



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 2 - 2002

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIII - n. 2 - 2002

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Fondazione Francesco Sforza <i>Giorgio Rumi</i>	2
La Carta dei principi fondamentali e delle responsabilità professionali dei medici	<i>Giancarlo Dal Sasso</i> 4
Salute e bioetica - I	<i>Giorgio Cosmacini</i> 8
Un ponte verso il futuro dell'Ospedale Maggiore. Sistemi informativi integrati e processo di cura del paziente	<i>Walter Bergamaschi</i> 11
Genitori di bambini affetti da disturbo generalizzato dello sviluppo: problematiche psicologiche	<i>Luisella Canepa</i> 19
Riabilitazione neuromotoria ritmica: un nuovo metodo rieducativo per il malato di Parkinson	<i>Livio Bressan</i> 21
Asterisco	25
Un architetto grande ma scomodo? Preferito dal duca, invisibile ai colleghi locali	<i>Ernesto Brivio</i> 26
Il sogno come luogo dell'arte	<i>Francesco Fiorista</i> 30
“L'Ufficio il più grande e il più interessante”: l'Archivio dell'Ospedale Maggiore di Milano	<i>Paolo M. Galimberti</i> 38
Due mostre sulla Lombardia tra Cinquecento e Settecento Ammirate opere di proprietà dell'Ospedale Maggiore	<i>Daniele Cassinelli</i> 42
Recensioni	<i>Antonio Randazzo, Giorgio Cosmacini</i> 44
Notizie	<i>Luisa Berardinelli</i> 46
Cronache amministrative	48

La copertina

La secentesca sala riunioni dell'Amministrazione dell'Ospedale, oggi sede dell'Archivio Storico: sono previsti i restauri del grande affresco.

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA, Ufficio Stampa dell'Ospedale Maggiore. Direzione, redazione, amministrazione: via F. Sforza 28, 20122 Milano, telefoni 02-5503.8311 e 02-5503.8376 - fax 02-5503.8264

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

ai lettori

Un antico grande Ospedale alla soglia di radicali cambiamenti, le perplessità, gli interrogativi. Partecipare, fare chiarezza: in apertura del fascicolo lo storico Giorgio Rumi.

“...La professione medica si trova oggi ad affrontare l’esplosione tecnologica, complicati cambiamenti delle forze legali e di mercato, problemi legati all’erogazione dei servizi sanitari...”. La recente pubblicazione della Carta dei principi fondamentali e delle responsabilità professionali dei medici offre a Giancarlo Dal Sasso l’opportunità di un’analisi, di un intervento come sempre scrupolosamente documentati.

Giorgio Cosmacini su Salute e bioetica: l’importanza della chiara informazione per chi “si avvia a completare il proprio ciclo di studi accedendo al lavoro o all’Università”.

Vent’anni di informatica all’Ospedale Maggiore. Sistemi informatici di supporto all’attività assistenziale, fattore abilitante per il miglioramento dell’organizzazione e nel processo di umanizzazione...: sono alcuni dei punti essenziali che inducono a fermarci, interessati, sulle pagine a firma di Walter Bergamaschi.

Un problema che interessa giovani e non giovani coppie che si rivolgono alla rivista: bambini affetti da disturbo generalizzato dello sviluppo. Profonda, attenta, esaustiva la dottoressa Luisella Canepa nella sua trattazione sull’argomento.

Ancora un esperimento con lusinghieri risultati (dopo quelli sull’Alzheimer, sui malati terminali ed altri, seguiti con interesse dai nostri lettori) la “riabilitazione neuromotoria ritmica per i malati di Parkinson”: autore dell’articolo e animatore di queste esperienze il dottor Livio Bressan dell’Ospedale Bassini con un qualificato gruppo di lavoro.

La “nostra” cultura, i nostri riferimenti d’oggi e di ieri.

Ernesto Brivio ci dona una bella pagina su un personaggio grande, famoso, peraltro non conosciuto come meriterebbe, molto legato alle origini e alla bellezza funzionale dell’antica Ca’ Granda: il Filarete.

Il sogno come luogo dell’arte, il sogno come mistero insondabile, attrazione verso l’ignoto e una “unica esperienza che ci sottrae alla tirannia penosa e incomprensibile del tempo e dello spazio”: così Francesco Fiorista, che ci porta all’irresistibile scoperta dell’ “infinito mondo onirico”.

Il prestigioso Archivio Storico dell’Ospedale Maggiore (richiamato anche nella copertina di questo numero) dalle origini alla complessa struttura d’oggi, fonte inestimabile per studenti, studiosi e ricercatori, nelle pagine firmate dall’archivista Paolo M. Galimberti.

Daniele Cassinelli scrive di due mostre importanti sul Cinquecento e Settecento lombardo che ospitano opere di proprietà dell’Ospedale Maggiore.

Le attese recensioni librerie, le cronache amministrative e notizie di carattere scientifico chiudono il fascicolo.

“Franciscus Sfortia dux IIII Mediolanensis (...) hoc munus Christi pauperibus dedit fundavitque”. Con queste parole, nel “Trattato di architettura” (1461-64), il Filarete dà notizia della fondazione, avvenuta il 12 aprile 1456, dell’Ospedale Maggiore di Milano da parte di Francesco Sforza⁽¹⁾.

“La trasformazione del Policlinico in Fondazione attiva almeno due meccanismi positivi: il primo è che la Regione e lo Stato entrano in modo paritario nel Consiglio di amministrazione e quindi si pone fine a un IRCCS vissuto dall’amministrazione locale come un corpo estraneo al tessuto sanitario regionale. Il secondo punto è che la Fondazione acquista nuove possibilità finanziarie”⁽²⁾.

Cinque secoli e mezzo di storia della fondazione del nostro grande Ospedale hanno ispirato a Giorgio Rumi, professore ordinario di storia contemporanea nell’Università di Milano e amico della Ca’ Granda, le pagine che seguono. Lo ringraziamo per aver prontamente corrisposto al nostro invito.

Fondazione Francesco Sforza

GIORGIO RUMI

“Non un nuovo ospedale, ma un ospedale nuovo”, ha scritto Guido Coggi che presiede la facoltà di medicina della Statale. Non è un gioco di parole ma un’indicazione precisa per la nuova realtà che nasce: la Fondazione Francesco Sforza in cui confluiscono il Policlinico e gli Istituti clinici di perfezionamento.

Nella loro lunga storia, gli enti caritativi ed assistenziali milanesi hanno conosciuto ripetute esperienze di concentrazione e di separatezze, di fioriture e di decadenze. Oggi nasce un soggetto nuovo, ed è un peccato che la sua nascita non abbia sfondato il muro dell’indifferenza. L’ha accompagnata un dibattito piuttosto povero e ritmato dalle tematiche consuete della politica politicante attuale: la disputa sui massimi sistemi tra “pubblico” e “privato”, tra “efficientismo” e “servizio all’uomo” che, almeno nei termini in cui quotidianamente ci viene proposta, non scalda certo i cuori e non arricchisce il senso di appartenenza dei cittadini e la loro responsabile partecipazione alla vita comunitaria.

E invece l’ospedale nuovo che le istituzioni intervenute sul sistema milanese per la tutela della salute hanno avuto in mente richiede ben altre prospettive. C’è l’iniziativa “dal basso” della cittadinanza che ha caratterizzato

1. Giorgio Cosmacini, *La Ca’ Granda dei milanesi. Storia dell’Ospedale Maggiore*, Laterza, Roma-Bari 1999, p. 50.

2. *La Fondazione rilancia il Policlinico*, intervista al Ministro della salute Girolamo Sirchia, “Il Policlinico di Milano”, 31 marzo 2002, p. 1.

secoli fa origine e sviluppo dell'Ospedale Maggiore, non mai né del principe né dell'arcivescovo, ma della società civile milanese che l'ha voluto, finanziato ed animato con lasciti, volontariato e personale sanitario di ogni livello. Il passato non è davvero un museo polveroso ma la memoria di una lunga esperienza creativa che merita di essere ricordata e rispettata. Con un'opera di discernimento intellettuale dobbiamo anche distinguere nella lezione del passato tra ciò che è caduco e ciò che può essere utilmente riproposto.

Il legame tra l'istituzione e la generalità dei cittadini, che non sono solamente possibili utenti, ma protagonisti dell'impresa per la salute, sale allora in primo piano. In effetti, la Fondazione Francesco Sforza testé nata è un'azienda del tutto atipica che deve avere i conti in regola, proprio come sapevano fare i nostri vecchi, ma eroga un servizio alla persona qualitativamente diverso e in una certa misura superiore. Richiede mezzi finanziari, competenza scientifica e tecnica, cure amorose, se concordiamo sul fatto che l'uomo, in questo caso il malato, non è un bene fungibile, ma una realtà unica ed irripetibile. Tutta la macchina sanitaria va ripensata, finalizzata e ricostruita proprio in funzione di quel bene particolarissimo che richiede uno sforzo innovativo ed economico supplementare.

L'ospedale nuovo deve saper coniugare un massimo di efficienza (tecnica e finanziaria) con un massimo di servizio al malato, e non può permettersi squilibri tra l'una e l'altra esigenza. Ecco perché tante attenzioni devono essere rivolte al personale che non è forza lavoro senza volto da allargare o restringere secondo necessità.

Il personale è il vero tesoro dell'istituzione, l'altro pilastro - con la corresponsabilità dei cittadini - di un edificio indispensabile all'intera comunità, e siamo sicuri che la Fondazione non sarà per medici, ausiliari ed amministrativi, un padrone delle ferriere fuori secolo.

A Milano, infine, è storicamente nato prima l'Ospedale e poi è venuta l'Università, che anzi è germogliata attorno alle cattedre, agli istituti e ai letti dei malati: ecco perché la Fondazione è naturalmente anche istituto di ricerca - ben al di là delle classificazioni burocratiche. Ciò è garanzia di un costante rapporto con l'Università, dell'avanzamento degli studi e della formazione del personale sanitario di ogni livello. Le premesse storiche e culturali ci sono tutte, ma tocca solo a noi collocarci almeno all'altezza dei traguardi raggiunti nel passato.

La Carta dei principi fondamentali e delle responsabilità professionali dei medici

GIANCARLO DAL SASSO

Premessa

Questa rivista ha affrontato nel numero 4 del 2000 il tema sempre attuale della deontologia professionale presentando il nuovo codice di deontologia medica, che è stato illustrato nei suoi contenuti normativi e nei suoi rapporti con la Costituzione italiana e con l'etica.

Riprendiamo in questo numero della rivista l'argomento della responsabilità della professione medica, alla luce della recente, importante pubblicazione della "Carta dei principi fondamentali e delle responsabilità professionali dei medici".

Tale "Carta", definita "inconsueta" dalla rivista scientifica "The Lancet", che ne ha reso noto il testo, pubblicato anche dalla rivista "la Professione" n. 3/4, marzo/aprile 2002 della Federazione nazionale Ordini medici chirurghi e odontoiatri, nonché dal Bollettino n.3 marzo 2002 dell'Ordine provinciale dei Medici di Milano, ha lo scopo di indicare dei principi fondamentali, dai quali far scaturire poi delle responsabilità professionali peculiari del medico.

Il testo, che andremo ad esaminare, è il risultato dell'intesa tra la European Federation of Internal Medicine, l'American College of Physicians, l'American Society of Internal Medicine e l'American Board of Internal Medicine, cioè il progetto della Fondazione AIBIM, della Fondazione ACP – ASIM e della Federazione Europea di Medicina interna, che contiene l'impegno volto ad assicurare che i sistemi sanitari e i professionisti continuino ad operare sia per il benessere del paziente che in conformità ai principi fondamentali della giustizia sociale. Cosa ha determinato questa scelta "politica" delle società scientifiche internazionali?

La motivazione indicata da "The Lancet" nel presentare l'iniziativa è quanto mai puntuale. "Non vi è dubbio che l'ideologia d'impresa si era infiltrata nel sistema sanitario in un momento in cui i costi

erano saliti alle stelle, e i governi stavano riesaminando il proprio impegno verso lo Stato sociale. Mentre i professori venivano sostituiti da direttori generali e il gergo fumoso delle risorse umane nascondeva il vuoto concettuale, la mediocrità diventava il criterio di gestione del servizio sanitario.

Erano cambiate le priorità. La qualità veniva minata dalla quantità, l'efficacia cedeva il posto all'efficienza e le nozioni di professionalità venivano sostituite dagli statuti aziendali.

Ma la medicina si regge sui principi dell'ethos, non del bilancio, e i medici oggi stanno riaffermando i valori che i politici, manager, contabili e avvocati hanno accantonato o manipolato secondo i loro interessi di parte".

Abbiamo voluto riportare la motivazione della Carta, così come è stata ripresa dal dr. Giuseppe Del Barone, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, perché essa ci sembra offra spunti così interessanti che si può ben qualificare "quale giuramento di Ippocrate dei tempi moderni", come l'ha definito il dr. Roberto Anzalone, Presidente dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Milano.

La Carta si basa su un "preambolo", su tre "principi fondamentali" e su dieci cosiddette "responsabilità professionali", che compendiamo in sostanza valori fondamentali, tradizionali della cultura medica occidentale.

Presentiamo, dunque, la Carta nei suoi tre passaggi principali: il preambolo; i principi fondamentali; le responsabilità professionali, per poi trarne alcune osservazioni conclusive.

"Preambolo"

La professionalità è la base del contratto tra medicina e società. Esso impegna il medico ad anteporre ai suoi gli interessi dei pazienti, a fissare e mantenere standard di competenza e integrità e a

offrire alla società consulenza esperta su questioni di salute.

I principi e le responsabilità della professionalità medica devono essere ben chiari sia alla professione sia alla società. Essenziale al contratto è la fiducia del pubblico nei medici, la quale dipende dall'integrità dei singoli individui e dall'intera categoria.

Oggi la professione medica si trova ad affrontare l'esplosione tecnologica, i cambiamenti delle forze di mercato, i problemi legati all'erogazione dei servizi sanitari, il bioterrorismo e la globalizzazione. Di conseguenza i medici trovano sempre più difficile tener fede alle proprie responsabilità verso i pazienti e la società. In queste circostanze diventa sempre più importante riaffermare i principi e i valori fondamentali e universali della professionalità, ideali che ogni medico deve perseguire.

Sebbene in tutto il mondo la professione medica sia integrata nelle diverse culture e tradizioni nazionali, i suoi membri condividono il ruolo di guaritori, le cui origini risalgono ad Ippocrate. Senza dubbio la professione medica si trova ad affrontare complicate forze politiche, legali e di mercato. Inoltre, date le diverse forme di pratica medica e di erogazione dei servizi, i principi generali possono venire espressi in modi più o meno complessi. Ciononostante emergono tematiche comuni che costituiscono le basi di questa Carta e trovano la loro espressione in tre principi fondamentali e in un insieme di responsabilità professionali.

“Principi fondamentali”

1. Il principio della centralità del benessere dei pazienti

Questo principio si basa sull'impegno ad operare nell'interesse del paziente. L'altruismo alimenta la fiducia che svolge un ruolo chiave nella relazione medico-paziente. Pertanto le forze di mercato, le pressioni sociali e le esigenze amministrative non devono compromettere questo principio.

2. Il principio dell'autonomia dei pazienti

I medici devono rispettare l'autonomia dei pazienti fornendo loro, in completa onestà, le conoscenze necessarie per poter prendere decisioni informate riguardo al trattamento. Le scelte dei pazienti devono essere rispettate, a meno che non siano in disac-

cordo con la pratica etica ed implicino richieste di trattamento inappropriato.

3. Il principio della giustizia sociale

La professione medica è tenuta a promuovere la giustizia all'interno del sistema sanitario, ivi inclusa l'equa distribuzione delle risorse disponibili. I medici dovrebbero impegnarsi attivamente affinché in ambito sanitario venga eliminata qualsiasi forma di discriminazione, sia essa basata su razza, genere, condizione socio-economica, religione, o qualsiasi altra categoria sociale.

“Responsabilità professionali”

1. Impegno alla competenza professionale

I medici devono tenersi costantemente aggiornati in quanto è loro responsabilità mantenere il livello di conoscenza medica e di competenze cliniche ed organizzative necessario per offrire un'assistenza di qualità. Più in generale, l'intera professione deve cercare di verificare che tutti i suoi membri siano competenti e che i medici abbiano a disposizione i meccanismi appropriati per raggiungere questo obiettivo.

2. Impegno all'onestà verso i pazienti

I medici devono fare in modo che i pazienti ricevano onestamente tutte le informazioni necessarie, prima di dare il proprio consenso e una volta terminato il trattamento. Ciò non significa che i pazienti debbano essere coinvolti in ogni minima decisione tecnica, ma che debbano avere le conoscenze per poter decidere del corso della terapia.

Inoltre i medici dovrebbero riconoscere che, nel processo di cura, a volte si possono commettere errori che nuociono ai pazienti. In questi casi è necessario informare immediatamente gli interessati, altrimenti verrebbe compromessa la fiducia dei pazienti e della società. Rendere noti gli errori medici ed analizzarne le cause è utile per sviluppare appropriate strategie di prevenzione, migliorare le procedure e, allo stesso tempo, risarcire adeguatamente le parti lese.

3. Impegno alla riservatezza riguardo al paziente

Per guadagnarsi la fiducia e la confidenza dei pazienti è necessario tutelare adeguatamente la riservatezza delle informazioni da loro fornite. Ciò vale anche per le conversazioni che hanno luogo con le persone che agiscono a nome del paziente,

nei casi in cui non sia possibile ottenere il suo consenso.

Tener fede all'impegno alla riservatezza è oggi più pressante che mai, dati l'impiego diffuso di sistemi informatizzati per compilare i dati dei pazienti e la crescente accessibilità all'informazione genetica. Tuttavia i medici riconoscono che, in certe occasioni, il loro impegno alla riservatezza debba cedere il passo a considerazioni più importanti d'interesse pubblico, ad esempio, quando i pazienti mettano in pericolo altre persone.

4. Impegno a mantenere un rapporto corretto con i pazienti

Date la vulnerabilità e la dipendenza intrinseche alla condizione di paziente occorre evitare certi tipi di relazione. In particolar modo i medici non dovrebbero mai sfruttare i pazienti per scopi sessuali, per profitto economico personale, o per qualsiasi altro scopo privato.

5. Impegno a migliorare la qualità delle cure

I medici devono adoperarsi affinché la qualità delle cure migliori costantemente. Questo impegno non implica soltanto assicurare competenza clinica ma anche collaborazione con altri professionisti per ridurre l'errore medico, aumentare la sicurezza dei pazienti, minimizzare l'utilizzo eccessivo delle risorse sanitarie e ottimizzare gli esiti della cura.

I medici devono partecipare attivamente allo sviluppo di strumenti per una migliore misurazione della qualità delle cure e all'applicazione ordinaria di tali misure per valutare la prestazione dei singoli individui, delle istituzioni e delle strutture sanitarie. I medici, a titolo personale e attraverso le relative associazioni professionali, devono assumersi la responsabilità di partecipare alla creazione e all'implementazione di meccanismi atti a promuovere e migliorare la qualità delle cure.

6. Impegno a migliorare l'accesso alle cure

Per la professionalità medica l'obiettivo dei sistemi sanitari è fornire standard di cura adeguati ed uniformi. A livello individuale e collettivo i medici devono impegnarsi a favore di un'equa assistenza e, all'interno del proprio sistema sanitario, adoperarsi per eliminare le barriere che ne limitano l'accesso in base all'istruzione, leggi, risorse finanziarie, area geografica e discriminazione sociale.

Per perseguire equità e giustizia ogni medico deve promuovere la salute pubblica e la medicina preventiva, così come il bene della comunità, senza curarsi dei propri interessi personali o di quelli della professione.

7. Impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate

I medici sono chiamati a soddisfare le necessità dei singoli pazienti e, allo stesso tempo, a fornire cure mediche in base ad una gestione oculata delle limitate risorse cliniche. A questo proposito dovrebbero impegnarsi a collaborare con altri medici, ospedali e finanziatori per sviluppare criteri di cura "costo-efficacia". La responsabilità professionale del medico verso un'appropriata allocazione delle risorse consiste nell'evitare scrupolosamente test e procedure superflue, poiché la fornitura di servizi non necessari non solo espone i propri pazienti a danni e spese evitabili, ma riduce anche le risorse a disposizione degli altri.

8. Impegno alla conoscenza scientifica

Buona parte del contratto tra medicina e società si basa sull'integrità e sull'utilizzo appropriato delle conoscenze scientifiche e della tecnologia. I medici hanno il dovere di sostenere i principi della scienza, promuovere la ricerca, creare nuove conoscenze ed assicurare un utilizzo appropriato. La professione è responsabile dell'integrità di queste conoscenze basate su prove scientifiche e sull'esperienza del medico.

9. Impegno a conservare la fiducia, affrontando i conflitti d'interesse

I medici professionisti e le organizzazioni di cui fanno parte hanno molte occasioni nelle quali compromettere le loro responsabilità professionali, perseguendo guadagni privati o vantaggi personali. Questo accade soprattutto quando il medico o l'organizzazione stabiliscono rapporti di lavoro con aziende, quali i produttori di apparecchiature mediche, le compagnie di assicurazione e le ditte farmaceutiche.

I medici hanno l'obbligo di riconoscere, rendere pubblici e affrontare i conflitti d'interesse che si presentano nello svolgimento dei loro compiti ed attività professionali. Dovrebbero essere resi noti i rapporti tra l'industria e gli *opinion leader*, specialmente quando questi ultimi determinano i criteri per

la conduzione e l'interpretazione dei trial clinici, per la stesura di editoriali o linee guida terapeutiche, o ricoprono il ruolo di direttori di riviste scientifiche.

10. Impegno nei confronti delle responsabilità professionali

Come membri di una professione ci si aspetta che i medici collaborino per massimizzare la cura dei pazienti, si rispettino reciprocamente e partecipino al processo di autoregolazione che implica, tra l'altro, trovare rimedi e adottare azioni disciplinari nei confronti di quei membri che non abbiano aderito agli standard professionali. La professione dovrebbe stilare le procedure da seguire per stabilire questi standard e diffonderli nella comunità medica di oggi e di domani.

I medici, in quanto individui e membri di una collettività, hanno il dovere di partecipare attivamente a questo processo, rendendosi disponibili alla valutazione interna e accettando la supervisione esterna dei vari aspetti della loro prestazione professionale.

Considerazioni conclusive

L'estremo interesse e l'attualità della Carta ci hanno suggerito di riportare integralmente i contenuti della stessa, che nel suo ampio respiro internazionale completa il Codice italiano di deontologia medica. Nel suo impianto si saldano insieme sia i doveri deontologici del medico come professionista, sia i doveri sociali come cittadino.

L'etica con i suoi principi morali, la deontologia con i suoi doveri etico-giuridici e la giustizia con i suoi doveri sociali diventano quindi il terreno sul quale si esercita e si misura la professione medica. In questo preciso quadro normativo emergono anche le conseguenti responsabilità professionali del medico e di ogni operatore sanitario sotto i profili etico, deontologico, sociale e giuridico.

È stato giustamente evidenziato che sta emergendo una nuova "etica del fare", fondata sul "trinomio medicina, etica, equità" (Spinsanti).

L'etica rimanda certamente allo "spirito" con cui la professione sanitaria va esercitata: con competenza, diligenza, altruismo, abnegazione, mettendo gli interessi legittimi di chi riceve i servizi prima degli interessi dei professionisti.

Lo spirito del fare pur sempre indispensabile, da solo non basta. Si pone il problema di "che cosa fare". Da qui l'esigenza innanzi tutto di "dare le cose efficaci", escludendo i trattamenti dannosi o inutili; in secondo luogo occorre "dare nel modo giusto", con coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni che lo riguardano, rispettando i valori soggettivi del cittadino-paziente; infine, si pone la necessità, di fronte all'inevitabile restrizione delle risorse umane e finanziarie, di "dare a tutti quelli che ne hanno diritto e bisogno", contrastando le sperequazioni e le iniquità nell'accesso ai servizi sanitari.

Mi pare si possa ancora rilevare che l'elaborazione delle regole etico-giuridiche contenute nei "codici di deontologia" e nelle "carte" sia sempre più puntuale sul piano definitorio, tenendo conto del pluralismo culturale e dello sviluppo tecnico-sanitario.

Tuttavia, la deontologia, perché non resti chiusa nei codici e riservata alla sensibilità dei singoli professionisti, deve diventare disciplina obbligatoria che faccia parte integrante dei piani di studi universitari delle professioni sanitarie (Olivetti).

Per facilitare la riflessione personale del professionista sanitario sulle problematiche deontologiche non basta certo offrirgli una elencazione di regole, norme e doveri comportamentali, ma è necessario accompagnare la sua permanente formazione deontologica con aggiornamenti sulla innovativa casistica professionale, in una ricerca e in un approfondimento continui.

Registriamo con vivo interesse che alcune facoltà universitarie di medicina e chirurgia hanno già istituito cattedre di deontologia e che molti Ordini professionali hanno promosso convegni e giornate di studio sulla pratica del codice deontologico.

