a tanti decenni di distanza mi sembra di sentire voci superstiti, parole che sono lembi di anima, frammenti di spiritualità, in un linguaggio che giunge alla mente, all'anima e al cuore del medico e che solo il medico può sentire e comprendere.

Riconoscenze, devozioni, affezioni e amicizie, sono la scia profonda della nostra professione, scia che è il sole della nostra vita. Perciò, sfogliando e rivivendo giorno per giorno tutta la vita passata, un nodo serra la gola e una domanda sale dal cuore alla mente: ho veramente fatto quanto potevo? Non ho mancato mai di fronte a qualche malato, alle sue sofferenze, speranze o delusioni? A me sembra giungere una dolce e confortevole risposta. Le cartelle passano, finiscono e saranno bruciate, ma oltre la loro cenere rimarrà sempre qualche cosa di impalpabile che rappresenta il loro calore: le speranze, le amarezze, le dolcezze che sono eterne e fanno oramai parte di me, fibra per fibra, pensiero per pensiero, mentre tutti si corre verso il tramonto...

E io benedico la sorte che mi ha fatto medico e portato a vivere la vita dei miei malati, ai quali ho dato l'anima e il cuore oltre che la mente; onde dal rogo delle cartelle bruciate sale una profonda voce di richiamo...

Bruciate pure, cartelle dolorose, voi non scomparate, ma rimarrete nel mio spirito e nel vostro alto significato perché di voi si sono fatti e plasmati il mio cuore e la mia personalità psichica e morale. Io sono quello che da voi e dai miei malati mi è venuto: voi siete lo sfondo della vita che non ha ritorno...

CESARE FRUGONI

(dal libro *Ricordi e incontri*, Mondadori Editore, 1974)

Sulla pagina accanto: Fregi e decorazioni del chiostro secentesco nel cortile centrale dell'antico Ospedale Maggiore.



La pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano dal 1939 al 2000

GIULIO TORTI

Rievocare gli eventi che hanno caratterizzato la storia della pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano (detto affettuosamente Ca' Granda dai milanesi) significa richiamare alla memoria le profonde trasformazioni che, negli ultimi sessant'anni, si sono realizzate nella gestione dei reparti e del bambino ricoverato.

Ma significa anche rammentare chi, succedendosi alla direzione delle varie divisioni pediatriche, tali trasformazioni ha ispirato, talvolta con largo anticipo sulla loro diffusione, nello sforzo costante di adeguare alle più moderne esigenze assistenziali ed organizzative le strutture ospedaliere oltre che di mantenere elevati i livelli culturali medico-scientifici.

Intento di questo articolo è quello di raccontare le principali tappe evolutive della pediatria all'Ospedale Maggiore di Milano dal 1939 (anno di apertura della prima divisione pediatrica a Niguarda) fino al 2000.

Nell'esposizione si sono descritti separatamente, in due capitoli distinti, i fattori che hanno determinato le modificazioni della pediatria in senso soprattutto culturale e sociologico e i cambiamenti avvenuti di conseguenza, nella pratica, presso i diversi reparti ospedalieri. Tale suddivisione risulta forse un po' artificiosa ma è sicuramente opportuna per evitare un eccessivo affollarsi di concetti nelle stesse pagine.

Nel contesto del secondo capitolo, parlando delle singole divisioni pediatriche, sono stati ricordati, in ordine cronologico, i nomi dei vari primari.

Prima di affrontare questi argomenti, tuttavia, è utile precisare alcune circostanze. La prima è che dei quattro ospedali che costituivano la Ca' Granda, solo tre (Niguarda, San Carlo Borromeo e Sesto San Giovanni) hanno avuto una pediatria, mentre il quarto (Polinclinico) si è avvalso della clinica pediatrica universitaria, la cui storia non rientra nei temi di questo articolo.

La seconda precisazione riguarda le rispettive date di nascita dei tre citati reparti pediatrici: conoscerle in

anticipo consente di capire in quale momento ciascuno di essi si è inserito nel percorso evolutivo della pediatria milanese che si vuole descrivere.

Il primo ad essere fondato, come si è detto, fu, nel '39, l'Ospedale Niguarda che aprì da subito la divisione pediatrica.

La pediatria dell'Ospedale San Carlo Borromeo, sito all'estremo opposto di Milano, fu invece inaugurata nel 1968.

Nel 1979, infine, iniziò l'attività la divisione pediatrica dell'Ospedale di Sesto San Giovanni, che, fondato nel 1961, ebbe solo, fino a quella data, un servizio per neonati sani aggregato alla divisione di patologia neonatale di Niguarda.

Da questi dati risulta evidente che l'ultimo mezzo secolo, e anche di più, è stato interamente vissuto solo dalla pediatria di Niguarda, mentre per i reparti pediatrici degli altri due ospedali la storia, pur significativa, è alquanto più breve.

Bisogna aggiungere infine, che parlare di "divisione" di pediatria per l'Ospedale di Niguarda è improprio, essendo sorte in questa sede, dopo la divisione pediatrica anche le divisioni di chirurgia infantile, di patologia neonatale, di infettivologia pediatrica, di cardiologia pediatrica e di oculistica pediatrica. Le storie di questi reparti saranno esposte separatamente, in breve, in appositi paragrafi.

I cambiamenti della pediatria ospedaliera: cause determinanti

Come tutte le discipline mediche anche la pediatria ospedaliera ha registrato, dal 1939 al 2000, numerosi e importanti cambiamenti.

I fattori che li hanno condizionati sono molteplici ed hanno frequenti e reciproche interazioni. Senza affrontarne un'analisi puntuale, pare utile commentarli brevemente, almeno per quanto riguarda la realtà milanese, così da rendere evidente l'influsso rilevante che ebbero nel modificare, col passare del

tempo, l'organizzazione dei reparti pediatrici del nostro complesso ospedaliero.

Schematicamente tali fattori possono essere classificati in: epidemiologici, relativi ai progressi della medicina, sociali e culturali.

Fattori epidemiologici

I fattori epidemiologici emergono osservando la variazione, negli anni, della diversa prevalenza delle malattie infantili che hanno richiesto un ricovero.

Così, in rapida sintesi, nel decennio '50-'60 si aveva, nei reparti di pediatria di Milano, una predominanza delle malattie infettive: i bambini morivano per broncopolmonite, sepsi stafilococcica, gastroenterite, malnutrizione. La tubercolosi costituiva un vero incubo, soprattutto nella sua forma meningea: la scarsità di mezzi terapeutici adeguati determinava, infatti, risultati scoraggianti. Nello stesso periodo frequente era, nella terza infanzia, il reumatismo articolare acuto. La sua più temibile e non raramente letale complicanza, la cardite, impegnava i pediatri con trattamenti protratti e lunghe degenze ospedaliere.

Negli anni '60, in ospedale, la patologia più frequente e grave era sempre rappresentata dalle malattie infettive, ma i nuovi antibiotici consentivano trattamenti efficaci e spesso risolutivi nelle pneumopatie acute e anche la tubercolosi poteva essere validamente controllata. Le nuove tecniche di reidratazione parenterale, inoltre, permettevano di conseguire la guarigione in quasi tutte le gastroenteriti acute, comprese le forme più gravi di tossicosi. Il reumatismo articolare rimaneva una patologia preminente in ospedale ma, ormai, le paventate complicanze cardiache potevano essere evitate con la terapia cortisonica di recente introdotta.

Nel decennio successivo ('70-'80), per le migliorate condizioni igienico-sanitarie della popolazione, si ebbe la diminuzione della patologia infettiva, con la quasi scomparsa dei casi di tubercolosi. In questo periodo cominciarono ad assumere notevole importanza, nella pediatria ospedaliera, le malattie oncoematologiche e immunoallergologiche: le prime perché al centro di studi approfonditi con proposte di sempre nuovi protocolli terapeutici, le seconde per la loro progressiva diffusione. Numerosi furono anche i

ricoveri per malattie nefrourologiche come le glomerulonefriti, le sindromi nefrosiche e le infezioni delle vie urinarie.

Negli anni '80, in ambito ospedaliero, laddove la presenza delle varie specialità lo consentiva, iniziarono a divenire frequenti i casi con patologie complesse, da affrontare con interventi multidisciplinari: gli esempi più tipici erano rappresentati dalle malformazioni (cardiopatie congenite, idrocefalia, spina bifida, ecc.), dalle patologie neurologiche e neurochirurgiche (epilessie, tumori cerebrali, vasculopatie endocraniche, ecc.) e dai traumi gravi in sedi multiple.

Il decennio '90-2000 si caratterizzò, essenzialmente, per una accentuazione delle tendenze registrate negli anni precedenti: si assistette all'esplosione delle malattie allergiche che nelle loro varie espressioni (respiratorie, intestinali e cutanee) risultarono frequentissime; le malattie oncoematologiche mantennero la loro prevalenza; si registrò un crescente numero di ricoveri per patologie complesse ad approccio polispecialistico. In questo periodo fecero la loro ricomparsa casi di gastroenterite tossica e di pneumopatie gravi in piccoli pazienti extracomunitari defedati e si osservarono sporadici casi di malaria e numerosi casi di epatite A, specie in bambini che tornavano in Italia dopo aver soggiornato nei paesi di origine.

Fattori relativi ai progressi della medicina

Il secondo gruppo di fattori che ha condizionato i mutamenti della pediatria ospedaliera è rappresentato dai progressi della medicina e si riferisce, soprattutto, alla scoperta ed al perfezionamento di mezzi diagnostici e terapeutici sempre più specifici e avanzati. Di questi si ricordano, a titolo di esempio, solo i più significativi.

Nell'ambito diagnostico si usufruì, col passare degli anni, dei continui e grandi avanzamenti della radiologia. Scintigrafia con radioisotopi, ecotomografia, tomografia assiale computerizzata, risonanza magnetica nucleare sono state le principali tappe di questa evoluzione che ha segnato un completo mutamento nell'approccio a varie patologie. La possibilità di valutare direttamente le alterazioni strutturali e/o funzionali dei vari organi, con metodiche non invasive, abbreviava i tempi di diagnosi e

ne rendeva più certa la formulazione. Ciò consentiva di assumere iniziative terapeutiche più tempestive e sicure che non nel passato.

Anche le possibilità diagnostiche offerte dal laboratorio si affinarono negli anni allargando, nel contempo, le loro competenze a patologie diverse. Alcune indagini, rare e difficili negli anni '60 o '70, divennero routinarie negli anni '80 e '90: si pensi, per citare solo qualche caso, ai dosaggi ormonali, alla determinazione delle sottopopolazioni linfocitarie, alla tipizzazione dei linfociti, ai test allergologici, agli esami genetici.

L'introduzione, nelle indagini biochimiche, delle metodiche radioimmunologiche, degli anticorpi monoclonali e di strumenti computerizzati consentì, inoltre, la standardizzazione e il controllo dei risultati che si potevano ottenere in tempi rapidi e senza significativi margini di errore.

Un'altra metodica diagnostica che conseguì, negli anni, continui miglioramenti, fu l'endoscopia: le nuove apparecchiature consentirono a questa pratica di divenire consuetudine anche in pediatria.

In relazione alla terapia i progressi negli ultimi sessant'anni sono stati di grande rilievo, sia in campo medico che in campo chirurgico.

In una breve rassegna si può solo ricordare che nel settore medico fecero la loro comparsa molteplici nuovi farmaci. Fra questi, in primo piano, vi furono, senza dubbio, gli antibiotici. Il loro numero e la loro specificità andarono aumentando nel tempo così da permettere un valido trattamento della maggior parte delle malattie infettive.

Anche la sintesi dei chemioterapici antitumorali si mantenne in continuo divenire, tanto che il controllo della patologia oncologica si rese possibile in diversi casi.

Progressi molto incoraggianti vi furono pure nello studio e nell'utilizzo di nuove molecole ad azione antiepilettica usate spesso in associazione fra loro.

Innovativa fu la produzione di vari ormoni e di altri farmaci tramite metodiche di ingegneria genetica: ciò consentì la presenza sul mercato di ampie quantità di tali prodotti che risultavano più puri, più efficaci e più economici di quelli utilizzati in precedenza.

Non sono da dimenticare, infine, i vaccini, verso i quali vi fu un costante interesse a causa dell'approfondirsi delle conoscenze immunologiche e della

possibilità di produrne di nuovi. La diffusione su larga scala della pratica vaccinale si dimostrò un valido strumento di prevenzione e raccolse, meritatamente, un ampio consenso.

Per quanto riguarda la chirurgia pediatrica, si può dire, per sommi capi, che seguì l'evoluzione della chirurgia degli adulti.

La prima tappa fu, negli anni '50-'60, con il perfezionarsi delle tecniche anestesologiche, la possibilità di affrontare e portare a termine interventi complessi e di lunga durata.

Successivamente si ebbe il periodo della cosiddetta chirurgia funzionale e ricostruttiva, particolarmente importante in pediatria per la correzione delle malformazioni congenite.

Nel decennio '90-2000, con l'avvento della chirurgia mini-invasiva e della chirurgia ambulatoriale, si attuò una vera rivoluzione nelle attività chirurgiche ospedaliere: integrazione multidisciplinare, anestesie brevi, riduzione del numero dei ricoveri e dei tempi di ricovero furono le principali conseguenze di tali innovazioni.

Nel campo della neurochirurgia pediatrica gli interventi in stereotassi per la terapia delle epilessie farmacoresistenti così come la tecnica di embolizzazione delle malformazioni vascolari, specialmente intracraniche, furono le acquisizioni più rilevanti.

Fattori culturali e sociali

I fattori sociali e culturali che hanno contribuito alle modificazioni della pediatria in ospedale non sono facili da riassumere. Semplificando un poco possiamo enumerarli come segue: variazioni demografiche, miglioramento generale delle condizioni igienico-sanitarie, progressi conoscitivi della popolazione, modificazioni culturali del personale sanitario.

Tali fattori, nel loro insieme e unitamente a quelli ricordati in precedenza, hanno contribuito, col passare del tempo, alla realizzazione in ambito ospedaliero dei seguenti importanti cambiamenti: aumento e in seguito diminuzione dei ricoveri, riduzione dei tempi di degenza, modificazione dei rapporti pediatra-famiglia-bambino e dei rapporti bambino-ospedale.

Per quanto riguarda le variazioni demografiche, dal '50 al '70 si assistette, nella nostra regione, ad un incremento della popolazione infantile dovuto sia all'immigrazione dal Sud d'Italia che all'elevato

numero dei nuovi nati. Dalla metà degli anni '70 fino a qualche anno fa, si verificò, al contrario, una improvvisa e rapida inversione di tendenza che incise in modo sensibile sull'attività pediatrica ospedaliera con una riduzione drastica dei ricoveri.

A provocare la riduzione dei ricoveri contribuirono anche le migliorate condizioni igienico-sanitarie della popolazione (dovute fra l'altro a un maggiore benessere economico), la diffusione sul territorio dei servizi per l'assistenza pediatrica e le aumentate conoscenze in campo sanitario delle famiglie. Quest'ultima condizione, congiuntamente alle nuove e più efficaci terapie, permise di concludere a domicilio o in regime di day-hospital i trattamenti di lunga durata e sviluppò, conseguentemente, la tendenza a una precoce deospedalizzazione: le giornate medie di degenza che nel 1951 erano pari a 20,9, nel 1988 furono pari a 4,9. Questo atteggiamento giovò indubbiamente al bambino, soprattutto se affetto da malattia cronica, perché rese brevi i soggiorni in ospedale consentendo una condotta di vita pressoché normale.

All'inizio degli anni '80 invalse e si concretizzò la tendenza a coinvolgere più strettamente le famiglie nell'assistenza dei bambini ricoverati. Tale principio obbediva allo stesso imperativo che sosteneva la pratica della dimissione precoce: rendere il ricovero il meno gravoso possibile per i piccoli degenti e per i loro familiari. Ecco quindi che un'abitudine già consolidata da anni in molti reparti pediatrici, cioè la presenza, 24 ore su 24, di uno dei genitori accanto al bambino divenne, nel 1985, obbligatoria per legge.

Alla fine degli anni '80, quindi, la popolazione risultava meglio informata rispetto ai problemi sanitari e più consapevole dei propri diritti con pretesa legittima di esercitarli. Nello stesso periodo, per la ricordata marcata denatalità, i bambini divennero "più preziosi" e, di conseguenza, le malattie, anche le più gravi "dovevano" guarire sempre. La fiducia, talvolta poco critica, nei progressi della scienza medica divulgati in tempo reale dai mezzi di comunicazione, creava in diversi casi aspettative illusorie con le quali i sanitari erano tenuti a confrontarsi quasi ogni giorno. Ciò ha comportato il diffondersi sia della consuetudine ad intervenire, almeno nei casi più complessi, con competenze professionali multiple, sia della pratica di coinvolgere i genitori dei piccoli pazienti nella gestione della malattia, ascoltando e rispettando le loro opi-

nioni, informandoli circa le soluzioni possibili e ricercando comunque il loro consenso. Fu questo un importante cambiamento in senso culturale che i sanitari ospedalieri dovettero affrontare, ma fu un cambiamento che, ben assimilato, contribuì a consolidare la confidenza e la fiducia dei pazienti nei confronti dei sanitari e dell'ambiente ospedaliero.

Nel decennio '90-2000 tali atteggiamenti risultarono definitivamente acquisiti con indiscutibili vantaggi nei rapporti pediatra-famiglia-bambino e famiglia-bambino-ospedale.

Negli stessi anni si affacciarono, però, nuove problematiche di relazione fra degenti e sanitari e fra degenti e ospedale legate, questa volta, all'immigrazione extracomunitaria. I ricoveri di bambini provenienti da aree extraeuropee divennero numerosissimi raggiungendo e spesso superando il 30% dei degenti. Le etnie rappresentate erano diverse con netta prevalenza di piccoli pazienti orientali (cinesi) e nordafricani. Gli ostacoli da superare, all'inizio, non furono pochi e si riferirono sia alle diversità culturali e religiose (comprendenti, fra l'altro, particolari abitudini alimentari e di culto) sia alle difficoltà linguistiche.

Fu quindi necessario prevedere la presenza di interpreti per le comunicazioni mediche più importanti, con formulazione di messaggi semplici, completi e facilmente traducibili; fu indispensabile acquisire nozioni su costumi diversi riguardanti le dinamiche intrafamiliari e l'educazione dei bambini; divennero non insolite le visite in reparto di ministri di culto per le varie religioni; si dovettero adeguare le cucine alla preparazione di diete differenziate soprattutto per i pazienti islamici.

È evidente che anche per queste evenienze furono indispensabili degli adeguamenti culturali e di comportamento da parte del personale sanitario, medico e infermieristico, e fu, nel contempo, inevitabile attuare alcune modifiche organizzative nella gestione dei reparti.

I cambiamenti nella pediatria ospedaliera: modificazioni organizzative nei reparti

I fattori ricordati nelle pagine precedenti hanno influenzato persistentemente la vita dei reparti pediatrici sia inducendo nuove sistemazioni logistiche e talvolta anche strutturali, sia richiedendo continui

adeguamenti nell'organizzazione dell'assistenza. Nel descrivere le numerose modifiche verificatesi nel corso degli anni, verrà fatta una distinzione su ciò che accadde nelle varie divisioni pediatriche di cui parliamo solo quando strettamente necessario; di preferenza saranno delineate solo le tendenze generali.

Va precisato, tuttavia, che la situazione più complessa si è realizzata presso l'Ospedale di Niguarda a causa di alcuni motivi.

Il primo e più importante è che la storia della pediatria di Niguarda è nata, come si è detto, molti anni prima di quella degli altri due ospedali e significative innovazioni, a Niguarda, si sono realizzate proprio nel periodo che ha preceduto la nascita sia dell'Ospedale San Carlo che dell'Ospedale di Sesto San Giovanni.

Il secondo motivo è che il reparto pediatrico di Niguarda ha sempre avuto spazi ampi, capienza elevata e numero di degenze annuali assai cospicuo. Per tali ragioni ha forse risentito più degli altri dei flussi migratori e delle oscillazioni demografiche e ha spesso dovuto, utilizzando le sue aree e modificando struttura e destinazione dei locali, far fronte di volta in volta, con soluzioni nuove, alle realtà contingenti.

L'ultimo motivo è che all'Ospedale di Niguarda sono sorte, nel tempo, diverse divisioni pediatriche (chirurgia, patologia neonatale, malattie infettive, cardiologia, oculistica) e molteplici subspecialità autonome (ippoterapia, centro della spina bifida, neuropsichiatria infantile, centro per la terapia chirurgica dell'epilessia, ecc.) che hanno convogliato in questa sede bambini portatori di patologie selezionate con necessità di interventi multidisciplinari e coinvolgimento frequente dei reparti pediatrici di degenza.

Le divisioni di pediatria generale

Come si è visto, sin dalla sua inaugurazione, nel 1939, l'Ospedale Niguarda ebbe una divisione pediatrica comprendente i neonati. Faceva, inoltre, parte della pediatria, ed era diretto dallo stesso primario (prof. Adriano Bocchini, direttore dal 1939 al 1951), il reparto isolamento infettivi che a quei tempi accoglieva anche gli adulti: era consuetudine infatti, che il pediatra curasse tutti i pazienti con malattie infettive e contagiose, senza distinzione di età. Aggregato alla divisione vi era, infine, l'ambu-

latorio pediatrico aperto agli esterni.

