



# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 2 - 2003

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 2 - 2003

## *sommario*

	pagina
Ai lettori .....	1
<b>Editoriale - Sanità e politica</b> ..... <i>Giuseppe Remuzzi, Franco Provera, Arrigo Schieppati</i>	2
La prudenza del medico ..... <i>Beppe Rocca</i>	5
Il Piano sanitario nazionale (2003-2005) tra Stato sociale e federalismo solidale ..... <i>Giancarlo Dal Sasso</i>	11
Asterisco .....	17
Il male del secolo ..... <i>Giorgio Cosmacini, Vittorio A. Sironi</i>	19
I Pionieri della Terapia Familiare ..... <i>Milena Lerma</i>	24
<i>Corsivo</i> - Il dolore dell'anziano ..... <i>Carlo Vergani</i>	30
Il medico in una società che invecchia ..... <i>Carlo Vergani</i>	32
Sanasantià: anche nella pubblicità del farmaco ..... <i>Giuseppe Maiocchi</i>	35
Una preziosa donazione di libri ..... <i>Paolo M. Galimberti</i>	40
Milano a sorpresa - VII ..... <i>Vincenzo Bevacqua</i>	41
San Giuseppe ai Padiglioni - Il centenario .....	47
San Giuseppe ai Padiglioni: prima e dopo il centenario di fondazione ..... <i>don Daniele Grassi</i>	52
Cronache amministrative .....	54

### *La copertina*

Aspetti dell'antico Ospedale Maggiore, oggi sede dell'Università degli Studi: veduta del cortile quattrocentesco detto "Corte della legnaia" (Foto Angelo Siro Gemelli).

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Ufficio Stampa dell'Ospedale Maggiore. Direzione, redazione, amministrazione: via F. Sforza 28, 20122 Milano, telefoni 02-55038311 e 02-55038376 - fax 02-5503.8264

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

## ai lettori

*Abbiamo annunciato all'inizio dell'anno che la rivista per il 2003 avrebbe riportato in apertura di ogni fascicolo un contributo autorevole su alcuni problemi legati alla sanità. Dopo "Sanità ed economia" di Marco Vitale, qui "Sanità e politica" per le firme di Giuseppe Remuzzi, Franco Provera, Arrigo Schieppati.*

*L'essenzialità costruttiva e illustrativa del dottor Beppe Rocca, emersa già in un contributo recente per Ca' Granda (n. 4/2002) induce a seguirlo con attenzione su un argomento che suscita certo implicite domande in ognuno di noi: "la prudenza del medico".*

*Giancarlo Dal Sasso riprende, con il rigore che gli conosciamo, l'esame del piano sanitario nazionale" nel rapporto "Stato sociale e federalismo solidale".*

*"Sfida stimolante e interessante" è detto qui nella breve presentazione del libro di Cosmacini e Sironi sulla storia medica e sociale del cancro: se il lettore vorrà superare eventuali, capibili perplessità, troverà in queste pagine interesse, sollievo e speranza.*

*"Terapia familiare, psicoterapia della famiglia". Da movimento scientifico alla metà del Novecento (prevalentemente in USA, quindi anche da noi) a graduale inarrestabile crescita nella ricerca e nell'innovazione richieste dalle mutate condizioni sociosanitarie, è oggi incontrovertibile la necessità di sostenerla in un'epoca che più che mai la richiede, soprattutto assistendo e stimolando le nuove generazioni di psicoterapeuti. La firma è di Milena Lerma.*

*"Il dolore dell'anziano": titolo che assume in sé e sintetizza amaramente le considerazioni comprensibili del professor Carlo Vergani sulla situazione attuale dell'anziano, oggetto mirato delle scoperte scientifiche, tecniche, farmacologiche, ma quasi sempre isolato nella sua necessità vera di amore, di umana vicinanza e comprensione.*

*Di riflesso, sempre dal professor Vergani, pensieri e proposte sulla necessità che in una società irreparabilmente tesa a progressivo invecchiamento, si provveda con serietà alle Scuole di specializzazione in Geriatria sostenendo fattivamente i medici partecipanti.*

*Il farmaco, trattato già dalla Ca'Granda sempre con interesse da parte dei nostri lettori, torna qui nell'attento discernimento dei problemi e nella nota competenza della materia, ancora per la firma del dottor Giuseppe Maiocchi, ma questa volta sotto l'immagine "pubblicità".*

*La biblioteca medica storica dell'Ospedale Maggiore situata definitivamente, come noto, nel complesso monumentale di Mirasole, si è arricchita di donazioni preziose. Ne dà circostanziate notizie l'archivista Paolo M. Galimberti.*

*Il professor Bevacqua non ci ha dimenticati. E sorprende più che mai con la sua inesauribile ricerca e scoperta di luoghi, di chiese, di ... campanili che non ci sono più.*

*Da via Santa Radegonda siamo in piazza Duomo. Ritroviamo, per la sua perfetta descrizione, l'antica Santa Tecla e ci fermiamo con lui a illuminarci sotto i "lampioni-fiori" della piazza.*

*Un avvenimento particolare per il nostro Policlinico, per tutti noi, il centenario di fondazione della "nostra" Chiesa di San Giuseppe ai Padiglioni: la chiesa che accoglie e alimenta da sempre per la nostra comunità i sentimenti di sofferenza e di speranza.*

*Nel fascicolo "l'asterisco" e le cronache amministrative.*

# Editoriale

*Proseguiamo col programma annunciato nel primo fascicolo di quest'anno, offrendo ai nostri lettori contributi autorevoli sui problemi relativi alla salute e alla sanità nelle considerazioni di carattere economico, politico, medico ed educativo.*

*In questo secondo numero Remuzzi, Provera, Schieppati.*

## *Sanità e politica*

GIUSEPPE REMUZZI, FRANCO PROVERA, ARRIGO SCHIEPPATI

Di solito a metà anno si comincia a parlare del DPEF, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria, che si traduce poi nella legge finanziaria per l'anno che deve venire. La "manovra", come si chiama nel gergo politico-giornalistico, è l'insieme dei numerosissimi provvedimenti adottati dalla legge finanziaria, e si compone di tante voci di uscite e di entrate. Una voce che ricorre spesso nelle finanziarie, specie negli ultimi anni, è "tagli alla Sanità". Sembra sempre che la spesa sanitaria abbia superato il limite, sia cresciuta fuori controllo, sia un fardello insopportabile, e dunque la politica si occupa di mettere mano, per l'appunto, tagliando. Con il trasferimento delle competenze della Sanità da livello centrale a quello periferico delle Regioni, non cambia la sostanza: le risorse messe a disposizione dello Stato per la sanità si contraggono, e diventa compito dei governi regionali operare i tagli o aumentare le tasse, per esempio sotto forma di ticket. La sostanza non cambia: la convinzione che la spesa sanitaria sia eccessiva e che si debba decurtare è comunque diffusa in ambito politico.

Il più delle volte i tagli alla spesa sanitaria sono decisi sulla base di emergenze di cassa, e rischiano di essere generalizzati, colpiscono tutti i settori nei quali si articola il sistema sanitario, e non secondo una scala di priorità. Questo invece è un tema molto importante, ed è compito della politica affrontarlo. Qualche anno fa è stato pubblicato un documento del Parlamento svedese sulle priorità in ambito sanitario. E' un documento molto importante che contiene riflessioni e proposte su cui vale la pena soffermarsi un po'.

La premessa del documento è che in ogni paese civile il sistema sanitario deve dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini nel modo più ampio possibile, senza dimenticare che le risorse disponibili non sono infinite. Dunque chi opera nel campo della salute pubblica, ad ogni livello dal piano politico a quello operativo, deve considerare che si devono operare delle scelte di priorità.

Sembra un ragionamento semplice e persino troppo ovvio, ma non è così. Molti medici non accettano in linea di principio l'idea che si possa prendere in considerazione una limitazione a ciò che si dà ai pazienti, e l'opinione pubblica difficilmente capisce, anche se poi spesso finisce per accettare passivamente i famosi tagli di cui sopra abbiamo parlato. Invece il problema è di stringentissima attualità.

Nel 2001 un interessante intervento di Martin Meltzer del CDC di Atlanta sul Lancet apriva una serie di 5 articoli dedicati a spiegare ai medici i rapporti tra sanità ed economia. Meltzer faceva vedere una figura piuttosto impressionante che mostrava come la percentuale del prodotto interno lordo di tre paesi, USA, Canada e Gran Bretagna era aumentata continuamente in 15 anni, più dell'inflazione e più delle spese per altri settori quali ad esempio l'educazione. Le nuove scoperte scientifiche mettono a disposizione dei pazienti nuovi metodi di diagnosi e nuove terapie, per malattie che prima non si potevano curare. Un maggior numero di pazienti può essere trattato. La popolazione invecchia, la durata della vita media si allunga, e i bisogni sanitari e assistenziali aumentano. I mass media si occupano estensivamente dei temi della salute, ed enfatizzano in modo particolare le nuove scoperte, mentre il pub-

blico acquisisce informazioni in modo indipendente dai medici, a cui pongono domande e avanzano richieste di cura e di assistenza sempre più precise. Questo insieme di fattori spinge sempre più in alto il fabbisogno finanziario della sanità, ed è così in tutti i paesi industrializzati.

Qual è il livello accettabile di spesa per la salute, e come può la società arrivare a definire questo livello? Ecco che torna il problema di definire le priorità. Questa definizione deve partire però da un punto fermo, che la sanità ha una finalità umanitaria, è un bene fondamentale, la comunità deve fare ogni sforzo per garantirlo. Di più: noi crediamo che l'assistenza sanitaria debba essere basata su principi di equità e solidarismo. Cioè i servizi sanitari sono forniti dallo Stato per soddisfare le esigenze dei cittadini, indipendentemente dal loro censo, ed il finanziamento del sistema sanitario si basa sulla tassazione obbligatoria.

La cosa più difficile è stabilire se tutto ciò che si può dare deve essere fornito dal Servizio sanitario, o se c'è un limite, oltre il quale il cittadino paga di tasca sua.

Si deve dunque introdurre il concetto di assistenza minima di base, o livelli essenziali di assistenza? E come sono stabiliti i confini dell'assistenza minima di base?

Qui ci viene in aiuto il documento del Parlamento svedese, che dopo una disamina molto accurata ha stabilito dei criteri per formulare delle scelte di priorità, richiamandosi ad alcuni principi etici fondamentali, quelli che il documento chiama "la piattaforma etica". In primo luogo va salvaguardata la dignità umana: ogni cittadino ha pari dignità e uguali diritti per quello che riguarda la salute. Questi diritti vanno garantiti con un sistema equo e solidale di accesso all'assistenza sanitaria, che garantisca anche chi è debole e inconsapevole dei propri diritti. Infine, il concetto che ogni intervento deve rispondere ad un principio di costo-beneficio ha una piena dignità etica, perché è un dovere morale di chi amministra come di chi esercita l'attività sanitaria usare bene le risorse disponibili. C'è una gerarchia in questi valori enunciati qui: il principio della salvaguardia dei diritti e della dignità viene prima di tutto. Perciò la cura di malattie gravi e di quelle che compromettono la qualità della vita, viene

prima di ogni altra, anche se si tratta di condizioni che assorbono molte risorse economiche. Il rispetto del principio costo-beneficio può essere attenuato o sospeso se abbiamo davanti pazienti con gravi malattie, o che stanno morendo, o hanno gravi handicap mentali o fisici: la difesa della loro dignità umana non ci costringe a calcolare la convenienza degli interventi.

Le priorità sono quindi rappresentate dal trattamento delle malattie acute, delle malattie croniche invalidanti o potenzialmente, le cure palliative per i pazienti terminali, e la cura delle persone con ridotta autonomia. Seguono nella scala delle priorità la prevenzione di documentata efficacia, e la cura delle malattie acute e croniche non gravi. Concludono la classifica delle priorità del sistema sanitario pubblico le cure per motivi diversi da lesioni o malattie.

E' interessante che la Commissione del Parlamento svedese, nello stilare la scaletta delle priorità non abbia stabilito delle griglie con livelli minimi di assistenza: se il principio in base al quale il sistema sanitario garantisce l'assistenza sanitaria è la comprovata efficacia delle cure o dei provvedimenti diagnostici, non è necessario introdurre concetti come quello delle garanzie minime.

La ricerca se anche non ha fornito la risposta a molti quesiti importanti, ci permette però di applicare alla cura dei pazienti le conoscenze più aggiornate, anche sotto il profilo del rapporto costo-efficacia. Ci sono numerosi esempi di come l'applicazione ai risultati degli studi clinici dell'analisi economica può aiutare a stabilire le priorità. Per esempio, abbassare il colesterolo fa sicuramente bene a chi ha già avuto un infarto (prevenzione secondaria), e fa bene anche a chi non ha mai avuto un infarto (prevenzione primaria). Solo che nella seconda categoria ci sono milioni di persone in Italia, e fornire a tutti la terapia per abbassare il colesterolo gratuitamente potrebbe essere impossibile. L'analisi costo-beneficio applicata alla terapia con le statine può fornire perciò delle indicazioni utili a chi in sede politica decide che cosa può essere incluso nell'assistenza sanitaria e cosa no. Per esempio in uno studio condotto in Svezia il problema del colesterolo elevato in pazienti senza precedenti cardiaci, è stato affrontato così. Un gruppo di pazienti riceveva solo dei generici suggerimenti per la dieta; ad un altro gruppo veniva somministrato anche un farmaco.

Altri pazienti invece venivano molto più intensamente istruiti sulla dieta e sulle modificazioni allo stile di vita per ridurre il colesterolo; a metà di questi pazienti veniva anche prescritto un farmaco. Per ognuna delle categorie è stato calcolato il numero di anni di vita guadagnati grazie all'intervento, e il costo per la società di ciascun anno guadagnato. E' bene ricordare che questa terminologia apparentemente fredda e burocratica è necessaria, perché è il modo più efficace per dimostrare che un intervento sanitario "conviene". Alla fine delle analisi, è risultato che l'intervento più efficace in rapporto al costo, è quello che combina un farmaco anti-colesterolo e suggerimenti generici; una più intensiva opera di persuasione (ottenuta attraverso più visite in ambulatorio) non aggiunge alcun vantaggio e costa molto di più.

L'analisi costo-efficacia non si applica solo ai farmaci, ma anche agli esami di laboratorio o strumentali e può aiutarci a rispondere a molte domande. Per esempio può aiutare a capire se lo screening di massa per alcuni tumori sia utile o no. Infine anche pratiche chirurgiche possono essere oggetto di questa analisi: per esempio la rimozione della colecisti con la tecnica laparoscopica ha fatto aumentare fino al 50% in alcuni paesi il numero degli interventi, ma raramente si è fatta un'analisi costo-efficacia per valutare questa tecnica.

Insomma, quello che emerge da queste considerazioni è che in ultima analisi, per affrontare in modo serio il problema della efficacia degli interventi in sanità e dell'uso delle risorse, quello che occorre fare è investire in ricerca. Solo la ricerca è in grado di stabilire la reale portata delle innovazioni in medicina, giudicare dell'efficacia di nuovi farmaci o tecniche chirurgiche e valutare se veramente sono un bene per i pazienti. Ogni volta che la risposta a questo quesito è positiva, il sistema sanitario può, anzi deve, garantire l'accesso a queste cure. Qualche tempo fa abbiamo suggerito che la Regione Lombardia istituisse un gruppo di lavoro di esperti, che potrebbero preparare una sorta di inventario, di lista delle priorità, degli atti medici di cui c'è prova di efficacia. Questi atti continuerebbero ad essere pagati, mentre tutto quello per cui non c'è prova di efficacia sarebbe escluso dal rimborso.

In Inghilterra due anni fa è nato il NICE, National

Institute for Clinical Evidence, un ente pubblico che stabilisce non solo se le cure funzionano ma anche se hanno un rapporto costo/efficacia favorevole. Qualcosa di simile dovrebbe esserci anche in Italia, o in Lombardia, che potrebbe diventare addirittura un laboratorio per sperimentare questo approccio al contenimento della spesa sanitaria. Un approccio forse più efficace e utile del taglio aspecifico delle prestazioni o dell'aumento indiscriminato delle tasse o dei ticket. In Lombardia ci sono grandi ospedali di alto livello di specializzazione, che sarebbero in grado, in collegamento formale con le altre strutture pubbliche e private del territorio, e con in medici di medicina generale, coordinate dalle Aziende Sanitarie Locali, di lanciare un progetto di ricerca volto a stabilire le priorità per quel territorio dell'intervento sanitario, secondo le regole dell'evidenza scientifica. In quasi tutti i campi della medicina, la Lombardia ha nei grandi ospedali medici e ricercatori eccellenti che potrebbero dare alla Regione elementi per valutare cosa è veramente utile per i malati.

Sia pubblico che privato si devono poi attenere a queste regole di efficacia scientifica ed efficienza economica, che è l'unico modo per integrare in modo illuminato questi due protagonisti del sistema sanitario.

A queste proposte, è a questo punto la politica che deve dare delle risposte e prendere degli impegni.

I medici e gli infermieri che hanno a cuore la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso la difesa del sistema sanitario pubblico sono pronti secondo noi a fare la loro parte.

#### **Bibliografia**

- Commissione del Parlamento Svedese. *Priorità nell'assistenza sanitaria*. Bioetica vol.1 1997, traduzione a cura di Alberto Bonoldi e Luciano Orsi.
- Meltzer MI. *Introduction to health economic for physicians*. Lancet 2001; 358:993-98.
- Rawlins M. *In pursuit of knowledge: the National Institute for Clinical Excellence*. Lancet 1999; 353:1079-82

# La prudenza del medico

BEPPE ROCCA

Il medico è seduto accanto al bambino malato. In silenzio pensa. L'equilibrio enigmatico della salute si è rotto<sup>1</sup>. Ciò che è essenziale per la cura è invisibile<sup>2</sup>.



Fig. 1. *Il medico e il bambino malato* (litografia di F. Van Loo)

A cosa pensa il medico? I filosofi della scienza non sono riusciti a mettersi d'accordo. Secondo alcuni egli verifica ipotesi diagnostiche applicando il metodo ipotetico-deduttivo della logica aristotelica. Secondo altri, attenendosi ai puri fatti emersi dall'osservazione del bambino, costruisce una lista diagnostico differenziale e mediante domande orientate riesce a classificare il malato nella casella di una malattia specifica, da cui deduce il da farsi.

Nell'un caso come nell'altro, la pratica medica è ridotta alla verifica di una ipotesi diagnostica. Classificato il paziente, mediante un metodo ipotetico-deduttivo o induttivo, la pratica medica si riduce a una scienza applicata: basta applicare al caso concreto quanto sappiamo del genere e specie della malattia in cui è stato classificato.

Vista da questa prospettiva la prudenza del medico è un residuo metafisico o teologico. Se proprio volessimo ritagliare lo spazio per un corso complementare di humanities in medicina, o seguire le indicazioni del movimento per l'Evidence Based

Medicine, potremmo accettare che la prudenza consiste nell'utilizzare l'esperienza per decidere se le regole o le generalizzazioni empiriche che si devono dedurre dalla conoscenza della malattia o da sperimentazioni randomizzate controllate si applicano al singolo malato<sup>3</sup>.

Ma siamo sicuri di essere in grado di classificare tutti i malati della pratica quotidiana nel sistema di sapere delle malattie che riempie le pagine dei manuali accademici, per esempio dell'Harrison's?

Il medico di medicina generale e l'internista, alle prese con pazienti sempre più avanzati negli anni, sanno benissimo che spesso una diagnosi non basta, non è possibile, non è lo strumento più importante per decidere il da farsi. I disturbi di molti pazienti resistono allo sguardo classificatore del medico e al sistema chiuso del suo sapere<sup>4</sup>.

Immaginiamo di essere riusciti, con non poche forzature e decisioni arbitrarie, a classificare il paziente. Quale tipo di formazione è indispensabile perché il medico sia in grado di decidere se la conoscenza generale astratta della malattia si applica al malato concreto che ha davanti? Fino a che punto il paziente è solo un esempio della malattia? Da che punto in poi rivendica la sua individualità e pone grossi limiti all'applicazione di regole universalmente valide?

I manuali di medicina insegnando che la pratica medica è un esempio di applicazione della logica ipotetico-deduttiva o del metodo induttivo, ci portano a credere che il sapere oggettivo e sistematico della malattie possa fare a meno del giudizio e della prudenza del medico. Ma al momento delle applicazioni della conoscenza generale astratta dei manuali accademici al caso concreto, il problema della formazione del medico che era stato spinto fuori dalla porta rientra dalla finestra.

È possibile che i filosofi della scienza si siano sbagliati? È possibile che la pratica medica, come tutte le pratiche umane, sia un modello di sapere specifici

co, distinto dalla logica induttiva o ipotetico deduttiva di cui parlano i filosofi? Il medico ippocratico autore di *Antica medicina*, suggerisce che il sapere del medico è diverso sia dalla derivazione di teoremi da pochi assiomi della geometria, sia dal sapere aneddotico degli empirici della scuola di Cnido<sup>5</sup>. Nelle pagine che seguono cercherò di abbozzare una teoria della pratica medica basata sul paradigma indiziario - giuridico o clinico - che non è quella suggerita, a mio avviso impropriamente, dai filosofi della scienza. Anche lo stile di esposizione non sarà quello dei manuali di medicina. Si tratta di un tentativo di applicazione - umile e provvisorio: uno schizzo - dello stile di ricerca di Aby Warburg e della storia dell'arte che da lui ha preso le mosse<sup>6</sup>, al problema della prudenza del medico.



Fig. 2. *Teoria della pratica medica*. Tavola strutturata secondo lo stile di Aby Warburg.

L'immagine in basso al centro ritrae il medico seduto accanto al letto del malato da cui siamo partiti: egli non sa dove si nasconde la salute del bambino. Sa solo di avere il compito civico di intervenire nello squilibrio nascosto della malattia di una persona partecipando alla strutturazione di una cura che venga percepita da tutti i coinvolti come la più adeguata alla situazione concreta.

Ciò che ci serve è una teoria della prudenza o se preferiamo, una teoria del giudizio<sup>7</sup>. Cosa ci può insegnare la tradizione umanistica classica della medicina e dell'arte occidentale a questo proposito? L'arte del periodo umanistico e rinascimentale è una fonte ricchissima di allegorie della prudenza. Iniziamo con l'*Allegoria della prudenza* di Tiziano collocata in alto, al centro della tavola.



Fig. 3. Tiziano: *Allegoria della prudenza*.

La prudenza ha tre volti. Essa nasce dall'integrazione di tre momenti: l'esperienza del passato, la prudenza nell'azione che ha luogo nel presente, l'anticipazione dei rischi che possono emergere dall'intervento e compromettere la salute futura.

In altre parole, l'azione presente eredita il patrimonio di sapere delle generazioni precedenti e le applica con la consapevolezza di dover agire con prudenza in modo da rendere il presente una eredità sostenibile per le generazioni future.

Anche *Il sogno del cavaliere* di Raffaello ripropone lo stesso tema: il giorno prima di una battaglia importante, il cavaliere sogna. Da un lato le esperienze passate e il patrimonio di sapere della sua vita riaffiorano alla memoria e lo invitano alla prudenza. Dall'altra, l'anticipazione della possibile vittoria lo invita alla battaglia.



Fig. 4. Raffaello: *Il sogno del cavaliere*.

La pratica del medico non assomiglia solo a quella dell'artista, ma a molte altre pratiche indiziarie. In particolare è la stessa del giudice e del detective. Egli deve partecipare con il suo intervento in modo che la cura abbia una struttura finale percepibile da

tutti come un equilibrio adeguato. Il suo intervento deve fare in modo che *tutto ritorni a posto*, che la vita del malato e delle persone attorno a lui possa riprendere il suo corso ordinario.

Ma una distanza incolmabile lo separa dall'enigma della salute del malato. Non può avere la certezza di fare la cosa più giusta. Può solo procedere con prudenza, a piccoli passi, per tentativi ed errori.

Il modello ci è offerto ancora una volta dall'arte: si tratta dei disegni preparatori. Raffaello deve trovare l'equilibrio migliore per la *Madonna del Prato*<sup>8</sup>.



Fig. 5. Raffaello: disegni preparatori per la *Madonna del Prato*.

