



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLI - n. 3 - 2000

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLI - n. 3 - 2000

sommario

	pagina
Ai lettori	1
L'Ospedale si presenta. Cronaca dell'incontro del 17 luglio	2
..... <i>Alberto Ferruzzi</i>	
..... <i>Daniela Mazzuconi</i>	5
..... <i>Luciano Gattinoni</i>	7
..... <i>Marco Triulzi</i>	9
Il sistema informativo della vita: dai feromoni alla poetica di Goethe	12
..... <i>Piero Franzini</i>	
Della Famiglia oggi	16
..... <i>Carlo Lorenzo Cazzullo</i>	
Considerazioni sull'odierna assunzione di farmaci	17
..... <i>Carlo Belli</i>	
L'ascolto musicale per il malato grave	19
..... <i>Livio Bressan</i>	
Come affrontare un difficile problema assistenziale	23
..... <i>Pietro Vigorelli</i>	
Asterisco	26
Impressioni di un cappellano ospedaliero	27
..... <i>Daniele Grassi</i>	
Asterisco	28
Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso la formazione	29
..... <i>Marisa Cantarelli</i>	
Sottocultura e baby-gangs: motivi di una stretta parentela	32
..... <i>Antonio Randazzo</i>	
Della cultura	34
..... <i>Marisa Pisani</i>	
Piero Franzini, medico lombardo	37
..... <i>Nicola Dioguardi</i>	
Notiziario - Recensioni	39
Cronache amministrative	45

La copertina

Il grande cortile richiniano della Ca' Granda (oggi sede dell'Università degli Studi). Nel lato cosiddetto "dell'Amadeo" l'angelo annunziante fra due archi.

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

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

ai lettori

Il fascicolo si apre con la cronaca dell'incontro 17 luglio, che ha visto l'aula magna dell'Università, gentilmente concessa dal Rettore, letteralmente gremita per la presentazione dello "studio di fattibilità" del nuovo Policlinico.

Il sistema informativo della vita: «Lo spazio dell' "informazione" nella scienza della vita con spunti biologici che paiono talvolta ammantarsi di mistero, si va dimostrando sconfinato (...).» Parole del prof. Piero Franzini, che ci vengono incontro nelle ultime pagine pervenuteci da lui prima della sua scomparsa, ad attestarcene la cultura, la saggezza, la lungimiranza, mentre la sua alta personalità è ricordata per noi alle pagine 37 e 38 dal prof. Nicola Dioguardi.

“La Famiglia è il terzo protagonista fra malato e medico” scrive il prof. Cazzullo; di conseguenza la preparazione professionale ed etica del medico è spesso determinante nel governarne situazioni gravi e delicate.

Il prof. Carlo Belli tratta dell'assunzione dei farmaci oggi e della maggiore garanzia che ne danno, rispetto al passato, gli studi rigorosamente controllati e la valutazione razionale e scientifica degli stessi, prima della loro messa in commercio.

Musicoterapia, esperienza musicale sul malato. Se ne parla sempre più frequentemente e c'è desiderio di sapere se davvero sul malato grave, sul malato in fase terminale, abbia la musica valore, potere di sollievo o, quantomeno, di stimolo ancora a partecipare, a comunicare. In un articolo ricco di convinzione e di fede il dott. Livio Bressan, già noto ai nostri lettori per trattazioni in medicina sull'arterioterapia, comunica gli incoraggianti risultati del gruppo col quale lavora all'Ospedale Bassini di Cinisello.

Il dott. Vigorelli chiude qui, con un apporto ulteriore, il ciclo delle apprezzate comunicazioni sui risultati ottenuti all'Ospedale San Carlo Borromeo nell'assistenza quotidiana con i “gruppi di miglioramento”, basati sull'esperienza.

Marisa Cantarelli, forte della lunga personale esperienza nel settore, prosegue il suo esame relativo al cambiamento dell'assistenza infermieristica, fermandosi sull'importanza della formazione.

La giornata di un giovane cappellano ospedaliero: pensieri, riflessioni, coraggiose considerazioni di don Daniele Grassi; partecipazione alla vita del malato e di chi cura il malato e, non ultima, tanta condivisibile speranza di vedersi attorno presto ruspe e movimenti vari per il desideratissimo avvio del nuovo Policlinico.

Due pagine diverse, destinate ad attrarre identica attenzione: il prof. Antonio Randazzo con la nota amara causticità fotografa situazioni, atteggiamenti, figurazioni su giovani e meno giovani, che non inducono a panorami d'ottimismo.

Marisa Pisani, esperta della scuola e impegnata ancor oggi in rapporti culturali e sociali, consapevole dei radicali cambiamenti che hanno sconvolto il nostro vivere dai primi decenni del Novecento, pure preoccupata del contesto in cui viviamo, esprime fiducia.

Notizie, recensioni, le cronache amministrative del nostro Policlinico chiudono il fascicolo.

L'Ospedale si presenta.

Cronaca dell'incontro del 17 luglio

Lunedì 17 luglio 2000. Aula magna dell'Università, letteralmente gremita.

L'intera comunità dell'Ospedale Maggiore (medici, amministrativi, tecnici, infermieri, personale religioso, rappresentanze sindacali) è qui riunita per la presentazione dello "studio di fattibilità" del nuovo Policlinico.

Sono presenti il ministro per i Rapporti col Parlamento Patrizia Toia, il prefetto di Milano Bruno Ferrante, in rappresentanza del Cardinale Martini don Italo Monticelli responsabile per la pastorale della sanità, personalità cittadine.

Sul palco, accanto al commissario straordinario dell'Ospedale prof.ssa Daniela Mazzuconi, il rettore dell'Università degli Studi prof. Paolo Mantegazza, il preside della Facoltà di Medicina prof. Guido Coggi, il dott. Andrea Mattiussi direttore generale degli Istituti Clinici di Perfezionamento, il segretario generale dell'Ospedale avv. Luigi Renzi, il direttore scientifico prof. Luciano Gattinoni, il direttore sanitario dott. Marco Triulzi.

La prof.ssa Mazzuconi saluta e ringrazia i convenuti, accenna brevemente alle motivazioni dell'incontro, che poi troveranno ampiamente illustrate e rappresentate in un numero speciale della rivista Ca' Granda destinato in omaggio a tutti.

Invita quindi l'arch. Alberto Ferruzzi a illustrare lo studio di fattibilità del nuovo Ospedale Policlinico, che viene riportato qui di seguito sinteticamente.*

ALBERTO FERRUZZI

«L'intervento per la riorganizzazione funzionale dell'Ospedale Maggiore e degli Istituti Clinici di Perfezionamento si propone di promuovere e disciplinare l'azione integrata e coordinata dei due Enti al fine di realizzare nell'area dell'Ospedale Maggiore di Milano, ove ha sede l'attuale ospedale a padiglioni definito Policlinico, una nuova struttura che raccolga tutte

le funzioni di diagnosi, cura ed assistenza dell'Ospedale Maggiore e dei vicini Istituti Clinici di Perfezionamento (I.C.P.) in modo da ottenere il massimo degli effetti positivi a favore della comunità.

La scelta di quest'area, sita tra le vie Francesco Sforza, Lamarmora, San Barnaba, Commenda e le vie Commenda, Manfredo Fanti, Piazza Umanitaria per la localizzazione dell'intervento, è stata frutto di lungo travaglio: da sempre proposta dall'Ospedale Maggiore, che vi presta assistenza da cinque secoli, era stata da sempre osteggiata dal Comune di Milano.

Ora invece la Regione Lombardia, il Comune di Milano, l'Ospedale Maggiore e gli I.C.P. hanno costituito un tavolo tecnico che ha definito come attuare gli adeguamenti normativi del Piano Regolatore Generale P.R.G. (precedentemente l'area del Policlinico era azionata in "servizi comunali" S.C. mentre la struttura ospedaliera, per le sue caratteristiche, è da ritenersi un "servizio intercomunale" e quindi azionato in S.I.). Al termine di numerose riunioni si è definito un "pre-progetto" per una nuova struttura ospedaliera che avrà una capienza totale massima di 1400 posti letto (compresi i letti a degenza ordinaria, diurna e/o in regime di libera professione e residenziali), una superficie lorda di pavimento di circa 168.000 mq, situati in più fabbricati, e parcheggi sotterranei pluripiano pertinenti con una capienza complessiva di circa 1700 posti, di cui circa 1300 a disposizione della nuova struttura ospedaliera.

Tale progetto non è vincolante: ferma restando la definizione delle sagome-limite, in fase di progettazione potranno essere concordate tra le parti tutte quelle variazioni ritenute necessarie od opportune in merito alla funzionalità sanitaria e/o urbanistica.

Un punto invece vincolante e fondamentale nella programmazione del progetto è la necessità di essere

realizzato con il minor turbamento possibile alle attività ospedaliere in corso e senza richiedere alcuna sospensione delle stesse. Si consideri che nelle due strutture ospedaliere lavorano 3500 operatori e sono assistiti circa 2000 degenti, oltre ai pazienti ambulatoriali e sono assicurate le funzioni d'insegnamento. Tutto ciò ha determinato un unico percorribile modo di procedere: l'individuazione degli interventi possibili e raccomandabili sui padiglioni da salvare (lavori già avviati) e l'individuazione delle aree su cui costruire i nuovi edifici: uno Polichirurgico dove verranno accorpate appunto le specialità chirurgiche; uno Tecnico che ospiterà servizi quali mensa, cucine, magazzini; un Polimedico dedicato prevalentemente alle specialità mediche; un Terzo Polo dedicato alle attività che più caratterizzano gli I.C.P. e cioè materno-infantili; due edifici che ospiteranno gli ambulatori, la ristorazione e lo shopping.

I nuovi edifici destinati alla cura e all'assistenza sono collocati nel cuore dell'area ospedaliera, visivamente filtrati dagli edifici al contorno. Gli edifici che accolgono gli ambulatori sono collocati vicino all'ingresso storico di via Francesco Sforza. Il Padiglione Tecnico sorge nell'area compresa tra le vie Commenda, Fanti e piazza Umanitaria, al posto dell'attuale prefabbricato Mensa.

La costruzione di una nuova Centrale Termica costituisce il presupposto necessario per l'attuazione del Programma Lavori, in quanto l'erogazione di energia e calore a tutto il complesso non può essere interrotta.

L'AEM ha individuato come strategica e di elevata funzionalità l'area interna alla sede del Policlinico. Recepite quindi le esigenze dell'Ospedale Maggiore in merito ai fabbisogni energetici e di spazi dell'Ente, l'AEM realizzerà a proprie cure e spese una nuova Centrale Termica. La sua realizzazione richiederà circa 24 mesi, al termine dei quali potrà essere demolita l'attuale centrale e, ormai liberata l'area, avviata la costruzione del nuovo Padiglione Polichirurgico che ospiterà tutte le specialità ed i servizi presenti nei tre padiglioni Beretta Est, Beretta Neuro e Moneta, nonché altre ora collocate nei padiglioni Ponti, Monteggia, Zonda e Riva.

Altrettanto vincolante è la percorribilità dell'area ospedaliera durante i lavori di costruzione: in tale

periodo tutte le attività ospedaliere si concentreranno oltretutto nel padiglione Alfieri degli Istituti Clinici di Perfezionamento, nei padiglioni lungo la via Sforza e precisamente nei padiglioni Guardia-Accettazione (attualmente in corso di ristrutturazione ed adeguamento tecnologico), Bosisio, Pasini, Convitto Infermiere, Marangoni, Granelli, Sacco e in quelli lungo la via Lamarmora: Zonda e Lamarmora. Fra questi due blocchi di padiglioni deve rimanere una via di comunicazione interna proprio per l'interconnessione delle cure d'urgenza in essi prestate. Nello schema progettuale questa connessione è rappresentata da un percorso di almeno cinque metri di larghezza coperto e protetto, che dovrà essere lasciato lungo il confine ovest della proprietà ospedaliera. Questo passaggio partirà dal padiglione Granelli e costeggerà il muro di recinzione alle spalle dei padiglioni Monteggia – Convitto Suore – Beretta Neuro, dopo la loro demolizione. In quest'area resta la Chiesa di San Giuseppe.

I collegamenti con gli altri padiglioni che pure mantengono funzioni ospedaliere durante i lavori e che si conserveranno a ricostruzione avvenuta, cioè il Litta, il Riva e il Croff, possono avvenire dalla viabilità ordinaria. Anche gli edifici di via Pace continueranno l'attività ospedaliera fino al completamento delle nuove costruzioni.

Come si è detto, il resto del progetto può essere diversamente articolato nel rispetto dei contenuti emersi negli studi effettuati e dalle richieste della Regione, del Comune e soprattutto degli Ospedali, in quanto tutta la costruzione deve svolgersi in presenza dell'attività sanitaria.

Più in dettaglio il modello presentato nel pre-progetto prevede un edificio denominato Polichirurgico con base fuori terra di 120x45 metri, alto 40 metri oltre i volumi tecnici, di 8 piani fuori terra e due interrati. Il complesso di cura ed assistenza è completato da altri due edifici modulati su maglia m 7,5x7,5, con base rispettivamente di 120x45 e di 82,5x37,5 entrambi alti 40 metri oltre i volumi tecnici, uno di otto piani e uno di dieci piani fuori terra, collegati tra loro e con il Polichirurgico con edifici a ponte negli ultimi quattro piani di degenze, in modo da consentire la massima flessibilità nella destinazione delle stesse.

Nell'ipotesi progettuale l'edificio da 120x45 sito nel lato ovest, sul fronte di via Commenda, ha un piano

terra a portico alto sette metri, interamente aperto e quindi trasparente sul verde del giardino, destinato ad alleggerire l'incombenza sulla strada della concentrazione volumetrica.

Anche il padiglione denominato Polichirurgico, collocato nel cuore dell'area, non incombe sul fronte stradale in quanto schermato e "filtrato" dal padiglione Litta costruito nel 1895, il più antico del Policlinico.

Come già si è detto, l'ipotesi strutturale utilizza una maglia di pilastri con interasse di m 7,5x7,5, largamente diffusa nella più recente edilizia ospedaliera nazionale ed internazionale, che consente un buon dimensionamento sia delle camere operatorie che delle degenze.

I collegamenti verticali sono costituiti da molteplici gruppi di scale con ascensori/montalettighe e montacarichi. Quattro montalettighe hanno cabina di m 2x3 e porta larga m 2, in modo da poter consentire il trasporto del malato con eventuali presidi sanitari.

Si è preferito raggruppare le cure intensive in un unico piano e così pure le sale operatorie, per poterle dotare di un piano tecnico ove tutti gli impianti siano manutenibili e ispezionabili anche in presenza di attività medica. L'interpiano dei piani intensivi è perciò di sei metri con un'altezza utile per i locali di cura di m 3,20, mentre i restanti m 2,80 costituiscono un comodo piano dedicato alla impiantistica su solette portanti. Tutto ciò comporta una notevole altezza in gronda degli edifici (40 m oltre i volumi tecnici di almeno 4,5 metri) anche se l'utilizzo massimo è rappresentato da dieci piani.

L'ipotesi progettuale soddisfa gli standard regionali in tema di superfici utili per posto letto pari a 120 mq.

Successivamente alla costruzione del complesso di diagnosi e cura potranno essere demoliti i padiglioni Convitto Infermiere e Sacco e potrà così essere migliorata la viabilità di raccordo con la via Sforza.

In quest'area sorgeranno gli edifici poliambulatoriali: due blocchi di m 30x30, con cortili interni di m 15x15, anch'essi con maglia di m 7,5x7,5, alti 14,80 metri (che è l'altezza degli edifici circostanti). Si stima che si possano in tal modo ricavare 100 ambulatori con i relativi spazi di servizi, accettazione e attesa, dedicati alle cure degli out-patients e per la libera professione. I due corpi gemelli, che con-

ranno anche le funzioni di ristorazione per i visitatori e di shopping, saranno collegati orizzontalmente da un corridoio aereo.

Nell'area Commenda, Fanti, Umanitaria, destinata ad ospitare nel futuro tutta la parte amministrativa, tecnica e tecnologica dell'Ospedale, sorgeranno la Centrale Termica (realizzata e gestita dalla AEM) e il Padiglione Tecnico di nuova realizzazione, costruito in continuità con la Centrale Termica, destinato ad ospitare le cucine, la mensa per i dipendenti, la farmacia, il guardaroba, le officine e i magazzini. Il progetto della nuova Centrale avrà la supervisione artistica dei progettisti del Padiglione Tecnico dell'Ospedale Maggiore. Lo stabile AEM ed il Padiglione Tecnico devono infatti essere esteticamente omogenei.

I due ambiti ospedalieri: Sforza/San Barnaba/Commenda e Commenda/Fanti/piazza Umanitaria, sono collegati da una strada sotterranea larga 10 metri, lunga 290 metri, adiacente al confine con gli Istituti Clinici di Perfezionamento che, partendo da piazza Umanitaria, arriva al Padiglione Pasini. Da questa strada partono i raccordi sotterranei con gli altri padiglioni e con gli edifici attualmente esistenti dei quali si conserva la funzione sanitaria. Lungo questo percorso si diramano le condutture provenienti dalla Centrale Termica di piazza Umanitaria e dalla Centrale Frigorifera sita in via San Barnaba a fianco del padiglione Guardia.

Altra importante opera sotterranea prevista dall'ipotesi progettuale è la realizzazione di un grande parcheggio da 1700 posti macchina, distribuiti in quattro piani interrati e con accessi concordati con l'Amministrazione Comunale, in modo da limitare intasamenti al già intenso traffico della zona. Di questi 1700 posti, 1300 sono destinati all'utenza ospedaliera.

Nel nuovo pre-progetto si razionalizzano gli accessi e la conseguente viabilità interna ed esterna dell'area: al Policlinico si accede ancor oggi da via Sforza, cioè dall'ingresso storico che fronteggia l'Ospedale del Filarete e solo da un secondo altro accesso in via Commenda, necessitato dalla continuità dell'Ospedale verso aree urbane esterne al perimetro Sforza/San Barnaba/Commenda.

