



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLI - n. 2 - 2000

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLI - n. 2 - 2000

sommario

	pagina
Ai lettori	1
La riforma sanitaria nella luce della cultura <i>Piero Franzini</i>	2
Nel ricordo del professor Piero Franzini <i>F.C.</i>	5
Il reinserimento al domicilio dopo un ictus <i>Pietro Vigorelli, Carlo Gussoni, Roberta Scotti</i>	6
La donazione di midollo osseo <i>Giorgio Lambertenghi Deliliers, Elena Tagliaferri, Davide Soligo</i>	13
Asterisco	16
Agopuntura: medicina alternativa o complementare? <i>Giuseppe Maiocchi</i>	17
Le nuove prospettive nella diagnosi della sordità infantile grave e profonda <i>Umberto Ambrosetti, Enrico Fagnani</i>	21
Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso il management <i>Marisa Cantarelli</i>	25
Medici numismatici nei secoli XVI e XVII - Alcune riflessioni <i>Ida Calabi Limentani</i>	29
Il Cristo medico <i>Francesco Fiorista</i>	35
Milano a sorpresa - IV <i>Vincenzo Bevacqua</i>	37
Recensioni	44
Cronache amministrative	47

La copertina

Fregi e decorazioni secentesche dell'antico Ospedale Maggiore, ora sede dell'Università degli Studi

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Direzione, redazione, amministrazione: 20122 Milano, via F. Sforza, 28
telefoni 55038311/55038376

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

ai lettori

La Ca' Granda riprende il suo corso dopo l'atteso numero speciale dedicato alla presentazione del nuovo Ospedale Policlinico.

“Cultura è, come arte, una di quelle espressioni che si depauperano di significato quando si tenti di costringerle in rigide definizioni, pur talvolta elaborate da ammirevoli intelligenza e studio, ma non per questo esaustive”. È l'apertura dell'articolo di Piero Franzini straordinariamente pervenutoci negli ultimi giorni della grave malattia che lo ha portato dolorosamente alla scomparsa, e che una volta di più ce ne farà sentire il vuoto e la mancanza.

L'esperienza interdisciplinare della degenza riabilitativa all'Ospedale San Carlo Borromeo, illustrata dal dott. Pietro Vigorelli in Ca' Granda fascicolo 3/99, si è ora arricchita di un programma bene articolato e originale per favorire il reinserimento al domicilio dopo un ictus.

La donazione di midollo osseo: un campo entusiasmante della scienza medica, che vede anche la nostra Istituzione impegnata attivamente nell'opera di studio e di ricerca è ufficialmente accreditata al “National Marrow Donor Program”. Ne scrive per noi il prof. Giorgio Lambertenghi Delilieri.

Agopuntura: medicina alternativa o complementare? La domanda ancor oggi non sorprende. Anni di studio, di ricerca, istituzione di corsi universitari nel nostro mondo occidentale, esperienze e raggiungimenti in campo terapeutico non sono bastati a dichiararne l'identità. Ringraziamo il dott. Giuseppe Maiocchi che ha accolto l'invito a trattare l'interessante argomento per la Ca' Granda, rispondendo così anche alle richieste di nostri lettori.

Sono evidenti l'attualità e l'importanza del tema affrontato, nelle pagine che seguono, dai dottori Umberto Ambrosetti ed Enrico Fagnani sulle nuove prospettive nella diagnosi della sordità infantile grave. Solo recentemente, infatti, le ricerche in campo audiologico hanno consentito di attribuire con certezza l'eziologia di numerose di tali forme a fattori causali genetici e virali.

Marisa Cantarelli, direttore per lunghi anni della Scuola universitaria di discipline infermieristiche, esamina la possibilità di cambiamento offerta dalle nuove normative, fermandosi qui sugli aspetti amministrativi della professione.

E siamo alle pagine dedicate più specificamente alle curiosità culturali, alla storia, alla lettura, agli sguardi sulla Città.

Ida Calabi Limentani, studiosa di storia degli studi antiquari, si ferma per noi sulla operosità diffusa di carattere scientifico nel campo della numismatica antica di medici professionisti vissuti nel secolo XVII.

Una pagina sorprendente, un dipinto raro, un'immagine inattesa pressoché sconosciuta quella che ci propone qui il dott. Francesco Fiorista: Gesù di Nazaret medico “in una veste del tutto pragmatica e tecnica”, al di là delle migliaia di raffigurazioni artistiche e letterarie sul Gesù “guaritore”.

Prima delle recensioni librerie e prima delle consuete rubriche, camminiamo da corso Venezia a corso Vittorio Emanuele e oltre, sempre più incantati dalle sorprese che a un'alzata d'occhi l'attentissimo, instancabile prof. Bevacqua ci porta a scoprire.

La riforma sanitaria nella luce della cultura

PIERO FRANZINI

Cultura?

“Cultura” è, come “arte”, una di quelle espressioni che si depauperano di significato quando si tenti di costringerle in rigide definizioni, pur talvolta elaborate da ammirevoli intelligenza e studio ma non per questo esaustive. Eppure tutti sappiamo, quasi per intuizione, cosa si intende con essa e quale valore essa incarni (la parola forte le è dovuta) nella vita del pensiero e nelle relazioni intersoggettive quando non ci si rassegni a comunicare il nulla; ne siamo, al limite, sottilmente soggiogati, in ragione del suo potere di penetrare, anche se inavvertita, nel territorio fertile della nostra mente. Questa preziosa compagna, destinata a sbarrare il dilagare dello “zoo umano”, pare quasi che non sia più tra noi, che fugga dai nostri discorsi e ci faccia mancare la luce. Non è più tra noi, non perché non esista ma perché ha ritegno ad uscire allo scoperto, si chiude in sé, si alimenta del cibo che essa stessa si prepara, cibo che viene invece rifiutato da chi pur ne trarrebbe calorie a loro modo possentemente energetiche. La cultura non muore nel flusso di un odio ribelle di anti-cultura, sentimento pur sempre attivo e talvolta promotore del proprio contrario, ma si disperde nella palude dell’indifferenza, sotto lo sguardo spento dell’uomo che rinuncia alla vita del pensiero e al vigore mentale di una raggiunta “adulità”.

Non è, quello della cultura, un concetto aristocratico né contemplativo, come avverte un maestro della filosofia sulla scia di tanti padri di questa antica scienza; è invece un aspetto della vita associativa che si traduce nella costituzione della “polis” ed assegna all’uomo il compito di evolvere a “cittadino”, che è qualcosa di più di un “animale politico”; nel rifiuto di un arricchimento spirituale ed intellettuale si estingue una “armoniosa collaborazione” (come diceva il Croce) tra le varie forze mentali; squilibrio e sbilanciamento nella

personalità ne prendono il posto mentre si ottunde la capacità di “conciliare le esigenze della specializzazione con quelle di una formazione umana totale o almeno sufficientemente equilibrata” (sono ancora parole dell’Abbagnano). Il pensiero, potenzialmente collettivo nella diversità, si rafforza e unifica nello scambio evitando di smembrarsi in contrasti o affogare in parole che perdono il privilegio del “logos”. La cultura, che il pensiero filosofico tedesco identifica con civiltà, è un destino, oltre che un portato della civiltà stessa, quando prende le distanze dall’arida conoscenza; essa assume il futuro così come il passato e dà ali alla concretezza creando, quando occorra, “astrazioni operative da commisurare ai modi di vita” ed alle tensioni umane. È un impegno di “essere”, di guardare per vedere, di esercitare il pensiero, non un archivio da cui estrarre norme e paradigmi di comportamenti.

L’aspirazione alla cultura, sempre intesa come elaborata qualità di fondo e non quale obesità di sapere, tanto più si impone alla coscienza del cittadino quando l’opera riformatrice risponda a fondamentali bisogni di salute.

Il rapporto fra chi eroga e chi subisce prestazioni sanitarie può, in eventuali fasi critiche, farsi inquieto in quanto deve superare un’asimmetria di posizione emotiva (tranquillo il curante, possibilmente turbato, per varie e ovvie ragioni l’assistito), conoscitiva (competente in argomento l’uno, ignorante l’altro), comunicativa, intima (inesistente per il primo, possibile fonte di disagio per il secondo); ed i motivi di turbata interazione potrebbero moltiplicarsi in relazione ai singoli temperamenti ed a particolari situazioni. Il dialogo col malato, oggi negletto, per un dominio della tecnologia strumentale è il ricordo di un’alta tradizione e la conferma di una scaduta capacità; si vuole dimenticare che anche il dialogo è tecnica diagno-

stica e terapeutica e che il trascurarlo è errore e colpa, eventuale conseguenza di una più o meno mascherata incultura, e proprio quando la professione potrebbe essere tentata a toccare i confini dell'arte. Un insegnamento di psicologia pratica, semplice ma non banale, parla, a medici e cosiddetti (ma detti male) paramedici, di "medicina –medico" (la ben nota espressione di Balint) che, distribuita in saggia e controllata dose, può rispondere a mute richieste del paziente e dare, a chi soffre, un segno di comprensione e rispetto.

Riforma o utopia?

Sospinti da questi frammenti di pensiero, ci vorremmo ora accostare, dimessamente e timidamente, allo scenario che ci offre oggi, non dico la polis italica ma, in visione più settoriale, il suo tentativo di una riforma sanitaria ad ampio respiro sociale. E qui, in questa che dovrebbe essere una prova ed una palestra di capacità associative e di maturità politica (nel suo significato civico) e di rispetto e amore per chi soffre o soffrirà, cioè tutti noi, la cultura, una volta ancora, non si fa molto sentire tra noi e in noi; assordano invece, al suo posto, le parole scipite o sapute, vecchie o nuove, sincere o false, ma sempre e solo parole vuote o svuotate di contenuto creativo che, a simulare una strategia di pensiero, si aggrovigliano talvolta in espressioni fumose o in allucinanti utopie, in sostanza fughe dalla realtà quando questa si presenti ostica od ostile e prospetti pericoli. Nasce così, in progetto di riforma, il "Welfare State", sogno esaltato di una società benedetta dal benessere, dove tutti, in tema di salute, hanno tutto, dove scompare l'inumana e immane tragedia del cosiddetto terzo mondo, dove il motivo della sofferenza inevitabile, la paura della verità dolorosa e tante altre pietre di inciampo alla gioia vengono soavemente eliminate per rifiuto di pensiero, quasi a costituire un idillio che nessuno, se non per suggestione utopica, ha mai assegnato o premesso al destino dell'umanità; la stessa gioia, asseriva la saggezza stoica di Seneca, ha da essere una cosa seria.

Uno spirito di riforma sanitaria che consideri il presente, che già richiede correzione, ma si proietti in un futuro ormai alle porte e miri ad un traguardo di alta coscienza civica, esige oggi un più vasto orizzonte di pensiero che non solo implichi ma completi e travalichi la cultura medica specifica per individuare

parallele o convergenti linee culturali tracciate da un lungo studio e da una forte passione per lo studio stesso; il diritto e il dovere di parola va esteso ad altre voci mentali ed esperienziali che risuonino oltre espressioni vaghe, talora politicizzate.

Tra queste figura anche la proposta di "aziendalizzazione", concetto quest'ultimo che, come dice Mario Tedeschi, direttore dell'Istituto Lombardo per la formazione culturale, è tuttora immerso in una "fase magmatica in cui dominano interrogativi pesanti e idee non accertate". A maggior ragione la mente critica si ferma di fronte a ...deliri utopistici quali il "Welfare State", l'utopia può farsi agente promotore o motore quando esprime un rimorso, non quando si ammanti di illusioni e dia sfogo a sterili entusiasmi. La mentalità corrente, dice ancora Tedeschi, "si è spostata dall'ossequio verso dati obbiettivi all'accoglimento delle aspettative, grazie ad una Medicina che risponde anche ai desideri i quali, come si sa, toccano l'immensità dei sogni". E Stefano Zamagni docente di economia politica all'Università di Bologna, conferma, con riferimento al "Welfare", che "la crisi di modello statalistico sta precipitando a causa della crisi fiscale dello Stato stesso mentre non smette di alimentare facili entusiasmi" ed aggiunge che "lo statalismo è una cultura e non soltanto un progetto di organizzazione delle spese politiche".

Una conferma della gracilità concettuale della auspicata riforma è sotto gli occhi di tutti e ci viene proprio incontro nell'attesa di possibili anticipi in tema di progetti di riorganizzazione del nostro sistema ospitaliero; qui si va dimenticando, si vuole dimenticare, che in Italia "esisteva" (è d'obbligo il tempo verbale all'imperfetto) un ospedale ricco di tradizioni lontane e vicine che tempi nuovi e provvedimenti mancati o inadeguati hanno fatto o lasciato deperire, quando esso poteva ancora rappresentare, se non un modello, almeno un incentivo a proseguire una via ricca di esperienze e non povera di speranze. Ad esempio, una iniziativa, che si è "voluto" troncata quasi sul nascere, aveva aperto una stretta porta ad un breve tirocinio ospitaliero da parte di un pur limitato numero di medici neo-laureati, come è ormai largamente in uso altri Paesi, ma i "padroni" della vita ospitaliera hanno prontamente chiuso quella porta e quell'esperimento che,

in un sereno clima di simpatia, stava, tra altri benefici, rendendo amici dell'ospedale, sul piano sentimentale e culturale, un nucleo di medici, che non avrebbero dimenticato quel frammento di vita professionale.

Cultura operante nella riforma sanitaria

I pensieri si fanno più forti e creativi grazie all'incontro di più culture specializzate, dove si crea o si rafforza quella "cultura generale" che, se intesa nel suo significato non banale, impersona il senso collettivo della cultura stessa, distanziandola dal nozionismo puro, di per sé infruttifero. Le difficoltà di lavoro e di ricerca acquisiscono nobiltà e valore particolari quando debbono affrontare decisioni coraggiose e dolorose, impopolari nel senso demagogico del termine, proprio quelle scelte che mettono a dura prova l'allineamento fra intelligenza e coscienza; qui le parole futili che, anche se reboanti dicono il nulla, suonano stonate e irritanti all'orecchio sottile, pronto a cogliere l'inganno o la fuga di fronte alla realtà che va comunque detta, e non solo per calcolo ma per un superiore kantiano imperativo categorico.

È chiaro che la riforma deve dare *l'essenziale a tutti* (e non è poco!) ma non può né dare né promettere il *tutto a tutti*, nel pericolo, eticamente inaccettabile, di darlo, eventualmente in modo mascherato, solo ad alcuni, creando così una situazione di *selettività*, facilmente sfociante nel favoritismo. Sotto questa luce o, meglio, in questa zona di oscurità, lo "slogan" che piace tanto ad alcuni fanatici della "polis", che tanto poco contribuiscono a costruire - l'ammalato ha sempre ragione - , trova giustificazione solo su un astratto piano affettivo-sentimentale ma non su quello dei fatti, realizzati o realizzabili.

La cultura, nella riforma e per la riforma, non è esigenza solo del riformatore e di chi con lui collabora ma anche, almeno in teoria e nelle speranze, del cittadino fruitore della riforma stessa, del cui spirito dovrà, sia pure gradualmente, impossessarsi; è una prospettiva che dobbiamo considerare nella Medicina che ci sta insieme proteggendo e investendo, in una ridda di speranze e timori che sarà il nostro pascolo di domani.

Un potenziale nemico, e non certo il solo, che ci attende al varco è, quasi paradossalmente, il diritto di ogni cittadino di essere informato, appena si

prospetti una minaccia, sul proprio destino di salute. In questa direzione, il rapido progresso di conoscenze sulle patologie ereditarie e sulle ricerche di genetica riconosce la capacità di predire, ancora nel silenzio dei sintomi, possibili alterazioni ereditarie eventualmente passibili di trattamento terapeutico, più o meno pesante. Entra pertanto in agguato, in assenza di certezze, il perverso giuoco statistico delle probabilità, che soddisfa lo scienziato ma lascia nell'angoscia l'interessato in perenne tormentata attesa di catastrofi, che forse mai si verificheranno.

È una situazione che già si affaccia alla realtà di oggi, sia pure infrequentemente, ma per cui è facile pensare che il diffondersi di una dovuta strategia di prevenzione porterà a ben maggiore frequenza.

È ovvio a questo punto, che qui si stia, doverosamente, sottolineando alcuni momenti dolorosi in una riforma che ne conterrà numerosi altri di speranza e serenità, ma questa parentesi di presa di coscienza non tutta intonata ad una gioiosa realtà, giustifica una domanda: dove si pongono, in questa atmosfera di verità, i limiti di un entusiasmo da "Welfare"?

Lo scrivente non saprebbe dare risposta, forse perché gli manca la cultura della salute e della sofferenza e non gli è dato di vedere, in prospettiva, una riforma che riformi lo spirito dell'uomo. Ma non è cancellando dalla mente i temi dolorosi, ammesso che il giuoco riesca, che si crea cultura né che aumenti la felicità umana. È anche per questo che lo spirito della riforma richiede per la sua impostazione, oltre che un apporto tecnico medico e amministrativo, anche un soffio di pensiero umanistico, nel senso più lato e profondo del termine, capace di infondere, nel dettato di legge, una "lezione" che possa dare al Paese un segno di raggiunto livello culturale. A contrassegnare questo intento creativo del cittadino destinato a dare risposta e risalto a innovazioni di fondamentale portata, il già citato Zamagni, considerando le rispettive posizioni da un versante di politica dello spirito e non soltanto economico e tecnologico, entro l'ambito di competenza medica ma anche di un vasto e incisivo disegno della condizione umana, si ferma a prospettare la dinamica di risposta del cittadino quale "consumatore del servizio sanitario" in una ben definita dimensione psicologica e comportamentale.

Distingue, in proposito, tre categorie o, meglio, tipologie. Ad una si può assegnare la dizione e prevedere l'azione di "cliente" che, dotato di un certo potere d'acquisto, inquadra l'aspetto e le reazioni del già accennato cittadino "che ha sempre ragione"; gli si affianca, da lui differenziandosi, il "consumatore utente", il quale, appunto perché meramente utente, non riserva a se stesso che il (povero) diritto alla protesta. Ma esiste anche, per fortuna, una terza tipologia, che lo Zamagni staglia come figura cardine di una auspicabile riforma, figura inquadabile in un alto spazio sociale, capace di assumere responsabilità gestionali, il "consumatore cittadino", che non si limita a misurare provvedimenti sanitari ma concorre a "produrre il proprio stato di salute facendosi attivamente partecipe del processo di programmazione aziendale nella adesione alla conseguente realtà soprattutto quando la scelta stessa può farsi "tragica" a livello locale".

La ricchezza intellettuale di questo "consumatore cittadino" implica una presa di posizione improntata ad una personale (casalinga) filosofia coltivata e maturata proprio in quello spazio di cultura che impone una responsabilità di governo e regola le voci dell'offerta e della domanda.

In caso di decisioni sconcertanti o dolorose per il fruitore il "consumatore cittadino", al servizio della comunità della "polis", impone a se stesso un comportamento cosciente, aperto al vaglio di un pensiero vigile e forte.

Se è vero, come è stato autorevolmente detto, che la guerra è evento troppo serio per essere gestito tutto dai militari, è altrettanto vero che questa riforma sanitaria potenzialmente attesa da tutta l'umanità, non può essere demandata, direttamente o indirettamente, solo alle categorie mediche, ma deve essere modulata, arricchita, moderata dal pensiero creativo ad opera di esponenti di una cultura che non accetti di soggiacere ad una minaccia di analfabetismo di ritorno.

Se vogliamo esprimere tutte le nostre capacità dobbiamo richiamare e riunire tutte le nostre forze perché l'uomo (ritorna l'umanesimo di Seneca) sia sacro all'uomo.

Nel ricordo del professor Piero Franzini

Un annuncio doloroso, che tutti temevamo, conoscendo la gravità della malattia a lungo sopportata con grande forza e che peraltro non ci ha mai privati della speranza in un miracolo, ci pone ora duramente davanti alla realtà della scomparsa del prof. Franzini mentre impaginiamo, in apertura del fascicolo, il penultimo articolo redatto e fattoci avere nel corso della sua degenza. Articolo che ancora una volta ci fa considerare la profondità della sua cultura, la lucidità della sua analisi.

Abbiamo avuto il privilegio della firma di Piero Franzini fin dai primi fascicoli della nostra quarantennale rivista: firma che guardo affettuosamente nella prima pagina del fascicolo e che mi dà il desiderio di ricordarlo proprio qui. Ma soprattutto abbiamo avuto il dono della sua generosa disponibilità sempre, della sua saggezza, della coraggiosa lealtà con la quale affrontava gli argomenti, della sete di studio e di ricerca, della ricchezza dei suoi valori spirituali.

Ci manca e ci mancherà nel tempo.

La nostra affettuosa partecipazione in questo momento doloroso di prova per la consorte signora Elia e per l'intera famiglia.

F.C.

Il reinserimento al domicilio dopo un ictus

L'esperienza interdisciplinare dell'Ospedale San Carlo Borromeo

PIETRO VIGORELLI, CARLO GUSSONI, ROBERTA SCOTTI *

Cominciamo col prendere in considerazione quello che succedeva in un ospedale per "acuti" dotato di un servizio di fisioterapia, ma senza letti di degenza riabilitativa. Il paziente colpito da ictus veniva ricoverato in una divisione di medicina o di neurologia e sottoposto agli esami e alle cure del caso fino ad ottenere la stabilizzazione clinica. Fin dai primi giorni veniva avviato un programma di fisioterapia rivolto a recuperare, per quanto possibile, le capacità motorie colpite.

Dopo un periodo variabile il paziente veniva dimesso, solitamente prima del termine del trattamento riabilitativo. Infatti negli ultimi anni, a seguito dell'introduzione dei DRG, si è assistito a una consistente riduzione dei tempi di degenza. Quando si arrivava, dopo due-quattro settimane, a comunicare ai parenti la dimissione, si verificava una *situazione critica*: solo in quel momento venivano prese in considerazione le limitazioni funzionali residue e i vari problemi familiari e assistenziali, con la conseguenza che spesso si verificava uno scontro tra la logica dell'istituzione e quella delle famiglie dei pazienti, contrarie alla dimissione stessa.

In molti si sono resi conto che il problema, per essere risolto, andava affrontato prima e in modo diverso. Proprio per questo motivo la Regione Lombardia, seguendo la normativa nazionale, ha incoraggiato l'istituzione negli ospedali per "acuti" di *letti di degenza per la riabilitazione postacuta* (cod. naz. 56). Questi letti sono finanziati a giornata e non in base ai DRG. In tal modo è ora possibile prolungare la degenza per il tempo necessario per completare il trattamento riabilitativo. Si ottengono così risultati migliori in tempi complessivamente più brevi (evitando il trasferimento nelle lungodegenze), si riducono i disagi per i pazienti e si riducono anche i costi totali a carico della comunità.

