



# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,  
mangiagalli e regina elena - anno XLVII - n. 1 - 2006

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,  
mangiagalli e regina elena - anno XLVII - n. 1 - 2006

## *sommario*

pagina

Ai lettori .....	1
La Geriatria nell'Ospedale Policlinico ..... intervista di <i>Sara Casati</i> a <i>Carlo Vergani</i> .	2
La cura del malato - Il mondo dell'anziano ..... <i>Marco Ferretti</i>	7
Come si trasformano e trasformano i processi formativi in una prospettiva partecipativa ..... <i>Luciano Vettore</i>	10
Il cambiamento del rapporto medico-paziente negli ospedali: il modello milanese ..... <i>Vittorio A. Sironi</i>	17
Fra Serendipity ed "effetto Hawthorne" il difficile percorso del clinico che vuole essere "anche" ricercatore ..... <i>Andrea Finzi</i>	22
Asterisco .....	26
La professione infermieristica oggi: per non restare mai senza "nuovi" obiettivi ..... <i>Marisa Cantarelli</i>	27
Tra moda e rivoluzione: la Lombardia nel 1848 ..... <i>Cristina Cenedella</i>	31
La chiarezza ..... <i>Antonella Cremonese</i>	35
Asterisco .....	36
Un inaspettato giacimento di sapere: la Biblioteca dell'Istituto ostetrico ginecologico "Luigi Mangiagalli" ..... <i>Laura Vecchio</i>	37
Recensioni ..... <i>Elisabetta Zanarotti Tiranini, Mario Mantero, Maurizio De Filippis</i>	40
<b>Dal Passato</b> - La verità al malato ..... <i>Alberto Crespi</i>	46
Cronache amministrative .....	50

### *La copertina*

Dal chiostro secentesco nel cortile richiniano della Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi, un bellissimo... "fiore primaverile".

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Attività e programmi culturali della Fondazione.

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'anziano, in molti casi ancora il "grande sconosciuto". L'anziano, che forse inconsapevolmente ha condizionato e condiziona le nostre politiche sociali e sanitarie, ha però nel tempo acquisito consapevolezza della sua specificità, richiede attenzione, comprensione, cure particolari e "obbliga oggi, con la sua 'diversa' normalità, a un ripensamento dei contesti che promuovono la salute e a un nuovo modo di fare medicina". Dichiarazioni del prof. Carlo Vergani, direttore dell'Unità Operativa di Geriatria, nell'intervista di Sara Casati in apertura del fascicolo.*

*"La cura del malato - Il mondo dell'anziano". Una lezione professionale e di vita già nel titolo, e chiara la disponibilità del dott. Marco Ferretti nella sua quotidiana opera ospedaliera: la partecipazione umana al vissuto dei "suoi" malati prima nell'esperienza ambulatoriale, di corsia e di pronto soccorso, quindi nell'"incontro" voluto con l'anziano, nella conoscenza della sua realtà sofferta, non di rado incompresa, che continua.*

*Il dott. Luciano Vettore, medico internista con una lunga esperienza di formatore, con profondità ci prospetta quale sfida attuale per tutti gli attori della salute, dai professionisti ai cittadini, un'educazione che richiami ciascuno a partecipare attivamente ai processi di cura, così come al cambiamento dei propri stili di vita.*

*Il paziente oggi, il medico oggi e nell'ospedale di oggi, in una società sempre più multi-etnica con esigenze ed esperienze diverse, sollecitano il richiamo sul sempre attuale rapporto medico-malato. Una visione clinica, un approfondimento storico, competenza ed esperienza vissute a lungo sul malato stimolano alla conoscenza delle riflessioni e conclusioni del prof. Vittorio Sironi, con particolare interesse per noi qui, in quanto esemplarmente egli scrive del "modello milanese".*

*Un esame approfondito e vissuto con gli interrogativi che la situazione medico-ospedaliera e universitaria comporta oggi nello scrupolo di offrire al malato ciò che egli essenzialmente chiede (rapide diagnosi, cura, guarigione) e tuttavia giustifichatissimo "impegno-desiderio" di consentire a sé tempi e mezzi per un apporto personale di studio e ricerca nel quotidiano, sono dichiarata leale amarezza nelle considerazioni del dott. Andrea Finzi. E, tuttavia, amore per la professione e fiducia nella scelta dopo anni di provata esperienza divengono autoinvito a persistere non soltanto per sé.*

*Marisa Cantarelli ha affrontato più volte nella nostra rivista il problema della professione infermieristica in Italia. Qui esamina lo stato della ricerca e, con la competenza che le è propria, illustra l'evoluzione storico-sociale della professione fino all'istituzione della laurea specialistica in scienze infermieristiche (2004) con il commento, le riflessioni, gli interrogativi dei tempi successivi e degli attuali.*

*Riferimenti storici lombardi, e specificamente milanesi, ancora una volta (sia pure "di confine") nei ritratti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio. Cristina Cenedella si ferma sulle ragioni giustificate della moda (abbigliamento, decorazioni e manifestazioni pubbliche) negli avvenimenti storici del 1848. L'occasione le consente di richiamare l'attenzione su alcuni quadri e personaggi legati ai nostri due Enti.*

*Una bella pagina di Antonella Cremonese sulla "chiarezza". Anche questa volta una piacevole lettura quasi invito a pensare, a conversare (come già per "la convivenza" e per "il silenzio" dei fascicoli precedenti) sul valore autentico di concetti base del nostro vivere e che invece... "passano" nel quotidiano.*

*Compie cento anni la biblioteca dell'Istituto ostetrico ginecologico Luigi Mangiagalli, medico-scientifica culturale e sociale, che attende di essere riscoperta e valutata nella sua complessità. Ne scrive per noi Laura Vecchio.*

*La verità al malato, argomento-problema sempre presente, dibattuto in occasioni diverse e in particolare nel nostro mondo della sofferenza, qui portato a noi nella sua complessità e delicatezza dal prof. Alberto Crespi (rivista "l'Ospedale Maggiore", n.2/1999) **Dal Passato.***

*Le solite rubriche e riferimenti culturali chiudono il fascicolo.*

*Dall'Ospedale Policlinico: ricerca, cura, assistenza.*

*La rivista individua nel nostro Policlinico Unità Operative, realizzazioni di lunga data, esempi di scelta indovinata che richiamino attenzione, che una volta di più attestino la presenza di valori reali, scientifici, umani e inducano alla costanza, all'ottimismo.*

*In questo numero la Geriatria.*

## *La Geriatria nell'Ospedale Policlinico*

SARA CASATI intervista CARLO VERGANI, direttore dell'Unità Operativa di Geriatria

### ***Come è nata la sua scelta di optare nell'Ospedale e nell'Università per la Geriatria?***

Ho optato per la Geriatria venti anni fa contro il parere di molti colleghi. La Geriatria era vista come una sorella minore della Medicina interna, una disciplina senza contenuto specifico, considerata una zona di passaggio verso qualifiche più prestigiose. Ho fatto quella scelta senza ritorno, bruciando i vascelli, perché mi rendevo conto che stava emergendo un nuovo protagonista, l'anziano, con i suoi segreti da interpretare e le sue potenzialità negate. Mi rendevo conto che questo soggetto, che oggi condiziona le politiche sociali e, in particolare, le politiche sanitarie, era un grande sconosciuto e che i protocolli clinici e gli standard di riferimento erano inadeguati per interpretarne il bisogno. Per prendersi cura della persona in età avanzata era necessario ripartire da lei, fuoriuscire dagli schemi consueti.

### ***Perché l'anziano è diventato un interlocutore ineludibile nella società e nelle pratiche di cura e di assistenza?***

L'invecchiamento della popolazione è un processo intenso e progressivo. Nel corso del secolo scorso gli anziani sono passati dal quattro per cento al venti per cento della popolazione generale e sta arrivando l'ondata del baby boom della metà del Novecento. Oggi un italiano su cinque ha più di 65

anni e si prevede nei prossimi anni una grande espansione degli ultraottantenni che già ora rappresentano il 24 per cento degli anziani. Stiamo imparando ad interagire con una vera e propria ondata demografica, un fenomeno che si impone con forza, la forza delle cose. Una visione prospettica della nostra società non può prescindere dalla transizione demografica.

### ***In particolare, che cosa ha motivato in lei il passaggio in una branca della medicina ancora tutta da esplorare?***

Mi interessava indagare le basi biologiche della speranza di cui hanno bisogno gli anziani per vivere e volevo capire il loro bisogno. L'anziano obbliga con la sua specificità, con la sua diversa normalità ad un ripensamento dei contesti che promuovono la salute, ad un nuovo modo di fare medicina.

### ***Cosa intende per diversa normalità dell'anziano?***

Il processo biologico dell'invecchiamento comporta la perdita di strutture e funzioni dell'organismo. Questo cambiamento configura una normalità dell'anziano diversa da quella del giovane. Giuseppe Pontiggia diceva che noi tutti siamo diversi gli uni dagli altri e che accettare la diversità dei normali è più difficile che accettare la diversità dei diversi. Accettare la diversità dei normali è il prerequisito per operare scelte adeguate. Molti anziani sono por-

tatori di una o più malattie croniche che causano dolore e disabilità. Tuttavia, secondo l'Istat, il 40 per cento degli ultrasessantacinquenni dichiara uno stato di salute buono o molto buono pur in presenza di compromissione fisica perché salute nell'anziano non significa assenza di malattia. Gli acciacchi, la convivenza con la malattia cronica, si relativizzano se l'ambiente in cui l'anziano si muove è favorevole. Nel vissuto personale assumono un notevole significato lo stato psico-affettivo positivo e i rapporti sociali. Tutto ciò non può essere trascurato quando l'anziano si rivolge all'Unità Operativa di Geriatria o all'Ospedale, soprattutto al Pronto Soccorso, dove esprime bisogni nascosti che spesso non hanno niente a che fare con lo stato fisico.

### ***L'incontro con un soggetto anziano fa allora emergere una multidimensionalità dello stato di salute e di malattia?***

Si parla di "paradosso della disabilità": sto bene pur essendo ammalato, quando il mondo che mi circonda mi riconosce. Già nel 1988 il Consiglio d'Europa parlava della salute come di un "bene instabile che bisogna acquisire, difendere e ricostruire costantemente durante tutto l'arco dell'esistenza". L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001 ha indicato tra i fattori determinanti per lo stato di salute o malattia i fattori contestuali, ambientali (il luogo di vita e di lavoro, i servizi sociali, le agenzie governative, i trasporti, le regole formali e informali, le ideologie prevalenti) e personali (l'età, il sesso, la scolarità, gli stili di vita, le abitudini, il livello sociale). Costruire un percorso di prevenzione, cura ed assistenza per una persona in età avanzata significa tenere presente questa multidimensionalità.

### ***Come avete costruito questo percorso personalizzato di cura per l'anziano?***

L'anziano ha caratteristiche fisiologiche che condizionano l'approccio clinico: è portatore di più malattie che spesso interferiscono fra loro e ne modificano la sintomatologia, è spesso in terapia con più farmaci che possono essere causa di reazioni avverse, ha una fragilità di base e una minor capacità di compenso nei confronti degli stress destabilizzanti. L'anziano, dice Piero Ottone, è come un fortino assediato dalla malattia, dalla soli-

tudine, dalla povertà. A Milano un terzo degli anziani vive solo e un anziano su quattro percepisce una pensione che lo colloca al di sotto della soglia della povertà.

L'anziano ha perciò bisogno di una valutazione globale e di una assistenza continuativa nelle istituzioni e sul territorio: l'ospedale non è più una monade isolata dal resto del sistema ma deve fungere da collante tra sé ed i servizi territoriali, assumendo un ruolo strategico nell'organizzazione socio-sanitaria per l'anziano.

Quando l'anziano viene ricoverato in day hospital o in degenza ordinaria presso l'U.O. di Geriatria si procede, con il coinvolgimento anche del medico di famiglia, alla stesura di un piano personalizzato per la dimissione protetta così da stabilire una continuità di cura. Al reparto di degenza dell'U.O. di Geriatria del Policlinico vengono trasferiti anziani ricoverati direttamente dal Pronto Soccorso e anziani stabilizzati, non più bisognosi di terapia intensiva, provenienti dalla Medicina d'urgenza. Si riduce in tal modo l'occupazione di letti nella Medicina d'urgenza che si rendono disponibili per il Pronto Soccorso.

### ***Ha trovato resistenze nella costruzione di questi percorsi che rispondono al bisogno dell'anziano?***

Oggi la medicina è per lo più particolaristica, ancorata ad una visione cartesiana che considera l'organismo un orologio di precisione: è alla ricerca della *magic bullet* che risolve la singola malattia. Ha poco a che fare con il vissuto personale. Assistiamo ad una crisi del paradigma medico-biologico che non è in grado di interpretare il bisogno globale dell'anziano. Basti pensare che su 13.739 anziani presentatisi al Pronto Soccorso del Policlinico nel 2004 solo il 32 per cento è stato ricoverato perché affetto da patologia acuta: l'Ospedale, il punto di approdo per anziani che non trovano altrove luoghi di riferimento, non può disinteressarsi e mandare a casa gli altri due terzi.

### ***Ha trovato obiezione tra i suoi colleghi?***

L'obiezione dei colleghi sostanzialmente è: "Ma noi non siamo assistenti sociali". In età avanzata si muore anche di solitudine e di crepacuore: la ricerca indica, per esempio, che quando un anziano viene ricoverato in ospedale il suo coniuge, nei sei



mesi successivi al ricovero, rischia la morte due-tre volte di più rispetto al coetaneo che non ha patito lo stesso evento.

È mai possibile che tutto ciò passi inosservato e non preoccupi il medico? In Italia sei medici su dieci sono specialisti che curano la patologia del singolo organo o apparato, spesso non interessati ad una visione globale della persona.

***In definitiva la relazione di cura e di assistenza all'anziano obbliga ad un ripensamento della medicina?***

L'assistenza all'anziano si avvale delle procedure proprie della medicina della complessità, che prende in considerazione il vissuto personale, che non fornisce linee guida o protocolli precostituiti e che privilegia la medicina del territorio. Diversamente dalla medicina dell'evidenza, che si basa sul sapere e il saper fare e che risolve il fenomeno semplice, la medicina della complessità prende in considerazione non solo la malattia ma anche "il problema" della persona. In questo caso il medico non dispone di procedure predefinite e deve confrontarsi con tutte le figure che hanno a che fare con la cura continuativa, dal Medico di famiglia al familiare, dal volontario all'assistente sociale, senza trascurare le istituzioni.

Non è un caso che anche la Società Italiana di Medicina Interna, la SIMI, si sia recentemente confrontata con la necessità di contrastare la parcellizzazione della pratica medica e che spinga verso una visione unitaria della persona. Ovviamente i geriatri sono in prima fila. Ma la formazione professionale e l'abitudine rallentano tale evoluzione. Mark Twain diceva che "l'abitudine non la si può buttare dalla finestra; se mai la si può sospingere giù dalle scale, gradino per gradino". L'importante è muoversi, superando l'inerzia del sistema.

***Torniamo un po' alle origini di questa esperienza: come si elaborò il progetto di un reparto per gli anziani all'interno del Policlinico?***

Il forte flusso degli anziani ha motivato l'istituzione di un'Unità Operativa autonoma di Geriatria nel 1992. Come direttore della Cattedra di Gerontologia e Geriatria dell'Università degli Studi di Milano mi trovai a dirigere la neonata

Unità Operativa che è anche sede di insegnamento perché è frequentata dagli iscritti alla Scuola di specializzazione in Geriatria e al dottorato di ricerca in fisiopatologia dell'invecchiamento. In seguito il generoso contributo di molti privati e la partecipazione di AGER, Associazione per la ricerca geriatrica e lo studio della longevità di Milano, permisero la ristrutturazione degli spazi che ospitano l'ambulatorio, il day hospital e il laboratorio di ricerca.

***Ci racconti del giorno dell'inaugurazione dei nuovi spazi.***

L'inaugurazione è avvenuta il 24 ottobre 1998 alla presenza del cardinale Carlo Maria Martini, del sindaco Gabriele Albertini, del commissario straordinario Daniela Mazzuconi, del rettore dell'Università degli Studi professor Paolo Mantegazza. Alla tavola rotonda, tenutasi nell'Aula Magna dell'Università, in occasione dell'inaugurazione, hanno partecipato Giuseppe Pontiggia, Giovanni Raboni e Arrigo Levi. Proprio Pontiggia ci suggerì parlando della "diversità dei normali". Levi ha parlato di un'età che comporta una "nuova libertà" perché affrancata dal bisogno di dover fare e di dover apparire, un'età che consente, secondo Raboni, di fare "le cose supremamente gratuite e quindi le cose più importanti della vita".



Il cardinale Carlo Maria Martini, il sindaco Gabriele Albertini, il commissario straordinario Daniela Mazzuconi, il rettore dell'Università Paolo Mantegazza e il direttore dell'U.O. di Geriatria Carlo Vergani, il giorno dell'inaugurazione.

***Come avete progettato ed organizzato questa nuova Unità Operativa?***

L'U.O. di Geriatria si avvale dell'ambulatorio, del day hospital e del reparto di degenza. Annesso all'U.O. vi è il laboratorio di ricerca. Abbiamo pensato, innanzitutto, ad un percorso riservato ai due anziani su tre che, presentatisi in Pronto Soccorso, non vengono ricoverati. Nell'astanteria di via Sforza ci sono due medici geriatri che danno l'appuntamento per una visita ambulatoriale da effettuare presso l'U.O. di Geriatria entro due o tre giorni. In tale modo l'anziano non viene abbandonato a se stesso e si interrompe il ricircolo domicilio-ospedale-domicilio che peraltro sovraccarica il Pronto Soccorso. Si stima che il 25 per cento degli anziani dimessi dal Pronto Soccorso vi faccia ritorno entro i primi tre mesi dalla dimissione. Il motivo per cui accedono nuovamente al Pronto Soccorso è sempre lo stesso, non riconosciuto e risolto.

***Ci può accompagnare nel vostro ambulatorio, farci comprendere cosa accade ad una persona che si rivolge a voi?***

In ambulatorio viene organizzato il "pacchetto aging" che assembla i dati clinici e i dati ambientali utili per programmare l'assistenza integrata socio-sanitaria. Gli anziani vengono sottoposti a visita geriatrica e ad esami ematochimici e strumentali. Tra gli esami strumentali, qualora se ne ravvisi la necessità, sono previsti l'elettrocardiogramma dinamico, il monitoraggio continuo della pressione arteriosa, l'ecocardiogramma, l'ecografia parenchimale, l'endoscopia digestiva che utilizza una strumentazione ad hoc per l'anziano, la spirometria, l'ecocolordoppler arterioso, la somministrazione di test neuropsicologici. Tutti gli esami vengono eseguiti in sede, percorrendo un tragitto diagnostico che prende in considerazione i settori più facilmente compromessi nell'anziano. Nell'ambulatorio è attiva anche una Unità Valutativa Alzheimer (UVA). Consulenze specialistiche vengono effettuate dall'urologo, dal neurologo, dal cardiologo, dal dermatologo e dallo psichiatra, presenti periodicamente all'interno della struttura. Non è l'anziano che si muove ma è la struttura che si muove attorno all'anziano. Gli accertamenti che non vengono effettuati in sede (risonanza magnetica nucleare, tomografia

ad emissione di positroni ecc.) vengono programmati ed eseguiti presso i reparti competenti all'interno dell'Ospedale ove la persona anziana viene accompagnata. Alla fine dell'indagine viene scritta per il medico curante una lettera che evidenzia il residuo funzionale dell'anziano e la tipologia del bisogno assistenziale, che fornisce il consiglio terapeutico e indica il follow up.

***Le problematiche degli anziani hanno modificato l'organizzazione del personale?***

La valutazione multidimensionale, che prende in considerazione contemporaneamente la condizione fisica, lo stato psicoaffettivo e l'interazione sociale, ha richiesto il passaggio da un rapporto medico-soggetto ad un rapporto team multiprofessionale-soggetto. Noi abbiamo messo a punto uno strumento per la valutazione multidimensionale dell'anziano (il "Diagramma polare", disponibile anche su un sito web ed utilizzato dalla Regione Toscana per un programma speciale del Ministero della Sanità) e abbiamo organizzato una équipe che comprende il geriatra con il medico specializzando, l'assistente sociale e l'infermiere. I componenti dell'équipe svolgono un ruolo paritetico nella formulazione del piano personalizzato. Fanno parte dell'équipe anche i volontari Antea, l'Associazione nazionale terza età attiva della F.N.P. Cisl, che affiancano gli anziani, li intrattengono, sbrigano alcune formalità, li trasportano in e dall'Ospedale e forniscono teleassistenza.

***Qual è la vostra relazione ospedale-territorio?***

All'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano più della metà dei degenti sono anziani. Come ho detto, per gli anziani dimessi dal reparto dell'U.O. di Geriatria viene organizzata, con la partecipazione del medico di famiglia, dell'assistente sociale e dell'infermiere, la "dimissione protetta" con la stesura di un programma di assistenza sul territorio che prevede, a seconda del bisogno, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), la riabilitazione e il passaggio in struttura residenziale.

Il prendersi cura dell'anziano non si esaurisce nel guarire la polmonite. Significativo, torno a ripeterlo, è il disagio espresso in Pronto Soccorso dai due anziani su tre che non vengono ricoverati. Sono i cosiddetti "codici bianchi" o "codici verdi". Una

indagine della Società Italiana di Medicina d’Emergenza e Urgenza evidenzia che il 25 per cento delle persone che si presentano in Pronto Soccorso sono “codici bianchi”, il 58 per cento sono “codici verdi”; in entrambi i casi si tratta di persone che non necessitano di una valutazione medica urgente. In particolare sono “anziani con patologie croniche e multiple che arrivano al Pronto Soccorso più per problemi assistenziali che per emergenze mediche”. Come vede, il compito del geriatra in ospedale è importantissimo. Non si riduce certamente all’organizzazione del trasferimento in strutture di lungo degenza dei pazienti che occupano un posto letto e che non possono tornare a casa.

### ***Bisogna trasformare il compito dell’ospedale?***

L’ospedale si rende conto che avrà sempre più a che fare con malati cronici da inserire in un sistema assistenziale. Non solo la transizione demografica ma la stessa medicina crea malati cronici. In Italia ogni anno si registrano più casi di scompenso cardiaco che di eventi coronarici acuti. Ci sono anche aspetti di carattere economico da rivedere. Per esempio, il *fee for service*, il DRG, non ha senso per la

cura dell’anziano portatore di polipatologia. La valutazione multidimensionale e la costruzione di una dimissione protetta comportano un impegno diverso da quello richiesto da una prestazione per un soggetto giovane, per cui la remunerazione non può essere la stessa.

### ***Concludendo, cosa suggerisce per un corretto approccio all’anziano?***

Due cose. È necessario che i medici non si facciano irretire dalla medicina dell’evidenza che mira alla soluzione del fenomeno semplice e che trascura il vissuto personale. Bisogna affiancare la medicina della complessità secondo la quale l’insieme è più importante delle singole parti.

È necessario, inoltre, promuovere i servizi sul territorio integrando l’assistenza sanitaria con quella sociale. L’anziano ha bisogno di un unico sportello di entrata a cui possa rivolgersi. E l’ospedale deve interfacciarsi con il territorio.

### ***Cambiarebbe la sua scelta iniziale?***

No. L’importante è fare passi, non importa se piccoli, nella giusta direzione.



I medici, le infermiere e i collaboratori dell’Unità Operativa di Geriatria.



# *La cura del malato*

## *Il mondo dell'anziano*

MARCO FERRETTI

Come avviene per tutti noi in occasione di una ricorrenza importante, il primo decennale trascorso nell'Unità Operativa di Geriatria mi induce a riflettere sugli incontri e sui valori che sto vivendo in questo arco di vita ospedaliera.