Durante la seconda guerra mondiale la divisione pediatrica fu trasferita a Ossona e ritornò a Niguarda nel periodo post-bellico.

Fino alla prima metà degli anni '50 l'organizzazione del reparto rimase quella descritta. Successivamente si cominciarono a registrare importanti novità che denotavano tutta un'attenzione speciale, da parte degli organi direttivi, per i bambini ammalati, con una "umanizzazione" dell'ospedale in largo anticipo sui tempi.

Fautore di queste innovazioni fu principalmente il prof. Ferdinando Cislighi (primario dal 1952 al 1976) che, con la sua competenza e professionalità, creò quella che ancora oggi è la "pediatria" di Niguarda.

La prima novità fu l'apertura, nel 1958, di una scuola elementare nel contesto della divisione. L'iniziativa venne presa in considerazione delle lunghe degenze che a quell'epoca caratterizzavano i ricoveri e nella convinzione che l'attività scolastica modificasse il vissuto di malattia dei bambini ospedalizzati. In tempi successivi, alla scuola elementare fu affiancata anche una scuola materna per i degenti più piccoli.

Una seconda innovazione fu realizzata nel 1962 per far fronte al numero dei ricoveri che era triplicato in pochi anni (immigrazione, aumento delle nascite): fu costruito un nuovo padiglione per i bambini della seconda e terza infanzia sito al piano superiore rispetto a quello che ospitava i bambini della prima infanzia. La nuova sezione aveva camere con tre-quattro letti in luogo delle camere a 10-12 letti fino ad allora in uso; i servizi igienici erano adeguati ai tempi e gli spazi accessori ampi per fornire libertà di movimento ai ragazzi.

Un'ulteriore innovazione fu rappresentata dall'apertura, nell'ambito della divisione, di una cappella per la preghiera dei fedeli e per la messa festiva.

Nella seconda metà degli anni '60, l'organizzazione della pediatria a Niguarda venne profondamente modificata a causa dell'incremento continuo dei ricoveri e delle nascite che comportarono la conseguente necessità di reperire nuovi spazi per l'assistenza ai bambini. Fu così deliberata l'istituzione di altre due divisioni: la divisione pediatrica di malattie infettive nel 1967, e la divisione di patologia neonatale nel 1968. La prima era destinata al ricovero dei bambini (e, nei primi tempi, degli adulti) con malattie infettive

... Un'attenzione speciale per i bambini ammalati con una "umanizzazione" dell'ospedale in largo anticipo sui tempi: autore di questa e di altre innovazioni il prof. Ferdinando Cislaghi, che nel 1952 (or è mezzo secolo) inaugurava il suo lungo primariato a Niguarda.



e contagiose; la seconda prevedeva il ricovero dei neonati pretermine o a rischio bisognosi di assistenza continuativa e fu la prima, del genere, ad essere fondata in Italia.

In quegli stessi anni, e più precisamente nel 1967, nacque anche l'Ospedale San Carlo Borromeo che fu dotato di una importante divisione pediatrica. Quest'ultima era formata da un reparto di degenza, da una sezione di patologia neonatale e da un ambulatorio generale. La struttura era costruita nel rispetto dei più moderni canoni e costituì senz'altro un polo di rilievo nel panorama della pediatria milanese. L'attenzione alle esigenze dei piccoli ricoverati era evidente a partire dalle proposte architettoniche di base: le camerette erano a due-tre letti; esistevano spazi per i giochi e la possibilità per i genitori di rimanere in reparto; nella sezione neonatologica la nursery era progettata con criteri che prevedevano l'attuazione del *rooming-in*; era prevista un'area libera, dove, nel 1975, fu creata una scuola elementare.

Dal 1968, anno della sua inaugurazione, al 1994 la divisione pediatrica fu affidata alla direzione del prof. Gianfranco Canova; a lui succedette, fino al 2000, la dott.ssa Maria Vegni.

All'inizio degli anni '70 il numero dei ricoveri rimaneva elevato. Negli stessi anni il progredire e l'ampliarsi delle conoscenze pediatriche nei vari campi (oncoematologia, gastroenterologia, nefrologia, allergologia, neurologia, ecc.) impose l'acquisizione di specifiche competenze per mantenere sui livelli migliori le valutazioni cliniche dei bambini variamente ammalati. Per questo motivo furono creati, nell'ambito delle divisioni di pediatria, gli ambulatori subspecialistici affidati ai singoli pediatri che si occupavano in modo particolare dei diversi argomenti.

Non vi furono, in questo campo, differenze sostanziali di indirizzo fra le due divisioni pediatriche allora esistenti.

Nel 1979, all'Ospedale di Sesto San Giovanni, fu inaugurata una divisione di pediatria autonoma dotata di una sezione di neonatologia, di un ambulatorio generale e di ambulatori specialistici, secondo uno schema organizzativo ormai saldamente collaudato.

Primaria della divisione fu, fino al 1995, la prof.

Livia Pagliano-Sassi. Dal 1997 l'Ospedale di Sesto San Giovanni, per motivi di organizzazione della Sanità lombarda, fu unito in unica ASL con l'Ospedale di Vimercate.

Da rimarcare che in tutt'e tre queste divisioni pediatriche fu sempre operativo, dal momento stesso delle rispettive aperture, il pronto soccorso 24 ore su 24. Tale servizio, di sicuro qualificante, comportò costantemente un'ingente mole di lavoro per i pediatri e costituì un punto di riferimento importante per la popolazione.

All'inizio degli anni '80 cominciò a manifestarsi il processo di denatalità già ricordato in precedenza; nello stesso tempo, per le migliorate condizioni socio-sanitario-culturali della popolazione, fu possibile attuare il progetto di abbreviare al massimo i periodi di ospedalizzazione. Per aderire a questo indirizzo, mantenendo nello stesso tempo la possibilità di controllo delle varie patologie, soprattutto croniche, si diffuse la pratica dei ricoveri in day-hospital, dove i bambini venivano sottoposti alle necessarie terapie o agli accertamenti diagnostici più complessi con degenza di sole poche ore.

Tali ragioni indussero una rapida e importante contrazione del numero dei ricoveri ordinari e una riduzione dei periodi di degenza che, a loro volta, resero necessaria una riorganizzazione dei reparti.

A questi compiti, presso la divisione pediatrica di Niguarda, si dedicarono, in successione la prof.ssa Ancilla Nicolini (primario dal 1976 al 1994) e il dott. Elio D'Amico (primario dal 1994 al 2001).

In questi anni fu possibile destinare le camerette a non più di due pazienti contemporaneamente (spesso a uno solo) prevedendo la presenza, accanto ad ogni bambino, di un genitore 24 ore su 24 (in ottemperanza alla legge apposita del 1985). Tale situazione provocò, all'inizio, il rischio di attriti con il personale infermieristico e di conflittualità fra i parenti stessi ma, ciò che è importante, comportò indubbi vantaggi psicologici per i piccoli pazienti.

Parallelamente fu necessario assegnare nuove risorse ai day-hospital, divenuti ovunque un punto focale nella vita delle divisioni, con attribuzione a questo servizio di aree più ampie e di personale destinato. Si potenziò anche l'attività degli ambulatori generali: i bambini venivano visitati e, nella maggior parte dei casi, rinviiati a domicilio con le opportune cure, aven-

do la possibilità di effettuare controlli ravvicinati durante il decorso della malattia. Tale atteggiamento incontrò l'incondizionato favore della popolazione ma, moltiplicando i contatti con i pazienti, aumentò i carichi di lavoro e indusse, anche in questo settore, al reperimento di spazi idonei (più punti visita) e di un numero più adeguato di sanitari addetti.

Sempre nell'ottica di far fronte alle varie patologie senza ricorrere al ricovero, si riqualificarono gli ambulatori specialistici nei quali venivano affrontate, nel modo più competente possibile, le problematiche inerenti alle varie branche della pediatria.

In alcuni casi si ritenne utile creare, per particolari patologie, delle strutture dotate di totale o parziale autonomia. Così all'Ospedale di Niguarda nacquero, in tempi successivi (ma i servizi erano per lo più già attivi da anni) le divisioni di chirurgia infantile, di oculistica pediatrica e di cardiologia pediatrica affidate rispettivamente a chirurghi, oculisti e cardiologi dedicati esclusivamente ai bambini; il centro di ippoterapia per la rieducazione motoria; l'ambulatorio di neuropsichiatria infantile; il centro per la terapia chirurgica dell'epilessia (non esclusivamente pediatrico); l'ambulatorio autonomo di allergologia pediatrica.

All'Ospedale San Carlo, nello stesso periodo, si diede vita a un servizio autonomo di psicologia infantile e, nel 1988, a un'attività di chirurgia pediatrica.

La divisione pediatrica dell'Ospedale di Sesto San Giovanni ebbe poche modifiche, lungo il corso degli anni, essendo già nata con proporzioni adeguate al suo bacino di utenza. Si registrò, negli anni '90, la ristrutturazione del nido e l'inaugurazione della "Casa del parto" in collaborazione con la divisione di ostetricia e ginecologia.

La chirurgia pediatrica

La divisione di chirurgia infantile dell'Ospedale di Niguarda fu inaugurata, con una sede del tutto nuova, nel 1971, anche se la chirurgia del bambino era prevista, come branca della chirurgia generale, fin dagli anni '40. Ne fu primario fino al 1980 il prof. Rino Rossi.

La divisione effettuò una attività di chirurgia pediatrica generale comprendente gli interventi in urgenza. Ebbe particolare riguardo per la chirurgia urologica, per quella del tubo digerente e per quella relativa alla correzione delle malformazioni neonatali. Completa-

vano la gamma dei servizi un ambulatorio aperto ai pazienti provenienti dall'esterno, un day-hospital e una guardia attiva 24 ore su 24.

A partire dalla seconda parte degli anni '70 fecero la loro comparsa l'ambulatorio di urologia con possibilità di eseguire le prove di urodinamica e, in collaborazione multidisciplinare con altre specialità, il "centro della spina bifida" che ebbe presto in carico numerosi pazienti ai quali veniva offerta un'assistenza completa in tutti i suoi aspetti.

Negli anni '80 (primario dal 1981 al 1997 il prof. Luigi Contorni) fu riorganizzata la distribuzione dei letti nelle camere di degenza per consentire ai genitori di rimanere tutto il giorno con i figli; si eseguirono opere murarie per ricavare due zone protette: una per i neonati operati, l'altra per la terapia sub-intensiva post-operatoria; fu ristrutturata la sede per il "centro della spina bifida".

In tempi più recenti, in seguito alle moderne acquisizioni, presero avvio le attività di chirurgia ambulatoriale e di day surgery, per mezzo delle quali i pazienti operati, dopo essere stati tenuti in osservazione per alcune ore, venivano rinviiati a domicilio con un programma di controlli nei giorni successivi. Ciò provocò una forte diminuzione dei ricoveri ordinari che venivano riservati a quei pochi pazienti che esigevano una degenza post-operatoria di qualche giorno. Fu necessario ripensare agli assetti organizzativi che, attraverso tappe intermedie, sfociarono nella proposta, in fase di iniziale realizzazione alla fine del 2000, di unificare la pediatria e la chirurgia infantile in un unico reparto. Sostenitore convinto di questi principi fu il dott. Carlo Alberto Dell'Agnola, primario dal 1997.

All'Ospedale San Carlo un'unità operativa di chirurgia infantile fu inaugurata nel 1988 ed ebbe un'attività di tipo generale, con particolare attenzione ai problemi urologici dell'infanzia. I bambini operati venivano ospitati nel reparto di pediatria attuando, nello stesso ambiente, quella stretta collaborazione medico-chirurgica da sempre auspicata. Dirigente di questa unità operativa fu, fin dall'inizio, il dott. Luciano Cucchi.

A partire dagli anni '80, in tutti i reparti pediatrici di degenza, allo scopo di proseguire e migliorare l'opera di umanizzazione, iniziarono a collaborare con grande efficacia, sensibilità e discrezione le volontarie

dell'ABIO e dell'AVO. La loro quotidiana attività si espletava sia nell'ambito dell'accoglienza e dell'assistenza non infermieristica sia in campo ludico.

Negli ultimi tempi, infine, si registrò, nei reparti pediatrici, la presenza di un particolare tipo di volontari i quali, opportunamente formati e in omaggio alla cosiddetta "terapia del sorriso", operavano in costumi clowneschi. Questi personaggi con le loro maschere, i loro giochi e la loro allegria furono subito accettati con entusiasmo dai bambini contribuendo ad esorcizzarne le paure e a sdrammatizzarne le spiacevoli e talvolta dolorose esperienze di malattia.

Le divisioni di pediatria specialistica

Una storia a parte, a causa dei loro indirizzi nettamente specialistici, ebbero le altre divisioni pediatriche dell'Ospedale di Niguarda e cioè le divisioni di malattie infettive, di patologia neonatale, di cardiologia pediatrica e di oculistica pediatrica.

Nel 1994, dopo 27 anni di servizio, chiudeva la *Divisione pediatrica di malattie infettive*, che nei primi 15-20 anni della sua vita conobbe periodi di grande affluenza a causa delle patologie gastroenteriche assai frequenti nel bambino, delle meningoencefaliti di varia origine, delle epatiti A, B e C e, negli anni '80, anche dell'AIDS e delle infezioni da HIV. Primari della divisione furono, dal 1967 al 1978, la prof.ssa Marialoisa Quarti Trevano e, dal 1978 al 1994, il dott. Elio D'Amico.

La chiusura fu determinata dall'ingente riduzione dei ricoveri, a sua volta dovuta alla diminuzione delle nascite in generale e delle malattie infettivo-contagiose in particolare (migliorate condizioni igienico-sanitarie della popolazione, estesa profilassi vaccinica) e, infine, all'apertura, nello stesso Ospedale di Niguarda, di una divisione infettivologica per adulti.

La divisione pediatrica di malattie infettive fu accorpata, come sezione, alla divisione di pediatria: per questo evento fu necessario riorganizzare un'area del reparto pediatrico modificandone, in parte, la precedente struttura.

Nella nuova sede continuarono, comunque, le attività che erano state prerogativa della divisione pediatrica di malattie infettive e, cioè, l'attività di degenza (i ricoverati, pur ridotti di numero, esistevano sempre), quella ambulatoriale e quella di day-hospital con assistenza ai bambini affetti da epatite cronica post-infet-

tiva; ai bambini cardiopatici operati in circolazione extracorporea e quindi a rischio di infezioni post-trasfusionali; ai neonati HIV positivi; a tutti i soggetti ricoverati per meningite purulenta o per nevrasite; ai neonati con madre HBsAg positiva ai quali, tra l'altro, era praticata la vaccinazione contro l'epatite B (centro vaccinale per l'epatite B).

La *Divisione di patologia neonatale* dell'Ospedale di Niguarda al momento della sua inaugurazione (1968, ma si ricorda che una sezione di "neonati e immaturi" esisteva già da molto tempo) era suddivisa in una sezione per neonati sani (comprendente le nurseries delle due divisioni di ostetricia dell'Ospedale di Niguarda e, fino al 1976, della divisione di ostetricia dell'Ospedale di Sesto San Giovanni), una sezione per immaturi e neonati a rischio e una sezione per neonati ammalati provenienti dall'esterno.

Alla fine degli anni '70 il calo demografico produsse, anche in questa sede, una riduzione importante delle nascite e conseguentemente dei ricoveri: si passò, all'Ospedale di Niguarda, dai 7000 nati/anno nel 1970 ai 2000 nati/anno a partire dal 1985.

Nel frattempo, nel campo della neonatologia, si ebbero importanti progressi tecnologici (ventilatori automatici), farmacologici (surfattante artificiale, indometacina, prostaglandine) e di metodiche nutrizionali (nutrizione parenterale totale, bilanciata e protratta) che portarono gradualmente ad un aumento spettacolare della sopravvivenza perinatale: 80% per neonati di peso compreso tra 1000 e 1500 grammi, 40-50% per neonati di peso compreso fra 500 e 999 grammi.

Questi risultati poterono essere conseguiti, oltre che per i progressi ai quali si è fatto cenno precedentemente, anche per l'alta specializzazione raggiunta dall'équipe medico-infermieristica esclusivamente dedicata alla rianimazione e alla terapia intensiva del neonato. Per tali caratteristiche la divisione fu qualificata dalla Regione come neonatologia di terzo livello. Alla ricordata diminuzione dei ricoveri si contrappose, quindi, una più delicata, sofisticata e impegnativa gestione dei neonati a rischio, soprattutto di quelli con peso basso e molto basso.

Gli importanti risultati relativi alla sopravvivenza non furono, tuttavia, scevri da inconvenienti quali il rischio di gravi reliquati neurologici e di patologia retinica che colpiva il 20% circa dei pretermine di peso inferiore ai 1000 grammi. Per studiare e curare

tale affezione oculare fu istituito il “centro per la retinopatia del pretermine” che, in collaborazione con gli oculisti, avviò studi approfonditi su questa patologia e attivò il procedimento della crioterapia retinica con pieno successo in un numero elevato di casi.

Nell’ultimo decennio, presso il reparto di patologia neonatale, fu ricavata una piccola area adibita a camera operatoria dove venivano eseguiti interventi chirurgici di breve durata mantenendo il neonato, spesso pretermine, in ambiente protetto e a temperatura adeguata.

Nella sezione dei neonati sani una innovazione importante fu l’introduzione, alla fine degli anni ’80, del *rooming-in* che consentiva alle neomamme di avere sempre accanto i figli appena nati, ovviamente alle degenze separate (madri nelle apposite camere, neonati nelle nurseries) proprie degli anni precedenti. Tale modifica comportò alcuni adeguamenti strutturali.

Ulteriori attività della divisione di patologia neonatale furono quelle di day-hospital e ambulatoriali. L’istituzione di ambulatori specialistici (neurologico, nefrourologico, gastroenterologico, allergologico) permise di seguire nel tempo i bambini dimessi per valutare, almeno nei primi mesi, l’evoluzione di quelle che erano o erano state le loro patologie.

Negli ultimissimi tempi fu dato avvio al progetto di cambiamento di sede e quindi di completa ricostruzione della divisione di patologia neonatale, con una collocazione logistica prevista in prossimità della divisione di ostetricia e ginecologia ^(*).

I direttori della divisione di patologia neonatale furono la prof.ssa Ancilla Nicolini dal 1968 al 1976, e il dott. Vito Console dal 1976 ad oggi.

La *Divisione di cardiologia pediatrica*, prima in Italia, fu costituita, all’Ospedale di Niguarda, nel 1981 (primario fino al 1983 il prof. Pietro Fancini). Da molti anni era presente, come servizio, presso la divisione di cardiologia generale. Fin dall’inizio era formata da un reparto di degenza, un ambulatorio e un day-hospital ed era dotata delle attrezzature idonee all’espletamento delle varie attività. Queste ultime si svolgevano nell’ambito della diagnosi delle cardiopatie chirurgiche, della diagnosi e terapia delle cardiopatie mediche e del follow-up post-operatorio. Le procedure adottate furono sempre all’avanguardia sia

^(*) Il progetto è stato ultimato nel settembre 2001 e il nuovo reparto è attualmente operativo.

per i costanti collegamenti con i centri più avanzati sia per gli studi multicentrici ai quali il personale sanitario era solito partecipare.

Nel 1983 fu dato inizio alla cosiddetta cardiologia interventiva che permetteva di correggere alcune cardiopatie senza ricorrere all’aggressione chirurgica: tale metodica si affinò negli anni allargando sempre più il suo campo d’azione.

Un altro importante settore d’attività fu quello relativo alle aritmie. Le competenze raggiunte in questo campo furono rilevanti tanto da consentire l’impianto di pace-maker in neonati di 1500 grammi e di defibrillatori in bambini della primissima infanzia.

L’ultima frontiera esplorata fu quella della cardiologia fetale con possibilità, in alcuni casi, di terapia farmacologica.

Dal 1983 il primariato della divisione fu assunto dal dott. Alberto Figini.

La *Divisione di oculistica pediatrica* fu inaugurata all’Ospedale di Niguarda nel 1990, ma esisteva, come sezione della divisione di oculistica generale, già negli anni ’70. Fu la prima del genere in Italia. Era dotata di un settore per la degenza, di un ambulatorio costruito ex-novo e di un day-hospital per gli interventi oculistici minori oltre che delle camere operatorie e della strumentazione opportuna. La sua attività si esercitò su tutte le patologie pediatriche dell’occhio e, per i livelli di competenza raggiunti, la divisione divenne un importante centro di riferimento in Lombardia e anche in Italia.

Nel 1984, in collaborazione con la divisione di patologia neonatale, fu costituito il “centro per la retinopatia del pretermine”.

I problemi di maggior rilievo, come già detto, furono la formazione specialistica del personale medico e infermieristico e l’acquisizione di apparecchiature sempre più all’avanguardia che i progressi tecnologici rendevano disponibili.

La divisione mantenne sempre un’ottima notorietà sostenuta dall’alto profilo professionale dei suoi sanitari: per tale motivo ad essa continuarono ad afferire i casi più difficili sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico. I primari che la diressero furono la dott.ssa Maria Teresa Marsili, dal 1990 al 1999, e la dott.ssa Elena Piozzi successivamente.

