



# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,  
mangiagalli e regina elena - anno XLVII - n. 2-3 - 2006

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - fondazione IRCCS ospedale maggiore policlinico,  
mangiagalli e regina elena - anno XLVII - n. 2-3 - 2006

## *sommario*

pagina

Ai lettori .....	2
Il mondo assistenziale e la cultura ..... <i>Luigi Offeddu</i>	3
Due policlinici così diversi, un'unica missione: la "Ca' Granda" per la salute dell'uomo, la "Veneranda Fabbrica" per quella del Duomo ..... <i>Ernesto Brivio</i>	5
L'Ospedale e la città: Milano e il "Gaetano Pini" ..... <i>Giorgio Cosmacini</i>	11
Scienziate dimenticate ..... <i>Francesca Eulisse, Maria Chiara Binotto, Giuseppe Eulisse</i>	13
Kurosawa e la malattia del vivere ..... <i>Gianni Trimarchi</i>	20
Asterisco .....	23
Filosofia di un non filosofo Il dolore di Illich, un compagno da non respingere ..... <i>Sara Calderoni</i>	25
Rudolph Virchow e l'uomo di Neanderthal: storia di un errore? ..... <i>Marco Moia</i>	28
"Socrate in corsia": percorsi di senso e di riconoscimento nella Babele della salute ..... <i>Paolo Dordoni</i>	32
Questioni aperte in oncologia, che è bene chiarire ..... <i>Enrico Ghislandi</i>	38
Io mi racconto, tu mi comunichi Metafore e immagini nell'esperienza della malattia ..... <i>Lucia Galvagni</i>	40
L'approccio al malato cronico: esperienze in diabetologia ..... <i>Emanuela Orsi</i>	43
Verso quali modelli di "rete" nella medicina della complessità? ..... <i>Antonella Costantino</i>	47

Asterisco .....		49
Nuovi orientamenti per capire e prevenire la psicopatologia dello sviluppo .....	<i>Adriana Guareschi Cazzullo</i>	50
La formalizzazione del lavoro per la salute .....	<i>Antonio Monteleone</i>	55
L'Ufficio Tecnico di un grande ospedale .....	<i>Santo De Stefano</i>	59
I fantasmi negli archivi .....	<i>Cristina Cenedella</i>	62
Il libro, la lettura, l'età .....	<i>Marisa Pisani</i>	67
I dipinti della Clinica Mangiagalli Il premio d'arte "Maternità" (1966-1968) .....	<i>Daniele Cassinelli</i>	69
La scelta e l'imposizione .....	<i>Elisabetta Zandarotti Tiranini</i>	72
Dalla nostra unità ospedaliera: il trimestre .....		74-78
Recensioni .....	<i>Vittorio A. Sironi, Milena Lerma, Edoardo Manzoni</i>	79
Cronache amministrative .....		85

#### *La copertina*

Elegante fregio dal chiostro secentesco nel cortile richiniano della Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi.

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*

*Sfogliamo le pagine di un numero doppio voluminoso. La rivista arriva con questo al quarantaseiesimo anno di vita accompagnando dall'inizio le nostre comunità ospedaliere. Segue e vede con occhio, anima e attenzione partecipe la vita quotidiana della nostra Ca' Granda e i mutamenti profondi della sua complessità. È penetrata e penetra nel nostro mondo sofferente, dal quale respira l'attesa comune, i timori, le delusioni, le speranze, con attento riserbo ma partecipando.*

*Nell'accordo con gli autori, nella scelta delle tematiche, la rivista non ha trascurato e non trascura il ricorso a pagine del passato per memorie da far rivivere a fronte di nuove esigenze inevitabili, di spinte in avanti, di relazioni ed espressioni che il lettore è chiamato a interpretare anche esprimendosi e collaborando.*

*Nuovi autori quindi, in armonia e continuità con gli apporti che fin qui hanno con noi costruito pagine stimolanti validando e sostenendo, fra altro, le motivazioni che nel 1960 hanno indotto l'Amministrazione ospedaliera all'istituzione della rivista.*

*La pubblicazione continua nell'opera sua, allargata a nuove interpretazioni, a collaborazioni culturali diverse, cogliendo l'offerta di nuove esperienze.*

FRANCA CHIAPPA

---

stampe trimestrali - Sped. abb. post. 70% - filiale di Milano - n. 2-3 - 2006 - registrazione Tribunale di Milano n. 5379, II-8-1960.

stampa: Stampamatic Spa - Settimo Milanese (MI) - via Albert Sabin, 20; fotocomposizioni: Artea (Settimo Milanese) - via E. Fermi, 28; fotolito: Digital Seleprint s.r.l. - Milano - via Cortina d'Ampezzo, 12.

# *Il mondo assistenziale e la cultura*

LUIGI OFFEDDU

Non lo si può certo dire a chi soffre, nel momento in cui soffre: alle sue orecchie suonerebbe come oltraggio e bestemmia, se non nei rarissimi casi che l'uomo chiama di santità, o di eroismo.

Non lo si può dire, è bene ripeterlo, a chi soffre e quando soffre: ma l'ospedale è ed è sempre stato, da secoli e secoli, una fonte di cultura. O anche, tradotto in altre parole: un volano, una sorgente, un nucleo produttore di cultura. La cultura della sofferenza, appunto, e la cultura dell'assistenza. Fermenta e germoglia lì, è in ogni istante della vita che vi si dipana faticosamente, dolorosamente: che gli uomini lo vogliano o meno, che lo capiscano fino in fondo oppure no. Il medico, l'infermiere, ma anche l'impiegato ospedaliero, e naturalmente il parente o l'amico del malato, trovano fra quei letti qualcosa che il resto del mondo "di fuori", il mondo "sano", spesso ignora o nasconde: la consapevolezza, anzi la scoperta o riscoperta sconvolgente, della fragilità umana. La prova della compiutezza e limitatezza di ogni destino. Oltre alla verità incontestabile, forse l'unica verità di questa terra, chiamata "morte". E l'appartenenza di tutto ciò a ciascun essere umano, senza possibili eccezioni.

Uomo, donna, bambino, giovane, vecchio, bello, brutto, ricco, povero, buono, cattivo, angelico, demoniaco: in fondo non esiste comunanza più certa, e più indissolubile, di quella imposta (o regalata, dicono i santi, ma soltanto loro riescono a capirlo fino in fondo) dalla sofferenza. Spesso, nel caso del parente o dell'amico che viene catapultato nell'ospedale per caso, è davvero un'esperienza mai prima immaginata. E non gli è possibile, non gli è concesso, volgere altrove lo sguardo. Potrà ribellarsi, piegarsi in due, tentare la fuga, provare ribrezzo o pena, giungere a odiare - più o meno inconsciamente - colui o coloro che, distesi in quei letti, gli ricordano il sigillo finale ("tu sei

polvere..."). Ma almeno nel primo istante, il suo sguardo sarà come incatenato e abbacinato, inchiodato sui volti contratti o assopiti, sulle mani bianche, sui tubicini che scompaiono nelle braccia. Le ombre, le voci ovattate, gli odori, e a volte i gemiti o le grida, compiranno l'opera. E a un certo punto, se proprio il cuore non è blindato o riarso da un'invincibile siccità spirituale, scatterà il "clic", il brivido, la scoperta, appunto: o meglio ancora, il riconoscimento. Il "ti riconosco, sei come me". Io vesto la giacca o i blue-jeans, tu il pigiama o la vestaglia, o la tela bianca, verde o azzurrina di chi fra poco si stenderà sul tavolo operatorio: ma sotto, dentro, al di là e al di qua di tutto questo, siamo uguali, ci accomuna un identico destino. Siamo partiti dallo stesso luogo, in un'ora certamente diversa, e andiamo verso la stessa meta: anche se magari, lungo il cammino, non ci siamo mai incontrati e mai ci incontreremo; a parte ora, qui e ora. Verso quella meta, tu forse stai precipitando. E forse per me è ancora un orizzonte lontanissimo, inconcepibile: inconcepibile, fino al momento in cui ti ho visto, e riconosciuto. Ma se ti riconosco, ti tendo la mano. E se tu afferrì quella mano, aiuti te stesso ma anche me.

Altre tappe del riconoscimento: vedo che la fossetta sulla tua nuca, fra i tuoi capelli bianchi, racchiude il segno del tempo; e mi lascia oscuramente intuire, con quelle ossa che ormai affiorano per la forza della malattia o per la stanchezza dell'età, qualcosa che non avevo mai prima immaginato. Cioè, questo: alla fine della vita, tutto il "di più" viene prosciugato, e si avvia un processo di riduzione all'essenziale che solo apparentemente può far paura (al contrario, dovrebbe confortare, se mai è possibile un conforto su questa terra). Cadono le frange dell'apparenza, le finte necessità del vivere sociale, e insieme con loro tutta quella zavorra che tanto spesso aveva appesantito il nostro cammino

“prima”: prima, quando invece dominavano la luce, la salute, e la presunzione che in ogni momento avrebbe potuto perderci.

Così non è stato, per fortuna, e per fortuna sono rimasto uomo o sono rimasta donna, con tutta la mia dignità anche se messa a dura prova dalla malattia, dal dolore fisico e morale: ma è solo adesso, con quella fossetta sulla nuca stanca, che io malato lo capisco e lo scopro. E scoprendolo io, in qualche modo misterioso faccio sì che lo scopra anche tu, tu che qui passi solo per senso del dovere, per amicizia, o semplicemente per caso.

Si parla qui di cose inesplicabili, certo inadatte all'espressione in parole quotidiane. Nessuna parola basta. Nessuna parola, forse, ha il diritto di farlo. Ma si può tentare. Ed ecco, dunque, il rozzo tentativo di spiegazione in parole: la cultura o consapevolezza della sofferenza appare come la miccia, il diretto innesco, il “sine qua non” che precede il germogliare dell'altra, la cultura dell'assistenza. C'è una diretta proporzionalità, fra le due. E procedono per contagio, diretto e anche indiretto. Infatti, l'impulso all'assistenza - ma vogliamo chiamarlo in un altro modo, meno burocratico? Bene, chiamiamolo semplicemente “solidarietà umana” - quell'impulso nasce di più, molto di più, là dove più si soffre; e non (o non solo) perché vedi più brutture, più piaghe e immagini che destano pietà; ma anche perché il contagio ha una forza implacabile, tutta sua, che prescinde dalla sensibilità dell'osservatore e dell'osservato.

Sembra un'ovvietà lapalissiana, questa: che venga più voglia o coraggio di tendere una mano, quante più mani si tendono a loro volta verso di noi. E invece non è scontato che sia così, specie in questo ventunesimo secolo dominato dalle iper-tecnologie. L'ospedale non è comunque l'unica serra, o giardino, in cui la pianta si sviluppa. La serra o il giardino possono essere anche il cucinino di una casa popolare, una stanza arredata soltanto dalla solitudine in una metropoli senza più anima, con un vecchio in canottiera seduto davanti alla foto di un nipotino lontano; e di colpo, un toc alla porta: sarà quel nipotino? Sarà il vicino che viene a fare una partita a dama? Sarà l'assistente comunale che porta un po' d'insalata, le nuove pile per il televisore, e forse un sorriso? Non conta poi molto. Ciò

che conta è che vi sia stato quel “toc”: che non avviene per caso, ma proprio perché la solitudine e la sofferenza dell'essere umano in quel cucinino hanno fatto misteriosamente da calamita; da stoppino; da semente; da acciarino, come altro dirlo? Hanno “risucchiato”, dalle scale o dalla strada là fuori, un poco di solidarietà. Anche se era pochissimo, anche se chi passava là fuori ne era quasi del tutto privo. Ma intuendo e accettando la necessità di quel “toc” alla porta, chi passava là fuori si è in un certo senso arricchito, rigenerato, trasfigurato. E ha avuto più lui o lei, in ricchezza inaspettata, di colui o colei che è stato poi aiutato.

Lo stesso, in un vicolo di Calcutta: le suore di Madre Teresa sono andate laggiù per aiutare, certo, e Madre Teresa le inviò anche nelle strade di New York (dicendo anzi che, a New York, il bisogno spirituale era ancora maggiore); ma nessuno sa e può dire, quanto gli stessi sofferenti abbiano regalato alle suore che li assistevano, quanto abbiano riscaldato e rafforzato i loro cuori. Ancora una volta; processo per contagio.

E lasciando Calcutta, o i cieli empirei di certe riflessioni filosofiche, per tornare alla realtà concreta dei nostri luoghi: il contagio fu massimo ai tempi in cui, sulle pareti della Ca' Granda, uno dopo l'altro comparivano i ritratti dei suoi benefattori, o quando nella città di fuori ogni famiglia aveva un vecchio che sapeva di non dover morire solo; e certamente quando il “riconoscimento” dell'altro non passava per i tubi catodici delle televisioni o per le tastiere gelide dei computer che si aggirano oggi su Internet, alla ricerca di una parola o di un volto. Ricerca impossibile, regolarmente delusa, poiché Internet affascina e diverte ma le mani che si tendono attraverso le sue reti non si incontrano mai; sono mani virtuali, davvero, e non solo nel senso tecnologico della parola. Su Internet gli sguardi si perdono, i respiri si dissolvono. E soprattutto: su Internet non vedi soffrire; dunque non incontri e non “riconosci” nessuno, non assimili la cultura della sofferenza; e tanto meno, per contagio, quella dell'assistenza.

Non si può dirlo a chi soffre, quando soffre. Ma nel “riconoscimento” reciproco, che solo la sofferenza innesca davvero, c'è la vita. E non c'è più la morte.

# *Due policlinici così diversi, un'unica missione: la "Ca' Granda" per la salute dell'uomo la "Veneranda Fabbrica" per quella del Duomo*

ERNESTO BRIVIO

Equiparare l'esistenza dell'uomo a quella di un edificio monumentale può sembrare un artificio dialettico, contro il quale far prevalere il comune buon senso, senza scomodare argomentazioni filosofico-teologiche o antropo-sociologiche.

Sembrano, e sono, realtà certamente diverse, con specificità proprie e ben distinte, tanto da farci sembrare non solo ardito ma quasi offensivo ipotizzare un confronto come quello proposto in apertura.

È convinzione comune, infatti, che l'uomo è l'indissolubile connubio tra spirito e materia; è lo spirito vitale che rende viva la materia, generando la natura umana continuamente rinnovata e fatta unica in ogni persona.

La vita dell'edificio monumentale è invece una realtà statica, fatta di materia senz'anima, cui l'uomo con la creatività, la scienza e la tecnologia che gli sono proprie, riesce a dare significato e valore. Ma, se ci pensiamo bene, sono il significato e i valori, di cui ogni monumento è riflesso e impronta dell'azione dello spirito vitale, che rendono libero e capace l'uomo di esprimervi la propria intelligenza e creatività, il bisogno di bellezza, l'anelito d'infinito, la continuità della propria storia, inserita tra la tradizione del passato e la proiezione verso il futuro. Non è peregrino ricordare che dalla stessa radice di *monēre* = ammonire deriva *monumentum*, un segnale forte che ci ammonisce di ricordare quei fatti e quei valori che ne hanno determinato la costruzione: memoria di eventi e di persone, genialità e conquiste culturali, ideali di fede e culto religioso, amore e sacrifici per la propria terra, dedizione e soccorso ai bisognosi...

Come è quindi evidente - e fatte le debite proporzioni con la natura umana - se il monumento non ha in sé il soffio vivificante dello spirito, ne conserva ed esibisce tuttavia l'immagine e ne trasmette il messaggio.

Questo preambolo introduce l'argomento enunciato nel titolo e che ci riporta al problema che è comune

all'uomo e al monumento: la vita e la conservazione. Un impegno fondamentale, doveroso e ineludibile se si vuol confidare in una lunga e buona qualità di vita, da sostenere lungo l'intera parabola esistenziale, secondo un susseguirsi periodico e graduale di tappe, scandito da una serie di passaggi e di interventi, talora complessi. Ho volutamente parlato di "parabola esistenziale", perché mentre, e sempre più a fatica, si accetta la morte dell'uomo, pur con tutto il dolore che lo strappo impone, sembra invece che non si voglia ammettere la scomparsa di un monumento, la sua cancellazione dalla mappa della umana civiltà. Si nota insinuarsi in alcuni addetti ai lavori la tentazione di un potere quasi illimitato sulla materia; di qui, come a volte in medicina, la pratica dell'accanimento terapeutico al di là di ogni ragionevole speranza. Dobbiamo invece rassegnarci che nulla di ciò che l'uomo lascia della propria fatica e del proprio ingegno è - nel senso stretto della parola - immortale, ma tutto ha una sua fine: naturale, patologica o tragica.

Entrando nel concreto della questione, ci soffermiamo su due realtà tanto antiche quanto care ai milanesi: il Duomo, oggetto delle attente cure di quello straordinario "policlinico" rappresentato dalla sua Veneranda Fabbrica, e la "Ca' Granda", glorioso "Spedale dei poveri", storico "vero policlinico" di alta specializzazione, ma per la sua importante e imponente dimensione monumentale, anche oggetto nei secoli di coraggiosi completamenti e interventi conservativi e di geniali salvataggi e, come tale assimilabile per certi versi alla stessa Fabbrica del Duomo.

I lettori di questa rivista ben conoscono, assai meglio di chi scrive, le caratteristiche, la storia, i risultati dell'attività della Ca' Granda (evviva ai suoi 550 anni!) e la benemerita sua presenza della quale hanno beneficiato generazioni di milanesi. Conoscono e apprezzano le sue cliniche specialistiche, molte ai loro tempi inno-

vatrici, gli istituti di ricerca, l'elevato livello dei primari, del corpo medico e infermieristico, che si sono presi cura dell'uomo con generosa attenzione e seria preparazione, dalla nascita fino alla fine della vita. È ben noto lo spirito umanitario di cristiana solidarietà verso i diseredati, gli orfani, le madri in difficoltà che ha animato il fondatore, il duca Francesco Sforza, e i suoi successori, e nel trascorrere dei secoli i vescovi, i nobili, l'avanzante borghesia, lo stesso popolo milanese. Stupisce ancor oggi la meticolosa organizzazione sanitaria e assistenziale, che mobilitava non solo medici ed esperti, infaticabili suore, veri angeli delle corsie, ma anche un innumerevole e sempre rinnovato stuolo di volontari, soprattutto di signore della buona società milanese. Dall'illuminato e munifico atto costitutivo sorse un grandioso edificio, realizzato con modalità che tuttora sollecitano la nostra ammirazione; basti ricordare: la concezione planimetrica generale; la geniale invenzione dell'impianto distributivo interno capace di coordinare in funzionale unità le grandi corsie; la sequenza dei singoli posti-letto, con il separato



Statua di Eva (inizio sec.XVI) in avanzata fase di riproduzione presso il Cantiere marmisti della Fabbrica.

disimpegno per i servizi; il rasserenante conforto - oggi quasi trascurato - della bellezza e dell'armonia dell'architettura.

Ma, per meglio chiarire l'argomento sostenuto in queste pagine, torniamo al "policlinico della Veneranda Fabbrica del Duomo". Il meccanismo vitale di un monumento così complesso, come la cattedrale milanese, è assimilabile a quello del corpo umano? Per molti aspetti, la risposta è sì. Sono situazioni e considerazioni anche ovvie, ma che presentate e analizzate secondo un criterio logico-comparativo rafforzano la positività della risposta. Non è dunque fuori luogo pensare alla Veneranda Fabbrica come ad una grande azienda ospedaliera, capace di coordinare le cliniche specialistiche che ne realizzano l'ossatura.

Per semplificare, trascuriamo la singolare condizione che fu la Fabbrica a generare il monumento-Duomo: un dato, questo, tutt'altro che secondario, perché ha inciso profondamente sia nella fase costruttiva dell'edificio (carattere architettonico e specificità d'uso) sia nella sua conservazione (materiali, modalità, esperienza).

La Fabbrica fu concepita come ente con propria personalità giuridica "per antico possesso di stato" e come tale è stata ininterrottamente riconosciuta dalla sua fondazione (1387) fino ad oggi. Pur sottoposta alle norme vigenti in materia di tutela da parte dei competenti organi governativi, essa opera in piena autonomia decisionale. A struttura piramidale - al vertice delibera il Consiglio di Amministrazione di sette membri di nomina del Ministero dell'Interno (due scelti dall'Ordinario diocesano come suoi rappresentanti personali, cinque su proposta del Prefetto di Milano)-, fanno capo alla Fabbrica i vari settori e uffici che la compongono. Con competenze diverse, ma integrati e coordinati in un unico sistema, ormai da più di un secolo essi svolgono attività di restauro, conservazione e valorizzazione del Duomo. La cattedrale milanese si trova così completamente e unicamente affidata alle cure della Veneranda Fabbrica.

Cerchiamo di conoscere questo straordinario e ramificato "policlinico Fabbrica", cui il Duomo, o come anziano o come degente, necessariamente si rivolge.

### *Storia e anamnesi*

L'Archivio, nei suoi vari titoli e classi, è la fonte più completa per conoscere le origini, il crescere, il com-



pletarsi e la vita del monumento; ma anche i punti di criticità manifestatisi nel tempo, le situazioni di pericolo e i criteri e le modalità usati per superarle, gli interventi di restauro statico e conservativo.

### ***Cartella clinica***

Irrinunciabile completamento dell'anamnesi, è l'osservazione diretta del paziente, il monumento o quella delle sue parti che al momento sembra presentare una particolare patologia. Occorre verificare ogni elemento costituente la parte interessata, sfiorarne la superficie, tastarne la solidità o lo stato di degrado, rincorrere con l'occhio e i polpastrelli ogni minima lesione per valutarne direzione, pericolosità e possibilità di ulteriore sviluppo.

Se necessario, completano il quadro di queste osservazioni i calcoli matematici relativi alla quantificazione dei carichi che gravano sulle strutture e all'individuazione della loro distribuzione e direzione.

Nel caso di strutture marmoree particolarmente sollecitate da carichi verticali, si è giunti ad applicare l'antica prassi medica del "dica trentatré"; un metodo forse empirico, ma efficace per una prima significativa diagnosi. Come vedremo più avanti, ora vi sono metodi di ricerca assai sofisticati per analisi introspettive delle murature, sui cui risultati (pari al quadro diagnostico integrato offerto dalla MOC, dalla TAC, dalla risonanza magnetica e da altre analisi) poter fare sicuro conto. Ma ancora nel 1969 prima che i quattro piloni del tiburio venissero celati dall'incamiciatura in cemento armato, ognuno dei loro blocchi di marmo di Candoglia (circa 2.200) fu saggiato con il sistema dei vecchi medici. Lo ricordo bene, perché vi provvidi direttamente, dopo l'apprendistato svolto a fianco di Carlo Ferrari da Passano, protoarchitetto della Fabbrica. Dalla risposta sonora (metallica, acuta, soffocata, sorda) e dalla vibrazione (nulla, più o meno avvertita, forte), che coglievo dai polpastrelli della mano sinistra leggermente appoggiati sul concio marmoreo, sul quale, in più punti, battevo rapidi e secchi colpi di mazzetta, potevo ricavare di ogni concio: lo stato di idoneità (il blocco "lavorava bene"), l'assoluta inerzia statica (il blocco era completamente scarico), l'affaticamento più o meno grave della materia, le lesioni subite e l'eventualità di un loro ulteriore peggioramento, le avvisaglie di un temuto collasso. Riportavo accuratamente queste indicazioni, assieme alla tipologia e

alle venature del marmo, sull'apposita ampia scheda grafica, che sarebbe servita, al momento di affrontare l'intervento, a rintracciare i blocchi da risanare e da sostituire con altri immediatamente collaboranti con il restante pilone.

Necessariamente periodico è il controllo di guglie, statuaria esterna, falconature, capitelli, piloni e archi interni; elementi architettonici e scultorei che, per le grandi distanze, si possono in prima battuta scandagliare con un buon binocolo, ma per i quali, nei casi più preoccupanti per esposizione o presunta gravità, occorre erigere complessi e impegnativi ponteggi, che a loro volta, per consentire il restauro, si trasformeranno in una sorta di "ambulatori da campo".

### ***Indagini specialistiche***

A completamento delle cartelle cliniche "tradizionali", per situazioni di particolare complessità e finora affrontabili con larga approssimazione di risultati, la Fabbrica si rivolge ad istituti con personale, tecnologie non invasive e strumentazioni diagnostiche d'alta specializzazione.

È compito del suo responsabile tecnico sia individuare quali settori e a quali enti terzi affidare queste importanti collaborazioni sia provvedere ad indirizzare e coordinare il loro lavoro. Frequente il ricorso alle Università e ai loro istituti di ricerca, anche in questo caso similmente operando come il policlinico Ca' Granda.

Si tratta soprattutto di operare analisi sui materiali originali e sulle cause del loro degrado, di testare o mettere a punto nuovi prodotti e modalità d'impiego che garantiscano l'efficacia, la durata, l'estetica di un intervento conservativo o di consolidamento;

### ***Progetto terapeutico***

Dai risultati delle ricerche e dai referti diagnostici, attentamente confrontati e valutati, emerge lo stato del



La statua raffigurante Galeazzo Maria Sforza (ultimo quarto sec.XV) come si presentava dopo il bombardamento aereo dell'agosto 1943.

paziente (*pardon*, del Duomo), la sua complessa patologia e si definiscono le linee-guida della terapia. Per il restauro in corso della facciata si è proceduto ad effettuare analisi con sistemi: georadar, termografico, spettrometrico a raggi x, fotogrammetrico a raggi laser...



La stessa statua recuperata con il "trapianto" delle gambe e del braccio destro, modellati sui tronconi recuperati.

L'ufficio tecnico elabora dati e stende i grafici sui quali sono indicate le zone e le modalità di intervento. Un materiale prezioso, che, assieme alle riprese fotografiche, costituirà l'importante documentazione cui si rivolgerà la Fabbrica di domani per i futuri restauri. Naturalmente, questo processo di rilievi, studi, elaborazione e conservazione dei dati relativi alle opere eseguite si avvale di sistemi ed archiviazione informatici. La validità del progetto è sovente verificata con modelli fisici o matematici da affidare ad esperti centri specializzati.

L'esperienza dimostra che le terapie di restauro assai raramente consistono in sole cure mediche o in soli interventi chirurgici; nella maggioranza dei casi, entrambe le terapie si completano e si integrano tra loro.

#### ***Cure mediche***

Ricorro nuovamente al paragone con la persona umana. Le cure mediche più praticate dal personale della Fabbrica possono essere assimilate a cicli di iniezioni endovenose, più raramente intramuscolari, di fleboclisi e – non è il caso di scandalizzarsi - di enteroclisi. Così, l'impovertimento, con perdita dell'effetto legante, degli strati di malta tra i blocchi viene compensato con iniezioni mirate di boiaccia cementizia o a base di calce, mentre le cavità riscontrate tra muratura interna e rivestimento marmoreo sono ricompattate con controllata immissione per caduta di cospicue quantità di fluido legante cementizio.

#### ***Interventi chirurgici***

Supporti fondamentali di questa delicata, estesa e complessa attività del "policlinico Fabbrica" sono i tre Cantieri ai quali essa sovrintende.

Il primo dei tre cantieri dipendenti dalla Fabbrica è quello delle *Cave di marmo di Candoglia*, operante sui monti all'imbocco della Val d'Ossola. Esse diedero la materia prima per erigere ed ornare l'intera cattedrale e poi per provvedere alla sua conservazione, consentendo la fornitura di marmo per le riparazioni, gli innesti e i trapianti richiesti dal restauro del Duomo. Privilegiata rispetto ad altri simili monumenti, la cattedrale milanese ha ancor oggi a disposizione il medesimo filone di marmo di Candoglia, dal quale fin dal 1388 venne

estratto il materiale per la sua costruzione. Come ben sanno i medici (e anche chi opera restauri architettonici), l'utilizzo dello stesso materiale originario per questo genere di operazioni è una delle garanzie per la loro riuscita; non si corre alcun pericolo di rigetto. Oltre all'estrazione del marmo in cava, la Fabbrica provvede al suo trasporto al piano e al trasferimento a Milano. Un'operazione complessa che, fino al 1932, avveniva per via d'acqua; forse qualcuno ricorda o almeno sa del laghetto di Santo Stefano, approntato per lo scarico dei materiali per i due cantieri del Duomo e della Ca' Granda.

Sul materiale giunto a Milano, interviene il *Cantiere Marmisti*, il secondo centro operativo della Fabbrica, nel quale vengono lavorati e predisposti per essere trapiantati, nelle murature come nella scultura, le parti da sostituire e le protesi per interventi di vera chirurgia plastica. Nello straordinario laboratorio, armeggiando frese, lame diamantate e sbozzatrici a pantografo, rifilatori e quadratori, ornatisti e scultori predispongono e rifiniscono poi a mano, e con strumenti tradizionali, modanature e ornati, elementi e parti di statue, settori di ornato o provvedono alla loro replica, qualora siano talmente degradate da non sopportare alcun trapianto. "Ma allora s'inventa ciò che più non esiste?" Legittima domanda. Poiché il devastante degrado si è manifestato negli ultimi sessant'anni, viene in soccorso la ricca dotazione della fototeca della Fabbrica, che, tra la prima e la seconda guerra mondiale, provvede a costituire una significativa documentazione fotografica, preziosa fonte per ripristinare o ricostruire le parti mancanti, senza nulla lasciare alla libera fantasia dell'operatore.

Qual è e come opera il *Cantiere Duomo*, il terzo ma il più importante e complesso, che dipende dalla Veneranda Fabbrica?

L'anziano-Duomo o l'ammalato-Duomo dove è ricoverato durante i lunghi tempi dei prelievi, delle analisi, della formulazione del piano terapeutico e poi delle cure mediche e degli interventi chirurgici? È il Duomo stesso che si autoricovera, che si trasforma in un grande e complesso padiglione sanitario, anche se la Veneranda Fabbrica cerca di operare con prudente attenzione e con il massimo silenzio possibile per garantire il decoroso svolgimento delle celebrazioni liturgiche, anche se recentemente ben ricordiamo estesi e ben visibili cantieri: si pensi ai restauri delle volte, delle



Rilievo tridimensionale della statua della "Legge nuova" (1810) collocata sul balcone centrale di facciata, mediante strumentazione spettrometrica a raggi X per individuare i componenti chimici dello strato di degrado.



Altorelievo di facciata "Agar nel deserto" (meta' sec.XVII). Rimozione con getto d'acqua nebulizzata delle incrostazioni formatesi sul marmo e originarie dalla inquinazione atmosferica.

pareti esterne, dei piloni del tiburio e ora della facciata. In molti casi, come fu per i piloni del tiburio e ora per la facciata, si viene a costituire un complesso operatorio formato da più unità, cospicuo ed esteso nel tempo e nello spazio; in altre situazioni, sembra nascondere tra guglie, falconature e archi rampanti, tra volte e piloni, singole e più contenute sale operatorie e talvolta attrezzati ambulatori di pronto soccorso.

La Veneranda Fabbrica, con il suo Consiglio direttivo, il direttore scientifico, i suoi tecnici (primari, aiuti e medici) e maestranze specializzate (tecnici, paramedici,...) vigila costantemente sull'immenso corpo della cattedrale, veramente fuori misura secondo i parametri abituali, se si considerano il volume di circa 440.000 mc, il peso di circa 325.000 t, le quasi 3.400 statue, i 200 altorilievi, le 135 guglie, i chilometri di falconature, archi rampanti, ornati e modanature. Si tratta di far



Cuspide di una guglia di facciata: collocazione dei nuovi elementi marmorei in sostituzione di quelli originali irrimediabilmente degradati.  
(Copyright fotografie: Veneranda Fabbrica del Duomo ed Enitecnologie Spa)

fronte agli effetti dell'invecchiamento e dell'atmosfera inquinata (ruvidità della superficie epidermica, rughe, screpolature, macchie e cancro della pelle fino ai suoi strati profondi), alle conseguenze dell'artrosi e della osteoporosi (difetti di postura con allarmanti modifiche di distribuzione dei carichi e indebolimento della struttura ossea), ai disturbi cardiocircolatori (sbalzi di pressione per sovrappeso, per sforzi non prevedibili, per sommatoria di microcedimenti che possono raggiungere soglie di elevata criticità). Purtroppo la vastità dell'edificio, l'inesauribile ma prezioso apparato scultoreo, l'accelerazione del degrado non consentono, come sarebbe opportuno e come ogni buon medico o restauratore sa, intervenire dappertutto con una puntuale e tempestiva terapia preventiva.

Due "policlinici" istituzionalmente operanti per la cura del corpo dell'uomo o di un monumento. Ma l'intreccio natura e spirito, scienza e fede è capace di meravigliarci.

Un malato va all'ospedale e vi trova la guarigione dovuta alle cure medico-chirurgiche, oppure, dimesso ancora infermo, è gratificato da una guarigione, se non miracolosa, non sempre spiegabile sotto il profilo clinico e per le cure che gli sono state somministrate.

Un altro malato si reca in Duomo, accudito e conservato dalla Fabbrica al meglio della sua efficienza perché sia luogo privilegiato per la preghiera e per l'incontro con Dio. Vi ritorna più volte, chiede e supplica nel pianto la guarigione del corpo; ottiene invece il recupero dello spirito vitale, la guarigione dell'anima, il perdono e il sorriso di Dio. Ritorna al suo letto con animo più leggero e sereno, vi affronta giorno per giorno la malattia, ma è consolato nella lancinante sofferenza della carne dal conforto e dalla speranza, quasi dalla certezza, d'incontrare sul suo calvario l'Uomo dei dolori, Colui che lo tiene per mano lungo la luminosa strada verso la Gerusalemme Celeste.

*Molto originale ricercato intervento. Rivelazioni sorprendenti sulla nostra straordinaria Cattedrale, sull'esigenza specifica quotidiana della sua "Cura" della protezione costante e salvaguardia. Alcuni visibili particolari nelle figure.*

*Ma, di pari, e la "Cura" nell'Ospedale Policlinico della Ca' Granda?*

*Al lettore fermarsi, considerare, meditare sull'invisibile complessità che ogni giorno si crea attorno alla salute dell'uomo, all'uomo malato, alle sue ansie, alla spesso irrimandabile drammatica richiesta d'aiuto.*

# *L'Ospedale e la città: Milano e il "Gaetano Pini"\**

GIORGIO COSMACINI

Negli "ottant'anni di bene" dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini, celebrati quando gli anni duri della "ricostruzione" postbellica si ammorbdiscono e preludono a quelli del "miracolo economico", hanno un posto importante, quando non addirittura di elezione, la pratica pedagogica, l'educazione e rieducazione, la scuola di lavoro, l'abilitazione a un mestiere. Il ruolo di tutte queste componenti nel processo clinico-terapeutico di ricupero della persona disabile non è stato mai disatteso, anzi è stato spesso potenziato come agli esordi dell'istituzione, ai tempi "eroici" dell'impegno assistenziale contro il rachitismo.

In seno all'Istituto se ne ha debita consapevolezza: "mentre va attenuandosi e scomparendo, per le perfezionate condizioni igieniche della vita italiana, lo spettro della rachitide, che afflisse con la sua minaccia l'ultimo quarto del secolo XIX, due nuovi frutti sono maturati sul vecchio, solido albero dell'assistenza ortopedica milanese: i Centri per la cura dei poliomielitici e dei discinetici"<sup>(1)</sup>.

La poliomielite - dal greco *poliòs*, grigio e *myelòs*, midollo - è una malattia infiammatoria che colpisce la sostanza "grigia" del "midollo" spinale, o meglio quella parte di essa (corna anteriori o motrici) che governa la motilità del tronco e degli arti. L'affezione è detta anche "malattia di Heine e Medin", dai nomi del clinico medico che la identificò - il tedesco Jakob Heine, nel 1840 - e del clinico pediatra che meglio la descrisse - lo svedese Oskar Medin, nel 1881 -. Il patologo viennese Karl Landsteiner nel 1908 ne dimostrò sperimentalmente la trasmissibilità e quindi la natura infettiva, dovuta a un virus feroce, che divora letteralmente le cellule nervose (neuronofagia) per le quali ha una spiccata predilezione (neutropismo). La malattia ha la sua incidenza preferenziale nei primi 12 anni di vita.

Considerata fino agli anni Quaranta una malattia pediatrica, è conosciuta anche come "paralisi infantile". Quando la paralisi coinvolge i muscoli della respirazio-

ne, è il dramma: il bambino muore per asfissia. Più spesso, con un rapporto statistico di 8 a 1, il bambino resta paralizzato e, a distanza, motuleso, portatore di *handicap*: una parola nuova, guscio linguistico di una realtà antica quanto gli uomini (da quelli proiettati dalla rupe Tarpea a quelli fatti oggetto di misericordia corporale), ma che trova la sua definizione a partire dalla metà del Novecento. *Handicap*: uno svantaggio, un distacco da colmare fin dove è possibile.

Per colmarlo fin dove si può è necessaria una riabilitazione globale, concepita e organizzata su più livelli, integrati e interdipendenti, in ognuno dei quali la persona con la sua disabilità costituisce sempre il punto centrale. Con una prima fase più propriamente medico-chirurgica, ortopedico-clinica, si integrano una seconda fase, protesico-fisioterapica, e una terza, psicosociale-reintegrativa.

Tutto ciò appartiene alla prospettiva della riabilitazione nella seconda metà del Novecento. Una retrospettiva della stessa disciplina, nella prima metà del secolo, contempla schematicamente tre successivi momenti storici. Il primo momento, di valorizzazione dell'educazione fisica, ha avuto il suo alveo nell'ideologia positivista e il suo aspetto pratico nella fisiologia sperimentale. Angelo Mosso, maggior scienziato italiano in campo biomedico fra Ottocento e Novecento, professore di fisiologia nell'Università di Torino, nel trattato "Vita moderna degli italiani" (Milano 1905) ha delineato questa "vita moderna" come "perfezionamento dell'organismo per mezzo dell'esercizio", un perfezionamento tanto più necessario in quei fanciulli e adolescenti che i continuatori dell'opera di Gaetano Pini hanno redento dal rachitismo e da altre "scorrettezze" e "sregolatezze" naturali e sociali.

Il secondo momento dell'evoluzione riabilitativa ha avuto il suo svolgimento nei primi decenni del Novecento e il suo periodo di slancio dopo la prima guerra mondiale, affiancando all'ortopedia, nel contempo evoluta da pratica incruenta a disciplina chirurgica, una riabilitazione meccanica mirante alla sostituzione-riparazione mediante "apparecchi" delle parti mancanti, deficitarie, avariate, della "macchina" dell'organismo minorato o mutilato.

\* L'Autore, cui si deve una recente storia della prestigiosa istituzione milanese, descrive per sommi capi la nascita e la crescita in essa delle attività di riabilitazione.

Il terzo momento coincide con il progressivo instaurarsi, all'indomani della seconda guerra mondiale, del paradigma della riabilitazione sociale; coincide cioè con la "presa di coscienza che i disabili dovevano essere aiutati dalla medicina per essere accettati e reinseriti nella società", secondo una concezione che è figlia al tempo stesso di un "padre intelligente" - il razionalismo etico-sociale - e di una "madre caritatevole" e giusta - la religiosità cristiana. <sup>(2)</sup>

È una concezione che a Milano, nei primi anni Cinquanta, ha per interpreti protagonisti un sacerdote carismatico, don Carlo Gnocchi, fondatore nel 1948 della "Federazione pro infanzia mutilata" e nel 1951 della "Pro juventute" aperta anche ai bambini poliomielitici, e un medico antesignano, Silvano Boccardi, instauratore del primo reparto ospedaliero di terapia fisica, nato ufficialmente nel 1949 presso l'Ospedale Maggiore di Niguarda, e animatore della prima scuola per terapisti della riabilitazione, nata nello stesso ospedale nel 1953.

L'Istituto Ortopedico Gaetano Pini si dimostra al passo con queste avanguardie. Già nel 1946 il Commissario dell'ente, Manlio Beltramini, nella sua relazione del 7 aprile, dice che "la sede di viale Monza, occupata durante la guerra da un reparto tedesco e a guerra finita da un reparto inglese, potè essere riaperta come ospedale "adibito al Centro per i bimbi poliomielitici dei quali è prevedibile il ricupero parziale o totale. A questo primo, altri reparti si sono aggiunti presso tale sede, con oltre 150 posti-letto, con sale operatorie, reparto cure [fisiche]" e "officine ortopediche" <sup>(3)</sup>.

Nel 1954 si scrive che il Centro "è dotato di tutti i mezzi terapeutici necessari: kinesiterapia, cure fisiche, piscina e vasche individuali per idromassoterapia, "traxator" e, in via di studio, applicazioni di ultrasuoni in acqua. [...] La kinesiterapia sta alla base del trattamento di rieducazione motoria [...]. La sala di ginnastica è anche dotata di speciali lettini con piano ad inclinazione graduabile [...]. Gli esercizi di deambulazione vengono eseguiti sotto controllo correttivo [...]. Vi sono poi sale di terapia fisica dotate di apparecchi di marconiterapia" <sup>(4)</sup>.

Lo stare al passo con gli avanzamenti della riabilitazione non si arresta: "l'Istituto ha allo studio un progetto di più ampia portata, che metterà Milano all'avanguardia nel recupero dei poliomielitici e le darà un altro primato fra i molti che già vanta nell'assistenza e nella difesa sanitaria" <sup>(5)</sup>.