Tralascio la lista di dati demografici e sociologici che di solito irrobustisce queste relazioni perché i grandi numeri e le percentuali sono certamente importanti, ma scorrono con una monotonia freddina che stenta a coinvolgermi. Preferisco fissare l'attenzione sulla varietà dei vissuti soggettivi dei singoli pazienti, occuparmi del momento pratico delle loro vicende mediche, vivere gli aspetti caldi e quotidiani delle umane relazioni fra medici, pazienti e familiari: è lì che colgo il senso del mio agire professionale. Io voglio tradurre in un'attività integrata e aggiornata la sapienza proveniente da concezioni diverse della Medicina: chi sostiene che la sua essenza sia un'arte antica dalle radici remote, chi la concepisce come una rigorosa e solida tecnica figlia della modernità, chi la interpreta lievemente come una prassi sempre flessibile. In dosi variabili a seconda delle circostanze, tutto questo trova posto nel bagaglio culturale del medico che voglia prendersi cura di un'altra persona. Non è facile sapersi adattare alla variabilità delle circostanze, tanto più quando si è alle prese con i problemi della vecchiaia. Infatti, finché ci si limita all'età adulta la diluizione convenzionale della singolarità di ogni persona nelle stime statistiche può risultare utile; ma quando ci si riferisce alla vecchiaia, il vantaggio di questo metodo svanisce perché con il passare del tempo le influenze della personalità, del carattere, degli accadimenti personali e sociali si accentuano e si ravvivano mille diversità ineludibili. L'esperienza della cura agli anziani insegna che nella realtà non esiste l'anziano medio, quello trattabile secondo schemi già pronti. Ci si accorge che con questi soggetti i protocolli non funzionano bene e le soluzioni standardizzate zoppicano, mentre le cose cominciano a

migliorare quando l'approccio ai problemi medici e sociali di una persona in età senile viene personalizzato e calibrato di volta in volta con pazienza.

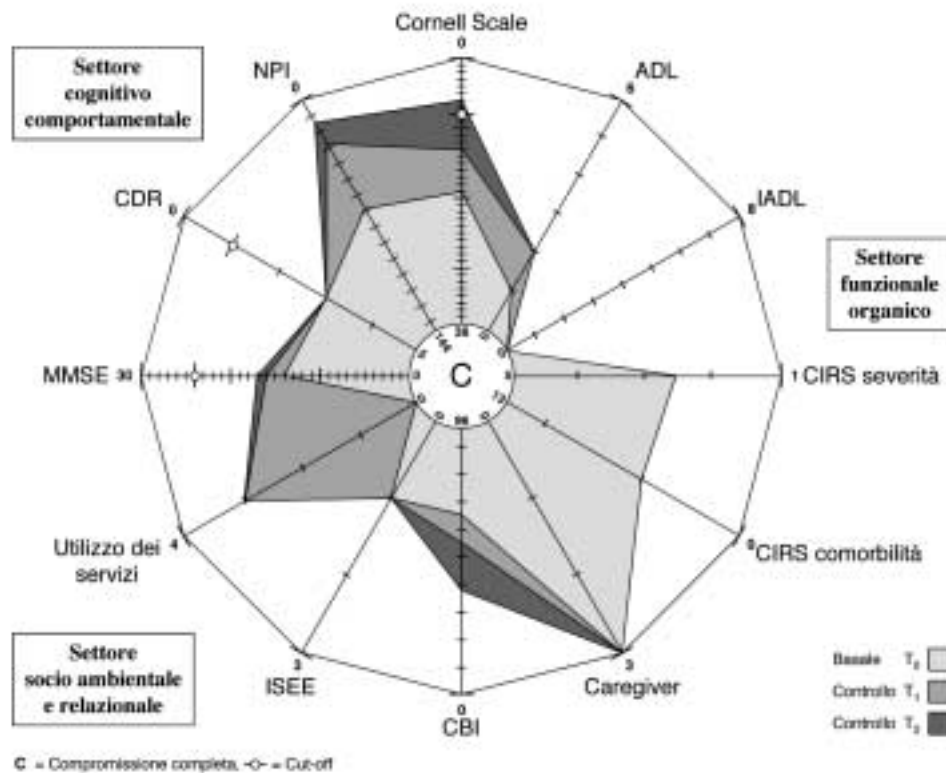
Conviene considerare la vecchiaia come un modello di sistema complesso, la cui analisi deve essere multidimensionale. In termini pratici, questo significa che il geriatra può governare la situazione in maniera efficace solo quando collega gli aspetti prettamente medici a quelli cognitivi, relazionali e socioambientali. Non è più sufficiente il tradizionale schematismo anamnesi - diagnosi - terapia, tanto meno se applicato nei termini rigidi delle prestazioni specialistiche. È diventata indispensabile la valutazione del paziente anziano anche sotto il profilo della funzionalità, cioè della sua abilità nell'accudimento di se stesso, nella relazione con gli altri e nella partecipazione sociale; inoltre si deve tenere in considerazione la partecipazione alla cura da parte dei familiari e la necessità del ricorso ai servizi socioassistenziali. La geriatria ha sviluppato nel tempo un'applicazione sistematica di questi concetti che consiste nel raccogliere informazioni, per esempio, sulla capacità di vestirsi, di lavarsi, di fare la spesa, di pagare un conto, di recarsi ad un appuntamento; nell'esame della memoria, dell'equilibrio, del linguaggio e del ragionamento; occorre sapere chi governa la casa, chi è presente durante la notte, chi controlla le terapie; interessano moltissimo anche il comportamento, le preoccupazioni e le aspettative del paziente e dei familiari. Per non affaticare gli anziani con lunghi pellegrinaggi ospedalieri da un ambulatorio all'altro, sono stati concentrati negli ambulatori e nel day-hospital di Geriatria quasi tutti gli accertamenti strumentali: endoscopie digestive, ecografie parenchimali e cardiaca, ecocardio ed ecodoppler, Holter ECG e pressorio, prove di funzionalità respiratoria. Questa ricca multidimensionalità di valutazione permette di avvistare tempestivamente rischi insidiosi come i disturbi dell'umore, i deficit cognitivi, le neoplasie e gli stati di malnutrizione-mal-

trattamento. In pratica, il paziente viene circondato da numerose attività diagnostiche relative all'interazione fra condizione fisica, stato psico-affettivo e rapporti sociali, tutte conoscenze che confluiscono entro piani terapeutici e socio-assistenziali personalizzati. È così che possiamo semplificare le prescrizioni farmacologiche, oppure programmare ulteriori indagini, o affrontare le esigenze assistenziali delle famiglie dei disabili con l'attivazione dei servizi territoriali più idonei, con l'offerta di counseling psicologico e di aiuto economico tramite il riconoscimento dell'invalideria civile.

Le attività che ho elencato richiedono la descrizione oggettiva delle singole capacità funzionali della persona anziana, e a tale scopo è stata validata negli anni un'infinità di scale di valutazione settoriale. Noi abbiamo voluto integrare quelle più significative in un unico "schema polare", una rappresentazione grafica riassuntiva che può essere disegnata manualmente o con un apposito software (Fig. 1).

Questo nostro schema favorisce lo sviluppo del processo di cura perché offre molti vantaggi: facilita la comunicazione dei dati, dimostra l'interazione delle variabili cliniche, sociali e ambientali e suggerisce la direzione dei provvedimenti più opportuni. Un'altra sua importante caratteristica è la possibilità di monitorare l'evoluzione di un paziente durante i controlli successivi alla prima visita. Stiamo sfruttando queste potenzialità nell'ambito di un nostro modello di assistenza concepito per gli anziani dimessi dal Pronto Soccorso, cioè i "codici bianchi" e i "codici verdi" del gergo ospedaliero. Si tratta di centinaia di persone che non hanno una vera necessità di valutazione medica urgente, e tuttavia patiscono patologie croniche, sono in trattamento multifarmacologico o mancano di supporti assistenziali efficaci: persone fragili con problemi reali, che si rivolgono al Pronto Soccorso per carenza di alternative e che vogliamo rivalutare sotto il profilo della funzionalità e della qualità di vita. Abbiamo dunque attivato una corsia preferenziale

Figura 1 - Valutazione multimediale dell'anziano. Lo schema polare



che, con la collaborazione del medico di guardia e di un geriatra presente in Pronto Soccorso, entro due-tre giorni riporta l'anziano alla nostra valutazione ambulatoriale. L'impostazione personalizzata della visita e degli interventi, controllati nel loro insieme dopo tre-sei mesi secondo i criteri descritti, produce miglioramenti nel settore cognitivo-comportamentale, diminuisce il rischio di riospedalizzazione e di mortalità e riduce il *burn-out* dei familiari e dei curanti.

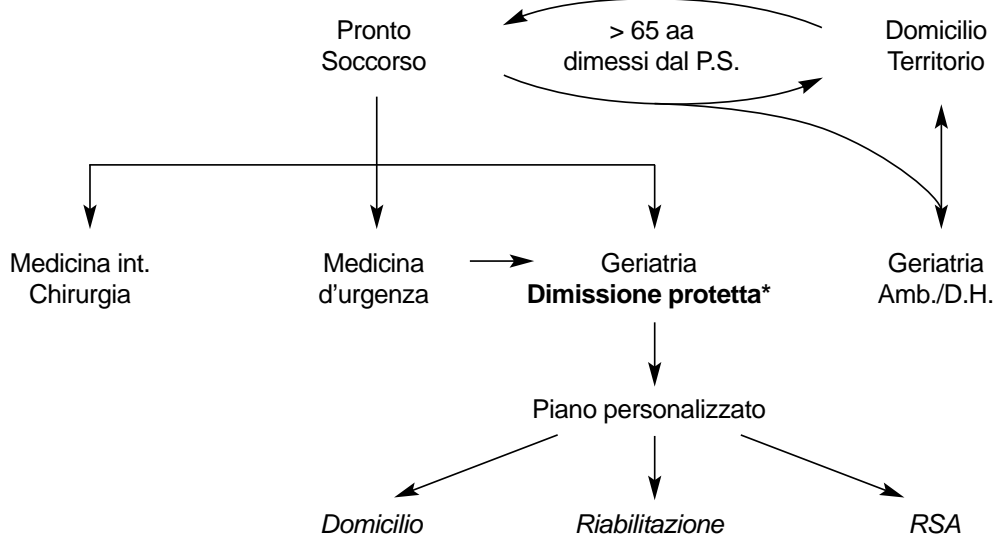
Per quanto riguarda gli anziani ricoverati nel reparto di degenza della U.O. di Geriatria, l'86% dei quali proviene dal Pronto Soccorso, il metodo valutativo multidimensionale è il medesimo, anche se in questo caso assume un'importanza particolare perché il grado di capacità funzionale è il principale indice predittivo della destinazione dei pazienti dimessi. Per fornire una soluzione adeguata al singolo paziente utilizziamo le competenze professionali del geriatra, del medico di famiglia, dell'assistente sociale e dell'infermiere, ma coinvolgiamo anche i parenti del pazien-

te e i volontari che operano all'interno dell'ospedale. Lo scopo è quello di allestire una cura personalizzata e intermedia fra l'acuzie della malattia e la fase successiva alla dimissione, quando la continuità assistenziale viene spesso meno (Fig. 2).

È chiaro che questo progetto richiede tempo e buona disposizione: d'altra parte è una caratteristica del geriatra quella di adattarsi ai ritmi pacati e alle reazioni lente dell'anziano.

A me piace la molteplice natura della Geriatria, fatta sia di grandi teorie sull'invecchiamento e sul declino, sia di impatti empatici quotidiani con la varietà del vissuto degli anziani, sia di pratiche più modeste come la prescrizione dei pannoloni. Tutto ha una enorme benefica rilevanza. Questo è un modello culturale di assistenza che può essere svolta dovunque, dalla corsia di degenza al day hospital agli ambulatori; dobbiamo saper riconoscere le difficoltà dell'anziano e dei suoi familiari per poter intervenire efficacemente.

Figura 2 - Flusso degli anziani presso l'U.O. di geriatria e percorso diagnostico terapeutico (valutazione multidimensionale<sup>1</sup>, dimissione protetta)



\*Geriatria, Medico di Medicina Generale, Assistente Sociale, Assistente Sanitario, Volontario

1 - Valutazione multidimensionale (stato fisico, funzionale, cognitivo comportamentale, socio-ambientale) con scale di valutazione, esami biochimici e strumentali (ecografia, endoscopia digestiva, Holter PA e ECG, spirometria) effettuati in sede.

# *Come si trasformano e trasformano i processi formativi in una prospettiva partecipativa*

LUCIANO VETTORE

## **1. Il passato, ovvero l'etiologia**

I processi formativi rivolti ai “professionisti della salute” (medici in primis, ma non solo) nel passato hanno tenuto in scarsa considerazione le competenze comunicative e di conseguenza l'attenzione per la partecipazione alla cura del soggetto “curato” o da curare; questa scarsa attenzione per gli aspetti relazionali era abituale nella formazione così come nella pratica medica quotidiana, dove per lungo tempo è stata volontariamente mantenuta una forte asimmetria curante/curato; si tratta di un'asimmetria naturalmente costitutiva del rapporto medico-paziente, ma che negli ultimi decenni è stata accentuata dallo sviluppo tecnologico e biologico-riduzionistico della medicina scientifica; ciò si è manifestato con alcuni fenomeni abbastanza emblematici, anche se in parte presenti già in tempi più lontani: l'atteggiamento paternalistico dei medici nelle relazioni con i loro pazienti; l'uso di un linguaggio tecnico senza grande attenzione per i livelli di comprensione degli interlocutori; l'uso dell'anamnesi quasi soltanto per l'acquisizione delle informazioni sullo stato di organi e apparati, e non anche per la comprensione dei vissuti soggettivi; l'unilateralità nelle decisioni mediche, che confinano la negoziazione ai soli aspetti formali, tanto da trasformare molto spesso lo stesso consenso informato in una mera incombenza burocratica.

Anche se si sta fortunatamente constatando una discreta attenuazione di questi atteggiamenti insoddisfacenti nella comunicazione tra professionisti della salute e pazienti, ancora oggi le abilità perseguite con maggiore attenzione nella formazione medica sono quelle orientate alla performance diagnostico-terapeutica limitata al curare, mentre fatica a farsi strada l'attenzione al prendersi cura.

D'altra parte ogni professionista riceve un forte “imprinting” comportamentale dalla scuola in cui è stato formato.

La formazione in medicina (come nelle altre professioni) avviene per lo più attraverso due tipi di canali, entrambi fino ad ora poco sensibili alle istanze poste dalla *relazione d'aiuto*: come vedremo tra poco, solo recentemente e ancora in modo parziale l'insegnamento delle abilità relazionali è entrato nelle Facoltà di Medicina italiane (corsi di laurea e di specializzazione post-laurea), che rappresentano i canali d'istruzione esplicita assieme all'ECM (Educazione continua in medicina), peraltro ancora ai primi passi; ancora meno sensibili agli aspetti umanitari sono i canali impliciti o inapparenti, ma non meno efficienti nell'induzione dei comportamenti personali, perché portano all'imitazione inconsapevole di esempi incontrati nel vissuto quotidiano e sollecitano l'adattamento individuale all'osservanza di norme e prassi comportamentali diffuse, ma spesso improprie: certamente non facilitano l'acquisizione di comportamenti comunicativi attenti alla persona fenomeni come: l'imperativo categorico dell'aziendalizzazione ad oltranza; i vincoli prescrittivi di natura burocratica ed economica che ne derivano, attenti più all'efficienza che all'efficacia dei processi assistenziali; l'indifferenza per le condizioni ambientali dei luoghi di cura non certo a misura d'uomo (si pensi agli orari negli ospedali); la prevalenza delle ragioni della medicina difensiva nella ricerca del consenso informato.

Gli aspetti psicorelazionali per lungo tempo all'Università non sono stati insegnati, anche perché - forse - si riteneva che non potessero essere oggetto d'insegnamento disciplinare: si presumeva che dovessero e potessero essere appresi solo per imitazione dei “maestri modelli” (senza tenere conto che purtroppo i modelli erano spesso “cattivi”).

Più recentemente, con l'introduzione nel curriculum dell'insegnamento di Psicologia medica, s'insegnano le tecniche comunicative (che tengono

conto anche delle componenti psicologiche, ma sempre in modo strumentale, cioè funzionale a facilitare l'atto medico nell'esercizio professionale), mentre generalmente non c'è grande attenzione alla *relazione empatica*.

D'altra parte, forse è vero che l'empatia non si può insegnare né apprendere a scuola, perché non è un'abilità ma un'attitudine, cioè è il frutto di una ricchezza personale: *per far crescere l'attitudine empatica bisogna far crescere le doti della persona*. A questo dovrebbero contribuire le Medical Humanities recentemente introdotte nelle Facoltà mediche (ma anche queste - come gran parte di ciò che viene proposto nelle nostre Facoltà mediche - troppo spesso vengono insegnate come nozioni teoriche, appartenenti alle discipline umanistiche).

## **2. Il presente, ovvero la diagnosi**

Nonostante l'introduzione nel percorso curriculare della Psicologia medica e delle Medical Humanities, i risultati restano ancora, almeno in parte, deludenti perché molti professionisti della salute non mostrano comportamenti empatici, cioè non dimostrano una capacità reale di *ascoltare e recepire* le istanze personali dei pazienti, e quindi *non* sono sensibili, né propensi a *renderli attivamente partecipi al processo di cura*.

Perché si verifica tutto ciò ?

Una ragione è probabilmente individuabile nel fatto che gli stessi professionisti della salute sono stati in gran parte oggetto di una formazione "deformante", nella quale hanno prevalso le modalità didattiche di tipo addestrativo e istruttivo, rispetto a quelle con più elevata valenza pedagogica di tipo formativo ed educativo:

Forse serve a questo punto qualche definizione terminologica:

- *addestrare* significa insegnare a compiere azioni; concerne quindi aspetti operativi delle professioni sanitarie, importanti perché riguardano abilità irrinunciabili, ma non sufficienti nell'ambito della professione perché attengono a funzioni meramente esecutive;

- *istruire* significa trasmettere (letteralmente: "mettere dentro") informazioni che potranno risultare utili in alcune circostanze operative; di

fatto è quasi impossibile addestrare senza istruire, perché anche l'esecuzione intelligente e non meramente meccanica di atti materiali richiede la conoscenza delle ragioni teoriche dell'atto;

- *formare* significa sostanzialmente "dare forma", modificare comportamenti, e nella fattispecie avrà lo scopo di indurre prassi e comportamenti professionali adeguati ai fini; a questo aspetto sembra prevalentemente dedicata l'attività didattica delle Scuole di medicina, ma i suoi limiti derivano essenzialmente dalla forte valenza di "condizionamento" dei comportamenti, in buona parte nutrito di addestramento e di istruzione; infatti questo è ciò che soprattutto viene richiesto da un esercizio professionale inteso restrittivamente come applicazione efficiente ed efficace di tecnologie volte alla diagnosi e alla terapia delle malattie, al massimo alla loro prevenzione, più che al prendersi cura della persona integrale;

- *educare* ha il significato etimologico di *educere*, di aiutare una persona a "tirar fuori" il meglio di sé, cioè a far emergere valori di attitudine e d'impegno - oltre che di conoscenza e di competenza - che, spesso anche se inconsapevolmente, albergano in ogni soggetto.

L'*educare* ha uno spessore valoriale con connotazioni umanistiche ed etiche che trascendono, senza peraltro negarli o trascurarli, gli aspetti connessi all'addestrare, all'istruire e al formare; educare vuol dire chiamare la persona a *partecipare attivamente* alla costruzione del proprio patrimonio umano oltre che culturale, tecnico e più strettamente orientato alla preparazione professionale.

Se nelle Scuole di medicina l'educazione in questa accezione rappresentasse una finalità istituzionale primaria, probabilmente i professionisti della salute sarebbero a loro volta più attenti a richiedere la partecipazione attiva di coloro che si affidano alle loro cure, i quali sarebbero così riconoscibili più come soggetti che come oggetti di cura.

Questo purtroppo finora succede raramente e ne è testimonianza emblematica l'assoluta prevalenza della metodologia didattica che meno di tutte stimola la partecipazione attiva dei discenti: la lezione *ex cathedra* o "frontale"; infatti ben poco praticata è la così detta didattica tutoriale a piccoli

gruppi, che prevede una setting fortemente interattivo, per lo più basato sulla soluzione di problemi che inducono un apprendimento per ricerca e per scoperta, ed è stimolato dalla curiosità, dalla presa di coscienza della propria ignoranza e dalla condivisione degli obiettivi educativi.

Sarebbe per lo meno singolare che professionisti “allevati” all’apprendimento mnemonico, indotto dalla trasmissione unidirezionale e dogmatica nelle nozioni, fossero naturalmente propensi ad apprezzare la partecipazione attiva degli interlocutori che incontrano durante la loro avventura professionale e che in qualche misura intrattengono con loro un rapporto molto asimmetrico simile a quello tra docente e discente.

Oltre all’inappropriatezza delle *metodologie didattiche*, e forse in modo ancora più incisivo di queste, i *contenuti* dell’insegnamento e dell’apprendimento giocano nel favorire un costume professionale di scarsa attenzione alla persona; purtroppo nella scelta dei contenuti prevalgono:

- l’approccio esclusivamente “biologico” ai problemi di salute, individuati esclusivamente come malattie, e la soluzione di tali problemi in chiave prevalentemente diagnostico-terapeutica;

- la “totemizzazione” delle “prove di efficacia”, che nella lettura corrente dell’EBM (Evidence based medicine) spesso fa torto al messaggio iniziale di Sackett: in tale lettura distorta assumono valore preponderante sull’esperienza del sanitario e sulle attese del malato i risultati della ricerca (soprattutto degli studi clinici controllati, strumenti indubbiamente preziosi per assumere decisioni affidabili e pur tuttavia portatori di conoscenze probabili, sempre provvisorie, sempre suscettibili di correzione, e mai di certezze immutabili, quando - purtroppo - non sono asserviti a interessi economici di mercato); in ogni caso la ricerca scientifica riduce l’area dell’incertezza e tradirebbe la propria natura se pretendesse di conferire certezze solo perché è espressa statisticamente con la forza dei numeri; ciò la rende infida nella misura in cui viene falsamente percepita come rassicurante;

- la pretesa di applicare alle condizioni irripetibili del singolo i risultati - pur apprezzabili - derivati da studi di popolazione; in questa ottica spesso

vengono utilizzati i protocolli terapeutici, che sono sicuramente più affidabili delle “impressioni” individuali del medico, ma hanno un valore almeno parzialmente astratto quando applicati al singolo individuo; purtroppo questi limiti, sofferti personalmente da molti pazienti affetti dalle malattie più gravi, aprono nella pubblica opinione pericolose derive verso le medicine alternative o verso una sorta di “new age” terapeutico;

- la scadente “personalizzazione” delle decisioni, conseguente alla disattenzione per le peculiarità fisiopatologiche di ogni singolo soggetto;

- le influenze dell’ineliminabile limitatezza delle risorse a fronte dell’aumento della domanda, fatale nell’industria della salute dove le tecnologie innovative offrono strumenti d’intervento sempre più sofisticati, ma anche sempre più costosi: per farvi fronte si è aperto il fronte del “governo” della spesa sanitaria con lo scopo di evitare gli sprechi e di migliorare la corretta allocazione delle risorse; ma purtroppo - troppo spesso - l’approccio si è rivelato inefficace per questi fini in sé giustificabili, perché ha le caratteristiche del “governo” imposto dall’alto (top-down) e non quelle della “governance” cui partecipano dal basso (bottom-up) anche i fruitori del servizio.

Questi sono i paradigmi prevalenti ai quali oggi s’ispirano i processi formativi del personale sanitario, contribuendo sensibilmente a quella realtà spesso percepita e descritta come “disumanizzante” la medicina; pertanto questi paradigmi - ovviamente accanto ad altri - debbono venire corretti se si aspira a una sua “riumanizzazione”.

### ***3. Il futuro, ovvero la terapia per migliorare la prognosi***

La domanda cruciale a questo punto è la seguente: come formare i professionisti della salute - oltre che a una competenza tecnica di eccellenza - anche a una sensibilità capace di fare spazio alla partecipazione di *tutti gli attori* alla governance in medicina con un “funzionamento dal basso verso l’alto - come scrive Mariachiara Tallacchini - in un *continuum* ricorsivo ed evolutivo di scambio e integrazione fra saperi e poteri” ?

Innanzitutto formare una sensibilità vuol dire educare, nel senso che abbiamo sopra tratteggiato



e non solo addestrare, istruire e formare nel senso di “dare forma”; educare significa soprattutto *aiutare la trasformazione*, di cui peraltro gli stessi attori devono essere in gran parte artefici.