Evoluzione della relazione medico-paziente in psichiatria

CARLO LORENZO CAZZULLO

La psichiatria moderna ha avuto varie fasi. La prima quella degli psicofarmaci (1957) che hanno indotto una modificazione sostanziale nel trattamento e nell'assistenza ai malati psichici, poi la diffusione dell'opera di Freud e la sua utilizzazione in terapia, quindi l'aumentata sensibilità, nel contesto della comunità, al problema delle malattie mentali e la spinta verso la psichiatria sociale secondo il modello di Basaglia.

Ad anticipare di quindici anni la legge del 1978 è stata l'istituzione al Policlinico di Milano di un Servizio di Psichiatria aperto che ricompare in quella sede dopo la "Cattedra Speciale" di Psichiatria del 1865 di Andrea Verga.

Il concetto importante era quello dell'aumento dell'accessibilità del pubblico ai luoghi della Psichiatria e lo sviluppo di un rapporto con la Psicologia Clinica nell'ambito dei servizi dell'ospedale con la cosiddetta Liaison Psychiatry o Psichiatria di Congiunzione nel 1976.

Inizia mano mano un rapporto di comunicazione e di interrelazione con il paziente e progressivamente anche con la Famiglia, rapporto ancora insufficiente e incompleto. Che cosa è questo rapporto: esso è basato sulla relazione medico-paziente che obbedisce a diversi canoni che qui vogliamo ricordare.

La comunicazione: deriva sostanzialmente dalla comunione che costituisce il fondamento del concetto di società, è una realtà contigua e partecipe, è un processo attivo che trasferisce beni propri ad un interlocutore cooperante. Come dice M. Balint, porta alla relazione e dopo la stessa gli interlocutori sono "diversi", hanno acquisito un senso maggiore di libertà, hanno aperto uno spazio di conoscenza.

Il rapporto medico-paziente e Famiglia, scopo fondamentale della Psichiatria sociale e della Umanizzazione, entra nella relazione attraverso

due canoni: quello verbale e quello extraverbale nell'ambito di una serie di fattori che si identificano nella *presenza* la cui accettazione toglie dalla solitudine, dalla *singleness*, chiede l'accoglimento dell'altro, sia il saper somministrarsi all'altro, il costituirsi di una figura valida e attendibile. Una fase quasi contemporanea è quella dell'*ascolto* che è un tempo privilegiato che rappresenta la immediata dimostrazione del riconoscimento rispettoso della personalità dell'interlocutore, della sua individualità e spesso delle sue scelte. Esso si collega in rapporto bifasico con il silenzio. Il *silenzio* da un lato può essere espressione di riserbo, di dubbio, talvolta di vergogna per un evento degradante per la persona. Il *silenzio* pone distanza tra gli interlocutori consentendo ad entrambi un ripensamento, una pausa fra il detto e il non detto e, come scrive Martin Heidegger, può essere più eloquente del secondo rispetto al primo.

La funzione della comunicazione si attua con diversi *items*: nel manifestare una esplicita accettazione del compito; nel far emergere le cose dell'altro (che è sostanzialmente maieutica); nell'utilizzare il sapere frutto dell'esperienza dell'incontro più che il sapere dottrinale, nel cercare di decodificare i messaggi, nell'accettare i nuovi messaggi anche presentati di "traverso" attraverso metafore, metonimie, analogie; adeguarsi alle nuove locuzioni linguistiche spesso introdotte dal paziente per sfidare, stupire e saggiare la disponibilità del medico; non attenuare o lasciar cadere il proposito di un progetto terapeutico per raggiungere lo scopo finale di una *alleanza* terapeutica.

Questo insieme di aspetti della relazione è valido e necessario non solo in psichiatria, ma anche in medicina e in chirurgia e, forse inavvertitamente, si è diffuso nell'ospedale attraverso un'opera di maggiore collaborazione fra psicologia e psichia-

tria che sono spesso accusate di un linguaggio difficile o esoterico.

L'accessibilità al medico vuole dire facilità di un rapporto e quindi di interrelazione che deve essere lo scopo della psichiatria moderna attraverso il quale anche la psicofarmacologia può acquisire una funzione e un risultato non effimero. In fondo tutto questo riporta alle basi della comunicazione nella comunità che sono alla stessa necessarie per ridurre gli effetti dello stress e dell'incomprensione reciproca che rappresentano ancora forse il maggior handicap della società attuale e una delle cause del diffondersi della violenza.

Asterisco

Leggere

Leggere è lavorare: per sé e per gli altri. Un atto di acquisizione, cioè di egoistica fatica in un primo tempo, che si risolve poi, deve risolversi nell'offerta di un dono: a se stessi e agli altri.

Bibliomania a parte, è per ciò che il libro spesso volte è anche palpabile. Vive in esso il pensiero di chi lo ha concepito, ribolle in esso il sudore di chi lo ha eseguito materialmente, gorgoglia in esso l'esistere di chi lo sta sfogliando e bevendo. Donare un libro è porgere un viatico, un libro onesto e bello s'intende; mettere un libro a disposizione di quante più persone è possibile, tanto più dopo averne sudato l'acquisto, è creare oasi e acque in un quotidiano deserto.

Dunque, mi sembra preliminarmente questo triplice concetto del libro: come oggetto di proprietà, come dono, come reliquia. E i tre concetti si risolvono in uno, non più concetto ma vita: il libro come strumento.

Averlo in mano comporta doveri precisi da assolvere e impone di meritare il soddisfacimento di diritti altrettanto chiari e urgenti. Vibra in ogni libro serio e importante una universalità di relazioni e di significazioni che mi fanno ricordare quell'antico grande Parini. Nell'inaugurare la propria cattedra biennale di Belle Lettere in Milano, Giuseppe Parini sottolineava come gli studi (e quindi il libro indirettamente) "debbano... servire a rendere utili i cittadini a se medesimi ed agli altri nella Società..." e ribadiva "... nulla essendoci che tanto contribuisca alla soavità dei costumi e conseguentemente alla tranquillità del viver civile, quanto la conoscenza...". E concludeva: "... la verità, la giustizia, l'onestà devono regnar sempre nelle opere di eloquenza". Da dove, volendo, ecco trasparire la doverosa distinzione fra "essere" e "sapere"; che si fanno un tutt'uno se quel "fare" in cui il libro consiste, a qualsiasi disciplina si riferisca, e il leggere sono operazioni di civismo e di bene.

LINO MONTAGNA
*(dal discorso inaugurale della biblioteca di
Santa Maria presso San Celso - 1971)*

Il ruolo dello psichiatra e dello psicologo nella donazione degli organi

ALBERTO M. COMAZZI, TIZIANA DIMONOPOLI

“Incanterò il mio cuore / e scenderò gli abissi / per ritrovarti altrove. / Incanterò il tuo cuore / e se tu mi sentirai / risorgerà il sole.”
a.m.c.

Introduzione

I trapianti d'organo sono diventati una valida pratica terapeutica per alcune patologie, grazie anche allo sviluppo di efficaci farmaci anti-rigetto da ormai più di vent'anni.

Nel corso degli anni sono stati utilizzati vari organi e tessuti: dal rene, si è passati al trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, cornee e valvole cardiache, da cadavere; fino al recente trapianto di fegato tra viventi, come già accade da tempo per il rene, e al trapianto dell'intero intestino (primo in Italia e quarto nel mondo).

La carenza di donazioni comporta inevitabilmente un aumento dei pazienti in lista d'attesa e un aumento della mortalità per tutti gli ammalati per i quali il trapianto è una misura terapeutica urgente e indifferibile, oltre a una grave condizione di disagio psicologico legato alla permanenza in lista d'attesa (Levenson, 1987).

Dalle statistiche del Nord Italia Transplant, centro di riferimento per i trapianti in cinque regioni dell'Italia settentrionale (Lombardia, Veneto, Friuli, Liguria e provincia di Trento), risulta che la quota più consistente di potenziali donatori (circa il 30%) individuati presso i centri di rianimazione viene persa a causa dell'opposizione dei congiunti (Gruppo Collaborativo Rianimatori, 1992).

Da qualche anno, la psichiatria e la psicologia hanno un ruolo importante nell'attività di trapianto; sia per quanto riguarda la valutazione dei pazienti nell'attesa dell'intervento, in particolare da donazione da vivente, sia per l'assistenza dei pazienti trapiantati.

Da una decina di anni si è avvertita anche la necessità di fornire una migliore assistenza anche ai famigliari dei donatori, nel momento doloroso della donazione e nella difficile elaborazione del lutto.

Il Nord Italia Transplant è il primo e unico ad aver organizzato un Servizio di Psicologia Medica per l'assistenza alle famiglie dei donatori di organi, che affianca la già consolidata attività svolta da psichiatri e psicologi con i pazienti sia candidati al trapianto sia già trapiantati.

Il trapianto

Nell'iter diagnostico del candidato al trapianto è prevista, oltre a una serie di esami che vertono sull'accertamento delle condizioni cliniche, anche un accertamento delle condizioni psichiche generali.

I candidati al trapianto sono, infatti, soggetti che giungono a questa risorsa terapeutica percependola come ultima speranza di vita, dopo un lungo calvario di sofferenza. Sono sempre malati cronici, dipendenti dalle terapie mediche, come ad esempio la dialisi, costretti alla sospensione della propria attività lavorativa e profondamente limitati nello svolgimento delle normali mansioni quotidiane. La loro situazione di malattia comporta una modificazione dei ruoli e degli affetti all'interno della stessa famiglia. Rispetto ai ruoli, infatti, la situazione patologica così invalidante porta questi pazienti ad essere profondamente dipendenti dagli altri componenti del nucleo familiare, sia da un punto di vista materiale, sia da un punto di vista psicologico. Questo bisogno affettivo da parte del malato non sempre trova corrispondenze nella famiglia.

Il malato vive il trapianto come una possibilità di rinascita, che può sconfiggere il fantasma di morte che pervade il suo inconscio. Il trapianto rappresenta quindi la possibilità concreta di tornare allo stato di salute, non solo fisica ma anche, e, in maniera significativa, psichica e sociale. Quindi il trapianto è vissuto con grande speranza, accompagnata all'ansia dell'attesa.

Ci sono però dei pazienti che presentano una condizione familiare o personale non propriamente posi-

tiva, dal punto di vista affettivo e psicologico. Sono pazienti che spesso sono scarsamente motivati al trapianto e quindi non in grado di integrare l'organo trapiantato come proprio. La scarsa motivazione al trapianto può compromettere significativamente l'operazione chirurgica.

L'intervento psichiatrico

Lo psicologo o lo psichiatra può intervenire in due fasi:

Fase "A": preoperatoria

Oltre al colloquio che riveste un ruolo di particolare importanza diagnostica, *si somministra la seguente batteria di test:*

-WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), per valutare il quoziente d'intelligenza del paziente e la presenza o meno di un deterioramento, legato anche a particolari patologie (ad esempio, insufficiente ossigenazione per le patologie polmonari).

-IBQ (Illness Behaviour Questionnaire), test di autosomministrazione, mediante il quale viene valutato il comportamento indotto dalla malattia o le sue abnormi devianze. Con questo test c'è una doppia focalizzazione, sia sul corpo che sulla psiche; con esso si rivela lo stato di ipocondria generale, di coscienza di malattia, di percezione psicosomatica della malattia stessa, l'inibizione affettiva, la disforia, l'irritabilità e la negazione della patologia e i problemi ad essa correlati.

-MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire), anch'esso di autosomministrazione, indica lo stato di globale nevroticismo del paziente. Emergono i valori specifici dell'ansia fluttuante, fobica e somatizzata, dell'ossessività, della depressione e dell'isteria.

-RORSCHACH, test proiettivo di personalità, permette di valutare i tratti di personalità: l'identificazione sessuale, l'aggressività, le figure genitoriali, ecc.

Fase "B": postoperatoria e dimissionale

Dopo l'intervento il paziente viene portato in reparto di rianimazione, qui intubato, per un tempo variabile e comunque soggettivo.

A livello psichico il rielaborato è quello dell'accettazione progressiva di un organo estraneo che deve diventare proprio. Quindi non si tratta solo di un trapianto somatico, ma anche emozionale, deve avvenire un riassetto del proprio schema cor-

poreo con l'accettazione di un organo che è sano, ma che non è il proprio e deve essere integrato nel proprio corpo. Il periodo postoperatorio è un periodo di grande ansia per il paziente, che sa essere cruciale per la problematica del rigetto. È importante in questo momento la presenza dello psichiatra/psicologo, anche se spesso si rivela una presenza silenziosa, però ricca di comunicazione, avendo la finalità di creare intorno al malato un ambiente familiare che faccia da intermedio punto d'appoggio nel passaggio da vecchio malato a nuovo oggetto non ancora guarito.

Un terzo intervento viene effettuato prima della dimissione dalla rianimazione: la finalità di quest'ultima fase è di aiutare il paziente nel processo di integrazione del nuovo organo nell'immagine del proprio corpo, al di là dell'euforia per la sensazione di rinascita.

La letteratura menziona una complicanza che sembra insorgere nei trapiantati dopo un certo tempo dall'intervento. Infatti, mentre l'attesa è caratterizzata da una grande ansietà e da un gran desiderio di vivere, quindi idealizzando il trapianto, dopo il trapianto si assiste a un progressivo declino dell'euforia fino al raggiungimento di uno stato depressivo.

Nel 1990 Craven valuta, in una sua casistica, che il 50% dei trapiantati ha presentato problemi psichiatrici postoperatori.

L'altro aspetto del trapianto

Le famiglie dei pazienti in rianimazione sono coinvolte nell'assenso alla donazione degli organi del proprio congiunto, considerando che la recente normativa sul "silenzio assenso" (legge 1° aprile 1999, n° 91) non ha ancora potuto trovare una concreta applicazione.

È la famiglia che viene ancor oggi interpellata dai medici rianimatori ad esprimere un parere sulla donazione degli organi durante il periodo d'osservazione previsto dalla normativa vigente. Si tratta di una fase drammatica che pone problemi di formazione specifica per le équipes mediche coinvolte (Comazzi, 1995), le quali incontrano le maggiori difficoltà nel far comprendere ai familiari il concetto di morte cerebrale, cioè che il loro congiunto è morto, anche se il cuore e i polmoni sono ancora funzionanti e la temperatura corporea è mantenuta normale da una termocoperta. Soprattutto le fami-

glie di livello culturale più basso hanno difficoltà ad accettare questa morte. È opportuno pertanto spiegare l'automatismo cardiaco e documentare l'aspetto artificiale della ventilazione polmonare del cadavere. Le persone di livello culturale più elevato incontrano invece maggiori problemi ad accettare la morte psichica del defunto, dei suoi pensieri, della sua personalità. Per queste persone può rendersi necessaria una spiegazione nei dettagli del danno neurologico tronco-mesencefalico.

Possono essere individuati tre tipi fondamentali di famiglie, a seconda delle loro reazioni alla proposta di donazione (La Spina, 1991):

a - famiglie che negano, psicologicamente, l'evento di morte, più spaventate e frastornate dalla morte che addolorate; esse tendono generalmente a opporsi alla donazione che li costringerebbe ad accettare il lutto;

b - famiglie che, pur temendo la morte, non usano il meccanismo difensivo della negazione. In genere sono rivelatori di quest'atteggiamento la fretta nel voler concludere la vicenda ("quando morirà?", "quanto potrà resistere?") e la preoccupazione di voler mantenere l'integrità del cadavere ("non vogliamo lasciar smembrare o deturpare il cadavere"). Il desiderio prevalente è di voler collocare il morto nel "regno dei morti", senza che nulla del morto sopravviva. La "sopravvivenza" di parti anatomiche del morto nel ricevente è vissuta come infrazione e cedimento del confine tra il regno dei vivi e il regno dei morti;

c - famiglie, infine, con minor paura della morte, in cui il dolore per il decesso avvenuto prevale sulla paura dell'evento stesso. Costoro considerano che condividere il dolore con altri sia più sopportabile, mantengono la capacità di amare il prossimo in un momento così grave e trovano sollievo nel "donare la vita" ad altri.

Il senso di colpa e la "Sindrome del segugio"

Talvolta, soprattutto nel caso di bambini o d'adolescenti che muoiono per malattia o per un evento traumatico, si rilevano nei genitori sensi di colpa per non essere stati bravi educatori o abbastanza prudenti o, ancora, abbastanza severi. Quest'atteggiamento porta spesso al rifiuto come risposta alla proposta di prelievo degli organi.

Quando invece viene dato il consenso alla donazio-

ne, abbiamo potuto notare che una delle motivazioni più frequenti è l'illusione, più o meno conscia, che il proprio congiunto morto sopravviva nel ricevente.

La sopravvivenza d'organi di un proprio congiunto può rappresentare, per alcuni, un ostacolo al fisiologico processo d'elaborazione del lutto. L'identificazione donatore-ricevente, fatta dai parenti, è la difesa immediata contro l'angoscia provocata dalla morte, e la personificazione dell'organo come una forma di sopravvivenza ne è la prova.

Alcuni genitori raccontano di non riuscire a rassegnarsi all'idea che "parti del proprio figlio se ne vadano in giro in altri corpi".

Il trapianto d'organo interferisce in maniera evidente con le risposte che sul piano dell'immaginario usualmente sono messe in atto durante il lutto. La dispersione degli organi del proprio congiunto, può ostacolare i fisiologici meccanismi d'individuazione e collocazione spaziale del defunto, indispensabile per un'efficace elaborazione del lutto. Alcuni parenti di donatori si trovano, a volte, ad inseguire, come "segugi" le tracce degli organi dei loro congiunti defunti.

Questo comportamento è stato descritto come la "*Sindrome del segugio*" (Comazzi, 1993), perché il ricevente diventa il "luogo" che i parenti devono scoprire, diventando segugi, a caccia delle persone portatrici degli organi del loro congiunto. Frasi come "...dove sono gli occhi di mio marito?", "...vogliamo assolutamente vedere le persone che vivono con gli organi di nostro figlio", "...li vogliamo conoscere, perché voglio vedere qualcosa di mio figlio che vive ancora", sono tipiche dei soggetti che manifestano la sindrome del segugio.

Questa sindrome è provocata da alcuni processi ideativi molto primitivi: un'idealizzazione smodata d'oggetti interni e un forte diniego della inesorabilità della morte. Entrambi, idealizzazione e diniego, sono alimentati dalla fantasia di lenire le percezioni di parte dell'Io così sofferenti. (Hinschelwood R. D., 1990).

La persistenza, che sembrerebbe irreparabile, di un senso di morte, nelle famiglie dei donatori d'organo, non è data soltanto dal lutto per le persone amate scomparse, ma dal fatto che in queste famiglie ci si aggrappa a oggetti idealizzati, organi personificati e resi cose concrete. (Comazzi, 1999).

Si possono notare le seguenti reazioni psicopatologiche all'evento di morte, che riportiamo qui di seguito in maniera schematica:

Lutto anticipatorio: - incoraggiare un'aperta discussione; - chiarire i progetti per il futuro; - assistere ricapitolando la vita.

Lutto acuto: - riconoscere il proprio senso di perdita; - concedere tempo e spazio all'espressione del dolore; - valutare i piani per l'immediato futuro; offrire appuntamenti di follow-up.

Fase precoce del lutto (meno di un mese): - dare spazio alle preoccupazioni per i sintomi del lutto; - rassicurare circa la normalità delle manifestazioni del lutto; - valutare il supporto sociale; - valutare le risorse emotive; - identificare i problemi pratici e finanziari.

Fase tardiva del lutto (più di un mese): - valutare l'andamento dei processi di elaborazione del lutto; - identificare eventuali condizioni depressive; - valutare l'invio di un supporto specialistico di counseling; - valutare l'utilità di un supporto farmacologico (Casarett, 2001).

Per concludere, il ruolo fondamentale dello psichiatra, così come dello psicologo, è di cercare sempre di entrare in contatto con la persona che ha donato e aiutarla con la propria partecipazione costante nella sua sofferenza.

donazione di organi – Questionario d'indagine sugli atteggiamenti rilevati nella relazione fra i rianimatori delle Terapie Intensive della Lombardia ed i familiari dei potenziali donatori, dopo il mese di maggio 2000. Riunione tecnico-scientifica del Nord Italia Transplant, Grado, 9-10 ottobre 2000. Ed. Selekt, Udine 2000. Pag. 22

8 - Comazzi A.M., Penati G., Bucchi S. *Approccio psicologico al paziente in attesa del trapianto polmonare*. In Atti del "XXII Corso Nazionale di Aggiornamento di Anestesia e Rianimazione". Milano 7-8 maggio 1992.

9 - Craven J., Rodin G.M., "Psychiatric aspects of organ transplantation". Oxford Medical Publications, Oxford 1992.

10 - Dominguez – Roldán J.M., Murillo-Cabezas F. et al.: *Psychological aspects leading to refusal of organ donation in southwest Spain*, Transplantation Proceedings, 1992, 1, 25-26.

11 - La Spina F., Sedda L, et al: *Donor families' attitude towards organ donation*, Transplantation Proceedings, 1993, 1, 1699-1701.

12 - Youngner S.J.: *Psychological impediments to procurement*, Transplantation Proceedings, 1992, 5, 2159-2161.