Si scrive ancora, con legittimo orgoglio, che "a fianco

del centro pei postumi della poliomielite è sorto, con una certa analogia di scopi e di metodi, il Centro per la rieducazione dei bambini affetti da discinesie di origine cerebrale, primo del genere in Italia collegato con una Clinica ortopedica universitaria. A differenza della paralisi degli organi di movimento causata dalla poliomielite, qui la paralisi, più o meno accentuata, è generalmente congenita e può aumentare" <sup>(6)</sup>. Psicopedagogia e fisioterapia si danno la mano: "il sistema di cura qui attuato è praticamente fondato sulla rieducazione - o educazione, se il bambino è preso in cura molto piccolo - delle funzioni del sistema nervoso leso. Si mira cioè ad aiutare il bambino a compiere lo sviluppo della motilità [...] preparando man mano il suo corpo e la sua mente a ricevere l'aiuto; l'assistenza perciò deve dare amorevolmente, ma continuamente le correzioni necessarie per evitare che stimoli sbagliati creino riflessi errati" <sup>(7)</sup>. Sempre con orgoglio si rivendica una priorità, se non un primato: "Nel 1952, quando sorse il [duplice] Centro, in Italia non esistevano ancora corsi per fisioterapisti, né corsi ufficiali per la cura delle discinesie", onde esso "fu costituito con personale italiano specializzato all'estero". In tal modo, "dalla piccola scuola per i bimbi rachitici del 1874, si è addivenuti alla costruzione di un grande ospedale ortopedico-traumatologico che raccoglie grandi e piccoli per tutte le affezioni degli organi di movimento", costituendo "non solo una terapia di altissimo valore sanitario, ma anche un'opera di notevole valore sociale" <sup>(8)</sup>. A partire da metà Novecento, l'Istituto Ortopedico Gaetano Pini è dunque, nella Milano che si appresta a vivere il proprio "miracolo economico", una vitale realtà ospedaliera, adeguata ad estendere tale miracolo al campo sociosanitario di una città in ulteriore, incalzante trasformazione. Fino alla realtà odierna, adeguata alla Milano del 2000.

#### Bibliografia

1 - *Ottant'anni di bene*, cit., p. 64

2 - Vittorio A. Sironi, *Oltre la disabilità. Storia della riabilitazione in medicina*, Ed. Graphis, Bari, p. 105 e p. 109.

3 - Le parole del Commissario Beltramini sono riportate in *Ottant'anni di bene*, cit., p. 56

4 - *Ivi*, p. 63

5 - *Ivi*, p. 64

6 - *Ibidem*.

7 - *Ivi*, pp. 64-65

8 - *Ibidem*.

# Scienziate dimenticate

FRANCESCA EULISSE, MARIA CHIARA BINOTTO, GIUSEPPE EULISSE

Nel 2006 ricorre in Italia il sessantesimo anniversario della concessione del voto alle donne, riconosciuto con decreto dello Stato del 1 febbraio 1945. La ricorrenza offre l'occasione per riflettere su discriminazioni, disuguaglianze e pregiudizi che le donne hanno subito nel corso dei secoli in ogni settore della vita umana e per riflettere, in particolare, sul ruolo che hanno nonostante tutto avuto nel determinare il progresso della scienza. In questo articolo non si vuole però rendere omaggio a figure come Marie Skłodowska Curie (1867-1934), che occupa ampio e giusto spazio nella cultura scientifica ufficiale e che è stata la prima persona a vincere addirittura due premi Nobel<sup>(1)</sup>, ma piuttosto ricordare alcune donne che hanno contribuito in maniera straordinaria allo sviluppo scientifico senza ricevere il giusto riconoscimento o ricevendolo in misura inadeguata rispetto ai meriti.

In verità, la storia della scienza, come ogni storia, è caratterizzata da donne ma anche da uomini dimenticati la cui opera ha però contribuito in maniera significativa allo sviluppo dei vari ambiti di competenza; non ci sono peraltro dubbi che in questa categoria le donne occupano un posto di particolare rilevanza: le poche donne che sono riuscite a emergere hanno dovuto lottare contro discriminazioni, divieti e pregiudizi sociali e culturali. Basti ricordare che per secoli l'istruzione è stata monopolio pressoché assoluto degli uomini; destino tipico delle donne era quello del lavoro domestico, di madre e moglie. Le poche donne che avevano il privilegio di ricevere un'istruzione più approfondita erano di solito quelle rinchiusi nei conventi; tuttavia, anche in questo caso, il sapere impartito era soprattutto di tipo umanistico: dunque, arte, filosofia e letteratura e non matematica e fisica. A conferma, si pensi che in Italia solo nel 1874 venne formalmente concesso l'accesso delle donne ai licei e alle Università.

Un pregiudizio ancora oggi diffuso nella mentalità comune è quello che riguarda la presunta predisposizione naturale delle donne alle materie letterarie e artistiche rispetto a quelle scientifiche. L'astrofisica italiana Margherita Hack sottolinea anche che le poche donne che hanno avuto la possibilità di accedere al mondo della scienza sono quelle che si sono trovate in un contesto familiare favorevole; scrive la Hack: "Solo le poche favorite dall'aver un padre, un fratello o un marito scienziato disposto a condividere le proprie cognizioni potevano farsi una cultura scientifica". Anche attualmente, continua la Hack, "molti degli ostacoli di cui si lamentano parecchie ricercatrici dipendono anche dall'educazione ricevuta che, almeno fino a qualche decennio fa, tendeva a fare delle bambine persone arrendevoli e servizievoli poco combattive e desiderose di protezione". Sottolinea ancora la Hack, "resta il fatto che le scienziate per emergere devono generalmente lavorare di più dei loro colleghi, superare numerosi pregiudizi che, contrariamente a quanto si crede, sono maggiori nei paesi anglosassoni che in quelli latini". Anche per quanto riguarda la società attuale, le indagini sociologiche evidenziano una situazione che fa riflettere: durante i normali studi, le donne ottengono mediamente risultati migliori degli uomini ma nel mondo del lavoro i posti dirigenziali sono occupati per la maggior parte da questi. "Nelle Università", afferma sempre la Hack, "le ricercatrici sono ormai più dei ricercatori, ma appena si passa al livello superiore, quello dei professori associati, le donne sono meno del 30% e al più alto livello dei professori ordinari sono appena il 10%".

Uno dei simboli della presenza femminile nella storia della scienza è la matematica e filosofa greca *Ipazia*, la prima ad aver contribuito allo svi-

luppo del pensiero scientifico in maniera significativa. Nata ad Alessandria d'Egitto, visse tra il 370 e il 415 d. C.; la sua biografia offre una duplice interpretazione: da una parte testimonia la tenacia e la determinazione di una donna che fa dello studio e dell'insegnamento lo scopo principale della propria esistenza; dall'altra la tragica morte è un triste esempio delle violenze in cui potevano incorrere in particolare le donne che osavano avventurarsi in ambiti non di loro competenza. Fu il padre Teone, ultimo direttore del celebre Museo d'Alessandria ed editore e commentatore di testi matematici, a svolgere un ruolo fondamentale nella formazione scientifica e filosofica della giovane; in uno dei suoi commenti proprio Teone ricorda un lavoro di revisione compiuto dalla figlia: "commento di Teone di Alessandria al terzo libro del Sistema matematico di Tolomeo. Edizione controllata dalla filosofa Ipazia, mia figlia". Dopo aver compiuto viaggi nelle capitali culturali dell'epoca, Ipazia torna ad Alessandria dove si dedica all'insegnamento della matematica, della filosofia, dell'astronomia e della meccanica: la sua casa diventa un centro scientifico di riferimento per tutti e non solo per pochi eletti. Scrive dei commentari all'*Aritmetica* di Diofanto, ultimo dei grandi matematici greco-ellenisti, alle *Coniche* di un altro grande matematico come Apollonio di Perga e alle *Tavole* di Tolomeo, l'opera trigonometrica più significativa dell'antichità; lavora anche nel campo dell'astronomia con interessanti scoperte sul moto degli astri, rese accessibili a tutti con un testo intitolato *Canone astronomico*. Manifesta anche capacità applicative fuori dal normale: si occupa di meccanica e di tecnologia e progetta strumenti scientifici tra cui un astrolabio piatto, un idroscopio e un aerometro. Come filosofa diviene un esponente del Neoplatonismo: i suoi discorsi pubblici le portano grande fama ma la espongono a pericolo della vita per le idee considerate eretiche. Quando Cirillo diviene vescovo di Alessandria, Ipazia rifiuta la conversione e non abbandona le proprie idee: nel marzo del 415, viene brutalmente assassinata. Di lei e della sua morte, troviamo traccia in un racconto di Socrate Scolastico: "Ella giunse ad un tale grado di cultura, che superò di gran lunga tutti i filosofi suoi contemporanei. [...]

Per la magnifica libertà di parola ed azione, che le veniva dalla cultura, accedeva in modo assennato anche al cospetto dei capi della città e non era motivo di vergogna per lei lo stare in mezzo agli uomini. Infatti, a causa della sua straordinaria saggezza, tutti la rispettavano profondamente e provavano verso di lei un timore reverenziale. Per questo motivo, allora, l'invidia si armò contro di lei. Alcuni, dall'animo surriscaldato, guidati da un lettore di nome Pietro, si misero d'accordo e si appostarono per sorprendere la donna mentre



Ipazia



Maria Gaetana Agnesi

faceva ritorno a casa. Tiratala giù dal carro, la trascinarono fino alla chiesa che prendeva il nome da Cesario: qui, strappatale la veste, la uccisero colpendola con i cocci." La sua morte segna simbolicamente la fine del neoplatonismo ad Alessandria e della scienza antica.

Nei secoli successivi, la presenza di figure femminili nell'ambito scientifico è irrilevante: si deve aspettare il Settecento e la matematica italiana *Maria Gaetana Agnesi* nata a Milano, da una ricca e colta famiglia, e vissuta tra il 1718 e il 1799. Gaetana dimostra fin da piccola un'intelligenza straordinaria al punto che il padre, che aveva destinato agli studi solamente il primo figlio maschio, decide di provvedere alla sua istruzione con illustri precettori. Nel salotto di casa Agnesi incontra intellettuali che la introducono allo studio degli *Elementi* di Euclide, alla Logica, alla Fisica. Successivamente collabora con importanti matematici, in particolare con Padre Ramiro Rampinelli, professore di matematica e fisica nel Monastero degli Olivetani di San Vittore e pioniere della matematica analitica. Si



dedica alla stesura di un testo di analisi, le *Istituzioni Analitiche ad uso della Gioventù Italiana* pubblicato nel 1748, che diventa ben presto famoso in tutta Europa, a tal punto che la regina Maria Teresa d'Austria le invia, in segno di apprezzamento, un anello di brillanti in un prezioso cofanetto. Alla morte del padre, nel momento di maggior successo professionale, rifiuta la cattedra di matematica all'Università di Bologna e abbandona la vita pubblica, dedicandosi alla cura dei poveri e dei bisognosi e allo studio delle Sacre Scritture.

Maria Gaetana Agnesi rappresenta una delle eccezioni per la sua epoca; in generale, le donne non avevano possibilità di dimostrare le loro capacità nel mondo scientifico; lo studio della matematica, quando possibile, era considerato utile sostanzialmente solo per diventare protagoniste nei salotti mondani.

Una donna straordinaria che è riuscita a emergere con forza di volontà e intelligenza e ad aggirare i divieti maschili vigenti negli ambienti accademici dell'epoca, raggiungendo importanti risultati nel mondo scientifico è stata *Sophie Germain*, nata a Parigi e vissuta tra il 1776 e il 1831. L'amore per la matematica nasce nel 1789, durante la rivoluzione francese, leggendo un libro paterno sulla vita di Archimede; Sophie è colpita dalla tragica morte del matematico di Siracusa, assorto per risolvere un problema di geometria, da parte di un soldato romano. La tredicenne Sophie è affascinata: la matematica deve essere veramente interessante se qualcuno può esserne assorbito a tal punto da dimenticare tutto il resto fino a farsi uccidere. Sophie decide di dedicare la sua vita allo studio della matematica, cominciando dalla teoria dei numeri e dalle opere di Eulero e Newton. I genitori non condividono la passione della figlia, la ostacolano in ogni modo, arrivano a confiscarle le candele per impedirle la lettura notturna ma alla fine si arrendono al grande amore di Sophie finendo per aiutarla sia moralmente che finanziariamente. Nel 1795 apre a Parigi l'*École Polytechnique* destinata ai soli uomini; Sophie utilizza, come in un film, il nome di uno studente che aveva abbandonato gli studi, Le Blanc, e riesce a farsi dare le dispense dei corsi, a chiedere spiegazioni e a far correggere le proprie soluzioni

dei problemi a Lagrange, il più famoso matematico francese dell'epoca. Lagrange, incuriosito dalle brillanti soluzioni di Sophie, vuole incontrare lo studente Le Blanc e scopre in questo modo, con grande stupore, la verità.

Sophie entra in corrispondenza con altri matematici dell'epoca, tra cui anche il famoso Gauss, usando il solito pseudonimo maschile, e presenta i propri lavori, in particolare sul teorema di Fermat. Anche Gauss quando scopre la vera identità di Sophie ne rimane stupito e ammirato; scrive: "Quando una persona di sesso femminile, che secondo il nostro giudizio e i nostri pregiudizi maschili, deve urtare in difficoltà infinitamente superiori a quelle che incontrano gli uomini per giungere a familiarizzarsi con le spinose ricerche delle matematica, quando questa persona riesce, nonostante tutto, a sormontare simili ostacoli e a penetrare fino alle regioni più oscure delle scienza, ella deve senza dubbio possedere un nobile coraggio, un talento assolutamente straordinario e un genio superiore". In una delle lettere inviate a Gauss, la matematica francese riporta anche quello che oggi è noto come *Teorema di Germain*, che rappresenta il suo più importante contributo alla teoria dei numeri e un notevole passo avanti verso la soluzione del teorema di Fermat.

La corrispondenza con Gauss si interrompe nel 1808, quando questi è nominato professore d'astronomia all'Università di Göttingen. Allora, Sophie abbandona gli studi di matematica pura e si dedica a ricerche più applicative, decidendo di partecipare a un concorso dell'Accademia delle scienze; l'oggetto del concorso riguardava il confronto con l'esperienza della "teoria matematica delle superfici elastiche". Tra il 1811 e il 1815 Sophie presenta tre tesi su questo soggetto e nel 1815 ottiene un premio che non ritira, in segno di protesta per tutte le difficoltà incontrate nella sua attività. Nel 1830 l'Università di Göttingen, su pressione di Gauss, decide di assegnarle una laurea ad honorem ma Sophie muore di cancro al seno prima dell'assegnazione.

Un'altra Sofia deve essere riportata in questa galleria di donne straordinarie che hanno dovuto lottare contro pregiudizi e intolleranze per accedere



Sophie Germain



Sof'ja Kovalevskaya

al mondo delle scienza; si tratta della matematica russa *Sof'ja Vasilyevna Kovalevskaya*, nata a Mosca, da una famiglia appartenente alla nobiltà, e vissuta tra il 1850 e il 1891. A sei anni Sof'ja è affascinata dai fogli di un testo di analisi matematica che il padre utilizza per ricoprire le pareti della sua camera: “Passavo ore di fronte a quella parete. Non riuscivo naturalmente a trovare il significato di quelle frasi, ma esse agivano sulla mia immaginazione portandomi a una venerazione per la matematica che vedevo come una scienza misteriosa ed esaltante che apriva ai suoi adepti un nuovo mondo di meraviglie, inaccessibile ai comuni mortali”. Sof'ja, dopo gli anni della prima formazione, cerca inutilmente di convincere il padre a inviarla a studiare in Germania e ottiene solo la possibilità di iscriversi ai corsi di matematica tenuti presso l'Accademia Navale di Pietroburgo. Dopo aver sposato un giovane paleontologo, Vladimir Kovalevski, riesce a iscriversi alla facoltà di Heidelberg, una delle poche aperte alle donne, dove segue i corsi di analisi moderna di Leo Königsberg e quelli di fisica tenuti dai celebri fisici Kirchoff e Helmholtz. Il sogno di Sof'ja è però quello di iscriversi all'Università di Berlino, chiusa alle donne, in modo da seguire le lezioni del mitico Karl Weierstrass, considerato il padre dell'analisi moderna; a nulla serve la richiesta di eccezione alla regola avanzata dallo stesso Weierstrass, consapevole del talento di Sof'ja. Negli anni successivi sempre Weierstrass appoggia in ogni modo Sof'ja nei concorsi a cattedra universitaria ma nessuna Università europea sembra disposta ad assegnare una cattedra di matematica a una donna. Sof'ja deve quindi aspettare il

1888, dopo aver vinto il premio Bordin, un prestigioso riconoscimento dell'Accademia delle Scienze di Francia, con il lavoro *Sulla rotazione di un corpo solido intorno a un punto fisso*, per ottenere il tanto agognato e meritato posto in Università: le viene assegnata la cattedra di Analisi Superiore dell'Università di Stoccolma, dove è accolta con grande simpatia. Scrive un giornale dell'epoca: “Oggi non annunciamo l'arrivo di un volgare e insignificante principe di sangue nobile. No, la Principessa della Scienza, Madam Kovalevski onora la nostra città con il suo arrivo. È la prima donna in Svezia che entra come docente universitaria”. Sof'ja non fu solamente una matematica straordinaria ma si dedicò con grande passione anche al lavoro di scrittrice; a un'amica, che si sorprende nel constatare quanto fosse brava sia come scrittrice sia come matematica, Sof'ja risponde: “Chi non ha mai avuto occasione di approfondire la conoscenza della matematica, la confonde con l'aritmetica e la considera un'arida scienza. In realtà è una scienza che richiede molta immaginazione. Uno dei più grandi matematici del nostro secolo osserva giustamente che è impossibile essere matematico senza avere l'animo del poeta. È necessario rinunciare all'antico pregiudizio secondo il quale il poeta deve inventare qualcosa che non esiste, che immaginazione e invenzione sono la stessa cosa. A me pare che il poeta deve soltanto percepire qualcosa che gli altri non percepiscono, vedere più lontano degli altri. E il matematico deve fare la stessa cosa”.

Anche nel Novecento, si sono verificate discriminazioni a danno di donne che hanno operato nel mondo della scienza; in particolare vogliamo qui ricordare alcune di esse che, secondo la comunità scientifica, avrebbero meritato il premio Nobel, assegnato ad altri per motivi politici, di gerarchia o per veri e propri “furti storici”. Tra queste scienziate, ricordiamo Henrietta Swan Leavitt, Lise Meitner, Chien-Shiung Wu, Rosalind Franklin, Jocelyn Bell-Burnell.

*Henrietta Swan Leavitt*, nata a Lancaster nel Massachusetts, è vissuta tra il 1868 e il 1921, convivendo con gravi problemi personali (era sorda) e

familiari. Nel 1893 comincia a lavorare presso l'Osservatorio di Harvard come *donna computer*, a 25 cents l'ora, con il compito di misurare e catalogare la luminosità delle stelle fotografate dai telescopi; durante il proprio lavoro osserva centinaia di stelle variabili e nota che alcune di esse mostrano una particolare regolarità: le più luminose sono caratterizzate da un periodo maggiore. Dopo i necessari approfondimenti nel 1912 conferma che le stelle variabili (le Cefeidi odierne) sono caratterizzate da una semplice relazione logaritmica tra la magnitudine e il periodo della variazione. In questo modo le Cefeidi divengono indicatori di distanza nell'universo perché, dalla relazione proposta, noto il periodo, è possibile ricavare per l'appunto la distanza: si risolve definitivamente il problema di definire l'appartenenza o meno delle varie galassie alla Via Lattea. Nel 1921, l'anno della morte prematura, è promossa capo sezione dell'Osservatorio con responsabilità nell'ambito della fotometria astronomica. Quattro anni dopo la sua morte, il matematico svedese Gösta Mittag-Leffler propose eccezionalmente e inutilmente per la Leavitt il premio Nobel alla memoria <sup>(2)</sup>. A lei sono oggi dedicati un asteroide, 5383 Leavitt, e un cratere lunare.



Henrietta Swan Leavitt



Lise Meitner

*Lise Meitner*, nata a Vienna da una famiglia ebrea dell'alta borghesia, è vissuta tra il 1878 e il 1968. Si presenta da autodidatta alla maturità, poiché le ragazze non erano ammesse ai licei, e successivamente si iscrive all'Università dove segue anche l'insegnamento del grande fisico Ludwig Boltzmann e dove consegue, seconda donna della sto-

ria, il dottorato in fisica. Nel 1907 si trasferisce a Berlino, per seguire le lezioni di Max Plank, ove incontra il chimico Otto Hahn con il quale inizia una collaborazione scientifica trentennale. In quell'epoca in Prussia le donne non erano ammesse all'Università e perciò Lise lavora come ospite non pagato e non può accedere alle aule e ai laboratori frequentati dagli studenti! Dopo l'interruzione dovuta alla prima guerra mondiale, Lise torna a lavorare con Otto Hahn e nel 1926 diviene professoressa fuori organico di fisica nucleare sperimentale all'Università di Berlino. Dal 1933, a causa delle sue origini ebraiche, subisce pesanti discriminazioni e nel 1938 si rifugia in Svezia. Nonostante la fuga, continua ad avere contatti epistolari con Otto Hahn, il quale alla fine del 1938 le segnala uno strano fenomeno scoperto irradiando nuclei di Uranio con neutroni lenti. Lise interpreta immediatamente il fenomeno ipotizzando la fissione nucleare, calcolando l'energia liberata attraverso la famosa relazione di Einstein che lega massa ed energia e ponendo quindi idealmente le basi per lo sfruttamento dell'energia nucleare. Negli anni successivi Lise, pacifista convinta, non accoglie l'invito degli Stati Uniti a partecipare alla costruzione della bomba atomica (progetto Manhattan) e rimane in Svezia durante tutta la seconda guerra mondiale. Nel 1944 Otto Hahn riceve il premio Nobel per la chimica, assegnato incredibilmente senza alcuna menzione per il contributo fondamentale di Lise Meitner!

Lise si impegnerà tutta la vita a favore dell'uso pacifico della fissione nucleare; muore a quasi novanta anni, il 27 ottobre del 1968, lo stesso anno di Otto Hahn.

*Chien-Shiung Wu*, nata in un villaggio nei pressi di Shanghai, è vissuta tra il 1912 e il 1997. Il padre, pioniere dell'educazione femminile in Cina in un periodo in cui le donne non erano ammesse alle scuole, l'aiuta a inserirsi in una scuola locale e successivamente la incoraggia a entrare nell'Università di Nanchino, dove si laurea nel 1934. Nel 1936 si reca negli Stati Uniti dove prosegue gli studi di fisica e partecipa al progetto Manhattan per la costruzione della bomba atomica. Dopo la guerra, concentra i suoi studi sul *decadimento*

*beta*, un fenomeno che non aveva ancora avuto un'interpretazione teorica coerente con i dati sperimentali. I ricercatori Tsung Dao Lee e Chen Ning Yang le chiedono di ideare un esperimento in grado di confermare la loro ipotesi della non conservazione della parità in questo tipo di decadimento. L'esperimento, progettato da madame Wu e da lei realizzato nel 1956, rappresentò un evento straordinario perché da una parte confermava pienamente le ipotesi di Lee e Yang e dall'altra era il punto di partenza per successive ricerche sulle violazioni di simmetrie. Nel 1957 Lee e Yang ricevettero il premio Nobel per la fisica, senza alcuna menzione per l'esperimento fondamentale e decisivo di Madame Wu! La scrittrice Clare Boothe Luce scrisse: "Quando la dottoressa Wu ha distrutto il principio di parità, ha stabilito il principio della parità tra uomo e donna".



Chien-Shiung Wu



Rosalind Franklin

*Rosalind Franklin*, nata a Londra da una ricca famiglia ebraica, è vissuta tra il 1920 e il 1957. Fin da bambina dimostra una particolare predisposizione per le materie scientifiche e poi, incoraggiata soprattutto da uno zio, si iscrive alla facoltà di chimica a Cambridge, dove si laurea nel 1941. Nel 1947 si reca in Francia dove impara l'uso dei raggi X, scoperti da Roentgen nel 1895, per indagare la struttura della materia. Nel 1951 il direttore del dipartimento di biofisica dell'Università di Londra le affida il compito di decifrare la struttura del DNA. Rosalind perfeziona e utilizza la tecnica della cristallografia a raggi X e riesce a fare la prima fotografia dello scheletro del DNA e della sua conformazione. Nel suo taccuino di appunti, la Franklin scrive che "il DNA è formato da due catene distinte". James Watson e Francis

Crick, venuti segretamente in possesso del materiale fotografico, pubblicano nel 1953 la dettagliata descrizione della molecola; nove anni dopo Watson e Crick, insieme a Maurice Wilkins, vincono il premio Nobel per la medicina senza alcuna menzione per Rosalind, morta di cancro a soli 37 anni cinque anni prima. Le difficoltà che Rosalind ha dovuto affrontare e le ingiustizie subite, unite alla prematura scomparsa, hanno fatto di lei un'icona del movimento femminista nelle scienze.

*Jocelyn Bell Burnell* è nata a Belfast nel 1943 e ha studiato fisica all'Università di Glasgow. Durante il lavoro della sua tesi di dottorato scopre le *pulsar*, confermando l'esistenza delle stelle di neutroni e consentendo di verificare la correttezza della teoria relativistica di Einstein. Il premio Nobel per la fisica per questa scoperta fu assegnato nel 1974 al suo relatore Hewish, senza che l'Accademia di Svezia sentisse il dovere di menzionare Jocelyn che, a distanza di trent'anni, non serba rancore e dice: "Allora si aveva una concezione più gerarchica della scienza: un solo boss (un uomo maturo) pensava e molti giovani studenti eseguivano. Oggi è cambiata la nostra idea di come si fa la scienza: la ricerca è fatta da un team di persone di età diversa e ciascuno fornisce il proprio contributo. Comunque, il modo in cui il Nobel, e molti altri premi, sono concepiti rimane lo stesso: premiano il leader isolato".

Jocelyn ha avuto comunque successivi numerosi riconoscimenti per il lavoro svolto in astrofisica: il premio Oppenheimer, la medaglia intestata a Michelson, quella intestata a Herschel. Durante



Jocelyn Bell Burnell

un'intervista, alla giornalista che le chiedeva se non fosse avvilente per una donna lavorare in un ambiente a preponderanza maschile, risponde: "assolutamente avvilente. [...] Poiché, in Gran Bretagna, la fisica è ancora una scienza per uomini, le sue regole sono quelle degli uomini. Nel momento in cui si raggiungerà una massa critica di donne, la cultura cambierà. Il problema è riuscire ad innescare cambiamenti in assenza di tale massa, e questo è stato il problema di tutta la mia vita. Quando ero in attesa del mio primo figlio, andai dal capo del mio Dipartimento per informarmi sul congedo di maternità e lui mi disse: congedo di maternità?! Non ne ho mai sentito parlare! Era vero: l'Università non lo prevedeva".

Nel concludere questo articolo, gettando uno sguardo al passato, una domanda sorge spontanea: quante donne, oltre a quelle qui ricordate, sono state sottovalutate se non dimenticate, pur avendo contribuito allo sviluppo della scienza o semplicemente alla sua trasmissione e diffusione? Non lo sappiamo, forse non lo sapremo mai o, più semplicemente, forse non arriveremo mai a rendere il giusto omaggio ai loro contributi. La società attuale deve proiettarsi verso il futuro e porre le condizioni per un continuo e proficuo allargamento della partecipazione delle donne alla scienza. Occorre investire nella scuola e nella ricerca perché solo in questo modo si creano solide fondamenta per lo sviluppo delle scienze. Fortunatamente, possiamo sperare che il divario di possibilità di affermazione in campo scientifico degli uomini e delle donne si stia riducendo rapidamente, grazie alle uguali possibilità di accedere a qualunque forma di istruzione. Possiamo immaginare, o forse solamente auspicare, che le discriminazioni che hanno accompagnato la vita delle donne nei secoli passati siano destinate a scomparire e a diventare un ricordo del passato.

#### Note

1 - Nel 1903 per la Fisica, insieme con il marito Pierre Curie e Antoine Henri Becquerel, e nel 1911, da sola, per la Chimica.

2 - Il premio Nobel può essere assegnato per statuto solo a persone viventi.

#### Bibliografia

S. Bergia, G. Dragoni, G. Gottardi, *Dizionario biografico degli scienziati e dei tecnici*, Zanichelli, Bologna 1999.

AA.VV., *Scienziati e tecnologi contemporanei*, *Enciclopedia della scienza e della tecnica*, Mondadori, 1976.

C.B. Boyer, *Storia della matematica*, Mondadori, 1990.

S. Singh, *L'ultimo teorema di Fermat*, Fabbri, 1999.

A. Petta, A. Colavito, *Ipazia scienziata alessandrina*, Edizione Lampi di stampa, 2004.

G. Tilche, *Maria Gaetana Agnesi, la scienziata santa del Settecento*, Rizzoli, 1984.

Amy Dahan-Dalmedico, *Sophie Germain*, *Scientific American*, 12/1991.

G. Johnson, *Le stelle di miss Leavitt*, Codice, 2006.

S. Cerrato, *La forza nell'atomo. La vera vita di Lise Meitner*, Editoriale Scienza, 2004.

B. Maddox, *Rosalind Franklin, la donna che scoprì la struttura del DNA*, Mondadori, 2004.

# *Kurosawa e la malattia del vivere*

GIANNI TRIMARCHI

Il progresso scientifico degli ultimi anni, come noto, ha coinvolto anche le scienze biologiche; “la medicina ha salvato più vite negli ultimi cinquant’anni che in tutta la sua storia”<sup>(1)</sup>. Colpisce tuttavia il fatto che medici e infermieri risultino sempre meno motivati a svolgere un’attività che tende ad allontanarsi sempre di più dal senso della vita, per assimilarsi a un insieme di “tecniche superficiali di problem solving”<sup>(2)</sup>, legate più “alla distribuzione dei farmaci, che non alla cura delle persone”<sup>(3)</sup>, nella sua complessità.

Nonostante il successo innegabile delle terapie ufficiali, anche i pazienti dimostrano una certa tendenza ad allontanarsene: le medicine alternative godono infatti di una popolarità sempre crescente<sup>(4)</sup>, forse legata all’esigenza impellente di dar senso alle cose, che, almeno in certi casi, sembra trascendere in certa misura persino l’istanza del guarire, quando la guarigione si presenti come un fatto puramente meccanizzato, in certo qual modo privo di senso<sup>(5)</sup>.

Dal momento che alcune delle “medicine complementari e alternative”<sup>(6)</sup> sono di origine orientale, forse può essere utile per la nostra riflessione su questi temi prendere in esame il punto di vista di un grande regista giapponese come Kurosawa, in relazione alla malattia.

Questo autore è ben noto per la sua grande capacità sincretistica, che gli permise di trascrivere Shakespeare nei termini della cultura orientale<sup>(7)</sup>, o di distribuire con grande successo in occidente storie squisitamente giapponesi. Egli è anche noto per i suoi legami con gli autori più disparati, che risultano anche ad un primo esame dei suoi codici linguistici, ma uno dei modi per leggerlo può consistere nel considerare che la malattia continua a comparire come un tema costante in molti dei suoi film: qui forse possiamo trovar alcuni contributi al dibattito sul *burn out* che coinvolge ormai

da tempo medici e infermieri, o sulle insoddisfazioni di origine profonda che coinvolgono i pazienti stessi.

Kurosawa dedicò ben tre film all’etica del medico<sup>(8)</sup>, dichiarata in esplicito come rivolta ad un tempo, al corpo e all’anima, intesi aristotelicamente un “sinolo”. Spesso nei suoi film compare in forma molto esplicita l’uomo nella sua malattia le cui manifestazioni fisiche e morali, risultano “mescolate e confuse”.

Ciò che verrà messo in scena in forma più elaborata in testi successivi, risulta in forma semplice già in un’opera del 1948. Si tratta di una storia ambientata in Giappone, ma raccontata secondo forme e contenuti che richiamano in certa misura il neorealismo italiano, se non per una filiazione diretta, quanto meno per un oggettivo “gioco di corrispondenze”<sup>(9)</sup>.

Un medico abusivo gestisce un ambulatorio in un quartiere povero e si impegna in ogni modo per migliorare le condizioni di salute e di vita delle persone che gli stanno intorno. Non si tratta di un puro eroe, ma di un *Angelo ubriaco*, soggetto egli stesso ai malesseri a cui cerca di rimediare negli altri, in una situazione in cui risulta ben difficile distinguere in forma netta i mali del corpo dalla solitudine dell’anima.

Al medico alcolizzato, ma non privo di senso etico, si contrappone un piccolo capo-mafia locale, destituito dal suo ruolo in forma immediata e brutale al primo esplicito apparire di una tubercolosi, che lo rende inabile a un lavoro deprecabile, comunque fondato sulla forza fisica, che egli ha ormai perduto. Questo personaggio morirà in preda a una sofferenza legata alla perdita del ruolo e all’angoscia per la morte di cui non ha potuto in alcun modo elaborare i termini umani, al di là della biologia; in sostanza la vera sofferenza di questo malato terminale non sta solo nel corpo.

Non a caso la narrazione raggiunge il suo culmine con la drammatica sequenza del protagonista che, in un sogno, si rispecchia angosciosamente nella propria bara, senza il conforto della capacità di ripensare la sua esperienza di vita, né la dolcezza delle presenze amiche, che costituiscono invece il correlato di un'analoga scena, messa in atto da Bergman pochi anni dopo, ne *Il posto delle fragole*<sup>(10)</sup>.

Con questo film, che risale al 1948, Kurosawa sembra prendere in esame alcuni temi assai vicini al dibattito occidentale contemporaneo. Il suo punto di vista sul dolore della morte sembra esprimere in termini artistici qualcosa di molto vicino a quanto scriveva Piero Franzini, in un suo saggio: "... Solitudine del morente in stato terminale... in preda alla paura, all'angoscia e al panico... perché il morente ancora vivo e cosciente abbia tutto il tempo per esperire l'indifferenza umana, mascherata da accorgimenti tecnici"<sup>(11)</sup>.

In molti dei film di Kurosawa peraltro la vita stessa si presenta come malattia, dove il tema centrale trascende le disfunzioni organiche pur presenti nei vari personaggi, per concentrarsi sulla miseria umana degli offesi e degli umiliati. Sono i temi di *Cane randagio* (1949), *I bassifondi* (1957), ispirato a Gork'ij, e infine *Dodes'ka Den* (1970). Come del resto in tutto il mondo, anche nei quartieri poveri delle metropoli giapponesi la malattia è in parte costituita dalla vita stessa, trascendentalmente destinata a trascorrere male, priva di diritti e di speranze di redenzione. Sia pure nell'ambito del "gioco di corrispondenze" di cui si parlava prima, spero non sia una forzatura pensare a *Accattone* di Pasolini. Forse potremmo ricordare anche *Il ponte della Ghisolfia* di Testori.

Certo, nel caso del nostro autore, si è parlato giustamente di "neorealismo del sottosuolo"<sup>(12)</sup> con caratteristiche sue proprie. Pur in un quadro decisamente fosco, egli non si limita ai dati di fatto, ma ci spiega che anche le situazioni più aberranti possono avere risvolti di segno opposto. Infatti egli ci racconta che alcuni di questi dannati della terra sono pur capaci di sognare, con grande estro poetico. Il sogno non può in alcun modo incidere sulla maledizione quotidiana, che sembra accompagnare queste persone ma può testimoniare sulla

loro umanità, che non viene meno neanche in questi contesti. Fra questi "dannati", in *Dodes'ka Den* compare uno pseudomedico, che certo non ha particolari capacità scientifiche, ma in un suo modo empirico sa leggere nel profondo, aprendo qualche spiraglio di umanità e di acutezza in un mondo di disperazione. Un cliente in preda a profonda depressione gli chiede un veleno per concludere un'esistenza che ormai gli si presenta solo come dolore. Egli, per così dire, lo accontenta, dandogli un violento, ma innocuo purgante. Il contatto con l'evidenza dei crampi allo stomaco, letti dal paziente come segni di morte, lo porterà a ritornare sulla sua decisione e a esprimere gratitudine per il medico che aveva saputo svolgere una funzione sostanzialmente ermeneutica, in questo caso certo assai più utile di quella meccanicistica, alla quale siamo abituati.

In certo senso, in questa sequenza, Kurosawa anticipa la narrazione del momento più drammatico della propria esistenza: il tentato suicidio del 1970, quando l'insuccesso di *Dodes'ka Den* gli fece perdere ogni tipo di credito presso tutti i produttori giapponesi, che lo etichettarono come ormai vecchio e inutile. Al tema della vecchiaia è per l'appunto dedicato il suo film successivo, (*Dersu Uzala*, 1975) realizzato, per così dire, nell'esilio siberiano, su commissione della Mosfilm.

Qui però i termini della vicenda autobiografica si ribaltano: non sarà un insuccesso a provocare la morte del protagonista, ma un fatto organico, sempre mediato da una problematica non risolta sul piano del vivere. *Dersu Uzala* è un cacciatore mongolo, effettivamente esistito verso la fine dell'Ottocento e ricordato con profondo affetto nei diari dell'esploratore Arseniev che ebbe da questi molto aiuto durante i suoi viaggi in Siberia.

I termini del dramma stanno nel fatto che il grande cacciatore ad un certo punto della sua vita non può più prendere la mira con la solita precisione, a causa di una cataratta che gli impedisce di vedere con la consueta acutezza visiva. Le affettuose cure dell'amico russo, che cercherà in ogni modo di insegnargli a vivere nella sua casa in città, non riusciranno a risolvere il problema. Tradito dal corpo, sia pure in termini non gravi, il cacciatore morirà in sostanza per una depressione, per non

aver saputo reinventare un progetto di vita. Questa incapacità immaginativa gli impedirà di “dir di sì al mondo sino alla fine”<sup>(13)</sup>.

Non seguiremo Kurosawa nell'intero percorso dei suoi trentadue film; ci basta osservare che quanto abbiamo esaminato contiene una lunga serie di metafore, legate al senso della professione del medico, che sembrano presentarsi con caratteri universali, al di là dei nazionalismi.

Inevitabilmente un grande regista si esprime in termini artistici e non scientifici, ma Kurosawa ci mostra con grande chiarezza come le malattie del corpo non siano separabili dall'anima. Addirittura *Rashomon* si potrebbe leggere come un lavoro di anamnesi su questioni etiche il cui risultato consiste in una morte, confermando la dialetticità del rapporto fra *res cogitans* e *res extensa*. Altri film, a carattere storico, come *Kagemusha, (Il sosia)* partono da un'analoga considerazione, ma narrando la storia di interi apparati istituzionali che andarono incontro alla disfatta per non aver saputo prevedere in alcun modo, ad esempio, che il principe regnante potesse morire in battaglia; la soluzione, in questo film, consisterà in un grottesco *come se*, costituito dall'impiego di un sosia che per qualche anno, ma non oltre, riuscirà ad ingannare tutti i suoi interlocutori, senza che nel frattempo emerga una soluzione ragionevole al problema della successione. Anche in *Ran (tumulto)*, ultimo grande film del regista, ormai anziano, vedremo scoppiare una lunga e sanguinosa guerra di successione, inevitabile conseguenza di una demenza senile, tanto facilmente ipotizzabile quanto non prevista dal contesto in questione, dove alla sclerosi biologica del principe si contrappone quella istituzionale che caratterizza l'intera corte, con esiti altrettanto letali che coinvolgono una regione intera. Il discorso sulla malattia diventa allora un discorso sulla fragilità umana e sulle insufficienze etiche, o istituzionali, davanti al fluire della vita e della morte.

In questa prospettiva, la medicina si trova quotidianamente di fronte a problemi che solo in parte sono biologici. Questo discorso compare in forma molto esplicita, e in fondo ottimistica, in *Barbarossa* (1965), dove un grande medico trova il senso della propria vita lavorando nell'ambulatorio

di un quartiere povero, dove la cura del corpo e l'attenzione per le miserie umane costituiscono in fondo uno stesso compito, individuato come un valore. Egli contamina con il fascino ed il senso profondo della sua scelta una piccola schiera di giovani allievi, alcuni dei quali giungono ad abbandonare carriere più appariscenti, ma prive di un autentico spessore, per vivere nell'apparente semplicità, ricca di significato, di un quartiere di periferia.

Ritornando al paradosso iniziale, dobbiamo considerare che la medicina ufficiale guarisce i malati, ma medici, infermieri e pazienti tendono concordemente a sfuggirla, quasi che una capacità empirica non portatrice di senso suscitasse un certo orrore, a prescindere dalla sua oggettiva efficienza<sup>(14)</sup>. In questo contesto, l'opera di Kurosawa può costituire un contributo al dibattito, in quanto egli ci rappresenta con grande efficacia il dramma universale dell'uomo nel momento in cui vengono meno le sue normali facoltà, aprendo significativi spazi di riflessione sugli aspetti etici dei problemi biologici e sulle costruzioni di senso che sia il medico sia il paziente si trovano a dover mettere in atto. Questo nell'ambito di una medicina a carattere sostanzialmente “occidentale”, dove l'etica e non il rituale costituisce il vero problema. Ovviamente un artista non costruisce proposizioni, o assiomi, ma può metterci davanti ad evidenze che esigono una riflessione e una risposta<sup>(15)</sup>.

