



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 1 - 2003

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 1 - 2003

sommario

	pagina
Ai lettori	1
La Festa del Perdono 2003	2
La cerimonia religiosa - Omelia <i>cardinale Dionigi Tettamanzi</i>	3
Incontro su "la ricerca al servizio della persona"- coordinamento <i>Giuseppe Di Benedetto</i>	6
Il saluto del Rettore dell'Università degli Studi <i>Enrico Decleva</i>	6
Istanze etiche <i>cardinale Dionigi Tettamanzi</i>	8
Venti mesi di lavoro verso l'obiettivo <i>Giuseppe Di Benedetto</i>	14
La lezione della storia <i>Giorgio Rumi</i>	17
La ricerca, oggi, nell'Ospedale Maggiore <i>Ferruccio Bonino</i>	18
Intervento conclusivo dell'incontro <i>ministro Girolamo Sirchia</i>	20
I benefattori dell'Ospedale: gli ultimi ritratti <i>Anna Maria Salvadé, Daniele Cassinelli</i>	23
* * * * *	
Editoriale - Sanità ed economia <i>Marco Vitale</i>	26
Nel tempo del dolore <i>Gianfranco Ravasi</i>	35
La professione della cura: ieri, oggi, domani <i>Giorgio Cosmacini</i>	38
La degenerazione maculare senile: cos'è e cosa si può fare di concreto oggi per curarla <i>Roberto Ratiglia</i>	42
Psichiatria, famiglia e società: congresso internazionale <i>Carlo Lorenzo Cazzullo</i>	46
Progetto Ambulatori: il "Lamarmora" e le novità per i nostri pazienti <i>Silvana Castaldi</i>	48
Un ricordo di Attilio Rossi, amico di Mirasole, pittore, grafico, editore <i>Ernesto Brivio</i>	50
Per ricordare il professor Luigi Donati <i>W. M.</i>	51
Asterisco	51
Recensione <i>Giancarlo Dal Sasso</i>	52
Cronache amministrative	53

La copertina

Annunciazione di Pier Francesco Mazzucchelli, detto il Morazzone (prima metà del sec. XVII - Dalle Raccolte d'arte dell'Ospedale Maggiore)

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Ufficio Stampa dell'Ospedale Maggiore. Direzione, redazione, amministrazione: via F. Sforza 28, 20122 Milano, telefoni 02-55038311 e 02-55038376 - 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

Il fascicolo si apre con la tradizionale celebrazione della Festa del Perdono, atteso biennale incontro del più antico ospedale con la sua città. Incontro portatore, quest'anno, di presenze nuove: il cardinale arcivescovo Dionigi Tettamanzi parroco della Ca' Granda, il rettore dell'Università degli Studi prof. Enrico Decleva, il commissario straordinario dell'Ospedale dott. Giuseppe Di Benedetto.

Ricca e circostanziata, nelle pagine che seguono, la cronaca della manifestazione religiosa e civile insieme, iniziata come sempre nella chiesa secentesca dell'Annunciata con la celebrazione eucaristica presieduta dal Cardinale, proseguita nell'aula magna dell'Università per l'incontro sulla "Ricerca al servizio della persona" e conclusasi con la "affettuosa" premiazione dei dipendenti collocati a riposo nel biennio 2001-2002.

Anna Maria Salvadé e Daniele Cassinelli presentano gli ultimi quadri dei Benefattori dell'Ospedale, realizzati dopo la celebre Mostra di Palazzo Reale del 1981 e destinati alla Quadreria ospedaliera.

Una novità per tutta l'annata 2003, nell'iter consuetudinario della rivista: l'editoriale di autorevole firma. Dall'antichità ai giorni nostri salute, economia, politica, formazione sono ambiti coerenti. Per noi qui il prof. Marco Vitale su "sanità ed economia".

"La sofferenza non è mai solo una questione fisica, ma coinvolge simbolicamente corporeità e spiritualità. Essa può contemporaneamente generare disperazione e speranza, tenebra e luce (...) ma può anche divenire luminosità interiore e catarsi (...)": un dono per noi l'attesa pagina "Nel tempo del dolore" di mons. Gianfranco Ravasi.

Giorgio Cosmacini propone ai nostri lettori le motivazioni ideali e le istanze morali che danno continuità storica alla perenne e pur sempre nuova "professione della cura".

Un gruppo di lettori ha chiesto che la rivista si occupasse di una malattia, la "maculopatia retinica senile", oggi un vero problema medico-sociale. Nella risposta circostanziata l'esperienza e la competenza del prof. Roberto Ratiglia.

Auspicato ritorno sui temi della famiglia e della società nell'ambito psichiatrico e psicologico. Scrive il prof. Carlo Lorenzo Cazzullo: "la famiglia colpita in un suo congiunto è ancora negletta, non ha sicuri punti di riferimento, non è sufficientemente seguita: è nostro compito prendercene cura non solo nella malattia, ma anche nell'angoscia e nel disagio".

Il padiglione Lamarmora con il suo poliambulatorio, le sue vicende di organizzazione, di assistenza, di crescita a due anni dall'apertura e con promettenti programmi futuri, nella attenta esposizione di Silvana Castaldi.

Una bella pagina culturale di Ernesto Brivio, prezioso amico e collaboratore della rivista, ricorda Attilio Rossi, altrettanto caro e illustre amico del quale il nostro Ospedale vanta presenze nella sua Quadreria e le vanterà a Mirasole per una serie di personalissimi disegni.

Anche in questo numero purtroppo dobbiamo fare memoria di una dolorosa scomparsa nel nostro mondo universitario e ospedaliero: il prof. Luigi Donati.

Chiudiamo con l'asterisco e le consuete rubriche.

La Festa del Perdono 2003

Particolarmente attesa per le celebrazioni della Festa del Perdono 2003 la presenza del Cardinale Dionigi Tettamanzi al suo primo incontro con il “suo” Ospedale: il Cardinale di Milano è per antica tradizione parroco della Ca’ Granda.

Presenti il Ministro della Salute prof. Girolamo Sirchia, il commissario straordinario dell’Ospedale dott. Giuseppe Di Benedetto, il direttore scientifico dott.

Ferruccio Bonino, funzionari, dirigenti, visitatori, medici, la comunità ospedaliera si è raccolta nella partecipazione alla celebrazione eucaristica presieduta dal Cardinale.

Espressione affettuosa e di gratitudine rivolta al Presule il saluto di mons. Piero Cresseri, rettore vicario del nostro Ospedale:

“Eminenza reverendissima, a nome della grande famiglia dell’Ospedale Maggiore Le do il

benvenuto e, interpretando i sentimenti di tutti, Le esprimo la gioia di averLa per qualche ora tra noi.

È un saluto cordiale e sincero perché Lei è il nostro Arcivescovo e, caso unico in diocesi, Lei è anche il parroco della nostra parrocchia ospedaliera.

Oggi celebriamo la ricorrenza liturgica di Maria Santissima Annunciata, patrona della parrocchia, che richiama a tutti, con un sì deciso e pieno, il valore della disponibilità alla volontà di Dio.

Oggi è anche la “Festa della perdono” come anticamente veniva chiamata, cioè il giorno dell’indulgenza plenaria: ecco il perché del nome “Festa del Perdono” e quindi della via “Festa del Perdono” dalla quale si accede all’Università Statale e a questa chiesa parrocchiale dell’Ospedale Maggiore Policlinico. Il “Perdono”, l’Indulgenza, si acquista visitando questa chiesa e le altre chiese della Ca’Granda alle solite condizioni prescritte. E noi vogliamo conservare questa secolare tradizione iniziata nel 1459, cioè 544 anni fa!

E ora celebriamo l’Eucaristia, desiderosi di ascoltare la parola che vorrà rivolgerci questa mattina.”



L’arrivo di Sua Eminenza il cardinale Dionigi Tettamanzi, accolto nella sede amministrativa dell’Ospedale Maggiore dal Commissario straordinario, dal Rettore vicario e da altre autorità ospedaliere.

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

“Carissimi, saluto ciascuno di voi con la più viva e fraterna cordialità; anzi il mio è un saluto affettuoso, molto affettuoso, come si conviene a un parroco che vuole raggiungere il cuore dei suoi parrocchiani, che vuole raggiungere il cuore di tutti i membri di questa grande famiglia dell’Ospedale Maggiore.

Sono particolarmente contento oggi di condividere con voi questa festa della perdonanza, come si diceva in passato, la Festa del Perdono come diciamo oggi, festa che avviene nel contesto di una liturgia che ci vuole fare memoria di un mistero centrale nella storia del mondo, il mistero dell’Annunciazione. È un mistero che ci è descritto in un quadro bellissimo del Vangelo di San Luca, un quadro che in qualche modo è raffigurato anche davanti a noi, lo possiamo in qualche modo contemplare. Ora lo vogliamo contemplare in un senso più bello e più suggestivo proprio cercando di cogliere il significato dell’Annunciazione non soltanto nei riguardi di Maria, ma anche nei riguardi di ciascuno di noi, della nostra vita, dei nostri problemi, delle nostre difficoltà e insieme anche delle nostre speranze. Che cosa si dice in questo quadro dell’Annunciazione? Si dice in sintesi che esiste un abbraccio profondo tra due grandi amori: l’amore di Dio per Maria e per noi, l’amore di Maria e l’amore nostro nei riguardi di Dio. La prima riflessione dunque la vogliamo spendere sull’amore di Dio nei riguardi della vergine di



La celebrazione eucaristica nella secentesca chiesa dell’Annunciata presieduta dal Cardinale Arcivescovo: alcuni momenti della cerimonia.



Nazaret e nei riguardi di ciascuno di noi. Sì, Dio è sempre ricco di sorprese: entra nella vita di una persona e la sconvolge, la sconcerta, la apre a qualche cosa di grandioso e talvolta di inimmaginabile; sì, chiede a questa ragazza di Nazaret la sua carne perché vuole fare di questa carne la carne del Figlio di Dio, che desidera entrare nella vicenda umana, che desidera farsi uomo come noi, che desidera diventare salvatore di tutti e di ciascuno di noi.

Dio entra nella vita di Maria, entra, se si può, per così dire, adagio adagio, ma in maniera sempre più chiara e sempre più forte; entra innanzitutto con questo saluto dell'angelo: "Rallegrati, o piena di grazia, il Signore è con te"; e il significato più vero, più bello, più entusiasmante, più sorprendente di questo saluto la vergine verrà a conoscerlo solo adagio adagio, man mano che il Signore rivela che cosa significa essere piena di grazia, che cosa significa poter sperimentare la vicinanza, anzi l'intimità con Dio: significa che questa donna è chiamata a diventare, come donna, dunque come nostra sorella in umanità, la madre di Dio, la Theotokos.

Dunque Dio ha un grandioso disegno d'amore per questa donna, non solo per questa donna, ma per tutti gli uomini, per ogni uomo, perché il progetto di Dio è di fare di tutti e di ciascuno di noi non semplicemente una persona che ha un'incommensurabile dignità ma di fare di tutti gli uomini e di ogni uomo un figlio di Dio, dunque con una dignità ancora più grande, ancora più meravigliosa. Quello che sto dicendo non è poesia, non

è sogno, non è utopia: questa è una realtà, la realtà più vera, anche se purtroppo tante persone forse non la conoscono. Questo è un punto che mi pare decisivo perché vale per ogni persona nessuna esclusa, quindi al di là di ogni discriminazione.

Ma vale anche per la persona nel momento della precarietà, di quella precarietà che si esprime così frequentemente nel momento della malattia e ancora più frequentemente in quello della sofferenza. Anche il malato, anche il sofferente è persona, anzi secondo il progetto di Dio è figlio di Dio. È una verità formidabile questa, dal momento che tutti subiamo una crisi nei momenti della malattia e della sofferenza, una crisi che spesso è vera crisi di fede: dubitiamo, certe volte fortemente, che Dio sia colui che ci ama, che ci è vicino, che non ci abbandona, che non ci dimentica e invece dobbiamo, nella fede, una fede da rinnovarsi con convinzione e con dedizione, dobbiamo dire che questo non è vero; è vero piuttosto che Dio ci è vicino, che Dio non ci abbandona, che Dio vuole essere nostro Padre e noi siamo suoi figli. Di qui allora la dignità, la grandezza, il valore di ogni persona, anche malata e sofferente; di qui allora il compito di tutti noi, che siamo vicini in mille forme al malato e al sofferente, di stimare e riverire, anzi, in qualche modo di venerare questa dignità personale, questo valore nuovo, evangelico, cristiano, della vita, anzi dell'essere stesso del malato e del sofferente.

Ma c'è una seconda riflessione che con voi voglio condividere, e

questa riguarda l'amore di Maria nei riguardi di Dio e del suo progetto; sì, man mano che la Madonna viene a conoscere il disegno di Dio, cresce in lei la disponibilità ad accoglierlo nel segno della fiducia e del coraggio. Ma qui, invero, l'evangelista Luca mette in luce per così dire la difficoltà che la Madonna ha incontrato e ha cercato di superare, perché di fronte al saluto dell'angelo comincia ad essere profondamente turbata; ha bisogno di una spiegazione e la chiede, la chiede ripetutamente; ma quando la spiegazione viene data e viene detto con chiarezza che il disegno di Dio è onnipotente ed efficace e la sua carne diventerà davvero la carne del Figlio di Dio, la Madonna si arrende o meglio, con tutta la sua libertà si consegna a questo disegno di Dio; infatti il quadro di Luca si conclude con queste straordinarie parole che riassumono tutta la spiritualità della Vergine Madre: "Eccomi, sono la serva del Signore; si faccia secondo quanto tu hai detto". La Madonna in libertà, e dunque con amore, dice il suo sì a Dio e al suo disegno: consegna dunque non semplicemente la sua carne umana, consegna qualcosa di più prezioso, consegna il suo cuore, la sua vita perché attraverso di essa davvero si compia questo evento della storia del mondo, l'evento dell'Incarnazione, della venuta del Figlio di Dio come nostro unico e necessario Salvatore. Ebbene, questo sì della Madonna, come ci ha ricordato in particolare la seconda lettura, che peraltro è stata anticipata dal salmo responsoriale, ecco questo sì della Madonna è semplice-

mente l'eco e in qualche modo il prolungamento di un altro sì ben più importante e decisivo: è il sì del Verbo eterno di Dio che accoglie il disegno del Padre e accetta questa umiliazione di farsi uomo, di farsi carne umana, anzi di farsi carne crocifissa, dunque lacerata e dolorante per la nostra salvezza, che significa per la nostra vita nuova, per il nostro vero bene, per la nostra felicità. La Madonna dice sì in qualche modo sostenuta e incoraggiata dal sì del Verbo incarnato; sì, in questo momento, nel quale nel suo grembo s'accende la vita umana del Figlio di Dio, si incontrano il sì del figlio eterno di Dio e il suo sì. Il senso della nostra vita è di dire il sì che veramente conta e cioè che siamo chiamati a dirlo al progetto di Dio e alla sua ricchezza. Il Signore ci vuole grandi, però pronti a compiere lo stesso cammino che Lui ha compiuto; è stato un cammino di fatica, di sofferenza, di prova, di dolore, di croce, di morte e allora noi dobbiamo aiutare noi stessi e aiutare gli altri nella vita a saper dire di sì, saper accogliere la volontà del Signore. La volontà del Signore certe volte è di riuscire ad essere guariti grazie alle cure, alla scienza, all'assistenza, all'impegno dei medici, degli infermieri, dei volontari, dei familiari, di tante persone che amano il malato; ma talvolta il sì alla volontà di Dio è più pesante e inquietante perché alla fine, forse in alcuni casi, si tratta di dire di sì a una volontà che ci sorprende, che ci inquieta, ma che pure è destinata al nostro vero bene. Ecco, io chiedo a tutti voi, meglio chiedo al Signore che ciascuno



Altri momenti della concelebrazione eucaristica.



nella sua vita sappia dire di sì al Signore attraverso l'impegno quotidiano più convinto, più generoso, più fedele al proprio dovere, che significa amare e servire gli altri cominciando dalle persone più povere, bisognose, malate e disperate perché amando e servendo gli altri noi, come Maria, amiamo e serviamo il Signore”

Suggestiva e molto apprezzata l'esecuzione di canti liturgici della Polifonica Santa Cecilia della parrocchia di Prato Centenaro diretta dal maestro Franco Mandirola.

Conclusa la cerimonia religiosa, il Cardinale, le autorità e le persone convenute hanno raggiunto l'aula magna dell'Università degli Studi, gentilmente concessa, per la partecipazione all'adunanza commemorativa, che tradizionalmente propone l'incontro del più antico ospedale milanese con la sua città. Presenti il Ministro della Salute, il vice prefetto vicario Francesco Paolo Tronca in rappresentanza del Prefetto, autorità istituzionali, personalità del mondo universitario e ospedaliero, rappresentanti della stampa e degli organi d'informazione, rappresentanze delle numerose associazioni volontaristiche e del personale religioso e laico ospedaliero.

Al tavolo della presidenza, accanto al commissario straordinario del “Maggiore” Giuseppe Di Benedetto, il cardinale Dionigi Tettamanzi, il rettore dell'Università, Enrico Decleva, i relatori Giorgio Rumi, ordinario di storia



Conclusa la cerimonia religiosa, le autorità e le persone convenute si avviano dall'antico cortile del Richini verso l'aula magna per l'adunanza commemorativa.

contemporanea dell'Università e Ferruccio Bonino, direttore scientifico del “Maggiore”.

Coordinatore della mattinata il commissario Di Benedetto, che ha aperto la cerimonia civile della festa:

Il mio primo saluto a Sua Eminenza il Cardinale Arcivescovo, parroco dell'Ospedale Maggiore per antica tradizione, che ha da poco terminato di celebrare la Messa. Rivolgo a lui un grazie particolare per quanto ci ha trasmesso nella sua omelia e per essere tra noi anche per l'adunanza commemorativa della festa, nonostante impegni urgenti lo chiamassero altrove.

La nostra Festa del Perdono, iniziata con la solenne cerimonia religiosa, prosegue ora con l'incontro sul tema “La ricerca al servizio della persona”.

Saluto e ringrazio le autorità istituzionali e civili, le autorità acca-

demiche presenti per la loro partecipazione a questa iniziativa, che si propone di rinverdire i valori tradizionalmente espressi dalla Festa del Perdono. Grazie al Rettore, che come me è alla sua prima presenza alla Festa del Perdono, e che rinnovando una tradizione a noi cara ci ospita in questa bella sede.

Al Rettore l'invito a voler dare inizio al nostro incontro.

IL RETTORE

Eminenza, Signor Ministro, Autorità, Colleghi, Signore e Signori, di solito il Rettore prende la parola in queste circostanze per fare gli onori di casa. Oggi non è così. In occasione della Festa del Perdono, così profondamente legata alla vita e alla storia della Ca' Granda, ritengo più giusto sentirmi anch'io semmai un ospite e immaginare che questo edificio, tutto questo edificio, e quindi anche l'aula magna nella quale ci

troviamo, ritorni simbolicamente, per la durata dell'odierna celebrazione, all'ente ospedaliero, allo "Hospitale Grande" al quale tanto dobbiamo anche come ateneo.

Sicuramente una Università di Stato a Milano si sarebbe fatta comunque nell'Italia degli anni '20; è però certo che la nostra Università si è configurata così come si è configurata grazie, in modo particolare, al rapporto che si è instaurato allora con l'Ospedale e con gli Istituti Clinici che stavano intorno. L'ateneo ha dunque nei confronti dell'Ospedale un motivo di gratitudine storica di cui non dobbiamo dimenticarci, così come non dobbiamo e non possiamo dimenticare l'importanza che riveste per la nostra Università - un'università che non ha neanche ottant'anni - disporre di un edificio (e di quale bellezza!) che di anni ne ha oltre cinquecento. Riteniamo, d'altra parte, di non avere demeritato, rispetto al privilegio che ci è stato concesso, potendo disporre di un tale retroterra storico, debitamente valorizzato presso i visitatori stranieri e i molti partecipanti ai congressi e alle iniziative scientifiche che si svolgono in questa sala. E' per l'Università un motivo di orgoglio, credo legittimo, il riconoscimento che le viene dalle classifiche nazionali che la pongono al primo posto per produttività scientifica proprio in campo medico, clinico-biologico, chimico farmaceutico. Inutile dire che una parte non indifferente del lavoro che ci ha meritato un tale riconoscimento deriva dalla collaborazione con l'Ospedale Policlinico.

Il passato, del quale parlerà tra poco l'amico e collega Giorgio Rumi, costituisce un motivo di gloria ma anche un fattore di responsabilità. L'Ospedale è stato ogni volta, rispetto ai tempi, un istituto di assoluta avanguardia; lo è stato alle sue origini dal punto di vista anzitutto architettonico, della sua progettazione strutturale sul modello toscano, lo è stato poi dal punto di vista organizzativo, assistenziale, dell'esercizio della pietà. Successivamente lo è stato dal punto di vista scientifico, via via che la scienza medica è progredita e ha trovato nell'ospedale un suo punto di riferimento essenziale. Questo Ospedale è stato per decenni il più grande ospedale italiano. A un certo punto, nel corso degli anni '30, si è anche pensato, nello scorporo che si immaginava potesse avvenire dopo la realizzazione dell'Ospedale nuovo di Niguarda, alla realizzazione di un vero e proprio Policlinico Universitario. Fu trovato anche il terreno dove farlo sorgere, fu anche creata una fondazione alla quale darlo in gestione. Poi però venne la guerra e tutto fu bloccato.

La guerra, una fondazione... La storia è bizzarra, inquietante, per fortuna di solito non si ripete e quindi l'augurio che non si può non fare in questa giornata è che la guerra in corso in Iraq finisca presto senza conseguenze irreparabili e che la Fondazione, questa volta, la Fondazione che dovrà dar vita a un nuovo grande Ospedale, di concezione modernissima e di forte valenza sia per la ricerca sia per l'assistenza clinica, non rimanga sulla carta. Come Università, e credo di poter parlare a pieno titolo in rappresentanza della nostra Facoltà medica, noi siamo a disposizione con le nostre competenze, le nostre capacità, il nostro impegno, pronti a fare la nostra parte. Siamo consapevoli che talvolta la nostra presenza crea, o può creare, qualche inconveniente; pensiamo che però questo sia compensato ampiamente dagli apporti scientifici, culturali, clinici, formativi di alto livello, che la nostra Facoltà medica ha dato e continuerà certamente a dare. Come ha detto il commissario Di Benedetto, questa è la prima volta

In aula magna i relatori al tavolo della presidenza. Parla il Rettore dell'Università degli Studi.



che ho l'occasione come Rettore di partecipare alla Festa del Perdono. Lo faccio con particolare piacere e rinnovo il mio ringraziamento più vivo anzitutto a Sua Eminenza per la sua presenza qui, per le parole che ha pronunciato nella sua chiesa e per le parole che ci dirà ora. Grazie.

Grazie al Rettore e grazie per aver ricordato con tanta partecipazione i vincoli antichi che legano da sempre le nostre due istituzioni.

Sua Eminenza l'Arcivescovo ci fa dono della sua parola sulle "istanze etiche", di richiamo al mondo della ricerca al servizio della persona.

IL CARDINALE

Ringrazio di cuore dell'invito che mi è stato rivolto: l'invito a condividere con voi alcune riflessioni sulle "istanze etiche" che sono implicate in una ricerca scientifica chiamata a porsi al servizio della persona.

Si tratta di riflessioni che toccano un aspetto indubbiamente importante, anzi essenziale della ricerca: un aspetto peraltro che riguarda ciascuno di voi nel vostro quotidiano impegno verso i malati e i sofferenti, che fa parte della vostra sensibilità umana e che mette radici in quel fenomeno universale e decisivo per l'esistenza di tutti noi qual è la coscienza morale.

Entro dunque, con delicatezza e insieme con coraggio, nell'argomento affidatomi.

L'etica nell'attuale situazione socio-culturale

In primo luogo vogliamo "contestualizzare" il tema delle istanze



L'intervento del cardinale arcivescovo Dionigi Tettamanzi.

etiche, vogliamo cioè affrontarlo nell'ambito della nostra attuale situazione sociale e culturale.

E' una situazione quanto mai complessa e aggrovigliata, perché intessuta di tendenze tra loro assai diverse, se non addirittura contraddittorie. E questo ha la sua inevitabile ricaduta anche sulla problematica etica circa la ricerca scientifica, sia quella cosiddetta di base sia quella di applicazione tecnologica.

In realtà, per quanto riguarda la ricerca rileviamo, da un lato, che parlare di istanze etiche per tante persone e gruppi è qualcosa di *ovvio* e di *scontato* (non si può non parlarne), anzi qualcosa di *necessario*, di *urgente* (si deve parlarne), di fronte ai gravi rischi o alle drammatiche conseguenze per il singolo e per la società che la scienza – e in particolare nelle sue più diverse applicazioni – può comportare.