13 - Casarett, D., Kunter JS., Abraham J.; End-of-Life Care Consensus Panel. *Life after death: a practical approach to grief and bereavement*. University of Pennsylvania, Institute on Aging. Philadelphia, USA, 2001.

Bibliografia

1 - Clerici C.A., Comazzi A.M., Mascaretti L., Cassè C., Pizzi C., Scalapogna M., Sirchia G., *The press and transplantation in North Italy*. 9th Congress of the European Transplant Coordinators Organization, ETCO '95, Vienna, 2-3 Ottobre 1995. Pag.19.

2 - Comazzi A. M. et al.: *Indagine psicologica sulla disponibilità alla donazione di organi per trapianti*. Min. Psych. Psicol., 15 27-31, 1974.

3 - Comazzi A.M., Clerici C.A., The problems of organ donation in Italy, in Atti "The fourth International Society for Organ Sharing Congress", Washington, 8-13 luglio 1997.

4 - Comazzi A.M., Clerici C.A., *Dare assistenza alle famiglie dei donatori di organi, il servizio di psicologia medica del NITp*, in Brevi NITp, maggio 1994.

5 - Comazzi A.M., *L'analista, il lutto e la riparazione*. Lavoro letto al Centro Milanese di Psicoanalisi il 7 ottobre 1999.

6 - Comazzi A.M., *The psychological support to the donor families*, in "Prima giornata europea dei trapianti". Ginevra, 14 settembre 1996.

7 - Comazzi A.M., Garozzo R.M., Clerici C.A., *La richiesta di*



Cancello settecentesco, già nella chiesa del podere ospedaliero di Fallavecchia, oggi nel grande atrio al primo piano della nostra sede amministrativa, in via Sforza.

La pedagogia torna a interessare da qualche tempo il sociale. La stampa ne riporta pareri, proposte, opinioni, considerazioni. Marisa Pisani, dopo lunga esperienza didattica e di studio personale, invitata da noi, esprime qui la sua visione della materia e dell'individuo oggi, non trascurando le evoluzioni precedenti.

Pedagogia, educazione, formazione

MARISA PISANI

Ci sono alcuni titoli di giornale che sorprendono, anche se giustificati da interviste che li chiariscono esprimendo punti di vista opposti.

Mezza pagina di un quotidiano non esaurisce l'argomento, ma può essere provocatoria.

Occorre anzitutto una precisazione dei termini "pedagogia" e "educazione", che comunemente si considerano sinonimi.

Pedagogia è la disciplina, la scienza che studia i principi, i metodi dell'educazione, coordinando i risultati di varie scienze al fine di ottenere l'equilibrato e completo sviluppo della personalità.

Educazione è l'azione, l'effetto, il modo dell'educare. Educare vuol dire guidare (educo), far crescere, formare fisicamente, moralmente e intellettualmente l'individuo, si potrebbe dire fin dalla nascita, e quindi far emergere le potenzialità personali che lo distinguono da un altro e sono la sua ricchezza da valutare.

Attori di questa azione sono due: chi dà, perché ha acquistato una scienza, e chi riceve, come allievo, precise norme formative. Sul piano pratico la distinzione non è proprio così netta, perché ognuna delle parti comunica qualcosa di sé, a volte di imprevisto, che la modifica e insieme l'arricchisce.

Fatte queste premesse, si può ricordare molto rapidamente lo svolgersi del processo educativo nei secoli passati, caratterizzato da varietà di proposte e sistemi teorici.

Il tutto è legato a precise finalità.

Nel mondo greco e romano si privilegiano la famiglia e/o la scuola, la figura paterna e/o il maestro con indicazioni di modalità e scopi.

Nel Medioevo prevale la dimensione religiosa del processo educativo nella formazione del laico e dell'uomo di chiesa, a cui è particolarmente affidata l'istruzione, perché il monaco è depositario e studioso dei testi sacri cristiani.

Quando nel periodo umanistico e rinascimentale si profila un nuovo modello dell'uomo, la scuola è soprattutto laica, si emancipa dal monopolio della Chiesa, privilegia le arti liberali, lo studio della scienza civile, l'addestramento militare, con lo scopo di formare l'uomo politico consigliere del Signore.

La Riforma protestante propone la conoscenza diretta dei testi sacri, per educare l'individuo fin dall'infanzia a una religione consapevole e l'istituzione di scuole elementari per il popolo, ginnasi e scuole superiori.

La Controriforma s'impegna nella difesa e nella diffusione della fede per opera di ordini religiosi e congregazioni cattoliche (gesuiti, orsoline, oratoriani) con la conoscenza della teologia abbinata a quella dei testi classici, riservata alle élites.

Nel Seicento e nel Settecento l'esperienza educativa si organizza in situazioni sempre più istituzionalizzate (scuole dei giansenisti in Francia e scuole dei pietisti in

Germania) con lo scopo di trasformare radicalmente l'intera società, di cui è a servizio il singolo con la sua vita.

E si arriva a Rousseau e alla sua educazione naturale, intesa come obbedienza alle leggi della natura, senza l'intervento dell'uomo. La teoria rousseauiana trova seguito nel Pestalozzi, il quale cerca di attuare un'educazione naturale del popolo tale da non alienare le classi più umili e consentire loro l'acquisizione di abilità intellettuali, manuali, affettive (educazione del cuore).

Nell'Ottocento, con la rinascita della pedagogia cattolica (Aporti, Lambruschini, Capponi) si insiste sul valore dell'ambiente nel processo educativo, per cui il momento sociale nella formazione dell'uomo è sempre più accentuato (istituzioni pubbliche scolastiche ed extrascolastiche).

Nel ventesimo secolo due proposte educative interessanti: in Russia istituzioni integrali (la colonia-la comune) per rieducare e sollecitare alla convivenza sociale in funzione del nuovo Stato socialista; in USA teoria e verifica della medesima, cioè sutura tra scuola e società, in modo che il giovane maturi attraverso studi e ricerche e scambi sociali.

In Europa viene sottolineata la funzione della scuola come strumento di preparazione e di controllo nei confronti di una società che voglia essere democratica, egualitaria, liberale.

Fatte queste premesse e cronistoria, appare evidente che uomo e società vivono in funzione scambievole. Ci si domanda: è l'uomo a creare la società o viceversa? Poiché la società siamo noi, un numero indefinito di uomini, chi ha funzione educante? L'uomo per altri uomini o la società per ciascuno di loro? È necessario un modello pedagogico, una teoria immutabile nell'opera educativa, valida per tutti i tempi e gli spazi, oppure deve adeguarsi a situazioni contingenti, cioè al mutare di idee, a situazioni negative? C'è qualcosa che non muta nel tempo e nello spazio? L'uomo, la sua natura. Si può costruire la pedagogia come scienza dell'uomo nella sua interezza? Quale pedagogia ha vinto e quale è morta?

Alcune domande potrebbero sembrare ingenue, o retoriche. Le risposte sono ovvie per chi sostiene l'una o l'altra proposta. Di fronte all'uomo, questo mistero profondo e caleidoscopico, dai mille volti e riflessi, costruire una scienza pedagogica non è facile, anzi è impegnativo. C'è sempre qualcosa che sfugge anche allo scienziato, al "costruttore" di norme precise. Una guida per la formazione non può rimanere imprigionata in schemi prefissati, frutto di giudizi precostituiti, ma è utile se lascia spazio all'azione personale dell'educante, che nella sua fatica privilegia un valore base: l'onestà nell'osservazione attenta di ciascun soggetto dei venti trenta o più che stanno nell'aula scolastica.

La comprensione, che è sempre un atto d'amore, permette di applicare sull'educando quanto è giusto e bene per il suo essere se stesso.

Alla fine, dopo gli anni scolari sarà consegnato alla vita un giovanissimo cittadino, che di fronte agli influssi esterni, da cui oggi particolarmente è già in abbondanza colpito, avrà acquisito risorse e difese e a sua volta diventerà educante nella società in cui vive.

Riflessioni sull'emergenza infermieristica in Italia

MARISA CANTARELLI

In questi ultimi tempi si parla di emergenza infermieristica, determinata dalla carenza di infermieri: ospedali e servizi territoriali sono in crisi. La prima riflessione che si può fare in proposito è relativa alla quantità, vale a dire al numero di infermieri in attività nel nostro Paese; la quantità è strettamente legata alla programmazione sanitaria ed alla formazione degli infermieri.

Per meglio approfondire il numero degli infermieri ritenuto necessario e la relativa formazione, sempre legata alla quantità, quest'articolo inizia prendendo spunto da due parole/concetti chiave: "emergenza" e "programmazione sanitaria".

	Medici per 1000 abitanti	Rapporto infermieri/medici
Portogallo	2,6	0,8
Grecia	--	1,6
Spagna	3,6	1,1
Regno Unito	1,4	2,0
Italia	4,7	0,6
Olanda	2,4	3,4
Belgio	3,2	0,1
Francia	2,9	1,6
Canada	--	4,7
Usa	2,4	2,8
Germania	2,7	1,7
Danimarca	--	5,6
Svezia	--	3,4
Media paesi sviluppati	2,5	2,1

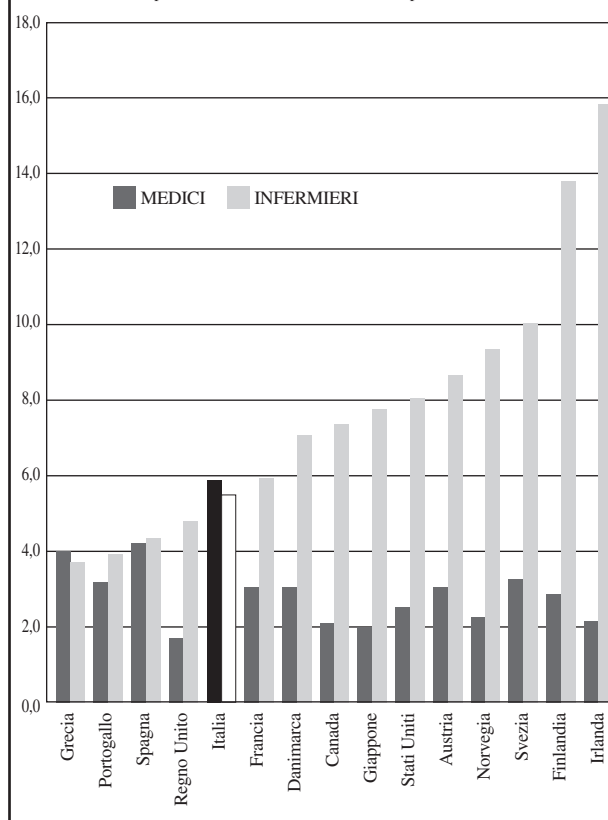
Tab. I

Il primo punto da analizzare è il termine "emergenza". Dal dizionario Treccani "...è una circostanza imprevista, accidentale, particolare condizione di cose, momento critico, che richiede un intervento immediato....".

* Dirindin N., Vincis P., Elementi di economia sanitaria, il Mulino, Bologna 1999.

Confronto internazionale infermieri e medici per 1000 abitanti. Anno 1998

L'Italia e la Grecia sono gli unici Paesi in cui i medici superano per numero gli infermieri. Lo confermano i dati di una ricerca OCSE pubblicata nell'agosto del 2000: nel 1998 l'Italia aveva 5,9 medici per 1000 abitanti, contro 5,3 infermieri per 1000 abitanti.



Tab. II

In uno studio pubblicato nel 1999 si trova la tabella I, sull'offerta di personale medico e infermieristico in un confronto internazionale che prende in considerazione il quinquennio 1988-1992*.

Dalla tabella I sopra indicata si evince che l'Italia ha la più alta presenza di medici; essa è, infatti, di 4,7 medici per 1000 abitanti, con un rapporto di 0,6 infermieri/medici, contro una media, relativa ai Paesi sviluppati, di 2,5 medici per 1000 abitanti e di 2,1 per quanto riguarda il rapporto medici/infermieri.

L'OCSE (Organizzazione di Cooperazione e di Sviluppo Economico) nel 2000 ha presentato la tabella II, che si riferisce all'anno 1998 e dimostra che in Italia vi erano 5,9 medici per 1000 abitanti e 5,3 infermieri per 1000 abitanti.

Come si può notare dal grafico sopra riportato, pur essendo rilevabili molti cambiamenti nei confronti dei dati relativi al periodo 1988/92, solo in Italia e Grecia il numero dei medici è superiore al numero degli infermieri per 1000 abitanti.

Poiché il primo studio è del 1999 e il secondo è del 2000, appare difficile pensare alla carenza numerica infermieristica come ad una circostanza imprevista o di emergenza.

Per quanto attiene il secondo punto di riflessione, legato alla "programmazione sanitaria", si ritiene opportuno prendere in esame le basi sulle quali poggia la quantificazione del personale infermieristico, cioè i dati che permettono la programmazione nei servizi. L'analisi della normativa che si riferisce alla quantità del personale è vasta sia per il settore ospedaliero sia per il territorio. In quest'articolo sarà analizzato il settore ospedaliero, poiché più ampio e complesso.

- La prima normativa esistente risale al 1969: DPR.27 marzo 69 n°128 che all'art. 8 recita "...la dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva al malato di 120 minuti nelle 24 ore .."; all'art.11 si legge "...per l'assistenza ai neonati immaturi...420 minuti di assistenza per ogni neonato immaturo nelle 24 ore..".

- L'art. 16 del DPR 20 maggio 1987 n° 27, prevedeva un orario di lavoro di 36 ore settimanali su sei o cinque giornate, consentendo così, con una semplice operazione, di calcolare l'organico degli infermieri necessario per l'attività di assistenza.

In sintesi, per erogare 120 minuti di assistenza giornaliera si poteva prevedere un infermiere ogni due pazienti.

- Il decreto 18 Settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero" ha previsto moduli differenziati graduando la quantità di personale in relazione alle specialità e prevedendo diversi livelli di assistenza medica - infermieristica; vedi terapia intensiva (autonomamente strutturata), specialità ad elevata assistenza, specialità a

media assistenza, specialità di base. Ad esempio per la specialità di base "medicina o chirurgia generale" erano previsti per un modulo tipo di 32 posti letto, cinque medici in medicina generale e sei in chirurgia generale e diciassette unità di personale infermieristico indifferentemente in ognuna delle due unità.

- Successivamente all'interno del processo di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, innescato dalla legge delega 421/93, a decorrere dal 1995 è stato introdotto un nuovo sistema di remunerazione dei produttori di prestazioni sanitarie che prevedeva l'utilizzo delle tariffe quale regola di pagamento dell'attività ospedaliera. In questo modo si è superato il precedente sistema di finanziamento, basato sulla spesa storica per gli ospedali pubblici e sul numero delle giornate di degenza per gli ospedali privati convenzionati, a favore del rimborso per singoli episodi di ricovero classificati secondo il sistema dei DRG.

Il sistema Pps/DRG è un metodo di valutazione del prodotto ospedaliero che si pone come finalità principale il controllo dei costi sanitari; con questa logica, è attivato il sistema di pagamento prospettico (Pps) basato sui Diagnosis Related Group (DRG); se ben gestito, può costituire un valido strumento d'indirizzo, comparazione e valutazione dell'attività ospedaliera utile alla pianificazione e programmazione sanitaria.

Il sistema DRG è uno dei metodi case-mix: suddivide i pazienti in classi omogenee rispetto alla quantità di risorse utilizzate durante il ricovero, avvalendosi delle informazioni cliniche (diagnosi di dimissione, tipo di intervento chirurgico, diagnosi concomitante e/o secondaria, stato alla dimissione) e demografiche.

Alcuni studi, riportati dalla letteratura, sui costi dei servizi infermieristici per gruppi omogenei di malati tendono a confermare che i DRG, così come sono strutturati, non sempre sono sufficientemente sensibili nelle previsioni dei carichi di assistenza infermieristica. Diversamente, quando ai DRG sono associati i dati indicativi dell'intensità infermieristica, la loro capacità di previsione dei reali costi sanitari viene fortemente aumentata, così come viene rafforzata la loro potenzialità quali strumenti di programmazione e gestione del personale.

I risultati di alcuni studi sull'applicazione dei DRG in

Italia hanno evidenziato come l'attuale sistema di tariffazione delle prestazioni ospedaliere basato sui DRG non consideri in maniera adeguata il peso dell'assistenza infermieristica. Inoltre, all'interno di una tipologia di casi clinici considerati omogenei dal suddetto sistema, l'assistenza infermieristica presenta una variabilità notevole. Variabilità che può trovare la sua spiegazione, oltre che nella considerazione di elementi quali l'età del paziente, durata e modalità di ricovero, in ulteriori parametri, indicativi del grado di gravità clinica e del livello di dipendenza del paziente (complessità assistenziale).

E' evidente quindi che una programmazione nazionale e pianificazione basata esclusivamente sulla diagnosi e la cura sottovaluta il concetto di assistenza infermieristica. Infatti, tutto ciò ha inciso notevolmente sulla quantificazione del personale infermieristico. Il numero degli infermieri è diminuito negli organici degli enti e in contemporanea è aumentato il carico di assistenza/lavoro, dovuto alla concentrazione del numero delle giornate di degenza con pazienti maggiormente bisognosi di assistenza; negli ospedali, infatti, sono aumentati i pazienti totalmente o parzialmente dipendenti a causa delle precoci dimissioni.

Da anni gli infermieri hanno presentato studi sulla determinazione del personale infermieristico fondata sul livello di dipendenza dei malati.

Infatti la definizione del livello di assistenza infermieristica dei malati scaturisce da due ordini di criteri:

- il primo criterio è basato sull'individuazione del bisogno globale di assistenza, attinente allo stato di salute dei singoli malati, alle loro esigenze fisiche e psichiche, premessa indispensabile per i piani di assistenza; l'analisi del bisogno può inoltre condurre a indicatori sintetici, utilizzabili a livello di gruppi di popolazione, per valutazioni di tipo epidemiologico e sociale;
- il secondo criterio è basato sulla quantificazione del bisogno, come "tempo richiesto per l'assistenza"; questo è un passaggio obbligato per la determinazione del fabbisogno di personale e la sua razionale distribuzione.

I metodi, sopra descritti, applicati nei Paesi anglosassoni ed europei sono rimasti un'utopia in Italia. Strettamente legata al concetto di programmazione assistenziale vi è quindi la conseguente programmazione per la formazione degli infermieri. La stes-

sa è attualmente di competenza dell'Università, ma la previsione numerica viene concertata tra il Ministero della Salute e le Regioni.

Il terzo comma dell'art.6 del Decreto legislativo n. 502/1992 regolamenta, infatti, i rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università in ordine alla formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione.

Da un lavoro della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI è emerso un quadro sconsolante: dal 1993 il numero degli infermieri tende a contrarsi sempre più.

Nell'ultimo triennio per sostituire circa 12.500 neo pensionati annui, si è potuto contare su 3.500 giovani diplomati che, annualmente, sono entrati nella professione.

Quale soluzione adottare per fronteggiare tutto ciò? In considerazione della cosiddetta emergenza infermieristica, è stata recentemente pubblicata la Legge conversione 8.1.2002 n. 1 (D.L. 12 novembre 2001 n. 402) nella quale sono previste prestazioni aggiuntive programmabili da parte degli infermieri dipendenti (riammissione in servizio dei pensionati degli ultimi cinque anni, se lo vogliono, e il riconoscimento economico di attività straordinarie). All'art.7 "..... il Ministro della Salute....., individua con proprio decreto....., le figure di operatori professionali dell'area sanitariache possono essere formate attraverso corsi organizzati a cura delle Regioni....con lo stesso decreto sono stabiliti standard minimi di insegnamento teorico e di addestramento pratico...."

L'art.8 prevede "...Con la stessa procedura è disciplinata, per l'operatore socio-sanitario, la formazione complementare in assistenza sanitaria che consente a detto operatoredi svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione...."

Non è difficile concludere che in Italia il concetto di assistenza infermieristica quale fondamentale attività umana e quale essenziale scienza della salute separata dalla medicina benché ad essa complementare, lo si è voluto mantenere in ombra nel sistema sanitario nazionale, e di conseguenza nella mente di molti infermieri e medici e in parte del grosso pubblico.

Per molti anni la professione infermieristica ha proposto provvedimenti importanti per lo sviluppo

della professionalità dell'infermiere a garanzia della qualità del servizio all'utente. Formazione qualificata ed effettuata in ambito universitario, percorsi di carriera completa sia a livello specialistico sia a livello manageriale, condizioni di lavoro e corresponsione economica adeguate.

Per quanto riguarda la formazione, dobbiamo ricordare la recente istituzione della laurea in Infermieristica (I livello), che sostituisce il Diploma Universitario per Infermiere. L'esigenza di armonizzare la nostra formazione con quella degli altri Paesi europei e l'azione della professione, sono state in questo senso molto importanti e determinanti.

Solo l'istituzione della Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche (II livello) potrà consolidare il percorso formativo in ambito universitario. E' questo un traguardo oggi irrinunciabile, in quanto aprirà la strada, in modo stabile e definitivo, alla dirigenza dei servizi e all'insegnamento universitario.

Dirigenza (ad esempio la dirigenza infermieristica potrebbe proporre e attuare un'analisi dei bisogni di assistenza infermieristica e quantificare il personale necessario) e cattedre universitarie sono obiettivi con i quali la professione non esprime la sua "sete di potere", ma l'esigenza di governarsi autonomamente e quindi migliorare, con i propri strumenti, l'assistenza alla persona.