Concludendo, vorrei ricordare che parte del mio lavoro è un ripensamento di dialoghi avvenuti in tempi ormai lontani con mio padre e con mio fratello. Erano entrambi medici, e spesso mi parlavano del legame che intercorre fra la malattia organica e la vita, ma in termini che non sempre potevano accordarsi con la mia formazione, squisitamente umanistica, ben lontana dal “problem solving” di cui si è già parlato. A distanza di tanti anni, vorrei che i miei morti potessero accostarsi a queste pagine, per trovarvi un'eco meditata delle loro parole, e un pur modesto tentativo di sintesi, per il quale sono debitore, in certa misura, alle opere di Kurosawa.



## Note

1 - R. Porter *Cambridge illustrated history of medicine*, cit in Beppe Rocca *La cura della salute* Torino 2004 p 1

2 - Ibid, p 3

3 - B. Rocca *Umanesimo postmoderno e pratica medica* in la ca' granda n. 4 2002, p 3

4 - Ibid p 2

5 - Ad esempio Clifford Geertz ci racconta che gli stregoni Navajos hanno davanti a sé tutta una serie di pazienti affetti da tubercolosi, contro la quale possono fare ben poco, disponendo solo di purganti ed emetici. I loro malati sembrano tuttavia trarre giovamento, o comunque una consolazione non trascurabile, dal canto rituale, dal sudore forzato e dal vomito indotto, che certo non guariscono, ma permettono di dare un nome alla loro sofferenza ed espellerla in forma simbolica. (Cfr Clifford Geertz *Interpretazione di culture* trad it Il Mulino Bologna 1987 p 158)

6 - Su questo tema v B. Rocca *Medicine complementari o alternative?* In la ca' granda n. 4 2005, pp 8-12

7 - Faccio qui riferimento a *Il trono di sangue* (1957), libera trascrizione del *Macbeth* e a *Ran* (1985), ispirato a *Re Lear*.

8 - I film in questione sono: *L'angelo ubriaco* (1948), *Duello silenzioso* (1949) e *Barbarossa* (1965). Il tema della malattia compare tuttavia anche in altre opere, come vedremo in seguito.

9 - A. Tassone A. *Kurosawa*, Il Castoro, Milano 2001, p 43

10 - Per quanto riguarda il rapporto fra i due registi, va ricordato che, cavallerescamente, Bergman definì *La fontana della vergine* come una "miserabile imitazione" di *Rashomon*. (Cfr A. Tassone, op cit, p 146)

11 - P. Franzini *Il dolore, il malato, il medico* in la ca' granda 1.2.99

12 - A. Tassone, op cit, p 37.

13 - S. Natoli *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano 2004, p 179

14 - In USA nel 1997 a 385.000 visite messe in atto dalla medicina ufficiale corrispondevano 628.000 visite attuate nell'ambito della medicina alternativa, che sembra destinata a una crescita esponenziale. Cfr B. Rocca *Medicine complementari, o alternative?* (in la ca' granda n 4 2005, p 8)

15 - Sul nesso fra creatività artistica e innovazione scientifica, cfr F. Carmagnola *Plot, il tempo del raccontare*, Meltemi, Roma 2004, p 142 e segg.

## Asterisco

### Incredulo, credo in Dio

Incredulo, credo in Dio,  
perché voglio credere,  
perché mai uomo vivo né morto  
ne ebbe tanto bisogno.

Irrompono dal mio cuore spezzato  
i verbi amari  
che ancora l'altr'anno erano morti,  
un nulla adorno.

Adesso, ogni cosa si è fatta preghiera,  
ora, tutto è un flagello  
che mi colpisce il cuore, il corpo e l'anima,  
ed è sete pietosa.

Bellezza, purezza e verità,  
parole prese in burla;  
oh, fossi morto allora,  
quando di voi mi beffai.

Verginità e bontà, saggia onestà,  
quanto ho bisogno di voi.  
Credo in Cristo, aspetto Cristo,  
sono malato, malato.

Come un sonnambulo, mi fermo  
e vorrei capire  
e dinanzi a me in sante visioni  
turbino cento misteri.

Nel mondo, ogni cosa è mistero;  
ed anche Iddio, se c'è;  
e il mistero dei misteri son io,  
povero essere frustato.

Dio, Cristo, Virtù, e ancora  
tutto quel che io ambisco  
- e perché lo ambisco? - sono, più di me,  
ahi, grande mistero.

ENDRE ADY (1877-1919)



**D**ONNA attempata, in capo haueà vn ghirlanda d'alloro, nella man destra terrà vn gallo, & con la sinistra vn baston nodoso auoltoni vna serpe.

Medicina è scietia per la quale gli affetti vitali, & nutrijui del corpo, per mettere, & cauare si conoscono.

Donna di tempo si dipinge, perciò che gli Antichi temtro, che fosse vergogna all'huomo che haouesse passato quaranta anni chiamar al Medico, presupponendo alla sua complessione, & con il fuggire l'vno, & seguir l'altro potesse curar se stesso, però il Medico vecchio con l'ante, e con l'esperienza, conserua la sanità presente, & recupera la perduta.

Gli si cinge il capo di vna ghirlanda di alloro, perche questo albero gioua a molte infermità, & soleuasi alle Kalende di Gennaro da' Romani dare alli noui Magistrati alcune foglie di lauro, in segno che hauessero da conseruarsi sani tutto l'anno, perche fù creduto il lauro con

serire assai alla sanità.

La serpe, & il gallo, come racconta Fefso Pòpeo, sono animali vigilantissimi, & tali conuenne, che siano quei, che ministrano la Medicina, furono anco le serpi appresso a gl' Antichi segno di sanità, perche si come la serpe postagli la vecchia spoglia si rinoua, così patono gli huomini risanando esser risouati.

Il bastone tutto nodoso, significa la difficoltà della Medicina, & la serpe fù insegna di Esculapio, Dio della Medicina, come crederettero falsamente i Gentili.

*Medicina.*

**D**ONNA che stia in atto di scendere vn grado di scala, farà vestita di verde a foggia di Sibilla, porterà nelle mani alcuni semplici Medicinali, haueà appresso vn Sole, & vna Cicogna, la quale tenga in bocca vn ramo d'origano.

È arte la medicina nata dall'esperienza nell'altui infermità, & auuza con la scienza de

Da Della Nuovissima Iconologia di Cesare Ripa Perugino P. II p. 143, 1642, Padova, per Pietro Paolo Tozzi nella stampa del Pasquetti (Civiche Raccolte A. Bertarelli)

*Gli spiriti liberi non possono essere ignorati a lungo, pena l'arretratezza culturale di chi finge di non riconoscerli. Ivan Illich, inquieta anima viennese cui è toccata un'avventura intellettuale e spirituale quantomai illuminante, è scomparso da quattro anni. Quanto basta, dunque perché l'editoria italiana capisse di non poter trascurare oltre la forza e l'eresia di un pensatore come questo, che ha scardinato preconetti e comodi percorsi filosofici per restituire all'uomo il senso della propria, originaria dignità di libera creatura di fronte alla medicina, alla Chiesa, alla generale modernità. Con i suoi libri, Illich ha aperto un mondo nuovo: oggi nei libri tutto questo viene finalmente raccontato.*

## *Filosofia di un non filosofo*

### *Il dolore di Illich, un compagno da non respingere*

SARA CALDERONI

Ivan Illich soffriva nel vederci rassegnati a una «intensa medicalizzazione della vita», a una «sofferenza ospitalizzata» mentre, troppo in fretta, le nostre case sono divenute luoghi inospitali per la nascita, la malattia, la vecchiaia e la morte.

Sono trascorsi alcuni anni dalla scomparsa di Illich, eppure non ci siamo rassegnati a questa perdita.

Viaggiatore infaticabile, sempre pronto a farsi sorprendere dalla vita, sperava che anche la morte lo cogliesse di sorpresa. E così accadde: il 2 dicembre del 2002, a Brema, mentre lavorava alla sua scrivania, un infarto lo colpì all'improvviso. Aveva settantasei anni.

Chi è Ivan Illich, questo ingegno versatile che tutti ricordano per la sua feroce critica alle istituzioni? Non basta parlare del filosofo, dell'antropologo, dell'intellettuale, del sociologo, e nemmeno del sacerdote. Bisogna sapere soprattutto chi è stato l'uomo semplice e straordinario, testimone di una «vita conviviale», per accogliere e comprendere appieno il significato delle sue opere.

L'editoria, in questi anni, ha sentito la necessità di risvegliare il nostro interesse diffondendo il suo pensiero, più che mai attuale. In Italia la Mondadori, nel 2004, ha ristampato *Nemesi medica* dando il via all'edizione critica delle sue opere; l'editore Boringhieri dal 2005 sta ripubblicando alcuni

fra i suoi più importanti testi: (*Nello specchio del Passato, Disoccupazione Creativa, Nemesi Medica. L'espropriazione della Salute*) recentissima - settembre 2006 - è inoltre l'uscita di Ivan Illich, *Una voce fuori dal coro*, di Maurizio Di Giacomo per la casa editrice Ancora. Si tratta, in questo caso, di un libro che ripercorre le tappe fondamentali della vita di Illich (l'infanzia in Dalmazia, gli anni degli studi ma anche della guerra a Firenze, la vocazione al sacerdozio, il difficile rapporto con l'istituzione ecclesiastica e con il Concilio Vaticano II, la fondazione del Cidoc e gli incontri con figure eminenti del pensiero teologico e politico) e, insieme, si presenta come un saggio critico di approfondimento, ricco di citazioni dalle sue opere, che offre un primo piano di questo pensatore rivoluzionario, un *outsider* che ha sparigliato le carte della società di ieri per farsi anticipatore di molti temi sociali di oggi.

Ivan Illich già a cavallo fra gli anni Sessanta e Settanta usava aspre parole di condanna verso una società capitalistica fortemente istituzionalizzata, un sapere freddo, organizzato dall'alto, e verso un mondo globalizzato dove i paesi perdono la loro identità, la tradizione, che è l'anima dei popoli. Già allora guardava alla «standardizzazione dei bisogni» come al «male», travestito d'umanità, portato da un progresso senza limiti.

Ma non si cerchi di restringere le sue libere idee in qualche corrente politica o ideologica, né si fraintendano le sue parole quando leggiamo «occorre descolarizzare non soltanto l'istruzione, ma l'insieme della società»<sup>(1)</sup>, o quando parla di «autogestione della salute», ribellandosi alla «medicina d'oggi» che «mira a rendere superflua per gli uomini la capacità di sentire e di guarire» mentre «l'ecomedicina promette di soddisfare la loro alienata aspirazione a sopravvivere in un utero plastico»<sup>(2)</sup>. Sono certamente frasi iperboliche, ma Illich era davvero spaventato all'idea che la nostra casa, cioè quella cosa dove vi è «una famiglia dentro» e «che può dare ospitalità» - il mondo, appunto - diventasse solamente «un globo», «un oggetto di ingegneria e manipolazione». Ivan Illich, insomma, invitava a ripensare una società in termini di «valori etici», non di «valori tecnici».

E noi cosa possiamo dire, oggi, del mondo che abitiamo? Di certo che l'alta velocità ci appare indispensabile, anche se le nostre città sono sempre più sature di traffico, soffocate dallo smog, e gli alberi devono essere dichiarati "monumenti" perché nella quotidianità metropolitana ci si accorga - se non della loro bellezza - almeno di una qualche loro utilità; che la parola *cura* per noi significa farmaco, terapia o ospedale e non c'è *salute* senza diagnosi: cosa importa, poi, se il nostro corpo resta a noi estraneo! E il termine *bioetica* non incute forse timore, non fa pensare forse a mercati di embrioni e a sperimentazioni moralmente inaccettabili? Ecco, allora, che le parole di Ivan non sembrano affatto venire da un lontano e sconosciuto passato. E la paura di una vita concepita in maniera astratta ci sta addosso più che mai.

Illich per molti anni vive in Messico, a Cuernavaca - nel 1966 fonda il Cidoc (Centro di documentazione internazionale) -, fra la semplicità di un popolo che si muove in bicicletta, che ancora cura i suoi malati con le erbe mediche e con il suono delle parole, un popolo che sa che la vita non si chiude in una scatola preconfezionata per tenerla al riparo dalla morte, e che anche la sofferenza, come la gioia, è degna di essere accompagnata dai canti. E proprio da quell'appartato cantuccio, che amava per la sua innocenza, Ivan guarda alla società occidentale moderna come a una società scombiata, con-

fusa dai troppi prodotti della tecnologia e sempre più distante dalla speranza che per lui è, invece, «fede ottimistica nella bontà della natura». E aveva ragione nel sentirsi turbato all'idea che l'uomo moderno, «l'uomo prometeico», inseguisse solo aspettative e facesse della sua vita un programma, perché così noi tendiamo a vivere.

«Si è arrivati al punto che persone non malate si assoggettano a una assistenza professionale nell'interesse della loro salute futura» si infuriava Illich, descrivendo «una società morbosa che chiede una medicalizzazione universale»<sup>(3)</sup>. E non di meno, attaccava il paziente moderno, l'ammalato di oggi, che ha dimenticato di sapere e si sente al sicuro soltanto in qualità di «diagnosticato», essendo il dolore per lui nient'altro che un «problema tecnico».

Illich ci ricorda, invece, che nella tradizione europea, il dolore non fu mai considerato un disturbo esterno da eliminare. Fra i discepoli di Ippocrate esso era un importante strumento di diagnosi perché rivelava al medico quale *armonia* il paziente dovesse ritrovare con il proprio corpo. Durante la cura il dolore a volte spariva, a volte veniva lenito, ma sopprimerlo non era l'obiettivo che si poneva il medico. Per i Greci, insomma, la felicità non era concepibile se disgiunta dal dolore. Il concetto del dolore come inalienabile male cosmico appartiene anche alla nostra radice cristiana, che ci vuole responsabili di questa «ferita».

Ivan Illich soffriva, dunque, nel vederci rassegnati a un'«intensa medicalizzazione della vita», a una «sofferenza ospitalizzata» mentre, troppo in fretta, le nostre case sono divenute luoghi inospitali per la nascita, la malattia, la vecchiaia e la morte. Ma, sebbene il termine «destituzionalizzare» ricorresse sovente nel suo insolito vocabolario, non era davvero sua intenzione rovesciare il sistema sanitario - o qualsiasi altro sistema sociale - ; soltanto avvertiva il rammarico di far parte di una civiltà che, credendosi priva di risorse creative autonome e facilmente disposta ad anestetizzare ogni tipo di sensazione dolorosa, va perdendo la possibilità di scoprire che saper soffrire è non solo «segno di buona salute», ma anche occasione di apprendimento e rinascita interiore. Sono parole, quelle che leggiamo, che hanno la voce di chi ha speso la vita per incontrare l'altro, cioè chi ci è vicino, chi ci somiglia, ma sono anche l'anima di chi ha conosciuto la malattia.

Lo studioso fu colpito da un tumore al cervello che ne sfigurava il volto. Quando il male gli fu individuato, rinunciò alla chemioterapia per il timore di vedere rallentata la propria facoltà intellettuale. Iniziò così, insieme alla sua sofferenza, la sfida. Si rivolse alle cure tradizionali (bruciava elementi oppiacei in una piccola pipa di coccio per lenire il dolore), ma soprattutto fece appello alla propria capacità di sostenere il tormento della malattia. Commuove il modo in cui quest'uomo umile portava sul viso quella protuberanza scura, che è un tumore, ma anche segno distintivo della sua tenacia, della sua speranza. E ci fidiamo quando ci dice che, forse, la persona ammalata non vuole risposte a tutti i costi, ma desidera soprattutto che con amore sia accompagnata «l'evoluzione» della sua domanda, perché il dolore non resti solitudine. Ivan era qui per rammentarci ogni giorno che il dolore è una domanda sempre aperta per l'essere umano, e ora abbiamo nostalgia delle sue parole. Ci sentiamo un po' più soli in questa civiltà progredita e triste che «accetta la scomparsa delle foreste così come della memoria» e dove "incontrarsi" si sta riducendo sempre più a una questione di facili collegamenti e rapidi veicoli.

#### **Bibliografia**

1 - Ivan Illich, *Descolarizzare la Società*, Mondadori, Milano, 1970, p.3.

2 - Ivan Illich, *Nemesi medica. L'Espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 2004, p.278.

3 - *Ibidem*, p.134.

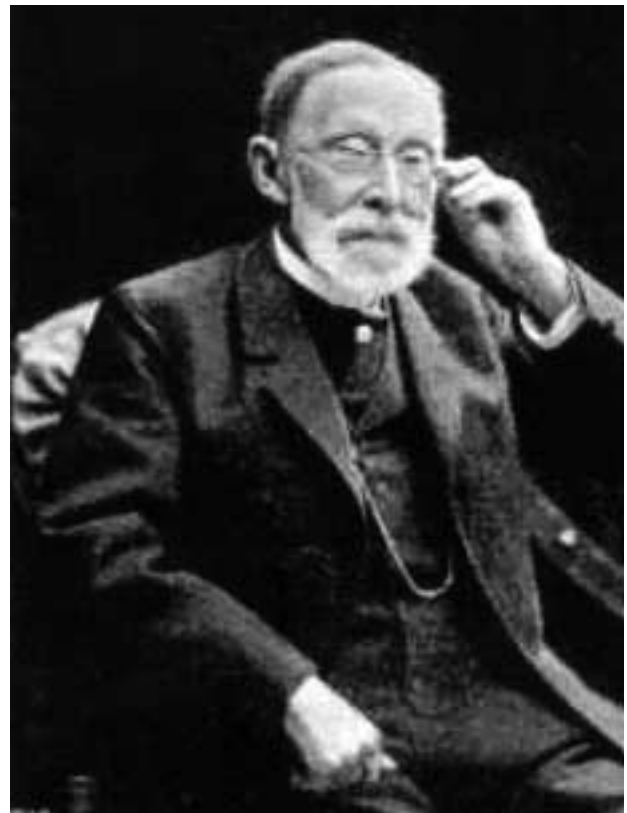
# *Rudolph Virchow e l'uomo di Neanderthal: storia di un errore?*

MARCO MOIA

L'infallibilità di giudizio non è, come noto, prerogativa umana. Non dovrebbe quindi sorprendere che uomini di sicuro ingegno, e fra questi molti scienziati, abbiano preso nella loro onorata carriera clamorosi abbagli. Anche se le spiacevoli conseguenze del sostenere una castroneria dovrebbero indurre a prudenza, non sempre chi occupa posizioni dominanti è disponibile a riconoscere i propri limiti, a prevenire errori evitando atteggiamenti arroganti. E proprio l'autorevolezza di chi esprime un giudizio, destinato in seguito a dimostrarsi infondato, porta a sottovalutare le ipotesi diverse. In questo modo sono talora accantonate ottime idee e viene sottovalutato l'ingegno di chi, godendo di minor potere e prestigio, le abbia proposte.

Un clamoroso scivolone sull'uomo di Neanderthal fu commesso da Rudolph Virchow (1821-1902). Vittima delle... conseguenze di tale errore fu Johann Carl Fuhlrott (1803-1877). Ma fu davvero un errore? Per capire meglio la storia è opportuna una breve presentazione del personaggio Rudolph Virchow: non solo è ritenuto la figura più rappresentativa della medicina tedesca della sua epoca, ma occupa in assoluto un ruolo di primo piano nella storia della medicina moderna. Per chi come me si occupa di coagulazione del sangue, il nome di Virchow è indissolubilmente legato alla celebre teoria sulla patogenesi della trombosi, nota ancora oggi come "la triade di Virchow". Nulla a che fare con Moggi, Girauco e Bettega: la "triade di Virchow" è citata in ogni testo di fisiopatologia della coagulazione e non vi è congresso, convegno o seminario sulla trombosi nel quale il patologo Tedesco non venga citato con ammirazione per averla enunciata. Ad oltre un secolo e mezzo di distanza possiamo confermare, dati alla mano, che l'intuizione di Virchow fu geniale, soprattutto tenendo conto degli scarsissimi mezzi sperimentali e delle rozze teorie che la precedettero. In sintesi, Virchow intuì che la

trombosi (la formazione di un coagulo di sangue, in sede ed in quantità inopportuna, che determina importanti malattie quali infarto, ictus cerebrale, embolia polmonare) si verifica per il concorrere di tre eventi: la riduzione del flusso del sangue, l'alterazione della parete del vaso sanguigno e l'ipercoagulabilità. L'ipotesi di Virchow è stata sottoposta, nei molti decenni che ci separano da lui, a verifiche sperimentali sempre più sofisticate, risultando esatta nella sua formulazione originale. Non solo: la "triade" ha avuto ed ha tuttora una ricaduta nella pratica medica, per esempio nella prevenzione della trombosi, basata su strumenti che vanno ad interferire, a seconda dei casi, con uno o più dei suoi com-



Il celebre patologo tedesco Rudolph Virchow (1821-1902).

ponenti. Quella sulla coagulazione del sangue non fu l'unica intuizione di Virchow che viene da molti considerato il primo patologo moderno.

Nella nostra storia bisogna tener presente che, contrariamente ad alcuni scienziati ed a molti artisti che hanno ricevuto onori e fama solo alla memoria, Virchow raggiunse già in vita autorevolezza e potere. Molto potere. All'apice della carriera il suo parere su argomenti di medicina veniva considerato definitivo, una specie di bolla papale. Con l'uomo di Neanderthal le cose andarono proprio così e... non andarono bene né per Fuhlrott né per amore della verità.

Tutto inizia verso la metà dell'800, in Germania, nella valle (in tedesco, *tal*) di Neander, a poche decine di chilometri da Düsseldorf. Alcuni operai italiani, impegnati in una cava di calcare, trovano delle ossa affioranti dal pavimento di una grotta: calotta cranica, coste, parti del bacino e degli arti. Ossa umane? Così sembra ma, anche ad un esame superficiale, sono ossa particolari. Il primo ad osservarle con attenzione è Johann Fuhlrott, un insegnante di scienze della zona. Non è un personaggio famoso: anzi è praticamente sconosciuto nell'ambiente scientifico ed accademico. Ma, vuoi per la fortuna del dilettante, vuoi per preparazione ed intuito, vuoi perché prende a cuore il problema, capisce che quei reperti sono interessanti e li invia a Hermann Schaffhausen, esperto di anatomia presso l'Università di Bonn, formulando l'ipotesi che le ossa appartengano ad una "antica razza umana", probabilmente a un "barbaro" vissuto poche migliaia di anni prima dell'arrivo dei Celti e dei Germani. Insomma, un possibile antenato del popolo tedesco e non solo di questo, come in seguito dimostreranno i numerosi ritrovamenti in varie parti d'Europa ed in Medio Oriente. L'unica cosa che si può dire con una certa sicurezza su quei reperti è che appartengano ad un individuo di sesso maschile, con caratteristiche peculiari. Il cranio, oltre a mostrare arcate soprorbitarie assai sporgenti, è basso, allungato; la capacità cranica è elevata (circa 1400 cc). Le altre ossa mostrano grande robustezza, con gli arti inferiori un po' arcuati. L'aspetto fisico dell'uomo di Neanderthal, volendolo immaginare con un po' di fantasia nelle vesti di un nostro progenitore, non è certo molto rassicurante: assai peloso



Moderna ricostruzione dell'aspetto dell'uomo di Neanderthal: effettivamente è un po' inquietante considerarlo come nostro antenato.

(visse in condizioni climatiche avverse, da circa 300.000 a circa 30.000 anni fa), robusto e muscoloso, ma non certo slanciato.

Ma ad inquietare maggiormente gli studiosi dell'epoca, ed anche noi quando ne vediamo un'immagine ricostruita, è l'espressione del volto: naso grosso, fronte bassa e sfuggente, vistose arcate sopracciliari. Non corrisponde certo, e non corrispondeva allora, al canone dell'essere intelligente che, per un detto popolare sopravvissuto nei secoli, deve avere fronte alta e spaziosa. Insomma, anche se Charles Darwin (1809-1882) sostiene che l'uomo deriva dalle scimmie, è mai accettabile che l'anello mancante, tra l'uomo e la scimmia, abbia un aspetto così brutto e poco intelligente? L'ipotesi di un antenato dall'aspetto tanto ottuso è poco entusiasmante e contribuisce la sua parte a quanto accade in seguito. I reperti di Neanderthal vengono esaminati da numerosi luminari dell'epoca: pur non volendo azzardare una conclusione, nessuno li identifica come possibili resti di un precursore dell'umanità

attuale. Blake, nel 1864, decide che quel cranio dalla fronte bassa e sfuggente deve essere appartenuto ad un idiota; nemmeno Thomas Huxley, uno dei maggiori sostenitori delle teorie darwiniane, pur colpito dall'elevata capacità cranica, ritiene di dover collocare il reperto tra le forme di passaggio tra l'uomo e le scimmie.

Tuttavia, a mettere la parola fine all'ipotesi di Fuhlrott, in quella fase storica, è Rudolph Virchow: dall'alto della sua indiscussa autorevolezza, formula una diagnosi di rachitismo, fondata essenzialmente sull'elevata curvatura dei femori. Nessun dubbio e nessun ripensamento, neppure dopo altri ritrovamenti (cranio di Forbes Quarry, Gibilterra, trovato nel 1848, ma uscito dall'ombra soltanto nel 1863; due scheletri completi a Spy, Belgio, nel 1887). Solo dopo la morte di Virchow e dopo altri ritrovamenti (scheletro di La Chapelle-aux-Saints, Francia, nel 1908; La Ferrassie, Francia, nel 1909; La Quina, Francia, nel 1911) l'ipotesi dell'uomo di Neanderthal come precursore della specie umana riprende credibilità e vigore. Quello che colpisce gli studiosi e rivaluta l'ipotesi di Fuhlrott è che tutti i reperti assomigliano in maniera sorprendente a quello di Neanderthal, denominato nel frattempo dall'anatomico inglese William King, *Homo Neanderthalensis*. Purtroppo Fuhlrott è già passato a miglior vita, circa 20 anni prima del suo famoso e potente oppositore. Come capita ad alcuni intellettuali incompresi e sfortunati, non può assistere alla riabilitazione delle sue teorie.

A onor del vero, ed a parziale difesa di Virchow, bisogna aggiungere alcune considerazioni. Tuttora esistono incertezze su che cosa realmente rappresenti l'uomo di Neanderthal nella storia della specie umana. L'estinzione dell'uomo di Neanderthal, o in alternativa la sua continuità con l'uomo anatomicamente moderno, rappresenta uno degli enigmi irrisolti della preistoria. Ad oggi non esistono certezze sull'ipotesi che qualche tratto dell'uomo di Neanderthal persista in noi. In passato questa teoria è stata per lo più rimossa e criticata, come se andasse a incrinare in qualche modo la nostra sicurezza di essere la specie più evoluta e più intelligente di tutto il mondo naturale. D'altra parte, vi sono reperti che indicherebbero capacità intellettuale dell'uomo di Neanderthal ben superiore a quanto inizial-



Johann Carl Fuhlrott (1803-1877): per primo suggerì che i frammenti ossei ritrovati nella valle di Neander appartenessero ad un uomo primitivo.

mente ipotizzato: è accertato che avesse strategie di caccia complesse e ben pianificate (è possibile desumerlo dal tipo e dalla posizione dei resti alimentari) ed era in grado di costruirsi armi e strumenti. Vi sono perfino tracce di manifestazioni che potremmo definire artistiche. Fu probabilmente il primo essere vivente a seppellire i propri morti, denotando una attività intellettuale di livello superiore. Ma c'è anche chi pensa che l'uomo di Neanderthal possa aver imparato alcune di queste attività da occasionali contatti con l'*homo sapiens*, giunto dall'Africa in Europa circa 35.000 anni fa. E quasi tutti gli esperti concordano sul fatto che non fosse in grado di comunicare con un vero e proprio linguaggio. Anche oggi, quindi, non è facile separare i fatti dalle opinioni (e non solo sull'uomo di Neanderthal...), opinioni talvolta conseguenti a teorie precostituite piuttosto che ad un lucido ragionamento su reperti e prove. Forse non ci siamo ancora liberati del tutto dalla diffidenza che deriva dall'aspetto esteriore, oggettiva-



mente un po' inquietante, dell'uomo di Neanderthal, dalla nostra riluttanza a sentirci in qualche modo imparentati con lui.

A questo dobbiamo aggiungere che, ai tempi di Virchow e Fuhlrott, l'osservazione e la sperimentazione come base di un ragionamento scientifico non erano procedure molto diffuse e non solo per mancanza di strumenti. Spesso e volentieri il dato osservato veniva sacrificato sull'altare di teorie precostituite che derivavano da antiche credenze, dalla tradizione, dalla coincidenza con testi sacri o filosofici. Ne è un esempio la teoria del nucleo freddo della terra, chiamata *nettunismo*, che andava per la maggiore agli inizi dell'800, strenuamente sostenuta da Abraham Werner (1750-1817). Tale teoria si basava essenzialmente su di una costruzione filosofica, in quanto tutti i dati osservati dicevano esattamente il contrario e cioè che il nucleo della terra doveva essere incandescente (tale ipotesi passava sotto il nome di *plutonismo*). Ma i plutonisti non avevano vita facile: venivano derisi, se non proprio perseguitati. Il nettunismo aveva infatti potenti sponsor, quali alcune confessioni religiose (in particolare, sia la chiesa cattolica che quella protestante, ed in Germania non era poco) ed alcuni uomini di intelletto, come Goethe: per questo non fu facile eradicarlo. Si racconta perfino che Werner facesse celebrare messe funebri per i detrattori della sua teoria. Probabilmente oggi verrebbe accusato di mobbing ed i plutonisti aprirebbero un sito web, ma allora... sopportavano. In una simile epoca non doveva essere agevole far accettare i reperti di Neanderthal come appartenenti ad un progenitore della razza umana.

Torniamo dunque alla contesa fra Virchow e Fuhlrott: avverto il lettore che a questo punto introdurrò alcune ipotesi, basate su considerazioni personali per le quali, sia chiaro, non ho alcuna prova. La prima considerazione è che un personaggio come Virchow aveva certamente la statura per poter sostenere opinioni controcorrente. Una mente lucida come la sua avrebbe potuto, o meglio avrebbe dovuto, valutare con maggiore attenzione ed apertura la teoria di Fuhlrott. Perché non lo fece? Perché, invece, ne divenne un fiero oppositore? Anche Virchow fu influenzato, fu in qualche modo spaventato dal truce aspetto dell'uomo di

Neanderthal? Dall'idea che un simile individuo potesse essere tra gli antenati del popolo tedesco? Aveva forse timore di inimicarsi una parte del mondo scientifico, politico, religioso? Perché una cosa è chiara: anche se ammettiamo che nei nostri geni non vi è traccia alcuna dell'uomo di Neanderthal, i reperti analizzati da Fuhlrott e Virchow non appartenevano di certo ad un uomo affetto da rachitismo. È plausibile che Virchow commise un grossolano errore, scambiando il cranio dell'uomo di Neanderthal con quello di un rachitico? Mah, una simile sciocchezza poteva venire da un mediocre tirocinante, non dal principe dei patologi.

Insomma, la statura scientifica, il prestigio personale ed il potere accademico di Virchow mi inducono a scartare tutte le precedenti ipotesi. Azzardo quindi un paio di alternative: 1) Virchow non volle neppure prendere in considerazione l'ipotesi che uno sconosciuto insegnante di scienze fosse autore di una scoperta di rilevante interesse scientifico; 2) Virchow prese in considerazione l'ipotesi di Fuhlrott, addirittura la trovò corretta, ma... non volle mai dare pubblico riconoscimento ad un antagonista che non riteneva al suo livello. Insomma, credo che Virchow affossò la teoria di Fuhlrott per motivi personali: certamente usò il peso del suo prestigio per farlo.

Questa lite di oltre un secolo fa (della quale sono venuto a conoscenza durante una mia visita casuale al museo di Neanderthal) mi ha reso meno simpatica la figura di Virchow: geniale enunciatore della "triade" sulla trombosi ma, da quanto emergerebbe, uomo arrogante e vendicativo. A rivalutare Fuhlrott e la sua teoria hanno pensato i tedeschi dedicandogli un museo nella città di Wuppertal.

Una riflessione finale: siamo sicuri che casi analoghi alla diatriba Virchow-Fuhlrott non avvengano anche oggi? Certo, ora il Fuhlrott di turno ha qualche occasione in più per far valere le proprie ragioni: può aprire un sito web o, con un buon avvocato, un contenzioso per mobbing. Oppure dovrà anche lui rassegnarsi ad aspettare almeno mezzo secolo per vedere riconosciute le sue idee. Del suo nome, a grandi caratteri sul frontespizio di un museo, potranno godere solo i suoi eredi.

*A volte in una corsia di ospedale sembrano risuonare voci, linguaggi che non si capiscono, tra sofferenze e professionalità contrapposte, percezioni individuali della propria qualità di vita, di salute e saperi cosiddetti esperti. Persone diverse con esperienze e competenze diverse faticano ad incontrarsi nonostante il comune obiettivo: la tutela e la cura della salute. Socrate con il suo concreto dialogare, attraverso la riflessione appassionata di Paolo Dordoni, ci suggerisce come ognuno “a modo suo” sia portatore di indispensabili conoscenze e valori, senza cui qualsiasi percorso di cura sarebbe incompiuto.*

## *“Socrate in corsia”: percorsi di senso e di riconoscimento nella Babele della salute*

PAOLO DORDONI

### *Un’idea non solo stravagante...*

L’idea che un filosofo, ancor più un filosofo come Socrate, passeggi liberamente in corsia nei nostri ospedali e luoghi di cura, potrà apparire assai bizzarra, tanto ai curanti come ai pazienti. “Che cosa mai ci starebbe a fare in un luogo come questo un filosofo socratico?”. L’idea poi che tra i curanti e le persone che sono prese in cura, tra i diversi curanti, o addirittura tra la società civile, politica e il mondo della salute si possano istituire dei percorsi di senso e di riconoscimento ispirandosi alla figura di Socrate, potrà sembrare frutto della fantasia di una persona assai lontana dalle vicende legate alla nostra realtà. Pensare di proporre dialoghi socratici in un mondo come quello della salute, quand’anche fosse sensato, apparirebbe probabilmente qualcosa di utopico.

Eppure nei luoghi di cura, di cui le corsie non sono altro che una delle possibili vie di comunicazione e di interazione, (qualcosa come la circolazione sanguigna del corpo, ospedaliero e non) quotidianamente si incontrano e si confrontano persone diversissime tra loro, per esperienza di vita, vissuti, professionalità, ruoli e competenze acquisite. Tra questi volti si trovano quelli di chi cerca di rispondere a una domanda di aiuto, a una situazione di vulnerabilità, più o meno esplicitata, confidando nella propria professionalità e umanità (i diversi professionisti); quelli di chi spera di poter ritornare alla vita di sempre, di superare nel modo più rapido e indolore possibile l’impaccio del trovarsi malati (i pazienti); quelli di chi è chiamato al compito di garantire l’efficienza del servizio nel suo insieme e la sua sostenibilità, (i vari amministratori), e molti altri ancora... Spesso tali persone si confrontano, più o meno esplicitamente, con interrogativi molto concreti, interrogativi che, al di là delle singole e

concretissime risposte che rivendicano, in realtà hanno a che fare con questioni più ampie concernenti la salute, il benessere, la sofferenza, la qualità e il senso della vita delle persone coinvolte. Non è improprio pensare che le persone coinvolte in questi percorsi allora sentano il bisogno di dialogare e di pensare insieme, “gli uni con gli altri” invece che “gli uni contro gli altri”; quello di trovare un senso e di decidere in modo ragionevole cosa sia più opportuno fare; quello di essere riconosciuti in ciò che fanno o richiedono. È in fondo a questo bisogno che cerca di rispondere il richiamo alla figura di Socrate come cercheremo di mostrare in questo breve scritto, non prima di avere fornito alcuni spunti per la lettura.

### *“Costruire ed abitare” insieme ad altri spazi di cura*

Il titolo che abbiamo suggerito, forse risulterà meno incomprensibile se, invece di essere preso alla lettera, pensando di chiamare in corsia un filosofo, una persona socratica, verrà inteso metaforicamente. In fondo in esso si cela un invito: quello di considerare nel nostro interlocutore, in ciascuna delle persone che incontriamo nelle molte “corsie” che attraversiamo nei percorsi di cura, in qualità di curanti o pazienti, una figura analoga a quella di Socrate: una persona che, pur non sapendo nulla, è in grado, confrontandosi con noi, di intraprendere con noi una ricerca, ponendosi in ascolto e dialogando.

Con l’invito a intraprendere “percorsi” di senso e di riconoscimento con altri, facendo in modo che ciascuno divenga maestro, Socrate per l’altro, allora ci piacerebbe disporre il lettore, pur nel rispetto della sua esperienza di vita, a “guardare” in un modo peculiare ai luoghi di cura in cui si trova e a “starvi” con una consapevolezza ancora maggiore.

Gli spazi di cura, in questo senso, piuttosto che come spazi di esecuzione di progetti già predeterminati, possono essere “visti” come spazi di confronto, di dialogo e di ricomposizione, spazi di costruzione di significati che non sono già dati, ma ancora tutti da fare e da precisare. Si tratta di luoghi, questi, infatti, in cui sono in gioco questioni di senso, in cui le esigenze di una cura equa, efficace, efficiente e partecipativa (sembra che per il momento la lista degli aggettivi si possa arrestare a questo punto) cercano di trovare una loro realizzazione, al di là di una semplice ripetizione verbale. Luoghi in cui il senso di tali espressioni, per quanto apparentemente noto ad un livello astratto, rivendica il modo di farsi comprensibile, visibile, anche nella concretezza dei singoli progetti di cura, delle decisioni, siano esse prese insieme oppure no.

Il mondo della salute, poi, riflette come in uno specchio il nostro modo di interagire con la diversità dell’“altro”, quando questa è incontrata in situazioni di estrema vulnerabilità e bisogno. È così allora che nei luoghi e nelle occasioni di cura possono risultare particolarmente visibili, a volte quasi sfacciatamente, alcune delle modalità con cui di fatto riusciamo o meno a rispettarci, a interagire e progettare insieme, a dare forma a certi rapporti di potere e responsabilità piuttosto che ad altri. Infatti, “stare” in questi spazi è sia avere già dato, come contribuire a dare forma a pratiche concrete di convivenza, di rispetto, di solidarietà e relazione tra le persone coinvolte, più o meno convincenti. Ci auguriamo che questi luoghi di cura possano essere vissuti senza paure e timori da chi vi abita o vi transita, come una scuola di vita, in cui ci si educa e allena reciprocamente, o, se si vuole, come un laboratorio a cielo aperto, in cui passando dalla via stretta della clinica, forse è possibile apprendere a conoscere se stessi, i propri limiti, come a trovare forme di rispetto accettabili dalle persone coinvolte.

In questo articolo cercherò di presentare come nel solco di tali riflessioni sia stato possibile pensare e progettare nei contesti della salute delle pratiche socratiche peculiari: dei dialoghi socratici veri e propri.

### ***Una proposta: i discorsi socratici nella tradizione di Nelson, Specht e Heckmann***

Quando si pensa al dialogo socratico, di solito, secondo l’immagine che ci è stata tramandata di esso da Platone, si pensa a un dialogo che avviene tra due o poco più persone, retto dalla personalità e autorevolezza di Socrate.

Socrate, avvalendosi dell’arte maieutica e prendendo egli stesso parte in modo attivo a ciò che di volta in volta è oggetto di discussione, spesso riesce a far rivivere ai suoi interlocutori quanto da egli stesso vissuto a proposito della consapevolezza del proprio sapere di non sapere: la crisi e lo smarrimento di fronte alla messa in questione delle proprie convinzioni e lo sgomento che spesso ne insorge. È questa una crisi che non ha lo scopo principale di demolire quanto già posseduto, ma di fare maggiore chiarezza su di esso per aprirsi, eventualmente, a nuove conoscenze, le cui doglie certamente da Socrate non venivano risparmiare a nessuno. In questi dialoghi sappiamo che Socrate assume ancora un ruolo centrale, quello del maestro. Come si ricorderà, però, abbiamo iniziato questo scritto suggerendo che ciascuno, in certe condizioni può divenire Socrate per l’altro, può divenirne maestro: in essi, ciascuno degli interlocutori e non solo Socrate, può assumere per gli altri il ruolo di maieuta.

I dialoghi socratici che abbiamo praticato in diversi contesti, nel mondo sanitario e non, hanno cercato proprio di fare in modo che ciascuno degli interlocutori potesse esercitare questo ruolo. Una situazione, questa piuttosto difficile, quando il discorso coinvolge un numero maggiore di persone (e si fa discorso) e quando ciascuno si considera già esperto nel proprio ambito. Per fare ciò ci siamo riferiti a una modalità peculiare di praticare i dialoghi socratici, quella risalente alla tradizione del secolo scorso inaugurata da Leonard Nelson, prima e poi da Minna Specht e Gustav Heckmann, tradizione che ormai ha raggiunto quasi un secolo di attività<sup>(1)</sup>.