Ha a disposizione i modelli della tradizione pittorica occidentale, la sua esperienza di vita e professionale con i dipinti di Madonne. Nella mente del pittore, come nella mente del medico, i modelli di malati o di Madonne del passato, riaffiorano come altrettanti modelli normativi – come i precedenti per il giudice – e si propongono come soluzione adeguata al caso presente.

Si tratta di percepire se la somiglianza è tale da giustificare l'applicazione dello stesso modello normativo al caso presente, o se si tratta di un errore. In questo caso, si ricomincia da capo, con un modello diverso. Si cambia l'equilibrio, si affronta il problema da una prospettiva diversa.

Nei disegni preparatori emerge il ruolo della memoria, di Raffaello e del medico, che attingendo al patrimonio di sapere dell'esperienza personale e di una tradizione, mette alla prova le soluzioni del passato come altrettanti modelli normativi, tentando la loro applicazione come soluzioni allo squilibrio del momento. Come altrettanti strumenti per una forma adeguata di salute. Non a caso la tradizione retorica attribuisce un'importanza enorme all'arte della memoria per le pratiche umane<sup>9</sup>.



Fig. 6. Raffaello: da sinistra a destra, *Madonna con bambino e San Giovanni Battista*, *Madonna del cardellino*, *Madonna del Prato*.

In alto, a destra nella tavola, vediamo un'altra immagine che ricorre spesso nelle allegorie della prudenza: la figura del Giano bifronte. Cosa significa?



Fig. 7. *Giano bifronte*.

Quando le legioni romane partivano per una nuova campagna, si sperava sempre la vittoria, ma non si poteva escludere il rischio di una sconfitta.

Il Giano bifronte rappresenta la radicale ambiguità delle nuove scoperte tecnologiche. In caso di successo il malato, grazie alla tecnologia può recuperare un equilibrio prima impossibile. In caso di errore, può morire, o subire un ulteriore scompenso per effetto dell'intervento del medico. Non a caso la sofistica greca diceva che la medicina ha sempre bisogno di un'apologia e di molta comprensione da parte delle persone, perché l'intervento del medico non lascia traccia in caso di successo, ma è fonte di biasimo da parte di tutti in caso di fallimento<sup>10</sup>. Ancora una volta emerge come ciò che è essenziale per la cura è invisibile:<sup>11</sup> la salute dell'altro resta un enigma. L'intervento del medico, quando ha successo, non lascia traccia del suo passaggio. Fino a che punto la sua efficacia è verificabile con gli strumenti oggettivanti del metodo empirico?<sup>12</sup>

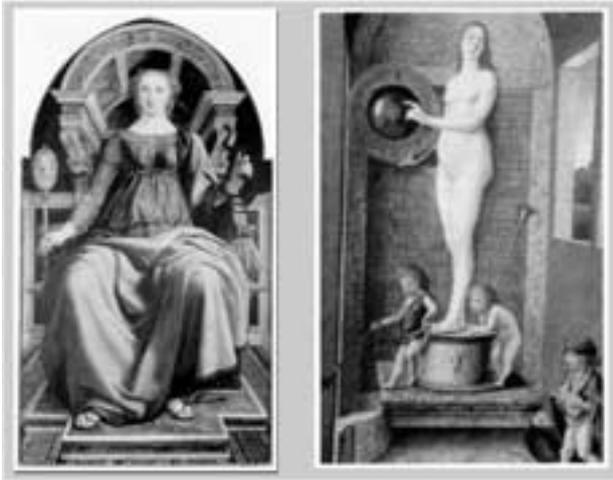


Fig. 8. Lo specchio nelle allegorie della prudenza.

La figura alla destra della tavola mostra una allegoria della prudenza in cui compare l'immagine dello specchio. Perché lo specchio? Quale relazione lega la prudenza allo specchio?

Il medico ippocratico, o galenico, non era consapevole del problema della riflessività e autoreferenzialità delle pratiche umane. L'autore di *Antica medicina* era sicuro che l'esperienza personale con molti malati è una garanzia di adeguatezza del giudizio del medico<sup>13</sup>. Tutto l'umanesimo greco è caratterizzato dalla fiducia nelle *technai*, nelle pratiche umane. Ma è proprio l'umanesimo greco a fare emergere che *l'uomo è la misura di tutte le cose*<sup>14</sup> e quindi la possibilità e il rischio per l'uomo di sbagliare, pretendendo troppo dalla propria esperienza<sup>15</sup>.

È sempre possibile che il medico sia intervenuto nel modo migliore, ma le cose siano andate male, il malato sia morto. Dopo ripetute esperienze negative, l'emotività lo spingerà dogmaticamente a rifiutare di applicare lo stesso intervento. Viceversa, per un insieme di circostanze fortuite, un intervento sbagliato o insufficiente può associarsi a un risultato positivo. Il medico sarà portato ad applicarlo in tutti i casi simili in futuro<sup>16</sup>. L'autocoscienza cartesiana non è un punto di vista sufficiente a garantire l'adeguatezza dell'intervento del medico. Tutte le pratiche umane sono intrinsecamente dogmatiche, perché tendono ad essere auto-referenziali e a lasciarsi dominare dall'emotività dell'uomo.

Lo specchio è lì, davanti a noi, per ricordarci che dobbiamo porre una distanza riflessiva tra noi e le

nostre azioni. La sua presenza ci ricorda che le pratiche umane hanno sempre bisogno di una moviola: è necessaria la discussione dei casi precedenti, da parte di tutte le persone coinvolte, per rivedere con la maggiore obiettività della distanza, e senza l'assillo del giudizio immediato, gli errori e i successi concreti emersi dalla nostra partecipazione alla cura. La psicoanalisi ha colto il problema centrale della supervisione e ne ha fatto l'elemento portante per la formazione del terapeuta. Il coraggio di guardarsi allo specchio con occhio critico anche dopo grandi successi e di partecipare durante tutto l'arco della propria vita solo a pratiche umane sostenibili dal punto di vista civico ed esistenziale è a mio avviso l'elemento che caratterizza la tradizione umanistica occidentale, la sua eredità più affascinante, la sfida per il futuro.

La discussione del caso, strumento essenziale per la formazione del medico nella tradizione umanistica classica della medicina occidentale, deve riprendere la centralità che solo a partire dall'ultimo dopoguerra è stata usurpata dalla teoria delle decisioni e dal metodo induttivo.

L'uomo che cammina sul filo, nell'immagine a destra nella tavola, è spesso associato alle allegorie della prudenza.



Fig. 9. Il medico cammina sul filo e il suo equilibrio è percepito da tutte le persone coinvolte.

In che senso possiamo dire che il medico cammina sul filo? Il filo rappresenta il ghiaccio sottile, il crinale che separa il fare troppo dal troppo poco, nel proprio intervento con un malato. La partecipazione del medico rischia continuamente, sia di invadere gli spazi della vita privata delle persone, sia di rimanere uno spettatore estraneo della loro sofferenza.

Perché il pubblico assiste all'esercizio sulla fune del medico? Siamo stati abituati dal modello confessionale di rapporto medico-malato dominante nella letteratura medica moderna, a considerare la pratica medica una sorta di contratto privato tra un medico e un malato. Ci siamo dimenticati che la medicina è una pratica civica, e anche quando la visita si svolge tra le mura domestiche di una camera da letto, è come se ci fosse una quarta parete, un pubblico che può sempre dire la sua sull'adeguatezza dell'intervento del medico e sulla partecipazione del malato<sup>17</sup>.

Ma il modello è limitante in senso più radicale. Esso può sembrare adeguato per le malattie acute e le urgenze risolvibili. È del tutto insufficiente nel caso di una malattia cronica, inguaribile o recidivante.

Il medico deve partecipare alla strutturazione della cura in modo che essa venga percepita come la forma di equilibrio più adeguata nella situazione concreta del paziente, non solo dal malato, ma da tutte le persone coinvolte.



Fig. 10. Ambrogio Lorenzetti: *Allegoria del buon governo* (particolare).

Perché? Quando ero a Trieste, come volontario dell'Ospedale psichiatrico e partecipavo allo *smantellamento del manicomio* con Franco Basaglia, ero convinto che l'unica cosa importante fosse la dimissione. Avevo creduto allo slogan di Sartre per cui *la libertà è terapeutica*. Avevo dimenticato lo specchio. Avevo ceduto all'autocoscienza sicura di sé di molti apparenti successi. Nella stragrande maggioranza dei casi si era trattato veramente di successi.

Ma quando dimettiamo un malato affetto da tumore inguaribile e la sua malattia squilibra una famiglia,

come una calamita che attira su di sé le attenzioni di tutti, che ne è degli altri? Che ne è dei nipoti che devono andare a scuola? Che ne è del denaro che non basta mai e se ne va in medicine e infermiere private?

Che ne è della salute di chi non è ancora malato? L'effetto squilibrante del malato cronico o inguaribile sulla famiglia moderna è difficilmente sottovalutabile. Teniamo conto adeguatamente di questa problematica quando applichiamo i suggerimenti di dimissione veloce per migliorare i DRG dell'unità operativa? E i *manager* della sanità hanno colto la gravità del problema? L'ultima figura, in basso a destra, riporta *L'allegoria del buon governo* di Ambrogio Lorenzetti. Perché il buon governo? L'esempio delle malattie croniche o inguaribili sposta i termini del discorso. La pratica medica non è solo un problema etico di prudenza, giudizio, governo clinico, che ha come scopo *la buona vita* del malato e il ripristino di un equilibrio nella sua esistenza.

Il medico si trova di fronte a un problema politico che allarga molto l'orizzonte e le implicazioni del suo intervento. La pratica medica emerge come un contributo e un esempio di partecipazione civica responsabile al *buon governo*, nel momento stesso in cui non si accontenta più di essere adeguata per il malato, ma si pone l'obiettivo più complesso e nello stesso tempo più gratificante di essere percepita come adeguata da tutti coloro che sono coinvolti dallo squilibrio della malattia e dal dolore di una persona che è parte delle loro relazioni vitali.



Fig. 11. Angelo Biancini: *Il buon governo della istituzione ospedaliera fra la pace, il lavoro e la civiltà del lavoro*.

Anche l'imponente scultura in cemento e ferro di Angelo Biancini nel giardino antistante l'edificio sforzesco, sede amministrativa del nostro Ospedale (Fig. 11), rappresenta una allegoria del buon governo: il buon governo dell'ospedale. Si tratta di un invito ad avere il coraggio di rilanciare lo *stile* dell'ospedale come *modello di partecipazione civica* e di *buon governo* mediante una rinascita della tradizione umanistica classica della medicina occidentale?

## Bibliografia

- 1 - Hans Georg Gadamer. *Teoria, tecnica, prassi*. In Hans Georg Gadamer. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994. pp 5-38.
- 2 - Drewermann Eugen. *L'essenziale è invisibile*. Queriniana, Brescia, 2002.
- 3 - Dans AL, Dans LF, Guyatt GH, Richardson S. *How to decide on the applicability of clinical trials results to your patient*. JAMA. 1998;279:545-549. Guyatt GH, Sinclair J, Cook DJ, Glasziou P. *How to use a treatment recommendation*. The Evidence-Based Medicine Working Group and the Cochrane Applicability Methods Working Group. JAMA. 1999;281:1836-1843. McAlister FA, Straus SE, Guyatt GH, Haynes RB. *Integrating research evidence with the care of the individual patient*. The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 2000;283:2829-2836. Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, Cook DJ, Green L, Naylor CD, Wilson MC. *Evidence-based medicine: principles for applying the user's guides to patient care*. JAMA. 2000;284:1290-1296.
- 4 - Naylor CD. *Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine*. Lancet 1995;345:840-2. Maynard A. *Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices*. Lancet 1997;349:126-28.
- 5 - Werner Jaeger. *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*. Walter de Gruyer & Co, Berlin 1947. Tr it di Alessandro Setti: *Paideia, La formazione dell'uomo greco*. La Nuova Italia, Firenze, 1999. Volume III, Pp 3-77. Vedi anche la versione più recente pubblicata da Bompiani, Milano, 2003 pp. 1339-1413.
- 6 - Vedi la prefazione di Monica Centanni e l'introduzione all'*Atlante della Memoria* di Katia Mazzucco in Kurt, W, Forster, Katia Mazzucco. *Introduzione ad Aby Warburg e all'Atlante della Memoria*. Bruno Mondadori, Milano, 2002. Vedi anche l'introduzione di Katia Mazzucco alla biografia di Aby Warburg scritta da Gombrich: Ernst H Gombrich. *Aby Warburg: una biografia intellettuale*. Feltrinelli, Milano, 2003. Per un aggiornamento continuo della ricerca su Aby Warburg in Italia vedi [www.egramma.org](http://www.egramma.org).
- 7 - Un modello importante nella tradizione occidentale è l'*Etica a Nicomaco* di Aristotele.
- 8 - Gombrich EH. *Art and Illusion*. Phaidon, Londra, 1959.
- 9 - Frances A Yates. *L'arte della memoria*. Einaudi, Torino, 1966.
- 10 - Hans Georg Gadamer. *Apologia dell'arte medica*. In Hans Georg Gadamer. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994. pp. 39-52. Gadamer cita a sua volta un trattato risalente all'epoca della sofistica greca che difende l'arte della medicina dai suoi detrattori: rielaborazione e traduzione dal greco di Theodor Gomperz. *Apologia dell'arte medica. Sitzungsbericht der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien*, Wien 1890.
- 11 - Si tratta di un messaggio che ci giunge anche dalla cultura orientale. Si veda ad esempio: Gian Carlo Calza. *Stile Giappone*. Einaudi, Torino, 2002 pp. 117-164.
- 12 - Rocca G, Tibaldi G. *Appunti sulla psichiatria come teoria e pratica della complessità*. Psichiatria/Informazione 1983; 8:(3-4)6-18.
- 13 - Ippocrate. *Opere*. UTET, Torino. 1976. pp. 151-190.
- 14 - Si tratta della nota affermazione di Protagora. Vedi Mario Untersteiner. *I Sofisti*. Bruno Mondadori, Milano, 1996. pp. 1-156.
- 15 - Werner Jaeger. *Paideia. Die Formung des griechischen Menschen*. Walter de Gruyer & Co, Berlin 1947. Tr it di Alessandro Setti: *Paideia, La formazione dell'uomo greco*. La Nuova Italia, Firenze, 1999. Vedi anche la versione più recente pubblicata da Bompiani, Milano, 2003.
- 16 - Sox C Harold, Blatt A Marshal, Higgins C Michael, Marton I Keith. *Medical Decision Making*. Newton: Butterworth-Heinemann, 1988.
- 17 - Gadamer HG. *Wahrheit und Methode* (1960) English Translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall - *Truth and Method*. Second Revised Ed. New York: The Continuum Publishing Company, 1989. Tr It *Verità e Metodo*. Bompiani, Milano, 2002.

# *Il Piano sanitario nazionale (2003-2005) tra Stato sociale e federalismo solidale*

GIANCARLO DAL SASSO

## **Premessa**

In un precedente articolo ‘Ospedale umano, logica aziendale, personale motivato’ pubblicato da “la Ca’ Granda” nel n. 4 del 2001, avevamo augurato al Ministro della Salute prof. Girolamo Sirchia buon lavoro per una sanità migliore.

Il ministro non ha perso tempo e nel marzo del 2002 ha varato il suo primo Piano sanitario nazionale (Psn), il quale è stato sostituito dal Piano sanitario 2003-2005, approvato nell’aprile 2003 dal Consiglio dei Ministri. A detto Piano - che contiene alcune modifiche rispetto al precedente, senza tuttavia cambiamenti sostanziali - riteniamo doveroso dedicare una particolare attenzione sia per il nuovo scenario normativo in cui si inserisce, sia per i significativi contenuti che lo caratterizzano.

Il nuovo Psn è un “progetto di salute”, che, nel quadro di una reale “devoluzione” dei poteri dallo Stato alle Regioni, ma attraverso una stretta “collaborazione” tra Governo e Regioni, vuol finalizzare il federalismo solidale al servizio del cittadino-paziente, che è il “centro” del Servizio sanitario nazionale.

La cultura giuridico-sanitaria che ispira e dà respiro al piano, da una parte è ancorata allo Stato sociale e ai diritti-doveri sociali costituzionali, ma dall’altra, è immersa nel nuovo contesto costituzionale, caratterizzato dal decentramento regionale (legislativo e regolamentare), nonché dal federalismo solidale.

Per valutare compiutamente i contenuti del Psn in un’esposizione rigorosa, anche se non specialistica, ci sembra opportuno seguire uno schema logico che potremo così enunciare attraverso i seguenti passaggi essenziali: 1 - lo Stato sociale; 2 - i diritti sociali costituzionali; 3 - il diritto costituzionale alla tutela della salute; 4 - il decentramento regionale e il federalismo solidale; 5 - i contenuti qualificanti del Piano sanitario nazionale triennale (2003-2005); 6 - considerazioni conclusive.

## **Stato sociale**

Riprendendo analisi e concetti già sviluppati in precedenti numeri della rivista (ricordiamo ad esempio l’articolo “Non smantellare ma ricostruire lo Stato sociale”, n. 2-3 del 1996) possiamo riaffermare che la Costituzione italiana, quale Carta fondamentale della Repubblica, è una “Costituzione per l’uomo” (G. La Pira), che non ha disegnato le linee di uno Stato neutrale, ma di uno Stato sociale, cioè ha voluto progettare uno Stato chiamato a intervenire per realizzare in maniera sempre più piena la giustizia sociale.

Lo Stato italiano, così come delineato dalla Costituzione, è uno “Stato sociale di diritto”, cioè “uno Stato che deve conciliare l’eguaglianza formale dei cittadini – tutti i cittadini sono eguali di fronte alla legge – con l’eguaglianza sostanziale o giustizia sociale” (G. Zagrebelsky).

La Carta costituzionale ha progettato appunto uno “Stato sociale di diritto”, cioè uno Stato chiamato ad intervenire per realizzare in una maniera sempre più concreta la giustizia sociale, intesa come “sintesi tra libertà ed eguaglianza, cioè attuazione della libertà eguale e della legalità sociale”.

Detto in breve, lo Stato sociale “è la risposta politico-costituzionale alla crescente ed obiettiva insicurezza sociale, che costituisce il sottoprodotto sia dagli squilibri di potere comportati dal libero gioco delle forze sociali, sia dall’incertezza inserita nei meccanismi spontanei del mercato, sia dall’instabilità dei valori e dal rapido mutamento dei valori insiti nelle accelerazioni dinamiche culturali di società rette da regimi politici democratici e da sistemi economici capitalistici” (A. Baldassarre).

Quali sono allora “i pilastri” sui quali si regge l’intera costruzione dello Stato sociale? Il valore della persona umana e della sua dignità; l’impegno collettivo per la promozione di ogni essere umano, affinché l’eguaglianza tra i cittadini non sia soltanto formale, ma diventi sostanziale, perché “tutti i cittadini

hanno pari dignità sociale” (art. 3 Costituzione); l’impegno collettivo affinché accanto ai diritti di libertà riconosciuti ad ognuno fosse garantito ai soggetti deboli il diritto di essere liberati dalla loro condizione di precarietà; il collegamento inscindibile tra esercizio dei diritti riconosciuti come inviolabili e l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale; l’autonomia sociale e locale; la sussidiarietà intesa come apertura alle formazioni sociali e politiche intermedie (famiglie, associazioni, ecc.); la solidarietà intesa come obiettivo primario dell’intera nazione; l’effettiva partecipazione di tutti alla costruzione della società; la conseguente distribuzione del potere ai vari livelli e i reciproci controlli tra le istituzioni; il fine del bene comune inteso come l’insieme delle condizioni politiche, sociali, giuridiche ed economiche, per rendere effettivo l’esercizio dei diritti e possibile il pieno sviluppo della persona umana.

### **Diritti sociali costituzionali**

In contrapposizione ai “diritti individuali”, per “diritti sociali” si intende l’“insieme delle pretese o esigenze da cui derivano legittime aspettative, che i cittadini hanno, non come “individui singoli”, uno indipendente dall’altro, ma come “individui sociali” che vivono, e non possono non vivere, in società con altri individui” (N. Bobbio).

In altri termini alla “persona morale” si riferiscono specificamente i diritti di libertà, mentre alla “persona sociale” spettano i “diritti sociali”, chiamati anche “diritti di giustizia” (G. Zagrebelsky).

I “diritti sociali” sono essenzialmente diritti del cittadino ad una prestazione positiva da parte dello Stato, cioè in pratica tali diritti si traducono in pretese, garantite dalla Costituzione e rivolte sia verso gli organi centrali dello Stato (Parlamento e Governo) sia verso gli enti locali territoriali (Regioni, Città metropolitane, Province, Comuni), affinché i poteri pubblici, centrali e periferici soddisfino le richieste dei cittadini.

Il catalogo dei diritti sociali fondamentali, configurati nella Costituzione italiana, è molto ampio ed è ordinato in base alle particolari formazioni sociali: famiglia, lavoro, ambiente, scuola, ambienti di vita personale e sociale.

Tra i “diritti sociali fondamentali” sono stati definiti come “irrinunciabili e inviolabili” in particolare i

seguenti diritti: i diritti della famiglia; il diritto al lavoro; il diritto alla salute; il diritto all’assistenza; il diritto alla previdenza.

Va da sé che la completa attuazione di tali diritti richiede il rispetto di alcuni principi tra i quali quelli: della “gerarchia” dei valori in gioco; della “gradualità” delle riforme legislative; della “effettiva disponibilità delle risorse finanziarie” necessarie, con l’ovvio impegno a realizzare con determinazione le riforme stesse.

### **Diritto sociale alla tutela della salute**

Il diritto alla salute o diritto alla tutela della salute è un diritto fondamentale dell’individuo – a prescindere dalla cittadinanza - e nello stesso tempo un interesse della collettività (art. 32 Costituzione). La loro tutela spetta alla Repubblica, cioè allo Stato essenzialmente per il tramite delle strutture pubbliche (disciplinate dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833) e successive modificazioni e anche mediante la somministrazione di cure gratuite agli indigenti (G. M. Salerno).

Soltanto la legge può importare agli individui trattamenti sanitari obbligatori, senza peraltro valicare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (cfr. art. 32 Costituzione).

Il diritto alla salute, che nel suo complesso rientra tra i diritti sociali fondamentali, si presenta frazionato in numerosi diritti, che si possono così indicare: il diritto di ogni individuo alla propria *integrità psicofisica*, cioè la pretesa, immediatamente azionabile davanti all’autorità giudiziaria ordinaria, che tutti gli altri soggetti (sia pubblici che privati) si astengono dal pregiudicarne non solo la salute fisica, ma anche quella mentale; il diritto all’*ambiente salubre*, che è il presupposto essenziale dell’integrità (G. M. Salerno); il diritto *a essere curato* ed, in particolare, il diritto a ottenere i trattamenti sanitari (preventivi e curativi), riconosciuti come efficaci e che le strutture e gli operatori sanitari devono essere in grado di offrire.

Tale diritto è un diritto ad una prestazione, condizionato dall’esistenza delle istituzioni sanitarie idonee a offrire tali prestazioni.

È stato opportunamente osservato che “il diritto alla salute non implica di per sé la libertà di scelta fra le strutture pubbliche e quelle private” (G. M. Salerno).

In pratica, le strutture sanitarie pubbliche sono quelle che allo stato offrono prestazioni sanitarie a tutti i cittadini (e non) sull'intero territorio nazionale, ferma restando, come vedremo, la validità del "*principio di sussidiarietà*" sancito dall'art. 118 della Costituzione recentemente modificato, che tra l'altro dispone: "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli ed associati, per lo svolgimento di attività d'interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà". In termini esplicativi il "principio di sussidiarietà" significa che l'iniziativa privata (con profitto o non profit) può e, in molti casi, deve legittimamente rinforzare, integrare, completare l'intervento pubblico anche in materia sanitaria, pur con le prescritte autorizzazioni preventive e gli indispensabili controlli successivi delle pubbliche autorità sul corretto funzionamento degli enti aziende ed associazioni operanti in detto settore.

Il diritto "ad essere curato" si traduce nel diritto di tutti gli utenti di ottenere prestazioni sanitarie (accertamenti e trattamenti) pagate con denaro pubblico (fondo sanitario nazionale e fondi sanitari regionali) e con una ridotta partecipazione finanziaria a carico dei singoli in proporzione del reddito, nonché con il pagamento di un eventuale ticket sulle singole prestazioni.