Allo stato dell'arte, quale previsione formulare?

Da una parte, è corretto considerare che il numero programmato all'ammissione nelle Facoltà di Medicina, per il corso di laurea in medicina, istituito da pochi anni con alterne vicende, dovrebbe produrre fra qualche anno i propri effetti, portando prevedibilmente una riduzione delle figure mediche da inserire nel mondo del lavoro.

Dall'altra, per quanto attiene la professione infermieristica, è opportuno ricordare che la stessa, a cicli continui ha subito norme transitorie nella formazione e nelle funzioni. Dall'analisi fatta anche in quest'articolo, se ne può prevedere una nuova: fra non molti anni l'operatore socio-sanitario con formazione complementare o il nuovo operatore sanitario dell'area sanitaria, chiederà una norma transitoria che lo riconosca infermiere. Siccome, di fatto, avrà svolto attività infermieristiche ciò gli verrà concesso. Questo porterà un cambiamento numerico nel rapporto medici/infermieri (mantenendolo

però sempre ben lontano dagli standard europei) ma, il livello di qualità dell'assistenza offerta ai cittadini quale sarà? L'apertura delle frontiere in Europa lascia forse prevedere l'emigrazione dei nostri pazienti verso strutture dove l'assistenza infermieristica fornisce maggiori garanzie di qualità? Non si dimentichi il rapporto esistente tra gli otto/dieci infermieri per 1000 abitanti d'Austria, Norvegia, Svezia, il tredici della Finlandia e il quindici dell'Irlanda, contro il 5,3 dell'Italia.

Elogio della “consecutio temporum”

ANTONIO RANDAZZO

Leggo su uno dei giornali che ricevo (e che, per la verità, non brilla abitualmente per l’abilità dei suoi titolisti) il seguente annuncio: “muore carbonizzato nell’auto che usava per dormire”. Avverto un senso di pena per questo povero giovane (un extracomunitario), costretto dall’indigenza ad un uso così improprio dell’automobile. Vado avanti a leggere il sottotitolo che testualmente recita: “una candela è forse la causa del tragico rogo che ha dato fuoco alla bottiglia di superalcolici”. E qui il senso di pena che mi assale riguarda il titolista! Così com’è formulato, il sottotitolo indica, in modo inequivocabile, che la candela è la causa del tragico rogo e che quest’ultimo, a sua volta, si è esteso alla bottiglia di superalcolici, coinvolgendola nella catastrofe finale.

Diamo pure al titolista le attenuanti generiche di dover titolare, tutti i santi giorni, decine di articoli; concediamogli pure che questo lavoro spesso viene svolto con orgasmo perché il giornale deve andare in macchina; ammettiamo anche che il titolista venga designato tra i più giovani componenti della redazione e quindi tra quelli meno prestigiosi. Tutto questo non l’autorizza a farci credere che il rogo possa aver dato fuoco alla bottiglia di superalcolici!

È molto probabile, alla luce dell’esperienza comune, che le cose si siano svolte nel seguente modo: la candela viene inserita nel collo di una bottiglia di superalcolici, situata in equilibrio precario; un movimento, un urto e la candela cade sul materiale acrilico del pavimento dell’automobile; il povero extracomunitario, già profondamente addormentato e probabilmente ubriaco, non interviene prontamente e muore soffocato, non bruciato, dalla mancanza di ossigeno causata dalla combustione all’interno dell’automobile chiusa.

Si potrebbe argomentare che svarioni ne facciano tutti e che insinuare nell’animo dell’ignaro lettore che un rogo possa dar fuoco a una bottiglia di superalcolici è, tutto sommato, un peccato veniale. Non sarò certo io a scagliare la prima pietra. Tuttavia devo confessare che un certo allarme per l’attuale frequenza degli svarioni e per le sorti finali del nostro nobile idioma ogni tanto mi assale.

Ripeto a me stesso che noi italiani parliamo di fatto un latino semplificato, cioè una lingua che aveva una grande ricchezza di vocaboli, una lingua capace di esprimere ogni sfumatura del pensiero; una lingua che, ai tempi del liceo, ci fece disperare con la *consecutio temporum*, ma che certamente ha contribuito in modo determinante alla razionalità di tutta la cultura europea.

Proprio perché si tratta di un linguaggio molto articolato, l’italiano, come le altre lingue neolatine, è destinato a cedere il passo all’inglese, che meglio si presterà in futuro ad essere storpiato dai popoli non anglosassoni che dovranno adottarlo come lingua internazionale. Probabilmente, in futuro, l’italiano diventerà semplicemente un dialetto. Tuttavia, al momento attuale, questa è una prospettiva remota, mentre sono attuali i maltrattamenti ai quali giornalisti, opinionisti, personaggi pubblici, mezzibusti televisivi, scrittori sottopongono il nostro nobile idioma.

Qual è il motivo di questi maltrattamenti? Non credo di scoprire gli altarini individuando nella perdurante crisi della scuola uno dei fattori più importanti, se non il più importante, del fenomeno. Si è equivocato, a mio giudizio, sul doppio ruolo che la scuola dovrebbe svolgere: di assicurare una “istruzione” il più possibile diffusa a larghi strati della popolazione e di operare invece una “dura selezione” fra quanti, per meriti intrinseci, si candidano a corsi di studio più impegnativi,

preparatori dell'accesso alle facoltà universitarie e agli studi postuniversitari. La scuola di oggi ha raggiunto, in qualche modo, il primo traguardo, ma ha clamorosamente abdicato al secondo. Una scuola non selettiva a livello preuniversitario ha consentito l'assalto in massa ai corsi universitari e, da ultimo, il generale abbassamento dei livelli culturali.

Io personalmente, a distanza di tanti anni, rivendico ancora con orgoglio di aver frequentato il liceo Parini, allora certamente fra i primi d'Italia. In prima liceo eravamo in 39; alla fine della terza in 19. Venti compagni avevano cambiato strada. Per il nostro insegnante di greco, la versione dal greco non doveva essere fatta in italiano, ma direttamente in latino! All'esame di maturità si portavano i programmi di tutte le materie studiate nei tre anni di liceo. Nel caso della nostra classe: per il greco, il primo libro dell'Iliade omerica, i lirici greci, il decimo libro della Repubblica di Platone; per il latino, un libro (non ricordo quale) del *De bello gallico* di Giulio Cesare, il quarto canto dell'Eneide virgiliana, la prima Catilinaria di Cicerone. E poi ancora l'italiano, la storia, la filosofia, la matematica, la chimica, la storia dell'arte. L'esame di maturità era preceduto da giornate di vero incubo. Incollati alle sedie, nella calura estiva (allora gli esami cominciavano a fine giugno) pensavamo che mai e poi mai saremmo venuti fuori da quell'inferno. E invece ne venimmo fuori e, dopo quell'esperienza, nessun altro esame, neppure la temutissima anatomia del secondo anno di Medicina, ci mise in difficoltà.

All'esame di patologia medica, il prof. Villa, che godeva fama di essere un cerbero, forse invogliato dai voti del mio libretto, mi disse: "saprebbe dirmi la differenza tra il polso radiale di Durosier e il polso radiale di Olson?" Se avessi risposto di no mi avrebbe certamente posto un'altra domanda, meno impervia.

Nella risposta mi aiutò la memoria visiva. Ricordavo un grafico del volume di semeiotica medica del prof. Sisto. Il polso di Durosier suggerisce la presenza di un'insufficienza valvolare aortica postraumatica; quello di Olson, della medesima patologia valvolare, causata però dall'aortite lue-

tica (allora malattia abbastanza comune, oggi scomparsa). Nel primo caso, l'onda anacrota è più ripida, perché i soggetti colpiti sono più giovani e l'aorta ha un'elasticità conservata; nel secondo caso l'aorta è anelastica e l'onda anacrota è più lenta. Villa fu soddisfatto della risposta. La seconda domanda fu molto più semplice e me la pose il prof. Carpi, che insegnava fisiologia. Mi chiese il grafico indicativo dei vari tipi di febbre (continua, intermittente, remittente, ecc.). Nella mia successiva esperienza di medico, in Policlinico presi parte più volte a commissioni di esami universitari e postuniversitari. Ciò avvenne per la prima volta circa vent'anni dopo il mio esame di patologia medica. Ebbene! Se nella sede di quegli esami io avessi posto a uno studente la stessa domanda che il prof. Villa aveva rivolto a me, non solo avrei sicuramente visto lo sguardo più strabiliato di tutti i tempi, ma sarei stato sicuramente accusato dagli stessi colleghi esaminatori di essere troppo esigente, di un perfezionismo patologico, meritevole quanto meno di un colloquio con qualche amico psichiatra.

In quegli anni le domande che si facevano erano di questo tipo: "parlami delle glomerulonefriti acute", oppure "sai dirmi qualcosa dei blocchi atrio-ventricolari?". Domande che, quando davo io l'esame di patologia medica, mi avrebbero messo in allarme, perché avrei sospettato che, dietro la loro genericità, ci fosse la bonaria comprensione di un docente che mi aveva giudicato mediocre o che, per motivi incomprensibili, aveva deciso di torchiarmi, non per i quindici-venti minuti di un normale esame, ma per qualche ora.

Sento già, a questo punto, i clamori di quanti, accusandomi di mitizzare il passato, urlano contro i *laudatores temporis acti*. Secondo questi signori, il tempo passa, ma in sostanza nulla cambia. La tendenza a mitizzare il passato sarebbe la naturale conseguenza del fatto che, di fronte a una realtà sostanzialmente immutata, non ci rendiamo conto che siamo cambiati noi.

Gli psicanalisti sono intervenuti anche in questa delicata questione, sostenendo che il vecchio mitizza il passato perché lo assimila alla sua infanzia, cioè al tempo felice dei giochi. Può

darsi. Faccio però fatica a credere che, nel tempo, nulla cambi nella realtà che ci circonda. Penso che oggi, vedendo un cristiano sbranato dai leoni nell'Anfiteatro Flavio, non ci divertiremmo un granché. Forse i più sensibili potrebbero addirittura dar di stomaco, con comprensibile disagio degli spettatori vicini. Oggi, fortunatamente, se ci si vuole divertire si va al cinema a vedere Totò.

Se dunque, nell'ambito dello spettacolo, qualcosa è cambiato in meglio, non vedo perché non si debba ammettere che, nella vita dei popoli e delle civiltà, qualcosa possa cambiare (in peggio). Mi sembra ovvio! Se non ci fossero questi cicli in negativo, tutte le Civiltà passate, da quella cinese, all'egiziani, alla greco-romana, all'azteca, sarebbero ancora vive e fiorenti. Invece, degradandosi un po' per volta, alla fine sono scomparse. Ciò dimostra che non sempre i *laudatores temporis acti* hanno tutti i torti nel rilevare il degrado del presente, né, di converso, che abbiano sempre ragione quanti sostengono che non c'è mai nulla di nuovo sotto il sole. Ogni tanto, perfino nel patrimonio genetico delle specie viventi, un gene aberra e provoca la comparsa di una caratteristica nuova. Togliere alle teorie evoluzionistiche questo presupposto significherebbe mettere lo stesso Darwin in braghe di tela. Nel caso delle Civiltà, sorprende osservare che, ancor prima dell'imbarbarimento dei costumi, decade la cultura. Potrebbe sembrare più comprensibile che avvenisse il contrario. Invece è proprio la crisi della cultura che preannunzia la crisi della società. Se Minerva, presa dal sonno, reclina il capo, tutta la società diventa sonnolenta e, da ultimo, va in coma. Ecco perché considero allarmante che la tragedia di un giovane che muore asfissiato dentro un'automobile chiusa sia messa sul conto di un rogo che dà fuoco a una bottiglia di superalcolici.

Col senno di poi, mi rendo conto della grande importanza della *consecutio temporum* per prevenire il sonno della ragione, ma anche del ruolo svolto dal prof. Villa nel mantenerci svegli. Vero braccio armato di Minerva nel mondo della cultura accademica, il prof. Villa merita tuttora la nostra riconoscenza.

Poesia della memoria, memoria della poesia

FRANCESCO FIORISTA

“Forse un uomo di poca memoria non è molto atto a gustar poesie”

Giacomo Leopardi, dallo *Zibaldone*

Se Giacomo Leopardi fosse vivo, di certo proporrebbe il ritorno allo studio delle poesie a memoria, compito didattico ormai scomparso da circa una quarantina d'anni. Scelti con cura, molti passi immortali della lirica italiana, da Dante al Tasso, dal Petrarca a Carducci, dall'Ariosto a Pascoli, da Foscolo a Leopardi, da Manzoni a Gozzano, ecc. potrebbero offrire un grande arricchimento culturale: infatti la capacità mnemonica tra i sei e i diciotto anni è massima, e gli studenti di oggi, uomini e donne di domani, si troverebbero a conoscere e a ricordare parti di un patrimonio poetico che è di tutti, e che appartiene alle nostre radici storiche, religiose, artistiche, linguistiche di popolo e di nazione. E in più, come padri e madri di domani, quegli studenti potrebbero essi stessi tramandarlo ai propri figli, partecipando così anch'essi in piccola parte al processo educativo di conoscenza del proprio passato.

Pasolini, negli anni della contestazione sessantottesca, si dispiaceva di non ricordare a memoria tutta la Divina Commedia (identico rammarico dell'anziano medico oculista prof. Roscio nel romanzo *A ciascuno il suo* di Leonardo Sciascia): affermazione, quella pasoliniana, volutamente paradossale e conforme al carattere eretico dell'artista, ma che comunque racchiudeva in sé un germe di profonda verità. Conosciamo quello che ricordiamo, e anzi noi siamo quello che ricordiamo: parafrasando Cartesio, potremmo dire “*Memini, ergo sum*”, ovvero “*Ricordo, dunque sono*”.

Anche queste sono le considerazioni che ci sono venute alla mente leggendo con profondo piacere il bell'articolo di Giorgio Cosmacini “*Memoria e storia*” (la *ca' granda*, anno XLII, n. 3, pagg. 14-17, 2001) ed è proprio da un passo di quello scritto che

questo prende lo spunto; Cosmacini giustamente scrive che “*La poesia della memoria ha avuto un grande interprete in un grande malato, Giacomo Leopardi*”. E non è casuale, ritornando all'apprendimento a memoria delle poesie, che non brevi passi della sua poesia più alta, quella dei grandi idilli (*Il passero solitario*, *La quiete dopo la tempesta*, *Il sabato del villaggio*), possono essere appresi a memoria, e contemporaneamente compresi, già nei primissimi anni dell'età scolare.

La poetica del ricordo era tema comunque presente già nella letteratura classica: sia come ricordo epico e collettivo (nell'*Odissea* Ulisse, dal libro IX fino a tutto il XII, racconta al re Alcinoò le vicende sue e dei suoi compagni di viaggio; nell'*Eneide* Enea, nei libri secondo e terzo, racconta alla regina Didone quel che gli accadde negli ultimi giorni di Troia e dopo la caduta della città), sia come ricordo più personale e intimista, e dunque del tutto simile alla nostra sensibilità post-romantica. Si pensi ad esempio a Catullo (“*Siqua recordanti benefacta priora voluptas...*” – “*Se il bene compiuto dà qualche gioia nel ricordo*”) e al suo ricordarsi dei giorni d'amore con Lesbia (“*Fulsere quondam candidi tibi soles*” – “*Un tempo brillarono per te limpidi giorni*”); e a Propertio (Libro IV, elegia settima) quando ricorda il suo amore con Cinzia, la cui ombra gli appare in sogno dal regno dei morti. E del resto già Saffo, nel VI secolo a.C., aveva fatto motivo ricorrente della propria poesia la coincidenza tra le emozioni vissute nel passato e quelle suscitate dalla loro stessa memoria, in una pungente dolcezza del rimpianto; più particolarmente in un'ode essa rievoca all'amica Atthis una compagna che vive in Lidia, in una nostalgica rievocazione dell'amore trascorso e che ancora la unisce all'amata lontana.

Nella nostra letteratura troviamo il tema del ricordo nel *Canzoniere* del Petrarca, quando il poeta rievoca l'innamoramento con Laura (sonetto III: “*Era il gior-*

no ch'al sol si scoloraro..."; sonetto XC: "Erano i capei d'oro a l'aura sparsi...") e nella canzone CXXVI "Chiare, fresche et dolci acque" ("con sospir mi rimembra"). Ma già prima Dante, ponendo poesia e vita in strettissima relazione con un anticipo di secoli, iniziava la *Vita Nova* con queste parole: "In quella parte del libro de la mia memoria...", e proprio dalla memoria rievocava i suoi incontri con Beatrice. E del resto i passi più alti e drammatici della poetica dantesca, da Paolo e Francesca ("...Nessun maggior dolore / che ricordarsi del tempo felice / ne la miseria...") a Farinata, da Ulisse al conte Ugolino ("...Tu vuoi ch'io rinnovelli / disperato dolor che 'l cor mi preme..."), altro non sono che rievocazioni degli amori, degli odi e delle passioni precedentemente vissuti. Memoria anche di sé, da lasciare ai vivi: da Pier della Vigna ("...E se di voi alcun nel mondo riede, / conforti la memoria mia...") a Pia dei Tolomei ("...ricorditi di me, che son la Pia ...").

Parola scritta che ridà vita a chi non è più tra noi: nove secoli prima di Dante già Agostino, nelle Confessioni, al capitolo IV del libro IV, si lasciava nostalgicamente andare al ricordo di un giovane amico morto, quasi riportandolo in vita.

Ma è il romanticismo a fare della poesia del ricordo e del desiderio uno degli elementi essenziali della propria poetica, e tale da impregnare la sensibilità artistica di Ottocento e Novecento non solamente nella forma lirica, ma anche nella narrativa e nel romanzo (*Notturmo* di D'Annunzio, *Alla ricerca del tempo perduto* di Proust, *Memorie di Adriano* della Yourcenar, *Dialoghi con Leucò* e *La luna e i falò* di Pavese fino ai più recenti *Diceria dell'untore* e *Argo il cieco ovvero I sogni della memoria* di Bufalino), nella pittura (si pensi alla corrente metafisica e a quella anacronistica) e nel cinema (Federico Fellini). Alla fine del Settecento il poeta tedesco Novalis scriveva che "nulla è più poetico che il ricordo": il passato che si rimpiange può essere quello dell'individuo, della nazione o anche di tutta l'umanità. La malinconia del ricordo ha per i romantici una strana dolcezza: nessuno come loro ha assaporato il gusto ambiguo della rievocazione del passato, tanto da far dire a De Musset che "un ricordo felice è forse sulla terra più vero della felicità". Ma anche se il ricordo è triste, per l'animo romantico esso appare comunque dotato di un dolce fascino per il



"... già Agostino nelle Confessioni ricordava nostalgicamente un giovane amico morto, quasi riportandolo in vita". Nella foto: *San'Agostino* di Sandro Botticelli, Firenze, Ognissanti.

fatto stesso di essere allontanato nel passato e di sfuggire al limite del presente. Il poeta romantico è poi anche precipuamente il custode delle memorie collettive di popolo e nazione, evocatore di grandezze passate e incitatore a grandezze future, dispensatore di immortalità.

Si pensi ai notissimi versi foscoliani dei *Sepolcri*: "...me ad evocar gli eroi chiamin le Muse / del mortale pensiero animatrici. / Siedon custodi de' sepolcri, e quando / il tempo con sue fredde ali vi spazza / fin le rovine, le Pimpee fan lieti / di lor canto i deserti, e l'armonia / vince di mille secoli il silenzio", nonché a quelli leopardiani della canzone *All'Italia*: "Oh venturose e care e benedette / l'antiche età...".

E dunque già accennato dal Foscolo nel sonetto *A Zacinto* ("Né più mai toccherò le sacre sponde / ove il mio corpo fanciulletto giacque...") e poi sinfoni-

camente ripreso nel carme *Dei Sepolcri* come ricordo storico e culturale dei grandi del passato, il tema del ricordo trova in Leopardi il suo massimo cantore. Evocatore come Foscolo delle glorie trascorse e dei grandi del passato nelle prime sue canzoni (*All'Italia, Sopra il monumento di Dante, Ad Angelo Mai*), diviene negli idilli della maturità l'insuperabile cantore dei ricordi e delle illusioni perdute, incontro col suo passato più remoto e più dolce. Dalle memorie, e specialmente da quelle dei primi anni, deriva ogni sua, e nostra, fantasticheria interiore, e la matrice di ogni sua, e nostra, se mai ne fossimo capaci, ispirazione poetica: non vi sarebbe alcuna sensazione vaga, remota, indefinita, suggestiva tra gli uomini (cioè alcuna sensazione poetica) se gli uomini stessi fossero a un tratto privati dei primi ricordi.