Si tratta di una pratica discorsiva peculiare di cui qui offriamo solo brevi cenni. In essa un gruppo, di solito non superiore a una decina di persone, dopo avere scelto un tema di interesse e aver formulato una domanda di indagine, si riunisce per ricercare insieme di giungere, se possibile, a trovarvi delle risposte o, in alternativa, delle asserzioni condivise. Per poter essere di aiuto agli altri in tale impresa collettiva e stimolarne l’attività e la confidenza nei propri mezzi, un facilitatore socratico modera la sessione, astenendosi dal partecipare attivamente alla discussione sui contenuti del dialogo e visualizzando ai partecipanti i passi di volta in volta presi dal loro argomentare.

La sessione solitamente si sviluppa nel modo seguente. I partecipanti cercano di esaminare il tema da loro scelto non in modo astratto, ma facendo riferimento all’espe-

rienza a loro disposizione, solitamente un esempio di uno di loro. In tal modo essi possiedono un terreno abbastanza fermo. Un terreno che permette loro di poter articolare e chiarire le proprie convinzioni con qualcosa che è comprensibile e discutibile da parte di chiunque. Al vantaggio di avere disposizione un'esperienza alla luce della quale poter discutere insieme, l'esempio aggiunge quello di permettere di mettere alla prova le convinzioni più astratte con la realtà e i giudizi più concreti, giudizi che vengono formulati di volta in volta in riferimento alla esperienza oggetto di discussione dai partecipanti nel corso della discussione. È opportuno ricordare che l'esempio, di solito è una esperienza reale, vissuta e già trascorsa. È grazie ad esso che si istituisce il filo rosso per la prosecuzione dell'argomentazione. I partecipanti, infatti, dopo aver chiarito e discusso l'esempio scelto - spesso trascrivendolo nella forma narrativa di una breve storia - si accingono a estrapolarne quelle riflessioni e indicazioni che permetteranno loro di approssimarsi alla risposta della domanda in oggetto, astraendo in tal modo lentamente, ma progressivamente. Il percorso è lento e graduale. Sono spesso gli stessi partecipanti a decidere cosa approfondire o meno e a cercare di accordarsi per iscritto sui risultati da loro raggiunti. La ricerca di un consenso argomentato, che sia non strategico e occasionale; il desiderio di giungere a conoscenze a cui effettivamente si presta il proprio assenso, a degli *insights* e la capacità di pensare insieme, gli "uni con gli altri" e non "a fianco" o "contro gli altri" - per usare una traslitterazione dei termini adoperati in tedesco per descrivere le peculiarità di tale pratica - sono alcune delle sue caratteristiche principali, in cui il sapere di non sapere, al di là di una formulazione vuota diviene una pratica intersoggettiva.

Ai partecipanti è richiesto di avvalersi soltanto della propria capacità critica e del proprio bagaglio esperienziale. Lo sviluppo del pensiero autonomo di ciascuno è fondamentale come lo è la capacità di sviluppare tale pensiero insieme ai contributi degli altri. Il ricorso all'argomento di autorità viene escluso, non tanto per dover ricominciare su ogni cosa da capo, ma per favorire la propria capacità di riflessione. A ciascuno viene richiesto di esprimere effettivamente ciò che pensa; di esprimersi in modo comprensibile, anche da parte degli altri; di partecipare alla discussione, dichiarando, qualora fosse necessario, le proprie difficoltà o incomprensioni del momento.

La fiducia prestata al proprio interlocutore e al gruppo; la confidenza di poter giungere a un risultato, anche se provvisorio e ancora non noto; la passione di trovarsi effettivamente a ricercare insieme qualcosa attingendo dal patrimonio esperienziale personale e altrui, insieme all'incessante lavoro interpretativo e argomentativo che comporta di volta in volta la discussione, ne fanno una esperienza particolare, conoscitiva come etica, non esente talora da inconvenienti, ma gravida anche di conseguenze per chi vi partecipa. È difficile infatti che i risultati raggiunti, siano essi delle tesi, delle domande, dei nuovi aspetti da considerare o delle ragioni ben fondate, non siano anche vincolanti l'assenso dei partecipanti, almeno per quella discussione concreta.

Trattandosi di una autentica pratica discorsiva, il sapere di non sapere ne rappresenta un aspetto essenziale. Difatti in essa non solo si impara a difendere delle tesi offrendo ragioni e argomenti, ma si impara a precisarle e modificarle ascoltando gli altri e mettendosi in discussione. La ricostruzione insieme agli altri dell'esempio da cui prende le mosse la discussione e l'articolazione scritta delle proprie concezioni condivise ne è una testimonianza efficace. Qui ci si rende conto davvero che spesso, nonostante si usino delle parole simili, si attribuiscono ad esse significati differenti. La comprensione dunque non è un fatto già dato, ma un processo che si realizza, poco a poco, non certo senza una qualche fatica. Anche la chiarificazione delle ragioni che vengono addotte a sostegno delle proprie tesi o di quelle del gruppo richiede un certo tempo e impegno. Perché esse non si limitino a un mero *flatus vocis*, a una dichiarazione di principio, ma siano invece il risultato di un processo astrattivo che prenda le mosse dalla esperienza concreta; perché siano effettivamente il distillato di una discussione effettiva e non di un semplice chiacchiericcio in cui ciascuno non fa altro che ripetere opinioni comuni, è necessario avere pazienza, confronto e attenzione, oltre alla disponibilità a cogliere il nocciolo di verità presente, anche se non sempre esplicitato, nelle affermazioni altrui. La costruzione di significati e l'accordo sulle ragioni che ne consegue, così, è ad un tempo un modo per rispettarci, prendere sul serio l'altro, lasciarsi mettere in questione (componente etica), come un modo per affrontare insieme un percorso di ricerca di cui non è possibile prevedere in anticipo l'esito (componente conoscitiva).

### ***Percorsi di senso e riconoscimento: spunti***

Senza volere avere la pretesa di descrivere una pratica che è anzitutto da vivere più che da presentare, cercherò ora di indicare alcuni dei contesti applicativi e delle domande su cui in questi anni è stato possibile affrontare dialoghi socratici in sanità ispirandosi a tale proposta. In tal modo penso di poter dare una idea della estensione che in realtà possono avere tali pratiche, pensate per “guardare/considerare” ma anche per “stare” in modo diverso in quella che abbiamo chiamato essere la Babele della salute.

Le proposte socratiche che sono state sperimentate e di cui io personalmente sono stato moderatore si sono rivolte prevalentemente a professionisti della salute (quali, medici di famiglia, specialisti, clinici e ricercatori di diverse specialità e discipline, infermieri, ostetriche, amministratori...), anche se in taluni casi vi è stata l'occasione di includere tra i membri della discussione altri soggetti (quali, pazienti o rappresentanti di pazienti, della società politica e civile, assistenti pastorali, persone che a diverso titolo collaborano con i curanti nella presa in cura dei pazienti, ricercatori di discipline differenti, membri di comitati di bioetica, studenti in formazione...) a seconda del tema trattato di volta in volta e del tipo di dialogo proposto. I contesti prevalenti in cui è stato possibile praticarle hanno riguardato prevalentemente la formazione e la consulenza, a livello locale, pubblico o privato, ospedaliero come universitario, diversificandosi naturalmente a seconda del gruppo dei partecipanti, e estendendosi anche a esperienze di ricerca internazionali. In tal caso, cercando di cogliere le potenzialità che tale proposta dialogica potesse avere nelle questioni di politica pubblica, considerando come culture differenti affrontassero un medesimo problema: nella fattispecie, la questione della accettazione legittima o meno dei rischi legati agli xenotrapianti da parte dei diversi gruppi interessati e coinvolti.

Anche i temi di volta in volta esaminati si sono rivolti a una molteplicità di questioni presenti nel mondo della salute, a testimonianza della molteplicità degli interrogativi con cui quotidianamente professionisti e non hanno a che fare in esso. Tra essi ricordiamo l'eccellenza, la cura, il consenso, la razionalizzazione, l'equità, l'inclusione, la prudenza, l'empatia, la condivisione... Le domande ad esse corrispondenti, forse, ci potranno aiutare a rendere più chiaro, se non il tipo di indagine, il

punto di partenza della ricerca svolta da quei gruppi di circa una decina di persone che si sono lasciati mettere in questione da tali temi e che hanno accettato di farlo socraticamente. Eccone solo alcune: “Quando una relazione clinica è eccellente?” “Cosa significa prendersi cura?” “È importante includere l'altro per prendersene cura?” “In quali circostanze i benefici individuali giustificano i rischi collettivi?” “A quali condizioni una scelta può dirsi condivisa?” “Come è possibile mettersi nei panni di una persona?” “Che rischi possiamo/dobbiamo assumere?”...

I dialoghi hanno avuto una durata che è oscillata da un minimo di tre ore ad un massimo di sei, ad eccezione di quelli sviluppati in contesti non sanitari, che si sono potuti svolgere anche nell'arco di una settimana formativa o di più giorni.

Una valutazione puntuale dei loro limiti e delle loro potenzialità andrebbe sviluppata in riferimento ai diversi contesti, agli interlocutori, e agli obiettivi formativi, pedagogici o consulenziali, di volta in volta proposti ed eccede gli scopi di questo contributo. Con questo nostro intervento ci limitiamo a fornire alcune indicazioni e riflessioni generali, lasciando a ulteriori occasioni lo spazio per un confronto più analitico<sup>(2)</sup>.

Eravamo partiti da un suggerimento: quello di aprire dei percorsi di senso e di riconoscimento in un contesto sanitario fortemente marcato da una pluralità di voci e attori in gioco: la Babele della salute. Una palestra di vita e una finestra aperta sui modi con cui praticiamo il rispetto dell'altro, ma soprattutto un luogo di confronto. A tale proposito ci preme svolgere le seguenti considerazioni.

I dialoghi socratici ci consentono di riprendere temi che a volte sono considerati ovvi, già affrontati, quali, ad esempio sono il consenso o la cura, temi su cui a volte, pur parlando una stessa lingua, si fatica a intendersi. Cercare insieme di capire in che senso in una determinata storia clinica o non, si sia realizzata della cura e per quali ragioni o in quali modi, ad esempio, è una esperienza che ci permette di dare contenuti e riflettere criticamente sulla cura stessa e sul suo significato, facendo tesoro delle molte voci che vi entrano in gioco. Una esperienza che è tanto conoscitiva, come etica.

Anche le stesse modalità con cui vengono realizzati tali dialoghi sono significative. Lo stesso riscrivere insieme la storia (l'esempio oggetto di indagine) è un esercizio ad un tempo critico e empatico che permette alla molte-

plicità dei partecipanti di ascoltarsi e apprendere a cogliere la posizione dell'altro in una situazione concreta, senza banalizzarla, ma anche senza escludere un atteggiamento critico nei confronti di essa. Altrettanti spunti interessanti si possono dire per ciò che concerne il consenso peculiare che viene praticato nei dialoghi socratici. Cercare insieme, ragionando, di giungere a un consenso, da un parte è una esperienza che ci permette di capire quanto sia difficile e come sia processuale prestare il nostro effettivo consenso a una proposta. In tal senso, la pratica socratica diviene dunque un vero e proprio esercizio. Dall'altra è un modo per prendere davvero sul serio la posizione diversa sostenuta dall'interlocutore, non restandone indifferenti, ma lasciandosi interrogare. Gli esempi si potrebbero moltiplicare. Il dialogo socratico ci consente di articolare quanto detto con quanto agito, la teoria con la prassi e questo in contesti diversi tra loro quali possono essere quelli della relazione clinica, del lavoro di équipe e nei comitati di etica, della ricerca di criteri condivisi a livello di politiche sanitarie. Da una parte ci permette di riappropriarci in modo critico della nostra esperienza, dall'altra ci spinge a fare nuove ricerche e a formulare con più precisione alcuni interrogativi che consideravamo dati già per risolti. In questo senso, il dialogo socratico scardina la mentalità abituale con la quale in sanità, usualmente, ci si dispone nei confronti di un qualsiasi metodo. Esso non ci aiuta a risolvere problemi, ci invita invece a pensare. Pensare prendendo le mosse dalla realtà, però, non fantasticare; pensare per capirsi meglio, trovare criteri condivisi, acquisire un linguaggio comune, un terreno provvisorio in cui poter lavorare, non per dare sfoggio della propria abilità; pensare per apprendere, per non eseguire soltanto un compito già dato e progettato da altri. L'autoapprendimento, l'uguaglianza e il rispetto che esso comporta, costituiscono un vero e proprio esercizio per lo sviluppo di una competenza etica, una attitudine alla ricerca e una pratica democratica e responsabile richiesta a diverso titolo e ai professionisti della salute e ai pazienti e cittadini. Prima ancora di svilupparne delle parti o di privilegiarne alcuni aspetti in modo tecnico per rispondere ai bisogni di un determinato contesto piuttosto che non di un altro ci pare fondamentale sottolinearne l'aspetto esperienziale. In essa siamo chiamati a

non avere più paura della diversità, a pensare di dover ritornare a parlare una sola lingua - essendo incapaci di ascoltare quella degli altri - ma a imparare a fare tesoro dei molti linguaggi acquisiti, facendoli interagire tra loro per costruirne di nuovi, frutto dell'apporto di ciascuno. Forse anche la cura, come del resto era nel desiderio di Socrate, ne sarà arricchita e parole come "progetto di cura", "interdisciplinarietà", "consenso informato", "ragionevolezza", troveranno uno dei tanti modi possibili per rendersi più concreti e riconoscibili nel contesto sanitario, il quale, proprio perché luogo di cura, resta prima di tutto, un luogo di confronto tra persone in cammino.

#### Note

1 - Un' introduzione al dialogo socratico, di taglio più generale si troverà in lingua italiana in Arrigoni Tatiana. Dordoni Paolo. "Il discorso socratico" *Nuova secondaria*. 21; 2 (15 ottobre 2003): 90-94. In lingua tedesca rimando invece a Krohn Dieter. "Theorie und Praxis des sokratischen Gesprächs" in AA.VV. *Akademische Philosophische zwischen Anspruch und Erwartungen*. A cura di Lohmann Karl Reinhard. Schmidt Thomas. Suhrkamp. Frankfurt 1998: 119-133. In inglese infine rimando alla recente miscellanea AA.VV. *Enquiring Minds. Socratic Dialogue in Education*. A cura di Rene Saran e Barbara Neisser. Trentham Books 2004. I testi di riferimento sono Heckmann Gustav. *Das sokratische Gespräch*. Dipa Verlag. Frankfurt am Main 1993 e Nelson L. *Die sokratische Methode*. di cui il testo inglese sopra citato offre una traduzione rivista. Ulteriori informazioni si potranno raccogliere al sito [www.philosophisch-politische-akademie.de](http://www.philosophisch-politische-akademie.de) e al sito [www.sfc.org.uk](http://www.sfc.org.uk). Per un'esame del mito di Babele rinvio a Petrosino Silvano. *Babele. Architettura, filosofia e linguaggio di un delirio*. Il Melangolo. Genova 2003.

2 - Per un approfondimento del dialogo socratico nei contesti sanitari si veda in lingua italiana Dordoni Paolo. "Il metodo socratico di Nelson e Heckmann e la sua rilevanza in pedagogia medica". *Tutor*, 3 (novembre 2002): 113-19. Dordoni Paolo. (2002) "Il ritorno del metodo socratico". *Ianus*. 8 (inverno 2002): 34-42. Dordoni Paolo. (*Per una medicina socraticamente orientata*) *Towards a socratic oriented medicine*. In *Philosophy in practice/ Pratiche filosofiche* 2005. In inglese invece: Birnbacher Dieter. "The Socratic Method in Teaching Medical Ethics: Potentials and Limitations" *Medicine Health Care and Philosophy* 2; 3 (1999): pp. 219-224. Fitzgerald L. van Hooft S. "A Socratic Dialogue on the Question 'What is Love in Nursing?'" *Nursing Ethics*. 2000 Nov; 7 (6): 481-91 Dordoni Paolo. Van Hooft Stan. "Socratic dialogue and Medical Ethics en *Ethics and Socratic Dialogue in Civil Society*". A cura di Patricia Shipley and Heidi Mason. Lit Verlag. Münster 2004. In tedesco, Gronke Horst. Dordoni Paolo. Littig Beate. "Sokratische Gespräche zu den ethischen Fragen den Xenotrasplantation" in AA.VV. *Orientierung und Verantwortung. Begegnungen und Auseinandersetzungen mit Hans Jonas*. A cura di Böhler Dietrich; Brune Jens Peter. Königshausen & Neumann. Würzburg 2004: 349-367.



La crociera del Filarete nell'antico Ospedale Maggiore. La ripresa fotografica di uno dei bracci risale alla seconda metà del sec. XIX.

*Competenza, esperienza, profondità d'informazione fanno di questo intervento del prof. Enrico Ghislandi una risposta ad alcuni lettori che sempre nell'ambito dell'intesa medico-paziente e soprattutto sul piano umano, esprimevano inquietudine e desiderio d'informazione per sé e per i familiari.*

## *Questioni aperte in oncologia, che è bene chiarire*

ENRICO GHISLANDI

La medicina ha raggiunto oggi traguardi importanti, avendo conseguito in pochi decenni risultati insperati. Il progredire della scienza e della tecnica, come in molti altri campi, in medicina ha modificato il decorso della vita, diventato più lungo e più sicuro.

La sofferenza peraltro non è scomparsa dalla vita degli uomini, ma è quasi sempre vissuta in un contesto di ricerca di soluzioni e di provvedimenti terapeutici, anche essi impensabili fino ad alcuni decenni fa. In conseguenza di ciò, anche il rapporto medico-paziente è cambiato: il medico è visto come il depositario di un sapere e di un potere tecnologici, che hanno non poco appannato la figura buona e saggia del medico di una volta, conoscitore dei propri limiti e abituato ad affacciarsi senza troppe risorse sui misteri della vita. La fretta ha preso il posto del silenzio trepido e della vicinanza affettuosa; il fare ha preso il posto dell'ascolto e del colloquio con il malato.

L'oncologia ha aspetti illuminanti a questo proposito. Poiché molti malati di tumore oggi possono guarire, secondo alcuni quello che importa è fare, fare in fretta, fare un po' di tutto. Le parole, la comunicazione che spiega, chiarisce e condivide non sono altrettanto importanti.

Nella letteratura oncologica e nei racconti dei malati di tumore emergono, per chi sa ancora ascoltare e leggere dentro le cose, esempi di questioni aperte sulle quali, a mio avviso, è bene fare chiarezza: una di queste questioni è la prosecuzione o l'attuazione di un trattamento chemioterapico alla fine della vita; un'altra è la sovrastima della libertà di scelta terapeutica da parte del malato, il quale finisce per scegliere da solo non

accompagnato e poco consigliato dal suo medico. La prima questione (chemioterapia alla fine della vita) ha in letteratura una eco non rilevante. Riassumendo le informazioni dai pochi lavori in proposito, si ricava l'opinione che la chemioterapia è ancora effettuata in molti pazienti terminali (almeno in un terzo di essi), dei quali per di più i medici sovrastimano la sopravvivenza mediana in circa il 75%<sup>(1, 2, 3)</sup>. Tale prescrizione risponderebbe essenzialmente ad un bisogno dei curanti; meno frequentemente è richiesta dai parenti del malato, ancor meno frequentemente dal malato stesso. Lo scopo è di fare qualcosa di nuovo o di non nuovo, fingendo di combattere ancora la malattia. Non si tiene presente, però, che questa illusione di terapia non porta per lo più vantaggi al malato, ma anzi può frequentemente produrre disturbi non trascurabili. E allora ci si chiede: "Perché?". E perché invece non cambiare programma, orientandosi ad effettuare le cure palliative, o in assistenza domiciliare, o in hospices?

Certo, una decisione siffatta non può essere presa senza coinvolgere l'ammalato e senza concordare con lui i motivi e le modalità, facendo attenzione di garantire la continuità di un rapporto di cura e che la speranza non sia tolta.

Oramai, nonostante le molte difficoltà degli anni passati, vi è nel nostro paese una rete a maglie ineguali di cure palliative (prevalente concentrazione sia di organizzazioni di medicina del territorio per l'assistenza domiciliare, sia di hospices, nel nord-Italia), avviata e in fieri per l'intervento delle regioni e per l'impegno delle organizzazioni di volontariato e più in generale del non-profit<sup>4</sup>. È importante, dunque, che si diffonda l'idea,



ancora un po' "carbonara", di curare anche chi non può guarire, usando i mezzi che in parte ci sono e in parte bisogna far crescere e diffondere. Non potrebbe essere questo uno dei punti qualificanti del programma sanitario del nostro paese?

Una seconda questione su cui è bene fare chiarezza è forse meno drammatica della precedente, ma non è trascurabile.

Si va sempre più affermando la convinzione che gli ammalati oncologici debbano essere informati sulla loro malattia, sulle possibilità di cura, sul programma terapeutico, più di quanto si facesse qualche decennio fa. Questo comporta un impegno per il medico a spiegare, senza fretta e con impegno, molte cose inerenti diagnosi, prognosi e terapia. È un compito difficile che non può essere esaurito né in pochi minuti, né con autoritarismi e deve comunque dare una speranza al malato. Le informazioni non possono non comportare un discorso sugli aspetti tecnici del programma di cure, in modo che il malato conosca e valuti rischi e benefici. Appare pertanto strano il comportamento, oramai non più eccezionale, di chi lascia al paziente la scelta sul programma terapeutico, in nome di un malinteso rispetto dell'autonomia del malato. Un esempio: viene diagnosticato in un uomo in età medio-avanzata un tumore della prostata in fase non diffusa. Dopo alcune informazioni non esaustive, viene chiesto al malato se preferisce essere operato, o invece irradiato, o invece ancora essere sottoposto alla terapia medica ("deprivazione androgenica"). L'ammalato, tranne in casi particolari (essere medico, aver seguito da vicino un parente o un amico affetto dalla stessa malattia), non può essere in grado di decidere, se non su base emotiva e non razionale. È vero che il malato deve dare il suo consenso alla cura, ma si tratta di un consenso "informato", cioè un consenso dopo spiegazioni esaustive sui rischi e sulle possibilità di ognuna di queste scelte terapeutiche, tenendo presente il risultato che si vuole e si deve conseguire, cioè la guarigione (oramai possibile in non pochi campi dell'oncologia) e non solo la comodità per il paziente e il disturbo minore procurato.

Proprio perché il consenso e la scelta del paziente

devono fare seguito ad una informazione ampia e documentata, non si può sovrastimare la scelta in libertà del paziente che difficilmente riesce ad essere una scelta ponderata, responsabile, magari coraggiosa. Il medico deve perciò essere documentato, orientato e persuasivo, e non frettoloso e disimpegnato. Il paziente è – beninteso – libero di rifiutare il piano terapeutico del curante: ma il piano terapeutico ci deve essere e deve essere illustrato con pazienza e autorevolezza. Si tratta, in buona sostanza, di dare al malato informazioni e non rigide regole e di adattare informazioni e regole al caso concreto. Addurre a giustificazione di un comportamento più sbrigativo le pressioni derivanti dai problemi organizzativi della medicina di oggi non è corretto. Non bisogna infatti stancarsi di ripetere che managerialità, DRG, aziendalizzazione dei luoghi di cura, contenimento della spesa sanitaria sono tutte esigenze importanti, ma la cura personalizzata di ogni ammalato che si affida a ciascuno di noi (e non solo la cura fredda e indifferente della sua malattia) resta il "primum" e il "proprium" del nostro mestiere<sup>(5)</sup>.

#### Bibliografia

- 1 - Earle C.C., Neville B.A., Laudrum M.B., Ayanian J.Z., Block S.D., Weeks J.C. *Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life*. J. Clin. Oncol. 22, 315-321, 2004
- 2 - Jirillo A., Boscaro M., Pasetto L.M., Monfardini S. *Chemotherapy at the end of life: an open question* Tumori 91, 104-105, 2005
- 3 - Costantini M. *La prognosi nella malattia oncologica avanzata e terminale* *τεχνη* 9, 110-112, 2005
- 4 - 13° Congresso Nazionale della Società Italiana di Cure Palliative. Atti. Bologna 26-29 aprile 2006
- 5 - Ghislandi E. *Curare l'ammalato, non curare solo la malattia* La Ca' Granda 1, 14-15, 2005

# *Io mi racconto, tu mi comunichi*

## *Metafore e immagini nell'esperienza della malattia*

LUCIA GALVAGNI

“Le mie gambe bruciavano” racconta un paziente e descrive con quest’espressione la condizione di dolore vissuta prima di effettuare un intervento chirurgico alla schiena, al fine di risolvere questo problema.

Non è così inusuale l’utilizzo della metafora del fuoco per descrivere il dolore, così come il ricorso a immagini per parlare dell’esperienza della malattia che si sta vivendo.

La metafora - e la narrazione nella quale essa trova espressione - è stata fatta oggetto di studio da molte e diverse discipline, a partire dalla retorica, la filosofia e la linguistica, sino alle neuroscienze, la psicologia e la psichiatria. Più di recente il valore della narrazione è stato evidenziato anche all’interno della medicina, e secondo alcuni bioeticisti un recupero della narrazione potrebbe aiutare la medicina a risolvere alcuni dei suoi attuali problemi, quali l’impersonalità, la frammentarietà, la freddezza e la scarsa coscienza sociale, perché alcune abilità che le mancano sono proprio di tipo narrativo e comunicativo.

Ci sono metafore molto significative, usate per parlare della malattia: “il dolore era come un mostro, una cosa gigantesca”, “io non funzionavo più”, qualcuno rappresenta la chemioterapia cui sta per essere sottoposto come “il bambino cattivo” che arriva, o ci si può autorappresentare il proprio corpo a seguito della malattia come “un corpo rotto”. La metafora di “una guerra civile nella testa”, usata da un paziente per descrivere la sua esperienza di tumore al cervello, o quella del dolore come un pesce, che esprime la difficoltà di localizzare un dolore, perché si muove e guizza in punti diversi del corpo, sono rimaste impresse nella memoria di due medici, che le avevano trovate particolarmente efficaci per accostare in maniera più profonda quello che i loro pazienti stavano provando.

Che cosa comunicano queste persone e che cosa dicono le loro immagini?

L’autobiografia - che rappresenta spesso il genere narrativo nel quale questi racconti possono essere collocati - è una struttura narrativa che aiuta a dar significato, a conferire senso alla nostra esistenza: il filosofo Alasdair McIntyre afferma che noi siamo nient’altro che coautori dei racconti della nostra vita, proprio perché è soltanto in una dinamica interpersonale che noi possiamo dar forma alla nostra stessa storia. Nel raccontare la nostra storia noi abbiamo bisogno di qualcuno che ci ascolti, di un destinatario della nostra comunicazione: qualcuno che ascolti, che raccolga questa storia ne diventa poi parte strutturale ed è presenza indispensabile al suo dispiegarsi.

L’identità, secondo alcuni autori, sarebbe di per sé narrativa, perché noi ci strutturiamo proprio raccontandoci e perché noi e la nostra storia siamo nostra volta parte di altre storie, che già esistono. Ci sono molte storie che possono essere raccontate, a seconda di chi le narra e del punto di vista che si sceglie per raccontarle. Il nostro racconto, quello compiuto in prima persona, rappresenta un punto di partenza, che può essere integrato, arricchito o cambiato nel confronto con altre voci.

Il racconto rivestirebbe anche una funzione di ricostruzione e ristrutturazione della personalità là dove ci sono identità che sono state danneggiate, a volte anche dalle storie che le hanno vincolate a stereotipi e che chiedono di essere per questo rivissitate: gli stereotipi possono essere cambiati, violati anche nella loro struttura marginalizzante o penalizzante, e così l’immagine letteraria del folle o la storia clinicamente corretta possono essere riraccontate, attraverso delle contro-storie. Nelle contro-storie c’è lo spazio per l’espressione di nuove metafore, che possono rappresentare la nuova posizione che si assume, in particolare dal momento

che dopo la diagnosi di una malattia grave il mondo si trasforma, in termini non solo fisici, ma anche morali ed esistenziali.

È stato sottolineato che il significato e l'identità si acquisiscono anche cercando di definire un'immagine coerente della malattia e per far questo si può ricorrere a generi narrativi diversi, quali il racconto della propria vita, gli aneddoti, il racconto di un caso, i miti o le metafore. Nel raccontare storie si può attuare anche una condivisione delle esperienze, comunicando la propria personale vicenda, e a partire da questi diversi racconti è possibile poi far incontrare le esperienze individuali e collettive: tale condivisione può già rappresentare un percorso terapeutico.

Va detto che in certi casi, soprattutto nei casi di malattie contestate, incerte o rare, come la fatica cronica o il dolore cronico, la narrazione, il racconto e la condivisione delle esperienze possono essere molto importanti, e possono diventare una via privilegiata per la cura: per i pazienti un confronto comune può rivelarsi essenziale, perché esse al momento attuale rimangono difficili da spiegare e da interpretare.

Le storie aiutano anche a coltivare la sensibilità morale, e a migliorare la percezione morale, permettono di chiarire e di comunicare le ragioni delle scelte, a noi stessi e agli altri, di esprimerci e di reimpostare la nostra esistenza secondo una diversa prospettiva.

Perché la narrazione può risultare significativa anche rispetto alla dimensione morale e all'etica? C'è un legame profondo tra le dinamiche narrative e comunicative e il piano morale: i momenti descrittivi di una storia sono ricchi di indicazioni morali, intese soprattutto come la prospettiva che le persone hanno sulla vita.

La metafora, in forza del proprio "dire qualcosa in luogo di qualcos'altro", si trova a poter veicolare significati che sarebbero altrimenti destinati a restare non detti o inespressi. C'è sempre una comunanza profonda tra l'esperienza della persona e le immagini che questa può scegliere come proprio riferimento nelle fasi di cambiamento e transizione, tra le quali si colloca anche la malattia. I pazienti, se interrogati, raccontano quasi sempre volentieri la propria storia. Soltanto alcuni chiedo-

no di evitare di parlare di una situazione che è molto negativa e che desiderano per questo solo allontanare: anche in questo caso, in realtà, a volte si utilizza un'immagine, quella dell'allontanamento o della separazione.

Sono molte le metafore e le immagini utilizzate: vi sono alcune immagini che riflettono serenità e positività, quando non addirittura speranza, che potrebbero ad esempio indicare una condizione di accettazione della malattia o di convivenza con essa, mentre altre immagini riflettono immediatamente la negatività dell'esperienza, o il suo carico emotivo e morale.

Alcune di queste metafore sono metafore di movimento: il viaggio, la corsa, il viaggio spirituale, il ballo.

Nei racconti viene spesso nominata la famiglia e in questi casi le viene riconosciuta una funzione positiva, di risorsa, sostegno, accompagnamento: sembra che la relazione giochi un ruolo essenziale, anche rispetto alla nuova condizione che si sta vivendo.

Una differenza significativa è giocata dalla dimensione temporale della malattia: se una malattia è acuta e breve, se si è stati sottoposti ad operazione, se il dolore è intenso l'attenzione è molto concentrata su di un tempo limitato, come se il momento presente assorbisse l'intera persona (manca ad esempio il senso della propria storia, sono molto limitati i riferimenti ad eventi del passato anche recente o del futuro più prossimo). Nel caso invece di situazioni croniche, le persone manifestano di essere attente alla ricerca di un modo di convivere con la malattia e nei racconti tornano più di frequente le metafore del viaggio.

In alcuni casi dalle metafore emergono immagini sociali della malattia (come nel caso di una donna africana malata di Aids che dice di sé "Non ero *un mostro*"), o le autorappresentazioni della malattia, per come la si percepisce a livello esistenziale o per come essa si manifesta da un punto di vista organico, o ancora si possono individuare le autorappresentazioni simboliche che di sé e della propria funzione formulano i curanti.

Numerosissime sono le metafore utilizzate per parlare della morte prossima: spesso i pazienti parlano di una partenza, dicendo "Sono pronto per partire", oppure "Ho preparato la mia valigia", "Ho bisogno

di andare a casa”. Talvolta essi dicono anche di aver l’impressione di avere fretta e che non ci sia più tempo. In altri casi descrivono la morte come un prendere il volo, e la rappresentano con l’immagine dell’albatros.

I curanti raccolgono moltissime di queste narrazioni, a volte pacate, altre volte molto dinamiche e violente.

Molte sono anche le metafore che si incontrano nella letteratura e nella poesia per parlare della malattia: David Maria Turollo alla fine della sua vita, nelle poesie raccolte in *O sensi miei*, parla della sua malattia, un cancro, come del “drago che è in me” e la poetessa americana Flannery O’Connor descriveva la sua malattia come “un cane pazzo”.

Non rimane però soltanto letterario l’interesse che queste diverse immagini possono avere. Esse possono rivelarsi come uno strumento molto particolare della narrazione di una storia o di un’esperienza di malattia anche in una prospettiva morale.

Nell’esperienza della malattia, dopo il suo inizio e la sua diagnosi, di frequente il paziente ridefinisce quel che rappresenta il suo bene. In questo tempo possono cambiare infatti sia le sue priorità sia la sua visione della vita, talvolta anche la visione del mondo, poiché l’esperienza che la persona sta vivendo porta a riconsiderare le prospettive di vita e a ridefinire le proprie priorità.

La creatività etica, intesa come la nostra capacità di rimodellare la nostra propria esistenza, sembra essere in gioco nel tempo e nell’esperienza della malattia, e quindi sembra giocare un ruolo rilevante per il paziente, innanzitutto, ma anche per il curante. Mediante le metafore è possibile osservare i cambiamenti morali che il paziente, in quanto agente morale, sta vivendo e in tal modo è possibile anche per i curanti entrare in relazione ed in comunicazione in maniera più profonda. La narrazione infatti richiede per definizione di entrare in una dinamica intersoggettiva e di esercitare in tale direzione ascolto e attenzione, che rappresentano già una prima forma di cura.

Nel momento in cui si devono affrontare e gestire grandi cambiamenti e a volte anche trovare una nuova posizione nel mondo, la narrazione può giocare un ruolo determinante e fornirci strumenti adatti ad affrontare la traversata del guado.

## Bibliografia

Pia H. Bülow, *Sharing Experiences of Contested Illness by Storytelling*, in “Discourse and Society” 1 (2004), pp. 33-53

Rita Charon, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York 2006

Byron J. Good, *Narrare la malattia. lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino 1999

Hilde Lindemann Nelson, *Damaged Identities, Narrative Repair*, Cornell University Press, Ithaca and London 2001

Paul Ricoeur, *La metafora viva*, Jaca Book, Milano 1976

Lara Stern, Laurence J. Kirmayer, *Knowledge Structures in Illness Narratives*, in “Transcultural Psychiatry” March 2004 (2004), pp. 130-142

# L'approccio al malato cronico: esperienze in diabetologia

EMANUELA ORSI

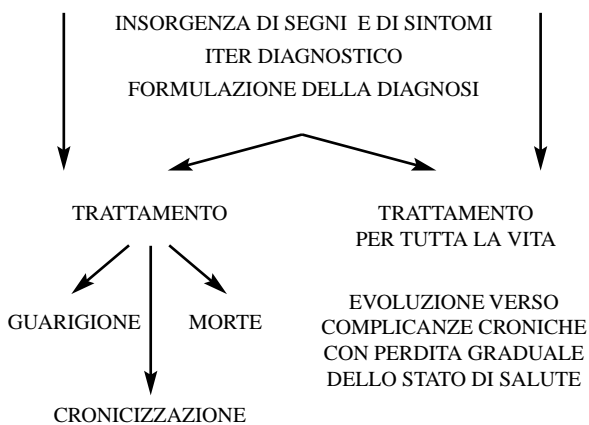
La maggior parte delle malattie, sebbene sia curabile dal punto di vista medico, non è ancora guaribile e ciò rappresenta, per coloro i quali ne sono affetti, l'ingresso in una condizione di cronicità, caratterizzata da lunga durata e da possibili aggravamenti dello stato di salute.

Anche per questo, nelle malattie croniche l'annuncio della diagnosi e delle limitazioni legate al trattamento è un momento estremamente delicato a cui va dedicato tempo e un'attenzione particolare.

A livello biomedico la capacità di identificare la malattia è una sorta di vittoria perché permette al medico di prescrivere il giusto trattamento. Questo approccio è sufficiente nel caso della malattia acuta, dove il trattamento è temporizzato, ha un limite, oltre il quale si ha la guarigione. Tutto ciò facilita la "compliance" del paziente, l'aderenza del paziente al trattamento.

Molto diversa è la diagnosi di una malattia cronica, da cui il paziente non guarisce, ma necessita di un continuo trattamento, che dura per tutta la vita e che è fondamentale per la sopravvivenza, per evitare le complicanze e il peggioramento dello stato di salute (schema 1).

## MALATTIA ACUTA      MALATTIA CRONICA



(schema 1)

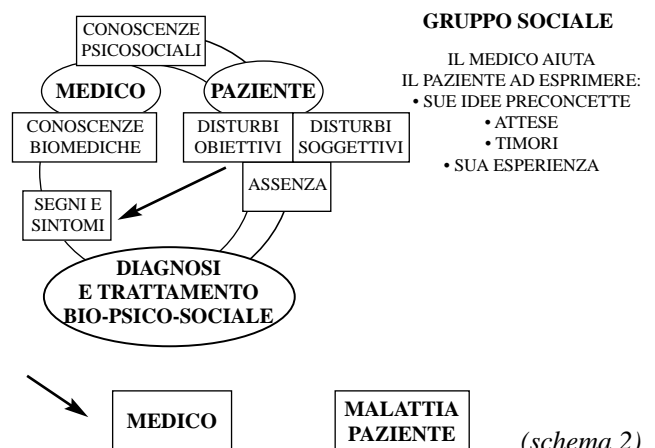
In questo caso il solo approccio biomedico è insufficiente, poiché sono molteplici gli aspetti in gioco: le aspettative, i bisogni, le rappresentazioni del paziente. Non solo: il contesto sociale, le informazioni spesso non corrette o "miracolistiche" dei media e le false credenze spesso hanno presso il paziente più credito delle informazioni fornite dalle figure sanitarie.

Il diabete mellito rappresenta un modello per la gestione delle malattie croniche, e come si può evincere dalla letteratura scientifica, molti sono stati gli sforzi dei diabetologi per mettere a punto le strategie di cura più efficaci.

Uno dei maggiori esperti nella gestione delle malattie croniche è il prof. Jean-Philippe Assal di Ginevra, il cui Centro è referente per l'OMS.

Secondo il prof. Assal, per poter correttamente affrontare e gestire la malattia cronica, è fondamentale applicare un approccio *bio-psico-sociale* e *pedagogico*, ponendo al centro della cura il paziente, che deve diventare primo attore nella gestione della malattia (schema 2).

## APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE E PEDAGOGICO



(schema 2)

Se si sposta l'attenzione dalla malattia al paziente come persona, è necessario più che sommergere di informazioni, dare uno spazio di ascolto, di espressione, di riflessione. Solo così è possibile iniziare il passaggio verso la ristrutturazione della quotidianità.

Bisogna ricordare inoltre che, quando viene fatta una diagnosi di malattia cronica, il paziente attraversa le fasi psicologiche di adattamento alla malattia, che sono riconosciute come rifiuto o negazione, collera, negoziazione, depressione, accettazione: è necessario riconoscere in che fase si trova il paziente, per applicare l'approccio più corretto ed utile.

Nella fase iniziale, l'obiettivo principale è quello di entrare in contatto col paziente, ponendo le basi alla relazione terapeutica, e di dare le poche indicazioni che permettono al paziente la sopravvivenza (es. come praticare l'iniezione di insulina, come trattare l'ipoglicemia.); successivamente si pone il problema dell'accompagnamento nel tempo, durante il quale possono intervenire nuovi cambiamenti e rendersi necessarie importanti modifiche terapeutiche e nuove ristrutturazioni dello stato di salute.

In questa fase il terapeuta deve continuamente chiedersi:

- se viene capito dal malato
- se il malato trova difficoltà nel seguire la sua cura
- se comprende appieno le aspettative e i timori del malato
- se comprende appieno le rappresentazioni della sua malattia e del suo trattamento.

L'educazione terapeutica è lo strumento fondamentale per il curante ed il paziente, nella gestione comune della malattia cronica, e deve essere applicata fin dalla diagnosi. Rappresenta con la dieta, l'esercizio fisico e la terapia farmacologica, uno dei pilastri per la cura del diabete.

Nella definizione dell'OMS, essa implica attività organizzate di sensibilizzazione, d'informazione, di apprendimento all'autogestione, di sostegno psicologico riguardo la malattia, il trattamento prescritto, le cure, il quadro ospedaliero, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e malattia (OMS - 1998).

L'obiettivo è quello di fornire al paziente corrette ed aggiornate informazioni sulla malattia (*sapere*), le terapie, i controlli necessari, le complicanze e la loro prevenzione e gestione; inoltre il paziente deve essere addestrato (*saper fare*) a gestire praticamente ed autonomamente la terapia e ad effettuare l'autocontrollo. Tutto ciò permette al paziente, attraverso un cambiamento permanente del proprio stile di vita (*saper essere*), di gestire nel quotidiano la propria condizione, attraverso scelte corrette e consapevoli, in autonomia e nella piena accettazione della malattia.

L'educazione terapeutica prevede la realizzazione di interventi individuali o in gruppo.

Attraverso la identificazione di obiettivi, metodologia e verifica, vengono strutturati percorsi educativi specifici.