In altri termini la prima cosa da fare è *prendersi cura dei professionisti della salute*: infatti, per modificare il loro atteggiamento psico-relazionale non basta aumentare il loro bagaglio di conoscenze; è necessario migliorare il loro bagaglio di umanità e il loro personale “equilibrio psico-emotivo” (le professioni sanitarie richiedono infatti una cospicua capacità di gestione di eventi ad elevato impatto emotivo).

E allora servirebbero almeno due approcci innovativi, oltre a quelli scolastici tradizionali:

- la selezione iniziale dei futuri professionisti della salute non solo sulla base delle conoscenze o al massimo delle doti intellettive (comunque indispensabili), ma anche delle attitudini dipendenti dalle caratteristiche psicologiche; questa esigenza appare ragionevole, ma è tutt’altro che pacifico stabilire come attuarla;

- l’introduzione nel *cursus studiorum* di iniziative che aiutino e se possibile aumentino la maturazione della personalità; anche questo è un obiettivo ragionevole, ma non è facile individuare quali siano concretamente le iniziative realizzabili.

In sintesi: nella preparazione dei professionisti della salute *l’informazione* per trasformarsi in *formazione* necessita di interventi che comportino la *trasformazione* profonda anche nella personalità dei professionisti medesimi, ma non possiamo nasconderci che una siffatta trasformazione è un obiettivo molto ambizioso.

Si consideri inoltre che esso è solo parte dell’obiettivo della “riumanizzazione” della medicina che è certamente ancora più ambizioso e difficile, anche se non possiamo accettare che sia impossibile da raggiungere.

In ogni caso, oltre che aiutare la maturazione empatica delle persone, bisognerà anche modificare gli approcci per la loro formazione professionale: bisognerà allora realizzare quegli *atteggiamenti didattici* e ancor più *pedagogici* che riguardano sia le *metodologie di insegnamento e di apprendimento*, sia i *contenuti di conoscenza*, con l’intento dichiarato - lo ripeto - di aiutare oltre la

crescita armonica dei saperi anche l’acquisizione di una sensibilità personale capace di modificare sostanzialmente le relazioni interpersonali; ciò richiede innanzi tutto che il professionista della salute diventi disponibile a riconoscere e aiutare lo sviluppo, nelle persone che incontra, delle capacità intrinseche di esprimere la propria esperienza in relazione al proprio stato di salute.

Va peraltro posta attenzione a evitare in proposito derive populiste e quindi demagogiche piuttosto che democratiche: non v’è dubbio che tutt’oggi si può constatare un insufficiente rispetto dei diritti delle persone malate (ma anche di quelle sane, soprattutto ma non solo in relazione alla tutela della salute). Ma se la tutela dei diritti è sacrosanta, questa spesso è stata conseguita solo parzialmente e con strumenti più rivendicativi che di corresponsabilità gestionale, quali sono per esempio i Tribunali dei diritti del malato (luoghi dove opportunamente si denunciano pratiche di malasanità, ma talora si vantano anche diritti presunti più che reali). L’obiettivo “nobile” da perseguire è quello della *responsabilizzazione degli attori*, ciascuno con le proprie caratteristiche specifiche, cioè senza confusioni improprie. E allora assumere *responsabilità personali* nel processo significa non solo rispettare *diritti*, ma anche assolvere *doveri personali* per rendere compatibili i fini individuali con quelli collettivi; cioè il concorrere al processo decisionale circa la salute non può riguardare egoisticamente la propria salute senza tenere in considerazione anche i riflessi sulla salute degli altri e le parole chiave per realizzare ciò sono per l’appunto inscindibilmente tre: *diritti, doveri e responsabilità*.

Tutto ciò richiede un impegno sociale educativo rivolto non solo ai professionisti della salute ma anche a *tutti* quegli attori che si ritiene auspicabile partecipino attivamente al processo.

#### **4. La necessità di una sinergia progettuale tra educazione, etica e politica**

Con l’espressione “*paziente esperto*”, si sottolinea il ruolo rinnovato del paziente che mette a disposizione la propria esperienza di malattia, che solo lui può conoscere fino in fondo, per aiutare e personalizzare il processo di cura. Ma per diven-

tare effettivamente “esperto” anche il paziente ha bisogno di essere educato: questa attività formativa si concretizza oggi in quella che viene comunemente denominata “educazione terapeutica del paziente”, che si rivolge soprattutto a pazienti cronici. Ma come tutti i processi educativi, anche questo ha uno sviluppo bidirezionale: infatti, se per aderire con responsabilità personale alla cura il paziente deve essere educato, a sua volta le conoscenze che nascono dalla sua personale esperienza non aiutano soltanto i curanti nell’esercizio della cura stessa, ma fanno crescere anche le conoscenze utili su caratteristiche “nascoste” della malattia; potremmo così dire che anche lo sviluppo delle conoscenze scientifiche può essere aiutato dall’esperienza diretta dei pazienti.

Così, il significato tradizionale dell’EBM come “Medicina basata sulle evidenze” (abituamente tradotta come “Medicina basata sulle prove di efficacia”, prove raccolte e valutate con gli strumenti rigorosi della ricerca scientifica) potrebbe venire ampliato e arricchito da una diversa lettura dell’acronimo EBM come “Medicina basata sull’esperienza”: non solo l’esperienza del curante che adatta alla situazione specifica i risultati della ricerca, ma anche l’esperienza diretta del paziente che aumenta di per sé le conoscenze scientifiche del ricercatore.

Tuttavia sarebbe a mio avviso riduttivo rivolgere l’attività educativa solo ai pazienti di malattie croniche; soprattutto in relazione alla *prevenzione* dovrebbero essere soggetti di educazione anche i soggetti sani, che preferirei chiamare in un contesto democratico “cittadini” piuttosto che “utenti” (parola di sapore burocratico), o peggio “pazienti (perché il sano non patisce, né deve avere pazienza), o peggio ancora “clienti” (vocabolo che porta con sé uno sgradevole sapore mercantile): si tratta di educare i cittadini soprattutto al *cambiamento dei propri stili di vita*. Anche in questo caso *l’educazione porta a trasformazione*, nella quale il professionista della salute gioca pienamente il ruolo di *educatore*.

E anche in quest’ottica l’educazione è fatta non solo di *informazione*, ma anche di *formazione*, che si giova di una *comunicazione empatica*, cioè capace di condividere valori e convinzioni tra

educatore ed educando nel rispetto della libertà individuale; tale modalità, che si fonda sulla persuasione, deve peraltro svolgersi in maniera trasparente, cioè in modo ben diverso dalla così detta persuasione occulta, tipica ad esempio della comunicazione pubblicitaria.

La comunicazione empatica si basa su una relazione interpersonale nella quale gioca un ruolo importante la considerazione e la stima reciproca, elementi che si sviluppano attraverso la *negoziante* di scelte responsabili e personalizzate, in quanto attente e adattate alle situazioni individuali.

Tutto ciò richiede e si giova fortemente dello strumento del dialogo; in altri termini la *parola* diventa *mezzo* essenziale *di cura* e si dimostra veicolo efficace di ogni tipo di intervento medico, sia esso di natura preventiva, diagnostica, prognostica, terapeutica o riabilitativa.

Vale la pena al proposito d’insistere sul fatto che la sola informazione non basta: ne è un esempio eclatante la scarsa efficacia sul miglioramento dello stato di salute dei singoli e della collettività, conseguita dalle trasmissioni televisive e radiofoniche o dai giornali; probabilmente buona parte del loro insuccesso educativo è dovuta al fatto che queste comunicazioni riguardano molto spesso l’informazione sulle malattie e non l’informazione sulla salute, e quindi inducono bisogni sanitari impropri (prescrizione di farmaci o di indagini diagnostiche con indicazioni generali che non tengono conto della peculiarità delle situazioni individuali), anziché facilitare cambiamenti reali e positivi degli stili di vita.

A ciò deve aggiungersi che spesso all’informazione non si accompagna la relazione interpersonale capace di individualizzare l’intervento; così non vengono mobilitate le risorse personali e la capacità di assumere in proprio decisioni completamente consapevoli e perciò mature e responsabili; infine, informazioni veritiere debbono esser trasmesse con il linguaggio più adatto alle capacità di comprensione del singolo soggetto.

L’approccio complessivo appena descritto sostanzia la tecnica del così detto “*counselling*” ed è finalizzato a conseguire la *condivisione informata delle scelte*; tale risultato è più valido e significativo del così detto *consenso informato*; infatti l’ob-

bligo deontologico al consenso informato, oramai consueto in ogni decisione medica, è di per sé uno strumento necessario ma non sufficiente, in quanto troppo spesso si è trasformato in una incombenza burocratica finalizzata più a proteggere i sanitari da persecuzioni giudiziarie che non a rendere effettivamente partecipe il paziente di decisioni importanti per la sua vita e per il suo benessere. Purtroppo il counselling finalizzato a modificare gli stili di vita è scarsamente praticato in Italia per almeno tre ragioni:

- la carenza di esperti nelle tecniche di counselling; per esempio tali tecniche non vengono insegnate nelle Facoltà di Medicina e pochi sono gli eventi con tali contenuti offerti dal programma nazionale di educazione continua in medicina (ECM); ne consegue che pochi sono in grado di esercitare queste competenze comunicative tra i medici di Medicina generale (MMg), cioè tra coloro che hanno il compito istituzionale della prevenzione anche attraverso l'educazione di chi affida loro la tutela della propria salute;

- l'attività di counselling richiede tempo, un bene oggi scarsamente disponibile per i professionisti della salute che potrebbero/dovrebbero praticarla, purtroppo occupati in innumerevoli mansioni per lo più burocratiche, di fatto ininfluenti sulla salute dei singoli e della collettività;

- in carenza dei due requisiti precedenti non circolano proposte operative praticabili, che abbiano una qualche probabilità di efficacia proprio ai fini del cambiamento degli stili di vita.

Appare allora indispensabile per questo tipo di "educazione del cittadino sano" una precedente educazione specifica dei professionisti della salute, oggi ancora molto carente.

Sia l'educazione degli operatori sanitari che quella dei cittadini dovrebbe diventare un impegno permanente e continuo, tanto che si potrebbe suggerire una variante dell'acronimo ECM in ECS: Educazione Continua alla Salute accanto e oltre a Educazione Continua in Medicina.

Anche questo - che oserei chiamare un obiettivo "etico" - è sicuramente un obiettivo ambizioso e difficile, perché il suo conseguimento richiede un profondo *cambiamento comportamentale* in molti professionisti della salute; infatti non si migliora-

no gli stili di vita singoli e collettivi se, oltre ai contenuti e agli strumenti, non si sviluppano le *attitudini* e le *motivazioni*, che si riflettono in prima istanza sulle *qualità* della relazione interpersonale: affinché una comunicazione diventi occasione educativa non basta parlarsi; è indispensabile essere disposti a farsi raccontare, imparare ad ascoltare, chiedere per capire, aiutare a capire, partecipare e condividere; questi sono infatti i connotati di quella che poco sopra abbiamo chiamato relazione empatica, che molto si nutre di componenti narrative depurate dai tecnicismi del linguaggio medico-scientifico.

La programmazione e la realizzazione di piani d'intervento come quelli sopra proposti coinvolgono fortemente anche le responsabilità dei gestori della salute pubblica a livello politico e tecnico, e necessitano altresì del riconoscimento ufficiale e dell'apporto concreto da parte delle Autorità sanitarie; vorrei dire che anche la considerazione di tali iniziative come bisogni prioritari per la realizzazione a livello nazionale e locale di una politica efficace della salute rappresenta di per sé un problema etico, e precisamente di etica pubblica, che dovrebbe rappresentare un imperativo categorico per coloro che hanno la responsabilità politica del perseguimento del bene comune. In fondo, l'attenzione dell'Istituzione (Servizio Sanitario Nazionale) per questi valori ha pure una valenza educativa perché conferisce alla Istituzione stessa le caratteristiche di una *learning organization*.

Per concludere, mi sembra paradossale che questo dovere etico sia così poco avvertito, se non altro in considerazione dei vantaggi "materiali" che potrebbero derivare dal miglioramento diffuso degli stili di vita; ne conseguirebbero infatti: un certo grado di demedicalizzazione degli eventi non sanitari, il contenimento delle indagini diagnostiche e delle terapie inutili, la diminuzione dei danni iatrogeni e la riduzione effettiva dei costi sanitari, oltre ovviamente al conseguimento del fine ultimo, che è il miglioramento dello stato di salute dei singoli e della collettività. Forse alcuni di voi considereranno tutto ciò uno stimolante miraggio: ma se è pur vero che "nessuna carovana ha raggiunto il proprio miraggio, sono da sempre i miraggi a muovere le carovane".



*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.

# *Il cambiamento del rapporto medico-paziente negli ospedali: il modello milanese*

## *Un'analisi tra storia sanitaria e antropologia medica* \*

VITTORIO A. SIRONI

### **Introduzione**

Sul finire dell'Ottocento Milano si propone, oltre che come capitale "economica e morale" d'Italia anche come "capitale sanitaria"<sup>(1)</sup>. In realtà la tradizione sanitaria lombarda e milanese, già sul finire del Settecento, ancora sotto il dominio austriaco, era stata antesignana di una vocazione alla tutela sanitaria che attraverso l'attuazione di un organico sistema di "polizia medica" – come aveva ipotizzato il clinico pavese Peter Frank (1745-1821) – vedeva, mediante il potere del sovrano illuminato, realizzarsi una salute individuale e sociale che andava "dalla cuna all'urna", cioè dal momento della nascita a quello della morte. S'era poi arricchita durante il dominio napoleonico del primo Ottocento dell'esperienza di una sanità pubblica ideologicamente fondata e organizzativamente ben articolata.

In questo contesto lo studio della realtà esistente all'interno delle strutture ospedaliere milanesi nell'arco degli ultimi due secoli rappresenta qualcosa di più di una semplice indagine locale, configurando un modello più generale di lettura della realtà sanitaria nazionale (e in parte internazionale). La visione dei regolamenti ospedalieri, la raccolta di testimonianze individuali e la lettura di alcune fonti letterarie coeve (autobiografie, diari, racconti e romanzi) consente di delineare i modelli prevalenti della relazione tra medico e paziente nelle strutture ospedaliere di Milano, permettendone un'analisi storica e una lettura antropologica.

### **1. La medicina clinica**

L'Ospedale Maggiore di Milano si configura sin dalla metà dell'Ottocento come l'istituzione principale (anche se non unica) che aspira ad essere "la culla della clinica in Italia"<sup>(2)</sup>. Quella stessa medici-

na clinica nata alcuni decenni prima in Francia che trasformava l'antica arte medica in medicina "osservativa e descrittiva", per consentire, con l'indagine del caso clinico esaminato al letto del malato, l'elaborazione analitica dei dati clinici in quella scienza dei grandi numeri (statistica) che avrebbe permesso a sua volta di fondare una nuova tipologia delle malattie (nosografia).

La nuova medicina clinica consente una più sicura e agile diagnosi, basata sull'analisi dei segni (semiotologia). La medicina inizia anche il suo processo di specializzazione: accanto al medico generale nasce il medico che si occupa solo di certe categorie di malati (come il pediatra e il ginecologo), di determinati apparati (come l'endocrinologo e l'ortopedico), di interi sistemi (come il neurologo), di particolari organi (come il cardiologo).

Accanto agli ospedali generali, tra fine Ottocento e inizio Novecento, vengono fondati anche ospedali "specializzati" in relazione ai vari saperi medici: l'ospedale per le malattie dei bambini, la clinica per le malattie del lavoro, l'istituto per la cura dei rachitici e quello per le malattie delle donne e, nel borgo milanese di Vialba, l'ospedale per la "cura del sole", uno dei pochi rimedi efficaci contro la temibile tubercolosi<sup>(3)</sup>.

Quale il rapporto medico-paziente dentro queste istituzioni? L'ideologia medica del tempo vede la malattia come un disturbo naturale del corpo: la sede e la causa della malattia sono nella "lesione anatomopatologica" che Gian Battista Morgagni (1682-1771) ha posto negli organi, che Francois Xavier Bichat (1771-1802) ha spostato nei tessuti e che Rudolph Virchow (1821-1902) ha definitivamente identificato nelle cellule. Occorre osservare, descrivere, classificare, diagnosticare il "caso clinico". Questo *modello conoscitivo* della medicina propone una pratica professionale caratterizzata da

\*Relazione presentata al workshop *Per un'antropologia medica in ospedale*, Firenze, 2 aprile 2005

un *coinvolgimento neutro* del medico, che agisce con un operato distante, freddo, distaccato, formale. Al medico sembra interessare, più che la persona malata, l'organo leso, il tessuto danneggiato, la cellula alterata.

Sul finire del secolo e nel primo Novecento la "medicina sociale" tende a trasformarsi in "socialismo medico". Questa rinnovata "scienza medica concettualmente mutata tanto quanto socialmente impegnata"<sup>(4)</sup> trova in Angelo Filippetti (1866-1936), presidente dell'Ordine dei medici di Milano dal 1912, in Edoardo Bonardi (1860-1919), primario medico dell'Ospedale Maggiore chiamato a insegnare "Fisiopatologia e clinica delle malattie sociali", e in Paolo Pini (1875-1945), medico dei poveri prima e curante dei malati nervosi poi, i suoi più emblematici rappresentanti.

Essi, per la loro militanza politica e grazie alla loro formazione professionale, s'avvedono meglio di altri dell'incidenza dei fattori ambientali, sociali e psicologici nella patogenesi di molte manifestazioni patologiche.

La malattia nasce da un disturbo artificiale della società, una "ingiustizia sociale" (povertà, disuguaglianza, diversa classe d'appartenenza, differenze economiche) contro cui occorre lottare, per estirpare le cause esterne del male. Il medico è interessato all'aspetto sociale della malattia e non solo alla dimensione corporea della patologia. È solidale con il malato, vive nei suoi confronti un atteggiamento che configura un *modello solidaristico*, che lo porta a dividerne i disagi e a fornirgli un aiuto non solo medico, ma anche politico. La "socialità medica" si trasforma inevitabilmente in "medicina politica" con due modalità di realizzazione: individuale, attraverso la solidarietà umana verso il malato, e collettiva, mediante l'attuazione di un impegno civile a favore della collettività. Il potere del sapere medico si fonde con l'azione sociale e politica: ne scaturisce un *coinvolgimento umano* del medico autenticamente sentito e vissuto.

## 2. La medicina scientifica

Il passaggio dal metodo soggettivo (dal letto del malato) al metodo oggettivo (laboratorio e crescente tecnologia medica), già iniziato con la nascita della clinica, diventa preponderante nella prima

metà del Novecento, quando la medicina diviene sempre più una "biomedicina" che fonda la sua prassi e il suo sapere scientifico non più solo sulle scienze fisiche e chimiche, ma soprattutto sulle crescenti conoscenze delle scienze biologiche.

In quell'Atene lombarda che è Milano questo passaggio prende avvio con la fondazione dell'Università degli studi (1924) da una madre che è la riforma Gentile e da un padre che è Luigi Mangiagalli (1850-1928), figura emblematica del medico-scienziato e del medico-politico, in un periodo (quello dell'inizio del ventennio fascista) che tende a fondare una medicina di Stato ideologicamente strutturata quanto scientificamente fondata. La nascita della cittadella universitaria (la città degli studi) nel 1925 e dell'Istituto per il cancro (il male del secolo) nel 1928, rafforzano il ruolo di insegnamento della "scienza medica" degli Istituti Clinici di Perfezionamento e della Ca' Granda. A questi si aggiungono i nuovi ospedali: quello decentrato di Garbagnate (1923) per la tubercolosi e quello urbano polispecialistico di Niguarda (1939), perché, come afferma il presidente del neonato ospedale Massimo Della Porta, "il progresso della scienza richiede continuamente l'apprestamento di maggiori mezzi ausiliari [al punto che] si è sentita la necessità di un nuovo Ospedale"<sup>(5)</sup>.

Come cambia il rapporto medico-malato all'interno di questa visione "scientifica" della medicina? La malattia nasce da un "errore biologico": il medico ha l'autorità scientifica (la conoscenza) e gli strumenti tecnici (la terapia) per tentare di correggere questo errore. Ne discende un *modello autoritario* che configura un *coinvolgimento interessato* del medico desideroso di mostrare il suo potere (dominio) sulla malattia e sul malato.

Parallelamente un ottimismo medico crescente (dalla malattia si può guarire grazie ai "trionfi" della medicina) trasforma il medico nel buon padre che possiede le chiavi della guarigione da donare al malato. Ne scaturisce un *modello paternalistico* nel quale il medico-padre esercita con autorità il suo ruolo: esige obbedienza assoluta alle sue indicazioni per elargire il suo "dono" (la guarigione). Un'elargizione particolare che sovente non è gratuita, ma acquistabile a pagamento (libera professione). Ne scaturisce un rapporto interumano talvolta utili-



taristico, centrato sull'arrogante potere scientifico-economico della biomedicina, con un *coinvolgimento negativo* o comunque assai povero sul piano umano del medico nei confronti del malato.

### 3. La medicina tecnologica

Negli ultimi decenni è andata emergendo una sensazionale medicina tecnologica che fonda il suo sapere e i suoi progressi su nuove indagini biochimiche e genetiche, su strabilianti possibilità diagnostiche (tecniche di imaging), sull'uso dell'informatica e sulle applicazioni biotecnologiche, sulla possibilità di raggiungere traguardi sino a pochi anni fa impensabili in ambito terapeutico sia sul versante farmacologico che su quello chirurgico.

Essa trova nei diversi poli ospedalieri di eccellenza presenti a Milano una delle sue più compiute espressioni nazionali e internazionali, riconfermando anche in epoca attuale quell'immagine di Milano "capitale sanitaria" che sembrava appartenere solo al passato. Trapianti, medicina e chirurgia d'avanguardia trovano nell'Ospedale Maggiore Policlinico (ora Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena) e nell'Ospedale di Niguarda i poli qualificanti, così come l'Istituto Nazionale dei Tumori e l'Istituto Europeo di Oncologia sono istituzioni di riferimento nazionale e internazionale per la cura del cancro. L'Ospedale San Raffaele con l'annessa università Vita-Salute si distingue nell'ambito della medicina biotecnologica così come l'Ospedale "Luigi Sacco" di Vialba è conosciuto soprattutto per gli studi sulle malattie infettive. Né mancano poi autorevoli istituzioni specializzate in ambito neurologico (Istituto Besta), ortopedico (Gaetano Pini e Galeazzi), cardiovascolare (San Donato e Istituto Monzino), per citare solo le maggiori.

Quale medicina e quale antropologia in questi "nuovi templi" della medicina futuribile? Nell'ambito di questa medicina tecnologica prevale il paradigma interpretativo genetico: la malattia è vista come espressione di un'alterazione del patrimonio genetico individuale. In questo contesto il rapporto medico-paziente si instaura prevalentemente attraverso una relazione basata su un *modello comunicativo (consensuale)*: il paziente deve essere messo a conoscenza dei suoi potenziali rischi (in quanto geneticamente predisposto a esprimere fenotipica-

mente una patologia), ma per ottenere da lui un'adesione (consenso informato) all'azione medica curativa e/o preventiva nei confronti della malattia o della possibilità che essa si manifesti, e deve essere attivamente coinvolto nel processo di prevenzione (evitando o riducendo i fattori di rischio e le condotte sanitariamente scorrette) attraverso un "patto medico" normato e condiviso.

La relazione si configura sempre più spesso anche su un *modello difensivo (legale)*. Il malato deve essere "dissezionato in vivo" (con le tecnologie di bioimaging, con gli accertamenti di laboratorio più sofisticati, con le indagini fisiologiche maggiormente accurate) per cercare tutto ciò che non va (o che potrebbe non andare). Questa "indagine a tutto campo" sul corpo del paziente mette il medico al riparo da possibili errori (diagnosi mancate e conseguenti comunicazioni non fornite), difendendolo da possibili rivendicazioni (anche legali) del malato, il quale non basa più il rapporto col medico sulla fiducia, ma sulla pretesa (quasi assoluta) di guarigione.

Questo modo di procedere porta sempre più a un *coinvolgimento ambiguo* del medico, che in apparenza sembra agire nell'interesse del malato (e della sua salute), ma che in realtà agisce solo per tranquillizzare la propria coscienza medica (e salvaguardare la sua attività professionale).