Ecco qui sotto riportati alcuni passi dello *Zibaldone* in cui egli annota le sue considerazioni, alcune del tutto proprie, altre in piena sintonia con la poetica romantica, sulle rimembranze: *“Forse la massima parte delle immagini e sensazioni indefinite che noi proviamo pure dopo la fanciullezza e nel resto della vita, non sono altro che una rimembranza della fanciullezza, si riferiscono a lei, dipendono e derivano da lei, sono come un influsso e una conseguenza di lei. Così che la sensazione presente non deriva immediatamente dalle cose, non è un'immagine degli oggetti, ma della immagine fanciullesca; una ricordanza, una ripetizione, una ripercussione o riflesso della immagine antica. In maniera che, se non fossimo stati fanciulli, saremmo privi della massima parte di quelle poche sensazioni indefinite che ci restano, giacché le proviamo se non rispetto e in virtù della fanciullezza”*.

“Il passato, a ricordarsene, è più bello del presente, come il futuro a immaginarlo. Perché? Perché il solo presente ha la sua vera forma nella concezione umana; è la sola immagine del vero; e tutto il vero è brutto”.

“Quello che ci desta una folla di rimembranze dove il pensiero si confonda, è sempre piacevole. Ciò fanno le immagini de' poeti, le parole dette poetiche, fra le quali cose è notevole che le immagini della vita domestica nella poesia, ne' romanzi, pitture, riescono sempre piacevolissime, gratissime, amenissime, elegantissime, e danno qualche bellezza...”

“La rimembranza quanto più è lontana, e meno abituale, tanto più innalza, stringe, addolora dolcemente, diletta l'anima, e fa più viva, energica, profonda, sensibile e fruttuosa impressione, perch'essendo più lontana, è più sottoposta all'illusione”.

“Per la copia e la vivezza delle rimembranze sono piacevolissime e poeticissime tutte le immagini che tengono del fanciullesco, e tutto ciò che ce le desta. Le ricordanze della fanciullezza in qualunque età sono più vive che quelle di qualunque altra età. E son piacevoli per la loro vivezza anche le ricordanze d'immagini e di cose che nella fanciullezza ci erano dolorose o spaventose. E per la stessa ragione ci è piacevole nella vita anche la ricordanza dolorosa, e quando bene la cagion del dolore non sia passata, e quando pure la ricordanza lo cagioni o l'accresca, come nella morte de' nostri cari, il ricordarsi del passato”.

“Memorie della mia vita. Cangiando spesse volte il luogo della mia dimora, e fermandomi dove più dove meno, o mesi o anni, m'avvidi che io non mi trovava mai contento finattantoché io non aveva delle rimembranze da attaccare a quel tal luogo, alle stanze dove io dimorava, alle vie, alle case che io frequentava; le quali rimembranze non consistevano in altro che in poter dire: qui fui tanto tempo fa; qui, tanti mesi sono, feci, vidi, udii la tal cosa; cosa che del resto non sarà stata di alcun momento; ma la ricordanza, il potermele ricordare, me la rendeva importante e dolce”.

“Perché il moderno, il nuovo, non è mai, o ben difficilmente romantico; e l'antico, il vecchio, al contrario? Perché quasi tutti i piaceri dell'immaginazione e del sentimento consistono in rimembranza. Che è come dire che stanno nel passato anzi che nel presente”.

“Un oggetto qualunque, per esempio un luogo, un sito, una campagna, per bella che sia, se non desta alcuna rimembranza, non è poetica punto a vederla. La medesima, ed anche un sito, un oggetto qualunque, affatto impoetico in sé, sarà poetichissimo a rimembrarlo. La rimembranza è essenziale e principale nel sentimento poetico, non per altro, se non perché il presente, qual ch'egli sia, non può esser poetico; e il poetico, in uno o in altro modo, si trova sempre consistere nel lontano, nell'indefi-

nito, nel vago”.

Queste considerazioni in prosa, speculative e razionali, egli magicamente fa risuonare di una musica nuova, di una divina melodia di timbro mai prima sentito nella poesia italiana: liberissimi procedono così i canti di *A Silvia* e *Le ricordanze*, senza un'apparente struttura ma seguendo unicamente le suggestioni e le libere associazioni della memoria. Ricordanze presenti anche negli stupendi ultimi versi di *La sera del dì di festa*, nel primo verso di *Alla luna*, nei ricordi di gioventù della “vecchierella” di *Il sabato del villaggio*, in *Aspasia*, nel *Coro di morti nello studio di Federico Ruysch*, ecc. . Memoria non solamente soggettiva e individuale della fanciullezza, dei primi innamoramenti, delle trascorse illusioni e emozioni, ma anche memoria arcana che lascia intravedere alla mente il senso dell'eternità: si pensi al “...e mi sovvien l'eterno...” del verso 11 de *L'infinito*.

Arcana, indefinita sensazione questa, non dissimile da quel balenio di stratificazione di sensazioni remote nel famoso passo proustiano di *La strada di Swann*, quello della “madeleine” inzuppata nel tè: “...Toccherà mai la superficie della mia piena coscienza quel ricordo, l'attimo antico che l'attrazione d'un attimo identico è venuta così di lontano a richiamare, a commuovere, a sollevare nel più profondo di me stesso?... Ed a un tratto il ricordo m'è apparso. Quel sapore era quello del pezzetto di madeleine che la domenica mattina a Combray, quando andavo a salutarla nella sua camera, la zia Léonie mi offriva dopo averlo bagnato nel suo infuso di tè o di tiglio... E non appena ebbi riconosciuto il sapore del pezzetto di “madeleine” inzuppato nel tiglio che mi dava la zia, subito la vecchia casa grigia sulla strada, la città, la piazza, le vie, le passeggiate, i fiori del nostro giardino, la buona gente del villaggio e tutto Combray è sorto, città e giardini, dalla mia tazza di tè”.

Circa negli stessi anni in cui Proust scriveva questo passo, e un secolo e mezzo dopo il sorgere del romanticismo tedesco, il teologo e filosofo russo Pavel Florenskij così affermava: “Nel ricordo si costituisce creativamente, a partire dalle rappresentazioni, ciò che l'esperienza mistica scopre nell'eternità. La memoria madre delle muse è la creazione nel tempo di simboli di eternità. Nel ricordo è il principio crea-

tivo del pensiero, cioè il pensiero nel pensiero, il pensiero più proprio essenzialmente”. Intanto al di là dell'Atlantico, un avvocato del Kansas, Edgard Lee Masters, nel 1915 pubblica a New York la *Antologia di Spoon River*: confessioni e monologhi delle anime che dormono sulla collina, che rievocano qualche acerbo ricordo impallidito di quella che un tempo fu la loro vita.

E per restare alla nostra letteratura, se Leopardi resta il più grande poeta della ricordanza, dopo di lui moltissimi sono gli esempi della poesia del ricordo: dal Carducci di *Pianto antico* e *Davanti San Guido* (“Bei cipressetti, cipressetti miei / fedeli amici d'un tempo migliore...”) e *Traversando la Maremma toscana*, al Pascoli di *La mia sera* (“sentivo mia madre ... poi nulla.../ sul far della sera”), dal D'Annunzio di *Consolazione* (“Tutto sarà come al tempo lontano...”) alla stupenda rievocazione di una traversata atlantica in *Viaggio a Montevideo* di Dino Campana, da Gozzano in *La Signorina Felicita* (“...Nel mio cuore amico / scende il ricordo...”), *L'amica di nonna Speranza* (“...Fu lui a donarmi quel libro / ricordi? Che narra siccome...”) e *Cocotte* (“Tra le gioie defunte e i disinganni / dopo vent'anni, oggi si ravviva / il tuo sorriso...”) all'Ungaretti de *I Fiumi* (“Ho ripassato / le epoche / della mia vita...”), dal Montale di *La casa dei doganieri* (“Tu non ricordi la casa dei doganieri...”) al Saba di *Grido di bimbo* (“Adesso / sono passati quarant'anni...”), dal Quasimodo di *Ride la gazza, nera sugli aranci* (“Memoria vi concede breve sonno...”) e *La dolce collina* (“Come ogni cosa remota / ritorni nella mente...”) a Marino Moretti (“Qualche ricordo più lontano or preme / sul cuore che più spesso non lo afferra...”), ecc. ecc.

E forse non è casuale che l'inizio della maggiore opera poetica italiana del Novecento, i *Canti Orfici* di Dino Campana, risuoni con queste parole: “Ricordo una vecchia città, rossa di mura e turrata ...”. E così pure che le ultime parole della più bella e più nota poesia del Novecento, il “*Lamento per la morte di Ignacio Sanchez Mejia*” di Federico García Lorca, stemperino il dolore per l'amico morto in un ricordo: “...e ricordo una brezza triste negli ulivi” (“...y recuerdo una brisa triste por los olivos”).

Dalla memoria di un poeta che ricorda un amico che più non c'è, a quella di un medico che ricorda i suoi pazienti, “...antropologia bipolare tra un uomo



La pittura come memoria: *Apparizione*. Dal catalogo della Mostra di Franco Piruca, Galleria Boscolo, Busto Arsizio, 1991.

e un altro uomo...”, come scrive Cosmacini. Nel 1974 il grande clinico medico Cesare Frugoni, nel libro appunto intitolato *Ricordi e incontri*, così scriveva: “...Nello sfogliare le storie cliniche, rivivo e rivedo passare dinanzi agli occhi del pensiero, in una strana e interessante cinematografia, tutto il corso della mia vita. In tal modo rivivo rimembranze ora indefinite, ora precise: ricordi, fatti, rievocazioni. Rivedo persone come risorte, le riconfiguro e ricostruisco e riconosco. E dalle carte sembrano risalire voci, precisarsi ricordi e ondate di sentimenti e di emozioni che sommergono l’animo ora di dolcezza, ora di sconforto, perché di situazioni difficili e dolorose è disseminato l’arco dell’ardua via della professione.... E dalla nebbia opaca e confusa della rimembranza, a poco a poco riemergono e prendono forma e limiti precisi nomi, persone e cose, che si rivelano come fantasmi tornati vivi, reali, presenti...”.

Dalla letteratura al cinema, un esempio sopra tutti: Federico Fellini. Se in *8 e 1/2* il grande regista riminese svolge, in un’autobiografia immaginaria e visivamente straordinaria, temi come l’Arte, la Memoria e la Morte, in *Amarcord* l’autobiografia diviene collettiva, nel ricordo sia delle proprie origini che dei sogni e delle speranze dell’Italia fascista. E restando in tema di settima arte, tra l’altro la tecnica cinematografica si avvale di un paio di accorgimenti particolari atti a evocare il ricordo, non di rado contemporaneamente utilizzati: la possibilità della

dissolvenza delle immagini da un lato, la tecnica narrativa del flash-back dall’altro.

E infine che cosa, più di una canzone, ci ricorda un’età, un periodo, un episodio lontano della nostra vita? Che cosa, più di un motivetto, ci ricorda una persona, un amore, un incontro? La canzonetta ha questo di magico, di farci immediatamente tornare alla memoria ricordi, emozioni, sensazioni di decenni e decenni addietro. E se essa è motivo e occasione di ricordo, del ricordo è anche tema: da *I giardini di marzo* (*Io pensavo a mia madre / e rivedo i suoi vestiti*) e *Mi ritorni in mente* di Lucio Battisti, a *Ricordi / sbocciavan le viole* di Fabrizio De André. Non storcano il naso i lettori perché un articolo iniziato con Leopardi si chiuda con questi due cantautori: anche loro, pur con una forma artistica più semplice e popolare, ci hanno dato emozioni, e grandi. Li ricordiamo con affetto, perché non diversamente dalle parole supplichevoli rivolte a Dante da Pier della Vigna e Pia dei Tolomei, “*solo chi viene ricordato continua a vivere*”.

Milano a sorpresa - VI*

VINCENZO BEVACQUA

Nel nostro viandare per la città in cerca di sorprese, l'ultima sosta l'avevamo fatta in via del Camposanto dove un vero camposanto era mai esistito.

Adesso, da via del Camposanto imboccheremo, tra Rinascente e Cinema Odeon, via Santa Radegonda dove un tempo sorgeva un monastero che dicevasi *Vinclenda* (o Vintolinda), *abitandovi tal Signora di Regal Sangue* ⁽¹⁾.

Il monastero risaliva alla notte dei tempi, prima ancora che Berta filasse. Berta, infatti, filava nella seconda metà dell'800. Nipote di Lotario I (re d'Italia nell'823) a sua volta nipote di Carlo Magno (re d'Italia e imperatore del Sacro Romano Impero nell'800), Berta sposava Teobaldo conte di Vienne e dava alla luce Ugo che, succedendo a Berengario I, nel 926 sarebbe diventato anche lui re d'Italia ⁽²⁾.

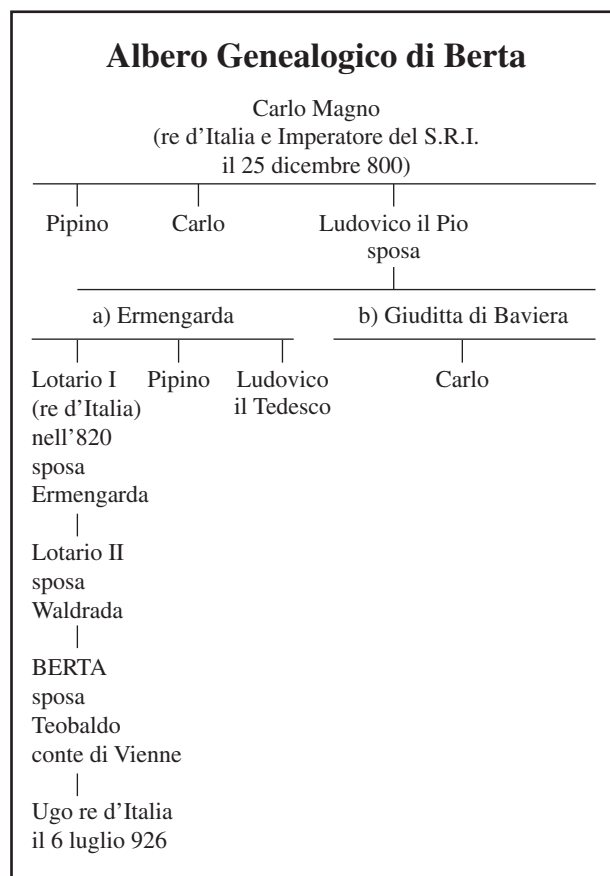
Il monastero di Vinclenda invece esisteva già nell'800, anno nel quale avrebbe ospitato l'imperatrice Giuditta, ivi confinata dai figliastri Lotario I e Ludovico il Tedesco, nonno e rispettivamente prozio di Berta ⁽³⁾ (vedi albero genealogico di Berta).

Di Vinclenda o Vintolinda, il monastero sorgeva pressapoco sull'area compresa tra le attuali vie Agnello e Ugo Foscolo. Quest'area, attraversata da nessuna via Santa Radegonda, era coltivata a orti e giardini. Oltre al monastero, ne ospitava la chiesa. Si trovava nella parte posteriore della chiesa di San Raffaele, *a rimpetto il sito detto* (secoli dopo) *Campo Santo* ⁽⁴⁾.

Da notare che chiesa e monastero esistevano non solo prima di Berta, ma anche prima che Berengario, altro re d'Italia vissuto dall'888 al 924, facesse costruire la chiesa di San Raffaele ⁽⁵⁾.

Dalla fondazione fino al XII secolo, del monastero di Vinclenda si hanno poche notizie. Si sa che vi

* Devo ringraziare: la signora Anna Maria Carloni per le belle fotografie che illustrano questo articolo; il dott. Carlo Fontana, Sovrintendente alla Scala, per avermi fornito le *Stagion de Milan*, il libro di gustose poesie milanesi composte da suo padre Ciro.



risiedevano religiose che nell'870 curavano il battistero di Santo Stefano alle Fonti e, al posto delle diaconesse, assistevano al battesimo (allora per immersione) della popolazione femminile ⁽⁶⁾. Le religiose del monastero erano governate da badesse di alcune delle quali si conosce il nome: Alcharda Rescinda Taide e Colomba. Riguardo la Taide, c'è soltanto da notare che Dante non era ancora nato e quindi non aveva ancora immortalato quell'altra Taide, famosa meretrice dell'antica Grecia incontrata nel XVIII canto dell'Inferno.

Nel XII secolo, tra il 1167 e 1176, nel monastero di Vinclenda veniva ad abitare l'arcivescovo di Milano cardinal Galdino.

Nato nei primi decenni del secolo, Galdino della Sala era nobile milanese di Porta Orientale. Fiero oppositore del Barbarossa, dopo la resa dei milanesi e la distruzione di Milano abbandonava la città e si rifugiava in terre più ospitali. Nel 1165 era chiamato a Roma da papa Alessandro III che prima lo ordinava prete, poi lo nominava cardinale di Santa Sabina, lo consacrava vescovo e infine lo rispediva a Milano a capo dell'archidiocesi ambrosiana (settembre 1167). Qui, appoggiando la Lega Lombarda da pochi mesi costituita a Pontida (aprile 1167), si dedicava alle opere di misericordia e alla ricostruzione della città cominciando dalla cattedrale e dalla residenza vescovile rase al suolo ⁽⁷⁾. Intanto, non avendo casa né chiesa, l'arcivescovo Galdino riparava nel monastero di Vinclenda dove, venerato dalle monache, si trovava a un passo dalle ricostruzioni che più gli stavano a cuore potendole tener sott'occhio mattina e sera.

Con l'ospitalità all'arcivescovo, il monastero si rimetteva a nuovo e si ritrovava dedicato a Santa Radegonda, pia sovrana che rimasta vedova (nel 561) di Clotario I re dei Franchi, si sarebbe monacata e santificata ⁽⁸⁾. Mentre predicava dal pulpito, il 18 aprile 1176 Galdino moriva improvvisamente, due mesi prima che a Legnano (29 maggio 1176) il Barbarossa subisse quella batosta che lo avrebbe dissuaso definitivamente dal metter piede in Italia.

Ai giorni nostri le spoglie dell'arcivescovo Galdino sono custodite in Duomo sotto l'altare della confessione e nella liturgia ambrosiana la sua santità è celebrata il 18 aprile di ogni anno nel giorno appunto della sua morte ⁽⁹⁾.

Nel XVII secolo, la situazione del monastero di Santa Radegonda era quella descritta dal canonico Torre ⁽¹⁰⁾: *Tal Clausura* (ora gestita da suore Benedettine) *vedesi ornata di Cortili, di vaghi Appartamenti con ampiezza di Giardini; e la Chiesa trovasi in Nobile Architettura antica con tre navi, gli archi delle quali, che sono tre per lato, vengono sostenuti da Pilastri di cotta materia, con Cornici, Lesene, ed altri abbellimenti in disegno dorico, veggendosi ancora tutta dipinta a tempera con figura al naturale di Santi Benedettini e, sopra il cornicione e nella volta, di Vangelisti e profeti, avendo sopra il Maggior Altare una tavola in dipintura mostrando una Vergine col Figlio in braccio, Santa Radegonda e Santa Cattarina la Martire da'lati, ed alcuni*

Angeletti volanti, opera di un Pittor valoroso di Casa Rossi.

Allora come del resto oggi, frati e monache sotto-stavano più o meno alla regola dell'*ora et labora*. Fermo restando *l'ora*, nel monastero di Santa Radegonda il *labora* veniva realizzato soprattutto col belcanto che - sempre secondo il nostro Torre - *per l'eccellenza delle Velate Cantatrici e per le melodie da rapire* che intonavano, pareva che il convento fosse abitato da *Spiriti Elevati* più dell'altro che di questo mondo o vi si fosse installato l'intero *Monte Elicona* con buona parte della Beozia. *Credetemi* - concludeva il reverendo Torre - *che se Roma si gloria di nodrire novelli Orfei, deve cedere il pregio a queste Lombarde Pieridi* (lombarde muse); *quindi chi sente i loro musicali concerti, restando estatico si crede trasportato alle Stelle, non pensando mai che questi canti sieno terreni. Acciò non istimaste ch'io vi dica Iperboli, il primo giorno festivo quivi v'attendo, e ne trarrete autentico saggio di quanto vi mottivai.*

Nel XVIII secolo il monastero presentava qualche variazione, così puntualmente annotata da Serviliano Latuada ⁽¹¹⁾: *Nel recinto della clausura conservasi una piccola Chiesa con Sagristia annessa, che ritiene il nome di San Galdino...* La vecchia chiesa del monastero, invece, è *da pochi anni ristorata in maniera che più non vi sono le pitture descritte dal Torre... e su l'Altar Maggiore si vedono ancora la tavola rappresentante la Beata Vergine col Signore in braccio, e le Sante Radegonda, e Caterina Martire opera di Simone Veneziano discepolo di Paolo Veronese.* Nella chiesa si custodiva *grandissimo tesoro di Sante Reliquie, fra le quali un pezzo del Legno della Santissima Croce, ed una spina della Corona di Nostro Signore, del velo di Maria Sempre Vergine e di Santa Maria Maddalena e parte del cranio di San Bartolomeo Apostolo.* Ultima annotazione: *Fra tutte le religiose virtù, che ai nostri giorni rendono ragguardevole questo Nobile Monastero, eccellente si è lo studio in cantare i Divini Ufficj, per cui le monache si sono rese peritissime nell'arte della Musica, e sopra ogni altra Donna Teresa Francesca Guinzani celebrata dai più segnalati maestri di tale arte, ed onorata dalla visita della Augustissima Regnante Imperatrice Maria Lisabetta Cristina.*

Meno celebrata di Donna Teresa Francesca, ma certamente più graziosa doveva essere suor Paola i cui gorgheggi avevano talmente fatto girar la testa al giovane inglese Mr. Breval, da essere da questi rapita e non più restituita ⁽¹²⁾.