Condividendo l'indirizzo regionale, l'Ospedale San Carlo ha attivato una degenza riabilitativa che si avvale della collaborazione interdisciplinare tra équipe medica, équipe fisiatrica e servizio sociale che sono venuti a costituire un unico gruppo riabilitativo. E' stato così possibile, a partire dal maggio 1998, affrontare il problema del reinserimento al domicilio in un modo nuovo e più efficace.

Nei paragrafi che seguono descriveremo il nostro modo di procedere, facendo presente che per semplificare l'esposizione focalizzeremo l'attenzione solo sui pazienti colpiti da ictus. Lo stesso metodo, con piccole varianti, viene però applicato anche agli altri pazienti della degenza riabilitativa (cardiaci, respiratori, ortopedici).

Le difficoltà e le soluzioni

Nonostante la fisioterapia, resta però un certo grado di handicap che limita l'autonomia del paziente e ne rende difficile il reinserimento a casa. Col nuovo tipo di organizzazione i problemi si sono molto ridotti, perché il paziente viene dimesso dopo aver effettuato un ciclo riabilitativo completo. In vista della dimissione si può creare comunque un certo grado di conflitto col paziente che vorrebbe prolungare ulteriormente la degenza e con i parenti che temono di non essere in grado di far fronte ai problemi del suo rientro a casa. Adesso è però possibile affrontare in modo migliore tali problemi.

Il metodo che abbiamo adottato per risolvere queste situazioni di conflitto consiste nel prendere atto delle difficoltà di tutto il nucleo familiare (paziente e parenti) e nel cercare insieme le soluzioni possibili, trasformando così il conflitto in *un problema comune da risolvere*. Questo compito ovviamente non è solo di competenza del medico, ma viene affrontato con un impegno coordinato da tutta l'équipe curante.

L'obiettivo comune

Solitamente si considera che lo scopo di un ricovero consista nel formulare una diagnosi e impostare una terapia adeguata. Questo obiettivo può andar bene per molte patologie acute, per esempio per una broncopolmonite, perché la dimissione non presenta particolari problemi. Nel caso di un paziente colpito da ictus, invece, abbiamo convenuto che il nostro intervento ha lo scopo di metterlo in grado di tornare a casa e di poter svolgere, per quanto possibile, le sue abituali attività. In pratica riteniamo che un ricovero si conclude nel modo migliore quando il paziente è riuscito a recuperare al massimo possibile la funzione compromessa, ha imparato a compensare in modo adeguato l'eventuale disabilità residua ed è riuscito ad accettare i danni non modificabili. Partendo da questa impostazione, la preparazione del *reinserimento al domicilio* diventa l'obiettivo comune che ci permette di superare il conflitto iniziale.

Chi se ne occupa

Nessun medico riuscirebbe da solo a farsi carico dei problemi legati al reinserimento. Tradizionalmente la ricerca di soluzioni per tali problemi veniva affidata all'assistente sociale, ma l'esperienza ha dimostrato che un meccanismo di delega non è sufficiente. Quando l'assistente sociale opera senza un collegamento stretto con gli altri operatori, la sua attività tende a ridursi a un lavoro burocratico che, anche se necessario, è troppo limitato per risolvere le molteplici difficoltà. Noi abbiamo maturato la convinzione che il problema deve essere affrontato in modo coordinato da *tutta l'équipe curante*, ciascuno secondo le proprie competenze, partendo dalla condivisione di un obiettivo comune. Per realizzare questo progetto ci riuniamo sistematicamente per una discussione sui casi.

Il team medico-fisiatrico-sociale

Due volte alla settimana (martedì e giovedì dalle ore 11.30 alle ore 12.30) l'équipe curante si dà appuntamento nella sala riunioni del reparto. Per motivi di tempo e di funzionalità non tutti possono essere presenti, ma coloro che partecipano hanno il compito di far poi circolare le informazioni.

Sono sempre presenti il medico fisiatra, il medico internista, una fisioterapista, la caposala e l'assistente sociale. Durante la riunione vengono passati in rassegna ogni volta sedici pazienti. Ciascuno fornisce le informazioni di propria competenza sulle condizioni cliniche, sull'andamento della fisioterapia, sulla capacità di svolgere gli atti della vita quotidiana e su eventuali problemi familiari in vista della dimissione. Dalla conoscenza di tutte le informazioni ciascuno trae gli spunti per la prosecuzione della propria attività secondo un progetto comune e, quando ci si avvicina alla data della dimissione, si programma un incontro collegiale col paziente e i parenti per preparare il reinserimento a casa (v. oltre).

Quando cominciamo

Se ci lasciassimo sorprendere dai problemi al momento della dimissione sarebbe troppo tardi. Il nostro programma per il reinserimento al domicilio comincia precocemente, cioè *al momento dell'accettazione*. E' ovvio che non possiamo affrontare subito in modo specifico i problemi che si porranno al momento della dimissione, ma quello che cerchiamo di fare fin dall'inizio consiste nel cercare di stabilire un rapporto di alleanza con i parenti.

Come coinvolgiamo i parenti

Qualche volta la presenza dei parenti è vissuta come un ostacolo alla normale attività ospedaliera (e talvolta davvero lo è). Nel caso dei pazienti ricoverati per ictus, però, i familiari rappresentano una risorsa a cui non conviene rinunciare.

La loro presenza e, in qualche caso, la loro partecipazione attiva al programma di riabilitazione è molto importante; noi cerchiamo di incoraggiarla fin dai primi momenti, di valorizzarla e guidarla perché possa risultare utile per raggiungere lo scopo desiderato.

Il coinvolgimento attivo dei parenti può far nascere qualche equivoco che va subito chiarito: l'assistenza medica e il nursing sono compito specifico di medici e infermieri, così come il trattamento fisioterapico è compito specifico di fisiatristi e fisioterapisti. Ai parenti non si può chiedere di svolgere compiti che sono propri del personale curante.

Noi rassicuriamo i parenti sul fatto che l'ospedale fornisce tutta l'assistenza necessaria; a loro proponiamo di svolgere un'altra funzione: diamo cioè la possibilità di *mantenere il ruolo affettivo che avevano prima del ricovero*. Quando parliamo col marito o la moglie, il figlio o la figlia, cerchiamo di metterli nella condizione di continuare ad avere un rapporto normale col loro parente, pur tenendo conto della nuova condizione e di alcuni vincoli posti dalle necessità organizzative.

Per questo motivo abbiamo ampliato l'orario di visita dei parenti, tradizionalmente limitato a una o due ore al giorno. In particolare, dato che abbiamo osservato che la loro presenza è utile durante i pasti, stiamo sperimentando un orario di visita dalle ore 11.30 alle ore 13.30 e dalle ore 16 alle ore 20. Talvolta i parenti che lavorano non riescono a venire in ospedale neanche durante tali orari, ma possono venire per un saluto più tardi, alla sera. Siamo soliti permettere queste visite, facendo attenzione che non vengano disturbati gli altri pazienti. Così facendo abbiamo ottenuto anche un importante vantaggio collaterale: abbiamo osservato che diminuisce il disorientamento e il delirio notturno che talvolta insorge in questi pazienti.

Un altro momento importante di coinvolgimento consiste nell'invitare un parente convivente ad assistere a una seduta di fisioterapia in palestra, dopo che si è instaurato un clima di collaborazione. In questa occasione *la fisioterapista dà ai parenti le indicazioni utili per aiutare il paziente nella svolgimento di alcune attività* (camminare, mangiare, vestirsi, lavarsi...) e lo assiste quando prova a mettere in pratica tali indicazioni.

Quando il paziente ha raggiunto un livello di autonomia sufficiente, quando cioè è arrivato a essere in grado di svolgere le principali attività della vita quotidiana con l'aiuto dei familiari, *proponiamo un'uscita in "permesso"*, dal mattino alla sera, per sperimentare le condizioni del rientro a casa.

Tale prova solitamente mobilita nel paziente nuove energie, fa scoprire risorse insperate e permette ai parenti e all'équipe curante di valutare meglio gli aiuti necessari per il rientro definitivo. Questo test comporta un impegno organizzativo sia per l'équipe che per la famiglia, ma la positività dei risultati compensa ampiamente l'investimento, rendendo talvolta possibile un reinserimento al domicilio altrimenti ritenuto impossibile.

Quando li coinvolgiamo

L'ampliamento dell'orario di visita dei parenti da una parte facilita i contatti, dall'altra rende necessaria una regolamentazione degli stessi per evitare perdite di tempo e disfunzioni.

Durante i contatti informali che ci capita di avere con i parenti scambiamo brevi notizie, ma non affrontiamo in modo organico problemi importanti.

I tradizionali colloqui con i parenti vengono fatti in orari prestabiliti, separatamente, sia dagli internisti che dai fisiatri. Il clima dei colloqui è improntato da una parte all'ascolto (notizie, problemi, ansie), dall'altra all'informazione. In tale occasione, infatti, comunichiamo ai parenti i progressi e le eventuali complicanze, gli obiettivi che ci poniamo col programma riabilitativo e il grado di handicap che riteniamo resterà permanente.

Nel nostro reparto abbiamo poi istituzionalizzato un momento specifico per affrontare collegialmente i problemi del reinserimento a casa.

L'incontro collegiale con paziente e parenti

Quando le condizioni cliniche del paziente sono stabilizzate e il programma riabilitativo è in fase avanzata, l'équipe curante è in grado di prevedere con sufficiente approssimazione il livello massimo di recupero raggiungibile e il giorno in cui programmare la dimissione. Queste condizioni si realizzano in tempi variabili a seconda della gravità dell'ictus, solitamente entro i sessanta giorni previsti dalla Regione per la degenza riabilitativa post-acuta di questi pazienti.

L'incontro si svolge tutte le settimane al mercoledì, dalle ore 11.30 alle ore 12.30, e coinvolge l'équipe curante come per il team descritto sopra. Ogni quarto d'ora viene convocato un nucleo familiare. Considerando che ogni settimana vengono dimessi sette-dieci pazienti, vengono convocate solo le famiglie dei casi "difficili" mentre per gli altri pazienti si prepara il rientro al domicilio con altrettanta cura, ma senza ricorrere all'incontro collegiale.

La presenza del paziente all'incontro è d'importanza fondamentale anche se spesso le sue condizioni gli permettono di partecipare solo limitatamente al lavoro comune. Con la sua partecipazione vogliamo sottolinearne il ruolo attivo nelle scelte che lo riguardano e nella ricerca delle soluzioni.

Durante l'incontro spieghiamo in modo comprensibile la situazione clinica e i risultati raggiunti. Spesso i parenti esprimono le loro ansie e difficoltà concrete di riorganizzazione familiare. L'internista, il fisiatra e l'assistente sociale, ciascuno secondo le proprie competenze, forniscono le informazioni richieste, propongono delle soluzioni per i problemi che emergono e, quando è il caso, avviano le pratiche necessarie per ottenere aiuti specifici.

Il lavoro di gruppo che viene svolto è improntato alla massima concretezza, ogni problema viene affrontato in termini operativi e le soluzioni vengono cercate nel campo del possibile, con la consapevolezza che l'handicap residuo, spesso associato a un'età molto avanzata e alla presenza di patologie multiple, comporta comunque un carico assistenziale rilevante per i familiari.

La prescrizione di ausili

Quando il trattamento riabilitativo giunge al punto in cui è possibile prevedere il grado di invalidità residua al momento della dimissione, il fisiatra, insieme alla fisioterapista e alla terapeuta occupazionale, valuta quali sono gli ausili che possono servire per aumentare il livello di autonomia del paziente. Il risultato della valutazione viene dapprima portato nell'ambito del team medico-fisiatrico-sociale, poi viene proposto al paziente e ai parenti sia durante il trattamento che in occasione dell'incontro collegiale. Gli ausili proposti variano da quelli per l'igiene personale, a quelli per l'alimentazione (posate, piatti e bicchieri facili da maneggiare), a quelli che modificano l'ambiente domestico (maniglie, corrimano, alzawater, modifiche al bagno...), a quelli per il cammino (bastone, tripode, deambulatore...), a quelli per i pazienti più gravi (carrozzella, solleva-ammalati, letto articolato, materasso antidecubito...), fino ai provvedimenti più complessi per il superamento delle barriere architettoniche. Quando sono necessarie competenze specifiche indirizziamo i familiari al servizio valutazione e informazione della Fondazione don Gnocchi (SIVA).

Alcuni degli ausili sopracitati sono compresi nel tariffario nazionale e sono quindi prescrivibili a carico del Servizio Sanitario Nazionale previa

domanda di invalidità (da farsi presso la commissione invalidi civili della ASL di residenza), altri invece devono essere acquistati direttamente.

In qualche caso il fisiatra prescrive la prosecuzione della fisioterapia in regime ambulatoriale o domiciliare o in day hospital.

Il collegamento con la rete territoriale

Per inserire efficacemente la competenza sociale all'interno del lavoro d'équipe è stato necessario da parte dell'assistente sociale uno sforzo di armonizzazione dell'aspetto socio-relazionale con quello giuridico-amministrativo. E' stato anche opportuno (e gratificante) mantenere un atteggiamento flessibile e creativo, piuttosto che rigido e burocratico. Lo scopo è stato quello di raccogliere e fornire informazioni in modo da orientare le scelte concrete e realizzare il progetto di sostegno psico-sociale.

Di fondamentale importanza si è rivelata la capacità di far circolare le informazioni sia all'interno dell'équipe che all'esterno, nell'ambito della rete territoriale dei servizi sociosanitari.

Nella preparazione del reinserimento al domicilio privilegiamo il coinvolgimento attivo del paziente, della sua famiglia e dell'eventuale rete spontanea di aiuto, tuttavia spesso dobbiamo fare ricorso alla rete dei servizi territoriali per offrire maggiori tutele e sostegno alla famiglia.

Ricorriamo soprattutto ai centri multiservizi anziani (CMA), all'assistenza domiciliare integrata (ADI) e alle prestazioni che possono essere erogate a livello di day hospital o ambulatoriale o domiciliare, ma teniamo conto anche delle organizzazioni di volontariato e delle risorse spontanee e informali (amicizie, vicinato...) che talvolta aiutano a gestire in modo flessibile ed efficiente situazioni complesse.

Il coinvolgimento del medico di base resta di solito indirizzato alla gestione dei problemi clinici e in qualche caso il medico risulta essere un punto di riferimento già apprezzato dalla famiglia che permette la gestione domiciliare di situazioni con equilibrio clinico e assistenziale altrimenti precario (ciò succede più frequentemente per i pazienti con patologie plurime e croniche, qualche volta per quelli con prognosi infausta a breve termine).

Resta comunque una quota di pazienti (circa il 15%) per cui non è possibile il reinserimento a casa. In questi casi siamo costretti a fare ricorso ad altre soluzioni, come la prosecuzione del trattamento presso istituti di riabilitazione (IDR) oppure il ricovero presso residenze sanitarie assistenziali (RSA). Per operare in modo efficace in questo ambito è stato necessario conoscere i riferimenti legislativi e amministrativi riguardanti i riconoscimenti d'invalidità, l'esenzione dalle spese sanitarie, le competenze dei diversi servizi territoriali e le modalità di accesso ai contributi economici.

Ma ciò non basta. Il nostro intervento è risultato tanto più efficace quanto più siamo riusciti a utilizzare questi strumenti in modo pertinente, con rapidità ed efficienza, all'interno del progetto costruito sulla specificità di ogni singolo caso.

La dimissione

Il momento della dimissione è uno dei più importanti della degenza. Rappresenta la sintesi di tutto il lavoro svolto. E' un momento che fa da ponte tra la fase ospedaliera della malattia e quella domiciliare. Tutto quello che facciamo durante il ricovero serve per arrivare ben preparati a questo momento. Dopo un periodo variabile di quattro-otto settimane, il paziente e i suoi familiari si trovano a dover riaffrontare la vita quotidiana in condizioni diverse dalle precedenti. Solitamente il paziente esce dall'ospedale dopo aver ottenuto un recupero consistente, ma il suo livello di autonomia risulta quasi sempre inferiore a quello precedente. Spesso necessita di aiuto o almeno di supervisione per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Tutta la vita familiare deve essere riorganizzata: quella del paziente, dei parenti conviventi e anche quella dei parenti non conviventi che prima non se ne occupavano. Quando consegnamo la lettera di dimissione, cogliamo l'occasione per riepilogare la storia della malattia. Facciamo in modo che il paziente possa riappropriarsene, sia in grado di parlarne con i suoi conoscenti e sappia gestire la propria vita di persona con handicap nel modo migliore. Spieghiamo chiaramente come assumere le terapie e consigliamo di fare di nuovo riferimento al medico di base per la gestione dei problemi clinici.

Naturalmente le situazioni concrete sono diverse per ogni paziente e ci sono situazioni più o meno problematiche. Si va dal caso del paziente che esce completamente autosufficiente, a quello che ha solo bisogno di controlli presso il medico curante, a quello che deve proseguire le cure con l'aiuto dei servizi territoriali. Infatti il paziente viene dimesso quando ha raggiunto il massimo recupero per lui possibile oppure quando la degenza non è più necessaria per proseguire il trattamento, tenendo presente che un ulteriore miglioramento può avvenire nella fase domiciliare sia in modo spontaneo sia continuando la fisioterapia (ambulatoriamente, a domicilio o in day hospital). In casi selezionati proponiamo ai pazienti e ai loro familiari di partecipare a un gruppo ambulatoriale per il reinserimento nella vita di tutti i giorni.

Il gruppo per il reinserimento

L'idea di un gruppo per i dimessi è nata da una constatazione: ci sono alcuni pazienti che quando tornano a casa riescono a reinserirsi e a migliorare la loro capacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana, mettendo a frutto i risultati ottenuti con la fisioterapia; ci sono altri pazienti, invece, che pur avendo ottenuto un eguale livello di recupero motorio tendono a regredire e a non utilizzare le capacità raggiunte.

Riflettendo su questo fenomeno abbiamo ipotizzato che i diversi esiti del trattamento ospedaliero non dipendano solo dal paziente e dal trattamento ricevuto, ma anche dal contesto familiare.

Per questo motivo abbiamo avviato un'attività di gruppo che coinvolge insieme i pazienti e i loro parenti, finalizzata al miglioramento della qualità di vita di tutto il nucleo familiare.

Con il lavoro di gruppo si stimolano i pazienti a utilizzare praticamente i risultati raggiunti con la fisioterapia e si tende a ridurre, di conseguenza, il carico assistenziale per i parenti.

La partecipazione al gruppo è riservata a quei pazienti che sono in grado di esprimersi abbastanza correttamente e che possono raggiungere l'ospedale insieme a un parente senza eccessive difficoltà.

Il lavoro di gruppo si svolge con i pazienti e i parenti seduti in cerchio e parte dal racconto di una situazione "difficile" vissuta da uno dei partecipanti.

Con l'aiuto del conduttore i partecipanti cercano di individuare il momento preciso in cui la situazione descritta ha cominciato a svolgersi in modo insoddisfacente e propongono delle soluzioni alternative. In qualche caso durante la riunione stessa viene sperimentata direttamente una delle soluzioni proposte, rappresentandola come in un gioco dei ruoli.

I risultati

La valutazione dei risultati è un problema complesso perché richiederebbe una valutazione approfondita e standardizzata delle condizioni personali e familiari dei pazienti al loro ingresso.

Senza una tale valutazione delle condizioni di partenza i dati riassuntivi hanno solo un valore descrittivo e non si prestano a paragoni tra realtà diverse.

Nel nostro caso ricoveriamo pazienti provenienti dalle altre divisioni dell'ospedale dopo un periodo medio di degenza "acuta" di dodici giorni. Le patologie che sono state alla base della necessità riabilitativa sono varie, anche se tra di esse prevalgono gli ictus.

Durante il primo anno di attività (maggio 1998-aprile 1999), quando il programma finalizzato al reinserimento era ancora in divenire, abbiamo valutato l'esito sociale su un campione di 131 pazienti consecutivi (su un totale di 388 pazienti dimessi) che comprendevano pazienti neurologici (60%), respiratori (10%), cardiaci (9%), ortopedici (13%) e di altre categorie (8%). L'esito sociale è risultato così distribuito: 79% a casa, 16% in istituzione, 5% deceduti. E' da notare che l'età media era di 76 anni e che tra quelli che si sono reinseriti a casa un paziente ogni otto viveva solo (11% del totale a casa solo, 68% del totale a casa con parenti).

Per valutare i risultati a distanza, abbiamo iniziato uno studio di follow up su cento pazienti consecutivi. Si tratta di un'indagine telefonica effettuata dall'assistente sociale dopo uno, quattro e dodici mesi dalla dimissione. In questo modo avremo delle informazioni che potranno essere utili per meglio programmare il percorso socio-assistenziale di questi pazienti, tenendo conto anche della storia naturale della malattia.

Considerazioni conclusive

Se è vero che il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile per il paziente è la finalità di ogni trattamento riabilitativo, dal punto di vista sia individuale che sociale una misura dell'efficacia del trattamento è costituita anche dalla riuscita del reinserimento del paziente al proprio domicilio. Sicuramente ciò dipende da numerosi fattori anche non strettamente medici.

Considerando il nuovo indirizzo che è stato dato al reparto con la sua trasformazione da divisione di medicina a degenza riabilitativa postacuta, ci siamo resi conto che era necessario operare delle modifiche rispetto al tradizionale stile di lavoro.

Ne abbiamo individuate e realizzate alcune:

- La scelta del reinserimento a casa come obiettivo primario
- L'orientamento di tutta l'attività verso il raggiungimento di questo obiettivo
- Il lavoro d'équipe
- Il coinvolgimento dei parenti
- La scelta di strumenti organizzativi adeguati (il team medico-fisiatrico-sociale, l'incontro collegiale con paziente e parenti, il gruppo per il reinserimento a casa)
- La scelta e la prescrizione di ausili eventualmente necessari
- Il collegamento con i servizi territoriali

Secondo la nostra esperienza queste modifiche sono risultate utili per favorire il reinserimento a casa dei pazienti, hanno migliorato il grado di soddisfazione dei parenti e sono state fonte di gratificazione per tutti coloro che si sono impegnati nel processo di cambiamento.

* P. Vigorelli: Responsabile internista della degenza riabilitativa
C. Gussoni: Primario della U.O. di Recupero e Riabilitazione funzionale
R. Scotti: Assistente sociale



La donazione di midollo osseo

Una speranza per la cura delle malattie del sangue

GIORGIO LAMBERTENGI DELILIERI, ELENA TAGLIAFERRI, DAVIDE SOLIGO

L'inaugurazione del Centro Trapianti di Midollo presso il padiglione Marcora, avvenuta nel 1989, ha rappresentato per l'Ospedale Maggiore un traguardo importante sia per gli impegni costituzionali come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nell'ambito dei trapianti d'organo, sia per la tradizione ematologica che caratterizza la sua storia.