L'esperienza diabetologica in campo educativo è iniziata da molti anni: Elliot Joslin già negli anni '20, dopo la scoperta dell'insulina, capì che era fondamentale che il paziente venisse istruito per rendere efficace la terapia insulinica, e fondò a Boston la Joslin Clinic in cui l'aspetto educativo rivestiva un ruolo fondamentale nella cura del diabete mellito.

In Italia, le prime esperienze risalgono agli anni '70, e all'interno della Società Italiana di Diabetologia nasce il GISED, Gruppo di Studi per l'Educazione nel Diabete.

Presso l'U.O. di Endocrinologia e Malattie Metaboliche della Fondazione sono state organizzate le attività di diabetologia e obesità, tenendo come base fondamentale l'attività educativa, sia individuale che di gruppo.

In particolare, la gestione della malattia diabetica viene effettuata dal team diabetologico, costituito da diabetologo, infermiere, dietista e dallo stesso paziente. Ogni membro del team ha un proprio ruolo, che permette di rendere più completo possibile l'approccio alla malattia.

Per l'approccio educativo individuale è stata messa a punto una Istruzione Operativa, contenente gli obiettivi informativi e di addestramento pratico, e la verifica prevista con il questionario di conoscenza, la griglia osservazionale per l'addestramento pratico e la check list generale.

Per l'educazione terapeutica in gruppo, è attiva una collaborazione per una ricerca multicentrica,

coordinata dall'Università degli Studi di Torino, per la validazione del sistema di Group Care in pazienti diabetici di tipo 2 non complicati. Nella pratica, si tratta di uno studio randomizzato e controllato, in cui viene valutata l'efficacia dell'approccio di educazione terapeutica in gruppo, con metodologia interattiva, sui parametri metabolici, la qualità di vita e le condotte di riferimento.

I risultati ottenuti a 5 anni dimostrano che nel gruppo trattato rispetto ai controlli migliorano il controllo metabolico, la qualità di vita e le conoscenze rispetto alla malattia e che tali miglioramenti permangono nel lungo termine, a differenza di quanto accade nel gruppo di controllo, che perde i benefici inizialmente ottenuti.

L'educazione terapeutica non può essere improvvisata, e gli operatori devono essere formati per poterla applicare ai pazienti.

Richiede la conoscenza e l'applicazione di strumenti che provengono da discipline come la psicologia e la pedagogia, per ottimizzare l'apprendimento nell'adulto (andragogia): spesso queste conoscenze non fanno parte del bagaglio culturale dell'operatore sanitario, che deve acquisirle in altri ambienti.

Da ultimo, è fondamentale lavorare sull'aspetto motivazionale, sia del paziente che dell'operatore.

Il confronto quotidiano con la malattia, che non guarisce, e comporta la messa in atto di comportamenti di controllo continuo della propria condizione di salute (iniezione di insulina, pratica dell'autocontrollo della glicemia capillare, ecc.), nonché lo sviluppo delle complicanze, mettono il paziente in una condizione di stress e di sfiducia nelle proprie capacità, che può sfociare nell'abbandono della terapia e dei controlli.

L'educazione terapeutica in gruppo permette il confronto di esperienze e la correzione di errori in un contesto privo di giudizio e può essere un valido strumento per rinforzare la motivazione del paziente a curarsi.

L'operatore sanitario, peraltro, deve continuamente fare i conti con l'impossibilità a guarire il paziente, con i numerosi insuccessi terapeutici legati alla malattia cronica e spesso con il limitato riconoscimento per il proprio valore professionale, condizioni che facilitano lo sviluppo della sindrome del burnout.

Il confronto con altri operatori, il lavoro in team e l'acquisizione di nuove strategie di lavoro possono contribuire alla rimotivazione del terapeuta.

#### **Bibliografia**

A Lacroix, JP Assal: *Educazione terapeutica dei pazienti*. Ed Minerva Medica 2005

Trento M et al.: *A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care*. Diab Care 27:670-75, 2004.

Trento M et al.: *Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type 2 diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial*. Diabetologia 45:1231-39, 2002



Visita e cura ai malati della vista e interventi diversi in un'antica stampa (dalle Civiche Raccolte Bertarelli)



# Verso quali modelli di “rete” nella medicina della complessità?

ANTONELLA COSTANTINO

Nell’arco di pochi decenni, la medicina è passata da doversi occupare prevalentemente di problematiche acute nelle quali è fondamentale la capacità di organizzare interventi molto intensi e limitati nel tempo, con una buona collaborazione di relativamente pochi specialisti “on the spot”, a doversi confrontare con una vera e propria “esplosione” di patologie croniche e complesse, che pongono trasversalmente e a lungo nel tempo una molteplicità dei problemi assistenziali che sono sempre meno di pertinenza esclusiva di singole professionalità e sempre più spesso richiedono *risposte multispecialistiche, multiprofessionali e soprattutto negoziali*.

L’elemento critico ai fini di una buona qualità dell’assistenza diviene quindi il *coordinamento e l’integrazione* tra servizi e professionalità distinte chiamati a intervenire nei diversi momenti di uno stesso percorso evolutivo della patologia, attraverso quelle che vengono chiamate “reti assistenziali integrate”. La struttura e la qualità della rete è uno degli elementi cruciali dell’assistenza, ma la parola “rete” è ampiamente abusata, e spesso intesa in modi molto diversi. La rete può essere solo dei clinici, magari anche organizzata *top down*, o invece includere familiari e utenti. Può essere maggiormente gerarchica (come una “piramide” egiziana, o in parte come la rete “hub and spoke” di cui parleremo poi, in cui chi sta al “centro” ha “responsabilità-privilegi-autorizzazioni d’accesso” man mano maggiori rispetto alla periferia), o addirittura può diventare una “trappola” come per le reti per le aragoste. Il problema maggiore oggi è *capire quale tipologia di rete sia più funzionale per ciascuna diversa tipologia di problematica assistenziale*, e soprattutto quali siano le strategie che permettono di costruire, sostenere e fare crescere i diversi modelli possibili.

Uno dei modelli di rete che sta prendendo maggiormente piede è quello detto “hub & spoke” (mozzo e raggio), caratterizzato dalla concentrazione dell’assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri hub) supportati da una rete di servizi (centri spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio ai centri di riferimento, quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata. I pazienti vengono poi rinviati alla periferia per il proseguimento delle cure. L’idea è che per dare un’assistenza di qualità adeguata sia necessario avere esperienza del trattamento di un “numero minimo di casi”, e che il raccordo continuo con la periferia consenta nel tempo la strutturazione di comuni strategie di intervento. Si tratta di un modello realizzato positivamente in diverse regioni italiane ed in particolare in Emilia Romagna per quanto riguarda l’assistenza cardiologica e cardiocirurgica, neurochirurgica, le gravi cerebrolesioni acquisite, la talassemia ecc.

Benché si tratti di un modello molto interessante e assolutamente funzionale in situazioni cliniche, quali quelle indicate, con una forte attenzione alla necessità di aumentare la cooperazione tra i centri anziché la competizione, non appare sufficiente per la gestione di situazioni di complessità più elevata, nelle quali sia necessario un maggior livello di partecipazione tra i centri e con gli utenti e le famiglie.

Nell’ambito delle possibili modellizzazioni delle reti assistenziali, la disabilità complessa e malattia rara in età evolutiva, con presenza di compromissione neuropsichica, può forse rappresentare un buon esempio per la riflessione.

Si tratta infatti di un’area clinica variegata, nella quale sono presenti diversi elementi di complessità. Da un lato, la scarsa incidenza statistica complessiva fa sì che le competenze necessarie

per alcuni aspetti della diagnosi e della cura debbano certamente essere concentrate in singoli centri di eccellenza, e non possano essere disponibili in modo omogeneo in tutte le strutture sanitarie regionali; dall'altro è necessaria la continua gestione delle conseguenze della "malattia" di base nel tempo, sia in termini strettamente sanitari (la riabilitazione, la grave scoliosi, la disfagia, le deformità ortopediche conseguenti, la depressione, il disturbo di comunicazione, l'epilessia, le polmoniti ricorrenti, i problemi cardiaci, il disturbo visivo ecc.) che di abilitazione (sociale e sanitaria) del contesto di vita. La realtà di un bambino con disabilità grave e complessa è altamente multiproblematica e sono contemporaneamente presenti intorno a lui più centri e più professionalità, con diversi punti di vista, che possono implicare obiettivi diversi se non opposti. Il modo con cui il bambino deve essere tenuto seduto in carrozzina per minimizzare il rischio di scoliosi può essere molto diverso dal modo necessario per consentirgli di utilizzare al meglio gli arti superiori per giocare e comunicare. La terapia riabilitativa basata sulle migliori evidenze proposta nel centro di eccellenza può non essere adatta quando quel bambino torna nel territorio dove vive e dove deve poter essere effettuata la sua presa in carico di lungo periodo. Secondo "l'International Classification of Functions" dell'OMS, la persona affetta da una patologia si caratterizza per vari patterns di funzionamento in diversi contesti, in base al fatto che gli elementi ambientali agiscono da *barriere* o da *facilitatori*. Per mettere in campo una presa in carico neuropsichiatrica e riabilitativa adeguata, che vada a ridurre per quanto possibile la disabilità della persona, è quindi necessario non solo essere formati nell'applicazione delle diverse terapie riabilitative (formazione assai diversa da quella necessaria ad esempio per la gestione di terapie farmacologiche), ma anche descrivere in dettaglio le componenti del funzionamento di quel bambino, analizzare le interazioni ambientali, in particolare se esse agiscono da barriere o da facilitatori per la persona, ed a questo punto strutturare interventi indirizzati a tutti i fattori in gioco. Se l'importanza della riabilitazione e dell'educazione per il bambino stes-

so è intuitiva ed evidente, meno scontata è l'importanza di "educare l'ambiente" alla sua accoglienza, attraverso una vera e propria "trasmissione di competenze specifiche" per adattare l'ambiente alle necessità di quel bambino e supportare la sua qualità di vita e quella della sua famiglia.

In un ambito così complesso e di lungo periodo, con in più un alto rischio che il bambino e la sua famiglia vengano a trovarsi al centro di conflitti creati dai punti di vista dei diversi operatori, è molto importante un cambiamento di modello anche relativamente alle modalità di erogazione degli interventi, nella direzione di un approccio partecipato tra i clinici e con i familiari (e quando possibile anche con i ragazzi) all'interno del quale poter definire insieme alla famiglia le priorità e gli obiettivi significativi nel tempo.

Il numero di s-nodi della rete è quindi estremamente elevato (è come se si intrecciassero diversi Hub intorno allo stesso bambino: il centro di eccellenza per la diagnosi e il follow up della sindrome genetica rara XYZ, il centro di eccellenza per la gestione del problema W, trasversale a più patologie, e così via fino anche a contarne alcune decine), la loro "gerarchia" molto meno definita e la sequenza temporale tra di essi spesso contemporanea e prolungata. *Ogni nodo diventa quindi Hub per una cosa e Spoke per un'altra*, e particolarmente forte è l'esigenza di *continua trasmissione di competenze* in modo biunivoco tra i centri e con le famiglie. Va ricordato che in un modello partecipato di intervento tra i nodi sono a pieno diritto inclusi il bambino e la famiglia.

L'intreccio delle diverse complessità rende però poco agevole la conoscenza dei centri di riferimento più adeguati per i diversi aspetti sanitari e assistenziali, sia per gli utenti sia a volte per i medici stessi e tra i centri, e l'accesso ai servizi è spesso difficoltoso. In modo analogo, l'esistenza di servizi per la successiva presa in carico nel territorio, sia sanitari (servizi di neuropsichiatria infantile o in alcuni casi servizi riabilitativi) che sociali (servizi disabili ecc.) è poco nota, sia in termini di strutture esistenti, sia di funzioni, specificità e obiettivi, e le competenze e "buone pratiche" di tali strutture sono spesso sottovalutate proprio a causa del loro essere "periferiche".

Verrebbe da immaginare che la rete più consona sia una rete che assomiglia alle reti neurali, di cui molto ora si parla ma ancora poco si sa, in cui ogni snodo può avere competenze maggiori su un certo aspetto rispetto agli altri, ma contemporaneamente sempre avviene anche il contrario, e in cui vi è un continuo scambio, apprendimento e potenziamento reciproco. Per il funzionamento di un modello di rete di questo tipo *non è sufficiente mettere in relazione i centri*, migliorando le attuali modalità di comunicazione, informazione, relazione sul caso. È necessaria l'individuazione di modalità che consentano di tenere continuamente aperte e attive le connessioni tra i nodi, affrontando in modo adeguato sia gli aspetti connessi alla gestione amministrativa (legate alla presa in carico formale) che quelli della gestione clinico-assistenziale (legate al sistema delle decisioni e dei comportamenti dei professionisti). Perché in realtà la "vita" delle reti è data più dalla qualità e quantità delle connessioni (e dalla conseguente necessità di garantire la loro "manutenzione" e il loro "nutrimento") che dai nodi.

### Frammenti di un Vangelo apocrifo

Felice colui che non insiste nell'aver ragione, perché nessuno ha ragione o tutti l'hanno.

Beati i mansueti perché non consentono alla discordia.

Beati coloro che non hanno fame di giustizia, perché sanno che la nostra sorte avversa o benigna è opera del caso, che è inscrutabile.

Beati coloro che soffrono persecuzione a causa della giustizia, perché ad essi importa più la giustizia che il loro destino umano.

Che la luce d'una lampada si accenda, anche se non c'è alcuno a vederla. Dio la vedrà.

Non odiare il tuo nemico, perché se così fai sei in qualche modo suo schiavo. Il tuo odio non sarà mai migliore della tua pace.

Se la tua mano destra ti offenderà, perdonale; tu sei il tuo corpo e la tua anima ed è arduo, o impossibile, stabilire la frontiera che li divide.

Io non parlo di vendette né di perdoni; la dimenticanza è l'unica vendetta e l'unico perdono.

Fare il bene al tuo nemico può essere opera di giustizia e non è arduo; amarlo è impresa d'angeli e non di uomini.

Cerca per il piacere di cercare, non per quello di trovare...

Non giudicare l'albero dai suoi frutti né l'uomo dalle sue opere; essi possono essere peggiori o migliori di quelli.

Nulla si edifica sulla pietra; tutto sulla sabbia, ma noi dobbiamo edificare come se la sabbia fosse pietra.

Felici i coraggiosi, coloro che accettano con animo uguale la sconfitta o la palma.

JORGE LUIS BORGES  
(*Elogio dell'ombra*, Einaudi, 1971)

# *Nuovi orientamenti per capire e prevenire la psicopatologia dello sviluppo*

ADRIANA GUARESCHI CAZZULLO

Purtroppo, nell'ambito della psicopatologia infantile, assistiamo ancora oggi all'uso improprio di alcune strategie terapeutiche che contrastano profondamente con le più importanti innovazioni introdotte dalle neuroscienze e dalla psicologia dello sviluppo. La traduzione nella pratica clinica, diagnostica e terapeutica di queste nuove concezioni è indubbiamente ancora in divenire, tuttavia è indispensabile attingere da questo nuovo sapere per rendere i nostri interventi clinici più efficaci.

Un primo progresso alla comprensione delle dinamiche che sottendono lo sviluppo è stato portato dalla radicale revisione del concetto di "funzione" introdotto dalla scuola neurofisiologica russa, che pure conservava ancora l'idea di organizzazione gerarchica così come espresso da Luria (1967): "le funzioni psichiche superiori si organizzano sulla base di processi percettivo motori più elementari".

Queste concezioni erano in sintonia con il modello proposto dalla psicologia genetica (Piaget, 1936), che vedeva lo sviluppo come il risultato di una sequenza di tappe che partivano dalle percezioni senso-motorie più elementari, tipiche del neonato, fino a giungere al raggiungimento della capacità di pensiero: preoperatorio prima, poi concreto e infine astratto. Analogamente, il modello proposto dalla psicanalisi, interessato non tanto allo sviluppo cognitivo quanto alle motivazioni pulsionali (Freud, 1965), indicava il necessario susseguirsi di fasi di sviluppo nel corso della vita dell'essere umano: una prima fase orale, seguita poi da quella anale, edipica, di latenza ecc. Nell'uno e nell'altro caso si tratta di descrizioni di comportamenti e di abilità che si susseguono nel tempo, in modo così lineare e stabile da far ritenere che la patologia consista nell'arresto dello sviluppo all'uno o all'altro stadio o addirittura nella regressione a una fase precedente.

Nell'ultimo decennio, l'evoluzione delle scienze biologiche e psicologiche ha proposto schemi dina-

mici di maturazione differenti, in quanto *vanno oltre il progetto di evoluzione intrinseca e indipendente dall'ambiente, e, anzi, incorporano proprio l'effetto che l'ambiente esercita sul potenziale umano.*

La trasformazione sostanziale del modello di sviluppo riguarda appunto un capovolgimento delle concezioni che stanno alla base delle modificazioni anatomiche e funzionali del Sistema Nervoso Centrale in relazione alla crescita. Si è passati cioè da un modello di funzionamento in cui a uno stimolo percepito (input), segue, attraverso un'opportuna elaborazione, l'emissione di un output, a una concezione molto diversa in cui è lo stesso evento psicologico (l'attività mentale) a influenzare il modo di percepire il mondo. *In altre parole è stata data cittadinanza al bambino come attivo promotore del suo sviluppo.*

Questa peculiarità del processo di apprendimento trova la sua più alta interpretazione nella *Teoria dell'attività mentale basata su processi di selezione dei gruppi neuronali* (Edelman, 1991). Essa parte dal presupposto che il Sistema Nervoso Centrale è plastico e adattabile, nel senso che la rete sinaptica (formata dalle varie cellule cerebrali, i neuroni) si modifica, momento per momento, in base all'esperienza, selezionando cioè quegli elementi dell'ambiente che vengono considerati, per così dire, i più utili e significativi. Ciò accade già nell'embrione, dove tutto il repertorio di modificazioni neuronali (divisioni cellulari, morte di cellule, estensione o eliminazione di prolungamenti delle cellule) avviene come risposta a stimoli portati dall'ambiente biologico in cui l'embrione è immerso. Dopo la nascita, il sistema nervoso si modifica ulteriormente, e le reti neurali si organizzano e si stabilizzano sulla base di una selezione operata proprio a partire dalle esperienze che il bambino fa in relazione all'ambiente (*selezione esperienziale*): le sinapsi

mutano di intensità, alcune rinforzandosi e altre indebolendosi, e alcuni nuovi gruppi neuronali si formano in seguito a stimoli specifici come, per esempio, il linguaggio.

Un'altra caratteristica interessante, suggerita sempre da Edelman, riguarda la capacità del cervello di organizzarsi in "mappe", utili per riconoscere e catalogare cose e avvenimenti. Anche in questo caso, le mappe si formano perché alcuni neuroni e alcuni circuiti vengono selezionati sulla base dell'esposizione a certi stimoli; esse possono mantenere un continuo dialogo fra di loro (mappe rientranti), in modo da conferire continuità all'esperienza. Questo è il motivo per cui la percezione dell'esperienza attuale è influenzata dall'esperienza passata, nel senso che il soggetto mantiene in memoria, associati ad alcuni eventi, quei significati affettivi ed emotivi che sono stati legati alle primissime esperienze: con il ripetersi degli stessi eventi, o di eventi simili, il soggetto si trova ad esperire nuovamente le stesse emozioni e affetti. Questa continuità costituisce la base della cronistoria, o meglio dell'autobiografia, del bambino, la quale consente al clinico, in caso di patologia, di accedere ad elementi preziosi ai fini terapeutici. Proprio queste caratteristiche del Sistema Nervoso Centrale e della mente del bambino, che andiamo via via meglio comprendendo, insegnano al clinico a prestare attenzione non solo alle esperienze che sono state e saranno a disposizione del bambino grazie all'ambiente che lo circonda, ma anche al temperamento del bambino e all'effetto che lui stesso esercita sull'ambiente.

Se ci rappresentiamo questo processo dinamico di sviluppo nell'arco della vita del bambino, possiamo renderci conto di quanto variabili e diversi possano essere i percorsi dello sviluppo patologico, in relazione vuoi a fattori genetici, vuoi a quelli ambientali. È indubbia l'importanza del contributo che la genetica ha portato e porterà in questo ambito di studi, tuttavia, poiché il DNA cellulare contiene un numero limitato di informazioni, non tutti gli eventi dello sviluppo possono essere controllati direttamente dai geni e pertanto l'esito dello sviluppo deve intendersi come il risultato dell'interazione tra i geni e l'ambiente. Ciò significa che bisogna sempre tenere in considerazione l'azione reciproca tra bambino e contesto, nel senso che lo stato dell'uno

influenza lo stato dell'altro secondo un "modello interattivo" (Sameroff, 1996).

Quando si parla di contesto e di ambiente, naturalmente si fa riferimento anche e soprattutto a chi si prende cura del bambino. In questo senso, la Teoria dell'attaccamento di Bowlby (1980) ha fornito una cornice teorica coerente ma anche elastica, in quanto passibile essa stessa di ulteriori sviluppi. Il quadro teorico formulato da Bowlby fa riferimento a studi etologici e indica che fra il bambino e una figura preferita, o meglio da lui "discriminata" fra le altre (il cosiddetto "caregiver"), si stabilisce un legame, una relazione di attaccamento come derivato del desiderio di vicinanza, del bisogno di una "base sicura". D'altro canto, è proprio l'esperienza di avere una base sicura a permettere al bambino di separarsi gradualmente dalla figura di accudimento, di esplorare con sicurezza, di diventare curioso di conoscere il mondo, e quindi di apprendere dall'esperienza.

Le osservazioni seriali del comportamento del neonato e del bambino nei primi mesi di vita, condotte dagli psicologi dello sviluppo, hanno sottolineato l'importanza dei processi di attenzione e di percezione, di selezione degli affetti e di memoria che esprimono la versione personale dell'esperienza e che sono già identificabili in epoche molto precoci dello sviluppo. Il neonato, infatti, è dotato alla nascita di numerose competenze che lo rendono capace di interagire attivamente con l'ambiente (Diamond A., 1990); per esempio, il bambino di due o tre settimane è già capace di imitare espressioni facciali dell'adulto, oppure è in grado di riconoscere con la vista un succhiotto bitorzolato rispetto a un altro liscio con cui ha appena familiarizzato toccandolo. Il bambino dimostra, quindi, di saper integrare le informazioni che provengono dai diversi canali sensoriali tanto da poter trasferire le informazioni visive in quelle motorie (come nel primo esempio) e quelle tattili in quelle visive (come nel secondo esempio).

Sappiamo oggi (Guareschi Cazzullo et al., 1998) che il bambino non ha bisogno di un periodo prolungato di maturazione per essere in grado non solo di registrare in memoria gli eventi percettivi e di procedere nell'apprendimento, ma anche di provare emozioni che a loro volta incidono sull'apprendi-

mento stesso: per esempio, un bambino la cui figura di attaccamento sia una madre gravemente depressa, sarà esposto ad uno stato emotivo che inciderà non solo sul suo sviluppo affettivo, ma anche sullo sviluppo cognitivo, cioè sulla sua capacità di pensare. Altrettanto precocemente, i bambini acquistano una rudimentale capacità di attribuire stati mentali a se stessi e agli altri – ciò che Premack e Woodruff (1978) hanno chiamato *Teoria della mente* - e iniziano a capire che una mente può avere un'interfaccia comune con un'altra, rappresentata da segnali convenzionali o comunque comprensibili. La rappresentazione della realtà è quindi fondata sull'interazione fra sé, l'altro e il "mondo".

In questo contesto assumono particolare importanza i contributi più recenti della neurofisiologia che riguardano il *Sistema dei neuroni specchio* (Rizzolatti et al., 2004 e 2006), sistema che consente il riconoscimento, a livello neuronale, dell'azione che l'altro sta compiendo. Gli autori infatti hanno rilevato che l'osservazione di un'azione compiuta da altri, attiva in colui che osserva le stesse strutture nervose coinvolte in colui che sta compiendo l'azione osservata. I neuroni che vengono attivati "simultaneamente" sono definiti "specchio" perché l'azione osservata sembra venga riflessa, come in uno specchio, nella rappresentazione che l'osservatore elabora della stessa azione, tanto che lo specifico meccanismo funzionale che la sottende viene definito "*simulazione incarnata*". La definizione "simulazione incarnata" sembra essere particolarmente appropriata per descrivere l'effetto di esperienze precoci di affetti negativi che il bambino può sperimentare sin dalla nascita, in relazione a stress biologici o carenze affettive, esperienze queste che sembrano "marcare" il soggetto, essere cioè tanto "incarnate" nella memoria da risultare quasi indelebili. Il fatto che l'effetto di tali memorie sulla mente del soggetto sia spesso resistente alla terapia, sembra confermare ulteriormente questa ipotesi.

Si intuisce quindi la grande apertura verso nuove conoscenze avviate da queste ricerche. In particolare, si stanno aprendo nuove prospettive per la conoscenza dell'emergere del linguaggio nella specie e del suo sviluppo nel bambino. Inoltre, queste ricerche sono di grande aiuto per la comprensione della psicopatologia, in quanto costringono il clinico a



"... il bambino di due o tre settimane è già capace di imitare espressioni facciali dell'adulto..."

prendere in considerazione funzioni fino a poco tempo fa relativamente trascurate in ambito diagnostico, per esempio la memoria e l'attenzione.

Un intelligente riferimento a questi criteri dovrebbe innanzitutto farci molto riflettere sulla formulazione della diagnosi di autismo, che ha subito una pericolosa inflazione in questi ultimi anni. In secondo luogo, dovrebbe farci altrettanto riflettere sull'uso improprio di strategie terapeutiche che sono in palese contrasto con quanto continuiamo ad apprendere dello sviluppo del bambino sano. Per esempio, si tende ad esaltare alcune strategie terapeutiche (quali ad es. il Teach o la Comunicazione Aumentativa/Alternativa - AAC)) in caso di ritardi o di deficit funzionali, come ad esempio il ritardo del linguaggio. Noi sappiamo invece che in età precoce il bambino ha ancora molte potenzialità di sviluppo, e che tali potenzialità sono condizionate dall'esperienza che deriva dalla sua interazione con l'ambiente. L'uso di modalità terapeutiche altamente strutturate, basate sulla ripetizione di stimoli privi di un significato relazionale e sull'uso pressoché esclusivo di motivatori esterni, impedisce l'espressione delle potenzialità del bambino. In effetti queste procedure terapeutiche, qualunque siano le variabili metodologiche privilegiate, tendono a incrementare la rigidità del sistema stimolo-risposta secondo i canoni di una concezione ormai superata dello sviluppo. Facendo invece riferimento al dinamismo dei nuovi modelli che la ricerca ci propone, appare sempre più opportuno attivare le funzioni generalizzatrici della mente, e ciò è possibile favorendo l'iniziativa che il bambino esprime nel dare significato all'esperienza. Questo significa privilegiare la modulazione dell'attenzione e degli affetti, la memoria dichiarativa e la comunicazione narrativa in un contesto affettivo interattivo, rispetto alla scelta di attivare alcune funzioni specifiche e settoriali, come accade, ad esempio, con l'uso di tecniche comportamentiste o logoterapiche basate sull'esposizione a stimoli parziali e sulla ripetizione di suoni alienati dal significato, i quali perciò rischiano di conferire alla funzione stessa (per esempio al linguaggio appreso in questo modo) un effetto a sua volta alienante.

## Bibliografia

- Bowlby J.: *Attachment and loss*. 3 voll. New York, Basic Books, 1969-80. Trad. It. Boringhieri, Torino, 1972-83.
- Diamond A.: *The development and neural bases of higher cognitive functions*. *Annales New York Academy of Sciences*, 1990
- Edelman G.M.: *Il presente ricordato* (trad.it.). Rizzoli, Milano, 1991.
- Freud A.: *Normality and pathology in childhood*. New York, International Universities Press, 1965. Trad. it. Feltrinelli, Milano, 1969.
- Guareschi Cazzullo A., Lenti C., Musetti L., Musetti MC.: *Neurologia e psichiatria dello sviluppo*. Cap.2 "Fondamenti della patologia dello sviluppo" MacGraw-Hill, pagg 9-16, Milano 1998.
- Luria A.R.: *Le funzioni corticali superiori nell'uomo*. C.E. Giunti Universitaria, Firenze, 1967.
- Piaget J.: *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchatel, Delachaux & Niestlé, 1936. Trad. it. Giunti e Barbera, Firenze, 1968.
- Premack D., Woodruff G.: *Does the chimpanzee have a theory of mind?* *Behavioural and Brain Sciences*, 4:515-526, 1978.
- Sameroff J.: *Modelli di sviluppo e rischio evolutivo*, in Neehan C.H. Jr. (ed): *Manuale di salute mentale infantile*. Masson, Milano, 1996, pagg. 3-12.
- Rizzolati G., Sinigaglia C.: *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.



La civiltà del lavoro, che si traduce nell'assistenza organizzata ai diseredati e agli invalidi del lavoro. Particolare dell'opera scultorea "Il buon governo dell'istituzione ospedaliera" di Angelo Biancini, situata nel giardino antistante la sede amministrativa della nostra Fondazione.



# *La formalizzazione del lavoro per la salute*

ANTONIO MONTELEONE

Questo articolo – sintetico di considerazioni ben più ampie - nasce dall'essere stato specialista ospedaliero prima e, negli anni più vicini e successivi agli studi in direzione e gestione della sanità, dall'aver lavorato allo start up di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), al fiancheggiamento dello sviluppo di varie tipologie di servizi socio-sanitari e all'ideazione e concretizzazione di microprogetti di collaborazione con l'Est Europa principalmente in campo sanitario.

Tale retroterra professionale e culturale mi ha consentito non solo di conoscere teoricamente ma anche di esaminare nella pratica le diversità di configurazione giuridico-normativa, di modalità profit non profit o pubbliche di gestione (con le conseguenti inconciliabilità nella direzione), di standard strutturali tecnologici e organizzativi, di competenze richieste, di processi, di potenziamento e certificazione della qualità, di clima interno e di aspettative dell'utenza, ecc.

Ho studiato carte dei servizi, protocolli, procedure, linee guide, e mi sono occupato della loro elaborazione sperimentando la fatica nel concepirli, nel concordarli con gli organi di controllo istituzionali e nel contestualizzarli, ovverosia adattarli a precisi contesti e farli accettare dal personale coinvolto. Insomma ho constatato, in termini di fatica intellettuale psicofisica e relazionale, il peso organizzativo ed economico della formalizzazione del lavoro per la salute. Nonché la penuria di approcci comparati a tanta disuguaglianza di servizi, pur unificati dallo scopo di assistenza e salute dei cittadini, e che sta alla base delle difficoltà nell'attuazione di percorsi di continuità assistenziale e di interrelazione tra i servizi.

Tutto ciò è stato lo sfondo sia d'esperienza sul campo sia emotivo su cui recentemente si è innestato l'impatto determinante di tre convegni, nel corso dei quali gran parte dei relatori ha proposto nuove batterie di test valutativi della salute fisica mentale e relazionale, aggiornati diagrammi di flusso per la diagnosi e la terapia in linea con modernissime apparecchiature di

imaging o interventistiche, innovative forme di attuazione verifica e certificazione della qualità nelle sue molteplici estrinsecazioni.

Nel mentre i relatori parlavano, citando organismi internazionali ed esperienze validanti realizzate all'estero, e avendo interpretato il loro tono assertivo quale pressante incitamento ad adeguarsi tutti e ovunque al più presto alle novità, ho cominciato a chiedermi seriamente quanti di loro avessero un'idea sistemica delle proprie affermazioni. Intendo dire che sono rimasto perplesso se fossero in grado di comprendere le inferenze di quel che desideravano si attuasse sul piano pratico e l'effetto domino - le successioni obbligate - che avrebbe investito tutti i componenti di un sistema. Forse, mi sono risposto interiormente, si muovono in un ambito di "ricerca di base", studiano tutte le possibilità evolutive di singoli elementi lasciando poi a chi agisce nella realtà ordinaria di fare a tempo debito le scelte sistemicamente più redditizie. Perché allora tanta malcelata fretta di indurre all'adeguamento?

In una di queste tre occasioni di aggiornamento, mi sono anche alzato per porre una domanda proprio nei termini appena detti anche se con maggior diplomazia. Sorprendentemente ho ricevuto un applauso quasi generale dai molti professionisti della salute presenti in sala e sicuramente da annoverare tra coloro che abitualmente debbono addossarsi la quotidianità del creativo pensiero altrui.

Non ho potuto, ovviamente, esprimere in quella domanda tutto quello che sto per dire.

Personalmente e dopo tanto tempo trascorso sul campo e non nei pensatoi sono arrivato alla formulazione dei seguenti principi:

I. I processi di erogazione di servizi alla persona sono tanto meno formalizzabili e standardizzabili quanto maggiormente implicano l'interazione -un rapporto scambievolmente dinamico sul piano operativo ed emotivo - col destinatario.

II. I processi di erogazione di servizi alla persona che comportano una forte interazione col destinatario devono lasciare al personale di contatto la possibilità di trovare soluzioni “creative” per meglio rispondere alle esigenze individuali dei destinatari.

III. In un processo di erogazione di servizi alla persona anche i servizi fortemente interattivi e quindi molto personalizzati, finché mantengono le stesse condizioni (setting, bisogni, personale) possono essere ripetitivi e quindi “standardizzabili” ad personam, ossia senza trascrizione formale ma con possibilità di trasferimento verbale nel passaggio di consegne.

Indubbiamente la “formalizzazione” metodica e capillare migliora l’efficacia e la qualità hard dell’atto curativo e assistenziale, ma non lascia esprimere tutta la serietà di una competenza professionale, scarnifica il rapporto umano e tutela poco e male il paziente o l’ospite dagli atti inutili e sproporzionati. Il “protocollo” a volte prevale sulla presa in carico totale della situazione concreta e sul consenso del beneficiario.

La “formalizzazione” sempre più sistematica migliora realmente (ma non quanto esaltato teoricamente) l’efficacia dell’atto medico e assistenziale, ma può attenuare la peculiarità relazionale se distrae l’attenzione verso una sequenza ideale di atti di cura o di assistenza a scapito della presenza concreta, al cospetto di un erogatore di servizi, di un soggetto con la sua personalità, temperamento, idiosincrasie, sensibilità alla sofferenza e modalità di rapportarsi con gli altri. Ossia, le “formalità” nelle loro varie espressioni non andrebbero ideologizzate, nel senso che non dovrebbero essere trasformate in uno stampo rigido, entro il quale forzatamente inserire la situazione concreta, il consenso del paziente e la propria opera.

Detto diversamente: le norme razional-precettoriali nei servizi alla salute sono per sé sole prive di una completa efficacia, perché costituiscono una delle componenti, anche se spesso non eludibile, di un sistema di servizi relazionali che deve generare l’umano (una condizione innanzitutto di dignità umana) in modo più complesso che non in passato.

Le soluzioni devono essere di carattere “generativo”<sup>(1)</sup>, tenere conto delle molte variabili “umane” che intervengono in una circostanza determinata e agire per il meglio in quel momento e in quel determinato setting, facendo tesoro della propria esperienza e dell’istruzione ricevuta, essendo “autori”

del lavoro e sapendo che l’esito - successo o insuccesso - del proprio agire non è sempre prevedibile in anticipo e si può basare nel migliore dei casi solo su dati di probabilità statistica.

Inoltre, la formalizzazione dell’azione operativa presuppone:

A. Uniformità culturale, scientifica, sociale, economica in tutte le aree geografiche in cui si vuole rendere vincolante tale formalizzazione. Ma... la velocità del progresso non è la stessa neanche in una medesima regione (differenze tra provincia e provincia) e ancor meno, perciò, in una medesima nazione (differenze tra nord, centro e sud).

B. Una certa immutabilità del presente, per consolidare le esperienze che giustifichino prescrizioni e regole direttive. Ma... sempre meno tempo è necessario perché in qualche zona del mondo compaiano progressi che rendono arretrato il già acquisito<sup>(2)</sup>.

C. L’assenza di imprevisti. Ma... una certa casualità è insita nella condizione umana e il futuro ha come suo tratto distintivo l’insolito, infatti si cerca di tracciare ipotesi di prevedibilità tramite scenari molto diversi tra loro.

D. L’egemonia della razionalità. Ma... viviamo in un’epoca in cui sono i trends a dettare legge, e i trends si servono della razionalità per conseguire obiettivi nati in ambito emotivo o passivamente emulativo.

E. Un operatore piuttosto passivo le cui azioni scorrono lungo binari prestabiliti: più che pensare applica. Ma... come si concilia ciò con l’autonomia e la conseguente responsabilità etica, scientifica, comportamentale? Come si concilia ciò con la governance clinica, che mette l’accento sull’autonomia professionale non in senso astratto ma dei concreti professionisti agenti in un determinato ambiente?

F. Costringere a una qualità elevata e costante. Ma... nei servizi alla persona la qualità non può essere persistente. Realizzando essi fondamentalmente un incontro tra individui, conta molto l’esperienza vissuta, in un tempo e in un luogo concreti, sia da parte di chi eroga il servizio sia da parte di chi ne beneficia. Esperienza legata a condizioni contingenti e soggettive, anche di malessere, di cattivo umore e di differenti criteri di apprezzamento delle circostanze, che danno luogo spesso a fenomeni di beneficiari di una medesima prestazione e quasi conco-

mitanti ma in contrasto tra di loro nei giudizi sulla performance dell'operatore.

In altri termini, la ricerca esasperata di ridurre l'incertezza, imprigionandola non tanto in consigli di buone prassi ma in precetti, si risolve molte volte in un tradimento della realtà. Non voglio a questo punto farmi seguace di Eraclito per sostenere che "tutto scorre" e il mondo vada tutto relativizzato, affermazioni che rappresenterebbero l'esaltazione dell'indeterminatezza, ma unicamente rilevare l'importanza di mettere d'accordo la regolazione delle esperienze con la legittima e auspicabile discrezionalità del professionista o di ogni altro operatore di fronte al caso singolo in una definita circostanza di luogo e di tempo.

Prendo spunto esemplificativo dalle normative sulla tutela della riservatezza. Normative che, costruite su un abbondante sottofondo di pessimismo circa la serietà di moltissime persone in molteplici ambienti lavorativi, vogliono enunciare in termini cogenti e dentro una ragnatela di procedure quella che per molti aspetti, salvo alcuni elementi opportunamente sottolineati nella legge, è e deve rimanere buona educazione.

Se ne trae quasi la convinzione che si creino a tavolino regolamenti su situazioni ipotetiche, sovente progettate da una fantasia pesantemente disfattista ("l'inferno sono gli altri!": direbbe Sartre), segnata da una burocrazia di stampo neosovietico e priva di percezione pratica della vita. Sembra in certi momenti che si proceda con scarso rigore, vale a dire senza piena consapevolezza dei comportamenti umani e del dovere d'incoraggiare l'autoresponsabilità, e valutando poco o niente l'impatto in regime di routine di certe soluzioni del problema, che alla resa dei conti si rivelano meno sostenibili del problema stesso.

Piuttosto che considerare in che modo è abitualmente affrontata la questione in oggetto, quali sono i punti maggiormente critici e i rimedi da proporre senza far collassare l'impianto generale di uno o più servizi, con quali costi e benefici umani prima che economici, con quali interferenze rispetto ad altre esigenze ugualmente importanti, ecc.; sembra si tenda a fare al contrario, a studiare una situazione ideale ultima e decontestualizzata che garantisca totalmente, sulla carta, il postulato di partenza e si definisce una regola, magari tramutabile in legge, per arrivarci.

Non allontanandosi dal tema della riservatezza, non

c'è il rischio di abolire, perché proibito, un rapporto umanizzato? Non si mette a repentaglio tutto l'effetto positivo di un coinvolgimento familiare nelle cure e nell'assistenza (la sbandierata alleanza terapeutico assistenziale), al punto da poter preconizzare un futuro con pazienti da non poter vedere, né toccare e cui è dato il diritto di non rispondere anche se hanno deciso di porsi davanti a un professionista?

Una simile visione procedurale intorpidisce l'intuizione - anche quella clinica -, comporta una segmentazione del sapere e dell'agire con eterogenesi dei fini da conseguire (efficienza, efficacia, appropriatezza, qualità dinamica, ecc.), in quanto viene meno la globalità della persona e del processo assistenziale-curativo. Ciascun aspetto finisce con l'andare avanti disgiuntamente verso obiettivi di perfezione assoluta, così che tutto si colloca sul medesimo piano d'importanza: è abolita la logica della gradualità e dell'integrazione che definisce le priorità (e a volte le necessarie pause) per ottimizzare l'assistenza globale e l'allocazione delle risorse.

Va pure preso in considerazione che velocità e tasso sociale d'innovazione sono più rilevanti nelle regioni più avanzate, esattamente quelle più portate alla formalizzazione, vale a dire a cristallizzare un presente che proprio presso di loro dura poco.

La propensione a formalizzare il lavoro per la salute si spiega principalmente con i seguenti fatti:

- Necessità da parte della Pubblica Amministrazione di garantire e accertare legalità e livelli equi d'assistenza e cura, nonché definire e vigilare il buon uso della redistribuzione della fiscalità generale. Lo si consegue mediante standard e indicatori per l'autorizzazione e per l'accreditamento che tutelino e promuovano l'efficacia, l'efficienza, l'accessibilità, l'appropriatezza nelle attività e prestazioni, la continuità assistenziale, la promozione di un sistema di qualità dinamica in continuo esame e perfezionamento, la verifica dell'attività svolta con le professionalità adeguate e dei risultati raggiunti.

