



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 1 - 2004

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 1 - 2004

sommario

pagina

Ai lettori	1
Intervista - L'Ospedale Maggiore e la sua Città a <i>Ferruccio de Bortoli</i>	3
L'equilibrio enigmatico della salute	<i>Beppe Rocca</i> 6
Inaugurato il padiglione Zonda nella sua completa ristrutturazione	<i>Giuseppe Di Benedetto</i> 12
Gli Zonda: beneficenza e collezionismo in Lombardia tra Otto e Novecento	<i>Daniele Cassinelli</i> 14
Venticinque anni fa, la "Riforma Sanitaria"	<i>Giorgio Cosmacini</i> 16
I vecchi doveri: acquisizione e custodia del sapere scientifico	<i>Giorgio Cosmacini</i> 17
Asterisco	19
Cellule staminali somatiche nella terapia delle malattie neurodegenerative	<i>Nereo Bresolin, Stefania Corti</i> 21
La medicina e il suo doppio: le ragioni culturali e sanitarie del successo delle medicine alternative	<i>Vittorio A. Sironi</i> 23
Genesi di un corso sull'equilibrio professionale	<i>Cristina Strata, Marco Segala</i> 26
"... Al suo posto la luce"	<i>Luigi Offeddu</i> 30
Scrutare nell'anima	<i>Milena Lerma</i> 33
Tutti uguali, tutti diversi: gli occhi dei bambini nell'anno europeo della disabilità	<i>Cristina Cenedella</i> 36
Vocazione e passione	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 39
Dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore il ritratto di Pompeo Litta e il disegno di Luigi Canonica	<i>Valentina Panara</i> 41
Recensioni	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 43
Dal passato - Il dolore, il malato, il medico	<i>Piero Franzini</i> 46
Cronache amministrative	51

La copertina

Eleganti fregi rinascimentali del gran cortile della Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi (Scuola di Giovanni Antonio Amadeo dell'ultimo ventennio del secolo XV).

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Ufficio Stampa, attività e programmi culturali 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

L'Ospedale Maggiore e la sua Città. Nel titolo, implicita o sottintesa la domanda a Ferruccio de Bortoli: a questa nostra straordinaria Istituzione, maestra cinquecentesca di vita, di storia, di scienza, di cultura, di assistenza, di umanità, che cosa può chiedere il cittadino di oggi in una Milano provata, cambiata radicalmente e però per noi affascinante sempre e amata?

La risposta esauriente, allargata, nell'intervista di apertura del fascicolo che è anche l'inizio felice delle autorevoli presenze programmate per il futuro.

“La salute come equilibrio”. Ma “la salute è come la giustizia” perché essa è “in equilibrio quando tutte le forze in gioco partecipano all'equilibrio e nessuno è in grado di sopraffare gli altri e dominare su di essi”. Impegnativo ma invitante seguire Beppe Rocca nella sua dotta dissertazione, come già accaduto per i testi suoi che hanno in precedenza arricchito la nostra rivista.

Atteso traguardo raggiunto, l'inaugurazione del padiglione Zonda in Ospedale Policlinico con le grandi opere di ristrutturazione generale.

Qui l'intervento del commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto e il ricordo dei lontani “donatori” Zonda nel testo di Daniele Cassinelli.

Giorgio Cosmacini ricorda per noi la legge di riforma sanitaria nel venticinquesimo anniversario della sua emanazione. E ci parla dei “vecchi doveri” in rapporto all'acquisizione e alla custodia del sapere medico-scientifico.

Il trapianto di cellule staminali costituisce oggi comprensibili attese e grandi speranze per numerose diverse patologie. In particolare la malattia di Parkinson e altri temuti disturbi neurodegenerativi nelle incoraggianti considerazioni del prof. Nereo Bresolin e della dott.ssa Stefania Corti.

Nostri lettori chiedono di conoscere giudizi e consigli sulle sempre più... “conclamate” medicine alternative. Ormai entrate nel contesto e nelle disquisizioni culturali della sanità e della salute, qui trovano qualificata presentazione e indicazione a firma del prof. Vittorio A. Sironi.

“Cura di sé ed equilibrio professionale” è il titolo di un Corso per infermieri tenutosi in Policlinico nell'ottobre 2003 con esperienza e testimonianze positive. Ne scrivono per noi Cristina Strata e Marco Segala portandoci a considerare che argomentazioni sull'“equilibrio nella vita e nel lavoro” si fanno strada anche nella nostra Ca' Granda.

Il Corso si ripeterà.

Il ritorno di una firma amica a noi cara: Luigi Offeddu, inviato del Corriere della Sera, con una pagina intensa, struggente, che induce a “fermarsi” e pensare.

Nella nostra società caratterizzata da un eccesso di individualismo, quale funzione può svolgere la psicoterapia per ridare senso a istanze morali come la giustizia, l'onestà, la responsabilità verso la collettività? Riflettendo sul testo di W. J. Doherty “Scrutare nell'anima”, Milena Lerma riporta il pensiero di un sensibile terapeuta familiare impegnato, in un'epoca di “valori incerti”, alla costruzione di una psicoterapia come “impresa morale”.

Un intervento interessante, che rivendica alle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore il diritto di attenzione ed esposizione, ogniqualvolta possibile, anche per i quadri meno noti o cosiddetti minori.

Il ritratto di Pompeo Litta è presentato da Valentina Panara.

“Vocazione e passione”: chiara e coraggiosa pagina di Elisabetta Zancarotti Tiranini ricca di stimolo e consapevolezza, nella duplice considerazione dell'argomento e nell'avvertire, con intenzione, la presenza per noi del mondo della sofferenza.

Seguono: la recensione, l'asterisco e le cronache amministrative.

*Ci fermiamo qui sulla nuova rubrica “**Dal passato**” che, in chiusura di ogni fascicolo, faccia memoria per noi, oggi, del “dono” di ieri.*

Intervista

Una presenza autorevole all'apertura di ogni fascicolo per l'intera annata 2004, con l'**Intervista**.
In questo primo numero:

L'Ospedale Maggiore e la sua Città

FERRUCCIO DE BORTOLI

Chiediamo a Ferruccio de Bortoli, giornalista, amministratore delegato del gruppo Rcs Libri e per sei anni direttore del Corriere della Sera, qual è stato e qual è il suo rapporto con L'Ospedale Maggiore e l'istituzione che rappresenta. De Bortoli, 51 anni, due figli, è milanese di Porta Romana.

“Di più, io sono nato in via Francesco Sforza. Le sirene delle ambulanze sono rimaste nella mia memoria. L'oratorio di San Nazaro confinava con la parte del Policlinico distrutta durante la guerra. Da ragazzi cercavamo di forzarne gli sbarramenti, penetrare nei vecchi reparti, scoprirne i segreti. Ricordo una targa che dedicava un padiglione ormai cadente ad Anna Kuliscioff. Immagini devastate, ma piene di fascino. L'ospedale è stato un compagno d'infanzia, il luogo delle sofferenze, della cura e della speranza, ma soprattutto una grande scuola civica”.

Perché una scuola civica?

“Le dirò, non esiste altro luogo milanese che meglio della Ca' Granda racchiuda in sé, esaltandoli, i valori della cura, della solidarietà, della ricerca, del rispetto per il prossimo. L'ospedale non è mai stato solo un insieme di padiglioni, ma anche uno straordinario percorso nel sapere medico e scientifico. Un luogo della cittadinanza, ma anche del volontariato laico e cattolico. Un pezzo della città, ma anche l'esempio migliore della sua anima cosmopolita, che accoglie, integra e rafforza quel senso di appartenenza ad una comunità solidale che è l'essenza delle grandi istituzioni. La Festa del Perdono o

della Perdonanza si celebra da 545 anni. Quante altre istituzioni possono vantare tanta storia?”

E l'Ospedale Maggiore di Milano, ancora una volta nella storia, si trova a un bivio, ricostruire e ammodernare in un unico monoblocco oppure potenziare la struttura esistente, appunto policentrica:

“Non voglio entrare, in questa conversazione, nella diatriba che oppone Ministero della Salute alla Regione Lombardia, responsabili nazionali ed amministratori locali. Vorrei soltanto che il Policlinico non restasse vittima di una battaglia ideologica fra sanità pubblica e privata. Vogliamo parlare invece di buona sanità? Senza la lente dei pregiudizi, e illuminati, una volta tanto, dall'interesse comune? Vedo con piacere che siamo arrivati finalmente all'inaugurazione del nuovo Zonda, che ha ora le sale operatorie più avanzate del Paese, spero che non si perda altro tempo nel portare avanti nuovi progetti, come il Pronto Soccorso che è uno dei tanti fiori all'occhiello dell'istituzione. Ma se devo scegliere fra il monoblocco supermoderno, una sorta di *turris eburnea*, di grande efficienza ma non dissimile da un supermarket sanitario, con medici manager, fordisti della cartella clinica, e un quartiere della salute, più a dimensione umana, inserito nel contesto architettonico della città, con percorsi diagnostici e terapeutici che non danno mai al paziente la sgradevole sensazione di perdere la propria qualità di cittadino, allora sceglierei questa seconda opzione. Sperando, e qui lo dico con la morte nel cuore, che presto le eccellenze mediche e le specialità sanitarie, così

ricche di conoscenze e umanità, non vengano ancora a lungo mortificate da strutture fatiscenti, reparti poco puliti, panorami dalle finestre ancora fermi al dopoguerra o peggio. D'accordo, gli ospedali non sono alberghi, ma non esageriamo..."

Milano è cambiata, trasformata, invecchiata; la nostra società è mutata profondamente, diventerà multi-etnica. E allora quale sarà il ruolo di un'istituzione come l'Ospedale Maggiore?

"Io sono convinto che la Ca' Granda, già nel medioevo fosse non solo il luogo della cura e della caritatevole assistenza ma anche dell'integrazione e della solidarietà. Io sono diventato milanese nascendo alla Macedonio Melloni, molti diventeranno, me lo auguro, milanesi e italiani, pur d'origine diversa, nascendo o facendo nascere i loro figli alla Mangiagalli o in altre strutture, dove ormai più della metà dei neonati è di immigrati. Nel luogo dove si guarisce si stipula con la comunità una sorta di contratto sociale. Accadeva così anche per i pellegrini e gli immigrati del Cinquecento e del Seicento. Si pensava che le malattie venissero da Sud e lì si fermava all'incrocio tra corso di Porta Romana e via Francesco Sforza. Pur tuttavia, non ci si limitava alla cura, ma anche all'assistenza (si pensi a che cosa ha rappresentato, anche per il lascito del miglior spirito del volontariato, il Santa Corona), alla loro integrazione nel tessuto cittadino. Eravamo più generosi e preveggenti allora o più egoisti e miopi adesso? Milano è una stratificazione di ondate migratorie, spesso in pace, molte volte in guerra, ma ha saputo sempre ospitare e creare il senso di appartenenza. Come nel dopoguerra, quando chi trovava lavoro a Milano diventava fiero di essere milanese. Orgoglioso fino a menarne vanto. Questo è uno dei tanti insegnamenti che ci offre la storia della Ca' Granda, un'istituzione di tutti e di nessuno".

Di nessuno? Non le sembra un'esagerazione?

"No, un giorno assistetti a una bellissima lezione del professor Giorgio Rumi il quale ricordava che la vostra istituzione ospedaliera non è mai stata né del sovrano, né del duca o del re o del-

l'imperatore, né del potere temporale e né di quello spirituale. E forse questa caratteristica è rimasta nel codice genetico della Ca' Granda. Pensiamoci bene: che cosa sono dopotutto le fondazioni di cui si parla molto soprattutto per il mondo bancario? Proprio questo. Hanno beni che appartengono alla comunità, sono pubblici e privati nello stesso tempo. Peccato che, nel dotarsi di uno strumento non solo giuridicamente utile, il Policlinico sia arrivato così tardi. Ma questa splendida diversità del Policlinico ne è la forza e in fondo però anche la sua debolezza. Perché altri istituti hanno padri più certi e madri più generose. Voi siete cosmopoliti e apolidi nello stesso tempo".

Lei ha parlato di civiltà della cura ma anche di cultura dell'assistenza.

"La vecchia Ca' Granda si occupava dei propri pazienti prima e dopo, non era un cronicario né un deposito di disperati. Ed è quello che nella storia ha continuato e continua a fare. Forgiando per esempio la figura di quel medico umanista e filantropo di cui sentiamo spesso la mancanza. Voi avete avuto grandi luminari della scienza medica, ma anche nello stesso tempo grandi uomini di cultura e cittadini del loro tempo. Guai a quella città o a quel Paese che avesse solo degli splendidi interpreti, magari il massimo dell'eccellenza nelle loro discipline, ma non partecipi della vita della loro città. Il Policlinico ha prodotto anche classe dirigente, non soltanto classe medica, ed è anche per questo che ha pagato prezzi altissimi. Penso al sacrificio di Marangoni, che conobbi e apprezzai. Fare il medico o il manager al Policlinico in quegli anni voleva dire vivere in frontiera e rischiare anche la propria vita. È un insegnamento che non dimenticherò mai. Ecco perché, al di là delle discussioni sull'ospedale-azienda, sul tempo pieno o no, sul confronto tra pubblico e privato, non vorrei che si perdesse quel lascito morale e culturale del medico condotto, del medico umanista e cittadino, del quale tutti noi milanesi dobbiamo essere grati al Policlinico, a chi ci lavora, spesso sacrificandosi, e non solo economicamente, in condizioni più disagiate di quelle di molti altri".

La civiltà dell'assistenza è una delle caratteristiche della nostra istituzione. L'assistenza crea riconoscenza e rafforza i legami identitari di una comunità.

“Certamente. Carlo Cattaneo diceva che a Milano il bisognoso riceve una somma di assistenza superiore a quella di qualsiasi altra parte d'Europa e credo che sia ancora, dopotutto, così. Quanto al legame milanese, all'appartenenza e all'identità, basta fermarsi su uno dei grandi tesori meneghini che è la quadreria dei benefattori per rendersi conto di quanto la comunità, i cittadini e i nuovi cittadini, abbia restituito al suo ospedale. L'obolo della riconoscenza. Mi viene in mente un episodio di trent'anni fa...”

Ce lo racconti.

“Davanti all'Università c'era un ometto che vendeva limoni e si faceva dare cinquanta lire. Li estraeva da una borsa di pelle. Certo, non il posto migliore dove conservarli. Li si acquistava per fargli un favore. Un giorno lessi che era morto e che aveva lasciato tutti i suoi risparmi all'Ospedale. Il risparmio dei limoni. Anche lui vivendo nelle strade di questo quartiere di studi, cura e ricerca aveva finito per respirare l'aria della grande tradizione della Ca' Granda: era stato adottato, curato e ora, se non sbaglio, c'è anche un suo ritratto, non è così?”

Esatto, proprio così, ed è firmato dal pittore Francesco Tabusso. Ma ci parli, dottore, anche dei difetti dell'Ospedale, delle sue manchevolezze.

“Come avrà capito io soffro di un conflitto d'interessi affettivo. Non sono un giudice sereno. Posso solo dire che l'ospedale, piaccia o no, è un prodotto e come tale va venduto, fatto conoscere. Solo così si attraggono risorse ed eccellenze. Lo potete fare anche senza rinunciare allo spirito della vostra missione, che è splendidamente descritto dal professor Ferruccio Bonino, il vostro direttore scientifico: salvaguardare la continuità del processo di diagnosi e di cura del malato, passare dalla medicina della malattia alla cura della persona. Ottimizzare la gestione assistenziale, nella trasparenza e nella responsabilità di svolgere un servizio pubblico.

E aggiungo io, se mi è consentito, senza perdere quella dimensione di *civil servant*, del medico interprete di un modello forse un po' desueto ma di grande forza morale, un modello di giustizia e solidarietà civile. Da milanese vi dico grazie.”

Un rimpianto?

“Uno solo: che in questo Ospedale stiano lentamente scomparendo le suore. Le sembrerà strano che lo dica un laico. Ma ci mancheranno. E non solo per l'amorevole cura dei malati. Nel tempo del dolore la verità non riesce a patire contraffazioni, ha scritto in un numero di *Ca' Granda* monsignor Gianfranco Ravasi. Qui paziente e medico si interrogano insieme sul significato della vita, su quella soglia invisibile dell'esistenza”.

L'equilibrio enigmatico della salute

BEPPE ROCCA

Sfondo storico

Non penso sia facile individuare con precisione il luogo e la data di origine del concetto di salute come equilibrio. Per molte *medicines alternative* esso è rimasto il modello centrale di riferimento per le pratiche di cura ed è ancora oggi uno dei messaggi più importanti che ci giungono dall'Oriente ⁽¹⁾.

In Occidente esso acquisì per alcuni anni una posizione centrale con la scuola medica ippocratica, nella *gara tra modelli di formazione dell'uomo* della Grecia del quinto secolo che Werner Jaeger nella sua opera fondamentale ha chiamato *paideia* ⁽²⁾.

Con il concetto di *salute come equilibrio*, la medicina scese in campo nell'arena agonistica tra le diverse pratiche umane – fisica, filosofia, empirismo, religione, arte, retorica, sofistica, storiografia – che cercavano di imporsi le une sulle altre come modelli di formazione e di ricerca per la *buona vita* e il *buon governo* nell'emergente umanesimo della *polis* greca nata con la crisi del precedente governo centralizzato dello stato.

Cosa significa *paideia* per noi moderni, così lontani dalla lingua greca antica? Penso si possa tradurre con *forza formativa*: si tratta di una gara tra teorie e modelli diversi di ricerca e di formazione, per trovare lo strumento più idoneo che come lo scalpello dello scultore sia in grado di modellare la mente e il corpo dell'uomo e le sue pratiche in modo da orientarle verso l'*equilibrio* della *buona vita* e del *buon governo*.

In questa prospettiva la medicina è un modello di formazione dell'uomo, non solo del medico, alla *cura della salute* e della *giustizia*: ⁽³⁾ la *cura dell'equilibrio* è al centro della *cultura generale* e non è ancora un aspetto specialistico della pratica medica. Il suo orizzonte va ben oltre un discorso sulla malattia.

In *Antica Medicina*, ⁽⁴⁾ tra il 430 e il 415 a.C. la pratica medica emersa con Alcmeone di Crotone si

afferma al centro della nuova cultura dichiarandosi esplicitamente un nuovo modello di ricerca e di formazione, punto di estrema elaborazione teorica di una nuova tradizione e punto di partenza per ogni ulteriore sviluppo in senso civico della medicina.

Il concetto di salute come *equilibrio nelle relazioni vitali* di una *forma di vita*, è ritenuto il modello di sapere in grado di eccellere per validità teorica, efficacia pratica e giustizia sugli altri saperi emergenti della *polis* greca.

Esso passò ai margini verso la fine del quinto secolo con la sconfitta militare delle città greche e l'affermarsi degli imperi ellenistici in cui si impose la *teoria dei quattro umori della fisica* – filosofia ionica – e l'*etica delle virtù* con le *filosofie della cura di sé come opera d'arte* – etiche di Aristotele, stoici, cinici, epicurei, scettici, padri della chiesa...

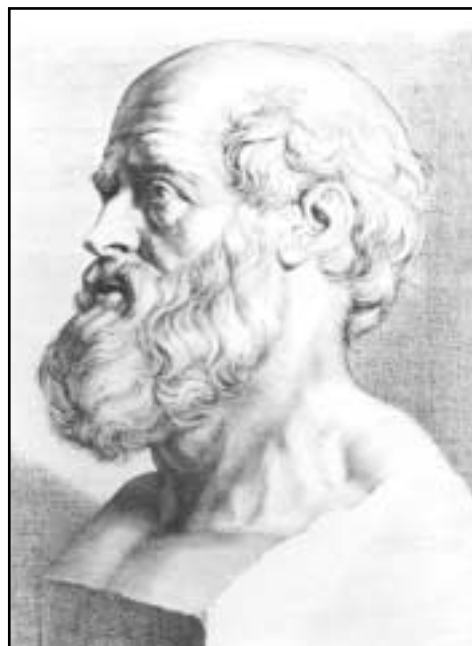


Figura 1. Ippocrate [460-370 circa a.C].

Il concetto di salute come *equilibrio* fu spinto ulteriormente ai margini della medicina occidentale con la nascita della moderna medicina scientifica e naturalistica nel Seicento e oggi il suo oblio è a mio avviso una delle differenze teoriche più importanti tra la *medicina ufficiale* e le *medicine alternative*, la ragione più importante del loro successo.

È curioso che a partire dagli anni Settanta si è progressivamente diffusa la convinzione che in caso di incertezza o conflitto riguardo a problemi di salute il *dialogo tra esperti* di queste tradizioni possa portare a decisioni giuste e riconosciute come legittime.

Abbiamo completamente dimenticato che nel grande dibattito sulle pratiche umane per la cura della salute a partire dalla Grecia del quinto secolo, questi saperi e queste pratiche di ricerca non sono mai state parte di una stessa grande scuola ideale, come la *Scuola di Atene* di Raffaello vorrebbe farci credere, ma erano in lotta tra loro per imporsi come il modello migliore.

L'idea che un teologo morale, un filosofo, un esperto di retorica, un empirista, uno statistico, un epidemiologo, un medico e un giudice seduti attorno al tavolo di un comitato etico o di una commissione governativa possano collaborare alla formulazione di un giudizio legittimo e condiviso su un caso incerto è totalmente estranea alla cultura classica occidentale. Il modello delle *peer review* per risolvere situazioni di incertezza è l'antitesi della tradizione classica nella storia dell'occidente.

Anziché partire dalla convinzione diffusa ma fuorviante che una teoria della salute come equilibrio possa emergere da forme di dialogo tra esperti, sul modello della bioetica attuale, cercherò di cogliere le *differenze tra i concetti di equilibrio* che emergono da pratiche umane diverse e il tipo di partecipazione, sapere, ricerca ed equilibrio che emerge da ciascuna di loro e dalla forza che esse esercitano vicendevolmente le une sulle altre.

Modello giuridico di salute come equilibrio

Molti storici hanno affermato che la medicina è emersa come sviluppo e perfezionamento della religione⁽⁵⁾, altri dell'arte della cucina e della ginnastica⁽⁶⁾. Perché la scuola italica di Alcmeone di Crotona improvvisamente avrebbe scoperto in queste pratiche il modello di *equilibrio* attorno a cui strutturare

la *cura della salute*? E in base a quale *criterio* il medico sarebbe autorizzato a giudicare quali sono nel singolo malato la dieta e l'esercizio fisico *giusti*? Penso che l'origine del modello di *salute* come *equilibrio* non sia religiosa, dietetica o atletica, ma giudiziaria: il concetto di *equilibrio* non è nato ad Atene, ma nella Sicilia intorno al 465, dopo la vittoria dei Greci alleati tra loro a Salamina che respinse l'invasione persiana e inaugurò il grande periodo della Grecia classica che durò fino al 399 a.C.

I cittadini che erano stati derubati dei loro beni dai tiranni, reclamavano un equilibrio politico giusto e la guerra civile fu seguita da innumerevoli contese giudiziarie. In un'epoca in cui non esistevano avvocati, bisognava fornire a tutte le *parti* che avevano subito un torto, il mezzo per difendere la loro causa e le regole per lo svolgimento di un *processo giusto*. Un certo Corace, allievo di Empedocle, pubblicò un'arte oratoria [*techne rhetorike*], una raccolta di indicazioni procedurali accompagnate da esempi: era nata la retorica giuridica e il concetto di procedura giuridica^(7 8 9).

La *retorica giudiziaria* non aveva nessuna valenza letteraria o filosofica,⁽¹⁰⁾ ma rispondeva a una necessità pratica di enorme portata: delineare il modello di partecipazione di tutte le parti in gioco per realizzare l'ideale del *processo giusto*. Non essendoci avvocati, tutte le parti in gioco nel processo facevano ricorso ai *logografi*, scrivani pubblici i quali redigevano le arringhe difensive, che poi venivano lette pubblicamente dinanzi al tribunale dagli stessi contendenti.

La *salute* è come la *giustizia*: essa è in *equilibrio* quando tutte le forze in gioco partecipano all'equilibrio e nessuno è in grado di sopraffare gli altri e dominare su di essi.

Inspirandosi all'esempio della tirannia, il collega Alcmeone per primo scrisse che il dominio assoluto, non compensabile di una singola forza nella forma di vita di una persona porta alla compromissione della salute, e l'equilibrio nelle relazioni tra più forze è la struttura profonda ed enigmatica della salute⁽¹¹⁾.