Nel corso di quest'ultimo decennio il Centro ha avuto importanti riconoscimenti a livello nazionale ed europeo, e recentemente il Governo degli Stati Uniti d'America ha approvato il suo accreditamento al "National Marrow Donor Program".

Doveroso a questo punto e con viva partecipazione ai raggiungimenti del Centro, far conoscere ai lettori della Ca' Granda l'attività della nostra Istituzione in questo campo entusiasmante della scienza medica e sensibilizzare, sia pure nei limiti della rivista, l'opinione pubblica alla donazione di midollo.

Il trapianto, ossia la sostituzione di un organo irrimediabilmente ammalato con un altro proveniente da un soggetto sano, è senza dubbio una delle più grandi conquiste della scienza medica moderna. Se nella maggioranza dei trapianti la possibilità di realizzazione è legata ad un incidente mortale, nel caso del trapianto di midollo la premessa indispensabile è la vita del donatore. Questa fondamentale differenza è dovuta al fatto che organi come il rene, il cuore ed il fegato dopo la morte possono continuare a funzionare ancora per un certo periodo, mentre il midollo, appena si arresta il respiro e viene a mancare l'ossigeno, degenera rapidamente. Molte malattie insorgono perché le cellule staminali (contenute nel midollo e responsabili della produzione giornaliera di miliardi e miliardi di globuli rossi, piastrine e globuli bianchi) non funzionano o per un difetto intrinseco di natura ereditaria (come ad esempio nell'anemia mediterranea e nelle immunodeficienze congenite) o perché colpite da un processo tumorale (la leucemia). Ecco allora che, in molti di questi casi, la guarigione definitiva si può ottenere distruggendo il midollo ammalato per poi sostituirlo con uno proveniente da un soggetto sano, cioè sottoponendo il paziente ad un trapianto chiamato "allogenico".

Come avviene il trapianto di midollo? Anzitutto è bene ricordare che il midollo osseo (da non confondere con il midollo spinale contenuto nella colonna vertebrale e parte integrante del sistema nervoso) è un tessuto liquido, rosso come il sangue, localizzato negli spazi vuoti di alcune ossa, soprattutto del bacino posteriore.

Da questa sede può essere facilmente estratto con aghi e siringhe, naturalmente in anestesia generale, fino a raccoglierne 1-1,5 litri (un individuo normale ne possiede circa 5 litri). Le complicanze di questo intervento sono rarissime e mai gravi, cosicché sul piano medico-legale il prelievo di midollo viene equiparato alla donazione di sangue. Il liquido midollare, conservato in sacche di plastica, viene poi trapiantato al paziente (chiamato perciò ricevente) per via endovenosa, come una semplice trasfusione.

A questo punto si verifica uno dei fenomeni più affascinanti che si conoscano in medicina: le cellule staminali, contenute nel midollo del donatore, circolano nel sangue del ricevente per poi insediarsi nelle sue ossa, in particolare a livello dello sterno e del bacino, dove ricostituiscono un midollo "nuovo", capace di generare globuli rossi, globuli bianchi e piastrine normali.

In questi ultimi anni la scienza medica ha fatto ulteriori progressi scoprendo che le cellule staminali sono presenti anche nel sangue periferico. Pertanto oggi i donatori possono evitare i fastidi legati all'anestesia generale e alle punture multiple del bacino sottoponendosi ad una procedura (denominata leucaferesi) che permette di raccogliere e separare dal sangue periferico un grande numero di cellule staminali, sufficienti per il trapianto.

Una volta insediate nelle ossa del ricevente, le cellule staminali del donatore (provenienti dal midollo o dal sangue periferico) devono trovare spazio e condizioni favorevoli per crescere e proliferare. Per questo motivo il paziente prima di essere trapiantato viene trattato con farmaci e radiazioni con il duplice scopo di distruggere il midollo ammalato e nello stesso tempo sopprimere la sua reattività immunologica, in modo da evitare il fenomeno del rigetto. Questa complessa terapia (chiamata di condizionamento) richiede la massima protezione del malato in camera protetta o sterile ed un'assistenza continua da parte di personale altamente specializzato.

Il trapianto di midollo (definizione che oggi viene mantenuta anche se le cellule staminali provengono dal sangue periferico) è quindi un intervento molto semplice. Tuttavia il requisito fondamentale per la sua riuscita è l'uguaglianza della coppia donatore-ricevente. Tutti conoscono i gruppi sanguigni (ABO, Rh) la cui scoperta ha reso possibile la trasfusione del sangue. Nel trapianto di midollo bisogna prendere però in considerazione un altro sistema molto più complicato, chiamato HLA (*Human Leukocyte Antigen*) che comprende un grande numero di antigeni presenti sulla superficie dei globuli bianchi e trasmessi per via ereditaria. Se il sistema HLA del paziente non è perfettamente uguale a quello del donatore, il trapianto può diventare molto pericoloso per la facile insorgenza di complicanze, come ad esempio la cosiddetta "malattia trapianto verso ospite" (conosciuta con la sigla GVHD), il rigetto o il mancato attecchimento del midollo trapiantato.

Il malato può trovare nell'ambito della propria famiglia (con una probabilità dell'ordine del 25 per cento) un fratello o una sorella HLA uguali. In caso contrario (evenienza sempre più frequente per la riduzione della natalità soprattutto nel mondo occidentale) il donatore dovrà essere ricercato nelle *Banche di*

Midollo che in pratica sono liste computerizzate (chiamate *registri*) di volontari disponibili a donare il midollo osseo. Il successo del trapianto da soggetti non-consanguinei oltre a dipendere da una serie di variabili cliniche (come il tipo e la fase della malattia, l'età del paziente, la chemioterapia precedente) è soprattutto condizionato dalla affinità genetica esistente tra donatore e ricevente. Tale affinità, definita più opportunamente con il termine di compatibilità, è raramente riscontrabile anche se i soggetti appartengono a popolazioni omogenee dal punto di vista etnico, in quanto il sistema HLA è caratterizzato da un elevato polimorfismo (cioè da una estrema variabilità dei geni). Allo stato attuale la probabilità di trovare una perfetta uguaglianza tra due soggetti non-consanguinei è solo di 1 a 100.000!

I registri oltre a raccogliere i dati genetici dei potenziali donatori di midollo osseo hanno anche i compiti di: sensibilizzare l'opinione pubblica ed incrementare il numero dei donatori (che nel mondo all'inizio del nuovo millennio hanno superato la soglia dei 6 milioni); ridurre i tempi sia di ricerca del donatore che di attesa per il ricevente; disporre di un *pool* di donatori con caratteristiche HLA rare; verificare i risultati clinici e promuovere studi controllati nella prospettiva di migliorare le prestazioni sanitarie nei Centri di ricovero.

Il registro americano

Nel 1985 il congresso degli USA ha dato il via alla costituzione del registro americano NMDP (*National Marrow Donor Program*). Il progetto è stato inizialmente sponsorizzato dall'*American Red Cross* con la collaborazione dell'*American Association of Blood Banks* e del *Council of Community Blood Centers*. Nel 1990 l'NMDP è diventato una organizzazione indipendente, *no-profit* con sede a Minneapolis (stato del Minnesota) e operante attraverso un complesso *network* di banche di midollo, Ospedali, e Centri di reclutamento donatori, presenti non solo negli USA ma anche in tutti i Paesi europei. Il consiglio direttivo, costituito da esperti in varie discipline (ematologia, oncologia, etica medica, immunologia, legislazione ed economia sanitaria, statistica), ha la supervisione sui pazienti candidati al trapianto, sulla scelta e la salute dei donatori, sui criteri per l'accreditamento degli ospedali che utilizzano i donatori americani.

L'accreditamento all'NMDP di un Centro Trapianti di Midollo viene stabilito da rigidi criteri che prevedono una valutazione approfondita da parte di una commissione di esperti dell'attività trapiantologica dell'Ospedale, del suo staff medico ed infermieristico, delle pubblicazioni scientifiche, dei servizi annessi (laboratori, Centro Trasfusionale, rianimazione etc.) ed infine la certificazione dell'idoneità delle strutture assistenziali (camere sterili, ambulatori, day-hospital). Una volta accertato che il Centro possiede questi requisiti, la domanda di accreditamento viene valutata dal Governo degli Stati Uniti a cui spetta il parere finale.

Nel febbraio 1998 il Centro Trapianti di Midollo Osseo dell'Ospedale Maggiore IRCCS di Milano ha avuto l'onore di essere accreditato all'NMDP. Grazie a questo importante riconoscimento il nostro Ospedale ha dimostrato di possedere i requisiti per essere considerato una istituzione di livello internazionale, diventando così un punto di riferimento sia per i pazienti italiani sia per quelli provenienti da altri Paesi, compresi gli USA.

Il registro italiano

Nel 1989 diverse società medico-scientifiche italiane variamente coinvolte nella problematica dei trapianti di midollo hanno fondato il registro nazionale, conosciuto a livello internazionale con la sigla IBMDR (*Italian Bone Marrow Donor Registry*), con lo scopo di facilitare il reperimento anche in Italia di donatori non consanguinei.

Al fine di realizzare tale programma, sono state identificate le strutture assistenziali disposte a collaborare tra loro e coordinate da un Centro unico, localizzato presso il laboratorio di tipizzazione tessutale dell'Ospedale Galliera di Genova. L'IBMDR attende ancora il riconoscimento ufficiale da parte del Ministero della Sanità ed attualmente viene sostenuto da una Fondazione *no-profit*.

L'IBMDR ha il compito di schedare in un sistema computerizzato le tipizzazioni HLA di tutti i volontari italiani, di attivare la ricerca dei donatori a livello nazionale ed internazionale, e coordinare l'attività dei Centri che effettuano trapianti di midollo.

La politica e le strategie dell'IBMDR sono stabilite da un comitato direttivo, responsabile sia del corretto funzionamento di tutte le componenti sia dell'uso

di procedure eticamente irreprensibili e tecnicamente adeguate; infatti, in accordo con il GITMO (*Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo*), stabilisce i criteri per avviare la ricerca di un donatore nonché i livelli di compatibilità donatore-ricevente, valuta i risultati clinici e tutela la salute dei donatori.

In Italia il reclutamento, la selezione e la tipizzazione HLA dei donatori volontari sono demandati ai servizi trasfusionali ospedalieri che concorrono alla formazione di 17 registri regionali di riferimento.

Alla fine del 1999 il numero dei donatori italiani ha superato la soglia dei 260.000. I Centri Trapianti che possono attivare un procedimento di ricerca di donatore non-consanguineo sono attualmente 32 e collocati esclusivamente in strutture ospedaliere pubbliche.

Per diventare donatore di midollo è sufficiente sottoporsi ad un prelievo di sangue per la tipizzazione HLA. L'età richiesta è compresa tra i 18 e i 35 anni e l'iscrizione al registro dura fino al 55° anno di età. Il donatore è protetto dall'anonimato ed in qualsiasi momento ha il diritto di ritirare il proprio consenso. Gli oneri derivanti dalle prestazioni per la identificazione del donatore ed il relativo prelievo di midollo sono a carico dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente (D.M. del 25.11.1998, pubblicato sulla G.U. del 29.1.1999). Il paziente è tenuto a pagare la sola spesa della tassa di attivazione della ricerca.

L'esperienza italiana di questi ultimi anni è incoraggiante. Infatti per un paziente la probabilità di reperire un donatore compatibile è salita dal 34% nel 1995 all'attuale 50% e nei prossimi anni si prevede di incrementare tale possibilità di circa il 6-9%. Negli ultimi anni il 60% dei trapianti sono stati eseguiti utilizzando volontari provenienti dal territorio nazionale. L'intervallo di tempo necessario per l'identificazione del donatore è mediamente di 88-148 giorni.

Prospettive per il futuro

Con il suo abituale gusto del paradosso Michel Foucault scriveva: "Quel che appare all'inizio del XX secolo, è che la medicina può essere pericolosa non a causa della sua ignoranza, ma per il suo sapere, proprio perchè essa è una scienza" (In: *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 206).

In effetti il trapianto di midollo da volontari non-consanguinei, anche se basato su fondamenti razionali scientificamente provati, è ancora oggi un intervento pericoloso per le complicanze che ne possono derivare, dovute soprattutto alla disparità genetica della coppia donatore-ricevente. Per superare queste difficoltà la medicina è attualmente impegnata nella ricerca di metodiche genetiche che permettano di stabilire la perfetta compatibilità HLA. Altri obiettivi fondamentali sono la riduzione della tossicità della terapia di condizionamento nella fase pre-trapianto, la scoperta di nuovi farmaci immunodepressori per evitare l'insorgenza della GVHD, la possibilità di selezionare le popolazioni linfocitarie a prevalente attività antitumorale da utilizzare dopo il trapianto a scopo immunoterapico per prevenire la ricomparsa della malattia.

Ci sono poi speranze concrete affinché il trapianto di midollo diventi trapianto di geni.

La biotecnologia necessaria per realizzare questo importante obiettivo è già a buon punto, grazie all'impiego di retrovirus in grado di sostituire il gene patologico o di inserire quello mancante nella doppia elica del DNA delle cellule del paziente.

Asterisco

La Luce e il Dolore

Il Dolore non ci sarebbe se riuscissi ad illuminarlo. Ma io non sono padrone della luce, ma ne posso elemosinare soltanto il necessario. Non potrò mai avere luce sufficiente per illuminare il Dolore, questo deve rimanere all'oscuro quel tanto da non togliergli qui sulla terra la sua essenza di mistero. Il Dolore oppone un ostacolo alla luce ed è in questo ostacolo che gli uomini si disperano. Se la terra fosse trasparente a noi, non mancherebbe mai la luce del sole, se il Dolore si potesse spegnere noi non soffriremmo. Sì, la luce è più reale dell'ombra, ma basta poco a farle ostacolo e a farla deviare.

Non tutte le luci sono uguali. Alcune luci non appartengono a sorgenti terrene e noi lo sentiamo subito che riescono a vincere tutte le notti. Quando ormai san Francesco non riceveva più luce dai suoi poveri occhi, cantava maggiormente l'inno alla luce che illuminava tutto. Mai il Santo aveva visto così belle le cose della terra. Una luce che trascendeva anche quella del sole.

Nessuno di noi è padrone della luce e la si può soltanto trasmettere. Guai a chi se ne arroga il monopolio! Nella cassaforte la luce cessa di essere luce. Se qualcuno vuol fermarla, crea l'ombra. Puoi mettere in bottiglia l'ossigeno e l'aria, ma se metti la luce la spegni per sempre. Anche il mio occhio, per vederla, deve rimanere aperto. Ecco perché il Dolore va d'accordo con la luce. (...) Operiamo bene intanto che abbiamo la luce, perché la luce non è nostra e può esserci ritirata quando meno ce l'aspettiamo.

GIOVANNI ANTONIOLI

(da *L'ospite più strano*, Editrice Morcelliana, 1984)

Agopuntura: medicina alternativa o complementare?

GIUSEPPE MAIOCCHI

Un'antica leggenda cinese

Si racconta che un cacciatore, avendo esaurito le sue scorte di cibo durante il lungo inverno, si vide costretto, benché sofferente di sciatica, ad uscire dal suo rifugio. Si coprì ben bene per proteggersi dal freddo e si avventurò a caccia di una lepre di cui aveva individuato le tracce. All'improvviso fu colto da un lancinante dolore alla gamba, il poveretto cadde a testa in giù nell'alta neve fresca e di lui ormai si scorgevano solo le gambe che, protette da stivali di pelliccia, si agitavano freneticamente nella gelida aria del mattino. Poco lontano, un altro cacciatore che era sulle tracce della stessa preda, vide qualcosa che si muoveva nella neve e, credendo che si trattasse della lepre, scoccò una freccia dal suo arco. La freccia raggiunse con precisione il bersaglio che però non era l'animale ma la caviglia del primo cacciatore. Appena riuscì a liberarsi dalla neve, l'uomo colpito estrasse la freccia e si alzò, pronto ad azzuffarsi con il secondo cacciatore che nel frattempo era sopraggiunto. Ma ciò non avvenne: il dolore che aveva causato la caduta era scomparso come per magia. Così i due cacciatori corsero al villaggio, per raccontare allo sciamano quell'evento prodigioso. Lo sciamano, dopo aver a lungo riflettuto, decretò che la sciatica era guarita perché la freccia aveva ucciso il demone della malattia che si era annidato proprio nel punto trapassato dalla freccia e da quel giorno dedicò tutta la sua vita a scoprire in quali punti infiggere una punta di pietra per annientare i demoni malvagi delle malattie.

Dalla leggenda alla storia

Il ritrovamento di aghi di selce e di giada all'interno di tombe databili all'epoca neolitica, conferma la tradizione che fa risalire la nascita dell'agopuntura nella Cina di circa 5000 anni fa, e come narra la leggenda, è probabile che la scoperta delle possibilità terapeutiche dell'agopuntura sia stata del tutto

casuale e gradualmente si siano individuati numerosi punti che, stimolati, manifestavano un effetto terapeutico su organi e funzioni del corpo umano. Tutto questo all'interno della cultura cinese che andava elaborando il suo modello di pensiero e la sua interpretazione della realtà: i concetti di *energia Qi* (si pronuncia ci), lo *Yin* e lo *Yang*, i *Cinque Elementi*, i *Meridiani*; tutto ciò è già chiaramente esposto nel primo testo scritto a noi pervenuto, databile al IV secolo a.C.: l'*Huang Di Nei Jing Su Wen*.

Il pensiero cinese classico

Secondo la visione cinese tradizionale, tutto l'universo è energia, come incessante moto di trasformazione e circolazione e il suo equilibrio è garantito dalla sua stessa trasformazione. Poiché l'essere umano, microcosmo, è soggetto alle medesime leggi che governano l'universo, macrocosmo, l'uomo stesso è energia, dalle forme più sostanziali, come le ossa e la carne, a quelle più sottili, come il pensiero. Ogni uomo ha ereditato questa energia dai suoi genitori, essa viene reintegrata da ciò che egli mangia e respira, e circola così in tutto l'organismo, in modo particolare lungo vie di scorrimento preferenziali, chiamate *Meridiani* o *Canali* che mettono in comunicazione gli organi interni. Proprio lungo i Meridiani si trovano i *punti di agopuntura*, luoghi di affioramento dell'energia trasportata dai Meridiani stessi, dove il Qi può essere tonificato, quando è in difetto, o disperso, quando è in eccesso. Intervendo allora sull'esterno, il punto cutaneo di agopuntura, si può influire sull'interno, ristabilendo la normale circolazione energetica la cui alterazione è considerata alla base di qualsiasi malattia.

Esistono *dodici Meridiani Principali* e un gran numero di Meridiani Secondari, su di essi sono distribuiti *un migliaio di punti di agopuntura* che formano qualcosa di simile ad un sistema di irrigazione fatto di canali, bacini di riserva, chiuse nei



I "punti" dell'agopuntura sulla statua cinese riprodotta da un gruppo in bronzo del 1443 A.C. durante la dinastia Ming

quali l'energia può essere incanalata e portata laddove ce n'è bisogno. La visione unitaria dell' uomo cancella il dualismo tra la materia - il corpo - e l'energia - la psiche - così che ogni punto può essere utilizzato efficacemente per intervenire sia sulla sfera organica che su quella psichica.

Il pensiero occidentale moderno

Il ricercatore francese Pierre de Vernejoul, per primo, dimostrò l'esistenza dei Meridiani: dopo aver iniettato, in alcuni soggetti, isotopi radioattivi nei punti di agopuntura, ne studiò gli spostamenti mediante una apposita camera a raggi gamma. In 4 - 6 minuti gli isotopi percorsero circa 30 centimetri lungo i Meridiani dell'agopuntura. Ricerche recenti avvalorano l'ipotesi che esista una specifica relazione tra i punti di agopuntura, i Meridiani e le correnti elettriche presenti nel corpo umano. A partire dagli anni Cinquanta alcune esperienze, volte allo scopo di misurare la risposta galvanica cutanea in corrispondenza sia dei Meridiani che dei punti di agopuntura, hanno evidenziato che tali punti presentano un livello di conduttività elettrica superiore a quello di altri punti cutanei. Negli anni Settanta, con il patrocinio dei National Institutes of Health, Robert Becker e Maria Reichmanis dimostrarono che lungo i Meridiani dell'antica medicina cinese passano davvero correnti elettriche e poiché i punti di agopuntura si trovano per il 25% lungo queste linee scientificamente determinabili, l'inserimento di un ago può interferire ed amplificare i minuscoli segnali elettrici che percorrono il corpo.

Il meccanismo d'azione dell'agopuntura: solo alcune ipotesi

In presenza del dolore, la stimolazione dei punti di agopuntura favorirebbe la produzione di endorfine. L'effetto antinfiammatorio sarebbe da ricondurre, a livello generale, ad un aumento del cortisone prodotto dall'organismo, e, a livello locale, a una diminuzione dei composti chimici che sono alla base dell'infiammazione. Ma come l'agopuntura possa avere un'azione di sedazione sul sistema nervoso centrale, o un effetto antiasmatico, o come possa normalizzare la peristalsi intestinale, o il ritmo cardiaco, o l'acidità gastrica, o la pressione arteriosa o il ciclo mestruale, o come possa aumentare il numero dei

granulociti non è chiaro neppure ai giorni nostri. Certamente i risultati clinici - asseriscono i cultori della materia - sono ripetibili e verificabili, pur mancando una spiegazione accettabile in termini scientifici occidentali. Il modello tradizionale cinese non si limita alla prescrizione di una terapia ma permette di interagire col paziente nella sua individualità.

Indicazioni e limiti dell'agopuntura

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono 104 le patologie per cui l'agopuntura sarebbe di qualche utilità.