### **Devoluzione sanitaria regionale e federalismo solidale**

Principi fondamentali costituzionali, diritti e doveri sociali, riforme specifiche vanno attuati in un quadro politico-istituzionale fortemente mutato alla luce soprattutto delle recenti modifiche, introdotte con la legge costituzionale 18.10.2001 n. 3, del titolo V della parte seconda della Costituzione intitolata "Le Regioni, le Province, i Comuni".

Esaminando tali rilevanti modifiche sotto il profilo che ci interessa, cioè quello della tutela della salute, osserviamo che il vigente art. 117 della Costituzione distingue le materie nelle quali lo Stato ha "legislazione esclusiva" da quelle nelle quali è prevista una "legislazione concorrente" dello Stato e delle Regioni. Rientra innanzitutto nella "legislazione esclusiva" dello Stato "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e i diritti sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Competono quindi allo Stato le

norme generali e alle Regioni la disciplina concreta di tali norme.

La materia riguardante "la tutela della salute" rientra invece nella "legislazione concorrente" dello Stato e delle Regioni. "In tale materia spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione dello Stato".

Per riassumere possiamo osservare che "i principi fondamentali" in materia sanitaria e i "livelli essenziali delle prestazioni sanitarie" sono riservati alla legislazione dello Stato.

Questa "riserva di legge" dello Stato in materia di principi fondamentali e di livelli essenziali delle prestazioni sanitarie si è resa necessaria da una parte per non pregiudicare l'unità nazionale sancita dall'art. 5 della Costituzione ("La Repubblica è una e indivisibile") e, dall'altra, per evitare disparità di trattamenti sanitari degli utenti da Regione a Regione, compromettendo così il principio costituzionale fondamentale della giustizia sociale, che significa riconoscere e tutelare i diritti sociali.

In sostanza, con la recente riforma costituzionale, si è attuato un indispensabile decentramento regionale (legislativo e regolamentare), accompagnato però da un altrettanto indispensabile "federalismo solidale", che significa accompagnare l'attribuzione di ampi poteri alle Regioni in materia sociale e in quella sanitaria con un certo inevitabile controllo del potere centrale, al fine di consentire che il decentramento regionale si traduca in un federalismo solidale, che assicura il riconoscimento e lo sviluppo dei diritti sociali costituzionali di tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale (F. Eramo).

### **Piano sanitario nazionale triennale (2003-2005) (Psn)**

#### ***I. Quadro normativo di riferimento***

Prima d'illustrare i contenuti essenziali del Psn, è opportuno riferire la cornice normativa specifica entro cui tale piano s'inserisce, fermo restando il decentramento regionale di cui si è già parlato.

Il decreto legislativo 19 giugno 1998 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" ha tra l'altro disposto:

1 - "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garan-

tita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali...”.

2 - “Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse”.

3 - “L’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità (triennale) del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente”.

4 - “I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono: a - l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; b - l’assistenza distrettuale; c - l’assistenza ospedaliera”.

5 - “Il Piano sanitario nazionale, predisposto dal Ministro della sanità (ora Ministro della salute) e adottato dal Governo indica: a - le aree prioritarie d’intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguglianze sociali e territoriali nei confronti della salute; b - i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano; c - la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza; d - gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovrapregionale; e - i progetti - obiettivo, da realizzare anche mediante l’integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali; f - le finalità

generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca; g - le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché del fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane, h - le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire all’interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l’applicazione dei livelli essenziali di assistenza; i - i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Prima di analizzare i contenuti del Piano sanitario nazionale occorre altresì precisare che con il decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56 “Disposizioni in materia di federalismo fiscale” è stato accelerato il progetto “federale” sia fiscale che sanitario con “una spinta definitiva all’autonomia finanziaria delle regioni e quindi alla completa devoluzione in campo sanitario” (A. Cicchetti).

Con tale provvedimento legislativo: 1 - viene abolito il fondo sanitario nazionale per effetto dell’eliminazione (a partire dal 2001) di tutti i trasferimenti erariali dallo Stato alle Regioni; 2 - viene istituita una compartecipazione delle Regioni a statuto ordinario all’IVA (imposta di valore aggiunto); 3 - vengono aumentate le aliquote dell’addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF); 4 - l’imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) rimane attribuita alle Regioni; 5 - è prevista per le Regioni, a partire dal 2004, la libertà di definire il livello dei fondi da destinare alla sanità, mentre al Governo, attraverso il Ministero della salute, viene affidato il ruolo di monitorare il rispetto dei LEA (livelli essenziali ed uniformi di assistenza) e dei relativi fondi destinati alle Regioni e, in relazione alle condizioni registrate, il compito di adottare i trasferimenti perequativi tra le stesse.

Si può dunque affermare che nel nostro Paese, come in altri Paesi, “il Servizio sanitario nazionale contribuisca alla solidarietà sociale” (V. Fuchs) ed è per questo un Servizio con un rilevante e crescente costo finanziario.

A tal fine basta ricordare che nell’accordo tra Governo e Regioni dell’8 agosto 2001 sono state definite

le seguenti disponibilità finanziarie da destinare al finanziamento del servizio sanitario per il triennio 2002-2004: esercizio 2002: 75.596 milioni di Euro (146.376 miliardi di lire); esercizio 2004: 81.275 milioni di Euro (157.371 miliardi di lire).

## **II. Presentazione del Psn**

Nel mutato scenario politico istituzionale il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni sta assumendo l'aspetto di una reale devoluzione. È quindi naturale che il Piano sanitario nazionale (Psn), coerente con questi cambiamenti, si trasformi da atto programmatico per le Regioni in "progetto per la salute, condiviso ed attuato con le Regioni in modo sinergico ed interattivo.

Si ribadisce pertanto che "compito fondamentale dello Stato è assicurare per quanto possibile l'etica dei sistemi operativi e quindi dare garanzia ai cittadini che i loro diritti costituzionali sono rispettati".

Si precisa inoltre che il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), pur essendo mediamente soddisfacente, non sempre riesce a garantire equità al sistema; basti pensare al problema delle liste d'attesa per le patologie che non possono attendere, al doppio canale di pagamento delle prestazioni generato dalla libera professione intramoenia negli ospedali, alle differenze quali - quantitative nei servizi erogati nelle varie aree del Paese, agli sprechi e all'inappropriatezza (inadeguatezza) delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento della libertà di scelta dei malati, all'insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani.

Dopo questa premessa, il Psn si articola in due parti; la prima contiene gli "obiettivi strategici"; la seconda delinea gli "obiettivi generali", riguardanti rispettivamente: 1 - la promozione della salute; 2 - l'ambiente e la salute; 3 - la sicurezza alimentare e la sanità veterinaria; 4 - la salute e il sociale.

Per ragioni di spazio e per non allungare ulteriormente la trattazione dovremo limitarci ad illustrare soltanto la prima parte, cioè "gli obiettivi strategici o progetti-obiettivo" del Psn.

## **III. Obiettivi strategici o progetti-obiettivo**

*1. Livelli essenziali e appropriati di assistenza (LEA):* l'uniformità della realizzazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza deve essere garantita sull'intero territorio nazionale, con adeguati indicatori per il

loro monitoraggio, risolvendo finalmente il problema delle liste d'attesa, che, allo stato è ancora seriamente sul tappeto, almeno nella Regione Lombardia, dando priorità alle prestazioni urgenti e a quelle relative alle patologie più invalidanti.

*2. Rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili:* è necessario integrare la prestazione sanitaria con l'assistenza sociale; assistere sia gli anziani e i disabili al loro domicilio, evitando, se possibile, il ricovero improprio in strutture ospedaliere o in residenze sanitarie assistenziali. In questo settore le competenze degli ospedali, delle Asl e dei Comuni vanno integrate con l'utilizzo controllato dei servizi gestiti da privati nelle aree di sperimentazione.

*3. Servizio della qualità in ogni Azienda Sanitaria:* occorre promuovere all'interno di ogni azienda sanitaria ed ospedaliera la costituzione di un servizio della qualità, con l'obiettivo di portarlo alla certificazione secondo la norma ISO 9000. Tale normativa definisce un insieme di regole che includono l'organizzazione aziendale, le responsabilità, l'analisi dei processi, la formazione del personale, le verifiche esterne da parte di soggetti accreditati, che poi rilasciano la certificazione di qualità.

*4. Cultura della professione:* il "capitale umano", ossia il personale del Ssn, che ammonta ad oltre 800.000 addetti, deve essere motivato, aggiornato, valorizzato, con corsi di aggiornamento aziendale ed extraaziendale, nonché con una adeguata incentivazione economica, rapportata alla professionalità esercitata. È comunque indispensabile creare una forte coscienza di autoformazione e di aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

*5. Cultura del diritto alla qualità delle cure:* la centralità del paziente, il mutamento del contesto dell'assistenza, il riconoscimento del diritto alla qualità delle cure impongono un ripensamento dell'organizzazione ospedaliera e quindi una revisione delle funzioni dei circa 1.440 ospedali esistenti sul territorio nazionale. Vanno pertanto potenziati alcuni programmi "centri ospedalieri di eccellenza" di altissima specialità e complessità, situati strategicamente su tutto il territorio nazionale. Gli ospedali minori possono invece divenire "centri distrettuali di salute" con la realizzazione inoltre di forme di "ospedalizza-

zione a domicilio”, con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in ospedale.

6. *Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)*: occorre attivare, in accordo con le Regioni, la trasformazione sperimentale di tali enti in Fondazioni di tipo pubblico con la possibilità di ammettere nei Consigli di amministrazione, pur a maggioranza pubblica, privati mecenati, che possano apportare capitali, ferma restando la natura pubblica di detti enti.

7. *Impiego razionale dei farmaci*: l’attuazione del programma nazionale di farmacovigilanza costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio - rischio dei farmaci e garantire la sicurezza dei pazienti nell’assunzione dei medicinali. Più in generale, bisogna puntare sul buon uso del farmaco.

### **Considerazioni conclusive**

Il Piano sanitario nazionale triennale 2003-2005, che abbiamo presentato a grandi linee, nella sua prima parte individua, in sintesi, i seguenti dieci “progetti del cambiamento”: 1 - monitorare e aggiornare i Lea, ridurre le liste d’attesa; 2 - rete integrata sanità-sociale (anziani, disabili, cronici); 3 - garantire la qualità dell’assistenza e delle tecnologie biomediche; 4 - valorizzare il capitale umano e tecnico, detassare le donazioni per sanità e ricerca, alleggerire le strutture dal peso burocratico; 5 - realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità; utilizzare al meglio le Società medico scientifiche, l’editoria cartacea e online, coinvolgere Università e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS); 6 - riqualificare la rete ospedaliera; stop ai piccoli ospedali; realizzare il progetto di rete degli ospedali di eccellenza; 7 - spostare l’attenzione sul territorio con integrazione sociale-sanitaria; potenziare i servizi di urgenza ed emergenza (118, mezzi di pronto intervento, presidi differenziati); 8 - promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica: semplificare i passaggi burocratici, scambio tra ricercatori e tra istituti, attirare ricercatori dall’estero, incentivare l’investimento privato; 9 - stili di vita, prevenzione, comunicazione: soprattutto nel campo dell’alimentazione e dei disturbi del comportamento alimentare; incrementare l’attività fisica regolare; lotta al tabagismo; campagne per l’educazione sanitaria

(Missione Salute nelle scuole); lotta all’alcolismo e legame con sostanze illegali; importanza di test e screening; migliorare il coordinamento delle campagne d’informazione; 10 - corretto impiego dei farmaci e farmacovigilanza: l’invio a tutte le famiglie dell’opuscolo “Pensiamo alla salute. Venti regole per un uso corretto dei farmaci”; monitoraggio dell’andamento mensile della spesa farmaceutica; assicurare l’accesso agevole e rapido di medicinali innovativi. Tali progetti vengono inseriti in un diverso contesto costituzionale ed istituzionale.

Pertanto il Psn non è più da considerarsi un atto programmatico per le Regioni, ma bensì un “progetto di salute”, attuato dallo Stato con le Regioni.

Dai principi etico-giuridici che ispirano il Psn, nel quadro della devoluzione sanitaria regionale, e dai progetti-obiettivo del cambiamento individuati dal Psn, ci sembra di poter evidenziare i seguenti “punti fermi”:

1. *riconfermata validità del Servizio sanitario nazionale* (principi, obiettivi, normativa generale) in sinergia con i Servizi sanitari regionali (programmazione regionale; organizzazione; disciplina concreta);

2. *devoluzione regionale socio-sanitaria*: cioè decentramento dei poteri legislativi e regolamentari dallo Stato alle Regioni;

3. *centralità della persona umana del paziente nella sanità*, con i suoi diritti di tutela della salute, di libertà dalla malattia, di libera scelta delle strutture sanitarie, di diritto alla qualità delle cure, di dignità umana;

4. *professionalità sanitaria*, con formazione ed aggiornamento continui, nonché con adeguati incentivi economici;

5. *qualità delle cure*, con certificazione esterna degli erogatori dei servizi sanitari e monitoraggio delle prestazioni fornite;

6. *riorganizzazione ospedaliera*: pur essendo l’ospedale “un’organizzazione sanitaria di servizi” (A. Cicchetti), occorre tuttavia uno strategico e coraggioso ridisegno della rete ospedaliera, con la programmazione di “ospedali di eccellenza” e di “ospedali distrettuali”;

7. *deospedalizzazione*, con lo sviluppo della ospedalità a domicilio;

8. *integrazione aziendale sanitaria pubblica-privata*: nell’offerta delle prestazioni sanitarie è utile una controllata concorrenza tra aziende ospedaliere pub-

bliche e private, sia per aziendalizzare il pubblico sia per coinvolgere il privato nell'offerta anche di prestazioni di alta specializzazione, fermi restando però gli indispensabili controlli preventivi, nonché quelli successivi di efficacia e di qualità;

9. *certificazione esterna degli erogatori di servizi sanitari* (pubblici e privati);

10. *federalismo solidale* con effettiva garanzia di erogazione di uguali prestazioni socio-sanitarie su tutto il territorio nazionale per tutti gli utenti.

#### Fonti bibliografiche consultate:

Baldassarre A., *Diritti della persona e valori costituzionali*, G. Giappichelli Editore, Torino 1997;

Bobbio N., *Sui diritti sociali* in: Cinquant'anni di Repubblica Italiana, Einaudi Editore, Torino, 1996;

Cicchetti A., *L'organizzazione dell'ospedale*, Vita e Pensiero, Milano 2002;

Eramo F., *Servizi sociali e federalismo solidale*, in: Aggiornamenti sociali, gennaio 2003;

Fuchs V., *Chi vivrà? Salute, economia, scelte sociali*, Vita e Pensiero, Milano 2002;

Salerno G. M., *I nostri diritti*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2002.

## Asterisco

### Inquietudine: valore o disvalore?

La parola inquietudine non ha una precisa ed univoca valenza etico-psicologica, ma può assumere connotazioni di segno opposto.

Nell'accezione più comune, inquietudine sta a significare una sorta di dislocazione psicologica, un sentirsi cioè al di fuori del proprio ideale *habitat* esistenziale. Non è ancora l'angoscia che può farsi sentire con il suo peso insopportabile e paralizzante, ma è già un malessere diffuso che nasce da una situazione di smarrimento: si è perduto quell'*ubi consistam* che coincide con l'equilibrio o, meglio, con quello che si crede essere la ragione di equilibrio della propria vicenda personale.

Da questo punto di vista l'inquietudine è negatività, limite, riduzione dell'immagine ideale della persona. In una visione dell'esistenza tesa a valorizzare la misura, l'equilibrio, la tranquillità interiore, l'inquietudine appare come una nota dissonante, un'interferenza indebita.

Si comprende il motto di Erasmo: «*Consulo quieti meae* (Provvedo alla mia tranquillità)». Esiste però un'altra prospettiva che rovescia completamente l'equivalenza inquietudine-negatività per portare in primo piano gli elementi positivi e creativi che sono connessi con la condizione inquieta dell'uomo. «Quello di cui abbiamo bisogno - diceva Paul Verlaine - è il pane e... essere inquieti». E Julien Green ha scritto in una pagina del suo *diario* che «finché si è inquieti si può essere tranquilli». Il paradosso si regge su un nuovo contenuto attribuito alla parola *inquietudine* e su una diversa visione dell'esistenza.

Se vivere vuol dire ricerca, anelito, aspirazione sempre inappagata e sempre risorgente, l'inquietudine appare come la condizione privilegiata dell'uomo.

LUIGI POZZOLI

(da *La beatitudine del naufrago*, Ed. Ancora, Milano 2003)



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

# Il male del secolo

## La storia medica e sociale del cancro in un libro di Cosmacini e Sironi

*Narrare la storia di un male, il cancro, che forse più di ogni altro riassume i timori - passati ma anche presenti - dell'uomo di fronte alla propria vulnerabilità è una sfida stimolante e interessante, anche perché questa storia presenta un paradosso: quando, nel Novecento, la medicina comincia a conoscerla meglio e a guarirla, questa patologia diventa innominabile e al famigerato termine di "cancro" si sostituiscono espressioni generiche e sinonimi neutri (il male oscuro, il brutto male, quel male) che testimoniano un'inconscia quanto ingiustificata paura dell'uomo di fronte a questa malattia. Le tappe che conducono progressivamente al riconoscimento del male, alla comprensione dei suoi meccanismi eziopatogenetici, alla crescente efficacia della terapia e alla consapevolezza che, anche quando la guarigione non è possibile, non si può e non si deve rinunciare alla cura del malato, sono puntualmente descritte nel libro di Giorgio Cosmacini e Vittorio A. Sironi Il male del secolo. Per una storia del cancro (Laterza 2002) di cui riportiamo qui due ampi stralci.*

### Dal male oscuro alla malattia curabile

GIORGIO COSMACINI

In una pagina della *Cognizione del dolore*, scritta tra il 1938 e il 1941, Carlo Emilio Gadda scolpiva questa frase: «Era il male oscuro di cui le storie e le leggi e le universi discipline delle grandi cattedre persistono a dover ignorare le cause, i modi: e lo si porta dentro di sé per tutto il fulgorato scoscendere d'una vita, più greve ogni giorno, immedicato».

Il commento editoriale sul risvolto di copertina del libro (Einaudi, Torino 1971<sup>(5)</sup>) dice che della «scarpa vicenda» narrata un «dolore senza nome e senza ragione (ma non senza causa) è tema e protagonista».

Un *male oscuro* tanto «innominabile» quanto «irrazionale» veniva dunque assunto a metafora letteraria, anni or sono; ed è oggi qui assumibile a modello di una *malattia* che fino agli anni Trenta del Novecento, ma anche oltre, appariva «ignorata nelle cause e nei modi», cioè non suscettibile di cure efficaci e quindi *incurabile*.

Tale, nell'opinione pubblica e nella stessa consapevolezza di una parte consistente del mondo medico, era, fino alla seconda guerra mondiale e all'immediato dopoguerra, l'immagine o l'accezione di senso comune di una malattia per la quale, dalla seconda metà degli anni Venti, esisteva in Milano un Istituto nazionale dedicato al suo studio e alla sua cura: il cancro.

Di una storia del cancro scritta per sommi capi il punto di partenza può essere il secondo libro *De naturalibus facultatibus* del medico Claudio Galeno (129-200 d. C.), dove si parla di sconcerto della bile nera, di guasto atrabiliare. Nella fisiopatologia galenica dei quattro umori (sangue, flegma, bile, atrabile), se il sangue era caldo e umido, l'atrabile era tutto l'opposto, fredda e secca; e se il sangue era all'origine della vita, cui forniva calore e «umidità radicale» (*aqua vivimus*), la bile nera era una sorta di circolante antivita: «L'umore più cattivo vaga dappertutto nelle vene mescolato al sangue». «La bile nera – dice ancora Galeno – è tanto più cattiva e acida» che Ippocrate stesso ha lasciato scritto che una malattia «se ha origine dalla bile nera è letale». Il cancro era visto come una malattia generale dovuta a ebollizione interna dell'atrabile, con polluzione esterna in gonfiori locali, in tumescenze, in tumori. Galeno descrive «una malattia che si caratterizza con un ingrossamento, una protuberanza, e il cui nome deriva dalla somiglianza che le vene gonfiate dal tumore hanno con le zampe del granchio» L'analogia galenica era destinata a perpetuarsi in una similitudine di lunga durata: granchio in latino si dice *cancer* e in greco *karkinos*.

Un millennio e mezzo dopo Galeno, in pieno Seicento, il filosofo René Descartes, con il nostro Galileo Galilei, realizzava la rottura epistemologica, meglio nota come «rivoluzione scientifica», che all'interpretazione qualitativa (aristotelica) della realtà naturale sostituiva l'interpretazione quantita-

tiva (galileiana e cartesiana) della stessa realtà. In campo medico-biologico si passava dalla dottrina galenica imperante da secoli alla scienza iatromecanica di Santorio Santorio, Alfonso Borelli, Giorgio Baglivi, Marcello Malpighi.

Si trattava di un passaggio epocale. Tale anche in campo oncologico? Niente affatto. Descartes rilanciava la teoria del cancro come malattia generale. Nella sua riflessione biomeccanicistica su *L'homme* (1632-33), egli dedica molto spazio alla ricerca delle cause di malattia convinto che grazie alla loro conoscenza, acquisita con *méthode* razionale, fosse possibile rivoluzionare la pratica medica del tempo (quella derisa da Molière), essere esenti da ogni male e vivere a lungo. Il medico cremonese Gaspare Aselli aveva riscoperto nel 1622 l'esistenza delle *venae albae et lacteae*, cioè dei vasi linfatici (già nota ai greci e poi caduta in oblio). Ebbene Descartes sostituiva alla bile nera la linfa e ne faceva il nuovo umor circolante responsabile di quella malattia ubiquitaria che, a suo avviso, era la malattia tumorale. Era la linfa l'umore che formava il tumore, che dava luogo al cancro localizzato e circoscritto coagulandosi più o meno rapidamente in questo o quel distretto dell'organismo.

Così la linfa circolante nelle «vene bianche e latte» di Sua Maestà la regina di Francia Anna d'Austria (madre di Luigi XIV, il Re Sole) si era rappresa a livello del seno determinandovi una erisipela complicata da cancrena (una «mastite carcinomato-sa» oggi diremmo). Un braccio della regina era tumefatto per ingorgo della linfa, per linfedema: il dato osservativo del blocco della circolazione linfatica avvalorava l'ipotesi cartesiana del cancro linfogenetico. Guardandosi la mano, Anna d'Austria diceva presagendo la fine ormai prossima: «La mia mano è gonfia, è tempo di partire».

Data la presunta natura generale della malattia, ogni terapia locale del «tumore che rode e prolifera» e «afferra come un granchio» era ritenuta destinata in partenza al fallimento: non soltanto gli empiastri di cicuta e pietra grigia macinata applicati localmente dal medico di corte Ailhaut, ma anche ogni escissione o estirpazione che fosse stata tempestivamente tentata. Ogni terapia locale era vista come una terapia palliativa che non poteva prescindere dalla terapia generale che veniva considerata radicale: la

purga, il clistere, il salasso. Soltanto con questi mezzi il dottor Ailhaut credeva di poter giovare alla sfortunata regina; ma almeno leniva i suoi dolori facendo ricorso agli infusi di papavero, alle sostanze oppiate.

Dalla seicentesca età barocca al Settecento, secolo dei lumi. Era un illuminato chirurgo londinese, John Hunter, a ritornare sulla linfogenesi del cancro, a precisare che la linfa trasudava dai vasi là dove un'inflammazione locale faceva da richiamo. In una società, quella inglese, scossa dai sussulti d'avvio della prima rivoluzione industriale, l'occhio clinico di un altro chirurgo londinese, Percival Pott, si fissava sul cancro scrotale degli spazzacamini. In un pensiero medico fino a quel tempo «generalizzatore» la sua esperienza clinica di molti casi di cancro locale inseriva elementi di dubbio «localizzatore»; e nel clima socioculturale dell'empirismo angloscozzese, dove la rivalutata figura del chirurgo veniva pareggiata per competenza e prestigio a quella del medico, il cancro virava da malattia internistica, curabile per via generale, a malattia chirurgica, curabile con l'estirpazione tempestiva «spinta fino alla carne sana».