Sia la *buona vita* sia il *buon governo* sono esempi di *equilibrio giusto* e di *compensazione*: nel modello delle procedure giuridiche troviamo l'embrione di una teoria della salute e della giustizia come partecipazione⁽¹²⁾.

In uno *stato di diritto* le forze si compensano a vicenda e la natura stessa contribuisce a ristabilire piccole deviazioni o disturbi dell'equilibrio, ripristinando la giusta proporzione. In una società e forma di vita giusta, la natura trova da sé la compensazione alle oscillazioni modeste dell'equilibrio tra le forze, senza il bisogno dell'intervento specialistico del medico.

Per esempio lo sbattere delle palpebre se il sole è accecante, i movimenti della lingua, la sete, la fame... in una forma di vita equilibrata la cenestesi⁽¹³⁾ è un rivelatore importante dei leggeri squilibri della vita quotidiana.

A partire dalla consapevolezza che *l'uomo è la misura di tutte le cose*, il criterio per identificare la cura giusta è la partecipazione di tutte le parti in gioco nella sua strutturazione, come emerge dal modello delle procedure giuridiche. Non sono gli aspetti *legislativi* o *argomentativi*, ma le garanzie di partecipazione, cioè gli aspetti *procedurali* del diritto, il modello da cui partire per una teoria della *salute come equilibrio*.

Le storie cliniche delle *Epidemie* sono il modello di un sapere della cura della salute integralmente umano, con la forza, la concretezza e i limiti di una procedura giuridica.

Ne deriva un corollario: la cura della salute come equilibrio non è una faccenda individuale, privata, ma per sua natura è legata a un equilibrio civico, a uno *stato di diritto*. La formazione dell'uomo e del medico a intervenire in modo *giusto* negli equilibri della vita e della malattia non ha riscontro nell'animale e costituisce una vera fonte di civiltà.



Figura 2. Raffaello, *La Scuola di Atene*, 1509-13, Roma, stanze vaticane, stanza della Segnatura.

Il modello di equilibrio che emerge dalla partecipazione a procedure giuridiche o a pratiche di cura veramente democratiche – *stato di diritto* – non è compatibile con la forma di governo dei grandi imperi il cui scopo è legittimare il potere di una élite con modelli quasi divini di conoscenza e di produzione che la retorica orientata al consenso e la propaganda divulgano tra masse di cittadini passivi esclusi dal governo come dalle pratiche di cura. Rispetto a una teoria democratica del diritto e della cura essi non istituzionalizzano procedure corrette di partecipazione ma sfruttano la *nostalgia del divino* con cui l'uomo si illude che la salute possa essere un dono di qualcuno o un diritto e non il risultato di un impegno personale costante.

Il *determinismo* della fisica è un esempio di *nostalgia del divino* perché permette allo stato o al partito di promettere la *produzione della salute* eliminando alcuni elementi-sostanze [*archai*] responsabili delle malattie da intere popolazioni, senza alcun bisogno per il cittadino di partecipare e impegnarsi personalmente. Il medico ippocratico autore di *Antica Medicina* ha ben presente la *tentazione del determinismo* quando scrive:

«Quanti si sono accinti a parlare o a scrivere di medicina, fondando il proprio discorso su un postulato, il caldo o il freddo o l'umido o il secco o quale altro abbiamo scelto, troppo semplificando la causa originaria delle malattie e della morte degli uomini, *a tutti i casi attribuendo la medesima causa*, perché si basano su uno o due postulati [umori, cause, fattori di rischio], costoro sono palesemente in errore su molte cose e persino nelle loro affermazioni; ma soprattutto sono da biasimare perché *sbagliano intorno ad un'arte di fatto esistente*, della quale tutti fruiscono nelle circostanze più gravi e molto ne onorano i buoni praticanti e professionisti»⁽¹⁴⁾.

Sia la propaganda politica del nazismo e dello stalinismo degli anni Trenta sia la tecnologia sociale della prevenzione di massa, basata su epidemiologia e management scientifico degli anni Settanta, ignorano completamente il modello del diritto e hanno la presunzione di eliminare la malattia senza la partecipazione e l'impegno della società civica: di malati, parenti dei malati, infermieri e medici.

Essi sono vittima della *nostalgia del divino* quando per legittimare i loro privilegi *attribuiscono a tutti i casi la medesima causa* [o le stesse poche cause e fat-

tori di rischio identificati con la ricerca induttiva epidemiologica] ma *soprattutto sono da biasimare perché sbagliano intorno ad un'arte di fatto esistente*. Cochrane negli anni Settanta, per legittimare l'epidemiologia e le sperimentazioni randomizzate controllate scrisse: *Ärzte sind überflüssig* ⁽¹⁵⁾ e il suo giudizio incompetente, presuntuoso e superficiale oggi è condiviso da molti manager della sanità convinti di essere gli unici a sapere *dove si nasconde la salute* ⁽¹⁶⁾.

Persino Platone, che pretende di insegnare al medico cosa sia la *Salute*, e non crede nelle pratiche umane e nella partecipazione, ma solo nella *ragione divina del filosofo* ha capito che il problema dell'equilibrio è in primo luogo un problema di giustizia quando nelle *Leggi* descrive la differenza tra la *medicina per gli schiavi e la cura degli uomini liberi*:

«1. Il medico degli schiavi si affretta da malato a malato e dà prescrizioni senza discorsi, senza rendere conto di quello che fa, sulla base di una mera pratica empirica a cui il malato non partecipa affatto, è completamente escluso. Illich parlerebbe di espropriazione della salute, ⁽¹⁷⁾ altri di oggettivazione completa, di passività assoluta. Il modo di fare del medico è quello di un rigido tiranno. E se si trovasse per caso a sentire un medico libero parlare con un paziente libero, come chi per la prima volta si accosta a un linguaggio scientifico, si metterebbe a ridere di cuore e direbbe quello che ribattono in questi casi i più dei cosiddetti medici: *pazzo, tu non curi il tuo malato, ma lo istruisci, come se tu dovessi farlo non sano, ma medico* ⁽¹⁸⁾.

2. Il medico degli uomini liberi è consapevole che la cura giusta emerge dalla partecipazione e dal contributo attivo non solo della persona malata, ma di tutte le parti in gioco, come in un processo ideale in uno *stato di diritto*».

Il *problema della legittimità della cura*, del *kriterion* emerge solo se il malato e le altre *forze* civiche in gioco nell'equilibrio della salute sono espropriate del loro diritto di partecipazione alla strutturazione della cura e si ribellano.

Anche in questo caso lo stato per difendere i privilegi di una élite può correre ai ripari evitando il modello del diritto e ricorrendo al pregiudizio diffuso ma sbagliato della *superiorità dell'etica sul diritto*: ⁽¹⁹⁾ di fronte all'incertezza, al rischio e al conflitto lo stato non allarga le maglie della partecipazione ma sfrutta una forma diversa di *nostalgia del divino*. Si tratta

dell'idea che esistano *uomini virtuosi*, quasi divini, che seduti attorno al tavolo di un comitato o di una commissione possono arrivare a un consenso su cosa sia meglio per le masse.

Il filosofo, il teologo morale, il bioeticista, il sacerdote, l'esperto, lo statista, l'epidemiologo... entrano in gioco come i *paladini virtuosi* della società civica quando i cittadini sono stati esclusi dalla partecipazione democratica alle pratiche di cura della salute.

La situazione attuale mi ricorda un aneddoto: quando ero bambino, il piccolo comune delle Langhe in cui vivevo era governato dal sindaco, il parroco, il notaio e a partire dagli anni Sessanta il medico. Se il loro *malgoverno* veniva criticato, essi si riunivano sulla pubblica piazza e comunicavano al *popolino* quali rimedi avevano concordato per le ingiustizie che erano state commesse.

Il collega medico autore di *Antica Medicina* è molto perplesso davanti ai sistemi razionali dei medici filosofi, alle storie di aneddoti irripetibili e



Figura 3. Alexander Calder. L'artista dell'equilibrio: *perché l'arte deve essere statica?*

curiosi dei *praticoni*, ai modelli quasi divini di vita dei santi e dei miracoli del teologo, alle magie del mago e dell'alchimista, alle storie di relazioni promiscue tra uomini e divinità degli umanisti rinascimentali e degli eruditi, e si chiede perché il modello del diritto sia stato abbandonato:

«Chi invece, scartato tutto ciò e rifiutatolo, lungo un'altra via e secondo un altro schema s'accinge alla ricerca e asserisce di avere trovato qualcosa, si è ingannato e s'inganna: perché è impossibile.

E per quali necessarie ragioni sia impossibile, io cercherò di dimostrarlo dichiarando e dimostrando che cosa è l'arte. Da ciò risulterà chiaro che sono impossibili scoperte ottenute per altre vie che questa»⁽²⁰⁾.

Il modello di partecipazione delle procedure giuridiche riemerge subito dopo:

«Soprattutto mi sembra che si debba, parlando di quest'arte, discutere di cose note ai profani: non d'altro infatti si deve far questione e discorso se non dei mali che costoro stessi subiscono e soffrono.

Per essi – che son sprovveduti – non è certo facile comprendere i loro propri mali, come sorgano e

cessino e per quali ragioni s'accrescano e scemino, ma se da altri tutto ciò è stato scoperto e viene esposto, allora riesce agevole; perché ciascuno, ascoltando, null'altro fa se non ricordare ciò che è accaduto a se stesso⁽²¹⁾.

Chi poi mancasse la presa sulla comprensione dei profani e non conducesse gli ascoltatori in tale disposizione, sulle cose stesse mancherebbe la presa⁽²²⁾.

E per tutte queste ragioni la cura [giusta] non ha alcun bisogno di postulati di adeguatezza [esterni alla sua pratica: fisici, filosofici, etici, empirici, sperimentali, *Evidence Based...*]⁽²³⁾.

Come il diritto è emerso quale modello di partecipazione per ripristinare un equilibrio evitando la violenza quando è stato commesso un torto, così la pratica medica è una forma di partecipazione che interviene quando è prevalso l'equilibrio non compensato dalla malattia e lo scopo è ridurre il dolore, la sofferenza e l'umiliazione dell'uomo malato:

«In origine dunque non sarebbe stata scoperta l'arte medica né si sarebbero condotte ricerche (non ve ne sarebbe stato bisogno),

1. se per gli uomini ammalati fosse stato opportuno seguire lo stesso regime e la stessa alimentazione che seguono i sani nel cibo e nelle bevande e in tutto il modo di vita, e se non ve ne fossero stati migliori di questo;

2. ora invece la necessità stessa spinge gli uomini a ricercare e a scoprire la medicina, perché agli ammalati non si addiceva, come oggi non si addice, la stessa alimentazione dei sani»⁽²⁴⁾.

Come durante una dittatura:

«Poiché infatti soffrivano molti e terribili mali a causa del regime violento e ferino, mangiando cibi crudi e non temperati e dotati di proprietà eccessive: quali appunto anche oggi soffrirebbero a causa loro, cadendo in preda ad acuti dolori e a malattie e ben presto alla morte.

Meno invero ne soffrivano allora, probabilmente, grazie all'abitudine, ma certo anche allora con violenza, ed è verosimile che i più, avendo una natura più debole, perissero, e che di loro i più forti più a lungo resistessero, proprio come anche oggi i cibi troppo forti alcuni li sopportano agevolmente, altri con molti dolori e fastidi»⁽²⁵⁾.

Le élite al governo farebbero meno fatica a legittimare i loro privilegi con la propaganda e la retorica



Figura 4. Rembrandt, *Cristo nella tempesta sul lago di Genezareth*, 1633. Boston, Isabelle Stewart Gardner Museum.

orientata al consenso dell'etica delle virtù se l'equilibrio della salute fosse riducibile a poche leggi e cause universalmente valide che renderebbero superflua la partecipazione e il modello delle procedure giuridiche:

«Se tutto fosse così semplice, come ho indicato, e ciò che è troppo forte nocesse sempre, ciò che è più debole portasse sempre giovamento e nutrimento sia al malato sia al sano, la faccenda sarebbe agevole: basterebbe ricorrere [sempre] ai cibi più deboli per ottenere un buon grado di sicurezza⁽²⁶⁾.

Ma non troverai misura alcuna, né numero né peso, la quale valga come punto di riferimento per una esatta conoscenza, se non la percezione del corpo»⁽²⁷⁾.

Mediante la partecipazione a storie di vita e di malattia il medico acquisisce un sapere e un'esperienza molto simile a quella dell'avvocato e del giudice:

«Perciò il compito è di acquisire una scienza così esatta che permetta di sbagliare poco qua e là: e io molto loderei quel medico che poco sbagliasse; ma la certezza raramente è dato di vedere. E certo ai più dei medici tocca la stessa sorte, mi pare, che ai cattivi piloti.

Anch'essi infatti, quando sbagliano governando con mare calmo, passano inosservati, ma quando li coglie una grande tempesta e vento contrario, chiaramente allora a tutti si rivela che hanno perduto la nave per ignoranza ed errore.

Così anche i cattivi medici – e sono i più – quando curano uomini che non hanno nulla di grave, e ai quali anche commettendo i più immensi errori non si causa alcun danno serio (sono molte le malattie di questo genere e colpiscono gli uomini molto più spesso di quelle gravi), se dunque in tali circostanze sbagliano, passano inosservati ai profani; ma se si imbattono in una malattia grave violenta e pericolosa, allora i loro errori e l'imperizia a tutti si fanno chiari: e per entrambi così, medico e pilota, il castigo non è differito, ma subito sopraggiunge»⁽²⁸⁾.

Bibliografia:

- 1 - Si veda ad esempio: Gian Carlo Calza. *Stile Giappone*. Einaudi, Torino, 2002.
- 2 - Werner Jaeger. *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*. Walter de Gruyter & Co, Berlin 1944. Traduzione inglese con aggiornamenti dell'autore: Oxford University Press, New York, 1945. Tr. it. di Luigi Emery e Alessandro Setti. *Paideia, La formazione dell'uomo greco*. Bompiani, Milano, 2003.
- 3 - Beppe Rocca. *La cura della salute. Sapere, equilibrio, parte-*

cipazione. Minerva Medica, Torino, 2004. Presentazione di Girolamo Sirchia, prefazione e postfazione di Ferruccio Bonino.

4 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. pp. 151-190.

5 - Sigerist HE. *A History of Medicine*. Vol II, p. 58, New York, 1951-1961.

6 - Mario Vegetti. *Introduzione*. Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976.

7 - Roland Barthes. *L'ancienne rhétorique*. Communications 1970; 16: 172-229. Tr. It. *La retorica antica*, Bompiani, Milano, 1972. Vedi anche *Rhétorique de l'image*. Communications 1964; 4.

8 - Vickers B. *In Defence of Rhetoric*. Oxford University Press, Oxford, 1989. Tr. It. *Storia della retorica*. Il Mulino, Bologna, 1994.

9 - Alcuni frammenti dei testi si possono trovare in Giannantoni G. *I Presocratici. Testimonianze e frammenti*. Laterza, Bari, 1969.

10 - Queste applicazioni e trasformazioni della retorica emergeranno solo ad Atene con Isocrate. Vedi Untersteiner M. *I Sofisti*. Lampugnani Nigri, Milano, 1967. Untersteiner M, Battagazzore A. *I Sofisti. Testimonianze e frammenti*. Laterza, Bari, 1967.

11 - Alcmeone. Fr. 4 di Diels.

12 - Mi riferisco sia ai *codici di procedura* penale e civile europea sia alla tradizione giuridica della common law dei paesi di lingua inglese.

13 - Condizione di *consapevolezza del proprio corpo* che emerge solo quando interviene un mutamento positivo o negativo dell'*equilibrio* della salute.

14 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica Medicina* 1 pp. 159-160.

15 - I medici sono inutili. Cochrane L. Archibald. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

16 - Hans Georg Gadamer. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.

17 - Illich Ivan. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. Pantheon Books, New York, 1976.

18 - Platone. *Leggi*. 857 c-d.

19 - Mariachiara Tallacchini. *Fuga dalla bioetica*. Aut Aut 2003 318: 107-118.

20 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 2 p. 162.

21 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 2 p. 162.

22 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 2 p. 163.

23 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 2 p. 163.

24 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 3 p. 164.

25 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 3 pp. 166.

26 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 9 p. 169.

26 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. *Antica medicina* 9 p. 169.

27 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976.p. 171.

Inaugurato ufficialmente in Ospedale Policlinico sabato 6 marzo il padiglione Zonda nella complessità delle sue grandi opere di ristrutturazione generale, con l'allestimento strutturale per l'alta chirurgia.

Un traguardo molto atteso, le cui programmazioni e realizzazioni sono efficacemente rese dalla presentazione del commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto, che qui riportiamo.

Nell'intervento anche un'incoraggiante, straordinaria programmazione in fieri di opere determinanti per l'intero Policlinico.

Inaugurato il padiglione Zonda nella sua completa ristrutturazione

GIUSEPPE DI BENEDETTO - *Intervento*

Ho il piacere di salutare le Autorità presenti e ciascuno di Voi con la più viva cordialità ringraziandoVi per essere intervenuti a questa cerimonia di inaugurazione del rinnovato padiglione Zonda, costruito grazie alla generosità dei fratelli Emilio ed Enrico Zonda ed inaugurato il 1.5.1915. Nel padiglione, che fu anche adibito alla cura dei feriti della prima Guerra Mondiale (è infatti ricordato da Hemingway in "Addio alle armi"), il prof. Fasiani organizzò un centro di alta specializzazione chirurgica ed in seguito il prof. Malan fondò uno dei primi centri per lo studio e la cura delle malattie vascolari inaugurando, nel 1969, l'era del trapianto di rene: il prof. Malan, che abbiamo voluto ricordare con un'iscrizione commemorativa all'ingresso del padiglione.

Oggi il padiglione Zonda è completamente ristrutturato ed ospiterà il Dipartimento dei trapianti d'organo (rene, fegato, polmone), la Clinica Chirurgica, un reparto di terapia subintensiva chirurgica ed una radiodiagnostica angiografica.

Sono particolarmente lieto di condividere oggi con Voi questa cerimonia di inaugurazione che non è la prima: alcune sono già avvenute e altre ne seguiranno entro l'autunno di questo anno.

Tra i lavori già ultimati, oltre quelli relativi al padiglione Zonda, vorrei ricordare:

- la realizzazione della nuova cabina elettrica per garantire il corretto funzionamento dei padiglioni;
- la ristrutturazione del piano rialzato e del 3°

piano del padiglione Granelli ove hanno trovato rispettiva allocazione il reparto di Gastroenterologia con 24 posti letto ed il day hospital di chemioterapia antineoplastica (quest'ultimo con il contributo dell'A.I.L. - Associazione italiana contro le leucemie - di Milano che recentemente si è offerta di finanziare anche il progetto di ristrutturazione dell'area della degenza ematologica nell'ambito dello stesso padiglione Granelli);

- la realizzazione del reparto di Terapia Intensiva e degenza cardiologica al 1° e 2° piano del padiglione Sacco (con il congruo contributo della Fondazione Recordati);

- la realizzazione, mediante ristrutturazione, di un residence e di alcuni appartamenti adibiti a convitto infermieri;

- la realizzazione della nuova Biblioteca Scientifica presso l'ex Convitto Suore: è stato recentemente aggiudicato il relativo allestimento;

- l'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, i Servizi di immunologia clinica e di allergologia ecc.;

- la ristrutturazione e messa a norma del Pronto Soccorso, piano terreno del padiglione Guardia-Accettazione.

I lavori che sono *in corso* si riferiscono:

- al completamento del padiglione Sacco dove, al 2° piano, sta realizzandosi il reparto di bronco-

pneumologia, attualmente inserito nello storico padiglione Litta che, in tal modo, verrà sgomberato da attività assistenziali;

- al raffrescamento della maggior parte delle degenze;

- ad una pre-umanizzazione del reparto di Chirurgia d'Urgenza (bagni e condizionamento) in attesa dell'acquisizione della progettazione esecutiva dell'intero padiglione, già commissionata dopo apposita gara e, quindi, dei relativi lavori ristrutturativi.

Riepilogando, i lavori ultimati e quelli in corso riguardano una superficie complessiva di circa 20.000 mq. per un importo di circa 18 milioni di euro, ai quali vanno aggiunti i costi di arredi e nuove tecnologie.

I lavori che, invece, partiranno fra maggio e la fine dell'anno in corso riguarderanno:

- la ristrutturazione completa del padiglione "Cesarina Riva" (inaugurato nel 1911 e sede della Clinica Urologica), il cui costo, pari a 2.500.000 euro è sopportato interamente dalla Fondazione "RTU per la ricerca e la terapia in urologia. ONLUS" di cui è presidente la sig.ra Monica Rampezzotti;

- la ristrutturazione della maggior parte degli ambulatori di dermatologia di via Pace;

- la realizzazione della Stroke-Unit presso la Clinica Neurologica del padiglione Ponti;

- la ristrutturazione o, meglio, la riedificazione del padiglione Monteggia, nel quale saranno ubicati 90 letti di degenza concernenti il dipartimento di Scienze Neurologiche (Neurologia, Neurochirurgia e Neuroradiologia), specialità chirurgiche quali la Chirurgia Vascolare e quella Toracica e la Rianimazione con 12 posti-letto;

- la completa ristrutturazione ed umanizzazione del padiglione Guardia-Accettazione. Al primo piano troveranno sede la Medicina d'Urgenza (ora al Pasini) e la Chirurgia d'Urgenza, e nel seminterrato un Servizio Unificato di Endoscopia Digestiva, il Laboratorio per le analisi urgenti, aule didattiche e spogliatoi per il personale.

Questi lavori che, come detto, partiranno nell'anno in corso, interesseranno una superficie complessiva di mq. 26.750 per un importo di circa 37.700.000 Euro.

A tal proposito e pur brevemente non posso fare a meno di ringraziare l'arch. Ceppatelli, che ha lasciato l'attività solo dopo la fine dei lavori di ristrutturazione dello Zonda, il direttore amministrativo, dott. Luciano, e l'ing. De Stefano per la capacità amministrativa nella conduzione delle diverse gare d'appalto e non solo, i medici e le capo sala per la fattiva collaborazione e consulenza ed infine il direttore sanitario, dott. Maltagliati, senza il quale, dal punto di vista organizzativo e funzionale, molti dei lavori di ristrutturazione portati a compimento, non sarebbero stati possibili o sarebbero durati per tempi ben più lunghi, con conseguenti notevoli disagi per gli utenti e per quanti quotidianamente prestano la loro preziosa opera in situazioni già difficili.

Vorrei infine annunciare che al più presto si provvederà anche all'indizione della gara di progettazione per la ristrutturazione – edificazione della sede dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare (fondata dai Ministeri della Salute e degli Esteri, dalla Regione Lombardia e dall'Ospedale Maggiore) nel sito per decenni dedicato a Convitto Infermieri e da tempo dismesso.

A questo proposito ho il piacere e l'onore di annunciare che tale importantissima realizzazione è resa possibile non solo ma principalmente a seguito dell'importante e generosa donazione a favore dell'Ospedale Maggiore di 20.000.000 Euro, con vincolo di destinazione a tale scopo, da parte dei coniugi Romeo Invernizzi ed Enrica Pessina in Invernizzi.

Il cav. Romeo Invernizzi e la sua consorte, che anche pubblicamente – dopo averlo fatto di persona – desidero ringraziare a nome della comunità ospedaliera ed a cui per gratitudine sarà intestato l'edificio, si pongono di diritto nel solco delle famiglie milanesi che, insieme con un'intera città, hanno nel tempo creato, sostenuto e potenziato questo glorioso Ospedale che per oltre cinque secoli ha significato un modello reale di carità e beneficenza (la Ca' Granda) e che ha ripreso a veicolare ed infondere nuovo slancio al sentimento civico che si preoccupa ancora – mi sembra – di un'Istituzione rivolta al benessere dell'intera comunità cittadina.

A margine della cerimonia d'inaugurazione del padiglione Zonda, brevi notizie e informazioni sui lontani donatori che, agli inizi del Novecento, ne hanno consentito costruzione e realizzazione, invitandoci così a fare menzione in ogni tempo della generosa Milano.

Gli Zonda: beneficenza e collezionismo in Lombardia tra Otto e Novecento

DANIELE CASSINELLI

I fratelli Ettore Enrico ed Antonio Emilio Zonda, cui è intitolato il padiglione ospedaliero, appartenevano ad una famiglia di origine varesine, composta dal padre Ambrogio (1844-1907), dalla madre Natalina Mari (1851-1879) e dalla sorella Emma (1873-1912). Ambrogio Zonda avviò l'omonima impresa di produzione e commercio di vini, con sede in via Principe Umberto a Milano, trascorrendo, dal 1874, lunghi periodi a Serravalle Scrivia e in Puglia, dove bonificò e coltivò a vigna terreni attorno San Pietro Verotico, Campo di Mare e Locorotondo.