Si citano solo, a mo' d'esempio:

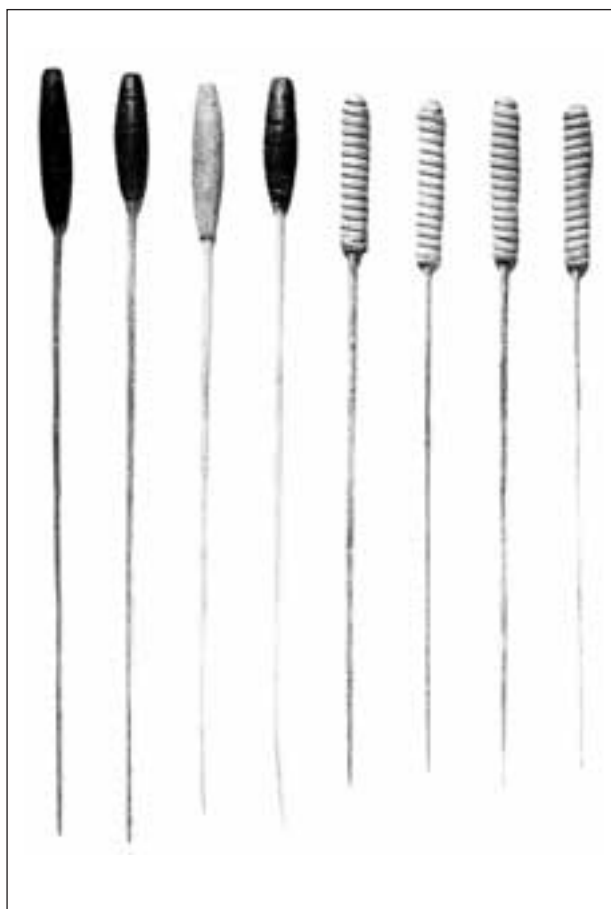
- Malattie interne: ipertensione arteriosa lieve, diabete, asma, dispepsia, ulcera duodenale, colite funzionale, diarrea, stitichezza, emorroidi.
- Malattie dell'apparato genito-urinario: impotenza, infertilità, sindrome premestruale, dismenorrea, vaginite.
- Malattie muscolo-scheletriche e neurologiche: artrosi, artrite, borsiti, sciatica, tendiniti, cefalea, nevralgia del trigemino, postumi di ictus cerebrali.
- Malattie dell'orecchio-naso-gola: riduzione dell'udito, vertigini, ronzii, sinusite, faringite cronica.
- Malattie infettive: bronchite, raffreddore comune, rinite allergica, epatite.
- Malattie cutanee: acne, eczema, herpes simplex e zoster.
- Malattie mentali ed emozionali: depressione, ansia, stress, insonnia.

A questo punto è opportuno fare una distinzione tra malattie funzionali (una funzione è alterata) e malattie organiche (sono presenti alterazioni anatomiche spesso irreversibili): nel primo caso, secondo gli specialisti, l'agopuntura potrà manifestare un'azione positiva anche fino alla guarigione, nel secondo caso l'attività terapeutica sarà di tipo sintomatico. Presso l'Ospedale Sacco di Milano, è stata recentemente condotta una interessante ricerca, in collaborazione con il Centro Studi sull'Agopuntura So Wen di Milano; l'effetto svolto dall'agopuntura sulle neuropatie periferiche in pazienti affetti dal virus dell'AIDS è stato confrontato con quello dei trattamenti farmacologici occidentali: l'agopuntura

si è dimostrata più efficace nei casi più avanzati e gravi; anche se la neuropatia non registrava miglioramenti alle indagini strumentali (elettromiografia), la sintomatologia migliorava nettamente. Questi promettenti risultati hanno meritato il riconoscimento e il finanziamento da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

La visita e la seduta

La medicina cinese si è sviluppata senza l'ausilio di indagini strumentali, ma il medico agopuntore, oltre a valutare il proprio paziente attraverso l'osservazione e il colloquio, può anche richiedere esami di laboratorio ed indagini diagnostiche; certamente cerca di inquadrare un determinato disturbo all'interno della costituzione della persona, distinguendo tra i sintomi secondari, forse proprio quelli che hanno condotto da lui quel paziente, e quelli primari che sono l'origine profonda della malattia.



Aghi per agopuntura, Roma, Museo di Storia della medicina

Terminata la visita il medico presenta un quadro delle possibilità della medicina cinese riguardo a quel caso specifico, esponendo le probabilità di successo della terapia a base di aghi, preparati fitoterapici, norme dietetiche e di vita; indica anche l'eventuale necessità di associare terapie occidentali. L'ascolto attento del paziente, la comprensione dei suoi problemi, costituisce già parte della terapia. Di chi diffidare? Di chi promette miracoli, di chi rifiuta a priori la medicina occidentale facendo dell'agopuntura un atto di fede piuttosto che una seria pratica medica. Stabilita l'utilità dell'agopuntura per quel caso, possono iniziare le sedute vere e proprie, solitamente da tre a dieci sedute, di durata variabile, da pochi secondi a 45 minuti. Il medico agopuntore utilizza in genere da 6 a 12 aghi (monouso!), alcuni posti simmetricamente, altri no. L'infissione dell'ago è normalmente indolore, tutt'al più provoca un leggero fastidio nelle zone più innervate o infiammate o dotate di minor tessuto sottocutaneo, come le dita delle mani. Associati all'agopuntura, sono prescritti preparati della farmacologia cinese che, all'interno della medicina orientale, è importante almeno quanto l'agopuntura.

Agopuntura e farmacologia ieri e oggi, in Cina

Nell'antica Cina, il giorno della nascita di un maschio, si appendeva alla porta della camera della puerpera, la "camera dell'artemisia", un arco di legno di gelso, albero sacro, e sei frecce di artemisia, altra pianta salutare e efficace contro le impurità. Tre giorni dopo si scoccavano le frecce verso il cielo, la terra e i quattro punti cardinali per eliminare le disgrazie che possono venire da tutte le direzioni. Solo allora il neonato poteva essere portato dal padre: il grande potere terapeutico dell'artemisia aveva ormai sconfitto il male e le calamità. Al di là del racconto leggendario, è invece vero che il primo testo di farmacologia cinese pervenutoci è databile allo stesso periodo della prima opera di agopuntura. Queste due metodiche si sono infatti sviluppate parallelamente e continuamente integrate. Attualmente la farmacologia cinese utilizza 7000 sostanze medicinali, per la massima parte di provenienza vegetale. Negli ospedali cinesi, a fianco dei nostri farmaci occidentali, viene costantemente impiegata l'agopuntura associata alla farmacologia orientale, in indicazioni che vanno dal banale raffreddore a patologie gravi come quelle tumorali.

La tutela della salute del paziente

I preparati prescritti dal medico agopuntore, siano essi fitoterapici o meno, quando si caratterizzano come aventi proprietà terapeutiche, per la Legge italiana sono da considerarsi medicinali e come tali sono soggetti a tutte le autorizzazioni e ai vincoli fissati dal Ministero della Sanità per quanto concerne la produzione e la commercializzazione. La Farmacopea ufficiale della Repubblica in vigore e la Farmacopea europea ne prescrivono le caratteristiche quali-quantitative e di purezza minimali. Ne consegue che l'unica figura professionale legittimata a vendere al pubblico prodotti medicinali è il farmacista in farmacia.

Prospettive future per l'agopuntura

E' probabile che l'agopuntura entri gradualmente a far parte dei presidi della medicina occidentale; essa oggi riscuote l'interesse del pubblico e dell'ambiente scientifico. La ricerca scientifica sui suoi meccanismi di azione può e deve proseguire - sostengono i cultori della materia - lasciando però all'agopuntura del terzo millennio le sue radici antiche e profonde: il pensiero medico cinese che pone al centro della propria attenzione lo stato di salute e non la malattia, l'unitarietà del vivente e non la sua frammentazione in funzioni e strutture, può fornire spunti di riflessione anche al nostro pensiero medico scientifico occidentale perché sappia riappropriarsi di una visione d'insieme della persona e del malato. Su questa strada, l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia cui ricorre l'8,3% della popolazione italiana, non si collocano in contrapposizione alla medicina ufficiale ma possono fregiarsi dell'appellativo di medicina complementare.

Le nuove prospettive nella diagnosi della sordità infantile grave e profonda

UMBERTO AMBROSETTI, ENRICO FAGNANI

Introduzione

La sordità di grado grave e profondo, vale a dire quella sordità che se non diagnosticata e corretta precocemente porta al mutismo e all'isolamento comunicazionale, ha un'incidenza variabile tra 0.4 e 0.8 per 1000 nati vivi nei Paesi industrializzati. Fino al termine degli anni '70 l'età media di identificazione delle sordità profonde era di tre anni mentre negli anni successivi si è notata una progressiva diminuzione.

Attualmente, in base ai nostri dati, la diagnosi è posta tra i sei e i dodici mesi; questo positivo andamento è da ascrivere ad una maggior sensibilità della popolazione al problema della sordità oltre che ad un affinamento delle metodiche diagnostiche.

Nella casistica dell'Istituto di Audiologia che ha operato presso l'Ospedale Policlinico dal 1971 al 1997, la causa ereditaria occupa il 30% circa delle diagnosi accertate.

Le diagnosi di sordità da causa tossica, infettiva, traumatica, insorte in epoca prenatale, perinatale e postnatale comprendono un ulteriore 30% circa.

Nel restante 40% dei casi la diagnosi di sordità resta sconosciuta, vale a dire non si riesce a dimostrarne con certezza l'agente eziologico. Una gran parte di queste sordità potrebbe essere di origine genetica.

Attualmente si sta cercando di dimostrare questa ipotesi sottoponendo i bambini già diagnosticati o in fase di diagnosi presso il servizio di Audiologia infantile del Dipartimento di Scienze Otorinolaringologiche presso l'Ospedale Policlinico IRCCS, al test genetico della Connessina, per la ricerca di alcuni geni di recente scoperta, legati alla sordità ereditaria non sindromica.

Un altro perfezionamento diagnostico è costituito dalla possibilità di indagare l'avvenuta infezione da parte del Citomegalovirus al momento del parto.

Questo virus dal comportamento subdolo è l'agente eziologico di sordità pre-, peri- e post-natali.

La sordità genetica non sindromica da Connessina 26 e 30

La diagnosi di sordità ereditaria, sino a pochi anni or sono, era posta solo in base ad un'anamnesi accurata e a una completa valutazione clinica del soggetto da parte dell'audiologo e del genetista; attualmente particolari esami del patrimonio cromosomico ci permettono di identificare con precisione la causa ereditaria in un significativo numero di casi.

Unanimente si ritiene che il 50-70% delle sordità infantili siano sostenute da un fattore ereditario, tuttavia sino ad oggi era praticamente impossibile dimostrarlo con assoluta certezza in tutti i casi.

I caratteri somatici di ogni individuo sono racchiusi nel patrimonio cromosomico trasmesso per il 50% dalla madre e per il restante 50% dal padre.

In ogni cromosoma si trovano disposti in modo sequenziale sui cromosomi i geni che sono responsabili della trasmissione di ogni carattere.

In ogni cellula i geni sono presenti in coppia, uno trasmesso dalla madre e l'altro dal padre.

Si definisce "omozigote" un soggetto che nel proprio patrimonio cromosomico ha due geni uguali per un dato carattere, si parla di "eterozigote" quando i due geni sono diversi.

La sordità ereditaria può essere definita come: "difetto uditivo che compare in seno ad una stessa famiglia nel corso di generazioni successive a condizione però che nessuna evidente eziologia acquisita possa spiegare da sola la sordità".

La sordità ereditaria si classifica in forma:

- a) ereditaria,
 - b) di sindromi ereditarie con presenza di ipoacusia.
- Le sindromi sono quadri clinici complessi in cui l'alterazione genetica non si estrinseca direttamente sulla sfera uditiva, ma causa alterazioni più o meno generalizzate che a loro volta influenzano il normale sviluppo dell'udito unitamente a quelle di altri organi o apparati.

La sordità nelle forme sindromiche si associa a svariati danni a carico di sistemi o apparati:

- malattie del sistema nervoso centrale;
- distrofie ossee ereditarie;
- affezioni oculari ereditarie;
- affezioni renali ereditarie;
- endocrinopatie ereditarie;
- turbe metaboliche ereditarie;
- affezioni cutanee ereditarie;
- aberrazioni cromosomiche;

La sordità ereditaria pura si suddivide in forma:

- recessiva;
- dominante;
- legata al sesso.

La *sordità ereditaria recessiva* è così definita in quanto è colpito un numero basso di individui di una stessa famiglia; si verificano, inoltre, salti di generazione. In genetica si definiscono recessive le forme che colpiscono una famiglia con percentuale inferiore al 50%.

Questo tipo di sordità rappresenterebbe il 90% delle forme ereditarie: il quadro audiologico della forma recessiva è caratterizzato solitamente da una sordità neurosensoriale grave bilaterale già presente alla nascita.

La *sordità ereditaria dominante* è caratterizzata da un gran numero di soggetti colpiti in ogni generazione, il deficit uditivo neurosensoriale è per lo più bilaterale del tipo evolutivo, tende cioè a peggiorare con il passare degli anni.

La sordità dominante esordisce quando il linguaggio si è già strutturato e nel giro di alcuni decenni porta alla sordità totale.

La perdita uditiva può variare da lieve sino alla sordità totale bilaterale (anacusia); sono tuttavia riscontrabili forme con perdita localizzata alle frequenze acute caratterizzate da una lenta progressione.

La *sordità legata al sesso* è di tipo neurosensoriale, si manifesta solo nei maschi ed è trasmessa dalle femmine portatrici sane.

E' noto che due cromosomi caratterizzano la determinazione del sesso del nascituro, nella femmina XX, nel maschio XY. Il gene della sordità si localizzato su uno dei due cromosomi X della femmina, che è portatrice sana in quanto il gene recessivo viene mascherato dall'allele dominante presente sull'altro cromosoma X.

Quando una portatrice sana si unisce con un uomo sano il 25% della prole maschile sarà sordo, in quanto sul cromosoma Y non vi è il corrispondente allele dominante; il 25% delle femmine sarà a sua volta portatrice sana.

Il deficit uditivo è congenito grave e tale da influenzare lo sviluppo della parola, spesso associato a deficit psichico. Queste forme di sordità legate al sesso sono rarissime.

Connessione 26 e 30

Il laboratorio di genetica medica del dott. Gasparini presso l'ospedale di San Giovanni Rotondo ha studiato una regione del cromosoma 13 identificando un gene chiamato Connessione - 26 o GJB2; questo gene presenta diverse mutazioni nei pazienti affetti da sordità.

Le Connessioni o Connexine, sono una particolare categoria di proteine deputate alla formazione di speciali canali intercellulari che permettono la comunicazione fra citoplasma di due cellule adiacenti.

I canali prendono il nome di "connexon" e nei tessuti formano le cosiddette "gap junctions", visibili al microscopio elettronico e che permettono il passaggio di informazioni sotto forma di molecole di peso inferiore ai 1000 Dalton.

La mutazione chiamata 35 del G si ritrova con particolare frequenza nelle sordità neurosensoriali bilaterali profonde; questa mutazione è correlata al 50% delle forme di sordità recessiva.

Tra le forme di sordità genetica la 35 del G si ritrova in almeno 80% dei casi.

La frequenza dei portatori sani nel bacino del Mediterraneo oscilla tra 1/25 nel nord e 1/45 nel sud.

Al momento non vi è una spiegazione del perché nella popolazione vi sia una così alta percentuale di portatori sani.

Recentemente è stato identificato un altro gene chiamato Connessione 30 correlato alla sordità.

La sua alterazione provoca una forma di sordità dominante, quindi caratterizzata da una sordità neurosensoriale a lenta progressione.

La valutazione del DNA proveniente dai leucociti prelevati da sangue venoso (6 cc) addizionato con EDTA, si effettua tramite la metodica PCR (amplificazione del materiale genetico) e confronto con sonde genetiche.

Nel caso il soggetto esaminato risulti portatore del gene mutato si estenderà la ricerca ai genitori e alla famiglia.

Questa valutazione può essere effettuata come diagnosi prenatale su prelievo di villi coriali; questa metodica è attualmente al vaglio delle Commissioni etiche.

La negatività del test della Connessina non esclude in modo assoluto il rischio ereditario, in quanto la sordità ereditaria è sostenuta anche da altri geni al momento non ancora testabili.

Sordità da Cytomegalovirus

Il virus denominato Cytomegalovirus (CMV) è stato identificato da Weller nel 1956: la sua denominazione deriva dalle specifiche alterazioni che questo patogeno provoca all'interno della cellula infettata (inclusioni intranucleari a "occhio di civetta").

Il CMV è un virus della famiglia degli Herpes virus e può essere considerato uno dei più attivi parassiti dell'uomo. Il virus può essere trasmesso sia durante l'infezione primaria, la reinfezione o la riattivazione. I soggetti infetti eliminano il virus con la saliva, il latte, le lacrime, il sangue, le feci, le secrezioni vaginali, le urine e il liquido seminale.

La sintomatologia è caratterizzata da malesseri minimi, quindi vi è la massima opportunità di propagare l'infezione (infezione verticale).

La trasmissione orizzontale può avvenire al momento del parto per ingestione di secrezioni vaginali infette o durante l'allattamento.

La via di propagazione dell'infezione congenita è quella ematogena per via transplacentare o per via ascendente attraverso le membrane.

L'infezione primaria della madre così come la reinfezione possono provocare l'infezione congenita; purtroppo gli anticorpi materni non svolgono alcuna prevenzione in caso di reinfezione.

La mortalità dei neonati infetti varia dal 20-30 %; il quadro dell'infezione congenita si caratterizza per:

- ritardo mentale,
- deficit staturo-ponderale,
- epatite e conseguente cirrosi,
- anemia eritroblastica,
- alterazioni neurologiche caratterizzate da: microcefalia, idrocefalo, calcificazioni endocraniche,
- corioretinite,
- sordità.

Circa l'1% dei bambini nati negli USA presentano l'infezione congenita da CMV, il 30-65 % di quelli con sintomatologia clinicamente evidente presenta una sordità neurosensoriale; anche l'8-15 % dei bambini senza sintomi apparenti può manifestare un'alterazione uditiva nel corso della prima infanzia.

L'esordio della sordità neurosensoriale dopo infezione congenita da CMV può essere immediata (alla nascita) o ritardata con una variabilità nel grado di severità dei sintomi.

Nei bambini con infezione congenita da CMV possono verificarsi ulteriori peggioramenti o progressioni della perdita uditiva.

Poiché la maggior parte dei bambini con infezione congenita da CMV non presenta anomalie fisiche che facciano sospettare l'infezione, solitamente è tralasciato uno screening dell'udito basato sull'identificazione dei criteri di rischio.

Lo studio di Fowler et al. (1999) dimostra che solo il 5.2 % di tutti i bambini con infezione congenita da CMV hanno avuto una perdita di udito alla nascita e che quindi è stata identificata attraverso le normali procedure di screening per l'udito.

In un altro 3.2 % dei bambini con infezione da CMV la sordità era ad insorgenza tardiva dopo l'anno di età e un ulteriore 7 % a partire dai 72 mesi di età.

Pertanto, a causa dell'insorgenza tardiva, circa i due terzi delle sordità neurosensoriali da infezione congenita da CMV possono non essere identificate dalle solite procedure di screening.

I bambini che hanno un'infezione sintomatica hanno anche delle perdite uditive più severe e più precoci rispetto ai bambini con infezione asintomatica.

Purtroppo solo in pochi ospedali sono eseguiti di routine i test diagnostici per l'infezione congenita da CMV, e senza la conferma virologica nella prima settimana di vita non si può fare una diagnosi certa di infezione congenita.

Il gruppo del laboratorio dell'Istituto di Virologia dell'Università di Milano diretto dalla prof.ssa Barbi con la collaborazione del dott. Binda ha messo a punto una metodica (CMV-DBS test) in grado di evidenziare a posteriori se il bambino in esame al momento della nascita era affetto da infezione citomegalica.

Il procedimento si basa sull'analisi del sangue prelevato dal tallone del neonato ed assorbito su di un cartoncino (Guthrie card) che obbligatoriamente, per legge, è effettuata in ogni ospedale sede di reparto ostetrico.

La Guthrie card è inviata ad un unico Centro Regionale che effettua la diagnosi di fenilchetonuria, fibrosi cistica, ipotiroidismo congenito; sarebbe auspicabile che questi centri costituissero delle banche-materiali per la conservazione dei cartoncini.

Il test CMV-DBS si basa sulla metodica PCR e può essere effettuato su di un campione di sangue estratto dalla Guthrie card anche a distanza di anni dalla nascita.

Questo raffinato test ha una sensibilità del 100 % ed una specificità del 99%, permettendoci di porre una diagnosi certa di infezione connatale da Cytomegalovirus.

Bibliografia

Grifa A. et Al. (1999): Mutations in GJB6 cause nonsyndromic autosomal dominant deafness at DFNA3 locus. *Nature Genetics*. 23(1):16-8.

Estivill X. et Al. (1998): Connexin-26 mutations in sporadic and inherited sensorineural deafness. *Lancet* 351(9100):394-8

Zelante L. et Al. (1997): Connexin 26 mutations associated with the most common form of non-syndromic neurosensory autosomal recessive deafness (DFNB1) in Mediterraneans. *Human Molecular Genetics*. 6 (9):1605-9,

Gasparini P. et Al (1997): Linkage of DFNB1 to non syndromic neurosensory autosomal-recessive deafness in Mediterranean families. *European Journal of Human Genetics*. 5(2).83-8.

Barbi M et Al (1996): Diagnosis of congenital cytomegalovirus infection by detection of viral DNA in dried blood spots. *Clinical and Diagnostic Virology*. 6, 27-32.

Barbi M. (1998): Congenital cytomegalovirus infection in a northern Italian region. *European Journal of Epidemiology* 14:791-796.

Fowler K.B. (1999): Newborn hearing screening: Will children with hearing loss caused by congenital cytomegalovirus infection be missed? *The Journal of Pediatrics* 135(1),60-64

Griffiths P.D. (1998): Cytomegalovirus. In Zuckerman A.J.-Banatvala J.E., Pattison J.R. *Virologia clinica Centro Scientifico Torinese* 75-109, 1998

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso il management

MARISA CANTARELLI

Nel numero 4/99 di questa rivista Giancarlo Dal Sasso nel suo articolo "La professione infermieristica verso il 2000 tra vecchio mansionario e nuovo codice deontologico" analizza gli aspetti normativi, del cambiamento, nella professione infermieristica.

La sua analisi parte dal regolamento della professione infermieristica (decreto del ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739) che individua la figura giuridica e il relativo profilo professionale dell'infermiere, alla legge 26 febbraio 1999 n. 42 nella quale viene trasformata la definizione di professione sanitaria "ausiliaria" in professione "sanitaria".

Leggendo ed analizzando la normativa sopra menzionata mi sono posta alcune domande: può veramente cambiare l'attività infermieristica? Come? Quali spazi esistono nell'operatività?

Il profilo professionale prevede un infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Per questo, ogni infermiere:

- a - partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b - identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c - pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d - garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche;
- e - agisce sia individualmente che in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali;
- f - per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g - svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie sia pubbliche che private, nel territorio, nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.

Dal Sasso evidenzia che il regolamento delinea una professione dell'infermiere, che, confrontata con la precedente normativa ne muta radicalmente i conte-

nuti con l'individuazione di quattro qualificanti connotazioni:

- 1 - preliminare identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e i relativi obiettivi;
- 2 - autonomia decisionale, pur nella corretta applicazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche;
- 3 - responsabilità professionale del processo assistenziale;
- 4 - ampio svolgimento della sua attività professionale sia in strutture sanitarie che sul territorio e nell'assistenza domiciliare

In effetti, le quattro novità che scaturiscono sia dal profilo giuridico che deontologico si possono così riassumere:

- 1 - l'assistenza infermieristica è un servizio alla persona e alla collettività;
- 2 - la responsabilità dell'infermiere consiste nel prendersi cura della persona;
- 3 - l'infermiere riconosce la salute come "bene" fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione;
- 4 - identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico, garantendo la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche.