Se l'estirpazione non era tempestiva e completa (oggi diremmo «precoce e radicale»), il cancro diventava una malattia generale valicando il confine della curabilità chirurgica. Dal passato remoto e prossimo venivano recuperate intuizioni precorritrici ingiustamente trascurate. Nel 1320 il chirurgo Henri de Mondeville aveva scritto che «nessun cancro guarisce, a meno di essere estirpato tutt'intero»; e il chirurgo rinascimentale Giovanni da Vigo aveva scritto a sua volta che «lo cancro in le mammille per altra via non riceve cura se non tajando tutto lo membro con la infirmitade» (peraltro aggiungendo che l'estirpazione, non sembrandogli cosa «honestà», era «meio lassarla stare»).

Chi dava una prima, embrionale spiegazione di come il cancro, da malattia locale, potesse diventare malattia generale, era il chirurgo parigino Joseph Récamier, il quale elaborava il concetto di «metastasi»: un processo morboso che – nei fatti - «passa oltre» o «trapassa», non diversamente da come – nel lessico – il nome del poeta cesareo Pietro Trappasi veniva grecizzato in Metastasio. Tra Settecento e Ottocento, quando anestesia, antisepsi ed emo-

stasi erano ancora di là da venire, a Milano Giovanni Battista Monteggia tentava l'approccio chirurgico allo «scirro delle poppe» e allo «scirro cancheroso dell'utero», secondo una visione «localistica»; ma nello stesso periodo un altro chirurgo del medesimo Ospedale Maggiore milanese, Giovanni Battista Palletta, portava avanti l'approccio internistico curando i «canceri» con «aria fissa» o «acido mefitico» oppure, nientemeno, con «lucertole vive prese internamente».

Nell'Ottocento molte forme di cancro si presentavano via via come ricadute morbose del processo di industrializzazione: forme legate all'estrazione, manipolazione, distillazione del carbon fossile, forme dovute a pigmenti e oli minerali, a particelle inalate in miniera, alla pece, al catrame. Si configurava una casistica di malati nuovi. Il decollo della chimica in campo industriale faceva registrare cancri vescicali nei lavoratori dell'industria dei coloranti, cancri cutanei in chi maneggiava l'arsenico, cancri polmonari in chi lavorava e respirava in miniera. Tutto ciò contribuiva a rafforzare l'idea espressa dal grande patologo tedesco Rudolf Virchow, secondo cui ogni cancro o neoplasma altro non era che una reazione organica neofornante là dove agiva una irritazione eccitoproliferativa. Virchow, altrettanto grande patologo che medico impegnato politicamente e socialmente, da un lato sosteneva l'importanza patogena dei fattori socioambientali, dall'altro faceva della propria *patologia cellulare* il codice scientifico di una «democrazia delle cellule» da passare al vaglio dell'analisi microscopica onde poter discernere con metodo rigoroso se una cellula fosse uguale o diversa, normale o patologica, infiammatoria o tumorale, benigna o maligna.

### ***Nascita e crescita dell'oncologia***

VITTORIO A. SIRONI

Questo intenso travaglio intellettuale contribuiva ad accrescere costantemente la comprensione dei fenomeni tumorali, la cui patogenesi appariva sempre più chiara, come efficacemente riassumevano le parole scritte nel 1866 da Louis Bard: «I tumori sono costituiti da elementi anatomici dei tessuti normali dotati di una vitalità eccessiva e in via d'i-

perplasia indefinita, per il fatto di un'anomalia speciale, di una specie di mostruosità di sviluppo dei tessuti: questi elementi conservano d'altra parte gli attributi essenziali della loro specie originale, essi evolvono nella stessa direzione atavica primitiva, ma s'arrestano, secondo i casi, a tappe diverse del loro sviluppo fisiologico».

Chiarita la patogenesi restava da individuare l'eziologia. Gli scienziati creavano in continuazione teorie che il più delle volte non reggevano alla verifica sperimentale. La *teoria embrionaria*, che spiegava l'insorgenza dei tumori grazie alla persistenza in alcune cellule di caratteristiche embrionali potenzialmente in grado d'innescare un processo di proliferazione, era smentita dalla possibilità di generare un cancro in qualsiasi parte di un animale attraverso ripetute pennellature di catrame. La *teoria parassitaria*, che tentava di identificare microbi e parassiti responsabili dell'insorgenza del cancro, era invalidata dall'impossibilità di riprodurre il tumore negli animali infettati dal presunto agente patogeno. La *teoria chimica*, che ipotizzava un'alterazione degli equilibri biologici della cellula indotti da sostanze tossiche all'origine della degenerazione cancerogena, non era confermata dalla costanza dei dati sperimentali.

Pur non essendo alcuna di esse esauriente, ognuna di queste teorie conteneva embrioni di ipotesi eziologiche corrette, destinate a essere riscoperte, valorizzate e comprese molti anni più tardi, quando ci si sarebbe resi conto che il cancro era una patologia complessa, a genesi multicausale.

Questo fervore teorico portava con sé importanti ricadute pratiche. La teoria cellulare del cancro e l'ipotesi localizzatoria dei tumori rilanciavano l'idea che la *chirurgia* potesse essere la via terapeutica preferenziale in questo ambito. Tra fine Ottocento e inizio Novecento, grazie anche ai progressi determinati dall'anestesia, dall'antisepsi e dall'emostasi, la chirurgia diventava effettivamente il principale sistema di cura per molte forme neoplastiche nei tumori dello stomaco, nel cancro della mammella e dell'utero, nelle neoplasie del sistema nervoso centrale. Dove la mano del chirurgo non osava o non poteva arrivare (come nel cavo orale o nelle neoplasie dell'apparato genitale femminile), dal primo Novecento, era disponibile un'altra effi-

cace pratica antitumorale: *la radioterapia*. Spesso poi le due pratiche si alleavano per combattere con maggiore efficacia, su due fronti, il cancro: una patologia che più si conosceva, più sembrava accrescersi.

Dall'inizio del Novecento la patologia neoplastica aveva iniziato un'espansione che avrebbe portato, a metà degli anni Trenta, a quella *svolta epidemiologica* per cui i tumori sopravanzavano, come causa di morte, le malattie infettive. Eziologia e patogenesi del cancro diventavano il campo di numerose ricerche biologiche e cliniche, di continue elaborazioni teoriche con molteplici possibili ricadute pratiche che trovavano la loro adeguata collocazione in una nuova "promettente" autonoma disciplina medica: *l'oncologia*.

Per studiare e curare il cancro sorgevano apposite istituzioni, come nel 1902 la Fondazione per le ricerche sul cancro a Londra o nel 1926 l'Istituto del cancro a Parigi, città che nel 1935 ospitava la prima assemblea generale della neonata Unione internazionale contro il cancro.

La nascita nel 1925 a Milano dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori – cui sarebbero seguiti pochi anni dopo quelli di Roma e di Napoli – segnava ufficialmente anche in Italia l'avvio del processo di istituzionalizzazione della nuova disciplina, che avrebbe trovato in Gaetano Fichera (1880-1935) e in Pietro Rondoni (1882-1956) due illustri protagonisti.

In queste nuove «fucine dell'oncologia» sparse per il mondo, biologi e patologi, clinici e chirurghi scandagliavano i profondi abissi del cancro alla ricerca dei suoi segreti e dei mezzi per decifrarli. Antiche teorie venivano rivisitate, rivalutate, integrate, rinnovate. Nuove ipotesi venivano elaborate e sottoposte al vaglio sperimentale.

La vecchia teoria chimica trovava nuovo vigore alla luce di una più moderna e attuale *teoria ambientale*, che sottolineava come, in una società caratterizzata da una crescente industrializzazione, sempre più evidenti erano le relazioni tra sostanze tossiche ambientali e cancro. L'antica idea parassitaria, alla luce di dati clinico-sperimentali che dimostravano, in alcuni casi, l'esistenza di stretti rapporti tra virus e tumori, generava una nuova *teoria virale* destinata a portare notevoli contributi alle conoscenze sulle

neoplasie. Anche l'ipotesi embrionaria era fonte di suggestive intuizioni che, reinterpretate e integrate con i dati forniti dalle nuove conoscenze sulla citoarchitettura e sulla citogenetica, consentivano di elaborare una più articolata e precisa *teoria genetica* del cancro.

Lo studio dei *fattori endogeni predisponenti*, come il terreno organico e l'abito immunitario, s'intersecava con quello degli *agenti esogeni provocanti*, come i tossici e i virus, e si completava con l'analisi degli *elementi individuali modulanti*, come gli oncogeni. Il cancro appariva una patologia complessa, a genesi multifattoriale. Era come un grande mosaico composto da molte tessere singolarmente incomprensibili ma che collocate le une accanto alle altre formavano un'immagine più chiaramente delineabile. Questa grande complessità non significava «piegarsi davanti ad un male inevitabile e rinunciare a tutti i mezzi di prevenzione», come sottolineava nel 1939 il patologo Gustave Roussy (1874-1948). La «nozione di incurabilità del cancro – aggiungeva – è l'opposto dei doverosi tentativi di lotta anticancerosa»: essendo all'inizio una malattia locale, in questa sua fase esso «è una malattia guaribile».

Mentre l'evoluzione delle tecniche operatorie migliorava progressivamente i risultati dell'*oncologia chirurgica*, la nascita di una promettente chemioterapia antiblastica che si affiancava alla già consolidata radioterapia antitumorale schiudeva le porte a una nuova *oncologia medica*. Forme di cancro generale (come leucemie e linfomi) e tumori diffusi (con metastasi a distanza dalla neoplasia primitiva) che non potevano giovare dell'azione chirurgica o condizioni in cui la radicalità dell'asportazione della lesione tumorale non era garantita, col rischio che parti o cellule residue ne favorissero la rigenerazione, potevano ora essere trattate mediante l'impiego di composti chimici ad azione carcinolitica: mostarde azotate, farmaci citotossici, antibiotici antineoplastici.

A partire dal secondo dopoguerra il cancro iniziava una progressiva *espansione demografica*, colpendo «alla cieca» sempre più larghi strati di popolazione, comprese le fasce di età produttiva; e rivestendo in tal modo una crescente *importanza economica*, come aveva rilevato Pietro Rondoni in una sua relazione: «Fra le vittime di questo nemico vi sono

uomini ancora largamente produttivi, vi sono rappresentate anzi in grande prevalenza quelle classi di età nelle quali si reclutano i tecnici più esperti, i dirigenti, i lavoratori specializzati. Per questo mi pare di non errare a definire il cancro malattia antieconomica [...] per eccellenza, perché appunto esso spegne dei focolai di esperienza, di cultura, di capacità non prontamente sostituibili e danneggia così lo sviluppo e l'autonomia tecnica e spirituale del paese»

L'aumento quantitativo dei tumori portava a considerare la patologia neoplastica come una *malattia sociale*, sostituendo in tale ruolo le malattie infettive del passato. Ciò determinava la crescita dell'oncologia intesa sempre più come disciplina attenta all'analisi epidemiologica e all'eziopatogenesi dei tumori, alla ricerca neoplastica sperimentale e al progresso delle cure per i pazienti affetti da patologia tumorale. Erano i tumori, nell'immaginario collettivo, la nuova *epidemia del XX secolo*. Era il cancro, a giudizio unanime, *il male del secolo*.

Le conoscenze scientifiche in campo oncologico s'andavano accrescendo di anno in anno. Tra gli anni Sessanta e Settanta del Novecento l'identificazione di molteplici fattori di rischio *esterni* (socioambientali, alimentari, lavorativi) facilitanti la comparsa dei tumori forniva l'opportunità di pianificare una prevenzione primaria di tale patologia. Nel decennio successivo, con l'avvento in campo diagnostico delle tecniche di imaging (ecografia distrettuale, tomografia assiale computerizzata, risonanza magnetica) in grado di integrare e potenziare le tradizionali indagini radiologiche, aumentava sensibilmente la possibilità di una tempestiva diagnosi precoce di molte forme tumorali. Nell'ultimo scorcio di secolo e all'inizio del nuovo millennio la fisiopatologia oncologica sperimentale da un lato e i progressi della biologia molecolare con la completa decodificazione del genoma umano dall'altro precisavano i fattori *interni* (biologici, immunologici, genetici e molecolari) predisponenti l'insorgenza di patologie tumorali. L'identificazione di *geni oncogeni* all'origine di molte forme neoplastiche ha comportato una radicale revisione dei meccanismi eziopatogenetici. Ha fornito anche modelli sperimentali sui quali testare sistemi curativi rivoluzionari che, intervenendo a livello subcellulare sui meccanismi genetici e molecolari dell'or-

ganismo, hanno aperto un'affascinante – e promettente – prospettiva nella cura dei malati affetti da cancro.

L'oncologia è diventata disciplina egemone in ambito medico non solo per l'impatto epidemiologico che i tumori hanno nella nostra società, ma anche grazie soprattutto agli straordinari risultati che già oggi si possono ottenere nella cura di molte forme neoplastiche. Il trattamento chirurgico è diventato a un tempo più efficace e più conservativo. La chemioterapia è passata dagli empirici approcci di quarant'anni fa all'efficienza terapeutica di oggi grazie alla scoperta di nuovi più efficaci farmaci antineoplastici e al miglior uso dei vecchi. La radioterapia attua trattamenti sempre più mirati e sofisticati e sovente la combinazione di questi tre sistemi di cura ne potenzia i risultati. In fase ancora parzialmente sperimentale si trova l'immunoterapia, che sembra però molto promettente. Infine, nell'armamentario terapeutico del moderno oncologo clinico, sta per entrare anche la terapia genetica.

Così il cancro, diversamente dal passato, è diventato oggi una patologia la cui terapia è spesso molto efficace; la *guaribilità* per alcuni tipi di tumore (melanoma, utero, mammella) arriva al 70%, quella di determinate forme (colon retto, leucemie, testicolo, neoplasie infantili) sfiora facilmente il 40-50%, anche se purtroppo altri (pancreas, polmone, stomaco) restano ancora poco sensibili alle terapie.

La malattia tumorale da *inguaribile* diventa *guaribile*, i malati neoplastici da *incurabili* si sono trasformati in *curabili*: terapia e guarigione, curabilità e assistenza sono i parametri entro i quali si colloca la patologia neoplastica all'inizio del Terzo millennio. Ciò è dovuto soprattutto alla nascita e alla crescita, nel Novecento, di una disciplina medica esclusivamente rivolta a questo male. È perciò importante raccontare la storia del suo cammino, mostrando l'evoluzione delle idee e delle pratiche antitumorali nel tempo, con un occhio di riguardo alle esperienze avvenute in Italia, talvolta precorritrici di teorie e fatti divenuti poi patrimonio scientifico comune della medicina.

*Rievocare lo stato nascente di un movimento scientifico, come è avvenuto nel Convegno “I Pionieri della Terapia Familiare” (Roma, 2000) è motivo di commozione per chi abbia avuto il privilegio di conoscere e seguire i primi maestri cogliendone l’ardore innovativo. È quanto appare nell’accento alle esemplari storie di vita di alcuni Capiscuola della Terapia Familiare tra i quali l’italiana prof.ssa Mara Selvini Palazzoli. Ma che cosa è rimasto di irrinunciabile del loro insegnamento e delle loro intuizioni tecnico scientifiche in cinquant’anni di storia della Terapia Familiare? Discepoli e seguaci dei Pionieri concordano nel rilevare le sfide che la Terapia Familiare deve affrontare per sopravvivere positivamente nel mutato contesto socio sanitario, conservando, da un lato, i valori originari dei Pionieri da trasmettere alle nuove generazioni di psicoterapeuti, dall’altro, aprendosi produttivamente al futuro accogliendo la vitalità della storia e del progresso scientifico. Milena Lerma dà voce a questa fiduciosa speranza.*

## *I Pionieri della Terapia Familiare*

### *Note in margine a un convegno tra passato e futuro*

MILENA LERMA

Nel dicembre dell’anno 2000 si è svolto a Roma un convegno su “I Pionieri della Terapia Familiare” organizzato da tre Istituti italiani di psicoterapia della famiglia<sup>1</sup>.

Il clima emotivo ed intellettuale di quelle giornate, per chi vi abbia partecipato, si è riaperto con la pubblicazione, nel 2002, di un numero speciale della rivista *Terapia Familiare* (n°68/marzo 2002) appunto dedicato al ricordo di alcuni tra i più noti pionieri che hanno operato prevalentemente negli Stati Uniti (U.S.A.) e il cui insegnamento è stato accolto e sviluppato anche in Italia.

Si tratta di Nathan Ackerman (1908/1971), Murray Bowen (1911/1990), Milton Erickson (1901/1989), James Framo (1916/2001), Jay Haley (1923?), Salvador Minuchin (1923), Virginia Satir (1916/1988), Carl Whitaker (1912/1995) e della nostra autorevole e indimenticabile Mara Selvini Palazzoli (1916/1999).

Attraverso il contributo di testimoni privilegiati si sono potute rivivere o rileggere le storie personali e professionali di ciascuno; nel contempo si è delineata l’evoluzione di cinquant’anni di terapia familiare (T.F.) dalla sua spontanea origine in U.S.A. alla sua diffusione anche in Europa, non senza sfide nei confronti di teorie e prassi terapeutiche consolidate, fino al suo ridimensionamento nell’attuale contesto socioculturale e scientifico.

Oltre a soddisfare il desiderio di riscoprire e illuminare il volto umano di questi primi maestri attraverso la testimonianza devota, ma non agiografica, di loro illustri discepoli, il convegno ha rappresentato anche un’occasione per riflettere su alcuni problemi di fondo: che cosa è rimasto dell’insegnamento dei pionieri? Quale continuità storica tra le idee originarie e quelle attuali? Quale futuro per la T.F.?

Prima di rievocare qualche tratto dei primi protagonisti della T.F. e di tentare una sommaria risposta ai suddetti interrogativi, è opportuno richiamare alcuni elementi storici di questo tipo di terapia il cui esordio è avvenuto in U.S.A. negli anni ‘50 come movimento teorico clinico, nato dall’esigenza di rivedere i modelli concettuali con cui veniva spiegata e trattata la malattia mentale.

Sollecitati dall’evoluzione socioculturale del dopoguerra e insoddisfatti circa i risultati delle pratiche terapeutiche in psichiatria e psicoanalisi, alcuni terapeuti avevano cominciato a porre sotto osservazione il gruppo sociale con cui il paziente psichiatrico era in relazione, primariamente la famiglia. Spostando l’interesse dall’individuo isolatamente considerato alla sua famiglia, essi iniziarono a trattare i problemi psichiatrici come espressione di una disfunzione nelle relazioni familiari.

Pur rimanendo indefinito e quasi mitico il luogo di elezione della T.F. e per quanto concerne la cono-

scienza che se ne ebbe in Italia, i Centri di ricerca e di sperimentazione più seguiti nel nostro Paese risultavano concentrati, negli anni 50/60, in due opposti punti geografici degli U.S.A.; da un lato in California (Palo Alto) e, dall'altro, nella zona di New York e Filadelfia, tutti interessati al lavoro con le famiglie anche se con differente tipo di approccio al problema.

Il filone californiano, infatti, derivava la sua ricerca da campi estranei alla psichiatria e alla psicoanalisi, ossia dall'applicazione delle scienze tecnologiche ai sistemi umani; l'altro filone partiva dalle teorie psicoanalitiche e dalla osservazione diretta di pazienti psichiatrici, spedalizzati, nell'interazione con le loro famiglie<sup>2</sup>.

Entrambi confluivano nella pratica di lavoro clinico col sistema familiare considerando la famiglia l'unità su cui impostare la diagnosi e la terapia. Attraverso un progressivo scambio culturale si affermava così il movimento denominato *Terapia Familiare*.

Il nuovo pensiero si fondava: sulla concezione dell'uomo come *essere sociale* che non può essere considerato al di fuori della relazione con altri esseri umani; sulla definizione dei gruppi umani come *sistemi interattivi* (persone in relazione e *gruppi con storia* come le famiglie); sull'importanza del *contesto* o cornice psicosociale in cui si sviluppa la relazione e da cui i messaggi verbali e non verbali traggono significato; sulla *visione circolare* della realtà, come superamento dell'ottica lineare/causale della scienza classica.

Altra considerazione va fatta sul contesto culturale americano degli anni '50 in cui si era verificato lo spostamento dell'interesse dei ricercatori sulla *sfera sociale*, interesse collegato anche alle esigenze pratiche del momento, in cui la crisi delle istituzioni e l'aumento delle malattie mentali inducevano gli studiosi a rivedere i presupposti dell'assistenza psichiatrica alla luce dei fattori socioculturali.

In questa prospettiva, la T.F. declinata in pratica in forma di terapia a breve termine, praticabile anche all'esterno delle strutture ospedaliere, appariva più adeguata, rispetto a quella individualistica, a rispondere sia alle esigenze umane delle persone, che alle esigenze economiche dei servizi sanitari impegnati nella lotta contro nuove forme di malattia mentale, di devianza, di emarginazione.

Seguendo la classificazione di P. Bertrando e D. Toffanetti<sup>3</sup> possiamo distinguere diverse tipologie di T.F., particolarmente legate al nome e all'opera dei loro fondatori, di cui ci limitiamo a menzionare quelli celebrati nel convegno:

- *Terapie psicoanalitiche* volte a conciliare il modello psicoanalitico con quello sistemico. Ricordiamo *N. Ackerman*, autore di vari testi di T.F. in chiave psicodinamica e fondatore dell'autorevole rivista *Family Process*
- *Terapie strutturali* centrate sullo studio della famiglia quale *sistema interattivo* e *gerarchico*, come ha teorizzato *S. Minuchin* con le sue ricerche nel campo della neuropsichiatria infantile e delle famiglie svantaggiate
- *Terapie intergenerazionali* secondo cui i disturbi del comportamento acquistano senso se inseriti nella *storia* familiare che va ricostruita su almeno *tre generazioni*, come hanno sostenuto *M. Bowen* e *J. Framo* per l'importanza data ai processi di appartenenza e di distacco dalle famiglie di origine
- *Terapie sistemiche/strategiche* derivanti dalle ricerche sulla schizofrenia e sulla comunicazione umana effettuate dal gruppo di Palo Alto che ha inaugurato la T.F. ad indirizzo sistemico/strategico: *sistemico* in quanto considera la famiglia un sistema governato da regole; *strategico* in quanto lo scopo è colpire il sintomo patologico nell'immediato (qui e ora) con tecniche paradossali. È un tipo di terapia praticata, almeno agli esordi della loro attività, da *J. Haley*, *V. Satir*, e, in Italia, da *Mara Selvini Palazzoli* con la sua équipe. Tra gli strategici si può annoverare anche l'ipnotista *M. Erickson* per i suoi rivoluzionari interventi di tipo paradossale
- *Terapie esperienziali* caratterizzate dalla personale *esperienza del terapeuta* e dalla sua specifica personalità, come incontro umano del terapeuta con la famiglia al di fuori delle grandi correnti teoriche. È una modalità particolarmente praticata da *C. Whitaker*.

Ripercorrendo la biografia dei pionieri colpiscono vari tratti di affinità nelle loro storie, ma anche di diversità che, tuttavia, non incidono negativamente sullo stile professionale di ciascuno, anzi, lo arricchiscono.

Si pensi, ad esempio, alla loro diversa origine geo-

grafica, dall'America del Nord e del Sud, alla Russia, all'Italia, ma poi fusi nel crogiuolo degli U.S.A.; alle loro esperienze infantili in famiglie numerose, spesso povere e con una storia familiare travagliata da problemi di salute, di emigrazione, di adattamento culturale; al differente background professionale, prevalentemente in medicina/psichiatria, ma anche in psicologia e assistenza sociale; alla loro vocazione terapeutica maturata a contatto con le sofferenze fisiche e psicologiche della gente avendo essi stessi sperimentato tali sofferenze.

Per esigenze di sintesi accenneremo solo a pochi tratti di alcuni tra i pionieri citati, facendo riferimento ai vari contributi delineati nel n° 68/2002 della rivista *Terapia Familiare* e nel testo di P. Bertrando e D. Toffanetti (2000). Nell'operare una non facile scelta, essendo ogni storia personale di grande interesse, abbiamo tenuto conto dell'influenza esercitata nel nostro Paese, per originalità di pensiero e capacità di affrontare le loro vicissitudini, da parte di due donne: l'italiana Mara Selvini Palazzoli, l'americana Virginia Satir e di due uomini: l'argentino di origine russa Salvador Minuchin e l'italo americano James Framo.

### ***Mara Selvini Palazzoli***

Una toccante testimonianza del figlio Matteo (T.F. n°68/2002) consegna all'albo dei pionieri una storia di Mara Selvini Palazzoli che si configura come "*Una emblematica storia di resilienza*".