Tre ritratti di Ambrogio Zonda pervennero all'Ospedale con il lascito del figlio Emilio. Il dipinto più antico, destinato all'abitazione milanese degli Zonda in Foro Buonaparte, e prototipo per gli altri, è un ovale di Giuseppe Barbaglia, riferito da Spinelli e da Maria Teresa Fiorio al 1885⁽¹⁾. Il tono mesto e silenzioso della tela ne indica tuttavia lo scopo commemorativo e permette di ipotizzare un ritratto *post mortem*, eseguito verosimilmente attorno al 1907⁽²⁾. Le altre due opere, di Antonio Pasinetti, sono derivate dal Barbaglia e destinate alla villa di Porto Ceresio ed alla sede della ditta in viale Monte Santo a Milano⁽³⁾.

Alla scomparsa del padre, fu Enrico Zonda (1871-1925), sempre affiancato dal fratello Emilio, ad assumere la gestione della ditta, divenuta "Liquori Fratelli Zonda" e domiciliata in viale Monte Santo. Grazie a spiccate capacità imprenditoriali e, non ultimo, anche al matrimonio con Ida Braglia (1873-1927), imparentata con gli importanti industriali varesini Schoch, lo Zonda fu capace di elevare il proprio rango fino a diventare membro attivo del-

l'alta borghesia milanese d'inizio secolo. I rapporti di amicizia stretti con alcuni artisti come Riccardo Galli e Antonio Piatti gli permisero inoltre di raccogliere nella lussuosa abitazione di Foro Buonaparte una collezione di opere d'arte, che, seppur ridotta, rimane esemplare per la storia di un collezionismo minore che distinse la borghesia milanese del primo Novecento.

Tra le opere più significative, un "grande paesaggio" e una "Madonna con angeli, trittico a olio" di Riccardo Galli, un autoritratto di Vincenzo Gemito e numerosi bozzetti – genere favorito dai collezionisti al principio del XX secolo – di Cesare Tallone, Emilio Gola, Giacomo Favretto e Francesco Paolo Michetti⁽⁴⁾. La tela di Emilio Longoni *Le capinere* (nota anche con altri nomi: *Le monachine; Monachine che osservano il nido; Il nido*) era il dipinto più prezioso della collezione⁽⁵⁾. L'opera fu per lungo tempo al centro di una *querelle* attributiva, risoltasi solo recentemente: Vittore Grubicy de Dragon, che deteneva il monopolio sulla produzione di Segantini e Longoni, spesso appose di propria mano ai dipinti di quest'ultimo le iniziali del più quotato Segantini, al punto che Longoni, come tanti altri, nel 1884 abbandonò stizzito il gallerista⁽⁶⁾. I pezzi componenti la raccolta pervennero in seguito al fratello Emilio e, da quest'ultimo, all'Ospedale Maggiore, che procedette a numerose alienazioni.

Enrico Zonda fu membro dell'Automobile Club e vice presidente della Società Canottieri Milano; promosse l'edificazione di scuole e asili nei pressi degli stabilimenti vinicoli del brindisino. Gravemente malato, permise, anche a nome del fratello Emilio,

l'edificazione del padiglione Zonda, su consiglio del proprio medico curante, Baldo Rossi, allora primario del nosocomio cittadino.

Dopo l'ingente donazione, l'Ospedale affidò a Riccardo Galli, artista apprezzato dal benefattore, il *Ritratto di Enrico Zonda* destinato alla quadreria⁽⁷⁾.

Emilio Zonda nacque a Milano nel 1876, ma visse lungamente in Puglia, dove venne educato fra Lecce e San Pietro Vernotico. Pur avendo ereditato dal fratello Emilio un'ingente fortuna ed una florida attività, alcune operazioni finanziarie azzardate, in particolare i milioni profusi nell'hotel "Cova", oggi scomparso, lo portarono al tracollo.

Nominati esecutori testamentari Leonardo Belloni e Baldo Rossi, nel 1931 scrisse il proprio testamento, in cui preannunciava il suicidio, avvenuto il 27 giugno di quello stesso anno. Emilio Zonda lasciò all'Ospedale Maggiore, erede universale dei beni, anche l'edicola funeraria di famiglia al Cimitero Monumentale di Milano, commissionata dal fratello Enrico nel 1910, su progetto in stile neogreco di Egidio Mazzucchelli e con sculture di Alfonso Mazzucchelli⁽⁸⁾.

Il ritratto del benefattore, che venne eseguito da Aldo Mazza da fotografia, rappresenta lo Zonda in un angolo dell'abitazione milanese di Foro Buonaparte, della quale si intravede il ricco interno. L'opera fu aggiunta alla quadreria ospedaliera nel 1932⁽⁹⁾.

Anche Emma Zonda ed il marito Silvio Macchi devolsero parte dei loro beni in beneficenza, permettendo l'istituzione degli asili di Biumo Inferiore e Giubiano e di un padiglione dell'Ospedale di Circolo di Varese; la Fondazione Emma Zonda e Silvio Macchi, sotto la direzione scientifica del primario Riva Rocci, fu destinata alle cure dei tubercolotici⁽¹⁰⁾. Emma aveva voluto ricordare il padre già nel 1910 edificando l'asilo di Bobbiate, dove si conserva un inedito ritratto di Ambrogio Zonda dipinto da Riccardo Galli, à *pendant* di un ritratto del suocero della benefattrice, Giovanni Macchi.

Bibliografia:

1 - Per il ritratto eseguito da Barbaglia (inv. 511 bis), cfr. *Ospedale Maggiore / Ca' Granda. Ritratti antichi*, Milano, Electa, 1986, scheda 320.

2 - Un ritratto di Ambrogio Zonda dipinto da Giuseppe Barbaglia e datato 1887 è conservato in una collezione privata ticinese, forse proveniente dall'abitazione varesina di Emma e Silvio Macchi, che possiamo supporre possedessero un'immagine del padre. Nella tela lo Zonda è raffigurato nel periodo che segnò l'ascesa economica e sociale della famiglia: "l'espressione bonaria e soddisfatta, il sigaro acceso che si disfa tra le mani trattenuate dietro la schiena e la catena d'oro sul panciotto, descrivono con orgoglioso realismo e meglio di ogni inutile dettaglio d'ambiente il tipo del borghese lombardo" (Matteo Bianchi, Giovanna Ginex, *Aspetti del collezionismo nel Ticino: dipinti del secondo Ottocento italiano*, Lugano, 1996, p. 137).

3 - Per i dipinti di Pasinetti (inv. profani 39, 39 bis) si veda *Ospedale Maggiore/Ca' Granda. Ritratti moderni*, Milano, Electa, 1987, appendice 17 e 18. Nelle schede di catalogo le tele si dicono commissionate da Emilio Zonda; tuttavia questi dati appaiono inverosimili, perché fu Enrico a intrattenere i rapporti con i pittori e a dare inizio alla costituzione della preziosa collezione di famiglia, in seguito pervenuta all'Ospedale Maggiore.

4 - Inventario della collezione, in AOM, Eredità, Zonda, atti 2531/1932.

5 - Inv. Profani 99; *Ospedale Maggiore/Ca' Granda. Collezioni diverse*, Milano, Electa, 1988, Q125.

6 - Fino al 1932 il dipinto fu attribuito con certezza a Giovanni Segantini, ipotesi avvalorata dalle cifre «G.S.» sulla tela in basso a sinistra, e dal figlio del pittore, che confermò l'autografia paterna. Il primo a pensare a Longoni come autore fu Giorgio Nicodemi, che conobbe direttamente il pittore e ne raccolse la testimonianza diretta; l'attribuzione fu poi confermata dal dettagliato studio di Giovanna Ginex sul complesso rapporto tra Longoni e il mercante Vittore Grubicy de Dragon: G. Ginex, *Emilio Longoni: Opere scelte e inediti*, Milano, Federico Motta, 2002, p. 17, scheda n. 21.

7 - Inv. 400; *Ospedale Maggiore. Ritratti diversi*, cit. scheda n. 467.

8 - Cimitero Monumentale di Milano, spazio 175, riparto II, zona I. La documentazione sulla commissione è in AOM, Eredità, Zonda.

9 - Inv. 511; *Ospedale Maggiore. Ritratti moderni*, cit. scheda n. 592.

10 - G. Bagaini, *L'Ospedale di Varese*, Milano, 1930.

Venticinque anni fa, la “Riforma Sanitaria”

GIORGIO COSMACINI

Nella congiuntura politica della cosiddetta “solidarietà nazionale” (e del rapimento e assassinio di Aldo Moro), in cui il governo Andreotti poté contare su una base di consenso allargata alle forze tradizionali di opposizione, la parlamentare democristiana Tina Anselmi, prima donna a essere investita dell’ufficio di Ministro della Sanità (oggi della Salute), poté apporre la propria firma, due giorni prima di Natale 1978, alla legge n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

L’intendimento della legge, comunemente nota come *legge di riforma sanitaria*, era quello di rendere accessibile a tutti i cittadini un vasto insieme di prestazioni sanitarie (medico-generaliste e infermieristiche, domiciliari e ambulatoriali, specialistiche e ospedaliere, farmaceutiche e integrative) operando un netto stacco e un decisivo salto di qualità nei confronti del sistema mutualistico preesistente e superando il principio in base al quale avevano diritto all’assistenza soltanto gli iscritti ai diversi enti della mutualità. La legge intendeva innovare profondamente il quadro sanitario, eliminando ogni diversificazione giuridica e funzionale attraverso la creazione di una rete di servizi finalizzata alla conservazione, al ripristino, alla tutela più ampia della salute di tutti i cittadini.

L’inadeguatezza del sistema assistenziale precedente, caratterizzato da dispersione di strutture, da difformità di prestazioni e da sperequazioni sociali, richiedeva da tempo tale innovazione riformatrice. E il nuovo, da realizzarsi nelle neostrutture previste e auspicabilmente con il concorso partecipe di uomini nuovi, era ciò che si riteneva avviato con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che la nuova legge definiva “il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali

e secondo modalità che assicurino l’eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.

Non va dimenticato che la promulgazione della legge di riforma sanitaria era contemporanea all’atto di fondazione, nello stesso anno 1978, del Tribunale per i diritti del malato, che aveva punti di riferimento nella “Carta del malato negli ospedali” promulgata in sede CEE e che veniva a colmare parzialmente il vuoto lasciato in questo campo dagli Ordini dei Medici. Ai primi posti stavano soprattutto la formazione di una coscienza sanitaria collettiva, che tenesse conto dei bisogni, dei diritti e dei doveri di ciascun cittadino, e la messa in pratica della “idea-faro” della prevenzione, non ridotta quest’ultima alla sola profilassi delle malattie infettive e alla sola predizione clinica o diagnosi precoce.

Per queste finalità largamente condivise la nuova legge ricevette il massimo consenso parlamentare possibile. Ottenne un quasi unanime consenso da parte del paese reale, desideroso di uscire dal labirinto delle mutue. Ma, data per scontata l’importanza della legge, sappiamo che il suo esito reale è stato impari al suo disegno ideale: una buona legge è stata spesso male gestita nelle sue applicazioni, con molti gestori variamente colpevoli, senza contare le pecche d’impostazione (che qui non c’è spazio per approfondire) e le varie “controriforme” e “riforme della riforma” susseguitesi nel quarto di secolo intercorso dal 1978 a oggi. Limitiamoci al giudizio su di essa formulato in sede storiografica (*Storia del Novecento* di Franco Della Peruta): “La riforma sanitaria fu un fatto positivo, ma il suo spirito informatore, che rispondeva a criteri di razionalità economica e di equità sociale, venne spesso tradito negli anni seguenti in seguito al cattivo funzionamento di molte USL e agli episodi di lottizzazione verificatisi all’interno di questi organismi, divenuti spesso centri di potere clientelare”.

I vecchi doveri: acquisizione e custodia del sapere scientifico

GIORGIO COSMACINI

Senza rimontare troppo in addietro, risalendo fino alla deontologia ippocratica e galenica, possiamo ricordare anzitutto che nelle nascenti università del Basso Medioevo *edocere medicos* significava essenzialmente tre cose:

1 - in primo luogo, trarre dalla generale *philosophia naturalis* o *physica* la più circoscritta e mirata *medicina scholastica*, onde il fisico-filosofo diventava medico;

2 - in secondo luogo, ancorare la medicina scolastica alla *traditio*, ma nel contempo aprirla alla *ratio*;

3 - in terzo luogo, raccordare la *ratio* alla *experientia*, onde non fare della medicina una dottrina astratta, da un lato, e onde preservarla, dall'altro, dal rischio di ridursi a congerie caotica di dati empirici.

A cavaliere tra Duecento e Trecento - i due "secoli d'oro" di Dante, Petrarca e Boccaccio (ma anche il tempo periodizzante della "peste nera") - correvano gli anni in cui la medicina, legittimata a *scientia*, in quanto fondata sulla speculazione e sul metodo dialettico-disputatorio come la scienza del diritto, e assimilata all'*ars*, in quanto arricchita da comportamenti che nascevano dall'esperienza diretta di prima mano, diventava una *theorica* e una *practica*, armonizzate fra loro, evitando da un lato l'eccessivo teorizzare, enfatizzante la posizione elitaria del medico ma vanificante la sua vera ragion d'essere, ed evitando d'altro lato l'eccessivo praticismo, snaturante la professione e relegandola tra i mestieri meccanici e vili.

Scienza, arte, teoria, pratica, tutte avevano radici in condizioni socioculturali nuove, in nuove concezioni generali dell'uomo e del mondo. Uomo e mondo, liberandosi dai legami o dai lacci di una trascendente *philosophia praeternaturalis*, diventavano gli

oggetti di filosofie umanistiche e naturalistiche progressivamente erosive dell'area del sapere preesistente; diventavano - per ciò che qui ci interessa - gli oggetti di una indagine medica autonoma, per la quale la *salus*, senza più troppa distinzione tra una inferiore "salute del corpo" e una superiore "salvezza dell'anima", era riferita a un sistema ordinato di fenomeni naturali direttamente osservabili anche nelle loro devianze - le malattie - e dei quali la ragione poteva ricavare le leggi, le norme e le deviazioni normative.

Questo modello di formazione e trasmissione del sapere esigeva l'ottemperanza di regole codificate e precise, ancora e sempre ispirate agli antichi principi della *technophilia* - l'amore per l'ippocratica *tèchne iatriké* - e della *philanthropia* - l'amicizia per l'uomo in condizioni di difficoltà. Si trattava di regole ancora echeggiate, in età preilluministica, dal *Methodus discendi medicinam* (e dunque anche *docendi medicinam*) codificato da Hermann Boerhaave, il più grande medico del tempo, *totius Europae praeceptor*, in cattedra a Leida, la prestigiosa università che spandeva su tutto il continente i lumi di sapienza della grande "civiltà olandese del Seicento".

Entro uno schema concettuale di *Ethica ordine geometrico demonstrata* al modo di Spinoza, Boerhaave precisa le qualità essenziali che il docente, senza conflittualità di interessi, anzi in perfetta sintonia di ideali con il discente, deve trasmettere a quest'ultimo, con la parola e con l'esempio, allo scopo di farne un "buon medico", uno *iatròs agathòs*, come diceva già Ippocrate.

Scriva Boerhaave: "Due cose si richiedono al medico, 1 - *habeat scientiam*, "che possieda la scienza", che sia dotto ed esperto;

2 - *habeat promptitudinem ingenii ut exerceat medicinam jucundam*, che possieda quella prontezza o "predisposizione di genio onde possa esercitare una medicina affabile".

Testo abbreviato della lettura introduttiva del Forum FISM "Etica in sanità: I nuovi doveri delle Società Medico-Scientifiche". Sala Napoleonica del Circolo della Stampa, Milano 29 marzo 2004.

Tra i doveri, vecchi e nuovi, del medico è dunque primario o prioritario quello di essere competente e disponibile. Certo, anche di essere predisposto ed educato alla osservazione, “occhiuto come una lince”, predisposto ed educato all’esperienza, al “cimento”, predisposto ed educato alla “curiosità”, alla ricerca, come per l’appunto prescrivono le nuove Accademie dei Lincei, del Cimento, degli Osservanti, degli Investiganti, dei Curiosi, che sono i nuovi centri del sapere, come in Francia l’*Académie des Sciences* e in Inghilterra la *Royal Society*: centri del sapere scientifico, della ricerca, del culto della scienza per la scienza. Ma se il ricercatore veste i panni del medico, egli - come ribadirà due secoli dopo Augusto Murri - deve essere cultore non solo o non tanto della “scienza per la scienza” quanto o soprattutto della “scienza tutta per l’umanità”.

Tra le teorie e le pratiche, in medicina come altrove, ci sono anche quelle dei doveri, costituenti la *deontologia*, il cui nome risale a un moralista *sui generis*, Jeremy Bentham, filosofo dell’utilitarismo e autore dell’opera *Deontology or the Science of Morality*, pubblicata a Londra nel 1834 e di cui ricorre dunque quest’anno il 170° anniversario. La “scienza della moralità” basata sui doveri è da lui teorizzata come scienza concreta, contrapposta all’astrattezza dei diritti affermati nella Dichiarazione dei diritti dell’uomo che nel 1789 aveva inaugurato la Rivoluzione francese. Il nome “deontologia” viene applicato al campo medico undici anni dopo da parte di Maximilien-Isidor Simon, autore dell’opera *Déontologie médicale*, pubblicata a Parigi nel 1845.

Finisce una età, quella detta della Restaurazione o del Risorgimento, che ha visto svolgersi i primi nove Congressi degli scienziati italiani, dal 1839 al 1847, nei quali il progresso delle scienze, ivi compresa la scienza medica, viene trasmesso ai medici dell’Ottocento non disgiunto da quel *vademecum* deontologico del mestiere compendiato in una sorta di breviari moraleggianti che rispondono al nome di *galatei* e che, assai più che l’etica, contemplan la sua versione riduttiva, cioè l’“etichetta”.

Ma, se in periodo preunitario si scrive e legge che “la moralità deve avere radice nel culto” e il

medico è visto gareggiare con il prete nell’aver cura l’uno del corpo e l’altro dell’anima, nel mutato clima susseguente all’unificazione politico-territoriale del paese si scrive e si legge che “i doveri del medico, ancorché molti e gravi, non si restringono al piccolo cerchio di un malato”, ma “estesi, per fermo, sono i suoi doveri verso la società”. Continua il *galateo*: “L’esercizio di nostra professione ci mette a contatto con tanti mali e tante miserie sociali, che non dovrebbe aversi cuore per rimanervi insensibile, e non desiderare un governo libero che intenda davvero a sollevarli. Il medico si aggira e vive in mezzo al popolo, è depositario di suoi dolori e di sue speranze, ed anche a non volerlo diviene democratico d’indole”.

In tale contesto socioculturale, quando - fra Ottocento e Novecento - si celebra la medicina come sintesi di “scienza e umanità”, fioriscono da un lato la Società italiana di medicina interna, fondata a Pavia nell’ottobre 1887, e dall’altro il prototipo della codificazione deontologico-medica in Italia: è questo il *Codice di etica e deontologia* dell’Ordine dei medici della provincia di Sassari, avallato dall’assemblea ordinistica del 26 marzo 1903 (e che lo scorso anno è stato opportunamente celebrato, nella cadenza centenaria, alla presenza del Ministro della Salute Girolamo Sirchia).

Nel corso del Novecento la *carta dei doveri* passa attraverso scansioni istituzionali che vedono gli ordini provinciali dei medici istituiti su scala nazionale il 10 luglio 1910 e un codice unificato abbozzato nel 1912 ed elaborato nel 1924; ma due anni dopo tutto si arena nelle secche della delegittimazione sindacalista degli Ordini e poi nella loro soppressione con decreto del 5 marzo 1935. Parallelamente il consorzio medico si esprime, nei congressi societari di medicina interna e di chirurgia, a senso e a controsenso, attraverso i suoi uomini di vertice, che rispondono ai nomi, via via, di Guido Baccelli, Edoardo Maragliano, Roberto Alessandri, Raffaele Paolucci di Valmaggiore, e di altri esponenti autorevoli, quali Eugenio Morelli e Raffaele Bastianelli.

In concomitanza con la rinascita del paese dalle macerie della guerra, ricostituiti gli Ordini dei medici in data 13 settembre 1946, la Federazione

nazionale recupera la “carta dei doveri” elaborata nel 1924 e, senza soverchia tempestività, ne affida sette anni dopo la revisione e messa a punto al clinico medico di Roma Cesare Frugoni, che è anche, da un decennio, il presidente della Società italiana di medicina interna.

Il testo della nuova “carta dei doveri” è approvato nel 1958, che è anche l’anno della istituzione, anche questa non molto tempestiva, del Ministero della Sanità. Suoi enunciati sono che il medico si ispira a “scienza e coscienza”; che “prevenzione”, “cura delle malattie”, “sollievo della sofferenza”, “difesa della vita”, “rispetto della persona” sono i suoi compiti inderogabili; che il medico “obbedisce ai principi della solidarietà umana”; che “il rapporto fra medico e malato è essenzialmente fondato sulla fiducia”; che, infine, “la tutela della salute collettiva impegna l’opera del medico come quella della salute individuale e secondo gli stessi principi morali”.

Questi, non altri, i “vecchi doveri”, fino a mezzo secolo fa.

Dell’amore, del coraggio

I “grandi” rapporti oscurano tanto facilmente i “piccoli”.

Ma senza l’umiltà e il calore che devi raggiungere nelle tue relazioni con coloro nella vita dei quali sei inserito, non puoi fare nulla per i molti. Senza queste due cose vivi in quel mondo di astrazioni dove il tuo solipsismo, la tua fame di potenza, il tuo istinto di distruzione mancano del loro unico avversario valido: l’amore. L’amore che è lo sbocco, privo di oggetto, di una forza resa libera nella sottomissione di sé ma che dovrebbe restare una forma sublime di auto-affermazione extra-umana, impotente verso quanto alberghi di negativo, quando non fosse sottoposta al giogo d’una vicinanza umana e riempita dell’autentica affettività di questa. È meglio fare di tutto cuore del bene a un essere umano che non “sacrificarsi per l’umanità”. Per chi sia maturo questa non è neppure un’alternativa, sono due aspetti della realizzazione di sé che si sostengono reciprocamente, inclusi nella stessa decisione.

Coraggio? Sul piano in cui l’unica cosa che conta è la fedeltà d’un uomo a se stesso, questa parola è priva di senso. «Era un uomo coraggioso? No, ma coerente».

Non guardarti indietro. Non sognare il futuro: esso non ti ridarà il passato né soddisferà altri sogni di felicità. Il tuo dovere e il tuo compenso - il tuo destino - è *qui e ora*.

Non hai fatto abbastanza, non hai mai fatto abbastanza finché resta la possibilità che qualcosa di te acquisti valore.

Questa è la risposta per quando gemi sotto il peso di quanto consideri un fardello e un rischio protratto ad infinitum.

DAG HAMMARSKJÖLD
(da *Linea della vita*, Rizzoli Editore, Milano 1967)



Medici, malati e infermieri in una antica stampa (*civiche raccolte A. Bertarelli del Castello Sforzesco di Milano - g.c.*)

Cellule staminali somatiche nella terapia delle malattie neurodegenerative

NEREO BRESOLIN, STEFANIA CORTI

Il trapianto di cellule staminali potrebbe costituire una prospettiva terapeutica per numerose patologie neurodegenerative e neuromuscolari al momento incurabili, che sono dovute ad eventi spesso geneticamente determinati. Tale ipotesi si basa sulla loro capacità di costituire nuovo tessuto che potrebbe sostituire quello danneggiato dalla malattia o di fornire un supporto trofico alle cellule affette.

Le cellule staminali potrebbero rappresentare una sorgente cellulare per il morbo di Parkinson, i traumi del midollo spinale, la sclerosi laterale amiotrofica e per le distrofie muscolari, malattie per le quali attualmente non è disponibile nessuna cura.

La “cellula staminale” è una cellula che ha due caratteristiche: 1 - la capacità di auto-rinnovamento cioè di riprodursi a lungo uguale a se stessa; e 2 - la capacità di dare origine a cellule differenziate (cellule ematiche, nervose, muscolari etc.).

Attualmente esistono due possibili sorgenti di cellule staminali: le cellule staminali embrionali e le cellule staminali dell’adulto.