Dall'altro lato, sempre per quanto riguarda la ricerca, rileviamo un

atteggiamento opposto: quello di un rifiuto o comunque di un'alergia per un discorso che pretende di richiamare le istanze etiche. E' riscontrabile in tanti un atteggiamento di *rifiuto* dell'etica, spesso per un'errata interpretazione negativa o proibizionista dell'etica stessa: come se questa comportasse sempre e solo una serie di proibizioni, destinate pertanto a bloccare la scienza e la tecnica. In altri troviamo una specie di *allergia* al discorso etico, come se questo costituisse una minaccia alla propria libertà e alla propria autonomia.

Si tratta, come possiamo facilmente constatare, di *linee culturali molto diffuse*, che danno origine a una mentalità comune e che riguardano tutti o quasi i più svariati problemi della vita. In questo senso si suole parlare di "*crisi del senso morale*": si tratta di una crisi che, il più delle volte, nasce e cresce sul terreno di una interpretazione pesantemente soggettivi-

stica e individualistica dei problemi della vita, come se il bene e il male fossero individuati e decisi dal singolo individuo a partire soltanto dalla sua opinione o convinzione soggettiva, per non dire arbitraria. In una simile prospettiva, non è difficile avvertire che alla radice di questa crisi ne sta un'altra, molto più grave e deleteria: *la crisi circa la verità*, come qualcosa che non è inventato o costruito dall'uomo e quindi non è da lui manipolabile, ma che all'uomo si offre come suo bene.

I poli dell'etica: il vero bene dell'uomo e la sua libertà

Per questi motivi, non possiamo limitarci a descrivere l'attuale situazione sociale e culturale in tema di etica, e in particolare di etica della ricerca. Dobbiamo piuttosto impegnarci in una riflessione seria, approfondita, propriamente scientifica del fatto etico come tale.

E per anticipare alcune conclusioni di questa stessa riflessione sull'etica possiamo già rilevare, in netto contrasto con la mentalità comune, che *l'etica non è qualcosa di frenante, bensì qualcosa di liberante*. Certo, alcune volte essa dice dei "no", ma questi sono le conclusioni logicamente coerenti di altrettanti "sì". Infatti, per poter custodire seriamente e promuovere efficacemente un bene o un valore, diventa necessario accettare una rinuncia o un divieto. Ma in questo caso, una simile rinuncia e un simile divieto solo apparentemente potranno essere qualificati come un freno, un limite, un blocco; perché, in profondità, si configurano come una liberazio-

ne, una promozione, una ragione di crescita e di perfezione.

Altra conclusione, sempre in contrasto con la mentalità comune: *l'etica non è qualcosa di estrinseco o di sovrapposto, bensì qualcosa di intrinseco alla persona*; non è imposta dall'esterno, ma è stampata dentro la persona stessa. In realtà, non sono gli altri ad imporre a noi le esigenze etiche, ma è da noi stessi che provengono queste istanze: da noi stessi, ossia dal nostro stesso essere di persona, considerato nella sua struttura, nei suoi dinamismi e nelle sue finalità. L'etica, dunque, è *un'istanza della persona come tale*.

Vogliamo, anzi dobbiamo essere molto più concreti, riferendoci all'uomo, all'uomo che siamo ciascuno di noi e che sono tutti gli altri che incontriamo e con i quali viviamo. L'etica, proprio come istanza della persona, vive scorrendo per così dire *tra due poli fondamentali*, che costituiscono i due elementi essenziali e necessari dell'etica stessa.

Il primo polo è *il vero bene dell'uomo*: questo vero bene è il fine, il senso, la meta del vivere e dell'operare dell'uomo. Per questo l'uomo è nato fatto per il vero bene, è dunque polarizzato ad esso. Solo se segue questa sua polarizzazione, e quindi solo se desidera, ama e compie il vero bene, l'uomo si realizza come uomo, porta a compimento la sua "umanità", ottiene quella felicità di cui ha fame e sete in tutte e al di là di tutte le cose.

Il secondo polo è *la libertà dell'uomo*. Sì, di fronte al suo vero bene l'uomo è libero, e con questa sua libertà egli "tiene in mano se

stesso", come direbbe il grande san Tommaso d'Aquino. Ma come l'uomo si tiene in mano? I modi sono due: il modo semplicemente "arbitrario", per cui l'uomo può dire o di sì o di no al suo vero bene; e il modo propriamente "responsabile", per cui l'uomo dice di sì al suo vero bene. E' questa la vera libertà, la libertà matura, quella che dà la possibilità all'uomo di essere se stesso, e dunque di essere pienamente coerente con i suoi valori e con le sue autentiche esigenze.

Possiamo allora dire che: senza il vero bene dell'uomo, come suo fine, e senza la libertà, come sua condizione, non si dà etica. Come abbiamo detto, sono i due elementi "essenziali e necessari". In particolare il fine dell'uomo può essere raggiunto in modo autenticamente umano solo in libertà. Il fine, cioè, è affidato all'uomo come un suo "compito". In questo senso, sempre san Tommaso, nella sua grandiosa opera, la *Summa Theologiae*, afferma che l'uomo è fatto a immagine di Dio, che è Provvidenza sapiente e amorosa, perché proprio attraverso la sua libertà "provvede a sé e agli altri", ossia cammina in modo responsabile verso il suo fine, verso il suo vero bene. Dunque, è "autonomo", nel senso che è legge a se stesso, nel senso che la legge è stampata dentro il suo essere, anzi è costituita da questo stesso essere, e l'uomo la assume questa legge, la fa sua in libertà e quindi si autoconduce verso il suo fine.

Forse abbiamo bisogno di ulteriore concretezza, anche per avvicinarci di più alla problematica delle istanze etiche della ricerca al ser-

vizio della persona. La concretezza passa attraverso la risposta alla domanda nodale: *in che consiste il “vero bene” dell’uomo? Qual è la “verità” dell’uomo?*

Diciamo subito che questo “vero bene”, questa “verità” non sono qualcosa di astratto o comunque di lontano dall’uomo, perché sono l’uomo stesso, più precisamente *l’uomo nella totalità e nell’unità delle sue dimensioni*: quella biofisiologica, quella psichica e quella spirituale. L’uomo, infatti, è un abbraccio indiviso e indivisibile di corpo, cuore e anima. O se si preferisce, l’uomo è la sua *“corporeità”*, ossia il suo stesso corpo “umano” in quanto “segno” che manifesta la persona e “luogo” che realizza la persona nella sua *relazionalità*, dunque in *comunione* con gli altri e in atteggiamento di donazione di sé agli altri.

Se questa è la “verità” dell’uomo, essa si fa “storia” vissuta, diventa “esperienza” di vita mediante il “sì” libero e responsabile dell’uomo, che con le sue scelte e i suoi gesti realizza tale verità, ossia vive in coerenza con i valori e le esigenze del suo essere.

Si può a questo punto cogliere il senso dell’espressione più volte usata di “istanze etiche”. Sì, di “istanze” si tratta. L’etica infatti non è solo “conoscenza” del vero bene dell’uomo, ma anche “decisione” e “impegno” per la sua realizzazione: conosco il bene e voglio liberamente compierlo! Di più: nell’uomo c’è un interiore dinamismo, una spinta in qualche modo naturale, una forza spirituale che spinge l’uomo stesso – senza eliminarne la libertà, ma

provocandola – verso il raggiungimento del suo vero bene.

L’etica della ricerca

Come applicare ora questo discorso generale alle istanze etiche della ricerca scientifica e all’applicazione tecnologica, in specie nell’ambito vastissimo e diversificato della biomedicina?

Ci limitiamo a presentare alcune “tesi”, senza addentrarci in un ampio sviluppo sia del loro contenuto sia delle loro motivazioni che le giustificano.

1. *La ricerca è un valore, un bene.* Come tale, deve essere *stimata, amata e coltivata*. Infatti, la ricerca significa trafficare uno dei talenti più preziosi e significativi che la persona, quale essere intelligente, possiede, avendolo ricevuto in dono dall’infinita sapienza di Dio. Scriveva quasi quarant’anni fa il Concilio Vaticano II: “L’uomo ha ragione di ritenersi superiore a tutto l’universo, a motivo della sua intelligenza, con cui partecipa della luce della mente di Dio. Con l’esercizio appassionato dell’ingegno lungo i secoli, egli ha fatto certamente dei progressi nelle scienze empiriche, nelle tecniche e nelle discipline liberali. Nell’epoca nostra, poi, ha conseguito successi notevoli particolarmente nell’investigazione e nel dominio del mondo materiale” (*Gaudium et spes*, 15).

L’impegno alla ricerca si qualifica come obbedienza al comando originario del Creatore, quello di “dominare la terra”. Infatti, tra le diverse forme di dominio, non c’è dubbio che la prima forma sia proprio quella della ricerca, perché è per suo tramite che l’uomo s’impadronisce della realtà, nel senso di

raggiungerla, di decifrarne la verità e di coglierne il significato più profondo.

In particolare, proprio in riferimento specifico alla scienza e alla tecnica, così leggiamo in un recente documento della Chiesa: “Dio ha creato l’uomo a sua immagine e somiglianza: ‘maschio e femmina li creò’ (*Genesi* 1, 27), affidando loro il compito di ‘dominare la terra’ (*Genesi* 1, 28). La ricerca scientifica di base e quella applicata costituiscono un’espressione significativa di questa signoria dell’uomo sul creato” (Congregazione per la Dottrina della Fede, *Donum vitae*, Introduzione, 2).

Se la ricerca è un valore, un bene, ne consegue che nei suoi confronti deve essere assunto un atteggiamento estremamente positivo: deve essere, dunque, incoraggiata. *L’etica non frena la ricerca*, ma la stimola. Sì, la stimola perché la propone nei termini di un vero e proprio dovere morale: l’etica cioè, esige che la ricerca sia sempre più coltivata ed attuata e che, pertanto, sia concretamente sempre più attuabile. Dico “concretamente” per sollecitare – e anche questo fa parte dell’etica – un più coraggioso investimento di forze e di mezzi, anche economici.

2. *La ricerca scientifica non può mai prescindere dall’uomo*: e questo già da un punto di vista estremamente concreto, in quanto l’uomo è insieme il “soggetto” e il “termine” o “destinatario” della ricerca. Di per sé, non si dà la ricerca, ma il ricercatore, l’uomo che ricerca; così come non si dà la tecnica, ma il tecnico, l’uomo che applica tecnologicamente gli esiti della ricerca.

A questo primo punto di vista se ne deve aggiungere un altro: la scienza e la tecnica non sono, non possono essere – almeno in senso assoluto – fini a se stessi o realtà autoreferenziali: dunque la ricerca per la ricerca e la tecnica per la tecnica! Sono pur sempre dei mezzi, delle strade che si percorrono e che conducono – direttamente o indirettamente – all’uomo, alla sua vita e ai suoi problemi.

Proprio perché implicano – secondo questo duplice aspetto – l’uomo, la scienza e la tecnica sono *essenzialmente relative all’uomo*, e pertanto posseggono necessariamente un significato umano e umanizzante: portano cioè il *sigillo originario* dell’uomo ricercatore e tecnico e insieme la destinazione verso l’uomo e il suo vero bene.

Ma questo vero bene dell’uomo – ossia le sue istanze etiche – non è né individuabile né individuato dalla ricerca scientifica come tale (sia di base che applicata), bensì è individuabile dalla riflessione matura e critica, dalla filosofia e dall’interpretazione sapienziale della vita. Come scrive ancora il Vaticano II: “L’uomo (oltre l’investigazione e il dominio del mondo materiale) ha sempre cercato e scoperto una verità più profonda. L’intelligenza, infatti, non si restringe nell’ambito dei fenomeni soltanto, ma può conquistare la realtà intelligibile con vera certezza, anche se, per conseguenza del peccato, si trova in parte oscurata e debilitata” (*Gaudium et spes*, 15). E il documento della Santa Sede sopra citato afferma: “La scienza e la tecnica, preziose risorse dell’uomo quando si pon-

gono al servizio e ne promuovono lo sviluppo integrale a beneficio di tutti, non possono da sole indicare il senso dell’esistenza e del progresso umano. Essendo ordinate all’uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l’indicazione della loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti” (*Ibid.*).

Per questo *non è accettabile* l’idea diffusa, e non poche volte solidificata e quasi inestirpabile, di una *“neutralità etica” della scienza e della tecnica*: se si rapportano all’uomo – ripetiamolo – non possono non essere pienamente segnate dall’istanza etica, essendo questa un’istanza essenziale, costitutiva e irrinunciabile dell’uomo nella sua dignità personale. E’ ancora il documento citato a scrivere: “Sarebbe, perciò, illusorio rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni; d’altro canto non si possono desumere i criteri di orientamento dalla semplice efficienza tecnica, dall’utilità che possono arrecare ad alcuni a danno di altri o, peggio ancora, dalle ideologie dominanti. Pertanto la scienza e la tecnica richiedono, per il loro stesso intrinseco significato, il rispetto incondizionato dei criteri fondamentali della moralità: debbono essere, cioè, al servizio della persona umana, dei suoi diritti inalienabili e del suo bene vero e integrale secondo il progetto e la volontà di Dio” (*Ibid.*).

3. Da quanto precede risulta che la scienza e la tecnica rispondono alle istanze etiche quando si pongono *realmente al servizio della persona*. Ma proprio qui si aprono

ulteriori interrogativi: Quale servizio? E a quali persone?

Quale servizio? Questo primo interrogativo può significare, tra l’altro, che l’impegno della scienza e della tecnica deve svilupparsi *in ordine ai “diritti” veri e propri* e non piuttosto ai semplici “desideri”, in particolare a quei desideri che poco o nulla hanno di normale e di legittimo e che si configurano piuttosto come “pseudodiritti” da parte delle diverse persone che, per soddisfarli, pretendono di ricorrere e di utilizzare i risultati tecnologici della ricerca scientifica. E’ questo un punto quanto mai attuale nell’ambito scientifico-tecnologico, nel contesto della cosiddetta “cultura del desiderio”, inteso da tanti in termini così forti e assoluti da sfociare nella perentoria richiesta al medico di prestazioni che si vorrebbero come “diritti” veri e propri mentre in realtà non lo sono. Sin dove il medico, moralmente parlando, può essere disponibile a simili richieste? Non è forse chiamato ad essere se stesso, ad esigere il rispetto della propria “identità” professionale e umana?

Sempre questo primo interrogativo può avere quest’altro significato: il medico deve intervenire solo nella linea della *guarigione* od anche nella linea del *miglioramento*? E ancora: nel caso del miglioramento, sin dove può procedere? Può procedere sino all’alterazione più o meno rilevante, più o meno radicale della stessa struttura biofisiologica o/e psichica della persona?

E’ evidente che l’impegno scientifico e tecnico non debba arrestarsi alla guarigione o *restitutio ad integrum* della persona malata, ma

debba procedere al suo miglioramento. Troviamo qui la legittima connessione tra la “vita” e la “qualità” della vita, o se si preferisce il vero concetto di “salute”, che chiede di essere interpretato e realizzato secondo tutte le molteplici e unitarie “dimensioni” della persona. In questo senso mi pare eloquente e suggestivo il versetto biblico della Genesi: “Il Signore Dio prese l’uomo e lo pose nel giardino di Eden, perché lo coltivasse e lo custodisse” (*Genesi 2, 15*). I due verbi “custodire” e “coltivare”, di cui l’autore sacro si serve, risultano grandemente

significativi, perché al di là della loro apparente semplicità possono ben riferirsi, il primo – il “custodire” - , all’opera di cura e di guarigione, e , il secondo – il “coltivare” - , all’opera migliorativa.

Si dà però una differenza tra il miglioramento e *l’alterazione*, perché il primo rimane nella linea della struttura, mentre la seconda contraddice questa linea, sino a sconvolgerla, a diversificarla in radice. Ora la differenza ricordata trova oggi, come è a tutti noto, una sua applicazione a proposito dei problemi etici legati soprattutto alla *bioingegneria genetica*.

In questo ambito, diverso è il giudizio etico da darsi alla geneterapia e all’ingegneria genetica alterativa o diversificativa. La prima, infatti, si limita a introdurre in determinate cellule del paziente un gene normale, in modo che possa svolgere le funzioni di quello assente o male funzionante. Siamo, dunque, nella linea della morale, perché – per usare le parole di Giovanni Paolo II – “il medico interviene non per modificare la natura ma per aiutarla a svilupparsi secondo la sua essenza, quella della creazione, quella voluta da Dio. Lavorando in questo campo,

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



evidentemente delicato, il ricercatore aderisce al disegno di Dio. Dio ha voluto che l'uomo fosse il re della creazione" (*All'Associazione medica mondiale*, 29 ottobre 1983). La seconda, invece, ossia l'ingegneria genetica alterativa o diversificativa riceve un giudizio morale negativo, in quanto modifica un patrimonio normale e sano in maniera che tale modificazione venga trasmessa per eredità, dando origine a esseri umani diversi, con caratteristiche e capacità somatiche (e almeno in parte anche psichiche) nuove (cfr. in questa linea la *Convenzione di Oviedo 1997* "per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano").

Il servizio *a quali persone?* A questo secondo interrogativo possiamo così rispondere. Sotto il profilo etico è in questione, anzitutto, *ogni persona, la singola persona nella sua unicità e irripetibilità*. Anche una sola vita umana ha valore assoluto e per questo esige rispetto assoluto, senza eccezioni. Ma, sempre sotto il profilo etico, è in questione poi la *famiglia umana* nel suo complesso: dal momento che questa famiglia è data da tutte le persone e da ciascuna di esse.

Come si può immediatamente rilevare, si apre qui l'esigenza etica di un *impegno alla solidarietà*, una solidarietà che riguarda anche i risultati della ricerca scientifica e tecnologica, risultati che devono tornare a beneficio non di alcuni soltanto, ma di tutti, a cominciare dai più poveri e bisognosi. Entriamo qui nella problematica sollevata oggi dalla "globalizzazione", i cui contenuti non sono certo riducibili agli aspetti economici e

finanziari, ma interessano anche le "conoscenze" e la loro circolazione. Qui, ovviamente, parliamo di conoscenze mediche e sanitarie. A queste conoscenze si riferivano i Vescovi liguri, in una loro lettera pubblicata in occasione del G8 di Genova, denunciando l'immoralità della difesa delle cosiddette "conoscenze proprietarie", intese come brevetti costosissimi e non disponibili e accessibili a tutti. Soprattutto nell'ambito della vita e della salute la globalizzazione deve avvenire nel segno della solidarietà universale, con l'impegno pertanto di una specifica attenzione ai Paesi sottosviluppati del mondo.

In questo senso, desidero riproporre l'appello che il Papa ha recentemente rivolto ai membri della Pontificia Accademia per la Vita: "Cresce l'urgenza di colmare *il gravissimo e inaccettabile fossato* che separa il mondo in via di sviluppo dal mondo sviluppato, quanto alla capacità di portare avanti la ricerca biomedica, a beneficio dell'assistenza sanitaria e a sostegno delle popolazioni afflitte dalla miseria e da disastrose epidemie. Penso, in special modo, al dramma dell'AIDS, particolarmente grave in molti Paesi dell'Africa. Occorre rendersi conto che lasciare queste popolazioni senza le risorse della scienza e della cultura significa non soltanto condannarle alla povertà, allo sfruttamento economico e alla mancanza di organizzazione sanitaria, ma anche commettere un'ingiustizia e alimentare una minaccia a lungo termine per il mondo globalizzato. Valorizzare le risorse umane endogene, vuol dire garan-

tire l'equilibrio sanitario e, in definitiva, contribuire alla pace del mondo intero. L'istanza morale relativa alla ricerca scientifica biomedica si apre così necessariamente ad un discorso di giustizia e di solidarietà internazionale" (Discorso del 24 febbraio 2003).

4. Su di un ultimo aspetto desidero attirare la vostra attenzione: l'aspetto della *carità intellettuale*. Non c'è dubbio che l'ospedale sia per l'assistenza, la guarigione e la cura del malato e del sofferente. E' in questo ambito che ormai da lungo tempo si parla di un'esigenza di "umanizzazione", che assume le più diverse forme, da quelle filantropiche a quelle più specificamente teologiche od evangeliche, passando così dall'amore umano all'amore-carità nella prospettiva propriamente cristiana. In questo senso, nel rapporto medico-malato, possiamo e dobbiamo parlare di *carità delle opere*.

Si dà però, anzi si deve dare, anche la *carità delle intelligenze*. Nell'autentica carità, infatti, sono implicati non solo il cuore e le mani, il sentimento e l'azione, ma anche la mente che conosce, riflette, studia, approfondisce. E se molteplici sono le forme di questa "carità intellettuale", indubbiamente una delle forme più necessarie è quella propria della ricerca scientifica di base e applicata. Il servizio ai malati e ai sofferenti passa anzitutto da qui: in modo indiretto e a lungo termine, forse, ma sempre e comunque in modo particolarmente efficace e decisivo.

E' in questo senso che il Papa, nel discorso ora citato, diceva: "E' un fatto da tutti riconosciuto che i

miglioramenti della medicina nella cura delle malattie *dipendendo propriamente dai progressi della ricerca*. In particolare, è soprattutto in questo modo che la medicina ha potuto contribuire in maniera decisiva a sconfiggere epidemie letali e ad affrontare con esiti positivi gravi malattie, migliorando notevolmente, in grandi aree del mondo sviluppato, la durata e la qualità della vita". E concludeva: "Tutti, credenti e non credenti, dobbiamo rendere omaggio ed esprimere sincero appoggio a questo sforzo della scienza biomedica, rivolto non soltanto a farci meglio conoscere le meraviglie del corpo umano, ma anche a favorire un degno livello di salute e di vita per le popolazioni del pianeta".

Più profondamente, si tratta di assicurare e di sviluppare *una più stretta "alleanza" tra la carità delle opere e la carità delle intelligenze*, tra l'assistenza e la ricerca. E' un'alleanza che è nella natura delle cose. Se rispettata e favorita, a guadagnarne è l'uomo, in particolare l'uomo malato e sofferente. Una simile alleanza sarà veramente possibile se la scienza rimarrà aperta, anzi starà in *comunione con la sapienza*. E' di quest'ultima che ha maggiormente bisogno l'attuale sviluppo scientifico-tecnico, perché "senza la coscienza ad altro non può portare che alla rovina dell'uomo".

Riascoltiamo, come augurio e come impegno, la parola del Concilio: "L'epoca nostra, più ancora che i secoli passati, ha bisogno di questa sapienza, perché diventino più umane tutte le sue nuove scoperte. E' in pericolo, di fatto, il

futuro del mondo, a meno che non vengano suscitati uomini più saggi" (*Gaudium et spes*, 15).

Grazie, Eminenza. Ci induce a meditare. Forte richiamo e forte impegno per tutti noi.

Si entra ora concretamente nella vicenda, nella vita quotidiana presente e futura del nostro Ospedale Maggiore, con la relazione del Commissario su "venti mesi di lavoro verso l'obiettivo":

IL COMMISSARIO

Per la seconda volta, dall'avvio del millennio, la comunità ospedaliera ha l'occasione di vivere il momento commemorativo della Festa del Perdono che esprime l'occasione – entrata nella lunga tradizione – per rinsaldare la collaborazione delle autorità civili e religiose della città di Milano al servizio degli ammalati e dei bisognosi.

Le attività e le innovazioni organizzative che sono state messe in campo nei decorsi venti mesi di lavoro non si esauriscono certo con quelle che afferiscono alle ristrutturazioni dei Padiglioni dedicati all'assistenza.

Tuttavia ci rendiamo conto che è soprattutto dell'umanizzazione delle strutture dell'Ospedale e del superamento del loro stato di scadimento – e in certi casi di fatiscenza – che l'intera comunità milanese si attende venga detto in questa sede. Di ciò che si è fatto nel periodo di riferimento e, ancor più, di quello che si sta attuando e che si andrà a realizzare nell'immediato futuro.

Da venti mesi è iniziata una corsa contro il tempo per uscire da uno



Parla il commissario straordinario dello Ospedale, dott. Giuseppe Di Benedetto, coordinatore della mattinata.

stato di transizione durato a lungo e con il rischio di perpetuarsi.

La spinta che determina la nostra azione è quella di porre al sicuro importanti attività e capacità assistenziali e di ricerca in edifici adeguatamente ristrutturati (messa in sicurezza impiantistica, riorganizzazione e razionalizzazione distributiva e tecnologica, umanizzazione alberghiera di padiglioni o di singoli reparti e servizi) a beneficio dei cittadini e di coloro che vi lavorano.