A completamento dell'evoluzione legislativa la professione infermieristica è in attesa della preannunciata, dal ministro della sanità, figura dirigenziale infermieristica.

Il riflesso del cambiamento della normativa presuppone un radicale cambiamento nell'operatività infermieristica.

Io leggo due aspetti fondamentali: il primo aspetto prevede l'attività infermieristica come risposta al bisogno di assistenza infermieristica. Questo cambia radicalmente l'erogazione dell'assistenza, in quanto presuppone il passaggio da un modello tec-

nico a un modello professionale ed incide principalmente sull'operato del singolo infermiere.

Il secondo aspetto è relativo al management infermieristico; è evidente che il singolo infermiere non può da solo agire come agente di cambiamento, ma devono esistere i presupposti organizzativi. Questo permette anche di chiarire e rafforzare la necessità di una figura dirigenziale infermieristica.

Infatti il concetto di assistenza infermieristica quale fondamentale attività umana e quale essenziale scienza della salute separata dalla medicina benché ad essa complementare, è rimasto in ombra non solo nel sistema sanitario nazionale, ma anche nella mente di molti infermieri e medici e in parte del grosso pubblico.

Ora ciò sta lentamente modificandosi; si è quindi propensi a riconoscere all'infermiere una maggiore indipendenza di giudizio, di decisione e di azione.

L'assistenza infermieristica implica una responsabilità globale, specifica, individuale, nei confronti del paziente e della famiglia, che comprende prestazioni infermieristiche, la promozione della salute comprese l'educazione sanitaria, la prevenzione della malattia, l'identificazione mediante l'osservazione e la comunicazione dei bisogni delle persone e dei gruppi e la prestazione di misure atte ad assistere sul piano fisico, psicologico, etico e sociale in ambiente ospedaliero ed extraospedaliero.

L'assistenza infermieristica comprende inoltre la valutazione dell'assistenza prestata dall'infermiere, la formazione e l'istruzione degli allievi infermieri e del personale ausiliario e la capacità di guidare altro personale sanitario.

L'infermiere contribuisce alla ricerca di base ed applicata in materia di assistenza e utilizza le scoperte della ricerca e le tecniche scientifiche che risultano dalla continua evoluzione delle scienze umane.

Onde collegare queste caratteristiche al loro campo di applicazione è necessario utilizzare il processo e il piano di assistenza.

Per "processo" si intende un sistema di interventi infermieristici caratteristici nel campo della salute dell'individuo, della famiglia, della collettività. In particolare questo comporta l'uso di metodi scientifici per l'identificazione dei bisogni sanitari del paziente/cliente/famiglia/collettività, per selezionare quelli che possono essere soddisfatti "dall'assi-

stenza infermieristica" nel modo più efficiente possibile.

Ciò implica una pianificazione intesa a soddisfare tali bisogni, a prestare le cure necessarie e a valutare i risultati.

L'infermiere in collaborazione con gli altri membri dell'équipe sanitaria e con le persone o il gruppo interessate, definisce gli obiettivi, determina le priorità e mobilita tutte le risorse.

Provvede poi direttamente o indirettamente a che siano fornite le prestazioni infermieristiche. Successivamente ne valuta i risultati.

L'informazione dedotta dalla valutazione dei risultati dovrebbe provocare cambiamenti auspicabili negli interventi successivi in situazioni analoghe di "assistenza infermieristica".

In tal modo l'assistenza infermieristica diventa un processo dinamico che produce adattamenti e miglioramenti.

Per consentire all'infermiere di acquisire le conoscenze necessarie a sviluppare la competenza tecnica e la capacità che renderanno possibile rinnovare, comprendere e rispondere ai bisogni degli utenti sulla base di un approccio umano integrale come è stato sottolineato, sono stati evidenziati i seguenti obiettivi:

- 1 - capacità di identificare, formulare, rendere operativi i metodi per soddisfare le diverse necessità sanitarie coordinando e tenendo conto di tutte le risorse comprese quelle del paziente-cliente, del personale e quelle offerte dalle strutture sanitarie-sociali;
- 2 - capacità di pianificare, organizzare, dispensare e valutare i servizi di assistenza infermieristica (preventivi, curativi, riabilitativi);
- 3 - capacità di guidare gli infermieri tirocinanti e gli altri gruppi interessati e di lavorare in équipe (compreso il paziente-cliente/famiglia) onde realizzare, mantenere e promuovere la collaborazione tra le persone coinvolte;
- 4 - capacità di partecipare alla ricerca nell'assistenza infermieristica;
- 5 - capacità di contribuire alla promozione di una politica sanitaria efficiente;
- 6 - capacità di accettare le responsabilità professionali e la volontà di approfondire la propria formazione nel campo dell'assistenza infermieristica.

I criteri che caratterizzano la formazione infermieristica sopra esposti, evidenziano la necessità di un migliore management infermieristico.

Difatti i ruoli mutati, la rivalutazione di compiti tradizionali, il riesame dell'utilizzazione del personale, la maggiore specializzazione, l'insoddisfazione degli utenti e la varietà dei modelli di assistenza sono solo alcuni fattori che richiedono la riorganizzazione dell'assistenza infermieristica.

L'esigenza basilare è l'utilizzo più efficace di tutto il personale sanitario, in particolare del personale infermieristico. Se i pazienti devono ricevere l'assistenza cui hanno diritto, il ruolo del personale infermieristico nell'assistenza di base deve ricevere nuovo impulso.

Certi problemi di management infermieristico hanno origine dagli aspetti peculiari della pratica infermieristica. Un ospedale, ad esempio, ha in cura pazienti 24 ore su 24, per sette giorni alla settimana. I bambini nascono a qualunque ora della notte, a tutte le ore succedono incidenti e gli infortunati debbono essere presi in carico.

All'occorrenza bisogna eseguire interventi chirurgici di emergenza e, naturalmente, le unità ospedaliere devono avere personale sufficiente e pronto a prestare la sua opera a qualunque ora. Questi e altri fattori creano problemi molto gravi per il management infermieristico. Il personale di questo settore è prevalentemente femminile. Le giovani madri hanno turni di lavoro ridotti con particolari esigenze di turni di servizio a seconda delle necessità familiari, hanno anche lunghi congedi di maternità e si riscontrano alti livelli di assenteismo.

Il sistema di lavoro con turni a rotazione presenta un altro problema per il management.

Secondo un rapporto del Bureau International du Travail (B.I.T.)/O.M.S. sulle condizioni di lavoro, il lavoro notturno e il sistema dei turni sono tra i fattori che causano i problemi più gravi in tutti i servizi infermieristici del mondo. Secondo questo stesso rapporto, inoltre, la responsabilità per la vita dei pazienti provoca nello staff infermieristico esaurimento fisico e tensione nervosa.

Il turnover del personale infermieristico presenta un altro serio problema, più rapido e costante è il turnover, più serio è il problema. Si valuta che più del 50% delle infermiere qualificate non esercitino la professione.

Questo elevato turnover incide pesantemente sui costi dei servizi sanitari, per il reperimento, la selezione e l'inserimento del personale nuovo che sostituisce quello che se ne è andato. Perciò il turnover degli infermieri aumenta il costo dei servizi sanitari. Il basso livello di soddisfazione professionale che gli infermieri sperimentano può essere la causa di un maggiore tasso di inattività in questa categoria di operatori sanitari.

Indipendentemente dall'ambiente, infatti, più un impiegato - uomo o donna che sia - è soddisfatto del suo lavoro, più è probabile che lo continui.

I dati a disposizione indicano che molti infermieri sono sotto-impiegati e che le loro aspettative non sono soddisfatte. Il compito della formazione degli infermieri - dare loro tutta la preparazione di cui avranno bisogno - è legato alla responsabilità dell'effettiva pratica infermieristica, cioè a dar loro l'opportunità di agire in modo adeguato e di utilizzare le competenze acquisite. Il ruolo del management infermieristico è perciò di estrema importanza.

Le scuole possono diplomare infermieri a migliaia e i dirigenti del personale possono offrire i più allettanti vantaggi materiali ma se non si combattono le cause fondamentali di insoddisfazione, gli infermieri continueranno ad abbandonare il lavoro e il problema dell'elevato turnover rimarrà irrisolto.

Il management infermieristico deve fondarsi su di una filosofia che rifletta la considerazione del valore e della dignità di ogni singolo paziente.

E' sua responsabilità fornire a tutte le persone che richiedano servizi infermieristici un'assistenza del più alto livello qualitativo.

Fra i principi ed i criteri-guida sui quali esso dovrebbe basarsi vi è quanto segue:

a - l'elemento umano costituisce il fattore più importante dell'assistenza infermieristica. Questo è vero soprattutto nell'assistenza diretta, in cui il fatto essenziale è che "alcune persone" si prendano cura di "altre persone", benché altri elementi quali le disponibilità finanziarie, la dotazione di strutture e di attrezzature siano ugualmente importanti. Questa filosofia "umanitaria" del management, che riconosce la dignità e il potenziale di ogni individuo, è fondamentale per un efficace utilizzo del personale infermieristico.

- b - l'attenzione consapevole alle funzioni manageriali - pianificazione, organizzazione, direzione, controllo - è di enorme importanza.
- c - la chiara definizione dei ruoli, la demarcazione tra le responsabilità e i rapporti umani all'interno di una organizzazione sono strettamente legati al raggiungimento degli obiettivi.
- d - il personale direttivo deve essere scelto in base alle capacità di ascoltare, risolvere problemi, prendere decisioni; deve inoltre possedere comunicativa e facilità nel formare i collaboratori, deve essere abile nel guidare le discussioni e possedere capacità di giudizio e di motivazione.
- e - l'esempio del dirigente infermieristico ha un'influenza profonda sull'atteggiamento e sulle prestazioni degli altri.
- f - se l'esperienza di lavoro risponde alle necessità individuali, è più probabile che il personale si senta maggiormente motivato.

L'insegnamento del management è inserito prevalentemente a livello di formazione universitaria per infermieri dirigenti; dovrebbe però essere un procedimento continuo che inizia nella formazione di base degli infermieri e termina alla fine della carriera.

Occorre aiutare le tendenze, aumentare e maturare le capacità naturali e personali dell'infermiere.

Le fondamenta della questione devono essere poste nel programma di studio di base degli infermieri; attualmente vi sono due correnti opposte di insegnamento infermieristico e tutte e due hanno dato un risultato negativo per quanto riguarda il potenziale amministrativo dell'infermiere.

Una scuola è talmente filosofica, talmente orientata verso la teoria e verso una concezione così esclusiva che produce un infermiere formato per assistere il malato individualmente, ma incapace di capire e risolvere i problemi di gestione che richiede l'assistenza di gruppi di malati. L'altra scuola è quella tradizionale, rigida, dove sapere il "come" viene prima di sapere il "perché".

Ciò soffoca l'iniziativa e rende il neo-diplomato inadattabile a qualsiasi cambiamento.

Bisogna equilibrare questi due concetti se si vuole provvedere ai futuri bisogni amministrativi.

In vista del livello e dei fini dell'assistenza infermieristica richiesti dalla moderna assistenza sanitaria per una carriera che richiede flessibilità e capacità di

adattarsi ai mutamenti, l'infermiere dovrebbe avere una formazione manageriale dalla base.

I principi di gestione forniti all'infermiere nella sua preparazione di base, possono favorire il cambiamento dell'assistenza in quanto diverrebbe un operatore "consenziente" a nuove idee.

In una organizzazione complessa come quella ospedaliera, gli infermieri preparati a più livelli possono predisporre ed attuare nuovi modelli organizzativi assistenziali (come ad esempio: l'utilizzo di metodologie fondate principalmente sul livello di dipendenza dei malati, quindi, sull'effettivo tempo richiesto per l'assistenza dei malati stessi nella determinazione del personale infermieristico, in sostituzione dei criteri per il calcolo del fabbisogno di personale infermieristico ospedaliero attualmente legato ai DRG).

All'inizio dell'articolo ho posto alcuni interrogativi: la nuova normativa può veramente cambiare l'attività infermieristica? come?

Quali spazi esistono nell'operatività?

Ritengo che sia indispensabile il completamento normativo da parte del legislatore per quanto attiene l'istituzione della figura dirigenziale infermieristica, più volte promessa ma tuttora ferma in Parlamento. Questa figura dirigenziale può creare gli spazi necessari per l'erogazione dell'assistenza infermieristica secondo un modello professionale e il coordinamento del personale. Al "come", la risposta può essere fornita congiuntamente dalla formazione e dall'organizzazione, unite dagli stessi obiettivi.

Da alcuni anni la formazione infermieristica è inserita in Università, quindi istituzionalmente riconosciuta. Rimane però ancora molto da fare per adeguare i contenuti del programma, orientandoli al cambiamento.

Gli infermieri devono essere preparati a rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica. Questo aspetto non deve incidere solo nella formazione dei nuovi infermieri ma, tramite la formazione permanente, è necessario raggiungere ed aggiornare gli infermieri in servizio (attualmente sono circa 350.000 in tutta Italia).

L'organizzazione dovrà poi garantire la possibilità di lavorare per processo e piano di assistenza infermieristica, dimenticando la routine del mansionario (tra l'altro recentemente e finalmente abolito).

Medici numismatici nei secoli XVI e XVII

Alcune riflessioni

IDA CALABI LIMENTANI

I

Nella storia degli studi di numismatica antica si constata come dalla metà del secolo XVI e soprattutto nel secolo seguente una buona parte di essi siano dovuti a medici, in altre parole come molti tra i maggiori numismatici di quelle epoche abbiano professato la medicina.

E' un luogo comune mettere questo fenomeno in rapporto con il nuovo spirito scientifico fondato sull'osservazione e sulle ricerche sperimentali, se non addirittura con la esperienza specifica degli studi e dell'esercizio della medicina.

Si legge, per esempio, in un'opera dello storico dell'arte Francis Haskell recentemente tradotta in italiano: "Non passò molto tempo (durante il secolo XVI) prima che i medici assumessero un ruolo dominante e, anche se a quel tempo la maggior parte di essi avrebbe dato ai propri pazienti consigli di gran lunga più attendibili sulle loro monete che sulla loro digestione, si è tentati di chiedersi se la formazione medica di tanti numismatici dei secoli XVI e XVII non abbia contribuito almeno in parte all'alto livello di competenza tecnica raggiunto in questo campo del sapere"⁽¹⁾.

Mi propongo qui di fare alcune prime riflessioni su questo fenomeno, osservandolo principalmente dal punto di vista dei contemporanei.

II

Premetto che il secolo XVII fu anche detto il secolo della numismatica, non solo per la moda diffusissima in tutta Europa di collezionare monete antiche, ma anche per gli studi fatti su di esse, considerate fonti storiche privilegiate, cioè sicure. Era invalso un diffuso scetticismo sulla fiducia da dare agli storici e in genere agli autori antichi certamente partigiani e cioè facilmente mendaci, cui sembravano da preferirsi i resti archeologici, e, fra di essi, le monete. Dall'analisi e dall'interpretazione delle figurazioni sulle due facce

(diritto è detta la faccia principale, che ne determina il cosiddetto tipo, l'altra faccia è detta rovescio) e dalle iscrizioni (dette legende o scritte) si ricavano molteplici informazioni sul mondo antico: artistiche, iconografiche, cronologiche, politiche, geografiche.

Parallelamente, ma più raramente, la monetazione veniva studiata in quanto tale, cioè sotto l'aspetto ponderale e finanziario.

D'altra parte nel largo mercato numismatico che si era formato, non solo venivano illustrate da artisti incisori monete inventate, ma anche se ne forgiavano di false, da cui (ma non solo) derivò la necessità di una manualistica, che insegnasse, tra l'altro, a distinguere l'autentico dal contraffatto ad uso dei collezionisti e dei monetieri ai quali era affidata la realizzazione delle moderne medaglie onorarie per singoli personaggi o commemorative di pubblici avvenimenti memorabili.

Ricordo inoltre che il termine "numismatico", che qui uso per semplicità, è per quei tempi anacronistico: esso compare (con il più raro "numismatista") solo alla fine del secolo XVIII; si diceva piuttosto "antiquario" comprendendo cioè le monete (chiamate piuttosto medaglie) tra le antichità, oppure più precisamente "medaglista"; più frequentemente in latino si usavano circonlocuzioni del tipo *rei nummariæ peritus*, *antiquorum nummorum studiosus*. E si diceva medaglie più che monete, essendosi a lungo esitato ad ammettere che esse, in latino appunto *nummi* o *numismata*, fossero state specie circolante e non oggetti commemorativi. In realtà le monete, soprattutto romane, furono emesse anche con un fine aggiunto di carattere commemorativo.

III

"La medicina è la mia professione e l'antichità il mio divertimento" così si confessa in una lettera Jacob Spon (1647-1685) medico, archeologo, epigrafista e numismatico francese⁽²⁾; lo studio delle antichità è

uno svago cui dedicare il tempo libero. A differenza tuttavia di altri svaghi, come la caccia, la musica, la collezione di cose strane (*naturalia e artificialia*), la numismatica aveva una sua nobiltà consistente nell'essere promossa dalla curiosità, che "polisce lo spirito, raffina il giudizio e arricchisce la memoria senza aggravarla"⁽³⁾; la curiosità era una passione che portava alla ricerca del vero. Tali concetti, all'epoca assai comuni, sono espressi nella prefazione di un conciso manuale del famoso numismatico francese (cui appartiene la sopra riportata citazione) che nella seconda parte della sua vita visse in Italia come professore di scienze mediche allo Studio di Padova, Charles Patin (1633-1693)⁽⁴⁾. La sua *Introduction à l'histoire de la connoissance des Medailles* fu assai fortunata, ebbe più edizioni e fu tradotta in latino (dallo stesso autore), in italiano, e postuma in ispanolo; fu ripubblicata in Spagna ancora nel 1771 e nel 1977⁽⁵⁾. Ne trascrivo le pagine conclusive della prefazione dalla edizione italiana (1673)⁽⁶⁾: "Sembierà strano a qualche capriccioso che un Medico scriva cose sì lontane dalla sua professione; ma forse non mi censurerà sì ostinatamente quando egli avrà fatto riflessione, che alcuno non è capace dell'assiduità d'una fatica sì seriosa, come quello della nostra professione. Li Medici devono aver qualche tempo per riposare l'animo loro; e si li particolari possono passare il tempo colla Musica, col passeggio, colle Matematiche, colla caccia, overo altri giuochi d'esercizio, senza fare legittimamente mormorare alcuno; perchè non mi sarà permesso d'impiegarlo in qualche più utile divertimento, e che più s'adatta coll'uomo studioso? La maggior parte di coloro, che hanno scritto di Medaglie sono stati Medici: Cuspiano, Occo, De Pois (*sic*) e Savot⁽⁷⁾ me n'hanno mostrato il cammino; ma ancorchè non ne avessi l'esempio, m'è permesso di cominciare a ben fare; non devo regolare le mie azioni sopra la bizzaria d'un Critico, che vorrebbe il sacrificio de'miei piaceri, perchè non hanno fortuna di compiacerlo. Un Medico può legittimamente accrescere le cognizioni, senza pregiudicare alla sua professione, e il pubblico interesse deve superare sì deboli considerazioni".

Sembrirebbe questa una difesa opposta dal Patin a critiche che alcuno gli avesse mosso; sappiamo che egli ebbe dei nemici⁽⁸⁾. O forse erano opinioni diffuse,

come farebbe piuttosto intendere il fatto che le stesse pagine siano ripetute, con minime varianti formali, ancora nelle edizioni successive (1683, 1691)?

Una sorta di concorrenza tra le due discipline dovette essere sentita, alla quale vediamo che sovente i medici numismatici trovarono necessario obiettare dichiarando la superiorità dei doveri verso la medicina cui non era da sottrarre tempo, anche a costo di rinunciare ad altri lavori amati. Lo stesso Patin, anni dopo, informa come non avesse accettato di curare una nuova edizione di un'opera esaurita di un numismatico tedesco, il medico Adolf Occo⁽⁹⁾ "Veramente poichè gli obblighi del pubblico ufficio e degli studi, cioè la professione e il dovere della medicina non mi concede tanto tempo libero, se qualcun altro volesse accettare questa occasione, troverebbe le mie mani subito prontissime ad aiutarlo..."⁽¹⁰⁾.

Da parte sua lo Spon dichiara di non avere tempo sufficiente per consultare esaurientemente i classici: "... oltre che facendomi grande scrupolo di impiegare troppo tempo a quanto non mi deve servire altro che a svagarmi dalle mie veglie e dai miei studi più essenziali, la professione che esercito della medicina obbligandomi in modo indispensabile ad adempierla con tutta l'esattezza e l'applicazione che essa richiede, pochi momenti non possono bastare per farmi cercare negli autori tutto ciò che potrebbe completare felicemente ciò che intraprendo"⁽¹¹⁾.

Sulla pagina accanto:

Patin, Ritratto di Charles Patin in *Thesaurus Numismatum e musaeo Caroli Patini, Medici Parisiensis* Amsterdam, C. Patin 1672

Incisione che deriva da un quadro del 1671 firmato dal pittore Theodor Roos.

Patin nel suo privato museo, in veste aulica e lunga parrucca, è ritratto come numismatico, porta una catena d'oro, probabilmente quella avuta in dono dall'imperatore Leopoldo I, da cui pende una moneta; appoggia il braccio sinistro su un medagliere composto da diciannove cassettoni e nella mano tiene un'altra moneta; sul ripiano del medagliere stanno un piccolo busto antico ed alcune conchiglie (che caratterizzano il suo museo comprendente anche *naturalia*).

Come si comprende dal sottoposto distico di I.H. Boecler, suo collega ed amico all'Università di Strasburgo, le due incisioni con ritratti appesi alla parete sono rispettivamente dell'imperatore Leopoldo I (1658-1705) e del re di Francia Luigi XIV (1638-1715).

Il distico: gli occhi dell'Imperatore e quelli del Re rimirano Patin che esamina le monete con cura e dottrina.

Chi così è contemplato, più illustre del fulvo metallo, sempre porterà chiaro nome.



*In effigiem V.C. CAROLI PATINI Doct. Med. Paris.
 Numismatum Thesauri praefigendam.*

*Spectantem nummos cum cura ac arte PATINVM
 Caesaris et Regis lumina respiciunt.
 Qui sic spectatur, fulas plus ille metallo
 Illustris, semper nomina clava geret.*

I. H. BOUCLERS.

Gli stessi si comportano invece da letterati quando lamentano la poca disponibilità di denaro per acquistare monete o pagare pubblicazioni rifacendosi al luogo comune che *litterae non dant panem*, cioè le lettere non rendono ricchi⁽¹²⁾.