In questo complesso processo di formazione e di informazione "non si tratta soltanto di insegnare agli studenti e di aggiornare i medici sugli articoli del Codice, ma si tratta piuttosto di abituare i medici a valutare sempre i valori in gioco in ogni decisione clinica, a discernere le scelte tecniche dai principi etici e dal sistema dei valori del malato, a tener conto delle conseguenze anche economiche delle decisioni cliniche" (Del Barone).

Salute e bioetica - I

È oggi vivamente sentita, nel mondo della scuola secondaria, l'esigenza di fornire agli studenti un insieme coerente di informazioni relative al tema della salute, individuale e collettiva, e ai problemi di rilevanza etica, attinenti alla salute durante l'intero arco della vita.

È così nata l'iniziativa di "Einaudi Scuola" di pubblicare il manuale "Salute e bioetica" a uso di quanti stanno completando il ciclo formativo dei loro studi, prima di accedere al mondo del lavoro o all'università.

Il libro è scritto da Giorgio Cosmacini (parte prima: "Le idee di salute") e da Roberto Mordacci (parte seconda: "Le ragioni della bioetica"). Da esso sono tratte le pagine che seguono, appartenenti alla prima parte dell'opera.

GIORGIO COSMACINI

Tra passato e futuro: flagelli, paure e attese di salute

Il maggior problema dell'odierna "società del benessere" è quello di coniugare un buon rapporto con la natura cui apparteniamo con un buon rapporto con il lavoro al quale dobbiamo gran parte del nostro benessere: se l'equilibrio tra questi due rapporti viene meno, la società va in crisi e vede vanificarsi i benefici raggiunti.

A questo proposito la retrospettiva storica si rivela assai istruttiva. L'uomo medievale pregava Dio con un'invocazione propiziatoria contro il triplice flagello: *a fame, peste et bello libera nos, Domine*. Nel passato la *fame* costituiva il fattore patogeno delle "malattie da carenza" e, in generale, di una denutrizione che predisponeva ad altri mali; essa segnava anche il discrimine tra povertà e non-povertà. Attualmente la riduzione degli stimoli della fame è diventato un importante fattore terapeutico delle "malattie di opulenza", cioè dei casi di una ipernutrizione predisponente a mali ulteriori: oggi, nel mondo occidentale, si è disuguali non più per fame, ma per una malnutrizione povera di regole e ricca di "consumi di lusso". "Molti sono indotti a nutrirsi troppo e male, per una molteplicità di cause sociali (la rivincita sulla fame secolare della propria classe), di fattori culturali (l'ignoranza delle leggi metaboliche e delle norme dietetiche), di motivi psicologici, di pressione pubblicitaria" ⁽¹⁾.

Molte delle cause appena citate vanno corrette socialmente, ma esiste anche la possibilità di modificare il proprio comportamento attraverso l'educazione e la volontà, che afferiscono alla sfera dell'etica tanto quanto la correzione sociale di quelle cause afferisce alla sfera dell'*etica della pólis*, cioè alla politica. L'antico impegno ippocratico, nella

città greca, rivolto "all'aria, alle acque e ai luoghi", è oggi l'impegno nella difesa dell'ambiente, rivolto verso l'inquinamento dell'aria e il dissesto idrogeologico. Si aggiungano i problemi dovuti agli alimenti nocivi, ai pesticidi, ai rifiuti, ai rumori, alle alte frequenze, ai modi e mezzi di produzione dell'energia. Al giorno d'oggi, le città sono fulcri di energia, le campagne aeree di lavoro; tuttavia, quelle stesse città, inquinate e caotiche, producono indirettamente tumori, leucemie, ansia, depressione, così come le stesse campagne, dissestate e spopolate, producono indirettamente isolamento e regressione. L'*etica della salute* ha dunque bisogno di realizzarsi anche o anzitutto come politica delle scelte sul come star bene.

Un tempo il nome *peste* etichettava tutte le maggiori e peggiori epidemie: ogni epidemia, se diffusa su larga scala e ad alto tasso di mortalità, veniva indicata con il nome di peste. Tale era la "morte nera" (la peste bubbonica descritta dal Boccaccio nel *Decamerone*), tale la sifilide, detta "peste dei cristiani", tale il colera, detto "peste dell'Ottocento". Peste non fu detta la lebbra perché, pur anticipando in vita la decomposizione della carne tipica della morte, essa non era propriamente mortale. Comunque sia, se la peste era la morte fisica, la lebbra rappresentava la morte civile; la sifilide, dal canto suo, era la malattia vergognosa e peccaminosa per eccellenza, in quanto trasmessa sessualmente, e appariva a un tempo come un male del corpo e dell'anima. Tutte queste malattie, come in genere quelle infettive di cui esse sono prototipi e simboli, appartengono al passato patologico dei Paesi nord-occidentali del globo: gli antibiotici hanno infatti trasformato in "vittorie della medicina" le battaglie sanitarie

ingaggiate contro di esse nel corso dei secoli. Se, d'altra parte, fino a vent'anni fa si pensava che le malattie infettive, in Europa e nell'America del Nord, fossero ormai anacronistiche, nel 1981 l'AIDS ha messo in crisi tale presunzione, dimostrandosi in grado di eludere la capacità predittiva della conoscenza medico-scientifica. L'AIDS è infatti una epidemia del nostro tempo, venuta dall'Africa, ma migrata nelle isole caraibiche (quelle stesse da cui i compagni di Cristoforo Colombo trassero la sifilide) e di là, nelle metropoli nordamericane e, successivamente, in quelle europee, dove la sessualità prostituita, strettamente legata alla tossicodipendenza, ha trasformato quest'ultima in un'ulteriore fonte di contagio, aggiungendo alla via di trasmissione attraverso lo sperma quella attraverso il sangue. L'efficacia della difesa contro l'AIDS, nella perdurante attesa di un farmaco o di un vaccino efficace (che vinca il virus HIV responsabile della malattia), resta affidata a misure di prevenzione comportamentale e/o a regole di comportamento eticamente guidate.

Con la fame e la peste, il terzo flagello incluso nella triplice invocazione medievale era la *guerra*. Oggi, dopo la cessazione della "guerra fredda" tra le due superpotenze mondiali, una guerra su scala planetaria è impensabile, ma i conflitti - fra etnie o fra tribù, nel nome di nazionalismi o di altre ideologie integraliste - non sono affatto scomparsi e continuano a provocare morti, quando non veri e propri genocidi. Un genocidio non bellico, anche se affine per sua natura a quello prodotto dalla bomba atomica sul finire del secondo conflitto mondiale, è stato quello di Cernobyl, con tre milioni di individui colpiti da radiazioni ionizzanti (molti dei quali, a distanza di tempo, sono risultati immunodepressi o affetti da tumori): una ragione in più perché "l'etica della salute" entri nella vita sociale del suo tempo a indicare e prevenire gli ostacoli che impediscono all'uomo un regolare svolgimento e completamento del suo ciclo vitale.

La dialettica del progresso comporta inevitabilmente che gli sviluppi positivi della società, oltre a risolvere problemi, creino a loro volta problemi da risolvere e prospettino scenari futuri fortemente problematici. Il futuro riverbera sul nostro presente grandi aspettative, come s'è visto nel campo delle scienze biomediche, ma anche grandi paure. Accanto alle catastrofi natura-

li, dai terremoti agli eventi ciclonici, le tre categorie di paura invano esorcizzate dalla preghiera della gente medievale sono oggi riproposte dalle vicende della fame nel mondo, dalle nuove epidemie incombenti, dalle guerre civili e dai massacri tribali.

Le *paure*, in passato come oggi, comportano reazioni non soltanto emotive, ma anche operative, che si traducono in interventi razionali dell'uomo: interventi spontanei od organizzati, in risposta a eventi avversi che sovente - come s'è detto - non sono certo del tutto naturali (né quindi interamente impersonali e inintenzionali), bensì implicano anche responsabilità sociali ed esigono pertanto risposte sociali.

Come in passato la ragione umana si è applicata ad addomesticare la natura, così oggi essa si sforza di addomesticare la paura; cerca di farlo come sa e come può, all'interno della nostra cultura, esorcizzando l'incubo dell'imprevisto, dell'inaudito, dell'ignoto e attivando nel contempo i circuiti dello scambio culturale onde rendere la paura "globalmente" condivisibile e quindi più sopportabile e superabile. La società, dal canto suo, si sforza di non esimersi dal fare quanto rientra nelle sue possibilità per eliminare o ridurre le condizioni generatrici di paura di cui essa stessa è responsabile. Essa tende - e la tendenza è questa volta meritoria - a trasformare, dove possibile, le paure in speranze, in *attese di salute*.

In questa aspettativa di salute, che prolunga nell'avvenire la speranza di vita alla nascita (già quasi raddoppiatasi nell'arco del Novecento), rivestono grande importanza gli stili di vita e le abitudini personali, l'habitat e le condizioni di lavoro, i caratteri costituzionali e l'ereditarietà. Ma assai rilevante è anche la fiduciosa convinzione che i futuri progressi della biomedicina e l'ulteriore sviluppo delle misure di prevenzione saranno in grado di fornire non tanto una "assicurazione contro le malattie" quanto una "promozione della salute" che aggiunga "anni alla vita", incrementandola quantitativamente, e che aggiunga "vita agli anni", migliorando qualitativamente la vita stessa.

La salute piena: star bene e longevità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Domandiamoci se tale definizione ammette anche il caso di un soggetto

fisicamente sano, mentalmente a proprio agio e socialmente benestante, il quale però porti un “elettrostimolatore” cardiaco inserito sotto pelle nel torace, per attivare e regolare i battiti rallentati e aritmici del suo cuore: possiamo dire che questo soggetto, portatore permanente di *pace-maker*, è in piena salute, come vorrebbe la definizione dell’OMS? Crediamo di no. C’è anzi da chiedersi quanti siano gli individui al mondo ai quali è possibile applicare quell’etichetta, dal tono vagamente biblico⁽²⁾. Quella dell’OMS appare una definizione di tipo francamente metafisico, se si pensa che il postulato “stato di completo benessere” è perlopiù precluso agli anziani, i quali oggi rappresentano circa la metà della nostra popolazione, ed è fuori della portata di quei portatori di handicap che, pur limitati oggettivamente quanto a salute disponibile, vivono comunque da un punto di vista soggettivo una pienezza di benessere del tutto compatibile con le proprie limitazioni.

Sofferamoci in particolare sulla condizione anziana (intendendosi convenzionalmente per anziani gli individui con più di 65 anni d’età). A partire dagli anni Sessanta del Novecento si è realizzata nella “società del benessere” italiana una *salute da record*, che ha comportato un vero e proprio “boom dell’invecchiamento”. “Nel giro di quarant’anni il numero degli anziani ultrasessantacinquenni è raddoppiato, passando dai 3 milioni del 1950 ai quasi 8 milioni attuali”, ha scritto nel 1992 Pier Paolo Viazzo⁽³⁾. “È quasi raddoppiato il loro peso proporzionale, che è ormai vicino al 15% dell’intera popolazione”. Oggi, agli inizi del Duemila, il numero dei “vecchi” con più di 15 anni è pari o superiore a quello dei “giovani” con meno di 15 anni: si parla, a tale riguardo, di un epocale “sorpasso storico”.

Nell’odierna realtà italiana la speranza di vita alla nascita (ossia, l’aspettativa media degli anni da vivere da parte di un neonato) è superiore ai 75 anni per gli uomini e agli 80 anni per le donne. Questo alto livello, che supera di uno-due anni la già elevata media europea, è associato a una mortalità generale bloccata da tempo su livelli bassi. Tale duplice dato popola di anziani la nostra società, determinando un invecchiamento demografico che ha i caratteri sia “dell’invecchiamento della base”, con

diminuzione numerica delle classi d’età relativamente più giovane⁽⁴⁾ sia “dell’invecchiamento per il vertice”, con aumento numerico delle classi d’età relativamente più avanzata.

Il cambiamento quantitativo, anagrafico è anche una variazione qualitativa, che cioè riguarda la qualità della vita: la figura del vecchio come persona debole, afflitta dagli acciacchi, affetta dalle malattie e bisognosa di cure si è in gran parte modificata. Il periodo di minor vigore fisico e psichico, spesso accompagnato o seguito da malattie croniche talora disabilitanti o invalidanti, tende in molti casi a occupare una porzione inferiore di vita. La tendenza, già delineatasi nell’ultimo Ottocento e nel primo Novecento, e allora legata soprattutto a un insieme di importanti miglie igienico-sanitarie (e, più in generale, al miglioramento delle condizioni di vita), si è poi ulteriormente accentuata, grazie agli avanzamenti farmacoterapici e al progresso tecnologico-medico.

Dagli anni Settanta del Novecento la “rivoluzione del benessere” ha iniziato a esprimersi anche attraverso individui ultrasessantenni, settantenni, ottantenni mantenuti in buona salute da un patrimonio privilegiato, o da una pressione ambientale meno oppressiva e sfavorevole, o da uno stile di vita meno assillante e più sobrio, infine, da qualche rimedio specifico fornito dalla tecnomedicina (dal *pace-maker* cardiaco al *by-pass* aorto-coronarico, dalla protesi sostitutiva al trapianto d’organo e via dicendo): individui anziani capaci di attitudini pressoché integre, realizzabili in attività che possono andare da un tempo libero fruito con soddisfazione sino a un lavoro esercitato in modo gratificante.

Note:

1. È quanto scrive Giovanni Berlinguer in *Salute e disuguaglianza*, “The Practitioner”, novembre 1989, p. 25.
2. Nella Bibbia, infatti, lo stato di completo benessere è visto come pienezza spirituale, tutta interiore, che però si presenta esteriormente sotto forma di salute corporea (benessere fisico), di forza vitale dell’anima (benessere mentale) e, infine, di condizione di pace con tutto il creato (benessere sociale).
3. Nell’introduzione al libro di Peter Laslett, *Una nuova mappa per la vita. L’emergere della terza età*.
4. In conseguenza di un declino dell’indice di natalità fattosi cospicuo negli ultimi tempi.

Un ponte verso il futuro dell'Ospedale Maggiore

Sistemi informativi integrati e processo di cura del paziente

WALTER BERGAMASCHI

Se la storia dell'Ospedale Maggiore di Milano fosse un libro, i sistemi informatici di supporto all'attività assistenziale, sia nei suoi aspetti clinici che in quelli operativi ed amministrativi ne occuperebbero poche righe, tanto recente è stata la loro introduzione. Eppure anche in questo settore il ruolo giocato dal Policlinico è stato rilevante ed in qualche caso di esempio per altre strutture sanitarie. Operando una revisione critica delle attività svolte negli ultimi vent'anni nel settore dei sistemi informativi si scorge infatti un "disegno" comune alle varie "ere" tecnologiche che si sono succedute: considerare l'*Information Technology* come un fattore abilitante per il miglioramento dell'organizzazione e delle modalità di esecuzione dei processi di lavoro e l'umanizzazione dell'Ospedale. La tecnologia quindi, non come fine ma come mezzo per la realizzazione di sistemi informativi, visti, secondo la definizione di Camussone, come l'insieme di elementi, anche molto diversi fra loro, che raccolgono, elaborano, scambiano ed archiviano dati, con lo scopo di produrre e distribuire le informazioni alle persone che ne hanno bisogno, nel momento e nel luogo adatto per svolgere le funzioni decisionali e di controllo.

Vent'anni di informatica all'Ospedale Maggiore di Milano

Una breve rilettura della storia dei sistemi informativi dell'Ospedale permette di meglio definire la traccia di questo disegno: è il 1980 quando a cura di Girolamo Sirchia, con la collaborazione di Pierluigi Crenna e Giovanni Evangelisti, viene pubblicato il libro "Il sistema sangue", che illustra un primo esempio di realizzazione di un sistema informatico nel campo trasfusionale, che, partendo dall'esempio dei sistemi aziendali, segue e supporta tutte le fasi del processo produttivo, dalla donazione di sangue, alla produzione di emocomponenti, alla trasfusione.

Va letta nella stessa linea la decisione dell'amministrazione ospedaliera di assegnare, all'Ufficio "studi ed organizzazione" diretto da Pierluigi Crenna, il compito di dotare l'Ospedale di un sistema informatico, incorporando nella neonata ripartizione informatica il già attivo Centro elaborazione dati, guidato da Rocco Marini, a sottolineare la relazione che deve intercorrere fra struttura organizzativa e supporto informatico.

La prima fase: i sistemi a isole

Le prime attività affrontate, fin dagli anni 60 (si veda tabella a pag 12), riguardarono in particolare gli aspetti amministrativi dell'attività ospedaliera (gestione del personale, della contabilità, del patrimonio immobiliare, dell'accettazione amministrativa dei pazienti); negli anni 80 si costituisce però un primo nucleo di giovani programmatori dedicati alla produzione di software a supporto dell'area clinico-sanitaria e vengono prodotti alcuni software applicativi in area sanitaria, quali la cartella clinica "clinix" o il sistema di gestione dei servizi radiologici (fra l'altro ancora in uso) che non solo avrebbero trovato applicazione in diversi reparti e servizi diagnostici dell'Ospedale Maggiore, ma sarebbero stati adottati da diversi ospedali lombardi ed italiani.

Si tratta per lo più di sistemi cosiddetti "a isole": ogni singola applicazione informatica, infatti, si propone di risolvere le esigenze funzionali di attività svolta da reparti o servizi senza preoccuparsi della necessaria condivisione e dello scambio di informazioni che riguardano il paziente nel suo percorso di cura all'interno dell'Ospedale.

Tale approccio deriva in parte dai limiti delle tecnologie allora disponibili, in parte da un tipo di modello organizzativo dell'Ospedale che privilegia un'organizzazione "compartimentale" del lavoro: permane una netta separazione fra area amministrativa, orientata ad una gestione focalizzata in preva-

1959	Viene installato a Niguarda (l'attuale sede degli uffici in via F. Sforza fu ristrutturata nel 1964) il primo Centro Meccanografico per attività amministrative e messo alle dipendenze della Ragioneria. L'impianto era un Olivetti-Bull a schede.
1971	Installazione, sempre a Niguarda, di un IBM 1130 dedicato al settore sanitario e messo alle dipendenze dell'Ufficio Studi e Organizzazione.
1978	A seguito dello scorporo, l'impianto passa all'Amministrazione del Niguarda e il Centro Elaborazione Dati (CED) viene dotato di un impianto GE 115 (cui sono seguite due radicali ristrutturazioni).
1972	Entra in funzione la procedura di laboratorio per padiglioni dell'Ospedale Niguarda. Ha la caratteristica di riepilogare tutti gli esami fatti dal paziente nell'arco della degenza e di evidenziare con un asterisco i "valori" fuori norma.
1973	Vengono eseguiti circa ventimila elettrocardiogrammi con lettura automatica gestita da un computer, come sperimentazione di uno screening fatto a livello di accettazione.
1971/78	Dal riepilogo di attività del CED per applicazioni sanitarie, ceduto a Niguarda nel 1978, risultano altre attività come: procedura sperimentale lettura automatica coronografie; modelli di cartelle cliniche "normalizzate"; archivio microfilm con procedura gestita da computer; prenotazione posti letto per il ricovero.
1976	Messo in attività un elaboratore Olivetti DE525 dedicato alle procedure: gestione donatori, gestione trapianti.
1988/93	Presentazione dei software prodotti dal Servizio Informatica alla Fiera di Milano (SMAU - Sessione Smart Hospital).

lenza sugli aspetti giuridici, e area sanitaria, concentrata maggiormente sugli aspetti clinici e di efficacia della cura, piuttosto che sugli aspetti organizzativi e legati anche all'efficienza del percorso di cura.

La seconda fase: i sistemi dipartimentali

L'esigenza di superare il modello orientato a soddisfare le esigenze isolate, puntando su una maggiore integrazione, porta alla realizzazione, verso la fine degli anni 80, di una prima rete di trasmissione dati in grado di collegare fra loro, attraverso una dorsale in fibra ottica, tutti i padiglioni dell'Ospedale. Un impianto che pure incompleto e realizzato per certi versi "troppo" in anticipo, ha rappresentato e rappresenta, con le sue più di 600 stazioni di lavoro collegate, il "sistema nervoso" dell'Ospedale.

Proprio la presenza dell'infrastruttura di rete permetterà la realizzazione dei primi sistemi dipartimentali, che si concentrano dapprima nelle aree, quali i laboratori, le radiologie ed il centro trasfusionale, in cui più evidente è il supporto dell'informatica all'attività produttiva.

Bisognerà aspettare il 1995, con l'avvento del sistema di finanziamento degli ospedali attraverso il riconoscimento delle prestazioni effettuate (sistema DRG), per imporre la necessità di accompagnare agli essenziali aspetti di efficacia delle cure, anche quelli di efficienza ed economicità.

La risposta di tutte le strutture ospedaliere al nuovo

sistema di finanziamento è ben illustrata dalla figura 1: dopo una prima fase che si caratterizza con una maggiore accuratezza nella rendicontazione dell'attività svolta, si sente l'esigenza di ripensare, anche alla luce delle nuove tecnologie disponibili, l'organizzazione dell'Ospedale, mettendo al centro il paziente e limitando per quanto possibile i suoi "tempi di attraversamento" della struttura.

La terza fase: l'integrazione tecnologica e integrazione dei processi produttivi

E' questa l'ultima "era" dei sistemi informativi, che corrisponde ad una rinnovata modalità organizzati-

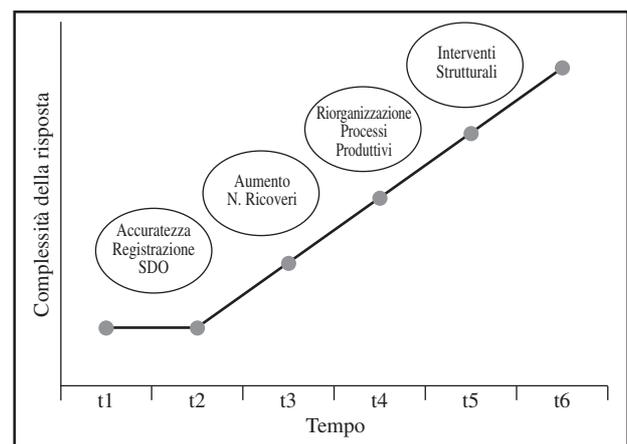


Figura 1. Evoluzione della risposta degli Ospedali al sistema di finanziamento (da: F. Taroni et al: *Funzione di controllo nel finanziamento dell'attività ospedaliera*).

va di affrontare le attività dell'Ospedale: si passa da un insieme di sistemi che mettono al centro le attività svolte dal singolo reparto/servizio e in cui la comunicazione fra diverse unità operative è limitata e avviene attraverso "scambi di dati", ad un modello che prevede un sistema unitario in grado di coprire tutte le esigenze legate ai processi di lavoro e di permettere diversi "punti di vista" degli stessi dati in funzione degli scopi e delle mansioni di chi si "affaccia" al sistema.

Consideriamo, per esempio, il ricovero di un paziente: l'amministrazione e la direzione sanitaria dell'Ospedale vorranno poter garantire precisione e tempestività nelle attività amministrative del ricovero, i medici consultare la storia clinica del paziente e gli esiti degli accertamenti diagnostici, il personale infermieristico di reparto poter conoscere le prescrizioni diagnostiche, il laboratorio o il radiologo conoscere il sospetto diagnostico per poter correttamente impostare l'indagine. Eppure tutti questi diversi attori lavorano su medesimo set di informazioni, legato al paziente ed ai suoi contatti con la struttura (il cosiddetto *patient record*). Primo obiettivo di un intervento di informatizzazione è quindi fare in modo che ogni attore possa tempestivamente disporre delle informazioni di cui ha bisogno, controllare e, se possibile, dare supporto nell'esecuzione delle azioni eseguite e permettere l'inserimento immediato delle informazioni raccolte che potranno guidare le attività successive. Un approccio unitario integrato, quindi, basato sui processi di lavoro, definiti come l'insieme di tutte le attività finalizzate a realizzare un prodotto od un servizio utilizzato generalmente da persone diverse rispetto a quelle che lo hanno generato.

Questa tipologia di approccio applicata, per esempio, al processo di ricovero di un paziente, porta a definire un insieme di "regole" organizzative, che potrebbero essere estese ad un qualunque processo:

- l'organizzazione deve privilegiare i bisogni del paziente e a questi modellarsi per dare la migliore risposta alle sue esigenze;
- per rispondere in modo adeguato ai bisogni espressi dal paziente è preferibile che i diversi attori (l'accettazione amministrativa, il reparto, il

laboratorio ecc.) che partecipano al processo cooperino fra loro al fine di garantire il miglior risultato finale piuttosto che concentrarsi sull'eccellenza di singole attività;

- la tecnologia può essere vista come "leva" per operare l'integrazione fra le diverse Unità operative: l'organizzazione deve in questo caso adattarsi alle potenzialità offerte dalla tecnologia e non viceversa;
- un ridisegno dell'organizzazione così definito può avvenire solo coinvolgendo tutti gli attori che partecipano al processo e va sostenuto dalla direzione dell'Ospedale, che ha il compito di mantenere fissa la rotta e di risolvere gli eventuali conflitti che si potrebbero venire a creare nella gestione del cambiamento.