Il consenso ottenuto dal paziente crea l'illusione della condivisione. Informando il malato dei suoi rischi potenziali si pongono però quasi sempre contemporaneamente in atto proibizioni e limitazioni alla sua libertà in nome di una "integrità biologica" che è considerata come l'unico bene da ottenere. La dimensione soggettiva della libertà di scelta (anche dannosa o autolesiva) viene eliminata, esigendo talvolta un consenso che appare "forzato" più che "informato".

### Conclusioni

L'analisi storica del rapporto medico-paziente dentro le strutture ospedaliere mette in rilievo come l'evoluzione dalla medicina clinica a quella tecnologica ha provocato un progressivo distacco del medico dal paziente. *L'arricchimento tecnologico* è drammaticamente coinciso con un *impoverimento antropologico*.

Il passaggio dal solidarismo al paternalismo prima e

al difensivismo poi hanno comportato il fatto che la relazione si è andata sempre più centrando sul medico invece che sul paziente.

Anche l'analisi antropologica mostra come il coinvolgimento del medico nei confronti del paziente da neutro sia diventato negativo e infine ambiguo. Questo perché in realtà il rapporto è stato sempre centrato sul *sapere* e sul *potere* del medico e non sulla *sofferenza individuale* del malato.

Questo ha comportato una crescente "crisi della medicina" che, perdendo le sue radici olistiche, non è più capace di rispondere alle esigenze primarie della prassi medica: cura e solidarietà prima ancora di terapia e guarigione. Occorre invertire la rotta e fare in modo che la medicina recuperi la dimensione umana del suo agire.

Una relazione centrata sul paziente presuppone lo svilupparsi di due modelli operativi per il medico: a) il *modello della competenza*, alternativo a quello della diffidenza e della distanza difensiva, che ponendoci sullo stesso piano del paziente recuperi il rapporto confidenziale e amicale che ha per lungo tempo caratterizzato la nostra medicina occidentale; b) il *modello della comprensione*, alternativo a quello dell'arroganza biomedica, che in una società sempre più multietnica sia in grado di accogliere e capire anche esperienze e prassi mediche di pazienti provenienti da culture sanitarie e aree geografiche diverse dalla nostra.

#### Note

1 - G. Cosmacini, *Milano capitale sanitaria*, Le Monnier, Firenze 2002

2 - G. Cosmacini, *La ca' granda dei milanesi. Storia dell'Ospedale Maggiore*, Laterza, Roma-Bari 1999, p. 157

3 - V. A. Sironi, F. Taccone (a cura di), *I bambini e la cura*. Storia dell'Ospedale dei bambini di Milano, Laterza, Roma-Bari 1997; M. De Filippis, *L'Ospedale "Luigi Sacco" nella Milano del Novecento*, Angeli, Milano 2003; G. Cosmacini, *L'Ospedale e la città. Milano e il "Gaetano Pini"*, Istituto G. Pini, Milano 2005.

4 - G. Cosmacini, *Milano capitale sanitaria*, cit., p. 37

5 - Ivi, pp. 104-105.



Da "Opera Medica", in un'antica stampa delle Civiche Raccolte Bertarelli (Castello Sforzesco, Milano).

# *Fra Serendipity ed “effetto Hawthorne” il difficile percorso del clinico che vuole essere “anche” ricercatore*

ANDREA FINZI

“Assistenza, didattica, ricerca!”... “E poeu cus’è?!” può venir spontaneo di esclamare con bonario scetticismo meneghino a chi sente citare questo imperativo categorico di sapore alfieriano che riassume lapidariamente la “mission” dei medici del nostro Ospedale Maggiore. Ma non è una nostra esclusiva: anche se meno esplicitamente o con parole diverse, lo stesso motto sta alle fondamenta di tutte le istituzioni sanitarie dove si fa medicina d’avanguardia, si trattano malattie complesse o rare, dove è presente l’Università, dove lo Stato o i privati investono capitali e personale per fornire risorse sofisticate alla cura dei malati; ciò avviene, ad esempio, agli Istituti Mangiagalli e Regina Elena, recentemente uniti al Policlinico nella Fondazione

La bellezza e la purezza concettuale di queste parole collegate, “assistenza, didattica, ricerca”, che potrebbero coronare un logo riprodotto l’uomo leonardesco incastonato nella quadratura del cerchio, è fin troppo evidente per dover discutere il significato e l’intima connessione di queste tre direttrici dell’attività medica. Da sempre, l’esperienza clinica dei medici ospedalieri ne ha stimolato la curiosità e la volontà di espandere e razionalizzare le conoscenze per trarne indicazioni utili a migliorare la cura dei malati; da qui, corollario altrettanto importante, il piacere intellettuale e l’orgoglio di esporre i propri risultati alla comunità scientifica e di trasmettere ai giovani colleghi il sapere teorico e pratico accumulato in anni di lavoro.

Lo spirito di osservazione, di iniziativa, la casualità, la vastità dell’ignoto a fronte di poche certezze acquisite erano fino ad alcuni decenni orsono il “grande West” nel quale chiunque fosse attratto dalla ricerca in medicina poteva cimentarsi con la speranza di farcela prima o poi a scoprire qualcosa di nuovo, a dimostrare le proprie teorie, giun-

gendo talvolta a conclusioni del tutto diverse da quelle attese, attraverso percorsi impreveduti. *Serendipity* è un vocabolo coniato dallo scrittore inglese Horace Walpole (1717-1797) per indicare la capacità di scoprire, in maniera del tutto casuale, qualcosa di inatteso che non ha nulla a che vedere con quanto si stava cercando e che ben descrive questo metodo - anzi, non metodo - di fare ricerca. L’origine del nome si deve ad una leggenda, secondo la quale il sultano di *Serendip* (antico nome arabo dell’isola di Ceylon), essendo partito in cerca di oro, dopo aver attraversato monti e vallate con esito negativo, trovò del té di ottima qualità, che risultò essere ben più prezioso dell’oro.

Oggi questa Camelot dello spontaneismo scientifico è quasi del tutto tramontata di fronte ad una realtà sempre più complessa ed efficientistica, alle molte condizioni che devono essere soddisfatte perché la ricerca possa realizzarsi secondo i ferrei dettami della Evidence Based Medicine, alla riduzione degli spazi di libertà intellettuale di chi dovrebbe portarla avanti. Si dovrebbe riflettere, in particolare, su cosa significa oggi “fare ricerca” negli ospedali clinicizzati o di insegnamento, in un momento nel quale vi è una innegabile contrazione dei mezzi disponibili ma ciononostante, almeno in teoria, il motto “publish or perish”, il brutale e sintetico imperativo categorico made in USA, e l’ “impact factor” (cioè il punteggio attribuito alla Rivista scientifica sulla quale un lavoro viene pubblicato) condizionano anche le decisioni amministrative sull’assegnazione dei finanziamenti e delle risorse aggiuntive, stabilendo in definitiva una graduatoria difficilmente alterabile, per la sua deriva inerziale, fra “chi va avanti e chi resta fermo”, in pratica fra i sommersi e i salvati. Come gli eserciti, anche gli ospedali, compresi quelli più celebri sono composti da Unità Operati-

ve con diversa finalità e quindi diversamente strutturate: in estrema sintesi, vi sono “Unità d’élite” celebri e blasonate che accrescono con la loro notorietà il prestigio dell’Ospedale; ma la massa di manovra che gestisce la mole della routine non selezionata è costituita da sobrie e tetragone, ma assai meno rinomate, “Unità di fanteria di linea”. Il determinarsi ed il cristallizzarsi della suddivisione fra queste due componenti ha spesso le sue radici nella storia remota dell’Ente: negli Istituti dove è tenuta viva da decenni una tradizione, non solo accademica, di studio e insegnamento in una determinata branca specialistica, con un continuo ricambio generazionale e afflusso dall’esterno di medici esperti e di pazienti, richiamati gli uni dalla celebrità della Scuola, gli altri dall’efficacia delle terapie, un solido filone di ricerca prosegue senza gravi difficoltà di pari passo all’eccellenza clinica, sempre più ampliandosi e ramificandosi. E anche le “Unità d’élite” di più recente formazione, nate dalla parcellizzazione delle specialità mediche e chirurgiche in branche diagnostiche e interventistiche tecnologicamente avanzate, con personale superspecializzato, dotate di apparecchiature sofisticatissime e continuamente aggiornate, non hanno difficoltà a tradurre in “produzione scientifica” l’ordinata esposizione dei risultati ottenuti con lo strumento più recente in casistiche ampie o selezionate a seconda della necessità; oppure a elaborare il significato delle scoperte rese possibili dall’uso accorto e originale di un dispositivo diagnostico di ultima generazione. “Publish or perish” è dunque recepito nelle “Unità d’élite” come un’ovvia condizione per mantenersi nella parte alta della classifica nella sfida con la concorrenza scientifica internazionale e per alimentare il circuito virtuoso degli investimenti e del proprio “peso”, già per definizione elevato, all’interno della Istituzione. La regola viene sempre rispettata, pur con notevole impegno personale dei collaboratori, selezionati e quindi fortemente motivati, prediligendo in diversa misura a seconda dei casi la qualità o la quantità della produzione scientifica, con un occhio all’impact factor e uno al presenzialismo congressuale. “Publish or perish” suona invece molto spesso come un’oscura minaccia ed anche come una

impietosa presa in giro agli esausti fanti clinici delle “Unità di linea” che in appendice ad una routine faticosa e spesso poco stimolante devono fare i conti con il loro alter ego interno, quello che vorrebbe o dovrebbe “produrre scientificamente” e ovviamente pubblicare a tambur battente per sopravvivere alla prossima distribuzione dei fondi di ricerca, spesso lamentevolmente impiegati per alimentare banali necessità quotidiane come pagare segretarie o comperare computer. Vi è una sensazione di disagio intellettuale, per alcuni assai doloroso, nel constatare che non vi è di fatto più spazio per la ricerca spontanea che nei tempi andati prendeva le mosse dall’ormai archeologico rito del “tirar giù le cartelle” in ripostigli polverosi durante solitari pomeriggi di guardia, alla caccia di dati clinici ex post, inseguendo intuizioni geniali o fallaci, sempre comunque facendo scommesse con se stessi, senza precisi limiti di tempo, se non quelli di mandare un abstract ad un congresso e scrivere un articolo (avallato dal direttore/primario, ovviamente) chissà quando. Ormai tutti sanno che la ricerca va pianificata secondo regole precise, che richiede una strutturazione di base che non lascia più spazio allo spontaneismo, che comincia a costare già nella fase di progettazione statistica, figurarsi poi nella preparazione dei materiali; che in definitiva non è quasi più realizzabile motu proprio. Inoltre, se da un lato la rete mondiale di Internet dilata le conoscenze e facilita lo studio della letteratura scientifica come nessuno poteva sognare vent’anni fa, è altrettanto vero che da essa giunge inesorabile la prova che quella brillante idea che avevamo avuto era già stata sfruttata e pubblicata in varie parti del mondo, magari già superata e sostituita da altre e quindi è inutile duplicare il lavoro altrui. Tutto ciò crea una sensazione di impotenza e di sconforto che, in pratica, allarga sempre più il gap con chi è sulla cresta dell’onda della ricerca. E se ne pagano pesanti conseguenze sul piano personale e della “famiglia allargata” che bene o male ogni reparto finisce per essere. Detto questo, facendo ricorso a una simulazione di incrollabile ottimismo, possiamo scorgere buoni motivi per non lasciarsi prendere dalla depressione, sempre che vi siano condizioni

ambientali appena minimamente favorevoli, che i singoli individui non siano devastati dal “burn-out” e abbiano ancora un poco di tenacia e di fantasia; un pizzico di fortuna è poi naturalmente indispensabile. Innanzitutto, a dispetto dell’onniscienza del web, e delle infinite delusioni che ci infligge, lo spirito di osservazione e di iniziativa ha ancora qualche possibilità di affermarsi, laddove vi sono nicchie di questioni inesplorate, anche nella pratica quotidiana apparentemente “minuta”: leggiamo spesso brillanti risultati ottenuti e pubblicati su prestigiose riviste da medici che hanno condotto studi inappuntabili dal punto di vista del metodo e dell’analisi dei dati su problemi che sono quotidianamente sotto gli occhi di tutti e che nessuno ha analizzato in dettaglio.

Vi è poi la possibilità di avviare studi collaborativi “spontanei” o parzialmente sponsorizzati dall’industria con i colleghi delle “Unità d’élite” del proprio o di altri ospedali, mettendo a disposizione la “fornitura” di casistiche selezionate, di adeguati follow-up clinici dopo le procedure sofisticate eseguite presso quei reparti specializzati, di expertise nella valutazione statistica e nella stesura degli articoli, arte nella quale i “terminator” dell’interventistica-videogame spesso non eccellono; il tutto, ovviamente, in uno spirito di onestà e collegialità, con accordi ben precisi dall’inizio sulla distribuzione di oneri ed onori, ad evitare malintesi e dissidii futuri (precisazione non ridondante, alla luce di tante brutte esperienze).

Poche righe sopra ho scritto la magica locuzione “sponsorizzati dall’industria” che introduce la parte più cospicua del capitolo “soluzioni adatte ai tempi grami”: quella della partecipazione ai grandi studi collaborativi, i trial dai nomi sempre più fantasiosi e accattivanti, facili da ricordare, ispiratori di sentimenti positivi e vincenti che affollano le riviste più prestigiose e si incolonnano in lunghe file di citazioni nelle linee guida delle società scientifiche col potere seduttivo di merendine, detersivi e dentifrici sugli scaffali di un supermercato. Se, dopo aver letto gli attesissimi risultati (anche l’attesa del pubblico fa parte del marketing) del grande trial multicentrico su un nuovo farmaco, si percorre in appendice la lista, lunga come una lapide dei caduti, dei partecipanti

alla ricerca (tutti peraltro insigniti della presenza del proprio nome - ufficialmente riconosciuta ai fini dell’impact factor - sulla prestigiosa rivista) si può rilevare come quasi sempre si tratti di decine di colleghi appartenenti a “Unità di fanteria di linea” brillantemente condotti al successo della pubblicazione da uno “steering committee”, ovviamente d’élite e di risonanza internazionale. Questo principalmente perché sono loro, le “fanterie di linea”, ad avere il controllo dei “grandi pascoli” da cui selezionare le casistiche incluse negli studi.

La presenza dello sponsor industriale è inconfondibile (e inevitabile) anche quando lo scopo principale dello studio è di tipo principalmente clinico o fisiopatologico: si indagano aspetti particolari di una certa malattia e della sua storia naturale ma a un certo punto del disegno sperimentale compare il dato strumento diagnostico, il nuovo farmaco messo in competizione con il placebo o con un suo debole competitore inevitabilmente destinato a soccombere o, come si usa da qualche anno, un omologo dominante verso il quale si vuol dimostrare il pareggio della “non inferiorità”, e quindi strappargli una quota di mercato. Nulla di male, s’intende, perché industria vuol dire progresso, ricerca, lavoro, benessere eccetera; nessuno è così ingenuo dal negarlo. Ed è anche una buona soluzione per uscire dalla “morta gora” di cui si è detto prima, recuperando un po’ di entusiasmo nella ricerca grazie a progetti già bell’e pronti, materiali di lavoro generosamente forniti, partecipazione a congressi e workshop avendo alle spalle discreti ma rassicuranti sostegni “esterni”, spesso sotto l’egida delle Società Scientifiche nazionali e internazionali che garantiscono la serietà della ricerca anche di fronte agli arcigni Comitati Etici che spesso bocciano volentieri ma incauti progetti “spontanei”. Non è più neppure da considerarsi lontanamente il rischio di un flop totale della ricerca che ne impedisca la pubblicazione perché il suo costo obbliga i responsabili della pianificazione a far in modo da escludere questa evenienza.

Tutto bene dunque? Sono lamenti inutili e immotivati quelli che si levano dalle corsie della fanteria di linea, anonime e desolate come trincee car-



siche, se poi invece la ricerca sponsorizzata fornisce gli strumenti idonei alla *révanche* che permetterà di picchiare i pugni sul tavolo del direttore scientifico alla prossima distribuzione dei fondi? Andiamoci piano: anche qui occorre essere molto attenti perché si possono compiere errori fatali. Innanzitutto, di fronte all'offerta di partecipare ad uno studio multicentrico bisogna valutare onestamente le proprie forze e le proprie capacità di fare sul serio quanto si promette, perché la buona o la cattiva reputazione di un gruppo di ricercatori si diffonde rapidamente per il tramite delle società scientifiche che effettuano la selezione. In pratica, chi non è in grado di portare avanti come si deve un protocollo di studio e crea quindi difficoltà e ritardi nell'avanzamento della ricerca, soprattutto se non è protetto da un "blasone" che ne rende la partecipazione di per sé prestigiosa, rischia di essere messo sulla lista nera di quelli da "lasciare a casa".

Vi è poi un altro aspetto con cui occorre confrontarsi molto seriamente nel guidare la propria scelta di partecipare alla ricerca collaborativa sponsorizzata: è necessario, a mio parere, non dimenticare mai l'onnipresenza pervasiva dell' "effetto Hawthorne", che prende il nome da uno studio di efficienza industriale effettuato in una fabbrica di Chicago e viene impiegato per descrivere l'effetto indotto da uno studio per il fatto stesso di essere svolto. Infatti le persone (i pazienti, nel caso delle ricerche in campo medico) non si comportano normalmente quando sanno di essere sotto osservazione, e - per lo stesso motivo - anche i medici che prendono parte ad una ricerca ne sono influenzati e modificano i loro comportamenti fin dall'inizio. Così, come i pazienti "arruolati" vengono selezionati fra i più disponibili e "intelligenti" e rendono facile il lavoro di chi deve controllarli nel tempo, trasformandosi pian piano in docili animali da esperimento che prevenzionano le domande dei curanti con proprietà di linguaggio e precisione stupefacenti, anche gli "sperimentatori" tendono, anzi vengono indotti, a innamorarsi del farmaco o dello strumento di cui sono i primi utilizzatori o di cui stanno indagando virtù sconosciute e se ne fanno paladini e testimonial referenziali di fronte al mercato dei potenziali acquirenti.

Che c'è di male in tutto ciò?.. viene subito da chiedersi. In realtà il male c'è ed è grave. Avvolti nelle nebbie luminescenti dell'effetto Hawthorne, è facile illudersi che la ripetitiva compilazione di CRF (clinical report file) e la distribuzione di confezioni numerate di capsule sia tutto quanto serva a mantenere nominalmente viva l'attività scientifica di un gruppo di lavoro. Purtroppo non è così ed è incombente il rischio di disperdersi in ricerche di livello sempre meno elevato, a cui però non si può dire di no soprattutto se la "fee per patient" (remunerazione per caso studiato) è appetitosa, e che portano a pubblicazioni di impact-factor miserevole, restando privi di tempo e forze per impegni di maggior importanza.

La difesa dall' "effetto Hawthorne" dipende innanzitutto dalla libertà di pensiero che tutti in una qualche misura dovrebbero difendere e poi - guarda un po' - dal recupero della "serendipity" forse mai del tutto scomparsa dal genoma per quanto sempre più chimerizzato di chi ha scelto di fare il medico in ospedale. Come fare possono saperlo gli anziani (ahimé si..) che, anche se non sono primari, sono spesso vecchi gufi saggi, a volte perfino ascoltati dai giovani colleghi; pur non avendo partecipato attivamente al "movimento" del '68 (orrore, orrore...), spesso ne ricordano uno degli slogan più originali, dirompenti e universalmente applicabili: "uso parziale alternativo". Se a quei tempi esso si applicava allo Stato, ai partiti, ai giornali (e guarda che bella riuscita hanno fatto tanti sessantottini...) noi ora possiamo efficacemente "implementarlo" (bell'anglo-tecnicismo di moda) quando stiamo per decidere di partecipare ad uno studio multicentrico sponsorizzato: nulla di rivoluzionario, ovviamente, nessun boicottaggio o spionaggio industriale, ma semplice sfruttamento delle possibilità che l'organizzazione della ricerca offre. Si tratta, in pratica, di accertarsi che la sperimentazione si svolga sotto l'egida di una società scientifica nazionale o internazionale che garantisca l'utilizzo non soltanto commerciale dei risultati della sperimentazione e che quindi, mettendo a disposizione le sue strutture organizzative, consenta agli sperimentatori di cimentarsi in sottoprogetti che introducono nel corpo centrale della ricerca diramazioni verso

settori di interesse specifici. Così facendo, è possibile tornare a fare ricerca “quasi indipendente” ed a pubblicare con maggior visibilità in piccoli gruppi, fuori dalle già citate lapidi ai caduti. Infine, si deve tener presente che le diverse commissioni tecniche e i gruppi di studio delle società scientifiche sono composti perlopiù da “persone normali” che dedicano all’elaborazione, alla conduzione e all’analisi delle ricerche collaborative gran parte del loro potenziale di ricercatori, spesso non utilizzabile nell’ambito angusto della loro sede di lavoro abituale. Trattandosi di organismi almeno nominalmente democratici e formalmente non-profit, le Società sono abitualmente molto aperte all’apporto di nuovi collaboratori volontari che, oltre a svolgere nel loro ambito (ma in pratica senza muovere un passo da casa, grazie a Internet) un lavoro fondamentale quanto intellettualmente stimolante, possono poi a buon titolo apparire come primi nomi in pubblicazioni di sub-analisi, metanalisi o editoriali sotto l’egida di una data società.

Comprendo benissimo che, lette queste righe, molti diranno: “bravo lui! venga qui a vedere...ma dove vive questo?” e prendo atto che lo sconforto è una costante di accompagnamento, ora più che mai, quando si affrontano questi temi. E tuttavia, a chi vi annega giorno dopo giorno, senza apparente volontà di reazione non si può che ricordare l’incitamento talmudico: “se non sono io per me, chi lo sarà?” che Primo Levi tradusse nel celeberrimo “Se non ora, quando?” Forza!, diamoci una mossa, abbiamo ancora qualcosa da dire...

Lentamente muore chi diventa schiavo  
dell’abitudine, ripetendo ogni giorno  
gli stessi percorsi,  
chi non cambia la marcia,  
chi non rischia e cambia colore dei  
vestiti,  
chi non parla a chi non conosce.  
Muore lentamente chi evita una  
passione,  
chi preferisce il nero su bianco  
e i puntini sulle “i”  
piuttosto che una serie di emozioni,  
proprio quelle che fanno brillare gli  
occhi, quelle che  
fanno di uno sbadiglio un sorriso,  
quelle che fanno battere il cuore  
davanti all’errore e ai sentimenti.  
Lentamente muore chi non capovolge il  
tavolo,  
chi è infelice sul lavoro,  
chi non rischia la certezza per  
l’incertezza per inseguire un sogno,  
chi non si permette almeno una volta  
nella vita di fuggire ai consigli sensati.  
Lentamente muore chi non viaggia,  
chi non legge,  
chi non ascolta musica,  
chi non trova grazia in se stesso.  
Muore lentamente chi distrugge l’amor  
proprio, chi non si lascia aiutare;  
chi passa i giorni a lamentarsi  
della propria sfortuna o della pioggia  
incessante.  
Lentamente muore chi abbandona un  
progetto prima di iniziarlo,  
chi non fa domande sugli argomenti  
che non conosce  
chi non risponde quando gli chiedono  
qualcosa che conosce.  
Evitiamo la morte a piccole dosi,  
ricordando sempre che essere vivo  
richiede uno sforzo  
di gran lunga maggiore del semplice  
fatto di respirare.  
Soltanto l’ardente pazienza porterà  
al raggiungimento  
di una splendida felicità.

PABLO NERUDA

# *La professione infermieristica oggi: per non restare mai senza 'nuovi' obiettivi*

MARISA CANTARELLI

Le giornate di lavoro dell'ultimo Congresso della Federazione Nazionale dell'IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari) sono state chiuse da una tavola rotonda dal titolo: "Percezione, immagine, aspettative sociali: l'infermiere nella società contemporanea"; sottotitolo non dichiarato, ma indicativo poteva essere 'Ma la gente comune sa davvero cos'è un infermiere?'