Il titolo di medico accompagna in ogni pubblicazione numismatica il nome dell'autore, anche per esempio nei frontespizi delle opere di Jean Vaillant (1632-1706) che non dovette avere molto tempo per la medicina, medico sì del re Luigi XIV ma anche nominato suo Antiquario e cimeliarca del duca del Maine e che fu occupatissimo non solo nel comporre opere di primaria importanza storica ma anche nell'intraprendere lunghi viaggi per incarico del re soprattutto in Italia, oltre che in Olanda, Inghilterra, Grecia, Egitto allo scopo di studiare le grandi collezioni e di fare acquisti per arricchire la collezione reale (e non solo quella)⁽¹³⁾.

Stando così le cose è abbastanza singolare che nell'epitaffio di Charles Patin nella Basilica del Santo a Padova composto per istanza della vedova, naturalmente in latino, egli venga ricordato prima come numismatico e poi come medico: "A Dio Ottimo Massimo. A Carlo Patino Parigino, cavaliere di San Marco, illustre per gli studi delle monete antiche, avendo emulato la fama del celeberrimo padre (medico), dal Liceo patrio ricevuto in quello padovano..."⁽¹⁴⁾.

IV

Stava alla base anche di chi si laureava in medicina una cultura umanistica fondamentale, filologica e storica. Charles Patin, che godeva di una ricca biblioteca paterna, conseguì a quattordici anni la preliminare laurea in filosofia e quando a ventitré anni (1656) ottenne il dottorato in medicina il padre gli mise a disposizione un appartamento, fornito di una biblioteca "cospicua per libri sceltissimi, relativi soprattutto alla scienza medica ed alla letteratura più raffinata. A cui inoltre aggiunse scheletri di ogni genere, e strumenti chirurgici, e un abaco pieno di medicamenti Europei ed esotici, e tavole geografiche e cronologiche, e i ritratti degli uomini illustri, e monete ed ancora appena qualche cosa potesse venire escogitato, che qui mancasse, di adatto ad erudire lo spirito, a dilettarlo o ad eccitarlo"⁽¹⁵⁾.

Naturalmente non tutti godettero di una simile situazione ottimale, ci fu chi, come per esempio il Savot e il Vaillant, di condizione economicamente modesta, imparò soprattutto dalla frequentazione di altri numismatici.

Il Patin già nel 1662 poté acquistare una intera collezione numismatica, il Savot e il Vaillant dovettero dedicarsi a quelle di altri.

Ho esemplificato solo con personalità francesi, poiché in questa nazione, e in particolare a Parigi, il fenomeno fu forse più frequente, ma soprattutto raggiunse più importanti risultati, che credo vadano messi in relazione da un lato con la passione numismatica di Luigi XIV, dall'altro con lo sviluppo della medaglistica celebrativa del re stesso e in genere della storia francese, per il perfezionamento della quale, oltre che per quello delle iscrizioni sui monumenti, fu fondata nel 1663 la *Petite Académie* o *Académie des inscriptions et médailles*⁽¹⁶⁾. Ma altri nomi di medici numismatici offrirono in questa stessa epoca la Svizzera, la Germania, il Belgio e l'Inghilterra, non tanto l'Italia dove prevalsero piuttosto filologi ed artisti.

V

Resterebbe a questo punto da fare una seconda serie di riflessioni, relative all'apporto di questi medici al progresso degli studi numismatici, ma il discorso sarebbe lungo né questa ne è la sede appropriata. In linea generale si constata come i medici, oltre ad essere stati gli autori dei due primi manuali sistematici di numismatica degni di tale nome (Savot e Patin), abbiano operato in questa disciplina rimanendo entro alla tradizione eminentemente storica che se ne era andata formando, la abbiano perfezionata senza indulgere a contaminazioni con interessi propri della scienza medica.

Si può infatti osservare che mentre in un'opera sull'utilità della numismatica, che rimase fondamentale per secoli, intitolata *De praestantia et usu numismatum antiquorum dissertationes* (1664)⁽¹⁷⁾ del diplomatico tedesco Ezechiel Spanheim, una dissertazione, tra quelle dedicate all'utilità per le scienze naturali⁽¹⁸⁾, prende in considerazione anche piante medicinali raffigurate in monete greche, la ricerca numismatica dei medici non sembra si sia attardata su considerazioni di questo genere⁽¹⁹⁾ nonostante gli

esistenti rapporti della medicina con la botanica (tra l'altro a Parigi il giardino reale delle piante medicinali era sotto la soprintendenza del medico del re⁽²⁰⁾). Altra disciplina che avrebbe potuto interessare i medici sarebbe stata la fisiognomonia, cioè l'arte di dedurre dall'aspetto del volto (oltre che dalle altre parti del corpo), i caratteri dell'animo e alcuni del fisico delle persone, viventi naturalmente ma anche in ritratto.

Grande importanza per lo sviluppo del ritratto monetale avevano avuto i ritratti imperiali sul diritto delle monete, che avevano portato alla formazione di opere costituite da serie di ritratti di personaggi illustri sotto ognuno dei quali seguiva un più o meno breve testo con i cenni delle imprese e del carattere del ritrattato; ma questo era avvenuto prima della pubblicazione dell'opera di Giambattista della Porta, tra l'altro anche egli medico, *De humana physiognomonia* (prima edizione 1586, e dodici anni dopo in italiano e poi molte altre) che si può dire abbia fondato l'arte della fisiognomonia, massimamente diffusa nel secolo XVII⁽²¹⁾.

Un saggio dello Spon tratta *De l'utilité des Médailles pour l'étude de la Physiognomie*⁽²²⁾ da Giulio Cesare all'imperatore Massimino, ma le fonti non potevano essere per lui che gli antichi storici e soprattutto i biografi che normalmente trattavano anche dell'aspetto fisico, indole, virtù e vizi dei personaggi. Con questi autori alla mano Spon cerca di riscontrare i caratteri sui tratti somatici dei ritratti monetali, non nascondendo però il suo scetticismo sull'applicabilità della fisiognomonia alle monete e concludendo che comunque ne lasciava la cura agli specialisti di questa disciplina⁽²³⁾.

Infine una terza serie di riflessioni, ma che non sono di mia competenza, sarebbe utile, per venire informati di quale sia stata la posizione di questi medici, che lasciarono anche scritti di medicina, nella storia della loro scienza.

Note

1 - F. Haskell: *Le immagini della storia. L'arte e l'interpretazione del passato*. Torino, Einaudi 1997, pag. 17

2 - "... la médecine est ma profession et l'antiquité mon amusement": lettera all'abate Nicaise canonico a Digione. Trovo la citazione riportata in R. Étienne e Jean-Claude Mossière (cur), *Jacob Spon. Un humaniste lyonnais du XVIIème siècle*, Lyon, Bibliothèque Salomon-Reinach VI, Lyon 1993, pag. 184

3 - *Viaggi del Cav. Carlo Patini, medico parigino, lettore primario di Pratica straordinaria nello Studio di Padova*. Venezia, Alvise Pavino 1685, pagg. 54-55

4 - Su cui da ultimo C. E. Dekesel, *Charles Patin a Man without a Country*, Bibliotheca Numismatica Siliciana, Gandavum Flandrorum 1990, pagg. 37-41

5 - Le tre edizioni in francese (da cui le traduzioni) furono stampate rispettivamente a Parigi (1665), ad Amsterdam (1667), a Padova (1691)

6 - *Pratica delle medaglie di Carlo Patino*, all'interno: *Introduzione alla storia della pratica delle medaglie*, trad. di Constantino Belli; Venezia, Gio Giacomo Herz 1673

7 - Johannes Cuspius (1473-1529) autore di un'opera di metrologia e Adolf Occo (1524-1606) autore di un repertorio di monete romane imperiali ordinate cronologicamente (1579) (vedi avanti nota 9) furono tedeschi, mentre francesi furono Antoine Le Pois (1525-1578), che pubblicò *Discours sur les médailles et gravures antiques, principalement romaines* (1579) e Louis Savot (1579-1640) autore di un manuale *Discours sur les medalles antiques* (1627) (vedi nota 12)

8 - Non solo altre accuse seguirono alla pubblicazione del manuale, per cui fu addirittura, ma ingiustamente, accusato di essere un plagiatario, cioè di dipendere dal Savot (su cui vedi note 7 e 12); pare abbiano prevalso ragioni politiche, l'accusatore essendo un protetto di Colbert. Patin nel 1667 fu costretto a lasciare la Francia e l'anno dopo fu condannato in contumacia alle galere per motivi che non ci sono chiari. Iniziò così il suo viaggio in Europa durante il quale tessè importanti rapporti d'amicizia visitando e studiando le maggiori collezioni numismatiche esistenti, sino alla sua sistemazione definitiva a Padova (1676) (crf. Dekesel op. cit. pagg. 7-13; E. Biasuz, *Carlo Patin, medico e numismatico*, "Boll. Museo Civico di Padova" XLVI-XLVII (1957-1958) pagg. 74-78). Fu graziato da Luigi XIV nel 1681: Biasuz, *ibid.*, pag. 81

9 - Si trattava di *Imperatorum romanorum nomismata*, Antwerp 1579. L'opera sarà rifatta anni dopo (1683) dal milanese Francesco Mezzabarba Birago; era stata considerata incompleta dallo stesso Occo che, ammalato, nel 1584 ne aveva invano chiesto una revisione all'amico Basilius Amerbach: S. Grunauer von Hoerschelmann, *Basilius Amerbach and his Coin Collection in Medals and Coins from Budé to Mommsen*, London, Warburg Institute 1990, pag. 30

10 - "... Verum cum muneris publici et studiorum ratio, hoc est et Medicinae professio et praxis, tantum otii mihi non concedat, si quis alius Spartam hanc suscipere vellet, manus meas ad auxiliandum sentiret illico promptissimas": Patin, *Introductio ad Historiam Numismatum*, Amsterdam, H. Wetsteen 1683, pag. 198

11 - "... outre que faisant grand scrupule de consumer trop de temps à ce que ne doit servir qu'à me delasser de mes veilles et de mes plus essentielles études, la profession de medecine que j'exerce m'obligeant indispensablement à m'en acquitter avec toute l'exactitude et l'application qu'elle demande, quelques moments que je puis donner tous les jours à ma curiosité ne peuvent pas suffire pour me faire rechercher dans les Auteurs tout ce qui pourroit achever heureusement ce que j'entreprends" J. Spon, Docteur Aggregé au College des medecins de Lyon et à l'Académie des Ricovrati de Padoue, *Recherches curieuses d'Antiquité contenues en plusieurs dissertations*, Lyon, Thomas Amaury 1683, pref.

12 - Per esempio: L. Savot, Médecin du Roi et de la Faculté de Medecine en l'Université de Paris, *Discours sur les médailles antiques*, Paris, Sebastien Cramoisy 1627, pag. 307; J. F. Vaillant, Doctor Medicus et Sereni Ducis Cenomansium Antiquarius, *Numismata imperatorum romanorum praestantiora a Julio Caesare ad Postumum et Tyrannos*, Lutetiae Parisiorum, Joann. Jombert 1692², praef., Id in *Numismata Imperatorum, Augustarum et Caesarum...*, Amstelodami 1702² praef.

13 - Biografia di Vaillant in *Raccolta d'opuscoli scientifici e filologici*, tomo 31, Venezia, Simone Occhi 1744, pagg; 273-299

14 - Il testo completo in Biasuz, art. cit., pagg. 67-68

15 - "Aedes tunc separatas a suis tunc me habitare voluit, quas honestissima supellectile decoravit, superaddita bibliotheca selectissimis libris conspicua, ad rem praecipue medicam atque politioem litteraturam pertinentibus. Cui praeterea et skelétous omnis generis, et instrumenta chirurgica, et abacum Europaeis ac exoticis medicamentis refertum, et tabulas geographicas chronologicasque, et illustrium viro- rum icones, et numismata adjunxit, adeoque vix quidquam excogitari potuit animo erudiendo, oblectando, aut inflam- mando aptum quod hic defuerit": C. Patin, *Lyceum Patavinum sive Icones et vitae professorum Patavii MDCLXXXII publice docentium*, Patavi, Frambotti 1682, pag. 85

16 - Più tardi (1701) riformata e denominata *Académie des inscriptions et belles-lettres*

17 - Seconda edizione, Amsterdam 1671, terza grandemente ampliata in due volumi (il secondo dei quali postumo) Londra 1706, Amsterdam 1717

18 - Quarta dissertazione nella seconda edizione (1671)

19 - Che invece vediamo riprese, appunto citando lo Spanheim, nell'epistola prefatoria alla seconda edizione di Prosper Parisius, *Rariora Magnae Graeciae Numismata*, 1685 curata da Joh. Georgius Volckamerus, archiatra della facoltà medica di Norimberga (grande amico del padre di Patin) in forma di epistola, *Epistola de rei medicae simul ac nummariae scriptoribus praecipuis* di cui è autore Christophorus Arnoldus, pure medico.

20 - Lehoux Françoise, *Le cadre de vie des medecins parisiens aux XVI et XVII siècle*, Paris, A. & J. Picard, 1976, pag. 445

21 - Su della Porta per esempio ora F. Caroli, *Storia della Fisiognomica*, Milano, Arnoldo Mondadori, 1995, spec. pagg. 68-74; sulla generale mancanza di attenzione alla fisiognomonia da parte dei numismatici: Haskell, op. cit., pagg 51-58

22 - Spon, *Recherches curieuses d'Antiquité*, cit., pagg. 353-396

23 - "J'en laisse le soin au sçavans de cette profession": ibid. pag. 357

Il Cristo medico

FRANCESCO FIORISTA

Ma egli disse loro: "Certamente voi mi applicherete questo proverbio: medico, cura te stesso; tutto quanto abbiamo udito che è avvenuto a Cafarnaò, fallo anche qui nella tua patria".

Vangelo di Luca, 4, 23

Così Luca, l'evangelista medico, racconta della tiepida accoglienza (che di lì a poche ore sarebbe divenuta francamente ostile, col tentativo di gettarlo giù da una rupe) riservata dagli abitanti di Nazaret a Gesù al suo ritorno nel suo paese. Essi infatti non solo erano scettici nel veder predicare nella sinagoga il figlio del falegname Giuseppe, ma soprattutto erano invidiosi che avesse compiuto guarigioni miracolose soltanto a Cafarnaò, come se anche a Nazaret non ci fossero muti, sordi, storpi, lebbrosi, ciechi o epilettici da sanare. Solamente in questo passo, tra tutti e quattro i Vangeli canonici, Gesù viene chiamato "medico"; in un altro passo, immediatamente prima del discorso della montagna Luca afferma (6,19) che "... tutta la folla cercava di toccarlo, perché da lui usciva una virtù che guariva tutti".

Le folle enormi che si radunavano intorno al Cristo lo cercavano soprattutto per la sua fama di guaritore, e proprio quegli assembramenti di moltitudini popolari erano soprattutto temute dai Sacerdoti del Sinedrio; anche questa sarà una causa della sua condanna a morte. Il francese Ernest Renan (1823-1892) nella sua *Vita di Gesù* pubblicata in Francia nel 1863, opera che suscitò accese discussioni, scalpore e scandalo in quanto la figura di Cristo risaltava unicamente nella sua natura umana, così scriveva: "... A quel tempo i miracoli erano creduti il suggello indispensabile del divino... Secondo tutti il Messia ne avrebbe fatti molti. A Gesù restava dunque la scelta tra due partiti: o rinunciare alla propria missione o diventare taumaturgo... Quasi tutti i miracoli di Gesù sembrano miracoli di guarigione; la malattia si guardava come un castigo di un peccato, o come opera di un

demone e non mai effetto di cause fisiche, e il miglior medico era l'uomo santo, che avesse poteri soprannaturali. Si riteneva una cosa morale il guarire. Gesù, che sentiva la propria forza morale, doveva stimarsi mirabilmente adatto a guarire. Convinto che il contatto della sua veste, l'imposizione delle sue mani giovasse ai malati, sarebbe stata cosa crudele il negare ai sofferenti un sollievo, che egli poteva concedere. Si credeva che il guarire i malati fosse uno dei segni del regno di Dio ..."

Nella storia della pittura, italiana e non, migliaia e migliaia sono le raffigurazioni delle miracolose guarigioni compiute da Gesù, soprattutto tra il XIV e il XVII secolo, dalle quali sempre traspare il carattere divino e soprannaturale del suo intervento. Ma egli, per quanto ci risulta, non fu mai rappresentato esplicitamente come "medico", in una veste cioè del tutto pragmatica e tecnica.



Il Cristo medico, dipinto attribuito a Werner van den Valckert (Gavno Castle, collezione Reedtz - Thott)

Del tutto eccezionale è dunque il dipinto del fiammingo Werner van den Valckert (Gavno Castle, collezione Reedtz - Thott), che si intitola per l'appunto "*Il Cristo medico*". Il quadro, databile nella prima metà del XVII secolo, risente della cultura nuova dei tempi, allorché anche la Medicina cominciava a muovere i primi passi sperimentali, grazie soprattutto agli studi anatomici da cadavere nonché alla rivoluzionaria scoperta della circolazione sanguigna ad opera dell'inglese William Harvey (*Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, trattato pubblicato per la prima volta a Francoforte nel 1629).

Sullo sfondo sono rappresentati medici che prestano cure ad alcuni infermi, assistiti in questa loro opera da altre persone (i futuri "infermieri"). In primo piano è raffigurato Gesù, che attentamente "osserva", secondo il nuovo spirito dei tempi, del liquido organico (urine?) in una ampolla. Nella mano sinistra ha un vasetto di medicinali, verosimilmente unguento, ed alla cintura è appesa una spatola. Non vi è nulla di divino nella sua figura, dalla quale traspare unicamente, scevra da ogni emotività, l'osservazione obiettiva diretta, base del ragionamento diagnostico e della metodologia clinica.

Nel rappresentarlo munito degli strumenti della professione ed arte medica, l'autore segue in tutto e per tutto la medesima tradizione pittorica con cui per secoli erano stati rappresentati i Santi Medici Cosma e Damiano, persino nella veste di panno (rosso) coperta da un ampio mantello. In basso a destra è deposto a terra un libro aperto, certamente di materia medica. Come quasi due secoli prima Antonello da Messina nel "*San Gerolamo nello studio*", rappresentando il santo in uno studiolo pieno di libri, aveva simboleggiato l'ideale dell'uomo dell'Umanesimo, rivolto alla classicità greca e latina, così qui il pittore fiammingo simboleggia nel Cristo medico l'uomo di scienza che, rigettate le superstizioni e le false credenze medioevali, intraprende la via dell'osservazione e delle prime sperimentazioni.

Cristo medico dunque, guaritore dei corpi. Ma l'evangelista Luca, se come medico conosceva la guarigione del corpo da una malattia, come seguace di Cristo conosceva la salvezza dell'anima dal peccato: e questa seconda è molto più della prima.

E proprio questo ci rammenta nel racconto dei dieci lebbrosi (17, 11 - 19), non a caso riportata solo nel suo Vangelo. Dei dieci lebbrosi sanati, solamente uno, e per giunta un samaritano, ritorna indietro a ringraziare Gesù della guarigione ricevuta, e Gesù "salva" solamente quest'ultimo per la sua grande fede.

Milano a sorpresa - IV

VINCENZO BEVACQUA

Camminando verso il centro-città nel tratto di corso Venezia compreso fra cerchia dei Navigli e piazza San Babila, si passa davanti a due costruzioni fra loro distanti quattro secoli. Sono il Seminario Arcivescovile al n°11 e casa Barelli al n°7.

Fatto costruire da San Carlo Borromeo nella seconda metà del Cinquecento, il Seminario Arcivescovile si affaccia su corso Venezia con il portale progettato un secolo dopo dall'architetto Francesco Maria Richini detto e scritto anche Ricchini Ricchino e Richino. Il portale è bugnato e coronato da un fastigio triangolare sul quale si agitano due angioletti che, protetti dal galero cardinalizio, con una mano brandiscono rispettivamente un pastorale e una croce e con l'altra sostengono lo scudo borromeico sul quale si legge *Humilitas*.

Nel portale il varco dell'ingresso è affiancato da due cariatidi a loro volta affiancate da una nicchia vuota. Nessuno è d'accordo su che cosa rappresentino le cariatidi: Pietà o Speranza quella di sinistra; Religione Sapienza o Carità quella di destra ⁽¹⁾. Tutti sono invece d'accordo con il reverendo Carlo Bianconi che nel 1787 le ha giudicate un po' *troppo polpute*. Ma oltre a essere polpute, le cariatidi hanno vicino, nella nicchia, una conchiglia che secondo la simbologia corrente è attribuito di Venere, generata dal mare cipriota e sbarcata a Pafos da o con una conchiglia ⁽²⁾.

Il portale del Seminario Arcivescovile è stato terminato quando Carlo e Federico Borromeo erano già in Paradiso. Da vivi, mai e poi mai avrebbero accettato cariatidi doviziose e conchiglie allusive. Tuttavia così com'è, il portale del seminario in corso Venezia richiama il portale dell'Ospedale Maggiore in via Festa del Perdono. Anche questo progettato dal polidenominato Richini, ha il varco dell'ingresso sovrastato da una finestra balconata, a sua volta sovrastata da un fastigio triangolare.

Sopra il varco dell'ingresso c'è la lapide a memoria di Giovanni Pietro Carcano secondo fondatore (dopo Francesco Sforza) dell'Ospedale; e più sopra ancora, nel vertice del fastigio, ci sono *le insegne gentilizie del riferito Carcano Benefattore, le quali portano un Pavero (?) con accetta che gli pende sul capo* ⁽³⁾. Nei *poveri di Cristo* che entravano in ospedale, quell'accetta pendente sul capo del Pavero doveva suscitare qualche perplessità.

Nel portale ospitaliero, di fianco al varco d'ingresso e alla sovrastante finestra balconata, anziché cariatidi ci sono colonne; e di fianco alle colonne ci sono quattro nicchie. Ma qui, a diversità di quelle seminarili, sono occupate da statue. Di sopra, dalle statue dell'Angelo Annunciante e della Madonna Annunciata; di sotto, dalle statue dei Santi Ambrogio e Carlo. Così il Richini realizzava un'accoglienza edificante-aleatoria per gli infermi; piccante-diversiva per i seminaristi.

Tutt'altra storia al n°7 di corso Venezia dove sorge casa Barelli.