C'è da augurarsi che almeno quanto in alcuni mesi è stato già portato a compimento serva da esempio, aiuti a convincere tutti, anche i dubbiosi, che le capacità operative dell'Ospedale Maggiore si sono rimesse in moto con i fatti. Non è stato né sarà facile continuare con lo stesso ritmo – e non solo perché esistono procedure amministrative ed autorizzative ineludibili – anche e soprattutto perché per ristrutturare reparti e servizi è di norma necessario trovare ai medesimi un'altra sede provvisoria. E in Policlinico, come si sa, è impresa a dir poco ardua il reperire spazi che, di volta in volta, fungano da "volano" per

rispondere alle necessità di lavori di ristrutturazione o di importanti manutenzioni straordinarie.

Non è stato né sarà facile e occorrerà un impegno aggiuntivo e una buona dose di pazienza, durante i lavori, da parte di tutti coloro che nel nostro Ospedale prestano la propria preziosa opera in situazioni già difficili.

Occorrerà la fiducia e la convinzione di tutti. I lavori in corso e quelli prossimi che abbiamo messo in campo saranno ultimati nei tempi previsti. Quotidianamente ci spendiamo per questo.

Alla fine tutti insieme avremo collaborato per fare un servizio alla città, rendendogli un Ospedale più sicuro negli impianti e nelle tecnostutture, più confortevole sotto il profilo alberghiero e dei servizi alla persona, con una capacità operativa valorizzata negli ambienti di lavoro e con alcune energie e potenzialità liberate.

In sintesi quanto è stato fatto negli ultimi venti mesi, quanto si sta facendo nell'anno in corso e quello che si farà nel periodo di tempo che anticipa la formazione del cantiere connesso con la variante al piano regolatore della città per il rifacimento dell'Ospedale.

Lavori ultimati

E' stata realizzata la nuova cabina per la dotazione di energia elettrica sufficiente a garantire il corretto funzionamento dei Padiglioni mq 600 Euro 932.000
Ristrutturazione del piano rialzato del Padiglione Granelli per creazione del day hospital di chemioterapia antiblastica (con il contributo dell'A.I.L. di Milano) mq 500 Euro 420.000

Messa a norma igienico-impiantistica ed umanizzazione

mq 2.000 Euro 800.000

Realizzazione del reparto di terapia intensiva e degenza cardiologica al 1° e 2° piano del Padiglione Sacco (con il contributo della Fondazione Recordati)

mq 1.000 Euro 1.600.000

Realizzazione di un residence in edificio ristrutturato per convitare infermieri (n. 27 posti)

mq 500 Euro 240.000

Realizzazione della nuova Biblioteca Scientifica (presso l'ex Convitto Suore)

mq 1.800 Euro 500.000 *

* è in corso di aggiudicazione la gara per la fornitura dell'arredo.

Ristrutturazione interna ed umanizzazione del Padiglione Zonda (56 posti letto + 7 di terapia sub-intensiva post-chirurgica)

mq 4.350 Euro 1.800.000

Umanizzazione di vari Padiglioni di via Pace per la sistemazione di diversi ambulatori e Centri specialistici quali: il Centro per le malattie a trasmissione sessuale, il Centro per le malattie della coagulazione ed il Servizio di immunologia clinica

mq 1.350 Euro 750.000

Il tutto per un totale di 12.000 mq ed un importo di lavori pari a circa Euro 6.250.000.

Lavori in corso di realizzazione

(da realizzare entro il 2003)

Acquisizione di sistema operatorio integrato (2 sale operatorie) e messa a norma delle 2 sale operatorie attualmente funzionanti nel Padiglione Zonda

mq 1.200 Euro 1.800.000

Ristrutturazione impianti elettrici, gas medicali e umanizzazione

della degenza di tutto il 3° piano del Padiglione Granelli (sistemazione della gastroenterologia con n. 24 posti letto)

mq 1.100 Euro 150.000

Completamento 2° piano del Padiglione Sacco per la realizzazione del reparto di broncopneumologia con 16 posti letto

mq 750 Euro 800.000

Realizzazione dello Stroke-Unit presso il Padiglione Ponti

mq 450 Euro 550.000

Completamento ristrutturazione 2° Padiglione di via Pace per allocazione Servizio di allergologia adiacente a quello di immunologia clinica

mq 250 Euro 100.000

Il tutto per un totale di 3.750 mq ed un importo di lavori di circa Euro 2.400.000.

Lavori in programmazione

Predisposizione gara d'appalto per l'affidamento dei lavori per la realizzazione del Servizio di radioterapia al piano seminterrato dell'ex Convitto

mq 1.500 Euro 3.600.000

Sistemazione di tutto il piano seminterrato del Padiglione Guardia, del Servizio di rianimazione, delle camere operatorie e conseguente umanizzazione della degenza

mq 6.350 Euro 8.000.000

Interventi di manutenzione straordinaria per la messa in sicurezza del fabbricato della camera mortuaria Euro 390.000

Predisposizione di gara per la progettazione e l'affidamento lavori per la completa ristrutturazione del Padiglione Monteggia (realizzazione di 6 camere operatorie, 80

posti letto e 12 posti letto di rianimazione e degenza di neurochirurgia, cardiocirurgia e specialità chirurgiche)

mq 9.000 Euro 15.000.000

Il tutto per un totale di circa 17.000 mq ed un importo di lavori di circa Euro 27.000.000.

Entro il 2004, previa individuazione di idonea soluzione ponte, sarà avviato l'intervento di ristrutturazione ed umanizzazione del Padiglione Pasini (Medicina d'Urgenza).

Infine:

- Con apposito finanziamento in conto capitale si è provveduto a disporre il completamento dell'ultimo lotto dei lavori per il recupero dell'Abbazia di Mirasole e l'allestimento museale della Quadreria, il cui progetto è già stato approvato dalle Sovrintendenze ai beni architettonici ed artistici competenti;

- Sono in corso di reperimento le risorse finanziarie che, con la possibile partecipazione di privati, verranno utilizzate per il restauro del Salone dell'Archivio Storico e per non rischiare di perdere irrimediabilmente gli affreschi del Volpino, risalenti al 1638, attualmente oggetto di una complessa analisi in vista di tale restauro.

Il benefico effetto prodotto dalla graduale sistemazione delle strutture agevola il ridisegno del sistema della segnaletica e della comunicazione al paziente e favorisce, con lo snellimento delle procedure, una più funzionale organizzazione dei servizi. Ed è anche su tale organizzazione che si sta lavorando per fornire risposte più adeguate ai bisogni dei cittadini, per ridurre tempi e liste di attesa e migliorare la qualità nell'accezione più ampia.

Abbiamo letto negli ultimi giorni su qualche giornale che l'Ospedale Maggiore sarebbe "in una situazione di stallo".

Lo è stato, invero, ma affermarlo proprio adesso – quando la tendenza di una situazione che viene da lontano è stata invertita e si marcia verso un netto recupero con comportamenti razionali, concreti, programmati e verificabili – o è frutto di miopia o nasce dalla voglia di una pretestuosa polemica.

Il tempo a disposizione ed una certa sensibilità ci impediscono di approfondire l'argomento in questa sede e in questa circostanza.

L'impegno che stiamo profondendo, fino a quando ci sarà consentito, è proiettato in avanti ma ha nel cuore un passato che si identifica con la storia stessa di Milano.

Non esistono altri modi per mantenere viva la tradizione di un'as-

sistenza sanitaria di alto profilo e con al centro dell'attenzione la persona malata nella sua interezza, la tradizione della ricerca continua di nuove cure e nuove conoscenze mediche, la tradizione di capacità formativa che ha da sempre portato a formare buoni medici, ma anche buoni infermieri, tecnici ed operatori sanitari.

Ho il piacere, in conclusione, di informare che l'intera manifestazione della Festa del Perdono viene ripresa e diffusa su Internet grazie al contributo tecnologico di Telecom Italia, che cura la rete multimediale dell'Ospedale.

La parola al prof. Giorgio Rumi che ringraziamo particolarmente d'essere qui fra noi: ci intratterrà sulla "lezione della storia".



Il Cardinale visita il grande salone secentesco dell'archivio storico, ricordato nel discorso del Commissario e per il quale sono previste importanti opere di restauro.

IL PROF GIORGIO RUMI

Chi ha organizzato questa giornata ha voluto che si lanciasse almeno uno sguardo al lungo passato di questa istituzione, cosa che io farò con brevissime parole, che però forse hanno la loro opportunità.

Quale lezione possiamo trarre dal passato?

La prima, direi, è il rapporto singolare tra l'istituzione ospedaliera e la città. L'istituzione ospedaliera non è mai stata né del sovrano temporale, duca, re, imperatore, repubblica, né di quello spirituale. L'Ospedale non è mai stato di un Ordine religioso e neppure dell'Arcivescovo anche nei momenti di più alta importanza, ruolo dei successori di Sant'Ambrogio. Il clero milanese si è sempre attenuto alla definizione *Patres non domini*, (Padri non padroni). L'Ospedale è sempre stato della Civitas, della città. E' stato eretto non con un progetto appunto diremmo autoritativo, ma dalla spontaneità dei contributi dei cittadini che hanno, come nel caso del Duomo (e non è evento singolare che la Festa del Perdono fosse fatta ad anni alterni tra noi e il Duomo appunto), è stato costruito coi soldi, coi lasciti soprattutto dei milanesi, e furono importanti, se è vero come dicono gli storici, che l'Ospedale, la Ca' Granda, la casa più grande della città, era il più grande proprietario terriero della Lombardia e quindi uno dei più grandi proprietari terrieri del mondo. E pensate, sono tutti mezzi finanziari conferiti per lasciti testamentari da parte dei cittadini. Il potere, come tale, non è mai intervenuto: questo ha creato una particolare affezione tra la

cittadinanza e l'Ospedale Maggiore perché era ritenuto, come era, cosa propria della cittadinanza. Era gestito sempre da una rappresentanza "di base", cioè dai rappresentanti dei sei quartieri cittadini e questo anche quando scomparve ogni traccia di democrazia comunale e l'antica democrazia fu sostituita da una oligarchia di patrizi, ebbene, il patriziato che aveva il potere di questa città diviso per quartieri, assicurava questo rapporto.

Gli storici ci dicono un altro fatto significativo, che addirittura San Carlo Borromeo per poter entrare nell'Ospedale, da cui la cittadinanza amava tenerlo fuori, si fece nominare parroco di questa giurisdizione, titolo che rimane, funzioni che rimangono al nostro Arcivescovo e solo a questo titolo i milanesi accolsero San Carlo nell'Ospedale.

La seconda considerazione, oltre a questa della proprietà giuridica e morale dell'istituzione da parte dell'intera cittadinanza, è il fatto che questo Ospedale non fu mai un deposito, non fu mai un cronario, fu un'istituzione sempre di cura e di ricerca.

Altra cosa fu il Lazzaretto sito fuori dalla città che finiva col Naviglio. Noi, se notate, siamo ancora al di qua del Naviglio in quel perimetro che segnava la cittadinanza. A dire la verità anche l'area dove sorge il Policlinico era per quelli che non venivano ammessi all'Ospedale. L'uomo medioevale pensava che le malattie venissero dal Sud e i viandanti venivano fermati qui all'incrocio tra via Francesco Sforza e corso di Porta Romana e quelli che erano



L'intervento del prof. Giorgio Rumi.

ritenuti contagiosi o pericolosi andavano a finire abbandonati nei boschetti che sorgevano appunto dove adesso c'è il Policlinico.

Questo invece era il luogo dove ci si poteva curare e questa, in mancanza di una istituzione universitaria milanese, diciamo a vocazione universale che si ebbe solo nel 1924, fu sempre sede di insegnamento e di ricerca, quindi fin dal Settecento, fin da prima ci furono delle cattedre specifiche per esempio per chirurgia, per la maternità, per le operazioni più delicate. Quindi ebbe una singolare vicenda quasi fosse una sede staccata dell'Università di Pavia che invece non fu. Milano non aveva una facoltà, non aveva l'Università, ma aveva un nucleo di insegnamento di ricerca medica già secoli prima che ci fosse l'Università.

La terza considerazione che vorrei fare ed è l'ultima, è quella di una singolare vivacità creativa nel settore ospedaliero, che entra dal portone monumentale, dimentica (forse sarebbe meglio mettere una lapide di ricordo) che lì partì un'istituzione (il "Santa Corona") poi diffusasi anche al di là dei monti, in tutta Europa, con l'idea del medico condotto: un medico dei poveri tenuto a visitare i pazienti.

Ricordo uno che fu licenziato perché non aveva voglia di fare le scale nelle sue visite ai poveri e faceva le diagnosi dal piano stradale all'ultimo piano della casa. Fu cacciato. Era anche sede, l'Istituto Santa Corona, della distribuzione gratuita dei medicinali. In questo Milano fu non solo preveggenza ma maestra. La Ca' Granda non fu mai monopolistica, non fu mai l'unica istituzione ospedaliera della città perché, quand'anche ne avesse avuto l'intenzione, era nettamente superata dai bisogni che creavano delle risposte istituzionali. Abbiamo sempre avuto non delle sezioni staccate ma delle altre iniziative sempre sorrette dalla volontaria beneficenza dei cittadini per gli esposti, per gli orfani, per le malattie contagiose allora molto frequenti, e altro ancora. La città era veramente costellata, soprattutto agli incroci tra le mura cittadine e i grandi assi radiali della comunicazione, da istituti ospedalieri che il potere civile qualche volta dal Settecento in poi cercò di concentrare, ma poi ne nascevano altri perché i bisogni non erano mai soddisfatti. Una specie di pluralismo istituzionale, che però corrisponde a una vocazione profonda. Io credo che questa città, e non mi permetto di parlare del presente, ma mi attengo rigorosamente alla mia professione, abbia snodato nel tempo una vera (se consideriamo i numeri, se guardiamo alle forze profuse) una vera civiltà dell'assistenza che è una delle caratteristiche di Milano. Chiudo con quel giudizio dato dal non sospetto di municipalismo ma anzi molto critico coi milanesi e con la loro classe dirigente, Carlo

Cattaneo, laddove ha lasciato scritto che *a Milano il bisognoso riceve una maggiore somma di aiuti che in un qualsiasi altro luogo*. E' l'auspicio che mi permetto di lasciare agli operatori e alle autorità responsabili di questo settore ieri e oggi tanto vitale. Grazie.

Viva gratitudine al prof. Rumi: la lezione della storia e la storia secolare di questa nostra grande prestigiosa istituzione, da ricordare.

Ora al dott. Ferruccio Bonino, nostro direttore scientifico, il compito di fare il punto sulla ricerca scientifica, oggi, nel nostro Ospedale.

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

La missione di ricerca indirizzata al bisogno di cura della persona, prerogativa degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ha un'antica istituzione all'Ospedale Maggiore ed è continuata in questi anni secondo le migliori tradizioni. Nelle tabelle 1-2 sono riportati i risultati della produzione scientifica del 2002 come numero totale e impact factor degli articoli originali pubblicati su riviste internazionali. Una ricerca eccellente non si limita però alla semplice misura aritmetica dell' "impact factor" che rappresenta solo un auditel delle riviste scientifiche dove vengono pubblicati i risultati delle ricerche.

Il progredire delle conoscenze e delle tecnologie propone sempre più rapidamente nuove sfide e opportunità e le biotecnologie e tecnologie biomediche rappresentano un'eccellenza della ricerca al nostro Istituto. Una ricerca eccellente è capace di raccogliere le nuove sfide

biotecnologiche con responsabilità e agire con prudenza senza travalicare i limiti sostenibili del rischio e mai ciò che è giusto e lecito per la persona. La Festa del Perdono mi suggerisce alcune riflessioni sui valori essenziali della ricerca nel processo di conoscenza del ricercatore, nel percorso diagnostico del medico e nell'azione teorica e organizzativa del manager della ricerca. Il ricercatore ha il difficile compito di procedere con equilibrio sul dorso del crinale sempre più scosceso su cui convergono le spinte antitetiche della libertà e della responsabilità della ricerca. Occorre che l' "azione" di ricerca sia sempre preceduta da un "pensiero", assolutamente commisurato per spessore culturale alla competenza tecnica scientifica dell'azione di ricerca.

Per ottenere ciò ritengo occorra un'adeguata rivalutazione del talento, esperienza e responsabilità personali.

Una ricerca eccellente non può prescindere da un'attività didattica continua capace di suscitare e mantenere viva la curiosità indispensabile al ricercatore e alla formazione di buoni medici, infermieri e operatori sanitari.

Una ricerca eccellente non può prescindere da una saggezza amministrativa che superi la limitatezza delle semplicistiche regole del tornaconto economico.

L'affinamento della ricerca in direzione di una rivalutazione della formazione della persona può essere un modo per cercare di risolvere l'apparente paradosso che i più grandi risultati siano raggiungibili solo con grandissime spese, spesso insostenibili.

Lo studio dei fenomeni biologici insegna che in natura tutto ciò che è qualitativamente migliore e competitivo risulta allo stesso tempo più economico in termini di consumo di risorse e anche esteticamente più bello.

Perciò è auspicabile che un moderato criterio competitivo spinga a utilizzare lo strumento del profitto come incentivo e non come scopo della ricerca.

Infine la ricerca biomedica intesa come partecipazione di persone

al servizio della persona è indissolubilmente coniugata con la bioetica.

Scopo della ricerca non può essere semplicemente la produzione di conoscenza scientifica delle malattie e la valutazione di accuratezza diagnostica di tecnologie e di efficacia di farmaci svincolate da scopi civici ed esistenziali.

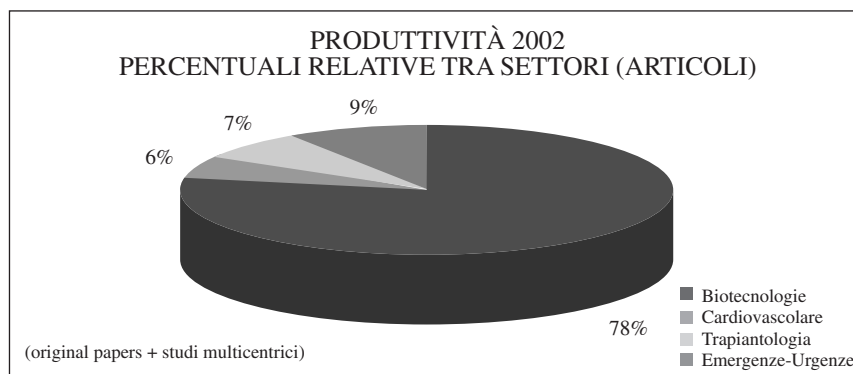
Il medico deve tornare a studiare e conoscere il dolore, la sofferenza e l'umiliazione della persona in tutte le sue forme.



Sulla ricerca in Ospedale, oggi, parla il direttore scientifico dott. Ferruccio Bonino.

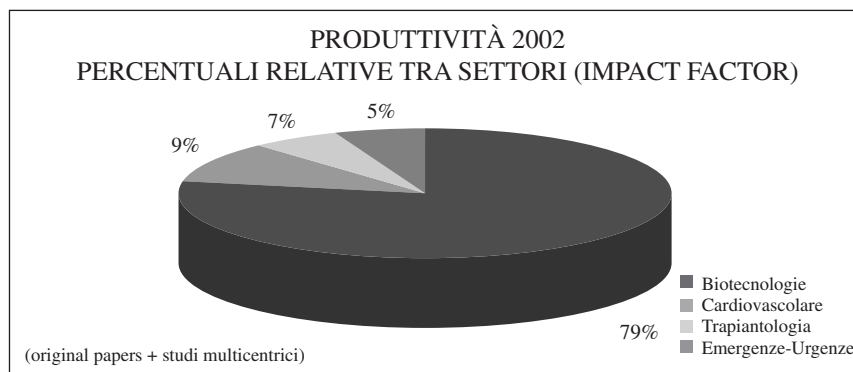
	Articoli Originali	%
BIOTECNOLOGIE	255	77,98%
CARDIOVASCOLARE	20	6,12%
TRAPIANTOLOGIA	24	7,34%
EMERGENZE-URGENZE	28	8,56%

Tabella 1



	I.F.	%
BIOTECNOLOGIE	733,17	79,58%
CARDIOVASCOLARE	78,62	8,53%
TRAPIANTOLOGIA	62,24	6,76%
EMERGENZE-URGENZE	47,26	5,13%

Tabella 2



Il mondo degli oggetti tecnologici è solo uno strumento per una cura legittima dal punto di vista civico e esistenziale. La tecnologia deve tornare con tutta la sua potenza al servizio dell'uomo e tutti noi dobbiamo concretamente operare perché l'uomo sfugga alla schiavitù della tecnica.

Penso sia necessario ridare centralità allo scopo civico della ricerca biomedica affrontando il problema del rapporto tra ricercatore, medico e paziente non sul modello di un contratto, ma della partecipazione di tutte le persone coinvolte nell'esperienza dolorosa della malattia. Un modello di governo clinico centrato soprattutto sulla fiducia e non solo sulla garanzia. Nella società multi etnica e multi culturale di oggi è essenziale concentrarsi sulla ricerca di una teoria del buon governo e della buona vita che presupponga pratiche di ricerca, formazione e partecipazione alla risoluzione concreta dei casi singoli.

Per evitare che la persona sia privata o si senta privata dell'identità e dignità di persona.

Grazie al dott. Bonino e cedo la parola al Ministro Sirchia, al quale anticipo la consegna della medaglia d'oro con diploma per gli oltre 40 anni dedicati a questa nostra Istituzione e che, non solo in questa Istituzione, rimarranno quale traccia incancellabile.

IL MINISTRO

Certo, non posso che essere commosso di questo riconoscimento perché, ovviamente, mi porta alla memoria tante belle esperienze in questo Ospedale; però non parliamo oggi di questo.

Io credo che questa festa, questo incontro siano un'occasione propizia per riflettere e ripensare un po' chi siamo e dove andiamo.

Le parole che sono state dette ci aiutano. Chi non conosce la propria storia e non capisce perché è avvenuta questa storia, perché siamo qui, non sa nemmeno dove va.

Io credo che oggi questi momenti di riflessione siano troppo scarsi e troppa gente non sa dove va. Forse se facessimo lo sforzo tutti insieme per capire meglio opereremmo meglio e io vorrei prendere solamente uno o due spunti di quello che è stato detto in questa chiave di lettura.

Questo è un ospedale che ha una grande tradizione perché ha fatto assistenza di altissimo profilo nel tempo e ha sviluppato conoscenza. La conoscenza e la ricerca si sono innestate sul lavoro di tutti i giorni. Quindi l'assistenza ha generato la ricerca e la ricerca ha migliorato l'assistenza e questa è l'essenza fondamentale, la ragione per la quale è stata "inventata" la figura dell'IRCCS (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico). Non a

caso è nata questa figura giuridica, con essa si è voluto rendere ufficiale il binomio assistenza e ricerca tra loro profondamente integrate.

Siamo oggi nell'Ospedale Maggiore, che è un IRCCS, dove la ricerca serve a costruire un'assistenza migliore e l'assistenza serve a dare nuova conoscenza scientifica da portare al letto del malato perché questo se ne giovi. Se tale integrazione venisse meno verrebbero meno la stessa natura dell'IRCCS e la sua stessa esistenza.

Lo sforzo che è stato fatto da parte mia è quello di mantenere questa integrità e di legare in una rete gli IRCCS di uguale segno, di uguale specificità, in modo tale da costruire una massa critica che possa sviluppare la conoscenza e l'assistenza migliore. Lo sforzo che si sta facendo è di mantenere quanto la storia ci ha insegnato e svilupparlo e proiettarlo nel futuro. Naturalmente la mancanza di una cultura in questo senso può portare a devastanti conseguenze. Spesso si parla di ricerca, ma molti di coloro che ne parlano, specie in campo biomedico non sanno che cos'è e quindi si arriva a estremizzazioni, ad affermazioni che hanno molto di ideologico e certamente non servono agli ammalati. Allora io credo che la stella polare di questo grande Istituto è, è stato e deve continuare ad essere il paziente. È il malato la ragione per la quale siamo riuniti qui, al di qua dei Navigli, vicini a quei padiglioni che Di Benedetto e i suoi collaboratori stanno trasformando in padiglioni più sicuri ed abitabili da luoghi dove abitare era davvero difficile. Quindi grazie

anche a Di Benedetto che ha dato questo contributo.