Le cellule staminali embrionali sono presenti nei primi giorni di sviluppo e sono cellule pluripotenti: possono dare origine cioè a tutti i tessuti. Esistono anche cellule staminali in diversi tessuti dell’organismo adulto che garantiscono possibilità di rigenerazione e mantenimento dei tessuti stessi. Ad esempio nel caso del sangue le cellule staminali ematiche si replicano e differenziano dando origine a globuli rossi, globuli bianchi e piastrine durante tutto il corso della vita, così come le cellule staminali della pelle danno origine ai diversi strati della cute e ne permettono la rigenerazione periodica. In passato si riteneva che queste cellule fossero in grado di dare origine solo alle cellule del tessuto in cui risiedevano. Recenti studi condotti sia in vitro che su animali da laboratorio hanno dimostrato invece che queste

cellule possiedono una certa “plasticità” e possono essere riprogrammate a dare origine a diversi tessuti. Ad esempio cellule staminali emopoietiche di derivazione dal midollo osseo possono dare origine a osso, cartilagine, a cellule muscolari sia scheletriche che cardiache, e anche a cellule nervose.

La pluripotenzialità delle cellule staminali somatiche è oggetto di intenso studio, spesso con risultati controversi rispetto alla reale capacità di acquisire completamente fenotipi molto complessi come quelli neuronali. Tuttavia se appare necessaria una certa cautela nel supporre che qualsiasi cellula progenitrice possa trasformarsi in qualsiasi tessuto diverso da quello di origine, si vanno delineando evidenze sperimentali dell’esistenza nei tessuti dell’adulto di sottopopolazioni, verosimilmente rare, che possiedono caratteristiche di pluripotenzialità simili a quelle embrionali.

A tale proposito è evidente la necessità di approfondire la caratterizzazione di tali pool cellulari rispetto a cellule già più differenziate, sviluppando tecniche adeguate per l’isolamento, l’espansione in vitro che garantisca il mantenimento delle caratteristiche staminali, nonché metodiche adeguate di trapianto in vivo.

E’ inoltre essenziale valutare lo specifico potenziale rigenerativo delle cellule staminali somatiche, anche al fine di validare l’ipotesi dell’utilizzo delle cellule staminali somatiche per la genesi di nuovi neuroni o di cellule muscolari. In tale direzione si muovono i filoni di ricerca relativi allo studio dei meccanismi di rigenerazione tissutale, come si è in parte fatto per il muscolo scheletrico a partire dalle cellule staminali che ivi risiedono e che fisiologicamente sono deputate a questa funzione.

Il nostro gruppo di ricerca ha concentrato la sua attenzione sull’isolamento ed espansione in vitro delle cellule staminali dell’adulto, in particolare

di derivazione muscolare, nell'ottica di utilizzare queste cellule come terapia per la distrofia muscolare di Duchenne. Questa malattia è dovuta ad un difetto nel gene sul cromosoma X che codifica la distrofina, una proteina della membrana muscolare, ed è caratterizzata da una degenerazione del tessuto muscolare scheletrico e dalla sua sostituzione con tessuto fibroso e adiposo. Questo si traduce a livello clinico in un progressivo deficit di forza muscolare e purtroppo nella morte del paziente in giovane età.

In passato sono stati condotti studi tramite trapianto di cellule satelliti in vivo su modelli animali e in misura limitata anche sull'uomo. Le cellule satelliti muscolari sono i progenitori muscolari che risiedono tra la fibra muscolare e la lamina basale. Tali studi hanno avuto esiti limitati. Le ragioni di tale insuccesso sono molteplici ed includono la limitata sopravvivenza delle cellule, la mancata diffusione nel tessuto, la risposta immunitaria, oltre alla necessità di dover trattare tutti i muscoli dell'organismo con iniezioni dirette.

Una possibile soluzione dei problemi osservati in questi primi studi può essere fornita da una migliore comprensione dei processi biologici alla base della rigenerazione muscolare e in particolare dall'osservazione che probabilmente esiste un pool eterogeneo di cellule staminali e precursori all'interno del muscolo.

Nel nostro laboratorio abbiamo eseguito studi su modelli murini che ci hanno condotto all'identificazione di sottofrazioni staminali muscolari in grado di contribuire alla rigenerazione del tessuto muscolare e al ripristino dell'espressione della distrofina. Attraverso una selezione basata sulle caratteristiche di adesione, abbiamo isolato una popolazione cellulare ad alta capacità proliferativa, positiva per marker ematopoietici (CD34+Sca1+).

Tali cellule sono in grado di raggiungere i tessuti muscolari attraverso la circolazione ematica permettendo una somministrazione sistemica. Dato che l'iniezione intravenosa comporta una dispersione delle cellule nel letto vascolare di diversi organi tra cui fegato e polmoni, abbiamo messo a punto in modelli murini una metodica di distribuzione elettiva nei muscoli mediante iniezione intrarteriosa.

La frazione cellulare Sca1+CD34+ iniettata per via intrarteriosa in topi mdx, modello murino della distrofia muscolare di Duchenne, è stata in grado di migrare nel tessuto muscolare e di contribuire alla formazione di nuove fibre e alla ri-espressione di distrofina come dimostrato dalle metodiche di immunistochemical e di biologia molecolare.

Dati questi promettenti risultati stiamo proseguendo gli studi di isolamento, espansione e caratterizzazione di cellule staminali di derivazione muscolare dall'uomo.

Bibliografia:

- Cossu, G., and Bianco, P. (2003). *Mesoangioblasts - vascular progenitors for extravascular mesodermal tissues*. *Curr Opin Genet Dev* 13, 537-542.
- Daley, G. Q., Goodell, M. A., and Snyder, E. Y. (2003). *Realistic prospects for stem cell therapeutics*. *Hematology (Am Soc Hematol Educ Program)*, 398-418.
- Prockop, D. J., Gregory, C. A., and Spees, J. L. (2003). *One strategy for cell and gene therapy: Harnessing the power of adult stem cells to repair tissues*. *Proc Natl Acad Sci U S A* 100 Suppl 1, 11917-11923.
- Sampaolesi M, Torrente Y, Innocenzi A, Tonlorenzi R, D'Antona G, Pellegrino MA, Barresi R, Bresolin N, De Angelis MG, Campbell KP, Bottinelli R, Cossu G. (2003) *Cell therapy of alpha-sarcoglycan null dystrophic mice through intra-arterial delivery of mesoangioblasts*. *Science*. 301(5632), 487-92. Epub 2003 Jul 10.
- Torrente Y, Tremblay JP, Pisati F, Belicchi M, Rossi B, Sironi M, Fortunato F, El Fahime M, D'Angelo MG, Caron NJ, Constantin G, Paulin D, Scarlato G, Bresolin N. (2001). *Intraarterial injection of muscle-derived CD34(+)/Sca-1(+)/stem cells restores dystrophin in mdx mice*. *J Cell Biol*. 152(2), 335-48.
- Torrente Y, Camirand G, Pisati F, Belicchi M, Rossi B, Colombo F, El Fahime M, Caron NJ, Issekutz AC, Constantin G, Tremblay JP, Bresolin N. (2003). *Identification of a putative pathway for the muscle homing of stem cells in a muscular dystrophy model*. *J Cell Biol*. 162(3), 511-20. Epub 2003 Jul 28.

*La medicina e il suo doppio: le ragioni culturali e sanitarie del successo delle medicine alternative**

VITTORIO A. SIRONI

Perché le cosiddette *medicine alternative* hanno oggi così successo? A quali esigenze culturali, a quali bisogni sanitari esse sanno dare risposta? Come mai sempre più spesso viene meno la fiducia in quella *medicina ufficiale* che nel mondo occidentale dovrebbe essere *la medicina* senza altre qualificazioni? Perché oggi dunque una moltitudine crescente di malati preferisce rivolgersi alle *medicine non convenzionali*, talvolta poco conosciute o addirittura ignote, piuttosto che utilizzare gli strumenti terapeutici e i rimedi della medicina convenzionale (o ufficiale che dir si voglia)? A quale necessità queste medicine sembrano dare una risposta più efficiente rispetto alla medicina scientifica convenzionale?

Recentemente il dibattito intorno a queste pratiche si è fatto ancor più vivace dopo la proposta, avanzata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), di regolamentare per legge alcune di queste medicine non convenzionali ritenute “rilevanti dal punto di vista sanitario e sociale in Italia”, limitando ai soli laureati in medicina il diritto di utilizzarle nell’attività clinica. Le pratiche mediche non convenzionali inserite in quest’elenco sono nove e precisamente *fitoterapia*, *osteopatia*, *chiropratica*, *omeopatia*, *omotossicologia*, *medicina antroposofica*, *medicina tradizionale cinese*, *agopuntura*, *medicina ayurvedica*.

Senza entrare nel merito di questa proposta e della validità medica e scientifica di ciascuna di queste “medicine”, cerchiamo di comprendere i motivi del successo delle pratiche eterodosse attraverso una duplice chiave di lettura: storica e ideologica.

Nei confronti delle medicine alternative e delle pratiche mediche non convenzionali vi è sovente, anche in ambito medico, un atteggiamento ambivalente: da un lato si assume un atteggiamento di rifiuto aprioristico, pregiudiziale, non aperto al confronto; dall’altro vi è

* Relazione presentata alla tavola rotonda *La medicina e il suo doppio*, Torino 26 novembre 2002.

un’accezione acritica, quasi fideistica di queste pratiche. Entrambi sono atteggiamenti errati, dettati da un’arroganza culturale che mal si concilia con l’esigenza di chi aspira ad avvicinarsi il più possibile alla comprensione del vero.

Analizziamo dunque la *prospettiva storica* entro la quale si collocano le principali pratiche mediche alternative e a quale *dimensione ideologica* della nostra società forniscono una risposta.

La *fitoterapia*, che propone l’uso di rimedi di origine vegetale per la cura delle malattie o l’assunzione di particolari erbe – nel cibo o come bevande – per prevenire le manifestazioni patologiche –, è una pratica antica, empiricamente usata sin dai tempi preistorici, organizzata in un sapere scientifico via via crescente dai Greci, dai Romani e dagli Arabi e che proprio in Italia, tra il 1200 e il 1700, ebbe il suo massimo sviluppo, testimoniato dal sorgere degli orti dei semplici nei conventi prima e dagli orti botanici delle università poi, tramandato attraverso erbari abbondantemente allestiti e codici miniati riccamente illustrati.

Prima dei farmaci chimici di sintesi prodotti dall’industria farmaceutica, quelli che noi oggi conosciamo e usiamo, che sorgono nella seconda metà dell’Ottocento, quasi tutti i rimedi preparati dallo speziale nella sua bottega (tranne pochissimi di origine minerale o animale) erano tratti dalle piante medicinali. E’ dunque una pratica ben radicata nella nostra cultura occidentale.

Ugualmente radicate nella cultura occidentale, anche se storicamente hanno origini più recenti, sono l’*osteopatia*, fondata nel 1874 dallo statunitense Andrew Taylor Still (1828-1917) e la *chiropratica*, ideata nel 1895 da un allievo di Still, David Daniel Palmer (1845-1913), tecniche entrambe che si avvalgono di manipolazioni dell’apparato muscolo-scheletrico: manipolazioni leggere (frizioni, pressioni, stiramenti lungo le fasce muscolari e le articolazioni) per l’osteopatia, secondo la quale il mancato allineamento funzionale di

muscoli e articolazioni agisce negativamente sulla circolazione e sul sistema nervoso provocando appunto la malattia; manipolazioni vertebrali più decise per la chiropratica, secondo la quale è invece un imperfetto allineamento e funzionamento delle vertebre la causa principale di una serie di disturbi anche non connessi direttamente, apparentemente, con i soli dolori ossei e articolari.

Queste sono dunque medicine alternative occidentali che interpretano il bisogno, oggi così sentito, di ritorno alla natura (*paradigma ecologico*), alla sua presunta perfezione ed efficacia, alla sua intrinseca capacità di risanare (*vix medicatrix naturae*). E' un'esigenza ricorrente, che si avverte maggiormente in un mondo che appare sempre più industrializzato e apparentemente poco attento alla natura, un'esigenza che parte dal mito del "buon selvaggio" di Jean Jacques Rousseau (1712-1778) e arriva al radicalismo ecologista dei nostri giorni. In ambito farmacologico questo si può riassumere con l'affermazione che "Tutto ciò che è naturale è buono – oltre che bello – e non fa male, tutto ciò che è artificiale – fatto dalle mani dell'uomo – è brutto e pericoloso". Quanto questo sia un concetto non esatto è dimostrato dal fatto che i più potenti veleni non sono quelli costruiti in laboratorio, ma quelli presenti in natura.

L'omeopatia, fondata tra la fine del Settecento e i primi dell'Ottocento da Samuel Hahnemann (1755-1843), nasce come aperta reazione verso la medicina del tempo e ancor oggi è una delle pratiche terapeutiche alternative più diffuse. Prende avvio in un contesto medico caratterizzato dall'assenza, in ambito terapeutico, di terapie efficaci. Pochi decenni prima dell'anno in cui Hahnemann pubblica l'articolo a cui si fa risalire la nascita dell'omeopatia (1796), Antonio Vallisnieri (1662-1730), professore di medicina pratica e teorica a Padova, è costretto ad ammettere: "Non abbiamo rimedi". Questa pratica nasce in un periodo storico e ideologico (quello dell'illuminismo e della rivoluzione francese) di contestazione radicale nei confronti del passato e del presente, con un'ansia di rinnovamento che investe la società, la cultura e anche ovviamente la medicina.

Così come Paracelso (1493-1541) due secoli prima aveva contestato la cultura medica del suo tempo – che considerava libesca perché basata solo sullo studio dei testi classici di Ippocrate, di Galeno, di Averroè e non

sulla pratica osservazione del malato – e aveva ribaltato il principio *contraria contrariis curantur* (i mali si curano con i loro opposti), caratteristico della *medicina allopatrica* tipica della concezione umorale classica, anche Hahnemann sostiene con forza che il principio che deve sostenere la *medicina omeopatica* non può che essere *similia similibus curantur* (i simili curano i simili).

Ciò è da intendere sia in senso farmacologico (teoria delle diluizioni: una quantità estremamente diluita della stessa sostanza che dà origine alla malattia può portare alla guarigione) sia soprattutto in senso antropologico (l'uomo deve curare l'uomo, suo simile: il medico deve essere attento al malato come persona e non deve badare solo alla malattia). Il malato è un *unicum* che deve essere considerato tale come persona, ma per il quale vale anche la possibilità di realizzare un rimedio solo a lui adatto (come un abito su misura). Analoga preoccupazione vale anche per l'*omotossicologia*, che si può considerare un'evoluzione moderna dell'omeopatia. Essa nasce nel 1952 ad opera del medico berlinese Hans Heinrich Reckeweg (1905-1985) come tentativo di sintesi tra la concezione omeopatica classica e la medicina tradizionale. Insieme ai farmaci omeopatici, basati sul principio della diluizione dei principi attivi, utilizza anche farmaci tradizionali a basse dosi, per favorire la fuoriuscita dall'organismo malato delle tossine cattive (omotossine) senza peraltro abolire solo i sintomi che sono invece le spie della malattia e che come tali non vanno sopresse.

La *medicina antroposofica*, fondata dal filosofo austriaco Rudolf Steiner (1861-1925), parte dal presupposto che l'uomo non è solo materia (corpo fisico), ma anche energia (mente) e spirito (anima). Se tra questi elementi non vi è armonia si scatenano le malattie, che non possono solo essere curate con farmaci (anche se naturali), ma richiedono anche l'uso di attività ricreative e rigeneranti, in grado di riunire corpo e spirito: danza, musica, pittura e così via.

Queste sono medicine occidentali che interpretano il bisogno di porre (o di riproporre) al centro della loro azione l'uomo inteso nella sua unitarietà corpo-mente (*paradigma antropologico*). Il principio *similia similibus curantur* è l'espressione terapeutica fondamentale di queste medicine.

La *medicina tradizionale cinese*, che ha origini anti-

chissime e tradizione millenaria, basata sul principio dello Yin e dello Yang, è costituita dall'insieme di alcune pratiche (tra le quali l'*agopuntura*, la maxibustione, l'auricoloterapia, l'agopressione e la digitopressione, lo shiatsu) che hanno lo scopo di riportare equilibrio tra le energie dell'organismo al fine di riportarlo in salute. Ha incominciato a diffondersi in occidente nel secondo dopoguerra, principalmente in Francia, anche se essa è nota in Europa sin dal Seicento.

La *medicina ayurvedica* (da ayu=vita e veda=conoscenza: da qui la definizione "scienza della vita"), è una millenaria medicina tradizionale dell'India, che si è però diffusa in occidente solo in tempi molto recenti (anni Ottanta), a differenza dello yoga, conosciuto e praticato già nell'Ottocento.

Essa presenta molte analogie con la medicina umorale ippocratico-galenica: l'equilibrio tra i 5 elementi che costituiscono l'organismo (fuoco, acqua, aria, terra ed etere) e i 3 sistemi che presiedono al movimento (*vata*, l'energia; *pitta*, il calore e *kapha*, la struttura), mantiene la salute o, viceversa, lo squilibrio scatena la malattia. Fondamenti terapeutici principali di questa medicina sono la dietetica e la meditazione.

Si tratta di medicine orientali importate (si può parlare di innesto culturale) che rispondono ai bisogni delle attuali società multietniche di interazione ideologica e di interscambi economici e culturali legati alla globalizzazione (*paradigma multiculturale*).

Arrivati a questo punto, analizzate sia pure in sintesi, le radici storiche e le motivazioni ideologiche a cui le medicine alternative sembrano fornire una risposta, resta ancora da rispondere alla domanda: perché queste medicine hanno così successo nei confronti della nostra medicina ufficiale ?

La medicina oggi sta vivendo una grande crisi: non parlo del problema economico di far quadrare i bilanci sanitari che per i nostri politici sembra essere il principale problema della medicina. Essa è fortemente contestata. Il malato si sente spesso tradito: mai abbiamo avuto una medicina così efficiente, così capace di intervenire con successo sulle malattie cardiovascolari, sui traumi, anche sui tumori. Ma questa medicina così efficiente, così altamente *tecnologica* che ci fa vedere con Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Risonanza Magnetica Nucleare (NMR) il nostro corpo in vivo, che trapianta cuori, reni e fegati, sembra occuparsi più della malattia che del malato. Questa medicina è

molto *tecnologica* ma poco *antropologica*. Non sa più occuparsi del malato come persona.

L'*attenzione alla totalità della persona* è un elemento comune a tutte queste pratiche. Ciò spiega buona parte del loro successo.

Occorre inoltre tenere presente che la società di oggi sperimenta in modo sempre maggiore, talvolta anche drammatico, la presenza di identità culturali diverse, di persone che parlano una lingua diversa, che praticano una religione diversa, che hanno una cultura diversa, che hanno abitudini di vita e sanitarie diverse, che utilizzano anche un medicina diversa (che vogliono continuare ad utilizzare). Tutto questo ci sollecita e ci interroga. Possiamo accettare, integrare queste persone, queste culture, queste medicine (che suscitano in noi interesse e curiosità). Oppure all'opposto possiamo rifiutarle drasticamente e duramente. Non possiamo però, in qualunque modo, evitare questo *confronto multiculturale e multi-etnico*.

La nostra medicina ha un suo doppio, dunque? Può essere anche solo un suo riflesso, ma come Alice nel paese delle meraviglie, siamo curiosi e dobbiamo scoprire cosa o chi sta dall'altro lato dello specchio: potrebbe essere un buon motivo per riflettere sulla nostra identità medica, sanitaria, culturale. Infine non dimentichiamo che se dall'altra parte dello specchio vi è qualcuno che ha abitudini e tradizioni diverse dalle nostre, per lui, la "medicina alternativa" è proprio la nostra.

<p>MEDICINE CHE RISPONDONO AL PARADIGMA ECOLOGICO (dal mito del "buon selvaggio" all'ecologismo)</p> <p>Fitoterapia Osteopatia Chiropratica</p>
<p>MEDICINE CHE RISPONDONO AL PARADIGMA ANTROPOLOGICO (unità di corpo e mente: <i>similia similibus curantur</i>)</p> <p>Omeopatia Omotossicologia Medicina antroposofica</p>
<p>MEDICINE CHE RISPONDONO AL PARADIGMA MULTICULTURALE (globalizzazione e società multi-etnica)</p> <p>Medicina tradizionale cinese Agopuntura Medicina ayurvedica</p>

Le medicine non convenzionali rilevanti dal punto di vista sanitario e sociale in Italia raggruppate secondo i paradigmi culturali a cui rispondono

Genesi di un corso sull'equilibrio professionale

CRISTINA STRATA*, MARCO SEGALA**

“Umanesimo postmoderno e pratica medica” è il titolo del convegno organizzato dall’Ospedale Maggiore di Milano nel febbraio del 2003 con lo scopo di indagare attraverso un’analisi storico filosofica le ragioni della crisi della medicina occidentale e avanzare proposte per la rinascita di una medicina sostenibile e dal volto umano. Nella fase preparatoria dell’incontro, i medici responsabili Ferruccio Bonino e Beppe Rocca sono attratti da un libro: *Stile Giappone* di Gian Carlo Calza che contiene spunti interessanti sul tema dell’evento. Ne segue la decisione di invitare l’autore a partecipare al convegno con l’intervento “Le pratiche umane come forma d’arte e il messaggio dell’Asia”. Da qui nasce l’idea di porre al centro di un percorso formativo il tema dell’equilibrio: nelle pagine che seguono sono raccontate la genesi e la strutturazione del corso “Cura di sé ed equilibrio professionale” tenutosi nell’ottobre del 2003 e che sarà replicato quest’anno.

“In Oriente – non si potrà mai sottolineare abbastanza – il corpo è considerato diretta manifestazione della coscienza, capace di trasmettere la condizione interiore, spesso in modo ben più penetrante della parola. Nella cerimonia del tè ogni momento è quindi controllatissimo. Ma non si tratta di una parte da recitare per un pubblico che osserva, né di una semplice forma gestuale in quanto il gesto stesso esprime un preciso valore spirituale. Il rito del tè è infatti il simbolo, e insieme il mezzo, dell’uomo che risale dal frenetico agitarsi per la sopravvivenza alla consapevolezza che ogni azione esprime se stesso, testimoniando l’avvicinarsi al proprio mondo ideale o, di converso, la regressione allo stato del bruto.

Si tratta di una dimensione dell’essere simile a quella ricreata nelle società primitive che, per diffe-

renziarsi dalla realtà fenomenica che rischia costantemente di inghiottire quella umana, si affidano alla *mana*, al *totem*, all’*atai*, ai riti della caccia, della raccolta e consacrazione del cibo. La civiltà dei consumi ha cancellato la percezione del rischio di perdere questo stato di vigilanza, sostituendolo con la garanzia dello sviluppo materiale e tecnologico, con il risultato di rendere questo rischio ancora più subdolo e velenoso. Tecnologia e meccanizzazione non possono però supplire la crescita personale.”

Queste parole, contenute nel libro citato, hanno forse dato alla Direzione Scientifica dell’Ospedale Maggiore di Milano, se non una risposta, l’indicazione di una possibile “via” nell’ambito della formazione.

Una via per chi, e verso quale meta?

Molti operatori nel campo della salute sono consapevoli del rischio connesso al rapporto quotidiano con la sofferenza e la morte, rapporto sempre più mediato e controllato dalla tecnologia, spersonalizzato e incentrato su protocolli rigidamente formalizzati che tendono ad azzerrare – o comunque a ignorare – il valore della partecipazione e dell’empatia a favore dell’efficienza e dell’efficacia.

Il rischio della esasperata tecnologizzazione è che non solo l’altro, il paziente, viene percepito come un oggetto – un corpo – ma anche il soggetto, medico o infermiere, tende a ridursi a un meccanismo che eroga funzioni.

Naturalmente non si tratta di mettere in dubbio il valore delle conquiste scientifiche e tecnologiche in campo medico e in generale nella nostra vita attuale. Piuttosto la domanda è: come convivere con la tecnologia senza perdere umanità? Come mantenere la consapevolezza di essere noi gli artefici della tecnica, senza lasciarsene completamente determinare? Johan Huizinga scriveva anni fa: “Una barbarie perfezionata dalla tecnica non potrà che essere più forte e tirannica”.

* Cristina Strata: dirigente Centro Coscienza, Milano

** Marco Segala: Direzione Scientifica Ospedale Maggiore, Milano

Nella realtà, in corsia, i malati sono individui concreti, non semplici organismi: individui non riducibili alla loro lesione, dotati di una storia e di un'esperienza umana individuale che non coincide con l'immagine virtuale sempre più perfettamente definita dei loro organi interni.