Alla fine dello stesso secolo XVIII, nel vortice delle soppressioni monastiche (scatenato dall'imperatore d'Austria Giuseppe II) finiva anche il monastero di Santa Radegonda così che nel 1781 *pieridi* e non *pieridi* erano costrette a traslocare nel monastero di Santa Prassede fuori Porta Tosa ⁽¹³⁾. Fuori porta e fuori mano, i loro concerti non sarebbero stati più sentiti e nessuno ne avrebbe più parlato.

Svuotato il monastero e sconsacrata la sua chiesa, l'isolato di Santa Radegonda si sarebbe secolarizzato e profanato con l'apertura di botteghini e soprattutto di una bettola segnalata dall'immagine di Santa Radegonda trafitta da una frasca d'osteria ⁽¹⁴⁾. Secolarizzazione e profanazione sarebbero continuate chissà quanto se nel 1783 il Piermarini non avesse fatto pulizia sventrando l'isolato per tracciarvi la via Santa Radegonda che, mettendo in diretta comunicazione il Palazzo Reale di piazza del Duomo con il Teatro Grande di piazza della Scala, avrebbe permesso agli'imperial-regi governatori di uscir di casa e su carrozza raggiungere il divertimento senza compiere tanti giri dell'oca ⁽¹⁵⁾.

Lavori stradali, nuove costruzioni, passaggi di proprietà e diverse speculazioni cambiavano in seguito l'aspetto della zona. Nel 1801 ⁽¹⁶⁾ la signora Anastasia Franzini vedova Barbini, in società con l'ex *bagatt* signor Carlo Re, trasformava la chiesa sconsacrata di Santa Radegonda prima in sala per spettacoli di burattini e poi in sala per spettacoli teatrali di prosa e di lirica. Inizialmente di legno, nel 1803 su disegno di Giacomo Miraglia, il teatrino diventava più accogliente potendo disporre di mille posti con ventisei palchi su due file. Anche così trasformato, al teatro restava l'intestazione di Santa Radegonda.

Fra gli spettacoli in prosa, il teatro metteva in scena *La maschera di Meneghino* di Gustavo Piomarta e *Le avventure di Meneghin Pecenna* di Gaetano Fiorio, travestite in milanese dal citato Gustavo Piomarta. Fra gli spettacoli lirici, il teatro metteva in scena nel 1805 *Le nozze chimeriche* di Ferdinando Orlandi e nel 1806 *Nina pazza per amore* di Giovanni Paisiello. Anni dopo, insieme al padre Angelo

famoso Brighella e alla madre Elisabetta Baldesi, reciterà ancora giovanissima Carlotta Marchionni che nel 1813 si riaffermerà con *La rigattiera di Milano ossia il matrimonio in strada*, consacrando definitivamente grande interprete nel 1815 recitando, però al Teatro Re, la *Francesca da Rimini* di Silvio Pellico. Sempre al teatro Santa Radegonda debuttava con successo il musicista diciassettenne Giovanni Pacini rappresentandovi l'opera buffa *Annetta e Lucindo*, seguita poco dopo da *Il Barbiere di Siviglia* e *Otello* di Gioacchino Rossini ⁽¹⁷⁾.

Lasciato il socio Carlo Re dopo un decennio di proficua collaborazione, Anastasia Franzini vedova Barbini & Figlio trasformavano il Santa Radegonda in locale di ritrovo. E locale di ritrovo rimaneva fino al 1851 quando, come fuoco fatuo, riesplodeva con spettacoli goldoniani e alfieriani. Nelle tragedie di Vittorio Alfieri si segnalava attrice di grande temperamento Adelaide Ristori.

Nel 1875 Edoardo Sonzogno riapriva il teatro alla lirica, allestendovi per diversi anni spettacoli di nessun valore. Nel 1881 infatti, la *Guida di Milano* liquidava il Santa Radegonda con questo commento: *Eretto su disegno di Giacomo Miraglia, per le sue forme più che modeste occupa un posto affatto secondario fra gli altri, senza essere propriamente popolare* ⁽¹⁹⁾.

Nel 1882 il teatro veniva demolito per far posto alla Società Edison con la prima centrale elettrica d'Europa distributrice di energia e illuminazione a tutta la città. Nei primi decenni del 1900, per poco tempo si sarebbe notata anche l'insegna di un Cinema Santa Radegonda. Ma poi anche questa insegna col suo cinema sarebbero scomparsi nella nebbia di Milano. Così la via sarebbe rimasta senza attrattive mondane se nel 1928, sul suo lato destro, non fosse sorto il palazzo delle Assicurazioni Generali nel quale avrebbero trovato posto il Cinema e il Teatro Odeon ⁽²⁰⁾.

Il cinema era lussuoso, in stile déco, e proiettava film in prima visione. Il teatro era altrettanto lussuoso, nello stesso stile e presentava spettacoli di ogni genere. Inaugurato il 15 ottobre 1930, così il giorno dopo lo descriveva il *Corriere della Sera* ⁽²¹⁾: *I milanesi che da anni ormai si sprofondano nell'Olimpia* (teatro in largo Cairoli), *sono abituati a scendere sotto il livello del suolo per assistere a*

spettacoli: e sono scesi anche ieri sera per le belle e ampie scale che conducono all'atrio, ampio, lindo e luminoso del teatro Odeon e di lì sono passati nella sala elegante e accogliente... Vasta e acustica, la sala ha il soffitto... alto abbastanza per far dimenticare di essere nel sottosuolo di un enorme palazzo. Nella tema che il pubblico potesse avere questa impressione, il soffitto è stato fatto a vetrata che si illumina di azzurro quando la sala è al buio e di viola quando le luci sono accese. Sicché se taluno durante lo spettacolo alza gli occhi al soffitto può avere l'illusione di vedere, oltre i vetri, il cielo. [...] Intorno, sobrietà di decorazioni ... leggiadria senza sovrabbondanza di fronzoli e modernità senza stravaganza. Le luci di sala e palcoscenico ottimamente disposte. Autori di tanta meraviglia erano stati l'ingegner Giuseppe Laveni e l'architetto Aldo Avati già col-

Figura 1: veranda che unisce i due edifici della Rinascente



laudati nella facciata del poco distante Teatro dei Filodrammatici. Fondatore del nuovo teatro era Bernardo Papa e direttore era Guido Bossi che, senza un programma culturale, avrebbero accettato *laoron laoret* e, per far cassetta, *laorasc*. Questa strategia della buona bocca avrebbe poi funzionato anche con il noto impresario Remigio Paone, subentrato al Bossi nel 1963 ⁽²²⁾ fino a quando cinema e teatro Odeon si sarebbero assemblati e trasformati nell'attuale cinema a dieci sale di proiezione. Delle dieci, la seconda corrisponde al precedente teatro.

Venendo da via del Camposanto, oggi all'inizio di via Santa Radegonda si trova il Cinema Odeon a destra e la Rinascente a sinistra.

Col nome di *Grandi Magazzini Bocconi*, La Rinascente era sull'angolo di via Santa Radegonda dal 1880. Bocconi erano i fratelli Ferdinando e Luigi dei quali il primo, nel 1902, fondava l'omonima Università di Economia e Commercio in memoria del figlio Luigi, disperso in Africa nella battaglia di Adua (1° marzo 1896). Passati successivamente dai Bocconi a Senatore Borletti, i grandi Magazzini sarebbero stati distrutti da un incendio. Presto ricostruiti, dietro suggerimento di Gabriele D'Annunzio cambiavano nome in La Rinascente ⁽²³⁾. Bombardata durante l'ultima guerra mondiale, nel 1950 come araba fenice La Rinascente rinasceva per la seconda volta, progettata da Aldo Molteni con facciata marmorea interrotta da finestroni in cotto di Ferdinando Reggioni ⁽²⁴⁾. Negli ultimi anni La Rinascente si espandeva sull'altro lato della strada con un edificio sbrecciato da un ampio passaggio di comunicazione con la retrostante via Agnello.

Se appena imboccata via Santa Radegonda si guarda in alto, oltre al nome della strada e alla targa-ricordo della Edison si scoprono particolari interessanti.

Il primo è una veranda aerea che unisce i due blocchi di Rinascente affacciati sui due lati della strada (figura 1). Anche se sotto non ci passano gondole né gondolieri dal *do di petto* facile, la veranda allude al veneziano Ponte dei Sospiri in chiave avveniristica. Di sera poi, quando brilla di luce propria, oltre a Ponte dei Sospiri la veranda sembra anche un'astronave in guardingo atterraggio.



Figura 2: “... uno stormo di gabbiani che, firmato Mario Rossello, volteggia sopra la breccia della Rinascente”.

Il secondo particolare, sorprendente perché a Milano non c'è lago né mare, è uno stormo di gabbiani che, firmato Mario Rossello, volteggia sopra la breccia della Rinascente (figura 2). Dà la sensazione di gioia libertà purezza infinito, fa dimenticare l'inquinamento atmosferico e rievoca il gabbiano abbattuto di Anton Cechov e quello filosofeggiante di Richard Bach ⁽²⁵⁾. Da questi empirei però, riporta sulla terra un prepotente richiamo. È il profumo che esce da due botteghe una dietro l'altra: *Pizzeria di Gennaro* e *Luini Panzerotti*.

Il terzo e ultimo particolare si trova nel recente palazzo che sulla sinistra conclude via Santa Radegonda. Nel palazzo c'è un passaggio che raggiunge via Ugo Foscolo. Il passaggio ha un lucernario dal quale piove luce naturale sui tavolini di un ristorante e una targa stradale che porta il nome di *Ciro Fontana* (1917-1986) (figura 3).

Milanese a 18 carati e di vasta cultura, *Ciro Fontana* è stato per decenni colonna portante di *Palazzo Marino*, raccogliendone poi in volume le vicende vissute in prima persona ⁽²⁶⁾. Oltre alto funzionario comunale meritevole di decorazione speciale per la

Figura 3: via *Ciro Fontana*. “Il passaggio ha un lucernario dal quale piove luce naturale...”.



diretta collaborazione con sei sindaci (dal 1945 al 1981), Ciro Fontana è stato poeta drammaturgo e storico, in proprio e in conto d'altri. In proprio ha scritto poesie milanesi riunite sotto il titolo di *Stagion de Milan* ⁽²⁷⁾ fra le quali *La primavera* pare scritta in via Santa Radegonda. Eccone pochi versi ⁽²⁸⁾:

April... incoeu l'è primavera piena!

.....
*Te par de vess leger; de fiadà tutt,
 De lustrass i polmon e insem la vista,*

.....
 Nel vedere

*Socch viscor de color, barboss che rid,
 Cavei che vola, saludass in truscia:
 Gh'è chi i tosann di Grandi Magazzini
 Che me boffen sul mus la festosina...*

In conto d'altri, Ciro Fontana ha scritto per Carlo Porta e Emilio De Marchi riducendo in dramma: *El Marchionn di gamb avert*, *La Ninetta del verzèe* e *I desgrazzi de Giovannin Bongée* del primo; *l'Arabella* del secondo.

Per tanta meneghinità, costituzionale e guadagnata sul campo, Ciro Fontana ben meritava di essere ricordato con una via a due minuti da Palazzo Marino, in zona carolingia, nel centro storico della città. Così è successo che da vivo era lui a portare nel cuore Milano. Adesso che non c'è più, è Milano a portare nel cuore lui.

Bibliografia

- 1 - Torre C.: *Il ritratto di Milano. In Milano MDCCXIV*. Riproduzione anastatica a cura di Forni e Urso, Bologna 1972, pag. 338
- 2 - Besta E.: *Milano sotto gli imperatori carolingi in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. II, pag. 444
- 3 - Besta E.: *op. cit.*, pag. 375
- 4 - Torre C.: *op. cit.*
- 5 - Latuada S.: *Descrizione di Milano. In Milano MDCCXXXVII*. Riproduzione anastatica a cura di Vita Felice, Milano 1995, tomo I, pag. 175
- 6 - Cattaneo E.: *Storia e particolarità del rito ambrosiano in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. III, pag. 780 in nota.
- 7 - Rimoldi A.: *Galdino, santo (sec. XII) in AA.VV.: Il Duomo di Milano*. NED, Milano 1986, pag 273
- 8 - Bognetti G. P.: *Pensiero e vita a Milano e nel milanese durante l'età carolingia in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. II, pagg. 772-75

- 9 - Rimoldi A.: *op. cit.*
- 10 - Torre C.: *op. cit.*, pag. 338
- 11 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 175
- 12 - Pellegrino B.: *Così era Milano*. Porta Orientale. Ed. Libreria Milanese. Milano 1986, pagg. 103-4
- 13 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 14 - Manzella D., Pozzi E.: *I teatri di Milano*. Mursia Ed., Milano 1971, pag. 71
- 15 - Mezzanotte P.: *Architettura a Milano nel Settecento in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. XII, pag. 707
 - Manzella D., Pozzi E.: *op. cit.*
 - *Guida d'Italia - Milano*. T.C.I., Milano 1985, pag. 180
 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 16 - Manzella D., Pozzi E.: *op. cit.*
- 17 - Il libretto dell'*Otello* di Rossini è diverso da quello di Verdi e nell'ultimo atto ha la barcarola di un gondoliere cantata sulle parole che, nel V canto dell'*Inferno*, Francesca rivolge a Dante:
 - ... *Nessun maggior dolore*
 - che ricordarsi del tempo felice*
 - nella miseria...*
 Dicono che questa barcarola suscitasse grandi applausi (Q. Principe: *L'altro Otello. Sempre Moro, ma di Rossini*. Il Sole-24 Ore. Domenica 2 dicembre 2001, pag. X
- 18 - Manzella D., Pozzi E.: *op. cit.*
- 19 - *Guida di Milano pel 1881. Anno 58°*. Milano, Tipografia Bernardoni di C. Rebeschini & C. via Rovello 6, pag. 714
- 20 - Manzella D., Pozzi E.: *op. cit.*
 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 21 - Manzella D., Pozzi E.: *op. cit.*, pag. 162
- 22 - Manzella D., Pozzi E.: *op. cit.*
- 23 - Bevacqua V.: *Milaninaria. Variante Brera*. viennepieerre Ed., Milano 2002, pagg. 133-4
- 24 - *Guida d'Italia-Milano*. T.C.I. Milano 1985, pag. 180
- 25 - Bach R.: *Il gabbiano Livingston*. Rizzoli Ed., Milano 1973
- 26 - *Enciclopedia di Milano*. FMR Ed., Milano 1997
- 27 - Fontana C.: *Stagion de Milan*. Electa Ed., Milano 1981
- 28 - Traduzione dell'Autore:
 - Aprile... oggi è piena primavera!*
 - Sembra di esser leggero, di respirar bene,*
 - Di lucidarti i polmoni e insieme la vista*
 - nel vedere
 - Sottane di colori vivaci, faccie che ridono,*
 - Capelli che volano, salutarsi in fretta:*
 - Son qui le commesse dei Grandi Magazzini*
 - Che mi soffiano in viso l'allegria.*

Recensioni

Pierre Talec - *La solitudine. Viverla o subirla?* Paoline Editoriale Libri, Milano 2002, pagg. 152, Euro 9,50

Fra i problemi che caratterizzano il disagio esistenziale di molte persone, quello della solitudine occupa un posto rilevante nella determinazione di stati di malessere fino alla patologia.

In tal caso non si tratta di solitudine voluta, cioè di una condizione che produce stati di benessere, di creatività, di contemplazione, ma di quella conseguente al venir meno di un punto di riferimento per valorizzare la propria identità, per dare un senso all'essere nel mondo.

Vasta è la gamma dei motivi che sovente rendono la solitudine una fonte di sofferenza. Fra le situazioni più comuni chiamate in causa ci può essere la perdita di affetti importanti per la sopravvivenza fisio-psichica, l'annullamento di un ruolo sociale, la malattia cronica, la privazione dell'autosufficienza fisica ed economica. Ma è soprattutto il significato che l'individuo attribuisce agli eventi che lo colpiscono a determinare il modo di viverne le circostanze: c'è chi riesce a fronteggiare l'angoscia dell'annichilimento sviluppando proprie risorse e chi ne rimane sopraffatto e vittima.

Quanto sia difficile aiutare una persona a vincere un deprimente stato di solitudine cambiando il proprio modo di viverla, lo sanno bene coloro che per professione o amicizia cercano di alleviare e rendere più produttiva una condizione altrimenti destinata ad inaridire la vita.

È quindi di estremo interesse potersi

accostare ad uno scritto che problematizza il tema della solitudine e fa intravedere la possibilità di dare una risposta al dilemma: viverla o subirla? Sceglierla o fuggirla? Ed eventualmente, come riuscire a viverla bene?

Una risposta meditata e aperta alla speranza ci viene dallo scrittore francese Pierre Talec, sacerdote, teologo, poeta il quale, attraverso la sua opera, rende partecipe il lettore del suo personale percorso di vita: dall'infanzia poverissima, ma ricca di fede e di valori familiari, alla vocazione giovanile maturata in ambiente collegiale culturalmente elevato e in cui l'autore ha sperimentato i lati positivi della solitudine, alla graduale scoperta della solitudine e del dolore altrui, fino alla disperazione della malattia dolorosa e invalidante e al buio della solitudine spirituale.

In questa drammatica esperienza personale l'autore ha dovuto mettere in discussione le proprie certezze, la propria fede in Dio. "Non ero preparato a vivere ciò che magnificamente si predica nelle omelie a proposito del silenzio di Dio... peggio, scoprivo la sua indifferenza... Dio divenuto estraneo..."

Egli era soprattutto tormentato dall'ossessione "perché Dio permette il male?" e si sentiva in contrasto con le astratte o accomodanti spiegazioni dei teologi.

La sua ribellione l'aveva portato ad identificarsi con Giobbe, a far proprio il grido di protesta e di rivolta del giusto che soffre l'ingiustizia, a negare la correlazione tra peccato e sofferenza personale perché, come Giobbe, si sentiva innocente.

Tuttavia la sua appassionata ricerca per trovare "quel Dio che si nasconde" ma che è "Dio che ci ama" gli aveva fatto cambiare la visione del deserto spirituale in cui era precipitato. E come Giobbe che dopo tante proteste aveva riconosciuto l'insipienza di discutere con Dio, anche l'autore era arrivato a riconoscere la necessità di attraversare il deserto dello spirito per essere rimesso al suo posto "quello dell'umiltà davanti alla Trascendenza".

L'aver raggiunto la pace interiore gli ha consentito di affrontare la solitudine della malattia e un radicale cambiamento di vita con un'ottica nuova, creativa, capace di sviluppare ignorate risorse personali e di riorientare la sua vocazione ministeriale ed umana.

È così cresciuta in lui l'esigenza di approfondire la natura della solitudine, di aiutare coloro che non possono riconciliarsi con se stessi perché imprigionati da sensi di colpa, visione pessimistica della vita, rabbia, atteggiamento persecutorio e che si rinchiudono nella solitudine senza futuro.