È stato detto da Rumi (io questo messaggio l'ho sempre accolto con grande interesse): questo è un Ospedale che è nato dalla città, cioè non è nato dalle istituzioni, dall'autorità religiosa. Questo Ospedale è sorto perché i cittadini milanesi hanno voluto che la sanità fosse una parte importante della civiltà cittadina e ciò deve continuare ad essere. È la ragione per la quale nella Fondazione che è stata pensata per trasformare il nostro grande Istituto, il Comune ha un ruolo fondamentale, un interesse originario vero in sintonia con la storia. Penso che occorra comunque guardare avanti; le difficoltà non mancano, spesso purtroppo non sono solo difficoltà economiche ma anche difficoltà di intendersi. Credo che una delle cose fondamentali che va studiata con grande priorità è che cos'è oggi un ospedale. Io credo che noi siamo andati fuori strada, perché continuiamo a pensare che l'ospedale è un'azienda. L'ospedale non è un'azienda, è l'ospedale e come tale l'organizzazione che abbiamo importato, che è presa dai manuali di economia e organizzazione aziendale, sta dando dei risultati men che favorevoli.

Ha avuto un suo senso, all'epoca, pensare all'ospedale in termini aziendali perché indubbiamente si veniva dai momenti del famoso "pié di lista" in cui una valutazione economica dell'ospedale non era neppure considerata. Si è creduto opportuno cominciare a dare un'impronta di buona gestione e anche di verifica economica di quanto si andava spendendo. Que-

sto è stato giusto, ma oggi siamo passati all'economicismo, che è un'altra cosa. L'economicismo vuol dire che la logica economica sta davanti alla centralità dei pazienti e dei loro bisogni e sta davanti alla logica dei medici.

Credo che dobbiamo riflettere senza animosità perché non si tratta di fare polemiche. Io sono stato fra coloro che hanno creduto nell'ospedale azienda. Mi sono reso conto che oggi questo tipo di impostazione sta portando a risultati rischiosi e negativi importanti. Bisogna riflettere per capire come si deve organizzare oggi un ospedale. E' un pensiero che sta attraversando tutto il mondo, non solo l'Italia. Da noi purtroppo siamo in ritardo. Credo che occorra tornare a ragionare, a chiedersi se quello che facciamo nasce dal buon senso e dall'equilibrio ed è il meglio di quanto possiamo fare per gli ammalati. Allora l'invito è, innanzitutto, a ripensare che cos'è un'organizzazione sanitaria complessa, finalizzata a restituire la salute o, comunque, ad alleviare le sofferenze dei malati.

Un secondo importante ambito che io credo debba essere affrontato è il problema della qualità. Non basta snocciolare una serie di prestazioni sanitarie per essere tranquilli con la propria coscienza. La qualità è l'ingrediente fondamentale che rende nobile, che rende davvero efficace lo sforzo di tutti i giorni. Io credo che come prima cosa, nell'ambito della qualità, dobbiamo chiederci se veramente oggi diamo al paziente quella fiducia e quell'aiuto psicologico, prima che tecnico, che ci chiede. Credo che la comunicazio-



Conclude l'incontro su "la ricerca al servizio della persona" il Ministro della Salute prof. Girolamo Sirchia.

ne con il paziente sia un tema largamente deficitario al quale dobbiamo pensare di più. Oggi non è così. Oggi si entra in un ospedale, si è spaesati, impauriti, non c'è un servizio d'accoglienza, non c'è chi ci dia una continuità durante la malattia per riferirci, per chiedere, per sapere. Ecco, io credo che questo vada ripensato fortemente. Sento spesso parlare di umanizzazione e mi sono chiesto cosa vuol dire e quando sono stato malato o quando ho avuto bisogno per i miei cari, mi sono chiesto che cosa mancava in questa sanità. Mancava il volto di una persona, un numero di telefono a cui rivolgersi per chiedere, per esprimere le paure, per avere il sostegno, per sapere che fare quando tutto ti crolla intorno. Questo dobbiamo capire. Se non lo capiamo abbiamo fallito, amici miei.

Questo è un altro grande obiettivo che io raccomando a tutti noi.

Bene, avrei altre cose altrettanto importanti da dire ma credo d'aver superato il tempo e quindi vi ringrazio per essere qui e ringrazio

tutti coloro che a questo Ospedale danno una mano, ringrazio coloro che lavorano in quanto dipendenti e coloro che lavorano in quanto sentono quella carità, quel piacere di fare il volontario dentro questo Ospedale perché dare è meglio che ricevere.

E siamo al momento affettuoso della nostra mattinata. Un pensiero riconoscente, un segno tangibile ai dipendenti, ai collaboratori che lasciano la nostra Istituzione dopo avervi dedicato una parte o un'intera vita di lavoro nelle mansioni diverse, ma sempre a servizio della persona sofferente.

Anche quest'anno desideriamo unire al diploma e alla medaglia di merito una pubblicazione-ricordo dell'Ospedale Maggiore. So che è stato fatto omaggio negli anni precedenti dei volumi del prof. Giorgio Cosmacini, non più disponibili. Sottraiamo così al nostro archivio storico un volume ormai raro: la Ca' Granda di Sal-



Il Commissario straordinario consegna le medaglie d'oro e d'argento ai dipendenti che hanno lasciato la nostra Istituzione.



vatore Spinelli, realizzato nel 1956 per il quinto centenario di fondazione del nostro Ospedale, ed esistente ancora in poche copie.

Medaglie d'oro alla memoria

prof. Guglielmo Scarlato, *direttore Clinica Neurologica*.

Medaglie d'argento alla memoria

Rosangela Albertoli, *ausiliaria specializzata*; prof. Giuseppe Bigi, *dirigente medico internista*; Elisabetta Morini, *infermiera professionale*; Maria Pasqua Pinna, *ausiliaria specializzata*.

Medaglie d'oro

Luigi Bardo, *infermiere generico*; Alberto Battaglia, *infermiere generico*; Mirella Bernabò, *infermiera generica*; Umberto Bonfanti, *operatore tecnico*; dott. Gian Mario Cantono, *vice direttore sanitario*; Maria Lucia Carmeli,

capo sala; prof. Gemino Fiorelli, *direttore Clinica Medica I*; Francesco Mudadu, *capo sala*; prof. Antonio Ottaviani, *direttore Clinica Otorinolaringoiatrica*; Galileo Porta, *infermiere generico*; dott. Giorgio Signoroni, *dirigente medico anestesista rianimatore*; prof. Piergiorgio Sirtori, *direttore sanitario*; rag. Ernesto Zaneletti, *dirigente amministrativo responsabile ragioneria*; Angela Zuppi-
ni, tecnico di laboratorio.

Medaglie d'argento

Maria Vincenza Alessandrino, *ausiliaria specializzata*; Giancarlo Baldazzi, *infermiere generico*; prof. Agostino Bettinelli, *primario neuroradiologo*; Adele Bigatti, *ausiliaria specializzata*; Rita Bonacossa, *collaboratore amministrativo*; dott. Oscar Bonazzi, *dirigente medico internista*; Sergio Cantone, *infermiere generico*; Vincenzo Capitano, *infermiere generico*; Anna Cariello, *ausiliaria specializzata*; prof.ssa Daniela Castagnone, *primario radiologo*; Renzo Cavallini, *capo sala*; Rosanna Curcio, *ausiliaria specializzata*; Rino Danelutto, *ausiliario specializzato*; Mario Donato, *operatore tecnico*; Caterina Fagioli, *infermiera generica*; Giuliana Ferro, *infermiera generica*; Carla Gatti *coadiutore amministrativo*; dott. Roberto Germiniani, *dirigente medico chirurgo*; dott. Carlalberto Giovannelli, *dirigente medico internista*; Luigi Lanuto, *infermiere generico*; Valentino Mariani, *tecnico di radiologia*; Ottorina Meli, *infermiera professionale*; Angelina Migheli, *infermiera professionale*; Mattea Miranda, *infermiera gene-*

rica; dott.ssa Franca Mosconi, *direttore amministrativo*; dott. Filippo Nador, *dirigente medico cardiologo*; Pietrina Pala, *ausiliaria specializzata*; Carla Pelosi, *tecnico di radiologia*; Oliviero Pisoni, *dirigente amministrativo settore tecnico*; Fernando Rossi, *infermiere generico*; Ermenegildo Rota, *infermiere generico*; Maria Rotondi, *assistente amministrativo*; Maria Saccone, *assistente amministrativo*; dott.ssa Lorena Sampieri *dirigente medico cardiologo*; Vittorio Sbrizzi, *ausiliario specializzato*; Paolo Signorini, *operatore tecnico*; dott. Marco Sostero, *dirigente medico psichiatra*; Giorgio Viotto, *infermiere generico.*

I benefattori dell'Ospedale: gli ultimi ritratti

ANNA MARIA SALVADÉ, DANIELE CASSINELLI

Il 24 marzo 2003, nel corso della celebrazione della biennale Festa del Perdono ospedaliera, si è ritenuto di ripristinare la tradizionale consuetudine di esporre, nei limiti possibili, i ritratti di coloro che hanno fatto beneficenza in favore della nostra Istituzione.

Percorrendo il corridoio che conduce all'archivio storico, si è potuto ammirare una scelta di alcuni ritratti recentemente restaurati. Questi dipinti fanno parte della collezione ospedaliera, costituita da una serie ininterrotta di ritratti, eseguiti a partire dai primissimi anni del XVII secolo e raffiguranti quasi mille generosi personaggi. Tale anteprima, posta a testimonianza sia della tradizione sia dell'attività di conservazione e tutela svolta dal Servizio Beni Culturali dell'Ospedale, conteneva, tra le altre, la celebre *Ellade Crespi Colombo*, opera di Cesare Tallone, proveniente dalla recente mostra di Palazzo Reale *Il Mondo nuovo: Milano 1890-1915*.

Giacché la collezione si arricchisce di anno in anno di nuovi dipinti, che attestano ancora oggi la benevolenza dei milanesi nei confronti del nostro Ente, in una sala recentemente restaurata, adiacente

all'archivio storico, sono state presentate alla cittadinanza undici opere inedite: i ritratti eseguiti nell'ultimo quindicennio.

Lo spazio dedicato alla esposizione è stato allestito con cura per accogliere le opere in ordine cronologico di lascito e per riprodurre

Esposti nel corso della Festa del Perdono gli ultimi ritratti destinati alla Quadreria dei Benefattori. Qui *Arturo Gerli* nel quadro di Federico Boriani (1989).





Città italiana - Allegoria in memoria di Angela Lina ed Emilio Lancia, nell'opera di Emilio Tadini (1992).

appositamente l'idea di "infilata", ovvero il costume antico di rivestire il cortile dell'odierna Università Statale con lunghe file di ritratti. Se purtroppo oggi risulta inopportuno presentare le opere in esterno per evidenti motivi di conservazione e sicurezza, è comunque possibile farsi un'idea della passata tra-

dizione attraverso foto d'epoca o gli stessi antichi dipinti che raffigurano lo svolgersi dell'evento. La mostra è stata inaugurata dal cardinale Tettamanzi, accompagnato dalla dirigenza dell'Ospedale. È doveroso menzionare tutti gli artisti ed i benefattori presenti, cominciando da Emilio Tadini,

recentemente scomparso, che ha dipinto nel 1998 l'*Allegoria in memoria di Angela Lina ed Emilio Lancia*; Alberto Venditti, *Ritratto di Emilia Rovida Sissa e Giovanni Sissa* (1993); Federico Boriani, *Ritratto di Arturo Gerli* (1989); Renzo Biasion, *Ritratto di Francesco Rosti* (1988); Giancarlo Vitali, *Ritratto di Ida Bianchi Manzotti* (1992); Paolo Baratella, "L'amore e la pietà", *Allegoria in memoria di Teresina e Giuseppe Grilli* (1985); Graziella Marchi, *Ritratto di Maria Zampori Bianchi* (1992); Wanda Broggi, *Ritratto di Franca Agustoni Barbiano di Belgiojoso* (1995); Fabrizio Merisi, *Ritratto di Teresa Ponti e Silla Vaccarossi* (1997); Mario Reviglione, *Ritratto di Maria Ramazzotti Marangoni* (1915 circa); Letizia Fornasieri, *Ritratto di Liana Verpa Ghezzi* (2000). Come tradizione, per l'occasione è stato realizzato un piccolo catalogo.

Per la giornata di festa, si è voluto mostrare ai visitatori anche il grandioso salone dell'archivio storico, edificato per le adunanze del consiglio d'amministrazione ospedaliera e affrescato da Giovan Battista Volpino nel 1638. Questo ambiente costituiva uno dei più vasti spazi ad uso profano nella Milano del XVII secolo; l'Ospedale ha ora avviato un complesso studio di pre-analisi in vista del restauro e del recupero funzionale. Partendo dal contiguo salone invernale, l'Arcivescovo, attraversando il cortile dell'Università in processione, ha poi raggiunto la chiesa dell'Annunciata per la celebrazione del rito.



Si è chiusa l'aula magna dell'Università (già Ca' Granda) anche sulla Festa del Perdono 2003. Uno sguardo all'elegante porticato del Richini, che anche quest'anno ha visto giungere e raccogliersi i rappresentanti della città e la comunità ospedaliera nel segno della tradizione.

Editoriale

La nostra rivista ha, tra i suoi compiti istituzionali, quello di promuovere la cultura della salute.

La salute è un valore, un bene, un bisogno primario. Essa attiene all'organismo nelle sue particolarità e alla persona nella sua totalità.

Salute e sanità non sono la stessa cosa: il nostro senso comune percepisce una differenza tra i due termini e il nostro linguaggio corrente ne fa uso in contesti diversi. Peraltro siamo tutti concordi nel ritenere che tra sanità e salute esiste un legame molto stretto. Da un lato la sanità pubblica è, per così dire, la sommatoria di tutti i casi di salute privata; d'altro lato, la salute individuale è, per certi aspetti, il prodotto delle condizioni di sanità collettiva.

I problemi relativi alla salute e alla sanità sono oggi al centro, o nel cuore, di considerazioni economiche, di discussioni politiche, di riflessioni mediche, d'intenzioni informative, formative, educative.

La nostra rivista, nei termini che le sono propri, ospita, nei quattro fascicoli che compongono questa annata 2003, contributi autorevoli su tali problemi.

In questo primo numero la parola è al professor Marco Vitale.

Sanità ed economia

MARCO VITALE

*“La vita è breve
L'arte è lunga
L'occasione è fugace
Il giudizio è difficile”*

(Ippocrate, V Sec. a.C.)

Vi è un segnale inequivocabile del cattivo stato di salute di un settore, ed è la quantità di parole e di scritti che vengono allo stesso dedicati. Il rapporto è inversamente proporzionale: quanto più elevata è la quantità di parole e di scritti allo stesso dedicati e quanto più prolungata nel tempo ne è la loro produzione, tanto peggiore è lo stato di salute del settore. E' questo il caso della Sanità, soprattutto ma non solo in Italia, che è da alcuni decenni soffocata da un crescente fiume di parole, pronunciate per lo più sotto lo stimolo di emozioni ed interessi, contingenti sui temi dell'economia sanitaria, disciplina da noi sostanzialmente ignorata, con conseguenze non positive.

Che senso ha, allora, ripetere, come se fossero nuove, cose già dette, ignorate, irrisse. Questo modo di fare ci ricorda la fatica di Sisifo che deve ricominciare sempre daccapo, senza mai far tesoro dell'esperienza passata; senza mai verificare delle cose dette in passato quali si sono dimostrate giuste e quali errate, alla prova dei fatti; senza mai porsi la domanda centrale: ma una volta arrivati, faticosamente, alla cima con la nostra pesante pietra, chi è

che la ributta regolarmente giù, ai piedi della montagna?

Queste considerazioni sono affiorate mentre, per prepararmi a questo scritto, rileggevo i miei vecchi contributi di economia sanitaria e li ponevo a raffronto con la cronaca sanitaria più recente.

Così mi sembra utile ricollegarmi ad alcuni miei vecchi scritti, e in particolare a uno del 1996 che riprenderò integrandolo con qualche riflessione attuale, ma in una coerente continuità di pensiero.

Nello scritto del 1996 sostenevo quattro tesi fondamentali. A mio avviso sono tesi ancor più valide oggi di allora, ed è utile riflettere sul fatto che molta della confusione attuale deriva proprio dal non avere rispettato quelle tesi.

1. La prima tesi era che la Sanità non è solo un costo ma un investimento

Credo che rileggere quello che scrivevo allora risulti utile ed illuminante. Ma quello che scrissi allora risulta grandemente rafforzato da eventi in corso. Allora ricordavo la grande epopea che, nell'immediato dopoguerra, aveva estirpato, in tante zone d'I-

talia il terribile flagello della malaria. Quanto costò quell'epopea sanitaria-ambientale? Tanto. Quanto rese? Tanto, tantissimo, enormemente di più. Solo chi sa cosa era la malaria e cosa ha pesato nella storia del nostro mezzogiorno può capirlo. Norman Douglas, forse il più profondo viaggiatore del Sud Italia, che viaggiò a lungo nel Sud nei primi dieci anni del '900, nel suo *Old Calabria* (che è del 1915) conclude il capitolo sulla malaria con queste parole: "Forse mi sono dilungato già troppo sull'argomento. Un inglese che sappia poco della malaria probabilmente è di questa opinione, dimenticando che Sir Ronald Ross l'ha definita "forse la più importante fra le malattie dell'umanità". Ma provi ad andare in una regione malarica, a vedere con i propri occhi qualcosa della degradazione che quella malattia provoca, e come il suo marchio maledetto si imprime insieme sull'uomo e sulla natura! E' la distruzione della giovinezza, il sopraggiungere del deserto. Un illustre senatore italiano ha dichiarato che la storia dell'Italia meridionale è stata, è e sarà la storia della malaria; e la Calabria stessa, in gran parte, resterà un enigma per il viaggiatore che non sappia che cosa significa questa tremenda piaga. La malaria permette anche di capire esattamente il paesaggio, ne spiega gli abitanti e i loro costumi, le tradizioni, la storia."

Ma oggi abbiamo sotto gli occhi un altro caso assai illuminante. Quali danni sta provocando il virus SARS alla Cina ed Hong Kong ed agli altri paesi particolarmente colpiti, e quali danni, in generale sta procurando all'economia mondiale? E quanto maggiori sarebbero i costi ed i danni se non potessimo contare su apparati sanitari capaci di contenere il male, di isolarne i casi, di evitare che una epidemia locale diventi epidemia mondiale?

E' solo attraverso il concetto della sanità come investimento che potremo liberarci da quello che il grande economista Federico Caffè chiamava: "terrorismo contabile". La sanità è un investimento ad altissimo rendimento, come tutto ciò che migliora sostanzialmente la qualità della vita. Ma anche come attività produttiva in senso stretto è un investimento ad alto rendimento. Le città che contano su grandi ospedali qualificati, su grandi laboratori di ricerca, su quella fusione tra assistenza, ricerca, formazione che è l'essenza della grande sanità, le

città che hanno riconosciuto nella sanità uno dei grandi fattori produttivi, trovano, in tutto ciò, formidabili fattori di sviluppo e occupazione qualificata. Il problema è solo di falsa rappresentazione contabile. Nella sanità i costi si iscrivono in certi bilanci, mentre i ricavi, i vantaggi, i risultati si iscrivono, quando si iscrivono, su altri bilanci, in altro tempo ed a favore di altri soggetti. "Capire e gestire queste differenze nel tempo e fra soggetti diversi è l'essenza di una buona politica sanitaria" (1996). La verità è che forse in nessun altro campo come nella sanità, la contabilità pubblica dimostra tutta la sua rozzezza e la sua primitività. E' invero incredibile che grandi paesi complessi vengano gestiti con strumenti contabili che ruotano intorno al concetto di cassa, come nella famiglie male amministrate, senza distinguere tra esborsi e investimenti, senza allocare profitti e perdite ai vari investimenti ed attività, sulla base di bilanci calderone sulla base dei quali non è possibile prendere alcuna decisione informata.

2. La seconda tesi che sostenevo allora era che: "Un ospedale non è un'azienda"

Allora tutto il mondo sanitario e politico sanitario era dominato dal mito dell'aziendalizzazione dell'ospedale. Neofiti che non sapevano niente di aziende e politici, che non sapevano niente né di aziende né di ospedali, ne erano estasiati. Come bambini che vedono librarsi in aria il loro primo aquilone. Ero quindi veramente contro corrente a sostenere questa tesi: "Un ospedale non è un'azienda. Trent'anni di lavoro e studio nelle aziende e di riflessione teorica sulle stesse, stanno alla base di questa mia affermazione contro corrente: un ospedale non è un'azienda e l'applicazione meccanica e acritica all'istituzione ospedale dei paradigmi culturali propri dell'azienda può portare ad un vero disastro culturale, professionale e pratico. Ma allora che cosa è un ospedale, se non un'azienda? Un ospedale è un ospedale, come una biblioteca è una biblioteca ed un'università è un'università. Cioè istituzioni tipiche ed inconfondibili, categorie specifiche ed a se stanti nell'universo delle organizzazioni umane, dotate di una propria precisa funzione, di proprie specifiche caratteristiche, di un proprio sistema di valori, di una propria cultura, di propri criteri di misurazione quantitativa e qualitativa dei risultati".

La stessa affermazione : un ospedale non è un'azienda, è riecheggiata recentemente in vari ambienti della sanità ed a vari livelli di responsabilità . Qualcuno può pensare che questa ripresa, sette anni dopo, di una mia tesi del 1996, mi rallegrì. E' vero invece il contrario. Perché le ragioni che ispirano questo pensiero oggi e gli obiettivi che si perseguono, non mi piacciono per niente. Ma prima di illustrare questo punto, è necessario inserire nel quadro un altro aspetto decisivo. In quegli anni fu introdotto come perno del sistema della direzione ospedaliera la figura del direttore generale della ASL, organo monocratico designato dal presidente della Regione e quindi scelto secondo criteri politici e di appartenenza, dotato di poteri assoluti tanto vasti e privi di alcun controllo reale, come non esiste in nessuna impresa privata seria (qualcosa del genere è esistito nel gruppo Ferruzzi negli anni in cui fu portato al disastro dal signor Gardini). Allora scrissi sottolineando la follia di questa impostazione. Ma la follia passò, anche con il plauso di seri studiosi di organizzazione pubblica. E qui si innestò subito una dissennata pratica di lottizzazione pubblica, che ha raggiunto livelli disgustosi e paranoici ponendosi come inevitabile premessa di dissennatezze organizzative e finanziarie.

Una volta, a fare affermazioni di questo tipo, si aveva la sensazione di essere giovani ribelli. Ma, oggi, queste cose le spiega, con ponderatezza e pacatezza, un commentatore saggio ed equilibrato come Mario Pirani (*"Con i primari di partito sanità peggio della Rai"* La Repubblica, 11 febbraio 2003). Ma se si pensa che il saggio Pirani sia ancora troppo ribelle, allora si può andare alla fonte ufficiale, ascoltando quello che dice il Ministro della Salute in carica, Girolamo Sirchia. "Giochi di potere, azioni di lobby per fare le nomine e assegnare le cariche". Se, invece, si preferisce la voce dell'ente locale, si può dare ascolto all'assessore alla sanità della Regione Lombardia, Carlo Borsani: "In qualche caso c'è stata una finanza allegra, ma ora noi vogliamo stroncare l'andazzo". Ma chi lo ha iniziato questo andazzo? Chi ne ha creato le premesse con la lottizzazione selvaggia? Eppure in Lombardia dobbiamo ancora rallegrarci. Infatti, se vivessimo a Palermo saremmo stati, da poco, informati che intercettazioni della Procura hanno svelato gli

appetiti del capomafia Giuseppe Guttadauro sulle designazioni di primari e assistenti (La Repubblica - Palermo, 21 marzo 2003). Il presidente della Commissione Sanità dell'Assemblea Regionale Siciliana, Vincenzo Lo Giudice, ha dichiarato: "Proseguiremo la nostra attività insieme al Governo per stanare ogni illegalità. Purtroppo la sanità in Sicilia è da paragonare ad un piatto di marmellata in cui si posano mosche e mosconi. Quelle intercettazioni mi atterriscono e sconcertano per la loro assoluta gravità". Ad un deputato regionale che gli chiedeva di rendere pubblici i documenti sulle nomine dei primari palermitani negli ultimi tre anni, Lo Giudice ha risposto: "La commissione sanità andrà oltre. Acquisiremo le nomine avvenute in tutta la Sicilia". La verità è che ogni regione ha naturalmente le sue specializzazioni. Ma il problema di fondo ed i metodi sono identici in Sicilia ed in Lombardia.