Lo studio per il progetto ha inoltre tenuto conto del consolidarsi nel tempo dei servizi urbani nella zona:

per esempio la vicina fermata “Crocetta” della linea metropolitana 3 ha reso il lato di via Lamarmora particolarmente interessante come accesso per chi giunga all’Ospedale con i mezzi pubblici. Con la recente inaugurazione del Poliambulatorio nel Padiglione Lamarmora questo ingresso è già praticabile. Si conferma quindi l’accesso da via Sforza che la consuetudine, la tradizione ed un più diretto contatto con la viabilità di scorrimento rendono il più adatto per il rapporto con la città. Questo ingresso però sarà esclusivamente pedonale o per i malati trasportati in ambulanza. Le merci e i dipendenti diretti ai parcheggi entreranno da piazza Umanitaria. In via Lamarmora vi sarà l’ingresso carraio per coloro che usufruiscono dei servizi ospedalieri in day hospital e pedonale per coloro che provengono dalla metropolitana. Due uscite di sicurezza saliranno dai parcheggi verso via Lamarmora, verso la quale vi sarà anche un’uscita carraia a livello.

Tutti i padiglioni sono raggiungibili dalla nuova viabilità di progetto, semplificata e organizzata con viali e con un ampliamento degli spazi verdi.

Tutti i principali padiglioni di via Sforza e via Comenda sono collegati tra loro con un sistema di passaggi sotterranei.

Inoltre la concentrazione delle nuove volumetrie consente di recuperare un’area verde che, oltre ad abbellire e rendere più vivibile l’Ospedale, costituisce un arricchimento per l’intera area cittadina»

Riprende la parola la prof.ssa Daniela Mazzuconi per illustrare il lungo, documentato iter, che dovrebbe vedere presto l’avvio della costruzione del nuovo Policlinico, rispondendo così alle annose attese della Città.

DANIELA MAZZUCONI

«L’incontro odierno ha il senso di rendere pubblico il lavoro serrato dei mesi scorsi, un lavoro indirizzato prima di tutto a delineare e definire il “nuovo Ospedale” nella sua essenza e nelle sue funzioni, poi a trovare i modi e le forme per realizzarlo nel più breve tempo possibile. Abbiamo pensato di affidare a una pubblicazione la sintesi delle riflessioni e degli studi maturati su questo tema, perché restasse un punto fermo di ciò che si era fatto.

Certo, molto ancora resta da fare, ma mi pare che le intuizioni fondamentali e le idee per condurle a termine ci siano e questo non è poco.

Ciò che è presentato in questo numero della “Ca’ Granda” è condiviso dagli attori fondamentali dell’accordo di programma: Ministero della Sanità, Regione Lombardia, Comune di Milano, Ospedale Maggiore e Istituti Clinici di Perfezionamento, perché esso è stato fatto oggetto di un dibattito serio e approfondito tra questi enti.

Ora la discussione sull’accordo di programma andrà ripresa e conclusa, cercando di risolvere le questioni ancora in sospeso.

La scelta fondamentale - ormai è noto - è quella di mantenere l’Ospedale Maggiore Policlinico nella sua sede di via Francesco Sforza: il dato è irreversibile, perché la variante al Piano Regolatore Generale della città è stata apportata ed oggi, a differenza che in passato, l’area su cui sorge l’Ospedale è destinata ad edifici ospedalieri.

Si è così superato un aspetto grottesco della vicenda, che cioè uno dei più importanti ospedali milanesi sorgesse su un’area non a ciò destinata, con tutte le possibili conseguenze negative del caso, non ultima quella di rendere impossibile la riedificazione in loco.

Oggi, dunque, non è più così e questo è già un significativo passo avanti.

L’altra scelta importantissima è che si farà non solo il polo chirurgico, ma l’intero Ospedale, comprendendo il rinnovamento anche delle medicine e dei servizi di supporto, cioè si rifarà tutto l’Ospedale.

La variante però rende possibile, in questo momento, solo l’edificazione del polo chirurgico, perché, per non perdere tempo, abbiamo mandato avanti, parallelamente alla trattativa per costruire l’intero Ospedale, come prima fase, il rifacimento delle chirurgie.

Credo, a questo punto, che sarebbe buona cosa anticipare i contenuti dell’accordo di programma e procedere da subito a una nuova variante al Piano Regolatore Generale che recepisca l’edificazione dell’intero Ospedale, così come già concordato con l’assessorato all’urbanistica in sede di trattativa per l’accordo stesso.

Certo, l’accordo di programma ha tempi più veloci, ma, se non si sbloccassero le questioni ancora in sospeso ed esso dovesse tardare ancora, una nuova

variante consentirebbe all'Ospedale una maggiore autonomia e rapidità sulla strada del rinnovamento. Per altro, già siamo pronti per partire con l'area di via Commenda: centrale termica e polo dei servizi (tecnico, farmacia, mensa, cucine, economato, magazzini...).

Infatti l'Ospedale ha bisogno come il pane di un rinnovamento radicale: l'eccellenza dei livelli di assistenza e del livello scientifico rischia di essere frustrata da locali vecchi e spesso non più riadattabili per le moderne esigenze o riadattabili malamente e in modo eccessivamente dispendioso.

Per questo anche dobbiamo essere disposti ad affrontare fatiche e condizioni di lavoro diverse rispetto a quelle consuete e su questo serve davvero l'impegno di tutti.

Intanto, per poter costruire l'Ospedale nei sette anni previsti, sarà necessario portare all'esterno alcune unità, in particolare molte di quelle chirurgiche.

L'importante sarà fare attenzione che questo avvenga riducendo al minimo lo "smembramento", cioè mantenendo il più possibile l'unità dell'Ospedale: l'Ospedale vivrà, continuerà a vivere, se saprà restare unito, al di là delle strutture, negli intenti, nel modo di operare, nell'attenzione al malato, nella capacità di tutti di provare a far vivere un autentico spirito di squadra e di autonomia, dove un sano orgoglio di ciò che si è e si fa sia l'anima del nostro agire.

La terza scelta da sottolineare è "non da soli", ma con gli Istituti Clinici di Perfezionamento: è questo il primo passo per l'integrazione dei due storici ospedali cittadini, eliminando i doppioni e studiando un modello di gestione più economica e più efficiente. Forse da Milano potrebbe venire l'impegno serio per un modello di gestione integrata che salvaguardi l'identità di due presidi e nel contempo consenta una conduzione moderna e d'avanguardia.

La quarta scelta altrettanto irreversibile è il rapporto con l'Università, rapporto paritetico e nuovo. Intanto la destinazione urbanistica delle aree riguarda anche l'Università, perché una parte di esse verrà destinata proprio all'Università in quanto tale, che in tal modo "contribuirà" al finanziamento della nuova opera.

Si creerà così una condizione diversa e migliore per la didattica sia con gli spazi ad essa destinati negli

edifici ospedalieri, sia con i nuovi spazi specificamente dell'Università.

Qui, accanto agli scenari urbanistici e strutturali, si apre la possibilità di studiare i rapporti tra i soggetti interessati sia alla luce delle nuove normative in materia, sia - credo - cercando di capire come in una situazione tutta particolare, come la nostra milanese, si possano intrecciare i rapporti tra un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, un'Azienda Ospedaliera Regionale e la Facoltà di Medicina.

C'è spazio per un tantino di creatività milanese in una situazione che non mi pare ne abbia somiglianti in Italia.

Ciò che desidererei è che l'incontro di oggi sia preliminare alla ripresa e alla rapida conclusione delle trattative sull'accordo di programma, sui due punti rimasti "a mezz'aria": il finanziamento complessivo (importo e modalità di approvvigionamento) e il "soggetto gestore" (Società per Azioni e simili).

Non voglio entrare nel merito, mi preme solo dire che non ci sono preclusioni ideologiche: c'è solo il desiderio di agire rapidamente e nei modi consentiti dalla normativa vigente.

Certo, ci potranno essere ulteriori soluzioni in prospettiva più agili, come quella tante volte suggerita di una Fondazione che gestisca l'Ospedale. Tuttavia per far questo è necessaria una specifica legge nazionale. In questo momento, allora, procedere a prescindere dall'idea della Fondazione non significa necessariamente essere ad essa contrari, significa semplicemente percorrere l'unica strada possibile e l'unica che, al momento, ci condurrà da qualche parte.

Se poi qualcuno desiderasse costituire una Fondazione per sostenere economicamente il progetto e le attività dell'Ospedale Maggiore, sarà il benvenuto, ma questo sarà un altro tipo di Fondazione, che non avrà tra i suoi compiti quello di gestire l'Ospedale.

Infine la mia speranza e il mio auspicio è che l'Ospedale Maggiore resti nella sua tipicità, che ne fa un *unicum* al mondo, un gioiello prezioso e raro, di inestimabile valore: luogo di cura, luogo di studio, luogo di ricerca, luogo di storia e di arte, luogo di liberalità civica.

Scindere questi aspetti sarebbe distruggere l'essenza dell'Ospedale Maggiore: forse tutti insieme dovremmo conoscerli di più, dovremmo amarli di più.

Per noi è importante oggi la dipartimentalizzazione dell'Ospedale e la sua nuova organizzazione, che finalmente è stata definitivamente approvata dagli organi tutori; è importante aver conseguito l'accreditamento; è importante che continuino le sistemazioni dell'Ospedale in attesa di quello nuovo, prima fra tutte quella del Pronto Soccorso; è importante il progetto di qualità totale, che vorremmo realizzare per l'intero Ospedale, nonostante le difficoltà presenti; è importante il miglioramento dei livelli di ricerca e di sperimentazione; ma sono altrettanto importanti l'archivio storico, che conserva la memoria della storia della sanità cittadina, i quadri e le raccolte d'arte, il museo che si sta preparando all'abbazia di Mirasole, la conservazione del patrimonio, che ci consente in questo momento di guardare con serenità all'opera che andiamo a intraprendere.

Questi ultimi anni dicono che è ripreso un rapporto positivo tra i cittadini e l'istituzione ospedaliera: segni tangibili ne saranno presto il rinnovamento di buona parte del padiglione Sacco, la costruzione della nuova Biblioteca Scientifica, la sistemazione del padiglione Cesarina Riva, per citare solo gli impegni più recenti di erogazioni liberali.

Ancora sono ripresi i rapporti tra le istituzioni pubbliche: anche qui i segni tangibili non mancano, dal finanziamento regionale per la radioterapia a quello, sempre regionale, per il restauro di Mirasole, a quello, ultimo nato, del finanziamento della Provincia di Milano per il restauro della cripta della Chiesa dell'Annunciata; all'avvio di una riflessione seria con il competente assessorato regionale per il recupero di parte del patrimonio immobiliare cittadino.

Allora è tempo di speranza, di una speranza che diventa tensione civile ed impegno per tutti, di una speranza che ci sprona a continuare sulla strada intrapresa e a non interromperla, che ci spinge a riprendere pazientemente i fili spezzati.

Del resto, ho sempre pensato che non sarà per una strana avventura se il simbolo dell'Ospedale Maggiore è la colomba: sappiamo che essa ha prima di tutto un significato religioso, ma è il caso di dire che essa assume più che mai un significato universale.

I suoi doni spirituali infatti sono doni di grande rilevanza laica e civile: sapienza, intelletto, consiglio, forza, scienza, pietà, conoscenza dei limiti umani.

Con queste doti si dovrebbe andare lontano e superare ogni ostacolo: è un augurio e insieme un impegno».

Il dott. Andrea Mattiussi, direttore generale degli Istituti Clinici di Perfezionamento, porge un saluto cordiale agli intervenuti, beneaugurando alla nuova importante impresa.

Le finalità essenziali dell'Ospedale Maggiore, oggi, sono: l'assistenza, la ricerca scientifica, la formazione. Lo afferma e lo dimostra, nel testo che segue, il direttore scientifico prof. Luciano Gattinoni.

LUCIANO GATTINONI

«L'Ospedale Maggiore di Milano è stato costituito nel 1456, con la concentrazione di tutti gli Ospedali allora esistenti nella città per opera di Francesco Sforza. Classificato quale Ospedale Generale Regionale, prima del riconoscimento di Istituto Scientifico, da sempre è il polo principale delle attività cliniche e scientifiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. Dal 7 agosto 1981 è stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico, con decreto del Ministero della Sanità di concerto con il Ministero della Pubblica Istruzione. L'Ospedale Maggiore persegue quindi tre finalità: *l'assistenza, la ricerca scientifica e la formazione.*

Per quanto riguarda *l'assistenza*, il numero di posti letto in attività presso l'Ospedale Maggiore si aggira intorno alle 700 unità, con un numero di ricoveri valutabili intorno ai 20.000 annui. Per valutare la qualità delle prestazioni erogate può essere utile comparare il peso medio dei D.R.G. (Diagnosis Related Groups) dell'Ospedale Maggiore (1,446) con quello degli altri Ospedali della Regione Lombardia (1,000). Tale confronto dimostra che la complessità generale della casistica trattata presso il nostro Istituto è superiore di oltre il 40% alla media regionale ed è tuttora la più alta in Lombardia.

La tabella che segue riassume i dati principali relativi alla situazione dell'assistenza negli ultimi quattro anni:

	1996	1997	1998*	1999*
Posti letto (* p. letto accreditati)	655	680	694*	694*
Posti letto day hospital	109	100	74	74
Ricoveri in degenza ordinaria	18.648	19.661	20.022	20.107
Degenza media (gg)	11,5	11,1	9,8	9,7
Tasso occupazione % deg.	89,7	86,5	82,4	89,7 [^]
Accessi day hospital	26.558	34.418	33.936	29.468

([^]) calcolato sui letti medi attivi nell'anno

L'attività di ricerca si svolge secondo i seguenti quattro settori istituzionali:

1. Biotecnologie e Tecnologie Biomediche
2. Cardiovascolare
3. Trapiantologia
4. Emergenza-urgenza

Le linee di ricerca rilevanti all'interno di ciascun settore sono:

1. Gastroenterologia, Ematologia, Neuroscienze, Imaging e Trattamento dei Segnali, Dermatologia, Endocrinologia, Immunologia e Allergologia, Organi artificiali, strumentazioni e protesi, Nefrourologia, Modellistica gestionale organizzativa.
2. Ipertensione, Aritmie, Scompenso Cardiaco, Cardiopatia ischemica, Patologia vascolare.
3. Trapianto di fegato, Trapianto di rene, Trapianto di intestino, Trapianto di midollo osseo.
4. Insufficienza respiratoria, Emodinamica nel paziente critico, Sepsis infezione ed infiammazione, Gestione emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliera, Metabolismo, Complicanze anestesologiche.

I risultati dell'attività pubblicistica del 1999 possono riassumersi in 362 *original papers* pubblicati su riviste scientifiche ad alto livello (indicizzate, con *peer review*), il cui *impact factor* totale ammonta a 1038,63. La tabella che segue illustra in dettaglio i risultati conseguiti:

Settore	Original Papers	
	N°	I.F.
Biotecnologie		
Tecnologie Biomediche	244	676,07
Cardiovascolare	73	256,39
Trapiantologia	23	71,15
Emergenza-Urgenza	22	35,02
Totale	362	1038,63

Ogni unità di personale laureato (medico e non medico), sia ospedaliero che universitario, partecipa alla produzione scientifica con almeno un lavoro all'anno.

Durante gli ultimi anni sono state sviluppate alcune aree che hanno portato a *risultati di eccellenza*. Fra questi occorre ricordare che è stato eseguito il primo trapianto di polmone in Italia, il primo trapianto di rene, il secondo di fegato ed il primo trapianto di fegato pediatrico. Per la prima volta in Italia si è proceduto allo "split liver" ossia alla divisione del fegato del donatore in due emifegati che vengono rispettivamente trapiantati su due riceventi, uno pediatrico e uno adulto. Dall'inizio del 1983 alla fine del 1996 sono stati trapiantati complessivamente nel Nord Italia Transplant per i vari organi 633 pazienti pediatrici, con una sopravvivenza a 5 anni compresa tra il 60% e l'80%. La chirurgia vascolare è nata e si è sviluppata in Italia, all'Ospedale Maggiore. Vi sono poi stati, nel corso degli anni, contributi che hanno avuto un impatto sulla conoscenza e pratica medica internazionale: il trattamento della glomerulonefrite membranosa, l'assistenza extracorporea a lungo termine nell'insufficienza respiratoria, l'analisi quantitativa della TAC polmonare, i contributi eccellenti in ematologia, trombosi, nel campo dell'ipertensione, in neuroscienze, dermatologia ed endocrinologia.

Il patrimonio di attività e conoscenze di questo Ospedale è una realtà che rivendichiamo e di cui siamo orgogliosi.

Occorre un abito nuovo e, fra le varie componenti dell'Ospedale Maggiore e della società in cui è inserito, una collaborazione ed una armonia, unica possibilità perché l'Ospedale continui a rappresentare ciò che è stato nella sua lunga storia.

Per quanto riguarda *l'attività di formazione*, dei corsi integrati impartiti nel triennio clinico del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, ben 66 si svolgono presso l'Ospedale Maggiore. Oltre alle cliniche universitarie, nel nostro Istituto hanno sede le principali Scuole di Specializzazione in Medicina e Chirurgia (28). L'Istituto, nel contesto dell'aggiornamento professionale obbligatorio, attiva annualmente corsi per il settore sanitario e non medico e per il settore amministrativo tecnico ed economico. Nell'Istituto hanno sede una Scuola per Infermieri professionali e una per Tecnici di Radiologia Medica. La tabella che segue riassume l'articolazione dell'attività didattica che normalmente si svolge ogni anno.