I casi del pronto soccorso e il laboratorio di analisi

Un primo esempio di questo tipo di approccio, dopo il già citato caso del Centro trasfusionale è stato rappresentato, nel 1996 dal sistema informatico di pronto soccorso, sviluppato dai programmatori del servizio informatica, primo esempio di cooperazione fra aspetti amministrativi, infermieristici e clinici del processo di cura. Il sistema, rinnovato nel 2001 e che fra qualche mese dovrebbe essere integrato con la procedura di "triage" dei pazienti, è nato proprio dall'aver affrontato in modo unitario due diversi obiettivi: quello del personale sanitario di una migliore gestione dei pazienti, in una situazione critica come quella dell'emergenza, e quello dell'amministrazione dell'Ospedale, di una migliore rendicontazione dell'attività svolta, necessaria per il finanziamento delle prestazioni erogate. Due esigenze apparentemente molto diverse che rappresentano in realtà due "punti di vista" differenti delle stesse informazioni. La registrazione di richieste diagnostiche e referti, infatti, da un lato permette una migliore gestione medica ed infermieristica del paziente, evitando possibili errori ed omissioni, dall'altro costituisce un'analitica raccolta delle attività svolte e delle prestazioni erogate, valida anche ai fini di riconoscimento economico.

Una seconda felice esperienza, ancora in corso, è data dalla creazione di un sistema informatico dipartimentale di laboratorio, che raccoglie in un'unica banca dati le determinazioni dei settori di chimica clinica, virologia, microbiologia, micologia e urgenza, afferenti al laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche, e del laboratorio di ematologia, afferente al Servizio autonomo di ematologia

diagnostica. Il sistema è in grado di comunicare, attraverso un software pure sviluppato all'interno dal servizio informatica, con i reparti e i servizi dell'Ospedale per le attività di invio delle richieste di esami e di consultazione in tempo reale dei risultati. Ancora una volta si è passati da una visione informatica rivolta all'unità operativa (il sistema di laboratorio) ad una orientata al processo, che quindi prende in esame tutte le attività necessarie (dall'esecuzione del prelievo alla lettura del referto) per "fornire" al clinico i risultati delle indagini di laboratorio da lui richieste, con riscontri particolarmente favorevoli in tutti quei casi (come il pronto soccorso) in cui la pronta disponibilità dell'indagine diagnostica è essenziale per la corretta impostazione dell'intervento terapeutico in urgenza.

Il caso del "poliambulatorio Lamarmora"

L'esempio forse più compiuto dell'approccio per processi in area sanitaria è dato però dalla revisione organizzativa del processo ambulatoriale, realizzata presso il padiglione Lamarmora.

Nel 1999 la direzione dell'Ospedale decise di utilizzare il padiglione Lamarmora, originariamente destinato a convitto infermiere come sede di un poliambulatorio in cui concentrare parte dell'attività ambulatoriale, con particolare riferimento alle visite specialistiche e agli interventi e dà mandato alla direzione sanitaria e all'Unità Operativa sistemi informativi di operare una revisione del modello organizzativo e del sistema informatico orientata al paziente, da applicare dapprima alla nuova struttura ambulatoriale e successivamente da estendere ai restanti ambulatori divisionali. Il complesso poliambulatoriale poteva infatti permettere un significativo incremento nella qualità dei servizi offerti, consentendo di operare una serie di razionalizzazioni organizzative oltre che logistiche. Obiettivo del progetto era la realizzazione di un sistema informativo ed informatico che, partendo dai bisogni espressi dal paziente (accesso trasparente alla prestazioni, maggiore semplicità di prenotazioni, meno code agli sportelli, orario degli appuntamenti preciso, rapido ottenimento del referto), fosse in grado, nello stesso tempo, di dare una risposta all'esigenza del personale medico ed infermieristico di potersi concentrare maggiormente sugli aspetti clinico-assistenziali e alla necessità dell'Ente di poter tenere sotto controllo l'attività erogata e di poterla trasmettere in modo appropriato ad ASL e

Regione al fine di un pieno riconoscimento economico. Nella prima fase del progetto è stato compiuto uno studio organizzativo che, partendo dalle difficoltà ed inefficienze negli aspetti strutturali, organizzativi e legati al sistema informativo (dispersione logistica, procedure amministrative non uniformi, percorsi dei pazienti differenziati e a volte inutilmente complessi), ha portato a definire un modello di funzionamento del processo in grado di fungere da riferimento per il miglioramento del servizio ambulatoriale attraverso l'attuazione congiunta, ed opportunamente integrata, di idee di miglioramento in parte basate sulla ridefinizione di compiti e procedure (fattore organizzativo) ed in parte sull'impiego delle tecnologie dell'informazione e comunicazione (fattore tecnologico).

Il sistema informatico realizzato è stato il risultato dell'applicazione del "modello di riferimento" operato a priori. In questo senso è stato progettato e realizzato un sistema informatico unitario integrato sul quale è possibile svolgere le funzioni amministrative di prenotazione (sistema CUP), di accettazione dei pazienti e di riscossione del ticket, e le attività assistenziali di gestione operativa e clinica della visita medica (visione storia anamnestica, radiologica e di laboratorio, refertazione, prescrizione di successivi accertamenti), seguendo lo schema di flusso illustrato in figura 2.

I risultati, dopo quasi due anni dall'avviamento del progetto sono stati decisamente incoraggianti: tutti gli oltre 40 erogatori ambulatoriali che operano presso il poliambulatorio Lamarmora, dispongono di agende informatizzate presso il Centro Unificato Prenotazio-

L'ingresso del poliambulatorio Lamarmora



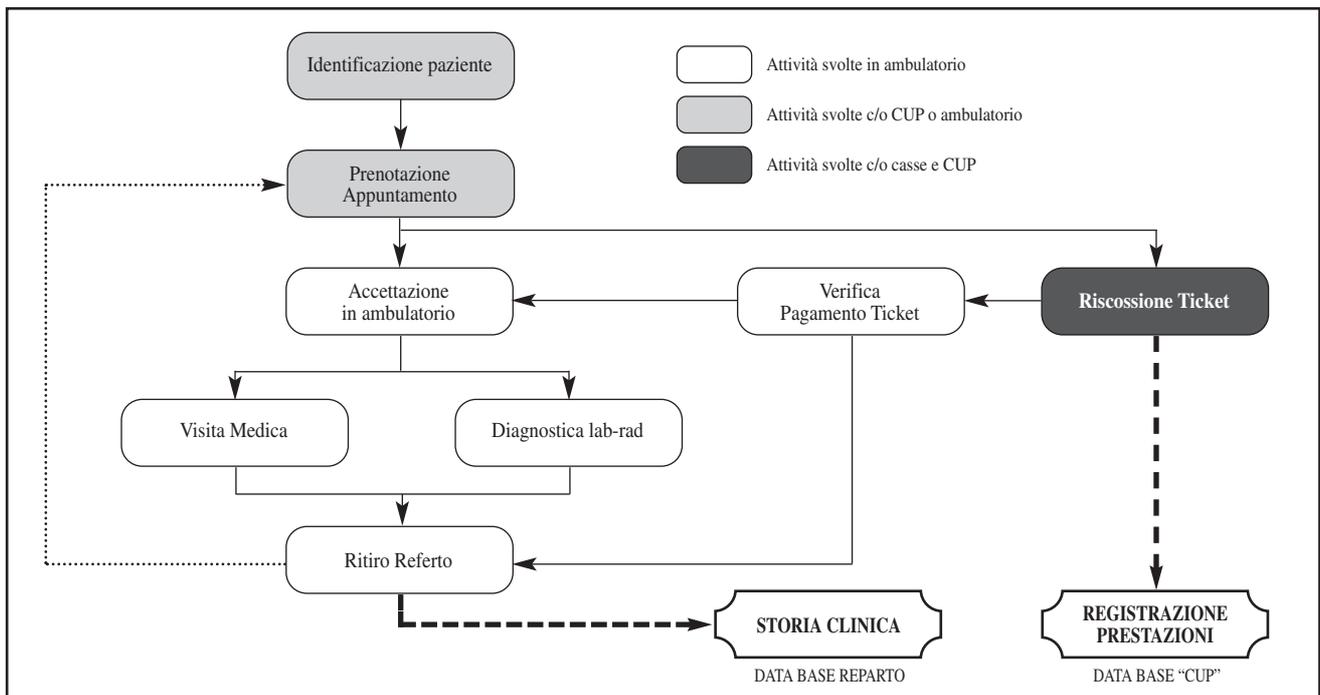
ni (CUP): la prenotazione può avvenire telefonicamente; in ogni studio medico è presente una stazione di lavoro sulla quale i medici possono accettare i pazienti prenotati, disporre di un supporto per l'attività di visita, produrre in tempo reale il referto, che viene immediatamente stampato e consegnato al paziente o la prescrizione di successivi accertamenti diagnostici, che il paziente può prenotare presso "punti reception" posti in ogni piano del padiglione, senza dover operare nuove code agli sportelli. In pratica un paziente esente dal pagamento del ticket può effettuare una prestazione ambulatoriale senza dover fare neanche una "coda" allo sportello.

L'aver concentrato ed informatizzato la prenotazione ambulatoriale ha permesso l'istituzione di un call-center telefonico, gestito da una società esterna, cui i pazienti possono riferirsi, telefonando ad un numero verde (800 887788) senza doversi necessariamente recare in ospedale, per prenotare le prestazioni ambulatoriali: attivato il 17 aprile del 2001 il call-center, nel suo primo anno di attività,



A destra dall'alto:
gli sportelli del poliambulatorio
un'operatrice addetta alla prenotazione e alla riscossione di ticket

Figura 2. La sequenza delle attività che compongono il processo ambulatoriale



ha eseguito più di 40.000 prenotazioni (il 30% circa delle prenotazioni eseguibili sul CUP) e ha fornito oltre 33.000 informazioni ai pazienti. La possibilità di operare questo servizio all'esterno della struttura ospedaliera (il centro opera alle porte di Bologna), ha permesso di concentrare l'attività del personale infermieristico verso più appropriate attività assistenziali.

Anche sul fronte clinico si è riscontrata una buona adesione del personale medico all'utilizzo del sistema di supporto alla visita medica, che ha portato alla produzione, in 12 mesi, di circa 80.000 referti sul sistema informatico, che arricchiscono la "storia clinica" dei pazienti consultabile dai medici interni in occasione di successive prestazioni assistenziali erogate.

Una volta completato l'avviamento del poliambulatorio Lamarmora il modello è stato esteso agli ambulatori di via Pace e si sta diffondendo anche per l'attività ambulatoriale che è rimasta all'interno delle divisioni ospedaliere (ad oggi è possibile prenotare sul sistema CUP il 60% circa delle visite e dei controlli specialistici ed il 70% circa degli interventi svolti in regime ambulatoriale).

Risultati di maggiore efficienza, ma soprattutto di

umanizzazione dell'Ospedale, che ripagano lo sforzo economico, organizzativo e di formazione del personale (sono stati formati oltre 100 medici, circa 20 infermieri e altrettanti operatori di sportello, 5 addetti alla prenotazione telefonica) effettuato dall'amministrazione dell'Ospedale. Risultati che, come sottolineato nelle premesse, nascono da un utilizzo della tecnologia e dell'informatica che opera in simbiosi con l'attività di revisione organizzativa e che sono possibili solo attraverso la congiunzione di due fattori: da un lato la partecipazione all'analisi e la condivisione dello sforzo di cambiamento di tutto il personale interessato, dall'altro la costante attenzione dei vertici dell'Ospedale all'iniziativa, necessaria per stimolare il cambiamento e risolvere i conflitti, le resistenze e le inerzie che qualsiasi revisione dell'organizzazione produce.

Presente e futuro del sistema informativo ospedaliero

Il consolidamento a tutti i processi e la diffusione delle soluzioni individuate a tutti i reparti e servizi dell'Ospedale rappresentano la sfida del presente.

Sul fronte amministrativo è del 2002 l'avviamento di un progetto per la revisione organizzativa ed informatica dei processi amministrativi ed operativi di reperimento e gestione delle risorse e dei correlati processi contabili e di controllo di gestione. E' stato in questo senso acquisito un sistema ERP (acronimo di Enterprise Resource Planning) che, ancora una volta, si pone l'obiettivo di integrare in un unico sistema le attività che "compongono" il ciclo di approvvigionamento: dalla richiesta di beni o servizi effettuata dai reparti, alla gestione dei magazzini economale, tecnico e farmaceutico, alle attività di acquisto, fino alle conseguenti scritture contabili e alle rendicontazioni utili per un accurato controllo direzionale della gestione.

Sul fronte dell'attività sanitaria sono invece in agenda gli interventi di revisione del processo di ricovero e di intervento chirurgico che potrà trarre esperienza da alcune sperimentazioni già svolte presso alcuni blocchi operatori e reparti di degenza e day hospital.

Il completamento e l'aggiornamento della rete di trasmissione dati e la realizzazione di un sistema di gestione del Dipartimento di bioimmagini, in

Un ambulatorio del padiglione Lamarmora



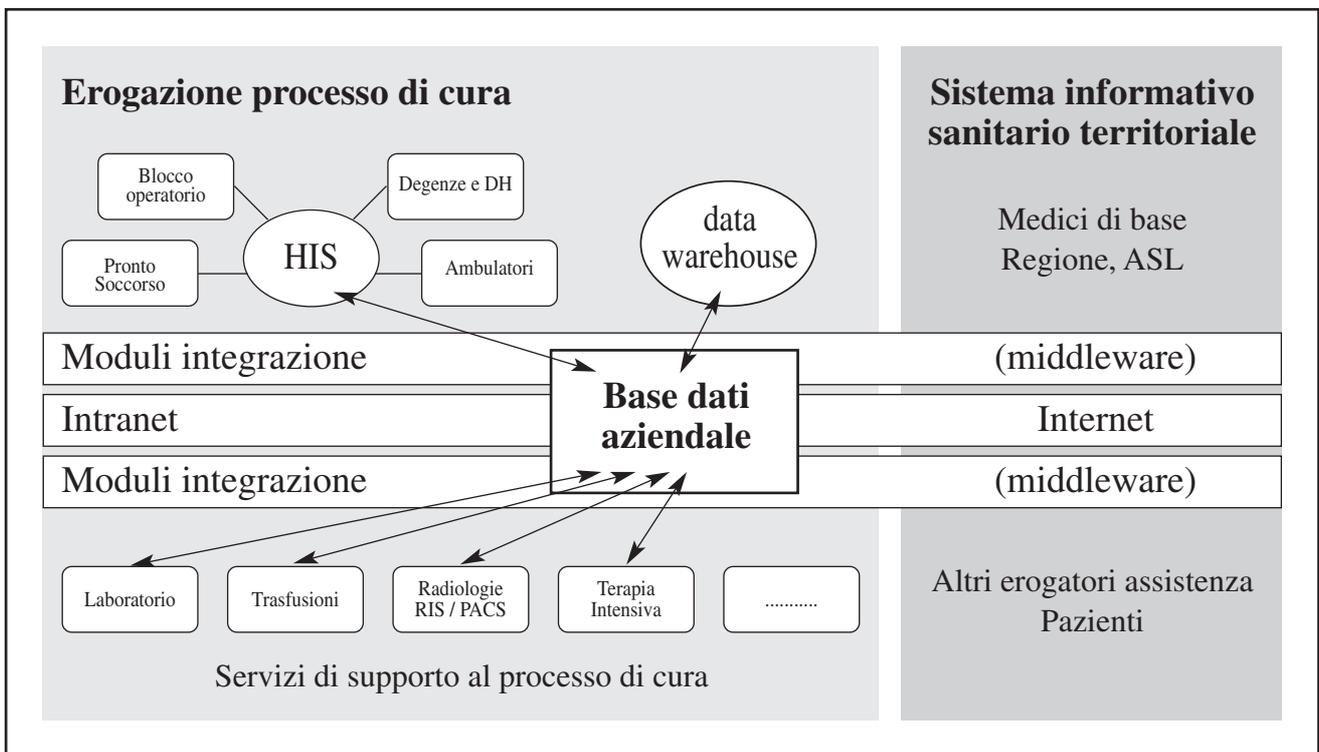
grado di elaborare, archiviare e trasmettere non solo i referti ma anche le immagini radiologiche prodotte, sono altri ambiziosi obiettivi avviati e finanziati dall’Ospedale Maggiore di Milano, con il contributo della Regione Lombardia.

Una rincorsa del presente complessa da realizzare, con risorse umane ed economiche sempre limitate, ma obbligatoria per potersi preparare adeguatamente futuro. Un futuro che, in sintonia con lo sviluppo della “comunicazione globale”, dovrà uscire dai confini dell’Ospedale (si veda il “modello a tendere” del sistema informativo ospedaliero di figura 3) e aprirsi al territorio, completando la visione per processi fino a raggiungere il medico di base e persino il paziente, prevedendo un nuovo modo di rapportarsi con i fornitori e con gli enti (ASL, Regione, Ministero) che istituzionalmente, ognuno con il proprio ruolo, devono poter accedere alle informazioni prodotte dall’ospedale. Un futuro non lontano, che la Regione Lombardia sta già preparando con il progetto di “carta sanitaria” del paziente, attraverso la quale il paziente ed il suo medico di base potranno accedere, attraverso

la rete, a tutte le informazioni presenti nei diversi sistemi informativi delle strutture che erogano servizi di cura e a cui l’Ospedale Maggiore di Milano, come tutte le Aziende Sanitarie Lombarde, dovrà adeguarsi.

Di qui le ragioni di mantenere e potenziare gli investimenti nella progettazione e realizzazione dei sistemi informativi ed informatici, anche mentre un ben più imponente progetto di costruzione del nuovo Ospedale è alle porte: l’Information Technology può rappresentare infatti un’importante leva per il rinnovamento dell’Ospedale e un ponte verso il futuro, che consenta di preparare nelle modalità operative e nei livelli di servizio offerti ai suoi pazienti, quel nuovo Policlinico che fra qualche anno dovrebbe trovare anche una struttura degna della sua storia.

Figura 3. Modello a tendere del sistema informativo ospedaliero del Policlinico





Genitori di bambini affetti da disturbo generalizzato dello sviluppo: problematiche psicologiche

LUISELLA CANEPA

Nei primi anni di vita si colloca l'insorgenza del disturbo generalizzato dello sviluppo, che comprende un ampio *range* di psicopatologia infantile, dal disturbo autistico al disturbo disintegrativo della fanciullezza, secondo la proposta del DSM IV 1994. Tali quadri sono caratterizzati essenzialmente dall'incapacità di stabilire relazioni interpersonali, da una grave compromissione della comunicazione sia verbale che non-verbale, dalla difficoltà nello sviluppare la funzione simbolica. D'altro canto sono presenti comportamenti stereotipi con isolamento e ritiro, evitamento e oppositività, a volte auto ed etero-distruttività; spesso l'intelligenza è seriamente compromessa. Sempre più frequente il riscontro di difetti a livello genetico, di malformazioni cerebrali, di pregresse infezioni, tanto che l'eziologia, ritenuta per molto tempo prevalentemente di origine relazionale, viene ora per lo meno in parte e per talune sindromi attribuita a fattori biologici.

La presa in carico psichiatrico di un bambino così gravemente disturbato deve tenere conto il più possibile di tutti gli elementi che ne condizionano la patologia: la componente organica, il livello di sviluppo psicologico del bambino, l'ambiente familiare e sociale (educatori, insegnanti, operatori quali lo psicomotricista, il pediatra, lo stesso *entourage* della famiglia).

In particolare vari sono i modelli d'intervento proposto per i genitori, sia per i casi che ipoteticamente riconoscono come cruciale una grave distorsione relazionale, sia quando il disturbo è riconducibile a danno biologico: la nostra esperienza prevede che uno psicoterapeuta segua con colloqui individuali i genitori, mentre lo psicoterapeuta che segue il bambino abbia a sua volta incontri periodici sull'andamento della terapia.

Momento critico per lo stabilirsi di una salda collaborazione è la fase diagnostica, fase in cui il

genitore ha la possibilità di comprendere aspetti del proprio bambino inaccessibili per la confusione legata anche alla sofferenza di dover riconoscere, e solo poi accettare, la diversità. Viene discusso l'ambito in cui si colloca il disturbo, il grado dell'eventuale compromissione organica, l'influenza della qualità della relazione intrafamiliare, la variabilità della prognosi, il progetto terapeutico.

I genitori possono essere angosciati per quanto evoca il termine "autismo", o invece sollevati nel poter dare un nome a una modalità di comportamento che, per quanto del tutto anomala, viene ora inserita in un'esperienza condivisibile: in entrambi i casi prevale la preoccupazione per il futuro del proprio bambino, per la necessità di assicurargli protezione e cura sia nell'attualità che poi nell'ambito sociale quando, nel caso di probabile o certa invalidità, potranno non essere in grado di sostenerlo. A tali angosce va dato contenimento sia tramite informazioni relative agli interventi disponibili per i livelli di disabilità, sia contenendo le dolorose oscillazioni tra fasi in cui prevale la negazione delle difficoltà e fasi in cui prevale invece la sottovalutazione delle possibilità evolutive.

L'angoscia per le cause della malattia del bambino, per le sue conseguenze sul futuro, ma anche per l'incomprensibilità dei molti suoi atteggiamenti, l'imprevedibilità delle reazioni, la monotonia dei comportamenti, interferiscono con le capacità educative dei genitori, e contribuiscono a consolidare un clima in cui prevalgono sentimenti di impotenza, colpa e rabbia. I genitori possono allora pensare che sia necessario fare sempre di più per il proprio bambino, e in fretta, rischiando di non rispettarne i limiti sia cognitivi che emotivi, e agendo anche improvvisi cambi di terapia. Può prevalere nel rapporto l'intento di insegnare a

scapito della spontaneità della relazione (dimenticando che in famiglia il bambino impara dai più comuni atti della convivenza, e conoscendo i propri familiari); la relazione si connota ulteriormente di rabbia per le inevitabili reciproche delusioni. Anche se inizialmente negata nei colloqui, la rabbia è caratteristica di un rapporto in cui i ruoli sono stati rovesciati in uno stile di sottomissione dei genitori al bambino. Tale sottomissione viene riferita al timore di una regressione ulteriore del figlio, che allora per esempio dorme solo nel letto con i genitori o mangia solo se la televisione è accesa davanti a lui. L'incapacità a porre limiti al figlio, se compresa nelle sue origini, può modificarsi portando a un'iniziale apertura della relazione e consentendo l'avvio a un percorso che conduce a ristabilire la regola dell'obbedienza e del rispetto. In tale percorso l'accettazione delle proprie colpe, e quindi, l'assunzione delle proprie responsabilità, rappresenta un cambiamento che contribuisce all'utilizzo delle proprie risorse a favore dello sviluppo del bambino. Infatti vissuti o ricordi della storia individuale emergono spontaneamente e vengono elaborati nel tempo favorendo la riflessione su quanto è di ostacolo all'uso costruttivo dell'aggressività o anche costringe in un rigido senso di colpa.

È importante spesso mostrare ai genitori l'immagine che essi trasmettono del loro figlio come deludente, incomprensibile, violento, noioso, e mostrare la ricaduta di questi vissuti rigidi sul bambino stesso: poter invece attribuire un significato a comportamenti che sembrano senza senso, ripetitivi e immodificabili, permette di ipotizzare anche richieste, desideri, bisogni che a loro volta richiedono una risposta.

Anche la relazione tra i due genitori entra in discussione: la conflittualità si esprime per esempio in una colpevolizzazione reciproca o a volte viene cronicizzata in un rapporto sadomasochistico che coinvolge anche il bambino: tale distruttività è difficile da modificare e per lo più, se compresa, può essere solo tenuta sotto controllo.

Altre esperienze sono invece più facilmente modificabili: per esempio l'isolamento, legato sia alla sofferenza per la situazione del bambino e per le difficoltà di quanto deve essere affrontato, sia

anche a sentimenti quali l'invidia per chi è più fortunato o la vergogna per l'essere genitore di un bambino così evidentemente diverso. Il genitore può recuperare interessi, ruoli, precedentemente abbandonati, e questo contribuisce a favorire anche una miglior tolleranza dei propri limiti e dei limiti e dei tempi del bambino. Tale accettazione può entrare in crisi in momenti particolari, quali l'inserimento a scuola o un cambiamento di terapia: in occasioni simili può rendersi evidente la sottovalutazione delle capacità del bambino, per cui ad esempio non si ritiene necessario parlargli dell'interruzione della terapia o prepararlo a un intervento medico, o all'opposto si può sovra-stimolarlo facendolo partecipare a esperienze da lui non ancora gestibili.

L'attenzione deve anche essere rivolta a chi apparentemente sembra meno coinvolto: i nonni e i fratelli, con le loro a volte eccezionali risorse per il bambino, ma anche con la loro fragilità.