E' per queste ragioni che le tardive critiche alla errata concezione dell'ospedale come azienda, non mi convincono. Perché queste critiche vengono motivate in modo improprio, vengono alimentate da aspirazioni sbagliate, sono indirizzate verso un ennesimo disastro. Possiamo iniziare da un luogo comune, che rappresenta la base del "terrorismo contabile" di cui parlava il prof. Caffè. Il professor Antonio Pontiroli, della clinica medica dell'Università Statale, inizia un articolo, che ha avuto l'onore della prima pagina del Corriere della Sera di Milano (2 aprile 2003), un articolo del resto pieno di affermazioni più che fondate e condivisibili, con la madre di tutte le sciocchezze di economia sanitaria: "La spesa sanitaria ha raggiunto livelli insostenibili in Italia e soprattutto in Lombardia dove i cittadini sono stati da poco chiamati a contribuire al contenimento della spesa, con la reintroduzione del ticket". Affermare che la spesa sanitaria ha raggiunto livelli "insostenibili" presuppone di conoscere un livello al di sotto del quale tale spesa è sostenibile ed al di sopra del quale diventa insostenibile. Tale misura è ignota all'economia sanitaria. Essa è il frutto di una scelta politica e collettiva che dovremmo discutere più seriamente. Oggi la spesa sanitaria italiana sul PIL si colloca, nell'ambito dei rapporti internazionali, su una ragionevole media (anche se negli ultimi anni la finanza allegra, figlia della lottizza-

zione selvaggia, della quale parla l'assessore Borsani, l'ha spinta verso pericolose impennate). Ma questa media è troppo alta o troppo bassa? E rispetto a cosa, a quali altre spese pubbliche? Io, ad esempio, sono fortemente convinto che un aumento vigoroso della spesa sanitaria gioverebbe all'economia del paese come gioverebbe un forte aumento della spesa per la giustizia. Nel mio scritto del 1996 dicevo che se, come paese, riuscissimo a contenere le malversazioni da dissesti bancari, che negli ultimi 25 anni sono stati una costante, per immensi valori, e le tangenti sulla spesa pubblica e le pensioni baby, e se realizzassimo quell'incremento di produttività nella rete degli ospedali, che è possibile e facilmente stimabile intorno al trenta per cento, e se dirottassimo questi risparmi su una sanità ben gestita, avremmo risolto il problema della spesa sanitaria per i prossimi cento anni. Ma chi conosce l'incidenza della spesa per gli interventi di chirurgia d'urgenza e rianimazione da incidenti automobilistici in un normale ospedale, non può non porsi la domanda: non sarebbe serio ed utile lanciare e finanziare una grande campagna e potenziare la polizia stradale per diminuire questa tragedia sociale? Un potenziamento della polizia stradale ed un sistema sanzionatorio serio per i guidatori alcoolici diminuirebbe la spesa sanitaria! Recentemente il ministro Sirchia ha, opportunamente, ricordato che per i danni da fumo, obesità, incidenti stradali, la società italiana spende 120 mila miliardi di vecchie lire. "Se li riducessimo anche solo un po' – ha aggiunto il Ministro - potremmo disporre di fondi per sostenere necessità sanitarie scoperte o l'acquisto di nuove tecnologie per gli ospedali".

Il contenimento della spesa sanitaria è, dunque, e tutti lo sanno, anche una questione di medicina ed igiene preventiva. Essa non può essere il risultato di mosse estemporanee ma di obiettivi nazionali, ben ponderati e proiettati almeno sull'arco di un decennio. Anche per questo la gestione sanitaria non può essere affidata, a ruota libera, alle nostre sgangherate e corrotte regioni, se non per la gestione quotidiana, che deve essere inquadrata in un solido piano nazionale decennale, ed applicato da ospedali-fondazioni gestiti da consigli d'amministrazione autonomi e responsabili, protetti, almeno in parte, dagli appetiti famelici dei partitanti e dei mafiosi.

L'onore della prima pagina del Corriere della Sera di Milano (29 marzo 2003) lo ha avuto anche un ottimo articolo di Alberto Scanni, primario oncologo del Fatebenefratelli. Condivido totalmente questo articolo e le sue conclusioni: "Al di là di tutto, credo che comunque questa diatriba faccia bene: finalmente abbiamo capito che curare i malati è ancora la cosa principale. Ed è questo che interessa a noi che lavoriamo negli ospedali; onestamente siamo abbastanza stufi di dover contrattare budget, difenderci perché facciamo spendere tanto in medicina per curare gli ammalati, elemosinare apparecchiature, cercare di farci aiutare da tizio e da caio per essere competitivi, non sapere se i nostri ospedali continueranno ad esistere o saranno venduti. Qualcuno dirà: ma senza quattrini non si può assistere la gente. Una risposta c'è: facciamo regole precise e investiamo di più in sanità. L'Italia è tra i paesi europei, quello che investe meno in rapporto al prodotto interno lordo". Ma di questo articolo voglio utilizzare il fuorviante titolo: "Basta con i budget. Pensiamo ai malati", per introdurre un'altra considerazione fondamentale. Questo titolo sembra un urlo liberatorio: liberiamoci dai budget, dai conti, dai conti economici, dalle utili metodologie aziendali. E' un urlo che è corso, negli ultimi tempi, tra gli addetti ai lavori. Per molti vuol dire: togliamo ogni metodo di verifica economica e ritorniamo al rimborso a piè di lista, facciamo quello che vogliamo senza alcun limite o freno, rispondendo solo alla nostra coscienza di medici. Per altri ciò vuol dire anche: e quindi continuiamo a rubare, a sperperare, a lottizzare, ad alimentare nepotismi e clan, senza ritegno e rimorsi. Una specie di nuovo grande condono, in questa terra di condoni e di condonati. Ecco perché il sentire risuonare la giusta affermazione: l'ospedale non è un'azienda, in questo contesto e con questi corollari non mi piace per niente. Le intenzioni dei più sembrano perverse. Dire che: un ospedale non è un'azienda, vuol solo dire che il suo obiettivo primario non è economico ma sanitario e che, in nessun caso e per nessun motivo, l'obiettivo dell'assistenza ai malati deve essere subordinato a ragioni di equilibrio contabile, e che molti principi, valori, metodi del management aziendale sono, in questo settore, fuorvianti, impropri e peri-

colosi. Ma i budget devono restare, i bilanci devono restare ed anzi essere perfezionati, la contabilità industriale deve restare, procedure oculate per gli acquisti devono restare, criteri di verifica economica e di misure dei rendimenti devono restare, controlli adeguati e molte, molte altre cose di una buona amministrazione devono restare ed anzi essere reintrodotte. Perché senza un buona amministrazione ed un management intelligente e competente nell'attività specifica, non solo non si gestiscono aziende, ma neanche università, biblioteche, ospedali, squadre di calcio. Quindi pensare al budget non è in conflitto con il pensare ai malati. Al contrario è chi sperpera senza limiti che fa il danno a lungo termine dei malati. Nessuna attività umana è, nel lungo termine, libera dal vincolo economico. La differenza sta tutta nel modo con il quale anche questo vincolo è interpretato, misurato, gestito, applicato, finanziato.

Ho detto: "ripristinare". Molte cose vanno, infatti, riprese dal passato, dopo la devastazione degli ultimi decenni. Probabilmente, l'ordinamento migliore, tra i tanti che ha avuto, dell'Ospedale Maggiore di Milano, è ancora quello del 1500. Ed infatti:

" - la Ca' Granda è, allora, organizzata a sistema. Al centro l'Ospedale Maggiore dove entrano solo i malati di malattie acute *"de qualità che presto son terminate, vel con salute vel con morte"*. I malati cronici vanno distribuiti negli altri nove ospedali del sistema, secondo specializzazione;

- la contabilità è tenuta da due ragionieri *"maestri de cunti in modo mercantile"*;

- ogni giorno la Crociera (dove sono gli ammalati) deve essere visitata dal Priore dei deputati e una volta alla settimana dall'intero Capitolo (consiglio di amministrazione);

- il Capitolo è formato attraverso procedure molto complicate finalizzate a scegliere persone serie, imparziali, rappresentanti di tutti i quartieri cittadini;

- esiste un direttore generale (Siniscalco) che ha un ampio potere esecutivo su tutti, compresi i fisici (medici) ed i chirurghi, senza la perniciosa distinzione tra area amministrativa ed area medica che verrà introdotta nella seconda metà del '700. Il Siniscalco non doveva avere particolari competenze tecniche, ma essere *"homo prudente et honesto"*.

Ripristinando questi principi e metodi del 1500 faremmo un gran bel passo avanti".

Anche il Ministro Sirchia ha recentemente affermato: l'Ospedale non è un'azienda. E la sua affermazione non sembra viziata dai fattori sopra illustrati. Eppure anch'essa è, almeno, in parte viziata dal fatto che non è formulata nel quadro di una riflessione generale ed approfondita, con la contestuale indicazione di nuovi indirizzi di lavoro. Essa è stata formulata strumentalmente, nel quadro di una dura polemica nei confronti della Regione Lombardia per una questione di potere sui 5 IRCCS della Lombardia. La polemica e la presa di posizione del Ministro è, invero, totalmente condivisibile. Da questa ormai troppo lunga lotta tra Stato centrale e Regione Lombardia su chi debba gestire gli IRCCS, lotta che ha causato e causa danni immensi alla comunità, se ne deve uscire. L'unica via seria è che la gestione ed il finanziamento degli IRCCS, sia per la componente ricerca che per la componente assistenza, faccia capo direttamente al Ministero della Salute. Il sistema degli IRCCS è cosa troppo seria ed importante sul piano nazionale per affondare nei pasticci locali. Del resto le Regioni contribuiscono al disegno generale attraverso i piani sanitari regionali. "Ripianeremo il deficit di 275 miliardi di lire degli IRCCS solo se ne otterremo il controllo" ha detto la Regione Lombardia. Un modo inaccettabile di affrontare un problema serio. Il deficit di 275 miliardi va finanziato da qualcuno, e questi sono sempre e solo le tasse dei cittadini. L'unica questione seria è se questo deficit è giustificato, se a fronte dello stesso vi sono prestazioni serie ed utili fornite in modo serio. Se la risposta è positiva, esso va finanziato o attraverso trasferimenti dallo Stato alle Regioni o direttamente attraverso lo Stato. Dopo avere assistito ad un decennio di chiacchiere dannosissime ed a comportamenti inaccettabili, in materia, attesa anche la difficoltà di separare assistenza e ricerca ed attesa la necessità che la Sanità nazionale non venga smantellata a favore degli epigoni di Bossi, la proposta è unica ed obbligata: gli IRCCS, tutti gli IRCCS, facciano capo, unitariamente al Ministero della Salute sotto tutti i profili.

3. La terza tesi era che la solidarietà non è in conflitto con l'efficienza

Su questo punto non ho veramente nulla da aggiungere a quello che scrivevo nel 1996. E' l'efficienza la base vera di una corretta solidarietà. La solida-

rietà pasticciata non vive a lungo. “Bene sanno tutto ciò, proprio quelle eccellenti organizzazioni religiose che gestiscono ospedali da tempo memorabile e che, di norma, li gestiscono con grande efficienza”. Efficienza è ciò che permette di realizzare, quantitativamente e qualitativamente, meglio i fini specifici dell’ente a parità di risorse impiegate. Ed anche per questa via ritorna l’esigenza di distinguere l’ospedale (con i propri fini) e l’azienda.

4. La quarta tesi era che la distinzione tra pubblico e privato nella sanità è, come viene trattata nei nostri giorni, un imbroglio

In un sistema sanitario basato prevalentemente sulle casse pubbliche alimentate dal gettito fiscale generale, tutti gli ospedali che non vivono sul libero mercato ma vendono i loro servizi a tali casse pubbliche, sono, a prescindere da chi ha il controllo del capitale, da un punto di vista economico e sostanziale, ospedali pubblici. Tutti quindi devono essere sottoposti alla stessa identica disciplina per quanto riguarda autorizzazione, organizzazione del lavoro, governance, acquisti, controlli e via dicendo. Questa tesi, credo inoppugnabile sul piano logico, trova oggi una definitiva conferma empirica nella esperienza della Regione Lombardia, guidata da una preconcetta politica a favore dei privati (in un certo senso comprensibile ed auspicabile e che ha arricchito l’offerta di servizi sanitari facendo crescere organismi privati ottimi come il San Raffaele, l’Humanitas, il Monzino, l’IEO, che rappresentano, oggettivamente, un arricchimento del sistema). Questa politica è caduta su due fronti. Il primo fronte è stato il favorire nel settore pubblico, attraverso le lottizzazioni, i nepotismi, la mancanza di controlli, le mangerie, quella finanza allegra denunciata dallo stesso assessore regionale alla sanità. Il secondo fronte (e qui la responsabilità non è della Regione ma dell’ordinamento generale) è stato quello di non far correre una gara a parità di condizioni. Infatti mentre sul fronte dei ricavi i c.d. pubblici ed i c.d. privati agiscono sul piano paritetico, sul fronte dei costi e dell’organizzazione del lavoro i c.d. privati agiscono “in modo mercantile”, mentre i c.d. pubblici sono bloccati ed affossati dalle strutture arcaiche del diritto amministrativo, diritto strutturalmente inadatto alla gestione di attività produttive, come è certamente nel caso degli ospedali.

Così proprio quei cinque IRCCS, che dovrebbero essere un fiore all’occhiello della Lombardia e dei quali tutti dovrebbero farsi vanto, sono stati svantaggiati e costretti a fare la loro corsa con una grande pietra legata alla caviglia.

Oggi la situazione è molto critica e richiederebbe da un lato (Regione) una capacità serena di autocritica e dall’altro (Governo e Parlamento) interventi legislativi urgenti per porre gli ospedali c.d. privati e pubblici sullo stesso piano e per risolvere, una volta per tutte, il problema del collocamento istituzionale degli IRCCS.

Ecco come la situazione odierna in Lombardia mi viene descritta da una persona che è un buon medico, un ottimo dirigente del sistema e, se è necessaria una classificazione politica, simpatizzante per il centro-destra:

”L’assessorato è in preda alla confusione e a progettualità più completa. Dopo un tentativo di mettere in concorrenza erogatori privati e pubblici per migliorarne il funzionamento (almeno ufficialmente), e pagamenti dettati non da previsioni di bilancio globali e fondi di assegnazione acritici e regolarmente disattesi, ma dal volume delle prestazioni effettivamente rese ai cittadini, ora sta ritornando di fatto ad un pagamento a fondo.

Aprogettualità, confusione e “terrore nero” regnano incontrastati, piccole azioni tattiche, assurde nella loro ingenuità, fuggono ogni anche lontano tentativo di pensiero strategico. Si è felici di gestire l’emergenza, senza chiedersi in alcun modo come ed in che modo e per quali ragioni questa emergenza si è costituita.

L’ordine è tagliare, in modo acritico e senza riguardo alle prestazioni, senza chiedersi in alcun modo se vi sono possibilità di azioni di miglioramento organizzativa: è come bloccare gli acquisti del latte e la manutenzione dei frigoriferi in un’azienda che fabbrica gelati ... basta aspettare per vedere crollare tutto.

Ho la netta sensazione che, questa volta, la cosa sia diversa: non siamo più davanti ad incompetenza “mirata”, finalizzata a nepotismi, lottizzazioni, favori e mangerie, ma a pura incompetenza, ingenuità e nudo terrore. E non è nemmeno la nota arcaica cultura del “non fare” del mondo burocratico, che era pur sempre una forma di pensiero, una

sublimazione dello spirito di autoconservazione fine a se stessa!

Ridurre acriticamente il personale e gli investimenti, senza voler affrontare il problema del ruolo pubblico, e senza voler affrontare il problema del Diritto Amministrativo nella Strutture Sanitarie Pubbliche, significa condannare queste ultime ad una lunga, dolorosa e sempre più irreversibile, agonia, favorendo in tal modo la morte della struttura pubblica a favore di quella privata. E quest'ultima, non già stimolata dalla competizione sana di mercato con strutture pubbliche di valore, ma affiancandosi a corpi in putrefazione, sviluppa attività più simili a quelle degli sciacalli dei palazzi di Baghdad che a buona conduzione aziendale (per non parlare di sanità nell'interesse del cittadino, cosa del resto mai veramente all'ordine del giorno)".

Questi erano e restano i punti centrali e generali. Altri temi importanti meriterebbero attenzione, ma già troppo a lungo ho abusato della pazienza del lettore. Tuttavia ve ne sono due ai quali non posso non fare almeno un accenno.

Il primo è il rapporto tra spesa sanitaria e spesa farmaceutica. Siamo troppo spesso portati a vedere queste due voci di spesa separatamente. Eppure la loro connessione è chiara, evidente, e documentata anche negli ultimi anni. Un punto delicato del sistema Italia è che il settore farmaceutico è quasi totalmente in mano alle industrie multinazionali, che trovano in Italia il quinto mercato di consumo del mondo. Non si tratta né di piangere sul latte versato, né di demonizzare le multinazionali. Ma è chiaro che alle stesse il destino del sistema sanitario italiano e l'andamento della spesa pubblica sanitaria non interessa nulla. A loro interessa soltanto spuntare i prezzi più alti possibili e vendere il maggior numero di quantità possibili. Alcuni recenti episodi (memorandum di fonte Pfizer per contrastare l'azione della Regione Toscana di controllo della spesa farmaceutica; le ultime decisioni sui prezzi che hanno sistematicamente premiato le multinazionali più importanti; il memorandum diffuso in occasione della recente elezione del nuovo presidente della Farindustria; episodi gravi di comparaggio facenti capo ad una delle più potenti multinazionali) sono inquietanti e rappresentano un serio campanel-

lo d'allarme. Per fronteggiare la non facile situazione è necessario un Ministero della Salute incorruttibile, forte, autonomo, autorevole, capace di negoziare seriamente e duramente con le multinazionali farmaceutiche, per spingerle ad essere componente consapevole e responsabile del sistema. Uno strumento di grande utilità per gestire al meglio il difficile rapporto ospedali-industria farmaceutica è il sistema delle farmacie ospedaliere. Avendo avuto la fortuna di collaborare, come Commissario del Policlinico di Milano, con un farmacista interno di grande levatura professionale e morale, mi sono reso conto di quanto grandi possano essere i risparmi realizzabili in quest'area, senza minimamente indebolire il livello e la qualità del servizio, ma caso mai migliorandolo.

Il secondo punto al quale voglio accennare, chiudendo, è che considerare la sanità in se stessa, avulsa dal contesto culturale e socio-economico non porta da nessuna parte. L'economia sanitaria è la più complessa branca dell'economia, sia in se stessa, sia perché da sola non porta da nessuna parte e solo collaborando strettamente, in una continua interazione, con medicina, scienza dell'organizzazione, antropologia, sociologia, filosofia morale, può portare verso soluzioni ragionevoli, in una ricerca, mai finita, di conciliazione possibile tra le varie mutevoli esigenze.

Questo intreccio complesso è bene illustrato nell'ultimo libro di Giorgio Cosmacini e Roberto Satolli (*Lettera a un medico sulla cura degli uomini*, Laterza 2003) che, appunto affermano: "Non è nostra intenzione sminuire i trionfi della medicina, ma vogliamo anche ricordare che quei successi sono intrecciati con lo sviluppo economico dei Paesi ricchi, di cui sono figli e al quale hanno fortemente contribuito". Ancora Cosmacini (in *L'arte lunga, storia della medicina dall'antichità ad oggi*, ed. Laterza 1997), scriveva: "La medicina scienza non è mai una ricerca isolata, è la medicina di un contesto culturale. Allo stesso modo la medicina non è mai una realtà neutra, è la medicina di un contesto socio-economico... il modo come la gente soffre e muore è un modo sociale; la struttura delle cure della salute è inseparabile dall'organizzazione generale della società".

Questo intreccio è stretto, nel bene e nel male. Così il susseguirsi di gravi fatti di corruzione, associazione per delinquere, turbativa d'asta, che si verificano da noi con troppa sistematicità per essere casuali, nel campo della sanità, e soprattutto in quella lombarda e milanese, non può non porci la domanda della relazione tra spesa sanitaria e indici di corruzione. Ancora una volta è la sanità ad essere oggetto di saccheggi. Come diceva il deputato regionale siciliano essa è come un piatto di marmellata per mosche e mosconi. La cosa è particolarmente odiosa ma non sorprendente. La sanità è la maggiore voce di spesa dei bilanci regionali, le forniture agli ospedali sono molto significative, gli amministratori e i dirigenti degli ospedali sono, in parte, il frutto avvelenato di trent'anni di politicizzazione, lottizzazioni, gestione clientelare, selezione a rovescio. Perché allora sorprendersi? Qualche anno fa sembrava che, sotto la spinta dell'azione della magistratura inquirente, ci si fosse avviati verso la ricerca di un assetto più civile. Ma poi si è risprofondati nelle antiche pratiche. E la legittimazione delle lottizzazioni pronunciata dalla magistratura giudicante, ne è concausa importante. Perché tra lottizzazione e corruzione vi è un preciso rapporto di causa ed effetto, ancorché non esclusivo. Altre cause si intrecciano, ma questa è una causa certa e sicura.

Il pretendere di contenere e gestire la spesa pubblica in un clima di corruzione dilagante è un nonsense. La corruzione è per il moralista un problema morale. Ma per l'amministratore e l'economista è semplicemente un fatto che ci fa spendere, quando va bene, il 30-50% in più rispetto a quello che dovremmo spendere. "Transparency International" l'unica organizzazione mondiale non governativa e non profit con sede a Berlino (www.transparency.org) che monitorizza sistematicamente e scientificamente la percezione della corruzione in 102 paesi ha divulgato il 28 agosto il suo "Transparency International Corruption Perceptions Index 2002". Questo indice pone in chiara evidenza che esiste una precisa correlazione negativa tra corruzione ed efficienza economica. Su un punteggio di 10 (risultato finale di una media di rilevazioni, tra le quali 15 indagini da 9

istituzioni indipendenti) i primi dieci paesi, con un indice oscillante tra 8,7 e 9,7 sono Finlandia, Danimarca, Nuova Zelanda, Islanda, Singapore, Svezia, Canada, Lussemburgo, Inghilterra. Gli ultimi, con un indice oscillante da 2,1 a 1,2 sono: Bangladesh, Nigeria, Paraguay, Madagascar, Angola, Kenya, Indonesia, Aserbajan, Uganda, Moldavia. L'Italia si colloca al trentunesimo posto con un indice di 5,2, ultima e nettamente staccata dagli altri paesi sviluppati. Dietro di lei vi sono solo paesi dell'ex impero sovietico e paesi africani, sudamericani e orientali. Ma quello che rileva è che l'Italia è in netto peggioramento, anche qui con una dicotomia: una parte d'Italia migliora con un discreto indice del 7,2 mentre un'altra parte sprofonda ad un pessimo 3,4. Se questa rilevazione ha valore (e temo che ce l'abbia perché è molto seria, sistematica e collaudata e viene a confermare una sensazione diffusa) dobbiamo rassegnarci a tenerci a lungo il ritornello: "non ci sono più soldi"; perché i soldi ci saranno solo per chi conosce la, ormai sofisticatissima, arte della corruzione.

Del resto già Pindaro, nella terza ode Pitica, composta nel 474 a.C. pochi anni prima della nascita di Ippocrate (a Kos verso il 460 a.C.) denunciava che la tentazione del lucro (non del farsi pagare bene, perché, ad esempio, Ippocrate si faceva pagare molto bene sia come insegnante che come medico) è sempre un pericolo insito nell'arte medica. "Ma pure il sapere è messo in catene dal guadagno. E l'oro che apparve nelle mani spinse anche lui (si riferisce ad Asclepio, figlio di Apollo, primo medico del mito, dal quale discendono i medici sacerdoti Asclepiadi ai quali appartenne Ippocrate) per cospicuo compenso, a ridestare dalla morte chi ne era già preda".

Ma non voglio chiudere con una nota ed un tono pessimistico. L'indice di corruzione elevato è un problema serio per la sanità italiana, come lo è per tanti altri aspetti del Paese. Ma nonostante ciò, ed, in un certo senso sorprendentemente, nel suo insieme, la sanità italiana è tutt'altro che male, soprattutto nel Nord Italia. Le sue cifre, il suo rapporto costi-benefici sono buoni, la longevità e lo stato di salute della popolazione è eccellente, negli ospedali è molto più frequente trovare medici e

personale paramedico competente, per bene e dedicato, anziché il contrario. Anche se le cronache risuonano di episodi di malasànità, i miei ricordi sono colmi di episodi di buona sanità, nonostante l'organizzazione perversa, nella quale eravamo tutti costretti a muoverci. Per questo resta in me il grande rammarico di essere riuscito a fare così poco nei pochi anni in cui mi impegnai nel settore e la convinzione che si potrebbe fare molto molto di più. La sanità (attività basata sull'intelligenza e sull'umanità) potrebbe anzi, grazie ad un incontro serio con la buona amministrazione e con la buona organizzazione, diventare uno dei punti di forza dell'economia italiana.