- Ingresso nel mercato della salute di società di certificazione della qualità, che variando costantemente criteri e indicatori legittimano la propria permanenza. Mi consento una breve digressione a questo riguardo. Tali società hanno una spiegazione genetica laddove sussiste una reale competizione nell'offerta e la Sanità è quasi esclusivamente demandata a privati. In

Italia, com'è stato detto al punto precedente, le disposizioni e i controlli istituzionali impongono e verificano seriamente avanzati e diversificati fattori qualitativi. Per giunta talune Regioni incentivano con remunerazione extra l'incremento della qualità: vedi a riguardo il DGR 17617 della Regione Lombardia sulla qualità aggiunta dell'offerta delle RSA. Pertanto il ricorso a società di certificazione esterna, in particolare se effettuato da parte di strutture pubbliche o strettamente connesse col pubblico, difficilmente si giustifica in termini di corretta gestione e getta un alone di sfiducia sul corretto svolgimento di doveri e compiti istituzionali e sulla società scientifiche e le associazioni professionali di cui le istituzioni si avvalgono. Simile ricorso si potrebbe giustificare in caso di offerta a forte innovazione o per contrastare viaggi fuori zona, ossia per finalità prioritariamente di comunicazione o marketing e solo secondariamente di evoluzione qualitativa.

- Il progresso incrementa ambizioni intellettuali e con esso la voglia di arrivare prima degli altri, anche nella formalizzazione scientifica e in quella operativa, senza considerare, per assenza o trascuratezza della visione sistemica, in quali scenari - reali o virtuali - tali traguardi si dispongono.

- Il processo di *entitlement* e di *empowerment* dei cittadini in ordine ai loro diritti, soprattutto nelle aree a più elevato tenore di vita, ha portato a rivendicazioni esasperate. Rivendicazioni rivolte non solo a ottenere cure adeguate, ma anche a vedere corrisposti i semplici desideri di star meglio, rispetto a una condizione ritenuta insoddisfacente sulla base di parametri soggettivi e non oggettivi. Per fare contrasto a tali rivendicazioni, spesso sfociate in denunce, il medico utilizza la formalizzazione come trincea da cui difendere le sue posizioni di fronte ai giudici. Rinuncia all'autonomia professionale per sopportare minor onere legale.

Infine bisogna sempre aver presenti le specificità dei singoli servizi e non fare indebite trasposizioni. Riporto qualche esemplificazione qui di seguito.

Nell'ospedale prevale l'utilizzo in un arco di tempo breve di un servizio più o meno complesso lungo un processo diagnostico e curativo a discrete o alte tecnologie e preparazione professionale. Nella RSA prevale, in un arco di tempo che oscilla da almeno

un mese a vari anni, e in un ambiente a ridotta tecnologia e competenze professionali snellite, la condivisione esistenziale e la relazione significativa.

Lì c'è un problema acuto da risolvere, qui c'è fondamentalmente da seguire e accompagnare le realtà spicciole della vita quotidiana. Lì è la professionalità che è fruita e cura in un ambiente dove i professionisti in attività sono di casa, qui la professionalità ha pochi, anche se importanti momenti, ed è la convivenza con ospiti che si sentono a casa loro a dover curare o accompagnare il decadimento psicofisico. Lì si giustifica un discreto rigore procedurale per conseguire rapidità, efficienza ed efficacia, qui la rigidità si scontrerebbe con la quotidianità di vita da proteggere. Lì un'attitudine a chiudersi a guscio - senza esagerazione - protegge il sistema nei suoi ingranaggi finalistici, qui occorre atteggiarsi ad organismo vivente in osmosi empatica con le persone circostanti.

In entrambe le circostanze precedenti non si deve mai scadere nello "spazio della norma", ossia uno spazio comune tra molte persone dove anziché creare relazioni, il cui senso principale sta nel ritrovarsi insieme come essere umani e il ruolo rimane in secondo piano, emergono invece scambi consumistici di beni e servizi senza mai superare l'interfaccia tra la funzione sociale e l'ambito personale. Chi invece è consapevole di occupare uno "spazio del valore o relazionale" è se stesso, narra se stesso nel mentre svolge dei compiti, attivi o passivi che siano, e non si arrocca dentro la gabbia dei doveri o dei diritti instaurando con gli altri un mero linguaggio procedurale senza reale interesse o rispetto e senza riconoscer loro valore professionale o di altri se stesso.

#### **Bibliografia**

1 - Pierpaolo Donati, *Il problema dell'umanizzazione nell'era della globalizzazione tecnologica*, in *Prendersi cura dell'uomo nella società tecnologica*, EDIUN AsRui, Roma 2000

2 - Daniel Innerarity, *El futuro ya no es lo que era*, *Nuestro Tiempo* n° 538, Aprile 1999

# *L'Ufficio Tecnico di un grande ospedale*

SANTO DE STEFANO

Numerosi sono i compiti di un Ufficio Tecnico di un grande ospedale. Uno dei principali è dare attuazione agli interventi richiesti dalla Direzione Sanitaria, sia quelli necessari per l'adeguamento delle strutture e degli impianti alla normativa vigente e ai requisiti di accreditamento delle attività sanitarie, sia a quelli relativi al miglioramento delle condizioni di sicurezza dei dipendenti dell'Ospedale all'interno delle strutture in cui operano.

Deve, inoltre, assumersi la responsabilità del procedimento di tutti gli interventi, di piccola o grande entità, dallo specifico intervento di manutenzione, a progetti di più ampia complessità, fino alla demolizione ed alla ricostruzione di interi padiglioni.

Si deve incaricare della funzionalità delle strutture edilizie, della condizione della circolazione interna e della segnaletica di sicurezza, di adottare misure tecniche che non compromettano la salute della popolazione e che non deteriorino l'ambiente esterno.

Individua i casi particolari in cui le operazioni di manutenzione comportano la cessazione dell'attività di lavoro e, quindi, la necessità di un isolamento dell'area interessata a tutela di lavoratori e utenti.

Effettua acquisti in coerenza con gli indirizzi della Direzione Sanitaria e del Servizio di Prevenzione e Protezione secondo specifiche di protocollo. Si occupa della manutenzione generale delle strutture e degli impianti della Fondazione.

Questi compiti sono diventati tanto più numerosi e delicati nel momento in cui è stata costituita la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, con il conseguente inserimento, tra le strutture da gestire, dei padiglioni Mangiagalli, Devoto, Alfieri, De Marchi, Regina Elena e Bergamasco, che si sono aggiunti ai già

oltre trenta padiglioni facenti parte del complesso di via Sforza e di via Pace. È stato allora necessario unificare i sistemi di gestione delle strutture e di manutenzione delle stesse, provvedere all'integrazione del personale, duplicare i rapporti con le Direzioni Mediche di presidio, far fronte a nuove e diverse esigenze derivanti da attività sanitarie differenti, capire e far proprie le modalità consuete nei rapporti con gli utilizzatori interni e con i fornitori esterni, tendere per passi calibrati a uniformare quanto più possibile, senza però snaturare le caratteristiche precipue delle due strutture organizzative. E tutto ciò anche attraverso una serie di passi formali quali i recepimenti di determinazioni, di aggiudicazioni, di appalti in essere, di progetti e capitolati.

L'Unità Operativa (U.O.) Funzioni Tecniche della Fondazione è composta da un gruppo di persone chiamate ad assolvere compiti differenti, secondo le singole competenze e capacità professionali; di norma sono coinvolti vari settori, da quello edile, a quello idraulico, elettrico e impiantistico. Fanno parte del sistema di gestione di manutenzione operai specializzati, addetti alle operazioni di riparazione e manutenzione, a loro volta coordinati da capi operai, tecnici abilitati, progettisti e funzionari amministrativi. L'organico della U.O. Funzioni Tecniche, dopo la fusione con parte degli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP), è composto da due ingegneri, un architetto, quattro geometri, quattro periti industriali, un laureato in giurisprudenza, quattro amministrativi, un commesso e dal personale delle officine (42 unità). Quest'ultimo presente in Ospedale (per entrambi i presidi) 24 ore su 24 garantisce, oltre ai normali interventi diurni, le emergenze notturne, il servizio di pronta reperibilità e la partecipazione al Gruppo Operativo Mobile previsto dal piano di emergenza aziendale.

L'Ufficio è strutturato per gestire autonomamente tutte le procedure amministrative previste dalle normative vigenti. Esplica infatti, con proprio personale, gare di progettazione, gare di appalti di lavori pubblici sotto e sopra soglia, gare di fornitura, gare di servizi, attraverso pubblici incanti, licitazioni private, trattative private, assegnazioni dirette (ove consentito dalle norme). Le procedure vengono seguite dagli studi di fattibilità e attraverso le pubblicazioni dei bandi, l'espletamento delle sedute di gara e il controllo delle documentazioni, sino alla stipula dei contratti.

L'U.O. Funzioni Tecniche procede anche alla redazione di progetti preliminari, definitivi ed esecutivi per interventi di piccole e medie dimensioni. Per interventi di elevata rilevanza sceglie, attraverso le procedure di gara, gli studi di progettazione esterna con i quali poi collabora strettamente per la redazione dei progetti.

L'ufficio si occupa anche di particolari prestazioni o servizi, quali la presentazione di pratiche edilizie e catastali o la richiesta di pareri preventivi presso l'ASL (al fine degli accreditamenti o certificazioni di qualità); anche in questo caso è talora richiesta un'elevata esperienza specifica nel campo e, dunque, risulta necessario avvalersi della consulenza e della collaborazione di liberi professionisti esterni.

Risulta chiaro che l'U.O. Funzioni Tecniche debba collaborare strettamente con la Direzione Sanitaria, il Servizio di Prevenzione e Protezione e le U.O. interessate dai vari interventi in atto o programmati. Tiene, inoltre, stretti contatti con il Comune di Milano, il Settore di Programmazione dell'edilizia sanitaria della Regione Lombardia, la ASL, la Soprintendenza ai Beni Paesaggistici ed Architettonici, la Soprintendenza ai Beni Archeologici con i quali si rapporta per l'ottenimento degli atti autorizzativi necessari per l'inizio dei vari lavori.

Se in passato esistevano squadre interne che, in modo autonomo, gestivano ed eseguivano quasi tutti gli interventi di manutenzione edile e impiantistica, con gli inevitabili pensionamenti e le difficoltà di assunzione, il numero degli addetti alle officine, nel tempo, è diminuito e, con esso, anche l'apporto diretto all'esecuzione dei lavori. Attualmente, dunque, ci si avvale anche di impre-

se esterne che, aggiudicatesi il lavoro tramite gare d'appalto, eseguono, su progetti redatti internamente (o esternamente), con la supervisione e la direzione del personale dell'U.O. Funzioni Tecniche, la maggior parte degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

In ultimo, nel caso di affidamento di lavori a ditte esterne, l'Unità Operativa Funzioni Tecniche, qualora l'oggetto del contratto dell'appalto sia di sua competenza, esercita un attento controllo e coopera all'attuazione delle misure e al coordinamento degli interventi di protezione e prevenzione dei rischi.

I settori ai quali corrispondono le imprese che eseguono le manutenzioni sono: gli ascensori, le tinteggiature, le opere edili, gli impianti elettrici e termomeccanici, le opere da fabbro, falegname, vetraio, gli impianti di condizionamento, le opere idrico-sanitarie, le autoclavi, gli impianti gas-medicinali, il verde.

Sinora per la maggior parte di interventi si è proceduto a una manutenzione "su chiamata", ma con la continua ristrutturazione di aree dei vari padiglioni e, quindi, con la conseguente diminuzione del numero di chiamate, ci si orienta sempre più verso la manutenzione programmata e preventiva.

Questa è già in atto per impianti e apparati rilevanti quali: gruppi elettrogeni, gruppi di continuità (ups), rilevatori di fumo, sottocentrali termiche, impianti termici, di condizionamento ed elettrici in ambienti particolari e impianti di gas medicinali.

La manutenzione "su chiamata" è regolamentata tramite una procedura inserita all'interno del sistema di qualità aziendale "gestione delle esigenze", che permette di monitorare tutte le richieste di intervento e i loro esiti, ottenendo anche dei report statistici sul numero, le tipologie e le tempistiche di intervento e le percentuali di incidenza delle singole voci sul totale. Nel 2004 le richieste di intervento sono state complessivamente circa 8950, nel 2005 sono state 8838 e nel 2006 la proiezione porta a stimarle intorno a 8300 (ad oggi sono 4103). Sul totale delle richieste quelle edili incidono per circa il 51%, seguite dalle elettriche (31%), idrauliche (13%), di condizionamento (2,5%) e, per la restante parte ripartite tra gas medicinali, riscaldamento e varie.

Il database ci consente anche di verificare da quali reparti arrivino il maggior numero di chiamate e in particolare la loro tipologia: sistema che ci permette di programmare interventi risolutivi a riguardo di problematiche esistenti in determinati luoghi.

Quest'ultima risulta ormai la strada intrapresa al fine di diminuire il numero di chiamate e cioè eseguire interventi completi che portino all'ammodernamento delle strutture e degli impianti.

In tale ottica, e considerando le esigenze dell'Amministrazione, derivanti dall'accordo di programma e dalla fusione con parte degli ICP, da qualche anno si sta operando per eseguire ristrutturazioni complete necessarie all'umanizzazione delle degenze, all'adeguamento delle strutture alle normative vigenti e ai requisiti di accreditamento e, infine, agli accorpamenti e ai trasferimenti di attività. Postosi il problema di quale strumento utilizzare per l'esecuzione di tali lavori, non risultando le manutenzioni ordinarie certamente il mezzo più adeguato a tale necessità, sono state espletate procedure di gara attraverso le quali poter appaltare più interventi di medie dimensioni a un'unica impresa, con il risultato di un notevole risparmio di tempi e di risorse.

Questa modalità, ormai positivamente sperimentata da un paio di anni, pur trattandosi di una vera e propria novità all'interno delle Pubbliche Amministrazioni, è risultata certamente vincente e ha consentito di procedere contemporaneamente nell'esecuzione di interventi di ristrutturazione presso vari reparti.

Inoltre, con il mese di settembre si è dato avvio alla ricostruzione del padiglione Monteggia con un anticipo di un mese rispetto al cronogramma presentato al Consiglio di Amministrazione. Presumibilmente entro la fine dell'anno in corso si inizierà la demolizione del padiglione Pasini, in vista della realizzazione del nuovo Dipartimento di Emergenza Urgenza. Quest'ultima contempla la costruzione di un nuovo edificio e la ristrutturazione del Guardia Accettazione.

In tutti i settori essenzialmente indicati e illustrati da chi scrive, gli interventi richiesti ed eseguiti nelle rispettive annate, significativamente nel 2005 e 2006, raggiungono un numero altissimo. Impossibile elencarli qui (il lettore attento lo può immaginare).

L'impegno richiesto nell'ambito di un grande Ufficio Tecnico ospedaliero e degli estesi settori che vi gravitano è quotidianamente enorme e impone volontà e collaborazione costante.

# *I fantasmi negli archivi*

CRISTINA CENEDELLA

Gli archivi, nella loro più vasta accezione, e i documenti in essi conservati, sono una categoria un po' speciale tra i beni culturali e hanno rappresentato troppo a lungo, nel panorama italiano, se mi si consente il termine, la "cenerentola" del settore.

È certamente inutile nascondere il fatto che, per loro stessa natura, i documenti d'archivio siano decisamente meno appariscenti di altre categorie di beni culturali: come potrebbe competere una mostra documentaria di fronte al susseguirsi scenico di quadri e sculture di una mostra d'arte?

I documenti e gli archivi sono oggetti e luoghi molto più discreti, appannaggio, sino a non molti decenni fa, di solitari ricercatori e "polverosi" archivisti.

Da alcuni anni a questa parte è invece maturata in modo più adeguato la consapevolezza non solo dell'importanza degli archivi, quali testimonianze uniche e irripetibili della storia umana, ma anche della necessità di promuoverne meglio la conservazione, la fruizione e la valorizzazione.

Il documento d'archivio non serve più solamente per la testimonianza storico-giuridica di fatti e circostanze; non è più solo un oggetto "ancillare" delle più nobili scienze storiche: il documento d'archivio è di per se stesso un bene culturale da tutelare e fare conoscere al meglio possibile.

Un progetto concepito dalla Regione Lombardia nel 1998, intitolato *I documenti raccontano*, ha permesso di valorizzare gli archivi in una forma, se non esattamente nuova, per lo meno diversa.

*I documenti raccontano* è un progetto grazie al quale le "storie" presenti e nascoste nei documenti degli archivi possono uscire allo scoperto e riescono a farsi raccontare, come soggetti privilegiati di racconti e perfino di romanzi.

È a tutti evidente come non sia davvero un concetto nuovo il fatto che i documenti d'archivio costi-

tuiscono una fonte preziosa per gli scrittori e i narratori in genere, così come, d'altra parte, non è una novità l'immaginario che il lavoro dell'archivista ha da sempre comportato: tenere gli archivi in buon ordine, renderli consultabili mediante la redazione di inventari, di titolari e di strumenti di corredo, aprire le sale di consultazione agli studiosi.

Che gli archivisti stessi, dal quotidiano lavoro di tutela a loro da sempre attribuito, abbiano potuto diventare i "narratori" dei documenti da loro stessi custoditi, invece, è un nuovo concetto, maturato con *I documenti raccontano* a Milano ed "esportato" ormai in molte altre realtà archivistiche.<sup>(1)</sup>

I documenti d'archivio, dunque, non sono solo le fonti per le ricerche degli storici, per gli studiosi dell'arte e di ogni altra disciplina umanistica; i documenti, a ben vedere, imprigionano anche storie e fantasmi, la cui caratteristica è quella di essere stati inconfutabilmente "reali": i fatti e le vicende descritti sono concreti e sono appartenuti a individui realmente vissuti.<sup>(2)</sup> Gli archivi e i loro documenti sono i testimoni (a ben guardare non più molto "silenziosi") di migliaia di vite e di vicende trascorse.

Non è questa la sede per riproporre racconti già editi, ai quali rimando volentieri il lettore.<sup>(3)</sup>

Vorrei qui cercare soltanto di fornire alcuni spunti, prendendo a modello una tipologia di documento molto presente negli archivi, i testamenti e gli inventari, e cercando in essi nuove opportunità e nuove angolazioni di lettura.

Prendiamo ad esempio un inventario d'eredità.

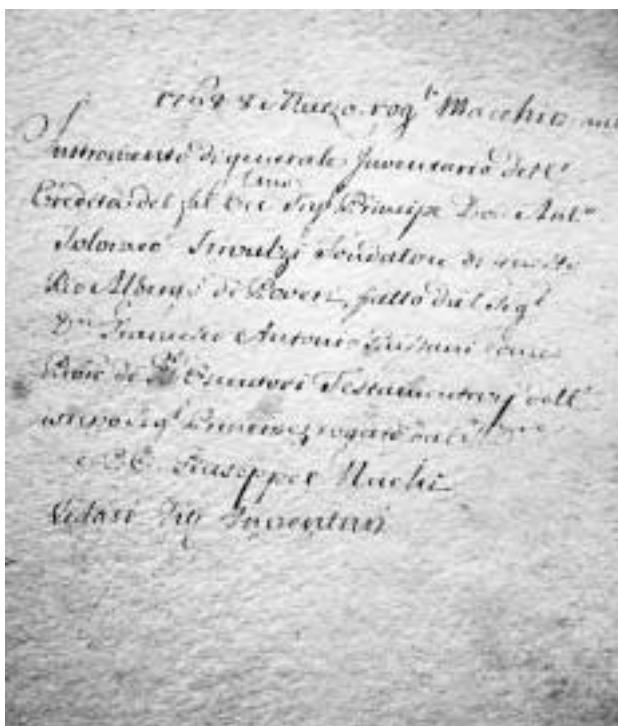
Nel novembre 1435 moriva a Genova il commissario ducale Opizzino de Alzate, vittima della rivolta dei cittadini contro la città viscontea, da lui rappresentata. Opizzino era stato condottiero al servizio del duca di Milano, Filippo Maria Visconti, e aveva ricoperto anche diversi incarichi diplomatici



e di governo. Crudele, testardo e infaticabile soldato (così lo descrivono le fonti), non pensando di essere vicino alla morte, non aveva lasciato testamento. I suoi beni, perciò, furono oggetto di un accurato e scrupoloso inventario e di successive contese tra i due figli. <sup>(4)</sup>

Fonte per uno studio socio-economico di una famiglia nobile milanese del primo Quattrocento, questo inventario, tuttavia, ci introduce anche nel mondo personale di Opizzino: al di là degli incarichi ufficiali e del “*mestiere delle armi*” che esercitava, egli aveva una vita privata, una famiglia e dei figli. Gli oggetti, i mobili e i beni della sua casa possono raccontarci non solo il tenore di vita e lo status sociale raggiunti, ma anche le inclinazioni, il carattere e talvolta la visione della vita.

Ad esempio sappiamo dalle fonti che il nostro condottiero, una volta conquistata una solida posizione alla corte ducale (con relativi appannaggi), decise di cambiare la propria abitazione, scegliendo una casa più grande, con una torre “da nobile”, emblema della condizione sociale ben consolidata. La casa è quella descritta nell’inventario: otto camere spaziose, quasi tutte provviste di caminetto, una grande sala e la cucina.



Inventario dell'eredità del principe Antonio Tolomeo Trivulzio (1769).

La ricchezza degli ambienti era notevole per l'epoca e può far trapelare, con certezza, il desiderio profondo di Opizzino di far bella mostra della sua agiatezza alla cittadinanza e soprattutto agli invitati, ai conoscenti della sua cerchia, ai suoi pari.

Era un ambizioso, il nobile Opizzino, che esibiva a tutti il suo stato sociale? Parrebbe di poter rispondere decisamente di sì. Ed ecco che, dai freddi documenti d'archivio, apparentemente asettici inventari notarili, ci appare il “fantasma” stesso del condottiero.

Gli oggetti e i mobili parlano per lui: cassapanche dipinte e intagliate, letti a baldacchino con materassi e sovramaterassi di piuma, coperte di pelliccia, credenze e una quantità inconsueta di lenzuola, coperte, stoffe e corredi in genere.

Nella stanza della torre, la più ricca, forse quella di rappresentanza, troneggiavano, oltre a una campana di bronzo, una pelle di leopardo, dodici candelabri, vasi di alabastro, tappeti, un reliquiario argenteo con “il corpo” di S. Onorato, arazzi a vari riquadri con scene diverse (valutati in inventario una somma letteralmente astronomica per l'epoca) e poi mantelli, corredi, coperte di pelliccia.

Così lo stesso desiderio di mostrare la propria ricchezza si rivela negli arredi della grande sala, dove sono enumerati sedie, credenze e ben otto cavalletti con relative assi, segni evidenti che in casa venivano allestiti tavolate e banchetti.

La cucina era ben fornita degli utensili necessari: caldaie, ventun pentole di rame, numerosi paioli di peltro e diversi altri utensili non specificati.

Il lusso che il condottiero si permetteva, concerneva anche i suoi figli, Filippo e Maddalena (con il marito Ambrogio), tutti residenti nella casa paterna. Nella contesa per la divisione dei beni, Filippo venne condannato a restituire alla sorella alcuni capi di vestiario indebitamente tenuti. In questo breve elenco si coglie, forse ancor di più che nel padre, il desiderio di sfoggio di Maddalena de Alzate.

I suoi vestiti parlano di lei e del suo status sociale, secondo il quale poteva esibire un mantello bruno foderato di pelo nero, un mantello di seta scarlatto e uno di damasco nero, un mantello invernale di drappo londinese, foderato di volpe e un secondo, sempre di lana londinese, foderato di lupo, un mantello in damasco foderato di martora, una pelliccia di

martora con le maniche e un'altra di vari colori. E ancora: due vestiti di drappo di seta, uno verde chiaro e l'altro verde scuro, un vestito di velluto cremisi e tre vestiti di fustagno bianco. E questi erano solamente i capi di vestiario che il fratello avrebbe dovuto restituirle!

La curiosità di sapere come fossero realmente e quali fogge avessero questi vestiti, appassionerebbe, a questo punto, chiunque. Viene istintivo immaginarsi questa nobildonna camminare per le viuzze contorte della Milano medioevale e forse elargire delle monete ai mendicanti accovacciati alle porte della cattedrale.

E viene in tutta onestà da chiedersi anche che aspetto avessero e come passassero il loro tempo Maddalena e il fratello Filippo.

Di chi potevano essere le altre pellicce ritrovate in casa, una di volpe e una di lince, i cappelli e gli altri mantelli citati?

Di sicuro le due paia di guanti foderati di pelo di martora erano di Filippo, ritrovati nella sua stanza, così come gli unici libri annotati nell'inventario. Si tratta di una Bibbia, un commento all'opera di

Dante, un volume con le tragedie di Seneca ed uno con le commedie di Terenzio, un volume di un non meglio identificato Uguccone (Uguccone da Lodi?) e altri quattro il cui titolo non è stato esplicitato. Si trattava, ovviamente, di codici manoscritti, prodotti da qualche copista del primo Quattrocento, dei quali possiamo ipotizzare anche, probabilmente, il costo elevato, tanto che il notaio stesso, nell'inventario, non seppe quantificare. Nel Medio Evo, infatti, il libro era un bene di lusso, paragonabile a gioielli e stoffe preziose: attraverso lo studio delle vicende economiche dei manoscritti emerge l'immagine della società italiana benestante, popolata da ecclesiastici, notai, giuristi, signori, medici, mercanti e studenti.<sup>(5)</sup>

Filippo, oltre a essere un benestante, era dunque una persona colta? Di sicuro amava la letteratura, considerati i titoli dei suoi volumi.

Una interessante ricerca compiuta da Carla Bozzolo per il CNRS francese, ha riportato alla luce la presenza e la struttura delle biblioteche familiari dei notabili cittadini della cittadina fiamminga di Tournai alla fine del XIV secolo, partendo proprio dalla lettura dei testamenti. I volumi lasciati in eredità erano quasi esclusivamente di carattere sacro: bibbie, breviari, libri delle ore etc., mentre solo sporadicamente compaiono libri di letteratura.<sup>(6)</sup>

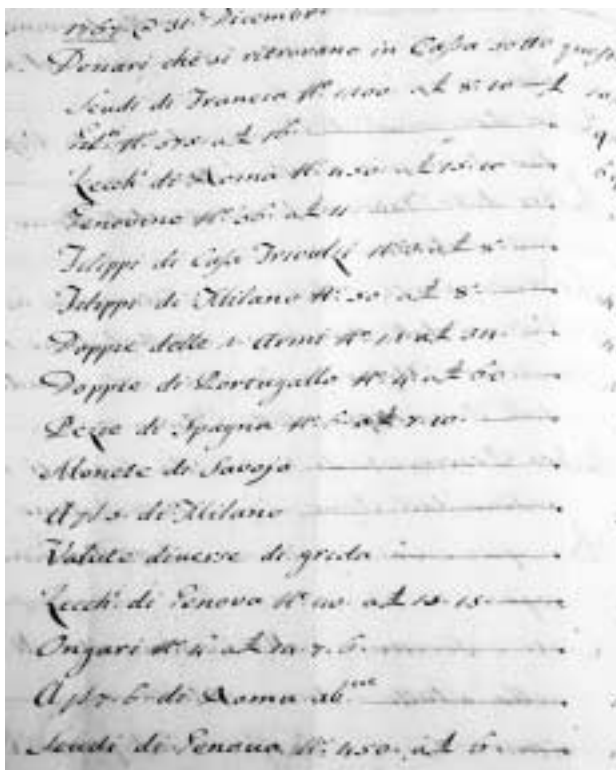
Dunque Filippo era davvero appassionato alla letteratura; forse aveva frequentato la scuola di grammatica. Ma che lavoro svolgeva?

Di lui le fonti non ci rivelano altro se non il fatto che, dopo la morte del padre, si trovò fortemente indebitato con la sorella a causa di somme da lui riscosse in vendite e transazioni (dall'imbottito del fieno, ai fitti livellari), che, con ogni evidenza, non aveva poi spartito con Maddalena.

Quest'ultima, inoltre, aveva pagato anche per il fratello tasse, gabelle e balzelli e la somma prevista per il mantenimento dei due figli naturali del padre. Ecco, infatti, che alla morte di Opizzino, nell'inventario e in qualche documento successivo compaiono i fratellastri Cristoforo e Martino: un vero colpo di scena per un archivistista narratore!

Filippo era forse un imbroglione, che si disinteressava della sorella e dei fratellastri, trattenendo per lui solo tutto il denaro che riusciva a incamerare?

Le fonti non ce lo dicono palesemente; forse ce lo suggeriscono sottovoce.



Inventario dei denari rinvenuti in casa del principe.

Ad ogni buon conto il tutto finì in un arbitrato amichevole, nel quale venne stabilito che per soddisfare i crediti di Maddalena, Filippo avrebbe dovuto cedere a lei e al marito tutti i beni posseduti dal padre a Monticello, compresi il mulino, i pascoli, i boschi e gli incolti, oltre agli affitti livellari percepiti per alcune case in Milano.

La faccenda, però, non si concluse tanto tranquillamente nel 1437!

Ancora 5 anni più tardi Filippo non aveva pagato i suoi debiti e, di lite in lite, finì per rimetterci anche tutti i possedimenti di Marzano, nell'episcopato di Lodi, che passarono in proprietà a Maddalena e al marito. Non aveva neppure provveduto al mantenimento dei due frateLLastri, uno dei quali nel frattempo era morto.

Da uno dei tanti documenti di arbitrato amichevole tra le parti si scopre che Cristoforo e Martino, i due frateLLastri, avrebbero dovuto essere mantenuti alla scuola di grammatica sino all'età di 22 anni e in seguito provvisti della somma di 6.000 fiorini e di una sufficiente quantità di suppellettili, mobili, oggetti derivanti dall'eredità del condottiero.

Dunque: Filippo era uno sfaccendato, che non si interessava agli affari di famiglia, o soltanto un uomo sfortunato?

I documenti d'archivio non ce lo rivelano, ma ci concedono un'ultima supposizione: egli aveva un grosso debito con un mercante per una partita di lana grezza che non aveva mai pagato. Forse Filippo svolgeva lo stesso lavoro dei suoi parenti di altri rami familiari, che erano grandi mercanti di lana, con filiali a Londra, Valenza e Bruges. O forse no: un solo documento non può testimoniare con alcuna approssimazione il fatto che lui fosse un mercante.

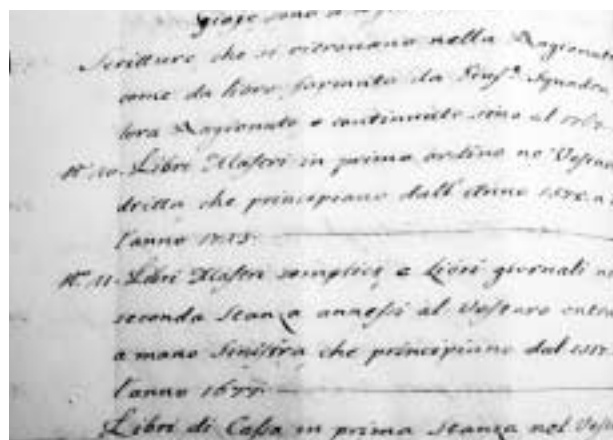
È davvero molto più probabile che fosse un perdigiorno, al quale nemmeno il padre, quando era in vita, delegava gli affari di famiglia.

Un dato di fatto che emerge dalla documentazione d'archivio, infatti, è che gran parte dei negozi giuridici condotti da Opizzino vivente, vennero fatti per procura, grazie ai servigi del genero, Ambrogio de Cismuschulo.

Il condottiero, infatti, rimaneva assente da Milano per lunghi periodi, mesi e a volte anni, durante i quali o era in guerra o svolgeva delicati compiti



Inventario della biblioteca del principe e dei suoi documenti d'archivio



governativi. I suoi affari, che consistevano soprattutto nell'acquisto e nella messa a reddito di terreni, case e intere possessioni nelle zone più redditizie della campagna lombarda, vennero svolti con delega al suo procuratore generale, Ambrogio, marito della figlia.

Era davvero così bravo costui da meritarsi la fiducia di un uomo potente e temibile come il commissario ducale? Oppure era riuscito a ingraziarselo sposandone la figlia?

In ogni caso non si fa cenno mai, nei documenti, a una possibile attività di Filippo come curatore degli affari paterni e di famiglia.

Esistevano dunque reali problemi che ostavano alla partecipazione attiva di Filippo nella gestione dell'economia familiare.

Fin qui le fonti. Filippo in effetti dovette cedere quasi tutte le proprietà ereditate, ma a questo punto

un vuoto di notizie (cioè di documenti d'archivio) lo circonda e lo avvolge nel più fitto dei misteri. Che fine avrà fatto Filippo de Alzate, figlio del nobile ed egregio Opizzino?

\* \* \*

L'esempio sopra riportato testimonia di come si possa analizzare una manciata di documenti da un particolare punto di vista, grazie al quale riescono ad affiorare dai secoli passati storie, fantasmi e vite vissute.

Raccontare le storie nascoste nei documenti d'archivio, però, non è operazione semplicissima, perché occorre liberarle dal linguaggio giuridico o amministrativo nel quale sono calate. Così come occorre liberarle dallo stile tecnico-scientifico della saggistica storica.

Apprendere le regole della scrittura narrativa è stato, dunque, il passo necessario: mettere insieme le conoscenze derivate dal lavoro d'archivio e la capacità di raccontare una storia è stata la carta vincente di questo progetto.

E non è stato davvero molto facile per gli archivisti novelli aedi, perché raccontare non è inventariare documenti, né descriverli, né classificarli. È, invece, farli parlare di tutto quello che nascondono nelle pieghe polverose.

E i documenti che sonnacchiano oggi negli archivi, sanno che, un giorno o l'altro, verrà il loro momento di farsi conoscere.

Quante storie saranno nascoste nelle migliaia di faldoni dell'archivio dell'Ospedale Maggiore? Quanti fantasmi, quali drammi familiari, che ingiustizie o che magnificenze si celano tra le carte di un ente tanto antico e splendido come l'ospedale? Quanti atti di causa o passaggi di proprietà hanno determinato l'ascesa o la rovina di intere famiglie? O forse anche omicidi e fatti di sangue?

Tutte storie da raccontare, come ci insegna da lungo tempo il più grande dei letterati lombardi, profondo conoscitore di archivi e documenti.

## Note

1 - *I documenti raccontano* è attualmente promosso dalla Regione Lombardia in collaborazione con la Fondazione Mondadori, che ne edita una omonima collana.

2 - Si prescinde in questa sede dal concetto di "vero storico"; è noto a tutti, infatti, che è possibile trovare documenti falsi o falsificati in ogni epoca storica. Individuare con certezza i falsi è compito proprio degli studiosi (paleografi e storici), compito che forse meno bene si addice all'attività dei "narratori".

3 - Ad oggi nella collana *I documenti raccontano* sono usciti i seguenti volumi: *I documenti raccontano. Luoghi e personaggi ritrovati negli archivi lombardi* a cura di Laura Lepri, Milano, Fondazione Arnoldo e Alberto Mondadori, 2001.

Roberto Grassi: *L'onore della Virginia ovvero Insane passioni ed efferate gesta di Hadrowa Oreste, detto il Dottorino*, Milano, Fondazione Arnoldo e Alberto Mondadori, 2002.

Cristina Cenedella: *Le terre, le armi, la brama. Breve storia di Opizzino de Alzate*, Milano, Fondazione Arnoldo e Alberto Mondadori, 2005.

4 - L'inventario è conservato nell'archivio della Fabbrica del Duomo, Fondo Case in Milano, cart. 260.

5 - Alle caratteristiche tecniche del libro manoscritto, agli artigiani che lo realizzavano e ai signori che lo commissionavano, è dedicato il recentissimo volume *Liber-libra. Il mercato del libro manoscritto nel Medio Evo italiano* in Quaderni CISLAB 1, 2006 a cura di C. Tristano, L. Devoti, F. Cenni. Si veda anche E. Barbieri: *Il libro nella storia: tre percorsi*, Milano, CUSL, 2000.

6 - La conferenza di Carla Bozzolo, Libri e gente della città fiamminga di Tournai nel '300 e '400, è stata tenuta al convegno *Testi, libri e biblioteche in età medioevale e moderna*, Montepulciano, 7-9 giugno 2006, organizzato dall'Università degli Studi di Siena.

# *Il libro, la lettura, l'età*

MARISA PISANI

Il titolo propone un percorso molto interessante e vasto su un tema sempre attuale, che coinvolge contemporaneamente chi legge e chi scrive, chi sa leggere e chi sa scrivere, chi vuol leggere e non può o non sempre trova quanto lo soddisfi. Qui non s'intende dare giudizi, ma osservare la realtà nelle esigenze, nelle offerte, nelle proposte e nelle risposte.

*Tutto può essere oggetto di lettura.* Sappiamo quanto interesse susciti fin dalla prima infanzia una bella pagina a figure colorate di animali, di numeri, di lettere dell'alfabeto, di oggetti comuni, di paesaggi che da adulti scopriremo superando lo stupore infantile con ben più profondo stupore. È una lettura fatta di scoperta, di meraviglia, di scelta istintiva, dove la distinzione degli opposti (bello-brutto, simpatico-antipatico, mi piace-non mi piace) denuncia il gusto, un giudizio senza incertezze, immediato, quasi irrazionale. Domani quel tipo di lettura sarà un'analisi dettagliata e critica di opere d'arte d'ogni tempo, comunicata verbalmente a chi le osserva con noi e poi forse anche annotata su una pagina di diario per meglio ricordare.

Tra i due momenti, l'infanzia e l'età matura, nella vita umana corre tutta una serie di interessi ben precisi e definiti, necessariamente predisposti nell'età scolare, poi liberi e dinamici, come lo sono la nostra mente e la nostra fantasia.

Dopo l'impatto con le favole, le leggende, i miti, si offre a chi studia una ricchezza di argomenti non trascurabile, se si vuole preparare una base solida di cultura avviata a scelte personali.

Il *libro* è il supporto indispensabile e la maniera inesauribile della conoscenza, senza togliere nulla all'immediatezza della comunicazione dei media. Ci si chiede *come* si legge studiando, *come* per diletto. Prevale la fretta? È sufficiente sintetizzare i contenuti richiesti per un'interrogazione trascurando i particolari ritenuti non necessari?

Si saltano pagine di descrizione in un romanzo impegnativo quale ostacolo alla conclusione? Se quello è il metodo, si perde sempre qualcosa: non si arricchisce il proprio vocabolario, si trascura una sfumatura di pensiero essenziale alla sua comprensione, non si approfondisce il significato delle parole. La migliore lettura invita a evitare la superficialità, ad analizzare e interpretare, a superare ingannevoli imbonimenti. Con l'esperienza e la maturità gli stessi contenuti saranno visti sotto un'altra luce.

Quindi è *molto utile* leggere, ma occorre *saper leggere*. La lettura personale è silenziosa, piacevole, meditativa. La lettura per il pubblico presuppone l'ascolto attento, interessato, e può convincere e soddisfare ancor più se accompagnata e sostenuta da chiarezza di voce e partecipazione al testo di chi la offre. Ricordiamo le meravigliose letture dantesche di Sermonti e di Benigni, mentre altre si sono realizzate a Milano al Teatro di Verdura con la nota attrice Monica Guerritore. Milano offre anche la poesia italiana contemporanea: "Cosa sta scrivendo il fuoco" dall'opera di Davide Rondoni (Corriere della Sera, 22.5.06).

Sono commemorazioni, presentazioni di progetti e di impegni politici, omelie, a cui non manca il successo di audizione. Non tutti possono partecipare, ma non si vuole escludere nessuno, anche da un minimo di conoscenze, aiutando soggetti in particolari situazioni di vita. Per esempio, per i dislessici è sorta una nuova collana di libri espressamente pensati per loro, nata dall'esperienza diretta di Cristina Ceola, insegnante di sostegno e direttrice della collana stessa (Corriere della Sera 3 e 6 giugno 06, pag. 37, "Un libro per guarire. Dalla dislessia", articolo di Giulia Ziino).

Sappiamo quanto si fa per i non vedenti e per gli anziani, al fine di supplire con supporti auditivi

alle loro limitazioni e costruire o ricostruire la fiducia del vivere. Negli ospedali per rimuovere la sofferenza di bambini, colpiti da mali anche gravi, si alternano alle cure necessari momenti ricreativi e qualche impegno scolastico con i mezzi che la psicologia ritiene efficaci all'applicazione mentale e adatti alle varie età.

Protagonista di questa chiacchierata è sempre il libro, che interessa per il suo contenuto e per la sua veste editoriale. Gli argomenti spaziano dalla letteratura alla storia, dalla scienza alla tecnica, dalla filosofia alla medicina, dalla saggistica al romanzo, ecc.