Riteniamo che i rilievi che abbiamo ricavato nell'analisi di situazioni a rischio di così gravi distorsioni siano utilizzabili anche per la riflessione su dinamiche intrafamiliari meno evidenti ma ugualmente distruttive in condizioni psicopatologiche diversamente compromesse.

Riabilitazione neuromotoria ritmica: un nuovo metodo rieducativo per il malato di Parkinson

LIVIO BRESSAN

Il fatto è banale: chi non si è sorpreso a battere col piede mentre ascoltava un brano musicale ritmato? Chi accompagna un ritmo esegue un movimento il cui periodo coincide con quello dei suoni mentre, nel contempo, le sue battute coincidono con gli stimoli accentati. In altri termini, il movimento è doppiamente sincrono, poiché non solo possiede lo stesso periodo dello stimolo, ma stimolo e risposta si producono nello stesso momento. Nella vita, il più delle volte una risposta segue un segnale, che in generale proviene dal nostro ambiente. Ad esempio, nel rispondere al telefono dopo avere ascoltato i primi squilli, la nostra risposta è posteriore al segnale. La reattività è, d'altra parte, una delle principali caratteristiche del vivente. Per contro, affinché vi sia sincronizzazione tra una battuta ed un suono, è necessario che funzioni un sistema di anticipazione che permetta di prevedere il momento in cui sta per prodursi il suono. Pertanto, la sincronizzazione si distingue fundamentalmente dalla reazione. Nella sincronizzazione, infatti, il segnale della risposta non è lo stimolo sonoro, ma l'intervallo temporale tra gli intervalli successivi. Se la cadenza è regolare la sincronizzazione diviene possibile poiché vi è modo di anticipare, sulla base degli intervalli temporali, il momento in cui si produrrà lo stimolo seguente.

La sincronizzazione costituisce uno spontaneo sistema di risposta dell'essere umano. Una cadenza crea una induzione motrice e la sincronizzazione è quasi incoercibile. Al contrario, il carattere incoercibile dell'induzione appare se si richiede ad un soggetto di non effettuare delle battute nello stesso tempo degli stimoli, ma di rispondere come se si trattasse, per esempio, di un tempo di reazione, in modo che una battuta segua un suono. Il sistema di anticipazione è quindi spontaneo e decisamente vincolante: una vera *induzione motrice* costringe il soggetto a produrre le battute nello stesso tempo del suono.

L'originalità del nostro progetto riabilitativo consiste nell'aver voluto applicare alla malattia di Parkinson, una patologia neurologica che si caratterizza per la progressiva perdita delle performances motorie fino all'immobilità, il *ritmo*, ovvero uno stimolo sensoriale esterno in grado di promuovere la "decisionalità" motoria.

Perché rieducare con il ritmo?

Partendo da tali premesse, abbiamo pensato di realizzare un progetto rieducativo utilizzando alcuni esercizi mirati associati al "ritmo" come prerequisito essenziale per promuovere la capacità ad iniziare un movimento, per programmare il gesto e per favorire strategie motorie sequenziate. E' nota infatti la difficoltà del parkinsoniano a compiere movimenti simultanei o sequenziali e strategie programmate per il raggiungimento di obiettivi. Riteniamo che le stimolazioni esterne, scandite ritmicamente, possano permettere di scomporre il movimento, riprogrammarlo e sequenziarlo, rispettando il progetto iniziale. Il nostro progetto rieducativo prevede interventi atti a correggere posture errate, quali la camptocormia, l'assenza di pendolarità degli arti superiori, con il fine sia di prevenire danni terziari (*retrazioni muscolari, riduzione della compliance polmonare*), sia per consentire una migliore esecuzione dell'atto motorio. Esercizi di riabilitazione respiratoria vengono altresì previsti nel progetto per ottenere il rinforzo dei muscoli respiratori per una più adeguata espansibilità toracica, una migliore ossigenazione e, di conseguenza, una maggiore resistenza alla fatica. Puntiamo in seguito sulla realizzazione di movimenti ampi e modulati dinamicamente, per contrastare la tendenza del malato di Parkinson al "freezing". La bradicinesia, infatti, costituisce una delle manifestazioni maggiormente invalidanti in corso di tale malattia e rappresenta un target importante nel nostro trattamento riabilitativo.

La riabilitazione del cammino, insieme alla rieducazione del linguaggio, costituiscono forse il momento più importante nella riabilitazione del paziente parkinsoniano. Attraverso questi interventi il malato può riacquistare le autonomie fondamentali riguardanti la locomozione, le attività della vita quotidiana e la relazionalità, allo scopo non solo di gestire autonomamente la propria realtà ma soprattutto per consentirgli il reinserimento nell'ambiente familiare e sociale.

Abbiamo pertanto iniziato da qualche mese una sperimentazione, finalizzata a valutare l'utilità degli *stimoli ritmici* nella *rieducazione motoria* del malato di Parkinson. Il gruppo di lavoro, costituito da personale dipendente dell'Ospedale Bassini – Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza - è formato da un *fisioterapista*, da un *medico fisiatra*, dallo scrivente, *neurologo* con titoli ed esperienza nel settore della neurofisiologia della musica, e da un musicista diplomato in Conservatorio assunto in qualità di operatore musicale presso un Centro Diurno Integrato per malati di Alzheimer e Parkinson collocato nel territorio di Cinisello Balsamo.

In sintesi, il nostro progetto rieducativo prevede l'utilizzo del *ritmo* per agire in tre direzioni:

- 1) *rieducazione posturale e del cammino;*
- 2) *rieducazione delle motilità fini, della destrezza motoria e delle abilità quotidiane;*
- 3) *favorire l'articolazione del linguaggio tramite l'impiego delle parole ritmate e cantate.*

Le basi neurologiche del progetto riabilitativo: i meccanismi uditivo-motori

Siamo appena agli inizi per quanto riguarda la comprensione delle basi neuroanatomiche e neurofisiologiche delle interazioni tra l'apparato motorio e quello uditivo nel cervello umano. Tuttavia, vi sono diverse osservazioni di autorevoli studiosi in materia - *alcune delle quali molto recenti* - che sono già utili a supportare il nostro progetto riabilitativo che utilizza il ritmo per l'induzione ed il controllo del movimento. Dalla fisiologia di base sugli organi di senso sappiamo che l'apparato uditivo elabora le afferenze sensoriali temporali molto rapidamente, più velocemente di qualsiasi altro apparato sensoriale, quale, ad esempio, l'apparato visivo. La spiccata capacità del sistema uditivo di individuare periodicità ed aspetti temporali nelle informazioni

acustiche – *una necessità evolutiva per l'elaborazione del significato del linguaggio* – rende tale apparato un sistema eccellente per la rapida elaborazione e la successiva codifica neuronale di segnali sensoriali acustici.

Nonostante sia meno noto il nesso tra l'elaborazione uditiva ed i circuiti di controllo motorio, il nostro metodo riabilitativo viene comunque supportato da osservazioni di carattere comportamentale e culturale. *L'antropologia musicale*, infatti, ci fornisce una moltitudine di esempi di musica avente un ruolo centrale nella vita umana. Le risposte fisiche alla danza nei rituali religiosi e di lavoro, rivelano il notevole impatto del suono ritmato sul movimento del corpo. Inoltre, alcuni dati fisiologici di base hanno dimostrato che esiste una via *uditivo-motoria* attraverso la quale, per mezzo di connessioni reticolo-spinali, il suono esplica un controllo dell'avvio e dell'andamento temporale dell'attività dei neuroni motori spinali. E' stato dimostrato da ricercatori della *Colorado State University* coordinati da Michael Thaut - *un pioniere negli studi di neurobiologia del ritmo* - che il ritmo uditivo è in grado di trascinare in maniera accurata e veloce le risposte motorie anche al di sotto della soglia di percezione cosciente. D'altro canto, anche i rilevamenti neuroanatomici delle immagini cerebrali ottenute tramite la PET mostrano un coinvolgimento dei circuiti parieto-temporo-talamici e del cervelletto. Tuttavia, non è ancora chiaro se specifiche strutture neuronali siano responsabili della sincronizzazione motoria con il ritmo, oppure se particolari forme di eccitazione neuronale nel sistema uditivo vengano direttamente proiettate attraverso trasformazioni spazio-temporali nei circuiti del sistema motorio.

Descrizione del metodo riabilitativo

La malattia di Parkinson è una patologia neurologica caratterizzata da tremore a riposo, rigidità, bradicinesia e perdita dei riflessi posturali che determina, nel corso della sua evoluzione, la progressiva perdita delle *performances* attitudinali del malato fino all'immobilità. L'attuale terapia farmacologica è in grado solo di ritardare tale involuzione.

Il nostro *metodo rieducativo*, basato su appropriati *setting* di lavoro e mirato al recupero specifico di alcune funzioni compromesse, nonché al mantenimento delle funzionalità residue del malato di

Parkinson, nasce dallo studio della *fisiopatologia* del disturbo e cerca di aderire strettamente alla stessa.

L'evenienza più temibile nella lenta ma progressiva evoluzione della malattia di Parkinson è rappresentata dalla sindrome da allettamento che interessa lo stato più avanzato della patologia. Tale condizione, clinicamente caratterizzata da immobilità, perdita delle memorie articolari, scadimento di interessi e chiusura relazionale, riduce drasticamente lo spazio vitale dell'individuo, immobilizzandolo a letto ed esponendolo a tutta una serie di complicazioni, comprese piaghe da decubito e processi bronco-pneumonitici, talora letali.

All'inizio del trattamento cerchiamo di valutare le reali capacità del paziente, e proponiamo un programma che verrà costantemente adattato al suo miglioramento. Partendo da tali premesse, abbiamo iniziato ad osservare un gruppo costituito da cinque pazienti con malattia di Parkinson, valutato, con l'ausilio di specifiche scale neurologiche, da un medico parkinsonologo del Centro Parkinson degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano e trattato con un programma rieducativo mirato e personalizzato con l'ausilio dell'induzione ritmica, mantenendo, tuttavia, invariato il trattamento farmacologico.

Lo scopo del nostro progetto - che può realizzarsi solo grazie all'entusiasmo e alla fattiva collaborazione dell'*Associazione Italiana Parkinsoniani* - è quello di verificare se il trattamento rieducativo con l'utilizzo del *ritmo* è in grado di incidere sulla evoluzione disabilitante della malattia di Parkinson. In particolare, cerchiamo di valutare di quanto e con quali modalità, tale *peculiare trattamento rieducativo* possa apportare un beneficio ai nostri malati.

Rieducazione posturale e del cammino

Nella parte iniziale della seduta riabilitativa, attraverso esercizi a difficoltà crescente, cerchiamo di "allenare" il malato di Parkinson a prendere coscienza dei propri atti respiratori per respirare meglio. Tutto ciò è finalizzato ad ottenere una maggiore espansibilità della cassa toracica, evitando che si instauri una destrutturazione istopatologica a carico del parenchima alveolare.

La seduta riabilitativa prosegue con alcuni esercizi *decifotizzanti*, con i quali si cerca di evitare quelle retrazioni muscolari (grande pettorale e grande dorsale) dovute all'atteggiamento in cifosi. Mentre nel-

l'ambiente viene diffusa una *musica rilassante*, il paziente con l'aiuto di una *fisioterapista* si sottopone ad un esercizio di stretching della muscolatura del cingolo scapolare.

Cerchiamo, quindi, di ottenere un corretto equilibrio da seduto e nella stazione eretta. E' noto, infatti, che nei parkinsoniani si osservano una involuzione dell'apparato muscolo-scheletrico, con retrazioni della muscolatura flessoria, deviazioni del rachide, osteoporosi, oltre ad importanti alterazioni della postura che conducono ad alterazioni dell'equilibrio molto invalidanti e sovente sottovalutate. Su tali alterazioni, siamo convinti che un trattamento rieducativo precoce e continuativo possa risultare utile.

Poiché i pazienti affetti da malattia di Parkinson hanno importanti problemi ad alzarsi da una superficie bassa come una poltrona, abbiamo ideato alcuni esercizi che hanno lo scopo di "allenare" il paziente a scomporre il movimento, ri-programmarlo e sequenziarlo per renderlo più efficace. A tale scopo, ogni fase viene connotata ritmicamente utilizzando un tamburello.

Il paziente, viene invitato ad assumere una posizione seduta corretta, con i piedi distanziati di almeno venti centimetri, quindi ad afferrare con le mani i braccioli della sedia, ed a portare il bacino vicino al bordo della sedia. Inizia quindi ad oscillare il tronco in avanti e indietro a velocità crescente per ben due volte; alla terza oscillazione il paziente porta in avanti le spalle oltre le ginocchia e spingendo in basso con le braccia si raddrizza e conquista la posizione ortostatica. Tale operazione viene scandita da *tre battiti* sul tamburello a velocità ed intensità crescente.

Poiché la compromissione della deambulazione è il disturbo più importante su cui deve essere accentrata l'attenzione del rieducatore, abbiamo ideato una serie di esercizi mirati, attraverso i quali si cerca di migliorare o ripristinare i diversi aspetti della funzione cammino, deficitari nella malattia di Parkinson. Infatti, tali pazienti incontrano difficoltà a camminare, per instabilità nella stazione eretta, per il tremore, e per la difficoltà ad iniziare il movimento. Cerchiamo di insegnare al paziente a riappare schemi e formule cinetiche dimenticate o "congelate" per la mancata abitudine all'esercizio ma non andate del tutto perdute. Attraverso stimoli

ritmici di velocità ed intensità diversa (fig 1), cerchiamo di far esagerare la normale oscillazione delle braccia, nel corso della deambulazione. Ciò può migliorare la cadenza del passo ed eliminare l'impressione di impaccio e rigidità. Non solo: attraverso un esercizio ritmico mirato cerchiamo di agire anche sulla *ampiezza*, sulla *altezza* e sulla *frequenza* del passo. Tale esercizio, finalizzato a contrastare la tendenza tipica del parkinsoniano a trascinare i piedi, costringe il paziente – *sollecitato da stimolazioni ritmiche variamente modulate* – a concentrarsi sul piede sollevato mentre deambula, per evitare di inciampare.

Per concludere, il malato di Parkinson, quando inverte la direzione di marcia, tende a fare perno su di un piede solo incrociando le gambe, con il rischio di cadere. Ciò è legato alla sua incapacità di concentrarsi su due compiti contemporaneamente. La funzione di alcuni dei nostri esercizi riabilitativi è quella di obbligare il malato di Parkinson a tenere i piedi sempre scostati e ad eseguire il cambio di direzione sempre in un ampio arco di cerchio. Il paziente è in piedi ed afferra con una mano un bastone che ha l'altra estremità appoggiata a terra. Egli cerca di eseguire correttamente un cerchio completo separando e congiungendo ritmicamente i piedi.

Rieducazione delle motilità fini, della destrezza motoria e delle abilità quotidiane

Questo settore della rieducazione ritmica ha come scopo principale la riabilitazione e l'addestramento del paziente alle attività giornaliere e alla cura di se stesso, cercando di ottimizzare le capacità residue. Ciascun paziente viene trattato prima individualmente secondo le sue particolari carenze e poi inserito nell'attività di gruppo per una maggiore socializzazione. Gli esercizi variano, dall'esecuzione musicale su vari strumenti (*strumenti ad arco, a fiato, a corde pizzicate e percosse nonché strumenti a percussione*), prestazione che notoriamente richiede una buona destrezza manuale e una discreta abilità di coordinamento motorio, alla costruzione e manutenzione di strumenti musicali con il preciso scopo di facilitare il ritorno alla vita familiare simulando situazioni di vita quotidiana.

Esercizi come questo hanno lo scopo di consenti-

re al paziente di riapprendere ad utilizzare la propria mano con sufficiente velocità, forza e coordinazione e vengono scelti anche in funzione delle preferenze e delle abitudini personali. I malati lavorando assieme, condividendo difficoltà, incertezze, dubbi ma anche una ritrovata fiducia in se stessi, possono scambiarsi le proprie conoscenze rafforzando le tendenze positive e vincere la tendenza all'isolamento.

Suonare le corde a vuoto di un violino, di una viola o di un violoncello con l'uso di un arco può avere risvolti positivi sul tremore. Il fine di tali esercizi è quello di fornire al malato di Parkinson un *feed-back* acustico per poter meglio controllare il tremore a riposo che spesso interferisce in maniera imponente sulle varie attività manuali.

“... Attraverso stimoli ritmici di velocità ed intensità diversa, cerchiamo di far esagerare la normale oscillazione delle braccia...”



“... Attraverso minilezioni vocali singole e collettive, cerchiamo di favorire la produzione di vocalizzazioni...”



Poiché parlare è un'attività motoria complessa che implica l'impiego coordinato di un gran numero di muscoli ed in particolare di quelli che controllano la respirazione, la fonazione, la pronuncia, il ritmo, l'intonazione e la velocità dell'eloquio, abbiamo ideato questo settore denominato "rieducazione artrofonatoria" utilizzando il ritmo e il canto con lo scopo principale di riattivare l'apparato buccomasticatorio ed artrofonatorio. Attraverso minilezioni vocali singole e collettive (fig 2) si cerca di favorire la produzione di vocalizzazioni in diversi atteggiamenti del capo con il fine di favorire una chiara articolazione sia delle parole cantate che di quelle parlate.

Oltre agli esercizi artrofonatori, vengono effettuati esercizi di mimica per modulare l'espressione del viso del paziente. Questi esercizi si basano sulla comune constatazione che una battuta esilarante può produrre un riso "contestuale", mentre una facies triste – e la *figée* del parkinsoniano è triste – può sviluppare diversi "complaints" di depressione.

Conclusioni

Il presente progetto di *rieducazione con il ritmo* nasce dalla convinzione che una terapia unicamente farmacologica della malattia di Parkinson abbia scarse possibilità di riuscita. Pertanto, *come in tutte le altre malattie croniche degenerative*, si deve tenere in grande considerazione la qualità di vita del malato. Ciò significa preoccuparsi, oltre che dei suoi problemi *fisici*, della sua *sfera affettiva, cognitiva e relazionale*.

Il silenzio come spazio di ascolto e di attesa

Il pellegrino (è la figura che ci accompagna in queste riflessioni) è l'uomo del silenzio... Senza il silenzio non è possibile entrare in quella dimensione più profonda dell'esistenza dove è custodito il segreto della grande speranza e della vita eterna. Va detto subito che l'elogio del silenzio non riguarda tutti i silenzi. Ci sono silenzi gravi, opprimenti perché carichi di animosità e di violenza. Ci sono silenzi rattristanti perché vengono da persone che non si degnano di parlare come se il distacco fosse un segno di aristocrazia e di superiorità. Ci sono silenzi sterili perché esprimono unicamente l'aridità dello spirito e la povertà dei sentimenti. Assomigliano ai silenzi dei cimiteri.

Quale forma di silenzio merita dunque l'elogio?

È quella a cui si arriva anzitutto attraverso il distacco delle parole vane, vuote, prive di luce. C'è nella nostra vita una proliferazione di rumori, di suoni, di chiacchiere inutili che creano, quando non esprimono, una condizione di dissipazione interiore.

Che profondità può avere una persona la cui conversazione non conosca altri registri se non quelli della retorica sportiva o delle battute goliardiche o dei racconti narcisistici?

Dio ci liberi anche da certi discorsi ossessivamente centrati sul mondo degli affari o sul pettegolezzo politico.

Questo non vuol dire che si debba entrare in un ascetismo della parola rubando la vocazione ai monaci di clausura.

Vuol dire semplicemente che si deve coltivare il sospetto di altre e più alte parole. Nell'ipotesi che queste parole esistano, come potrebbero arrivare a noi se la nostra interiorità è congestionata dal chiacchiericcio banale o da parole apparentemente serie ma senza anima?

Ciò che importa è la capacità di aderire a quanto ha detto un poeta inglese: "I suoni che si sentono sono dolci ma quelli che non si sentono sono ancora più dolci". Ci sono parole più vere, più dolci e più toccanti di tutte le parole nelle quali cerchiamo le nostre quotidiane soddisfazioni.

Ma per udirle, bisogna che si crei uno spazio di ascolto fatto di silenzio e di attesa. È il silenzio che si crea poco prima di un concerto e che porta già il ritmo e la musica dell'opera che sta per essere interpretata.

È il silenzio che è come il cavo di due mani protese verso l'alto perché qualcuno si commuova e ricordi il dono promesso.

LUIGI POZZOLI
(da *Come pellegrini*)

*Un architetto grande ma scomodo ?
Preferito dal duca, invisibile ai colleghi locali*

ERNESTO BRIVIO



Più volte su queste pagine si sono affrontati temi e personaggi che per secoli hanno tra loro cucite le vicende del Duomo di Milano e della Ca' Granda. Esse hanno sempre testimoniato la diretta, appassionata, - e talvolta conflittuale - partecipazione dell'intera *civitas Mediolani*, nessuna componente esclusa: committenza, sia essa civile e/o religiosa, tecnico - operativa, popolare.

Questa pagina è dedicata ad un personaggio di grande rilievo, il fiorentino Antonio Averlino detto il Filarete. Un architetto famoso, ma dal profilo umano quasi sconosciuto; di lui tenterò di delineare almeno un dato del carattere che ha sicuramente influito sulla sua "carriera" lombarda, così come ho desunto e interpretato da alcuni scarni documenti. Il personaggio è noto, più che per le molte fabbriche avviate nel ducato milanese, per il suo interessante e ponderoso *Trattato di Architettura* (1460-64), in particolare per le pagine e i disegni nei quali sviluppa la propria concezione di "città ideale", la *Sforzinda*, così chiamata in riconoscente tributo al duca Francesco Sforza che gli fu committente e protettore.

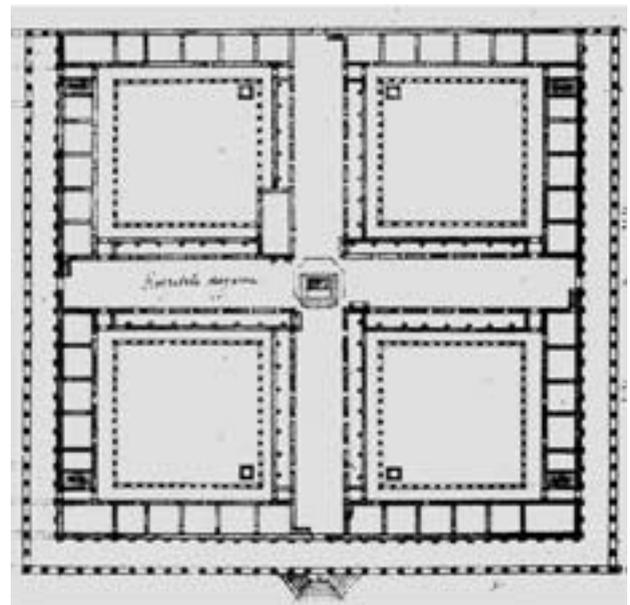
Oltre che per vincoli di amicizia, anche per un doveroso omaggio alla studiosa, sento mio dovere ricordare in questa occasione Liliana Grassi, non solamente per il suo intelligente e inesausto impegno, troppe volte obliato, speso per la salvezza, la valorizzazione e la capacità di nuova vita offerte alle strutture, alle decorazioni e alle terrecotte filaretiane della Ca' Granda semidistrutte dall'ultima guerra, ma anche per aver scandagliato in profondo e fatto conoscere la personalità artistica, le opere e il Trattato dell'Averlino.

Fu proprio lo Sforza, al quale era stato raccomandato da Piero de' Medici, a volere l'architetto fiorentino a Milano per il Duomo (1452) e poi per progettare e costruire "il glorioso albergo de' poveri di Cristo, il quale colla tua mano - così il Filarete scrive al duca dedicandogli il suo Trattato - la prima pietra nel fondamento collocasti...", magnificandone come meritava l'iniziativa, ma nel contempo collocando in favorevole luce anche la propria opera. L'atto di donazione dei terreni sui quali costruire la Ca' Granda porta la data del 12 aprile 1456.

Quella del duca fu una scelta controcorrente, ma dimostratasi felice: a Milano, l'Averlino avviò e nutrì il rinnovamento della tradizione locale con la

linfa scaturita dalla nuova sensibilità del Rinascimento. Egli seppe accogliere nella sua architettura i materiali tipici delle due culture, come la pietra, l'intonaco e gli ampi partiti decorativi in terracotta, utilizzandoli con la levità e l'armonica ricerca compositiva tipiche del Quattrocento toscano. Un'altra novità di carattere più personale è da ricercare nel procedimento progettuale del Filarete. Esso, pur sempre basato sul quadrato, si sviluppava all'inverso rispetto al metodo *ad quadratum* della progettazione lombardo-gotica, fondato sul tipico modulo-base, replicabile all'infinito, (definito "metodo induttivo" da Liliana Grassi): il proporzionamento dell'architettura filaretiana, sia in pianta che in alzato, procedeva invece dal "quadrato maggiore", comprendente l'intero edificio o il suo nucleo significativo, dal quale derivavano per successive suddivisioni ("metodo deduttivo") i quadrati minori, di differenti misure, che costituivano il tessuto reticolare più minuto.