E gli infermieri come possono sopravvivere alla ripetitività di gesti rigidamente programmati, tecnicamente complessi, nei quali non sembra ci sia possibilità di riconoscere ed esprimere di sé altro che l'abilità manuale e la competenza tecnica?

C'è un disagio profondo nei luoghi della cura: una sorta di contraddizione per cui proprio dove sono in gioco le parti emotive più profonde e fragili degli uomini – la paura, il dolore, la sofferenza fisica, il male – e dove quindi sono importanti i sentimenti della presenza, della vicinanza, dell'empatia, la capacità di percepire sé e l'altro nella propria concretezza umana è anestetizzata dall'urgenza di rispettare procedure e protocolli che la scienza ritiene efficaci.

Sono gli infermieri a sperimentare più duramente questa contraddizione, perché quotidianamente in contatto con le richieste e le aspettative anche emozionali del paziente vero, proprio quello che è lì, sdraiato in quel letto, che piange con la moglie o si arrabbia perché il figlio non gli ha portato qualcosa che gli occorre, che si strappa dal braccio quel sofisticatissimo ago che l'infermiere gli ha infilato in vena con tanta perizia...

Si chiede all'infermiere competenza tecnica, e gliela si fornisce, ma non si considera la complessità della sua esperienza quotidiana e ci si affida totalmente alla sua sensibilità, alla sua umanità, maturate altrove, senza considerare il fatto che l'exasperata tecnologizzazione fondata sulla ripetitività meccanica può portare alla perdita della capacità di fare esperienza, cioè di essere presenti con tutti se stessi in ciò che si fa, negli atti che si compiono, di incanalare positivamente le proprie emozioni di fronte alla sofferenza altrui, con un progressivo svuotamento di senso dell'agire e il sentimento di una dolorosa scissione interiore, che può giungere a livelli quasi patologici.

Allora, ci si domandava, per chi e in quale direzione possono aver senso le parole di *Stile Giappone* sopra riportate?

Parlano di una cultura che da secoli coltiva l'importanza del gesto in quanto tale: nel gesto compiuto in unità e presenza di tutto se stesso - e non importa quanto umile sia l'azione: pensiamo ai monaci giardinieri zen - l'uomo può esprimere pienamente la propria originalità e interiorità.

Il convegno "Umanesimo postmoderno e pratica medica", del febbraio 2003, si fermava particolarmente sul come ricondurre la medicina nell'ambito delle pratiche umane, di una relazione cioè tra esseri umani, proprio nel momento in cui l'ottimismo tecnologico va nella direzione di una quasi totale automazione il cui presupposto è quello di ridurre al minimo il peso del "fattore umano".

Durante il convegno è stato proiettato un inquietante filmato, avveniristico ma non troppo: un paziente, ma dovremmo dire un manichino, viene sospinto da *tapis roulant* in una sala operatoria totalmente priva di presenze umane, per essere operato da robot sofisticati.

Si capisce come tali immagini possano indurre medici e infermieri a porsi la radicale domanda su che senso ha o avrà la loro scelta professionale: stanno forse diventando superflui?

Concluso il convegno, riflettendo sui temi trattati, Gian Carlo Calza che vi era stato invitato, ha parlato dell'associazione culturale milanese nell'ambito della quale egli fa ricerca da anni, e alla quale ha rivolto un esplicito ringraziamento in *Stile Giappone*: "Molte delle intuizioni più profonde e personalmente coinvolgenti che ho potuto raggiungere ed esprimere le devo alla lunga frequentazione di quell'ambiente culturale e sociale e agli stimoli ricevute".

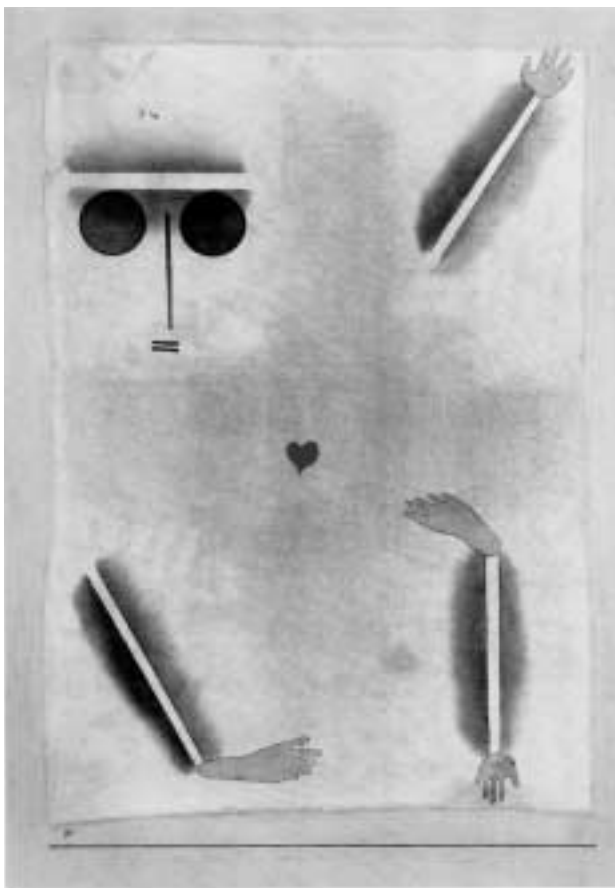
Il Centro Coscienza da più di sessant'anni propone corsi e sperimentazioni fondati sull'intuizione che la cultura non è semplice produzione di saperi, ma è un'incessante e sempre rinnovata produzione di senso e valore della vita umana, un'attività, quindi, rivivibile da ciascuno, indipendentemente dalla preparazione di base. Attraverso la mediazione della cultura così intesa, è possibile affinare sensibilità e percezioni in grado di arricchire i rapporti con gli altri singoli e la società, dare realtà ed espressione alla propria originale interiorità, attraverso cui attribuire senso a sé e al mondo.

"Allora non si tratta tanto di trovare un senso, una bellezza nel lavoro che si fa - come ricordato dal

Calza - ma di immetterveli. Il che non si può fare se non si possiede tale capacità, come gli artisti. Così il primo obiettivo per l'uomo che non vuole soccombere alla fredda lama della tecnologia esasperata e fuori controllo è quello di esercitarsi in tale sviluppo".

Molto rapidamente è nata l'idea di utilizzare questa lunga tradizione, che ha dato luogo a percorsi formativi precisi, per un corso dedicato agli infermieri. In particolare si sono scelte attività che hanno a che vedere con la percezione di sé, dell'altro e dello spazio: la scuola d'arte, la scuola d'ambientazione, la sperimentazione corporea.

Perché l'arte? Attraverso l'incontro con l'opera pittorica si possono sviluppare o far rinascere facoltà umane assopite. Si può prendere atto di quanto



Paul Klee (1879-1940): *Ha testa, mano, piede e cuore*, 1930, Düsseldorf. L'opera qui riprodotta è stata scelta per l'invito-programma del Corso "Cura di sé ed equilibrio professionale", perché ricca di potere evocativo di tutte le parti, le dimensioni dell'uomo che hanno un ruolo nelle pratiche umane e nel rapporto con gli altri.

comunemente tratteniamo di ciò che i nostri occhi vedono, al fine di risvegliare l'attenzione; si può allenare la capacità di sentire, anche attraverso le nostre reazioni fisiche, le emozioni prodotte dall'immagine; prendere coscienza che ognuno di noi possiede una mente immaginativa (un pensiero "visuale") capace di intuire per via diretta i contenuti dell'immagine e parimenti di obiettivare, attraverso il linguaggio delle forme e dei colori, il significato di un'esperienza vissuta per comunicarla ad altri.

Il contenuto dell'opera d'arte rappresenta il momento estetico dell'esperienza umana, momento in cui si supera il senso di separazione dell'io con il mondo, si ricompongono i drammi della vita, si dà ordine e forma al caos delle emozioni e delle energie vitali, si dà una direzione alla vita istintiva e soggettiva che trascina nel circolo dei bisogni immediati.

Il corpo è elemento primario di relazione ed espressione e nella quotidianità dello spazio e del tempo assume un'identità esteriore adattabile alla velocità della vita nel lavoro, nelle relazioni con l'altro. Assume posture innaturali, tensioni, crea difese che limitano lo spazio e il tempo dell'individuo. A ciò si aggiunge la sempre maggiore conoscenza e specializzazione del proprio lavoro e le dinamiche di mercato relazionale che favoriscono la nascita di strutture e sovrastrutture inibitrici della naturale espressione del corpo. Il corpo diventa un involucro. Fondamentale è il recupero della naturalità del proprio gesto, del movimento: la coscienza del corpo. L'ascolto del corpo implica una maggiore sensibilità, una sensibilità tattile nei confronti di sé e dell'altro. Il rispetto dell'uomo nei confronti dell'uomo partendo dal respiro, dalla pelle, dal gesto, dallo sguardo in relazione alla mente, all'anima implica una naturale e umana relazione.

Lo spazio in cui ci muoviamo, anche se non ne siamo consapevoli, esercita una forte influenza su di noi. Per questo è importante curarlo, improntandolo il più possibile delle nostre emozioni e dei nostri sentimenti. Ciò si può fare in forme diverse, con fiori, pannelli e immagini, allo scopo di mantenere viva negli spazi di vita quotidiana e di lavoro una realtà simbolica in grado di sostenere e qualificare le azioni e i rapporti che vi si svolgono. Le attività sperimentate attraverso esercitazioni

pratiche portano a un graduale arricchimento o mutamento nella percezione della realtà propria, altrui e del mondo: l'interiorità si ricongiunge al gesto e l'unità sempre minacciata del sé può ricostituirsi.

I tre momenti di lavoro sono stati strutturati in un corso di trenta ore suddivise in nove incontri di più di tre ore ciascuno. Ciò ha forse reso difficile la partecipazione di un gruppo numeroso, a causa dei turni di lavoro, e per questo le prossime edizioni saranno strutturate diversamente, ma non sembra aver influito sulla qualità dell'esperienza compiuta da quanti vi hanno partecipato, come dimostrano queste loro testimonianze:

“Attraverso il rapporto partecipativo con l'arte e la natura si apprende un modo di osservare non più banale o superficiale, ma profondo e completo. Con la sperimentazione corporea ho verificato la difficoltà tattile “dell'abbandonarsi all'altro” percependo la profondità del suo essere anche attraverso la sua esteriorità e la sintonia con lui. Mediante la cura dell'ambiente ho appreso i rudimenti per l'osservazione dello spazio circostante e la sua razionalizzazione e personalizzazione.

L'esperienza vissuta e i punti di vista appresi nelle sessioni separate a mio giudizio non sono separabili, ma formano un tutt'uno che, guidando nella conoscenza della propria interiorità, consente di scoprire e apprezzare la diversità di chi ci circonda, considerandola non come un limite bensì come una peculiarità da rispettare e dalla quale trarre stimoli di arricchimento. È intuibile quanto la comprensione dell'altro sia importante per un professionista che opera nel campo della salute”.

“L'esperienza vissuta è stata splendida e intensa. La strutturazione del corso mi ha permesso di entrare in contatto con ciò che è altro da me (per esempio un'opera d'arte), sentire ciò che mi suscita e dividerlo; di ascoltare il mio corpo attraverso il respiro, osservare e ascoltare il corpo dell'altro per sviluppare una cura che rispetti la sua totalità, le sue dimensioni, le possibilità di movimento, i suoi ritmi; di vedere, partendo dall'attenzione allo spazio in cui viviamo, come con piccoli aggiustamenti possiamo rendere più armonico e accogliente l'habitat.

In merito alla professione, ritengo importante per

tutti gli operatori sanitari almeno un approccio con questi aspetti, proprio perché si è quotidianamente a contatto con persone che si affidano alle nostre cure per ritrovare un nuovo equilibrio di salute. È essenziale prendere coscienza del ruolo che giochiamo a seconda del grado di consapevolezza che abbiamo raggiunto in merito alla relazione con noi stessi, con l'altro, con lo spazio. Siamo tutti strettamente correlati e se in prima persona viviamo l'armonia la possiamo diffondere anche intorno a noi, influire su persone e ambiente. Mi auguro che questa esperienza possa essere vissuta da tutti coloro che sentono importante “formarsi” e affinare aspetti e contenuti che incidono nella persona. Grazie”.

“... Al suo posto la luce”

LUIGI OFFEDDU

“A smiert? Gdie anà?”. “E la morte? Dov’è?”. Così grida il protagonista di uno dei capolavori di Lev N. Tolstoj. Per poi scoprire, al culmine dell’agonia, che “non c’era alcuna morte. Al suo posto, la luce”. E gridare ancora, con l’ultimo respiro: “Kakaia radost!”, “Che gioia!”.

Tolstoj scrisse questo racconto, “La morte di Ivan Il’ic”, fra il 1884 e il 1886, quando aveva quasi sessant’anni e già da decenni il tema della fine dell’esistenza andava plasmando tutta la sua opera. Lo scrisse con la penna del poeta, del filosofo e del mistico: non del medico, poiché medico non era. Ma il testo ha la precisione di un rapporto clinico: dal primo dolore addominale, scambiato per l’effetto di una caduta sul fianco, al diffondersi delle metastasi al rene e ad altri organi. Dal progredire delle sofferenze, non vinte dall’oppio, all’alternarsi degli stati psicologici: negazione della diagnosi (“non può essere successo proprio a me”); ribellione (“non è giusto”); compromesso o trattativa con se stesso, i medici, Dio (“se mi salvo, se vivo ancora un poco, cambierò questo e quello”); depressione (“inutile, ormai è finita”); accettazione (“ora mi riposerò”). Tolstoj scrive cent’anni prima di Elizabeth Kubler-Ross, la studiosa che un giorno avrebbe identificato queste cinque fasi psicologiche nel suo “La morte e il morire”; ma ritrae, con parole diverse, l’identico processo. Il protagonista del racconto, appunto Ivan Il’ic, è un mediocre impiegato, la tipica larva della burocrazia zarista che solo alla fine scopre di aver buttato via la vita all’inseguimento di uno scatto in carriera o di un salotto alla moda: senza aver

mai capito né cercato il perché del suo stare al mondo.

La malattia tormenta il corpo, “ma peggiori di quelle fisiche erano le sofferenze morali, anzi queste erano il maggior tormento”. La malattia rivela l’aridità dei sentimenti familiari così come intessuti fino a quel momento, il vuoto delle amicizie esteriori, la vanità di un certo accanimento terapeutico. La morte è poi una cartina di tornasole, lo specchio veridico (e in questo senso Ivan Il’ic, nell’abisso della sua debolezza, può ben essere “uno di noi”, proprio come il Lord Jim di Conrad). Ma la penna del mistico aggiunge qualcosa di più al rapporto clinico, e al bel racconto: è quella “luce”, il “che gioia!”, il senso di liberazione che esplose sull’orlo del buio. Nella ritrovata pietà per i familiari (“...voleva fare in modo che non soffrissero. Doveva liberarli e liberare se stesso da quelle sofferenze”), o in una coscienza e clemenza ultraterrena che viene solo lasciata intuire, Ivan conquista il suo riposo. Alcuni critici letterari hanno bollato questa conclusione come interferenza pseudo-religiosa, o trucco poetico, non dovuti né giustificati. Ma il Tolstoj dell’Ottocento ha poi trovato voci concordi fra i poeti, i medici e gli scienziati, dei due secoli seguenti: lo scivolare di Ivan Il’ic verso la morte, e soprattutto quella “luce” finale, non si discostano molto da ciò che oggi sappiamo o intuiamo. E non si tratta solo delle molte ricerche sui “resuscitati”, a cominciare dal celebre “La vita oltre la vita” di Raymond A. Moody, in cui 150 persone sopravvissute al coma o ad una presunta

morte biologica raccontavano esperienze molto simili fra loro, come la “luce alla fine del tunnel”. Questo tipo di ricerche è stato contestato per diversi motivi: non rispondono al principio sperimentale, non possono essere ripetute o convalidate in laboratorio, mentre possono essere influenzate dal mistero che tuttora circonda certe funzioni cerebrali; non vi è la certezza scientifica che i “resuscitati” abbiano posato il piede sul confine; e dopotutto, oggi come ai tempi di Tolstoj, nessuno è mai tornato “da là” per raccontarci come si muore. Però vi sono altri punti fermi, condivisi da tanatologi e psichiatri, da clinici e sacerdoti: comunque la si pensi sul “dire la verità al malato”, questa verità non escluderà mai la pietà o la speranza, perché la speranza continua ad annidarsi fino all’estremo nello stesso malato; e la vera battaglia, sempre, resta quella contro la morte in solitudine, contro il rifiuto o il terrore della morte altrui. Qui, non c’entrano fedi o correnti scientifiche. Qui è un unico coro, da millenni. Ecco la Bibbia (“In tribulatione dilatasti mihi”, Sal 2, 4 Volg.) che accosta l’angoscia estrema alle doglie del parto (così Ivan Il’ic “sentiva che il suo tormento era nell’essere risucchiato dentro quel buco nero e, ancor di più, nel non riuscire ad entrarvi”), alla dilatazione dolorosa che precede l’irrompere della vita (ancora Il’ic: “d’improvviso una forza sconosciuta lo colpì al petto, al fianco, gli bloccò con impeto il respiro ed egli sprofondò nel buco. Là in fondo s’illuminò qualcosa”). È ciò che disse nella sua ultima ora, con diverse parole, anche Marie-Louise, la moglie italiana del filosofo Jean Guitton: “è meraviglioso morire”. Ma ecco l’Islam: *Ogni anima gusterà la morte, ma riceverete le vostre mercedi solo nel Giorno della Resurrezione...* (Corano III, 185)... *“E non proveranno altra morte oltre a quella prima morte terrena. Allah li ha preservati dal tormento della Fornace”* (Corano, XLVI, 56).

Ecco lo scrittore cattolico George Bernanos, che scrive sul suo diario poco prima della fine: *“Solo nel morire rientreremo in noi stessi, e là Egli ci aspetta”*. Ecco Sherwin B. Nuland, primario medico, autore di “Come moriamo”,

ebreo praticante: “Una promessa che possiamo mantenere, e una speranza che possiamo dare, ‘ la certezza che nessun uomo o nessuna donna sarà lasciato a morire da solo... Nel passato, l’ora della morte era vista come un’ora di santità spirituale, e di un’ultima comunione con coloro che si lasciavano indietro. Questa era la consolazione di chi moriva, e dei suoi cari... Non tocca a noi medici o agli scettici mettere in questione la fede di un altro, specie quando quest’altro fronteggia l’eternità. Quante volte, quand’ero un giovane chirurgo, ho sentito un medico o un’infermiera ironizzare sul sacramento dell’estrema unzione perché ‘così gli dici solo che sta per morire?’ E quante volte ho visto quello stesso paziente chiamare il prete la cui presenza, se solo avesse saputo la verità, avrebbe gradito ben più di quella del medico!”.

La liberazione di Ivan Il’ic, cioè di “uno di noi”, la sua “luce”, è quella cantata dai marinai di Rudyard Kipling, sulla nave che va verso la tempesta: “This is the midnight - let no star/Delude us-dawn is very far...” “È mezzanotte - non ci ingannino/le stelle/l’alba è lontana./È la bufera annunciata da tempo/Lenta ad avanzare ma inesorabile... (La nave) procede, un solo scopo le è rimasto, /allontanarsi dalla costa;/ Ma finché non raggiunge il mare aperto, /Nessuno ritenga d’essere libero!”.



Scrutare nell'anima

MILENA LERMA

“Scrutare nell’anima. Responsabilità morale e psicoterapia”⁽¹⁾ è il suggestivo titolo dell’opera di William J. Doherty psicoterapeuta della famiglia a indirizzo relazionale sistemico, studioso di formazione cattolica, professore universitario e, all’epoca della pubblicazione, direttore del “Marriage and Family Therapy Program” dell’Università del Minnesota.

Questo titolo metaforico è quanto mai stimolante e di grande efficacia evocativa poiché il termine “scrutare” connesso all’attività psicoterapeutica esprime in modo quasi sensibile la potenza dello sguardo interiore che penetra in profondità nelle istanze recondite dell’essere umano, che esplora e scandaglia le pieghe nascoste dell’anima per far emergere, attraverso la conversazione terapeutica, le responsabilità individuali e collettive che la vita di relazione comporta.

Il contesto socioculturale di riferimento è quello degli Stati Uniti degli anni ’90, epoca di profondi mutamenti nell’organizzazione sociale e nella condotta individuale, con ricaduta anche sulla concezione e la gestione della psicoterapia.

Nella prospettiva di tali cambiamenti, osservabili nel mondo dominato dal razionalismo e dalla tecnologia, le analisi di Doherty risultano illuminanti per la revisione dei fondamenti morali della psicoterapia anche nel nostro Paese. Può quindi essere significativo ed interessante estrapolare alcune riflessioni.

L’autore non tratta di tecniche di terapia familiare, ma della necessità di “restituire una responsabilità morale alla psicoterapia” non solo da un punto di vista deontologico come dovere del terapeuta verso i pazienti e le loro famiglie, ma come impegno professionale per mettere a fuoco gli obblighi che ognuno deve assumersi nei confronti di se stesso, del suo gruppo di appartenenza, della società civile.

Sulla pagina accanto: Dal chiostro secentesco nel cortile richiniano della Ca’ Granda, oggi sede dell’Università degli Studi, un bellissimo... “fiore primaverile”.

L’esercizio della responsabilità morale in psicoterapia si contrappone alla logica del profitto individuale, alla passività dell’assistenzialismo, alla neutralità etica. Ne consegue che nell’affrontare i problemi delle persone il terapeuta deve considerare non solo gli obiettivi tattici per risolvere le situazioni, ma anche la qualità del cambiamento da realizzare in termini di crescita morale di coloro che a lui si affidano.

Doherty rileva come al “trionfo del terapeutico” registrato in U.S.A. negli ultimi decenni, si sia opposta una duplice crisi: di identità professionale per l’affievolirsi del ruolo di super esperto; di sfiducia nella capacità della psicoterapia di entrare nel merito dei problemi sociali.

I motivi della crisi, in ambito professionale, sono visti in connessione con l’avvento in U.S.A. della “gestione manageriale della salute mentale”, ciò che ha privato gli psicoterapeuti della loro “autonomia professionale” dovendo essi rispondere alle linee guida delle Istituzioni, delle Compagnie di Assicurazione con progetti terapeutici conformi per orientamento, contenuto, durata alle esigenze di “terzi paganti”.

L’altro elemento di crisi è associato alla crescente riprovazione nei confronti della psicoterapia, accusata dai gruppi sociali emergenti negli anni ’70, ’80, in particolare dal movimento femminista, di aver sopravvalutato l’interesse personale dell’individuo promuovendo una sorta di “individualismo espressivo e utilitaristico” trascurando il più ampio contesto comunitario: di aver dato, inoltre, maggiore importanza alle tecniche cliniche che non alle questioni morali. Veniva cioè criticata sia la tendenza ad assecondare la pura soddisfazione dei bisogni individuali a scapito dei doveri, sia la posizione neutrale del terapeuta di fronte ai problemi collettivi.

Lo stato di crisi sulla credibilità della psicoterapia ha spinto parte della comunità terapeutica a porre sotto serio esame le ragioni di tale declino etico; nel

contempo ha ridestato l'interesse per un allargamento del campo di osservazione e per l'integrazione del punto di vista clinico con quello delle scienze sociali.

In particolare la sociologia, avendo messo in luce il dinamismo sociale e il mutamento di costumi, ha dato significato e nuova interpretazione scientifica a molti fenomeni rilevabili anche attraverso l'esercizio della psicoterapia, come il rifiuto della morale convenzionale, l'appiattimento del senso etico nel comportamento individuale e collettivo, l'impoverimento dei valori fondamentali della famiglia e il suo progressivo indebolimento.

La critica alla neutralità etica si è spinta negli anni '90 fino ad insinuare una corresponsabilità della psicoterapia nella disfatta dei legami familiari e nel processo di decadimento dei costumi.

La visione realistica della società attuale si imponeva in modo cruciale agli psicoterapeuti più sensibili costringendoli ad uscire dall'ottica individualistica per considerare l'uomo nella sua qualità di essere sociale. Imponeva altresì ai terapeuti di confrontare le proprie convinzioni etico sociali con la realtà emergente e a rivedere il proprio modo di valutare, comprendere, orientare il comportamento altrui nel processo terapeutico.