Nata a Milano in una famiglia dai turbinosi ritmi di vita anche per l'originalissima e intraprendente personalità del padre, questa donna straordinaria è riuscita a sopravvivere psicologicamente agli stress dell'infanzia e del difficile rapporto con i genitori grazie alla sua capacità di *resilienza*, ossia di quel fattore positivo in grado non solo di superare, ma di rendere produttivi eventi e condizioni di vita altrimenti negativi. Come afferma il figlio Matteo, tali fattori di resilienza sono riconoscibili nella Selvini sia nella sua capacità di relazione con le persone, sia nella dedizione allo studio, sia ancora nella sua spiccata attitudine a non essere passiva, a non sentirsi vittima, a lottare senza odiare.

Come medico, psichiatra e psicoanalista Mara Selvini ha dedicato la prima parte della sua vita professionale al trattamento di ragazze anoressiche, divenendo,

negli anni 60 una esperta di fama europea anche attraverso la pubblicazione, nel 1962, del libro "*L'anoressia mentale*" (Feltrinelli, Milano).

Affascinata dall'esordiente movimento di T.F. in U.S.A., la Selvini nel 1967 ha fondato a Milano, con colleghi medici, il primo Centro per lo studio della Famiglia, inizialmente ad orientamento psicoanalitico, successivamente adottando il modello/strategico di Palo Alto per il lavoro con le famiglie di giovani psicotici e anoressiche.

Il testo "*Paradosso e controparadosso*" (Feltrinelli, Milano, 1975) scritto in collaborazione con L. Boscolo, G. Cecchin e G. Prata avrà grande influenza nella pratica della T.F. specie per il rigore metodologico e la creatività degli interventi paradossali.

Successivamente Mara Selvini svilupperà in modo originale la T.F. abbandonando il modello strategico a favore di una progressiva ricerca sia sul *gioco familiare*, sia sulla contestualizzazione dei sintomi/problemi nella *storia familiare*, sia ancora sulla *riscoperta dell'individuo* con le sue emozioni, aspettative e sofferenze.

Troppo lungo sarebbe descrivere il variegato itinerario di ricerca vissuto dalla Selvini sia con la sua prima équipe che con quella formata nel 1982 con S. Cirillo, A.M. Sorrentino e il figlio Matteo, dopo la costituzione del Nuovo Centro per lo studio della Famiglia e poi della Scuola di specializzazione in T.F., che oggi porta il suo nome. Basti ricordare i due testi fondamentali elaborati negli anni '80 e '90 "*I giochi psicotici della famiglia*" (Cortina, Milano, 1988) e "*Ragazze anoressiche e bulimiche*" (Cortina, Milano, 1998) come espressione di una intensa attività di studio e ricerca.

Molti sono stati i riconoscimenti scientifici tributati alla Selvini in Italia e all'estero per la sua attività di ricercatrice e di psicoterapeuta. Forse quello che più le avrebbe toccato il cuore riguarda la riconoscenza e l'affettuosa stima dei suoi allievi e collaboratori, molti dei quali, nel giorno della sua commemorazione (In Memoriam di Mara Selvini Palazzoli, T.F. n°64/2000) hanno espresso con commovente sincerità e semplicità la loro gratitudine per aver avuto il privilegio di conoscerla, di essere stati influenzati dal suo pensiero in costante evoluzione, dalla sua esuberante personalità, dalla sua intensa curiosità intellettuale e dalla sua profonda umanità come donna, docente e terapeuta.

## **Virginia Satir**

Nata in una famiglia rurale del Wisconsin, primogenita di cinque figli la Satir è stata la prima terapeuta familiare donna in U.S.A.

R. Haber (T.F. n°68/2002) nel tracciare il profilo di questa donna eccezionale, sottolinea come la stessa abbia dovuto, nella sua vita, affrontare diverse sfide personali, familiari, professionali imparando: "... a trasformare le avversità in opportunità di apprendimento". In particolare la Satir, nella prima infanzia, aveva sofferto di una grave forma di sordità; nello sforzo riabilitativo aveva imparato ad utilizzare la comunicazione non verbale per comprendere e farsi comprendere, una forma che diverrà poi una delle sue tecniche terapeutiche per aiutare le persone a comunicare attraverso un linguaggio alternativo alla parola e più adatto ad esprimere sentimenti profondi. Anche sul piano professionale la Satir aveva mostrato capacità di trasformazione, spinta dalla sua curiosità intellettuale e dal suo attivismo. E così, dopo aver sperimentato l'insegnamento primario scoprendo le difficoltà psicologiche dei suoi alunni e delle loro famiglie svantaggiate, era divenuta assistente sociale.

L'interesse per questi problemi l'aveva poi spinta ad approfondire la sua preparazione psicologica e ad acquisire pratica di T.F., obiettivo che essa raggiunse aggregandosi al Gruppo di ricerca diretto da G. Bateson a Palo Alto. Con quel gruppo aveva condiviso il modello terapeutico basato sulla *comunicazione*, come mezzo per capire le relazioni familiari, come tecnica per migliorarle, come modalità per entrare in rapporto empatico con le famiglie. Il suo testo del 1964, tradotto in italiano nel 1973 (Ed. Armando, Roma) col titolo "*Psicodinamica e psicoterapia del nucleo familiare*" è stato molto diffuso in Italia.

Come ha affermato R. Simon (citato da Haber) la Satir: "...trasformò il processo terapeutico da oscuro lavoro introspettivo in una celebrazione delle capacità delle persone di trasformare la loro vita".

## **Salvador Minuchin**

È uno dei pochi pionieri viventi ed ancora operanti. Nato in Argentina da una famiglia di ebrei russi ivi immigrati, cresciuto in un contesto patriarcale, Minuchin ha tratto dalle sue esperienze di vita

infantili il senso della struttura familiare come sede di organizzazione, di interdipendenza, di regole per salvaguardare sia il funzionamento del sistema familiare nel suo complesso che i margini di libertà di ciascun componente.

Divenuto medico pediatra, ha lavorato dapprima in Israele per i bambini orfani e immigrati, quindi si è trasferito in U.S.A. per specializzarsi in psichiatria. Negli anni '50, è stato chiamato a New York a dirigere un centro residenziale per ragazzi delinquenti. Qui ha sperimentato i limiti del trattamento psicoanalitico per recuperare tali soggetti senza il coinvolgimento delle loro famiglie. Da questa esperienza deriverà per Minuchin l'interesse per il lavoro con le famiglie, in particolare quelle povere e socialmente svantaggiate, caratterizzate da disorganizzazione e indefinitezza di ruoli.

Nel testo del 1974 tradotto in italiano nel 1981 col titolo "*Famiglie e terapia della famiglia*" (Ed. Astrolabio, Roma) per citare uno dei suoi più diffusi lavori, l'autore illustra con esempi clinici il suo modello di *Terapia familiare strutturale*, secondo cui il funzionamento della famiglia poggia su alcuni cardini fondamentali: una *struttura gerarchica* tra le generazioni; la definizione di *regole di comportamento*; uno stile transazionale compreso fra due estremi: *famiglie disimpegnate* (legami deboli, scarso senso di responsabilità) e *famiglie invischiate* (troppo rigidamente collegate, mancanza di chiarezza di confini tra le generazioni).

Nel 1965 Minuchin viene chiamato a dirigere a Filadelfia la Child Guidance Clinic, divenuta, sotto la sua guida, un centro di riferimento internazionale per la T.F. secondo il modello strutturale; la quale negli anni '70 diverrà un centro specializzato per il trattamento di alcune patologie giovanili, fra cui l'*anoressia*, una patologia che cominciava ad assumere dimensioni sociali.

Come ci informano U. Telfener e G. Todini (T.F. n°68/2002) la crisi economica degli anni '80 e i tagli sulle spese sanitarie hanno interrotto l'ascesa della Child Guidance Clinic, ma non l'attività di Minuchin il quale, trasferitosi a New York, ha continuato ad occuparsi di famiglie svantaggiate e a denunciare il carattere negativo dell'assistenza pubblica volta a focalizzare l'incapacità delle persone piuttosto che agire sulle loro risorse. Attraverso il centro da lui fon-

dato, che oggi porta il suo nome, Minuchin ha continuato ad essere formatore e supervisore e a scrivere di teoria e pratica terapeutica “senza arrendersi”, come lo stesso Minuchin ha affermato.

### **James Framo**

È nato a Filadelfia, terzogenito di cinque figli, in una famiglia italiana di cultura napoletana/calabrese, una famiglia vivace ed espressiva, ma piena di contrasti, specie per il temperamento del padre, un attore/cantante con cui James non ebbe facile rapporto.

Come afferma A. Canevaro (T.F. n°68/2002) la vita di Framo è stata profondamente colpita da almeno tre dolorosi eventi che hanno mutato la sua visione del mondo: la partecipazione come volontario nel 1944 alla seconda guerra mondiale sul fronte italiano a Cassino, da cui era tornato ferito nel corpo e nell'anima; la morte precoce di due figli maschi, cardiopatici, nati dal suo primo matrimonio; il sofferto divorzio dalla prima moglie e il trasferimento a San Diego in California, che diverrà la sua residenza definitiva.

Laureato in psicologia nel 1953, ha esercitato la sua attività di psicoterapeuta e di didatta nel settore psichiatrico, dapprima alla Temple University e, dopo il suo trasferimento, all'Università internazionale di San Diego.

Il suo modello clinico è caratterizzato dall'utilizzo della *famiglia d'origine* come risorsa terapeutica. In base all'assunto che le forze transgenerazionali esercitano un influsso critico sulle relazioni attuali, la famiglia d'origine è chiamata a partecipare direttamente alle sedute di T.F. allo scopo di indagare alla radice i problemi che coinvolgono il paziente e, quindi, di addivenire ad una *diagnosi relazionale* e non intrapsichica di tali disturbi.

Egli ha descritto il suo lavoro clinico ed i risultati ottenuti nel trattato “*Terapia intergenerazionale*” (Cortina, Milano Ed.it.1996) un testo diffuso anche in Italia, che comprende anche l'autobiografia dell'autore il quale, dopo aver tanto parlato di famiglie ha sentito il dovere di rivelare con umiltà la sua storia familiare, gioie, dolori e anche errori.

Nell'ambito del rapporto tra genitori e figli, Framo affermava che i figli adulti devono risolvere

re i loro conflitti con i genitori prima che questi muoiano. Come ci fa sapere Canevaro, l'esperienza di riconciliazione con il proprio padre Framo ha potuto solo immaginarla essendo suo padre morto improvvisamente alla vigilia di un incontro chiarificatore dei loro rapporti.

### **Quale futuro per la terapia familiare?**

È opinione generale (T.F. n°68/2002) che la T.F. abbia subito nel tempo una evoluzione sul piano teorico clinico per il verificarsi di vari fenomeni sociali che hanno prodotto nuove forme familiari e per l'avanzare di nuove teorie che hanno reso più complesso l'approccio terapeutico e ridimensionato il ruolo del terapeuta da “detentore del sapere” a soggetto interagente con la famiglia su un piano più paritario.

Si tratta in primo luogo di importanti movimenti socioculturali costituiti dall'avvento, anche in terapia, del *post moderno* non solo come condizione esistenziale connessa con il progresso tecnologico, ma anche come atteggiamento culturale e filosofico per cui non esisterebbero verità assolute ma relative al sistema sociale in cui si esprime.

Oltre alla sfiducia nella conoscenza oggettiva, va rilevato come oggi la famiglia sia influenzata dalla caduta di quei valori che hanno dato significato, nel tempo, alla vita individuale e familiare, quali la solidarietà, la lealtà, la coesione, il sacrificio, ossia i valori su cui si fondava anche la T.F. dei pionieri. Inoltre i cambiamenti culturali e quelli scientifici hanno influenzato la psichiatria, divenuta sempre più biologica e la psicoterapia surclassata dai farmaci e da brevi trattamenti di tipo psicoeducazionale più consoni ad essere valutati in termini economici immediati (Bertrando e Toffanetti, 2000).

Eppure nel rilevare le sfide che la T.F. deve oggi affrontare per sopravvivere, gli esperti chiamati a dare un giudizio sul futuro non cessano di fare riferimento ai valori cardine sostenuti dai pionieri. Alcuni fanno appello a tali valori, come V. Cigoli che ricorda i pionieri “maestri” da cui ricavare “valori” che vadano al di là della tecnica, che siano interpretati e vissuti e non solo proclamati. Altri come M. Malagoli Togliatti puntano sulla

formazione dei terapeuti familiari sistemici in un contesto che consenta la crescita dell'allievo come persona (acquisizione di un nuovo schema di riferimento concettuale e valoriale) e come terapeuta (acquisizione di tecniche all'interno di un modello relazionale/sistemico). Altri ancora, come De Bernart, sostengono la necessità sia di interagire sul piano del processo terapeutico con altri sistemi extra familiari (l'ospedale, la comunità terapeutica, i Servizi sociali ecc.) per patologie complesse non più affrontabili con la sola T.F.; sia di utilizzare l'ottica sistemica anche in campi non psicoterapeutici come quelli della consulenza, della mediazione familiare, scolastica, aziendale, ossia ovunque ci siano individui che chiedono aiuto per risolvere problemi personali e di gruppo.

Per concludere può ritornare appropriato un pensiero di S. Minuchin (T.F. n°68/2002) secondo cui la T.F. appare oggi culturalmente più approfondita "... ma forse ha smarrito una parte della forza e delle novità che noi "pionieri" perceivamo nella T.F. quando ci sembrava un modo di rivoluzionare il modo stesso di fare terapia. Se posso avere una speranza è che questa spinta e questo entusiasmo che sono stati tanto importanti nella nostra vita, possano non andare perduti".

E la speranza c'è perché proprio dal reiterato appello ai valori, testé ricordato, nasce la fiducia che quella dei pionieri sia un'eredità che non si estingue perché radicata nella memoria di quanti hanno conosciuto e seguito i loro maestri; un'eredità che deve continuare a perpetuarsi, a crescere, attraverso la formazione, nella coscienza delle nuove generazioni di psicoterapeuti familiari.

#### Note

1 - Convegno Internazionale "I Pionieri della Terapia familiare" Roma 8/10 dicembre 2000 organizzato da Accademia di psicoterapia della famiglia di Roma, Istituto di terapia familiare di Firenze, Scuola romana di psicoterapia familiare di Roma

2 - Per le origini della T.F., i suoi riferimenti teorici, la collocazione dei pionieri nel loro contesto storico vedasi P. Bertrando, D. Toffanetti *Storia della terapia familiare*, Cortina, Milano 2000

3 - Idem, con riferimento agli anni 1960/1970

## Il dolore dell'anziano

CARLO VERGANI

*I progressi della medicina hanno portato ad una riduzione della mortalità per patologia acuta e ad un aumento della durata della vita: contemporaneamente è aumentato nella società il carico di disagio e di dolore. La medicina del ventunesimo secolo sarà caratterizzata dal dolore cronico. Anche la halfway technology, che evita il decesso ma che non è in grado di guarire l'organo leso, crea dei soggetti la cui sopravvivenza dipende dal trattamento medico continuativo. Negli ultimi trenta anni la mortalità per malattia cardiovascolare si è dimezzata: molti soggetti postinfartuati sono diventati scompensati cardiaci cronici. Le Unità per lo scompenso cardiaco affiancano oggi negli ospedali le Unità coronariche mentre aumentano i centri per la dialisi e per i trapianti d'organo. A ciò si aggiungono la malattia e la disabilità connesse all'invecchiamento della popolazione. Otto anziani su dieci sono portatori di almeno una malattia cronica. A 65 anni restano ancora da vivere 16 anni per gli uomini e 20 per le donne, ma 3-5 anni di questi sono gravati dalla disabilità. È da osservare, tuttavia, che il 40 per cento circa degli anziani dichiara uno stato di salute buono o molto buono pur in presenza di una grave compromissione fisica. In che consista la buona salute non è facile dirlo,*

*certo non coincide con l'integrità fisica. Secondo Hans-Georg Gadamer, la buona qualità della vita esprime "una intrinseca adeguatezza, un accordo con se stessi". Ciò implica la contemporanea presenza di fattori che esulano dal campo della medicina. Per questo il medico che esaurisce il suo intervento prendendo in considerazione un singolo aspetto del disagio nell'anziano, specie nell'anziano in condizione terminale, fallisce il suo compito. La terapia farmacologica del dolore, che nel 30-40 per cento dei pazienti risulta inadeguata, non può trascurare il "dolore totale" che ha più componenti – fisiche, psichiche, sociali, spirituali – e che richiede la vicinanza dell'altro. Molti dei 216 mila anziani ricoverati nei presidi residenziali socioassistenziali muoiono sedati dagli psicofarmaci, alleviati dal dolore fisico, ma privi di un accompagnamento alla morte. Una morte talora, forzatamente procrastinata con interventi futili.*

*"Al cuore della medicina d'oggi – dice Daniel Callahan dell'Hastings Center di New York – sta il conflitto tra l'imperativo della ricerca, che considera la morte come una sconfitta, e l'imperativo della clinica, che riconosce la morte come parte della vita e che tende a rendere il morire il più tollerabile possibile".*



*Solitudine.*  
Una intensa scultura  
di Virginio Ciminaghi richiama  
al testo della pagina  
accanto sul “dolore dell’anziano”.

# *Il medico in una società che invecchia*

CARLO VERGANI

*A geriatrician may need to emulate  
the Renaissance scholar  
Christine K. Cassel, John R. Walsh*

L'invecchiamento della popolazione è un processo intenso e progressivo. In Italia, agli inizi del '900, c'era un anziano ogni venticinque abitanti, oggi ce n'è uno ogni cinque. Secondo Antonio Golini entro il 2050 si registrerà un calo di circa undici milioni di persone di età inferiore agli ottanta anni e un aumento di cinque milioni di quelle di età superiore.

L'invecchiamento della popolazione è un evento che investe tutta la società. Si richiede, dunque, non tanto una "politica di settore" quanto soluzioni di tipo strutturale.

L'analisi del fenomeno comporta la valutazione di tre aspetti: il processo biologico, la sostenibilità economica, la programmazione sociosanitaria.

## ***Il processo biologico***

L'organismo umano in corso di invecchiamento, a causa della perdita di strutture e funzioni, va incontro all'omeostenosi, ossia ad una ridotta capacità di compenso in presenza di eventi stressanti. Affiora, in tale modo, l'anziano "fragile", ad alto rischio di disabilità.

La disabilità interessa circa il 20 per cento delle persone anziane; ne sono fattori determinanti non solo il danno fisico, ma anche il disturbo psicoaffettivo e la mancanza di rapporti sociali. Queste componenti spiegano il "paradosso della disabilità": pur in presenza di una compromissione fisica significativa il soggetto può dichiarare uno stato di salute buono o molto buono quando lo stato psicoaffettivo e quello relazionale sono posi-

tivi. Stato di salute buono o molto buono significa buona qualità della vita cioè, secondo Hans-Georg Gadamer, "uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con se stessi".

Il destino biologico del soggetto non si esaurisce, pertanto, nel suo patrimonio genetico, secondo la visione riduttiva della "medicina predittiva", ma deriva in gran parte dal vissuto personale. La "genetica medica" fornisce un apporto significativo alla comprensione della salute e della malattia, ma quando si trasforma in "medicina genetica" tout court perde di significato non essendo più in grado di interpretare il quadro nosografico caratterizzato oggi da un calo della patologia acuta e da un aumento della patologia cronica.

## ***La sostenibilità economica***

L'indice di dipendenza degli anziani (rapporto percentuale tra la popolazione anziana – 65 anni e oltre – e la popolazione in età lavorativa compresa tra i 15 ed i 64 anni) è pari al 28 per cento e salirà al 42 per cento nel 2030. È sostenibile da parte della comunità l'aggravio che l'aumento degli anziani comporta? La spesa per la previdenza assorbe il 14,3 per cento del PIL, cioè i due terzi della spesa sociale; essa salirà al 15,8 per cento nel 2031 quando si raggiungerà il picco della "gobba previdenziale". L'allargamento del metodo contributivo e l'innalzamento dell'età pensionabile sono fra i provvedimenti in discussione per la riforma della previdenza.

La spesa pubblica per la sanità è pari al 5,9 per

cento del PIL, una percentuale ben al di sotto della media della UE (6,6 per cento) e, in particolare, inferiore a quella della Germania (8 per cento) e della Francia (7,2 per cento). Più di un terzo della spesa sanitaria viene assorbita dagli anziani. All'Ospedale Maggiore di Milano il 45 per cento dei degenti è rappresentato da persone di età superiore ai 65 anni: un anziano su tre che si presentano in pronto soccorso necessita del ricovero, mentre viene ricoverata una persona su dieci di età inferiore ai 65 anni. Nonostante ciò in Italia, su un totale di 337.000 posti letto in strutture di ricovero pubbliche e private, sono stati censiti solo 6.494 posti destinati alla Geriatria.

Anche la spesa per l'assistenza sociale suscita interrogativi di non poco conto. Secondo un'indagine dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (ISVAP) a fronte di un fabbisogno stimato di 15.000 milioni di Euro ne vengono spesi 6.700. Per coprire il divario si propone l'istituzione di un fondo nazionale finanziato con una tassa di scopo ad integrazione delle risorse reperite tramite la fiscalità generale. Con il varo del federalismo (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 "Modifica al titolo V della parte II della Costituzione") il sistema sanitario si trova oggi ad affrontare tre problemi: la capacità di autofinanziamento regionale tramite entrate derivanti dal gettito dell'Irap e dell'Irpef, il livello di partecipazione delle Regioni al fondo di solidarietà e la definizione dei livelli essenziali di assistenza su cui poggia il principio di equità.

### ***La programmazione sociosanitaria***

Nei paesi occidentali, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i sistemi sociosanitari non sono in grado di far fronte ai bisogni della persona affetta da malattia cronica e del disabile: essi vanno, pertanto, non tanto adeguati quanto, piuttosto, innovati.

Poiché la disabilità non è una caratteristica del soggetto ma nasce dal divario che si crea tra ciò che il soggetto vuole fare e ciò che può fare, sono importanti, secondo la International Classification of Functioning, disability and health (ICF) della Organizzazione Mondiale della Sanità, i fattori contestuali, personali ed ambientali, della disabi-

lità. La medicina sull'"uscio di casa" è il prerequisito per una efficace assistenza programmata nel distretto da una équipe multiprofessionale che utilizza una rete di servizi. Nonostante il bisogno complesso dell'anziano richieda l'integrazione sociosanitaria, solo il 25 per cento dei Comuni ha delegato alle ASL il comparto sociale.

Specie in alcune regioni, la carenza dei servizi è tale da consentire l'assistenza domiciliare integrata (ADI) solo per il 2 per cento degli anziani; i posti letto nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono 222.000.

Il nuovo tipo di approccio all'anziano richiede la qualificazione delle risorse umane, in particolare dei medici e degli infermieri.

La valutazione multidimensionale, l'attenzione al bisogno non solo del singolo ma anche della comunità, il continuum fra prevenzione, cura e riabilitazione sono contenuti della "medicina della complessità".

Tali contenuti sono costitutivi del corpo disciplinare della Geriatria. A livello istituzionale è opportuno, pertanto, che il Corso obbligatorio di medicina geriatrica entri a far parte dell'ordinamento degli studi per il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia. Si richiede, inoltre, che venga messo a concorso un numero adeguato di posti per l'accesso alle Scuole di specializzazione in Geriatria e che un congruo contenuto geriatrico venga inserito nel Corso di formazione specifica di Medicina Generale, nel Corso per il conseguimento del diploma di laurea infermieristica e nei Corsi formativi dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA), dell'operatore socio sanitario (OSS), del fisioterapista, del logopedista, del tecnico audiometrista, del tecnico audioprotesista.

In Italia gli specialisti geriatri sono solo 3.700; nell'anno accademico 2002-2003 le borse di studio assegnate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per l'ammissione di medici alle Scuole di specializzazione in Geriatria sono state 150: sono numeri insufficienti se si vuole assicurare la presenza dei geriatri negli ospedali, nelle RSA e sul distretto.

Secondo un'indagine svolta negli Stati Uniti fra i medici specialisti l'internista specialista in Geria-

tria è quello che trae più soddisfazione dalla propria professione.