... Il progetto "pur sempre basato sul quadrato, si sviluppava all'inverso rispetto al metodo *ad quadratum* della progettazione lombardo-gotica"...



Come è riscontrabile nella crociera della Ca' Grandà e nelle tavole del suo trattato, notevole fu il suo apporto in terra lombarda di innovativi accorgimenti costruttivi, strutturali e di ricerca distributiva e spaziale degli ambienti destinati a servizi e usi assai diversi, ma tra loro funzionalmente integrati e coordinati.

Antonio Averlino fu a capo del cantiere dello *Spedale dei poveri* dal 1456 al 1465, quando lasciò Milano, ove, come già ricordato, era giunto nel 1452 chiamato dallo Sforza per il Duomo; il Duca dovette faticare non poco per convincere i deputati della Veneranda Fabbrica ad assumerlo. Anche se è notoria la costante resistenza della Fabbrica, soprattutto dei suoi ingegneri e architetti lombardi, ad affidare il cantiere della cattedrale a forestieri, una resistenza al duca così caparbia deve aver pur avuto altre giustificazioni.

Vale la pena di riportare nel suo linguaggio originale, per altro facilmente comprensibile, la parte più significativa di una lettera dello Sforza del 7 luglio 1452, a firma del segretario ducale Cicco Simonetta, inviata appunto ai deputati della Fabbrica, dal tono inequivocabilmente ultimativo: *“Ne ricordiamo per doe altre lettere nostre haverve scripto et caricato volessivo tore per ingegneri de quella venerabile fabrica magistro Antonio da Fiorenza e maestro Zohanne da Solaro, in loco del quondam maestro Filippino degli Organi, et credevamo, ymo tenevamo per certo che vuy li avessivo acceptati et tolti per ingegneri, secondo ne aveamo scripto. Mo siamo advisati che per fin qui li haveti dato bone parole, ma non li haveti voluti acceptare, de la qual cossa ne siamo alquanto maravigliati, perché per uno ingegnere noy ve ne damo doi, boni, pratici et intendentissimi al mistero loro.”* Curiosa la precisazione che segue: *“Né per havere li dicti doi ingegneri li zonteti più spexa de uno dinaro de quello salario et provisio-ne dacevati al dito quondam maestro Filippino”*. Concludeva infine la lettera ducale con un ordine perentorio: *“Et pertanto ve dicemo et vogliamo, visis præsentiibus, debiati acceptare et metere ala possessione del dito offitio li predicti maestro Antonio et maestro Zovane”*, non mancando di nuovamente sottolineare come il comportamento dei deputati avesse disatteso le precedenti disposi-

zioni scritte che, peraltro, non figurano tra le carte dell'Archivio Storico della Fabbrica. E' conservata invece la delibera del 5 luglio 1454 con la conferma che Antonio da Firenze è cassato dal suo ufficio di ingegnere della Fabbrica con la secca motivazione *“quod de eo fabrica non eget”*.

Vien da chiedersi: perché questa ostinata resistenza della Fabbrica al volere del Duca e perché fu così breve la permanenza del Filarete presso il cantiere del Duomo? Si osservi, invece, che il campionesse Giovanni da Solaro, più volte rifiutato assieme all'Averlino e con questi poi assunto, fu attivo in Duomo con vari incarichi fino alla fine del settimo decennio del Quattrocento, riscuotendo consensi e incarichi dagli amministratori della Fabbrica, da sempre affidatisi con piena e giustificata fiducia ai numerosi esponenti della secolare stirpe dei Solari.

E' forse fidando sulla stima dei responsabili del cantiere della cattedrale verso un Solari che lo Sforza, per superare il loro eloquente silenzio, gli affiancò, imponendolo, il Filarete? A quel punto il duca ebbe partita vinta, ma credo di essere nel giusto se ipotizzo che il maestro fiorentino venne relegato a funzioni subalterne o marginali rispetto a maestro Giovanni, come parrebbe di capire dalla formula di licenziamento usata. Analogo trattamento venne riservato al Filarete negli altri incarichi avuti dai duchi Sforza: di breve durata fu la sua permanenza presso i cantieri del Castello Sforzesco, della Certosa di Pavia, di Santa Maria Maggiore di Bergamo e, se vogliamo, anche dell'Ospedale Maggiore che pure fu la sua opera più singolare e innovativa.

La mancanza di documenti non aiuta a identificare i motivi di questo comportamento nei confronti del Filarete. Ritengo, tuttavia, di poter formulare tre ipotesi, forse anche concorrenti a determinare questa situazione:

- l'atteggiamento prevenuto dei costruttori lombardi di fronte ad un *forestee* che, anche se si dimostrò abile mediatore tra la cultura architettonica toscana e quella nostrana, era pur sempre una voce fuori dal coro;
- la tendenza dell'Averlino ad una esasperata concettualizzazione del processo progettuale dell'architettura, atteggiamento tipico di ogni vero tratta-

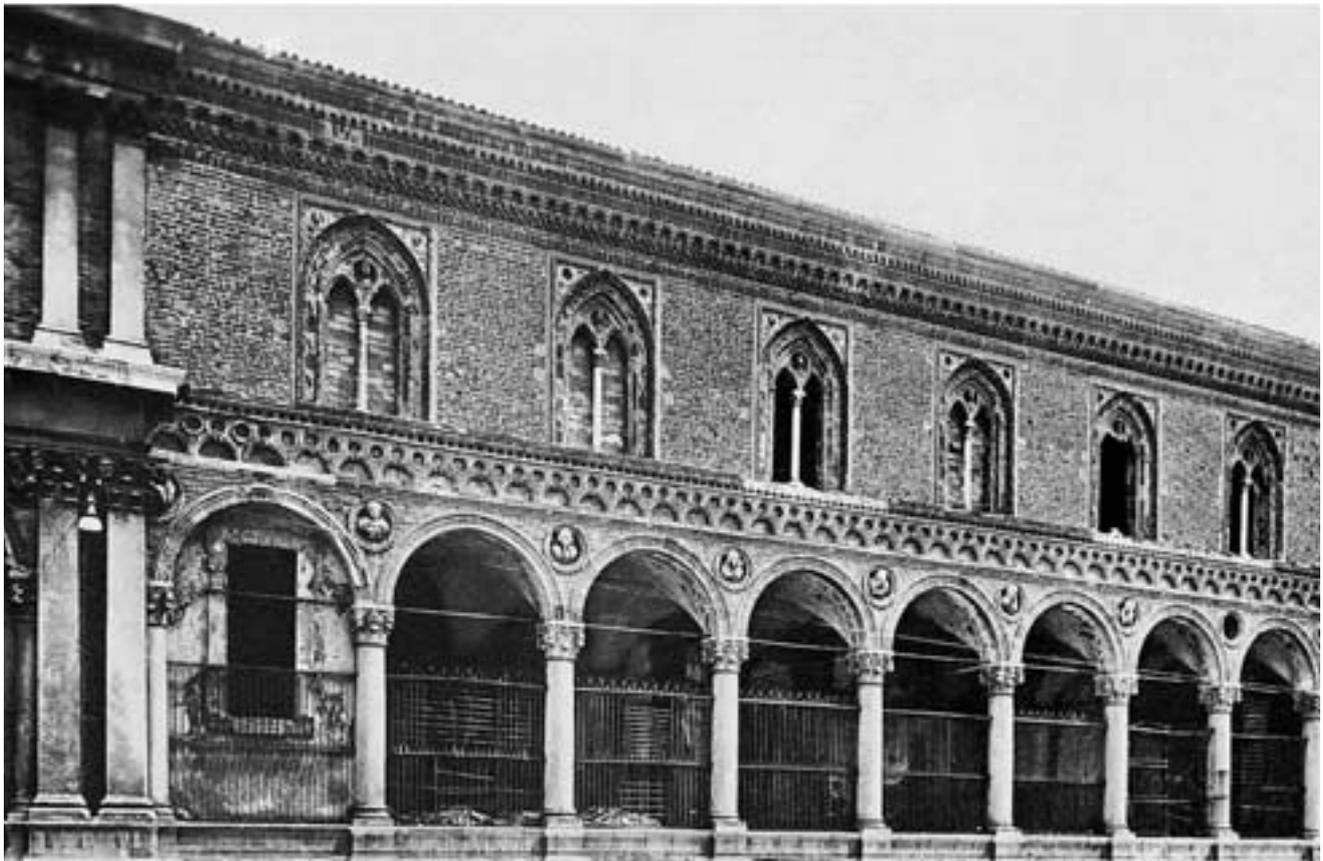
tista, in netto contrasto con il solido pragmatismo milanese e lombardo che, pur perseguendo elevate qualità estetiche, non abbandonava mai la “concretezza ambrosiana”;

- il suo carattere naturalmente spigoloso e che amava marcare una certa superiorità se non presunzione, come appare dalle parole dell’artista toscano nella lunga dedica del suo trattato allo Sforza; un difetto che portava ad alienargli le simpatie dei colleghi e ad attizzare ancor più il loro spirito critico, quanto mai incline a trovare ed esaltare i suoi veri o presunti errori sia progettuali sia costruttivi.

Forse la troppa ostentata sicurezza nella propria capacità fu il motivo che maggiormente ostacolò il Filarete a farsi accogliere nei vari cantieri lombardi in cui ebbe ad operare, cominciando dal “suo” della

Ca’ Granda. Un autorevole riscontro si ha nella lettera inviata a Cicco Simonetta dall’architetto milanese Bartolomeo Gadio il 28 luglio 1473, otto anni dopo il ritorno di Antonio a Firenze, nel quale lamentava dannose infiltrazioni d’acqua piovana nelle murature dell’Ospedale, a causa della soluzione tecnica adottata dall’Averlino malgrado i pareri contrari di altri suoi colleghi lombardi, tra i quali, sembra di capire, il Gadio stesso, che scrive: *“per essere fatto ad questo hospitale per Mag. Antonio di Fiorenza decorrere l’acqua pluviana et guastando tute le mure, me mandò per vedere questa cosa, et conoscendo io che non era durabile, ordinai de fare decorrere l’acqua de fora le mura. Ma questi Fiorentini voleno fare de sua testa et a la fiata non sano quelle se fazano.”*

Milano, lo “Spedale di Poveri del Filarete”: facciata verso via Festa del Perdono.



Il sogno come luogo dell'arte

FRANCESCO FIORISTA

“...il sogno è l'infinita ombra del Vero...”

Giovanni Pascoli, *Alexandros*

“...tutto è vano vano è il sogno; tutto è vano tutto è sogno...”

Dino Campana, *Canti Orfici*

Il grande e non dimenticato giornalista sportivo Gianni Brera, di cui quest'anno lamentiamo i dieci anni della scomparsa, era non solo amante della buona tavola e del buon vino, ma anche estimatore del tabacco: egli era solito dire che “...una vita senza fumo è come un sonno senza sogni”. E se noi, da medici cardiologi, non possiamo ovviamente condividere la prima parte di tale affermazione, concordiamo però sulla seconda: senza sogni, il sonno sarebbe solo una pallida particola di morte, e ci sarebbe negata, in vita, l'unica esperienza che ci sottrae alla tirannia penosa e incomprensibile del tempo e dello spazio, nonché l'unica possibilità che ci è data di rivedere le persone care che non sono più tra noi.

E, come la vita reale, ci sono sogni belli, che vorremmo non finissero mai, e sogni brutti o addirittura angosciosi: veri e propri incubi da cui il risveglio fortunatamente ci salva. E da sempre è esistita l'oniromanzia, o tecnica divinatoria che trae presagi dall'interpretazione dei sogni: dai veggenti del mondo antico fino ai *numeristi* o smorfiatori di sogni, coloro che traducevano in numeri del lotto le immagini dei sogni (si pensi, ad esempio, al fra cappellano Vella, nella Sicilia di fine Settecento, nel *Consiglio d'Egitto* di Leonardo Sciascia, nonché al mondo popolare della commedia meridionale in genere e napoletana più in particolare). E del resto la stessa parola “smorfia”, ovvero il manuale usato nel gioco del lotto contenente il valore numerico da uno a novanta di immagini ricavate da sogni, deriva dal nome Morfeo, mitica divinità dei sogni (da cui deriva anche il nome del farmaco oppiaceo “morfinina”): dio che assume forme umane, munito di ali

avvicina il dormiente senza farsi sentire.

L'attività onirica è dunque insita nella natura umana: sognava l'uomo di Neanderthal, e sognerà, vogliamo sperarlo, l'uomo che vivrà nelle stazioni interplanetarie.

Già Lucrezio, nel IV libro del *De rerum natura*, aveva cercato di interpretare “scientificamente” la natura delle sensazioni corporee, esponendovi la teoria dei “*simulacra rerum*”, valida anche per le immagini oniriche. Dopo duemila anni, la neurofisiologia e la psicoanalisi (Sigmund Freud, *L'interpretazione dei sogni*, 1899) ci avrebbero tolto molti veli sulla comprensione, sul significato e sull'interpretazione del fenomeno onirico: ora sappiamo che sogniamo in media tre volte per notte, che anche cani e gatti hanno nel sonno un'attività psichica simile alla più tipica forma di attività psichica dell'uomo che dorme, che i nostri sogni hanno un contenuto manifesto e uno latente, che i sogni esprimono, ma non sempre, la realizzazione di un desiderio, ecc. ecc..

All'interpretazione psicoanalitica freudiana, che tanta influenza avrebbe avuto non solo in Medicina ma anche nelle forme artistiche del XX secolo, segnando il passaggio di un secolo e di un'epoca, si sarebbe poi contrapposta la psicologia adleriana (dal nome dello psichiatra e psicologo viennese Alfred Adler, dapprima discepolo di Freud, fondatore poi di una nuova scuola psicoanalitica di psicologia individuale).

Onirologia dunque, o scienza del sogno. Ma, nonostante tutte le approfondite conoscenze medicoscientifiche fino a questo inizio di terzo millennio, fortunatamente il mistero del sogno rimane. Scriveva Freud che “...ogni sogno ha perlomeno un punto in cui esso è insondabile, quasi un ombelico attraverso il quale esso è congiunto con l'ignoto...”. Mistero tanto arcano da aver affascinato da sempre gli artisti. Letteratura, teatro, musica, pittura: tutte

forme artistiche che con i sogni si sono confrontate, fino al Cinema, arte immaginifica e onirica per eccellenza. Bisogna di sognare che dovrebbe essere proprio anche della Politica, se questa fosse un'etica ricerca al continuo miglioramento dell'Uomo: "...I have a dream..." come disse in un famoso discorso dei primi anni Sessanta contro la segregazione razziale Martin Luther King.

Il sogno nell'antichità

Le ricerche sui sogni dei primitivi del XX secolo hanno dimostrato che, accanto ai consueti sogni angosciosi e di adempimento dei desideri, comuni a tutti gli uomini, vi sono altri sogni modellati su schemi e elementi della civiltà locale. Se l'uomo moderno sogna, ad esempio, di viaggiare in aereo, il primitivo sogna di essere trasportato in cielo da un'aquila, e un contemporaneo di Omero sognava, forse, di essere carpito dalle Sirene o inseguito dal Minotauro: così come il mito è il pensiero sognante di un popolo, così il sogno è il mito dell'individuo. Nella mitologia greca i sogni erano considerati figli del Sonno e della Notte: oltre al già citato Morfeo, preannunciatore del vero, vi erano i suoi due fratelli Fobètore o Icelo, apportatore di spavento, e Fantàso, ispiratore di folli illusioni e di stravaganze fantastiche. I sogni si dividevano in due categorie: veridici, quelli che uscivano dalla porta di corno; fallaci, quelli che uscivano dalla porta di avorio:

*Degli aerei sogni
son due le porte, una di corno e l'altra
d'avorio. Dall'avorio escono i falsi,
e fantasmi con sé fallaci e vani
portano: i veri dal polito corno,
e questi mai l'uom non scorge indarno.*

Odissea, libro XIX

Il Sonno (Hypnos in greco) era a sua volta figlio della Notte e fratello gemello della Morte (Thànatos): era raffigurato con un papavero e con una verga, con la quale toccava gli uomini e li assopiva, dando loro pace e riposo. Il sogno fu dunque ritenuto nell'antichità un fenomeno di esperienza extra umana (e ancor oggi si usa l'espressione "mondo dei sogni"), molto importante e misterioso insieme (si ricordino gli àuguri che interpretavano i sogni). Nel libro II dell'*Iliade*, Giove manda il Sogno falla-

ce nella tenda di Agamennone per annunziargli che gli dèi hanno decretato per quello stesso giorno la caduta di Troia: il Sogno scende in un baleno, entra nella tenda del dormiente Agamennone, e gli parla assumendo le sembianze di Nestore.

Più ricca di sogni è l'*Odissea*: nel libro IV, Pallade manda in sogno a Penelope la sorella Iftima, a rassicurarla sul viaggio intrapreso dal figlio Telemaco. La stessa dea, nel libro VI, al fine di realizzare l'incontro tra Nausicaa e il naufrago Ulisse, appare in sogno alla figlia di Alcino invitandola a recarsi il mattino seguente al fiume con le ancelle, a lavare le sue splendide vesti. Nel libro XV sempre ancora la dea Pallade appare in sogno a Telemaco, ad offrirgli preziosi consigli, e ad avvertirlo dell'agguato che i Proci gli avrebbero teso tra Itaca e Same: che dunque tenesse la nave lontano dalle isole, viaggiando pure di notte. Infine, nel libro XIX, Penelope profeticamente sogna che un'aquila (Ulisse), calandosi da un monte, uccideva le sue venti oche (i Proci).

Dai poemi omerici alla tragedia classica: ne *I Persiani* di Eschilo la madre di Serse, Atossa, fa un sogno premonitore dell'imminente sconfitta dell'esercito del figlio nella battaglia di Salamina. Nell'*Edipo re* di Sofocle, con queste parole Giocasta si rivolge ad Edipo: "...*Quanti prima di te, nei sogni loro / Giacquero con la madre! Ma la vita / Per chi vede in quest'ombra il nulla vano / E' solamente un lievissimo peso...*".

Dalla tragedia alla storiografia: Plutarco, nelle *Vite parallele*, nella pagina finale della morte di Cesare, racconta come, dopo la sua uccisione, l'amico Gaio Elvio Cinna sognasse di essere stato invitato a pranzo da Cesare, e di essere trascinato per mano da lui; destatosi e recatosi al Foro a onorare la salma di Cesare, fu ucciso dalla folla che lo scambiò per l'omonimo Lucio Cornelio Cinna, uno dei congiurati.

Quasi mille e ottocento anni prima di Freud, Artemidoro di Efeso, nella seconda metà del secondo secolo d.C., scrisse un trattato in cinque libri, dal titolo *Il libro dei sogni*; in esso sono esposte le regole pratiche dell'onirocritica, ossia l'arte di trarre presagi dai sogni. E l'autore, che svolse professionalmente questa attività, costruisce una completa casistica delle corrispondenze tra la visione del sogno e l'evento reale, ricorrendo a un sistema fon-

dato su principi razionali, e dunque scientifici, di tipo semiologico. Secondo Artemidoro, “*l’interpretazione dei sogni non è altro che accostamento di simili*”, ossia consiste nella ricerca dei pensieri connessi con l’immagine onirica. Tale metodo offre il precedente del principio associativo freudiano, con la differenza - rilevata dallo stesso Freud - che Artemidoro si riferisce all’associazione suscitata nella mente dell’interprete, mentre per Freud vale l’associazione che opera nell’inconscio del sognante.

Dalla letteratura greca alla latina. Nel celeberrimo e drammatico secondo libro dell’*Eneide*, quello in cui Enea racconta a Didone la caduta di Troia, il futuro fondatore di Roma ricorda come in quella terribile notte avesse fatto un sogno profetico: gli era apparsa l’ombra di Ettore morto, raccomandandogli di recar con sé i santi simulacri e di andar oltre il mare a cercar nuove terre. E ancora nel libro VIII, ad Enea che dorme sulla riva del Tevere, appare in sogno un gran vecchio avvolto in un velo ceruleo e col capo coronato di canne: sorge dalle acque del fiume, di cui incarna la divinità. E’ il dio Tiberino, che dice parole incoraggianti all’eroe, preannunciandogli la vittoria contro Turno e confermandogli che quella è la terra riservatagli, quello il fiume presso cui egli dovrà stanziarsi con la sua gente.

Ancora nella poesia epica, ricordiamo la *Pharsalia* di Lucano: nel libro IV a Pompeo, in fuga dall’Italia, appare in sogno Giulia, la moglie morta, che gli predice con parole infuocate i disastri della guerra civile e la sua prossima morte; nel libro VII Pompeo, prima della decisiva battaglia di Farsàlo, rivede in sogno i trionfi del suo passato.

Sempre nella letteratura latina, Properzio (Libro IV, elegia settima) ricorda il suo amore con Cinzia, la cui ombra gli appare in sogno dal regno dei morti, sottolineando la veridicità dei sogni sacri: “*Nec tu sperne piis venientia somnis portis. / Quum pia venerunt somnia, pondus habent.*” (“*Non avere in dispregio le cose che ti vengono dalle sacre soglie dei sogni. / Quando vengono sogni sacri, hanno gran peso*”). E Cicerone, nel VI libro del *De Re Publica*, sotto la finzione di un sogno raccontato da Scipione (*Somnium Scipionis*), espone la dottrina dell’immortalità

dell’anima e, con una profonda eticità romana, accenna all’eterna beatitudine assegnata agli uomini giusti e ai benemeriti della patria. Sogno presago di sventura: si pensi a quello della moglie di Cesare Calpurnia (Svetonio, *De vita Caesarum*, cap. 81), premonitore dell’imminente uccisione di Cesare da parte dei congiurati di Bruto. Sogni degli uomini, ma sogni anche degli animali, in un comune naturale sentire: come accennato da Petronio Arbitro nel *Satyricon*: “*Et canis in somniis leporis vestigia latrat*” (“*Persino il cane latra sulle orme di una lepre apparsagli in sogno*”), e da Claudiano nel prologo del secondo libro del poemetto *Ratto di Proserpina*, là dove afferma che tutti gli animali sognano di notte cose che sono ombre di quel che hanno fatto di giorno. Non diversamente dagli dèi pagani “*falsi e bugiardi*”, il sogno come via perché il Divino si manifesti all’uomo: tra i diversi esempi rintracciabili nell’Antico Testamento, ricordiamo due teofanie: la prima nel sogno di Giacobbe nel libro della

“... e vide in sogno una scala, e angeli che salivano per essa, e scendevano ...” Giusto de’ Menabuoi (II metà del sec. XIV), Padova, Battistero del Duomo



Genesi, quando egli sogna il Dio di Abramo in presenza di una scala che sale dalla terra al cielo, sulla quale passano gli angeli (sogno raffigurato in un affresco di Giusto de' Menabuoi nel Battistero del Duomo di Padova), e la seconda nell'apparizione in sogno di Dio a Salomone nel libro dei Re, quando riceve da Dio la saggezza di distinguere il bene dal male. Dalla Bibbia al Vangelo di Matteo, quando un angelo appare in sogno a Giuseppe, a convincerlo di non ripudiare Maria, perché "...*Colui che in lei è stato concepito è opera dello Spirito Santo...*". E sempre nel vangelo di Matteo, in sogno i Magi sono avvertiti di non ripassare da Erode, e ancora un angelo nel sonno porta a Giuseppe in Egitto la notizia della morte di Erode, rassicurandolo sul loro ritorno a Nazaret. Infine, ancora in Matteo, la moglie di Pilato (Procla) fa avvertire il marito di non condannare quel giusto, "...*perché oggi, in sogno, ho sofferto molto per motivo di lui*". Sogno che si confonde con il reale, come nella miracolosa liberazione dalla prigione di Pietro dormiente, ad opera di un angelo (*Atti degli Apostoli*, 12, 6-9): "...*Pietro non si era ancora accorto che era realtà ciò che stava succedendo per opera dell'angelo: credeva infatti di avere una visione...*".

Dal Medioevo fino al Romanticismo

Dal Nuovo Testamento alle più note leggende cristiane: da quella di S. Orsola (si pensi al dipinto *Il sogno di S. Orsola* di Vittore Carpaccio, Venezia, Gallerie dell'Accademia) a quanto narrato da Jacopo da Varagine nella *Legenda Aurea*, a proposito della storia della Vera Croce, a proposito del sogno di Costantino (raffigurato da Piero della Francesca nel ciclo di affreschi nella chiesa di San Francesco ad Arezzo) in cui l'imperatore romano viene a conoscenza del luogo ove è sepolta la croce del Calvario, che in tal modo sua madre Sant'Elena riesce a riportare alla luce.