Corsi di laurea	66
Scuole di specialità	28
Dottorati - Diplomi	43
Congressi - Corsi	124

Occorre infine ricordare la partecipazione a trials prospettici e ricerche multicentriche, che supera il numero di 130 per anno e di cui in oltre 50 casi il coordinatore appartiene all'Ospedale Maggiore.»

Il dott. Marco Triulzi, direttore sanitario, si sofferma sugli aspetti diversi che dovrebbe assumere un grande moderno ospedale in via di progettazione.

MARCO TRIULZI

«Qualche riflessione e puntualizzazione sul tipo di ospedale in via di progettazione, sulle motivazioni dell'opera, sulle modalità e soluzioni: un ospedale d'insegnamento, metropolitano (cioè grande ed evoluto, l'Ospedale Maggiore di Milano, per l'appunto) che abbia funzioni zonali per il centro metropolitano (l'area compresa negli ex bastioni spagnoli) e, insieme, funzioni medico-scientifiche di eccellenza in generale e di assoluta eccellenza in più settori particolari.

Si progettano insieme l'Ospedale Maggiore e gli Istituti Clinici di Perfezionamento, che rappresentano una realtà medica, scientifica e didattica di primaria capacità funzionale e di sviluppo.

A parte la storia, forse unica per importanza sanitaria e civica, dell'Ospedale Maggiore, che nel tempo

ha arricchito di potenzialità mediche e amministrative ospedali cittadini e dell'hinterland, anche la realtà presente testimonia che, nonostante l'agguerrita concorrenza pubblica e privata e l'inadeguatezza generale delle strutture del Policlinico, alle sue prestazioni afferisce ancor oggi una domanda esplicita, in estrema sintesi equivalente a circa:

- 30.000 ricoveri continuativi, all'anno
- 35.000 ricoveri diurni
- 10.000 interventi chirurgici in ricovero continuativo
- 1.500 interventi chirurgici con ricovero di giornata
- 2 milioni di prestazioni ambulatoriali, anche strumentali
- 50.000 accessi in Pronto Soccorso

così, come attuali contingenze (non ultima la diffusa carenza di personale infermieristico) non hanno impedito che nel nostro Ospedale nel 1999 i dati di prestazione complessiva fossero soddisfacenti:

- peso medio di DRG (indicatore di complessità e onerosità della casistica clinica trattata): punti 1,591 (a fronte di una media regionale complessiva di punti 1,086)
- percentuale dei casi chirurgici sul totale dei ricoveri: 44,26
- durata media delle degenze: giorni 9
- percentuale media dell'occupazione dei posti letto: 90,4.

Il complesso ospedaliero Ospedale Maggiore - Istituti Clinici di Perfezionamento è una realtà medica, scientifica e didattica produttivamente e qualitativamente valida, vitale e ambita, che soffre oggi per l'inadeguatezza degli edifici che la ospitano.

Questo premesso, come dovrebbe realizzarsi, oggi, il nuovo Ospedale?

Le componenti funzionali sanitarie sono: l'assistenza clinica, la ricerca, la didattica.

Le principali componenti edili del nuovo complesso ospedaliero dovrebbero essere destinate distintamente per:

- Chirurgia, con propria terapia sub intensiva e terapia intensiva
 - Medicina, con propria terapia sub intensiva
 - Diagnostica strumentale centralizzata
 - Pronto Soccorso e servizi d'urgenza
- tra loro ben ricollegate non solo funzionalmente.

Altre componenti edili, tra loro non necessariamente vicine, dovrebbero essere destinate a:

- poliambulatori
- servizi generali di supporto
- uffici amministrativi
- albergo paraospedaliero (medical hotel).

In particolare, l'attività ambulatoriale di più diretto accesso dovrebbe essere opportunamente collocata in sedi strategiche e plurime, anche extra-metropolitane.

Non è il caso di esporre qui, neppure per riassunto, le soluzioni tecniche, organizzative, funzionali che costituiscono il punto di partenza per lo studio e la progettazione del nuovo Ospedale, ma mi limito a citare alcuni tra i principali criteri che dovrebbero guidare l'azione del progettista:

- differenziare l'assistenza sanitaria nei diversi livelli d'intensità delle cure necessarie (cure intensive, sub intensive, ordinarie)
- diversificare i percorsi interni alla struttura, per semplificare agli utenti l'accessibilità ai servizi, garantire il rispetto delle esigenze igienico-sanitarie e, insieme, facilitare il lavoro del personale
- dare priorità alle possibili economie di gestione rispetto ai risparmi in fase di realizzazione, ad esempio con un edificio "intelligente" dotato di controlli centrali e periferici degli impianti e delle sicurezze; con soluzioni che facilitino la manutenzione e le pulizie interne ed esterne; con accorgimenti per il risparmio energetico; con sistemi di gestione efficiente dei dati anche sanitari
- applicare estesamente le risorse informatiche e telematiche per fini sanitari, amministrativi e gestionali con la più ampia interconnessione, per evitare inutili repliche di procedure, nel massimo rispetto della riservatezza
- caratterizzare la struttura di flessibilità spaziale e funzionale per facilitarne l'adeguamento ai continui progressi scientifici e tecnici.

La ricerca medica applicata dovrebbe poter disporre anche di sedi speciali centralizzate distinte, ma vicine alle sedi cliniche, per svolgervi le attività tecnologiche e sperimentali precliniche in condizioni di protezione e sicurezza, di adeguatezza degli impianti e strumenti, di adattabilità degli ambienti e di controllabilità delle frequentazioni.

La didattica medica, e più in generale sanitaria, dovrebbe fruire di nuove sedi multimediali e complete di servizi accessori facilmente e distintamente accessibili ai discenti, e utilizzabili anche per attività seminariali, congressuali, divulgative.

Quali sedi degli uffici amministrativi, dei servizi generali di supporto, dei complementi alla didattica, della foresteria scientifica, del medical hotel, potranno essere recuperati al nuovo uso diversi edifici esistenti.

Le dimensioni generali del nuovo Ospedale sono calcolabili tenendo conto di:

- dati dell'accreditamento attuale dell'Ospedale Maggiore e degli Istituti Clinici di Perfezionamento
- armonizzazione delle attuali configurazioni organizzative e funzionali dei due Ospedali
- necessità per l'esercizio della libera professione
- evoluzione delle funzioni ospedaliere e delle istituzioni.

Si tratta di ricostruire su se stesso, in area centrale metropolitana, un grande ospedale generale d'insegnamento, amministrativo, da due istituzioni differenti per natura e riferimenti, senza dismettere le funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca, per farne un ospedale di riferimento nazionale, degno della sua plurisecolare tradizione.

Perciò, non è azzardato affermare che si tratta di una delle più complesse imprese progettuali, amministrative e gestionali, da attuare – non vale nasconderselo – in condizioni difficili.

Indispensabili scelte di:

- qualificati professionisti
- qualificati dirigenti
- qualificati amministratori

che operino con il massimo impegno e la necessaria coesione d'intenti.

Nondimeno, è indispensabile che le competenze e le responsabilità siano ben definite e rispettate, senza confuse interferenze dei ruoli, nella trasparenza degli obiettivi e degli atti.

Si auspica che, a secoli di distanza, non si ripetano gli eventi che indussero il cronista medievale, in occasione dell'avvio della costruzione del Duomo di Milano, a scrivere "... et allora che si ponéa mano alla fabrication, ecco sorgire di tra il popolo architettori a mille, et ciascheduno a criticare il fare

et a profferire consigli et disegni ...”

E, da ultimo, invochiamo, ricalcando lo stesso stile: “Nostro amato e bon Signore benedici la fabricatione de lo novo Ospitale Magno et lo protegi da li sciocchi, da li prepotenti et da li mercatanti”»

Particolarmente lieto, si dice il prof. Paolo Mantegazza, rettore dell’Università, che il Commissario straordinario dell’Ospedale Maggiore abbia scelto per “questo così importante incontro” l’antica sede della Ca’ Granda, oggi Università degli Studi. Il nuovo Policlinico nasce sotto gli auspici delle due grandi Istituzioni, nella fiducia di conservare e vivere insieme la lunga tradizione di unione e di reciproca collaborazione.

A questo punto le rappresentanti sindacali presenti in aula, signora Maria Grazia Fabrizio della CISL e signora Ardemia Oriani della CGIL, esprimono vivo apprezzamento per l’importante iniziativa, alla quale augurano la più fattiva partecipazione da parte delle sedi istituzionali preposte perché ne consegua l’iter incontrastato che merita l’annosa attesa della Città.

Concludono la mattinata il cordiale messaggio augurale del Ministro per i Rapporti col Parlamento Patrizia Toia per l’auspicata realizzazione del nuovo Ospedale Policlinico, con la dichiarata sua “piena partecipazione alla riuscitissima manifestazione d’oggi”.

*Alla illustrazione ampia e completa di ogni parte iconografica relativa al nuovo Policlinico è stato interamente dedicato il 1° fascicolo 2000 di questa rivista.

Il sistema informativo della vita: dai feromoni alla poetica di Goethe

PIERO FRANZINI

L'informazione

L'impegno culturale imposto da un determinato sapere, anche se contenuto in limiti ristretti ed in costante tensione di umiltà, richiede non solo il possesso di un determinato patrimonio conoscitivo ma anche di tentarne l'interpretazione nelle sue varianti, nelle sue fenomenologie, nei suoi possibili significati, nelle domande che pone, nelle risposte che propone e negli sviluppi che suppone.

Lo spazio dell'"informazione" nella scienza della vita, con spunti biologici che paiono talvolta ammantarsi di mistero, si va dimostrando sconfinato, risalendo dai piani di sviluppo dei minimi esseri viventi (prioni, virus, ecc.) fino al mito planetario ed all'ampio respiro di Gea o Gaia, la prima dea nella cosmogonia greca (e rinata in alcune arditezze scientifiche dei nostri tempi) originata dal caos primordiale: la nostra terra, nel suo substrato mitologico e nel suo destino costitutivo di pianeta della vita nell'universo (o negli universi) in progressiva espansione o regressione, in attesa di un momento finale, inimmaginabile, o di un eterno riciclaggio eternamente replicantesi.

Il mondo dell'informazione, se indagato a fondo, entra nel contesto di quella "sfida della complessità" che la scienza di oggi deve affrontare con rinnovate armi in una miriade di messaggi l'un l'altro intrecciati e rapportati fino a prospettare un nuovo tipo di caos, perfettamente causale anziché casuale, secondo l'ossimoro di "caos deterministico" che non esprime il mito (o la realtà mitologica) del caos primordiale, anzi gli si oppone in quanto costretto in una ferrea gabbia di leggi deterministiche; tanto gli si oppone che l'universale complesso delle "informazioni" assume, nella dinamica della vita, funzioni tipicamente "antientropiche", che cioè si pongono in contrasto con la "entropia", fatale processo di progressiva degradazione dell'energia che, in obbedienza alle leggi della termodinamica,

dovrebbe portare al definitivo annientarsi di ogni atto di vita. Lo stesso concetto scientifico di "concreto", in accettata e quasi pacifica opposizione a quello di "astratto", va ora perdendo ogni motivo di autonomia concettuale di fronte ad un nuovo sapere che spazia in un certo senso, nell'"astratto", abolendo ogni logica differenziazione rispetto al concreto. Così ampio scenario del sistema di informazioni ed intercomunicazioni si è dispiegato lungo un percorso di vita di oltre tre miliardi di anni di evoluzione; all'apice di essa (e prescindendo da un destino del tutto ignoto) si è fermamente (?) stabilita la figura dell'"homo sapiens" (nella dizione più immodesta addirittura "sapiens sapiens") che ha realizzato, nella sua natura, il prodigioso balzo da una struttura anatomica, pur altamente elaborata come il cervello umano, alla funzione nuovissima della mente pensante.

Ne è nata, fra l'altro, la "cultura" che ha portato allo sdoppiamento di tutto il sistema informativo della vita: non più soltanto la "necessità" ripetitiva dell'eredità genica, salvo il "caso" della mutazione favorevole, ma anche l'inestimabile processo evolutivo dell'"eredità culturale" in un crescendo che ci può esaltare, ma dal quale possiamo anche sentirci minacciati. In un prevedibile futuro sarà quest'ultimo a prevalere sul primo; ed è solo sperabile che non lo faccia con la mala grazia e l'ingratitude dell'apprendista stregone. Le "parole della mente" (ruba l'espressione a Raffaello Vizioli neurologo umanista) rappresentano uno sterminato territorio di informazione, che non raramente rasenta i limiti di un pensiero rigidamente scientifico; ma un eccessivo rigore di esclusione può creare un falso adattamento che non arricchisce ma indebolisce la personalità culturale. L'epistemologia soprattutto nel pensiero di K. Popper ha formalmente circoscritto il concetto di "scienza" entro gli obbligati limiti della "falsificabilità" ma non ha con questo creato sbarra-

menti al pensiero, come afferma con decisione lo stesso Popper; tant'è vero che, con l'evolvere del sapere, molti raggiungimenti prima esclusi dal dominio della scientificità, vi sono rientrati di pieno diritto, e talora con aloni di gloria.

Goethe incontra la Medicina

Una recente lettura offerta quale omaggio alla classe medica da parte di una casa farmaceutica, non dimentica, in mecenatesca cortesia, della antica estrazione umanistica del medico, ha proposto una serena ma seria "distrazione" dal lavoro quotidiano, che non consente fughe poetiche. Il tema è quello di "Goethe e la Medicina" e coincide col duecentocinquantesimo anniversario della nascita del Poeta, tema trattato da Luciano Sterpellone (Ed. Medi, 1999). La pubblicazione (poco più di 100 pagine in bella veste editoriale) va al di là della "distrazione" dal "mestiere di medico" e vuole sollecitare l'interesse del lettore quasi per dilatarne il respiro scientifico e contemporaneamente estenderne lo spazio di conoscenza, ed eventualmente di indagine, pur sempre in "rebus medicis". È, in altre parole, proprio il Goethe "poeta" che vuole forzare le tensioni umanistiche della Medicina, stabilendo, fra le "due culture" collegamenti arditi e talora illuminanti, rendendo alla poesia un ruolo di fattrice, una funzione "poietica". Nella nebbia di parole che nulla dicono o dicono il falso, nell'intrico di messaggi male emessi o variabilmente recepiti, la parola e il pensiero del poeta scoprono codici prima sconosciuti, geroglifici di cui si propone la chiave di lettura, quanto meno intuizioni su cui soffermare l'attenzione ed il pensiero.

L'accostamento dell'eccelso poeta alla Medicina non vuole illuminare in lui la figura di un inesistente dilettante della medicina, pur se laureato in Medicina "honoris causa" ma piuttosto mettere in luce la sua intuizione di aver afferrato che il processo di conoscenza dell'uomo (di cui tanta parte anche tecnica, nel senso più lato del termine, viene profusa nel lavoro medico) non deve trovare limitazioni, ma invece tener fede al concetto di vita nell'impegno della condizione umana. Lo affermava, ancor nei suoi anni giovanili il poeta stesso quando annotava che, fra gli studenti, solo quelli di Medicina si intrattenevano con vivacità, anche al

di fuori delle ore di studio, su argomenti pertinenti al loro specifico studio; infatti la "Medicina occupa tutto l'uomo perché si occupa di tutto l'uomo".

Il più famoso personaggio della poetica di Goethe, notoriamente Faust, era medico e, come comportavano i tempi, dilatava la sua sedicente scienza verso la magia, tanto da stabilire il fatidico patto con Mefistofele, nell'illusione di fermare il tempo, o almeno l'attimo "così bello". Che l'ultima espressione del poeta morente: "più luce" ("mehr Licht") significasse un desiderio fisico o un bisogno dello spirito inquieto è questione irrisolta e tale deve rimanere.

Il poeta, nel suo ripensamento talvolta ad ampiezza cosmica, ha sfiorato problematiche mediche, in tema di osteologia ("l'osso intermassellare" porta addirittura il suo eponimo) o quando intuiva l'evoluzione delle specie in tempi predarwiniani o quando si lasciava andare a troppo poetiche fantasie sulla teoria dei colori, prontamente accantonate dalla scienza ufficiale ma non sempre incontrovertibili. Ma dove egli ha intuito in profondità sia pure con intendimenti a cavallo fra scienza e poesia, è il tema della più sottile o nascosta comunicazione interumana; nella miriade di misteriosi messaggi intersoggettivi, in tutto quell'intrecciarsi di informazioni che crea un mondo di rapporti, di scambi, di moti di simpatia, o attrazione o amore. Egli – e forse solo il poeta poteva osare tanto – ha stabilito il potere delle "affinità elettive" di misteriosa origine, al di là del dialogo parlato od anche solo pensato, e di atteggiamenti gestuali e comportamentali, comportamenti risposdenze preterintenzionali o addirittura inconscie. Il termine di "affinità elettive" tradisce un modello chimico e, come tale, ha un forte significato precorritore. L'etica filosofica del libero arbitrio richiederebbe ben altri studi ed impegni e non può basarsi su conoscenze ancora incerte e aperte a ripensamenti e tormenti della mente e dello spirito. La questione era oscura anche nell'abbozzo conoscitivo del poeta che intuiva "molti rapporti e affinità ancora nascosti di esseri inorganici fra di loro, di esseri organici con gli inorganici, di esseri organici fra di loro". Il pensiero biologico e biochimico veniva anticipato, con largo margine di tempo, dall'intuizione artistica delle affinità elettive.