In Italia manca al medico che voglia iscriversi ad una Scuola di specializzazione la certezza che la Geriatria sia dotata di un corpo disciplinare caratterizzante tale da fornire un chiaro profilo professionale. L'acquisizione del profilo professionale consentirà al geriatra, a seguito dell'espletamento di un concorso autonomo, di svolgere una specifica funzione sul territorio e nelle istituzioni.

Abbiamo bisogno che la Geriatria si appropri del ruolo che le spetta perché, unica fra le discipline, è in grado di rispondere alle sfide di una società che invecchia.

#### **Bibliografia**

- Burke W, Emery J. *Genetics education for primary-care providers*. Nat Rev Genet. 2002; 3(7):561-6.
- Cassel CK, Walsh JR. *Preface*. In: *Geriatric Medicine*. Cassel CK, Walsh JR. (Eds). Springer-Verlag, New York, 1st Edition, 1984.
- Editorial. *The coming crisis of long-term care*. Lancet 2003;361:1755.
- Gadamer HG. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
- Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuel SJ, Mobley S. *Physician career satisfaction across specialties*. Arch Intern Med 2002; 162: 1577-84.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. *Libro bianco sul Welfare*. Roma, febbraio 2003.
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. DPR 23 maggio 2003. Gazzetta Ufficiale 18 giugno 2003 Suppl. Ord. 95, n. 139.
- Plsek PE, Greenhalgh T. *The challenge of complexity in health care*. BMJ 2001;323:625-8.
- Vergani C. *La medicina della complessità e l'invecchiamento della popolazione*. In: Donghi P. (a cura di). *La Nuova Odissea*. Roma-Bari: Gius.Laterza & Figli Spa, 2002:137-41.
- Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. *La valutazione multidimensionale dell'anziano. Lo schema polare*. G Gerontol 2003; 51:42-46.
- WHO *Project on Innovative Care for Chronic Conditions*. Geneva: World Health Organization 2002. [http://www.who.int/ncd/chronic\\_care/innovative\\_care/index.htm](http://www.who.int/ncd/chronic_care/innovative_care/index.htm)

# *Sanasanità: anche nella pubblicità del farmaco*

GIUSEPPE MAIOCCHI

La pubblicità esiste. Osannata o vituperata che sia, non vi è dubbio che faccia parte ormai della nostra vita. Se ne può dare una definizione “neutra”, da enciclopedia: la pubblicità è un’informazione che mira a creare preferenze per un certo prodotto in un dato numero di consumatori, oppure si può scegliere una definizione da “addetti ai lavori”: la pubblicità è un processo di comunicazione che utilizza gli annunci diretti a potenziali clienti per raggiungere determinati obiettivi di quota di mercato.

Le aziende impegnano una parte notevole delle proprie risorse per realizzare campagne pubblicitarie che lancino un nuovo prodotto o che amplino le preferenze dei consumatori verso di esso. Le aziende sanno che la pubblicità sarà efficace se inciderà sul comportamento del consumatore attraverso l’informazione sull’esistenza del prodotto, o con l’associazione della funzione di quel prodotto al bisogno che il prodotto stesso soddisferà, o con la creazione di un ricordo spontaneo, nel potenziale consumatore, del prodotto e della marca.

La pubblicità esiste. E infatti sul mio video scorre l’immagine di una lucidissima berlina, che affronta dolcemente le curve, con sottofondo un’orchestra di duecento elementi, in una città meravigliosamente ignara di giorni pari e dispari e completamente priva di tram e furgoncini.

Eppure mi hanno appena detto che è meglio che la macchina non la usi. Schizofrenia mediatica? Non scherziamo. Ma se la pubblicità può indurmi a comprare una nuova automobile, può forse indurmi a divenire consumatore di una certa medicina piuttosto

che di un’altra? Può esistere la pubblicità dei farmaci? Quello dei farmaci è un mercato? Quale prodotto e medicina può scegliere il cittadino, entrando in farmacia come se entrasse in un supermercato? E quale invece spetta al medico prescrivere? Sulla base di quale sua preferenza? E se è pur vero che è il medico a scegliere quel farmaco, non sarà poi lui a pagarlo. E il paziente che l’adopera non l’ha scelto. E il Servizio sanitario nazionale, che pagherà quel prodotto, non lo ha scelto, né lo userà.

Tante domande, tante affermazioni. Forse è il caso di mettere un po’ d’ordine in questa materia, cominciando dal chiarire proprio i termini del problema.

## ***Prodotti destinati alla salute***

Si intendono tutti i rimedi atti a ripristinare e mantenere il buono stato di salute, prevenendo e curando disturbi e malattie. È un insieme ampio e variegato di prodotti che spazia dai dietetici ai farmaci con obbligo di ricetta, a cui corrisponde un altrettanto complesso insieme di regolamenti e norme ministeriali. Per limitarsi ai prodotti registrati (soggetti all’autorizzazione ministeriale all’immissione in commercio) e ai prodotti notificati (è sufficiente, per la loro vendita, un’informazione da parte dell’azienda produttrice agli organi competenti), si può fare riferimento alla seguente tabella della pagina seguente.

categoria	somministrazione o vendita	obbligo di ricetta	prezzo al pubblico	pubblicità	destinatari della pubblicità
farmaci classe A, C (con obbligo di ricetta)	luoghi di cura farmacie	sì	imposto	autorizzazione Ministero della Salute	medici, farmacisti (solo scheda tecnica)
farmaci classe C (senza obbligo di ricetta)	luoghi di cura farmacie	no	sorvegliato	autorizzazione Ministero della Salute	medici, farmacisti (informazioni)
farmaci di automedicazione	luoghi di cura farmacie	no	sorvegliato	autorizzazione Ministero della Salute	chiunque
presidi medico-chirurgici dispositivi medici	luoghi di cura farmacie	no	libero	autorizzazione Ministero della Salute	chiunque
dietetici	libera	no	libero	autorizzazione Ministero della Salute	chiunque
integratori vitaminici	libera	no	libero	autorizzazione Ministero della Salute	chiunque

*Qui e nelle figure delle pagine seguenti:*

Il farmaco nelle fantasiose, efficaci “vie pubblicitarie” dell’Ottocento e del Novecento.



Magazine advertisement, 1896

Un caso particolare riguarda i rimedi omeopatici, per i quali è vietato indicare ogni finalità terapeutica ed effettuare qualsiasi forma di pubblicità diretta al pubblico.

### **Medicinali**

Ecco come la normativa vigente li classifica ai fini della loro fornitura (art. 8 decreto legislativo 29 maggio 1991, n 178):

- medicinali non soggetti a prescrizione medica
- medicinali soggetti a prescrizione medica
- medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare volta per volta
- medicinali soggetti a prescrizione medica speciale
- medicinali soggetti a prescrizione medica limitata, comprendenti:
  - 1 - medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti
  - 2 - medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile
  - 3 - medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista.

**Modalità di accesso** del cittadino al farmaco: automedicazione, prescrizione con ricetta medica.

**Ricetta medica:** è lo strumento che legittima, tranne casi particolari, l'accesso del cittadino al farmaco.

### **Automedicazione**

I medicinali di automedicazione sono destinati al trattamento, prevalentemente di tipo sintomatico, dei disturbi lievi e transitori facilmente riconoscibili e risolvibili senza ricorrere all'aiuto del medico; solo in casi eccezionali sono usati per la prevenzione. Le indicazioni terapeutiche devono essere compatibili con la possibilità di utilizzare il medicinale di automedicazione, senza intervento di un medico per la diagnosi, la prescrizione o la sorveglianza nel corso del trattamento. (cfr. Circ. Min. 16/10/1997 n.13).

Per questi prodotti è ammessa la pubblicità al pubblico secondo norme ben definite:

- il prodotto deve essere chiaramente identificato come un medicinale
- al cittadino deve essere sempre rivolto l'invito a leggere il foglio illustrativo



Magazine advertisement, 1918

- è vietato:
  - far apparire superflua la consultazione del medico
  - offrire indicazioni per l'autodiagnosi
  - offrire cure per corrispondenza
  - minimizzare i possibili effetti collaterali
  - fornire confronti con altri prodotti
  - indurre a ritenere che la mancanza di un farmaco possa pregiudicare lo stato di salute
  - rivolgersi ai bambini
  - fornire referenze di scienziati, operatori sanitari, persone largamente note al pubblico
  - descrivere il prodotto come una sostanza naturale o alimentare o cosmetica
  - presentare in modo ingannevole certificati di guarigione



- distribuire farmaci a scopo promozionale
- citare il nome di un farmaco in qualsiasi contesto anche non strettamente pubblicitario, che possa favorire il consumo
- pubblicizzare sostanze psicotrope o stupefacenti, medicinali preparati nelle farmacie ospedaliere e destinati alla somministrazione in ospedale, rimedi preparati in farmacia su prescrizione medica.

La stessa nascita di una campagna pubblicitaria per un prodotto di automedicazione è articolata in fasi distinte ma correlate, che possono essere schematizzate come segue:

*prima fase* - Sulla base delle caratteristiche del prodotto, della patologia interessata e della situazione di mercato, l'azienda stabilisce per ogni suo prodotto degli obiettivi e definisce la migliore combinazione possibile delle risorse per conseguirli.

*seconda fase* - L'azienda sottopone all'agenzia incaricata dello studio e della realizzazione della futura campagna pubblicitaria un documento in cui vengono definite le

linee guida relativamente a *prodotto, mercato, consumatore, concorrenza*.

*terza fase* - Studio e presentazione delle proposte creative.

*quarta fase* - Scelta della campagna. Le varie proposte creative vengono sottoposte a test presso campioni della popolazione di riferimento (medici, farmacisti, pazienti).

*quinta fase* - Autorizzazione ministeriale - La campagna prescelta verrà sottoposta al Ministero della Salute, che ne vaglierà i contenuti.

Bisogna aggiungere che, oltre al controllo del Ministero della Salute, esiste anche un codice di autodisciplina cui aderiscono molte aziende e agenzie di pubblicità. Le principali norme previste da tale codice sono:

- la pubblicità deve essere onesta, veritiera, corretta, non ingannevole
- prove scientifiche di validità limitata non devono apparire come assolutamente probanti
- la pubblicità deve poter essere riconosciuta come tale
- non devono essere sfruttate superstizioni, credulità, paure, e devono essere evitate immagini volgari, di violenza, di crudeltà
- la pubblicità non deve offendere le convinzioni religiose, morali, civili della persona e deve rispettarne la dignità
- attenzione particolare deve essere usata nei messaggi diretti ai bambini e agli adolescenti
- non devono esservi immagini che possano indurre a trascurare norme di prudenza nell'uso dei prodotti
- il Giurì o il Comitato di Controllo può richiedere la dimostrazione della veridicità di dati, descrizioni, affermazioni, illustrazioni contenute nei messaggi.

Un'azienda farmaceutica può diffondere informazioni anche tramite i cosiddetti "pubblicitari", forme pubblicitarie, a pagamento, che per formato, linguaggio, impostazione grafica, tendono ad assomigliare ad articoli giornalistici o servizi della rivista. Su questa tipologia di annunci deve comparire la scritta "informazione pubblicitaria", per evitare che i lettori possano essere tratti in inganno.

### **Farmaco prescritto con ricetta medica**

Viene utilizzato dal paziente solo tramite l'intervento del medico che, fatta la diagnosi, effettua la prescrizione e sorveglia il suo uso nel corso del trattamento. Anche questi prodotti vengono pubblicizzati, e le disposizioni che regolamentano questa forma di pubblicità sono

estremamente precise e dettagliate (DL 541 30 dicembre 1992, art. 7 e successivi).

Prima di tutto la pubblicità di un certo medicinale può essere rivolta esclusivamente agli operatori sanitari autorizzati a prescriberlo o dispensarlo (art.7/1).

Nessuna documentazione sul medicinale può essere fornita al medico, dall'industria farmaceutica, se non sono trascorsi 45 giorni dalla data di deposito della documentazione stessa presso il Ministero della Salute. E tutte le informazioni contenute in detta comunicazione devono essere esatte, aggiornate, verificabili e sufficientemente complete per permettere al destinatario di formarsi un'opinione personale sul valore terapeutico e sulle caratteristiche del medicinale (art. 8/1,3).

L'informazione sui medicinali può essere fornita al medico dagli informatori scientifici che devono essere in possesso di diploma di laurea (art.9/1,2).

La pubblicità presso i farmacisti dei medicinali vendibili dietro presentazione di ricetta medica è limitata alle informazioni contenute nel riassunto delle caratteristiche del prodotto approvato dal Ministero della Salute. Per i medicinali vendibili senza prescrizione medica la pubblicità può comprendere altra documentazione utile a consentire al farmacista di fornire al cliente consigli sulla utilizzazione del prodotto (art. 10/1,2).

Nel quadro dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali svolta presso medici o farmacisti è vietato concedere, offrire o promettere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico e dal farmacista. Medici e farmacisti non possono sollecitare o accettare alcun incentivo vietato a norma del precedente comma. In caso di violazione dei precedenti commi si applicano le pene previste (art. 11/1,2,3). Anche per l'organizzazione, la realizzazione o il finanziamento di convegni e congressi riguardanti i medicinali, che si svolgano in Italia o all'estero, le imprese farmaceutiche sono sottoposte a precise condizioni elencate dettagliatamente nell'art. 12.

Il successivo articolo 13 indica modalità e limiti per la consegna ai medici, da parte degli informatori scientifici, di campioni gratuiti di medicinali.

La violazione delle disposizioni presentate in questo Decreto, compiuta svolgendo irregolarmente pubblicità presso gli operatori sanitari, comporta delle sanzioni penali o la sospensione del medicinale dal prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale (art. 15/1,2).

La Pubblica Amministrazione non si limita però a controllare e regolamentare le modalità di diffusione delle informazioni che riguardano i farmaci.

Lo Stato, infatti, attraverso l'operato del Ministero della Salute, presenta direttamente e ufficialmente agli operatori sanitari, le informazioni e gli aggiornamenti relativi ai medicinali, attraverso il *Bollettino d'informazione sui farmaci*. È anche possibile reperire dati sul sito [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it) o su quello della Regione: [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it).



### **Conclusion**

Riflessioni, le mie, intese a dimostrare che le norme, le indicazioni, anche le sanzioni riguardanti la nascita, la vita e la diffusione del farmaco sono già scritte e conosciute. Restano purtroppo solo parole fredde e inutili se poi ognuno di noi, dal suo posto di lavoro, sia dirigente di un'industria farmaceutica o creativo in un'agenzia pubblicitaria, sia informatore farmaceutico o medico di base, sia farmacista o primario di una prestigiosa clinica, non le fa proprie, e non giunge alla conclusione che è meglio anteporre, a un illusorio e pur sempre precario arricchimento, la serenità della propria coscienza.

Spontaneo, a questo punto, il ricordo di alcune righe del Vangelo: «Le folle lo interrogavano: “Che cosa dobbiamo fare?” Giovanni rispondeva: “Chi ha due tuniche, ne dia una a chi non ne ha; e chi ha da mangiare, faccia altrettanto”. Vennero anche dei pubblicani a farsi battezzare e gli chiesero: “Maestro, che dobbiamo fare?” Ed egli disse loro: “Non esigete nulla di più di quanto vi è stato fissato”. Lo interrogavano anche alcuni soldati: “E noi, che dobbiamo fare?” Rispose: “Non maltrattate e non estorcete niente a nessuno, contentatevi delle vostre paghe”» (Luca 3, 10-14)

# Una preziosa donazione di libri

PAOLO M. GALIMBERTI

L'Ospedale Maggiore di Milano, da sempre all'avanguardia nella ricerca e negli studi medici, ha costituito nei secoli una ricchissima biblioteca storica. Il patrimonio ammonta a quasi 17.000 volumi pubblicati a partire dal secolo XV, 36.000 opuscoli ed estratti, 600 testate di periodici. Queste cifre aumentano fino a raddoppiare se si conta anche la biblioteca della Fondazione Donati (acquistata nel 1974) e piccoli, ma importanti, fondi librari pervenuti recentemente grazie a lasciti di privati; tra questi ricordiamo la donazione dott. Davanzo (1988), accompagnata anche da una collezione di strumenti chirurgici, e la donazione dott. Piraino (1990). Da alcuni anni è in corso la catalogazione scientifica in formato elettronico del nucleo principale, che dovrebbe consentire, in un futuro ormai prossimo, la consultazione anche remota (via internet) delle schede bibliografiche.

Le biblioteche sono, come noto, un organismo continuamente in crescita e a questa legge non sfuggono nemmeno le biblioteche storiche e fondi antichi tutt'altro che statici.

L'anno presente ha visto un significativo incremento, permesso dalla disinteressata donazione della raccolta di libri antichi di Medicina e Chirurgia del prof. Sergio Pliteri; questi, già primario al reparto di chirurgia "Resnati" dell'Ospedale San Carlo fin dalla sua fondazione, è legato all'Ospedale Maggiore dall'epoca dei propri studi. Il generoso donatore già nel 1999 aveva destinato alla biblioteca storica cinquanta volumi antichi, provenienti in parte dalla biblioteca di uno zio gastroenterologo e in parte dalla biblioteca personale. Si trattava per la maggior parte di testi in tedesco del secolo XIX e dei primi decenni del XX. Tra di essi spiccano inoltre: l'*Opera omnia medico-practica, et anatomica*, di Giorgio Baglivi (1668-1707), stampata a Venezia da Remondini nel 1754 e G. Bianchi, *Osservazioni chirurgiche*, Cremona: Ferrari, 1758.

La nuova donazione comprende diciannove opere di Medicina e Chirurgia, per lo più testi del secolo XX, dal 1910 al 1953. Oltre a questi si rimarca la presenza di volumi estremamente preziosi.

Il primo è un volume raro ed elegante; si tratta di un atlante di grandi dimensioni (cm 70x50), con 20 tavole calcografiche: *Sulle ernie: memorie anatomico-chirurgiche* di Antonio Scarpa, Milano, dalla Reale Stamperia, 1809.

Segue poi, rilevante per antichità, un volume composto con le 47 tavole di incisioni calcografiche estratte dal *Corso anatomico, o sia Universal commento nelle tavole del celebre Bartolomeo Eustachio di S. Severino della Marca fatto da Gaetano Petrioli romano... coll'aggiunta di molte sue osservazioni chirurgiche, ed anatomiche di somma importanza; oltre di quelle, che contener doveano li otto rami smarriti dell'Eustachio*, pubblicato in Roma, nella stamperia di Giovanni Zempel presso Monte Giordano, 1742.

Meno vistosi, ma fondamentali per la storia della medicina, e certamente più ricchi di significato per l'Ospedale Maggiore di Milano, sono gli otto volumi della seconda edizione riveduta ed accresciuta dall'autore, edita tra 1813 e 1816, delle *Istituzioni chirurgiche* di Giovanni Battista Monteggia "D. Med. Chir., membro dell'istituto R.I., Professore di chirurgia nelle Scuole Speciali, Chirurgo Maggiore del grande Spedale di Milano, Socio dell'accademia Italiana, della Imperiale di Genova, ecc.", Milano: presso Maspero e Buocher successori dei Galeazzi in contrada S. Margherita, n. 1108.

Si tratta, come si può giudicare, di volumi di grande importanza, il cui possesso comporta un arricchimento notevole delle raccolte della biblioteca storica di medicina dell'Ospedale.

# Milano a sorpresa - VII \*

VINCENZO BEVACQUA

Quando da via Santa Radegonda si attraversa piazza del Duomo in diagonale per imboccare via Torino, si cammina su un'area dove un tempo sorgevano: la basilica di Santa Tecla col battistero di San Giovanni; il coperto del Figini; l'isolato del Rebecchino.

La basilica di Santa Tecla <sup>1</sup> esisteva all'epoca di Sant'Ambrogio (335 circa - 397) che la chiamava *ecclesia maior o nova* per distinguerla da una più piccola e antica chiamata *minor o vetus*, forse identificabile nella chiesa del vescovado (*domus episcopalis*) nel quale alloggiava anche il clero addetto al vescovo (*familia episcopi*).

Fondata presumibilmente nel 340, lunga 82 metri e larga 45, con facciata rivolta a via Mercanti, la basilica sorgeva parallela agli attuali portici settentrionali, quelli con l'arcata della Galleria Vittorio Emanuele.

La facciata, in muratura di *tecnica inequivocabilmente romana*, aveva un varco centrale che dava adito a uno spazio lungo 14 metri. Lo spazio poteva essere quello di un quadriportico o di un *nartece* nel quale si raccoglievano i fedeli non ancora battezzati (catecumeni). Dopo i 14 metri dalla prima facciata, ce n'era un'altra di epoca romanica o altomedievale, varcata la quale si entrava nella basilica vera e propria.

La basilica aveva cinque navate. Quella centrale misurava 17 metri di larghezza; le altre ne misuravano 6. Tutte erano interrotte dal transetto che si gonfiava in cinque absidi semicircolari, di diametro corrispondente alle relative navate.

Il ritrovamento di un muro di epoca romana in corrispondenza della prima facciata della basilica e il ritrovamento di un *ipocaustico* (ambiente riscaldato da condutture sotterranee) sotto due absidi della basilica stessa, avvalorerebbero l'ipotesi della pre-esistenza anche di un edificio romano (tempio?) situato al centro della navata mag-

giore. Come del resto accennato anche da vecchi *ritrattisti* di Milano. Ai suoi tempi infatti, Carlo Torre (1649-1727) scriveva<sup>2</sup>:

*Sulle ruine del Tempio di Minerva edificossi tal Chiesa di Santa Tecla...* E ancora: *In tempo di Gentilità (paganesimo) in questo sito ergevasi il Tempio di Minerva, costruito con quelle grandezze, che solevano adoprare i poderosi Romani nelle loro fabbriche, mentre veggevasi dominatori di quasi tutto il mondo.*

Analogamente al Torre, scriveva l'altro ritrattista Serviliano Latuada (1703-1764)<sup>3</sup>:

*Che poi questo tempio di Minerva si trovasse nel luogo corrispondente alla Piazza, l'Alciati in un bellissimo distico lo epilogò: "Culta Minerva fuit nunc est ubi, nomine Tecla mutato, Matris Virginis ante Domum"*<sup>4</sup>.

Quanto alla denominazione della basilica, è interessante notare che la dedica a Santa Tecla è arrivata molto tempo dopo la fondazione. Dapprima, come scriveva Sant'Ambrogio, Santa Tecla era denominata chiesa nuova o maggiore. Dopo l'836, anno nel quale si costruiva Santa Maria Maggiore oggi ricoperta dal Duomo, Santa Tecla sarebbe stata denominata *aestiva* mentre l'altra neo-edificata sarebbe stata denominata *hiemalis* (invernale). Invernale perché più raccolta e perciò quando d'inverno i canonici si radunavano in preghiera collettiva anche di notte, non battevano i denti dal freddo come succedeva a Santa Tecla.

Serviliano Latuada così scriveva in proposito<sup>5</sup>:

*Sottentrata la chiesa di Santa Tecla al profano tempio di Minerva, fu questa avuta in somma venerazione in maniera si uffiziasse dal Capitolo Metropolitano alla Pasqua di Resurrezione fino alla domenica Terza di Ottobre, chiamata perciò estiva... D'inverno poi si trasferiva l'offiziatura di tutto il Capitolo alla chiesa di Nostra Signora o Santa Maria Maggiore posta in parallelo e poco più avanti di Santa Tecla.*

\* Devo ringraziare come sempre la signora Anna Maria Carloni per la realizzazione fotografica delle sorprese incontrate nel mio andare a zonzo per Milano.

Quando nell'VIII secolo si cominciava a dedicare gli edifici del culto a un Santo, la nostra basilica pare si chiamasse per un po' di tempo San Salvatore<sup>6</sup>, poi Santa Tecla con l'aggiunta successiva di Santa Pelagia<sup>7</sup>.

Tecla era una vergine di Seleucia e Seleucia era una delle città siriane costruite al tempo di re Seleucio I. Martirizzata e venerata nel I o II secolo della cristianità, Santa Tecla veniva proposta da Sant'Ambrogio come *esempio di fede* alle giovani dedicate alla vita monastica. Santa Tecla è tuttora festeggiata solennemente in Duomo ogni anno al 24 di settembre.

Nel 452 la basilica di Santa Tecla veniva danneggiata da Attila; restaurata, quattro secoli più tardi si abbinava alla nuova cattedrale di Santa Maria Maggiore, fondata nell'836 dal vescovo Angilberto II (824-859) o dal predecessore Angilberto I (822-823)<sup>8</sup>.