Il sogno come anticipatore di reali verità future, soprattutto se si sogna nelle prime ore del giorno. La credenza del valore profetico dei sogni all'alba era molto diffusa nel Medioevo: verso mattina la nostra mente, più libera dai sensi e meno occupata dai pensieri, è nei sogni quasi divinatrice. Si pensi al famoso sogno di Dante nel canto IX del Purgatorio, al passaggio tra l'Antipurgatorio e il Purga-

Piero della Francesca: *Sogno di Costantino*
(dagli affreschi della chiesa di San Francesco ad Arezzo)



torio propriamente detto, sogno in cui il poeta viene trasportato da un'aquila dalle penne dorate fino alla sfera del fuoco (vv. 13-42), ove per il calore dell'incendio egli si sveglia. Dante, nell'iniziale descrizione del sogno, accenna specificamente all'alba, alla mente più libera (*peregrina*) dai pensieri e dunque divinatrice:

*"Nell'ora che comincia i tristi lai
la rondinella presso alla mattina,
forse a memoria de' suo' primi guai,*

*e che la mente nostra peregrina
più dalla carne e men da' pensier presa,
alle sue vision quasi è divina,
in sogno mi pareva veder sospesa
un'aguglia nel ciel con penne d'oro,
con l'ali aperte ed a calare intesa...."*

Nelle Stanze di Poliziano, e più precisamente nelle ottave conclusive, il protagonista del poemetto, il giovinetto Iulio, vedendo in sogno Simonetta, viene rivestito delle virtù di Gloria, Storia e Poesia, in una rinascita spirituale verso una vita veramente nuova e armonicamente umana.

Nel canto ottavo dell'*Orlando furioso*, l'eroe ariostesco sogna di trovarsi in un bel giardino, felice accanto ad Angelica, quando improvvisamente un turbine trasforma il giardino in deserto: la bella Angelica è scomparsa, e di lei Orlando ode solo le grida di disperato richiamo.

Ritroviamo il tema del sogno anche nella *Gerusalemme liberata*: nel canto XII, quello della morte di Clorinda, il fedele servo eunuco Arsete, nello svelarle il segreto di essere lei figlia di genitori cristiani, le confessa però di non aver ubbidito a suo tempo all'ordine di battezzarla impartitogli da un guerriero apparsogli in sogno, giacché lo aveva ritenuto un sogno fallace; ma fallace il sogno non doveva essere, perché lo stesso guerriero gli è apparso in sogno la notte precedente la battaglia (battaglia in cui Clorinda troverà la morte, e il battesimo, per mano di Tancredi). Nel canto XIV il Tasso, nel narrare che Dio manda un sogno a Goffredo rivelandogli la propria volontà, riprende la credenza della veridicità dei sogni mattutini che escono dalla porta di corno ("cristallina"):

*Non lunge all'auree porte ond'esce il sole,
è cristallina porta in oriente,
che per costume inanti aprir si sòle
che si dischiuda l'uscio al dì nascente:
da questa escono i sogni, i quai Dio vòle
mandar per grazia a pura e casta mente:
da questa or quel, ch'al pio Buglion discende,
l'ali dorate in verso lui distende.*

Shakespeare, autore tra l'altro di *Sogno di una notte di mezza estate*, nel *Riccardo III* (atto V, scena III) nella notte precedente la battaglia

manda in sogno, o meglio in un incubo premonitore, a re Riccardo gli spettri delle vittime da quello fatte uccidere, a minacciare vendetta sulla sua testa. E, sempre restando in Shakespeare, celeberrime sono le parole del principe di Danimarca nell'*Amleto*:

...Morire, dormire. Dormire? Sognare forse. Ecco il punto: perché nel sonno di morte quali sogni intervengano a noi sciolti da questo viluppo, è il pensiero che deve arrestarci...

Il sogno come artificio letterario: nel 1627 Francisco de Quevedo, nella Spagna della Controriforma, in pieno *siglo de oro*, dà alle stampe *I Sogni*, opera in cui vengono stigmatizzati i vizi e gli errori umani; l'autore immagina di essere trasportato nel mondo onirico, fuori dal mondo sensibile, nei liberi regni della fantasia. Così sospeso tra cielo e terra, tra il reale e l'irreale, può abbandonarsi ai più audaci esercizi acrobatici, ai giochi della parola e del pensiero, ritrovandosi al cospetto della Morte o in pieno Giudizio Universale; creandosi inoltre la felicissima opportunità di porre fine alla visione con il risveglio, nel momento in cui egli stesso sceglie.

Sogno come specchio del reale, senza soluzione di continuità tra vita e sogno, come per il sentimento romantico: si pensi alle ultime parole del racconto di Heinrich von Kleist *Il Principe di Homburg* ("... *Un sogno, che altro?*"), a Goethe che mette questi pensieri nella penna del giovane Werther all'inizio della lettera del 22 maggio 1771 ("*Che la vita umana sia soltanto un sogno è già sembrato a più d'uno e nemmeno io riesco a sottrarmi a questo sentimento... E allora tutto ondeggia davanti ai miei sensi, ed io sorrido continuando a sognare nell'infinito...*"), fino al poeta inglese Keats, in una sospensione tra realtà e sogno, negli ultimi due versi dell'*Ode a un usignolo* ("*Fu visione o sogno in veglia? Spente / son queste note omai: Dormo od ascolto?*"). E ancora, così leggiamo nella lettera datata 10 gennaio 1798 del foscoliano Jacopo Ortis: "*Umana vita? sogno; ingannevole sogno...*".

In questo anelito al sogno, al dileguare, allo svanire in un infinito presentito e irraggiungibile, nella consapevole precarietà di un tale solo momentaneo appagamento fantastico e sentimentale, si manifesta

la volontà romantica di stabilire un rapporto più coerente tra individuo e mondo. Si pensi, anche, al *Sogno della notte di Walpurga* nel *Faust* di Goethe, e, in pittura, ad alcuni dipinti visionari quali quello di Ingres del 1813 noto come *Il sogno di Ossian* ed il precedente dello svizzero Füssli del 1781 intitolato *L'incubo*. Confinato nell'infraumano dall'Illuminismo, non di rado relegato tra i confini della magia e della superstizione, il sogno conosce infatti a partire dall'età romantica la fortuna toccata a tutto ciò che è in rapporto alla sfera dell'istintivo-irrazionale: per i romantici, che fecero della notte illuminata dalla luna il loro ambiente d'elezione, il sonno fu concepito come una restituzione al cuore profondo della natura e il sogno come la manifestazione più aderente di quelle forze naturali che generano la vita e le immagini psichiche. Disse Schubert che "... il sogno, come la poesia, fa appello a certe regioni interiori che comunicano con una realtà cosmica più profonda di quella cui noi attingiamo nello stato ridesto...". Su questa strada Freud arriverà a postulare l'organizzazione autonoma della vita inconscia e quindi la "coerenza" del sogno, che ha sempre un suo significato, anche quando sembra assolutamente assurdo.

Sempre in epoca romantica, il tema del sogno fu molto caro al Leopardi: nell'Operetta Morale *Dialogo di Torquato Tasso e del suo Genio familiare*, troviamo che "... dal vero al sognato, non corre altra differenza, se non che questo può qualche volta essere molto più bello e più dolce, che quello non può mai...". E poco dopo, sempre nelle parole del Genio, Leopardi rievoca alcune credenze degli antichi: che a cena non si dovessero mangiare le fave, perché, come diceva Pitagora, erano contrarie alla tranquillità dei sogni, e che prima di coricarsi si levassero "*libazioni a Mercurio conduttore di sogni, acciò ne menasse loro di quei lieti; l'immagine del quale tenevano a quest'effetto intagliata in su' piedi delle lettiere*". E ancora nel XV componimento poetico dei *Canti* (*Il Sogno*), composto nel 1821, Leopardi immagina di sognare di discorrere con una fanciulla a lui cara, precocemente venuta a morte (la medesima Teresa Fattorini, la figlia del cocchiere di casa Leopardi, immortalata sette anni più tardi, e con miglior fortuna letteraria, nella famosissima *A Silvia*).

Dalla seconda metà dell'Ottocento fino a noi

Tema, quello onirico, toccato anche dal Carducci: nelle *Odi barbare*, in *Sogno d'estate*, il poeta immagina di sognare, sulle placide spiagge della Versilia in fiore, la fanciullezza, la madre e il fratellino Dante (quello morto suicida): "*Passar le care immagini, disparvero lievi co 'l sonno...*". E, solo per citare alcuni esempi, ricordiamo anche le poesie *Il sogno d'Odisseo* (Pascoli, dai *Poemi conviviali*) e *Sogno d'una notte di primavera* (D'Annunzio, dalla raccolta *La Chimera*). Siamo dunque giunti al Decadentismo, periodo storico in cui il sogno diventa un modello di riferimento fecondo anche per lo stile: infatti il linguaggio del sogno è per eccellenza sintetico, analogico, immaginativo; non necessita di segni astratti né di strumenti subordinativi o coordinativi, cioè di tutti gli elementi del linguaggio logico. Esso non ha sintassi e quindi si sviluppa non come un discorso, ma come una sequenza analogica, tenuto insieme non da un ragionamento ma da una passione (non a caso, sempre secondo Freud, il sogno esprime sempre un intenso desiderio, o comunque una paura, uno sgomento, una preoccupazione e così via).

Ecco dunque che la letteratura decadente, che fa riferimento alle pulsioni della vita inconscia, trova nel sogno lo "stile" di cui ha bisogno: analogico e simbolista innanzitutto per la poesia (si pensi alla lirica del Pascoli, soprattutto in *Myricae*), e del tutto particolare anche in prosa. Dalla provenienza inconscia della narrazione (Joyce), ai racconti di Kafka che spesso altro non sono che lucidissimi sogni d'angoscia o veri incubi, fino alla duplice compresenza del dottor Jekyll e mister Hyde in Stevenson.

Nel sogno tutto è possibile: una grande possibilità di libertà inventiva per chi, come molti decadenti, voglia opporre alla logica del reale un mondo completamente costruito dall'immaginazione sulla base di certe passioni psicologicamente dominanti. In pittura il Simbolismo è la corrente artistica che ne deriva: rivalutando gli aspetti spirituali dell'esperienza, ne sottolinea i tratti misteriosi ed eterni, rintracciabili nella sfera onirica ed inconscia. Tra i maggiori esponenti (Gustave Moreau, Pierre Puvis de Chavannes) ricordiamo Odilon Redon, il quale esplora nei suoi quadri il mondo onirico e carica le

sue figurazioni di significati allusivi ed inquietanti. La fantasia, per quanto sbrigliata, non inventa ma rivela: rivela i processi e i fenomeni dell'esistenza biologica e psichica che sfuggono al controllo della ragione, ma sono comunque processi e fenomeni dell'esistenza. Il mondo sterminato dell'inconscio, per la cui analisi Freud elabora appunto un metodo rigoroso, non è inaccessibile, e la sua realtà si rileva proprio nel sogno, che prima si riteneva irrealità pura.

Il Simbolismo sfocerà così, dopo la prima guerra mondiale, nel Surrealismo, che pone a fondamento dell'arte proprio l'esperienza onirica, affermando la preminenza della parte irrazionale dell'uomo sulla ragione. Il surrealismo anela al raggiungimento di un diverso grado di realtà, la "surrealtà" appunto, che viene identificata con il mondo dell'inconscio, nella registrazione fedele degli stati irrazionali, quali il sogno, gli automatismi psichici, le alienazioni mentali, ecc.: si pensi, ad esempio, ad alcune opere di Salvador Dalí (*Spettro di Vermeer van Deft che può servire da tavola*, singolare immagine dal titolo paradossale ispirata da un sogno) e Joan Mirò. E anche il pittore francese di origine polacca Balthus connoterà i suoi interni di misteriose allusioni erotiche ed oniriche, proprio tra surrealismo e

Balthus: *Il sogno II*, 1956-57, olio su tela, collezione privata



realismo magico, e intitolerà due suoi oli su tela *Le Rève I* e *Le Rève II*. E, sempre in pittura, ricordiamo anche *La pastorella sognante* di Segantini.

Tornando alla Letteratura, anche nella poesia crepuscolare ritroviamo liriche sul sogno: da Corrado Govoni (*Incubo*) a Carlo Chiaves (*Sogno e ironia*), da Sergio Corazzini (*L'ultimo sogno*) a Carlo Vallini (*Il sogno*), ecc.

Circa negli stessi anni, la nascente tecnica cinematografica offre, tra le moltissime altre, non solo la possibilità di "sognare ad occhi aperti", ma anche quella di offrire il mezzo più adatto per una vera e propria rappresentazione "onirica" (basti pensare al primo Luis Buñuel e poi, nella seconda metà del Novecento, a gran parte dell'opera di Fellini o al film *Sogni* del giapponese Kurosawa).

Nel maggio del 1919 Federico García Lorca scrisse tre poesie sul sogno, raccolte nel *Libro de poemas*, due intitolate *Sueño* e la terza *Otro sueño*: "Hay floraciones de rocío / sobre mi sueño..." ("Ci sono fioriture di rugiada / sul mio sogno..."). Cinque anni prima, nel 1914, Dino Campana nei *Canti Orfici* intitolava *Sogno di prigioniero* un suo ricordo della natia Marradi. Circa negli stessi anni, l'avvento della psicoanalisi freudiana influenzava anche la letteratura: il medico scrittore viennese Arthur Schnitzler nel 1926 pubblicava la novella *Traumnovelle*, dal tema onirico-reale-surreale (*Doppio Sogno*, da cui Stanley Kubrick trasse il suo ultimo film *Eyes wide shut* nel 1999): ove la frontiera è tra realtà e sogno nel senso che la vita è strutturalmente anche sogno, non contenuto ma forma della novella stessa. E ancora Italo Svevo in *La coscienza di Zeno* e Pirandello nell'atto unico *Sogno (ma forse no)* avrebbero ripreso la tematica onirica, fino più recentemente a Giuseppe Berto nel romanzo autobiografico *Il male oscuro*.

In conclusione, come già accennato nell'introduzione, particolari correnti letterarie, pittoriche e cinematografiche dell'arte del Novecento trovano le loro radici proprio nella scoperta freudiana della psicoanalisi: dopo la pubblicazione de *L'interpretazione dei sogni* nulla sarebbe stato più come prima.

Sogno e malattia

Elio Aristide (II secolo d.C.), retore di lingua greca, nevrotico e dal temperamento maniacale ed egocentrico, nei *Discorsi sacri* frequentemente narra dei

sogni inviati da Asclepio, al cui intervento divino notturno egli attribuisce la guarigione dai suoi mali fisici. Nella descrizione dei suoi sogni, Elio Aristide è estremamente fedele verso il carattere alogico e irrealistico dell'esperienza onirica, in un continuo intrecciarsi di vita onirica e vita vissuta. Suo dichiarato intento è quello di celebrare la potenza del dio guaritore Asclepio, dio della Medicina, ultima divinità pagana a soccombere di fronte al cristianesimo dilagante. La credenza pagana del rito dell'incubazione, secondo la quale il dio Asclepio compariva in sogno ai malati che dormivano nel recinto del tempio a lui dedicato, suggerendo loro la terapia migliore per la malattia, passò poi nel culto dei Santi Medici Cosma e Damiano. I Santi Medici apparivano in sogno ai malati dormienti nelle basiliche cristiane (fra tutte il *Cosmidion* di Costantinopoli): curati nel sonno, al loro risveglio si ritrovavano guariti (vedi anche *la ca' granda*, anno XL, pagine 55-58, n. 1-2, 1999).

Sogno come speranza di guarigione: si pensi a Gabriele D'Annunzio, ferito all'occhio destro, immobile per mesi per non perdere la vista anche dall'occhio sinistro, nel *Notturmo*:

"... All'alba ho sognato che mia madre si chinava su me con un viso ringiovanito, e mi toglieva la benda, e mi scopriva la palpebra, e me l'addolciva prima con l'alito e poi me la premeva con le labbra. Ero guarito. Avevo riacquisito la vista intiera. L'occhio m'era ridivenuto fresco e limpido come in un risveglio dell'adolescenza. Tanto vivace era l'illusione che mi son levato sul gomito palpitando..."

Sogno portatore di guarigione dunque, ma anche foriero di malattia: chi non ricorda, all'inizio del capitolo XXXIII dei *Promessi Sposi*, l'angoscioso sogno di Don Rodrigo, premonitore del contagio della peste ai linfonodi ascellari?

"... e soprattutto gli pareva che qualcheduno di loro, con le gomita o con altro, lo pigiasse a sinistra, tra il cuore e l'ascella, dove sentiva una puntura dolorosa, e come pesante. E se si storciva, per veder di liberarsene, subito un nuovo non so che veniva a puntarglisi al luogo medesimo. Infuriato, volle metter mano alla spada; e appunto gli parve che, per la calca, gli fosse andata in su, e fosse il

pomo di quella che lo premesse in quel luogo; ma, mettendoci la mano, non ci trovò la spada, e senti in vece una trafitta più forte....

... Si raccapezzò che tutto era stato un sogno: la chiesa, il popolo, il frate, tutto era sparito; tutto fuorché una cosa, quel dolore alla parte sinistra. Insieme si sentiva al cuore una palpitazione violenta, affannosa, negli orecchi un ronzio, un fischio continuo, un fuoco di dentro, una gravezza in tutte le membra, peggio di quando era andato a letto. Esitò qualche momento, prima di guardar la parte dove aveva il dolore; finalmente la scoprì, ci diede un'occhiata paurosa; e vide un sozzo bubbone d'un livido paonazzo".

E, sempre nel tema della malattia, il romanzo autobiografico del siciliano Gesualdo Bufalino *Diceria dell'untore*, in cui l'autore rievoca l'esperienza propria e altrui in un sanatorio vicino a Palermo nell'immediato secondo dopoguerra, comincia non a caso con queste parole: *"O quando tutte le notti – per pigrizia, per avarizia – ritornavo a sognare lo stesso sogno: una strada color cenere, piatta, che scorre con andamento di fiume fra due muri più alti della statura di un uomo; poi si rompe, strapiomba sul vuoto...."*

Ma non vi è solo la malattia del corpo: ben più grave è la malattia dell'animo, intesa sia come sentimento di odio, sia come estinzione della brama di vivere e desiderio di morte. Da questa malattia può guarire solo l'amore, e in particolare quello materno: è ciò che canta Pascoli nella lirica conclusiva di *Myrica*, intitolata appunto *Ultimo sogno*:

.... Ero guarito.

*Era spirato il nembo del mio male
in un alito. Un muovere di ciglia;
e vidi la mia madre al capezzale;
io la guardava senza meraviglia*

Non importa se la madre morta sia sognata in questa o in un'altra esistenza; in pieno simbolismo, la vita non esclude la morte così come il sogno non esclude la realtà.

... Porquè la vida es sueño, y los sueños sueños son... (Calderòn de la Barca, La vita è sogno, 1635).

“L’Ufficio il più grande e il più interessante”:^{*} l’Archivio dell’Ospedale Maggiore di Milano

PAOLO M. GALIMBERTI

“La cassaforte è detta arca perché nasconde alla vista e proibisce l’accesso. Da qui deriva la parola archivio, da qui deriva arcano ovvero segreto, dal quale gli estranei sono esclusi”. Così si può tradurre con qualche libertà un celebre passo delle Etimologie di Isidoro di Siviglia ⁽¹⁾. Cercheremo quindi con queste note di togliere il velo all’archivio dell’Ospedale Maggiore.

Prima di addentrarci nelle vicende e nei contenuti dei nostri fondi, sono necessarie due premesse. La prima caratteristica da tenere presente è che l’attuale archivio - pur avendo una sezione storica di tutto rispetto - è ancora al servizio dell’attività dell’amministrazione, rispondendo pienamente alle “Istruzioni” del 3 maggio 1791: “Speciale dovere poi dell’Archivista sarà (...) in una parola soddisfare senza risparmio di fatica a quanto richiede l’interesse del L.P. e la preziosità dell’Archivio, che consiste in portare tutta la prontezza e chiarezza nell’uso delle Carte, e tutta la sicurezza della perpetua loro conservazione”. La seconda particolarità è che, pur essendo l’archivio di un ospedale, il nostro non possiede quasi affatto documentazione di tipo sanitario, ma unicamente di natura amministrativa.

L’archivio conserva quindi tutta la documentazione prodotta dall’Ospedale Maggiore di Milano da quando esso esiste; di più: già alla sua nascita custodiva documenti ben più antichi del 1456, anno di fondazione ufficiale della Ca’ Granda, che fu infatti creata aggregando e accorpendo vari e numerosi enti ospedalieri della città e della Diocesi, fino ai valichi alpini. È per questo motivo che a tutt’oggi possediamo pergamene fin dal secolo XI.

Il Capitolo (ovvero il consiglio di amministrazione) dimostrò fin da subito grande attenzione alla corretta gestione e conservazione della documentazione.

^{*} Il titolo riprende un’espressione della “Lettera al ven.do Capitolo dell’archivista per le occorrenze dell’archivio” del 16 maggio 1792.

Una delle primissime “ordinazioni capitolarie” (ovvero deliberazioni) del 1456 riguarda infatti la nomina dell’archivista. Allora il titolare doveva essere un notaio e nel regolamento del 1605 si ribadisce che doveva essere “*un Notaro fidele et diligente*”, e sempre si considerò l’archivio come “*la maggior cosa ch’abbi l’hospitale*”! Nel 1553 si stabilì anche che i privilegi e i documenti più importanti dovessero essere conservati in apposite casseforti.

Abbiamo così già potuto menzionare una delle più importanti serie archivistiche quale è quella dei registri delle Ordinazioni capitolarie che, dal 1447 agli odierni registri delle deliberazioni, descrive quotidianamente tutte le vicende e le decisioni degli amministratori dell’Ospedale ⁽²⁾.

Oltre alle Ordinazioni capitolarie, è bene ricordare altre serie archivistiche importanti e senza interruzioni. Innanzitutto i registri dei rogiti, la cui compilazione viene ricordata nel 1498 tra i compiti dell’archivista (cancelliere)⁽³⁾. Una miniera di dati per la storia dell’economia, della moneta e dei prezzi, dell’amministrazione, dell’alimentazione e dell’agricoltura, è rappresentata poi dai libri contabili: mastri di contabilità a partita doppia dal 1449, mastri di entrata e di uscita, giornali di entrata e di uscita, bilanci preventivi e consuntivi. In essi sono contabilizzati anche tutti i pagamenti agli artisti a cui furono commissionate in ogni tempo opere d’arte e ritratti dei benefattori.

Nel corso dei secoli l’Ospedale Maggiore fu dotato di un ampio patrimonio a cui attingere per le proprie attività con ampie donazioni. Già nel 1359 Bernabò Visconti aveva assegnato i possedimenti di Bertoni-co all’Ospedale del Brolo; papa Paolo III Farnese donò i beni di Sesto Calende nel 1534; le proprietà dei soppressi monasteri di Morimondo e Ganna pervennero da parte di Pio IV Medici nel 1561 e 1563; e infine Napoleone Buonaparte concesse nel 1797 il patrimonio del Collegio Elvetico, tra cui l’abbazia di

Mirasole. L'Ospedale acquisisce quindi anche le carte prodotte dagli enti di provenienza, talvolta molto antiche, a cui si somma la documentazione relativa all'amministrazione dei beni.

Se importanti autorità civili e religiose hanno concesso vasti patrimoni, è pur vero che l'Ospedale è sempre stato sostenuto dalla generosità di innumerevoli milanesi; come recita infatti l'epigrafe sul fronte della crociera filaretiana, Francesco Sforza duca di Milano e sua moglie Bianca Maria Visconti fondarono questo ospedale "*una cum Mediolanensi populo*", insieme con il popolo milanese. Con le donazioni e le eredità pervennero denaro, oggetti di valore, case e poderi, in qualche caso perfino il palco al Teatro alla Scala! L'archivio si arricchisce quindi anche di documenti, derivanti dagli archivi famigliari e privati ⁽⁴⁾.

L'incremento dei fondi archivistici comportò la necessità di una riorganizzazione nella seconda metà del XVIII secolo. Fortunatamente nel 1766 tra i "Deputati" ospedalieri si trovava il conte Giorgio Giulini, uno dei più importanti e documentati storici di Milano, che si premurò di migliorare le modalità di conservazione dei documenti, ritenuti importanti fonti storiche, anche se pragmaticamente antepose una corretta produzione e uso delle carte amministrative agli studi eruditi sulle antiche pergamene. Alle sue indicazioni si deve la realizzazione, tra il 1767 e il 1780, delle scaffalature della sala detta di noce, ancora oggi perfettamente rispondenti alle esigenze. L'ultimo scorcio del Settecento vede anche attuarsi le riforme amministrative promosse dall'imperatore Giuseppe II; di riflesso si dovette progettare la razionalizzazione degli archivi delle opere pie lom-

Sala settecentesca di noce dell'Archivio Storico dell'Ospedale Maggiore



barde. Di recente è stato scoperto e opportunamente approfondito da Marco Bascapè che il compito era stato affidato a Bartolomeo Sambrunico, a cui si deve un “Piano per la riordinazione delle carte dell’ospital Maggiore, che può servire di modello anche per quelle degli altri luoghi pii” redatto nel 1787. Il “piano” prende evidentemente ispirazione dagli usi applicati presso il nostro ente, per estenderli anche ad altre realtà ⁽⁵⁾.