Il ruolo dei feromoni

La scienza ufficiale ha ultimamente ripreso il cammino a partire dalla funzione molecolare di minime unità chimiche e si può immaginare quanto lungo, tormentato e affascinante sia il percorso, attraverso vie fisico-chimiche, mentali, spirituali, in una rete instabile di messaggi che avvolge il sistema di informazioni, in questo nostro pianeta (deificato o meno nel simbolo di Gaia), pascolo di una Umanità in cerca di se stessa, persa nell'immensità dell'Universo, in un certo senso al centro dell'Universo stesso se, in essa, fosse soltanto l'uomo ad averne coscienza. Nello studio sperimentale di messaggeri chimici destinati a specifici recettori, particolare interesse ha sempre destato, nelle specie più evolute ancor prima di arrivare a quella umana, il sistema olfattivo, apparentemente destinato, nell'uomo, a regressione da "non uso", superato da meccanismi più sofisticati ed a livelli superiori.

È stato proprio un recente articolo di scienza biologica ad intenzione informativa e di aggiornamento ("I feromoni dall'animale all'uomo" M. Faccioli, G. A. Giuffrida, A. Sbarbato, Riv. Ital. di Biologia e Medicina, Ed. Minerva Medica, vol. 19, n. 1-2) che ha in qualche modo stabilito un aggancio, almeno nel segno di una possibile fantasia, fra la teoretica biologico-molecolare dei "feromoni" e le goethiane "affinità elettive" che vengono dalla poesia e chiedono spazio nella Medicina. In effetti le affinità elettive son ben lungi dall'identificarsi, anche nel pensiero più aspramente deterministico, con i "feromoni", che hanno fatto la loro prima timida comparsa in campo di vertebrati inferiori, per estendersi poi, con ampia messe di dati, a specie più evolute ed infine all'uomo. Certo i messaggeri feromonici di tipo chimico-molecolare occupano per ora un piccolo spazio, nell'immenso territorio dell'"informazione" biologica e sono ovviamente esclusi da quella culturale. Comunque essi rappresentano una realtà scientifica e la conoscenza su di essi e sul sistema recettoriale a loro corrispondente è in continuo progresso e non possiamo non prenderne atto, senza con ciò voler stabilire collegamenti funzionali con altre realtà o ipotesi che respirano in altre e più alte atmosfere. Il sistema, probabilmente olfattivo, denominato in alcune specie come "organo vomero-nasale" potrebbe funzionare, anche nell'uo-

mo secondo un percorso di stimoli-reazioni, postulato ma, ch'io sappia, non dimostrato, in direzione verso l'ipotalamo e da lì, all'ipofisi e ad organi effettori, in ambito sessuale o meno. I feromoni sono stati isolati in fluidi organismici (sangue, sudore, saliva, ecc.) e potrebbero così sviluppare allacciamenti funzionali attraverso il bacio, contatti madre-neonato e via dicendo o ... sospettando.

Feromoni ed affinità elettive goethiane sono forse agli antipodi in linea di semplicità e dimostrabilità di conoscenza, così che risulti difficile od impossibile od arbitrario stabilirne i rispettivi percorsi ed eventuali collegamenti; da un lato domina la biochimica di messaggeri e recettori, dall'altro si affaccia la poesia che ha chiesto e chiede, ai limiti del sapere, un suo spazio di indagini o almeno di pensiero. Per Goethe infatti la poesia è anch'essa "scienza", esprime cioè la capacità di interpretare le forme come forze metamorfiche della natura, trasformandole in immagini mitico-simboliche.



Virginio Ciminaghi: La malattia, incertezza del futuro

Della Famiglia oggi

CARLO LORENZO CAZZULLO

La Famiglia ha valori intrinseci che sono tra l'altro sanciti dalla Costituzione in merito alla sua composizione, ai diritti di successione e patrimoniali.

È frequente oggi sentir chiedere di una nuova Famiglia, ma valori e diritti come quelli enunciati hanno un fondamento universale nel diritto naturale.

La Famiglia ha inoltre valori propri e peculiari che interessano anche la salute e la società.

La Famiglia è il terzo protagonista fra malato e medico.

Nell'ambito della Famiglia si svolgono una serie di fenomeni dinamici legati alla sofferenza di un membro malato che modificano le risposte degli altri membri attraverso atteggiamenti reattivi e fanno emergere degli stati di disagio o dei disturbi del carattere preesistenti negli altri membri. Il medico è di frequente il primo ad incontrare tali situazioni e la sua preparazione professionale ed etica nel governarle è spesso determinante.

La Famiglia ha una capacità coesiva e di congiunzione e, in altri casi, di disgiunzione e di rifiuto.

Le forze e le caratteristiche della Famiglia sono state studiate in particolare da alcuni psichiatri, Leff e Vaughn del Maudsley Hospital di Londra. Questi studi si riferiscono alla emotività che vive nella Famiglia, alla sua cosiddetta "temperatura emotiva", denominata "Emotività Espressa". Questa è un insieme di forze che vive costantemente in tutte le famiglie e condiziona il comportamento dei singoli e del gruppo.

Le tensioni famigliari o la cosiddetta "temperatura emotiva" possono essere riconosciute attraverso l'analisi della Emotività Espressa (EE). I suoi componenti sono costituiti in negativo dall'eccessivo coinvolgimento emotivo, dalla ostilità, dalla critica, ed in positivo dal calore dei rapporti e dei commenti positivi.

In genere l'alta EE condiziona, soprattutto nella schizofrenia le recidive con tassi di ricaduta che raggiungono anche il 70 per cento, mentre sono più che

dimezzate quando il calore affettivo o l'empatia nei confronti del paziente sono elevati.

Nel disturbo depressivo alti valori di EE per atteggiamenti ostili o emotivamente ipercoinvolti dei familiari determinano anch'essi un tasso di recidiva in media superiore ai controlli con bassa EE. Le mogli dei pazienti depressi risultano più critiche dei mariti verso gli stessi e i figli di sesso femminile. Il tentativo di suicidio, prevalente nelle femmine sino ai 21-22 anni, si correla in oltre l'80 per cento dei casi con una risposta ad alta EE.

I risultati testati nei tossicodipendenti segnalano un'elevata frequenza di profili familiari ad alta EE paragonabili a quelli degli schizofrenici.

Le famiglie con un malato di AIDS sono certamente le più problematiche. Possono verificarsi due condizioni: vengono esasperati gli aspetti negativi del comportamento (specie nelle condizioni di tossicodipendenza) sino al rifiuto del malato, oppure vengono valorizzati nelle fasi più avanzate gli elementi di compassione e di aiuto.

Oltre a queste considerazioni ve ne sono altre più intime legate al riconoscimento per sé della Famiglia che vive oggi un momento di crisi a seguito dell'intera società. I rapporti interni della Famiglia sono, in genere, dimenticati o perduti, anche perché la Famiglia stessa è troppo frequentemente smembrata o sostituita. Le figure del padre e della madre spesso si sostituiscono con cambiamenti e allontanamenti piuttosto frequenti. La sofferenza di fondo è quella dei figli che non possono usufruire delle figure naturali del padre e della madre, che sono per lavoro o per altra scelta lontane da loro.

Le osservazioni sull'Emotività Espressa sono da meditare: esse non sono solo il frutto di ricerche scientifiche serie, ma come spesso accade sono indice di un male penetrante che richiama un rimedio, non solo per il beneficio del singolo, ma dell'intera società, come il Pontefice ha più volte ricordato.

Considerazioni sull'odierna assunzione di farmaci

CARLO BELLI

Oggi, rispetto a qualche decennio fa, abbiamo notevole disponibilità di farmaci curativi. Con essi si possono lenire o guarire molti disturbi e molte malattie, spesso ad andamento cronico come: l'emicrania, l'ipertensione arteriosa, il diabete, certe cardiopatie che un tempo, in mancanza di rimedi efficaci, avrebbero avuto un'evoluzione rapidamente sfavorevole. E che siano veramente efficaci è dovuto innanzitutto all'esistenza di laboratori attrezzati ove la sperimentazione di nuove sostanze, che daranno origine al farmaco "in fieri", avviene attraverso studi e metodologie tecnico-scientifiche più moderne. Dopo una minuziosa elaborazione chimica e dopo un'adeguata fase sperimentale, il farmaco in qualificati centri ospedalieri viene dato sotto stretto controllo medico e la sua efficacia si dimostra mediante un confronto dei suoi effetti benefici con un gruppo cosiddetto di "controllo", composto di pazienti nelle stesse condizioni di malattia, curati in altro modo, senza cioè quella determinata sostanza farmacologica.

Si hanno così gli studi "controllati" dei farmaci (ciò che rappresenta un vero e notevole progresso rispetto al passato), che consentono di valutare razionalmente e scientificamente, prima della messa in commercio, i loro effetti benefici e anche i loro effetti eventualmente dannosi, in modo che il paziente che li deve assumere sia garantito della loro efficacia. Questi farmaci nel nostro Sistema sanitario nazionale sono in genere appartenenti alla fascia A, che il paziente ha gratuitamente o con l'aggiunta del ticket.

In conclusione, per l'aumento delle conoscenze medico-scientifiche e farmacologiche, per il miglioramento delle attrezzature di laboratorio e per gli studi controllati oggi disponiamo di farmaci molto più validi, meglio tollerati, meno capaci di dare effetti collaterali spiacevoli o dannosi per il paziente.

Assunzione dei farmaci e relativi problemi

D'altra parte sono in costante aumento i fruitori di questi farmaci: persone anziane sempre più numerose per l'aumento dell'età media, malati con forme patologiche ad andamento cronico o prolungate nel tempo. Pensiamo ad esempio al diabete, all'ipertensione, alle pneumopatie, ai vari tipi di artropatia, a cardiopatie conseguenti ad alterazioni delle coronarie, a certi tumori curabili farmacologicamente, ecc... Queste malattie, una volta non curabili o curabili molto parzialmente, oggi con medicinali adeguati, anche se non sempre si possono guarire, è possibile molto spesso tenerle sotto controllo, evitare che peggiorino o si complichino, assicurando al paziente non solo anni ma anche una buona qualità di vita. Perciò capita frequentemente al medico di dover fare una pluriprescrizione per la necessità di una "polifarmacoterapia" e di conseguenza constatare che son sempre più numerosi i malati che nelle 24 ore devono assumere parecchi farmaci. Di qui l'importanza della spiegazione che il medico dà di solito al paziente, in modo che questi si renda disposto a seguire puntualmente e costantemente le prescrizioni. Qui occorre veramente un'educazione personale che implica tempo e pazienza da parte del medico e attenzione, disponibilità e convinzione da parte del paziente, che deve avere fiducia nella professionalità del proprio curante e nella razionale prescrizione del farmaco. Questi due fattori sono quasi sempre presupposto indispensabile per la tolleranza della cura. Certo, non mancano talora fenomeni cosiddetti "collaterali", dovuti al farmaco, accanto a quelli benefici: bisogna segnalarli al curante o allo specialista; non di rado può invece accadere che l'insorgenza di altri disturbi, in concomitanza all'assunzione del farmaco, sia occasionale, e non abbiano quindi nulla a che fare con quest'ultimo.

Capita allora che pazienti sospendano le medicine senza avvertire il proprio medico: ciò può essere molto nocivo per certi farmaci e per certe malattie, anche per alcune ore o qualche giorno: citiamo ad esempio gli ipotensivi, i farmaci antidiabetici, gli antibiotici, gli antianginosi, i diuretici, gli anticoagulanti, gli antiasmatici, ecc. A parte che poi si verifica l'accumulo nelle abitazioni di troppe medicine non assunte, con danno del paziente e anche del Servizio sanitario nazionale (per quelle fornite gratuitamente o quasi).

È indispensabile che il paziente ricordi sempre il nome dei farmaci che assume. I più diligenti ne riportano il nome per iscritto o ne conservano il foglietto illustrativo che è allegato al farmaco in ogni confezione.

Sarebbe utile, ai fini di una valida educazione sanitaria, che si conservassero per iscritto il nome commerciale della medicina e il motivo per cui il medico l'ha prescritta.

Ciò è molto vantaggioso nelle malattie ad evoluzione cronica nelle quali il malato dovrà assumere farmaci per anni: in tal modo sarà più facile evitare prescrizioni di farmaci simili (pure di nome commerciale diverso), che non sono stati efficaci o hanno causato disturbi collaterali, da parte di altri medici o specialisti ignari di certi precedenti patologici o farmacoterapeutici del paziente.

Uno dei motivi che spesso lascia perplesso il malato prima di assumere un farmaco o addirittura lo fa decidere di non assumerlo è la lettura del foglietto illustrativo allegato con l'elenco dei possibili effetti collaterali che per legge vi vengono elencati.

L'interpretazione di questi ultimi è quasi sempre non esatta per la mancanza di conoscenze medico-farmacologiche da parte del paziente. È necessario allora, se vi sono dubbi, parlarne col proprio medico prima di sospendere o non iniziare spontaneamente la cura.

In verità possiamo attualmente riconoscere che la stragrande maggioranza dei farmaci in genere non procurano effetti secondari nocivi fino ad arrivare a minare la vita del paziente; disturbi collaterali, quando compaiono, sono frequentemente molto individuali e controbilanciati dagli effetti favorevoli che il farmaco prescritto dovrebbe avere sulla malattia o sui sintomi in questione.

Azione benefica dei farmaci emessi dopo studi controllati

Da tener presente, d'altro canto, che è grazie soprattutto all'efficacia e alla tollerabilità dei farmaci, comunemente prescritti oggi dopo studi controllati, e impiegati talvolta a lungo (magari per mesi o per anni) se la vita media si va sensibilmente allungando e parecchie malattie d'importanza sociale (vedi ad esempio: diabete, ipertensione arteriosa, cardiopatia coronarica, ecc..) possono essere adeguatamente curate ed evitare o ritardare le loro gravi complicanze. Questi indiscussi benefici giustificano anche il considerevole costo per la comunità, cosa di cui pure occorre tenere conto nell'assumerli appropriatamente e costantemente. D'altra parte di taluni farmaci i benefici possono essere constatati dal paziente medesimo, ma in genere è il medico che ne verifica i risultati favorevoli attraverso controlli clinici o esami di laboratorio. I dati di questi ultimi non solo consentono talvolta di verificare l'efficacia del farmaco, ma danno al medico la possibilità di valutare, specie nei casi di cure prolungate, con quale dose e per quanto tempo si deve continuare il trattamento.

Pensiamo, ad esempio, ai farmaci che tengono normalizzata la glicemia nei diabetici (ipoglicemizzanti orali, insulina), ai farmaci che abbassano il colesterolo, a quelli che riducono l'uricemia, ai farmaci anticoagulanti. In tutte queste condizioni il controllo periodico del laboratorio serve spesso al curante anche per valutare eventuali effetti collaterali. È inutile ricordare che tali esami devono essere prescritti ed interpretati dal medico. Il paziente non è in grado di stabilire il loro valore clinico, cioè la loro importanza nel contesto di una sintomatologia, o di una malattia o di un periodo di cura. Seguendo tali dettami si eviterebbero molti esami inutili, spesso richiesti troppo precocemente o troppo frequentemente da certi pazienti ansiosi o ipocondriaci.

L'ascolto musicale per il malato grave

LIVIO BRESSAN

Secondo un'opinione da molti condivisa, la musicoterapia fa parte del vasto settore delle Arti-terapie, ovvero di quell'insieme di discipline accomunate da un unico denominatore creativo, il cui impianto teorico e metodologico fa leva sul bagaglio tecnico e sulla espressione artistica. Da qui l'utilizzo del termine "terapie espressive" che Montinari ha brillantemente definito come "tecniche che vengono accomunate dal fatto di essere non verbali, cioè contrapposte alla psicoanalisi e alle terapie che si basano sull'uso e sulla filosofia della parola, cioè della obiectivazione, della definizione, del contenimento logico delle emozioni"⁽¹⁾. Il fatto stesso di confrontarle concettualmente con la psicoanalisi definisce in modo chiaro un'interpretazione psicoterapica delle tecniche espressive ed una loro precisa collocazione operativa. Arteterapia, Musicoterapia e Danzoterapia sono le più note forme di intervento espressivo a prevalente estrinsecazione non verbale. Durante un percorso di analisi critica delle molteplici definizioni di musicoterapia, abbiamo rilevato che le numerose definizioni formulate nel corso degli ultimi anni gravitano attorno ad alcuni concetti che rappresentano esempi chiave di posizioni alquanto diverse o addirittura contrastanti. Questo perché, a nostro parere, ogni gruppo di ricerca tende a precisare uno specifico ambito di intervento cercando di individuare, nel contempo, una propria area di indagine e di applicazione della musicoterapia. Alcune definizioni, infatti, appartengono ad una matrice schiettamente psicodinamica ed identificano in modo stretto ed esclusivo la musicoterapia con una forma espressiva di psicoterapia. A tali concezioni specialistiche se ne contrappongono altre decisamente più eclettiche. Il nostro gruppo di studio^(*) considera la *Musicoterapia*, nell'ambito delle cure palliative, una disciplina che contempla l'utilizzo razionale e metodo-

logicamente strutturato dell'elemento sonoro-musicale quale intervento di comunicazione non verbale capace di promuovere il linguaggio - e con esso la comunicazione - con il fine di migliorare la qualità di vita del malato oncologico in fase terminale e dei suoi familiari.

Ma cosa significa affermare che la musica promuove il linguaggio e, con esso, la comunicazione? Vuol dire che la musica ha forse, in misura maggiore rispetto a tutte le altre arti, la funzione di renderci più sensibili all'alone espressivo della lingua. Difatti, mentre essa elide il pensiero logico-verbale, riproducendo antiche situazioni percettive dello stato perinatale in cui le voci erano ascoltate come puri suoni, sottopone la psiche ad un esercizio di ascolto, che ne amplia la sensibilità recettiva e la fa quindi progredire verso un *sentire* più ampio. Pertanto, la musica ha l'incredibile capacità di far incrociare nel medesimo punto un'esperienza regressiva di carattere sensoriale, che oltrepassa il linguaggio verbale esistente, ed una progressiva che lo arricchisce di potenzialità espressive.