I bei volumi ordinatamente esposti lungo i corridoi di una grande libreria sono lì, in attesa dell'acquirente, che arriva già sicuro della sua scelta, ma anche il più sprovveduto e distratto può essere sorpreso dalla presenza di un autore, fino al momento sconosciuto, e trovarlo allettante nella presentazione sintetica di copertina. Oggi anche i supermercati offrono un aiuto all'acquisto, favorendo il cliente casalingo, che ha fretta e può trovare per l'infanzia, per l'adolescenza e oltre quanto da tempo desidera.

L'editoria è molto ricca, offre il classico, le novità, la revisione e non si ferma soltanto a considerare l'età anagrafica dei possibili e probabili lettori, anzi propone argomenti a parità coi tempi e con le loro problematiche che sembrano "*nihil novi sub sole*" ma denunciano con la ricerca e l'approfondimento il mutare della società e dei suoi valori. Così, superati contenuti e forme, alcuni testi sono scomparsi.

Qualche esempio personale:

Esiste ancora "Il canzoniere della nonna" di Neera, con illustrazioni a matita di Aldo Mazza, gioiello artistico e tipografico, lire 3,50 (gli anni Venti del secolo scorso)?

È una ricchezza di semplicità di vita, di insegnamento senza pedanteria, di un umorismo da cui traspare lo sguardo convincente dell'autrice; oppure "Ciò che una donna a quarant'anni deve sapere". Ne avevo quindici. Troppo presto. La guerra l'ha distrutto, forse ha pensato che avrei trovato altre risorse in materia, sempre che non volesse portar via anche me (Milano, 1939).

Alcune novità:

per i giovanissimi il mercato offre i vari Spider Man, i libri dell'orrore, della violenza, del mistero.

- Nuove collezioni sull'amicizia, Le Winx, pagine di diario romanzo a puntate. Moderne signorinette, amiche confidenti insegnano, sperimentano delusioni e felicità.

- Altra collezione sono i classici della letteratura Disney, i cui titoli si rifanno a opere del passato molto note, riviste di Paperino e Topolino, ispirati a sentimenti positivi e associati a cose piacevoli, mentre rivivono l'anelito dei vari eroi (Corriere della Sera, 28/5/06).

- C'è chi propone una contro storia della filosofia, che cancella idealisti e credenti ed esalta gli edonisti (Michel Onfray) (Corriere della Sera 29/5/06, articolo di Armando Torno).

Ci si può aggiornare e lo si deve, a vantaggio della propria cultura personale, finché si riesce, con la convinzione che la maggior utilità in questa laboriosa fatica è l'allenamento mentale nello stimolo di rivedere se stessi.

E ciò non solo nella terza o quarta età. Ogni libro è un gioco di parole. Non so se influisca sia positivamente sia negativamente più la parola scritta di quella udita (*scripta manent, verba volant*) con tutte le sue sfumature intenzionali. In essa sta il dono dell'esclusività e la forza della conseguente responsabilità. È la voce unica e inconfondibile dell'uomo.

# *I dipinti della Clinica Mangiagalli*

## *Il premio d'arte "Maternità" (1966-1968)*

DANIELE CASSINELLI

Gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano nel 1966 e 1968 istituirono due concorsi a premio destinati alle opere d'arte contemporanea legate al tema della maternità. Il promotore di tali iniziative fu il segretario generale dell'Ente Alfredo Lanocita, fratello del più noto Arturo, critico cinematografico a lungo attivo per il Corriere della Sera.

La giuria della prima edizione, tra gli altri, comprendeva il celebre giornalista e scrittore Dino Buzzati, il pittore Renzo Biasion, più tardi attivo per la quadreria dei benefattori dell'Ospedale Maggiore<sup>(1)</sup>, e il critico e storico dell'arte Marziano Bernardi, presidente della commissione giudicatrice. Il successo della manifestazione è confermato dai circa trecento artisti che inviarono le proprie opere e dalla notorietà di alcuni di essi. Il premio della giuria consisteva nell'acquisizione del lavoro da parte della Clinica, così da comporre una rassegna di arte contemporanea sul genere. La Clinica Mangiagalli acquistò così dipinti realizzati da alcuni dei protagonisti della corrente italiana dell'arte figurativa della seconda metà del Novecento: Trento Longaretti, Cristoforo De Amicis e Francesco Tabusso, premiati insieme agli apprezzati ritrattisti Mario Donizetti, lungamente impegnato nel recupero stilistico del Rinascimento italiano, e Renato Vernizzi; inoltre Attilio Alfieri, Renato Borsato, Tullia Matania, Gigi Morbelli, Renato Bertoloni, Roberto Terracini, Walter Piacesi, Romano Conversano, Armando Donna, Ettore Fico, Carlo Cuneo videro i loro quadri riconosciuti. Al contrario Aldo Carpi, Giacomo Manzù ed Aligi Sassu, personalità di spicco nel panorama europeo, parteciparono fuori concorso donando un dipinto ciascuno<sup>(2)</sup>.

L'introduzione al catalogo fu curata da Giovanni Mosca, umorista e scrittore, spesso presente sulle colonne del Corriere, a confermare il rapporto tra

l'ente ospedaliero e la redazione del giornale, di cui faceva parte anche Buzzati. Le opere inviate rimasero esposte per alcuni giorni tra l'aprile ed il maggio 1966 nei corridoi della Clinica Mangiagalli.

Due anni dopo, in occasione del secondo premio d'arte "Maternità", fu introdotta una sezione destinata alle opere di poesia, la cui giuria fu presieduta da Dino Buzzati, affiancato, tra gli altri, dallo scrittore Alberico Sala. Gli autori che parteciparono, tra cui molti dilettanti, furono centinaia: vale la pena di citare almeno lo scrittore e critico d'arte Raffaele Carrieri.

Tra i pittori che affidarono le proprie opere alla giuria, presieduta da Marziano Bernardi, furono



*Trento Longaretti: Madre e figlio (dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore).*

premiati i dipinti di alcuni artisti che in quegli anni erano presenti nelle diverse gallerie italiane attente ad una maniera di fare arte più conservatrice e lontana dalle sperimentazioni d'avanguardia allora in voga: Orazio Toschi, Xavier Bueno, Silvio Consadori, Piero Martina, Luigi Filocamo, Francesco Speranza, Bernardino Palazzi, Berto Ravotti, Fulvio Pendini, Luca Vernizzi, Elsa De Agostani, Lisel Höhs, Albino Lorenzo. Riconoscimenti speciali furono inoltre riservati alle incisioni e ai disegni, tra i quali vale la pena di menzionare i rispettivi vincitori, lo scultore e incisore Eros Pellini, attivo anche per il Duomo di Milano, e Virginio Ciminaghi <sup>(3)</sup>, autore tra 1972 e 1977 di cinque formelle in bronzo raffiguranti fiori commissionate dall'Ospedale Maggiore <sup>(4)</sup>.



Luigi Filocamo: Omaggio alla vita (dalle Raccolte d'Arte dell'Ospedale Maggiore).

Grazie alle acquisizioni di quegli anni le collezioni della Clinica comprendono ancora oggi dipinti di Trento Longaretti, maestro bergamasco attivo anche come ritrattista per la quadreria dei benefattori dell'Ospedale Maggiore e a lungo membro della commissione artistica dell'Ente, e di Cristoforo De Amicis, che nel 1967 realizzò il ritratto gratulatorio di Maria Vidoni, sempre per l'antico nosocomio <sup>(5)</sup>. Tra gli altri che hanno lasciato un dipinto in collezione si menziona Luigi Filocamo, autore nel 1962 del *Ritratto di Giovanni Marinoni* <sup>(6)</sup>, il quale presentò diverse opere tracciate con una caratteristica linea rigida e dai colori che suggeriscono il rapporto con la figura ad affresco, ed Augusto Colombo, di cui restano un disegno datato 1948 - forse presentato fuori concorso, giacché non fu compreso nei cataloghi a stampa - e l'immagine di un altro dipinto, una delle opere tarde dell'artista <sup>(7)</sup>. Durante la rassegna del 1966, l'Ospedale Maggiore acquistò la tela di Oreste Zuccoli intitolata *Primo Nutrimento* per decorare il reparto maternità dell'Ospedale San Carlo, inaugurato l'anno successivo <sup>(8)</sup>. In questo dipinto, oggi conservato nelle collezioni della Fondazione Policlinico, come in molte delle opere in gara, il tema della maternità è trattato in maniera gradevole e delicata, ma secondo canoni legati ad una tradizione esausta, sia per quanto riguarda il taglio compositivo, sia per la scelta della tecnica pittorica.

Gli altri dipinti rimasti sono di Silvio Consadori, allora insegnante dell'Accademia di Brera, e di Fulvio Pendini, che presentò una *Adorazione dei Magi* stilisticamente vicina alle esperienze dei pittori Naïf, un movimento seguito con interesse in quel giro d'anni. Inoltre restano opere di Albino Lorenzo, che tratteggiò a rapide pennellate il ritratto di una madre che allatta il figlio, di Renato Bertoloni, che dipinse a carboncino una figura femminile che pare una allegoria della carità e, infine, di Aligi Sassu, che, come Lorenzo, incise ad aquatinta la scena dell'allattamento.



## Note

1 - A Renzo Biasion fu affidato nel 1988 il ritratto di *Francesco Rosti* (*Esposizione dei ritratti dei benefattori*, Milano, 24 marzo 2003, Milano 2003, p. 10). In precedenza Biasion era stato contattato dalla Commissione artistica per eseguire il *Ritratto di Luigia Colombo Troci* nel 1970, ma aveva dovuto rinunciare a favore di Bernardino Palazzi (*Ospedale Maggiore/Ca' Granda. Ritratti moderni*, a cura di Maria Teresa Fiorio, Milano 1987, cat. 923, p. 127).

2 - Per quella edizione del premio fu pubblicato un opuscolo con l'elenco delle opere: *Premio d'arte "Maternità". Esposizione presso la Clinica ostetrico-ginecologica "Mangiagalli"*, Milano 12 marzo – 8 maggio 1966, Milano 1966 e un catalogo illustrato: *Maternità*, a cura degli Istituti Clinici di Perfezionamento. Milano, 1966.

3 - Il catalogo illustrato pubblicato si intitola: *Maternità*, a cura degli Istituti Clinici di Perfezionamento. Milano, 1968.

4 - *Ospedale Maggiore/Ca' Granda. Collezioni diverse*, a cura di Maria Teresa Fiorio, Milano 1988, catt. SC69-73, p. 120.

5 - *Ospedale Maggiore* 1987, cat. 913, p. 125.

6 - *Ospedale Maggiore* 1987, cat. 886, p. 120.

7 - *Maternità* 1966, p. 18.

8 - *Ospedale Maggiore* 1988, cat. Q172, p. 43.

# La scelta e l'imposizione

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

L'atto dello scegliere, (dal latino *exeligere*, composto di *ex-* e *eligere*, corrispondente a "eleggere") è così frequente negli esseri viventi che, talvolta, diventa inconscio o già programmato dalla natura e, in questo ultimo caso, si tratta di una scelta preordinata per il mantenimento di un equilibrio costante.

Quando si interviene per mutare un fenomeno che a noi sembra ingiusto o crudele, si può incorrere in un sovvertimento anziché in un beneficio.

Nel mondo animale, tutto è lecito per la sopravvivenza della specie e se stimola la nostra emotività e commozione assistere alle lotte cruente, sappiamo dagli studi continui degli zoologi e dei naturalisti che tutto è nella norma e si ripete da secoli e secoli in perfetta sintonia.

Però, quando parliamo di esseri umani, il discorso assume un'altra valenza, offrendo infiniti spunti a medici neuropsichiatri e a una pleora di psicologi, sociologi, antropologi, filosofi, ecc.

Sono da considerare alcuni fattori fondamentali della "scelta" il cui presupposto è la libertà, mentre componente è il rischio.

Libero è chiunque non subisca costrizioni o impedimenti, ma anche chi in perfetta autonomia e determinazione sappia distinguere i mezzi adeguati per raggiungere i suoi fini senza prevaricare gli altri.

L'ambiente esterno e la propria interiorità (pulsioni) giocano un ruolo assai importante: in pratica, ci sono fattori all'interno e all'esterno di noi che ci incentivano e la scelta si colloca fra deliberazione e esecuzione, dove la responsabilità individuale si intreccia inesorabilmente ponendoci di fronte al rischio delle conseguenze.

L'atto dello scegliere presuppone o presupporebbe momenti di analisi per evitare, appunto, rischi e pentimenti. Il vagliare tutti i lati positivi e negativi provoca in noi la decisione quando formula-

mo un giudizio per l'attuazione o meno di un'azione e la selezione si materializza secondo il riferimento agli elementi migliori di una serie, misurati in base a criteri funzionali.

Salvo alcuni individui che per debolezza caratteriale o per gravi disturbi psichici (innati o acquisiti) o per limiti ambientali non sono capaci di scegliere, tutti hanno il diritto e il dovere di poter programmare ciò che ritengono possa essere confacente alla loro esistenza, sempre senza ledere quella altrui!

Può apparire strano, ma ci sono alcuni bambini che fin da piccoli, hanno desiderio di realizzare "un qualcosa" di duraturo nella loro vita

Per esempio un sogno, una professione, sapendo che ciò costerà sacrifici, impegno e costanza, nonché qualche rischio. Se noi comprendessimo quanto può essere intensa e sincera questa aspirazione, riusciremmo anche a capacitarci che non si tratta di un capriccio infantile o di un volo pindarico, ma di una propensione individuale che non si esaurirà, ma lascerà nell'animo di chi la prova una voglia struggente fino a realizzazione compiuta.

Nella normalità, le prime persone che si prendono cura del bambino e che lo amano con tenerezza, solitamente, sono i suoi genitori i quali vivono questo ruolo con immensa gioia, ma anche con un senso di responsabilità infinito e sempre incombente, tanto da renderli spesso iperprotettivi, quasi oppressivi. Perfino il bene, se spinto all'eccesso, provoca danni invece di benefici. Questa iperprotezione, peraltro abbastanza diffusa (ora un po' meno), ha come conseguenza e alla distanza, risultati non del tutto positivi: spesso figli timidi e impacciati, oppure ingiustamente creduti tali. Genitori, frustrati nelle proprie aspirazioni giovanili da genitori autoritari e autorevoli, riversano a loro volta sulle proprie creature, desideri

repressi e mai realizzati. A questo punto, sorgono almeno due obiezioni: la buona fede dei genitori normali che vedono, con l'applicazione delle proprie scelte per la generazione da loro creata un futuro sicuro, oppure la possibilità di ribellione da parte di essa (generazione).

Non dubitiamo dell'amore, né della buona fede, ma gli errori commessi sotto l'egida dell'uno e dell'altra, comunque e purtroppo, lasciano tracce durature non indifferenti,

Ognuno di noi vive il difficile ruolo di figlio; poi molti di noi a seconda delle vicende personali, hanno optato (alcuni in piena consapevolezza, altri purtroppo un po' meno) anche per quello più arduo e complicato di genitori. Ritengo personalmente essere sempre utile il dialogo fra persone, addirittura fondamentale quello costante fra padre, madre e figli, perché è un dovere morale, un diritto reciproco e una gratificazione aiutare le proprie creature nelle loro scelte esaminando insieme con serenità, oggettività e pazienza i lati positivi e negativi di ogni situazione. La scelta di essere vicino a chi amiamo e a chi ci ama, discretamente senza mai essere ossessionati o ossessionanti, viene spontanea.

Il polo opposto della libera scelta è l'imposizione. Un atto che spersonalizza l'individuo sul quale cade. Un ruolo determinante è offerto dalle circostanze, dalle occasioni, dalle consuetudini del luogo dove le tradizioni hanno valore di legge e quindi di coercizione, soprattutto se le norme scaturiscono o coincidono con i precetti religiosi o morali.

In questi ultimi anni se ne parla frequentemente, perché le informazioni, le immagini e i continui contatti con gente di altri popoli, soprattutto extra-europei, ci mostrano che la libertà è un concetto assai vago, soprattutto assai limitativo nei riguardi di donne, bambini e poveri.

In tale contesto, i condizionamenti sociali, famigliari o etici sono così antichi, radicati e cristallizzati che chiunque cerchi di ribellarsi per affermare la propria personalità o dissidenza, o semplicemente il desiderio di essere considerato un essere umano, rischia di mettere a repentaglio incolumità e vita.

Non è facile scegliere di fuggire o di sfuggire, perché opzione è, intrinsecamente, possibilità di

metterla in pratica. Adeguarsi a determinati costumi fa parte di un certo "abito mentale" e subirli sembra assai grave per noi che viviamo in una dimensione molto diversa, dove possiamo, almeno parzialmente, programmare liberamente la nostra giornata.

Gli esempi su scelta e imposizione sono infiniti, come sono infinite le vicende umane. La società è una comunità dove è indispensabile ci siano delle regole di condotta, in quanto l'organizzazione e il rispetto reciproco fra le persone costituiscono il fulcro sul quale si basa il vivere civile.

Subire delle imposizioni è triste e, come dicevamo, difficile uscirne. Cedere a ricatti morali, a compromessi o perfino a minacce, non fa altro che dimostrare la nostra debolezza. Ma sta innanzitutto alla nostra volontà e tenacia cercare proprio dentro noi stessi il coraggio e la forza per non soccombere. Se in un'amicizia sincera troviamo consigli e disponibilità di aiuto per raggiungere finalmente la nostra agognata libertà e smettere di crogiolarci nel timore, nella depressione e nell'autocommiserazione, siamo fortunati e apprezziamo l'occasione favorevole, perché incrementeremo l'autostima.

Ci sono casi-limite per i quali la scelta è quasi impossibile, perché è obbligata e quindi mostra un "vizio di consenso".

Tutto richiede tempo, osservazione e raziocinio. Importante non è correre, ma analizzare con accuratezza, facendo tesoro delle nostre esperienze precedenti per scegliere nel momento adeguato, affinché non ci siano recriminazioni quando è troppo tardi. Non riusciremmo a perdonarcelo.

## *Dalla nostra unità ospedaliera: il trimestre*

### *Il Parroco, cardinale Dionigi Tettamanzi, in visita alla sua Parrocchia*

Martedì 14 marzo u.s. la chiesa di San Giuseppe ha avuto per la seconda volta la gioia di ricevere la visita del suo Parroco, l'arcivescovo cardinale Dionigi Tettamanzi. La prima presenza nella chiesa ospedaliera dell'attuale Arcivescovo si era avuta il 9 maggio 2003, quando Sua Eminenza aveva presieduto un Rosario durante le celebrazioni per il centenario dell'edificio sacro. Questo secondo incontro si è realizzato in occasione di una catechesi quaresimale, il tradizionale appuntamento che vede l'Arcivescovo tenere delle riflessioni a tutta la Diocesi grazie alle possibilità offerte dai mezzi radiotelevisivi. Quest'anno si è deciso di registrare questi interventi del Cardinale in luoghi significativi della città di Milano: dunque il cardinale Tettamanzi si è recato dapprima in una parrocchia di periferia, poi in una sede universitaria, quindi al Policlinico. È rilevante il fatto che il nostro Arcivescovo abbia scelto personalmente il nostro Ospedale, tra i tanti presenti in città; questo ha mostrato il legame del Parroco con la sua comunità di sofferenti; non a caso, già prima del suo ingresso ufficiale in Diocesi, a fine settembre 2002, il Cardinale era venuto privatamente presso il reparto di Ematologia per incontrare un seminarista ammalato. La nostra Parrocchia ospedaliera ha concordato con l'Ufficio Stampa della Curia Arcivescovile la presenza dell'Arcivescovo nel pomeriggio di martedì 14 marzo; la catechesi sarebbe stata poi trasmessa martedì 21 marzo sera.

Nel giorno convenuto già da metà mattina c'era animazione in chiesa: operatori e tecnici del suono concordavano con il regista la collocazione dei vari strumenti tecnici, mentre per l'Arcivescovo era stato predisposto un sobrio tavolo con una sedia davanti all'altare, in posizione centrale, ma non elevata. L'appuntamento per la registrazione era fissato per le 15,30, ora in cui di solito viene celebrata la Messa, ora che sembrava la più adatta alle esigenze dei malati. Terminata la preparazione tecnica, alle 14,30,

è cominciato l'afflusso delle persone, soprattutto fedeli abitanti nei dintorni del Policlinico; più tardi, alla spicciolata, sono arrivati medici di vari reparti, sia del Policlinico, sia della Mangiagalli; molto ridotta la presenza degli infermieri, non agevolati dall'orario. Anche la presenza dei malati è stata alquanto ridotta: due degenti sono stati condotti da via Pace, grazie alla disponibilità di un mezzo fornito dalla Direzione Sanitaria, una è stata accompagnata in carrozzina dal reparto di Neurochirurgia; dunque in totale vi erano tre pazienti.

Il cardinale Tettamanzi è arrivato in auto alle 15,25, accolto dalle autorità della Fondazione: Presidente, Direttore Generale, Direttore Sanitario e altri, nonché dal Rettore Vicario e dagli altri sacerdoti. Dopo questi saluti l'Arcivescovo è entrato in chiesa e quasi subito ha iniziato la sua conversazione, inserita in un momento di preghiera.

Il ciclo di catechesi quaresimali di quest'anno aveva come titolo "*Testimoni della beatitudine cristiana*"; il terzo incontro, quello svoltosi nella nostra chiesa, aveva come titolo "*La vita promessa a chi soffre*" e traeva spunto dal versetto evangelico "*Beati voi che ora piangete, perché riderete*" (Luca 6,21).

Il Cardinale ha esordito affermando che, pur essendo veramente commosso nel pronunciare questo versetto in un luogo di dolore e di speranza come il nostro ospedale, le sue parole in realtà sono presenti e vive là dove c'è una sofferenza, perché il luogo del dolore e del pianto possa essere trasformato, con la grazia di Dio e il nostro impegno, secondo la logica nuova della beatitudine evangelica. La riflessione è proseguita con la domanda sul significato del pianto, che è la reazione spontanea e immediata dell'uomo davanti al dolore; il pianto è segno di sensibilità, delicatezza di sentimenti, vero affetto, quindi è indice di vera umanità, di tenerezza, è una testimonianza di amore, uno dei modi con cui l'amore contrasta il male e combatte il dolore.

Ma, al di là dei significati umani del pianto, il Cardinale ha voluto chiedersi quale sia il centro della frase evangelica *“Beati voi che ora piangete”*. Il centro è naturalmente la persona di Gesù che non solo ha pronunciato, ma ha anche vissuto queste parole: Lui è il beato per antonomasia, anche dal punto di vista del pianto. Diverse pagine dei vangeli ci offrono testimonianze sul pianto di Gesù; ad esempio, nell’episodio della vedova di Nain, Luca dice che *“vedendola, il Signore ne ebbe compassione e le disse ‘Non piangere’”* (Luca 7,13). Ancora Luca ci parla del pianto di Gesù mentre, dal monte degli Ulivi, guarda alla città di Gerusalemme e pensa alla sua devastazione (cfr. Luca 19, 41-44). Invece nel vangelo di Giovanni c’è la testimonianza, molto viva e forte, del pianto di Gesù davanti alla tomba dell’amico Lazzaro (Giovanni 11, 35). Da questi cenni emerge il grande cuore di Gesù, il suo desiderio di difendere l’umanità da ogni male; su questa linea si pone tutta l’attività terapeutica di Gesù, che è insieme liberazione dal male, guarigione e consolazione. Il vangelo ci sorprende con il suo messaggio di speranza: esso ci assicura che è possibile piangere senza disperarsi, vivere la propria e altrui malattia senza cadere preda della paura e dell’angoscia senza chiudersi e rimanere imprigionati nella solitudine. La perdita della salute, temporanea o definitiva, non è una tragedia irreparabile, non è una condanna senza appello.

Nel mondo della salute e della malattia la Chiesa diviene segno nuovo di speranza: una speranza che è insieme frutto e fonte di amore concreto e operoso. Esso scaturisce dall’interiore ‘compassione’ e si esprime nella ‘condivisione’ della prova della sofferenza; sentirsi amati, non abbandonati, capiti, permette di superare momenti difficili e pesanti, mentre anche il solo pensiero di dover dipendere dagli altri finisce spesso per essere sentito come la prova più grave. Risulta allora benefica e importante la ‘testimonianza’ dei medici, degli infermieri, dei volontari, in un ospedale o in una casa di cura; così pure è importante la testimonianza dei cappellani, dei diaconi, delle religiose, degli operatori pastorali e si può rivelare molto preziosa la visita dei parenti e degli amici.

Il cardinale ha poi accennato a un altro tipo di pianto, in rapporto a un altro tipo di sofferenza, cioè quella morale. È possibile piangere sulle fragilità morali, sia

proprie, sia altrui, sulle scelte e sui comportamenti sbagliati, che rovinano l’esistenza; tutto ciò in riferimento non solo al male compiuto dalla singola persona, ma anche al male sociale che inquina la nostra società mediante tante forme di ingiustizia e di violenza. Anch’esso provoca il pianto dei giusti, un pianto che diviene fonte e forza di impegno anche sociale e politico, che fa nascere una nuova moralità e rettitudine interiore e alimenta la preghiera di intercessione presso il Signore giusto e misericordioso. Infine c’è un pianto che sgorga dalle proprie fragilità e colpe morali, esso non deve essere disperato e senza speranza; non dobbiamo diventare vittime dei ‘sensi di colpa’ che finiscono per paralizzarci e distruggerci moralmente. È diverso invece il riconoscimento del peccato che sfocia nel pentimento, reso possibile dalla fiducia che sempre dobbiamo avere nell’amore misericordioso di Dio.

Al termine della sua esposizione il Cardinale ha concluso il momento di preghiera, impartendo la sua benedizione ai presenti, poi si è trattenuto in chiesa a salutare gli intervenuti: malati, medici, personale, volontari e semplici fedeli che hanno occupato buona parte dell’edificio di San Giuseppe ai Padiglioni. Uscito dalla chiesa, il Cardinale è stato accompagnato nel rinnovato reparto di Ematologia, al primo piano del padiglione Granelli, proprio là dove si era recato nel settembre 2002 nella sua prima visita privata al nostro Ospedale. L’Arcivescovo si è intrattenuto cordialmente con medici e infermieri del reparto, poi è entrato nelle diverse camere, ristrutturate e dotate di ogni comfort, e ha salutato tutti gli ammalati, non facendo mancare la sua parola di conforto e di speranza ai degenti che si trovano alle prese con una patologia che richiede molta pazienza e impegno di cura.

Terminata la visita a questo reparto, il Cardinale è stato accompagnato alla clinica De Marchi, dove ha visitato il nuovo Pronto Soccorso pediatrico, è salito ai diversi piani per incontrare i bambini degenti con i loro familiari. Un momento cordiale e gioioso. Sua Eminenza si è dimostrato non solo pastore, ma anche padre per i piccoli ricoverati, che l’attendevano.

Una giornata particolare per la Parrocchia e per tutti noi: ci auguriamo affettuosamente che questo dono si rinnovi.

*don Daniele Grassi*

## *Ricordiamo Nicoletta Milani*



In data 24 giugno 2006 è scomparsa, causa malattia incurabile, la nostra carissima collega ed amica Nicoletta Milani, dipendente e prima ancora contrattista della Direzione Scientifica sin dal 1989.

Nicoletta ha per anni curato - tra l'altro - la gestione dei fondi e la rendicontazione per la ricerca corrente e finalizzata dell'IRCCS, con la passione, l'impegno e la dedizione che ha sempre profuso e che ha caratterizzato la sua attività lavorativa sino all'ultimo giorno.

Come colleghi ci mancheranno la sua disponibilità e pazienza oltre all'acume, alla lucidità mentale con cui era solita affrontare ogni problema sino ad arrivarne alla soluzione, il suo punto di vista sempre logico e concreto, volto a giungere rapidamente al cuore di ogni singola situazione.

Come amici invece non sappiamo in che modo affrontare la sua mancanza, abituati a condividere con lei ogni gioia o affanno personale e quotidiano. Ci aiutiamo pensando a cosa avrebbe potuto ancora raccontarci o consigliarci in un determinato fran-

gente, ed ora più che mai avvertiamo il suo affetto e calore umano.

L'enorme forza d'animo, la determinazione e la dignità con le quali ha combattuto il male da cui era affetta sono state e continueranno ad essere per tutti noi di grande esempio morale.

*Silvia Panico*

Su proposta del direttore scientifico prof. Ferruccio Bonino, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena ha deliberato di intitolare a Nicoletta Milani l'aula situata in prossimità dell'Archivio Storico, sede dei lavori del Comitato Tecnico Scientifico.

## *Una giornata di medicina partecipativa*

Il 5 aprile 2006, presso l’Aula Crociera Alta dell’Università degli Studi di Milano, la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli Regina Elena e il Centro Studi Politeia hanno realizzato una giornata di dibattito pubblico e un laboratorio intorno a governance, salute ed esperienze di medicina partecipativa.

A sottolineare che la pertinenza del benessere e della cura riguarda, seppur diversamente, ciascuno di noi, hanno contribuito alla sessione aperta studenti, malati, professionisti della salute, volontari, membri di associazioni di malati, cittadini, docenti universitari, ricercatori. L’incontro è stato allora, non casualmente, parte del programma del Dottorato in Scienza, Tecnologia e Diritto della Facoltà di Giurisprudenza dell’Università di Catania con sedi associate presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza, la Luiss e la Lumsa di Roma.

Punto di partenza dei lavori è stato il numero monografico di Notizie di Politeia, *Governance e salute: un laboratorio tra ricerca e cura*, risultato di studio e confronto tra storie e competenze differenti, accomunate da progetti ed esperienze di pratiche e modelli partecipativi.

Nella mattinata, dalla riflessione e discussione intorno alle tematiche espresse in Politeia, che ha raccolto rielaborazioni teorico-critiche ed interdisciplinari sulla partecipazione in materia di salute, si è passati, nel pomeriggio, alla rappresentazione di uno spazio reale e concreto, una condivisione di testimonianze e racconti in prima persona su percorsi di cura partecipata o meno.

Proprio questo approccio, diretto al cuore delle azioni cliniche, che vede cittadini, soggetti malati e professionisti della salute lavorare insieme agendo competenze, valori, bisogni e responsabilità in vista della realizzazione del percorso terapeutico e di assistenza, si è concretizzato e verificato attraverso l’analisi critica di percorsi di cura vissuti.

La sessione pomeridiana si è aperta con la lettura di alcune storie, raccontate da operatori che ci hanno offerto la loro “messa in gioco”, il loro “stare nelle pratiche” in modo partecipativo e complesso, costruendo insieme al cittadino malato, risorsa da rispettare/considerare quale interlocutore, un processo di cura co-prodotto e condiviso. Se e quando “non è andata”, spesso è mancato o fallito il rapporto con l’istituzione più che la relazione con il professionista che, comunque, ci ha provato. Infatti, sono state proprio le storie personali, espressione di un fare comune, dove si intrecciano e compenetrano linguaggi e vissuti estremamente differenti, ad illuminare le riflessioni teoriche sulla medicina, rimarcan-



*Due momenti della giornata di medicina partecipativa.*



done, a volte, l'inadeguatezza e la lontananza dai veri bisogni e dai desideri della persona malata.

I percorsi teorico-decisionali e le azioni partecipate, esplicitate nel corso del dibattito mattutino e del laboratorio, trovano nella Fondazione Policlinico un ospite emblematico, che offre la possibilità di costruire una prospettiva pratica e culturale condivisa sulla salute.

Il Policlinico, la "Ca' Granda dei Milanesi", rappresenta per Milano e non solo, un luogo di incrocio e partecipazione pubblica fra associazioni dei malati, volontari e donatori, dove il cittadino-malato può inserirsi in una rete di risorse e servizi territoriali che lo tutelano e lo proteggono nel suo percorso di cura partecipata. In più, la stessa Fondazione Policlinico è un attore principale nel gioco della salute, in quanto si dispiegano, al suo interno, alcune esperienze concrete di cura nel campo della medicina partecipativa, come descritto nel numero monografico di Politeia. Qual è stato il plusvalore della giornata? Quali le tematiche rimaste inesplorate? Sono concepibili e praticabili ulteriori spazi per facilitare una concreta partecipazione pubblica in medicina? L'orizzonte rimane aperto: la Fondazione Policlinico cerca di coniugare modelli clinici con pratiche di medicina personalizzata, "tagliata" su misura del cittadino malato.

Così, l'interrogarsi sulla realtà e sul futuro di una medicina partecipativa prosegue, promosso in primo luogo dalla Direzione Scientifica della stessa Fondazione, attraverso l'elaborazione di progetti di ricerca, seminari e *workshop*. La salute è un bene che riguarda tutti e con modalità differenti, tutti siamo chiamati a parteciparvi. Comunque vada, anche se rinunciamo all'opportunità di giocare in prima persona al gioco della nostra salute e ci "tiriamo fuori", delegando ad altri, diventiamo centro

di decisioni e scelte intersoggettive che riguardano non solo i processi e le azioni di cura, ma anche e, forse soprattutto, hanno a che fare con il riconoscimento di essere un'alterità da considerare e da interpellare/consultare/interrogare di fronte agli scenari sempre diversi e pluralisti che la medicina contemporanea ci offre.

*Simonetta Bottardi*



## Recensioni

Giorgio Cosmacini, *Un medico tra filosofia e medicina*, Viennepierre, Milano 2006

“Io volevo studiare medicina, però non potevo abbandonare la filosofia [...] Così l’interna lotta si risolvette in una conciliazione”. Queste parole di Jakob Mole-schott, il medico-fisiologo di fine Ottocento oggetto nel 1977 delle tesi di laurea in filosofia del medico-filosofo Giorgio Cosmacini, si sarebbero potute ben adattare con qualche variazione anche a quest’ultimo: “Ho studiato medicina, ma non ho potuto abbandonare la filosofia”. Sicché per entrambi risultava più che mai vera l’affermazione del primo: “Fu per me evidente che ogni mia ora dedicata alla filosofia doveva approfondire le mie basi della medicina”.

Questo il “programma di lavoro” del medico-radiologo Giorgio Cosmacini giunto ormai, nel cammino della sua vita, alla maturità dei quarant’anni e al ruolo di primario nel grande Ospedale Policlinico di Milano. Rievoca questo percorso culturale, questa nuova strada esistenziale, questa nuova sfida professionale ripercorrendo le tappe vitali di una nuova stagione. Perché “i ricordi sono il sale della vita”, costituiscono il “sapore” dell’esistenza, la “salute dell’anima”, rappresentano il “saluto del tempo che passa”. “I ricordi, come le parole, sono pietre. Costruiscono, ricostruiscono, sono

indispensabili per tenere in piedi l’edificio del nostro vissuto”.

Con queste parole Giorgio Cosmacini rende esplicito il senso della riflessione esistenziale che costituisce la struttura del nuovo volume autobiografico *Un medico tra filosofia e medicina. Diario degli anni d’argento: 1971-1989* (Viennepierre edizioni, 2006). Il quarto di una fortunata serie iniziata con *La stagione di una fine. 1943-1945* (Terziaria, 2002) e proseguita con *Una famiglia qualunque. 1918-1940, Solomenevò 1945-1950, Il romanzo di un giovane medico. 1951-1971* (Viennepierre edizioni, 2003, 2004, 2005), trilogia quest’ultima alla quale è stato assegnato nel 2005 il premio AMSI (per medici scrittori) come primo classificato nella narrativa alla XXII edizione del Premio letterario “Cesare Pavese” - “Grinzane Cavour”.

La vita professionale del medico s’interseca e s’interroga con la riflessione culturale dell’uomo; la tecnologia sanitaria - di cui come primario radiologo di un grande ospedale milanese vive in prima persona lo straordinario *sviluppo* -, basta da sola ad assicurare il *progresso* della salute collettiva e a migliorare la qualità di vita dei singoli? È un quesito cruciale, non solo speculativo, ma principalmente ed essenzialmente pratico, legato al modo di esercitare la medicina e calato nella realtà quotidiana dell’agire dentro l’ospedale.

Per tentare di dare una risposta a questa domanda egli riscopre la sua vocazione filosofica e inizia la ricerca delle radici storiche del “mestiere di medico”. In ambito medico la prassi risulta inscindibile dall’ideologia. Prendendo spunto dalla sua tesi di laurea scrive nel terzo volume degli *Annali della Storia d’Italia* (Einaudi 1980) un saggio intitolato “Problemi medico-biologici e concezione materialistica nella seconda metà dell’“Ottocento” e l’anno successivo, nel quarto volume degli stessi *Annali* un altro contributo dedicato a “Medicina, ideologie, filosofie nel pensiero dei clinici tra Ottocento e Novecento”. Nel 1982 pubblica un libro presso l’editore Franco Angeli su *Scienza medica e giacobinismo in Italia* sull’impresa politico-culturale di Giovanni Rasori tra il 1796 e il 1799. Sono le prime pubblicazioni del medico-filosofo Giorgio Cosmacini riguardanti la storia della medicina, nelle quali emerge già chiaramente quale è il suo innovativo modo d’indagine e di lettura dell’evoluzione del pensiero medico: non un’analisi “interna”, “trionfalistica”, come sovente presente negli scritti storico-medici, ma un’indagine degli eventi che tenga conto, insieme ai fatti, contestualizzati nella realtà storica e sociale in cui si svolgono, anche della visione ideologica che sottende l’agire medico dei protagonisti. Sono saggi esemplificativi di

come la storia del pensiero medico possa essere estremamente utile per capire i problemi della medicina attuale.

Questo modo di procedere piace agli storici, ma molto meno ai medici, che ritengono sconveniente sottoporre a critica storica una medicina che è già in crisi per suo conto. Non piace affatto, come rievoca lo stesso Cosmacini, “ai rari professori di storia della medicina, ch’era una disciplina scaduta dalla sua migliore tradizione culturale, ridotta a campo di esercitazioni marginali e divenuta inesistente alla cultura del medico”.

Nel 1984 escono due nuovi saggi nel settimo volume degli *Annali* dedicato a “Malattia e medicina” e, per i tipi della Rizzoli, il libro *Röntgen*, un’ampia biografia sullo scopritore dei raggi X, che ottiene un grande successo di pubblico e di critica. Segue qualche mese dopo un altro volume, della stessa serie, dedicato a *Gemelli*, “il Machiavelli di Dio”. Un libro quest’ultimo che rompe molti tabù e suscita grandi dibattiti, ma che rileva ancor di più uno “storico di razza” *sui generis* che sa leggere in modo nuovo vicende, episodi ed eventi della storia medica italiana.

Egli inaugura così una originale riflessione sulla *storia della medicina e della sanità in Italia*, destinata a trovare la sua realizzazione maggiore in un’opera epocale, mirante a rinnovare la cultura medica italiana. Lo ricorda con parole vibranti lo stesso autore: “Che la medicina abbia o debba avere una propria intrinseca filosofia è un’idea fattasi dominante, che spesso in ospedale lo fa sentire un pesce fuor d’acqua; a colle-

ghi che parlano di ‘tempistica’ massima o minima da riservare a questo o a quell’esame radiologico per rendere più ‘produttive’ le prestazioni, le citazioni da Platone fatte dal primario radiologo fanno pensare che questi sia fuori del tempo e magari anche fuori di testa.

Eppure Platone ha lasciato scritto nelle *Leggi* che ci sono ‘due specie di quelli che si chiamano medici’: i medici degli schiavi e i medici degli uomini liberi. Tra i primi ‘nessuno dà o ascolta e, prescritto ciò che par meglio alla loro esperienza come se ne avessero scienza perfetta, fanno come un tiranno superbo e tosto si discostano’. Tra i secondi, invece, ognuno agisce ‘dando informazioni allo stesso ammalato [e] non prescrive nulla prima di aver persuaso per qualche via il paziente, e allora si prova di condurlo alla perfetta guarigione’.

Platone non era medico, era filosofo. Eppure capiva di medicina più di molti medici suoi contemporanei [...]

La medicina aveva dunque bisogno d’essere ‘filosofa’ [...]. La medicina ha infatti una sua propria metodologia, che si chiama ‘metodo clinico’; ha una sua propria epistemologia, cioè una peculiare concezione scientifica del corpo, della mente e dell’ambiente, vale a dire dell’uomo e del mondo: ha una sua propria etica [...], nella quale si disegnano i problemi morali e giuridici delle scienze della vita con il fine preciso d’indicare che ogni conquista in campo medico-biologico dev’essere utilizzata per migliorare la qualità del vivere.

Metodo, episteme, senso etico e politico: cos’altro ci voleva per

ribadire che *medicina est philosophia secunda*, come aveva affermato [...] Isidoro di Siviglia, vescovo e medico? Ippocrate Galeno, Platone, Isidoro e poi su, fino all’Ottocento e ai giorni nostri... Tutta la storia del mondo civilizzato era lì a dimostrare che la medicina è un’*arte lunga* che per essere ben esercitata va compresa nella sua vera ‘essenza’ o nella sua evidente ‘fenomenologia’. Per comprenderla al meglio era necessario passare attraverso la storia”.

Questo l’antefatto ideologico e professionale che, grazie al sostegno culturale, umano e intellettuale di un illuminato editore, Vito Laterza, porterà il nostro medico, divenuto anche storico e filosofo convinto, a pubblicare nel 1987 il volume *Storia della medicina e della sanità in Italia*, un “avvenimento editoriale” che, dalla peste europea alla Guerra Mondiale (1348-1918), come precisa il sottotitolo, si pone lo scopo di raccontare e indagare per la prima volta in modo documentato e critico le vicende mediche e sanitarie che per più di mezzo millennio hanno interessato la penisola.