Come altre chiese vicine, nel 1075 Santa Tecla andava a fuoco con danni fortunatamente riparabili<sup>9</sup>. Così ne scriveva lo storico Arnolfo nell'XI secolo<sup>10</sup>:

*Ignis plures ac majores ecclesias combussit, silicet illam aestivam ac mirabilem Sanctae Virginis Teclae.*

Senza che prima se ne sapesse niente, si ha notizia che nel 1162 esistesse anche un campanile di Santa Tecla alto 35 metri. Si trovava vicino alle absidi di sinistra. Tanto esisteva che, con l'assenso di Federico Barbarossa, i pavesi l'abattevano rabbiosamente<sup>11</sup> e per due secoli i milanesi ne avrebbero fatto a meno. A ripristinarlo provvedeva nel 1333 Azzone Visconti. Ma vi doveva aver provveduto un po' alla leggera perché nel 1356 il campanile implodeva rovinosamente e scompariva nel nulla.

Nel 1458, l'arcivescovo Carlo da Forlì (1457-1461) decretava la demolizione di Santa Tecla, dal 1392 dichiarata pericolante *per la troppa vetustà*. Nel 1462, ad arcivescovo morto da un anno, il decreto veniva eseguito. La fabbrica dell'attuale Duomo, intanto, avanzava trionfalmente anche se lentamente. Quando ancora viveva Sant'Ambrogio, la basilica di Santa Tecla aveva il suo battistero, i resti del quale, nel sottosuolo, sono oggi accessibili dal retro-facciata del Duomo<sup>12</sup>.

Il battistero era una costruzione ottagonale che all'interno tra due angoli opposti, misurava più di 12 metri. Ogni angolo interno era rivestito da una lesena aperta a libro con pagine larghe quasi mezzo

metro. Due a due le pagine incorniciavano l'ingresso di otto nicchie, quattro semicircolari alternate a quattro rettangolari. Le nicchie rettangolari terminavano con una porta orientata verso un punto cardinale. La porta orientata a Nord comunicava con Santa Tecla.

Al centro del battistero c'era una vasca ottagonale i cui lati opposti distavano più di 5 metri. La vasca sporgeva poco meno di un metro dal pavimento e per entrarvi bisognava salire qualche gradino di marmo. Nella vasca l'acqua, fornita da una conduttura perimetrale, arrivava attraverso quattro bocche disposte simmetricamente. Un canale di scarico sull'asse della porta orientata verso Sud allontanava l'acqua dalla vasca.

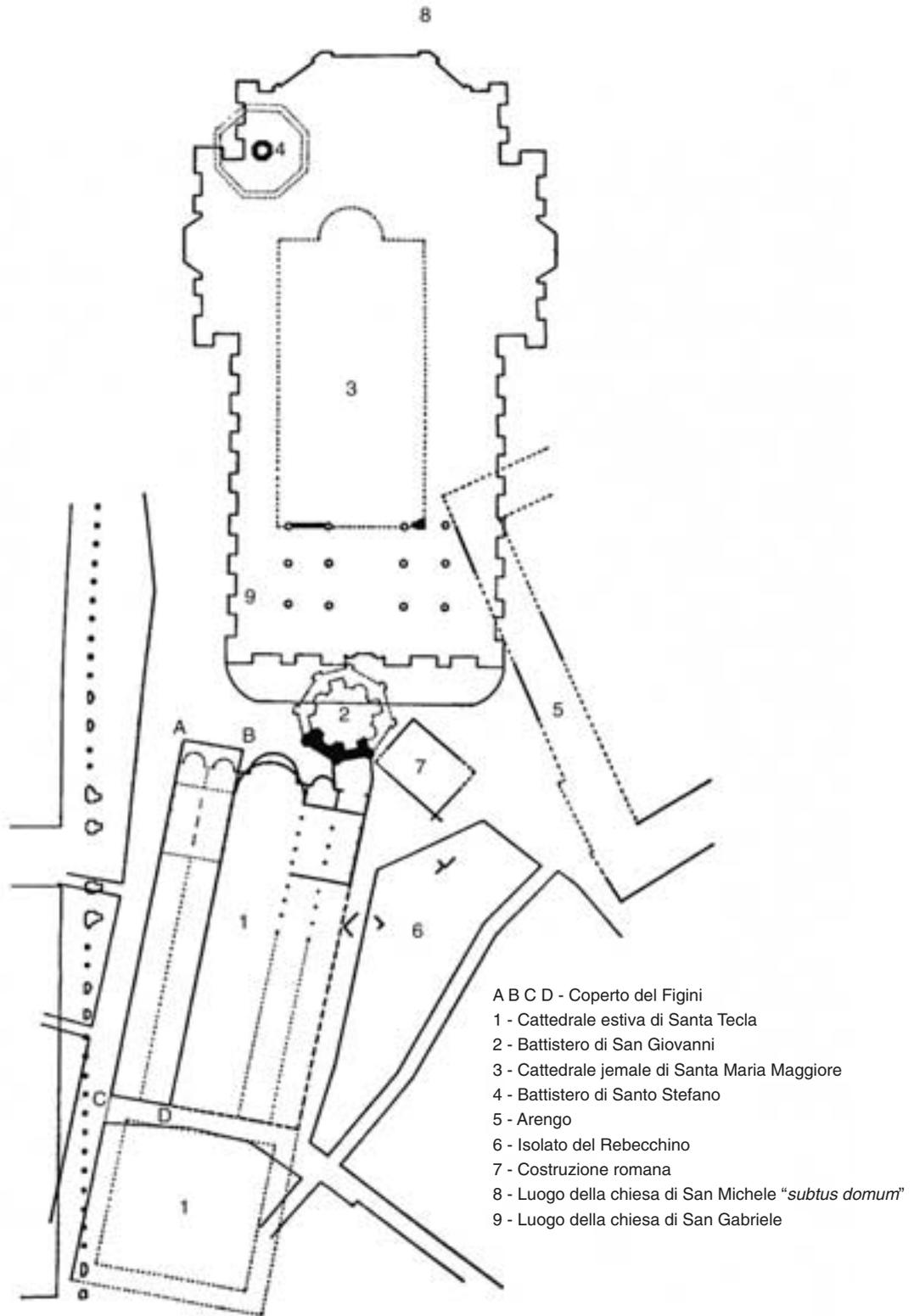
Attorno alla vasca c'era pavimento di marmo a losanghe bianche e nere; e sulle pareti c'erano probabilmente affreschi come quelli rimasti in due nicchie: uno del V secolo raffigurante forse una santa e uno del XII secolo raffigurante due personaggi in preghiera presso una fonte. Il soffitto del battistero infine, era con ogni probabilità a volta dorata suddivisa in otto spicchi.

Si crede che il catecumeno, entrato dalla porta orientale, fosse battezzato rivolto verso occidente e poi uscisse dalla stessa porta orientale illuminato dalla luce del mattino che entrava dalla parte alta del battistero.

Come per la basilica di Santa Tecla, anche per il suo battistero non si conosce la data precisa di fondazione. In base però a notizie indirette e relativi riscontri, si direbbe fondato a rate: nel 330-350 la prima e nel 480 la seconda. Al contrario della basilica però, il battistero non avrebbe cambiato denominazione fin da quando si era usato dedicare anche i battisteri a un santo. Naturalmente un fonte battesimale non poteva essere meglio dedicato che a San Giovanni il Battista.

Secondo il trattatista e trascrittore di testi liturgici milanesi Beroldo (secolo XII), il battistero di San Giovanni si apriva a Pasqua e quello di Santo Stefano, alle spalle di Santa Maria Maggiore e dell'odierno Duomo, si apriva a Pentecoste<sup>13</sup>.

Nel battistero di San Giovanni sarebbe stato battezzato Sant'Agostino<sup>14</sup>. Il battesimo glielo avrebbe amministrato nel 387 Sant'Ambrogio che moriva 10 anni dopo (4 aprile 397). Tumolato a Santa



Pianta di Santa Tecla e suo battistero, coperto del Figini e isolato del Rebecchino (da M. Caciagli e P. Di Marzo).

Tecla, lì Sant' Ambrogio avrebbe riposato fino al trasferimento definitivo nella Basilica Ambrosiana<sup>15</sup>.

Per il sopravanzare del nuovo Duomo, nel 1455 il battistero dedicato a San Giovanni veniva smantellato ricoperto e giubilato. La complessa operazione avveniva perciò sette anni prima della scomparsa di Santa Tecla<sup>16</sup>.

Lo spazio di piazza Duomo già occupato da due navate della demolita basilica, veniva impiegato per la costruzione del palazzo di Pietro Figini. Questo signore lo credevano fiorentino perché sulla sua casa aveva fatto murare una lapide che diceva<sup>17</sup>:

TE DEUM LAUDAMUS  
HANC DOMUM PETRUS POSUIT FIGINUS  
LAUDE FLORENTIS PATRIAE  
TUOQUE ANGUIFER DUCTUS GALEAX HONORE  
MAXIME PRINCEPS

La frase *laude florentis patriae*, però, non stava per *in lode della patria Firenze*, ma piuttosto per *in lode della fiorente (o florida) patria*, cioè Milano. A ulteriore conferma che il Figini non fosse fiorentino, ma dei nostri, sta anche il suo cognome derivante da Figino, borgata a Ovest di Milano e dal 1923 annessa al Comune di Milano. Nel Medioevo la borgata era ricca di corsi d'acqua e di campi rigogliosi, coltivati a cereali e ortaggi. A sorvegliare questa Terra Promessa, i proprietari milanesi vi avevano costruito torri minacciose abitate da custodi, ingentilite molto più tardi da un oratorio ideato da San Carlo e dedicato a San Materno, settimo vescovo di Milano<sup>18</sup>.

Facoltoso commerciante, nel Quattrocento Pietro Figini faceva costruire il suo palazzo da Guiniforte Solari, noto architetto a quei tempi occupato anche nella costruzione dell'Ospedale Maggiore. Il palazzo aveva due facciate: una sulla piazza e l'altra sulla retrostante contrada dei Borsinari. Quella sulla piazza aveva il portico (*coperto*) che caratterizzava tutto l'edificio comunemente chiamato *coperto del Figini*. Così lo descriveva il citato Latuada<sup>19</sup>:

... Fatto alzare... in applauso delle nozze di Giovanni Galeazzo Visconti con Isabella figlia di Giovanni re di Francia... è un braccio di case con lungo portico sostenuto da ventiquattro colonne di viva pietra: al di sopra aveva due ordini di case, con finestre uniformi alla Gotica, ornate di pietre cotte ad arabesco, stando nel mezzo di qualunque

*finestra una colonnetta, su cui poggiavano due piccoli archi. Alcune di queste avanzarono fino ai nostri giorni, essendovi rifatte le altre, e in ordine di moderna architettura.*

Secondo il citato Torre, la facciata del *coperto* sarebbe stata ornata anche *con pitture a fresco*<sup>20</sup>.

Il *coperto del Figini* resisteva fino al 1867, anno nel quale, terminata la costruzione della Galleria Vittorio Emanuele, veniva abbattuto. Quattro anni prima di essere abbattuto (1863), su contrada Borsinari il *coperto* era abitato da tale Gaspare Campari caffettiere e offelliere, piovuto da Novara con la moglie Letizia e due figli. Nel *coperto* la famigliola occupava anche un negozio guadagnandovi denari sufficienti per prenotare abitazione ed esercizio al n°1 della costruenda Galleria. Quando la costruenda era ormai costruita, il 29 settembre del 1867 Gaspare vi si trasferiva con famiglia e azienda che, poco tempo dopo (4 novembre) sarebbero state allietate da un altro pargolo. Questi, col nome di Davide e primo cittadino milanese nato al n°1 della nuova Galleria, col passar degli anni sarebbe diventato: inventore del *bitter*



Francesco Vico, o Rigo, o Vigo, detto Pensino  
(dalla *Quadreria dei Benefattori dell'Ospedale Maggiore*).

*Campari, cordial Campari e Campari soda*; imprenditore alla grande e mecenate generoso<sup>21</sup>.

In piazza, di fronte al *coperto del Figini*, c'era l'*isolato del Rebecchino*. Tra i diversi fabbricati che componevano l'isolato, c'era quello di un'osteria che nell'Ottocento sarebbe diventata ristorante di un certo tono<sup>22</sup>. L'osteria si chiamava *Rebecchino e Rebecchino* si sarebbe poi chiamato tutto l'isolato. Nel suo celebre vocabolario (23), Francesco Cherubini scriveva che *voce ormai morta*, "rebecchin", *nel suo significato di "picciola ribeca", era quel chitarrino che qualche vecchio milanese ancora scarabillava. Tuttavia una testimonianza di "picciola ribeca" restava la bella insegna innalzata dall'Osteria del Rebecchino rappresentante una donna in atto di suonare un rebecchino. Mera fantasia* – concludeva il Cherubini – *giacché quell'osteria fu sempre detta, anche nelle gride del 1500, Osteria del Robecchino, o perché vi si vendesse a preferenza il vin di Robecco, o perché l'oste primo fosse di Robecco*.

In Lombardia infatti, esistono tuttora ben tre località col nome di Robecco: una milanese sul Naviglio; una pavese e l'altra cremonese sull'Oglio.

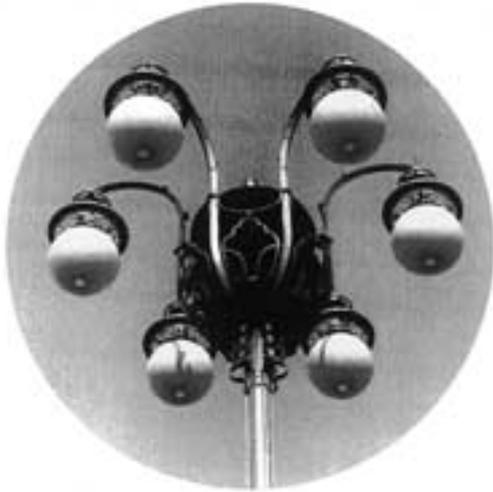
Da notare inoltre, che se non del primo, certamente di un successivo oste dell'*osteria del Rebecchino* si hanno notizie interessanti sia pur leggermente scombinare. L'oste in questione aveva il soprannome *Pensino*, il nome battesimale Francesco, il cognome in tre versioni: Vico, Rigo e Vigo. Il Pensino Vico<sup>24</sup> era commerciante di grano, socio delle pescherie di Porta Tosa, venditore di pesce e frutta al Verziere, fornitore di formaggio all'Ospedale Maggiore, proprietario nel 1601 di un'osteria in via Rastrelli. Morto nel 1627, il Pensino Vico lasciava eredi i figli e l'Ospedale Maggiore che tuttora lo ricorda con un ritratto olio-su-tela dipinto da Giuliano Pozzobonelli. Il Pensino Rigo<sup>25</sup> invece era anche lui commerciante di pesce e granaglie, ma era oste del Rebecchino. Il Pensino Vigo infine<sup>26</sup> come il Pensino Rigo commerciava in pesce, granaglie ed era oste del Rebecchino. Vico Rigo e Vigo avevano però in comune non solo nome e soprannome, ma anche il ritratto così commentato<sup>27</sup>: "*Bella la testa del personaggio che, per l'aspetto pieno di dignità, supporremo un alto magistrato o l'archimandrita dei medici se non si dicesse che fu oste del Rebecchino e commerciante di pesce*".

Isolato e sua osteria-ristorante duravano fino all'ottobre 1875 quando, per l'arrivo e sosta a Palazzo reale dell'imperatore Guglielmo I di Germania, diventavano improvvisamente imbarazzanti. Così, per spianare l'orizzonte all'imperial monarca qualora si fosse affacciato alla finestra della sua dimora, l'isolato del Rebecchino veniva rasato al suolo in una settimana, con gran dispendio di *dannee* esclusivamente sottratti dalle tasche milanesi.

Oggi in piazza del Duomo, della basilica di Santa Tecla e del battistero di San Giovanni resta solo un tracciato ottagonale di listerelle in pietra che riproducono il contorno del sottostante battistero<sup>28</sup>. Della contrada dei Borsinari con il coperto del Figini e dell'isolato del Rebecchino invece, restano solo alcuni versi del Porta che nella *Messa noeuva* cita questi luoghi per indicare la sede di una crisi profonda, sofferta da un ineccepibile cittadino *tutt sacristia, tutt covin, tutt foldon, tutt breviari* che, salutata la moglie e uscito di casa di bon'ora, *on bel pezz prima che spontass el sô, nanch rivaa tra i Borsinee e tra el Rebecchin*, cambia bruscamente parere e invece di andare a messa in Duomo, finisce poco distante tra le braccia di Satana travolto dalle sue pompe.

Ai giorni nostri e soprattutto d'estate, piazza Duomo potrebbe sembrare un po' disadorna. Vi si trovano solo il monumento a Vittorio Emanuele II e otto lampioni. Se però questi lampioni si guardano bene dal sotto in su, sembrano quei fiori che quando ci si sveglia da un sonnellino schiacciato in giardino, ti guardano fisso con curiosità. Disegnati dall'architetto Gaetano Moretti, i lampioni sono stati realizzati da Alessandro Mazzucotelli e secondo Rosanna Bossaglia<sup>29</sup> *hanno un senso architettonico perché studiati in analogia fisionomica con le guglie marmoree del Duomo e con il Duomo sistemati in rigoroso contrappunto urbanistico*.

Piazza del Duomo con lampioni importanti ricorda un'altra piazza con lampioni d'autore. Ricorda la *Plaza Real* di Barcellona illuminata dai lampioni ideati da Antonio Gaudì. A Barcellona tuttavia, se si guardano dal basso in alto, quei lampioni non sembrano fiori, ma raffinate lanterne di un salotto che diffondono luce discreta. Come se l'elettricità non esistesse ancora.



I lampioni della piazza del Duomo.

### Bibliografia

- 1 - Caciagli M., Di Marzo P.: *Milano. Le chiese scomparse*. Civica Biblioteca d'Arte, Milano 1997, vol. I, pag. 6-45.
- 2 - Torre C.: *Il ritratto di Milano*. In Milano MDCCXIV. Ristampa anastatica a cura di A. Forni e G. Urso, Milano 1972, pag. 338.
- 3 - Latuada S.: *Descrizione di Milano*. Milano MDCCXXXVII. La Vita Felice Ed., Milano 1995, tomo I, pag. 63.
- 4 - Traduzione: Minerva fu venerata dove adesso c'è una chiesa col nome cambiato in Tecla, di fronte al Duomo della Vergine Madre.
- 5 - Latuada S.: *op. cit.*
- 6 - Latuada S.: *op. cit.*
- 7 - Pellegrino B.: *Così era Milano. Porta Orientale*. Libreria Meravigli Ed., Milano 1983, pag. 111 e seg.  
- Rimoldi A.: *Tecla, Santa (sec. I-II) in Il Duomo di Milano. Dizionario storico, artistico, religioso*. NED Ed., Milano 1986.
- 8 - Caciagli M., Di Marzo P.: *op. cit.*
- 9 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 10 - Latuada S.: *op. cit.*
- 11 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 12 - Caciagli M., Di Marzo P.: *op. cit.*
- 13 - Caciagli M., Di Marzo P.: *op. cit.*
- 14 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 15 - Caciagli M., Di Marzo P.: *op. cit.*
- 16 - Caciagli M., Di Marzo P.: *op. cit.*
- 17 - Torre C.: *op. cit.*  
- Latuada S.: *op. cit.*
- 18 - *Enciclopedia di Milano*. FMR Ed., Milano 1997.  
- Majò A., *Storia della Chiesa Ambrosiana*. NED Ed., Milano 1981, vol. I, pag. 13.
- 19 - Latuada S.: *op. cit.*
- 20 - Torre C.: *op. cit.*
- 21 - *Dizionario di Casa Campari*. Milano 1985.
- 22 - Levi Pisetzki R.: *La vita, le vesti dei milanesi durante la restaurazione in Storia di Milano*. Fond. Treccani degli Alfieri, vol. XIV, pag. 759.
- 23 - Cherubini F.: *Vocabolario Milanese Italiano*. Milano. Dall'Imperial Regia Stamperia, 1839.
- 24 - Frangi G.: *La Ca' Granda. Cinque secoli di Storia e d'Arte dell'Ospedale Maggiore di Milano*. Electa Ed., Milano 1981, pag. 128.
- 25 - *Enciclopedia di Milano*. FMR Ed., Milano 1997.
- 26 - *Storia di Milano*. Fond. Treccani degli Alfieri, vol. X, figura pag. 371.
- 27 - Bascapé G. C., Spinelli E.: *Le raccolte d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano*. Silvana Ed. d'Arte, Milano 1956, pag. 106.
- 28 - Pellegrino B.: *op. cit.*
- 29 - Bossaglia R., Hammacher A.: *Mazzucotelli. L'artista italiano del ferro battuto*. il Polifilo Ed., Milano 1971.

# San Giuseppe ai Padiglioni

## Il centenario

Aria di festa in Ospedale Policlinico da domenica 4 maggio a venerdì 9 per il centenario della Chiesa di San Giuseppe ai Padiglioni: chiesa amata particolarmente dalla nostra comunità ospedaliera, dai malati, dai loro familiari che vi passano, vi si fermano nei momenti anche disperati della sofferenza e in quelli fiduciosi della speranza.

Nel 1903, pochi anni dopo la nascita dell'Ospedale Maggiore Policlinico (1895), con l'arrivo dei malati, con l'espandersi delle strutture sanitarie si esige anche una struttura di assistenza spirituale e la si chiama "Oratorio di San Giuseppe ai Padiglioni". Cresciuta nel tempo, arricchita di meriti, consacrata dalla devozione dei sofferenti e dei loro familiari, la "Chiesa di San Giuseppe ai Padiglioni" ha compiuto cento anni.

Qui di seguito il programma delle celebrazioni svolte, tutte riuscite e puntualmente partecipate.

domenica 4 maggio	ore 11,00	Santa Messa distinta celebrata da don Daniele Grassi, vicario parrocchiale
	ore 15,30	Santa Messa solenne celebrata da mons. Piero Cresseri, rettore vicario
giovedì 8 maggio	ore 15,30	Santa Messa concelebrata dai sacerdoti già cappellani dell'Ospedale Maggiore Policlinico: presiede S.E. mons. Erminio De Scalzi, vicario episcopale della Città. Saluto del Commissario straordinario dell'Ospedale. Inaugurazione del bassorilievo-ricordo del centenario, opera della Scuola Beato Angelico di Milano. Mostra fotografica. Omaggio della pubblicazione storica illustrativa della Chiesa.
venerdì 9 maggio	ore 20,30	Chiusura delle celebrazioni: recita del Santo Rosario guidata da S.Em. il Cardinale Arcivescovo Dionigi Tettamanzi, parroco della Ca' Granda, con gli ammalati e la comunità ospedaliera.

Noi ci fermiamo sulla giornata di giovedì 8 maggio, centro delle iniziative e particolarmente attesa.

Chiesa gremita alle 15,30 per la celebrazione eucaristica. Presenti il commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto, il direttore scientifico dott. Ferruccio Bonino, il direttore amministrativo dott. Clemente Luciano, il direttore sanitario dott. Ermenegildo Maltagliati, rappresentanze del personale religioso e laico, delle Associazioni di volontariato, amici e benefattori dell'Ospedale.

Dà il via il rettore vicario mons. Piero Cresseri con un commosso saluto e una breve presentazione della significativa ricorrenza.



I cento anni della Chiesa di San Giuseppe ai Padiglioni: la celebrazione eucaristica commemorativa dell'8 maggio presieduta da mons. Erminio De Scalzi, vicario episcopale della Città.



L'omelia di mons. Erminio De Scalzi.

La santa Messa, concelebrata dai sacerdoti già cappellani dell'Ospedale Policlinico, è presieduta da S.E. mons. Erminio De Scalzi, vicario episcopale della Città.

Ne riportiamo l'attesa omelia:

«Desidero salutare tutti e ciascuno, a partire dal carissimo don Piero che ringrazio per questo invito. Con lui, saluto tutti i sacerdoti che qui hanno trascorso anni preziosi della loro vita come cappellani ospedalieri, impegnati nel ministero della consolazione. Un saluto riconoscente alle suore per i doni di generosità e dedizione da loro profusi in questo Ospedale.