Chi poi effettivamente affrontò la sistemazione dell’archivio ospedaliero però non fu il Sambrunico, ma un suo allievo: il sacerdote Giuseppe Borbone. Il 28 agosto 1792 questi rassegnò agli amministratori un “Piano per l’ordinamento dell’Archivio dell’Ospitale Maggiore in Milano”, la cui applicazione diede ai fondi archivistici la fisionomia che tuttora conserva. Il Borbone, persona di grande preparazione e livello culturale, dovette affrontare non molti anni dopo un imprevisto aggravio nel lavoro. Nel dicembre 1807, infatti, fu decisa da Napoleone la creazione di una “Congregazione di carità” che riunisse tutti gli enti assistenziali milanesi: Luoghi pii elemosinieri, Pio Albergo Trivulzio, Ospedale, Orfanotrofi, Monte di pietà. Come sede dell’amministrazione – e di conseguenza dell’archivio – si scelse l’Ospedale Maggiore. Per accogliere la gran massa di documenti dei diversi enti riuniti, furono realizzate nella primavera del 1808 le scaffalature del salone grande (già sala capitolare estiva), la cui utilità è andata ben oltre il 1825 (quando si tornò alla situazione precedente), assolvendo ancora al loro scopo. Oltre che archivista scrupoloso, il Borbone fu anche benefattore dell’Ospedale, e ne possediamo il ritratto a figura intera realizzato da Giuseppe Sogni nel 1833.

Sebbene gli interventi del Borbone siano stati fortemente criticati dagli archivisti del XX secolo, ancora a fine Ottocento il suo sistema era molto apprezzato dato che “... il Borbone seppe applicarlo ai bisogni dell’Ospedale con tale precisione di criterii e con classificazioni così appropriate, che da tal sistemazione in poi non si è mai sentito il bisogno di introdurre modificazioni, variazioni o miglioramenti” come scrive il Canetta, archivista nel 1880, ritenendo che “sarebbe desiderabile che tutte le Opere Pie e tutti i Corpi Morali del Regno avessero la fortuna di avere un Archivio così ben ordinato” ⁽⁶⁾.

L’importanza accordata all’archivio è resa evidente

dalla pianta organica per il personale nel 1865, che prevedeva la dotazione di: un Archivista, un “Aggiunto archivista”, due “Ufficiali”, due “Scrittori”; con uno stipendio per l’Archivista pari a quello dell’Ingegnere capo o del Consulente Legale. L’efficienza delle modalità di gestione e conservazione dei documenti in uso presso l’Ospedale Maggiore fece sì che queste furono ampiamente prese a modello a Milano e in Lombardia fino alla seconda metà del Novecento.

Malauguratamente però, con gli inizi del secolo XX, l’archivio fu affidato al capo Ufficio Protocollo. Questi, mancando evidentemente di una preparazione professionale specifica, fu l’artefice della peggiore sciagura capitata all’archivio. Nel 1907 infatti furono mandati al macero tutti gli archivi famigliari pervenuti con le eredità e le carte degli enti ed ospedali aggregati, ritenuti materiali non necessari alle incombenze amministrative. Furono distrutti 300 quintali di carte; grazie al tempestivo intervento della Società Storica Lombarda si poterono salvare unicamente le pergamene, in tutto 12.000 documenti dal secolo XI.

In seguito a tale irrimediabile fatto, l’amministrazione chiamò a capo dell’archivio Pio Pecchiai, valente studioso e autore di un fortunato manuale di archivistica (dove tra l’altro troviamo descritto esattamente il sistema di gestione documentaria ancora impiegato presso l’Ospedale Maggiore).

Messosi all’opera, il nuovo conservatore in breve tempo riuscì a ordinare le pratiche, creando una sezione storica accuratamente inventariata, in cui fu raggrupata tutta la documentazione anteriore all’anno 1863, separata da una sezione moderna cosiddetta “amministrativa”, comprendente invece gli atti esauriti dopo il 1864. Si diede vita anche ad alcuni fondi particolari, quali la collezione diplomatica, la raccolta di statuti e codici, le pergamene residuali degli archivi ereditari.

Dopo il collocamento a riposo di Pecchiai, nel 1931 si dovette selezionare un nuovo responsabile. “Data l’importanza dell’Archivio Ospitaliero pertanto, fu sempre cura dell’Amministrazione scegliere a coprire il posto di Archivista, funzionari che oltre a qualità amministrative avessero altresì una vasta cultura e una profonda preparazione storica, giuridica e paleografica, affinché la trattazione delle questioni e

dei problemi della vita odierna dell'Ospedale Maggiore (che vengono a formare, coi rispettivi incartamenti, la parte moderna, contemporanea dell'Archivio stesso) fosse accompagnata da un'esperienza archivistica e da una dottrina storico-paleografica che consentissero al funzionario di essere sempre all'altezza della sua carica, nelle varie mansioni affidategli⁽⁷⁾. La persona rispondente a tali requisiti fu individuata in Giacomo Bascapè, allora promettente studioso e successivamente docente di Paleografia e Diplomatica presso l'Università Cattolica, e autore di fondamentali studi di paleografia, diplomatica, sigillografia, araldica.

Dal 1941 anche la responsabilità della gestione delle raccolte d'arte fu compresa tra i compiti dell'archivista, che ebbe la qualifica aggiuntiva di "Sovrintendente alla Galleria dei benefattori". Il periodo di servizio di Bascapè coincise purtroppo in larga parte con la guerra e con i difficili anni della ricostruzione, che interruppero progetti appena avviati come l'esposizione permanente dei ritratti dei benefattori dell'Ospedale.

Al presente l'Archivio dell'Ospedale Maggiore è costituito da:

- l'Archivio amministrativo propriamente detto dell'Ospedale dalla fondazione ad oggi;
- gli archivi aggregati degli antichi ospedali di Milano, del contado e della diocesi;
- i fondi pervenuti all'Ospedale da chiese, monasteri, istituti religiosi ed ecclesiastici, enti assistenziali e caritativi, o con i beni di feudi e di abbazie soppresse e incorporate con i loro patrimoni all'Ospedale;
- gli archivi di pii legati e Opere Pie fondate da benefattori e amministrate dall'Ospedale stesso: Macchio (1797), Del Sesto (1801), Secco Comneno (1830), Ponti (1892), Paravicini (1894);
- gli archivi dell'Ospedale della Senavra (1780-1866), della Pia Casa di S. Caterina alla Ruota e LL.PP. annessi (1780-1866), della Congregazione di Carità (1808-1825);
- documenti privati e pubblici facenti parte degli archivi ereditati da famiglie (tra cui l'Archivio familiare Litta Visconti Arese).

La sezione storica è ricca di circa 5.000 cartelle, 3.600 registri, 16.000 pergamene, 700 mappe, con documenti a partire dal secolo XI, talvolta ricchi di miniature, sigilli, etc. e di rilevante importanza stori-

ca. La sezione "amministrativa", così come al momento costituita, conserva circa 10.000 cartelle di documentazione relativa alla vita dell'Ospedale tra XIX e XX secolo; si configura in parte come archivio ampiamente storico, e in parte come archivio "di deposito" per le pratiche esaurite da meno di 40 anni, e ancora indispensabili alla amministrazione. Le due parti al presente non sono distinte. Pertanto si sta lavorando da alcuni mesi a un progetto particolarmente rilevante volto alla separazione degli atti più antichi da quelli più recenti, e conseguentemente a rimediare allo stato di disordine attuale e a dotare l'archivio di appropriati inventari e guide.

A conclusione si deve ricordare che l'archivio è oggi solo una parte del più complesso Servizio Beni Culturali, chiamato ad occuparsi, oltre che della documentazione, anche delle opere d'arte, della biblioteca storica di medicina, e di tutti i beni di rilevante interesse storico e culturale.

Note

1 - *Arca dicta quod arceat visum atque proibeat. Hinc et arcivum, hinc et arcanum, idest secretum, unde ceteri arcentur (Etymologiae 1, 20, 9, 2).*

2 - Possiamo conoscere la data di nomina e i nomi di tutti gli archivisti che furono chiamati a rivestire tale carica senza soluzioni di continuità, a partire dal primo che fu tal Bartolomeo Cani.

3 - La serie quasi completa assomma a 674 volumi, dal 1470 al 1807.

4 - L'ultimo e più illustre di tali archivi è quello della famiglia Litta, pervenuto nel 1945.

5 - M. G. Bascapè, *L'origine del sistema di ordinamento per "materie" adottato negli archivi delle opere pie milanesi*, in "Archivi per la storia", 7 (1994) 2, pp. 29-60.

L'ordinamento per materie prende anche il nome di metodo "peroniano" dall'archivista Luca Peroni, che operò interventi in altri archivi milanesi.

6 - P. Canetta, *Archivio dell'Ospedale Maggiore*, in *Gli Istituti scientifici, letterari ed artistici di Milano*, Milano, Società Storica Lombarda, 1880, pp. 87-92.

7) R. Noè, *L'archivio degli Istituti ospitalieri: La nomina del nuovo archivista*, in "L'Ospedale Maggiore", a. 20, n. 10 (ottobre 1932).

Due mostre sulla Lombardia tra Cinquecento e Settecento

Ammirate opere di proprietà dell'Ospedale Maggiore

DANIELE CASSINELLI

A Varese e Milano, proprio in questi mesi, si sono svolte due mostre nel tentativo di ricostruire le vicende della Lombardia nell'età moderna. Entrambe le manifestazioni esponevano diverse opere d'arte appartenenti all'Ospedale Maggiore di Milano, in gran parte restaurate per l'occasione.

A Varese si è aperta il 21 aprile, è durata fino al 14 luglio, l'esposizione *Il ritratto in Lombardia. Da Moroni a Ceruti*, presso il Castello di Masnago. In questa sede sono stati esposti ritratti lombardi realizzati tra il 1530 ed il 1750. Emozione sin dalle prime sale, dove l'introspezione cremonese Sofonisba Anguissola - quanta passione, quanta letteratura già nel nome - affianca il più esplicito bergamasco Giovanni Battista Moroni, e prosegue con un viaggio in Lombardia che esclude la sola Mantova, giusta eccezione giacché parliamo di un laboratorio appartato, contrassegnato dall'esperienza della corte gonzaghesca.

Partendo da una posizione defilata, vale a dire l'inusuale studio del ritratto, Francesco Frangi e Alessandro Morandotti, curatori della mostra, hanno saputo analizzare le vicende storiche a tutto tondo mischiando arte e ricostruzione degli eventi, vita domestica e politica. I dipinti raffiguranti personaggi della nobiltà lombarda sono la maggioranza e ci restituiscono figure di primo piano della società dell'epoca, ricreate nelle appassionanti schede del catalogo, che presenta opere tutte d'altissima qualità. Anche vecchi "parrucconi", e non è qui un modo di dire, trovano nell'interpretazione dei pittori lombardi una dimensione viva e concreta, ma soprattutto peculiare. Definiti da Roberto Longhi "pittori della realtà" i lombardi hanno saputo trarre, da sguardi e rughe, caratteri e sentimenti profondi e diretti. L'incontro quindi tra i grandi personaggi della storia - *in primis* lo schivo Carlo Borromeo, che non fu mai ufficialmente raffigurato in vita - e gli artisti (è necessario citare, tra gli altri,

Ambrogio Figino, Daniele Crespi, Giacomo Ceruti e Vittore Ghislandi, *alias* Fra' Galgario) ha permesso la nascita di originali ed innovative soluzioni, riflesso della singolare situazione politica della nostra regione.

Di rilievo anche gli spazi riservati agli ambiti solitamente meno sondati della produzione artistica, dove sono esposte medaglie, incisioni e disegni, come il folgorante autoritratto di Gerolamo Figino.

Presso il Castello di Masnago uno spazio appartato, piccolo ma ricchissimo, quasi uno scrigno, è dedicato ai ritratti dei benefattori dell'Ospedale Maggiore di Milano. In questa sala sono esposte sette tele a figura intera fatte restaurare per l'occasione dalla Città di Varese, e descritte nelle schede redatte da Silvia A. Colombo, che ha curato l'intera sezione del catalogo dedicata all'Ospedale. In particolare è stato sbalorditivo scoprire la qualità del *Ritratto di Giovanni Antonio Parravicini*, tela prima offuscata da una spessa patina nera ed ora degna di essere affiancata alle migliori prove di Antonio Lucini, attribuzione già avanzata anni fa da Francesco Porzio e Cristina Geddo, ma priva di prove documentarie.

A proposito di attribuzioni è anche necessario citare il *Ritratto di Alfonso Litta*, giustamente consegnato da Susanna Zanuso alla mano di Giuseppe Vismara, uno scultore davvero poliedrico del XVII secolo, influenzato da Bernini - che fu presentato all'artista lombardo dallo stesso Alfonso Litta - dall'ambiente romano, cui si devono le convenzionali e compassate forme di questo busto, e dagli stravolgenti modi lombardi, espressi nella tarda *Madonna della Soledad* dell'Amministrazione delle IPAB di Milano.

Quest'ultima opera è stata esposta presso l'altra mostra: *Grandezza e splendori della Lombardia spagnola* (1535-1701), esposizione aperta presso i Musei di Porta Romana fino al 16 giugno. La

mostra nasce nell'ambito del progetto quadriennale "Specchio d'Europa", inaugurato lo scorso anno ricostruendo le vicende della dominazione viscontea e sforzesca e ora giunto al secondo appuntamento.

L'esposizione, come precisa Rosanna Pavoni, una delle curatrici, ha un taglio essenzialmente storico, ed utilizza le opere d'arte come corredo documentario alle ricostruzioni effettuate dagli studiosi che hanno redatto il catalogo.

Questa chiave di lettura permette di meglio inquadrare il lavoro svolto dagli organizzatori, che hanno affrontato un tema spinoso, scansando i pregiudizi manzoniani e rivalutando, sulla base di attente e circostanziate ricostruzioni, i "secoli bui" del dominio spagnolo. Partendo proprio da Manzoni si percorre a ritroso la storia, tentando di dare nuova luce agli eventi.

I dipinti, i documenti, le stampe e gli oggetti esposti - l'Ospedale Maggiore ha prestato persino una cassetta per le vipere della spezieria del XVII secolo - sono complementari alla narrazione storica, suddivisa in otto sezioni, tra le quali spicca la rilevante parte avuta nelle vicende dal notabilato milanese, ceto cui è dedicata particolare attenzione.

Ai Musei di Porta Romana sono esposti diversi oggetti provenienti dall'Ospedale Maggiore, e ormai celeberrimo è il *Ritratto di Giulio Cesare Secco d'Aragona*, che campeggia elegantissimo su tutti i muri di Milano, complice un riuscitissimo battage pubblicitario.

Sono in mostra anche il *Ritratto di Teobaldo Visconti*, impettito mentre mostra le prestigiose insegne del potere, come il collare dell'ordine del Toson d'oro, e il *Ritratto di Bartolomeo Arese*, dipinto da Giacinto Santagostino, un pittore allora celebre e autore di molti ritratti. Tra le numerose testimonianze storiche sono esposti anche un albero genealogico della famiglia Litta, pezzo della collezione donata all'Ospedale da Lidia Morando Attendolo Bolognini Caprara di Montalto e documenti con sottoscrizioni autografe di Carlo V, Filippo II e Carlo Borromeo, conservati presso l'Archivio Storico dell'Ente. Sottoposte a restauro ed ora in mostra sono anche due raffinate dame secentesche, *Giulia Borgazzi Rimoldi Pieni* e *Anna Monti Secco d'Aragona*, dipinte da anonimi pittori che hanno saputo preservare la ricca raffinatezza delle vesti e delle pose.

Un piccolo "prolungamento" dell'evento sarà permesso dal prestito del citato *Ritratto di Bartolomeo Arese* alla mostra *L'occhio nuovo: occhiali, microscopi, cannocchiali. Arte e scienza tra '600 e '700*, organizzata dal Comune di Cesano Maderno nell'ambito del progetto "Specchio d'Europa". Lo spazio espositivo è Palazzo Arese Borromeo, edificato dal benefattore dell'Ospedale, filogalileiano e partecipe delle dispute scientifiche del secolo XVII, oltre che bibliofilo e appassionato di strumenti ottici.

Note

Il ritratto in Lombardia. Da Moroni a Ceruti
Varese, Castello di Masnago - 21 aprile-14 luglio

Grandezza e splendori della Lombardia spagnola (1535-1701)

Milano, Musei di Porta Romana - 10 aprile -16 giugno

L'occhio nuovo: occhiali, microscopi, cannocchiali. Arte e scienza tra '600 e '700, Cesano Maderno, palazzo Arese Borromeo - 2 giugno-14 luglio

Giuseppe Vismara: *Ritratto del cardinale Alfonso Litta*, dopo il restauro



Recensioni

Daniel Callahan – *La Medicina impossibile* – Editore Baldini & Castoldi – Edizione americana 1998, italiana 2000

Da questo interessante saggio di Daniel Callahan, una delle figure più importanti del pensiero bioetico internazionale, emergono due considerazioni di fondo:

a. la Medicina deve dimensionare la sua attuale ambizione di prolungare sempre più la vita dell'uomo. I risultati finora conseguiti possono essere già considerati soddisfacenti e un ulteriore sforzo in questo senso sarebbe solo una velleitaria sfida alla morte, che ci aspetta sorniona dietro l'angolo. Noi non sappiamo dietro quale angolo, ma sappiamo che, comunque, o prima o dopo, la incontreremo. D'altra parte, è evidente che, per consentire al medico di confrontarsi con traguardi sempre più ambiziosi, la collettività è chiamata ad accollarsi dei costi che non giustificano ormai l'eventuale beneficio.

b. La constatazione che, già attualmente, il livello dei costi per la spesa sanitaria è sfuggito ad ogni controllo in tutti i Paesi di civiltà avanzata, suggerisce a Callahan la necessità di passare da "una medicina impossibile" qual è quella attuale, ad una "medicina sostenibile", che risulti meno finalizzata all'interesse del singolo individuo a vivere sempre meglio e sempre più a lungo e viceversa più finalizzata a migliorare (sia nel mondo evoluto, ma soprattutto nel terzo mondo) i livelli dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione.

A questo proposito, è chiaro l'interesse di Callahan per i modelli europei di medicina pubblica, basati sul principio della solidarietà; modelli che egli reputa superiori ai tentativi di assistenza pubblica sperimentati finora negli Stati Uniti.

In sostanza le riflessioni di Callahan sulla medicina attuale conducono a due conclusioni, entrambe di grande significato etico. In primo luogo, occorre accettare il concetto che la vita umana ha comunque un termine e che il tentativo di contrastare ad ogni costo le leggi della Natura è fuorviante. In secondo luogo, che i traguardi raggiunti dalla medicina attuale per il benessere del singolo debbono essere considerati adeguati e che gli sforzi futuri devono mirare all'estensione dei benefici raggiunti a fasce sempre più estese di popolazione, nei singoli Paesi e fra i diversi strati sociali di ogni Paese.

Il messaggio di Callahan mira, in definitiva, a riportare sul piano della concretezza una medicina che appare sempre più soggiogata dalle prospettive del successo e della notorietà e sempre meno sensibile ai richiami dell'etica, collettiva e individuale.

Si tratta di un messaggio che le notizie di tutti i giorni su molti indirizzi della ricerca medica rendono purtroppo di grande attualità.

Antonio Randazzo

Vincenzo Bevacqua - *Milaninaria, variante Brera*, Viennepierre Editore, Milano 2002, pagg. 170, Euro 12,91

Nella collana "La città in blu" della casa editrice Viennepierre è uscito il libro *Milaninaria, variante Brera* di Vincenzo Bevacqua. Il colore blu è il colore della *noblesse*, dell'eccellenza editoriale, e Bevacqua è uno scrittore di sangue blu, che nobilita la sua prosa non solo con la cultura e l'erudizione della sua testa pensante, ma anche con il sapido inchiostro nel quale intinge la sua penna.

Il libro, che fa seguito al precedente *Milaninaria* di cui pare avviato a replicare il successo, è un piccolo libro di storia o, meglio, è un libro di "storia piccola", di *microstoria*. Il termine non è affatto riduttivo, anzi. Ogni "piccola storia", se bene ricostruita e bene scritta, arricchisce non poco la "grande storia", l'*historia magistra*. La grande storia di Milano - o la storia della grande Milano - è arricchita non poco da tante storie minori, in particolare dalla storia narrata da Bevacqua. Il *Milanin* raccontatoci dell'autore è una città inconsueta, a moltissimi sconosciuta: è una faccia nuova, accattivante, del "noster *Milanôn*". La Milano visitata da Bevacqua è un paesaggio "aereo", librato sul paesaggio "terreno" della metropoli convulsa, frenetica, di cui facciamo sofferta esperienza ogni giorno. Per arrivare a vedere quel paesaggio bisogna alzare la testa. Il metodo di

Bevacqua è semplice, tanto semplice quanto originale: con gli occhi e il naso all'in su, si tratta di andare, da viandante cittadino, a leggere targhe, insegne, numeri civici, a osservare ringhiere, finestre, poggioli, timpani, a curiosare attraverso spiragli di verde e di azzurro apparentemente insignificanti, e invece rinvianti dal particolare all'universale, rivelando una recondita, segreta filosofia.

Il metodo di Bevacqua è che la targa, l'insegna, la finestra, il poggiolo sono barriere alla vista, ma stimoli alla visione. L'ottica fisica, esteriore, si prolunga in un'ottica metafisica, interiore, che va oltre il luogo di osservazione e aldilà del tempo in cui l'osservazione si compie ed esaurisce. Il luogo, allora, diventa il luogo della memoria e della storia, e il tempo diventa la "durata" di un'esperienza esistenziale, ripetibile da chi voglia seguire il suo esempio.

Scriva Bevacqua nell'*Introduzione*: "Come *Milaninaria*, anche questa Variante Brera è percorsa a mani in tasca e naso al vento fiutando e osservando la città: brutta grigia soffocante inquinata rumorosa e trafficata, per il forestiero; familiare intima e poetica da commuovere alle lacrime, per il meneghino. Anche qui il testo è zeppo di rimandi ad autori milanesi che proprio per aver descritto egregiamente la loro città sono spesso scopiazzati, se non addirittura plagiati alla lettera senza essere nominati".

Questo *Milaninaria*, variante *Brera* ha un percorso che affascina. Dice l'autore, guidandoci e quasi prendendoci per mano: "il percorso, dopo via Verdi, prosegue dritto per via Brera, via Solferino, largo Treves, via Statuto, largo La Foppa e via della Moscova, raggiungendo alla fine via di Porta Tenaglia". Andando con lui, possiamo "ritrovare la città o nelle sue atmosfere o

nei piani superiori dei suoi edifici, come se Milano fosse città da fiutare oppure fosse costruita senza pianterreni o per lo meno sollevata da terra".

In via Brera, Bevacqua ci ricorda che "Brera" viene dal longobardo "Braidra", "pianura" e, più limitatamente, "podere", che un tale Algisio, detto il Guercio perché verosimilmente monoculo, cedette alla fratria degli Umiliati; i quali Umiliati ci dice essere "germinati in Germania", intorno all'anno Mille, da un ceppo di "milanesi e comaschi deportati per ribellione all'imperatore Enrico II". Ci assale un brivido: che fossero, mill'anni prima, i remoti progenitori di altri deportati nei campi di lavoro? Fatto si è che l'imperatore tedesco, vedendo i lombardi auto-organizzati nella lavorazione della lana, li avrebbe restituiti alla terra natia e alla libertà, tra cui la libertà di lavorare, di guadagnare, di arricchirsi.

"Oggi Brera vuol dire Montparnasse di Milano", dice Bevacqua. E ricorda che al n.3 abitò Cesare Bertolazzi, il commediografo d'*El nost Milan* (1893) e de *La gibigianna* (1898), con la sua bella mogliettina Elisa Grilli, "attrice calda e sincera", coccolata dal marito come "trifolino mio bello dorato".

Questo è solo l'*incipit*. Potremmo e vorremmo continuare. Ma toglieremo al lettore il gusto della lettura, il sapore della sorpresa, il piacere della scoperta. Solo un altro accenno, tolto alle pagine che si riferiscono alla fine del percorso nel quartiere di Brera, dove via Fiori Chiari e via Fiori Oscuri offrono a Bevacqua il destro di ipotizzare che "scure erano le vesti di certe suore di un monastero locale e *chiare* le vesti di fanciulle residenti nella strada opposta", strada "una volta malfamata: nel nominarla si abbassava la voce". Aggiunge Bevacqua: "dopo è stata bonificata, ma in com-

penso sono diventate malfamate tante altre strade che si possono nominare a voce alta".

Perché anche questo va detto: che uno degli ingredienti sapidi della prosa di Bevacqua è certamente quella che Ardengo Soffici chiamava "l'amica ironia", una merce preziosa e in Bevacqua tanto più preziosa quanto più si confonde con un'altra merce, oggi rarissima, che si chiama "auto-ironia". Sì, perché Bevacqua ha l'aria di uno che prende sul serio le cose, ma prende in giro se stesso, quasi come se le cose parlassero da sole ed egli fosse lì a registrarne le parole, con grande umiltà e fedeltà. Anni or sono uno scrittore, Carlo Levi, medico anche lui, ci ha detto che *Le parole sono pietre*. Ebbene, con il suo libro *Bevacqua* ci dice che *Le pietre sono parole*: basta guardarle e saper ascoltarne la voce.