Musicoterapia e cure palliative, una storia

Il contributo più rilevante nell'ambito delle cure palliative proviene dall'esperienza della musicoterapista Susan Munro, che evidenziò, nel corso della sua lunga e proficua esperienza, l'enorme potenzialità della musica quale nuovo presidio terapeutico. In particolare, l'ansia e la disperazione determinate dalla malattia inarrestabile, la preoccupazione dei familiari impotenti di fronte alla imminente perdita e la ricerca di una risposta filosofica alla sofferenza, erano problemi non risolti dalle tradizionali terapie. Al contrario, la terapia musicale, adoperata sempre in modo strettamente individuale e rispettoso delle attitudini del paziente, ottenne risultati insperati. Vennero raccolte testimonianze di pazienti che

erano riusciti a manifestare le proprie emozioni e a comunicare i sentimenti più nascosti attraverso la simbologia del linguaggio musicale⁽²⁾. La vita aveva riacquisito valore perché la musica, facendo rivivere momenti salienti della vita trascorsa e facilitando il riemergere significativi ricordi della vita passata, aveva creato, per il paziente, un ponte di emozioni tra presente e passato e, per i familiari, un possibile legame tra presente e futuro.

Da allora, molte sono state le esperienze riportate in letteratura sugli effetti della musica nel paziente degli Hospices. In particolare, sono stati affrontati in modo sistematico alcuni effetti della musica sulla psiche, quali la distrazione, il rilassamento, la riduzione dell'ansia, la riduzione della percezione del dolore e, soprattutto, la sua peculiare capacità di evocare le emozioni.

Le attività creative, secondo quanto affermato da Frampton, studioso meritevole di aver passato in rassegna le attività artistiche degli Hospices inglesi, stimolando la comunicazione aiutano a ridurre la sofferenza dell'ultima e particolarmente delicata fase della vita⁽³⁾.

Aspetti neurologici dell'esperienza musicale

Lo studio degli aspetti neurologici legati all'esperienza musicale costituisce da tempo un terreno di ricerca che ha stimolato molti studiosi che operano nel campo delle neuroscienze. E' un dato di fatto che l'esperienza musicale viene affrontata dal sistema nervoso centrale mettendo in gioco varie strutture corticali. Questa conclusione discende direttamente dalle seguenti osservazioni. In primo luogo, esaminando sia le sindromi afasiche che le amusie, si è potuto constatare che le funzioni del linguaggio verbale e quelle del linguaggio musicale non dimorano nella stessa sede. E' infatti possibile riscontrare disturbi della parola senza che vi siano alterazioni, per esempio, nel canto. Viceversa sono stati osservati pazienti non più in grado di suonare e leggere musica pur essendo in grado di parlare correttamente.

Le esperienze di Gordon e Bogen⁽⁴⁾, consistenti nel deattivare, mediante iniezione intracarotidea di pentobarbital, un emisfero cerebrale alla volta, chiarirono che l'inattivazione dell'emisfero destro impe-

diva il canto ma non il linguaggio verbale. Questo concetto è stato approfondito da Borchgrevink⁽⁵⁾ il quale ha individuato nella circonvoluzione superiore del lobo temporale destro i centri della percezione della variazione di tono e degli accordi, mentre attribuisce all'emisfero sinistro l'analisi delle sequenze temporali. Già Kimura⁽⁶⁾, utilizzando la tecnica dell'ascolto dicotico, consistente nel proporre simultaneamente brani musicali tonali diversi prima all'orecchio destro e poi a quello sinistro, aveva osservato che l'emisfero destro elaborava più facilmente quelle proposte. Bever e Chiarello⁽⁷⁾ giunsero in seguito alla conclusione che i musicisti professionisti riconoscevano i brani con più facilità con l'orecchio destro e, di conseguenza con l'emisfero sinistro. L'opposto accadeva a tutti coloro che non avevano ricevuto una adeguata educazione musicale. Mancina⁽⁸⁾, ribadisce che l'emisfero destro è dominante nel vissuto musicale di un ascoltatore dilettante il quale percepisce la musica come un'esperienza gestaltica. L'emisfero sinistro, invece, acquista progressivamente carattere di dominanza nei musicisti e negli ascoltatori più esperti che si pongono nei confronti dell'evento musicale in un atteggiamento più analitico. In queste categorie di individui, quindi, le funzioni passano da un emisfero all'altro.

Musica, il linguaggio delle emozioni

Il linguaggio verbale, ovvero l'intero corpo di parole e metodi per combinarle, si è sviluppato nel corso dell'evoluzione culturale con lo scopo di fornire precise descrizioni e per divenire veicolo di contrapposizioni dialettiche. Al contrario, le "parole" e le "frasi" musicali non contengono alcun riferimento immediato alla realtà razionale. Infatti, il linguaggio musicale si può definire come la modalità con cui i suoni vengono collegati ad arte con il fine di veicolare idee solamente musicali. Pertanto la musica, forma d'arte costruita sul tempo mediante il ritmo, non fornisce idee chiare e penetranti alla nostra psiche, ma uno stimolo che genera nel complesso l'esperienza dell'emozione. In altre parole, essa non descrive un oggetto esterno, né segnala la rappresentazione nervosa di tale oggetto. Il modo con cui gli incisi musicali si combinano in frasi, e le

frasi si organizzano in strutture più complesse dipende dalle regole armonico-contrappuntistico-formali in vigore, alle quali solitamente il compositore si attiene. Queste regole non si prestano ad una traduzione nei termini della usuale operatività cognitiva. Il potere simbolico della musica, in virtù della sua natura lessicale e sintattica, è perciò limitato al campo degli stati emozionali. L'arte musicale comunica indubbiamente qualcosa alla mente e al cuore dell'ascoltatore, ma non si può dire esattamente che cosa. E' una forma dinamica e fugace che riesce a dar voce ai contenuti dell'animo umano. Tuttavia, rimanendo sostanzialmente "pura", "insatura" - *come affermava la semeiologa americana Susanne Langer* - la musica non viene contaminata da alcuna particolare materia e vanifica pertanto ogni tentativo di identificare in essa un definito oggetto.

Pertanto, nonostante tutti gli sforzi di carpirne il segreto, la musica nella sua essenza, resta un linguaggio sfuggente e misterioso. Indubbiamente comunicativo, ma senza che si possa dire come. Di forte pregnanza emotiva ma non concettuale. Di essa non si riesce a dire alcunché di definito, "*giacché il suo privilegio consiste nel saper dire quello che non può essere detto in nessun altro modo*", unico tra tutti i linguaggi umani riunisce i caratteri contraddittori di essere ad un tempo "*intelligibile e intraducibile*" (Levi-Strauss)⁽⁹⁾. Perenne sfida a qualunque tentativo di decifrazione, dà voce a quell'infinita gamma di messaggi non veicolati dal Logos, a tutto ciò che trascende il dicibile. In effetti la musica sembra offrire un mezzo espressivo, più adatto delle parole, agli inafferrabili contenuti dell'inconscio, collocandosi fra l'ordine dei linguaggi articolati e il disordine dell'asimbolico, fra la chiarezza dei contenuti di coscienza e l'oscurità della dimensione inconscia, in una sfera intermedia, in cui coesistono attività organizzative razionali e vissuti di continuità indistinta.

La nostra esperienza in musicoterapia

La seduta di musicoterapia

In musicoterapia si distingue il procedimento *recettivo-passivo* da quello *attivo*. Il primo è legato all'ascolto, da parte del malato, di messaggi sonori sele-

zionati dal terapeuta nell'ambito della letteratura musicale, o scelti tra situazioni sonoro-ambientali significative. Il procedimento attivo, invece, consiste nel fare concretamente musica utilizzando sia strumenti musicali che oggetti o parti del corpo, in espressioni individuali o di gruppo. Stante le condizioni compromesse dei nostri malati, non abbiamo mai utilizzato la "forma attiva" di musicoterapia, ma ci siamo limitati ad utilizzare la "forma recettiva". La procedura metodologica di un intervento recettivo presuppone la compilazione di una scheda conoscitivo-anamnesticca di musicoterapia, che ha lo scopo di raccogliere notizie sull'educazione musicale del paziente e sulle sue preferenze musicali. Dalla valutazione di questa scheda e dopo un accurato dialogo con il paziente, si opera la scelta dei brani da somministrare nel corso delle sedute. Le sedute hanno cadenza settimanale, durano circa un'ora e si protraggono per quattro settimane. Tali sedute, rigorosamente individuali, si sono svolte sia in una silenziosa ed appartata sala del nostro Ospedale, che al domicilio del paziente stesso. Tuttavia, in ogni caso, i brani scelti ed ascoltati inizialmente in presenza del terapeuta, sono stati riascoltati dal paziente al proprio domicilio in perfetta solitudine ed in orari programmati. Questo, con l'evidente finalità di favorire nel malato una riflessione più accurata ed una successiva rielaborazione verbale delle impressioni sollecitate dall'ascolto musicale. Tali impressioni sono state poi raccolte dal terapeuta nella seduta della settimana seguente e riproposte allo psicologo per l'interpretazione e la discussione nella riunione d'équipe.

La scelta del brano musicale

Riteniamo che la scelta del brano debba prescindere da considerazioni estetiche del tipo "musica bella e piacevole". La musica, piuttosto, deve avere lo scopo di stimolare aree psichiche quiescenti, e coinvolgere livelli affettivi più complessi. Alcune musiche, più di altre, hanno questi poteri e sono quelle che colpiscono il mondo degli affetti. Sul piano delle scelte musicali esiste una letteratura un po' confusa perché spesso si sceglie l'autore ed il genere di musica senza tenere conto del "tipo di ascoltatore". Riteniamo, al contrario, che al centro dei nostri interessi debba porsi il paziente, altrimenti il

rischio è quello di proporre della musica che piace a colui che la somministra. Solo l'anamnesi musicale ci consentirà di capire quale cultura musicale possiede il malato e in quale ambiente sonoro abbia vissuto.

Meccanismo d'azione musicale

La musica, dopo aver richiamato l'attenzione del malato, diviene lo stimolo ideale per una attenzione congiunta terapeuta-paziente sull'evento sonoro. Dalla comune attenzione nasce il presupposto per un coinvolgimento emotivo-affettivo che è la situazione più ricca e significativa nell'ambito di una relazione intersoggettiva. La condivisione dell'emozione determinata dall'evento musicale costituisce, quindi, il perno di una relazione in cui il malato si sente accolto dal terapeuta e, in uno stato di sintonizzazione degli affetti e di intensa relazione empatica, sente il bisogno di raccontare per analogia e metafora non tanto gli aspetti formali e descrittivi suscitati dai brani ascoltati, quanto il proprio stato emotivo, descrivendolo nella sua identità più profonda.

Considerazioni conclusive

Se la malattia è fonte di disagio esistenziale per l'uomo, la "sconfitta terapeutica" si realizzerà laddove c'è rinuncia ad ogni tentativo di dare un senso all'esistenza poiché, anche nel paziente oncologico in fase terminale, esiste uno straordinario desiderio di comunicare che deve essere recuperato come un'importante risorsa per lo stesso malato e come stimolo per tutti gli altri pazienti. A questo scopo, ben si presta la musica che - *grazie alla sua capacità di dar voce all'ineffabile, di trasportare in un altro tempo e in un altro spazio e di esprimere la bellezza ed il dolore simultaneamente* - è in grado di facilitare in ogni malato la verbalizzazione e l'estrinsecazione dei contenuti interiori più profondi. Inoltre, poiché il diaframma che divide il paziente oncologico in fase terminale dall'oscurità del "dolore totale" è sottilissimo, siamo convinti che il compito della musica sia quello di rendere più robusto questo diaframma, fornendo al paziente la possibilità di acquisire un *maggiore autocontrollo*, una *stabilità emotiva ed un arricchimento espressi-*

vo, qualità che solo l'arte sa donare. La musicoterapia, per concludere - *a differenza di quanto avviene con l'uso di farmaci* - presuppone l'intervento di esseri umani in qualità di "agenti terapeutici", condizione ideale per il paziente affinché acquisti quella fiducia verso se stesso e verso gli altri che è indispensabile in ogni relazione terapeutica.

Pertanto, la musicoterapia ben si colloca nei principi e nel fare delle cure palliative e dovrà in futuro integrarsi sempre più frequentemente con altre proposte terapeutiche per una comune battaglia nell'ambito di una medicina che "non guarisce" ma che "cura in senso olistico" il paziente.

Bibliografia

- 1 - Montinari G., *Terapie espressive e strutture intermedie, Musica e Terapia*, N° 0 - 1992.
- 2 - Munro S., *Music therapy in palliative care*. Magnamusic Baton, St. Louis, 1984.
- 3 - Frampton D.R., *Arts activities in Kingdom hospices*. J. Palliat. Care, 5: 4, pp 25-34, 1989.
- 4 - Gordon H. B., Bogen J. E., *Hemispheric lateralization of singing after sodium amilobarbitone*, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 37 - 1974.
- 5 - Borchgrevink H.M., *Prosody and musical rhythm are controlled by the speech emisphere*, in Clines M., *Music, mind and brain, the neuropsychology of music*, N.Y.C., Plenum - 1982.
- 6 - Kimura D., *Left-right differences in the perception of melodies*, Quart. J, Exp. Psychol., 16 - 1964.
- 7 - Bever T. G., Chiarello R. G., *Cerebral dominance in musicians and non musicians*, Science n° 187 (1974).
- 8 - Mancina M., *Sull'esperienza musicale: riflessioni neurofisiologiche e psicoanalitiche*, in: Baconcini C., Manarolo G., Rossi R., Scarsi F., (a cura di), *Musicoterapia e turbe psichiche*, Genova, Corigraf.
- 9 - Levi-Strauss. *Il crudo e il cotto*. Bompiani, Milano 1966.

* L'équipe è diretta da un medico anestesista esperto in cure palliative, ed è costituita da uno psicologo-psicoanalista, da un neurologo con titoli ed esperienza in campo musicale, da un assistente sociale, da alcuni infermieri e da un volontario.

Come affrontare un difficile problema assistenziale

PIETRO VIGORELLI

I pazienti anziani, portatori di patologie croniche e multiple, rappresentano oggi la popolazione più frequente nelle divisioni di medicina generale. Questo tipo di pazienti pone alle équipes curanti vari problemi specifici che non possono essere risolti con una mentalità rigida e rivolta solo alla diagnosi e alla terapia dell'evento acuto.

Uno di questi è quello che emerge *quando un paziente anziano e malato arriva ai suoi ultimi giorni, quando è semi-incosciente o incosciente e ogni tentativo terapeutico non è più in grado di modificare l'evoluzione naturale della malattia.*

Quando ho cominciato a frequentare l'ospedale da studente, sono oramai trent'anni, succedeva che di fronte all'imminenza della morte i parenti del ricoverato chiedevano di portarlo a casa e talvolta dovevano insistere per superare il parere contrario del medico.

Adesso succede il contrario: di fronte a un paziente con prognosi infausta a breve termine spesso il medico e gli infermieri vivono il proprio intervento come inutile e vorrebbero che i parenti lo portassero a casa.

Sono frequenti frasi del tipo: non c'è più niente da fare, perché accanirsi, perché farlo soffrire ancora. In realtà queste situazioni sono difficili da gestire. Quando risulta evidente all'équipe che l'assistenza prestata al paziente si concluderà comunque con la sua morte, spesso intervengono delle reazioni emotive (scoraggiamento, rabbia, frustrazione, negazione, desiderio di onnipotenza...) che ostacolano l'assistenza stessa, rompono la coesione dell'équipe e provocano sofferenze aggiuntive.

Riflettendo sulle situazioni che ho vissuto con maggiore disagio e su quelle che invece si sono concluse più serenamente, ho cercato di individuare alcuni atteggiamenti che sono risultati utili in questi casi.

L'accuratezza assistenziale

Ci sono due atteggiamenti estremi di fronte al paziente morente: da una parte c'è l'accanimento terapeutico, dall'altro c'è la posizione rinunciataria. Fare troppo e fare troppo poco sono i due estremi entro cui si collocano le scelte pratiche che ognuno di noi fa in questi casi. Sono scelte spesso difficili che ciascuno cerca di fare nel modo migliore, tenendo conto ogni volta della situazione singola e concreta che ha di fronte. Non entro nel merito di queste scelte, ma l'esperienza mi ha insegnato che, indipendentemente dalle scelte prese, è molto importante che la gestione dell'assistenza sia fatta in modo accurato.

Spesso è opinabile che un certo provvedimento debba essere preso oppure no. Può trattarsi di manovre tecniche come la broncoaspirazione e la terapia infusioneale oppure di manovre più coinvolgenti e gravose come le variazioni di decubito a orari prestabiliti e l'igiene personale. In ogni caso quando si è deciso che un certo provvedimento deve essere preso, è importante che la realizzazione sia fatta con cura.

Ho notato che *l'impressione di una buona assistenza non nasce solo dalla qualità sostanziale dell'assistenza stessa, ma anche dal modo in cui questa viene eseguita* e da tante piccole circostanze che le stanno intorno. Per esempio le parole che vengono impiegate per spiegare quello che si sta per fare, piuttosto che quelle che si usano per chiedere ai parenti di uscire dalla stanza, influiscono molto sul modo in cui viene percepita la qualità dell'assistenza.

La coesione d'équipe

L'assistenza al morente suscita sempre delle reazioni emotive, più o meno manifeste. Ciascuno sa che quando in reparto c'è un paziente in condizioni terminali il lavoro risulta più gravoso, quando ce ne



L'assistenza al malato, da una stampa di fine secolo XVIII (Civiche Raccolte A. Bertarelli)

sono due o tre il lavoro diventa difficile da reggere. In questi casi spesso le reazioni tendono a diventare irrazionali. Qualcuno può sentirsi in colpa per non avere fatto abbastanza, qualcun altro può invece rimproverare il collega di voler strafare. Può succedere che si creino delle tensioni e che la condotta non sia omogenea. Queste situazioni vengono immediatamente percepite dai parenti e presumo anche dai pazienti, se conservano ancora un minimo di vigilanza.