L'autore pone a fondamento della sua ricerca una certezza, ossia che la solitudine non è una fatalità, ma parte costitutiva della condizione umana. Ciascuno la affronta con la sua soggettività: c'è chi si adatta, chi la nega, chi ne fa un cammino verso l'essenziale. Ma nessuno può sfuggirla, perché qualunque sia il modo e le circostanze in cui la solitudine è vissuta, essa è inerente alla unicità e nel contempo alla socialità della persona umana. Poiché l'uomo è un essere sociale che non può vivere al di fuori della relazione con altri essere umani, ma è anche un esse-

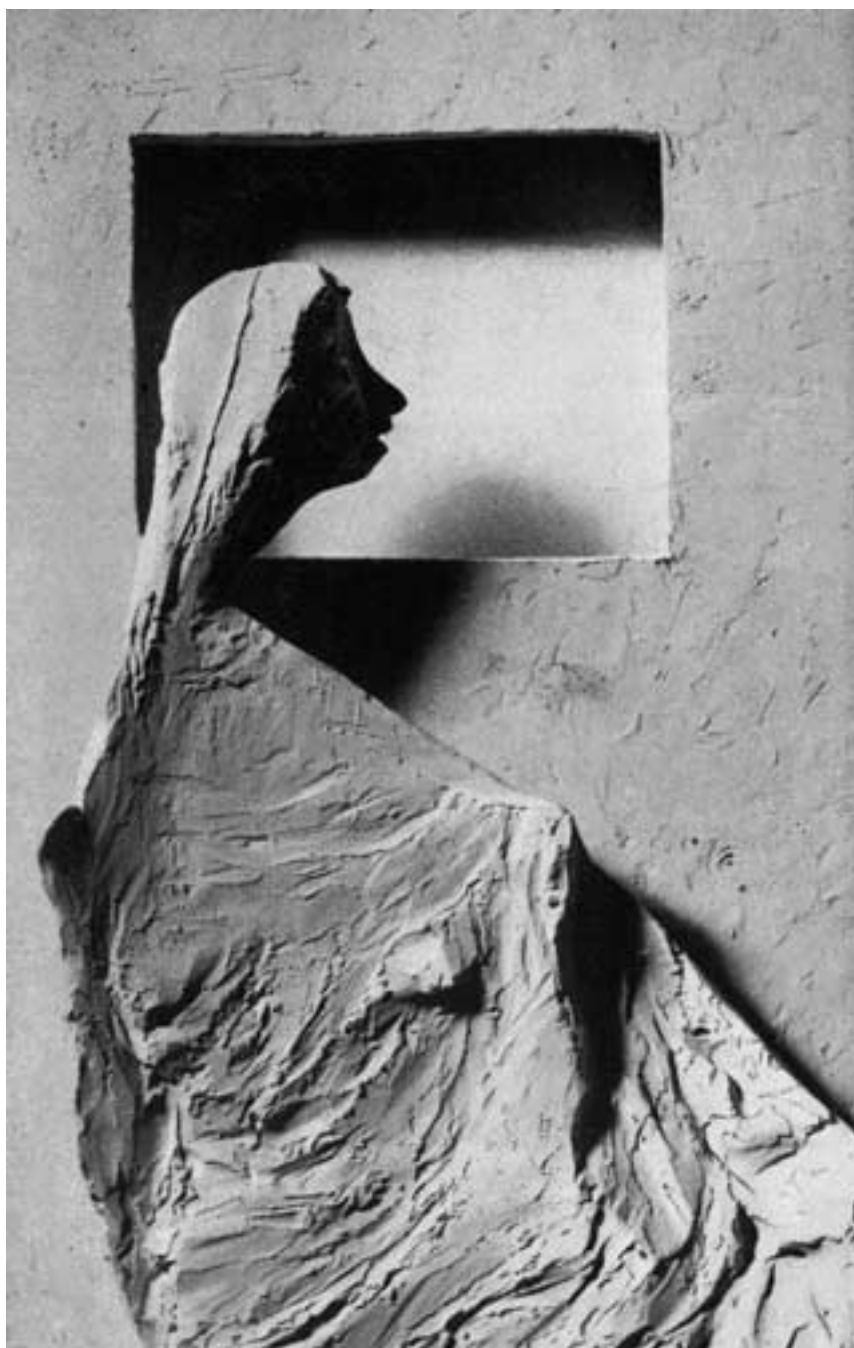
re unico, che non ha eguali; egli può comunicare con gli altri, stabilire rapporti di affetto, di amicizia, ma non può sottrarsi alla propria individualità; perciò deve continuamente conciliare i due aspetti opposti della sua natura, la unicità e la socialità.

In questo senso la solitudine viene ad assumere un duplice contrastante carattere che l'autore definisce "dolce-amaro". Dolce, quando la solitudine corrisponde al bisogno di libertà, di concentrazione e può essere scelta; amara, quando è fonte di infelicità, emarginazione, impossibilità di condividere con gli altri il proprio dolore fisico e morale o il travaglio di una scelta impegnativa per la vita.

Nell'approfondire il tema della solitudine egli esamina in particolare le situazioni più vicine alla sua esperienza, in primo luogo quella della malattia che genera dipendenza, perdita di identità e cagione di un insanabile dolore fisico. Attraverso un difficile cammino interiore egli arriva a dare un senso alla propria sofferenza, a considerare la malattia un tempo fecondo e non inutile. "È un'altra missione affidatami dallo Spirito, quella della compassione condivisa e della fedeltà nell'amicizia". Con queste certezze sostenute da una fede messa alla prova, ma vittoriosa, egli offre il proprio itinerario spirituale ai sofferenti affinché possano tentare di vivere con equilibrio la loro difficile condizione umana.

Particolare attenzione è dedicata alla situazione di quei preti che vivono una triste solitudine definita "presbiteriale", ossia legata ad un contesto che talvolta produce sia fenomeni di isolamento, di emarginazione rispetto alla "vita reale" degli altri, sia logoramento in chi ha lottato invano per divulgare il messaggio evangelico, oppure di cedimento per stanchezza, scivolamento nell'abitudine e nel conformismo.

Molta comprensione è data anche ad altre solitudini, quelle di chi è rimasto solo per vedovanza, divorzio, abbandono. In questa disamina emerge il tem-



La madre, la solitudine (scultura di Virginio Ciminaghi)

peramento libero e anticonvenzionale dell'autore, avendo lui stesso sperimentato la solitudine di chi si ribella all'abitudine, al consenso acritico della maggioranza, all'autoritarismo del potere, ed avendo alimentato con la protesta "una ricerca che porta al dubbio metodico e positivo".

Accenna poi al tema della solitudine anche da un punto di vista letterario offrendo attraverso un "girotondo filosofico" spunti di riflessione e confronto tra la propria concezione della solitudine e quella di diversi pensatori di altra ispirazione.

Saggiamente l'autore si rende conto

che il suo discorso volto alla ricerca di una solitudine positiva, ovvero di un tempo ritrovato per se stessi, può sembrare riservato ad esseri privilegiati, in grado per cultura, doti intellettuali, formazione religiosa, di riflettere sulla propria condizione umana e di pregare, non tanto per mendicare ciò che Dio non concede, ma per mantenere i contatti con Lui e quindi per ringraziarlo e lodarlo.

Certo non si possono ignorare le risorse culturali e religiose dell'autore. Anche da un punto di vista psicologico è probabile che la capacità di trasfigurare la sofferenza come lui l'ha vissuta, affon- di le radici nella sua storia personale.

Appare chiaro come lui abbia sperimentato un legame primario di "attaccamento sicuro" alla propria madre, la quale deve aver avuto con lui un rapporto speciale, influente sul suo orientamento di vita e sulla sua vocazione religiosa.

Tanti piccoli accenni ce lo fanno capire. Pur essendo il quinto di nove tra fratelli e sorelle, solo lui aveva avuto da bambino la disponibilità e la gioia di accompagnare la madre a messa di prima mattina; un momento privilegiato in cui la madre era solo per lui e tutta per lui. E quando rientrava dal collegio per le vacanze, mentre i suoi fratelli e i suoi compagni si divertivano, lui lavorava per portare qualche soldo alla famiglia e aiutava la madre nelle faccende domestiche, preoccupato per la di lei salute precaria, angosciato all'idea che morisse e lui rimanesse solo!

Così egli interpreta la nascita della sua vocazione "...amavo a tal punto mia madre che amare Dio, come lei lo amava, era amare lei. Diventare prete era una maniera per conciliare le due cose".

Riflettendo sul misterioso privilegio di questa rara esperienza, può venire spontanea al lettore una domanda: chi non possiede queste risorse, chi non ha sperimentato la sicurezza di essere amato, protetto, chi non può rifarsi a

motivazioni religiose per sublimare la propria condizione umana, come può fronteggiare la sofferenza di una solitudine non voluta e sentita come immeritata?

L'autore ammette l'esistenza di "solitudini irrisolvibili", senza nome, ed è ben consapevole che non bastano compassione e assistenza "per fare solo ciò che Dio può fare"; ma ritiene, come sacerdote, di poter portare la parola di Dio ai sofferenti, di fare entrare nella loro vita la potenza liberatrice dei sacramenti, attraverso l'amore.

Si può aprire allora un'altra domanda: chi non ha questo ruolo carismatico di mediatore tra Dio e gli altri uomini, ma che nella sua attività professionale accosta tante solitudini irrisolvibili, di quali risorse potrà disporre per far lievitare la speranza in esistenze avvilitate e apparentemente senza scopo?

Dalle appassionante argomentazioni dell'autore si può dedurre che accettare l'insufficienza del proprio bagaglio tecnico clinico per dare una risposta rigeneratrice al soffrire umano, può essere un primo passo; il secondo è riconoscere che per aiutare le persone in difficoltà esistenziale occorre mettersi in una relazione autentica ed empatica con esse contro la tentazione di abbandonare il campo o di difendersi con la neutralità affettiva. E così, davanti a certe dolorose solitudini legate al sentirsi rifiutati, ad essere vittime di ingiustizie, di pregiudizi, l'operatore che cura, aiuta, educa, può arrivare a interiorizzare tale dolore per dividerlo e non per rifiutarlo.

Accettare di entrare nel buio della relazione con l'altro può significare un impegno a camminare insieme alle persone che soffrono per individuare con loro le vie di uscita dalla disperazione, sia ricercando quello che esse possono fare con le loro pur limitate risorse, sia aiutandole a riconoscere anche quello "che non sanno di poter fare", ma soprattutto accompagnandole a riorganizzare la visione di sé e della realtà in modo più positivo e

ritrovare un "perché" per vivere.

Per l'autore la meta della sua ricerca è fare della solitudine uno stato di Grazia che ha il suo fondamento nell'accettare la nostra finitezza ed incompletezza umana per progredire verso quella pienezza spirituale "che sta dentro di noi". Si tratta di un'accettazione non passiva di una libertà interiore che consenta di vivere alle condizioni che gli sono accordate e di "scegliere di vivere" la sua solitudine in modo attivo.

Il percorso che l'autore presenta per sconfiggere "il nero scorpione" della solitudine strisciante è tutto suo, appassionato, ineffabile e poggia su premesse che danno significato alla sua vita, come la fede nell'amore di Dio, nella potenza liberatrice della Resurrezione e la certezza che in ogni uomo c'è una sorgente di amore.

In tal modo egli lancia un messaggio positivo che può essere accolto anche da chi non possiede le sue straordinarie risorse spirituali e cioè che dalla solitudine si può uscire attraverso un cammino di fede ma anche di maturazione umana.

Se è vero che la realtà non cambia, come egli afferma, cambia però il modo di guardarla, di misurare la propria capacità di essere adulti, di scoprire da sé come gestire la propria vita senza lamentarsi in modo sterile, senza aspettarsi tutto dagli altri.

Di qui il suo grido appassionato a quanti sono oppressi dalla solitudine senza scopo: "Per favore, non vivete come se foste già morti" ... "Provate ad avvicinarvi all'Ideale... Fate un passo, un solo passo per passare dallo stato di chi è isolato a quello di chi si sente solitario..." E ancora "...Come aspirare alla Gioia?... Restate appassionati... Gustate la vita!"

Dopo aver letto il libro tutto d'un fiato e averlo chiuso, non si può non sentirsi cambiati dentro e più disposti a cercare le risorse spirituali ed umane per affrontare con amore ed umiltà la solitudine nostra e quella del prossimo.

Milena Lerma

Notizie

Il laboratorio di maquillage correttivo dell'Ospedale Maggiore Policlinico. Bilancio operativo e sviluppi nazionali ed internazionali

Quando il trucco diventa l'unica opzione per mascherare inestetismi cutanei gravi o permanenti che minano l'immagine del paziente, è logico che questo intervento correttivo acquisisca un valore e una dignità di prestazione medica.

È infatti comprovato che ottenere un miglioramento del vissuto psicologico dei pazienti nei confronti dei loro difetti estetici comporti un miglior inserimento nella vita sociale. Per questo motivo, circa due anni or sono, grazie ad un lungimirante sodalizio tra l'Ospedale Maggiore Policlinico e la Roche-Posay, è nato il laboratorio di maquillage correttivo situato presso l'Istituto di Scienze Dermatologiche di via Pace 9.

Questo laboratorio è dotato di personale altamente qualificato composto dal dermatologo dott. Mauro Barbarelli, dalla psicologa dott.ssa Daniela Bovo e da due esperte truccatrici.

L'intento di questo laboratorio è quello di insegnare a mascherare, nel migliore dei modi ed il più rapidamente possibile, patologie cutanee congenite od acquisite, gravemente lesive per l'immagine del paziente (angiomi, cicatrici), difetti di pigmentazione come vitiligine; melanomi, esiti di acne, dermatite atopica.

Il dermatologo sottopone i pazienti a una visita di screening per verificare il tipo e l'estensione degli inestetismi e concordare con le truccatrici i pro-

dotti consoni da applicare. Le truccatrici insegnano ai pazienti selezionati le tecniche più idonee di trucco per ottenere la miglior correzione possibile degli inestetismi in un lasso di tempo accettabile (10-15 minuti).

Dopo aver insegnato tali tecniche, si invitano i pazienti a metterle in atto personalmente e a tornare dopo un periodo di prova (15-30 giorni) per una verifica.

La condizione psicologica dei pazienti, prima e dopo il maquillage correttivo, è vagliata dalla psicologa grazie a due questionari auto-compilati. Il primo, noto in letteratura come "*Social interaction self statement test*" (SISST), mira a valutare gli aspetti cognitivi collegati all'ansia nelle interazioni sociali. Il secondo, noto come "*Self report symptom inventory*", mira a valutare in generale le eventuali conseguenze psicologiche del paziente.

Dal 2000 ad oggi sono stati seguiti 249 pazienti di età compresa fra i due e i 78 anni (la maggioranza fra i 20 e i 40): 234 di sesso femminile e 15 maschile.

Tutti i pazienti sinora seguiti si sono detti soddisfatti delle tecniche di trucco acquisite puntualizzando di aver imparato a migliorare in maniera determinante la correzione dei difetti presenti e ad esaltare le qualità esistenti.

I risultati dei test eseguiti e di quelli in corso dimostrano un miglioramento significativo del profilo psicologico dei pazienti e una crescente autostima che va di pari passo con i risultati estetici ottenuti.

Questo nuovo approccio alla salute dei pazienti, inteso come miglioramento del benessere fisico e psichico tendente a un maggior inserimento nella vita sociale, ha suscitato notevole riscontro, non solo da parte dei malati, ma anche dei mass media e dell'amministrazione pubblica.

Infatti, alla luce del successo della nostra iniziativa, cinque nuovi centri di maquillage correttivo sorgeranno fra breve in ospedali di altre città italiane, equamente distribuiti sul territorio, a soddisfare le sempre crescenti richieste.

I risultati dell'esperienza di due anni di operatività del nostro Laboratorio sono stati presentati all'*American Academy of Dermatology* (New Orleans, 22-27 febbraio 2002), provocando notevolissimo interesse e specifiche richieste di collaborazione da parte di centri dermatologici americani.

Presso l'Università di Boston (prof. Falanga) sorgerà, con la nostra collaborazione e quella della Roche-Posay, il primo centro di maquillage correttivo degli Stati Uniti.

Il successo di questo progetto sottolinea l'importanza del curare nel paziente, al di là della patologia, il raggiungimento della sicurezza di sé attraverso l'immagine recuperata.

Il motto "*the better you look... the better you feel*" ovvero "meglio ti vedi... meglio ti senti" traduce in poche ed incisive parole questo progetto.

Ruggero Caputo

Cronache amministrative

primo trimestre 2002

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione amministrativa

- approvazione del contratto di fornitura di energia elettrica per l'anno 2002 a seguito dell'adesione al Consorzio Lombardia libera energie;
- piano d'emergenza: modifica della composizione del gruppo operativo mobile (Gom): nomina nuovi componenti;
- padiglione Sacco: realizzazione di reparto di terapia intensiva e degenza cardiologica presso il I° piano e di reparto di degenza per diagnosi e cura dell'ipertensione presso il II° piano;
- programma di taratura dosimetri e di taratura strumentale per l'anno 2002;
- manifestazione "I° incontro lombardo sulle malattie ipotalamo-ipofisarie" presso il Centro Congressi della Provincia di Milano, 21-23 marzo 2002;
- Congresso nazionale della Società Italiana di contattologia medica (S.I.Co.M.) Milano, 11/12 ottobre 2002;
- 8ª giornata italiana per la lotta alla sclerodermia, aula magna dell'Università di Milano, 9 marzo 2002.

b - ricerca scientifica

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano al programma di ricerca "Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie allergiche" (euro 80050,82);

- Ministero della Salute: programmi speciali ex art. 12 comma 2 lett. B) decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni ammessi a finanziamento per l'esercizio finanziario 2001: accettazione;

- Ministero della Salute: finanziamento dei programmi speciali ex art. 12 comma 2 lett. B) decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni per l'esercizio finanziario 2001;

- progetto a concorso n. 12: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 2 bandita con deliberazione n. 2475/2001;

- ricerca finalizzata 2000: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 5 bandita con deliberazione n. 2391 del 24.12.2001;

- ricerca finalizzata 2000, Alzheimer: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 6 bandita con deliberazione n. 2390 del 24.12.2001;

- partecipazione a Mosan Eurosalute, progetto WellEurope Fiera di Milano, 2-6 ottobre 2001.

c - servizio personale

- composizione delle Commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici per il personale del comparto di cui al D.P.R. 27.03.2001, n. 220;

- individuazione delle unità operative semplici;

- corsi di operatore tecnico addetto all'assistenza (O.T.A. – CAT. b): determinazioni; formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza n. 105/2001;

- riviste scientifiche dell'Ospedale Maggiore di Milano;

- prestazioni rese dagli infermieri in regime libero professionale;
- costituzione del nucleo di valutazione.

d - servizio provveditorato

- acquisto di immunoglobuline endovenose aspecifiche (7s);
- acquisto di nastri per suture cutanee e telini per incisione, sterili;
- acquisizione di un monitoraggio magnitudine e un ventilatore amagnetico da installare presso la nuova risonanza magnetica pad. Beretta ovest, aggiudicazione;
- fornitura triennale di deflussori per soluzioni perfusionali, trasfusori per sangue, deflussori urologici, aggiudicazione;
- acquisto di apparecchiature per il laboratorio centrale di medicina molecolare, finanziamento del Ministero della Sanità, in conto capitale 1998 lire 2.300.000.000: indizione;
- fornitura urgente di materiale per il servizio di neuroradiologia; formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza n. 1 del 2.1.2002;
- fornitura triennale di piastre monouso per elettrobisturi: aggiudicazione;
- fornitura di Biopsy punch e durette per dermatologia: aggiudicazione;
- fornitura di dispositivi per anestesia e rianimazione: rinnovo;
- acquisto di un sistema di radiologia digitale diretta dedicato alla radiologia del torace da installare presso la radiologia del padiglione Sacco: aggiudicazione;
- fornitura di materiale per la clinica urologica: indizione;
- fornitura di materiale per radiologia interventistica, prevalentemente epato-biliare: indizione;
- fornitura biennale di dispositivi medici per clima opaco: aggiudicazione;
- fornitura triennale di un sistema chiuso per il trasporto e la conservazione dei campioni per l'esecuzione di urinocoltura: indizione;
- fornitura di defibrillatori impiantabili automatici e pacemaker per impieghi speciali, a carattere di unicità: aggiudicazione;
- fornitura di materiale diverso per l'unità operativa di chirurgia vascolare e dei trapianti di rene:

- indizione;
- fornitura di dispositivi per il tempo di emorragia Simplate II: indizione;
- fornitura di cassette radiografiche per sistema Fuji;
- fornitura di materiale per il servizio di neuroradiologia: aggiudicazione;
- fornitura biennale di generatori di tecnezio 99m a secco e a umido, tallio 201 e gallio 67 citrato: indizione;
- fornitura di fattori della coagulazione diversi: indizione;
- fornitura "in service" di un sistema diagnostico per immunodosaggi di marcatori cardiaci;
- fornitura biennale di micropipette, pipette automatiche, dispensatori e relativo materiale di consumo di marca Eppendorf e Gilson: aggiudicazione;
- fornitura di impianti cocleari retroauricolari a carattere di unicità, per l'Unità operativa di otorinolaringoiatria, pad. Moneta;
- determinazioni per il noleggio autovetture per quattro anni a far tempo dall'1.10.2001, utilizzo di convenzioni;
- rinnovo abbonamenti a pubblicazioni e riviste per la biblioteca scientifica per due anni a decorrere dall'1.1.2002: aggiudicazione;
- rinnovo degli abbonamenti alle riviste tecnico scientifiche e tecnico amministrative per l'anno 2002;
- acquisto dell'Enciclopedia del diritto;
- acquisto di coperture sterili per apparecchiature;
- acquisto di una macchina da stampa offset per il servizio stamperia interna;
- acquisto di apparecchiature fax per diversi reparti dell'Ospedale con utilizzo di convenzioni;
- acquisto di prodotti cartacei monouso per l'anno 2002.

d - servizio tecnico

- manutenzione preventiva dei gruppi elettrogeni dell'Ospedale per l'anno 2002: aggiudicazione.

e - servizio patrimoniale

- acquisto di n. 3850 pioppelle da radicare sui poderi dell'Ente nella stagione silvana 2001/2002 (euro 5.030,55 Iva e trasporto compresi).

f - servizio ragioneria

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Ospedale regionale di Lugano (CH);
- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di degenti presso l'Azienda ospedaliera "Ospedale San Gerardo di Monza", rinnovo per l'anno 2002;
- convenzione per l'esecuzione di consulenze in terapia intensiva a favore di pazienti neurolesi degenti presso il presidio ospedaliero di Correggio dell'AUSL di Reggio Emilia;
- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda USL di Rimini;
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale civile di Vimercate per determinazioni di amianto in campioni massivi, rinnovo per l'anno 2002.

g - servizio informatica

- sistema telefonico dell'Ospedale Maggiore: interventi di revisione del sistema di telefonia mobile e scelte in materia di traffico telefonico per la telefonia fissa, la telefonia mobile ed i servizi telefonici per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali (importo euro 460.000 Iva inclusa).

h - contributi e beneficenza

L'Associazione Amici della chirurgia pediatrica "Cieli Azzurri" ha donato un'apparecchiatura destinata al Centro trapianto del fegato e del polmone.

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 02-5503.8311/02-5503.8376

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