Saluto tutta la comunità ospedaliera: il signor Commissario, i dirigenti, i medici, gli infermieri, il personale impiegatizio nelle più diverse mansioni e i volontari.

Ma il saluto più caro lo voglio inviare agli ammalati che sono la ragione di tutto quello che stiamo facendo e vivendo. In questa Eucaristia essi sono presenti nella nostra preghiera.

Questa celebrazione vuol ricordare il centenario della chiesa di San Giuseppe ai Padiglioni del Poli-

clinico di Milano. L'Ospedale Maggiore è stato fondato nel 1456 dagli Sforza. Però, verso la fine del 1800 la costruzione del Filarete cominciò a non essere più adeguata alle esigenze del tempo per ospitare un gran numero di ammalati. Si decise, allora, di destinare una vasta area, sulla sponda sinistra del Naviglio, alla costruzione di nuovi edifici, sul modello dell'ospedale a padiglioni già consolidato in alcuni paesi europei. Insieme al sorgere dei padiglioni, si costruì questa chiesa dedicata a San Giuseppe.

Questa concelebrazione è una festa di famiglia; io la sento così, la grande famiglia del Policlinico. Un'occasione felice per esprimere stima e gratitudine che i credenti sentono di dovere alla propria chiesa. Per molti questa non è la loro chiesa, la loro parrocchia, ma sono molti coloro che la sentono loro per una consuetudine che essi hanno di frequentarla: penso alle suore, a tutti coloro che qui entrano per una breve visita prima di cominciare la giornata, per trovare un momento di quiete nelle pause del lavoro. Certamente è la chiesa dei malati, dei loro cari che vengono a chiedere spesso qualche grazia al Signore.

Assieme alla storia documentabile e documentata di cui abbiamo fatto qualche cenno, c'è però un'altra storia non documentabile e non documentata che in un anniversario come questo affiora. Essa ha avuto come protagonisti una folla grande di credenti che in questa chiesa hanno pregato, sperato, forse pianto, e alla fede hanno chiesto vigore e forza per il duro mestiere di vivere e per conservare, specie in certi momenti duri e dolorosi, la stessa fede. E uno di questi momenti difficili è la malattia. È facile parlarne quando si parla della malattia degli altri, ma poi quando la malattia tocca ciascuno di noi, il discorso si fa più difficile.

Celebrare un anniversario come questo significa sentire questa silente ma reale presenza di tante persone che qui hanno sostato, pregato, pianto, e stabilire con loro, attraverso le vie misteriose di quella che noi chiamiamo la comunione dei santi, una tacita eppure profonda solidarietà. Questo luogo è due volte santo perché è la casa di Dio ed è la casa di queste persone che qui hanno pregato, sofferto e pianto.

Ogni chiesa, e dunque anche questa chiesa, è simbolo della comunità ecclesiale che la abita: una comunità "sui generis" questa dell'Ospedale. In un edificio, una pietra regge l'altra perché una poggia

sull'altra. Così è nella Chiesa dove ciascuno porta ed è portato dall'altro, ci si aiuta a vicenda, finché con l'apporto di tutti si innalzi l'edificio della carità. Alcuni sono portati da noi e noi siamo portati da altri, ma c'è uno, il Signore Risorto, che da solo sostiene tutti noi insieme: lui solo è il fondamento che porta tutto il peso della costruzione.

Ora, vorrei fare gli auguri a questa chiesa.

All'uomo di oggi, che pare abbia smarrito il senso ultimo di tutte le cose, pare soffrire di una certa mancanza di respiro spirituale, questa chiesa richiami sempre, discretamente, per chi lo desidera, anche con il linguaggio della sua architettura sem-

plice, il posto dovuto, nella vita, alla fede, al *primato dello spirituale*. Forse qualche tempo fa si poteva pensare che per cambiare la società servisse solo la politica, dei cambiamenti puramente strutturali, tecnici. Oggi molti stanno riscoprendo che la spiritualità è coefficiente serio e duraturo per il cambiamento della società. Oggi c'è – forse invisibile, ma reale – un bisogno di ritorno alla vita spirituale, all'interiorità, a porsi nuovamente le domande sulle realtà ultime dell'uomo. E in un ospedale, più che altrove, riaffiorano quegli interrogativi elementari che l'uomo ha sempre saputo esprimere in ogni epoca circa il problema della salvezza, della morte,



Alcuni momenti della cerimonia religiosa.

dell'aldilà, della vita, il problema dell'origine. Questa chiesa sia sempre *luogo di silenzio, di riflessione, di preghiera*. Silenzio e riflessione che, prima di essere dimensioni spirituali, sono esigenze umane necessarie per un'igiene interiore, per ridare cioè unità al proprio essere che rischia molto spesso dissipazione, per ridare senso e profondità ai rapporti interpersonali che rischiano molto spesso di cadere nella banalità. Il non saper far silenzio porta molto spesso all'incomunicabilità, a non cogliere più l'altro nella sua diversità arricchente. E se vengono a mancare le dimensioni della solitudine, del silenzio, si vive continuamente protesi fuori di sé. Come divenire allora ascoltatori di quella Parola, la parola di Dio, che esige attenzione, disponibilità di cuore?

Per chi è nel dolore questa chiesa sia sempre *luogo dove il dolore si placa, si fa interrogazione a Dio*, dove la fede fa dono di un modo diverso di guardare al dolore, alla sofferenza. Non è vero che la fede risolve tutti i problemi; i problemi restano problemi, il dolore resta dolore, la morte resta morte e quelle malattie di cui non diciamo il nome restano tali; la fede ci dà un modo diverso per vivere nella nostra vita i problemi, soprattutto nella malattia che non è il momento in cui perdere la fede, ma quello di mettere in campo tutta la fede che abbiamo.

Infine, costruita in mezzo ai padiglioni del Policlinico, questa chiesa sia sempre *casa accogliente, aperta a tutti*, senza distinzione alcuna. Anche il non credente attratto dalla sua apertura di cuore, dal suo silenzio, trovi un momento di raccoglimento e di pace e, quello che conta, qui si senta sempre atteso.

Mi auguro che, anche per il futuro, per le riforme strutturali del Policlinico, questa chiesa continui ad essere il cuore pulsante di questo Ospedale e casa sempre aperta ed accogliente per tutti.

Chiesa di San Giuseppe del Policlinico: tanti auguri per i tuoi cento anni!»

La santa Messa prosegue. All'Offertorio il vicario parrocchiale don Daniele Grassi presenta i doni destinati a fare memoria del centenario: il bassorilievo in cotto (opera della Scuola d'Arte Beato Angelico di Milano), nel quale figura San Giuseppe che accoglie in un largo abbraccio la Chiesa e i "suoi padiglioni"; la pubblicazione a stampa sulla storia di "questo nostro edificio sacro," ricca di dati

centenari e notizie di avvenimenti raccolti con amorevole dedizione da Stefania Ganassin dell'Istituto delle Ausiliarie Diocesane.

E siamo alla chiusura della cerimonia, con l'intervento del Commissario straordinario dell'Ospedale, che qui riportiamo:

«In questa chiesa che compie cento anni ed è bari-centrica rispetto ai padiglioni del Policlinico, ci sono state migliaia e migliaia di persone, diverse generazioni di popolazione ospedaliera, di visitatori, di volontari, di degenti e i loro parenti per pregare e a volte, spesso, per invocare la grazia di una guarigione.

In questa struttura di assistenza spirituale, che tale rimarrà e di cui oggi celebriamo il primo centenario, desidero rivolgere un riconoscente ringraziamento al vicario episcopale della città, mons. Erminio De Scalzi, a mons. Piero Cresseri, rettore vicario, e a quanti, uno per uno, cappellani e suore, hanno profuso nel tempo la loro instancabile opera di sollievo spirituale della sofferenza e di protezione della vita umana in chiave di eternità.

È nota l'instabilità dei pubblici amministratori e vieppiù quella dei commissari straordinari. Tuttavia, nel tempo in cui rimarremo, continueremo a procedere con la necessaria tempestività a tutte quelle ristrutturazioni, messe in sicurezza, innovazioni di reparti e padiglioni, finalizzate a rendere più confortevole l'attività assistenziale a beneficio degli ammalati e di coloro che in tali strutture prestano la loro insostituibile e preziosa opera.

Un saluto e un grazie di cuore alle autorità religiose e un vivo ringraziamento a tutti voi oggi qui intervenuti».

Questo per la giornata centrale delle manifestazioni, ma come non ricordare il giorno 9, in realtà conclusione "vera" delle iniziative "centenarie", in un momento particolarmente caro a tutti noi?

Si tratta della presenza affettuosa, partecipe e consolatrice del nostro Cardinale Arcivescovo Dionigi Tettamanzi per la recita del rosario. Qui alcuni dei suoi pensieri:

(...) "Non posso iniziare senza un saluto cordialissimo e pieno di sincero affetto, saluto che rivolgo ai due cappellani, agli altri sacerdoti che sono con me questa sera, saluto che rivolgo alle carissime suore,



È terminata la partecipatissima cerimonia religiosa dell'8 maggio.

ai medici, al personale sanitario, a tutti i volontari e le volontarie, ma soprattutto ai malati, ai sofferenti che sono presenti in questa chiesa succursale, ma anche a tutti quelli che si trovano in questo ospedale e che in questo momento sono spiritualmente vicini al mio cuore di vescovo, anzi li sento dentro questo mio cuore.

(...) Che parola vi posso dire? A me pare che la parola maggiormente significativa noi questa sera l'abbiamo detta insieme e l'abbiamo rivolta alla Madonna. Sì, non c'è una preghiera, una parola più importante, più bella, più preziosa, più necessaria, più liberante che la parola della preghiera rivolta alla Madonna. È una preghiera che diventa invocazione di aiuto, che diventa motivo di fiducia, di serenità, di abbandono e certe volte assume anche il tono di un grido quasi disperato di fronte al dolore, altre volte assume i toni fortissimi della richiesta persino di un miracolo.

(...) Possiamo certe volte essere dibattuti di fronte alla paura o persino all'angoscia, in qualche caso, possiamo essere anche tentati di disperazione, ma la fede ci assicura che non c'è "croce" senza la presenza di Maria nostra Madre, penso che questo sia motivo di grande serenità e di grande conforto".



Venerdì 9 maggio sera: il Cardinale Arcivescovo conclude con la recita del Rosario, nella chiesa letteralmente gremita (rappresenta l'Amministrazione ospedaliera il vice commissario prof. Piergiorgio Sirtori), le celebrazioni del centenario. Qui la sua parola esortatrice con il saluto affettuoso alla comunità.

# *San Giuseppe ai Padiglioni: prima e dopo il centenario di fondazione*

DON DANIELE GRASSI

Mercoledì 26 marzo 2003, pomeriggio. I fedeli che frequentano la Chiesa di San Giuseppe ai Padiglioni trovano una sgradita sorpresa: le porte sono sbarrate, chi desidera partecipare alla Messa delle 15,30 deve recarsi nella cappella delle suore. C'è qualche sconcerto, anche perché il giorno prima c'era stata un'affluenza abbastanza elevata alla funzione quotidiana, trattandosi del 25 marzo, con la possibilità di acquistare l'indulgenza della Festa del Perdono.

Ma presto alcuni cartelli chiariscono i dubbi: la chiesa è stata chiusa perché in occasione delle celebrazioni per il suo centenario di fondazione, si sta procedendo al rinnovamento dell'impianto elettrico e di quello per la diffusione sonora. Per motivi di sicurezza l'impresa esecutrice delle opere ha chiesto di lavorarvi a porte chiuse. Così per venti giorni San Giuseppe resta chiusa: viene riaperta per le celebrazioni del Giovedì Santo.

Apparentemente questo è stato un aspetto marginale del centenario: in realtà, proprio durante la chiusura, si è notato quanto fosse importante la presenza del nostro edificio sacro all'interno dell'Ospedale. La disponibilità delle suore ha comunque permesso che ci fosse anche allora un luogo di preghiera in Policlinico: la loro cappella, parzialmente sostitutiva della chiesa principale. Tuttavia i lavori di sistemazione erano necessari per poter presentare la chiesa nelle condizioni adatte alle iniziative del centenario: così nei momenti significativi di domenica 4 maggio, di giovedì 8 e di venerdì 9 i fedeli hanno potuto godere di perfetta illuminazione e buona acustica. Terminati questi intensi momenti celebrativi, cerchiamo di approfondire quale sia stato il significato di questo evento. Dal punto di vista formale le manifestazioni del centenario sono certamente riuscite, ma che cosa hanno lasciato di sostanziale nelle persone che vi hanno partecipato? A partire

dall'interesse dimostrato nei confronti della pubblicazione a stampa\* illustrativa dei cento anni della chiesa dalle sue origini, con tutte le vicende di vita, di sofferenza, di speranza, dei progressi medici e, ancora, della presenza costante delle autorità religiose che l'hanno sostenuta sempre, l'avvenimento ha certamente lasciato un segno in quanti lo hanno in qualche modo potuto seguire.

Anche gli ammalati si sono dimostrati interessati alle iniziative programmate per la ricorrenza. In realtà, durante il ricovero difficilmente capita di vedere qualcuno di loro in chiesa (purtroppo in questi cento anni nessuno ha pensato di realizzare passaggi sotterranei che consentissero di raggiungerla al riparo dal freddo, dalla pioggia e dalla calura). Però quasi sempre la degenza è preceduta e seguita da visite e controlli sanitari, per cui non mancano mai occasioni per un momento di preghiera in cappella a costituire un legame abbastanza stretto fra i degenti e la chiesa.

Il centenario è stata l'occasione per constatare quanto fosse saggia, alla fine dell'Ottocento, la decisione di collocare accanto alle strutture sanitarie in crescita una struttura di assistenza spirituale. Nel corso degli anni migliaia e migliaia di persone hanno potuto trovare in San Giuseppe ai Padiglioni un punto di riferimento, un luogo di sosta.

Tutto ciò è bene espresso nella lapide che accompagna il bassorilievo-ricordo del centenario collocato sulla parete interna destra dell'edificio. Vi sono riportate alcune parole pronunciate dal cardinale Carlo Maria Martini in occasione della visita pastorale del 25 marzo 1998, quando si celebrava il sessantesimo anniversario della consacrazione della chiesa, che egli definisce: "luogo aperto a tutti, perché chiunque vi passi trovi pos-

\* A disposizione ancora in alcune copie in omaggio presso i Cappellani dell'Ospedale Policlinico (tel. 02.5503.3663 - 3677).

sibilità di preghiera, forza nelle prove, conforto dalla Parola di Dio, consolazione e balsamo per le ferite della vita”.

Concluse le attese celebrazioni, è ripreso il ritmo quotidiano di vita della nostra chiesa, che probabilmente è una di quelle che in città rimangono aperte più a lungo: dalle 6,30 alle 21. L’auspicio (ma forse è un sogno) di noi cappellani è che possa essere maggiormente frequentata durante le celebrazioni comunitarie. C’è afflusso continuo nelle ore diverse, ma pochi sono coloro che si fermano alle Messe domenicali e a quella feriale. Ricuperare il valore della preghiera comune e accomunare ove e quando possibile alla stessa la presenza degli ammalati significherebbe aver capito e amare di più la nostra familiare chiesina: “Dove sono due o tre riuniti nel mio nome, io sono in mezzo a loro (Mt. 18,20)”, disse Gesù.



Il Cardinale Arcivescovo accompagnato dai nostri Cappellani osserva il bassorilievo raffigurante “San Giuseppe che abbraccia la sua chiesa”, realizzato a ricordo del centenario.

*(Fotografie di Enrico Belluschi - Fotoarchivio Milano)*

# Cronache amministrative

secondo trimestre 2003

*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***

- settimana della prevenzione e giornata nazionale per la lotta alla sordità (18-24.5.2003);
- Congresso "Il dolore dell'anziano", aula magna dell'Università degli Studi di Milano, 7-8.11.2003;
- autorizzazione alle attività cliniche dei partecipanti al corso di perfezionamento sulla metodica di stimolazione cerebrale profonda;
- concessione di patrocinio e presentazione a Milano il 21.9.2003 di "Noi-Voi", collana in quattro volumi su tematiche riguardanti i disabili;
- autorizzazione alle attività cliniche dei partecipanti al corso di perfezionamento in "Urgenze in medicina interna";
- corsi di alfabetizzazione informatica per i dipendenti dell'Ospedale;
- programma di taratura dosimetri e di taratura strumentale per la durata di un anno;
- riconoscimento ai donatori di sangue dello status di utenti interni.

## ***b - ricerca scientifica***

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alle ricerche finalizzate 2002 "Sviluppo di modelli in vitro e in vivo di paraparesi spastica ereditaria" e "Promozione dell'angiogenesi, finalità terapeutica in modelli animali di malattie degenerative muscolari e nervose" assegnate dal Ministero della Salute all'Istituto "Eugenio Medea" IRCCS, Associazione La Nostra Famiglia";
- convenzione n. 3AM/F9 per lo svolgimento del programma di ricerca: "Studio sull'out-come del trapianto di cuore da donatore di età superiore a 60 anni" nell'ambito del progetto dal titolo: "Donazio-

ne e trapianto di organo nell'anziano: epidemiologia e risultati clinici", proposta dall'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento euro 21.005,00);

- convenzione n. 521- C/7+1 per lo svolgimento del programma di ricerca: "Studio sullo stato di salute di una coorte di bambini nati da tecniche di PMA" nell'ambito del progetto dal titolo: "Studio sull'efficacia, sulla sicurezza e sugli esiti delle tecniche di procreazione medicalmente assistita" proposta dall'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento euro 103.291,38);

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca ex art. 12 e 12 bis D. Lgs 502/92 e successive modificazioni: "Fegato bioartificiale con epatociti umani e mars nell'epatite acuta fulminante e confronto alle metodiche vs. terapia standard" assegnata dal Ministero della Salute alla Regione Emilia Romagna;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alle ricerche finalizzate 2002: "Ricerche di sequenze virali e cellulari nel sarcoma di Kaposi attraverso tecniche di microarray" e "Analisi di processo in riabilitazione. Appropriatelyzza del ricovero ospedaliero nell'ambito dei profili di assistenza" assegnate dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Centro Santa Maria Nascente, Milano;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2002: "Strategie diagnostiche, preventive e terapeutiche per controllare il danno cardiocerebrovascolare in ipertensione, diabete, obesità" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Istituto Auxologico Italiano;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2002: "Malattie mitocondriali: screening diagnostico ad alta efficienza di geni malattia e identificazione di geni modulatori" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Istituto Nazionale Neurologico" Carlo Besta;

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2002: " Modelli gestionali interaziendali per la continuità assistenziale e la cura a domicilio orientati al paziente" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Ospedale Oncologico di Bari;
- finanziamento ricerca corrente 2002 assegnato dal Ministero della Salute a norma del DPR. N. 213/2001 – progetto "Alleanza cerebrolesioni": istituzione di 19 borse di ricerca.

#### ***c – unità operativa risorse umane***

- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di cinquanta posti di collaboratore professionale sanitario, infermiere a tempo pieno: approvazione dei verbali rassegnati dalla commissione esaminatrice e adempimenti conseguenti.

#### ***d – unità operativa progetti speciali e processi amministrativi***

- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per le opere da verniciatore e tinteggiatore occorrenti per la manutenzione dell'Ospedale per due anni;
- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per la manutenzione degli impianti elettrici;
- aggiudicazione a trattativa privata per il servizio di conduzione e manutenzione ordinaria e straordinaria dei condizionatori fissi e mobili installati presso l'Ospedale Maggiore;
- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per le opere murarie ed affini occorrenti per il periodo 1/10/03 - 30/09/05;
- aggiudicazione gara d'appalto mediante pubblico incanto per il servizio di manutenzione dei giardini per tre anni.

#### ***e – unità operativa approvvigionamenti***

- trattativa per la fornitura annuale di: strumentario chirurgico; presidi per il laboratorio di elettrofisiologia dell'U.O. cardiologia; sacche per la raccolta del sangue, sterili, quaduple da 450 ml, con CPD e SAGM per l'U.O. Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;
- trattativa privata per la fornitura di: materiale per l'U.O. per il trapianto di fegato e di polmone e protesi vascolari;
- fornitura di materiale di consumo per apparec-

chiature equaline HP 300ED Equasmart per un anno: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di: materiale per i diversi servizi di endoscopia e sostanza video-elastica per chirurgia oculare: aggiudicazione;
- pubblico incanto per la fornitura di fattore della coagulazione diversi (fattore VIII (rDNA) da cellule BHK e antitrombina);
- fornitura di filtri per emodialisi - prodotti unici - per un anno: aggiudicazione
- trattativa per la fornitura di defibrillatori impiantabili automatici (AICD) e stimolatori biventricolari: aggiudicazione;
- trattative private dirette per la fornitura di materiale di consumo per specifiche apparecchiature da laboratorio: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura biennale di consumo per interventi di cataratta e vitrectomia con apparecchiatura dedicata a doppio utilizzo (facoemulsificazione - vitrectomia) in service: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: tamponi in schiuma di acetato di polivinile e lancette per microchirurgia; soluzioni sterili; preparati antisettici disinfettanti con carattere di unicità: materiale per l'attività di diagnostica vascolare e di terapia endovascolare dell'U.O. neuroradiologia: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura triennale di: manometri per la misurazione della pressione venosa; biopsy punch e curette per dermatologia: aggiudicazione;
- indizione di licitazione privata per la fornitura di aghi cannula monovia, a due vie, aghi spinali, tappi per aghi e cateteri venosi, con punto di iniezione, di chiusura tipo combi per tre anni: ammissione delle ditte da invitare alla licitazione ed approvazione della documentazione di rito;
- trattativa privata per la fornitura di materiale angiografico per procedure diagnostiche ed interventistiche per l'U.O. di radiologia - sez. pad. Zonda: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di reti, nei diversi tipi e formati, per la ricostruzione della parete addominale, laparocele e riparazione ernia inguinale, per le diverse camere operatorie, per un anno;
- trattative private dirette per la fornitura di medica-

zione specialistica con carattere di unicità: aggiudicazione;

- 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 diretta per la fornitura di materiale diverso per l'U.O. di chirurgia vascolare e dei trapianti di rene;

- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di connettori a "T" con tappo per sondini di aspirazione;

- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di materiale per radiologia interventistica epato-biliare;

- indizione di trattativa privata per la fornitura biennale di sets per clisma del tenue;

- fornitura di sistemi/sacche per dialisi peritoneale continua (CAPD) - prodotti unici - per un anno: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di timbri e targhe per un anno.

#### ***f – unità operativa funzioni tecniche***

- aggiudicazione dell'appalto concorso per la fornitura e l'installazione di due sistemi operatori integrati a potenziamento del blocco operatorio ubicato al piano rialzato del pad. Zonda.

#### ***g – unità operativa amministrazione e finanza***

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

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Azienda USL di Ravenna e l'Azienda USL di Rimini;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza radiologica a favore di pazienti dell'ASL di Vallecamonica - Sebino - rinnovo anno 2003;

- convenzione per prestazioni chirurgiche ambulatoriali a favore di pazienti nefropatici provenienti dall'Azienda ospedaliera della provincia di Lodi, rinnovo anno 2003;

- convenzione con l'Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta" per prestazioni di consulenza urologica;

- convenzione con la Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor, IRCCS Ospedale San Raffaele per l'esecuzione di Total Body Irradiation

(TBI) a favore di pazienti ricoverati presso il Centro trapianti di midollo dell'Ospedale Maggiore;

- convenzione per prestazioni di assistenza perfunzionale;

- 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 l'Ospedale Maggiore;

- rinnovo della convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Civile di Vimercate per determinazioni di amianto in campioni massivi.

#### ***h – unità operativa sistemi informativi e informatici***

- indizione di licitazione privata per l'aggiudicazione del servizio di manutenzione di personal computer e periferiche dell'Ospedale Maggiore.

#### ***i – contributi e beneficenza***

Sono giunte le seguenti donazioni:

- un computer, un telefax e una fotocopiatrice dall'Associazione "Amici del padiglione Croff" per l'Unità Operativa di nefrologia;

- un armadietto dall'Air Liquide Sanità Spa per il laboratorio del Milan Cord Blood Bank del Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;

- apparecchiature varie dall'Associazione "Amici del padiglione Croff" per il reparto di degenza della divisione di nefrologia e dialisi;

- un personal computer portatile dalla ditta Glaxo Smith Kline Spa per il Centro Emofilia dell'Unità Operativa di medicina interna II.

---

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