Due interventi sono stati per me significativi, uno di un filosofo e l'altro di un economista:

- Sandro Spinsanti, bioetico e direttore dell'Istituto Giano di Roma, ha posto l'accento sulla confusione esistente in Italia sull'infermiere, tra 'infermiere buono e buon infermiere'. Secondo lo stesso relatore, l'immagine 'dell'infermiere buono' (ancora predominante), pur essendo piena di tanta retorica sui buoni sentimenti e sull'umanizzazione, resta un contenitore vuoto. Chi ha bisogno di essere assistito da un infermiere, non vuole un professionista buono; preferisce un buon professionista che conosca la teoria e la pratica dell'assistenza infermieristica, compresa quindi la gestione degli ambiti emozionali, in termini ben diversi dalla compassione e dal buonismo.

Ciò presuppone che agli infermieri debba essere insegnato a relazionarsi con l'interlocutore e con le emozioni in maniera qualificata, per aiutare le persone a comprendere che cosa accade al proprio corpo, a gestire la malattia e ad accettare anche i limiti della medicina.

- Il secondo intervento, per me spunto di riflessione, è stato presentato da Federico Spandonaro, responsabile del Ceis Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata. Lo stesso, mette in rilievo la poca attenzione nei confronti dell'infermieristica e sottolinea come nel nostro Paese, ma anche nel mondo, vi siano una enorme quantità di studi di economia riguardanti qualsiasi branca medica ma

ben pochi inerenti le attività infermieristiche, "segno di una forte sottostima e sottoconoscenza del ruolo infermieristico anche da parte degli economisti". Eppure, ha rilevato il medesimo relatore, dovrebbe essere ormai chiaro che nessun provvedimento può risolvere i problemi di economia sanitaria se prima non si rinnova il modello di organizzazione del sistema sanitario, ancora fermo agli anni '20, con gli infermieri confinati in ruoli secondari.

Riflettendo su queste relazioni mi è venuta spontanea la domanda: "a che punto si trova la professione infermieristica?"

L'evoluzione negli ultimi decenni è stata vorticosamente, molti traguardi sono stati raggiunti, soprattutto dal punto di vista della normativa. Ritengo però necessario che all'interno della professione ci si fermi a riflettere sui problemi che impediscono il pieno riconoscimento dell'infermiere quale professionista e, conseguentemente, si possano assumere quelle opportune strategie che consentano di raggiungere l'obiettivo di rimuovere ciò che ancora ostacola tale traguardo.

Un valido contributo per approfondire questo aspetto l'ho trovato in una delle prime e pochissime ricerche sull'assistenza infermieristica, risalente al 1973, diretta da Mino Vianello della Facoltà di Statistica dell'Università La Sapienza di Roma "Contributo alla teoria classica dell'organizzazione"; ricerca sull'assistenza infermieristica negli ospedali generali condotta sotto il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Nell'introduzione viene tracciato un profilo sulla storia della professione infermieristica che consente di comprendere i problemi legati al mutamento di ruolo dell'infermiere. È una lettura tuttora valida; a tal proposito in essa si dice:

"Non v'è dubbio che il Cristianesimo costituisce la base su cui esso si è sviluppato: a differenza

delle altre religioni, infatti, il Cristianesimo non solo predicava il valore della vita umana, ma anche dell'assistenza ai poveri e ai malati per la salvezza eterna.

Inoltre, l'insistenza sull'abbandono della propria casa e la vita in comune, che trovò la sua massima espressione negli ordini monastici, fecero della nuova religione il terreno più adatto allo sviluppo dei servizi infermieristici su base organizzata: ben presto, infatti, abbiamo degli ordini che si dedicano esclusivamente all'assistenza dei malati. Durante il Medio Evo le funzioni infermieristiche furono prevalentemente svolte dalle religiose e tale tradizione è ancora viva oggi (1973). La formazione di questo personale non aveva nulla di medico. Alle suore spettava il compito di custodire i ricoverati, di assisterli, soprattutto in pericolo di morte, di guidarli sotto il profilo religioso. Soltanto più avanti si ebbe, ma da parte dei monaci, un qualche indottrinamento in campo medico, grazie alla civiltà greco-islamica e ai suoi fiorenti centri dell'Italia meridionale. Ma, appunto, si tratta innanzitutto solo di monaci e, in secondo luogo, d'un fenomeno che influenzerà direttamen-

te l'orientamento delle cure, non quello dei servizi infermieristici. Dal XIII secolo in poi, e soprattutto dopo la Riforma, si assiste a un movimento di secolarizzazione dell'ospedale che però non cambia sostanzialmente l'organizzazione dei servizi infermieristici. Le monache cattoliche e le diaconesse protestanti continuano a essere il personale addetto all'assistenza diretta ai malati. Soltanto nella seconda metà del XIX secolo, in piena rivoluzione tecnologica e industriale, si ha in Gran Bretagna la comparsa di una nuova categoria, che presto aspirerà a considerarsi una professione: le infermiere professionali laiche, che considerano l'assistenza ai malati fondamentalmente un'occupazione come un'altra e non una missione spirituale. L'affermarsi di tale categoria è lento in tutti i paesi. Da un lato esso è incoraggiato dalle cose e anche (ma meno) dagli uomini; dall'altro, esso è osteggiato dagli interessi (dei medici, degli amministratori, del clero) e dagli abiti mentali del pubblico, non abituato ancora a vedere una sostanziale differenza tra l'infermiera e l'inservente e disposto, semmai, a concedere maggior rispetto e considerazione alla religiosa per l'abito



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

che porta che non all'infermiera. Tuttavia, va tenuto presente che, malgrado l'aumento notevole delle vocazioni religiose femminili, passate dal 9,9 per ogni 10000 abitanti nel 1881 a 30,3 nel 1951 (e cioè più che quintuplicato in cifre assolute, da 28172 a 144171, e più che triplicato in relazione all'aumento della popolazione dal 1850), il numero delle vocazioni negli ordini che tradizionalmente si consacrano all'assistenza ai malati è notevolmente diminuito (tanto che spesso vengono indirizzate in questo senso religiose che lo accettano per obbedienza, ma che aspiravano, in realtà ad altre attività). Di conseguenza è naturale che i vuoti creati da questa regressione siano riempiti da infermiere laiche (purtroppo, non sempre - anzi raramente - professionali). Questo fa sì che uno dei problemi più acuti dell'attuale situazione sia la crisi del reclutamento del personale laico professionale (1973)".

Risale a quegli anni l'inizio della rapida evoluzione della normativa; nel 1971 l'esercizio della professione infermieristica viene esteso anche al personale maschile. La formazione continua ad essere in tutta Europa uno degli strumenti principali attraverso cui promuovere la crescita professionale: quella infermieristica sarà infatti una delle prime professioni ad ottenere una regolamentazione degli standard formativi. Nel 1973 l'Italia recepisce l'accordo di Strasburgo sulla formazione.

Nel 1974 un Decreto (DPR) sostituisce l'ormai datato mansionario del 1940, che verrà definitivamente abbandonato nel 1999. Infatti, la legge n. 42/99 abroga il 'mansionario' e cancella di conseguenza l'anacronistica definizione di 'professione sanitaria ausiliaria'. È del 1991 l'istituzione del diploma universitario in scienze infermieristiche e del 1994 la definizione del profilo professionale.

Nel 1999 vede inoltre la luce una nuova riforma degli studi universitari, ispirata ancora una volta a criteri europei. Le lauree triennali sostituiscono il precedente diploma universitario; opportunità colta anche dagli infermieri. Il successivo traguardo legislativo viene raggiunto nel 2002 con un provvedimento nato sulla spinta di una emergenza infermieristica, nel quale si afferma la centralità

del lavoro infermieristico per il mantenimento degli standard assistenziali da cui deriva la necessità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive.

Nel 2004 la laurea specialistica in scienze infermieristiche diventa una realtà concreta.

Attualmente quindi in Italia il quadro normativo che regola sia la formazione che l'esercizio degli infermieri è tra i più avanzati del mondo.

La panoramica presentata evidenzia gli aspetti positivi, ma questo non esclude purtroppo l'esistenza di problematiche negative. Proverò ad analizzarne alcune suddividendole in due campi: la formazione e l'esercizio professionale.

- La prima domanda che mi pongo investe entrambi i campi. In Italia quanti infermieri servono? Come nel resto del mondo, la carenza del personale infermieristico costituisce un problema ricorrente. Non solo: nel nostro Paese il numero degli infermieri è inferiore a quello dei medici ai quali la programmazione universitaria continua a riservare (secondo alcune fonti attendibili) molti più posti di quelli effettivamente necessari. Scarseggiano, invece, i posti destinati ai corsi di infermieristica.

Il problema va affrontato con urgenza per poter rispondere alle esigenze della popolazione e all'evoluzione della società. Risolverlo non significa coprire gli organici infermieristici (come in alcune sedi già succede) con figure ausiliare denominate, con molta fantasia, in modo diverso nelle varie regioni italiane.

- Parallelamente deve essere risolta anche la questione delle docenze agli infermieri. Il difficile e insostituibile compito del corpo docente infermieristico è infatti quello di trasmettere agli studenti i contenuti disciplinari e l'immagine della professione in tutto il suo valore positivo, per contribuire alla preparazione di infermieri autonomi e responsabili, che possano sviluppare appieno le loro attitudini e individuare all'interno di un sistema sanitario moderno ed efficiente nuove prospettive di carriera; per formare così 'un buon infermiere'.

Ma l'attuale formazione ha questo obiettivo? Gli attuali docenti infermieri (esclusi rarissimi casi, non più di dieci fra ricercatori ed associati su tutto il territorio nazionale) non fanno parte del corpo

docente dell'università e in alcuni atenei l'insegnamento della disciplina infermieristica è affidato ai medici. Le competenze tra medici e infermieri sono diverse e diversi perciò devono essere gli insegnanti e gli insegnamenti.

In conclusione, richiamo la riflessione iniziale, da cui sono partita: a che punto si trova la professione infermieristica? Appaiono evidenti alcuni nodi che ancora 'interrompono' la corsa verso la completa crescita degli infermieri.

L'importante traguardo raggiunto, quale l'inserimento della formazione in università, non deve essere vanificato dal persistere dell'attuale programmazione che non risolve il problema di carenza di personale qualificato. Secondariamente, è necessario dare consistenza alla laurea in scienze infermieristiche e alla laurea magistrale, affidando con chiarezza la docenza della disciplina agli infermieri, in modo preciso secondo le regole universitarie.

Infine, l'eliminazione del problema di carenza del personale infermieristico eviterebbe, di conseguenza, l'inserimento di personale non qualificato, che abbassa il valore del servizio offerto, crea conflitti di ruolo e determina altresì anche confusione sull'immagine dell'infermiere fra i pazienti, che non si 'raccapizzano' fra le varie figure che lo circondano.

L'analisi fin qui fatta ha messo in evidenza che la risoluzione delle problematiche e l'assunzione delle conseguenti necessarie scelte strategiche, presuppongono il confronto con poteri forti, ragion per cui vedo il percorso che la Professione infermieristica deve fare, ancora lungo e in salita, prima di poter raggiungere su tutto il territorio nazionale un numero sufficiente di 'buoni infermieri'.

# Tra moda e rivoluzione: la Lombardia nel 1848

CRISTINA CENEDELLA

Nella precedente breve indagine tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio è stato notato che le quadriere degli enti assistenziali offrono agli studiosi e al pubblico una sorprendente quantità di livelli di lettura, a cominciare, per esempio, da ciò che nel ritratto gratulatorio è davvero in primo piano: l'abbigliamento.

La moda imperante si riflette attraverso il linguaggio pittorico, svelando così anche gli aspetti, i caratteri e la cultura di un'epoca, riflessi, appunto, nel gusto estetico in voga.

Ma non si tratta, semplicemente, di puro senso estetico: la necessità di manifestare con segni esteriori la propria appartenenza e la propria ideologia, sia personale, sia di gruppo, è connaturata alla storia dell'uomo. La moda, in questo senso, è stata un veicolo preferenziale e significativo: le fogge degli abiti, l'utilizzo di taluni tessuti invece di altri e persino gli accessori stessi sono testimoni fedeli non solo delle ideologie imperanti o di opposizione, ma della situazione politica ed economica di un intero Stato.

I moti rivoluzionari del '48 e la moda che ne seguì sono, in questo senso, un esempio evidente.

Nel marzo 1848 Milano era circondata dall'esercito austriaco, cacciato dalla città dopo cinque giorni di insurrezioni e barricate. Le campane delle chiese suonavano a stormo e il tricolore era issato su tutti i campanili.

Il Governo Provvisorio, in questa pericolosa situazione, aveva un vitale bisogno di comunicare con il circondario e con tutto il territorio lombardo, per chiedere soccorsi, diffondendo i bollettini di guerra.

Due furono le soluzioni trovate dai milanesi per far fronte alle necessità comunicative. Per le informazioni interne tra le varie zone della città furono utilizzati i piccoli Martinitt, gli "orfani di

Milano", i figli di tutti e di nessuno; piccoli, agili, insospettabili, si intrufolarono tra una via e l'altra, una barricata e l'altra, come abili staffette portaordini. Per divulgare le notizie esterne, invece, gli insorti elaborarono un mezzo geniale, i palloni aerostatici, leggerissimi, di carta, che sorvolarono le linee austriache e si dispersero nel territorio. Alcuni fecero ben poca strada; altri arrivarono sino a Gorgonzola, in Brianza, nel comasco e addirittura in Piemonte e nel Canton Ticino.

Grazie a questo ingegnoso sistema di comunicazione, i bollettini di guerra del Governo Provvisorio sortirono il loro effetto e migliaia di uomini armati - spesso in modo casuale - arrivarono sin sotto le mura di Milano.

Anche le ferrovie vennero usate per favorire i rinforzi agli insorti: oltre a condurre gratuitamente i gruppi armati verso il capoluogo lombardo, raccolsero, copiarono e diffusero i bollettini di guerra inviati con i palloni aerostatici.

La lettura di proclami e avvisi sembra fosse diffusa in modo capillare: l'impatto della rivolta milanese dovette quindi essere notevole su tutta la popolazione, dal momento che in città sembrava che tutti non fossero impegnati in altro se non nella scorsa dei bollettini di guerra.

Anche il Corriere delle Dame seguiva e commentava fedelmente gli avvenimenti: il 23 marzo 1848, nell'inserto dedicato ai figurini di moda, si diceva esplicitamente che *"Il Corriere delle Dame darà ogni numero un breve sunto de' principali avvenimenti politici che raccoglierà dalle fonti più esatte e specialmente dal Giornale Ufficiale del Governo Provvisorio"*.

Ancora l'8 di aprile dichiarava: *"Milano non è più riconoscibile, tanta è la gioia, il brio, la concordia dopo la cacciata degli Austriaci. (...)* Anche le signore hanno mezzo di distinguersi in

*questo nuovo ordine di cose. La principessa Belgiojoso, i cui scritti e le idee politiche tenevano lontana dalla Lombardia, si è rimpatriata seco conducendo circa duecento volontari calabresi da lei assoldati. Molte signore, oltre a concorrere con soccorsi pecuniari al sostegno della guerra per l'indipendenza italiana, si adoperano col prestare alloggio e assistenza ai feriti."*

Il collegamento tra gli avvenimenti politici e la moda, dunque, non è per nulla singolare, come potrebbe sembrare in apparenza, e non solo per il fatto che un giornale femminile come il Corriere delle Dame ne parlasse ampiamente. I fatti politici notevoli e i grandi mutamenti sociali hanno determinato vere e proprie rivoluzioni in fatto di abbigliamento (e a sostegno di questa affermazione basterebbe citare la Rivoluzione Francese e il seguente periodo napoleonico).

Fu, infatti, proprio grazie ai moti del '48 che l'Italia, succube per tutto l'Ottocento delle mode francesi, riuscì a svolgere un ruolo creativo, elaborando nuove tendenze molto particolari e molto seguite. I fermenti politici e gli aneliti di indipendenza, effettivamente, diedero vita al tentativo di una nuova moda, tutta italiana, quale testimonianza della rinnovata coscienza nazionale.

Della grande spinta innovativa e creativa di quel periodo, d'altronde, parla anche un autorevole milanese, Giovanni Visconti Venosta, nei suoi *Ricordi di gioventù*, rammentando che soltanto la parentesi del '48 sembrava aver spezzato la monotonia e l'inerzia della vita cittadina: *"da allora tutto mutò rapidamente nelle abitudini domestiche, nella vita cittadina, nelle usanze, nelle menti, quasi come se fosse passato un secolo"*.

La moda cambiò, seppure per un periodo piuttosto breve, tuttavia in modo radicale, tentando di rispecchiare e di esprimere nelle fogge del vestire l'ideologia che aveva ispirato le rivoluzioni del '48. Questo collegamento, moda-ideologia-politica, fu chiaramente percepito anche dai contemporanei: il Corriere delle Dame elaborò una sorta di assunto secondo il quale *"...l'abbigliamento entra sempre a parte della vita politica e morale del paese"*. Il 20 luglio del '48 il giornale pubblicava una dissertazione per spiegare chiaramente il concetto, portando ad esempio i fatti storici dalla

Rivoluzione francese in poi, e concludendo con la constatazione che *"...il potere della moda esercitò sempre la sua influenza; ebbe vita attiva nei grandi movimenti politici, si mischiò nei partiti, si mostrò come l'espressione del pensiero, ora adottando le fogge di una nazione guerriera, ora i colori della libertà, dell'indipendenza, or quelli di una nazione prospera e tranquilla. (...) Che la moda sia collegata cogli avvenimenti sociali e politici...è provato anche dai recenti avvenimenti in Italia. Abbiamo visto lo scorso carnevale le signore presentarsi al teatro colle cuffie guarnite di nastri di tre colori, presenti i dominatori della casa d'Austria; abbiamo visto la moda dei vestiti di velluto proposta per danneggiare le case commerciali della Germania; poi i cappelli acuminati, simbolo della rivoluzione napoletana, calpe-*



Quadreria del Pio Albergo Trivulzio. Amerino Cagnoni, 1897: *Ritratto di Enrico Cernuschi.*



*stati al loro apparire dal bastone della polizia; ma risorti più tardi a nuova e gloriosa vita, accompagnarsi con le fogge svelte e marziali dei popoli della Calabria”.*

Il costume all'italiana o alla lombarda, scaturito a seguito dei moti rivoluzionari, nacque a Milano e fu motivo di scelte politiche ed economiche nello stesso tempo. Se da un lato, infatti, si mostravano le fogge dei costumi popolari come vessilli di libertà (richiamandosi ai costumi dei rivoltosi calabresi o del bandito romantico Ernani), dall'altro, utilizzando il velluto di fabbricazione locale, si mettevano al bando le stoffe di lana germaniche.

Già negli anni precedenti comparvero barbe e pizzetti come simboli carbonari; dal '47, a seguito dei moti in Calabria, venne adottato il cappello alla calabrese, come simbolo di liberalismo, quello alla puritana (da *I Puritani* del Bellini) o anche quello piumato all'Ernani (il bandito protagonista dell'omonima opera verdiana). Nel febbraio del '48 un decreto della polizia austriaca proibiva l'uso di questi copricapo e i patrioti adattarono i normali cappelli a fogge che ricordavano vagamente quelli proibiti.

L'utilizzo del velluto diede poi vita al costume alla lombarda, divenuto in via informale quasi l'uniforme dei combattenti delle Cinque Giornate: *“...un camiciotto o blouse di velluto nero, di fabbrica nazionale, stretta alla vita da una cintura di pelle da cui pendeva una daga o spada: colletto bianco grande rovesciato sulle spalle: calzoni corti di velluto nero, stivali che arrivavano al ginocchio, cappello alla calabrese con pennacchio e una collana che scendeva sul petto e da cui pendeva un medaglione, ch'era di solito il ritratto di Pio IX”*, come la ricorda Giovanni Visconti Venosta. Anche le donne portavano il vestito alla lombarda, di velluto, aperto su una sottana bianca di raso o di lana, rifinito da fusciascche tricolori, cappelli alla calabrese, pistole e persino spade e sciabole usate dalla cavalleria. Il capo veniva coperto non dai frivoli cappellini alla francese, ma da grandi veli neri o da mantiglie di pizzo, che scendevano a coprire spalle e vita.

Nella quadreria del Pio Albergo Trivulzio non si conservano ritratti di personaggi vestiti alla lom-



Quadreria dell'Ospedale Maggiore. Giuseppe Bertini e Antonietta Bisi, 1886: *Ritratto di Giuseppe Pastori*.

barda. Si può ricordare, tuttavia, per la stretta relazione con i fatti narrati, il grande ritratto a figura intera di un patriota, personaggio di spicco delle Cinque Giornate, Enrico Cernuschi. Rampollo di una nota famiglia borghese di mercanti e industriali, orfano di entrambi i genitori non ancora ventenne, aderì al diffuso sentimento antiaustriaco e alle ideologie risorgimentali. Membro del Comitato di Difesa durante le Cinque Giorna-

te, il Cernuschi aveva assistito all'impegno con il quale i piccoli Martinitt avevano svolto il ruolo di portaordini. Dopo aver trascorso una vita in esilio (trasferitosi a Parigi nel 1849, rimase in Francia anche dopo l'Unità d'Italia, morendo a Mentone nel 1896) dispose qualche mese prima di passare a miglior vita, un cospicuo lascito all'orfanotrofio milanese, che giustificò, da parte dell'ente, l'esecuzione di un ritratto a figura intera.

L'opera fu eseguita da Amerino Cagnoni nel 1897: il Cernuschi è rappresentato con una grande barba e con folti capelli, non lontano dai modi della scapigliatura lombarda.

Anche nella raccolta pittorica dell'Ospedale Maggiore si ricorda, con un ritratto a figura intera dei pittori Giuseppe Bertini e Antonietta Bisi del 1886, un gentiluomo, patriota e benefattore dell'ospedale: Giuseppe Pastori. Nato a Orzinuovi nel 1814, dovette emigrare, come il Cernuschi, a Parigi per motivi politici. Laggiù divenne amministratore dei beni della principessa Belgiojoso e dei principi Gonzaga. Dopo l'Unità d'Italia fece ritorno in terra bresciana, dove morì nel 1885, non senza aver prima beneficiato diversi istituti, tra i quali, appunto l'Ospedale Maggiore di Milano.

Nel ritratto il Pastori è rappresentato con aristocratica ricerca di solennità, nella stessa postura, nelle vesti, nell'ambientazione.

Vorrei concludere ricordando come sia stato proprio l'Ospedale Maggiore a svolgere un ruolo politico e patriottico attivo nel periodo risorgimentale, non solo per la presenza tra il personale di medici, chirurghi, infermieri (famoso il medico Agostino Bertani!) che svolgevano assidua propaganda antiaustriaca, ma soprattutto per il ruolo di base strategica e di informazione: nei camini, nei condotti fognari e nei solai dei padiglioni dell'Ospedale furono ritrovati i depositi di armi utilizzati proprio durante il '48 e moltissimi furono i medici arruolati volontari nelle guerre d'Indipendenza.

# La chiarezza

ANTONELLA CREMONESE

Tra i soggettisti degli studios di Hollywood gira una leggenda che forse non è lontana dalla realtà: “Amico, puoi scordarti che un produttore ti accetti il soggetto di un film se non riesci a raccontarglielo con una sola frase.” Maurizio Costanzo, quando diventò direttore della *Domenica del Corriere*, incarico che ebbe per circa due anni, raggelò l’intera redazione con un assunto analogo: “Gli articoli devono essere chiari e brevi. A mio giudizio, si può raccontare tutta la Grande Guerra in una cartella.”

È vero, ma un rischio c’è: sfrondando e selezionando è più facile raggiungere la chiarezza, ma per questa strada si può arrivare a sintesi chiarissime che sono tuttavia false per eccesso di semplificazione. E si va incontro al gusto di massa, che scarta la complessità (definita “oscura”) e molto spesso premia una chiarezza che è stata raggiunta omettendo le contraddizioni e le incertezze.