Buona lettura!

Giorgio Cosmacini

Notizie

Certificazione di Qualità secondo la Norma Internazionale ISO 9002 rilasciata all'Unità Operativa Chirurgia Vascolare e dei Trapianti Renali

Dopo un lungo e pesante percorso, in data 14 giugno 2002 è stata rilasciata la Certificazione di Qualità secondo la Norma Internazionale Iso 9002 all'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare e dei Trapianti Renali dell'Ospedale Maggiore Policlinico IRCCS di Milano.

Il professor Sirchia aveva per primo certificato il suo laboratorio del Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti già all'inizio dell'anno 2002; l'Unità Operativa dei Trapianti di rene è oggi il primo reparto clinico a possedere la Certificazione di Qualità all'Ospedale Maggiore e risulta anche essere, a quanto sappiamo, il primo Centro Trapianti certificato in Italia.

Riteniamo che lo sviluppo e l'adozione del sistema della qualità abbia offerto all'Unità Operativa un'occasione di perfezionamento e di miglioramento continuo dello staff e abbia rappresentato un nuovo modo di lavorare e un valore aggiunto alle professionalità individuali.

Il progetto ha avuto avvio nel gennaio 2000 e possiamo così riassumerne gli obiettivi:

aumentare la consapevolezza di ogni dipendente, di tutto il personale medico ed infermieristico sull'importante ruolo che ognuno di loro gioca all'interno del contesto aziendale; promuovere l'idea del lavoro di squadra; incoraggiare il coinvolgimento e la partecipazione del perso-

nale a tutti i livelli; aiutare i dipendenti a risolvere i problemi che intervengono nel percorso lavorativo e a raggiungere le piene capacità di produzione sul lavoro per una maggiore gratificazione personale di vita, con il fine ultimo di soddisfare meglio i bisogni fondamentali del paziente.

Siamo convinti che la ricerca continua della qualità totale comporta ed è guidata da valori precisi, come l'efficacia nel produrre i risultati attesi in termini di standard professionali interni ed esterni aggiornati; l'appropriatezza nel porre indicazioni corrette ed efficienti per gli interventi clinici ed operatori; la competenza, che consiste nel possedere i requisiti di capacità e le qualità indispensabili per produrre risultati credibili e consistenti; la sensibilità per soddisfare in modo puntuale necessità attuali o percepite come tali dai pazienti; la compassione, per rispondere al dolore degli altri e desiderare di porvi un rimedio; la volontà di incrementare il valore dei servizi attraverso una continua eliminazione dello spreco nei processi lavorativi.

La considerazione del fatto che numerosi Centri europei di trapianto renale già erano certificati e/o si trovavano in via di certificazione, ha conferito un ulteriore impulso allo sviluppo del sistema per la gestione della qualità, nella certezza che in un prossimo futuro la certificazione rappresenterà a livello internazionale una "chiave di competitività" anche nella sanità.

Le tappe del progetto hanno previsto:

- a - L'elaborazione di una Carta dei Servizi e di un Manuale della Qualità.
- b - La definizione di un Sistema orga-

nizzativo documentato, avente come riferimento la Norma internazionale ISO 9002.

c - L'analisi e la descrizione delle prassi operative, relative ai principali processi dell'U.O. e riguardanti:

- l'accoglimento, la diagnosi e la cura del paziente uremico, specificatamente per *il trapianto renale (da vivente e da cadavere) e per tutti gli interventi di chirurgia generale vascolare e urologica, atti a salvaguardare la vita del paziente e conservare la funzione dell'organo prima, durante o dopo l'intervento; per la confezione di fistole artero-venose per il trattamento emodialitico e il mantenimento dell'accesso vascolare nei pazienti emodializzati complessi, provenienti da oltre 240 centri italiani;*

- la gestione del paziente nel periodo pre-, intra- e post-operatorio;
- la gestione del reparto di degenza.

d - Il miglioramento e l'omologazione dei comportamenti professionali del personale infermieristico e medico, secondo prassi ben definite e documentate.

e - La gestione dei processi di inserimento in lista di attesa, ricovero e cura per trapianto renale da cadavere e da vivente, attuata con la massima competenza, che deriva da oltre 2400 trapianti eseguiti e mantenendo criteri di trasparenza.

f - L'individuazione, l'analisi e la risoluzione delle Non Conformità; la definizione dei procedimenti di correzione e prevenzione delle Non Conformità stesse.

g - L'acquisizione e l'esame critico del grado di soddisfacimento dei pazienti.

h - La migliore integrazione del personale infermieristico già esistente o proveniente da altre U.O., integrazione necessaria per una pratica assistenziale professionale.

Nella pianificazione e nello sviluppo del progetto sono state impiegate in primo luogo *risorse umane interne dell'UO*: i medici di primo livello, l'infermiere caposala e gli infermieri professionali del reparto, coordinati dal primario e da un medico specialista di primo livello delegato come Referente della Qualità, hanno verificato il livello di condivisione degli obiettivi, promosso una autovalutazione e tutti gradualmente acquisito il piacere di diventare ognuno protagonista del proprio lavoro, valorizzando le diverse professionalità. A questo scopo, i vari operatori si sono accollati spontaneamente e senza alcun riconoscimento economico dalle 10 alle 300 ore di lavoro supplementare, per stilare o revisionare linee guida, procedure e istruzioni di lavoro.

Le *risorse umane specialistiche esterne* sono state rappresentate da un consulente esperto di Sistemi Qualità nel settore sanità e dall'Istituto IMQ, accreditato SINCERT, per certificare il Sistema Qualità documentato.

Per l'*evoluzione del progetto* sono stati analizzati i processi principali e di supporto dell'U.O. Sulla base di una pianificazione di massima e della Norma ISO 9002 sono stati quindi sviluppate, nell'ordine:

- carta dei servizi
- procedure operative
- linee guida
- istruzioni di lavoro
- modulistica
- manuale qualità

Una volta definiti i documenti descrittivi, sono stati presentati al personale, provvedendo ad una prima formazione sui temi e principi della qualità in generale, in base alle Norme ISO 9002, sui documenti, sulle prassi e sugli obiettivi definiti per le attività dell'U.O.

In seguito è stato effettuato un ciclo di *audit* clinico allo scopo di evidenziare il grado di attuazione del Sistema Qualità.

È stato effettuato infine un riesame della direzione da parte del primario, con lo scopo di:

- valutare il grado di efficienza ed efficacia del Sistema Qualità;
- definire gli obiettivi per il successivo periodo;
- valutare l'opportunità di procedere alla certificazione.

Dato l'esito positivo del riesame, si è provveduto all'individuazione dell'Ente che desse le necessarie garanzie di professionalità e competenza, identificandolo nel CSQ-IMQ.

Nei giorni 28 e 29 maggio c.a. è stata quindi effettuata da parte dei verificatori del CSQ-IMQ, un sistemista ed un sanitario esperto della materia, la *visita di valutazione*, che ha dato esito positivo, con l'emissione conseguente del relativo certificato.

I vantaggi principali per l'U.O. e per l'Ospedale che ospita la U.O. ottenuti al termine del progetto sono rappresentati da:

- certificazione del Sistema Qualità
- descrizione mediante documenti dei principali processi dell'U.O.
- coinvolgimento del personale medico ed infermieristico, per ottenere i migliori risultati dell'attività ed il soddisfacimento del paziente
- uniformità, chiarezza e riferimenti

certi per le attività principali e critiche dell'U.O.

- confrontabilità dei risultati con i migliori centri internazionali di trapianto.

Siamo però assolutamente convinti che il conseguimento della certificazione del nostro reparto, acquisita con notevoli fatiche personali e dell'intera équipe in un drammatico momento di "accorpamenti" di unità operative diverse, di carenza critica del personale infermieristico e delle risorse economiche, rappresenti soltanto la proposizione di una filosofia di lavoro, basata sull'etica, che ci ha da sempre guidato, un punto di partenza per approfondire le problematiche professionali e un mezzo per migliorare la pratica clinica. Il processo di miglioramento della qualità continuerà all'interno della U.O., con verifiche a cadenza e con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza e le relative assunzioni di responsabilità di ogni dipendente dello staff. La certificazione del nostro reparto rappresenta una sfida per una qualità totale che deve coinvolgere tutta la struttura aziendale dell'Ospedale, dalla direzione all'amministrazione, ai laboratori, alle radiologie e al pronto soccorso.

Soltanto il coinvolgimento e la presa di coscienza da parte della direzione aziendale sul livello di qualità con cui le varie Unità Operative erogano le prestazioni potranno far sperare in un futuro migliore di "governo clinico", che imposti un nuovo equilibrio del potere attraverso una maggiore responsabilizzazione dei diversi professionisti ed un sistema di remunerazione veramente legato al merito ed ai risultati.

Luisa Berardinelli

Cronache amministrative

secondo trimestre 2002

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione amministrativa

- elezione del presidente del consiglio di indirizzo della Fondazione "Centro Nazionale di Adroterapia oncologica" (CNAO);
- contributo 2002 dell'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di sangue;
- corso di aggiornamento universitario "l'Assistenza infermieristica alla persona anziana affetta da demenza" (14/5/2002 - 21-28/5; 11/6/2002);
- presa d'atto di D.G.G. n. 6027 del 2.4.2002 della Regione Lombardia "Istituzione di una Banca di emocomponenti di gruppi rari", Centro di riferimento della Regione Lombardia, presso il Servizio di immunoepatologia e medicina trasfusionale dell'Ircss Ospedale Maggiore di Milano";
- D.G.R. 8.2.2002 n. VII/7987: "Riorganizzazione delle attività di prelievo a scopo di trapianto": nomina del coordinatore locale.

b - ricerca scientifica

- istituzione di due borse di ricerca sul tema: "Conversione neuro-gliale di cellule staminali ematopoietiche umane: approccio alla terapia cellulo-mediata della malattia di Alzheimer";
- convenzione con il CRE - Centro regionale emoderivati: istituzione di una borsa di ricerca;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al programma di sperimentazione: "Efficacia, qualità e

appropriatezza dei servizi di ricovero dedicati ai pazienti con ictus cerebrale acuto (stroke unit) in Italia", assegnato dal Ministero della Sanità alla Regione Lombardia: istituzione di 12 borse di ricerca;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca: "Genetic epidemiology of lung cancer and smoking" assegnata dal National Cancer Institute (USA) all'Università di Milano, dipartimento di medicina del lavoro: istituzione di una borsa di ricerca e indizione di relativo concorso;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al programma di ricerca: "Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie allergiche": parziale utilizzo del finanziamento e istituzione di una borsa di ricerca;
- "Celiachia. Sviluppo di linee guida per lo screening e la diagnosi e studio dei meccanismi patogenetici": istituzione di una borsa di ricerca (ricerca finalizzata 2000);
- ricerca corrente 1997: istituzione di una borsa di ricerca;
- ricerca corrente 1998: istituzione di tredici borse di ricerca;
- ricerca corrente 1999: istituzione di quaranta borse di ricerca.

c - servizio personale

- indizione di concorso pubblico, nonché di pubblica selezione, per la copertura di un posto di dirigente medico cardiologo;
- indizione di concorso pubblico e pubblica selezione per la copertura di un posto di dirigente

medico nella disciplina di direzione medica di presidio ospedaliero;

- assunzione a tempo indeterminato di un dirigente medico neurologo mediante utilizzo di graduatoria di concorso pubblico;

- assunzione a tempo indeterminato di un dirigente medico per la medicina interna presso l'Unità operativa Centro trasfusionale e immunologia trapianti, mediante utilizzo di graduatoria di concorso pubblico;

- indizione di concorso pubblico e pubblica selezione per la copertura di due posti di dirigente medico (medicina interna) presso l'Unità operativa Centro trasfusionale e immunologia trapianti;

- indizione di concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di un posto di fisioterapista a tempo pieno;

- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di sei posti di tecnico sanitario di radiologia medica a tempo pieno: approvazione dei verbali rassegnati dalla commissione esaminatrice e conseguenti adempimenti;

- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di quaranta posti di collaboratore professionale sanitario (infermiere) a tempo pieno: approvazione dei verbali rassegnati dalla commissione esaminatrice e adempimenti conseguenti, formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza n. 10 del 16.5.2002;

- convenzione tra l'Università degli studi di Milano (scuola di specializzazione in fisica sanitaria) e l'Ospedale Maggiore (servizio di medicina nucleare) per l'utilizzo di strutture extrauniversitarie a fini didattici integrativi;

- prestazioni rese dagli infermieri in regime libero professionale.

d - servizio ragioneria

- convenzione per l'esecuzione di indagini di risonanza magnetica nucleare (RMN) a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento per l'anno 2002;

- convenzione con l'Istituto nazionale neurologico "Carlo Besta" per prestazioni di consulenza urologica;

- rinnovo di convenzione con l'Università degli studi di Milano per l'esecuzione di prestazioni di consulenza di chirurgia plastica ricostruttiva;

- rinnovo di convenzione per l'esecuzione di indagini TAC a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Istituti clinici di perfezionamento;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza di radiologia endovascolare interventistica a favore dei pazienti dell'Azienda ospedaliera di Melegnano - Presidio ospedaliero di Cernusco sul Naviglio;

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera Ospedale Civile di Vimercate;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda - presidio ospedaliero Villa Marelli per l'esecuzione di test tubercolari;

- convenzione per l'anno 2002 per l'esecuzione di prestazioni di consulenza dermatologica, ematologica, endocrinologica e gastroenterologica a favore di pazienti degenti presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano;

- convenzione con l'Istituto ortopedico "Gaetano Pini" per prestazioni di consulenza ortopedica e traumatologica a favore di pazienti degenti dell'Ospedale Policlinico;

- rinnovo di convenzione per prestazioni di consulenza nefrologica a favore di pazienti dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori;

- convenzione di collaborazione congiunta tra questo Ospedale Maggiore e l'Azienda ospedaliera di Desenzano del Garda e l'A.O. Ospedale di Circolo Fondazione Macchi per la raccolta di sangue placentare;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza di chirurgia toracica a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Ospedale di circolo di Busto Arsizio;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Civile di Vimercate per prestazioni di consulenza neuroriabilitativa e per il conseguente trasferimento in ambiente riabilitativo di pazienti neurolesi, ricoverati presso il Policlinico;

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda;

- prestazioni di consulenza medico-legale per l'accertamento della morte cerebrale;

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda ospedaliera di Melegnano: rinnovo per l'anno 2002;
- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurologica.

e - servizio patrimoniale

- convenzione triennale con l'Agenzia del territorio per lo svolgimento di servizi di valutazione tecnica ed estimativa e per la consulenza specialistica;
- assegnazione provvisoria di alloggi a favore del personale infermieristico dipendente;
- Comune di Sesto Calende (Va), esito di asta pubblica 20.12.2001 e aggiudicazione per l'alienazione degli appezzamenti di terreno via Oneda/Quadra e località "San Giorgio";
- approvazione del progetto esecutivo relativo al recupero ad hospice dell'edificio denominato "casa padronale" della Cascina Brandezzata;
- progetto di recupero ad hospice della Cascina Brandezzata: approvazione del testo della convenzione tra l'Ospedale Maggiore di Milano e la fondazione Lu.V.I. Onlus;
- indizione di gara pubblica per la copertura assicurativa dell'Ente nel triennio 2003-2005.

f - servizio informatica

- interventi finanziati dalla Regione Lombardia per il progetto "Analisi e realizzazione di un sistema di indicatori per lo sviluppo del sistema qualità";
- acquisto di apparecchiature informatiche per il laboratorio centrale di medicina molecolare (finanziamento del Ministero della Sanità) in conto capitale 1998;
- assistenza tecnica e manutenzione per l'anno 2002 di: sistema informatico di gestione del patrimonio immobiliare; terminali di timbratura e del software di rilevazione presenze; sistema informatico di accettazione ricoveri e registrazione ambulatoriale (Cup);
- servizio di assistenza tecnica, manutenzione ordinaria e straordinaria del sistema informatico dipartimentale di laboratorio dell'Ospedale Maggiore;
- assistenza tecnica e manutenzione per l'anno 2002 dei sistemi hardware installati presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;

- assistenza software e sistemistica per l'anno 2002 del sistema informatico del Centro trasfusionale e di immunologia di trapianti.

g - servizio tecnico

- trattativa privata per l'affidamento del servizio di manutenzione integrale degli impianti di distribuzione dei gas medicinali per il periodo 1.4.2002-31.3.2003: aggiudicazione;
- licitazione privata per l'appalto dei lavori di realizzazione della nuova cabina elettrica di trasformazione MT/BT nell'edificio esistente adiacente al padiglione Granelli: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura e l'installazione di un condizionatore orizzontale da incasso a due sezioni per i locali del magazzino del servizio farmaci: aggiudicazione.

h - servizio provveditorato

- indizione di trattativa privata per la fornitura "in service" di sistemi per dialisi peritoneale automatizzata (APD) comprendenti le apparecchiature ed eventuali accessori, i materiali di consumo necessari e il servizio di assistenza tecnica per due anni;
- trattativa privata per la fornitura di: materiale per fisiopatologia digestiva e per i diversi servizi di endoscopia: aggiudicazione;
- fornitura di cartuccia bicarbonato più sacca di soluzione concentrata acida per emodialisi, per dieci mesi: approvazione dei verbali di gara ed aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: sacche sterili per drenaggio (per 2 anni) e tamponi di schiuma di acetato di polivinile;
- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di cateteri per la misurazione delle tensioni tissutali di ossigeno, anidride carbonica, pH e temperatura della corteccia cerebrale di pazienti con danno cerebrale acuto e acquisizione "in service" della relativa apparecchiatura;
- acquisto per l'anno 2002 di: immunoglobuline endovenose aspecifiche (7S) e patch cardiovascolari in PTFE (politetrafluoroetilene);
- indizione di trattativa privata per l'acquisizione di un apparecchio RX portatile, con IB da 9" da installare presso il servizio di anestesia e rianimazione "E. Vecla", padiglione guardia;

- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di materiale, a carattere di unicità, per procedure di posizionamento di endoprotesi aortica, presso la sezione radiologica del pad. Zonda;
- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di regolatori di flusso (nov. 2002 - ott. 2005);
- fornitura di medicazione specialistica con carattere di unicità;
- trattativa privata per la fornitura di dispositivi per tempo di emorragia Simplate II: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di dispositivi medici per CPAP e spazzolini aspirativi: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura triennale di sistema chiuso per il trasporto e la conservazione dei campioni di urina per l'esecuzione di urinocoltura: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata biennale per la fornitura di radionuclidi per i dosaggi di ormoni gastrointestinali per il laboratorio di radioimmunologia, cattedra di gastroenterologia;
- indizione di licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per chimica clinica (metaboliti, enzimi, elettroliti e proteine specifiche) comprendente le apparecchiature in uso, con 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;
- indizione di trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per virologia Toro comprendente le apparecchiature in uso, con gli 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;
- trattativa privata diretta per la fornitura di impianti cocleari retroauricolari a carattere di unicità per l'unità operativa di otorinolaringoiatria, pad. Moneta: aggiudicazione;
- indizione di trattative private per la fornitura biennale di: materiale di consumo per il servizio farmaceutico; materiale di medicazione tradizionale ed invasivo chirurgico;
- finanziamento del Ministero della Sanità in conto capitale 1999: acquisto di un ecocolordoppler con modulo power doppler per il servizio di ecografia

- per l'unità operativa di epatologia medica, via Pace,9;
- acquisto di apparecchiature per il laboratorio centrale di medicina molecolare con finanziamento del Ministero della Salute, aggiudicazione apparecchiature specifiche; pad. Beretta ovest: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per l'acquisto di apparecchiature e arredi per gli ambulatori del Centro per le malattie a trasmissione sessuale (MTS) di via Pace con finanziamento della Regione Lombardia;
- indizione di trattative private per la fornitura di: soluzioni sterili; cateteri a fibre ottiche; traverse assorbenti e pannoloni per incontinenti (per due anni); materiale diverso per il servizio di emodinamica presso l'Unità operativa di cardiologia;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'Unità operativa otorinolaringoiatria (camera operatoria, reparto degenza, day hospital e ambulatorio);
- trattativa privata per la fornitura di: tappeti decontaminanti ad azione battericida e aghi ipodermici ed aghi a farfalla monouso sterili: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di medicazione specialistica con carattere di unicità: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di materiale per la disinfezione delle mani;
- rinnovo della fornitura materiale di consumo per apparecchiature Equaline HP 300 e Equasmart a tutto il 30.6.2003;
- trattativa privata per la proroga della fornitura di protesi vascolari;
- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di sacchetti monouso per la raccolta dei liquidi organici aspirati;
- trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'Unità operativa di chirurgia vascolare e dei trapianti di rene: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura biennale di cateteri venosi centrali: aggiudicazione dei lotti 1, 2, 4;
- trattativa privata diretta per la fornitura di materiale per radiologia interventistica prevalentemente epatobiliare: aggiudicazione;
- trattative private dirette per la fornitura di materiale di consumo per specifiche apparecchiature da laboratorio: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura biennale di consumabili in plastica per colture cellulari, sierologia,

batteriologia ecc.: aggiudicazione;

- trattativa privata per l'affidamento del servizio di riparazione dello strumentario chirurgico: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: materiale angiografico per l'unità operativa di radiologia, pad. Zonda; fattori della coagulazione diversi; bendaggi gastrici regolabili: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura biennale di sacche per drenaggio urinario e indizione di trattativa privata per la fornitura di gas terapeutici e di laboratorio in bombole/tank per due anni;
- trattativa privata per la fornitura triennale di kits di monitoraggio, cateteri Swan ganz e sistemi chiusi per termodiluizione e fermapolsi rinforzati in tessuto non tessuto;
- trattativa privata per la fornitura di: carta per apparecchiature sanitarie ed accessori per ECG e tamponi in schiuma di acetato di polivinile: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di materiale specifico Epibloc per osteosintesi di fratture di polso: aggiudicazione.
- trattativa privata per la fornitura di sostanza viscoelastica per chirurgia oculare: aggiudicazione;
- Centro per le malattie a trasmissione sessuale (MTS), acquisizione di attrezzature/apparecchiature, arredi e informatizzazione mediante finanziamento stanziato (importo finanziato Euro 431.933,56): aggiornamento progetto esecutivo;
- stampa rivista "la Ca' Granda" per dodici mesi;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio di manutenzione parco macchine per ufficio per il periodo 1.5.2002 / 30.4.2005: aggiudicazione;
- rinnovo contratti di assistenza tecnica per fotocopiatrici di proprietà per due anni;
- approvazione contratti Amsa 2002;
- trattativa privata per la fornitura di arredi diversi da destinare ad uffici e servizi diversi dell'Ospedale: approvazione dei verbali di gara ed aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per l'affidamento del servizio di noleggio materassi antidecubito per il periodo 1.5.2002 / 30.4.2004;
- noleggio fotocopiatrici per diversi reparti dell'Ente per quattro anni con utilizzo di convenzione Consip: integrazione della spesa per il noleggio di accessori

per il periodo 1.7.2002 / 31.12.2005;

- licitazione privata del servizio di pulizia, sanificazione e servizi integrativi per due anni: aggiudicazione;
- acquisto di cancelleria varia con utilizzo convenzione Consip, Corporate Express.

i - servizio beni culturali

- convenzione non onerosa tra la Regione Lombardia e l'Ospedale Maggiore per la realizzazione di banche dati relative alle opere di interesse storico artistico.

l - contributi e beneficenza

- l'Associazione Laura Coviello ha donato al Centro trapianti del midollo un pulsossimetro - Tuff Sat - ed un generatore di flusso (Vital Flow 100) e mobili per l'archiviazione delle cartelle e dei documenti;
- la ditta Pomellato Spa ha offerto un personal computer travelmate 202T comprensivo di accessori, memoria supplementare e programmi operativi alla unità operativa Chirurgia generale II A;
- per il servizio di psicologia medica del padiglione Guardia II sono stati offerti un personal computer e un video proiettore dalla ditta Pharmacia & Upjohn Spa;
- la Fondazione "il Sangue" ha donato apparecchiature scientifiche ed informatiche al Centro trasfusionale e immunologia trapianti;
- per l'unità operativa Medicina d'urgenza sono giunti un personal computer Pentium III Seattle II completo di monitor da parte del prof. Mario Magrini e un sistema di archiviazione immagini dalla ditta Pfizer Italia;
- l'Associazione "Amici del padiglione Croff" ha offerto due computer;
- la Commissione Visitatori e Visitatrici dell'Ospedale Maggiore ha donato apparecchiature diverse a varie unità operative;
- per il servizio di anestesia generale la ditta Glaxo Smith Kline ha donato un personal computer notebook Toshiba satellitare.

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



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

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