Il risultato è che tutto lo sforzo assistenziale non viene percepito in modo positivo.

Anche se è tipica di queste situazioni la tendenza a rompere la coesione d'équipe, è necessario riuscire a mantenerla e anzi a rinforzarla proprio in questi casi.

Un buon metodo consiste nel parlarne. È importante che tutti siano informati in modo esauriente sulle condizioni del paziente, sulla sua prognosi e sulle motivazioni che hanno portato alle scelte terapeutiche o alle scelte di rinunciare a particolari provvedimenti diagnostici e terapeutici.

Quando nell'équipe circolano le informazioni e si ottiene un buon grado di consenso, lo spirito di gruppo si rafforza e risulta evidente anche all'esterno, mettendo in buona luce tutto quello che viene fatto.

L'attenzione ai parenti

Quando si assiste un paziente in condizioni terminali spesso ci si concentra totalmente sulla sua assistenza e talvolta si ha la tendenza a ignorare i parenti o a considerarli come degli intrusi.

Ne possono risultare dei malintesi e dei conflitti difficili da gestire. Tutto quello che viene fatto rischia di essere svalutato e, quando il paziente muore, ci si trova a doversi confrontare con le critiche dei parenti oltre che con la frustrazione del fallimento terapeutico.

Ripensando alla mia esperienza mi sono accorto che la situazione è completamente diversa se ci si fa carico non solo del paziente, ma anche dei suoi parenti.

Ci sono parenti che si distaccano dal proprio congiunto appena il suo livello di coscienza si abbassa avviandosi al coma, ma ce ne sono altri che desiderano restargli sempre più vicino quanto più si accor-

cia l'attesa di vita. Si tratta del coniuge, di un figlio o di un fratello, più spesso donne, che desiderano accompagnare fino all'ultimo momento il proprio caro. Spesso i parenti sono consapevoli e rassegnati alla perdita, non chiedono l'impossibile. Vogliono però potere essere presenti e informati, così come vogliono che il morente sia assistito con accuratezza e che soffra il meno possibile.

Quando sono riuscito a capire le richieste dei parenti e in qualche modo a dividerle e a soddisfarle tutta la situazione è cambiata. Il confronto con la morte imminente è diventato possibile, al posto dei conflitti c'è stata solidarietà, al posto di un senso di sconfitta c'è stata la consapevolezza di aver fatto quello che era realisticamente possibile per alleviare la sofferenza del paziente e di chi gli stava intorno.

Un certo grado di empatia

Si è sempre detto che il chirurgo deve essere freddo e distaccato in sala operatoria, per evitare che interferenze emotive gli impediscano di operare correttamente. Questo è vero, in parte, anche per coloro che prestano assistenza ai pazienti in fase terminale. Se l'infermiere o il medico si lascia andare in modo incontrollato all'identificazione col paziente morente o con i suoi parenti succede che il suo carico emotivo diventa insopportabile, può avere reazioni di tipo depressivo o di rabbia o di rifiuto che alla fine, oltre che metterlo a disagio, gli impediscono di fornire un'adeguata assistenza. D'altra parte se ci si occupa di pazienti in condizioni molto gravi e terminali in modo totalmente distaccato, con un'attenzione esclusivamente tecnica e scientifica, i pazienti e i parenti non si sentono capiti, moltiplicano le loro richieste, diventano ipercritici e uno stato di sofferenza relazionale può aggiungersi a quello già provocato dalla malattia.

Nella mia esperienza ho notato che *un certo grado di partecipazione affettiva reale mi permette di sopportare meglio situazioni difficili*. Quando riesco a mettermi, almeno per un momento, nei panni di coloro che assisto, riesco a lavorare meglio: mi sento in pace con me stesso e ottengo la collaborazione e la gratitudine di coloro che assisto.

Certo è rischioso: la comprensione della sofferenza

altrui comporta anche un certo grado di sofferenza personale; lasciarsi andare, anche solo per poco, alle proprie emozioni, può comportare il rischio di restarne inondati. Credo che per utilizzare un certo grado di empatia nella pratica professionale sia necessario che *ciascuno si comporti secondo le proprie possibilità*. È necessario un vero addestramento, in cui ciascuno rifletta su quanto effettivamente prova nella situazione concreta che ha di fronte e verifichi se il proprio grado di partecipazione emotiva gli ha giovato o invece ha ostacolato la sua attività assistenziale. Anche in questo caso può essere molto utile parlarne a livello di équipe.

L'assistenza al paziente in condizioni terminali è sicuramente una delle più difficili e gravose. Il nursing infermieristico assume in questi casi il ruolo più importante ed è quello che più influisce sulla qualità dell'assistenza, sul relativo benessere dei pazienti e sulla percezione della qualità di tutta l'opera svolta durante la degenza.

Quando si dice che non c'è più nulla da fare, comincia il momento in cui c'è molto da fare, ma in modo diverso e con obiettivi diversi rispetto a quelli impiegati con un malato acuto che può guarire.

L'accuratezza assistenziale, oltre che essere correttamente realizzata, deve risultare evidente anche per chi è oggetto delle cure e per i suoi parenti. L'équipe curante deve restare coesa anche in situazioni che suscitano forti emozioni e che tendono a creare fratture e malintesi; questo lo si può ottenere parlando di questi casi e dei problemi che si pongono a livello dell'équipe curante. Un atteggiamento attento e accogliente nei confronti dei parenti permette di trasformarli da ostacoli per l'assistenza in alleati per l'assistenza stessa. Un certo grado di partecipazione affettiva reale può rendere soddisfacente una situazione che altrimenti sarebbe vissuta come fallimentare; tale coinvolgimento è però rischioso e deve essere effettuato da ciascuno secondo le proprie possibilità.

Dell'amicizia

Erroneamente si considera spesso il nome di amico, o forse l'errore è già insito nella parola, e quindi così, e non altrimenti, essa si è formata. Non sono gli amici che intendo giudicare qui, ma la funzione che, tacitamente, attribuiamo loro, tollerando che ci sorvegliano, che si impegnino con una solerzia magari non gradita, ma di cui ci si rimprovera la mancanza se non la si dimostra, che ci si serva della presenza e dell'assenza, e di entrambe ci si lamenti o meno, in base a quanto più convenga a quella parte della nostra vita in cui l'amico non rientra. Per via di questa cattiva coscienza (rimorso, sconforto morale o benevola accusa proprio di questa coscienza), una riunione fra amici è simile per decisione a ciò che sarebbe un incontro fra anime gemelle: tutti hanno tralasciato quanto non sia possibile condividere con i presenti, tutti si impoveriscono o sminuiscono in ciò che sono (nel male e nel bene), per essere solo quello che da loro ci si aspetta. Ragion per cui, chi ci tiene a mantenere le amicizie vive sempre all'erta, nel timore di perderle, e vi si adatta continuamente, come la pupilla obbedisce alla luce che riceve. Ma lo sforzo che fanno i gruppi di amici per questo accomodamento (come si accomoderebbe la pupilla a varie luci simultanee di diversa intensità, se potesse separarle e reagirvi a una a una?) non può durare più della capacità individuale di accordare (più su o più giù) la propria personalità al diapason comune adottato. È bene, quindi, non prolungare troppo le riunioni, per non raggiungere quel punto di rottura in cui ciascuno di quei piccoli astri prova il desiderio irrefrenabile di formare altrove un'altra costellazione o, semplicemente di abbandonarsi, stanco, alla caduta nello spazio nero e vuoto.

JOSÉ SARAGAMA

(Manuale di pittura e calligrafia da Romanzi e racconti, 1977-1984. A. Mondadori Editore)

Impressioni di un cappellano ospedaliero

DANIELE GRASSI

Piccolo Mondo Policlinico

Uno dei momenti più indicati per scoprire il Policlinico è la mattina presto del periodo tardo primaverile, dalle 6 alle 7: non ci sono i rumori della città e dunque si possono ascoltare nitidamente i cinguettii degli uccelli; i gatti si danno convegno in diversi punti del cortile per stabilire il programma della giornata poi, con passo felpato, vanno ciascuno a occupare la sua fetta di territorio; il clima è tiepido, cominciano ad arrivare alla spicciolata gli infermieri del primo turno e si scambiano saluti frettolosi, ma cordiali, non condizionati dalle tensioni che poi si potrebbero accumulare nel lavoro, nei reparti la vita riprende con le esigenze imprescindibili: il prelievo, la misurazione della temperatura, lo scambio delle consegne. Dalla chiesa (già aperta da un'ora) escono le suore che hanno partecipato alla messa del mattino, mentre entra per una breve preghiera qualche dipendente o qualche visitatore. È un momento di calma e di pace, per chi arriva, prima che inizi l'attività più intensa (si sa che in ospedale non ci si ferma mai: la notte non è di riposo per tutti; l'assistenza ai degenti non cessa mai, ci sono le emergenze, il Pronto Soccorso è come un porto di mare).

I vangeli ci dicono che al mattino presto, quando un filo di luce cominciava a rompere le tenebre, Gesù usciva di casa e si raccoglieva in preghiera, prima che iniziasse l'assedio della gente: è prezioso trovare dei momenti di stacco e di riflessione per avere uno sguardo più profondo sulla realtà e per rafforzarsi interiormente in vista di ciò che ci attende.

Così, per un cappellano che si appresta a percorrere in lungo e in largo i cortili, dal Pronto Soccorso allo Zonda, dal Granelli al Litta, è importante avere una pausa di raccoglimento, per considerare la realtà in cui lavora, per fermarsi su qualche particolare che non ha notato, e soprattutto per sentirsi a tutti gli

effetti abitante di questo piccolo villaggio che vede un trascorrere tumultuoso di persone, ma quasi nessun residente.

Guardare così il Policlinico, in modo un po' poetico, un po' immaginifico, un po' fantasioso, ma sempre con grande intensità e vorrei dire con affetto, aumenta il senso di appartenenza a questo ente e un esperto di gestione ospedaliera ci avverte che "quando si promuove lo spirito di appartenenza migliora l'immagine della struttura e la fiducia di quanti vi sono ospitati; dove non è presente si accresce il distacco emotivo e la noncuranza" (A. Pangrazzi).

Vivere dentro il Policlinico, sentirlo come il mio ambiente, cercare di essere presente con l'intento di migliorare, per quel che si può, le situazioni in cui mi trovo a operare: questo mi sembra un atteggiamento positivo da assumere per rispondere alle attese di chi mi ha conferito questo incarico pastorale tre anni fa. Tutto questo non significa prendere una posizione ingenua e disincarnata, facendo finta che tutto vada bene e ignorando le giuste rivendicazioni di chi si batte perché le cose funzionino meglio, ma vuol dire partire con un intento costruttivo perché ci si trova in un campo di lavoro che è veramente arricchente.

Sono entrato ufficialmente a far parte dell'organico dell'Ospedale dal 1° novembre 1997, ma il mio primo approccio con questo ambiente risale a più di vent'anni fa quando, da studente universitario della Statale, in una pausa di metà giornata ero entrato dal cancello di via Sforza 35 per andare a vedere la chiesa di San Giuseppe, che non conoscevo (molto frequenti erano invece le visite alla chiesa dell'Annunciata, che io ritenevo appartenente all'Università). Inoltre, quando mi recavo in biblioteca a studiare, non potevo fare a meno di notare l'incessante andirivieni di ambulanze che si alternavano sulle

rampe del Pronto Soccorso. Fin da allora ebbi l'impressione (che ora è largamente confermata) che il Policlinico fosse un luogo dall'attività frenetica, prezioso punto di risposta ai problemi sanitari del centro città; adesso mi sento parte integrante di questo complesso che, pur risentendo il peso dell'età e l'usura delle strutture pensate per tempi diversi dal nostro, è veramente un luogo di riferimento per molte persone.

Affiorano quindi in me dei sentimenti diversi, ma riconducibili tutti a una "simpatia" per questo ambiente in cui mi trovo a operare. Così, a volte si insinua la delusione, quando si vede una riduzione di posti letto, perché penso che un numero minore di persone potrà usufruire di un servizio prezioso; spesso si presenta l'ammirazione, quando si incontra qualche caso risolto brillantemente o si sa di un intervento o di uno studio particolarmente difficili che hanno dato risultati incoraggianti. In alcuni momenti si viene vinti dal pessimismo, quando si nota che alcune persone (poche, per fortuna) non si mostrano per nulla "in sintonia" con il Policlinico, ma "remano contro", lavorando al minimo e osteggiando la fatica di chi vorrebbe migliorare le cose. Infine c'è una grande speranza: che il progetto di ristrutturazione presentato nell'estate del 2000 possa finalmente decollare: sarebbe veramente un bel frutto dell'Anno Santo.

E dunque, andando a letto la sera dopo l'ultima visita alla rianimazione neurochirurgica (è lì che in genere finisco la giornata) posso abbandonarmi ai sogni e pensare che tra qualche anno passerò tra camere aerate e spaziose, dotate di tutto il necessario, e all'esterno non dovrò più fare lo slalom con la bicicletta tra auto, ambulanze, furgoni e pedoni, ma percorrerò lindi viali circondati da prati fioriti; mi auguro di non aver cambiato incarico nel frattempo.

Asterisco

Della mietitura

Nel Vangelo si parla del seme e poi del granellino di senapa che "è il più piccolo di tutti i semi". E si parla del tempo della mietitura. Nel linguaggio biblico il tempo della mietitura è quello ultimo, quello del giudizio al termine della storia. Ma se la nostra vicenda esistenziale ignora il futuro che sta oltre la storia, che cosa succede?

Il tempo, mutilato della sua dimensione eterna, si fa troppo breve. È, un tempo perciò che non conosce l'attesa e la pazienza del contadino.

Se redenzione ci deve essere, questa deve rendersi visibile subito, nella vita che si vive.

Si comprendono, da questo angolo di osservazione, certi fenomeni che caratterizzano il nostro tempo: l'attivismo esasperato, il culto della propria immagine, la ricerca frenetica del successo, anche praticando la via della corruzione; per contro, là dove questi obiettivi non vengono raggiunti, il diffondersi di stati nervosi, di depressione, di disperazione che possono portare anche al suicidio.

Corriamo il rischio, a questo modo, di inseguire qualcosa di grande, ma di una grandezza vuota, fredda, inerte, di plastica (viviamo in una civiltà di plastica, è stato detto), mentre la vera vita pulsa in tutto ciò che è umile e nascosto come il seme affidato alla terra.

È necessario recuperare un'altra cultura, quella che ci viene suggerita dalle parabole del vangelo

Il tempo è profondo.

C'è il tempo della semina e quello della mietitura.

C'è l'azione del contadino e un'altra azione, misteriosa, per cui, anche quando il contadino è inoperoso, il seme germoglia e cresce.

LUIGI POZZOLI

(da *Sul respiro di Dio*, Edizioni Paoline, Milano 1999)

Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso la formazione

MARISA CANTARELLI

Come è avvenuto il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso la formazione? È noto che il cambiamento all'interno di una professione non lo si ottiene esclusivamente con le modifiche della normativa: quest'ultima è uno strumento valido se gli obiettivi del cambiamento stesso sono chiari. Da alcuni anni la formazione infermieristica è inserita in Università, quindi istituzionalmente riconosciuta a livello universitario. Rimane però ancora molto da fare per adeguare i contenuti del programma e orientarli al cambiamento.

Dal punto di vista legislativo con la "Riforma degli ordinamenti didattici universitari", divenuta legge il 19-11-1990 con il n° 341, sono stati previsti quattro livelli universitari, corrispondenti a quattro titoli universitari :

- | | |
|---------------------------------|------|
| 1 - diploma universitario | D.U. |
| 2 - diploma di laurea | D.L. |
| 3 - diploma di specializzazione | D.S. |
| 4 - dottorato di ricerca | D.R. |

Successivamente il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica (Murst) ha emanato un decreto (2 dicembre 1991 - tabella XXXIX ter) con il quale si autorizzavano le Facoltà di Medicina ad istituire, con il biennio 1991 - 1993, il diploma di scienze infermieristiche successivamente denominato D.U. per Infermieri (D.M. 24.7.1996 - tabella XVIII ter).

L'attuale schema di decreto ministeriale (proposta in via di legiferazione) recante la definizione delle classi delle lauree specialistiche universitarie prevede la laurea specialistica in scienze infermieristiche, definendo così la formazione infermieristica in Università a due livelli : un primo ciclo di studi triennale per la laurea di infermiere e un secondo ciclo di studi biennale per la laurea specialistica in scienze infermieristiche.

Ma questo cambiamento sostanzialmente quali obiettivi si è posto?

Nel 1993 è stata realizzata una ricerca che analizza-

va sia la formazione che l'attività svolta dagli infermieri. La ricerca stessa ha messo in evidenza, con chiarezza, che il modello di infermiere "prodotto" dai programmi di insegnamento applicati nelle scuole professionali era quello di un infermiere tecnico. Il cambiamento deve perciò basarsi su una diversa lettura della realtà, che sposti l'ottica dalla tecnologia all'assistenza infermieristica come risposta ai bisogni della persona.

Gli infermieri si sono lasciati trascinare negli ultimi anni dal tecnicismo che li circondava. Questo è, pertanto, l'aspetto principale da cambiare per erogare un'assistenza che risponda veramente ai bisogni della persona assistita.

Quale significato ha il termine "bisogno"? Molte sono le scienze che ci parlano di bisogni; siamo tutti assillati dai bisogni fisiologici, psicologici, sociali, economici: il termine bisogno è generico e complesso, allo stesso tempo di difficile concettualizzazione. Per questo motivo, attraverso la ricerca, sono andata ad analizzare qual è effettivamente il significato di "bisogno" nelle varie discipline. L'aspetto interessante scaturito da questo studio è che ogni disciplina psicologica, fisiologica, sociologica fornisce una definizione di "bisogno" non solo secondo la disciplina ma anche, nella stessa disciplina, secondo l'autore o la teoria descritta da quell'autore medesimo. Ogni disciplina aveva pertanto molteplici definizioni di "bisogno". La disciplina infermieristica non ne aveva alcuna. Da qui è scaturita la necessità di definire il bisogno di assistenza infermieristica inteso "come l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedano".