Mentre in passato i pazienti erano portatori di regole morali spesso rigide, gestite in modo oppressivo, ma su cui il terapeuta poteva intervenire per emanciparli e per renderli consapevoli del loro diritto a decidere per se stessi, negli anni '90 recede il bisogno di liberare l'individuo da norme repressive; ma nel contempo i principi morali tradizionali non costituiscono più un punto di richiamo per la condotta, sempre meno si parla di "dovere" e ogni riferimento alla morale suona come detestabile moralismo.

La scoperta inoltre, dell'ipocrisia sottesa alla giustificazione delle guerre, del razzismo, del maschilismo, ha messo in crisi anche l'attendibilità di una professione gestita con la pretesa dell'obiettività scientifica, ma più sovente con una presuntuosa superiorità di genere e di cultura.

Alcune voci si sono levate contro la neutralità etica della psicoterapia anche nel nostro Paese dove, per altro, non si nota un fiorire di letteratura specifica volta ad includere i valori morali nel discorso terapeutico. Non si riscontra, cioè, nella pubblicistica,

quel salto di qualità che fa della psicoterapia una "impresa morale" come Doherty ce la presenta con felice intuizione e con proposte pratiche.

Con il suo saggio Doherty ha voluto fare un passo avanti rispetto alle critiche negative per riconsiderare il ruolo della psicoterapia nella società e per sollevare una serie di riflessioni sul rapporto tra psicoterapia e morale quale fondamento per qualsiasi modello clinico.

Nell'ottica della sua formazione relazionale sistemica egli riesce a dare un nuovo significato a termini ritenuti ormai desueti o astratti, come quelli da lui iscritti nelle "Istanze morali della vita dei pazienti", vale a dire: Impegno, Giustizia, Sincerità, Senso della Collettività; e alle "Qualità morali necessarie ai terapeuti" ossia: Partecipazione, Coraggio, Prudenza.

Il suo merito è quello di essere riuscito a far recepire tali istanze e qualità ad un livello più elevato rispetto alla clinica e a farne oggetto, in presenza di problemi morali, della conversazione terapeutica in forma di "consulenza morale" e di autoriflessione del terapeuta sulla propria condotta professionale.

È interessante accennare alle *fondamentali istanze* su cui l'autore basa la moralità intesa come "costruzione sociale".

L'impegno riguarda gli obblighi morali che derivano a ciascuno dall'appartenenza ad un gruppo ad alta interazione sociale come la famiglia, sia in qualità di genitore che di figlio o coniuge. Si tratta di obblighi che i membri della famiglia hanno gli uni verso gli altri in quanto uniti da legami morali; obblighi che vanno vissuti non come adesione acritica a regole tradizionali o autoritarie, ma come scoperta e applicazione di norme che toccano l'individuo come essere sociale, di cui va reso consapevole.

La giustizia come oggetto di discorso terapeutico può significare aiutare le persone a percepire l'ingiustizia di cui sono state vittime e a fornire strumenti per affermare i propri diritti. Ma ci sono situazioni in cui le persone non si rendono conto di agire in modo eticamente scorretto pur con la giustificazione di difendersi da una ingiustizia; o di agire con l'intento di fare il bene degli altri imponendo le proprie convinzioni senza tener conto delle motivazioni e delle esigenze altrui.

La sincerità negli approcci terapeutici tradizionali è

più considerata in senso introspettivo, come autenticità verso se stessi (dire la mia verità) che non come fondamento delle relazioni sociali e come diritto degli altri di “ricevere la verità”.

Il senso della collettività è l’istanza più innovativa rispetto alla psicoterapia tradizionale più interessata al mondo interno del paziente che non alla sua sfera sociale. Il nuovo quesito riguarda “la responsabilità degli individui verso la promozione del benessere della propria collettività” e la valorizzazione dei doveri morali e societari in termini di altruismo, solidarietà, “amicizia civica”, contro la tendenza ad interpretare l’attivismo del paziente solo come un moto autoreferenziale.

Circa le *qualità morali del terapeuta*, Doherty sostiene che non bastano le qualità tecniche per essere un buon professionista. Per trattare i problemi delle persone occorrono qualità personali, delle virtù praticate e definite entro una tradizione culturale, religiosa e professionale.

Generalmente l’etica delle professioni di aiuto è di carattere normativo (i codici deontologici) che prescrivono comportamenti di rispetto per l’interesse dei pazienti o indicano le qualità umane desiderabili. Ma quali specifiche virtù gli psicoterapeuti devono sviluppare in grado più elevato?

La partecipazione è per Doherty la virtù principale, ossia “la predisposizione a farsi carico di coloro che ci affidano le proprie sofferenze”. Non è solo un mezzo per stabilire una relazione empatica (mettersi nei panni dell’altro) ma un “prerequisito essenziale nell’attività professionale”. Diversamente se le professioni di cura minimizzano il ruolo della partecipazione e della compassione (patire con l’altro) sostituendovi la cultura della razionalità e della tecnica, si riducono gli individui, privati della comprensione del loro contesto e della loro esperienza personale, a pure categorie diagnostiche e patologiche.

Il coraggio è la virtù che spinge le persone a superare le difficoltà e che permette al terapeuta di perseverare anche in situazioni difficili. Non c’è coraggio quando il terapeuta consente alle persone di mantenere vecchi modelli disfunzionali in ambito morale, anziché aiutarle ad accedere ad un livello più complesso di esperienza e di impegno personale. Ciò che è eticamente scorretto è non assumersi la responsabilità della propria insicurezza personale

attribuendo alle “resistenze” del paziente l’impedimento a trattare problemi morali quando si presentano nel corso della terapia.

La prudenza è definita da Doherty come “capacità di giudicare con assennatezza”. Senza prudenza il coraggio è pericoloso, la vericidità porta ad essere privi di tatto, la partecipazione produce perdita di autonomia. La prudenza non è solo esser cauti, ma essere saggi.

Come afferma Marino Romeo nella prefazione al testo, le istanze sostenute da Doherty affinché il processo terapeutico includa una dimensione morale, nonché la proposta circa le virtù del terapeuta, sono messe in discussione dal nostro contesto istituzionale e da quello di una società che sembra aver esaurito “il capitale morale”.

Come proporre ai pazienti istanze di giustizia, solidarietà, in una collettività disimpegnata dove prevale la logica del mercato anche nei servizi socio sanitari e un esasperato individualismo? Come il terapeuta può garantire di essere partecipe in un contesto di non partecipazione? Come può mantenere l’istanza morale quando egli deve quotidianamente confrontarsi con i vincoli della burocrazia, delle priorità amministrative e con la carenza di risorse? Quale coraggio quando sia coinvolto, da solo, in casi difficili che mettono a dura prova la sua competenza e la sua coscienza? O quando il suo lavoro è invaso o surclassato da altri professionisti in posizione di maggior privilegio?

Va riconosciuto che molti terapeuti riescono a perseverare con coraggio e con silenziosa determinazione nel loro impegno di ricerca e sperimentazione di un modello di responsabilità morale in psicoterapia; ma per altri meno orientati è facile cadere nella sindrome del *burnout* oppure cedere alla tentazione di ritirarsi o di adattarsi acriticamente alla situazione.

Il libro di Doherty ci aiuta a riflettere, a scrutare nell’anima per recuperare energie positive e ritrovare la spinta ideale per mettere in atto il mandato morale primario della professione di psicoterapeuta.

1 - Doherty William J. *Scrutare nell’anima. Responsabilità morale e psicoterapia* Ed. Cortina, Milano, 1997 ed. it.

Tutti uguali, tutti diversi: gli occhi dei bambini nell'anno europeo della disabilità

CRISTINA CENEDELLA

L'Unione Europea ha dichiarato il 2003 anno dedicato alla disabilità.

In Italia e in Europa si sono succeduti eventi, convegni e iniziative diverse, per riflettere, considerare a fondo il tema.

Di fronte a tante iniziative, sorge spontaneo comunque il chiedersi se nella nostra società, così - almeno apparentemente - evoluta, l'handicap rappresenti un problema, o se, invece, questa percezione "negativa" sia stata superata o sia in via di superamento.

Sì, perché dal momento in cui la disabilità rappresenta ancora un "problema", la percezione che di essa se ne ha è connotata da una generale considerazione negativa, o, se preferiamo, pessimista.

A proposito di questo dilemma, un grande messaggio di positività nei confronti dell'handicap è stato fornito dai disegni dei ragazzi di alcune scuole elementari di Milano, che hanno partecipato ad un concorso bandito e organizzato da una delle storiche istituzioni assistenziali milanesi: il Pio Albergo Trivulzio⁽¹⁾. L'Ente, che da sempre si occupa di assistenza agli anziani, ha ideato un concorso di disegno per ragazzi con un duplice interesse: organizzare un evento in occasione dell'anno europeo e guardare le criticità dell'handicap attraverso gli occhi innocenti e veritieri dei bambini.

I disegni, esposti nello scorso mese di giugno presso la storica sede dell'Orfanotrofio Maschile dei Martinetti di Milano, sono stati poi raccolti e pubblicati a dicembre in un simpatico volume dal titolo emblematico: *Tutti uguali, tutti diversi*.

Dal concorso e dall'iniziativa sono scaturiti risul-

tati incoraggianti e disegni particolari ed estremamente positivi.

Nell'età della prima scolarizzazione, infatti, il disegno è una sorta di "scrittura naturale". Il disegno rappresenta emozioni e pensieri che provengono dal profondo del cuore ed è, per il bambino, un linguaggio universale, con il quale egli comunica con gli adulti e i coetanei.

E' una sorta di "scrittura spontanea" che raccoglie, oltre al processo creativo in senso stretto, cognizioni culturali e processi intellettuali. I ragazzi, infatti, hanno pensato e interiorizzato il tema dell'handicap con l'aiuto dei loro insegnanti e hanno poi fornito le loro proposte culturali, emotive, sociali attraverso il disegno.

I disegni sono colorati, ambientati spesso nella natura, contornati da animali: un mondo puro e fanciullesco, fatto di sentimenti forti e veri.

Per tutti i bambini è parsa chiara subito la possibile situazione di emarginazione dovuta ad eventuali barriere architettoniche. E allora via tutte le barriere possibili: scale, marciapiedi, istituti separati sono stati banditi e additati nei disegni.

Infatti, che problema sarà mai il non poter muovere le gambe o il non avere la vista?

Ed ecco che numerosissimi disegni sono stati dedicati allo sport: partite di basket, di calcio, di baseball, di pallavolo, di tennis, giochi nei prati o sulla spiaggia, scuola di danza, campionati di nuoto, gare di corsa campestre e infine concorsi di disegno per ciechi!

Il richiamo è immediato alle olimpiadi per disabili, che si svolgono ormai da alcuni anni.

Il messaggio è estremamente positivo: ogni impe-

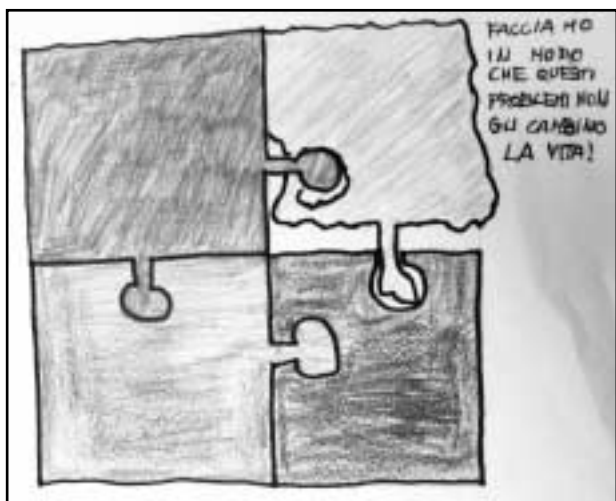
dimento può essere superato con volontà, pazienza e strutture adatte. Ma soprattutto con l'aiuto degli altri.

La solidarietà è il tema onnipresente di tutti i disegni, nei quali non solo gli adulti aiutano i piccoli disabili, ma anche i ragazzi danno una mano agli adulti e soprattutto si aiutano fra coetanei.

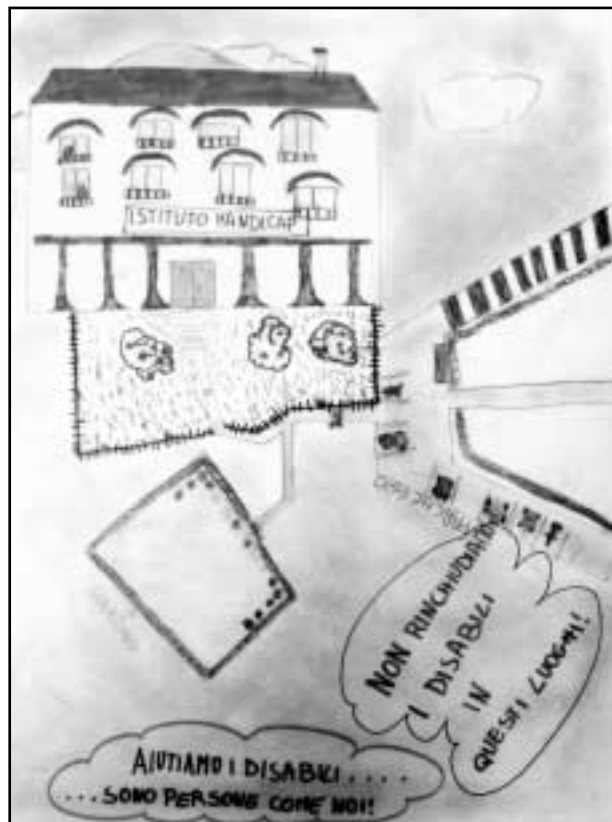
Un disegno è particolarmente emblematico e riesce a focalizzare l'essenza della natura umana: chi mostra una fragilità esterna può avere una grande forza interiore, così come chi è apparentemente forte "fuori" potrebbe avere una grande fragilità interiore.



Andrea Mascaretti della Scuola Leonardo da Vinci e Andrea Manzo, della Scuola Sorelle Agazzi, terzi classificati a pari merito.



In taluni disegni l'adesione istintiva al tema dell'handicap è stata ulteriormente modulata sul filo della concettualizzazione e della proposizione più astratta e razionale del messaggio stesso.



Le sorprendenti interpretazioni di altri piccoli vincitori, nella foto sopra e in quelle della pagina successiva: qui Andrea Torre e Andrea Tacani della Scuola Leonardo da Vinci.

Come nel disegno terzo classificato, nel quale un puzzle presenta un pezzo diverso e leggermente distorto, che non viene, per questo motivo, tolto dal puzzle stesso o sostituito, anzi! Viene normalmente inserito al suo posto con il monito che gli eventuali problemi non debbano cambiare la sua integrazione egualitaria. Credo che la capacità di astrazione di questo piccolo artista, la bravura tecnica del disegno e la sublimazione del messaggio razionale nell'oggetto reso, abbiano creato, in questo caso, una vera opera d'arte.

Ma tutti i disegni prodotti, in fondo, sono delle piccole opere d'arte: l'arte del sorriso e della solidarietà tra esseri umani.



Dalila Bucci, della Comunità Stelline.



Claudia Musmeci della Scuola Giovanni XXIII.



Daria Elia della Scuola Sorelle Agazzi.

Questo è l'aspetto particolare e pregnante del messaggio infantile: ben due classi ⁽⁴⁾ hanno prodotto un disegno corale in cui ognuno di loro si è rappresentato così come è, intorno e in mezzo a tutti i compagni, tenuti per mano l'un con l'altro come nelle ghirlande di carta, e stretti intorno ad un unico monito, che per la sua pregnanza è divenuto il titolo del volume: tutti uguali, tutti diversi. Pur senza abbandonarsi alla retorica, il pensiero corre veloce al fanciullino ingenuo e puro di Giovanni Pascoli. Ma il messaggio voluto dagli alunni della IV A della scuola elementare Sorelle Agazzi non è solo ingenuo e puro: specchio del ventunesimo secolo esso è anche fortemente propositivo.

In questo disegno, infatti, proprio la diversità è rappresentata come l'essenza stessa della natura umana. Siamo diversi per il colore della pelle, siamo diversi per altezza e connotati fisici, per i capelli o le nostre capacità, ma siamo veramente tutti uguali.

E in questo porre la diversità come un valore in sé sta la grandiosità del messaggio dei piccoli artisti.

Nota:

1 - Il Pio Albergo Trivulzio, settecentesca istituzione dedicata agli anziani, è amministrata unitamente all'Orfanotrofio delle Stelline e all'Orfanotrofio dei Martinitt dalla prima metà dell'Ottocento. Oggi i tre istituti sono riuniti nell'unica Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio.

Vocazione e passione

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

Lo studio, a livello psicologico, delle inclinazioni positive e negative di una persona costituisce un vasto mondo introspettivo nei cui meandri occorre muoversi con cautela, perché non sempre ciò che appare è reale, molto dipende dalla capacità istrionica del soggetto, ma ancor più, dalla perspicacia, dalla strategia e dall'acume del suo interlocutore non farsi incantare e, invece, scoprire la genuinità e la finalità di un certo tipo di comportamento e delle sue cause.

Oggi, il termine vocazione non è obsoleto, ma forse è più competitivo, più usato e confuso quello di passione. E' arduo compiere una distinzione: ci sono interazioni, sfumature e attimi. Io mi permetterei di collocare la vocazione sicuramente su un gradino superiore e soprattutto prioritario in termini di qualità e di tempo cronologico; non si può escluderne la loro complementarità.

Ricordiamo che la natura della vocazione è differente da quella delle passioni. L'argomento ha suscitato le analisi di molti studiosi, soprattutto in filosofia e in psicologia. Per i filosofi, come Platone, le passioni erano considerate in rapporto alla ragione, rilevando tra quelle e questa, una contrapposizione fondamentale che egli descriveva collocando le passioni nell'anima concupiscibile (situata nell'addome); da essa era distinta l'anima razionale (situata nella testa). Era l'anima concupiscibile ad essere influenzata dalle passioni, dalle sofferenze e dalle gioie. Una terza anima, la cui sede era nel fegato recepiva le passioni irascibili, una via intermedia tra le altre due anime. Essa si avvaleva del coraggio per affrontare le difficoltà che ostacolavano l'azione.

Secondo Aristotele, etimologicamente, il termine di passioni derivava dalla parola "pathos", quasi un affezione o una patologia, cioè un'alterazione/malattia recepita dall'anima ma anche dal corpo.

L'esponente per antonomasia del razionalismo, il francese René Descartes, è forse colui che dedicò più impegno a tale studio, arrivando perfino a scrivere un intero saggio intitolato proprio "*Le passioni dell'anima*". Per l'autore esse erano costituite da eventi di coscienza,

mai illusorie (come talvolta invece le percezioni), perché per esempio, la passione amorosa, o la collera, o la paura che capita di vivere in sogno, non sono meno reali di quelle vissute da svegli.

Egli fornì un concetto chiaro definendole: percezioni, o sentimenti o emozioni dell'anima che si riferiscono ad essa in particolare, e che sono causate, mantenute, rafforzate da qualche movimento dei cosiddetti "spiriti animali". L'effetto principale delle passioni degli uomini consiste nell'incitare e disporre l'anima a volere le cose a cui esse predispongono il corpo. Alle passioni attribuì una funzione precisa nel disegno naturale, una funzione non propriamente morale, come si vede, ma connessa piuttosto al principio di autoconservazione, che anche per Descartes è operante in tutti i viventi, in sintonia con il collegamento dualistico esistente tra la "res cogitans" e la "res extensa".

Etienne Bonnot de Condillac definiva la passione come un desiderio così intenso da non permettere ad alcun altro di affacciarsi, cioè un impulso o un'inclinazione che si impadronisce della mente dell'uomo, impedendole di volgersi ad altro oggetto; ed anche Immanuel Kant riteneva che la passione fosse poco governabile per mezzo della ragione, distinguendo da essa l'emozione che non lasciava sorgere la riflessione.

Spenti gli ultimi bagliori dell'Illuminismo, l'avvento dell'Ottocento e della corrente romantica fu l'ambito in cui si evidenziò una notevole rivalutazione della passione e del tormento interiore.

La componente essenziale è data dalla forza propulsiva che ci consente di essere positivamente quelli che realmente siamo o che vorremmo essere nel medesimo momento in cui la potenza si trasforma in atto.

In altre parole, c'è un essere correlativo e complementare dalla vocazione, alla passione, all'azione. Se uomini di pensiero e di prima grandezza hanno dedicato dissertazioni nelle loro opere su questo argomento, significa che l'implicazione della mente impegnata in un ragionamento finalizzato alla ricerca della verità dove-

va essere assai coinvolgente.

La vocazione/passione concerne la conoscenza e la sensazione. Non possiamo sentirci proiettati verso qualcosa che non sia stato prima elaborato dalla nostra psiche, anche se ciò avviene in modo magari non perfettamente corretto. Il nostro animo, per la sua poliedricità, può sentirsi chiamato in svariate direzioni che sveltano a raggiera, però sarà una, la vincente; ed è quella che contrassegnerà la nostra esistenza, purché ci sia data libertà e non si frappongano ostacoli così gravi da risultare determinanti per la capitolazione.

Esiste uno spirito guida trascendente che ci chiama con la sua “vocatio” e al quale è deleterio volere o dovere sfuggire. La nostra esistenza è così precaria ed effimera, da renderla meritevole di essere colorata dalle nostre iniziative e predisposizioni più nobili, seguendo il motto di Orazio e intendendolo nel modo più positivo possibile: “carpe diem”.

Quando si chiude un anno solare, di solito ognuno di noi cerca di fare un resoconto con se stesso, sperando di poter affrontare i mesi che verranno in modo più sereno e più forte, grazie ad un maggiore bagaglio di esperienza. Gli ottimisti, i pessimisti e i pessimisti di comodo (categoria che si colloca nella fascia intermedia), si atteggeranno in modo differente, ma tutti saranno d'accordo con i protagonisti del brano “Dialogo di un venditore di almanacchi e di un passeggero” tratto da *Operette morali*, XXIII, di Giacomo Leopardi.

Il senso del mio pensiero è anche un altro: mentre alla fine di ogni anno siamo confortati dalla speranza dell'ingresso di uno nuovo per poter recuperare quanto non abbiamo compiuto in quello trascorso, quando ci accorgeremo, se ci accorgeremo, di essere oramai al termine della nostra vita non dobbiamo farci cogliere dal rimpianto di non aver seguito la nostra vocazione. Se così fosse, saremmo presi da un moto di disperazione, o di rammarico o di rimprovero verso noi stessi per non aver avuto, a suo tempo, la forza di reagire nel momento più opportuno contro le avversità vere o presunte tali.

La vocazione non sempre è inscritta nel nostro DNA. E' più facilmente un colpo di fulmine che ci plasma per tutta la vita. E' un innamoramento che dà lo stesso piacevole tormento, energia, volontà di agire; ci assorbe quasi completamente, ma ci gratifica facendoci sentire importanti, possibilmente senza scivolare verso una bieca presunzione.

Se l'uomo non avesse vocazioni, probabilmente vivrebbe soltanto di stimoli istintivi inconsci, atti alla procreazione programmata da ritmi naturali, e alla sopravvivenza della sua specie. Purtroppo, esistono esseri umani a questo livello, o meglio, costretti così da deficit psico-attitudinali e/o da situazioni socio-ambientali particolarmente disagiate, frustranti, superstiziose, in una parola: degradanti. Questa è la nostra considerazione, ma chi nasce e vive in tale modo tutta la sua esistenza, forse non sa neanche cosa sia una vocazione, perché, come già detto sopra, questa presuppone conoscenza.

Noi siamo molto favoriti malgrado la nostra quotidianità sia paragonata ad una “giungla”, dove la lotta è certamente anche la sopravvivenza, ma dove le opportunità di emergere e crearci una dignità sono notevoli; proprio qui occorrono: volontà d'acciaio, salute e un pizzico di fortuna, come in tutte le cose. Già la sete di conoscenza rappresenta in se stessa una vocazione inesauribile e preziosa, perché offre una visione stereoscopica della miriade di possibilità a nostra disposizione. Con simili presupposti, sta soltanto a noi cercare di ghermire quella più consona al nostro io e alla nostra consapevolezza, usufruendone nel modo più appropriato e rispettando nei giusti limiti l'altrui personalità.

Quando diciamo “vocazione” colleghiamo spesso il nostro pensiero inizialmente a quella mistica, ma l'indirizzo è svariato e assai ampio: rami della cultura, arti figurative, scienza, spettacolo, sport, politica, artigianato, turismo, volontariato e così via.