Recenti andamenti
della spesa sanitaria e farmaceutica
(dati in milioni di euro)

	1994	1997	2000	2001
Spesa corrente del SSN (a)	48.835	55.121	66.893	72.502
Spesa farmaceutica:				
pubblica (b)	5.435	6.252	8.755	11.591
privata (b)	4.443	5.818	6.501	5.565
Totale (b)	9.878	12.070	15.256	17.156
PIL (a)	854.623	102.682	116.512	119.818 (Stima)

Fonte: a) *Relazione Annuale Banca d'Italia.*

b) *Osservatorio Farmaci del Cergas, Università Bocconi.*

Incidenza sul PIL in %

di:

	1994	1997	2000	2001
Spesa SSN corrente	5,7	5,4	5,7	6,1
Spesa farmaceutica pubblica	0,63	0,61	0,75	0,96
Spesa farmaceutica privata	0,52	0,57	0,56	0,46
Spesa farmaceutica totale	1,15	1,18	1,31	1,42

Nel tempo del dolore

GIANFRANCO RAVASI

Per millenni l'umanità ha cercato di assediare la cittadella apparentemente invalicabile del dolore. Già l'antica sapienza egizia registrava la sconfitta della ragione con le emozionanti righe del "papiro di Berlino 3024" (2200 a.C.), significativamente intitolato dagli studiosi *Dialogo di un suicida con la sua anima*, dialogo che ha come approdo solo la morte vista come liberazione, guarigione, profumo di mirra, brezza dolce della sera, fior di loto che sboccia. L'accanimento della teodicea, cioè del tentativo di difendere Dio dall'attacco dell'"ateismo" che fa leva proprio sul dolore, ha dovuto sempre confrontarsi con le alternative lapidarie del filosofo greco Epicuro, così come ce le ha trasmesse lo scrittore cristiano Lattanzio nella sua opera *De ira Dei* (c.13): "Se Dio vuol togliere il male e non può, allora è impotente. Se può e non vuole, allora è ostile nei nostri confronti. Se vuole e può, perché allora esiste il male e non viene eliminato da lui?".

È proprio attorno a questi dilemmi e soprattutto quando si entra nella regione tenebrosa della sofferenza personale che si confrontano le religioni e gli agnosticismi.

Emblematica è l'affermazione del pensatore ateo francese Jean Cotureau: "Non credo in Dio. Se esistesse, sarebbe il male in persona. Preferisco negarlo piuttosto che addossargli la responsabilità del male". E proprio per difendere Dio da questa accusa infamante, si è fatto di tutto nella storia dell'umanità, ricorrendo appunto a quella "teodicea" a cui sopra si accennava, percorrendo le strade più disparate, talvolta quasi impraticabili. Si è, così, ricorso al dualismo, introducendo – accanto al Dio buono e giusto – un'altra divinità negativa e ostile, un dio del male (pensiamo, a titolo esemplificativo, al manicheismo e a tante forme apocalittiche estremiste). Si è appellato alla cosiddetta "teoria della retribuzione", per altro ben attestata anche nella Bibbia, come vedremo: il binomio delitto-castigo ci invita a scoprire in ogni dolore un'espiazione di colpa, se non personale, almeno altrui (e così si cercherebbe di giustificare anche la sofferenza dell'innocente).

Per altri sarebbe, invece, da imboccare la via pessimistica radicale: la realtà è strutturalmente negativa proprio per il suo limite creaturale (da spiegare sarebbe eventualmente la felicità o il bene quando si presentano nella vita!). Per contrasto, non è mancata anche una lettura ottimistica altrettanto radicale della realtà per cui il male è solo un non-essere, un dato concettuale, un'apparenza da superare scoprendo la serenità profonda dell'essere. In questa luce si pongono le visioni panteistiche come lo stoicismo greco-romano o il brahmanesimo indiano per il quale il male è solo *maya*, cioè "illusione". In questa linea si collocano anche certe concezioni evoluzionistiche che considerano il dolore come il residuo di un mondo ancora imperfetto e in costruzione. Le energie cosmiche e il progresso umano sono la via da percorrere per la graduale eliminazione di ogni negatività.

Gli stessi testi sacri ebraico-cristiani, cioè la Bibbia, affrontano l'interrogazione che la sofferenza genera secondo prospettive differenti. C'è, così, nei capitoli 2-3 della *Genesi* il ricorso alla libertà umana che, nella solitudine drammatica delle sue scelte, può seminare violenza, oppressione, devastazione, prevaricazione e lacrime.

C'è la voce altissima di *Giobbe* che, attraverso un tragico itinerario di spogliazione e di

protesta, giunge alla scoperta di un progetto trascendentale, invalicabile agli schemi semplificatori della filosofia e della stessa teologia, dotato però di un suo senso, di una metarazionalità suprema che è conoscibile solo per rivelazione, per contemplazione. C'è il misterioso Servo del Signore, "uomo dei dolori", cantato da Isaia (c. 53), che nel dolore dell'innocente vede un seme di fecondità e non di morte, che si dirama nel deserto della storia. C'è soprattutto la figura di Cristo che incontra costantemente la degenerazione causata dal male, la assume su di sé attraversando la galleria oscura della passione e della morte: egli, però, con questa solidarietà estrema depone nel limite umano una scintilla della sua divinità che esplode nella luce della risurrezione, cioè della ri-creazione del mondo e dell'umanità in una nuova dimensione ove, come dichiara il libro dell'*Apocalisse*, "non ci sarà più morte, né il lutto, né il lamento, né l'affanno, perché le cose di prima sono passate" (21,4).

Noi, però, vorremmo ora – molto più modestamente – indicare due linee di interpretazione e di comportamento di fronte alla lacerazione della sofferenza, consapevoli comunque del mistero che essa coinvolge. Eschilo nei *Persiani* pone l'eterna domanda che sale dal respiro di dolore dell'umanità: "Io grido in alto le mie infinite sofferenze, dal profondo dell'ombra chi mi ascolterà?" (v.635). La prima considerazione vuole porre l'accento sulla *simbolicità* del dolore. È, come dice il titolo di una suggestiva opera autobiografica della scrittrice americana Susan Sontag, la metafora di un'esperienza più alta (*Illness as metaphor*, 1978). È indice di un "male oscuro" e radicale, per usare un titolo di un romanzo del nostro Giuseppe Berto (1964).

La sofferenza non è mai solo una questione fisica, ma coinvolge "simbolicamente" corporeità e spiritualità. Essa può contemporaneamente generare disperazione e speranza, tenebra e luce; può essere distruzione e purificazione; riduce alla bestialità (certe malattie sono umiliazione e sconfitta di ogni dignità umana) ma può anche trasfigurare, "distillando" come in un crogiuolo le capacità più alte, divenendo luminosità interiore e catarsi. Il grande mistico medievale Meister Eckhart (1260 ca. - 1327) affermava che "nulla sa più di fiele del soffrire, nulla sa più di miele dell'aver sofferto; nulla di fronte agli uomini sfigura il corpo più della sofferenza, ma nulla di fronte a Dio abbellisce l'anima più dell'aver sofferto".

Proprio per questa dimensione simbolica del soffrire umano, l'approccio nei confronti del malato non può essere parziale. Da un lato, è indubbia la necessità della terapia medica: dopo tutto, quasi metà del Vangelo di Marco è un racconto di guarigioni operate da Cristo al punto tale che un teologo, René Latourelle, ha scritto che "i Vangeli senza miracoli di guarigione sono come l'*Amleto* di Shakespeare senza il principe". D'altro lato, la pura biologicità e la tecnica asettica sono insufficienti ed esigono un incontro, un dialogo, un supplemento di umanità. Mai come nel dolore ci si accorge di non *avere* un corpo ma di *essere* un corpo che è segno di una realtà interiore più profonda. Sono suggestive dal punto di vista simbolico le narrazioni evangeliche delle guarigioni dei lebbrosi: contravvenendo tutti i divieti rituali e sanitari del tempo, Gesù "li tocca" e con questo gesto vuole quasi assumere su di sé il male, condividendone il peso e l'amarezza.

Mai come nel dolore l'uomo s'accorge della falsità delle parole di conforto dette in modo estrinseco e senza autentica partecipazione. Giobbe, al riguardo, è estremamente chiaro: gli amici che cercano di consolarlo in modo arido e frigido sono da lui definiti "intonicatori di menzogna" (13,4), maestri nei "sofismi di cenere" (13,12), "consolatori stomachevoli", capaci solo di "discorsi d'aria" (16,2-3), pronti a offrire "decotti di malva" (6,6) che non possono certo placare la furia ardente della sofferenza intima. Anzi, il malato scopre

che, alla fine, egli rimane solo col suo male.

È lo stesso Giobbe a descrivere in modo pittoresco e persino barocco questo isolamento quando scopre che “a mia moglie ripugna il mio alito, faccio schifo ai figli del mio ventre” (19,17). Nel tempo del dolore la verità non riesce a patire contraffazioni.

È, allora, in questo momento che deve scattare una specie di *alleanza* tra paziente e medico (infermiere, parente, assistente, cappellano e così via). È questa la seconda considerazione che vogliamo proporre. Nel racconto biblico della creazione della donna si dichiara che l'uomo supera la sua solitudine solo quando trova “un aiuto che stia di fronte” (*ke-negdô*), che sappia quindi avere gli occhi negli occhi dell'altro, che non troneggi sopra la creatura come una divinità ma che non sia neppure inferiore e inetto come un animale.

Questa solidarietà è difficile da creare ma è indispensabile. La conoscenza tra chi cura e chi è curato dev'essere meno fredda e distaccata di quanto spesso accade: dev'essere fatta di comunicazione genuina, di dialogo, di ascolto, di verità detta con partecipazione (e qui si pone il delicatissimo problema della cosiddetta “verità al malato”). Il sofferente deve sentirsi rispettato anche nel momento della debolezza, quando il pianto inonda le sue guance ed è noto che esiste sempre un pudore nel mostrare le lacrime. Dev'essere aiutato a liberarsi dei condizionamenti di una cultura della “forza”, di un “maschilismo” vanamente eroico e ad accettarsi anche nel tempo della prova.

Anche Cristo di fronte alla notte della passione implora di essere liberato dal calice della sofferenza (*Marco* 14,36) e confessa di avere “l'anima triste fino alla morte” (*Marco* 14,34), scoprendo però con amarezza di non avere accanto la solidarietà affettuosa dei suoi discepoli: “Così non siete stati capaci di vegliare una sola ora con me?” (*Matteo* 26,40). Bisogna, allora, ribadire una parola tanto abusata ed equivocata, la cui vera declinazione nell'esistenza è sempre ardua, cioè l'amore.

Solo se circondato d'amore, il malato riesce ad accettarsi e a superare anche il pudore che è la consapevolezza – come affermava il filosofo Max Scheler – di “un certo squilibrio, di una certa disarmonia tra il significato e le esigenze della sua persona spirituale, da una parte, e i suoi bisogni corporei, dall'altra”.

In questa luce ci sembra suggestiva una parabola che vorremmo porre a suggello di queste riflessioni molto limitate su un orizzonte immenso e incandescente, incapaci di fissare in un profilo sintetico il volto proteiforme del male. Anche per il credente, il dolore rimane una cittadella il cui centro non può essere completamente espugnato.

Come diceva il poeta cattolico francese Paul Claudel, “Dio non è venuto a spiegare la sofferenza, è venuto a riempirla della sua presenza”. E il teologo Hans Küng osservava che “Dio non ci protegge *da* ogni sofferenza ma ci sostiene *in* ogni sofferenza”. A questo proposito ci affidiamo a una figura “laica” come lo scrittore Ennio Flaiano (1910-1972).

A lui era nata nel 1942 una figlia, Luisa, che già a otto anni aveva iniziato a rivelare un'encefalopatia epilettica e che è vissuta fino al 1992, curata amorosamente dalla madre, Rosetta Flaiano. Ebbene, lo scrittore abruzzese nel 1960 aveva pensato a un romanzo-film di cui è rimasto solo l'abbozzo. In esso si immaginava il ritorno di Gesù sulla terra, infastidito da giornalisti e fotoreporter ma, come un tempo, attento solo agli ultimi e ai malati. Ed ecco, “un uomo condusse a Gesù la figlia malata e gli disse: io non voglio che tu la guarisca ma che tu la ami. Gesù baciò quella ragazza e disse: In verità, quest'uomo ha chiesto ciò che io posso dare. Così detto, sparì in una gloria di luce, lasciando la folla a commentare i suoi miracoli e i giornalisti a descriverli”.

La professione della cura: ieri, oggi, domani*

GIORGIO COSMACINI

Spesso si sente dire e ripetere, dai mass-media e anche da qualcuno fra gli addetti ai lavori, che la medicina è una scienza; spesso non lo si dice neppure, lo si dà per scontato. La medicina è certamente un sapere, un pensare e un agire *basato* su scienze - le scienze dette appunto *di base* - ; a esse può essere *ricondata*, ma non assolutamente *ridotta*.

Il tutto è più della somma delle singole parti. Il plus-valore che arricchisce la medicina è il fatto che essa è sì basata su scienze, ma è esercitata in un mondo non neutro, in un mondo di valori.

Partendo *ab antiquo* ritengo di poter dire che la medicina è una *tèchne*, nel senso ippocratico della parola, una *tèchne* dotata di un suo proprio sapere conoscitivo e valutativo e che differisce dalle altre tecniche perché il suo oggetto non è un oggetto, ma un soggetto, l'uomo.

La *tèchne iatriké*, l'originaria "ars curandi", la perenne "arte della cura" è una tecnica, un'arte, un artigianato, un mestiere, una professione che ha una sua propria tradizione, una sua propria cultura. In seno a tale cultura la tecnica è il mezzo, ma *l'ánthropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o primo.

Questa antropologia medica è una filosofia? La medicina ippocratica possedeva un'anima filosofica. La tecnica dello *iatròs* aveva un proprio metodo (il metodo clinico), una propria episteme (una teoria della conoscenza scientifica), un proprio ordine morale (sia sul piano deontologico come patto collegialmente giurato, sia sul piano etico, vuoi nel rapporto "duale" medico-paziente, vuoi nel rapporto "plurale" del medico e del paziente con la *pòlis*, con la collettività di cui

facevano parte). Nella città ateniese dove il medico ippocratico esercitava la sua *professione della cura*, il "dialogo" socratico gli forniva un modello relazionale e la "politica" di Pericle un modello di "regime" sul quale regolare non solo lo stile di vita individuale, ma anche il comportamento collettivo nella vita associata.

La professione della cura

Cura non è un nome univoco: può significare l'esercizio dei mezzi che hanno il fine di guarire la malattia o di salvaguardare la salute; oppure può essere l'equivalente del farsi carico, in modo responsivo, dei bisogni della persona. Nel primo caso *cura* è sinonimo di terapia, nel secondo caso è sinonimo di prevenzione, nel terzo caso è sinonimo di cura globale. La lingua inglese distingue opportunamente fra *to cure* - rimediare, risanare e possibilmente guarire - e *to care* - aver cura, interesse, premura, cioè, prendersi cura. Distingue anche tra *disease* - malattia oggettivata, affezione patologica, guasto dell'organismo - e *illness* - malattia soggettiva, afflizione esistenziale, stato di sofferenza. La condizione umana è fatta dell'una e dell'altra, è affetta da mali e afflitta da malessere e il mestiere di medico è chiamato a cimentarsi con ambedue questi aspetti, nei momenti cruciali della vita dell'uomo: la nascita, la malattia, l'infermità, l'handicap, l'invecchiamento, la morte. Il sapere-potere del mestiere, come non può e non deve prescindere da una tecnica efficiente ed efficace, così non può sottrarsi all'esigenza di una comprensione curativa globale dell'umanità del paziente. La qualità della cura che il paziente riceve è da lui sperimentata soprattutto in funzione di questa globalità.

Nei cosiddetti "secoli bui" del medioevo - *the dark Age* - la cura del malato era concepita, descritta, prescritta come "cura globale". L'essere

* Intervento svolto come relazione inaugurale del 103° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna (Milano, 19 novembre 2002) e come lettura magistrale al Congresso "Psichiatria, famiglia e società. Assistere e curare" (Milano, 20 novembre 2002).

umano era visto nella sua interezza e non veniva fatta distinzione tra una superiore cura dell'anima e una inferiore cura del corpo. Non si distingueva tra una inferiore salute cui ambire e una superiore salvezza cui aspirare. Il termine *salus* esprimeva l'una e l'altra.

Una stessa condizione umana dava diritto a entrambe, ma chi curava doveva occuparsi anzitutto di ciò gli era più prossimo, il corpo, facendosi carico della salute corporale. Si è scritto opportunamente che il Medioevo non conobbe in tal senso un banale quanto eretico "Salva la tua anima", quanto un'unica cura dell'essere umano nella sua completezza. Nel passaggio epocale tra Medioevo e Rinascimento la cura venne ad arricchirsi di un contenuto di *tèchne* crescente via via. Se *prima* i malati venivano curati "genericamente", come "genere" umano, meno per quel che erano che per quel che rappresentavano (la carne piagata del loro Redentore), *dopo* i malati sono curati "specificamente" per quel che sono (ciascuno secondo la sua propria malattia individuata e differenziata). Emergono, accanto alla figura professionale del generico *infirmarius*, la figura del medico *magister*, "maestro d'arte", com'è per i medici della Scuola di Salerno, e la figura del medico *doctus, doctor*, "dottore", forgiata dalle Università. Ed emerge, accanto alla figura del medico, la figura distinta e divisa del chirurgo, di "colui che lavora con la mano". Si è detto che la Rivoluzione Francese, volendo la fraternità universale, riuscì almeno in questo: ad affratellare il medico e il chirurgo, prima separati da secolare discordia, unificandoli nella figura del medico-chirurgo ottocentesco.

Abbiamo detto Rivoluzione Francese; ma nel periodo trisecolare delle molte rivoluzioni strutturali del vivere - rivoluzione agricola, rivoluzione industriale, rivoluzione demografica, rivoluzione economica, rivoluzione politica - tutto si trasforma. Tra le cosiddette "rivoluzioni del benessere" figura in primo piano quella della scienza e della tecnica, anche delle scienze di base della medicina e delle loro applicazioni tecnologiche e tecnopratiche. Con questo processo di *tecnologizzazione* si sviluppa in parallelo e consensualmente un processo di *socializzazione* che investe progressi-

vamente tutti i mestieri, tutte le professioni, tutte le figure professionali.

Dalla rivoluzione tecnologica, di cui sono parte integrante quella biomedica, farmaco-terapica e chirurgica, deriva un aumento della vita disponibile, tradotto nell'abbassamento del tasso di mortalità e nell'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita. Si vive più a lungo, in maggior numero si è longevi, e la trasformazione non è solo quantitativa, ma è anche qualitativa; la vita, infatti non è solamente più lunga, ma anche migliore, e le statistiche demografiche sono ancora più eloquenti se arricchite dai rilievi attinenti la quantità e la qualità di vita di una sterminata casistica.

Il malato di *angina pectoris* che un tempo veniva stroncato in età prematura, diventa il portatore di *by-pass*, asintomatico e longevo, sincronizzato in tarda età con l'evoluzione naturale della propria malattia aterosclerotica. Il paziente nefropatico precocemente afflitto da uremia fatale diventa il soggetto periodicamente emodializzato, che vive e convive per decenni con la propria malattia disabilitante; e così il diabetico ricompensato, l'iperteso monitorizzato, l'emopatico politrasfuso, il malato cronico in genere; si tratta di una popolazione certamente a rischio, ma il cui rischio è costituito dalla sua stessa longevità relativa.

Oggi siamo tanto più numerosi e tanto più longevi, ma le ricadute sull'altro piatto della bilancia non mancano; più malati inveterati, più persone di tutte le età bisognose di una diversa e nuova cura. Questa quota di popolazione non biologicamente sufficiente, dipendente, vive in quanto nella società umana, diversamente che nelle società animali, le energie perdute dal singolo vengono surrogate e procurate dall'ambiente sociale di appartenenza. Se in *natura* vige la legge del più forte, in *cultura* non vige questa legge, ne vige un'altra.

Tutto ciò è legato non agli insuccessi, ma ai successi ottenuti da una medicina sempre più specializzata, provvida, sempre più esercitata ad alto livello in ambito ospedaliero. Gli ospedali sono luoghi preziosi, i medici sono figure importanti, la tecnica e la specializzazione sono beni sommi che altamente qualificano le società civili economicamente avanzate.

Dalla tecnologia e dalla specializzazione congiunte sono derivati un maggior numero di viventi e una maggior quantità di vita migliore per ciascuno di essi. Ma non mancano gli aspetti negativi: la tecnologia che da *mezzo* finalizzato all'uomo diventa *fine* a se stessa, la specializzazione che si muta in specialismo, la cura che diventa medicalizzazione, l'umanizzazione che si restringe al mansionario, la socializzazione che sfuma nel burocratismo, nella dissolvenza dei valori antropologici. Per superare queste barriere sono necessarie nuove figure di curanti, è necessario a monte uno sforzo di mutazione culturale, evitando l'ipertrofia degli aspetti tecnici della professione a spese di quelli relazionali. Oggi il paziente sa che la medicina mette a sua disposizione grandi risorse, che egli carica di attese e, diciamo pure, di pretese, fondate le une sul bisogno, le altre sul diritto. Spesso crede che i bisogni e i diritti debbano essere esauditi all'interno di una tecnologia medica di alto livello. Al contrario, molte attese e pretese potrebbero, e dovrebbero, trovare soddisfazione all'interno di un'antropologia relazionale che, viceversa, si è impoverita. Il depauperamento appare tanto maggiore quanto più si è arricchita la consapevolezza, da parte del paziente, del diritto di porre attraverso il consenso informato, nuove regole all'atto medico. Il punto chiave del rapporto è il grande rilievo che viene assumendo, nei confronti della passata benevolenza o empatia o simpatia del medico, l'attuale autonomia del paziente. Bisogna essere preparati per questa mutazione. Alla mutazione del paziente in senso positivo deve corrispondere oggi una mutazione consensuale del medico. L'odierna alleanza curativa non si esaurisce in una semplice beneficalità di stampo ippocratico.

Concludo questo mio breve *excursus* con un tema o problema che ritengo di grande rilevanza, ma al quale accenno soltanto di sfuggita: l'esperienza formativa, per il medico, del tempo del morire. In passato questa esperienza è stata parte integrante del patrimonio culturale del medico, che ne risultava arricchito. Per i medici ottocenteschi la morte era il banco di prova della vita anche sotto l'aspetto scientifico: le lesioni organiche riscontrate nel cadavere erano le pietre di paragone dei

sintomi clinici rilevati nel vivente. Il metodo anatomo-clinico nacque proprio dalla considerazione, formulata da Xavier Bichat, della "vita come insieme delle funzioni che resistono alla morte".

Dunque perché l'approccio relazionale non avrebbe dovuto partire dallo stesso principio antropologico, filosofico? Per i medici d'ogni tempo, e quindi anche di oggi, la qualità della cura nel tempo del morire può o dev'essere il metro di misura della qualità della cura nel tempo del vivere.

Per curare i malati, per aiutare a nascere senza pericoli e a morire serenamente, per proteggere i sani e aver cura dei malati cronici, degli anziani e dei disabili, saranno sempre più necessari *nuovi curanti*, che portino la medicina a coniugare con la sua indispensabile, necessaria, formidabile ragion d'essere tecnologica, la vocazione antropologica, interpersonale, intersoggettiva, interumana, sociale, che da sempre - per statuto - appartiene alla medicina stessa.



La malattia, la cura, l'assistenza:
il medico al letto del sofferente
nell'imponente scultura di
Angelo Biancini (1965) situata nel
giardino della sede amministrativa
dell'Ospedale Maggiore.

La degenerazione maculare senile: cos'è e cosa si può fare di concreto oggi per curarla

ROBERTO RATIGLIA

La retina è una membrana a più strati di cellule: uno più esterno monocellulare, rappresentato dall'epitelio pigmentato, e uno più interno (neuroretina) comprendente cellule sia di natura fotorecettoriale (coni e bastoncelli eccitate dalla luce) che di conduzione nervosa (cellule bipolari e ganglionari). Essa ricopre la parete interna del globo oculare ed è adagiata sulla coroide (strato vascolare nutritivo).

La macula è la zona centrale e più nobile della retina: quest'area del diametro di circa 1,5 mm, di colorito arancione più scuro rispetto al resto della retina, è costituita a sua volta da una zona periferica più spessa e da una centrale più sottile (la fovea) deputata alla percezione dei colori e dei dettagli più fini. Un'alterazione dell'integrità anatomica della macula si traduce inevitabilmente in un'alterazione della visione centrale con percezione di immagini distorte o indistinte e nei casi più gravi di una zona di non visione centrale (scotoma) che impedisce la lettura, la scrittura, la guida, l'osservazione della televisione, etc.