Questa lettura dell'assistenza infermieristica presuppone un salto di qualità; occorre pensare all'assistenza infermieristica come disciplina. Ma quali sono i "concetti fondamentali" di questa disciplina? Il campo materiale è individuato nell'uomo affron-

tato in un'ottica diversa ed in particolar modo secondo i suoi bisogni di assistenza infermieristica. Una scelta di questo tipo come influenza la formazione? Quali obiettivi e contenuti didattici devono essere elaborati?

A monte deve essere chiaro che si prepara un infermiere, che interviene su un uomo, quest'ultimo sempre unico e particolare, che vive in un ambiente a lui specifico, che ha un problema di salute al quale l'infermiere deve rispondere. Quel bisogno che scaturisce dal suo problema è un "bisogno di assistenza infermieristica".

Perciò i quattro concetti fondamentali della disciplina infermieristica sono: uomo/ persona - salute/malattia - ambiente/società - assistenza infermieristica.

È un discorso estremamente semplice che, se condiviso dagli infermieri, diventa partecipazione dello stesso quadro concettuale, che funge non solo da teoria ma, se interiorizzato, è la guida nell'erogazione dell'assistenza infermieristica. Gli infermieri hanno pertanto un quadro teorico di riferimento e, come in tutte le discipline, sono in grado di rappresentarne i concetti e le relazioni che li legano. Ecco perché è importante condividere un quadro concettuale ed avere i contenuti prima di formulare gli obiettivi didattici. Sarà poi la competenza del docente che permetterà di scegliere ed usare il metodo per raggiungere gli obiettivi che si è posto.

Per la disciplina infermieristica una proposta è il Modello delle Prestazioni Infermieristiche. Sinteticamente i quattro concetti fondamentali scelti e tradotti nel Modello sono:

- l'uomo-persona, visto come un "insieme" attraverso la teoria dei sistemi;
- concetti non statici ma flessibili di salute-malattia e ambiente-società legati a ciò che ci circonda: l'uomo stesso ha un concetto di salute diverso spesso riferito anche all'ambiente che lo circonda;
- l'assistenza infermieristica è esplicitata nella sua definizione "quale comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni tra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in una persona"; non è qualcosa di vago o di indefinito, chiunque può vedere e capire cos'è l'assistenza infermieristica, anche coloro che non fanno parte della professione.

Questi concetti fondamentali devono essere tradotti nella formazione. All'interno delle scuole si compiono notevoli sforzi per la preparazione degli infermieri. È necessario però mirarli, tenendo sempre presente che l'obiettivo da raggiungere è "quell'infermiere che domani sarà in corsia".

Il modello delle prestazioni infermieristiche è stato di grande aiuto nell'elaborazione di un programma didattico triennale per la formazione dell'infermiere al primo livello universitario (D.U.).

L'aspetto fondamentale è stimolare e consolidare l'identità professionale. A questo scopo, nel curriculum didattico, sono state introdotte la storia e la filosofia infermieristica. Alcuni sostengono che, all'interno di un programma, tale tema è avulso dal discorso infermieristico. Non può essere così, perché in questa materia si trovano le radici della professione. Dalla scuola deve partire il sostegno di quell'identità che troveremo lungo tutto il percorso di formazione. Se i futuri infermieri si vergognano, anche inconsciamente, di essere infermieri, magari imitando altri professionisti, difficilmente avranno interesse per il loro lavoro e sapranno dare lustro alla professione.

È realmente difficile ribaltare la consuetudine di leggere l'assistenza infermieristica legata alla diagnosi medica e spostare l'ottica sui bisogni di assistenza infermieristica della persona.

Per raggiungere questo scopo nella prassi, gli studenti devono prepararsi a lavorare con una metodologia di assistenza che tenga presente la diversità, meglio l'unicità della persona. Dal punto di vista didattico diventa necessario, quindi, decidere la strategia per guidare lo studente in questo cammino.

La scelta di un modello teorico che faccia dell'assistenza infermieristica non solo un insieme di attività tecniche, bensì di prestazioni finalizzate ad una assistenza personalizzata è la prima tappa importante. La seconda riguarda, invece, le modalità con cui avvicinare in modo significativo lo studente ai contenuti disciplinari, nonché facilitare il suo apprendimento.

La metodologia attiva, come ad esempio lo studio dei casi, permette allo studente di sperimentare la sua conoscenza e l'efficacia delle sue decisioni; un'antologia di situazioni assistenziali concrete può fungere da valido strumento informativo su come viene svolta l'assistenza nella realtà, sui vari tipi di

pazienti e sulle loro problematiche. Anche le tecniche infermieristiche possono essere lette come risposta ad un bisogno e non ripetitiva manualità.

L'etica infermieristica sta rinnovando il proprio impianto concettuale e metodologico. L'educazione morale deve fare in modo:

- che lo studente venga a conoscere "il bene e il male" formandosi le idee giuste mediante le conoscenze teoriche. Le teorie etiche e i principi esplicano i criteri generali, universalmente comprensibili, sostenibili e coerenti logicamente per la valutazione delle azioni morali;

- che lo studente acquisisca la capacità di agire sulla base delle conoscenze apprese.

Alle conoscenze teoriche occorre aggiungere le linee guida per affrontare i metodi di ragionamento con cui analizzare le situazioni problematiche ed i casi in etica, un percorso metodologico che comprenda alcuni comportamenti, il modello etico a cui fare riferimento, i principi di etica infermieristica e la deontologia elaborata dalla professione e condivisi per la pratica dell'assistenza infermieristica e le tappe del processo decisionale adottato.

Se si vuole formare l'infermiere con le caratteristiche fin qui auspiccate, le linee guida devono essere identiche per tutti i docenti, sia per quelli che si trovano all'interno dell'Università per l'insegnamento teorico che per quelli che seguono gli studenti in corsia e nei servizi.

Se non si raggiunge questo obiettivo è impossibile conseguire l'obiettivo di migliorare l'assistenza infermieristica, attraverso la personalizzazione dell'assistenza stessa.

Se l'obiettivo è questo, la formazione deve essere uniforme: perciò tutti i docenti infermieri, ad ogni livello, devono perseguire gli stessi obiettivi. Gli spazi esistono. La tabella XVIII ter (D.M. 24.7.96 - curriculum didattico D.U. per Infermieri) è strutturata in modo da poter formare un infermiere con l'impostazione sopra descritta, se la si legge non come un semplice elenco di materie. La formazione degli infermieri è basata soprattutto sui contenuti, legati alla disciplina infermieristica, che vengono trasmessi nei corsi professionalizzanti. Nei tre anni accademici vi sono sette corsi esclusivamente infermieristici, più cinque corsi delle varie materie integrative, nei quali sono inseriti aspetti professionalizzanti.

Elenco dei corsi previsti di scienze infermieristiche nella tabella XVIII ter:

Anno I:	
primo semestre	corso integrato di infermieristica generale e teoria del nursing
secondo semestre	corso integrato di metodologia infermieristica applicata
Anno II:	
primo semestre	corso integrato di infermieristica clinica I (applicata alla medicina interna e alla chirurgia generale)
secondo semestre	corso integrato di tecniche infermieristiche applicate alla medicina clinica e specialistica corso integrato di infermieristica clinica II
Anno III:	
primo semestre	corso integrato di infermieristica clinica III
secondo semestre	corso integrato di infermieristica clinica IV
Altri corsi in cui sono previsti aspetti infermieristici:	
Anno II:	
	corso integrato di igiene, epidemiologia e statistica medica
	corso integrato di chirurgia e tecniche infermieristiche applicate alla chirurgia
Anno III:	
	corso integrato di economia sanitaria
	corso integrato di medicina clinica d'emergenza ed infermieristica comportamentale
	corso integrato di scienze umane, storia e filosofia della medicina

Ritengo che gli infermieri docenti preparati sappiano con quali contenuti programmare i propri corsi in modo da raggiungere un risultato di identità professionale traducibile in qualità di assistenza. Questo è l'unico cambiamento auspicabile nella formazione.

In questo articolo ho affrontato il cambiamento della formazione infermieristica esclusivamente al primo livello, equivalente al corso di laurea per infermiere. La formazione post-base (laurea specialistica in scienze infermieristiche - in via di legiferazione) deve affrontare altri e numerosi aspetti che, se innestati su una solida formazione di base saranno più facilmente sviluppati e soprattutto potranno essere definiti a favore sia della professione infermieristica che della qualità dell'assistenza erogata.

Sottocultura e baby-gangs: motivi di una stretta parentela

ANTONIO RANDAZZO

All'angolo fra via Borgogna e piazza San Babila, nel pieno centro di Milano, giganteggia un manifesto che occupa l'intera facciata di un edificio in ristrutturazione. È la réclame di una marca di jeans. Vi si vede una ragazza con indosso i jeans, seduta, a cosce divaricate. Ciò che colpisce è l'ampiezza della divaricazione che, da un lato, evoca una sorta di ammirato stupore per le escursioni di cui si mostra capace l'articolazione coxofemorale; dall'altro lato suona irritante per coloro che cominciano a soffrire di artrosi e che paventano, a scadenza più o meno breve, la necessità di un intervento di protesi dell'anca.

Un altro manifesto, affisso sulle fiancate dei tram, afferma risolutamente che con la linea non si scherza. Vi compare una figura di donna a mezzo busto, bocca spalancata. Credo che nessuno stomatologo o otoiatra potrebbe chiedere di più per l'esecuzione di un lavoro impegnativo. Pensare che, quando eravamo bambini e ci veniva voglia di sbadigliare, se non portavamo la nostra manina a coprire la bocca venivamo ripresi perché l'atto di mostrarsi a bocca spalancata era ritenuto sconveniente! All'epoca mi domandavo il perché di questa raccomandazione. Solo in età più avanzata ho capito che, inducendo questo vero e proprio riflesso condizionato nei bambini, si mirava ad evitare che, da grandicelli, venissero platealmente evidenziate, durante lo sbadiglio a bocca aperta, eventuali carie, otturazioni, avulsioni dentarie, capsule dorate, dentiere e quant'altro, con il passare del tempo, deturpa la nostra dentatura.

Una posizione seduta, a gambe divaricate, era ritenuta inelegante, particolarmente quando si trattava di una donna. L'invito era di stare seduti in modo composto. Allargare le gambe da seduti voleva dire scomporsi, cioè permettere al proprio fisico di assumere atteggiamenti o posizioni che potevano anche risultare soggettivamente comode, ma che testimoniavano di un controllo del tutto approssimativo della propria immagine.

Ecco! Quello che ci veniva insegnato era di sapersi "controllare". In analogia con quanto avviene per tutte le nostre funzioni corporee, saldamente controllate dai geni, dagli enzimi, dagli ormoni, dal sistema nervoso, ci si preoccupava di assicurare, attraverso l'educazione, il controllo dei comportamenti, in modo da poter governare gli impulsi, le tendenze, gli stati d'animo, differenziando in tal modo l'uomo da tutti gli altri animali che popolano il pianeta. In realtà, su questa strada, si era ancora molto indietro. Solo una piccola parte di umanità (dopo aver risolto altri e più primordiali bisogni dell'esistenza) si dedicava, come poteva, al controllo dei propri comportamenti. Tuttavia, nel volgere del tempo, questa parte di umanità si andava facendo sempre più numerosa, passando dalle piccole élites delle corti e dei cenacoli alle consistenti masse borghesi dell'otto-novecento. La borghesia, in tutto il mondo evoluto, scimmiettava lo stile dell'Inghilterra vittoriana, stile di cui faceva parte, come elemento costitutivo fondamentale, il controllo di sé.

In epoca post-vittoriana, questo trend educativo generalizzato viene messo in discussione dal diffondersi di nuove dottrine socio-politiche che contestano molte convenzioni sociali, considerate autentici tabù da abbattere sulla strada della libertà individuale. All'inizio del ventesimo secolo, entrano in scena, con forza dirompente, le teorie freudiane. Queste sottolineano il ruolo della figura paterna (e, più in generale, dei genitori e degli educatori) nella genesi del cosiddetto Super-Io. Il Super-Io si identifica con la coscienza morale e quindi con i meccanismi di controllo comportamentale che si richiedono per l'inserimento in una collettività. Tuttavia, per tale motivo, il Super-Io è responsabile della maggior parte delle resistenze che gli oppone l'Io e quindi delle tensioni, dei sentimenti inconsci di colpa, delle tendenze autopunitive che nascono da questi conflitti. Personalmente non so quale sia la validità scientifica delle

teorie di Freud. So che la psicanalisi è stata molto contestata. Credo tuttavia che l'errore (se errore c'è stato) non è imputabile a Freud che aveva tentato, almeno inizialmente, di interpretare alla sua maniera alcuni quadri psicopatologici, ma di chi ha voluto estendere gli schemi freudiani ai soggetti normali. Ne sono derivate conseguenze catastrofiche! Abbiamo scoperto con orrore che, non solamente alcuni individui con una particolare labilità psicoemotiva, ma tutti noi indistintamente, maschi e femmine, nel nostro inconscio, odiamo il padre e rispettivamente la madre. Agli increduli, che dichiaravano il loro sviscerato amore per i genitori, si è spiegato che, in realtà, questo amore era soltanto la sublimazione dell'anzidetto odio. In termini ancora più generali, si è convenuto che, per attenuare i conflitti fra l'Io e il Super-Io, la via migliore sarebbe stata il dimensionamento del ruolo del Super-Io.

Il successo delle teorie psicoanalitiche presso l'opinione pubblica è stato inversamente proporzionale ad un loro adeguato approfondimento. In concomitanza con le anzidette dottrine socio-politiche, queste teorie hanno sicuramente concorso ad una drastica riduzione dei freni inibitori, gabbellata come inarrestabile anelito di libertà da intellettuali, sociologi, psicologi, mass-media e quanti altri si aspettavano che il fenomeno avesse, alla fine, dei risvolti positivi. Viceversa il risultato ultimo è stato il formarsi di una società sguaiaata e volgare, alla cui sensibilità estetica nulla si addice meglio della réclame della ragazza a cosce divaricate o a bocca spalancata.

Una misura di questa diffusa volgarità è fornita dal paragone fra i balletti di intrattenimento dei nostri programmi televisivi e il ballo che, a Capodanno, durante il tradizionale concerto di musiche di Strauss, viene trasmesso in tutta Europa da Vienna. Nel primo caso si può assistere all'esibizione di natiche, di cosce, di mammelle, agitate in tutte le direzioni con ritmo frenetico. Si tratta di vere e proprie manifestazioni di prestanza fisica. Se, al termine della danza, la ballerina viene intervistata, si nota che affanna, come avesse appena ultimato una gara sui 5 mila metri. Viceversa, le ballerine dell'opera di Vienna o del Teatro alla Scala non affannano mai! Dopo un ballo protrattosi magari per ore, si presentano al proscenio, si inchinano con grazia, raccolgono i fiori che piovono dai palchi; come se, fino a quel momen-

to, fossero rimaste dietro le quinte a meditare sull'immortalità dell'anima. Evidentemente le ballerine della Scala, non dovendo dimenarsi per richiamare l'attenzione degli spettatori sulle pregevoli caratteristiche della propria anatomia, possono concentrarsi su aspetti del tutto marginali e non affaticanti del ballo, quali la grazia, la leggerezza, l'eleganza. Questi aspetti potevano piacere ad un pubblico del tutto disinteressato al fascino femminile, qual era per l'appunto quello che affollava i teatri fin-de-siècle; pubblico i cui sani impulsi erano stati inibiti da una educazione severa che non esitava a considerare lo stupro come una pratica disdicevole. Oggi sappiamo che lo stupro, studiato da un gruppo di psicologi statunitensi, è atteggiamento molto diffuso nel mondo animale e che, nell'uomo, va valutato con una certa indulgenza poiché, in fin dei conti, siamo tutti mammiferi. Come volevasi dimostrare!

Mi sbaglierò, ma credo fermamente che la prognosi del balletto classico sia segnata. In una prospettiva ormai vicina, le aggraziate e volteggianti ballerine dell'Opera di Vienna dovranno decidersi: o optare per il boogie-woogie o ritirarsi a vita privata.

A questo punto potrebbe sembrare che il discorso sulle ballerine ci abbia portato fuori strada. Ma non è così. Al di là della metafora abbiamo voluto soltanto evidenziare alcune connotazioni della società di massa, che, a mio giudizio, favoriscono un deterioramento del buon gusto, figlio a sua volta della sottocultura. Quest'ultima è la vera responsabile dell'attuale crisi della società. Essa ha messo in mano ad ognuno gli strumenti adeguati per la distruzione di tutto l'assetto preesistente, ma non ha potuto (né poteva) fornire alcun elemento valido per la ricostruzione. In carenza di un progetto culturale vero era inevitabile che il primo posto nella scala dei valori andasse al possesso dei beni materiali. E poiché, per acquisire i beni materiali, occorre il denaro, esso diventa, ipso facto, il bene supremo. L'uomo viene valutato per ciò che guadagna, senza sottilizzare più di tanto sui modi con cui si procura questo guadagno. Una tale maniera di pensare si trasmette dagli adulti ai ragazzi. Questi ultimi, per apparire adeguatamente forniti di denaro, nel caso non ne posseggano, se lo procurano estorcendolo ad altri ragazzi.

Il fenomeno delle baby-gangs, di cui si è di recente occupata la stampa, riconosce certamente molte

cause: una inadeguata formazione familiare e scolastica dei giovani, il cinema, la televisione, i giornali. Tuttavia il denominatore comune di tutto ciò è la confusione dei valori, figlia della sottocultura.