Per definizione, nell’immaginario collettivo la chiarezza si accompagna alla brevità. Se guardiamo al linguaggio come a un habitat (un insieme ben preciso e assolutamente correlato di determinati animali, determinate piante, determinate condizioni climatiche) troveremo ben presto molte parole “gemellate”, che appartengono allo stesso habitat concettuale. È il caso della coppia chiarezza-brevità, percepita in una correlazione tanto assoluta che basta effettuare la sostituzione di “breve” con “lungo” per rendersi conto che si sono violate le regole dell’habitat concettuale, o perlomeno delle abitudini acquisite. Per esempio, se diciamo che un discorso è stato “breve e chiaro” restiamo all’interno di un giudizio di positività condiviso da tutti. Se, al contrario, dicessimo che un discorso è stato “lungo e chiaro”, la sostituzione dell’abituale parola “gemella” apparirebbe una palese violazione, come un canguro messo al Polo Nord: ci resterebbe da spiegare se quel discorso ci è veramente piaciuto, “pur” essendo lungo.

Ma se essere brevi è una scelta strategica per non annoiare (già i Greci dicevano che un “grosso libro è un grande male”), la chiarezza è un dovere assoluto per chiunque fa comunicazione, e quando un giornalista si sente dire che è stato molto chiaro, sa che è la più importante e seria delle possibili lodi, e che conta molto di più di quei dubbi apprezzamenti come essere stati “divertentissimi”, aver scritto “in punta di penna”, aver fatto capire che “si è informati sui retroscena”. Così, se appena si ha un po’ di onestà e di coscienza autocritica, ci si sente, nell’ordine: uno che fa cronaca-spettacolo, una ballerina in tutù, un vigliacchetto che ha temuto la querela e si è limitato a punzecchiare il Potere.

La chiarezza, come tutte le cose serie, si nutre di fatti, e non di opinioni. Né delle opinioni di chi scrive, né delle opinioni-esternazioni-battutacce-ingiurie di chi è intervistato. Soltanto per una straordinaria distorsione del giornalismo (collegata a sua volta al problema di una società involgarita, e tributaria di una tv idiota) si è arrivati a considerare “notizia” lo sfogo maleducato del politico o del manager, i quali a loro volta hanno perso di vista la comunicazione (chiarezza sui fatti e sui misfatti, chiarezza sulle prospettive reali, chiarezza sui programmi possibili) e vogliono soltanto intimorire gli avversari o richiamare l’attenzione.

In una società che ha perso la bussola, e nella quale, come dice Gino Strada di *Emergency*, diventa mediatica anche la guerra, chi vuole comunicare con chiarezza deve sentire il dovere di sfuggire alla spettacolarizzazione, e rintracciare i semplici fatti, raccontandoli per esteso e con onestà. Perché dall’altra parte non c’è un cliente cui vendere una casa, un aspirapolvere o un partito politico, ma una *persona*.

Ma la chiarezza è molto di più del dovere di farsi capire quando si scrive, è uno di quei valori positivi che coincidono con la vita stessa. Nascendo “si viene alla luce”, e l’istinto vitale ci porta poi a sce-

gliere, sia in senso reale che figurato, tutto ciò che è chiarezza, luce, luminosità, splendore e a fuggire da tutto ciò che è oscuro, buio, notturno, sotterraneo. Come le piante tendono alla luce e rivolgono gli steli e le foglie nella direzione del sole, così noi umani cerchiamo la chiarezza come una luce irrinunciabile.

Per stare bene con gli altri abbiamo bisogno di “rapporti chiari”, detestiamo le cose ambigue e desideriamo sempre che “si chiarisca la situazione”, ci sentiamo pieni di gioia contemplando il cielo chiaro e luminoso o la chiara luce della luna nel cielo notturno, amiamo la dolcezza del verso del Petrarca che evoca le “chiare, fresche e dolci acque”, consideriamo “bui” i secoli senza cultura, definiamo “oscurantismo” le posizioni dogmatiche che respingono le indagini e i quesiti e si rifiutano di fare chiarezza, condividiamo la definizione di “secolo dei lumi” per il Settecento, che iniziò a porre le basi della ricerca nei vari campi del sapere. Tutto il poema dantesco è un’ascensione verso la “luce intellettuale piena d’Amore”, ma tutte le culture pongono la luce e la chiarezza tra i beni da raggiungere. In antico, fioriva l’arte di interpretare i responsi degli oracoli per cercarvi un significato e sia la mitologia occidentale che quella orientale sono ricche di racconti che vedono i protagonisti impegnati in cammini iniziatici per trovare la “verità”, mentre la felicità non viene mai evocata. Se poi guardiamo alle tradizioni popolari, quante favole raccontano il bambino disperso nella foresta buia, che finalmente vede un “luminoso lontano lontano”, quante principesse ammalate di crudeltà promettono se stesse e il reame a chi risolverà un indovinello, e la morte a chi non ci riuscirà? Sulle tracce della chiarezza, si potrebbe perfino vedere un crocevia culturale tra le osservazioni di Propp sulla struttura delle fiabe archetipiche e il loro significato nelle diverse società, e l’entrata della psicanalisi nell’interpretazione dei sogni.

## Asterisco

### Per una pace e una bontà interiori

L’uomo nobile è generosamente rilassato a motivo della sua pace interiore, l’uomo piccolo è continuamente in agitazione a causa di qualunque cosa.

C’è una cortesia senza forme esteriori, e questa è il rispetto. C’è un lutto senza abiti da lutto, e questa è la tristezza. Esiste una musica senza suoni, questa è la gioia. C’è un’affidabilità che non ha bisogno di esprimersi in parole, c’è un rispetto che non viene provocato in primo luogo dalle azioni, c’è una bontà che non ha bisogno per prima cosa di fare delle opere buone; questa è la disposizione d’animo. Il suono della campana che viene emesso nell’ira è guerresco; se invece viene emesso nel lutto allora è melanconico. Se cambia la disposizione d’animo, così cambia anche il suono. Se dunque una vera disposizione d’animo può addirittura influenzare metallo e pietra può naturalmente fare molto più per gli uomini.

CONFUCIO (551- 479 a.C.)

### Fare ciò che è necessario fare

Delle piccole buone azioni fatte al momento giusto per colui che le riceve sono le più grandi.

Non è un benefattore colui che mira a una ricompensa, bensì colui che ha la volontà di fare il bene per un impulso libero.

Quando i benestanti riescono ad ottenere da se stessi di dare del denaro a coloro che nulla possiedono e di soccorrerli e far loro del bene, qui è già presente la compassione, il non essere solo e la fratellanza e il reciproco aiuto e la concordia dei cittadini e altre cose buone, quante nessuno potrebbe mai contare.

Giustizia significa: fare ciò che è necessario; ingiustizia: non fare ciò che è necessario ma metterlo da parte.

DEMOCRITO (460- 371 a. C.)

# *Un inaspettato giacimento di sapere: la Biblioteca dell'Istituto ostetrico ginecologico "Luigi Mangiagalli"*

LAURA VECCHIO

Nel 1906, all'atto dell'istituzione dell'Istituto Ostetrico Ginecologico che oggi ne porta il nome, Luigi Mangiagalli prevede una biblioteca come necessario strumento di ricerca e studio; l'importanza di tale biblioteca si accrebbe notevolmente sotto la direzione di un personaggio così celebre e valente. Il direttore del nuovo Istituto portò prestigio e catalizzò la benevolenza di medici italiani e stranieri, non solo ginecologi. A titolo d'esempio, citiamo una *Miscellanea lavori di neurologia 1889-1923*, che raccoglie tutte le pubblicazioni del professor Enrico Rossi, medico primario nel manicomio provinciale di Milano dal 1923, che riporta la seguente dedica autografa: *Al Sen. Luigi Prof. Mangiagalli: A voi, Illustre Maestro di Scienza, creatore geniale e munifico donatore della R. Università di Milano, queste umili memorie frutto del mio fervente lavoro.*

Nel 1928 poco prima della morte, fu lo stesso Mangiagalli a donare la parte eminentemente medica della sua biblioteca personale alla clinica, con la dote di ben 200.000 lire, la cui rendita era espressamente dedicata al mantenimento in buono stato dei fondi librari della clinica.

In quello stesso anno, il 1928, l'Istituto e la biblioteca passarono sotto la direzione di Emilio Alfieri, eminente studioso, docente della neonata Università degli studi di Milano, nonché grande appassionato bibliofilo. La personalità e gli interessi di Alfieri si rifletterono sicuramente sulla composizione e sulla gestione della biblioteca dell'Istituto da lui diretto, tanto da renderlo omogenea alla sua biblioteca personale, utilizzando lo stesso sistema bibliometrico che sostituì a quello eminentemente topografico prima applicato nell'Istituto. La biblioteca di Alfieri costituisce oggi il "Fondo Alfieri", vero e proprio "tesoro" dell'Università degli Studi di Milano, e si rivela complementare alla biblioteca della "Mangiagalli". Innu-

merevoli potrebbero essere gli esempi di contiguità tra le due raccolte librarie ma almeno un caso merita di essere citato in questa sede. Durante il lavoro di smistamento e organizzazione dei volumi della Biblioteca "Mangiagalli" sono stati trovati numerosi opuscoli, appartenenti a raccolte miscellanee, recanti il timbro "Emilio Alfieri".

Dovrebbero bastarci queste poche indicazioni per capire quanto la biblioteca, già afferente agli Istituti Clinici di Perfezionamento e acquisita ora dalla Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, sia importante e meritoria di attenzione, ma c'è ben altro.

Nella biblioteca della Clinica Ostetrico-Ginecologica, erede e continuatrice dell'attività della Regia Scuola d'Ostetricia sono confluiti lungo il volgere del tempo vari fondi librari, sia delle istituzioni ad essa preesistenti o dei vari direttori e professori che operarono nella pia casa di Santa Caterina alla Ruota prima, e nel nuovo edificio dell'Istituto Ostetrico ginecologico poi, ma anche di altra provenienza.

L'importanza della dotazione libraria della Regia Scuola di Ostetricia può essere ben esemplificata da una pubblicazione: *La Evoluzione spontanea sorpresa in atto mediante la congelazione per il prof. Cav. Domenico Chiara, Direttore della R. S. pareggiata di Ostetricia in Milano con 6 tavole dal vero 9/10 della grandezza naturale e testo illustrativo*, stampata a Milano presso la Tipografia dei F.lli Rechiederi nel 1878, utile testo di ricerca ostetrica della fine del secolo XIX. Tanto raro che solo due esemplari risultano censiti in Italia, uno presso la Biblioteca Reale di Torino, l'altro nella Biblioteca APICE - dell'Università degli Studi di Milano. L'esemplare rinvenuto nelle operazioni di ordinamento dei volumi, è accompagnato dalle note manoscritte del Chiara e dai dise-

gni originali di Angelo Trezzini, utilizzati per la realizzazione delle tavole litografiche della pubblicazione stessa. Trezzini, patriota e poeta milanese, in seguito realizzò per l'Ospedale Maggiore i ritratti dei benefattori Francesco Biffi (1880) e Antonio Chiodo (1897).

Dalla Regia Scuola di Ostetricia provengono anche, a titolo d'esempio, una bella edizione bodoniana: Guillaume de la Motte Mauquest, *Trattato generale dei parti naturali*, Parma, 1801, e l'opera di Angelo Dolcini, *Guida delle levatrici*, Bergamo, 1810.

Parte integrante del patrimonio ereditato dalla Scuola è la redazione degli "Annali di ostetricia e ginecologia", che sin dal 1879, permise un continuo scambio di riviste specializzate con i principali istituti, italiani ed esteri, accrescendo in modo specialistico e con un respiro internazionale il già cospicuo patrimonio della biblioteca.

Purtroppo, allo stato attuale, le notizie relative alle acquisizioni dei libri sono inesistenti, non vi è traccia degli schedari e degli inventari esistenti un tempo. Inoltre, le varie vicissitudini storiche, che videro la biblioteca spostata dalla sede originaria fino al completo abbandono presso un deposito in via Maffucci, non permettono certo di ricostruire il posseduto attuale o immediatamente precedente a tale spostamento.

Fortunatamente, per una la ricostruzione parziale e sommaria della biblioteca, si rivelano di grande aiuto gli studi di Alessandro Porro, docente di storia della medicina presso l'Università di Brescia. Al professor Porro fu infatti affidata, nel 1988, la riorganizzazione della biblioteca, durante la quale poté ricostruirne in parte la storia evidenziando, laddove possibile, le provenienze dei volumi.

Grazie al suo lavoro abbiamo la descrizione dei vari timbri utilizzati e la relativa datazione, oltre a un elenco di monografie con le relative provenienze dal XVIII secolo all'Unità d'Italia. Al momento non è stato possibile identificare che un piccolo numero di tali volumi, ma ciò ci permette di verificare le provenienze delle donazioni: Brioschi, Decio, De Cristoforis, Casati, Rocchini e Mangiagalli.

Per la parte riferita ai periodici, è indispensabile fare riferimento a quanto registrato nel *Catalogo*

*Italiano dei Periodici* (ACNP), dove il posseduto della Clinica è dichiarato, anche se in modo parziale, fino al 1988. Tra il patrimonio della biblioteca, si trova un cospicuo numero di testate internazionali già a partire dalla seconda metà del XIX secolo. Avanzando negli anni il numero dei titoli presenti cresce in modo esponenziale, tanto da raggiungere o forse superare le 200 testate, per un numero complessivo di più di 10.000 volumi, di cui almeno i due terzi sono formati da riviste pubblicate a partire dagli anni '70 dell'Ottocento, sintomo evidente della specializzazione dell'istituto già dai suoi primi anni della fondazione.

In questo incommensurabile patrimonio l'Italia è rappresentata nella sua totalità da nord a sud, fino alle isole con i periodici: *Giornale medico dell'Alto Adige*; *Giornale della Regia Accademia di medicina di Torino*; *Liguria medica*; *Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia*; *Gazzetta medica di Milano*; *Bollettino della Società lancisiana degli ospedali di Roma.*; *Bollettino sanitario delle Puglie, Lucania e Calabria*; *Gazzetta medica siciliana*; *Bollettino della Società medico-chirurgica di Catania*; *Studi sassaresi*.

A livello internazionale moltissime sono le riviste dall'Europa: *British gynecological journal*; *Revue mensuelle de l'ancienne Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine (U.M.F.I.A.)*; *Edinburgh medical journal*.

Ovviamente presenti testate dalle Americhe: *American journal of the medical sciences*; *Philadelphia Medical Journal*; *Archivos de la Sociedad de estudios clinicos de La Habana*; *Revista medica de Chile*; *Revista de la Sociedad Medica Argentina*.

Non mancano riferimenti perfino dall'Asia: *Japanese journal of medical sciences*; e dall'Australia: *University medical magazine of University of Sidney*; *Journal of the cancer research committee of the Un. of Sydney*.

Quest'elenco, seppur sommario e frettoloso, esemplifica la ricchezza del patrimonio contenuto in questa biblioteca.

Al momento sono in corso gravose operazioni di recupero e di ricognizione dei materiali. Al di là delle edizioni antiche e rare, si deve comunque sottolineare la specializzazione e la omogeneità

della biblioteca, caratteristiche che ne fanno oggi, insieme al Fondo Alfieri, una delle maggiori raccolte sulla ostetricia e ginecologia in Italia.

### **Biografia**

R. Costa, *Il nuovo Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano*, Milano, Cogliati, 1907, pp. 25-27 (estr. da: *Annali di Ostetricia e Ginecologia*)

G. Saponi, *Il fondo di medicina antica della biblioteca ginecologica Emilio Alfieri*, Milano, Università degli Studi, 1975.

A. Porro, *La bibliothèquede la "Clinica Mangiagalli" à Milan, Actes du 4. colloque des conservateurs des musées d'histoire des sciences médicales. 7 au 10 septembre 1988 Pavia-Milano*, Lyon, Fondation Merieux, 1990, pp. 317-319

A. Porro, *Volumi appartenuti a Francesco Brioschi, conservati nella Biblioteca della Clinica Ostetrico –Ginecologica "Luigi Mangiagalli" di Milano*, in *Francesco Brioschi e il suo tempo (1824-1897). Saggi*. A cura di C.G. Lacaïta e A. Silvestri, Milano, Franco Angeli, 2000, pp. 435-442.

*Arte e medicina. Le suggestioni di una grande collezione libraria* a cura di G. Bora, G. Garavaglia, D. Spagnolo Martella, Milano, Università degli Studi di Milano, 2006;

ivi in particolare i saggi di:

A. Porro, *Il fondo Alfieri, fonte per la storia dell'ostetricia, della ginecologia e della medicina*, pp. 203-215

G. Garavaglia, *Rivoluzione scientifica, progresso medico e condizione femminile nel Fondo librario di Emilio Alfieri*, pp.21-36.

## Recensioni

Luigi Offeddu *Storia del Bene. Figure positive che hanno illuminato il mondo* Collana: storia, storie, memorie. Boroli Editore, Milano 2005; pp. 189. Euro 19,00.

Una splendida carrellata su dieci personaggi - alcuni celeberrimi, altri invece purtroppo passati rapidamente nell'ombra della memoria collettiva - che, per stile, un po' si discosta dalle consuete biografie.

Di solito, queste mettono in luce individui il cui carattere, positivo o negativo, ha lasciato una traccia indelebile oppure appariscente.

Luigi Offeddu ha il pregio di far risaltare alcune persone, fra le dieci citate, che non hanno dedicato l'intera esistenza al bene dell'umanità, che non hanno elargito tutti i loro averi ai poveri, che non hanno compiuto scoperte tali da migliorare o prolungare la vita ai propri simili, però... con un solo atto di estremo coraggio ed encomiabile forza d'animo hanno portato avanti le proprie idee di vero Bene, tali da sacrificare materialmente la propria esistenza. Quindi, uno spazio di tempo assai limitato, ma talmente incisivo da lasciare un segno in ciò che si intende oggettivamente per "Bene". Si tratta di magnifici dieci così diversi per nazionalità, età, circostanze, carattere, ideali che può apparire strano accomunarli, ma tutti ispirano un grande senso di ammirazione poiché, ribadiamo, sono "uniti" dal filo variegato del Bene.

Eppure molti non avevano caratteristiche di estrema cordialità, anzi, presentavano sfaccettature o una "corteccia" un po' spinosa che in realtà copriva una stupenda tenerezza interiore. La santità non è esteriorità, né esibizionismo e in un mondo dove il Male domina, essa comunque esiste e c'è.

Sebbene proprio per le eclatanti differenze non siano legati così strettamente l'uno all'altro, io mi permetto suggerire di leggerli secondo la sequenza ordinata dei capitoli, perché spesso ci si riferisce ai precedenti per confronti e giudizi, quindi è opportuno conoscere con precisione ciò che è stato scritto dall'autore in pagine iniziali.

Qui si cercherà di non cadere nella banalità del riassunto, comunque di alcuni personaggi meno noti o finiti nel "dimenticatoio", si accennerà qualche notizia biografica o storica, peraltro riscontrabile nel volume, per focalizzare meglio ogni interpretazione.

Alla giovanissima Sophie Scholl è dedicato il primo capitolo, assai lungo, esaustivo e il più corposo di tutto il libro.

Il movimento storico "La Rosa Bianca" (*Die Weisse Rose*) era sorto in Germania a Monaco di Baviera e si era sviluppato fra l'estate del 1942 e il febbraio 1943, (quando la nazione, a causa della belligeranza verso

più fronti, aveva cominciato il suo declino), per opporsi con le proprie idee ai sistemi sempre più oppressivi e repressivi del nazionalsocialismo. Il nome del gruppo è tratto da un racconto del noto scrittore tedesco ma di origine italiana Clemens-Maria Brentano (1778 - 1842) esponente del Romanticismo germanico. Alcuni universitari iscritti a medicina: Hans Scholl (24 anni), Alexander Schmorell (25), Christoph Probst (23), Willi Graf (25), la sorella di Hans, Sophie (21) iscritta al primo anno di filosofia e biologia, insieme con un loro professore Kurt Huber (49), decisero di unirsi e di stampare volantini affinché il popolo si svegliasse dal proprio torpore o apatia e aprisse gli occhi sullo scempio che si stava compiendo in Europa contro gente di ogni Paese, coinvolto anche suo malgrado, nel terribile conflitto bellico, compresi perfino molti degli stessi cittadini tedeschi vittime delle folli prevaricazioni ordite dai fanatici e seguaci del regime. Inizialmente, Sophie come quasi tutti si era lasciata convincere dalla propaganda e aveva aderito con un certo entusiasmo alle iniziative riguardanti la Hitler-Jugend; ottenendo anche qualche compito di responsabilità. Poi, sentite le numerose testimonianze di soldati tornati dai territori occupati, si era resa conto delle efferatezze e dei misfatti compiuti



ti dai suoi connazionali e aveva deciso di dare una svolta differente alla sua vita. Incurante del pericolo, aveva deciso di osteggiare il regime. A causa della sua temerarietà e quindi scoperta, aveva mostrato la sua indomita volontà di giustizia, tanto da suscitare la perplessità del gerarca inquisitore. Anche durante il breve processo sommario aveva tenuto testa ai giudici del famigerato “tribunale del popolo” accettando con grande coraggio la sentenza che condannava lei e gli altri all’esecuzione capitale, mediante decapitazione, peraltro eseguita poche ore dopo. La figura semplice, forse ingenua di Sophie, ci mostra come le circostanze facciano crescere la determinazione in un essere umano a mostrare la propria forza di volontà e di equità, prescindendo dalle conseguenze. Nel momento in cui Luigi Offeddu, con grande efficacia espressiva ci intratteneva su questi avvenimenti, in Germania e poi in Italia si proiettava una buona pellicola cinematografica realizzata sullo stesso argomento.

Cheikh Sarr, era un muratore senegalese islamico in possesso di regolare permesso di soggiorno, un nome forse da molti dimenticato, ma che nel giro di pochi minuti di un pomeriggio di sabato 14 agosto 2004, sulla spiaggia toscana di Marina di Castagneto Carducci (Livorno) ha dato luogo ad un’esplosione di accecante bontà. Mentre molte persone stavano godendosi ore di svago in attesa della festa di Ferragosto, un bagnante chiedeva

aiuto in perfetto italiano e annaspava fra le onde del mare. Nessuno ci fece caso, eccettuato Cheikh Sarr, il quale senza esitazione si gettò fra i flutti salvando il malcapitato e portandolo sulla riva: ma nel giro di pochi secondi, un destino crudele ghermì il salvatore, scomparso rapidamente nell’acqua, risucchiato dalla forza pelagica.

In questa vicenda l’autore pone in risalto due comportamenti estremi: il sublime atto di altruismo di un essere umano che dà la propria vita per salvare quella di un altro sconosciuto e quest’ultimo che rimane tale mostrando un egoismo e un’ingratitude senza pari: perché, ancora oggi, non conosciamo l’identità del salvato, il quale poco dopo essere stato depresso sulla spiaggia, si è rialzato andandosene via indifferente e freddo, privo di qualsiasi slancio di ringraziamento.

Cheikh Sarr, piccolo grande uomo che con il lavoro sosteneva la propria famiglia a migliaia di chilometri di distanza, non c’è più, ma forse è nel suo paradiso, come eroe per caso.

È superflua ogni presentazione per Madre Teresa di Calcutta, pseudonimo dell’albanese Agnes Gonxha Bojavhiu, dedicatasi completamente ai più miserabili fra i derelitti.

Non proveniva da una famiglia povera e da ragazza non pensava al proprio futuro fatto di sacrifici e di preghiere o di grande notorietà. Non possedeva un carattere mite e sottomesso, inoltre fu spesso tormentata da un grave dilemma: è vera umiltà o segreta

superbia soccorrere gli altri? Ebbe lunghe crisi spirituali, durante le quali sentiva vacillare la sua vocazione. Questo fenomeno di incertezza, di dubbi ricorrenti e di depressione è frequente fra coloro che decidono di orientare la propria esistenza al servizio della carità verso il prossimo, quasi che una potenza contrapposta, diciamo quella del Male, metta a dura prova la forza d’animo.

È assai interessante l’analisi critica che Luigi Offeddu riserva a questa suora. Ella ha colto i frutti di una meditazione durata decenni, sostenuta da un’energia eccezionale. Lei stessa affermava che è necessario mostrare un viso sorridente e disponibilità verso un essere umano in punto di morte, perché aveva sperimentato che la dolcezza e la comprensione infondono serenità anche nel momento della sofferenza più grande e del trapasso.