Fra le varie malattie della macula assume importanza sempre più rilevante oggigiorno la degenerazione maculare legata all'età, detta anche "senile"; nel mondo occidentale tale patologia costituisce la più importante causa di cecità legale e risulta particolarmente frequente in considerazione dell'invecchiamento della popolazione.

Questa maculopatia riconosce come causa principale i fenomeni di senescenza che coinvolgono il complesso retina-coroide, anche se in realtà non si conoscono ancora perfettamente tutti i meccanismi che la determinano. È dimostrato che un ruolo fondamentale è svolto dalla presenza di radicali liberi, che provocano un danno ossidativo e ostacolano il corretto funzionamento dell'epitelio pigmentato. Espressione di questi fenomeni d'invecchiamento sono le cosiddette "drusen" (accumuli di sostanza ialina), le distrofie pigmentarie, etc, che precedono

e favoriscono la comparsa della degenerazione maculare senile vera e propria.

Oltre all'età, alla patogenesi della lesione contribuiscono varie condizioni di rischio fra le quali vanno ricordate soprattutto il fumo, l'eccessiva esposizione alla luce o ai raggi UV, alcune carenze nutrizionali e, soprattutto, l'ipertensione arteriosa sistemica.

La degenerazione maculare senile si presenta clinicamente in due forme principali: l'atrofica o "secca" e l'essudativa o "umida". La prima è quella più frequente (80% dei casi), a decorso più lento, con progressiva alterazione della visione centrale; la seconda è caratterizzata invece da un'evoluzione acuta e drammatica e risulta più gravemente invalidante con compromissione visiva grave e repentina. La degenerazione maculare essudativa è legata alla crescita al di sotto della retina maculare di una membrana vascolare a partenza dalla coroide, che provocando emorragie ed edema danneggia improvvisamente e irreversibilmente la macula stessa. Tale forma è quella che suscita il maggiore interesse clinico per la sua drammaticità, sicché la ricerca è indirizzata alla scoperta di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche volte a prevenire e a curare questa forma di maculopatia.

Uno studio molto recente effettuato nell'arco di 10 anni ha evidenziato un'incidenza oltre i 43 anni del 12,1% di forme iniziali di maculopatia senile e del 2,1% di forme più avanzate, ma l'incidenza di forme gravi sale al 5,5% negli individui oltre i 65 anni e fino al 9,5% oltre i 75 anni. Questo studio conferma inoltre che la presenza di alterazioni quali le *drusen* costituiscono forti elementi di rischio per lo sviluppo di una forma essudativa di degenerazione maculare senile.

Per quanto concerne il rischio di sviluppare la maculopatia essudativa bilateralmente si è osservato che nel 26% dei casi nell'arco di 5 anni viene interessato anche il secondo occhio.

Considerando l'aumento degli anziani nella popolazione risulta evidente che la maculopatia senile, soprattutto nella forma essudativa, costituisce un problema medico e sociale.

E' opportuno ora considerare cosa si può fare per questa affezione oculare alla luce delle reali attualità diagnostiche e terapeutiche.

Attualità diagnostiche

Per l'esame delle maculopatie senili sono a disposizione svariate metodiche, alcune ormai entrate nella comune pratica clinica da molti anni, altre di uso corrente solo da poco tempo.

Da vari anni l'esame basilare per lo studio delle maculopatie è rappresentato dalla angiografia retinica a fluorescenza classica: tale esame, eseguito mediante iniezione endovena di fluorescina, permette di evidenziare con precisione alterazioni del complesso neuroretina-epitelio pigmentato e le alterazioni vascolari corio-retiniche implicate nella maculopatia essudativa; con questo esame si delineano inoltre le alterazioni predisponenti, l'entità dei fenomeni atrofici ed in molti casi l'esistenza della membrana vascolare nelle degenerazioni maculari essudative.

La fluorangiografia classica ha tuttavia il grosso limite di non poter evidenziare con precisione le membrane vascolari più profonde, altrettanto minacciose per il rischio di emorragie; una più moderna metodica è rappresentata dall'angiografia con verde d'indocianina con cui si riesce a determinare la reale estensione delle membrane stesse anche nella porzione occulta alla fluorangiografia classica.

Un aspetto rivoluzionario e moderno nell'ambito angiografico è costituito dalla possibilità di raccogliere le immagini precoci dell'angiogramma in maniera dinamica (come in un film) ad altissima definizione; tale metodica digitalizzata ha ampliato notevolmente le conoscenze sulle degenerazioni maculari in quanto permette perfino l'individuazione del vaso da cui origina la membrana neovascolare (feeder vessel), aprendo così nuove possibilità nel trattamento laser delle maculopatie.

All'angiografia negli ultimi anni si è affiancata una nuova tecnica diagnostica non invasiva detta tomografia ottica a radiazione coerente (OCT). Si tratta di una complessa metodica che utilizzando un rag-

gio laser nella banda dell'infrarosso, esegue una scansione delle diverse strutture retiniche che riflettono il raggio incidente in misura diversa a seconda delle loro caratteristiche anatomiche e strutturali; la luce riflessa viene captata ed elaborata da un computer che fornisce così un'accurata immagine bidimensionale della sezione di retina esaminata, con la possibilità di evidenziare modificazioni dei vari strati retinici con un potere di risoluzione altissimo, circa 10 μm , superiore a quello di ogni altra tecnica di imaging finora usata. Un importante vantaggio dell'OCT è che si tratta di una metodica innocua, non invasiva, facilmente ripetibile e confrontabile, di breve esecuzione e quindi ben tollerata dal paziente. Presso l'Unità operativa di Oculistica dell'Ospedale Maggiore di Milano IRCCS le strumentazioni descritte vengono utilizzate nell'ambito di servizi indirizzati allo studio, diagnosi e terapia delle maculopatie senili.

Attualità terapeutiche

Fino a pochissimi anni fa la fotocoagulazione classica con laser ad argon era l'unico trattamento possibile. L'energia termica di questo tipo di laser, seppure efficace per l'obliterazione dei neovasi sottoretinici, comporta l'inevitabile danneggiamento della retina sovrastante con lesioni iatrogene talora rilevanti.

Recentemente la fotocoagulazione viene effettuata con i cosiddetti laser "freddi" o "intelligenti", che evitano il danneggiamento diretto della retina. Il più diffuso di questi moderni trattamenti è la cosiddetta terapia fotodinamica (Photo Dynamic Therapy PDT), che prevede l'iniezione endovena di una sostanza fotosensibile (la verteporfina) che si concentra selettivamente all'interno dei vasi della membrana neovascolare sottoretinica. L'esposizione ad un raggio laser non termico (con lunghezza d'onda di 689 nm) determina l'attivazione della verteporfina che provoca la formazione di un trombo all'interno dei vasi patologici obliterandoli senza danneggiare la retina sovrastante. Purtroppo la chiusura dei neovasi dopo un singolo trattamento è spesso solo temporanea per cui sono necessari più trattamenti in tempi successivi.

Numerosi studi policentrici eseguiti sia in America che in Europa hanno evidenziato l'efficacia di que-

sto trattamento in circa il 60% dei casi: sulla base di questi risultati la PDT ha avuto recentemente l'approvazione da parte sia della FDA statunitense, che della Comunità europea.

Presso l'Unità operativa di Oculistica dell'Ospedale Maggiore di Milano adottiamo da qualche tempo questa nuova metodica nel trattamento della membrana neovascolare; sono inoltre in fase di studio trattamenti più complessi mediante l'utilizzo della PDT associata alla fotocoagulazione diretta del feeder vessel.

Un'ulteriore recente possibilità terapeutica mediante laser della maculopatia senile è costituita dalla termoterapia transpupillare (TTT), che prevede l'uso di un laser a lunghezza d'onda nel campo dell'infrarosso, la cui applicazione a valori di soglia molto ridotti determinerebbe un lieve riscaldamento degli strati sottoretinici sufficiente a determinare l'obliterazione della membrana neovascolare con risparmio della retina sovrastante. Questo tipo di trattamento al momento sembra trovare la sua maggiore indicazione nei casi di maculopatia senile con membrana neovascolare sottoretinica non perfettamente evidenziabile.

I trattamenti laser, seppure consentano di arrestare o per lo meno di rallentare l'evoluzione di molte forme di degenerazione maculare essudativa, solo in pochissimi casi riescono a dare un miglioramento funzionale. Talora questi trattamenti hanno grosse limitazioni, come in presenza di grossi ematomi retinici che impediscono l'impatto con la luce laser e possono presentare complicanze quali fenomeni emorragici e rotture iatrogene dell'epitelio pigmentato. Per questi motivi sono stati proposti trattamenti alternativi di tipo chirurgico, i cui risultati però non sono stati sufficientemente e scientificamente valutati con trials clinici che ne consentano un utilizzo più esteso.

Già da oltre un decennio si è adottata una tecnica chirurgica di asportazione diretta della membrana neovascolare attraverso un'incisione della retina pericentrale; questo intervento troppo spesso si rivela poco efficace dal punto di vista funzionale anche a causa dell'inevitabile danneggiamento dell'epitelio pigmentato durante l'atto chirurgico e pertanto le indicazioni si vanno sempre più limitando. Più recentemente, in casi selezionati, si può

adottare una tecnica definita di "traslocazione maculare". Con questo intervento la retina viene staccata e mobilizzata totalmente e, dopo aver eseguito un taglio della retina stessa su 360°, la si sottopone ad una leggera rotazione, che consente la trasposizione della retina maculare da salvare su una zona di coroidea "sana", libera cioè da neovasi. Con questo complesso intervento si possono talora ottenere anche miglioramenti funzionali lusinghieri, ma l'estrema complessità della chirurgia e l'elevata incidenza di complicazioni, tra cui la più temibile è il distacco di retina, limitano le indicazioni a casi estremamente selezionati soprattutto con grave compromissione visiva dell'occhio controlaterale.

Oltre alla terapia della degenerazione maculare senile va presa in considerazione con particolare attenzione anche il problema della prevenzione, soprattutto della forma essudativa.

Un primo campo d'azione in tal senso va indirizzato verso i fattori di rischio: se ovviamente nulla si può fare sul principale di questi costituito dall'età, molto si può fare adattando norme di vita più corrette, quali l'astensione dal fumo, l'uso di lenti protettive dalla luce e dai raggi UV, diete ricche di frutta e verdura, il controllo ottimale della pressione arteriosa.

Inoltre è stata proposta anche una terapia medica preventiva per la degenerazione maculare senile a base principalmente di integratori dietetici e complessi polivitaminici ad azione antiossidante. In un recente studio prospettico statunitense è stato rilevato che la somministrazione di alte dosi di tali sostanze (quali vitamine C ed E, betacarotene, zinco, rame, etc.) avrebbe una certa azione benefica in circa il 25% dei casi riducendo l'insorgenza della patologia. Gli integratori dietetici polivitaminici e i sali di metalli pesanti sarebbero utili soprattutto nelle forme atrofiche per le quali al momento non sono disponibili altre terapie. Altri studi però sono necessari per verificare la reale efficacia di questi trattamenti.

Nella prevenzione delle degenerazioni maculari essudative va sottolineata inoltre l'importanza di una diagnosi precoce, quando cioè la membrana neovascolare è ancora di dimensioni limitate e quindi di più semplice trattamento. A tale scopo è disponibile un semplice autotest (test di Amsler) che consiste nell'osservare il centro di una griglia

quadrettata con ogni singolo occhio sì da poter rilevare il primo insorgere di visione distorta, di annebbiamento o di interruzione dell'immagine che rappresentano i sintomi precoci di una lesione maculare.

Un cenno va fatto nelle possibilità di compensare la grave ipovisione correlata alla maculopatia senile evoluta. A questo scopo sono disponibili ausili sia di tipo ottico che elettronico per aiutare i pazienti soprattutto nella lettura; l'ottimale utilizzo di questi sistemi prevede un "allenamento" del paziente che impara a sfruttare al massimo le aree di retina pericentrale ancora funzionanti. Oggigiorno sono disponibili alcuni sussidi ottici ed elettronici che con opportuni training di riabilitazione visiva risultano assai validi: si tratta sostanzialmente di sistemi telescopici e di videolettori, che ingrandendo enormemente i testi scritti consentono una certa possibilità di lettura. Presso l'Unità operativa di Oftalmologia dell'Ospedale Maggiore di Milano vengono utilizzati questi moderni sussidi e i pazienti sono seguiti da personale tecnico specializzato in ortottica ed assistenza oftalmologica negli esercizi di riabilitazione visiva.

Va fatta inoltre una considerazione sulle prospettive future derivanti dalla ricerca scientifica e sulla sua applicazione allo studio e cura della degenerazione maculare senile.

Accanto all'auspicabile affinamento dei vari trattamenti già oggi disponibili, le prospettive terapeutiche future potrebbero essere quelle che prevedono il trapianto di cellule staminali per reintegrare la popolazione di cellule della retina e soprattutto dell'epitelio pigmentato lese.

Questi studi partono dall'osservazione della preminente importanza dell'epitelio pigmentato nel meccanismo patogenetico della maculopatia senile, ma ancora non hanno alcuna applicazione clinica. Altra recente scoperta che può aprire valide prospettive terapeutiche farmacologiche è stata quella dell'individuazione di sostanze che inibiscono l'angiogenesi dei vasi sottoretinici e sostanze di protezione dei fotorecettori quali l'eritropoietina.

Un cenno infine va fatto sugli studi di genetica che potrebbero dare indicazioni sui soggetti a rischio di malattia, lasciando intravedere lontane prospettive di terapia genica.

Psichiatria, famiglia e società: congresso internazionale

CARLO LORENZO CAZZULLO

Il congresso internazionale dal titolo: “Psichiatria, famiglia e società. Assistere e curare” (Milano, 19-21 novembre 2002), si è svolto con la partecipazione delle autorità nazionali, locali ed internazionali in occasione del quindicesimo anno di attività della Fondazione Legrenzi-Cazzullo.

Il titolo di questo congresso ne descriveva chiaramente intenzioni e finalità.

Si è svolto in un tempo in cui i problemi della psichiatria sono nuovamente esposti al dibattito parlamentare e pubblico.

In effetti, l'unica legge inequivocabile è la 238 del 29 aprile 1976 che ha dato autonomia e uno status alla psichiatria.

Il congresso ha avuto un senso *umano* e *scientifico* e un significato di richiamo all'attenzione sulla funzione sociale privata e pubblica della psichiatria e della sua consorella, la psicologia.

Il primo riguarda due situazioni fondamentali che sono anzitutto quelle dell'assistenza e della cura precoce ai minori e dell'assistenza non solo agli anziani ma anche a tutti coloro, soprattutto familiari, che si occupano di un congiunto sofferente, indipendentemente dalla malattia e dall'età.

Assistere è in primis una manifestazione di rapporti umani.

Stabilisce una comunione attraverso una relazione che apre un circuito di socialità che non si limita al malato, ma anche alla sua famiglia.

Questo è il nostro scopo, secondo il dettato di Aristotele: la relazione fra società attraverso la comunicazione. Assistere significa praticare anzitutto una responsabile capacità di ascolto, attività che dà immediatamente il segno del rispetto della persona e della individualità altrui; dall'ascolto si può procedere alla prudente interpretazione dei messaggi e, quindi, allo stabilirsi di quella che si definisce come una vera alleanza terapeutica, fondamentale propedeutica per ogni processo di cura.

Si è insistito - nel corso di tutto il congresso - su questi punti perché sono ancora troppo poco praticati sia nell'ambiente sociale che in quello medico, psichiatrico e psicologico. Tra le funzioni del curare vi è infatti quella, fondamentale, del dar tempo al malato, cioè camminare nel suo tempo e non in quello del medico, come ha scritto M. Balint.

In questo ambito dell'assistenza e della cura *la famiglia* ha un ruolo centrale. La famiglia è ab origine il nucleo generatore dei comportamenti: dentro di sé nasce la congiunzione nell'armonia, nella fluidità della comunicazione che crea comunione, ma anche la disfunzione, la incomprensione, la pressione pedante e formalistica dei genitori verso i figli con il risultato di produrre negli stessi prima ansietà e poi ribellione, fuga e violenza, come gli avvenimenti odierni replicano con tragica sequenza.

La famiglia è ancora negletta, non ha sicuri punti di riferimento e, nel corso di malattia di un suo congiunto, non è sufficientemente seguita.

Questo è il nostro compito primario perché il nucleo familiare deve essere avvicinato, assistito e bisogna prendersene cura non solo nella malattia, ma anche nel distress e nel disagio.

Tutto ciò è stato il filo conduttore del congresso e un tema fondamentale dei lavori, ma questo è anche il nostro appello alle autorità governative e regionali perché istituiscano servizi stabili e specifici per la famiglia nei distretti di salute mentale.

Il secondo aspetto del congresso riguarda le più importanti novità scientifiche dedicate espressamente allo studio e alla cura delle malattie mentali, con i grandi progressi della psichiatria nel contesto sociale odierno.

Autorevoli apporti internazionali concorrono con nostri brillanti studiosi al braccio scientifico del congresso per acquisire le nozioni più recenti e più sicure per poter curare i nostri malati dalle forme più tenaci, fra le quali depressione e schizofrenia.

Un ambito nuovissimo è quello dell'immunologia, a cui si è dedicata la nostra scuola con la collaborazione dell'Istituto di immunologia dell'Università e il patrocinio del grande Maestro di Monaco, il prof. Manfred Ackenheil, e che ha registrato progressi delucidanti soprattutto nella malattia di Alzheimer, nella schizofrenia, nel disturbo ossessivo-compulsivo e, infine, nell'autismo.

Questo dimostra anche il rispetto internazionale nei confronti della nostra Fondazione e la necessità – nell'assistere e nel curare – del rinverdire sempre i rapporti, del confrontare le esperienze e dell'imparare quotidianamente e, con modestia, a rivedere il proprio lavoro, ricordando qui il pensiero del poeta Borges secondo il quale “tutti i messaggi ricchi di emozioni, dalla tristezza alla ansietà, non lasciano nulla a nessuno, ma segnano tracce lungo le quali è scritta una storia ardua da comprendere, e tuttavia non impossibile da rispettare”.

Progetto Ambulatori: il “Lamarmora” e le novità per i nostri pazienti

SILVANA CASTALDI

Progetto Ambulatori, che ha superato i due anni di vita (e li ha superati il padiglione Lamarmora), aveva e ha come obiettivo quello di razionalizzare la gestione delle risorse nell’ambito dell’assistenza ai pazienti esterni anche per gli ambulatori che non hanno potuto essere allocati presso il “Lamarmora”, nonché di favorire lo sviluppo dell’attività ambulatoriale, migliorandone la gestione amministrativa.

Presso il “Lamarmora” dal settembre 2000 sono state trasferite le attività ambulatoriali, individuate dalla Commissione Ambulatori, ad hoc costituita, Commissione che aveva lavorato nei due anni precedenti.

Si ricorda, brevemente, che *non* sono state spostate le attività di:

- ematologia, psichiatria e immunologia, per le specifiche caratteristiche dei pazienti che vi sono destinati
- allergologia e urologia, perché le loro strutture erano state da poco ristrutturare
- nefrologia e dialisi, per le particolari apparecchiature presenti
- strutture ambulatoriali di via Pace.

Al piano terra del “Lamarmora” sono ubicate l’area di attesa e le attività di cassa, utilizzate da tutti i padiglioni dell’Ospedale. Nel 2001 questa era area di grande sofferenza, in quanto la carenza di personale alle casse dilatava i tempi per il pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico del paziente.

Da qualche mese la situazione è nettamente migliorata: anche nelle ore di punta un sistema orario di monitoraggio dei tempi di attesa permette di affermare che la sosta presso le casse non supera i 35 minuti.

Al piano rialzato è possibile anche usufruire di una zona ristoro con bevande calde e fredde.

Al primo piano si trovano le attività di oculistica,

otorinolaringoiatria e diabetologia; al secondo le attività per esterni delle unità operative chirurgiche e, proprio al secondo, è a disposizione una stanza per l’intera giornata dal lunedì al venerdì, in cui poter eseguire da parte delle équipes dell’Ospedale, interventi chirurgici ambulatoriali.

Al terzo piano vi sono le attività ambulatoriali mediche e la stanza per l’esecuzione dell’elettrocardiogramma.

Su ogni piano si trova la reception presidiata da personale infermieristico che accoglie il paziente, lo indirizza alla visita e gli prenota eventuali prestazioni successive.

Sui piani dopo le ore 14 inizia, tutti i giorni, l’attività in regime libero professionale svolta dai medici dell’Ospedale; è un’attività che si prevede di sviluppare nei prossimi mesi aprendo un ufficio di prenotazione e utilizzando proprio in Lamarmora le stesse agende elettroniche che hanno permesso la realizzazione del Progetto e del Poliambulatorio.

Infatti, gli appuntamenti del “Lamarmora” sono gestiti da agende elettroniche costantemente aggiornate da un ufficio interno che permettono la prenotazione telefonica attraverso un numero verde, di persona alle casse, o alle reception di piano. Il numero verde e il call center sono stati un grande banco di prova per il Progetto, carico agli inizi di problemi che però si stanno risolvendo, con le conoscenze che acquisiamo e che ci permettono di programmare e gestire sempre meglio il servizio. La prenotazione e la richiesta telefonica di informazioni hanno avuto un successo inimmaginabile: chi pensava che l’anziano (in fondo il maggior fruitore dei nostri servizi) si intimorisse a parlare con un operatore, ha fallito ogni previsione. Da un anno il Progetto Ambulatori è sbarcato anche in via Pace, dove la gestione con agende elettroniche e prenotazioni tramite call

center è iniziata per tutta l'area dermatologica, per gli ambulatori di ecografia, gastroenterologia, immunologia ed allergologia.

I vantaggi sono indubbi: un maggior monitoraggio sulla prenotazione e sulla gestione del paziente; i pazienti escono dall'Ospedale con i successivi appuntamenti fissati, con un referto scritto al computer e archiviato elettronicamente.

Ora il Progetto è a un'ulteriore svolta: quella di far utilizzare il sistema informatico e le agende anche ad ambulatori che non sono in Lamarmora, come è successo per via Pace. Sono già stati dotati di agende elettroniche gli ambulatori del primo piano del padiglione Litta e tutti gli ambulatori del padiglione Sacco.

Si spera di riuscire a mettere su agenda elettronica più prestazioni possibile per facilitare la prenotazione per i pazienti, a vantaggio dei quali si stanno sperimentando varie idee. La più immediata realizzazione sarà un punto d'incasso automatico ubicato nell'area casse di Lamarmora e di via Pace, che permetterà di pagare una prestazione prenotata utilizzando il bancomat senza l'intervento degli operatori.

Nel corso del 2003 sarà predisposta la prenotazione via Internet, che permetterà ai pazienti di prenotare direttamente da casa e senza intermediari alcune prestazioni (per ora soltanto visite).

Solo in conclusione qualche dato: dopo un inizio che ha portato a una diminuzione del numero di prestazioni ambulatoriali dovuto al cambiamento organizzativo e gestionale e alla concorrenza con altre strutture ambulatoriali cittadine, le prestazioni sono in aumento e questo è un chiaro indicatore che il Progetto funziona.

Prestazioni ambulatoriali dell'Ospedale Maggiore di Milano negli anni 2000, 2001, 2002

Anno	Prestazioni
2000	1.669.479
2001	1.597.787
2002	1.782.463

Alla fine del 2002 il nostro Ospedale, come le altre strutture cittadine, ha partecipato a un'indagine-questionario volta a monitorare il grado di soddisfazione dell'utenza verso le strutture sanitarie. Tale indagine ha coinvolto l'area ambulatoriale e delle degenze. Per quanto riguarda l'area ambulatoriale sono stati distribuiti al "Lamarmora" 1467 questionari e ne sono stati elaborati 1439. I risultati ci confortano sulla linea d'azione intrapresa, tenendo anche conto dell'alto livello d'istruzione dei pazienti che hanno compilato i questionari che per oltre il 43% avevano un titolo di studio di scuola superiore.

Del questionario, articolato in diverse aree di indagine, diamo qui brevemente i risultati più significativi:

	Grado di soddisfazione
Prenotazione con numero verde	discreto nel 36% dei pazienti elevato nel 28% dei pazienti
Tempi di attesa	discreto nel 68% dei pazienti
Organizzazione del servizio ambulatoriale	buono nell'80% dei pazienti

Questi risultati incoraggianti devono essere costantemente monitorati nel tempo, affinché possano dare informazioni precise e aggiornate per organizzare e gestire sempre al meglio le strutture ambulatoriali rispondendo alle esigenze dell'utenza.