Pur non avendo i quattro quarti di nobiltà di altri palazzi di corso Venezia (come per esempio i palazzi Saporiti Bovara Castiglioni Serbelloni o Silvestri), casa Barelli ha un aspetto che può sfuggire solo a un occhio distratto. Ideata da C. Mazzocchi e costruita a fine Ottocento o ai primi del Novecento, casa Barelli impiega il ferro a vista non solo come ornamento, ma anche come struttura portante. Qui il ferro parte da terra e man mano che sale dirada fin quasi a scomparire al quarto piano dove rimane solo nella ringhiera del balconcino isolato a destra (figura 1).

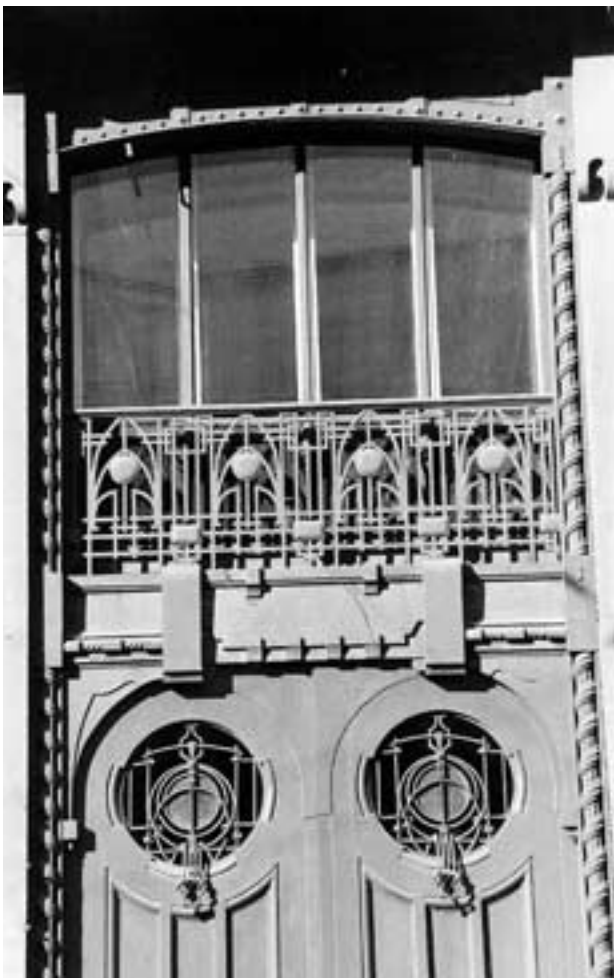
Competenti di architettura cittadina ⁽⁴⁾ considerano casa Barelli *uno tra gli esempi Liberty milanesi più coerenti e armonici in una dissimmetria segnata dal portone d'ingresso laterale e dalla parte a uso commerciale più ampia*.



Figure 1 e 2: Casa Barelli in corso Venezia n°7
Portone e primo piano



Figura 3: Casa Barelli
Disegni in ferro battuto che cambiano da un piano all'altro



La caratteristica dissimmetria infatti, disturba per niente l'equilibrio della costruzione che nella parte più ampia pare accostata a una colonna dello stesso stile architettonico, formata da locali unici posti uno sopra all'altro. Questa colonna ricorda un'altra che si trova a Castelmola sopra Taormina. Solo che là monocali reali, adibiti a caffè-bar, comunicanti a mezzo di una scala, offrono dall'ultimo piano l'azzurro abbagliante dello Stretto di Messina.

In casa Barelli, il ferro battuto gioca nel portone (figura 2) e nelle ringhiere con disegni che cambiano da un piano all'altro, tracciando archi curve e ghirigori quanti ne può ispirare una fantasia scatenata (figura 3). Singolari anche le due arcate di ferro al primo piano, delle quali una contorna cinque finestre e l'altra ne contorna una sola, sottolineando ancora di più l'accennata dissimmetria (figure 1, 2 e 3).

Esaminata casa Barelli in lungo e in largo, per raggiungere il centro-città bastano ancora pochi passi in corso Venezia, attraversare piazza San Babila e imboccare corso Vittorio Emanuele.

Oggi piazza San Babila si limita a una chiesa con davanti una colonna. Ma fino a tre secoli fa, oltre alla colonna piazza San Babila aveva ben tre chiese e un ossario. Il tutto lo si può constatare in una stampa di Marc'Antonio Dal Re (1697-1766) benemerito illustratore di Milano settecentesca ⁽⁵⁾.

In questa stampa, la prima chiesa da sinistra è quella di Santa Marta, chiesa che nel Trecento aveva denominazione più generosa. Si chiamava Chiesa dei Santi Bernardo e Biagio e di Santa Marta alle Ossa (*de ossibus*). Rimessa a nuovo nel 1721, custodiva tredici dipinti che illustravano vita e miracoli di Marta, identificabile nella sorella della peccatrice Maddalena e del resuscitato Lazzaro ⁽⁶⁾. Come tante altre chiese, anche questa di Santa Marta è scomparsa alla fine del Settecento; ma prima di scomparire si trovava a contatto con l'ossario responsabile dell'attributo *de ossibus* presente nella vecchia denominazione della chiesa. L'ossario era un basso fabbricato a forma di capanna, con due ingressi separati da una finestra centrale protetta da inferriata; uno scheletro falciante sul tetto e, dentro, una raccolta di ossa varie da far concorrenza a San Bernardino naturalmente *de ossibus* anche lui. Come Santa Marta, l'ossario è stato demolito alla fine del Settecento. Dove siano finite le ossa, non si sa.

Nella vecchia stampa di Marc'Antonio Dal Re, si vede che subito dopo l'ossario veniva San Babila, di tre chiese l'unica rimasta anche se con i connotati rifatti.

Fuori mura come tempio dedicato al Sole in epoca romana, nel V secolo sarebbe stata adibita a cimitero cristiano o a luogo di convegno dei cristiani con l'appellativo di *Concilium Sanctorum*; e solo nell'XI secolo sarebbe stata adattata a chiesa dedicata a San Babila. Poi nel XIV secolo, ai tempi di Gian Galeazzo Visconti primo duca di Milano, sarebbe stata restaurata con *qualche risarcimento della vecchiazza* e nel XVI secolo, in epoca spagnola, sarebbe stata di nuovo *ristorata e abbellita... con accrescimento di una Antipiorta sostenuta da Colonne avanti la Porta di mezzo, ed altri ornamenti* (barocchi) *della facciata* ⁽⁷⁾. L'antiporta o pronao, a due ordini di colonne, dorico il primo e ionico il secondo ⁽⁸⁾, sarebbe stata costruita *per poter battezzare comodamente anche quando piove*⁽⁹⁾. Nei primi anni del XX secolo (1905) definitivo cambiamento dei connotati: la facciata veniva rielaborata *in forme pseudoromaniche* quando già nel secolo precedente si era provveduto a liberare la parte interna dalle sovrastrutture barocche⁽¹⁰⁾; e così con queste fattezze

la chiesa di San Babila è giunta ai giorni nostri. Ma in fatto di rinnovo dei connotati, anche il suo campanile non ha scherzato. Crollato nel XVI secolo, risorgeva nel XIX. Però non più a destra, ma a sinistra della chiesa e, cresciuto di quattro metri d'altezza, nel XX secolo veniva truccato in stile romanico come la chiesa ⁽¹¹⁾.

Nella vecchia stampa di Dal Re, dopo San Babila e in posizione un po' arretrata, si vede la chiesa di San Romano con il fianco verso la contrada omonima oggi corrispondente a corso Monforte.

Come Santa Marta, così San Romano non era il solo santo al quale la chiesa fosse dedicata. Era infatti dedicata anche a San Rocco e non ultima a Nostra Signora Addolorata, ricordata, in epigrafe dorata su marmo nero, sopra la porta d'ingresso ed effigiata, *col suo Figliolo morto ai piedi*, sull'altar maggiore ⁽¹²⁾. La chiesa di San Romano, pure demolita a fine Settecento, non era trascurabile. Era stata abbellita *in ordine Corintio* a spese dei fedeli e per opera di *Giuseppe Barca, illustre Architetto e Professore delle Matematiche, nella (scuola) Palatina*; e venerava, insieme ad altre preziose reliquie, *una delle Fascie di Nostro Signore*⁽¹³⁾.

Nella citata stampa di piazza San Babila, non manca la colonna sulla base quadrangolare della quale c'erano incise quattro epigrafi: una, d'epoca imprecisata, a ricordo degli antichi milanesi; un'altra, del Cinquecento, a ricordo di Catiliano Cotta, Vicario di Provvisione della città; un'altra del Seicento, a ricordo di Carlo Francesco Serbelloni abitante nei paraggi; e l'ultima che poi è stata asportata o che comunque è illeggibile⁽¹⁴⁾.

In cima alla colonna, rivolto verso oriente, c'è un leone che alcuni ritengono improbabile trofeo di una battaglia vittoriosa sui veneziani e che altri si accontentano di considerare insegna della borgata di Porta Orientale. Lo stendardo della borgata, infatti, portava nello stemma un leone rampante⁽¹⁵⁾. Attraversata piazza San Babila con una sola chiesa e relativa colonna leonina, si raggiunge il cuore di Milano imboccando corso Vittorio Emanuele. Nell'Ottocento si chiamava corso Ferdinando I (imperatore d'Austria) e prima ancora si chiamava corsia dei Servi per via della chiesa che, press'a poco

al posto dell'attuale chiesa di San Carlo, era dedicata a Santa Maria dei Servi.

I Servi erano religiosi che si erano stabiliti lì nel Duecento, subentrando a certi Frati della Penitenza di Cristo detti *del Sacco* o addirittura *Sacchetti*.

I *Sacchetti* avevano lasciato ai *Servi* una chiesa gotica a navata unica, trasformata nel Seicento in *buona Romana Architettura* ⁽¹⁶⁾, ornata con marmi di vario colore e con numerosi dipinti eseguiti da Daniele Crespi, Fiammenghino, Stefano Maria Legnano, Paolo Lomazzo, Federico Macagni, Giuseppe Nuvolone e forse Bernardino Luini. Dal soffitto della chiesa dominava la *Beata Vergine cinta di diversi Angioli in atto di distribuire a' Padri il sacro lor Abito* opera del suddetto Fiammenghino ⁽¹⁷⁾. A metà Ottocento, la chiesa dei Servi con annesso convento avrebbe lasciato il terreno all'odierna chiesa di San Carlo detta anche *Rotonda dell'Amati* con la colossale cupola terminata nel 1847.

Prima ancora di corsia dei Servi, però, corso Vittorio Emanuele aveva quattro nomi: contrada dei Sacchetti, da piazza San Babila alla traversa di San Pietro all'Orto; contrada del Gambero, dalla traversa di San Pietro all'Orto a quella di San Paolo; contrada dell'Agnello, dalla traversa di San Paolo a quella dell'Agnello; contrada di Santa Radegonda, nel tratto restante fino alla traversa della omonima Santa ⁽¹⁸⁾.

Del tempo andato, oggi in corso Vittorio Emanuele restano solo due testimoni neanche troppo in vista: una statua e una lapide.

Alta due metri e a muro, la statua è quella del *scior Carera*. Passa inosservata perché è sollevata da terra in modo che per vederla bisogna alzare lo sguardo oltre l'altezza d'uomo. I meneghini la chiamano rispettosamente *scior Carera* perché ai suoi piedi porta incisa la frase attribuita a Cicerone: *Carere debet vitio qui in alterum dicere paratus est* (ossia: non dovrebbe aver difetti chi vuol trovarne nel prossimo). Ci sono però altri meneghini che più realisticamente la chiamano *omm de preja* (uomo di pietra) sapendo anche che si tratta di un mostro, con la testa dell'arcivescovo Aldemano Menclozi eseguita nel X secolo, e con il corpo di notevole romano (Cicerone?) eseguito nel III secolo ⁽¹⁹⁾. Come i romani con la statua di

Pasquino, così i milanesi usavano la statua del *scior Carera* per beffeggiare il governo del momento, affidandole critiche mordaci come per esempio queste due: *Arciduca 610*, per dire "Arciducal Governatore sei uno zero" e *Semm liber, ligaa alla francesca*, per dire tanto "siamo libri rilegati alla francese" quanto "siamo liberi legati alla francese" ⁽²⁰⁾.

La lapide, altro testimone del tempo andato rimasto in corso Vittorio Emanuele, è murata sotto i portici compresi fra le traverse vie Agnello e Santa Radegonda. Ricorda l'Antico Forno delle Grucce esistente in loco fino a sei-sette decenni fa.

Dicono ⁽²¹⁾ fosse lo stesso *prestin di scansc* devastato dalla espropriazione proletaria scoppiata sotto il naso di Renzo Tramaglino. Dicono anche ⁽²²⁾ che nell'Ottocento, per la pubblicità recata da I Promessi Sposi, il titolare della panetteria rifornisse Alessandro Manzoni di certe squisite e gratuite pagnottelle dette *cremonesi*.

Del pane quotidiano, il Manzoni avrebbe ringraziato con questo biglietto poi esposto nella vetrina del prestinaio:

"Al Forno delle grucce, ricco ormai di fama propria e non bisognoso di fasti genealogici, Alessandro Manzoni sollecitato voluttuosamente con vario e squisito saggio nella gola e nella vanità, due passioni che crescono con gli anni, presenta i più vivi e sinceri ringraziamenti".

Rievocando chiese statue e lapidi, non si deve superare il n°8 di corso Vittorio Emanuele senza osservare un altro esemplare di edificio con struttura portante di ferro a vista. Costruito nel 1902 per i Magazzini Bonomi ⁽²³⁾, l'edificio utilizza il ferro anche nella componente ornamentale della facciata (figure 4 e 5).

Con le ampie vetrate che rispecchiano la casa dirimpetto e assecondato dallo stabile adiacente, il complesso Bonomi macchia di scuro il corso Vittorio Emanuele senza appesantirlo e tanto meno rattistrarlo.

Da notare che lo stabile adiacente, costruito nel 1963 dagli architetti Giovanni e Lorenzo Muzio, completa l'isolato riproponendo volumi, movimento di facciata e ornato dell'edificio più vecchio (figura 6).



Figure 4 e 5: Magazzini Bonomi in corso Vittorio Emanuele n°8
Ferro portante e ferro ornamentale

Dopo qualche passo, da corso Vittorio Emanuele si entra in piazza del Duomo. Se qui si fiancheggia la cattedrale dal lato della Rinascente, si percorre quella che secoli fa si chiamava corsia del Duomo. Ma siccome da questa parte al Duomo si accedeva salendo una gradinata, invece di corsia del Duomo i milanesi la chiamavano *contrada di vasej*, contrada dei gradini. Da non confondere con la *corsia di vasej* dell’Ospedale Maggiore, con la quale nel Quattro-Cinquecento i milanesi indicavano la corsia di malati rivolta verso la gradinata di accesso all’Ospedale da via Festa del Perdono.

Si racconta che nella *contrada di vasej* del Duomo convenisse una fauna pittoresca e vociante, dedita a traffici di ogni genere, non escluso quello di genere femminile a prezzo d’amatore⁽²⁴⁾.

Sorvolando su venditori e protettori che da quei tempi pare non si siano mossi da lì, oggi attraverso

Figura 6: Stabile degli architetti Giovanni e Lorenzo Muzio, adiacente ai Magazzini Bonomi



la Galleria e via Silvio Pellico si raggiunge in un baleno via Tommaso Grossi dove si respira milanesità e poesia in alte concentrazioni.

Tommaso Grossi (1791-1853), nato a Bellano, laureato in legge a Pavia, morto a Milano in via Montenapoleone n°864⁽²⁵⁾ quasi dirimpetto all'abitazione di Carlo Porta, era notaio poeta e fraterno amico di quest'ultimo⁽²⁶⁾.

Il Porta infatti, oltre ad averlo partecipe alle riunioni della sua *camaretta* in via Montenapoleone n°853, non gli aveva mai lesinato affetto e ammirazione manifestandoli anche in versi per almeno due volte⁽²⁷⁾.

Ammirazione e affetto del resto dal Grossi ricambiati duplicati e infine espressi alla morte dell'amico (5 gennaio 1821) in una elegia per forma e contenuto considerata tra le rime più elevate di tutte la poesia milanese⁽²⁸⁾.

Percorrendo via Tommaso Grossi, al n°8 si incontra un altro campionario di edificio con uso del ferro per sostegno e per ornamento (figura 7).

È un capolavoro di Liberty ambrosiano dove duttilità solidità e delicatezza del metallo si realizzano nelle colonnine del pianterreno, nelle ringhiere dei balconi dei piani superiori e nel timpano del fastigio⁽²⁹⁾.

Da notare anche il disegno dei parapetti bombati, gli archi delle finestre sottostanti e le vetrate in esili cornici ad angoli smussati come quelle osservate in corso Vittorio Emanuele.

A loro volta, le tre case fine-Ottocento primi-Novecento qui ammirate rimandano a costruzioni d'oltralpe molto più sbandierate come, per esempio, la torre Eiffel e le Halles di Parigi o la torre di Santa Justa a Lisbona (figura 8).

A differenza però delle città d'oltralpe, Milano non espone e non reclamizza i suoi gioielli. Anzi, li nasconde e li ignora. Per questo Milano non si vede. Si scopre. Ogni volta che la si guarda.



Figura 7 : Via Tommaso Grossi n°8
Archi e parapetti bombati, vetrate in cornici ad angolo smusso
Le fotografie sono di Anna Maria Carloni

Bibliografia

- 1 - Latuada S.: *Descrizione di Milano ornata con molti disegni in rame delle fabbriche più cospicue che si trovano in questa Metropoli*. In *Milano MDCCXXXVII*. Ristampa e riproduzione integrale a cura di La Vita Felice, Milano 1995, Tomo I, pag 208 e seg.
 - Bianconi C.: *Nuova Guida di Milano per gli Amanti delle Belle Arti*. In *Milano MDCCLXXXVII*. Riproduzione anastatica a cura del Monte di Credito e Banca del Monte di Milano, 1979, pag. 72.
 - Pirovano F.: *Nuova Guida di Milano 1822*. Il Polifilo Ed., Milano 1988, pag. 372.
 - Pellegrino B.: *Così era Milano. Porta Orientale*. Libreria Meravigli Ed., Milano 1986, pag 43 e seg.
 - De Franceschi S.: *Vedute di Milano di Marc'Antonio Dal Re*. Franco Angeli Ed., Milano 1998, pag 65-66.
- 2 - Hall J.: *Dizionario dei soggetti e dei simboli nell'arte*. Longanesi & C. Ed., Milano 1983.
 - Chevalier J., Gheerbrant A.: *Dizionario dei simboli*. BUR Ed., Milano 1986.
- 3 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 312.
- 4 - Melano O.P., Veronesi R.: *Milano Liberty*. Mursia Ed., Milano 1991, pag 40.
- 5 - De Franceschi S.: *op. cit.*, pag. 51.
- 6 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 205 e seg.
- 7 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 201 e seg.
- 8 - Pirovano F.: *op. cit.*, pag. 100.
- 9 - Pellegrino B.: *op. cit.*, pag. 47 e seg.

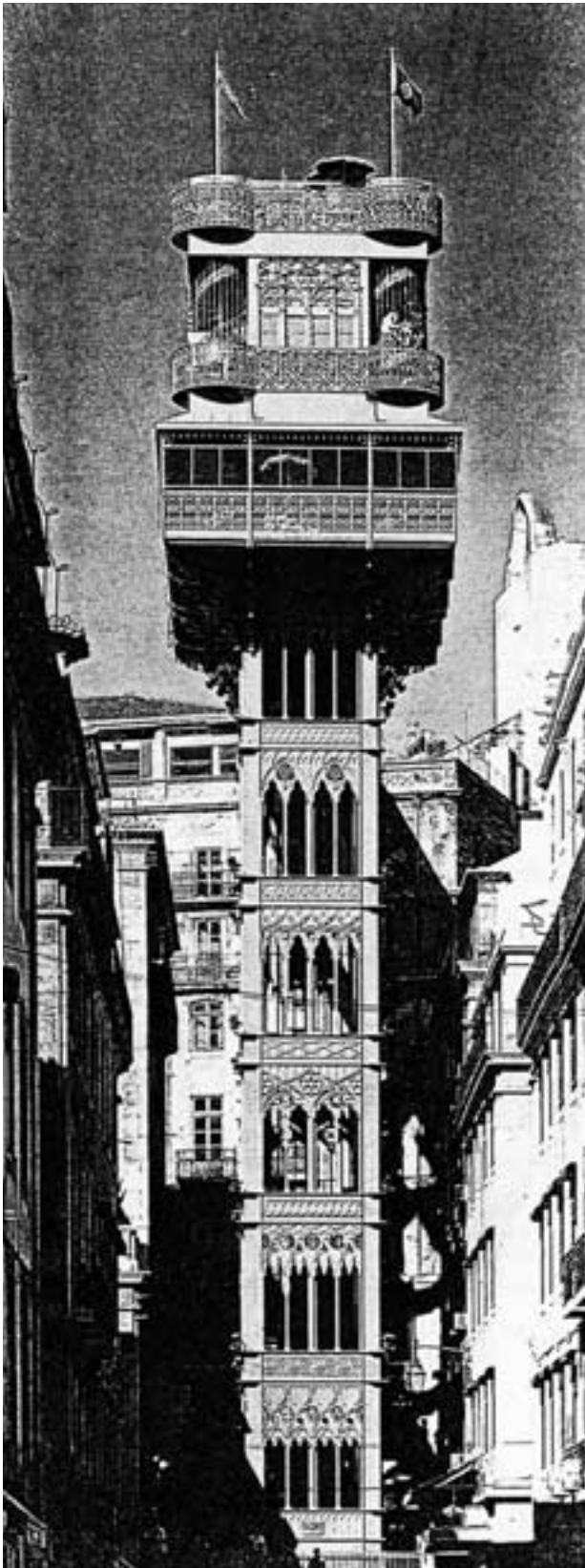


Figura 8 : Torre di Santa Justa a Lisbona

- 10 - Pellegrino B.: *op. cit.*
 11 - Pellegrino B.: *op. cit.*
 12 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 196-97.
 13 - Latuada S.: *op. cit.*
 14 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 198 e seg.
 15 - Rossi L.: *Schedatura cronologica delle opere in Memorie nel bronzo e nel marmo. Monumenti celebrativi e targhe nelle piazze e nelle vie di Milano* a cura di M. Pietrantonio. F. Motta Ed., Milano 1997, pag. 215-16.
 16 - Bianconi C.: *op. cit.*, pag. 68 e seg.
 17 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 187.
 18 - Pellegrino B.: *op. cit.*, pag. 67.
 19 - Latuada S.: *op. cit.*, pag. 183 e seg.
 - Bianconi C.: *op. cit.*, pag. 67.
 - Rossi L.: *op. cit.*, pag. 214-15.
 20 - Pellegrino B.: *op. cit.*, pag. 62 e seg.
 21 - Pellegrino B.: *op. cit.*, pag. 104.
 22 - Pellegrino B.: *op. cit.*
 23 - Melano O. P., Veronesi R.: *op. cit.*, pag. 39.
 24 - Pellegrino B.: *op. cit.*, pag. 105.
 25 - Secondo la numerazione degli edifici cittadini introdotta nel 1786 dall'Imperial Regia Amministrazione Austriaca.
 26 - Angelini C.: *Carlo Porta in Storia di Milano*. Fondazione Treccani degli Alfieri, vol. XIII, pag. 449.
 - Medici L.: *Un secolo di poesia dialettale milanese*. Ibidem, vol. XVI, pag. 53, 135-136, 190.
 27 - Porta C.: *Poesie* a cura di G. Fantuzzi. Rizzoli Ed., Milano 1966, pag. 482 e seg.: *Al Sur Tomas Gross a Trevij*.
 - Porta C.: *op. cit.*, pag. 735-36. *Al mè Gross in risposta al sò sonett*.
 28 - Medici L.: *op. cit.*, pag. 497; Spellanzon C.: *op. cit.*, pag. 135-36.
 29 - Melano O. P., Veronesi R.: *op. cit.*, pag. 31.