Questa è una rivista di vita ospedaliera e di informazioni culturali e, molto sintetizzando, solo per fare una esemplificazione vorrei ribadire quanto ho detto con un mio articolo in un numero precedente: la professione del medico, dell'infermiere e del tecnico sanitario, oltre che rappresentare uno dei modi per “sbarcare il lunario”, dovrebbe innanzi tutto essere a priori, non idealmente ma concretamente, una vocazione genuina al servizio di una umanità sofferente nel fisico e nel morale, il cui dolore non è quasi mai quantificabile, la quale si aspetta le vengano corrisposte qualità assolute e imprescindibili: pazienza, disponibilità, apertura mentale, chiarezza, integrità, competenza tecnico-scientifica, cioè sincera inclinazione verso il prossimo, semplicemente secondo i dettami del giuramento di Ippocrate, un esempio imperituro di vocazione.

Dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore il ritratto di Pompeo Litta e il disegno di Luigi Canonica

VALENTINA PANARA

Il disegno architettonico che compare nel *Ritratto del duca Pompeo Litta Visconti Arese* dipinto da Matteo Picasso e conservato nelle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore, finora è stato oggetto di poca attenzione. D'altra parte è un elemento decorativo, la cui identificazione risulta tanto difficoltosa quanto relativamente importante, così che a tutt'oggi è interpretato come «quello di una cappella a pianta centrale, che per ora non si è riusciti a identificare»¹.

Tuttavia proprio quel dettaglio rappresenta un elemento decisivo per la datazione e la comprensione del dipinto².

Il ritratto presenta il duca Pompeo a figura intera che, seduto allo scrittoio, veste l'alta uniforme di cavaliere di Malta. Le dimensioni e il tono aristocratico dell'opera si attengono all'etichetta del ritratto ufficiale, alla quale si richiama anche il *pendant* raffigurante la moglie del duca, *Camilla Litta Lomellini*³, di dimensioni identiche e caratterizzata dalla stessa impostazione ufficiale.

L'opera, giunta nelle raccolte dell'Ospedale Maggiore con la donazione della duchessa Eugenia Litta⁴, è stata esposta nelle mostre riservate ai ritratti dei benefattori dell'Ospedale, senza che tuttavia in quelle circostanze sia stato svolto alcuno studio specifico⁵. Solo in occasione della mostra dedicata ai *Cinque secoli di storia e d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano*, tenutasi a Milano nel 1981, Fiammetta Mannu Pisani ha analizzato il quadro, ponendo il problema della sua difficile attribuzione e sottolineandone al contempo l'elevata qualità pittorica «in linea con la grande tradizione del ritratto neoclassico, ma con maggiore scioltezza della pennellata, con un intento di rappresentazione naturale del modello, presaga del romanticismo dell'età della Restaurazione»⁶. La studiosa, inoltre, sulla base dell'aspetto del duca, che «non può avere più di una quarantina d'anni», ha datato la tela al 1825-

1827, anticipando così la collocazione cronologica proposta dalle schede inventariali intorno al 1830.

Qualche anno più tardi Maria Teresa Fiorio, nel curare i volumi dedicati ai musei e alle gallerie di Milano⁷, ha invece datato la coppia dei ritratti Litta intorno al 1832, ritenendo un po' labile la motivazione alla base dell'anticipazione suggerita dalla Mannu Pisani. E soprattutto la studiosa, grazie al ritrovamento in collezione privata di un bozzetto per il ritratto di Camilla Lomellini Litta firmato da Matteo Picasso, ha potuto attribuire i due ritratti a questo artista⁸.

La preferenza accordata dai Litta al ligure Matteo Picasso, invece che ai due ritrattisti allora più richiesti dalla nobiltà milanese, ossia Giuseppe Molteni ed Eliseo Sala, deriva con ogni probabilità da una scelta di Camilla Lomellini, pittrice dilettante e discendente da una delle più insigni casate aristocratiche genovesi, che allora prediligevano per la ritrattistica aulica proprio il Picasso.

Nel ritratto di Pompeo si può così notare l'adesione dell'artista ai principi di compostezza e rigore descrittivo neoclassici appresi nel corso del suo apprendistato romano alla scuola del Camuccini, che spiccano nell'eleganza dei ricami della divisa, nella ricchezza degli arredi, nella stesura pittorica nitida e luminosa, nella compatta modellazione dei volumi. Fa da contraltare a questi dettagli preziosi l'accento all'introspezione psicologica, dato dall'espressione pensierosa, quasi intimidita e impacciata del duca, che non appare a suo agio in questa posa solenne e ufficiale, ma che al contempo sembra orgoglioso di mostrare quel disegno architettonico su cui poggia la mano sinistra.

Se si osserva attentamente il disegno, non può esservi alcun dubbio che si tratti della pianta dell'edificio neoclassico costruito all'incirca tra il 1829 e il 1831 dall'architetto Luigi Canonica per la Villa Orrigoni Menafoglio Litta Panza a Biumo Superio-

re, Varese, su commissione del duca Pompeo Litta Visconti Arese: si vede il tracciato nero di una costruzione preesistente su cui si innesta un nuovo corpo delineato da un colore chiaro e formato dal gabinetto, da un locale attiguo e dal salone a pianta rettangolare resa ovale scantonando gli angoli per mezzo di colonne.

L'inserimento di questo disegno risulta di estremo interesse per diversi motivi. In primo luogo fornisce un appiglio sicuro per la datazione del dipinto ipotizzata dalle schede inventariali dell'Ospedale Maggiore e dalla Fiorio unicamente sulla base di note stilistiche intorno al 1832⁹, data coincidente con il termine dei lavori di costruzione e decorazione del salone. Secondariamente permette di chiarire quale sia stata «l'occasione speciale da celebrarsi con particolare solennità» alla quale si deve la commissione di una coppia di ritratti ufficiali così importanti. L'evento da immortalare, infatti, che secondo la Fiorio poteva essere il conferimento a Pompeo del titolo ducale assegnatogli nel 1832 dall'imperatore d'Austria¹⁰, fu in realtà l'inaugurazione della villa



Il duca Pompeo Litta Visconti Arese nel ritratto del pittore Matteo Picasso (1794-1879).

di Biumo e del suo nuovo salone d'onore. Tra l'altro, anche nel *Ritratto di Camilla Lomellini* compare un chiaro riferimento alla villa: l'effigiata è presentata all'interno di un palazzo dalla cui finestra si scorge la collina di un Sacro Monte che è evidentemente quello di Varese, visibile proprio con quello scorcio dal *parterre* della villa di Biumo.

Note Bibliografiche

1 - *Ospedale Maggiore, Ca' Granda. Collezioni diverse*, III, a c. di M.T. Fiorio, Milano, 1988 (Musei e Gallerie di Milano), pag. 154.

2 - Si veda ora V. Panara, *Villa Orrigoni Menafoglio Litta Panza nei secoli. I proprietari, l'architettura, le arti decorative, le collezioni*, Università degli Studi di Milano, 2000-2001, pagg. 138-141, 181-183; da ultimo: *Napoleone e la Repubblica Italiana (1802-1805)*, Milano, 2002, p. 192.

3 - *Ritratto di Camilla Litta Lomellini*, olio su tela, cm h 190 x 148,5. Milano, Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore, inv. Litta 27. Si segnala che questo splendido dipinto attualmente è in pessimo stato, essendo quasi completamente caduta la superficie pittorica a causa di un allagamento occorso nel 1998 nei depositi dell'Ospedale Maggiore.

4 - Nel 1899 la duchessa Eugenia Litta Visconti Arese, vedova di Giulio Litta, ha donato all'Ospedale Maggiore alcune sue proprietà, il ricchissimo archivio di famiglia e diverse opere d'arte appartenute ai Litta, in massima parte ritratti di famiglia.

5 - I cataloghi di ciascuna *Mostra di ritratti di benefattori* sono degli opuscoli in cui vengono semplicemente elencati i quadri esposti, con brevi note informative sulla vita delle personalità ritratte. *Mostra dei ritratti dei benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano: 25 marzo - 15 aprile 1955*, Milano, 1953, p. 29; *Festa del Perdono 1959: Mostra di ritratti di benefattori dell'Ottocento: 6-30 aprile 1959*, Milano, 1959, p. 33; *Festa del Perdono 1961: Mostra di ritratti di benefattori: 25 marzo - 25 aprile 1961*, Milano, 1961, p. 45; *Mostra di ritratti di benefattori dal sec. XV ai nostri giorni: 25 marzo - 25 aprile 1965*, Milano, 1965, p. 41; *Mostra di ritratti di benefattori dal sec. XV ai nostri giorni: 3 aprile- 5 maggio 1967*, presentazione di G.C. Bascapè, Milano, 1967, p. 39.

6 - F. Mannu Pisani, *La donazione Litta*, in *La Ca' Granda. Cinque secoli di storia e d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano*, [catalogo della mostra], Milano, 1981, p. 327.

7 - *La Collezione Litta*, in M.T. Fiorio, op. cit., Milano, 1988, vol. III.

8 - Sul pittore *Matteo Picasso* (Recco, GE, 1794 - Genova, 1879) si veda Matteo Picasso, in *La Pittura in Italia. L'Ottocento*, II, Milano, 1991, pag. 964, con bibliografia; e da ultimo *Matteo Antonio Picasso duecento anni dopo. Mostra celebrativa 1794-1994*, Comune di Recco, a c. di V. Rocchiero, Rapallo, 1994.

9 - F. Mannu Pisani, op. cit., Milano, 1981, p. 327; Fiorio, op. cit., p. 154.

10 - Fiorio, op. cit., pag. 154. Peraltro questa spiegazione non è supportata dai documenti araldici, dai quali risulta che il ducato fu riconosciuto, nel trapasso da Antonio a Pompeo, il 12 luglio del 1821 (ASMi, Araldica parte moderna, Cartella n. 71).

Recensioni

Luciano Sandrin - *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il "burnout" nelle professioni di aiuto*, Paoline Editoriale Libri, Milano 2004, pp. 150, Euro 9,30.

Il libro, redatto da un docente di psicologia della salute e della malattia, già dalle prime righe ci introduce gradualmente all'osservazione di quel fenomeno definito con un termine angloamericano "burnout". È difficilmente traducibile nel suo esatto senso (bruciarsi, estinguersi, rovinarsi la salute), ma in gergo medico indica "essere fuso", "essere esaurito", o in stato di "stress".

Questa situazione è riferita ad alcune professioni in campo sanitario, come quella di aiuto da parte di medici, infermieri, psicologi, volontari, nei quali il coinvolgimento psicoemotivo può essere così intenso da compromettere la stessa professionalità del servizio offerto.

Infatti, l'argomento riguarda noi e gli altri nel rapporto di aiuto, soccorso, conforto, consiglio. Innanzitutto, sembra che non sia poi così semplice trovare solidarietà; la diffusione di responsabilità va incontro ad una parcellizzazione talmente infinitesima da arrivare ad azzerarsi. È il caso pratico di un individuo che versa in gravi difficoltà mentre sono numerosi coloro che lo osservano e giocano a "scarica barile".

È rara l'abnegazione assoluta, perché dietro una prestazione di aiuto, esistono motivazioni di ogni genere: conferma della propria autostima, risoluzione di sensi di colpa e volontà di riparazione, desiderio di lodi da parte di altri, ecc. Sono molteplici le teorie che tentano di spiegare le cause del comporta-

mento definito "prosociale" o anche comportamento di aiuto; da quelle sociobiologiche (nelle quali la scelta di aiuto è influenzata dall'importanza biologica del risultato) a quelle psicologiche (dove, secondo la psicoanalisi, è sempre presente un qualche interesse personale nelle condotte altruistiche). È necessario non correre il rischio di "psico-patologizzare" anche l'amore più vero. Dobbiamo sapere valutare i livelli di bisogno; ecco subentrare il grado della nostra capacità empatica; la nostra sensibilità umana e, eventualmente per chi è credente, quella religiosa, però tenendo saldo il codice morale innato che, ovviamente, è indipendente da convinzioni di fede.

Due studiosi, Latané e Darley, descrivono il comportamento di aiuto come un processo che comporta alcuni passaggi fondamentali:

- notare una persona, un evento, o una situazione che possono richiedere aiuto;
- interpretare il bisogno;
- assumersi le responsabilità di agire;
- decidere la forma di assistenza da offrire e il tipo di implicazione personale;
- realizzare l'azione.

Uno dei principali fattori di sviluppo della psicosocialità è l'esperienza di una sicurezza affettiva, la presenza di modelli positivi (di amore altruistico) con i quali, già da bambini, ci si possa gradualmente identificare. Nell'aiutare il prossimo, si ricevono dei benefici a livello oltre che morale e/o materiale, anche fisico. In pratica, il buon samaritano ha fatto del bene anche a se stesso, non soltanto all'uomo da lui soccorso.

Da un'indagine effettuata da Darley e

Batson su un gruppo di studenti di teologia, si è evidenziato che i più caritatevoli erano coloro i quali avevano più tempo a disposizione. In tema di etica, anche il tempo è un lusso. Comunque, le variabili sono numerose. Tra le principali analizzate: socievolezza, autostima, autoefficacia sociale, luogo di controllo interno (convinzione di avere il dominio delle proprie azioni), capacità di empatia (nei suoi aspetti cognitivi), di giudizio morale e di assumersi responsabilità, nonché esistenza di abilità strumentali.

A pag. 25, l'autore definisce l'empatia come «capacità di sintonizzarsi cognitivamente ed emotivamente (con la mente e con il cuore) con gli altri, con ciò che stanno vivendo e per questo favorisce la conoscenza dell'altro e la buona qualità della relazione di aiuto. Numerose ricerche hanno trovato proprio nell'empatia uno dei fattori motivazionali più importanti del comportamento prosociale. Batson sostiene che c'è uno stretto collegamento tra empatia e altruismo. Evitare l'empatia porta al disinteresse per i bisogni degli altri e quindi al "burnout". Esiste un'empatia centrata sull'altro e un'empatia focalizzata su se stessi.

Si richiede uno sviluppo notevole della propria capacità cognitiva ed un esame accurato di quella persona in difficoltà che rifiuta l'aiuto, perché lo considera «... come una minaccia alla propria autostima, (a volte, persone che pur ne hanno bisogno non chiedono aiuto o lo rifiutano, per salvaguardare una certa dignità e il rispetto di sé), specie quando non è nella possibilità di ricambiare, può vedere l'aiuto come un segno di inferiorità dentro un rapporto che crea e mantiene dipendenza da qualcuno che

detiene il potere e verso il quale può vivere anche un po' di risentimento; può sentirsi sottoposto e come obbligato a ricambiare l'aiuto...» (pag. 28).

L'importanza della reciprocità nelle relazioni altruistiche è notevole. La professionalità del terapeuta consiste anche nel ricordare che lo scopo dell'empatia è comprendere il paziente per poterlo aiutare. Ralph Greenson afferma (pag. 29): «Essenziale per lo sviluppo della capacità ottimale di provare empatia, pare la capacità del terapeuta di essere allo stesso tempo distaccato e coinvolto, osservatore e partecipe, oggettivo e soggettivo nei confronti del paziente. Soprattutto il terapeuta deve consentire che avvengano oscillazioni e passaggi tra questi due tipi di posizioni. Freud descrisse l'attenzione sospesa, liberamente fluttuante, che si richiede all'analista».

Secondo Carmen Berry, è da evitare la "trappola del messia": amare ed aiutare gli altri, dimenticando di amare e aiutare se stessi, ritenendo se stessi unici ed indispensabili nell'attività di soccorso. Non bisogna fermarsi quando è troppo tardi. Tra tali "messia" riteniamo almeno 7 tipi di persone: il compiacente, il salvatore, il donatore, il consigliere, il protettore, l'insegnante ed il crociato.

È anche faticoso aiutare, al sovraccarico emozionale non corrisponde quasi nulla in cambio. Le conseguenze possono essere esaurimento fisico-emotivo e spirituale, accompagnato da un'acuta sofferenza. Esiste una "fatica da compassione" e ciò avviene quando si verifica un forte squilibrio fra richieste e risorse. Il rischio lo corre chi deve mettersi in rapporto di "burnout" con molte persone bisognose per troppo tempo.

La sindrome da "burnout" è graduale: entusiasmo idealistico, stagnazione, frustrazione, apatia. Vengono implicate molte energie personali. Delle varie

categorie a rischio, i più bersagliati sono gli infermieri per il tipo di rapporto maggiormente coinvolgente che devono instaurare con i malati. Un infermiere su quattro presenta un esaurimento emotivo e professionale. Elementi catalizzatori sono quelli collegati alla situazione di lavoro, alle disfunzioni della struttura ospedaliera, al sentimento di svalorizzazione della professione e al doversi confrontare quotidianamente con il dolore e la morte, nonché alla ripugnanza di certi servizi, ma soprattutto alla penuria di gratificazioni e di gratitudine per una professione di estrema utilità sociale. Anche i medici che, peraltro, non sono mai immuni dalle avversità dell'esistenza ma che, comunque, gestiscono il rapporto con il paziente in modo meno prosaico, sono colpiti da "burnout". Tra i diversi tipi di specialisti esaminati, in classifica primeggiano i medici del lavoro, seguiti da internisti, oncologi, pneumologi, psichiatri, dermatologi. Il buon medico non può esimersi dal provare umanamente rammarico e preoccupazione qualora un suo paziente, malgrado le terapie e le attenzioni, non mostri segni di miglioramento. Se poi il paziente si identifica in un familiare, il dispiacere è duplice: sia affettivo, sia per il senso di inadeguatezza della propria "scienza" medica.

L'assistenza comporta sempre implicazioni fisiche, materiali e morali. Quando è diretta a pazienti affetti da patologie infettive contagiose si instaura anche un naturale senso di paura, timore quale indispensabile campanello di allarme per la sopravvivenza di ogni specie, ovviamente anche di quella umana.

Altro caso doloroso e gravoso è la sensazione di impotenza e di tensione continua che si verifica in quei familiari i quali devono accudire in casa un loro congiunto disabile, oppure affetto dal morbo di Alzheimer, la più grave forma

di demenza senile, sempre peggiorativa e che non lascia tregua né scampo.

Dunque, cosa fare per non bruciarsi? La medicina è un universo molto particolare. Esistono persone dotate di buona educazione, di competenza e passione, e altre per le quali sembra purtroppo che queste qualità fondamentali non esistano, ciò con grave disappunto da parte dei pazienti. Talvolta, però, le delusioni dopo anni e anni di studio e di lavoro e la stanchezza psico-fisica giocano un ruolo assai importante, possono anche sopraffare una persona partita inizialmente con buone intenzioni. A pag 107 si legge «Il processo di umanizzazione in ambiti sanitari (che non è solo una questione etica) non raggiunge i suoi scopi se non viene data maggior attenzione alla salute dell'operatore sanitario e al suo riconoscimento come persona. L'aumento di malattie croniche e inguaribili (collegabili al prolungamento della vita) richiede agli operatori sanitari lo svolgimento di funzioni non solo tecniche. Essi devono affrontare costantemente la realtà della sofferenza e la minaccia della morte e l'evocazione che queste provocano di situazioni personali emotivamente forti: il distacco ed il controllo dei sentimenti nella relazione rappresentano un'importante difesa psicologica, ma possono anche essere segno di "burnout". La prima struttura da umanizzare è l'ospedale, e il fulcro del processo di umanizzazione è costituito dalla qualità delle relazioni interpersonali...».

Il saggio, scritto in modo scorrevole, chiaro ed esemplificativo è di sicuro interesse e un'utile guida non soltanto per gli "addetti ai lavori", bensì è indispensabile lettura anche a quanti vogliono conoscere ed apprezzare impegno e difficoltà che contraddistinguono la professionalità di tali protagonisti.

Elisabetta Zanarotti Tiranini



*La rivista compie quarantacinque anni. Sono tanti, e la voglia di scorrerli s'è impadronita di noi giorno per giorno. L'Ospedale è il nostro mondo, e dall'Ospedale il mondo della Città, dell'Universo. Che cos'era l'Ospedale negli anni Sessanta, che cos'era la Città. La rivista ha vissuto i progressivi radicali cambiamenti del vivere, del crescere, dell'acculturarsi; le ribellioni nella famiglia, nella scuola, nella società; il Sessantotto, la violenza, la disperazione, il "ritorno", la speranza. I sommari delle lunghissime annate vissute, scritte e fatte scrivere: persone, eventi, avvenimenti, memorie. E allora una rubrica nuova che tenga vivo tutto questo: **Dal Passato**. Ricorderemo nomi, argomenti, proposte. A cominciare da:*

Il dolore, il malato, il medico

PIERO FRANZINI

Il vissuto del dolore nella cultura di oggi

La cognizione e l'esperienza del dolore si vanno sempre più dissociando, nell'attuale *mondo della vita*, dalla "cultura" quando si assegni alla cultura stessa il significato e il valore di una "cittadella interiore" (avrebbe detto Marco Aurelio) piuttosto che di una incrostazione indottorata da un edonismo troppo facile e talvolta brutale che non sa conoscere e riconoscere la "gioia" come una cosa seria.

L'aveva detto, duemila anni fa, un grande latino venuto dalla Spagna, Seneca, che delle "cose" insegnava a cogliere non solo le voci grossolane o l'indistinto mormorio ma il profondo senso della vita nel suo teso trascorrere fra gioie e dolori, le une e gli altri elaborati nel laboratorio del pensiero e della coscienza; ed ancora l'umanità non era attraversata dalla luce del pensiero religioso cristiano che appena albeggiava in lontane contrade. L'uomo, come ogni vivente, fugge istintivamente e comprensibilmente dal dolore, anche il più insignificante, e rincorre una gioia che, quando sia frenetica e quasi esasperata, denuncia l'incapacità di godere in sentimento autentico e cosciente, quando addirittura non sfocia nella "anedonia", espressione di un male esistenziale che abolisce la capacità di godere. Quando il dolore, comunque avvertito e gestito, emerge nel contesto della vita, è giustificato ed opportuno, specie se non è chiara

Nella pagina precedente: Il medico al letto del malato, particolare dell'opera scultorea "Il buon governo dell'istituzione ospedaliera" di Angelo Biancini, situata nel giardino antistante la sede amministrativa dell'Ospedale.

la motivazione, il colloquio con il medico; ed è poco male, o è un bene, se l'incontro si esaurisce con una "pillola", talvolta ricercata anche al di fuori della Medicina o contro la Medicina; e il problema può travalicare il traguardo della farmacologia, ma non è detto che in ogni caso travalichi per questo l'opera del medico.

Dai giornali di informazione si rileva un crescendo di convegni, nazionali ed internazionali, a vari livelli, sul tema del dolore, quasi sfida alla sofferenza, sfida tuttavia che non significhi una fuga ad occhi chiusi per non voler vedere ma piuttosto una "scuola per vivere meglio" ("Il Giorno" del 25 ottobre 1998). Qui ho colto, fra l'altro, un ammonimento, attribuito a Ivan Illich, che riporta una strana "preghiera dei cristiani" che dice (riferisco quanto ho letto), "non indurre in tentazione delle diagnosi e liberaci dalla ricerca della salute". Conosco, e solo in parte condivido, la ben nota tematica di Illich (l'omonimia mi fa ricordare la straziante sofferenza di abbandono del personaggio di un famoso racconto dell'ultimo Tolstoj); ma non condivido il succo della "preghiera" riportata come cristiana (ma è proprio tale?), del tutto inaccettabile dall'uomo, a meno che si voglia storicamente ricondurla ad una oscura religiosità di un lontano medioevo; la diagnosi, quando vogliamo considerarla autentica e valida, non è che una legittima ricerca della verità, che segni l'inizio di un'intenzione terapeutica, e la "ricerca della salute", lungi da un acritico conato ossessivo, risponde ad una sana aspirazione dell'uomo. La "preghiera" di cui sopra (che tale non è) non si appalesa certo consona ai nostri tempi e, così

espressa, non è in alcun senso difendibile, e penso che nessuno voglia difenderla.

Lo stesso articolo de "Il Giorno" riporta che, già 20 anni fa (e questo lo ricordo), lo stesso Illich sosteneva che la struttura medica è il maggior nemico della salute; questa incattivita sentenza, venata di umori atro-biliari, suona come un insulto alla storia e ad una socialità bene intenzionata ed efficientemente esercitata; da essa possiamo ricavare, perché da un insulto nasca un ammonimento, un invito (nel caso in questione maldestramente posto) alla "struttura sanitaria" che mediti più a fondo sul cammino che sta percorrendo perché, fra tanti meriti e non pochi demeriti, si fortifichi degli straordinari progressi della scienza medica ma non abbandoni le vecchie e non semplici vie che, dai tempi ippocratici, hanno arricchito di nobiltà e autorevolezza (antidoto di autoritarietà) la figura del medico come amico, primo ed ultimo, dell'uomo sofferente.