È un “libro meraviglioso”, che si legge “tutto d’un fiato” come ha scritto d’impeto ma con sincerità da Parigi - dove lavora - il maggior storico europeo, Mirko D. Grmek, che subito propone che l’opera venga tradotta e pubblicata in francese (cosa che accadrà poco dopo col titolo *Soigner et réformer*).

Il successo di critica e di pubblico è pari allo scalpore suscitato negli “addetti ai lavori”. “Al caldo consenso di Grmek - annota nella sua autobiografia l’autore, - di un

vasto pubblico e di non pochi “addetti ai lavori” - storici, filosofi, sociologi, antropologi e medici - si giustappongono i consensi tiepidi di alcuni colleghi e si contrappongono i consensi frigidissimi o i taciti dissensi degli storici medici impancati nelle cattedre, disturbati da quella che evidentemente considerano una inaccettabile *contaminatio* tra medicina e sanità, tra una scienza presunta, della cui ‘tecnica’ si ritengono depositari, e la storia ‘sociale’, a parer loro pericolosamente intinta o intrisa di sociologia e di politica. Che diamine! Rendere spuria una storia pura? Aprire una storiografia gestita in regime protezionistico, di monopolio, alla libera concorrenza di storici e filosofi? Contaminare le teorie mediche con le ideologie? Intingere i fatti scientifici in eventi coevi che scientifici non sono? Rapportare dialetticamente fra loro Rivoluzione scientifica e Controriforma? Correlare le trasformazioni ospedaliere, universitarie, sanitarie tra Settecento e Ottocento con la Rivoluzione francese? Che tipo di storia della medicina è mai questa? Il vero nodo è un groppo che non viene digerito, ed è il fatto che un medico radiologo, laureato in filosofia e in veste di storico, ha osato tracciare una storia nuova, che trova gli storici medici delle cattedre culturalmente impreparati, spiazzati”.

Le prime recensioni, su giornali autorevoli, sono però tutte ampiamente favorevoli. Perciò, conclude il nostro autore, “non ti curar di loro...: mai il padre Dante fu più maestro di vita”. Fortunatamente Giorgio Cosmacini ha seguito alla

lettera questo consiglio e, come certamente egli ci racconterà nel prossimo volume, vedremo in quale modo sono continuati sia il suo percorso ideologico sia la sua “rivoluzione” storiografica che hanno entrambi contribuito in modo sostanziale al rinnovamento della cultura medica e alla crescita della coscienza sanitaria nel nostro paese.

In queste pagine appare evidente anche come la vicenda storiografica di Giorgio Cosmacini s'intreccia con la vita storica di Giorgio Cosmacini. La sua vita pubblica e accademica è inscindibile dalla sua vita privata e familiare. Ogni evento autobiografico dell'uomo contribuisce alla crescita culturale dello storico. Biografia e storiografia si arricchiscono reciprocamente. Questo libro è un'ulteriore lezione di Giorgio Cosmacini a tutti noi: prassi e cultura, metodo ed etica, episteme e ideologia nella vita come nella professione rappresentano spesso un *unicum* inscindibile, un “nucleo” che deve guidarci per capire da dove veniamo e dove dobbiamo andare.

Vittorio A. Sironi

\*\*\*\*

Collettivo Matuta, *E dunque che fare? Cambia il tuo stile di vita e salverai il pianeta*. Prefazione di Alex Zanotelli. Ed. Paoline, Milano, 2006

“Noi viviamo una vita folle, contraria ai più semplici ed elementari dettami del buon senso; per salvarci dall'orrore nel quale

viviamo (...) dobbiamo rientrare in noi stessi e risvegliare in noi quel senso e impegno morale che è proprio degli esseri ragionevoli”.

Con questa frase, scritta più di un secolo fa da Leone Tolstoy (“Sulla follia”) ma di drammatica attualità, le autrici del collettivo Matuta danno inizio alla trattazione di un tema assai complesso, quello del rapporto tra problemi e fatti dell'economia e problemi dell'etica (pag 19).

Il Collettivo Matuta, che prende il nome dall'antica dea italica dell'aurora (da cui deriva il termine “mattina”) è un gruppo di persone che “... si propone di contribuire alla diffusione di una cultura a favore della vita (umana, vegetale, animale) servendosi anche delle specifiche qualità femminili di istruzione, senso pratico e cura” (pag 168). Le autrici che ne fanno parte sono quattro valenti professioniste: Marinella Correggia, giornalista, Maria Grazia Gazzeri, del gruppo Amici di Tolstoy; Monica Onnis, mediatrice interculturale; Martina Pignatti Morano, economista gandhiana.

Va dato atto alla serietà e alla competenza di queste donne nell'attuare il loro impegno sia nella ricerca critica nell'ambito del sistema economico, che nella proposta di possibili rimedi, in primo luogo a livello personale, per contrastare l'attuale andamento distruttivo di tale sistema se scollegato da principi morali.

Da Tolstoy, il cui pensiero appare come guida profetica della loro dissertazione, le autrici prendono il titolo “E dunque che fare?”,

titolo che Tolstoy aveva dato ad un proprio scritto riflettendo sulla miseria di tanta parte dell'umanità (pag. 20).

Poiché l'intento delle autrici è formativo oltre che informativo, il libro è strutturato in una forma didatticamente interessante per coloro che, non essendo addetti ai lavori, hanno bisogno di saperne di più, ed in modo adeguato per capire, comportarsi, decidere, essendo coinvolti in un sistema economico che li riguarda, ma la cui complessità li rende estranei. Appare altro significativo intento quello di aiutare il lettore ad apprendere un metodo per leggere criticamente le situazioni economico sociali in cui viviamo ed i cui squilibri, indotti dalla scissione tra l'economia moderna e l'etica, ricadono in modo perverso sulla vita umana e sull'ambiente. Sebbene ci sia dato oggi di fruire di un grandioso progresso tecnologico che sembrerebbe soddisfare tutti i bisogni umani, non possiamo ignorare i dati allarmanti che ci provengono dal mondo in termini di inquinamento, disastri ecologici, guerre, violenze sulle persone; così come non possiamo non renderci conto di vivere in un mondo economico diretto da organizzazioni che sfuggono al controllo delle popolazioni e che dominano i principali settori della vita sociale, quelli dell'alimentazione, dell'energia, della sanità, dei farmaci, dei trasporti; organizzazioni, quindi, che detengono un enorme potere (pag 49).

La ragione, mettono in evidenza le autrici, va ricercata negli errori concettuali elaborati dall'economia moderna, la quale ha espulso

l'etica, proclamando come valori quelli relativi al guadagno senza scrupoli, allo sviluppo materiale senza distinzione tra bisogni fisici e psichici, all'uso apparentemente illimitato dei beni economici, alla superproduzione senza attenzione agli sprechi e all'accumulo dei rifiuti, allo squilibrio tra chi consuma in modo insensato e chi muore di fame.

L'avvento dell'economia come scienza indipendente è stata sostenuta anche da "cattivi maestri", i quali hanno esaltato, come obiettivo dell'azione umana, l'utile, il guadagno a tutti i costi, l'egoismo, lo sfruttamento; per sostenere tali iniqui principi essi hanno usato sia l'inganno intellettuale, ovvero la persuasione occulta che dal male potesse nascere il bene, sia il perverso consiglio a comportarsi senza scrupoli, senza altruismo, poiché "il grande affare è guadagnare denaro", come diceva l'economista Adam Smith (pag. 45).

Prima di affrontare il "Che fare?" le autrici propongono delle riflessioni in chiave religiosa con riferimento sia alla "sobrietà", che implica autocontrollo, sia alla "carità" nel senso di condivisione dei beni con altri uomini. Ciò in base al principio fondamentale della paternità divina che fa degli uomini figli di Dio e fratelli fra di loro.

Tali principi, almeno nel senso della condivisione, sono presenti anche nella cultura laica, nella dichiarazione dei diritti dell'uomo; ma in pratica rimangono inascoltati.

Se analizziamo infatti le più comuni categorie dell'economia

sociale riguardanti il guadagno, le proprietà, ne vediamo gli squilibri che producono sperequazioni nelle remunerazioni, eccessi della ricchezza e del lusso, da un lato, e dell'estrema povertà dall'altro; essi rappresentano un ostacolo allo sviluppo sociale, morale e spirituale, poiché i troppo poveri, privi di istruzione e di beni sufficienti, non possono affrancarsi dalla miseria, mentre i troppo ricchi, impegnati nel possesso e nella conservazione dei beni, non riescono a liberarsi dalle cose materiali.

Nel confronto con l'etica l'umanità si trova di fronte a due sistemi contrapposti; pertanto si apre il problema della "scelta" che implica il raffronto tra le tendenze egoistiche dell'uomo e il bene collettivo.

Mentre non mancano studi critici sull'economia moderna, meno incisiva appare la parte propositiva, spesso presentata a livello teorico e, comunque, non coinvolgente la partecipazione e il controllo della gente comune.

È ben vero che oggi crescono le proteste di gruppi di popolazioni sfruttate, penalizzate sul piano ambientale e della salute, o di gruppi di pressione, come il Collettivo Matuta, volti ad informare e soprattutto a coinvolgere le persone sul piano della conoscenza dei problemi e delle relative responsabilità anche a livello individuale.

Si coglie tuttavia che la denuncia dei rischi di collasso cui va incontro il pianeta e tutta l'umanità, può talvolta suscitare sdegno, preoccupazione; ma spesso non giunge ad incidere sulle

coscienze, a far crescere l'esigenza di un cambiamento; sia perché il linguaggio della denuncia appare ormai logoro, sia perché le quote di popolazione che hanno raggiunto un minimo di benessere sentono il problema lontano dalle loro responsabilità; mentre quelle più povere, ai limiti della sopravvivenza non hanno risorse né forze per tentare un cambiamento. Anzi, proprio queste masse vengono ingannate con un modello economico che fa il gioco degli oppressori.

Le autrici chiamano allora a raccolta quelli che rifiutano l'attuale sistema economico, quelli che si indignano per motivi morali e religiosi, che sentono amore per la vita e rifiutano il "relativismo" come atteggiamento negativo che misconosce verità e fede e lascia la valutazione del bene e del male al soggettivismo.

È con questi "altromondialisti" che esse sviluppano un dialogo per immaginare un mondo diverso, un'utopia che richiede però, anche nell'immaginare, un cambiamento di ottica, un modo nuovo di vedere la realtà, di interrogarsi sulle proprie responsabilità.

Si tratta di una vera e propria "conversione" interna quella che arriva a modificare il pensiero sotto la spinta di motivazioni non solo utilitarie, ma anche etico sociali e religiose.

Cosa può fare il cittadino per opporsi alle lusinghe economiche? Come ci indica Tolstoy ciascuno può modificare il proprio stile di vita, il suo rapporto con il denaro, con i beni della natura e della tecnologia. Si tratta della

"strategia dei piccoli passi" che consiste nell'organizzare le spese, nel sottrarsi alla dipendenza consumistica diventando padroni di se stessi e della relazione con il mondo. Cosa che nessuno può impedire a chi lo voglia.

Conclude il testo il "Decalogo del consumatore critico ecosolidale" contenente un insieme di regole comportamentali che ciascuno può applicare a se stesso superando l'errata convinzione che a cambiare debbano essere gli altri. Ciò non solo per ragioni morali, ma anche sulla base del principio sistemico che il cambiamento, pur a livello di una piccola parte del sistema di regole e di relazioni, influisce sul cambiamento del sistema nel suo complesso.

Come afferma Padre Zantoni nella sua intensa e significativa introduzione: "O facciamo un salto di qualità, o nasce l'uomo nuovo, o non ci sarà più umanità. Ecco la sfida".

Milena Lerma

\*\*\*\*

Marisa Cantarelli. *Gli infermieri nella ricerca. Metodologia della ricerca sociale applicata all'infermieristica*. McGraw - Hill, Milano, 2006, 323 pagg., 26,00 euro

Da sempre, ed oggi più che mai, la ricerca è sinonimo del vivere dell'uomo. Ciò che oggi noi siamo è, anche e soprattutto, risultato di una lunga ricerca umana. Una

ricerca, perlopiù inconsapevole e paziente.

Le diverse scienze che compongono il sapere, attraverso i propri rami accademici e applicati, hanno costruito percorsi di ricerca tecnica e scientifica allo scopo di definire e descrivere i fenomeni che la complessa realtà del divenire propone alla loro attenzione.

Marisa Cantarelli, attraverso questo libro di metodologia della ricerca infermieristica e sociale, descrive il senso stesso dell'essere scienza, disciplina e, più in definitiva, uomini inseriti nelle variabili di tempo e di spazio.

L'autrice, per molti anni docente di ricerca infermieristica presso la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano (di cui è stata lungamente vice-direttrice ma, soprattutto anima pulsante), accompagna il lettore, in un percorso scientificamente rigoroso ed affascinante, all'interno della ricerca sociale e della ricerca infermieristica.

Per molti secoli, nella sommaria definizione storica delle scienze tra esatte e non esatte, si è ritenuto che la metodologia di ricerca – nella sua impostazione post galileiana – non fosse applicabile alle scienze di tipo sociale. È infatti storia recente la nascita della ricerca sociale come ambito lecito e possibile di ricerca scientifica.

Oggi la ricerca sociale, ed in essa la ricerca infermieristica, ha una storia, una tipicità di approccio, una specificità metodologica.

Marisa Cantarelli non solo ha vissuto questo periodo di costruzione di ricerca, ma lo ha di fatto generato, accompagnato, realizzato.

Autore infermieristico molto noto in Italia ed in Europa, Cantarelli è stata ed è ricercatrice attenta dei fenomeni infermieristici; ella infatti ha consegnato alla comunità scientifica ed al servizio sanitario nelle sue varie evoluzioni, alcune delle più importanti ricerche su cui oggi si basa la moderna concezione di salute, di servizio sanitario e di assistenza infermieristica.

Il testo si articola in tre diverse parti.

La prima parte definisce la metodologia della ricerca sociale, la seconda parte la metodologia della ricerca infermieristica, la terza parte descrive gli infermieri quali necessari protagonisti di ricerca.

La logica del testo, rigorosamente scientifica, muove dal presupposto che non può esistere assistenza infermieristica senza ricerca infermieristica e che ogni fenomeno di interesse disciplinare debba essere sottoposto a verifica empirica.

Tale presupposto trova giustificazione nella prima parte del testo ed in particolare nel capitolo I che mette da subito a fuoco la differenza esplicativa tra ricerca scientifica classica e ricerca sociale. Nel secondo capitolo, l'autrice, propone, in modo approfondito, la caratterizzazione dei procedimenti teorico e pratico del processo di ricerca sociale.

La parte seconda del libro costituisce il più completo ed originale contributo di letteratura nel definire compiutamente la ricerca infermieristica con una dettagliata panoramica sugli strumenti di raccolta dei dati di ricerca.

Nella terza parte vengono analizzati i diversi ruoli che gli infermieri possono svolgere in ambito di ricerca. In tal senso l'autrice concepisce la ricerca quale vero motore di cambiamento del mondo professionale, quale luogo di coinvolgimento di tutti i professionisti capaci, nei diversi ruoli, di utilizzare i risultati di ricerca, di collaborare alla sua realizzazione, di progettare e realizzare un percorso di ricerca infermieristica.

La sua ben nota capacità didattica ci offre un libro arricchito da continue schede applicative, protocolli esecutivi, esempi concreti di ricerca; in essi il lettore si sente accompagnato, affascinato e, di fatto, educato.

Il libro non si propone quindi come un semplice testo di consultazione, ma come un vero e proprio manuale rivolto a tutti gli infermieri e a tutti i professionisti della ricerca sociale.

Un libro scritto per essere utilizzato concretamente.

Attraverso di esso, infatti, l'autrice riesce a porre a frutto l'esperienza personale di cinquanta anni di attività educativa e di ricerca creando uno strumento semplice, chiaro e utilizzabile per tutti.

Il libro colma una duplice lunga assenza scientifica. In primo luogo descrive finalmente la ricerca infermieristica in un panorama di assoluta carenza di letteratura; in secondo luogo distrugge il mito secondo il quale i ricercatori non sanno insegnare e trasmettere il proprio lavoro, metodologico e contenutistico.

Marisa Cantarelli, attraverso que-

sto testo, ci cattura pedagogicamente nel cammino di ricerca e ci chiama alla responsabilità di viverla, nei diversi ruoli che esercitiamo.

Leggendo questo libro non possiamo fare a meno di sentire in noi un appello a partecipare alla costruzione della scienza, essendone origine e destino.

*Edoardo Manzoni*

# Cronache amministrative

secondo e terzo 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:

## **a - direzione amministrativa**

- convenzione per comodato d'uso con la Fondazione Istituto nazionale di genetica molecolare;
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano per la regolamentazione dei reciproci rapporti ai fini didattici, di ricerca e per le attività assistenziali;
- convenzione con l'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di Sangue;
- intitolazione dell'Aula sita presso l'Archivio storico (piano terra Palazzo Uffici) al nome di "Nicoletta Milani".

## **b - unità operativa amministrazione e finanza**

- approvazione del bilancio 2005.

## **c - unità operativa funzioni tecniche**

- intervento per la "realizzazione del nuovo dipartimento di emergenza" attraverso la ristrutturazione e l'ampliamento del padiglione guardia e accettazione della Fondazione: fase di ricostruzione, approvazione del progetto preliminare.

## **d - servizio beni culturali**

- mostra celebrativa dei 550 anni di fondazione dell'Ospedale Maggiore di Milano e del centenario di inaugurazione della clinica "L. Mangiagalli" (Museo di Milano, 22 novembre 2006 - 28 febbraio 2007).

\*\*\*\*

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

## **a - direzione amministrativa**

- determinazioni circa il servizio di medico competente ai sensi della D. Lgs. 626/94;
- centro di epidemiologia molecolare e genetica;
- formalizzazione del protocollo per la regolamentazione del passaggio, alla Fondazione, delle consegne relative al sistema di prevenzione e protezione ai sensi del D.L.vo 626/94 e S.M.I.;
- supporto manageriale ai dipartimenti sanitari;
- convenzione con l'Ente per la formazione professionale

"IAL Lombardia" per lo svolgimento di tirocini formativi per operatori socio-sanitari: autorizzazione allo svolgimento dei tirocini;

- convenzione per l'utilizzo delle strutture del servizio di genetica medica nell'ambito del master interuniversitario in "Genetica Clinica: le malformazioni congenite";
- determinazioni in ordine all'approvazione del piano annuale delle attività di Risk Management per il 2006;
- unità operativa di riabilitazione psichiatrica: progetto "Formarsi alla relazione interpersonale: percorsi integrati di formazione per le équipes della riabilitazione psichiatrica"; contratto di collaborazione coordinata e continuativa.
- D.L.N. 233 del 4.7.2006: disciplina per il conferimento degli incarichi di collaborazione;
- Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico donatori di sangue: contributo per l'anno 2006;
- formalizzazione del protocollo per la gestione dell'hardware, delle reti e dei contratti relativi alle strutture afferenti dell'A.O. ICP alla Fondazione IRCCS;
- progetto di utilizzo dei fondi regionali destinati al centro di riferimento fibrosi cistica per l'anno 2006;
- procedure amministrative relative alle attività svolte dal dipartimento di medicina preventiva in ordine a varie tipologie contrattuali;
- programma regionale di collaborazione e sviluppo internazionale in ambito sanitario. Gemellaggio con l'Ospedale Manuel de Jesus Rivera "La Mascota" di Managua (Nicaragua): utilizzazione del finanziamento, approvazione del piano di spesa anno 2006 e liquidazione spese periodo 1.1.2006-31.5.2006;
- regolamentazione dell'Albo dell'Ente;
- istituzione del Comitato Ospedale senza dolore: nomina dei componenti.

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

- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di cinque posti di dirigente medico per la disciplina di anestesia e rianimazione; sostituzione di un componente titolare con un componente supplente della commissione esaminatrice;
- comando del dott. Alberto Edefonti, direttore dell'U.O. di nefrologia e dialisi pediatrica e della dott.ssa Giuseppina Marra, dirigente medico pediatra, nell'ambito del progetto di gemellaggio con l'Ospedale Manuel de Jesus Rivera "La Mascota" di Managua (Nicaragua);

- immissione nell'attività assistenziale in regime di convenzione del professore di 2a fascia Giovanni Costa presso l'U.O. Medicina del lavoro;
- unità operativa di chirurgia d'urgenza: gestione del paziente con problemi ortopedico-traumatologici derivanti da politrauma e definizione di un'organizzazione funzionale mediante formalizzazione di aggregazione (o dipartimento) interospedaliera con l'Azienda ospedaliera Gaetano Pini;
- assunzione a tempo determinato per dodici mesi di dodici collaboratori professionali sanitari (infermieri) a tempo pieno, a seguito di pubblica selezione e indizione di una nuova pubblica selezione;
- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di cinquanta posti di collaboratore professionale sanitario (infermiere) a tempo pieno: ammissione dei candidati;
- assunzione a tempo determinato (dodici mesi) di diciotto collaboratori professionali sanitari (infermieri) a tempo pieno a seguito di pubblica selezione.

### **c - direzione scientifica**

- convenzione n. CS 137 per lo svolgimento del programma di ricerca: "A bank of extensively characterized human stem cell suitable for in vitro studies and for therapeutic purposes". Acronym: Stembank 2006;
- progetto di ricerca: "Meccanismi infiammatori alla base della conversione del mild cognitive impairment in demenza di Alzheimer". Nuove strategie terapeutiche nell'ambito del progetto "malattie neurodegenerative" finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità; coordinatore dott. Luigi Bergamaschini: presa d'atto dell'assegnazione di finanziamento all'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri quale unità operativa partecipante e approvazione del protocollo d'intesa e assegnazione di due borse di ricerca sui temi 1 e 2;
- assegnazione di varie borse di studio di ricerca;
- collaborazione della Fondazione al progetto di ricerca finalizzata 2005: "Stress ossidativo e fattori di protezione in modelli cellulari di neurodegenerazione" - convenzione n. 77, assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS "Eugenio Medea" dell'associazione "La Nostra Famiglia";
- progetto di ricerca finalizzata 2005: "Markers genetici nella prevenzione farmacologica dell'ictus ischemico giovanile", convenzione n. 73, assegnato dal Ministero della Salute nell'ambito progetti di ricerca finalizzata art. 12 e 12 bis del D. Lgs 502/92 modificato ed integrato dal D. Lgs 229/99: accettazione;
- progetto di ricerca: "Ricerca e sviluppo di sonde fluorescenti per analisi multi-parametrica di patologia su cromosomi umani mediante Tecnica Fish (Fluorescence in Hybridisation)" finanziato da Euroclone S.p.A.: istituzione di una borsa di ricerca sul tema n.1;
- contributo assegnato dalla Regione Lombardia a favore del centro di riferimento per la Fibrosi cistica; II clinica pediatrica di Milano della Fondazione; coordinatrice prof.ssa Carla Colombo: rinnovo borse di studio a favore di: dott. Cristina

- Martorana, dott.ssa Adriana Biffi, signora Vincenza Consalvo, signor Dario Alban, dott.ssa Maddalena Zanardelli e dott. Luigi Porcaro;
- progetto di ricerca: "Epidemiologia della donazione e del trapianto di organi in Lombardia: valutazione dinamica" finanziato dal Centro Nazionale Trapianti (C.N.T.) Istituto superiore di Sanità: accettazione e sottoscrizione della convenzione;
- organizzazione meeting per "Lo stato dell'arte - fase 1 dello studio 177P2 e metodo di reclutamento dei partecipanti", tenutosi a Pisa presso l'Hotel Royal Victoria il 21 e 22 febbraio 2006;
- collaborazione della Fondazione a progetto di ricerca finalizzata 2005: "Produzione in condizione GPM e caratterizzazione di cellule staminali mesenchimali per uso clinico in approccio di terapia cellulare riparativa e immuno-modulatoria", convenzione n. 97 assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia;
- convenzione n. CS 137 per lo svolgimento del programma di ricerca "Stembank 2003": parziale utilizzo del finanziamento;
- organizzazione e finanziamento di alcuni eventi scientifici e culturali nell'ambito dell'iniziativa "Primavera prevenzione 2006".
- indizione di selezione pubblica per il conferimento di un contratto di ricerca presso l'unità operativa complessa Ostetricia, sterilità di coppia e andrologia;
- progetto di ricerca "Global gene-expression profiling of multiple myeloma; insights into the bio-clinical diversity of the disease", responsabile scientifico il dott. Antonino Neri, finanziato dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (AIRC): istituzione di una borsa di ricerca sul tema n. 4;
- borse di ricerca e progetti di ricerca vari tra cui: collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano al progetto dal titolo "Ruolo della plasticità neuronale nell'evoluzione della malattia di Parkinson e nella risposta al trattamento; studio multintegrato mirato all'individuazione di nuovi protocolli diagnostico-terapeutici" (convenzione n. PS/03.13) assegnato dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Casimiro Mondino, parziale utilizzo del finanziamento; "Raccolta e analisi dei dati dei pazienti trapiantati al fine di verificare la qualità dei risultati" finanziato da Wyeth Lederle Spa: accettazione del contributo e autorizzazione alla sottoscrizione della convenzione;
- premi di ricerca assegnati al Centro di emofilia e trombosi "A. Bianchi Bonomi" della Fondazione da parte della Bayer Healthcare LLC-Biological Products Division: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 3;
- accordo di collaborazione con l'Associazione italiana Copev Onlus Nazionale per la conduzione del progetto di ricerca "Studio e caratterizzazione della cellula staminale epatica nella sua evoluzione in senso rigenerativo e oncologico", responsabile scientifico il dott. Mario Scalamogna: assegnazione di una borsa di ricerca sul tema n. 1;



- conferimento di un incarico di ricerca nell'ambito del progetto di ricerca corrente 2006: "Selezione dei gameti umani al fine di migliorare il tasso di sopravvivenza e di fecondazione dopo congelamento e scongelamento degli stessi";
- convenzione n. 526/A41 per lo svolgimento del programma di ricerca "Modulazione citochimica dell'attività clonogena midollare in pazienti affetti da emoglobinuria parossistica notturna e aplasia midollare. Effetto del trattamento con anticorpo monoclonale anti-C5" nell'ambito del progetto "Malattie anti-C5" nell'ambito del progetto "Malattie rare" proposto dall'Istituto Superiore di Sanità: parziale utilizzo del finanziamento;
- progetto di ricerca: "Early innovative diagnostic procedures of lung cancer progression" sotto la responsabilità scientifica del prof. Luigi Santambrogio, unità operativa Chirurgia generale ad indirizzo toracico, finanziato dall'AIRC; accettazione dell'ulteriore contributo: parziale rettifica della determinazione n. 1815 del 14.7.2006;
- collaborazione della Fondazione a progetti di ricerca finalizzata 2005 assegnati dal Ministero della Salute all'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori: "Cellule tumorali staminali; caratterizzazione biofunzionale a fini diagnostici e terapeutici" convenzione n.69 e "Terapia cellulare somatica di tumori umani TRIL-R+ mediante infusione di cellule emopoietiche CD34+ geneticamente modificate ad esprimere MTRAIL dopo trasduzione con adenovettore codificante TRAIL" – convenzione n. 7;
- progetto di ricerca nell'ambito del SAPRE (settore abilitazione precoce dei genitori): "Razionalizzazione ed umanizzazione dei servizi sanitari e della qualità delle cure della famiglia con neonati e lattanti affetti da SMA tipo 1 e 2" sotto la responsabilità scientifica della dott.ssa Maria Antonella Costantino, unità operativa neuropsichiatria infantile – UONPIA: istituzione di due borse di ricerca sui temi nn. 1 e 2;
- progetto di ricerca finalizzata 2005: "Markers genetici nella prevenzione farmacologia del ictus ischemico giovanile" (convenzione n. 73), coordinatore il prof. Pier Mannuccio Mannucci: presa d'atto dell'assegnazione dei singoli finanziamenti alle singole unità operative partecipanti e approvazione dei protocolli di intesa con le unità operative esterne;
- collaborazione al progetto "Malattie del motoneurone: genomica e proteomica per la definizione di marcatori biologici diagnostici in cellule e fluidi umani con traslazione a modelli murini (BIOMAR)" nell'ambito del progetto malattie neurodegenerative (conv. N. 533/F/N/1) assegnato dall'Istituto superiore di Sanità all'Istituto Auxologico Italiano;
- progetto di ricerca: "Applicazione della risonanza magnetica funzionale (fMRI) nella diagnosi precoce delle demenze" nell'ambito del progetto "Malattie neurodegenerative" finanziato dall'Istituto superiore di Sanità; istituzione di tre borse di ricerca sui temi nn. 1,2 e 3.

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

- istituzione del servizio infermieristico tecnico e della riabilitazione (STRA) della Fondazione.

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

- indizione di selezione pubblica per l'affidamento dell'incarico di validazione del progetto definitivo relativo alla realizzazione della sede dell'Istituto nazionale genetica molecolare presso il padiglione "Romeo ed Enrica Invernizzi"; aggiudicazione e approvazione della bozza di disciplinare di incarico;
- servizi di progettazione preliminare, definitiva e direzione lavori per il successivo affidamento ai sensi dell'art. 19, comma 1, lett. B) della L. 109/04 (appalto integrato) per la realizzazione della sede dell'Istituto nazionale genetica molecolare: ulteriori determinazioni;
- D.G.R. Lombardia n. 20112 del 23.12.2004: elenco dei sanitari deputati ad espletare attività di prelievo e trapianto di fegato;
- approvazione della convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale di circolo di Busto Arsizio per la cessione del radiofarmaco 18F/FDG.

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

- trattativa privata diretta per l'acquisto di due spettrofotometri ad assorbimento atomico con doppio atomizzatore originale Solaar M6 da installare presso il presidio ospedaliero Ospedale Maggiore Policlinico e il P.O. Commenda-Regina Elena: aggiudicazione;
- indizione trattativa privata per l'acquisizione di un elettroencefalografo necessario all'U.O. neurorianimazione – Beretta neuro – mediante l'utilizzo dei fondi derivanti dall'attività di espianto organi di cui alla deliberazione della Giunta regionale della Lombardia n. VII/7987 dell' 8.2.2002;
- trattativa privata per la fornitura di arredi e attrezzature diverse da destinare al nuovo reparto di Fibrosi cistica adulti facente parte della Fondazione: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata diretta per l'acquisizione di un ecotomografo Hitachi serie Logos HI Vision, distribuito dalla Esaote, completo di sonde da installare presso il servizio di radiologia senologica della Clinica "L. Mangiagalli";
- acquisto, a seguito di trattativa privata diretta, di un ecotomografo Esaote mod. H19 completo di tre sonde da installare presso la II clinica ostetrica ginecologica "L. Mangiagalli";
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio infermieristico-personale di camera operatoria – presso le unità operative di degenza – per un anno a far tempo dalla data effettiva di inizio del servizio;
- acquisizione di una TAC multislice di ultima generazione a rotazione continua con scansione volumetrica da installare presso il padiglione Sacco – sostituzione apparecchiatura da Somatom Sensation cardiac 64 a Somatom definition e contestuale acquisizione di accessori opzionali, ditta Siemens;
- ati-Gemeaz Cusin- Serist per il servizio di ristorazione per le esigenze del P.O. Commenda e dell'Ospedale Maggiore

Policlinico: adeguamento Istat dall'1.1.2006 alla scadenza del contratto 18.4.2008;

- trattativa privata per l'affidamento del servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato per sei mesi a far tempo dalla data effettiva di inizio del servizio: aggiudicazione;
- acquisto di due ecotomografi da installare presso U.O. cardiologia padiglione Sacco e U.O. chirurgia vascolare del presidio ospedaliero Commenda;
- pubblico incanto per la fornitura di dispositivi per la chirurgia della grande obesità per tre anni: integrazione della disponibilità economica, deliberazione n. 67 del 14.1.2004;
- trattativa privata per l'affidamento del servizio infermieristico – personale di camera operatoria – presso le unità operative di degenza – per un anno a far tempo dalla data effettiva di inizio del servizio;
- acquisto di tre ecografi portatili modello Mylab 25 Esaote da installare presso il presidio ospedaliero Ospedale Maggiore e Commenda Regina Elena;
- indizione di procedura negoziata per l'affidamento del servizio di somministrazione lavoro a tempo determinato – personale infermieristico – per sei mesi a far tempo dalla data effettiva di inizio del servizio.

#### **g - unità operativa funzioni tecniche**

- presa d'atto ed approvazione del quadro economico definitivo per la ricostruzione del padiglione Monteggia;
- aggiudicazione della gara d'appalto mediante pubblico incanto per la fornitura di gas medicali del presidio Mangiagalli per il periodo 1.4.06-30.9.2007;
- appalto per le opere di demolizione di fabbricato della Fondazione: approvazione e liquidazione 3° SAL;
- aggiudicazione gara d'appalto, mediante pubblico incanto, per le opere di elettricista occorrenti per la manutenzione della Fondazione (periodo 1.7.2006 - 30.6.2009);
- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per la manutenzione del verde della Fondazione (periodo dall'1.7.06 al 30.6.2009);
- aggiudicazione gara d'appalto per pubblico incanto per la manutenzione straordinaria delle strutture della Fondazione per due anni;
- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per la ristrutturazione del padiglione Monteggia (fase di ricostruzione);
- ristrutturazione del padiglione Monteggia (fase di ricostruzione): nomina del collaudatore strutture in cemento armato;
- intervento per la "realizzazione del nuovo dipartimento di Emergenza e Accoglienza" attraverso la ristrutturazione e l'ampliamento del padiglione guardia e accettazione dell'Ospedale Maggiore Policlinico; prima fase: demolizione del padiglione Pasini, scavi ed opere impiantistiche prope-deutiche e approvazione del progetto definitivo.

#### **h - unità operativa sviluppo e promozione**

- rinnovo delle seguenti convenzioni: con l'Azienda ospedaliera San Paolo di Milano per l'esecuzione di consulenze neurologiche nel trattamento chirurgico della malattia di Parkinson; con l'Ospedale San Gerardo di Monza e il Comitato Maria Letizia Verga Onlus per la tipizzazione e la criopreservazione di sacche di sangue placentare; con l'Ospedale San Gerardo di Monza per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti; con l'Azienda ospedaliera Ospedale di Treviglio Caravaggio per l'esecuzione di prestazioni radiologiche a favore di degenti;
- convenzione attiva con l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento per l'esecuzione di test di biologia molecolare per il programma di screening neonatale della fibrosi cistica;
- convenzione attiva con l'A.S.M.E. (Fondazione e Associazione Onlus per l'assistenza e lo studio malati ematologici) per l'esecuzione di esami di laboratorio;
- convenzione attiva tra la Regione Lombardia - direzione generale Sanità, l'Università degli Studi di Milano (dipartimento di medicina del lavoro) e la Fondazione (dipartimento di medicina preventiva) per lo svolgimento di attività di ricerca epidemiologica volta allo studio dei rischi ambientali ed alla programmazione di interventi per la salute della popolazione lombarda;
- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di neuroradiologia diagnostica ed interventistica a favore dei pazienti dell'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Tor Vergata;
- accordo di collaborazione tra la Fondazione e l'Istituto superiore di Sanità per l'attuazione del progetto "Sperimentazione di modelli operativi per la riduzione del rischio cardiovascolare";
- rinnovo della convenzione per l'esecuzione di prestazioni di neurochirurgia a favore di pazienti degenti presso la congregazione delle suore infermiere dell'Addolorata "Ospedale Valduce" - presidio di riabilitazione "Villa Beretta" di Costa Masnaga;
- rinnovo delle convenzioni: per prestazioni di fisioterapia tra l'Azienda di servizi alla persona Istituti milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio e l'Ospedale Maggiore per prestazioni di chirurgia generale e d'urgenza, chirurgia toracica, nefrologia, psichiatria con formazione psicosomatica, fisiologica e oculistica e ortopedia traumatologia da effettuarsi a favore di degenti dell'Istituto Ortopedico "G. Pini";
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda P.O. Villa Marelli per l'esecuzione di test tubercolari e con l'Istituto Nazionale neurologico C. Besta per consulenza nefrologica su pazienti degenti (periodo 1.6.06 - 31.5.07);
- rinnovo della convenzione attiva con l'A.O. Istituti clinici di perfezionamento per l'effettuazione del servizio di medico competente;
- convenzione attiva con l'A.S.L. Città di Milano per: partecipazione al programma di screening dei tumori alla mammella

e per l'effettuazione di un progetto di ricerca sui rischi e benefici dell'ecografia di screening;

- rinnovo della convenzione attiva con l'Azienda ospedaliera "San Gerardo di Monza" per prestazioni specialistiche di fisiatria tramite il dott. Odoardo Picciolini;

- collaborazione, a titolo gratuito, con l'Istituto Clinico Humanitas per pazienti con paralisi cerebrale infantile;

- convenzione attiva con l'Istituto nazionale neurologico "C. Besta" per l'effettuazione di prestazioni di chirurgia vascolare;

- convenzione con l'Istituto Lombardo per la medicina iperbarica srl di Milano per l'esecuzione di trattamenti di ossigenoterapia iperbarica a favore di pazienti degenti presso la Fondazione;

- rinnovo ed estensione di convenzioni attive varie tra le quali: con l'Azienda ospedaliera "G. Salvini" di Garbagnate Milanese per prestazioni di sindromologia e genetica clinica; con l'Istituto nazionale neurologico "C. Besta" per l'effettuazione di prestazioni specialistiche di ostetricia e ginecologia e dismorfologiche; con l'ASL Città di Milano per la valutazione specialistica dell'immunoprofilassi;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di teleferfazione e teleconsulto cardiologico a favore dell'Azienda ospedaliera Istituto ortopedico G. Pini;

- convenzione con la Banca del Monte dei Paschi di Siena spa per l'effettuazione di controlli di idoneità fisica al personale dipendente: rinnovo;

- convenzione per l'esecuzione di consulenze ecografiche a favore dell'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di sangue: rinnovo;

- convenzione attiva tra la Regione Lombardia Direzione generale Sanità, l'Università degli Studi di Milano (dipartimento medicina del lavoro) e la Fondazione (dipartimento di medicina preventiva) per lo svolgimento del progetto "E.S.S.I.A.: effetti sulla salute degli inquinanti aerodispersi in Regione Lombardia".

#### ***i - unità operativa sperimentazione farmaci e supporto spedalità***

- studio clinico spontaneo "Progetto pilota per l'individuazione di approcci riabilitativi ottimali per ridurre la disabilità del paziente affetto da sclerodermia" presso l'U.O. operativa di allergologia e immunologia clinica.

#### ***l - servizio prevenzione e protezione***

- iscrizione della Fondazione all'AIAS (Associazione Italiana tra Addetti alla sicurezza) per gli anni 2005 e 2006.

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

- approvazione del progetto di applicazione della DGR VII/8504 del 22.3.2002 sulla qualità percepita dei servizi sanitari e sui metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti degenti e ambulatoriali per l'anno 2006.

#### ***n - unità operativa patrimonio***

- indizione di aste pubbliche per l'alienazione di immobili vari di proprietà dell'Ente.

#### ***o - servizio beni culturali***

- prestito di un dipinto dell'Ospedale Maggiore di Milano al Museo Guggenheim, in occasione della mostra "Divisionism/Neo - Impressionism: Arcadia and Anarchy" (Berlino - New York, 27 gennaio - 6 agosto 2007) e restauro del medesimo.

- restauro di fotografie storiche della Fondazione.

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

- acquisto di hardware e software necessari al servizio di neuroradiologia;

- contratto per la fornitura dei servizi di assistenza e di rete del progetto CRS-SIS per la Fondazione fino al 15 settembre 2009;

- acquisto di software per la disabilità complessa in età evolutiva per l'U.O.N.P.I.A. della Fondazione.

#### ***q - contributi e beneficenza***

L'Associazione Genitori Neonati ad alto rischio ha donato apparecchiature informatiche; il signor Giovanni Oberti di Barsizza Gandino cinque pulsossimetri; la Rai-Segretariato sociale e rapporti con il pubblico un pletismografo ad aria "Pea Pod Infant Composition System" da destinare all'unità operativa di neonatologia e terapia intensiva neonatale; l'Associazione per il bambino nefropatico ABN Onlus ha offerto apparecchiature varie per l'Unità operativa di terapia intensiva della Clinica pediatrica De Marchi; la dottoressa Giovanna Cantarella ha donato apparecchiature informatiche per l'U.O. di otorinolaringoiatria.

Sono inoltre giunte le seguenti donazioni:

dalla Roche Diagnostics un video proiettore Epson EMP-X3 per l'unità operativa Laboratorio di analisi chimico cliniche; da privati due pulsossimetri per l'unità operativa di neonatologia e terapia intensiva neonatale; dalla società Baxter due televisori LCD Sharp LC 20sh1 (completi di staffe pareti) e due televisori LCD20" dalla società Gambro per l'unità operativa di nefrologia e dialisi; dall'Associazione Talassemici Drepanocitici Lombardi Onlus un registratore Holter digitale e due carte memorie per il Centro Anemie congenite.

---

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



Direzione, redazione, amministrazione: 20122 Milano, via F. Sforza, 28 - telefono 02-5503.8311/02-5503.8376

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