Recensioni

Sandro Spinsanti - *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*, Paoline Editoriale Libri, Milano 1999, pagg. 209, lire 24.000

Nella quarta di copertina la redazione editoriale inquadra il tema del libro con le seguenti parole di presentazione:

“Stiamo assistendo a una svolta drammatica nel rapporto tra medico e cittadino malato, che tradizionalmente richiedeva *scienza e coscienza* da parte del medico, *fiducia e docilità* da parte del malato. Oggi questo modello è messo in discussione da una cultura che ha cambiato i presupposti di fondo. Il paziente non è un *povero cristo* da trattare benevolmente, magari abbinando all'efficienza dei trattamenti una buona dose di *umanizzazione*, ma un cittadino che esercita il diritto di ricevere un trattamento (adeguato). Un cittadino colto, informato, consapevole delle proprie scelte, il quale ha il diritto che chi esercita la medicina si prenda *il tempo e la cura* di informarlo, per farlo accedere alla condizione in cui ricevere un trattamento non equivale a essere oggetto di un atto di benevolenza, bensì esercitare un diritto di libertà civile e di responsabilità”.

Tra medico e paziente - questa è l'istanza - si deve stringere un patto, un *patto per la salute*. Questo “nuovo patto” tra medico e paziente (e, più in generale, tra curante e curato) implica una “reciprocità tra uguali”, dice Spinsanti nella Introduzione (p.9), uguali anche se i ruoli, ovviamente, possono essere (e nella fattispecie sono) molto diversi.

Il libro si apre con la *favola di Rip*, un personaggio letterario che va nel bosco a far legna, si addormenta e quando torna al paese trasecola: non riconosce più nessuno e nessuno più lo riconosce. Non è uno smemorato in mezzo ad altri smemorati; è, semplicemente, uno che ha dormito per vent'anni.

Vent'anni, nel Novecento testé trascorso e in cui tutto si è accelerato (a cominciare dallo sviluppo scientifico-tecnico con le sue benefiche ricadute in medicina), sono un periodo nel quale sono potute accadere moltissime cose (molte di più che in un ventennio dei secoli passati). Pensiamo a un medico che si fosse addormentato nel 1960 e risvegliato nel 1980: non avrebbe saputo niente di ecografia, di tac, di risonanza magnetica, di doppler, di laser; non avrebbe conosciuto nulla delle possibilità terapeutiche offerte dalla dialisi del sangue, da questo o quel trapianto d'organo, da questo o quel prezioso farmaco salvavita.

Spinsanti, con la sua favola, allude però a un'altra cosa. Ci dice che se tutti, medici e pazienti, curanti e curati, ci fossimo addormentati nel 1980 e ci risvegliassimo oggi, nel 2000, sapremmo rispondere poco, molto poco, a domande che ci venissero rivolte sul consenso informato, su efficienza ed efficacia, su qualità ed equità delle cure, su giustizia e equità delle cure medesime, sui bisogni da soddisfare e sulle risorse disponibili. “Per rispondere a queste domande”, scrive Spinsanti (p.12), “l'etica è invocata a soccorso”.

Usciamo dalla bella favola di Rip. Diciamo che oggi c'è una *domanda di etica*, da parte di tutti, che forse vent'anni fa non c'era. E giustamente Spinsanti rileva (p.15) che nel campo dell'etica medica “influiscono più i cambiamenti nella organizzazione sociale che i progressi scientifici della medicina. Soprattutto incide quella realtà impalpabile ma reale costituita dalla cultura del tempo”. Più in generale, potremmo dire che la domanda di etica che oggi monta dalla società civile o perlomeno dalle fasce di popolazione più consapevole e responsabile, è dovuta a un bisogno indotto da una *carenza di etica* – di etica della *pòlis* o politica – di cui la società medesima soffre.

Spinsanti disegna scenari e ruoli nuovi per il paziente quali la sua *partecipazione volontaria*, utile e prodiga, alla ricerca biomedica e, soprattutto, il suo *attivo coinvolgimento* nelle scelte terapeutiche. “La partecipazione attiva del paziente”, scrive (p.25), “non è un *optional*”. Essa si basa “sull'informazione, più che sul consenso”. Per questo “il ruolo del medico di medicina generale”, scrive in una bella pagina (p.16), “è *cruciale*”. “Il modello di *buona medicina* che ci viene richiesto dalla cultura contemporanea è un modello inedito [...]: si tratterà di una co-educazione, medico e paziente dovranno educarsi insieme”.

Nel condividere in pieno questo enunciato c'è da chiedersi se il ruolo di un medico *educatore* (oltreché diagnosta e terapeuta) sia da considerarsi davvero un modello inedito; o se viceversa in altra stagione storica esso non sia

stato un modello edito, certo con le limitazioni del passato; perché, se così fosse, ci sarebbe da chiedersi perché mai questo modello *in nuce*, o in fase di sviluppo iniziale, non abbia conosciuto una fase evolutiva ulteriore, soggiacendo ad altri modelli che oggi, come Spinsanti rileva, mostrano palesemente i loro limiti e la loro deprecabile angustia.

“Fino a un passato non molto lontano”, scrive Spinsanti (p.43), “il dottore si limitava a tenere la mano di un bambino che moriva di difterite: non poteva far niente per salvargli la vita. Il medico era impotente, ma tutti erano contenti di lui. Oggi, al bambino gravemente malato vengono somministrati antibiotici potenti ed efficacissimi, tanto che dopo qualche giorno è di nuovo a giocare con gli altri bambini in cortile. Eppure si è scontenti del dottore. Il contrasto tra le due situazioni, che sono paradigmatiche nonostante la loro schematicità, fotografa il degrado del rapporto tra medico e paziente. A questo degrado, nelle sue varie manifestazioni, vuole porre rimedio il movimento dell’*umanizzazione* in medicina”.

A proposito di umanizzazione c’è chi, fra i settantenni di oggi, dice: mi ricordo quando la mamma, in tempo di guerra, si ammalò di polmonite; il medico venne a visitarla molte volte, almeno cinque; oggi che, press’a poco alla stessa età, mia figlia si è ammalata della stessa malattia, il medico, dopo molte insistenze, è venuto a visitarla una volta, poi non s’è visto più: ha detto di fargli avere la radiografia che aveva prescritto, ha dettato la cura in base al referto e poi, dopo aver visto la radiografia di controllo, ha detto che era guarita. Da qui la conclusione che il medico di un tempo era *più umano* di quello odierno, senza tenere nel debito conto che, a parità di doti umane, il medico di una volta doveva visitare la paziente

almeno cinque volte per ragioni non umane, ma tecniche (all’inizio dopo la prima “settimana”, dopo la seconda “settimana”, dopo la terza “settimana” e una quinta volta alla fine), per poterne affermare l’avvenuta guarigione, mentre oggi, per le stesse ragioni non umane, ma tecniche, le cose vanno diversamente.

Questo va detto non per difendere l’operato del medico d’oggi anche quando tale operato è indifendibile, impoverito del rapporto umano “affabile” (come scriveva un grande medico del Settecento, Hermann Boerhaave, professore a Leida, dettando le regole del buon metodo); va detto per evitare le nostalgie dei *laudatores temporis acti*, rivolti più al passato e meno al futuro. Il medico di una volta forse non era più “umano”; forse la sua assistenza (*ad-sistere* vuol dire stare continuamente e ripetutamente accanto) era più assidua perché lo esigeva la tecnica, non la sua umanità. Però lo dettava anche la cultura di cui era permeato. Oggi che la tecnica non lo esige più, se non c’è la cultura a fare da contrappeso – la cultura delle *medical humanities* ci dice l’Autore – il medico entra in crisi d’identità, la medicina in crisi d’autenticità, e la sanità fa largamente difetto.

A proposito di *scienza-umanità* – il binomio che costituiva quasi la parola d’ordine del medico di fine Ottocento e del primo Novecento – Spinsanti cita (p.50) il monito di un grande medico, William Osler: “Per il proprio paziente non si deve fare tutto ciò che è *umanamente* possibile, ma solo tutto ciò che è *scientificamente* corretto”. E Spinsanti cita in proposito la richiesta formulata da Archibald Cochrane di “far entrare nella pratica clinica solo i trattamenti sicuri ed efficaci”. Ebbene, il libro di Cochrane fu pubblicato in Italia, da Feltrinelli, nel 1972 ed è stato ripubblicato, dal Pensiero Scientifico Editore, nel

1999, dopo ventisette anni di sonno, come l’addormentamento di Rip. È stato risvegliato oggi, dal sonno culturale ultraventennale, su iniziativa del Centro Cochrane italiano, assertore e sostenitore della *evidence based medicine*, cioè di una medicina basata sulle prove di evidenza, su trattamenti di accertata e obiettiva efficacia, non sulle asserzioni soggettive di questo o quel clinico, per quanto prestigiosa, o accattivante, o famosa possa essere la sua figura professionale. Detto questo, c’è da chiedersi come mai per ventotto anni la cultura medica dominante abbia su questo soporosamente dormito.

Vivamente apprezzabile è il taglio che Spinsanti ha dato al capitolo III, intitolato *Modelli etici per la nuova medicina*. Egli distingue *tre stagioni* dell’etica in medicina, una pre-moderna (o passata), una moderna (o attuale) e una post-moderna (o prossima ventura).

L’*epoca pre-moderna* è stata di lunga durata, bimillenaria. Scrive infatti Spinsanti (pag. 111) che “tra il medico seguace di Galeno – che interpretava le malattie secondo la teoria degli umori -, il medico scienziato dell’Ottocento – che ricorreva al metodo della scienza sperimentale – e il medico della nostra epoca – che è capace di ricondurre le malattie a un difetto del corredo genetico ed è in grado di prevederne l’insorgenza con anni di anticipo – le differenze sono enormi”.

Sono enormi dal punto di vista scientifico-tecnico. “La stessa cosa”, aggiunge l’Autore, “si può dire riguardo al ricorso a salassi, vaccini e ingegneria genetica”. “La diversità fra questi mezzi terapeutici, quanto a efficienza ed efficacia, è incolmabile”.

“Per l’etica, invece, non è avvenuto così”. Questa frase di Spinsanti sembra la parafrasi in medicina di quanto ha recentemente scritto Norberto Bobbio nell’*Autobiografia*: “L’età

contemporanea è contrassegnata dal progresso scientifico-tecnico, sempre più rapido, irresistibile e quindi inarrestabile”. Quindi “si può parlare a ragion veduta di rivoluzione *permanente*”. “Di rivoluzione permanente, invece, non si può parlare con altrettanta sicurezza nella sfera dei costumi”. Da qui un duplice problema. L'uno è che “mentre il progresso tecnico-scientifico non cessa di suscitare la nostra meraviglia e il nostro entusiasmo, [...] continuiamo sul tema del progresso morale a interrogarci esattamente come 2000 anni fa”. L'altro è che questa *etica antica e moderna*, perenne, ci pone davanti alla “contraddizione tra lo sviluppo della scienza e i grandi interrogativi etici che questo sviluppo comporta”. “Tutto quello che il malato aveva da fare”, in passato, “era di diventare *paziente* in tutti i significati del termine”, scrive Spinsanti in tono giustamente provocatorio. Pazientemente aspettava che il medico, da buon osservante del “giuramento d'Ippocrate”, prestasse la sua opera diretta a “procurargli un beneficio”. Era l'epoca in cui gli ospedali erano “pie opere” di assistenza e beneficenza, in cui i medici erano visti come benefattori dell'umanità, in cui - più recentemente - la *beneficialità* era (ed è ancora) considerata il referente cardinale del rapporto medico-paziente. Ma oggi “l'etica” ha cambiato “etichetta”. O meglio, dall'etichetta del passato, si è passati alla *bioetica*, a questa disciplina relativamente recente che definisce l'area concettuale e comportamentale dove si disegnano i problemi morali e normativi delle scienze della vita e dove si dà per scontato che ogni presente o futura conquista scientifico-tecnica nel campo della biologia, della medicina, della sanità dev'essere utilizzata per migliorare la *qualità della vita*.

Spinsanti ci dice che l'*etica post-moderna* va oltre la bioetica. Gli ospedali non sono più “pie opere”, oggi sono *aziende*. Il medico non è più un buon padre o un franco alleato, oggi è un *organizzatore* di tecniche e di pratiche che debbono ispirarsi a una filosofia della cura dove etica ed economia sono due facce di una stessa pregiata moneta da investire nella cura dell'uomo. Il paziente non è più un malato obbediente, non è solo un partecipante informato, ma è un *utilizzatore di risorse*, tecniche e umane, che dev'essere soddisfatto nei suoi bisogni e nelle sue sacrosante, giuste esigenze. Il principio-guida del rapporto di cura non è più la beneficialità, non è solo l'autonomia, ma è la *giustizia*.

L'*etica dell'organizzazione*, subentrando all'etica medica del passato e alla bioetica del presente, deve, dice Spinsanti (p.124), contemplare “l'appropriatezza sociale degli interventi sanitari, in una prospettiva di uso ottimale di risorse limitate, di solidarietà con i più fragili, di equità”.

Rispondiamo alla domanda essenziale, a quella che Spinsanti ci rivolge e si rivolge dalla copertina del suo libro: “Chi ha potere sul mio corpo?”. Possiamo dare risposte diverse. Una signora di mezza età, della buona società o del bel mondo, potrebbe rispondere che ad avere potere sul suo corpo è l'estetista, il massaggiatore, il chirurgo plastico. Un signore di terza età potrebbe rispondere che ad avere potere sul suo corpo sono le pratiche salutistiche che gli consentono di essere “più sano e più bello” a ogni età della vita e di continuare ad appartenere al riservato circolo dei “nuovi dèi” reclamizzato da questo o quel centro, da questo o quel rotocalco, da questo o quel programma mass-mediale.

Spinsanti, da teologo e psicologo quale egli è, da interprete sensibile dei problemi tecnici e umano-sociali

della medicina e della sanità di oggi, ha in cuor suo un altro tipo di risposta, che non è esplicitamente scritta nelle sue pagine e che tuttavia vi si legge. Colui che ha veramente potere sul mio corpo, il mio vero *curante*, è colui che ha cura anche della mia anima.

Il recensore di questo libro è un medico laico, però convinto che la dote professionale primaria del buon curante è la *religio medici*, una “religiosità” fatta di attitudini e di comportamenti adeguati a trasformare “l'aver potere” nell' “aver cura”, una religiosità che, dove esiste ed è vissuta, non lascia spazio a guerre di religione, a contrapposizioni e a risse, talora o spesso presenti nel mondo della salute, tra gli addetti alla salute, tra i politici della salute.

In perfetto accordo con Sandro Spinsanti possiamo concludere: chi ha potere sul mio corpo è colui che ha cura della mia persona.

Giorgio Cosmacini

Cronache amministrative

a cura:

- del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - affari generali e legale

- lavori di riorganizzazione distributiva ed adeguamento tecnologico del padiglione guardia/accettazione/pronto soccorso: primo e secondo incarico di assistenza archeologica agli scavi da effettuarsi nel cortile interno al pronto soccorso;
- appalto dei lavori di ristrutturazione del padiglione Zonda dell'Ospedale: aggiudicazione;
- licitazione privata per la sistemazione della banca del sangue placentare nel seminterrato del padiglione Marangoni con la realizzazione di un impianto di criopreservazione e conservazione a lungo termine di sostanze biologiche utilizzabili a fini terapeutici e di ricerca: linea aggiuntiva di azoto liquido;
- servizio di medico competente: affidamento di incarico professionale;
- DPR. 28/7/1999, n. 318: "regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali, a norma dell'articolo 15, comma 2, della legge 31/12/1996, n. 675": nomina di amministratore di sistema e determinazioni.

b - segreteria generale

- adeguamento all'anno 2000: approvazione del piano di continuità e di emergenza;
- presa d'atto della concessione da parte della Regione Lombardia di un contributo di lire 23 milioni per il Museo; stanziamento di lire 13.753.600 quale quota a carico dell'Ente;
- corsi di formazione per il personale incaricato di svolgere, nei luoghi di lavoro, mansioni di addetto alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze.

c - servizio personale

- affidamento degli incarichi dirigenziali per l'area della dirigenza sanitaria;
- regolamento delle relazioni sindacali.

d - servizio provveditorato

- farmaci innovativi classificati in fascia H per l'anno 2000 e farmaci "non registrati" da acquistare mediante importazione per l'anno 2000;
- fornitura di "specialità medicinali o farmaci a denominazione comune già classificati come farmaci pre-confezionati prodotti industrialmente diversi dalle specialità medicinali" e "prodotti dietetici" di modico importo per l'anno 2000;
- fornitura triennale di regolatori di flusso; sacche e dispositivi medici per dialisi peritoneale automatica con macchina (APD);
- aggiudicazione fornitura in "service" di un sistema diagnostico per elettroforesi, comprendente l'uso delle apparecchiature unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso - lotto 1 e 2 - per dodici mesi;
- fornitura semestrale di aghi per biopsia;
- fornitura di sistemi diagnostici per il laboratorio centrale di analisi per l'anno 2000: ormoni, virologia/torch, anti HCV e relativi test di conferma, marcatori tumorali, proteine specifiche, virologia-epatite, batteriologia-emocultura, batteriologia-identificazione-antibiogramma;
- appalto servizio di raccolta, trasporto, conferimento agli impianti convenzionati ed autorizzati e incenerimento rifiuti ospedalieri speciali pericolosi a rischio infettivo (ROT), ospedalieri speciali pericolosi a rischio chimico, ospedalieri non pericolosi solidi e liquidi da attività sanitaria e rifiuti vetrosi per tre anni: aggiudicazione;

- acquisto di: materiale ortopedico, sonde per epistassi e sets per duodenografia; sei elettrocardiografi interpretativi per il pronto soccorso generale - padiglione guardia; cappe per il servizio di raccolta, controllo e riordino dei “pezzi anatomici”, due cappe per eliminazione vapori tossici di formaldeide e una cappa a flusso laminare da installare al padiglione Monteggia;
- indizione di trattativa privata per la fornitura biennale di deflussori per pompe per nutrizione parenterale e relative pompe;
- indizione di trattativa privata per la fornitura biennale di sacche per drenaggio urinario e rinnovo fornitura di materiali diversi per nebulizzazione e umidificazione;
- acquisto di: reagenti e radionuclidi necessari ai diversi reparti e laboratori diagnostici per l’anno 2000; otto monitor da trasporto per diverse camere operatorie; quattro monitor da trasporto e sorveglianza per il pronto soccorso generale padiglione guardia; materiale per il Centro trapianto di fegato; dispositivi individuali di protezione respiratoria (DIPR); coperte per riscaldamento paziente e relative apparecchiature in uso gratuito;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiali diversi per i diversi servizi di endoscopia;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di reti, nei diversi tipi e formati per la ricostruzione della parete addominale o riparazione ernia inguinale, per tre anni;
- indizione di licitazione privata per la fornitura triennale di fili di sutura: approvazione della documentazione di rito e autorizzazione all’acquisto del fabbisogno necessario fino all’aggiudicazione della fornitura;
- indizione di trattativa privata per la fornitura in “service” di un sistema diagnostico per coagulazione, comprendente le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni;
- fornitura triennale di: aghi cannula, aghi spinali, tappi e manometri per pressione venosa centrale;
- acquisto di: soluzioni sterili; tappeti decontaminanti ad azione battericida; presidi sanitari diversi; introductor percutanei da via succlavia; tubi tracheali a “T” originali Hood lab; materassi antidecubito ad aria; generi diversi di materasseria e stoviglie monouso per l’anno 2000;
- acquisto di stampati ad uso sanitario;
- richiesta di autorizzazione all’esperimento di trattativa privata per la fornitura di arredi per gli ambulatori del padiglione Lamarmora: rettifica;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di impianti cocleari;
- acquisto di quattro Riuniti per l’otorinolaringoiatria e tre

cabine audiometriche per il poliambulatorio del padiglione Lamarmora;

- fornitura triennale di materiale per endoprotesi d’anca per il servizio di traumatologia d’urgenza;
- trattativa privata per il noleggio di materassi antidecubito per dodici mesi: aggiudicazione;
- servizio di raccolta, trasporto, conferimento agli impianti convenzionati ed autorizzati ed incenerimento rifiuti ospedalieri extra licitazione;
- rinnovo servizio di prelievo, trasporto e smaltimento rifiuti radioattivi per due anni;
- servizio di vigilanza ispettiva per il periodo invernale 10/01/2000 - 30/04/2000;
- rinnovo degli abbonamenti a pubblicazioni per la Biblioteca scientifica per l’anno 2000.

f - servizio spedalità

- convenzione per la partecipazione al programma di screening dei tumori della mammella, promosso dalla ASL Città di Milano.

g - servizio ragioneria

- Bilancio preventivo economico esercizio 2000.

h - servizio informatica

- aggiudicazione a trattativa privata per la realizzazione della rete fonia dati del poliambulatorio Lamarmora (lire 88.779.360 Iva inclusa);
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura di apparati di rete per il poliambulatorio Lamarmora (lire 60.292.200 Iva inclusa);
- indizione di trattativa privata per l’acquisto del modulo software “Triage” per il sistema di pronto soccorso;
- affidamento del servizio gestione automatizzata delle procedure per l’amministrazione economica e previdenziale del personale (lire 144.000.000 Iva inclusa);
- assistenza tecnica e manutenzione per l’anno 2000 del sistema informatico di contabilità (lire 160.200.000 Iva inclusa);
- assistenza tecnica e manutenzione per l’anno 2000 del sistema informatico di accettazione ricoveri e registrazione ambulatoriale (CUP) (lire 82.200.000 Iva inclusa).

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 5503.8311/5503.8376

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