Una vita da santa, ma una santità vissuta nell’esperienza pratica quotidiana, una via di mezzo della regola monastica fra l’*Ora et labora* dei Benedettini e la militanza francescana tutta focalizzata sui poveri. Premio Nobel per la pace nel 1979.

Ogni giorno, purtroppo, ci sono persone vittime di incidenti stradali e Paolo Berro, giovane ventinovenne di Castelfranco Veneto, dal maggio 1998 fa parte di queste. Dopo un lungo periodo trascorso in ospedale, si è salvato, rimanendo però affetto da tetraplegia flaccida, cioè paralisi totale. Una forza incredibile non soltanto gli consente di vivere,

ma anche di studiare e di rendersi utile agli altri. Grazie alla presenza costante dei suoi genitori e ad alcuni strumenti molto particolari, riesce a usare il suo personal computer. È professionista *Web designer* (progettista di reti Internet), laureato in ingegneria meccanica, più nuovi studi in ingegneria logistica e delle produzioni, consulente del Ministero per l'innovazione tecnologica.

Il male che in una sola notte lo ha privato di tutto ciò che faceva prima, lui lo ha trasformato in Bene. I suoi studi presso il Politecnico di Torino, effettuati tramite collegamento telematico (*on line*) e la presenza di un professore-tutor gli hanno consentito di realizzare e di brevettare il più importante dei suoi progetti: “una carrozzina per disabili sdoppiabile con sistema di inserimento scorrevole e aggancio ad autovettura”.

Paolo Berro è sempre circondato da amici, dimostrando che è “normalità” riconquistata anche la vita di tutti i giorni, senza autocommiserarsi, ma aiutando gli altri.

“Santo subito!” Con queste parole la folla in lutto assiepata in piazza San Pietro il 2 aprile 2005 inneggiava a papa Giovanni Paolo II, al secolo Karol Josef Wojtila, polacco. Dopo 27 anni di pontificato, durante i quali aveva sopportato prove assai dolorose, delle quali tutti siamo perfettamente a conoscenza, è stato chiamato alla casa del Padre.

Quest'uomo semplice, lavoratore, aveva assistito, contribuito e partecipato ad eventi storici assai notevoli. Il Bene lo aveva dimostrato mettendo in pratica i dettami del

Vangelo, andando da buon pastore in giro per tutto il mondo a portare la sua parola e il suo conforto.

Un pontefice sempre presente e quindi anche criticato dai suoi detrattori che lo consideravano troppo politicante, forse dimenticando che ogni papa è anche capo di uno Stato seppure piccolo come il Vaticano.

Un papa, e in questo caso Giovanni Paolo II, prescindendo dalle proprie convinzioni religiose o meno, è una figura troppo importante per poterne esprimere in tempi così ravvicinati delle opinioni; sicuramente è stato ed è molto amato, perché il Bene sta anche nell'essere una persona umile, vicina al cuore della gente, come lui ha saputo essere.

Soltanto due pagine, ma che descrivono la grande umanità del dottor Matthew Lukwiya, medico tropicalista, specializzatosi a Liverpool in Gran Bretagna.

Il sogno di tornare ad esercitare la medicina nel suo Paese lo aveva portato a Gulu nell'Uganda settentrionale, con la qualifica di direttore in una missione fondata da un collega italiano. Nella nazione sconvolta da una guerriglia pseudo-religiosa, da cannibalismo e magia nera, aveva avuto già occasione di offrirsi come ostaggio per salvare una suora e gli era stata miracolosamente risparmiata la vita. Poi era subentrata un'epidemia di Ebola, un virus responsabile della malattia più contagiosa e letale attualmente esistente, che stava uccidendo diverse persone.

Matthew Lukwiya, affettuosamente soprannominato “dottor Ebola”, aveva tentato di fare tutto il possi-

bile, ma in un momento di emergenza per aiutare rapidamente un suo collaboratore aveva tralasciato una precauzione, rimanendo a sua volta contagiato.

Dopo una settimana, morì lasciando la moglie e cinque figli.

Diceva che la sua vocazione era quella di salvare vite ed essersi dedicato con amore e passione sincera alla sua missione tanto da rimetterci la propria esistenza, è il senso del Bene di questo medico il cui nome era sconosciuto alla maggioranza.

Invece, noto a tutti è un altro medico, Albert Schweitzer, fondatore della missione a Lambarenè in Gabon.

Lui stesso ha scritto pagine molto toccanti e molti hanno scritto di lui.

Qualcuno lo definisce un “orso gentile”, per quell'aspetto di uomo ottocentesco, pronto a curare schiere di lebbrosi, mettendo finalmente in pratica il senso religioso di carità, proprio lui che era laureato in teologia, ma anche ricco di sensibilità artistica in campo musicale. I pochi momenti liberi erano dedicati alla lettura di testi sacri, a comporre musica e a suonare.

Una personalità molto forte, uno spirito indipendente, che amava misurarsi con se stesso, trascurando talvolta anche alcuni suoi doveri familiari, ma chi lo ha conosciuto personalmente afferma di averlo trovato molto cortese e disponibile.

Aver lasciato l'Europa, per trascorrere tutta la vita in Africa come medico di gente povera, è stato un grande atto d'amore. La sua vocazione di aiutare gli altri

ha potuto manifestarsi per lungo tempo, dal 1918 al 1965, perché è mancato all'età di 90 anni, nella sua missione, lasciando un grande vuoto in noi tutti. Premio Nobel per la pace nel 1952.

Anche di Mohandas K. Gandhi, detto il Mahatma, è stato scritto molto; lui stesso ha lasciato un'autobiografia; ma Luigi Offeddu ci presenta alcuni lati del suo carattere, poco conosciuti, per esempio l'imtemperanza giovanile, l'impulsività, la gelosia. Ebbe il coraggio di sfidare la polizia, la galera, le potenti istituzioni britanniche, perfino le incomprensioni del suo stesso popolo, che alla fine lo assassinò. Disse: "Il percorso dell'amore passa attraverso la prova del fuoco, coloro che tremano di paura è meglio che rinuncino". Fu un uomo ricco di contraddizioni, ma queste non fermarono il suo cammino, anzi cercò in esse la forza per vincerle, tanto da trasformarlo in uno dei più grandi produttori di Bene mai conosciuti dalla storia umana.

Gandhi portò libertà e dignità a coloro che lo seguirono, insegnò ad avere speranza, inculcò il senso della giustizia, e quello famoso della non-violenza, diffondendo una specie di "esperanto del bene" una lingua comune come fecero altri personaggi citati sopra.

Albert Schweitzer disse che la filosofia del Mahatma Gandhi è un mondo in se stessa.

Flavio Marcelli, quarantacinquenne, affetto da una forma molto grave di psoriasi, una patologia non contagiosa della pelle, e di origine sconosciuta, curabile ma ancora non guaribile definitiva-

mente, diversi anni fa provò il dolore di sentirsi isolato come se fosse un lebbroso. Faceva il cameriere, avrebbe desiderato aprire un ristorante suo per stare in mezzo alla gente, invece il destino fu diverso. Le persone che lui frequenta quotidianamente sono gli anziani malati di un istituto nel Varesotto, dove provvede ad accudirli dalle ore 8 del mattino fino alle 19, come volontario. È un modo per sentirsi utile e nello stesso tempo dispensare del Bene ad esseri umani più bisognosi o più sfortunati di lui, perché molti vivono dimenticati. La forza che lo sostiene è costituita da questo continuo atto di carità, ma anche da fede e speranza, insomma riesce ad avere e a comunicare una grande serenità.

L'ultimo personaggio descritto è un sacerdote missionario, Clemente Vismara (padre del P.I.M.E. Pontificio Istituto delle Missioni Estere), morto nel 1988 all'età di 91 anni. Oltre 65 vissuti per libera scelta in Birmania, in una foresta dove abbondavano insetti, malattie, guerre, rivoluzioni, miseria e un clima caldo umido da sfinitimento. Una delle zone più difficili dove vivere e dove poter evangelizzare. Clemente, da giovane, era stato in guerra, quindi le avversità non lo spaventavano, ma qui era assai duro sopravvivere. Con infinito coraggio, pazienza e buona volontà si mise all'opera cercando di rendere più decente e decorosa la missione e l'organizzazione di edifici così rustici.

Per la sua opera infaticabile ed encomiabile è in corso un processo di canonizzazione quale "pro-

tettore dei bambini". Quest'uomo diceva di aver raggiunto una grande gioia, quando poteva stare in compagnia dei suoi orfanelli, perché la vita ha valore se viene donata, e questo è un modo per rinnovarla.

Il valore del libro di Luigi Offeddu consiste anche nelle minuziose ricerche di fonti bibliografiche e storico-biografiche che sono riuscite a farci conoscere soprattutto aspetti inediti e curiosità di persone più o meno note. La scorrevolezza dell'esposizione lo rende assai avvincente e il carattere tipografico ne facilita la lettura. Un ottimo saggio per incrementare il nostro bagaglio culturale e per toccare la nostra sensibilità d'animo.

*Elisabetta Zanarotti Tiranini*

\*\*\*\*\*

Carlo Lorenzo Cazzullo: *Un medico per la libertà (una testimonianza della Resistenza a Milano)*, Edizioni Sperling & Kupfer, Milano 2005.

Questo libro è un'analisi minuziosa e precisa del proprio ruolo di medico e partigiano cattolico nella Milano della Repubblica Sociale.

Il sottotitolo lo definisce giustamente una testimonianza, ma l'opera è qualcosa di più perché si connota come un'indagine nelle radici del proprio impegno civile, ed è il frutto di una ricerca negli archivi più personali e privati oltre che in quelli del Comune di Milano per trovare i dati più preziosi e cioè i piccoli appunti che documentano la quotidianità

dell'attività partigiana nella Milano occupata dai tedeschi durante la seconda guerra mondiale e quindi nelle primissime fasi della ricostruzione post bellica.

Non si parla quindi d'impresе legendarie ma di continui eroismi quotidiani per contribuire al ritorno della libertà, per salvaguardare il proprio senso di dignità personale e mantenersi vivi.

Il lettore confrontato con la vividezza della memoria indelebile di quei giorni potrà capire che cosa significasse attendere il proprio turno al controllo di un posto di blocco con un lasciapassare di medico, mentre si svolgevano azioni partigiane, oppure agire nelle notti buie nella campagna oscurata dal coprifuoco. Il libro permette di sentire le emozioni dell'autore in tutta la loro gamma: verso i propri malati, verso la città mortificata dalla guerra, verso la propria famiglia e verso le istituzioni milanesi.

Non vi sono concessioni all'odio e alla vendetta e neppure agli aspetti personali e privati. Si coglie invece il sentimento etico e la tensione progettuale cui sembra assoggettata anche la straordinaria vitalità di questo giovane medico in bicicletta. È un libro pervaso dalla voglia di riconoscere e rendere omaggio ai compagni di quei tragici e formidabili giorni. Si coglie lo sforzo di recuperarli uno ad uno e ripensarli con straordinario rispetto.

Il libro trasmette anche la straordinaria intensità di quella fase storica, con un rapidissimo susseguirsi di eventi che determinavano continue situazioni d'emergenza e di riorganizzazione.

Nell'appendice viene ricostruito il rapporto tra la ditta tessile diretta dal

padre del prof. Cazzullo e gli occupanti tedeschi, illuminando alcuni aspetti della resistenza nascosta che gli italiani, tra mille pericoli e difficoltà, riuscirono a opporre alla prepotenza disperata dell'invasore. Pur ambientandosi in quei tragici giorni dilaniati dalla guerra, non si avverte mai la paura della morte, paradossalmente, così presente nelle angosce di oggi. Lo spirito dell'autore ha la forza della gioia di vivere con entusiasmo, temerarietà e sfida. Con "le nuvole nelle tasche dei pantaloni" come scriveva Cechov.

Mario Mantero

\*\*\*\*\*

Elisabetta Zanarotti Tiranini: *La luce nella mente. Eugenio Medea, precursore della Neuropsichiatria e Riabilitazione infantile (1873 - 1967)*. Edizioni La Nostra Famiglia, Ponte Lambro (Como), 2004, pp. 215 s. p.

Il miglioramento della qualità di vita, conferendo dignità e serenità ai bimbi disabili è, come recita il titolo scelto con cura, l'argomento di questo saggio edito nel novembre 2004 e presentato in occasione dell'inaugurazione del recente avveniristico VII padiglione nonché dell'apertura del nuovo reparto ad alta specialità di Neuroriabilitazione dell'età evolutiva dell'IRCCS "Eugenio Medea" - "La Nostra Famiglia" a Bosisio Parini in provincia di Lecco.

Non si trova in vendita nelle librerie, ma solitamente il volume viene consegnato dietro un'offerta caritativa da devolvere direttamente all'Istituto, come espressa volontà dell'autrice.

Il libro, la cui stesura ha richiesto molto tempo, costanza e grande impegno per le molteplici ed accurate ricerche effettuate a Milano e fuori città presso tante persone e svariati organismi, (peraltro evidenziati nella pagina dei ringraziamenti), è strutturato in più parti: i cenni storico-sociali della psichiatria e della neurologia italiana e straniera, la biografia e l'opera di Eugenio Medea ottenute vagliando molte testimonianze, una buona iconografia reperita in numerosi archivi e, infine, una ricca bibliografia di consultazione.

Quasi ogni pagina è corredata da cospicue note illustrative per chiarire al lettore "non addetto ai lavori" termini tecnici o vicende di personaggi che hanno avuto influenza nella vita di Eugenio Medea o in quella dell'umanità.

Il protagonista, nato a Varese nel 1873, rimasto purtroppo orfano di padre all'età di soli quattro anni, con la madre si trasferì a Milano. Qui, fin da bambino, visse sempre in una famiglia di elevato livello socio-culturale dove primeggiavano il prozio Serafino Biffi e lo zio materno Angelo De Vincenti, entrambi medici molto affermati ed apprezzati per la loro competenza e senso umano. Frequenti i contatti con numerosi personaggi illustri quali per esempio: Camillo Golgi, premio Nobel per la medicina nel 1906, Luigi Mangiagalli fondatore degli Istituti Clinici di Perfezionamento e primo rettore dell'Università degli Studi di Milano, Andrea Verga, direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano (la famosa *Ca' Granda* di via Francesco Sforza, oggi sede di ateneo). Questi rapporti favoriro-

no la sua scelta di conseguire la laurea in medicina e chirurgia, presso l'Università di Pavia con una tesi di neuropsichiatria.

Assunto presso l'Ospedale Maggiore di Milano, vinse alcuni concorsi che gli permisero di recarsi per qualche anno in Francia, Germania, Austria, Svizzera dove frequentò le migliori cliniche medico-chirurgiche specializzandosi nelle moderne tecniche diagnostiche e terapeutiche neurologiche, acquisendo fondamentali esperienze e allargando il cerchio delle amicizie.

Nel 1912, l'inaugurazione del padiglione "Antonio Biffi" <sup>(1)</sup>, presso il Policlinico di Milano, per la cura delle malattie nervose, lo vide primario e direttore fino al 1938 quando andò in pensione per raggiunti limiti di età.

Da diverso tempo, però, la sua preoccupazione era quella di dedicarsi soprattutto al recupero dei bambini "minorati", come si diceva un tempo.

Già durante e alla fine della prima guerra mondiale si era dedicato alla riabilitazione dei soldati con postumi psico-neurologici, ottenendo risultati soddisfacenti presso l'Istituto "Anna Borletti" di Arosio.

Fu promotore e fondatore insieme con altri suoi carissimi e celebri amici medici, come per esempio Sante e Carlo De Sanctis, Maria Montessori, Giuseppe Ferruccio Montesano, di diverse scuole speciali e associazioni, nonché docente alla Regia Università degli Studi di Milano; e poi all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, grazie alle sue qualità e alla profonda duratura

amicizia (malgrado la diversità di carattere) con il rettore, padre Edoardo Agostino Gemelli, già suo compagno presso il Collegio universitario Ghislieri di Pavia.

Fondamentale fu nel 1950, durante un convegno, l'incontro con don Luigi Monza e le sue Piccole Apostole della Carità che già avevano iniziato a curarsi dei bimbi disabili, grazie anche alla fattiva collaborazione di medici dell'Istituto Neurologico "Carlo Besta" di Milano.

Eugenio Medea mise a disposizione tutta la sua scienza, il grande senso di umanità che lo aveva sempre contraddistinto nel contatto con ogni tipo di paziente e generosamente le sue risorse finanziarie, tanto che nel 1963 fu inaugurato il primo padiglione a Bosisio Parini (Lecco), al quale nel giro di pochi anni seguì la costruzione di molti altri.

Diverse pagine sono dedicate alla descrizione della sua vita privata che fu molto serena. Il suo matrimonio nel 1902 con Bianca Pisani, figlia di galleristi d'arte a Firenze, nel 1905 fu allietato dalla nascita della figlia Alba, tuttora vivente. Questa è stata la testimone più diretta contattata dall'autrice. A suo tempo e soprattutto dopo la scomparsa della madre avvenuta nel 1946, Alba ha collaborato con il padre che viene descritto come una persona gioviale e assai affabile con tutti.

Il libro di Elisabetta Zanarotti Tiranini, attraverso il reperimento di documenti inediti e importantissimi riportati nel testo, desidera ricordare e far conoscere la figura del medico, (peraltro membro di vari e prestigiosi organismi), e

l'opera magnifica di questo grande benefattore che ha avuto l'assegnazione di molti riconoscimenti, benemerenze e premi italiani nonché stranieri.

Oggi, il complesso dei Centri di Riabilitazione La Nostra Famiglia e Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico "Eugenio Medea" di Bosisio Parini (Lecco) è strutturato in modo da poter curare ed assistere bambini con gravi affezioni neurologiche o psicomotorie in un ambiente sereno, accogliente, modernamente attrezzato, ospitare convegni e corsi anche universitari, il tutto di eccellente livello internazionale.

*Maurizio De Filippis*

#### **Note**

1 - Il padiglione "Antonio Biffi" fu completamente distrutto dai bombardamenti aerei anglo-americani nell'agosto 1943; era situato dove attualmente ci sono i padiglioni della dispensa e la Guardia II di Psichiatria.

Per informazioni sulle funzioni svolte dall'Istituto e per acquisire il libro:  
[www.lanostrafamiglia.it](http://www.lanostrafamiglia.it)  
e-mail: [dirgen@pl.Inf.it](mailto:dirgen@pl.Inf.it)

[www.e.medea.it](http://www.e.medea.it)  
e-mail: [medea@bp.Inf.it](mailto:medea@bp.Inf.it)  
e-mail: [elisabettazanarotti@tiscali.it](mailto:elisabettazanarotti@tiscali.it)

## *La verità al malato*

ALBERTO CRESPI

Quello della “verità al malato” era, fino a pochi decenni or sono, un problema che neppure si poneva, o che, comunque, se fosse stato sollevato era semplicemente per decidere se in qualche sporadico caso si potesse, oppure no, comunicare al paziente la vera diagnosi. Trattavasi quindi, sostanzialmente, di eccezioni alla regola d’ordine generale della massima riservatezza: era infatti convincimento diffuso che tanto più efficace sarebbe risultata la terapia quanto meglio si fosse riusciti ad allontanare dal paziente inutili allarmismi sulla reale natura del processo morboso, nonché sull’effettiva portata delle sue conseguenze. Svelare al malato la diagnosi (e la prognosi) può invero comportare - questo l’assunto di base - preoccupanti stati d’ansia, quando non anche di disperazione, che soltanto poco o nulla gioverebbero al paziente ma potrebbero anzi portare a un complessivo peggioramento delle sue condizioni generali: con ovvia ricaduta su quanti, familiari e personale sanitario, provvedono alla sua assistenza.

Un atteggiamento di radicale chiusura, dunque, nel dichiarato interesse del paziente quante volte la conoscenza della diagnosi non costituisca l’indispensabile presupposto per una sua più efficace (e non sostituibile) collaborazione nella scrupolosa osservanza delle prescrizioni terapeutiche. In altri termini, un paziente “sereno”, non turbato cioè dal timore dell’irreversibilità della propria malattia, rende più agevole l’assistenza da parte del medico curante, e se quella “serenità” non fosse altrimenti raggiungibile se non mediante l’occultamento della verità si giudica doveroso un

atteggiamento intonato alla maggiore riservatezza: anche, occorrendo, nei confronti dei familiari più stretti se costoro - per insensibilità o per una sorta di *rusticitas* - non appaiano idonei ad una assistenza responsabile del malato.

Inutile insomma, e soprattutto estremamente dannoso provocare possibili sofferenze morali in pazienti che si sa non essere in grado di sopportare e superare, qualora la manifestazione della diagnosi risultasse perfettamente indifferente sotto il profilo della efficacia della terapia adottata.

A questo orientamento si è venuto gradatamente sostituendo - sotto l’evidente influsso di una prassi largamente seguita oltre oceano - l’indirizzo nettamente opposto che, condannando ogni forma di nascondimento della verità in quanto apertamente lesivo della dignità della persona del paziente, afferma viceversa l’utilità pratica della conoscenza della vera diagnosi, la quale, lungi dal poter essere qualificata unicamente come possibile fonte di dannosa depressione psicofisica o addirittura di disperazione, si appalesa piuttosto come lo strumento più valido per evitare che il paziente, ignaro della realtà che lo riguarda, eluda o cerchi quantomeno di allentare una terapia ritenuta troppo pesantemente impegnativa, per un verso e, per l’altro verso, addirittura superflua se proiettata nell’ottica della “diagnosi” di comodo compiacentemente escogitata per aggirare la comunicazione al paziente della verità.

Conoscere la diagnosi (quella vera) è d’altronde un diritto preciso del malato, non rispettando il quale si rischia di indurre la persona coinvolta

nella malattia a provvedere ai propri interessi secondo schemi e modalità irrimediabilmente diversi da quelli che il paziente avrebbe viceversa verosimilmente seguito se avesse avuto piena consapevolezza del proprio effettivo stato di salute. E precisamente a questo riguardo non si manca di sottolineare quanto gravi potrebbero essere le conseguenze di carattere patrimoniale a carico del medico curante che avesse tenuta nascosta la diagnosi qualora il paziente, illuso in tal modo circa le concrete *chances* di sopravvivenza, avesse intrapreso iniziative, anche non necessariamente di carattere tipicamente imprenditoriale, rivelatesi poi rovinose per i familiari superstiti a causa della morte del congiunto da costui non prevista, né prevedibile, proprio per la mancata conoscenza della natura della malattia.

Un diritto dunque, quello del paziente, che non potrebbe plausibilmente essere pretermesso per un malinteso senso di pietà nei suoi confronti.

Tanto l'uno che l'altro dei suesposti orientamenti hanno un'anima di verità, perché pur movendo da posizioni chiaramente contrastanti si propongono entrambi di corrispondere al meglio a quella che è la finalità dell'attività medico-chirurgica: la guarigione del paziente.

Ma pur nell'apparente loro netta divergenza entrambi i contrapposti indirizzi risultano tuttavia apparentati da un elemento comune, quale l'assoluto apriorismo a sfondo "regolamentare" che sembra voler tassativamente escludere, in capo al medico, qualsivoglia apprezzamento discrezionale nella valutazione del singolo caso e delle conseguenti scelte concernenti non soltanto la terapia da adottare ma altresì le modalità da seguire concretamente nella assistenza del malato stesso: modalità alle quali appartiene sicuramente anche la partecipazione, o meno, al paziente di quanto riscontrato a suo carico nel corso degli accertamenti diagnostici.

I surriferiti criteri, pertanto, se rigidamente applicati sono entrambi inaccettabili. E non può essere loro riconosciuta alcuna validità perché non tengono il minimo conto della enorme variabilità delle circostanze nelle quali, di fatto, il medico è volta a volta chiamato a prestare la propria opera:

l'ambiente familiare del paziente, la sua attività professionale, l'utilità ovvero la pericolosità, per la salute dello stesso paziente, nel tacere come nel partecipare l'esito degli accertamenti diagnostici a seconda della solidità o precarietà dell'equilibrio psichico del malato, dipenda poi quella solidità o precarietà della malattia accertata piuttosto che da fattori esterni; per tacere delle caratteristiche specifiche della malattia e, conseguentemente, del tipo di assistenza richiesto. Un ventaglio di situazioni e di ipotesi, dunque che non consente soluzioni rigidamente uniformi nell'uno e nell'altro senso, imponendo esso, all'opposto, una attenta riflessione sulla linea di condotta più opportuna: che non potrà non essere necessariamente mutevole, adattata cioè alla molteplice variabilità delle circostanze alla stregua delle quali deve essere ponderatamente assunta la decisione del medico.