Un ricordo di Attilio Rossi *amico di Mirasole, pittore, grafico, editore*

ERNESTO BRIVIO

“*Il libro*, il più stupefacente strumento creato dall’uomo”; la definizione è di Jorge Luis Borges ed è ripresa e a noi fatta conoscere dalle parole di benvenuto – chiamarle “discorso” è far torto alla loro fraterna cinquantennale amicizia – che Attilio Rossi rivolse, per incarico del sindaco Carlo Tognoli, al grande scrittore argentino, in occasione della sua visita a Milano nel luglio 1981.

Dobbiamo questa testimonianza a Pablo Rossi, figlio del grafico e editore che amò visceralmente *il libro*, figlio dell’artista che, nel libro del 1963 *Milano in inchiostro di china* con testo poetico di Salvatore Quasimodo, più di ogni altro ha saputo ricordare e interpretare, senza alcuna concessione alla nostalgia, assieme alle memorie dell’antica Milano e dei suoi Navigli anche la realtà della squallida compenetrazione tra le periferie popolari e gli insediamenti industriali; un genere librario che, molti anni prima, aveva felicemente sperimentato con il volume *Buenos Aires en tinta china*, accompagnato dai versi di Rafael Alberti e dalla introduzione dell’amico Borges. Generose di aneddoti e di riflessioni le espressioni dettate dal cuore di Attilio Rossi in quell’occasione, e ritrovate ora nel riordino delle carte del Maestro: esse svelano i rapporti e la collaborazione editoriale tra i due personaggi, un felice sodalizio tra parola e segno, e sostanziano l’argomento del prezioso “libretto” (così lo chiama Pablo), preparato e dato alle stampe per il nuovo anno 2003 con la sobria eleganza ereditata dal padre, ma, come gli altri che l’hanno preceduto e che annualmente seguiranno, soprattutto animato da virile affetto e consapevole riconoscenza, l’uno e l’altra sentimenti ormai quasi in disuso nel rapporto tra i figli e la memoria dei padri.

Attilio Rossi fu grande amico della Ca’ Granda, apprezzato autore di ritratti di benefattori e di sapienti decorazioni allegoriche, convinto sostenitore della rinascita di Mirasole. Non si può qui non accennare al “librino” sull’antica abbazia degli Umiliati, strenna natalizia 1984 delle Arti Grafiche di Sandro Reina. Il bel testo fu scritto da Lino Montagna, del quale ricorderemo sempre la benemerita lungimiranza e l’impegno operoso per la rinascita del complesso monumentale, destinato a conservare la cultura fiorita assieme alla carità e alla solidarietà dello Spedale dei Poveri e a produrne di nuova. Autore delle illustrazioni fu Rossi che, da par suo, le tracciò con particolare sensibilità e maestria; i disegni a penna furono poi donati dall’Artista all’Archivio della Ca’ Granda. Il librino Montagna-Rossi ebbe grande successo e divenne gradito e efficace strumento di promozione e di stimolo per l’Associazione per l’Abbazia di Mirasole, impegnata nel recupero dell’abbazia, nella quale Attilio Rossi, sensibile e colto pittore e patito del *libro*, vedeva l’arca della salvezza per l’instimabile patrimonio della Quadreria e della Biblioteca.

Per ricordare il professor Luigi Donati

Dopo una lunga malattia è scomparso a Milano il prof. Luigi Donati, direttore dell'Istituto di Chirurgia Plastica dell'Università e pioniere in Italia della disciplina.

Allievo del prof. Emilio Trabucchi, ha poi perfezionato la sua preparazione chirurgica specialistica con Gustavo Sansevero Rosselli, Guido Radici, Luigi Gallone e Walter Montorsi fino a raggiungere la cattedra universitaria.

Con quella di Gallone fu istituita per la prima volta nella storia dell'Ospedale Ca' Granda una speciale convenzione con l'Università per una cattedra universitaria a Niguarda.

Nella Divisione, che era stata fondata da Clerici Bagozzi e che si era identificata per tanti anni come Centro Ustionati, Donati ha dato vita ad una grande casistica clinica specialistica e ad una buona ricerca medica di settore, oltre a numerose e interessanti pubblicazioni.

I suoi interessi di ricerca applicata diventarono così sempre più interdisciplinari, le collaborazioni dall'estero si fecero più frequenti e qualificate. Lo studio dei biomateriali in chirurgia plastica ha rappresentato uno dei campi più innovativi, soprattutto per i suoi riflessi di applicazioni pratiche. Fanno parte di questo interesse di Scuola il suo Centro di Studio per i biomateriali e l'Ingegneria Tissutale, unitamente al Centro di Eidomatica e Robotica Medica.

Luigi Donati aveva un entusiasmo creativo che si rinnovava di continuo; s'infervorava nel programmarlo e nel realizzarlo.

Ha voluto bene ai suoi allievi, ha portato rispetto ai suoi ammalati, è stato un ottimo docente e un ottimo maestro, contribuendo a far nascere a Milano una gloriosa tradizione di chirurgia plastica. Ha lasciato alcuni allievi preparati e capaci che terranno sicuramente alto il prestigio della sua giovane Scuola.

W. M.

Asterisco

I piccoli e la gioia

“Vi annuncio una grande gioia”.

È un annuncio che non si sa come interpretare, tante sono le domande che rimangono sospese.

Si vorrebbe sapere anzitutto se esiste una differenza tra gioia e felicità.

Oggi si preferisce parlare di felicità.

Vuol dire che la gioia è meno interessante oppure più difficile da conquistare?

Mi pare che abbia ragione il premio Nobel Saragamo quando dice che, mentre la felicità ha qualcosa di eccessivo e di non permanente (“Il concetto di felicità presuppone che uno sia contentissimo, che se ne vada in giro ridendo, abbracciando tutti, dicendo: Sono felice, che meraviglia!”), la gioia invece viene a evocare una condizione pacata di armonia e di serenità.

Si potrebbe perciò affermare che la gioia è una disposizione dell'animo più interiore che esteriore, più raccolta che ostentata: la gioia è un segreto inespriabile.

Per questo carattere di intimo e delicato stupore è forse possibile aggiungere che la gioia è la bellezza della felicità così come il sorriso è la bellezza del riso.

È certo, d'altra parte, che basta poco a procurare il piccolo miracolo della gioia il quale, una volta avverato, ha il dono di rimanere custodito nel profondo senza che nessuna contrarietà possa cancellarlo.

Chi crede di procurarsi la gioia mediante un accumulo di situazioni gratificanti conoscerà forse il divertimento che, anche nel senso più nobile della parola, è sempre un'esperienza effimera e superficiale.

La gioia potrebbe nascere invece da occasioni minimali che però hanno il dono di lasciare nella memoria del cuore una dolcezza ineffabile, come per una benedizione inattesa e immeritata.

LUIGI POZZOLI

(da *Elogio della piccolezza*, Ed. Paoline, 2002)

Recensione

Victor Fuchs - *Chi vivrà?* - Editore Vita e Pensiero, Milano 2002, Euro 20,00

L'autore è professore emerito alla Stanford University (California) e si occupa di analisi economica applicata ai problemi sociali con particolare riferimento ai temi della salute e dell'assistenza sanitaria.

Il titolo del libro è "Chi vivrà?", ma il sottotitolo enuncia i tre filoni "Salute, economia e scelte sociali" che costituiscono la trama della ricerca fatta dall'economista-sanitario americano.

Lo studioso analizza la complessa tematica della sanità a partire dalla società nord-americana e la sua riflessione oscilla tra due poli; da un lato, il timore che il sistema sanitario pubblico costringa i cittadini in una sorta di "zoo" dove protezione e tutela della salute sono garantite, ma la spesa è incontrollata e il livello delle prestazioni tende ad abbassarsi; dall'altro, che un'organizzazione più libera del settore, dove le assicurazioni private svolgano un ruolo determinante, lo trasformi in una "giungla", in balia delle regole del libero mercato.

Chiarito, in via preliminare, che l'etica deve guidare le scelte politiche ed indicarne i valori, mentre l'economia è la scienza dei mezzi, l'economista osserva che cresce in tutto il mondo la consapevolezza del fatto che nessuna nazione può dare ai cittadini l'assistenza sanitaria che vorrebbe. Le risorse sempre limitate devono essere quindi utilizzate al meglio e ciò comporta una sfida, cioè il loro utilizzo deve essere fatto in modo equo e insieme efficace, garantendo nel contempo il massimo dei vantaggi ed il minimo di ingiuste differenze.

In molti Paesi, compresa l'Italia, è convinzione diffusa che il Servizio sanitario nazionale contribuisca alla solidarietà sociale, pur tenendo conto della ferrea legge del contenimento dei costi. Il principio economico "nessuna rinuncia uguale nessun risparmio!" determina un necessario contenimento della spesa sanitaria e ciò impone però l'introduzione di oneri per i pazienti.

Ribadisce l'autore che politica della salute ed economia sanitaria devono affrontare insieme tre gruppi di problemi riguardanti rispettivamente: 1 - i costi; 2 - l'accesso all'assistenza; 3 - i livelli di salute.

Sotto il profilo organizzativo, lo studioso sottolinea l'importanza di una triplice integrazione: 1 - integrazione dell'assistenza intra ed extra-ospedaliera; 2 - integrazione della sanità pubblica e del personale sanitario; 3 - integrazione dei servizi sanitari e sociali. Dopo aver raccomandato un "uso razionale degli ospedali", l'economista sottolinea il ruolo fondamentale del medico anche ai fini dei costi delle cure. Il medico, in veste di "capitano della squadra (sanitaria)", è il professionista che prende le decisioni sanitarie, alle quali è da addebitare in pratica il grosso della spesa sanitaria.

In conclusione, nell'attuale fase di ripensamento del Servizio sanitario nazionale anche italiano, l'esperto americano ricorda saggiamente che l'economia d'impresa sanitaria (profitti ed interessi), va sempre coniugata con l'etica (giudizi di valore) e con la giustizia sociale (maggiore uguaglianza nelle prestazioni dell'assistenza sanitaria).

Giancarlo Dal Sasso

Cronache amministrative

primo trimestre 2003

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

- adesione dell'Ospedale Maggiore al Programma Lombardia Integrata;
- Festa del Perdono 2003;
- centenario della chiesa "San Giuseppe ai Padiglioni" presso l'Ospedale Maggiore;
- istituzione dell'Ufficio di ingegneria clinica;
- convenzione con l'Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano e con la "Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM" per il tirocinio di formazione e orientamento;
- ultimazione dei lavori di restauro dell'Abbazia di Mirasole: approvazione del testo della convenzione tra il provveditorato regionale alle opere pubbliche della Regione Lombardia e l'Ospedale Maggiore;
- istituzione dell'Ufficio monitoraggio leggi e regolamenti;
- consorzio per la ricerca sulle cellule staminali;
- corso internazionale di aggiornamento sulle malattie infiammatorie intestinali (Milano, 6-7/6/2003);
- ottavo congresso nazionale della Società italiana di chirurgia ambulatoriale e Day Surgery e quarto corso nazionale di aggiornamento per infermieri in chirurgia ambulatoriale e Day Surgery (Isola d'Elba, 11-14/5/2003);
- congresso Day Surgery e One Day Surgery 2003: chirurgia senza dolore;
- adesione al dispositivo formazione continua - D2 - della Regione Lombardia per la realizzazione di progetti cofinanziabili con il fondo sociale europeo obiettivo 3 anno 2002 e affidamento alla società Formatech srl (technical skills and training provider) dell'attività di consulenza per l'istruzione del-

l'iter procedurale ai fini dell'ottenimento del finanziamento e per la conduzione delle attività di progettazione, docenza e tutoring;

- approvazione del contratto di fornitura di energia elettrica per l'anno 2003 a seguito dell'adesione al consorzio Lombardia libera energie;
- contratto di comodato d'uso di uno strumento ortho Autovue System 707010 al Centro trasfusionale e immunologia trapianti;
- contributo 2003 da destinare all'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di sangue;
- convenzione con l'Azienda ospedaliera "Ospedale San Paolo" per l'esecuzione di prestazioni di citopatologia ed anatomia patologica.

b - direzione sanitaria

- corso di riqualificazione per operatori tecnici addetti all'assistenza in operatori socio-sanitari;
- riorganizzazione delle attività di laboratorio ai sensi della DGR. n. VII/3313/2001.

c - ricerca scientifica

- ricerca corrente 1999: progetto cod. 570/01: "Studio Spet e Pet di flusso ematico e metabolismo cerebrale: contributo delle tecniche radioisotopiche alla diagnosi differenziale tra morbo di Parkinson e sindromi parkinsoniane. Analisi qualitativa e quantitativa"; partecipazione dell'Ospedale Maggiore al Congresso "Capri 2003" organizzato dalla Società G.P. Pubbliche relazioni srl (Capri 7-8 maggio 2003);
- assegnazione di fondi destinati all'acquisto di strumenti a supporto della ricerca per l'anno 2003;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore con il dipartimento di scienze chirurgiche specialistiche di anesthesiologia e dei trapianti d'organo dell'Università degli studi di Genova (Discat) al programma speciale di sperimentazione ex art. 12 comma 2 let-

tera B) D. Lgs. 502/92: “Realizzazione di reti gestionali per l’attività di prelievo e trapianto” assegnato dal Ministero della Salute alla Regione Liguria;

- collaborazione dell’Ospedale Maggiore al programma di sperimentazione: “Efficacia, qualità ed appropriatezza dei servizi di ricovero dedicati ai pazienti con ictus cerebrale acuto (stroke unit) in Italia”, assegnato dal Ministero della Sanità alla Regione Lombardia: assegnazione di n. 17 borse di ricerca;

- ricerca corrente 2003: borse di ricerca istituite con deliberazione n. 1998 del 27/11/2002: approvazione dei verbali di concorso e conseguente assegnazione di 148 borse di ricerca.

d - unità operativa risorse umane

- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di sei posti di dirigente medico anestesista rianimatore: approvazione del verbale della Commissione esaminatrice e adempimenti conseguenti;

- convenzione tra la Curia arcivescovile di Milano e l’IRCCS Ospedale Maggiore per prestazioni di assistenza religiosa.

e - unità operativa approvvigionamenti

- trattativa privata per l’acquisizione di un ecografo color doppler multidisciplinare da installare presso l’U.O. radiologia via Pace: aggiudicazione con finanziamento del Ministero della Sanità, assegnazione in conto capitale anno finanziario 1999 (euro 2.675.473,98)

- indizione di trattative private dirette per la fornitura per un anno di: filtri per emodialisi prodotti unici e materiali di consumo per apparecchiature Equaline HP 300 e Equasmart;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale per l’attività di diagnostica vascolare e di terapia endovascolare dell’U.O. neuroradiologia;

- indizione di trattative private dirette per la fornitura di materiale di consumo per specifiche apparecchiature da laboratorio;

- indizione di trattative private per la fornitura di: sistemi /sacche per dialisi peritoneale continua (CAPD) - per 1 anno- e dispositivi per CPAP con casco, varie per rianimazione;

- trattative private ed aggiudicazioni per la fornitura di: piastre per laboratorio e materiale per fisiopatologia digestiva;

- licitazione privata per la fornitura “in service” di un sistema diagnostico per lo screening sierologico delle unità di sangue comprendente le apparecchiature in uso, unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: aggiudicazione definitiva;

- trattativa privata per l’acquisizione di un microscopio operatorio per microchirurgia vascolare da installare presso l’U.O. chirurgia vascolare e dei trapianti di rene pad. Zonda, aggiudicazione con finanziamento del Ministero della Sanità, assegnazione in conto capitale anno finanziario 1999, euro 2.675.473,98;

- trattativa privata per l’acquisizione di un letto operatorio per pazienti grandi obesi originale Maquet da installare presso l’U.O. di chirurgia generale pad. Monteggia, aggiudicazione, finanziamento del Ministero della Sanità, assegnazione in conto capitale, anno finanziario 1999, euro 2.675.473,98;

- trattative private dirette per la fornitura di: cateteri Swan ganz per monitor vigilance, originali Edwards; materiale di consumo per apparecchio CPAP Vital Flow; dispositivi per fisioterapia respiratoria, originali Coach per l’U.O. chirurgia generale ad orientamento toracico; impianti cocleari retroauricolari a carattere di unicità per l’U.O. otorinolaringoiatria, pad. Moneta; dispositivi per emostasi occorrenti all’U.O. emodinamica; fattori della coagulazione diversi;

- indizione di trattative private dirette per la fornitura di preparati antisettici e disinfettanti con carattere di unicità e materiali di medicazione specialistica;

- indizione di trattative private per la fornitura di: sostanza viscoelastica per la chirurgia oculare; soluzioni sterili; tamponi in schiuma di acetato di polivinile e lancette per microchirurgia;

- trattative private per la fornitura di: cassette radiografiche FUJI per sistema di radiografia computerizzato originale FUJI; coperte termiche e fornitura in service delle relative apparecchiature scaldapaziente; tappeti decontaminanti ad azione battericida;

- trattative private per la fornitura triennale di dispositivi per urologia e per ossigeno-aerosolterapia, aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di: presidi diversi in tessuto non tessuto (TNT); strumentario pluriuso per videolaparoscopia; siringhe e kits per iniettori angiografici, aggiudicazione;
- trattative private per la fornitura triennale di: dispositivi per drenaggio toracico; dispositivi per chirurgia e gastroenterologia; dispositivi per aspirazione chirurgica; dispositivi medici diversi per infusione: cateteri Fogarty: aggiudicazioni;
- fornitura di sacche sterili per conservazione e/o trasporto organi (per 1 anno) e nastri per suture cutanee e telini per incisione sterili: aggiudicazioni;
- pubblico incanto per la fornitura di pacemakers per due anni: approvazione verbale di gara ed aggiudicazione;
- trattativa privata per l'aggiornamento dell'ecografo multidisciplinare Acuson 128 XP installato presso l'U.O. di medicina d'urgenza pad. Pasini: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura annuale di dispositivi per anestesia e rianimazione e per l'acquisto di un laser ad olmio Lumenis da installare presso l'U.O. di urologia pad. C. Riva: aggiudicazioni;
- licitazione privata per l'affidamento del servizio trasporto organi, tessuti, campioni biologici e di trasferimento delle équipes chirurgiche a fine di prelievo e di trapianto per due anni a decorrere dall'1.4.2003: aggiudicazione;
- trattative private dirette per la fornitura di: materiale di consumo per specifiche apparecchiature sanitarie e dispositivi per la determinazione del tempo di emorragia Simplate originali Biomerieux: aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per chimica clinica (metaboliti, elettroliti, enzimi e proteine specifiche) comprendente le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- trattative private per la fornitura biennale di: siringhe per emogasanalisi; medicazione specialistica; cateteri arteriosi con mandrino non inserito per arteria radiale e femorale e dispositivi per lavaggio linea più catetere, filtri per siringa e complessi filtranti: aggiudicazione;

- trattative private per la fornitura triennale di: deflussori per infusione parenterale e per nutrizione enterale e fornitura "in service" delle relative pompe; prodotti per nutrizione enterale;
- trattativa privata per la fornitura del servizio di noleggio di ionizzatori rame ed argento per la prevenzione e il controllo della legionellosi: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di arredi diversi da destinare all'ambulatorio di epatopatologia pad. Migliavacca via Pace, 9; approvazione verbali di gara ed aggiudicazione;
- fornitura annuale di: materiali di consumo per umidificatori e sodio cloruro per il funzionamento dell'osmosi inversa dialitica e coperture sterili per apparecchiature: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio di riparazione dello strumentario chirurgico;
- trattativa privata diretta per la fornitura di dispositivi medici unici originali Tyco per anestesia e rianimazione: aggiudicazione;
- servizio di ritiro, trasporto e smaltimento di rifiuti ingombranti (arredi di tipo diverso dismessi e fuori uso), apparecchiature elettriche (computer e stampanti non riparabili e fuori uso), frigoriferi, lavatrici e lavastoviglie fuori uso nell'anno 2003: aggiudicazione di trattativa privata;
- fornitura di materiali per ossigenoterapia per un anno: aggiudicazione;
- acquisto di fotocopiatrici per alcuni reparti dell'Ente con relativo contratto di assistenza tecnica per tre anni: utilizzo di convenzione;
- trattativa privata biennale per la fornitura di cerotti per medicazione: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di sacche pre-riempite per nutrizione parenterale totale e materiale per U.O. oculistica: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse (lettini, panche a trave) da destinare agli ambulatori del pad. Area di via Pace, 9: aggiudicazione;
- stampa della rivista "la Ca' Granda" per dodici mesi;
- indizione di trattativa privata per l'acquisto di carta da stampa per la stamperia interna per un anno;
- rinnovo abbonamenti alle riviste medico scientifiche e tecnico amministrative per l'anno 2003;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di stoviglie monouso occorrenti nel corso del 2003; e buste commerciali, a sacchetto, buste in formati diversi per le radiologie per l'anno 2003.

f - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- indizione di gara d'appalto mediante pubblico incanto per appalto biennale relativo a "opere e provviste occorrenti per la manutenzione degli immobili e relativi impianti del patrimonio disponibile dell'Ospedale Maggiore";

- indizione di trattativa privata per la fornitura e posa in opera di una parete mobile presso la scuola infermieri (pad. Valetudo) di via Pace, 9;

- aggiudicazione della trattativa privata per la fornitura e posa in opera di centrale aspirazione vuoto al pad. Sacco.

g - unità operativa patrimonio

- esito della gara per la vendita di lotti di piante da abbattere durante la stagione silvana 2002/2003 (euro 65.070, 68);

- acquisto di n. 7020 pioppelle da radicare sui poderi dell'Ente nella stagione silvana 2002/2003 (euro 10.038,6 Iva e trasporto compresi).

h - unità operativa amministrazione e finanza

- rinnovi delle convenzioni di collaborazione congiunta tra l'Ospedale Maggiore e: Azienda Ospedaliera Ospedale di circolo Fondazione Macchi (Varese); Azienda Ospedaliera Ospedale Sant'Anna di Como; Azienda Ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento; Azienda Ospedaliera Ospedale civile di Legnano; Azienda Ospedaliera di Melegnano; A.S.L. della Provincia di Sondrio; Congregazione Suore Ancelle della carità Casa di Cura Poliambulanza; Congregazione delle Suore infermiere dell'Addolorata Ospedale Valduce; Azienda Ospedaliera di Desenzano;

- rinnovo per l'anno 2003 della convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza radiologica a favore di pazienti dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Treviglio Caravaggio;

- rinnovo per il 2003 della convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza anestesiologicala a favore di pazienti dell'Azienda Ospedaliera

Ospedale San Gerardo di Monza, P.O. Bassini;

- stipula di convenzione per l'anno 2003 per l'esecuzione di prestazioni di consulenza dermatologica, ematologica, endocrinologica e gastroenterologica per pazienti degenti presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori;

- convenzione con Azienda Ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico di Milano per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurologica;

- proroga 1.1.03-31.3.03 della convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenze di chirurgia toracica a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale di circolo di Busto Arsizio;

- rinnovo per l'anno 2003 della convenzione per prestazioni inerenti la lettura di dosimetri personali ed ambientali, a favore dell'Istituto Europeo di Oncologia srl di Milano;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza anestesiologicala a favore di pazienti dell'Azienda Ospedaliera Ospedale San Carlo Borromeo;

- rinnovo di convenzione per l'esecuzione di analisi di laboratorio a favore di pazienti degenti presso l'Istituto ortopedico Gaetano Pini e per esami ematochimici urgenti (anno 2003);

- convenzione di collaborazione congiunta tra l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale civile di Legnano per la raccolta di sangue placentare (rinnovo 2003);

- appalto per l'affidamento del Servizio di tesoreria e cassa dell'Ospedale Maggiore per il triennio 1.1.2003/31.12.2005: aggiudicazione.

i - ufficio relazioni con il pubblico

- istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela presso l'Ospedale Maggiore di Milano.

l - servizio beni culturali

- contributo della Regione Lombardia per il proseguimento della catalogazione informatizzata della biblioteca storica di medicina dell'Ospedale Maggiore, anno finanziario 2002;

- contributo regionale, in parte corrente per interventi in materia di musei locali o di interesse locale, ai sensi della L. R. 39/74, piano di riparto 2002;

- donazione di libri di medicina e chirurgia da parte del prof. Sergio Pliteri per la biblioteca storica dell'Ospedale Maggiore.

m - unità operativa sistemi informativi e informatici

- acquisizione di personal computer per il fabbisogno anno 2003 mediante convenzione Consip;
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura del servizio di manutenzione di personal computer, stampanti e dispositivi hardware dell'Ospedale Maggiore;
- aggiudicazione a trattativa privata per acquisti di dispositivi hardware per la realizzazione del nuovo sistema informativo trasfusionale della Regione Lombardia presso il Centro trasfusionale e di Immunologia dei trapianti "progetto Emonet".

n - contributi e beneficenza

- apparecchiature scientifiche sono state donate dalla "Adisco Sezione regionale lombarda" al Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti.

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