È un "arte lunga" aveva detto Ippocrate, e lo ripete, nei nostri giorni Giorgio Cosmacini che con tale espressione intitola una sua bella e alta fatica letteraria di storia della Medicina.

Il dolore e la sofferenza (non mi rassegnò ad identificare i due termini) sono, come tutti sappiamo ed esperiamo, espressioni polisemantiche e il discorso su di esse, se mantenuto in linea generica, può creare equivoci ed incomprensioni; si avverte pertanto l'esigenza di stabilire delle categorie del dolore, non certo per creare fragili diaframmi fra le varie tipologie ma per dare ordine al pensiero, se non per creare limiti di credibilità ad alcuni risonanti e ritor-nanti motivi di meschina propaganda sub-politica per cui la Repubblica dovrebbe assicurare il "diritto alla salute", come se un tale diritto potesse mai essere difeso e assicurato al vivente, appunto perché vivente e, alla fine, morituro; evidentemente si equivoca, in buona o non buona fede, con il legittimo e sacrosanto "diritto" alla difesa della salute, quando possibile (ma forse si tratta solo di inettitudine nella scelta terminologica).

Il dolore fisico

Occupava un campo tipicamente affidato alla cura medica: se esistono le condizioni permissive, tale dolore va combattuto e vinto ricorrendo ai mezzi ed alla tecniche che il progresso medico mette

oggi a disposizione. Può essere talvolta un compito arduo che richiede specifiche cognizioni ed incontra difficoltà applicative, ma questo non può giustificare rinunce e nemmeno ritardi e mezze misure.

È vero, come anche ricorda il succitato articolo giornalistico, che occorre superare impedimenti burocratici atti a eliminare sospetti sulla liceità e regolarità dell'opera terapeutica; ma è questo un inciampo della cui opportunità ci dobbiamo rendere conto e che non può fermare o ritardare l'atto medico in una delle sue più alte mansioni in ottemperanza ad un'antica sentenza che ammonisce, in lingua latina, "divinum est sedare dolorem".

Si danno situazioni, in effetti non molto frequenti, in cui il dolore da "sintomo" per il malato che lo soffre diventa "segno" per il medico che lo valuta come spia del processo morboso, condizione questa che può giustificare, in casi particolari, un ritardo nel trattamento analgesico. Il paziente e chi soffre per lui non possono non accettare, se debitamente informati, questa momentanea esigenza ai fini diagnostici.

Argomento spinoso è la valutazione della entità del dolore, valutazione esclusivamente soggettiva e pertanto variabile da malato a malato, in relazione a temperamenti individuali e situazioni ambientali e spirituali. La stessa fisiologia ci dimostra, negli organismi più complessi e più differenziati nella scala evolutiva, non solo meccanismi volti a trasmettere il dolore ai centri della coscienza ma anche a lenire il dolore stesso, tanto che l'analgesia farmacologica parrebbe potenziare quella messa in atto dalla natura; la "morfina" (esogena), a tutti nota, mima morfina endogene, prodotte dallo stesso organismo sofferente, appunto definite come "endorfine".

La tolleranza di fronte al dolore, la sua "soglia" di comparsa e i suoi limiti di sopportabilità hanno sollevato molte discussioni nella difficoltà di affidabili valutazioni quando non hanno dato occasioni ad errori di comportamento, medico ed etico, quasi giustificando l'ironica illazione che "si sopporta bene il dolore degli altri".

Questa insuperabile soggettività introduce l'argomento del dolore minimo, che, di per sé, non giustificherebbe il ricorso a farmaci, argomento talvolta addotto ad accuse contro l'umanità di oggi,

ribelle nei confronti della più insignificante menomazione del proprio benessere. La questione non parrebbe, almeno a giudizio del medico che qui scrive, di grave momento se non nei casi di esasperato e incontrollato consumo di farmaci analgesici, e rimanda, una volta ancora, al buon senso (che non è sempre il senso comune) e al benevolo consiglio del medico, che discrimini caso da caso, in relazione al farmaco richiesto, alla frequenza delle richieste stesse, alla situazione fisica, e soprattutto psichica, del (cosiddetto) sofferente, alle condizioni di lavoro ch'egli deve affrontare, al contesto familiare. Non è il caso di emettere in proposito giudizi generalizzati quando invece si richiede un criterio di personalizzazione; soprattutto non è il caso di negare, a priori e senza discriminazioni, a questa povera umanità che aspira alla distensione provocando solo tensione, quel po' di "nutrimento terrestre" che può rendere la vita più vivibile. E' tanto bello, dopo una sia pur banale cefalea, sentirsene alla fine liberati!

Il dolore morale

Qui il discorso si impenna ed ingarbuglia, dove l'aiuto umano e l'atto medico perdono ogni illusione di semplice definibilità. L'evento più frequente, ma mai scontato, è quello legato al lutto ed al vuoto ch'esso lascia dietro di sé, ma altrettanto atroce, e più direttamente implicante la persona del medico ed il agire e sentire, è la sofferenza di fronte ad una pesante sentenza prognostica ch'egli deve emettere; ed il dolore inferto può colpire, oltre che il malato, quanti gli vogliono bene. Qui il "mestiere di medico", fattosi, in definitiva, "nuncius mortis", si identifica col suo "mestiere di uomo".

Al dolore di morte dovremo più specificatamente ritornare ma qui si innesta il tema, mai esaurito, della "verità" al malato, che tanto ha da condividere con il motivo della sofferenza, problema che non si risolve sulla base di una fredda ragione esercitata da chi sta fruendo e godendo di buona salute ed ama fare l'eroe sulla pelle degli altri, protetto da uno scudo di (insana) indifferenza, eventualmente lasciando dietro di sé, in grazia di un'opportuna fuga, una scia di disperazione. Quando il rapporto col malato grave, e pertanto

sempre sofferente anche se non colpito dal dolore fisico, sia efficiente ed improntato ad amicizia, il medico può trovare i tempi e le vie per una comunicazione che si avvicini il più possibile alla verità o che vi si identifichi, purché venga lasciato uno spazio vasto o ristretto a seconda dei casi, per una residua speranza. Il motivo, quasi musicale, della speranza (ultima dea) ha una vasta estensione ambientale più o meno suadente di chi la esperisce, al supporto degli affetti, al rivissuto di un passato di validi consuntivi di vita e di sentimenti; la speranza può anche varcare i limiti della speranza stessa e percorrere il territorio della religione e del sacro, così come può ridursi e limitarsi, in semplicità, ad un'attesa tutta umana che non sempre è consentito troncarsi in omaggio alla dea ragione, che dea non è. Ma v'è un'altra, e diligente, sottospecie di dolore morale ed è il dolore di chi non avrebbe alcuna ragione per soffrirlo ma, proprio per questo, lo esperisce più crudamente, il dolore di chi non ritrova o non sa ricostruire il proprio intimo ambiente di vita, di chi avverte fratture che non sa ricomporre, quando la vita stessa diventa un male.

Il dolore psichico

Esso segna di sofferenza, talvolta fino all'angoscia o al panico, le cosiddette nevrosi, per non entrare nel terribile recinto delle psicosi e rimanere invece, sperabilmente solo come spettatori, più o meno coinvolti, in quella che è la vita di tutti i giorni. Il dolore psichico o mentale o spirituale, comunque lo si voglia chiamare, non è, o non è sempre, un dolore artefatto, superficiale, quasi sovrainposto; può essere, e spesso è, una sofferenza di fondo, tanto più lacerante quanto più apparentemente immotivata, sconvolgente gli equilibri di vita e di convivenza, per cui si entra nel mondo della "pillola", odiata e richiesta, della psicoterapia e della psicanalisi, pur sempre (anche se non sempre dichiaratamente) terapeutica, in un vissuto di dipendenza, tanto evitata dal terapeuta quanto voluta dal paziente. Che esistano una "moda" della pillola, un compiacimento nel riconoscimento del "complesso", un'infatuazione dello "stress" (in realtà autentica e salda costruzione scientifica, purtroppo inflazionata da chi

non la conosce come tale), quasi un tentativo di riempire un vuoto di vita con detriti di autocommiserazione, tutto questo può essere vero; ma ciò non toglie che esistano anche, e siano forse in crescendo, la sofferenza autentica dello spirito, la dolorosa e talvolta esasperata e disperata ricerca di trovare un “senso” alla vita (“senso” che è insito nella vita stessa), in definitiva uno stato di malattia spirituale che non può essere deprezzata da una facile etichetta di banalità.

L’esperienza del medico, anche nella pratica di una professione di Medicina generale, propone esempi e casistica che non permettono di sottovalutare il fenomeno morboso. E ancora una volta vogliamo restare fuori dal campo delle autentiche psicosi che, col rarefarsi delle istituzioni di ricovero specializzato (limitazione peraltro ben motivata), immettono nel turbine del dolore interi complessi famigliari. La gestione delle nevrosi, specie di quelle larvate e non apertamente e clamorosamente manifeste, non può essere lasciata, tutta e sempre, alle specialità psichiatrica e psicoterapica o alla non protetta sopportazione famigliare; troppe sono le confluenze con la Medicina generale e le richieste di aiuto rivolte al medico di famiglia perché questi non debba, in qualche modo, sentirsi investito e coinvolto nella “cura”, volendo ridare a questo termine l’antico significato (ed ora tradotto nell’inglese “care”, di cui è chiara la derivazione etimologica) di impegnata ed emotiva partecipazione. Ancora una volta la Medicina nella sua fondazione, fin dai lontani tempi e templi asclepiei, ci è di insegnamento ed ammonimento, pur in una luce di conoscenze e realizzazioni del tutto rinnovate; e la Medicina di oggi ripropone e rivendica il valore di queste tradizioni, non fosse altro che per un ritorno alla medicina-medico (per riadottare l’espressione di Balint, maestro nei nostri giorni, per lui da poco tramontati) esercitata dall’opera terapeutica della “parola” quando sia suggerita dalla coesistenza di scienza e coscienza; e non certo per togliere o ridurre iniziative, direttive e responsabilità alla psicoterapia specializzata ma perché il “curante” non si dimentichi di essere tale a pieni titoli e ritrovi la disponibilità a sentirsi vicino alla sofferenza, a qualsiasi categoria essa appartenga,

non occupando spazi ad altri riservati ma assumendo la dinamica della “empatia” quale ci è indicata da quella elementare filosofia che è alla base del nostro essere, o meglio del nostro “esserci”; l’empatia, tutti lo sappiamo, supera e, in un certo senso personalizza la “simpatia” in un sentimento di partecipazione che sollecita ad entrare, prudentemente e sapientemente, nella cittadella interiore del sofferente, rimanendo se stessi perché il dolore, studiato da vicino, meglio possa essere affrontato, se non risolto.

Il dolore della morte (in stato di coscienza)

E’ l’ultimo nel corso temporale della vita, che nel dolore, proprio e altrui, inizia; ma si tratta, nella morte, di un altro tipo di dolore, che batte alla coscienza, non temperato da aspettative di gioia e da motivi, consci od ancora sprofondate nell’inconscio, di speranze esistenziali. La tanatologia o scienza della morte estremo capitolo dell’antropologia, va sempre più interessando la cultura medica e non medica, in proporzione diretta, purtroppo, al disinteresse emotivo ed umanamente assistenziale che nella confondente cornice di esasperazione tecnica, abbandona alla solitudine il morente in fase terminale (“tanto non c’è più niente da fare!”); e il paziente, visitato dalla “signora vestita di nulla” (Pavese), rimane spesso in preda alla paura, all’angoscia, al panico. La cosiddetta agonia (l’ultima lotta perdente della vita) non è sempre limitata agli attimi finali ma può protrarsi per tempi relativamente lunghi, tanto perché il morente, ma ancora vivo e cosciente, abbia tutto il tempo per esperire l’indifferenza umana, mascherata da accorgimenti tecnici e da qualche banale parola morta buttata là di passaggio, possibilmente recepita come ultimo irridente insulto. Mi riferisco – è chiaro – soprattutto alla morte in ospedale, la morte dei nostri tempi; e penso che non pochi medici ospitalieri del presente o del recente passato, ivi compreso chi qui sta scrivendo, ne portino, latente o patente, il sottile pesante rimorso.

Si parla ora, ma con stentato passaggio dalle parole ai fatti, di “Medicina palliativa”, dove, con termine solo vagamente allusivo, si considera proprio la funzione altamente sanitaria in questa

opera di assistenza mentale e spirituale quale accompagnamento negli ultimi dolorosi passi di vita.

Con termine più incisivo e indicativo di funzione si ricorre al neologismo di “ortotanasia”, cioè di un avvio alla morte che, pur sempre emotivamente sofferta (il dolore fisico va comunque, nel limite del possibile, con ogni mezzo, eliminato), sia almeno consolata da un’amica “tecnica” di accompagnamento, tecnica nuova perché batte vie nuove, non percorse dal freddo meccanismo e dall’arido determinismo di molti usuali atti medici (tecniche, queste ultime, che Gadda avrebbe espressivamente scritto col duro “K” al posto del più morbido “C”); l’ortotanasista è almeno nelle intenzioni formative, un esperto di “cose” dello spirito, capace di suscitare, appena sia possibile, con parole, atti e fatti e persino con comunicativi silenzi, echi profondi e sensi di conforto, anche tramite mezzi semplici, risvegli di lontani ricordi, letture suasive, ricoloriture della morte, sia rivelate da una religione che presentate da una letteratura ricca e forte in argomento, in sintesi un’offerta di tutti quegli accorgimenti che una cultura specificamente elaborata, una sensibilità attivata dall’esperienza ed una autentica intenzione di aiuto possano suggerire. È implicito che va eliminata ogni funzione banalmente apostolica, funzione che non sarebbe moralmente concessa dalla ineliminabile asimmetria fra assistente ed assistito. Il termine di Medicina palliativa è nuovo, ma nuovi del tutto non sono il concetto etico ed il substrato cognitivo che danno significato e forza a tale opera assistenziale; infatti già nel 1905, a Londra, veniva fondato il “St. Joseph’s Hospice”, ancora attivo, per iniziativa delle cattoliche “Sorelle della Carità”, che a questo preciso scopo, assegnava 30 letti ai morenti poveri. Ma lo scopo dell’Istituzione non è stato nel nostro presente ben compreso, e quello dello spirito animatore ha addirittura segnato un regresso, mascherato dal trionfo tecnologico; e tuttavia la cultura di oggi ci ripete che il dolore della morte attesa e vicina, se non si può guarire, si può almeno curare, così come si può tentare di lenire la “agonia emotiva” e l’angoscia di solitudine di quest’ultima battaglia di vita.

L’opera dell’“ortotanasista”, che ha, a sua volta, approfondito la cognizione e la cultura della

morte, non vuole essere velleitaria sull’onda dell’entusiasmo ma scientificamente organizzata, colta, responsabile, approfondita nei suoi contenuti ed espressiva nei suoi atti assistenziali. Non è qui il caso di scendere a dettagli sulla tematica e sulla problematica dell’ “ortotanasia” e della “Medicina palliativa” (ora riportata alla ribalta della lunga agonia che tristemente caratterizza, in molti casi, l’AIDS); per una più specifica e vissuta cognizione dell’argomento si può ricorrere, fra l’altro, allo studio scientificamente condotto da Zapparoli e Adler Segre (“Vivere e morire”, Ed. Feltrinelli – 1997) che vi approfondono forti apporti di conoscenza ed esperienza; ma, come sentenziava la filosofica saggezza di Epitteto, “Vivere è costituito da altro che dai libri”; e tanto più lo è il morire. Quello che di bene il medico, o chi con lui o per lui opera, avranno fatto per accostarsi a questi momenti di dolore, lo avranno fatto, in definitiva, per se stessi.

Si dice e si ripete la triste e rattristante (perché spesso verace) espressione che “l’uomo è lupo all’uomo” (homo homini lupus), né so chi l’abbia detto per primo (trascurando di chiedere scusa al lupo); ma un altro uomo (e questo so chi è: Seneca) ha anche lasciato scritto, in ragione di una sua alta filosofia (stoica) e non certo di un pensiero cristiano, se non precorritore, che “l’uomo è sacro all’uomo” (homo res sacra homini).

Avevo iniziato queste poche note sul dolore umano con un pensiero di Marco Aurelio (sia pure inserito fra parentesi), e termino con un’altra espressione di questo imperatore romano, eccelso nell’antica storia e nella filosofia stoica: “non stancarti di essere utile a te stesso con l’essere utile agli altri”.

da “la Ca’ Granda” n° 1-2/1999

Cronache amministrative

primo trimestre 2004

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 scientifica

- progetti a concorso 2004 di cui alla deliberazione del 28.11.2003: assegnazione di 21 borse di ricerca;
- ricerca corrente 2003: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di dieci borse di ricerca;
- ricerca corrente 2004: borse di ricerca istituite con deliberazione n. 277 del 24.11.2003: approvazione dei verbali di concorso e conseguente assegnazione di 138 borse di ricerca;
- istituzione dell'Ufficio formazione e aggiornamento dell'Ospedale;
- ulteriore contributo di Euro 4.000,00 da parte della ditta Bayer Biological srl per il progetto di "valorizzazione della ricerca dell'Ospedale Maggiore di Milano - Policlinico";
- consorzio per la ricerca prevenzione e cura delle malattie endocrino-metaboliche;
- assegnazione di fondi destinati all'acquisto di strumenti a supporto della ricerca per l'anno 2004.

b - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- approvazione del progetto preliminare "La trasformazione dell'attuale biblioteca della direzione scientifica in centro culturale e di formazione e modifica della struttura del quadro economico generale dell'intervento";
- concessione di patrocinio a: "Master in comunicazione della salute e delle scienze mediche" (marzo 2004); "Corso biennale sulle malattie demielinizzanti" e convegno sulla sclerodermia (6/3/2004);
- convenzione di tirocinio con il consorzio CON. E. DIS. S.C.A.R.L. per lo svolgimento di corsi di formazione per operatore socio sanitario;

- convenzione con gli Istituti clinici di perfezionamento per il monitoraggio ambientale delle sale operatorie e monitoraggio biologico dei lavoratori esposti a gas anestetici;
- approvazione della convenzione tra l'Ospedale Maggiore di Milano (IRCCS) e l'A.T.M. per la sponsorizzazione reciproca in occasione degli incontri dedicati al tema "La salute: parliamone insieme";
- rinnovo della convenzione tra l'Ospedale Maggiore di Milano e l'Azienda ospedaliera Ospedale San Paolo di Milano per l'espletamento del tirocinio pratico degli studenti del Corso di diploma universitario per tecnico sanitario di radiologia medica in applicazione dell'accordo attuativo con l'Università degli Studi di Milano;
- decreto legislativo 17.5.1995 n. 230: adozione del "regolamento di radioprotezione". Norme interne di protezione e sicurezza.

c - unità operativa approvvigionamenti

- indizione di trattativa privata per l'acquisizione di diverse apparecchiature da installare presso il pad. Zonda, reparto degenza 1° e 2° piano e camere operatorie;
- trattativa privata diretta per l'acquisizione di apparecchiature di monitoraggio e ventilazione originali Drager e Siemens da installare presso le nuove camere operatorie del pad. Zonda: aggiudicazione;
- pubblico incanto per la fornitura in "service" di un sistema diagnostico per chimica clinica (substrati, enzimi, elettroliti e proteine specifiche), comprendente l'apparecchiatura in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti (compresi reagenti ausiliari), calibratore/i, diluenti materiale di controllo, materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: approvazione del verbale di gara ed aggiudicazione provvisoria;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di: sodio cloruro per il funzionamento dell'osmosi inversa e addolcitori (un anno); pipette diverse di marca Eppendorf e Gilson e relativo materiale di consumo (due anni); terreni di coltura pronti all'uso in piastra e in provetta (aggiudicazione); materiale per sterilizzazione (tre anni);
- pubblico incanto per la fornitura di dispositivi per servoassistenza respiratoria per tre anni: approvazione del verbale di gara e aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di sacche con soluzione di icodestrina per trattamenti dialitici peritoneali domiciliari automatizzati (APD) per un anno: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: sacche per nutrizione enterale da 2000 cc e per infusione parenterale da 5000 cc (periodo gennaio 2004 - agosto 2006); siringhe e kits per iniettori angiografici (per un anno): aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: dispositivi diversi per ortopedia/traumatologia; tappeti decontaminanti ad azione battericida (per un anno); fattori della coagulazione diversi (per il 2004); dispositivi per la determinazione del tempo di emorragia Simplate originali Biomerieux; generatori di tecnezio 99 m a secco e a umido, tallio 2001 cloruro e gallio 67 citrato, (per tre anni);
- trattativa privata diretta per la fornitura di: materiale originale Dideco per apparecchiature autotrasfusione ed emorecupero: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata diretta per l'acquisizione di: un aggregometro bicanale a luminescenza originale Chrono-log da installare presso l'unità operativa medicina interna 2 - laboratorio emocoagulazione, via Pace; e due centrifughe per la centrifugazione delle donazioni di sangue intero da installare presso l'U. O. Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, padiglione Marangoni;
- trattativa privata diretta per la fornitura di: materiale originale Kodak per il servizio di fisica sanitaria e assistenza tecnica apparecchiature in dotazione ai pazienti in trattamento dialitico domiciliare (per due anni); aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: materiale diverso e strumentario chirurgico (per un anno) per l'U. O. di Oculistica; nastri per suture e telini per incisione, sterili, per un anno; dispositivi medici per clisma opaco (per due anni); arredi

- diversi per la nuova segreteria-refertazione padiglione Sacco;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di strisce reattive multiple e relativo analizzatore per esame chimico-fisico delle urine, per tre anni: aggiudicazione;
- pubblico incanto per la fornitura di dispositivi per la chirurgia della grande obesità per tre anni;
- proroga del pubblico incanto per la fornitura di materiale di consumo in tessuto non tessuto (TNT) sterile e non sterile a tutto il 29.02.2004;
- trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'U. O. otorinolaringoiatria: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di dispositivi per l'U. O. chirurgia generale ad indirizzo toracico;
- licitazione privata per la fornitura di materiali d'uso per trattamenti dialitici peritoneali domiciliari automatizzati (APD) con relative apparecchiature in comodato d'uso, per due anni: aggiudicazione definitiva;
- trattativa privata per la fornitura di terreni di coltura in provetta: indizione di nuova gara;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiali per ossigenoterapia per un anno;
- trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'U. O. S. emodinamica del padiglione Sacco: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di impianti cocleari a carattere di unicità per l'U. O. di otorinolaringoiatria, padiglione Moneta;
- rinnovo abbonamenti alle riviste medico-scientifiche e tecnico-amministrative per il 2004.

d - ufficio marketing sanitario

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda per l'esecuzione di prestazioni di consulenza radioterapica e l'effettuazione di radioterapie a favore di pazienti oncologici dell'Ospedale Policlinico;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neuroradiologica diagnostica ed interventistica a favore dei pazienti dell'Istituto Giannina Gaslini (Genova): rinnovo per l'anno 2004;
- convenzione con l'Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta" per prestazioni di consulenza urologica.

e - unità operativa funzioni tecniche

- spese correnti in economia per il 2004 per manutenzione: di apparecchiature ed impianti termomeccanici; apparecchiature e impianti elettrici; edile; apparecchiature medico-scientifiche e per acquisto di articoli tecnici.

f - unità operativa sistemi informativi e informatici

- aggiudicazione di pubblico incanto per l'affidamento del servizio di gestione automatizzata delle procedure per l'amministrazione economica e previdenziale del personale dipendente dell'Ospedale;
- aggiudicazione di licitazione privata per l'affidamento del servizio di manutenzione di personal-computer e periferiche dell'Ospedale;
- trattative private e aggiudicazione per l'acquisizione di personal computer, stampanti, software e servizi di installazione.

g - servizio Beni culturali

- convenzione con il consorzio scuole lavoro di Milano S.C.A.R.L. per lo svolgimento di attività di tirocinio presso il servizio Beni culturali dell'Ospedale.

h - contributi e beneficenza

Sono giunte all'Ospedale Maggiore le seguenti donazioni:

- per l'unità operativa geriatria attrezzature varie dalla ditta Rhifim Spa;
- per l'unità operativa di nefrologia un monitor per dialisi Gambro AK 200 ultra S dalla Gambro Spa;
- per l'unità operativa Centro trasfusionale e immunologia dei trapianti: una centrifuga per micropiastre dalla Immucor Italia Spa; dall'Associazione "il Sangue" apparecchiature informatiche, un congelatore ultrafreezer, apparecchiature varie, un gel Doc 2000-Gel Documentation System e vari impianti di condizionamento.

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