Si tratta pertanto di stabilire, fin dove possibile, dei punti di riferimento in grado di dare al medico la necessaria sicurezza allorquando si trovi a dover decidere se tacere oppure informare e, in quest'ultima ipotesi, con chi materialmente conferire.

Un primo criterio direttivo è certamente offerto dalla natura della malattia, e in particolare dalla entità e qualità del conseguente impegno terapeutico. Volendo esemplificare, parrebbe alquanto evidente la difficoltà di sottoporre il malato a un trattamento chemioterapeutico senza averlo preventivamente e compiutamente informato sulla patologia che ne mina l'esistenza: a parte i pesanti effetti collaterali collegati alla surriferita terapia, questa esige comunque la massima collaborazione da parte del paziente, collaborazione che può essere assicurata solo se si è pienamente consapevoli tanto della diagnosi quanto della prognosi. E questo vale per qualsiasi altra terapia, più o meno invasiva, che presenti una certa oggettiva rischiosità: il paziente deve infatti essere messo nella condizione di poter consapevolmente scegliere fra la certezza di un *exitus* a più o meno breve scadenza, e la *possibilità* di un immediato verificarsi di quello od altro evento avverso.

Lo stesso dicasi per quelle patologie - tipiche in proposito, le malattie cardiovascolari - per le

quali la richiesta collaborazione del malato consiste soprattutto in un mutamento, più o meno radicale, del regime di vita: una dieta particolarmente severa o la proibizione di tutta una serie di attività fisiche o stressanti, pur del tutto normali per un soggetto sano, non avrebbero invero alcuna garanzia di rigorosa osservanza al di fuori di una corretta e non ambigua informazione al paziente e ai suoi familiari (destinatari pur sempre di un dovere di vigilanza sulla esecuzione della terapia da parte del congiunto).

Qualche “distinguo” sembra invece suggerire il trattamento propriamente chirurgico allorquando ad esso non faccia seguito una terapia del tipo di quelle testè riferite.

Vi sono infatti interventi chirurgici che lasciano poco spazio all’immaginazione per intuirne la finalità: tale, a esempio la mastectomia radicale, stante l’estrema rarità di una sua esecuzione in caso di tumore mammario benigno. In simili evenienze la comunicazione della diagnosi al paziente è d’obbligo, considerata altresì la frequenza del ricorso alla chemioterapia dopo l’intervento. Diversamente, sempre esemplificando, si presenta invece un intervento di nefrectomia, non potendosi escludere l’asportazione del rene non più funzionante anche all’infuori della presenza in loco di un ipernefroma: il collegamento fra intervento chirurgico e malattia sistemica risulta infatti assai meno frequente in questa ipotesi rispetto a quella precedentemente prospettata. Per cui una diagnosi di tumore maligno, anche se non venga disposta in aggiunta all’intervento la chemioterapia, può ugualmente essere comunicata al paziente, previo tuttavia un accurato controllo della sua personalità psichica: il trauma che può essere cagionato da una informazione di questa specie non è cosa da sottovalutare, soprattutto in un soggetto neuro-labile e fisicamente debilitato.

Un atteggiamento improntato alla maggiore cautela è d’altronde tanto più necessario non appena si rifletta che ai soggetti operati per tumore maligno non viene per ciò stesso imposto un particolare regime di vita diverso da quello suggerito ai pazienti operati per tumore benigno, né soprattutto, i primi risultano bisognosi di assistenza posto-

peratoria diversa rispetto ai secondi: si tratta anzi di ipotesi contrassegnate da una prescrizione fondamentalmente comune, quale la sottoposizione a controlli periodici per verificare eventuali evoluzioni del processo morboso.

Tutte situazioni, in definitiva, che nessun regolamento potrebbe pretendere di disciplinare imponendo d’autorità il da farsi e sottraendo la valutazione di quanto maggiormente interessa alla salute del malato all’unica persona in grado di provvedervi, ossia al medico.

Può altresì accadere che la malattia diagnosticata, per la specifica sua natura oppure per essere stata individuata in uno stadio ormai avanzato, non consenta più alcuna terapia se non quella diretta a rendere meno dolorosa la sopravvivenza in attesa di un *exitus* ormai non lontano, ancorché non imminente. In simili circostanze potrebbe allora verificarsi che sia lo stesso malato a chiedere espressamente al proprio medico di essere esattamente informato sul risultato degli accertamenti diagnostici; così come potrebbe ben darsi il caso che, indipendentemente da una richiesta *ad hoc*, sia la stessa attività lavorativa svolta dal paziente a suggerire al medico l’opportunità di comunicare quei risultati, considerata l’utilità che la conoscenza di essi da parte della persona coinvolta presenta per la tempestiva sistemazione dei propri affari ed interessi. L’ipotesi di scuola - già prospettata in premessa - è quella dell’imprenditore che mette in cantiere progetti industriali di ampio respiro che tuttavia, a causa della propria grave malattia, non potrà sicuramente portare a compimento: con ripercussioni disastrose sul piano economico-finanziario tanto per l’impresa quanto per gli eredi dell’imprenditore, non in grado di succedere al paziente nella direzione e gestione della società.

Il criterio al quale il medico dovrà uniformare il proprio comportamento non potrà evidentemente coincidere con quello individuato nelle ipotesi prese precedentemente in considerazione, nelle quali l’indispensabilità della collaborazione da parte del malato finiva coll’imporre inevitabilmente la comunicazione della diagnosi e della conseguente prognosi. Esaurita perciò ogni possi-



bilità, da parte della scienza e della esperienza medica, di allungare i tempi della sopravvivenza migliorandone nel contempo la qualità, la scelta della linea di condotta non potrà che essere rimessa, totalmente, alla esclusiva valutazione che il medico riterrà di dover fare caso per caso, scaricando tutte quelle soluzioni idonee non già a recuperare l'irrecuperabile bensì a compromettere le residue possibilità di una sopravvivenza appena tollerabile.

Al malato terminale che chiede di conoscere il destino che lo riguarda il medico potrà pertanto fornire l'informativa richiesta, se ciò risponde alla propria coscienza: e nessuno potrà per questo condannarlo. Alla censura si sottrarrebbe però anche la decisione di senso opposto, quante volte il medico dovesse aver ragione di temere che il paziente, consapevole della propria sorte, potrebbe peggiorare ulteriormente le proprie condizioni rifiutando la prosecuzione della terapia del dolore e accordando invece preferenza alla soluzione che ponga immediatamente termine alla propria vita.

Risvolti un poco più problematici presenta l'ipotesi del malato (terminale, per lo più) che svolga attività imprenditoriale, quando il medico curante abbia avuto cognizione, per esserne stato informato dallo stesso paziente o dai suoi familiari, dei progetti industriali in corso di elaborazione o già in fase di attuazione. Nessun problema se il malato-imprenditore nulla chieda del proprio stato oppure, pur chiedendo notizie precise, i familiari vietino comunque al medico di svelare al loro congiunto gli elementi diagnostici e prognostici della sua malattia: in questo caso, infatti, il medico nulla potrà ovviamente riferire al malato. Un problema sorge invece quando siano i familiari a invitare il medico affinché informi compiutamente il paziente circa il proprio stato, e il medico non sia affatto d'accordo: la conflittualità fra gli opposti punti di vista non potrebbe essere risolta da parte del medico dissenziente invitando a propria volta i familiari del malato a procedere essi stessi a informare il loro congiunto. È d'altra parte un dato di esperienza che il più spesso il familiare non solo per mancanza di quella preparazione che sa trovare le parole adatte al momento opportuno ma anche per la naturale emotività che

lo attanaglierebbe nel farsi portatore di simili messaggi, sarebbe in ogni caso il soggetto meno idoneo. E il medico non può non rendersene conto. E l'eventuale insistenza nel proprio rifiuto a fare quanto chiestogli dai familiari finirebbe coll'espone il medico a pesanti responsabilità di ordine patrimoniale qualora, in seguito alla morte del paziente l'azienda dovesse cadere in dissesto a causa delle operazioni finanziarie che risultassero intraprese dall'imprenditore per mancata consapevolezza delle proprie condizioni di malato terminale. Il medico dovrà dunque riferire puntualmente al paziente ogni elemento utile a persuaderlo della inopportunità della assunzione di impegni finanziari che i familiari non sarebbero poi in grado di gestire e di onorare: un compito non facile, e alquanto scomodo, forse il più difficile e ingrato di tante "complicanze" operatorie.

Ma è parte integrante della professionalità e della cultura del medico assumersi anche quelle responsabilità che egli sa bene essere il solo non tanto a poter portare quanto, e soprattutto, a saper portare.

#### **Bibliografia**

1 - Riz R. *Il consenso dell'avente diritto*. Padova Ed. Cedam 1979 299-429

2 - AAVV. *La responsabilità medica* (Collana della Rivista Responsabilità civile e Previdenza. n 1). Milano, Giuffrè, 1982 129-46.

3 - AAVV. *Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*. Santosuosso A (a cura di). Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.

# Cronache amministrative

primo trimestre 2006

*a cura del Consiglio di Amministrazione  
e del Direttore generale della Fondazione IRCCS Ospedale  
Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena*

Il Consiglio di Amministrazione della **Fondazione** ha, tra altro, adottato le seguenti deliberazioni:

- ratifica dell'ordinanza presidenziale d'urgenza n. 4 del 3 marzo 2006;
- regolamentazione interna relativa al sistema prevenzione della Fondazione ex D. Lgs n.626/94;
- accettazione della donazione di apparecchiature diverse da parte dell'Associazione per il Bambino Nefropatico" (ABN Onlus) da destinare alla Clinica pediatrica De Marchi della Fondazione (euro 71.300,55 oltre Iva).

## **a - direzione amministrativa**

- regolamento per il funzionamento dei dipartimenti assistenziali;
- donazione di euro 10.800,00 da parte dell'Associazione "Progetto Alice" per l'acquisizione di una strumentazione da destinare al laboratorio di genetica molecolare della Fondazione;
- partecipazione della Fondazione alla Fondazione "Scuola per la formazione professionale di dirigenti, quadri, funzionari degli Enti locali e delle loro partecipate".

## **b - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi**

- approvazione del progetto preliminare relativo alla realizzazione dell'Istituto Nazionale di Genetica Molecolare c/o il padiglione "Romeo ed Enrica Invernizzi".

## **c - unità operativa patrimonio**

- successione Giuseppina Fossati; legato disposto in favore dell'IRCCS Ospedale Maggiore.

## **d - unità operativa funzioni tecniche**

- approvazione del progetto esecutivo per la ricostruzione del padiglione Monteggia;
- modifica ed ampliamento dell'intervento di ristrutturazione del padiglione Guardia/Accettazione.

Il Direttore generale della **Fondazione** ha, tra altro, adottato le seguenti determinazioni:

## **a - direzione amministrativa**

- accordo tra Les Heures - Fundació Bosch i Gimpera, Universitat de Barcelona per l'effettuazione di tirocini nell'ambito del master in donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule;
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia per lo svolgimento di tirocinio pratico post lauream per l'ammissione all'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo;
- interventi operativi per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in Lombardia per il triennio 2004-2006: piani attuativi locali e incarichi di collaborazione;
- istituzione di un centro di ricerca universitario per lo studio delle leucemie: autorizzazione;
- servizio di medico competente ai sensi del D. LGS 626/94: determinazioni;
- determinazioni in ordine alla nomina del coordinatore del nucleo di gestione del rischio ("risk manager") e del coordinatore del comitato di valutazione dei sinistri;
- riordino e ricollocazione dell'archivio remoto cartelle cliniche della Fondazione presso la struttura antistante l'Abbazia di Mirasole;
- esito della trattativa privata per l'assegnazione in concessione del servizio di biglietteria aerea-ferroviaria-marittima e servizi accessori all'interno della Fondazione.

## **b - unità operativa risorse umane**

- assunzione a tempo indeterminato di tre dirigenti medici nella disciplina ginecologia-ostetricia;
- selezioni interne varie per dieci assunzioni a tempo indeterminato di personale amministrativo;
- selezioni interne per copertura dei sei posti di amministrativo;

- selezioni interne per la copertura di nove posti di collaboratori amministrativi e tecnico professionali;
- concorsi e indizione di selezioni per copertura a tempo determinato di posti di dirigente medico e collaboratori professionali sanitari.

### **c - direzione scientifica**

- attività di collaborazione Italia-Cina: borse di studio per ricercatori cinesi;
- premi di ricerca a favore del Centro emofilia e trombosi "A. Bianchi Bonomi" dell'Ospedale Maggiore di Milano da parte della Bayer Healthcare LLC - Biological products division per lo svolgimento del programma di ricerca "Trattamento con interferone pegilato e ribavirina in pazienti emofilici con epatite cronica da HCV ed infezione da HIV": variazione dell'importo stanziato alla cooperativa Alekos per la conduzione di un incarico di consulenza;
- accettazione del contributo di euro 40.800,00 messo a disposizione dalla Società Air Liquide Sanità Service Spa per l'esecuzione del progetto di ricerca "Progetti di ricerca presso la Milano Cord Blood Bank/Biobanca nazionale italiana" sotto la responsabilità scientifica del dott. Paolo Rebullà presso l'Unità operativa Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;
- progetto di ricerca: "Ricerca e sviluppo di sonde fluorescenti per analisi multi-parametrica di patologia su cromosomi umani mediante tecnica Fish (Fluorescence in situ Hybridization)" finanziato da Euroclone Spa: accettazione del contributo e autorizzazione alla sottoscrizione del contratto di ricerca;
- collaborazione dell'U.O. Neuroradiologia diagnostica ed interventistica della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore ai progetti di ricerca corrente 2005 e 2006 dell'IRCCS "E. Medea";
- conferimento di un incarico a progetto nell'ambito del progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute: "Attivazione del laboratorio per la caratterizzazione e tipizzazione delle cellule linee cellulari e del materiale biologico conservati nella criobanca Stembank" al dott. Luigi Civitano;
- ricerca finalizzata 2002 "Progetto nazionale integrato per lo studio, la prevenzione e la cura dell'epatopatia cronica" (convenzione n. 188); coordinatore prof. Ferruccio Bonino, parziale utilizzo del finanziamento;
- collaborazione a programmi e progetti di ricerca vari;
- accettazione del contributo di Euro 70.000,00 messo a disposizione dalla Fondazione per la ricerca e la tera-

- pia urologica Onlus (RTU) per l'esecuzione del progetto di ricerca "Dimissione protetta" sotto la responsabilità scientifica del prof. Francesco Rocco;
- progetto di ricerca "Studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani" assegnato dal Ministero della Salute, responsabile scientifico locale il dott. Paolo Rebullà: istituzione e assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 3;
- accettazione del contributo di Euro 100.000,00 messo a disposizione dal signor Aldo Antognozzi per l'esecuzione del progetto di ricerca "I macronoduli epatocitari nella cirrosi epatica come predittori dello sviluppo di epatocarcinomi". Studio clinico-sperimentale sotto la responsabilità scientifica del prof. Massimo Colombo, U.O. gastroenterologia: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema 1;
- assegnazione di borse di studio e ricerca varie;
- collaborazione della Fondazione al progetto di ricerca finalizzata 2004: "Trapianto di cellule staminali emopoietiche e mesenchimali per scopi di terapia cellulare sostitutiva, riparativa e rigenerativa; convenzione n.120 assegnata dal Ministero della salute all'IRCCS Policlinico San Matteo": istituzione di una borsa di ricerca sul tema n.1.
- progetto a concorso 2005 n.15 cod. 230/08: "La malattia di Alzheimer: analisi genetica e biochimica per l'identificazione di potenziali poteri di fattori di rischio per la diagnosi precoce e lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici"; responsabile scientifico dott. Elio Scarpini, assegnazione di una borsa di ricerca;
- accettazione del contributo di Euro 15.000,00 disposto dalla Società Pfizer Italia srl per l'esecuzione del progetto di ricerca "Attività di ricerca nel campo delle infezioni respiratorie, della bronchite cronica e dell'asma bronchiale" sotto la responsabilità scientifica del prof. Francesco Blasi, U.O. Broncopneumologia;
- progetto di ricerca "Early innovative diagnostic procedures of lung cancer progression" finanziato dall'Associazione Italiana per la ricerca sul cancro (AIRC); sostituzione del responsabile e istituzione di due borse di ricerca sui temi nn. 3 e 4;
- progetto a concorso 2005-2006 n. 5 cod. 170/04: "Linfomi della zona marginale e linfoplasmatici HCV correlati: caratterizzazione fenotipica, molecolare e risposta alla terapia antivirale": borsa di ricerca sul tema n. 1 istituita con determinazione n. 2678 del 16.11.2005: riapertura del concorso a seguito di rinuncia;

- progetto a concorso 2006-2007 n. 11 cod. 190/04: "Incidenza, quadri clinici e di laboratorio della sindrome di Willebrand e di altri difetti acquisiti dell'emostasi in pazienti con malattie linfo-mieloproliferative": borsa di ricerca sul tema n. 2 istituita con determinazione n. 2849 del 1.12.2005, riapertura del concorso a seguito di rinuncia;
- contributo messo a disposizione dalla Lega italiana per la lotta contro i tumori (sezione di Napoli) alla Fondazione per l'esecuzione del progetto di ricerca: "Il ruolo dell'infezione occulta da HBV nello sviluppo del carcinoma epatico: valutazione dell'interazione con il virus HCV e con la dieta", responsabile scientifico prof. Massimo Colombo, U.O. Medicina interna 3, parziale utilizzo del finanziamento;
- assegnazione di finanziamenti per progetti di ricerca corrente 2006: istituzione di 145 borse di ricerca e ricerca corrente 2006, borse di ricerca istituite con determinazione n. 2718 del 18.11.2005: approvazione dei verbali di concorso e conseguente assegnazione di n. 138 borse di ricerca: parziale rettifica delle determinazioni n. 2718 del 18.11.2005 e n. 3164 del 30.12.2005;
- accettazione del contributo di Euro 70.000,00 messo a disposizione dalla Fondazione per la ricerca e la terapia urologica onlus (RTU) per l'esecuzione del progetto di ricerca "Dimissione protetta": parziale rettifica della determinazione n. 282 del 2.2.2006;
- finanziamento per studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani presso il Centro trasfusionale, assegnato dal Ministero della Salute;
- convenzione n. CS 137 per lo svolgimento del programma di ricerca: "A bank of extensively characterized human stem cells suitable for in vitro studies and for therapeutic purposes (stembank 2003)" nell'ambito del progetto dal titolo "Programma nazionale delle cellule staminali", proposto dall'Istituto Superiore di Sanità: assegnazione di due borse di ricerca sui temi nn. 2 e 22;
- progetto di ricerca dal titolo "Global gene-expression profiling of multiple myeloma: insights into the bio-clinical diversity of the disease" finanziato dall'AIRC; responsabile scientifico il dott. Antonino Neri: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n.3;
- collaborazione della Fondazione al progetto di ricerca finalizzata 2004: "Approcci innovativi per

l'introduzione di tolleranza al trapianto di cellule staminali emopoietiche", convenzione n. 122 assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor: assegnazione di due borse di ricerca sui temi nn. 1 e 2.

#### ***d - direzione sanitaria***

- servizio di farmacovigilanza, di vigilanza sui prodotti farmaceutici, sui dispositivi medici in generale e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro.

#### ***e - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi***

- appalto lavori di restauro dell'Abbazia di Mirasole: completamento funzionale dell'edificio con porticato e stalle ad uso quadreria e delle case coloniche corpo sud-est: approvazione certificato di collaudo e determinazioni in ordine alle riserve dell'impresa esecutrice dei lavori;
- ultimazione dei lavori di restauro dell'Abbazia di Mirasole: approvazione del progetto esecutivo delle opere edili e impiantistiche;
- gara mediante pubblico incanto per l'assegnazione in gestione del servizio di rivendita di giornali e riviste nei padiglioni del presidio Ospedale Maggiore Policlinico per la durata di otto anni; aggiudicazione;
- aggiudicazione della gara mediante pubblico incanto per l'assegnazione in gestione del servizio di rivendita di giornali e riviste all'interno dei padiglioni del presidio Mangiagalli - De Marchi per la durata di quattro anni.

#### ***f - unità operativa approvvigionamenti***

- prog. concorso 2005: acquisto di un videomediastinoscopio per l'unità operativa chirurgia generale I, pad. Zonda;
- indizione di pubblico incanto per l'acquisizione di un sistema PET-CT e di un sistema Spect a doppia testata da installare presso il servizio di Medicina nucleare;
- aggiudicazione della licitazione privata per la fornitura di un sistema polifunzionale Flat panel per diagnostica in ambito vascolare, un impianto radiologico biplanare Flat panel per diagnostica neurovascolare, un sistema di archiviazione delle immagini e relative opere edili e impiantistiche da installare per l'unità operativa Neuroradiologia diagnostica e interventistica;

- aggiudicazione della trattativa privata per l'acquisizione di: uno stimolatore per ionoforesi da installare presso il laboratorio di Patologia clinica (Clinica del Lavoro Devoto), e di una bilancia analitica da installare presso il Centro Fibrosi cistica - Clinica De Marchi, mediante utilizzo dei fondi stanziati dalla Giunta Regionale della Lombardia al Centro di riferimento regionale per fibrosi cistica;
- trattativa privata per la fornitura di materiale per neuroradiologia diagnostica vascolare ed interventistica: approvazione bozze del contratto di conto deposito per spirali Matrix distribuite dalla ditta Boston scientific e spirali Cerecyte/Micrus distribuite dalla ditta AB medica;
- trattativa privata per l'acquisizione di cinque contenitori criobiologici da trasporto da utilizzare presso l'unità operativa Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti "Banca del sangue placentare": rettifica di alcune specifiche tecniche del capitolato.
- aggiudicazione di trattative private per l'acquisizione di diverse apparecchiature e di attrezzature necessarie al Centro di riabilitazione visiva degli ipovedenti mediante l'utilizzo dei fondi stanziati dalla Giunta Regionale della Lombardia con decreto n. 23429 del 29.12.2004
- indizione di trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature varie da destinare al nuovo reparto fibrosi cistica adulti presso il padiglione Sacco dell'Ospedale Maggiore;
- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di endoprotesi per la riparazione endovascolare degli aneurismi aorto-iliaci della aorta toracica.

***g - ufficio formazione e aggiornamento - direzione scientifica***

- istituzione di un fondo da destinare alla formazione e all'aggiornamento del personale dell'Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena Fondazione IRCCS.

***h - unità operativa funzioni tecniche***

- appalto per "demolizione, scavi e formazione paratie e piano di fondazione" del padiglione Monteggia: autorizzazione al subappalto;
- indizione gara d'appalto mediante pubblico incanto per la ristrutturazione del padiglione Monteggia (fase di ricostruzione);

- appalto per la manutenzione straordinaria dell'Ospedale Maggiore di Milano: autorizzazione al subappalto;
- aggiudicazione trattativa privata per la fornitura e l'installazione di impianti di condizionamento dell'aria per i laboratori prefabbricati presso il padiglione Marangoni.

***i - unità organizzativa sviluppo e promozione***

- convenzione con enti e istituti vari.

***l - settore libera professione***

- convenzioni per l'espletamento di attività libero professionali varie.

***m - ufficio relazioni con il pubblico***

- convenzione con l'Associazione per il bambino in Ospedale (ABIO).

***n - servizio beni culturali***

- interventi di manutenzione straordinaria su beni culturali dell'Ospedale Maggiore di Milano nell'anno 2006.

***o - servizio prevenzione e protezione***

- affidamento della fornitura e posa in opera di mezzi antincendio presso il presidio Mangiagalli Regina Elena.

***p - unità operativa sistemi informativi e informatici***

- estensione del contratto con la società Telecom Italia Spa per la fornitura e gestione della rete fonia dati alle strutture del presidio Mangiagalli Regina Elena della Fondazione.

***q - contributi e beneficenza***

- È stato donato un personal computer Fujitsu Siemens P 320 dalla Società Gamma Servizi per l'unità operativa di Medicina nucleare.

---

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