Accade allora ciò che Platone descrive mirabilmente nel decimo libro del suo dialogo sulla Repubblica.

“Quando un popolo, divorato dalla sete della libertà, si trova ad avere a capo dei coppieri che gliene versano quanta ne vuole, ... avviene che chi si dimostra disciplinato nei confronti dei superiori viene definito uomo senza carattere; che il padre impaurito finisce per trattare il figlio come suo pari e non è più rispettato; che il maestro non osa rimproverare gli scolari e costoro si fanno beffe di lui; che i giovani pretendono gli stessi diritti, la stessa considerazione dei vecchi e questi, per non apparire troppo severi, danno ragione ai giovani. In questo clima di libertà e nel nome della medesima, non vi è più riguardo né rispetto per nessuno”.

Platone viveva nel IV secolo a.C., in una società piccola, qual era quella della polis greca. Come possiamo stupirci se oggi una società di massa come la nostra lasci a desiderare riguardo ad una vera cultura e ai corrispettivi comportamenti? Per giudicare serenamente l'oggi bisognerà pazientare ancora qualche millennio.

Quindi si fa in tempo a riparlare con calma.

Della cultura

MARISA PISANI

Parlare di cultura è parlare di civiltà. Un termine molto vasto, se si parla di cultura di un popolo, ma nello stesso tempo riducibile alle varie categorie o classi sociali o anche agli individui nelle diverse età della vita.

Si dice: la scuola insegna, mette le basi e poi ognuno si dirige verso questo o quel campo del sapere, secondo le proprie aspirazioni e i propri interessi.

L'intelligenza è la molla che genera cultura in senso intellettuale, come accumulo di nozioni, di norme, di scoperte, e in senso pratico, per quanto occorre al vivere comune, quotidiano, senza pretese di voli pindarici, ma nella saggezza e nell'equilibrio, che danno anche felicità o per lo meno soddisfazione momentanea.

“Chi si accontenta, gode” è il noto proverbio.

Può sembrare molto limitativo (riduttivo) un vivere così, ma anche questo rappresenta una categoria di persone. È la cultura dei semplici.

Per ritornare al concetto più comune di cultura, pensiamo ai giovani di un tempo e a quelli attuali, facendo riferimento al secolo appena concluso.

Naturalmente ogni età dell'uomo ha un suo “fare cultura”: l'infanzia scopre il mondo familiare, poi quello scolastico, in alternanza quello ricreativo; l'adolescenza si arricchisce con lo studio aprendosi ai più svariati interessi; la giovinezza affronta il lavoro, la professione; l'età adulta esprime quanto sa e lo completa; la vecchiaia rivede e offre con l'esperienza accumulata il suo bagaglio personale, unico e irripetibile.

Se così è, tuttavia non c'è niente di limitativo nelle varie tappe, perchè coinvolge tutti contemporaneamente l'influenza di un patrimonio ricchissimo di innovazioni, di scoperte che si accumulano, si completano, si modificano.

La cara vecchia penna col pennino a tre fori non verga più le pagine bianche! Ora basta cliccare e

in pochi minuti si comunica, si riceve, e appare il mondo.

Oggi ci si domanda qual è la cultura dei giovani, come essi si preparano alla vita, se sanno scegliere nel frastuono di tante cose, dottrine, suggerimenti e viene spontaneo il confronto con chi è vissuto nei primi decenni del '900. Questi ultimi cresciuti nel clima liberale, fascista, irredentista o nell'opposizione hanno fondato la loro vita sui valori di famiglia, di patria, di lavoro, anche di sacrificio e di rinuncia. Hanno ricevuto e dato quanto il clima in cui vivevano offriva e richiedeva, hanno aderito a un credo religioso, o politico o economico o/è morale, si sono formati cittadini di una società che sembrava o era ben strutturata, che dava sicurezza, pur con i segni di un grande fermento. Sarebbe utile intervistare gli ex-giovani e chiedere loro un giudizio e un commento sulla loro cultura. Ci si accontentava di scoprirla nei loro scritti, come pure emerge nei testi (lavori, produzioni) delle nuove generazioni che ci comunicano nelle descrizioni, nei dialoghi, nelle riflessioni il modo di vivere e le convinzioni che lo sostengono. È chiaro che ogni periodo storico esprime se stesso, così il nostro novecento ci regala in alternanza una cultura contadina, industriale, tecnologica, propria dei vari ceti sociali e, mentre non può trascurare il passato prossimo, avverte e delinea già il prossimo futuro, soprattutto al presente in cui il tempo sembra aver accorciato le distanze e gli anni sembrano essere brevissimi momenti velocemente superati.

Un'esigenza attuale oggi maggiormente avvertita è il rifiuto alla accettazione totale e incondizionata dell'acquisto, è il *no* prima di un *sì*, che dev'essere ben motivato. Predomina lo spirito critico, in ogni campo, anche verso e nella stessa comunicazione ricreativa.

I giovani vogliono sì divertirsi, ma forse sono più seri e responsabili di quanto non appaia attraverso i mass-media. L'insoddisfazione non li spinge solo alla depressione, fortunatamente, ma a ritrovare in se stesse slanci vitali per costruire qualcosa.

La comunità li aiuta. Le sale di conferenza, le mostre, le manifestazioni culturali in genere sono frequentate anche da loro, oltre che da gente di ogni età, per l'innata indiscutibile interiorità che vuole essere arricchita. Una città come Milano

offre una varietà di manifestazioni che aiutano a soddisfare tale esigenza. In un mondo tormentato da guerre e disastri (si parla di cultura di morte), la cultura di vita offre oasi ristoratrici efficaci e utilissime, con una continua sollecitazione, a cui la risposta pronta denuncia l'immane risveglio dello spirito, travolto o anche solo assopito dalle mille cose del quotidiano.

Allora: cultura come arricchimento personale di conoscenze, come scoperte, rispetto e accettazione delle varie culture, come apertura a tutto l'uomo, alla sua umanità.

Trascrivo quanto dice il filosofo centenario Hans Georg Gadamer in una intervista apparsa sul Corriere del 7 febbraio di quest'anno: "Non posso immaginarmi che la tecnica possa spazzar via la cultura, che vorrebbe dire l'umanità. L'Europa deve essere un avamposto, l'Italia tanto più, perché proprio in Italia sono le radici della cultura europea. "Cultura" è una parola latina del lessico contadino. Indica l'umiltà di chi sa chinarsi a raccogliere. L'Europa nella sua storia tormentata, l'ha sempre saputo fare.

Ha raccolto non solo il proprio, ma anche l'estraneo. Nel bene e nel male ha saputo aprirsi alle culture straniere, estranee, altre. Questa apparente debolezza si è convertita ogni volta in forza. È questa la forza dell'Europa: rispettare quel che, pur essendo comune, è altro. E dove c'è l'alterità, si pone come urgenza il compito dell'ermeneutica".

È un invito alla filosofia, "disposizione naturale dell'uomo" e "finché resta l'uomo, e l'umanità dell'uomo, resta anche la filosofia".

Accogliamolo questo invito, e non farà male qualche sosta nella corsa affannosa e distruttrice di ogni giorno.



Cancello settecentesco, già nella chiesa del podere ospedaliero di Fallavecchia, oggi nel grande atrio al primo piano della nostra sede amministrativa, in via Sforza.

Piero Franzini, medico lombardo

NICOLA DIOGUARDI

Poco mi soddisfa quella scienza che non abbia servito a rendere virtuosi coloro che la professano. Questo aforisma di Sallustio riassume compiutamente il programma della vita di medico di Piero Franzini e potrebbe considerarsi, a pieno titolo, conclusivo di queste righe in sua memoria edite proprio da quelle pagine che lo hanno visto protagonista, le stesse che hanno ospitato i suoi scritti dai quali, per dirla con L. Börne, ha concretizzato e reso palese quella umiltà tipica del suo carattere che sola dona il senso dell'immortalità all'uomo mortale.

Sul piano intellettuale è possibile evincere da ciascuno dei suoi contributi a quel concetto cardine del suo pensiero di uomo e di medico che gli fece esprimere la convinzione che lo Stato ci ha fatti sì cittadini, ma prima ancora la natura ci ha creato uomini.

In una simile prospettiva, è da intendere la sua concezione di cultura, vista non come contemplazione tout court derivante da un aristocratico ideale rinascimentale e neppure come acquisizione di notizie dalla divulgazione facilitante l'apprendimento e la conoscenza di tipo illuministico, ma come espressione della più genuina natura umana valorizzata da una formazione che abitua alla speculazione critica. È una impostazione che rende la cultura coscienza, molto più che conoscenza o consapevolezza soggettiva. Una simile concezione espressa in ogni suo pensiero, ha avuto in Piero Franzini piena attuazione anche dal punto di vista pratico in ogni sua azione. La cultura è stata per lui mezzo per esprimere amore alle persone e alle istituzioni, più che per se stesso. Cultura è stata per lui forza di unione armonica di sapere e comunicazione. La istituzione in cui ha operato, l'ospedale, è la stessa dove ha subito la vendetta della malattia. Lo scempio indotto dalla aziendalizzazione programmata da una irriflessiva riforma gli ha procurato sofferenza. Di qui la sua serrata critica alla trasformazione del concetto di ospedale nel concetto di azienda che

implica la inevitabile "mutazione" del medico, dettata dal prevalere in "azienda" del concetto di "business", su quello di "industry", da uomo di studio in automa. Questa rivoluzione ha trasformato il paziente in cliente e ciò ha comportato la prassi della sua soddisfazione più che del suo bene. Legge assoluta per chi vuol fare il medico e prendersi cura del malato che è più di soddisfazione, *care*, per fare comprendere cosa vuol dire anche agli aziendalisti anglofoni.

Il vento del cambiamento da tempo soffia attraversando la medicina statunitense. Uno dei più intensi è il riconoscimento, anche in terreno pragmatico, che la cultura di un medico deve abbracciare più di una scienza, sicuramente più della scienza in cui opera. Molte domande che egli si pone non possono trovare risposta solo con le nozioni strettamente specifiche impartite nelle Università odierne completamente trasformate dalle ormai troppo numerose discipline mediche specializzate. Il loro affollamento rende impossibile ogni riferimento alla storia del comportamento dell'uomo senza la conoscenza e l'affinamento di quelle discipline intellettuali che non appartengono alla esperienza clinica comune puramente tecnica, ma alla creatività e alla gestione (Piero Franzini, non me ne volere per un sì brutto termine) della umanità.

La medicina che oggi si insegna nelle Università pone la sua retorica, spesso consistente solo in magniloquenza, sulla ricerca e sui fatti. Ignora la cultura umanistica e la epistemologia che fanno parte della creatività del medico e della importanza di sentirsi uomo che aiuta altri uomini. Il suo pensiero è stato contaminato dalla convinzione che non esista conflitto tra metodo scientifico e la necessità di occuparsi dei valori umani. La rilettura degli scritti di Piero Franzini che ho avuto possibilità di avere sottomano, mi ha suggerito con questi commenti la definizione di Lui come uomo rappresentante di una categoria di medici umanisti praticanti una scienza che dalla cul-

tura umanistica prende suggerimenti per la loro vita diretta a comprendere l'universo e la connessione dell'uomo con esso.

Ho avuto il privilegio di averlo caporeparto per qualche anno e tramite il suo insegnamento, ma ancora di più attraverso il suo comportamento, ho potuto intendere e prendere coscienza che la scienza e l'arte della medicina convergono nella interezza della condizione umana.

Ricordo la citazione di Claude Bernard che, durante la preparazione della relazione al Congresso di Medicina Interna di Roma nel lontano 1958, mi appuntò, in margine ad un mio scritto che era in sua revisione e che ho ritrovato in questi giorni: "credo che arriverà il giorno in cui fisiologi, clinici, fisici e filosofi, parleranno lo stesso linguaggio". Ricordo anche il commento che mi fece in occasione di un caso strano e difficile. Concerneva il rifiuto della medicina moderna di quanto è aneddótico: "si deve arrivare a saper distinguere durante il colloquio con il paziente, quanto è veramente aneddótico, quanto invece, anche se strano, non comune e singolare, può essere un importante episodio nella soluzione del problema che devi risolvere". Questa è Clinica.

Le nozioni empiriche che rientrano nella statistica fanno parte della patologia riportata dalla trattatistica. Questo tipo di conoscenza che deriva anche dalla letteratura è la parte migliore della formazione del medico. Di essa non si può fare a meno perché fa parte della "nozionistica della prescrizione medica". Essa però non può darti la capacità della percezione che si acquista "sporcandosi le mani visitando il malato". Sono parole sue.

Franzini è stato un grande maestro e lo ha dimostrato fuori dalla Accademia in quel mondo dell'Ospedale che oggi vogliono distruggere perché pensare fa perdere tempo.

Piero, non posso dimenticare che tu mi hai concesso di avvicinare la tua splendida Fede e la tua religiosità mai beghina. Mi hai anche concesso di salutarti per l'ultima volta davanti a quell'Ospedale Maggiore nel quale da te ho ricevuto insegnamento tecnico ed umano, affetto, incoraggiamento, senza la pretesa che ti imitassi. In linea con quella umiltà che ti ha fatto grande uomo e grande medico, non hai mai detto "vai e fai lo stesso".

Notiziario - Recensioni

Inaugurato il Poliambulatorio Lamarmora

Sabato 23 settembre 2000 il Ministro per i Rapporti col Parlamento Patrizia Toia ha inaugurato la nuova sede degli ambulatori per esterni (poliambulatorio Lamarmora) dell'Ospedale Policlinico. Ricevuta dal Commissario straordinario Daniela Mazzuconi, che le ha rivolto ringraziamenti per la sua presenza che testimonia e conferma la sua attenzione ai problemi, alla vita del nostro Istituto, si è detta particolarmente lieta di partecipare all'avvio di una nuova moderna realizzazione, certamente molto attesa e auspicata dalla Città. Tagliato, secondo tradizione, il nastro tricolore, il Ministro ha assistito alla benedizione degli ambienti da parte del cappellano don Daniele Grassi e, accompagnata dal nostro Commissario, dal sottosegretario al Ministero del Tesoro prof. Dino Piero Giarda, da personalità rappresentative del mondo ospedaliero e universitario, ha visitato l'edificio. La prof.ssa Mazzuconi ha rinnovato ringraziamenti agli intervenuti e ringraziamenti particolari agli operatori che, ai vari livelli, hanno fattivamente collaborato alla realizzazione del nuovo padiglione.



L'edificio di via Lamarmora, sede del nuovo poliambulatorio

Note illustrative

L'attività ambulatoriale per esterni dell'Ospedale Maggiore è erogata da 153 strutture all'interno di ogni padiglione e spazia in tutte le specializzazioni presenti nell'Istituto. Nell'anno 1999 le prestazioni fornite a pazienti esterni sono state 1.597.364, di cui:

- 522.823 visite e prestazioni correlate, (es. prelievi pari a 87.510);
- 76.645 radiografie, endoscopie, ecografie, ecocardiografie;
- 997.896 esami di laboratorio.

La nuova organizzazione dell'erogazione di prestazioni a favore di pazienti esterni prevista nel poliambulatorio Lamarmora permetterà di centralizzare una parte delle attività ambulatoriali.

Nel padiglione saranno trasferite le attività ambulatoriali che non prevedono l'utilizzo di tecnologie, cioè non saranno presenti nel nuovo poliambulatorio endoscopie o sezioni radiologiche per non duplicare strutture già presenti in Ospedale.

Tutte le specializzazioni presenti in via Sforza erogheranno al Lamarmora le loro prestazioni tranne l'ematologia, l'immunologia, l'allergologia e la psichiatria; non sono, parimenti, previsti spostamenti verso il poliambulatorio delle attività che si svolgono in via Commenda e in via Pace.

Il padiglione o poliambulatorio Lamarmora si configura, quindi, come uno spazio per esterni dedicato alle prime visite (medicina interna, neurologia, pneumologia, cardiocirurgia) ai controlli, alla preparazione dei pazienti all'intervento chirurgico (per la chirurgia generale e specialistica) e, in una

fase successiva, alle attività in libera professione. La nuova centralizzazione delle strutture ambulatoriali permetterà, utilizzando percentuali riferite all'anno 1999, di:

- diminuire i punti di prelievo con l'istituzione di un centro unico per i prelievi che supporterà da solo il 32 per cento del carico di lavoro dell'intero ospedale
- centralizzare il 48 per cento delle strutture ambulatoriali dell'istituto (74 su 153)
- assorbire il 25 per cento delle prestazioni per esterni dell'Ospedale.

L'edificio del nuovo poliambulatorio consta di quattro piani:

- al piano rialzato ospita i punti centralizzati di cassa e di prenotazione, il centro prelievi con 12 postazioni e due sale di attesa;
- ai piani primo, secondo e terzo le stanze visita e le sale di attesa in numero di due per piano.
- L'edificio è stato completamente cablato ed ogni stazione di personal computer è in grado di colloquiare, a livelli diversificati di accesso ai dati, con le varie banche dati presenti in Ospedale.

Progettista e direttore dei lavori del poliambulatorio Lamarmora l'arch. Carlo Baccalini. Coordinatore per le opere di completamento l'arch. Orazio Ceppatelli.

Hanno collaborato alla messa in opera del nuovo poliambulatorio:

- il prof. Luigi Cantalamessa, che ha coordinato la commissione di studio per il riassetto di tutti gli ambulatori dell'Ospedale;
- il vicedirettore sanitario dott. Francesco Della Croce, per il generale avviamento funzionale del complesso;

– la dott.ssa Silvana Castaldi (del Servizio controllo di gestione e programmazione) per la raccolta rigorosa dei dati e l'organizzazione delle attività;

– la caposala Anna Maria Di Benedetto, infaticabile operatrice e coordinatrice dei servizi.

– Ancora: per l'espletamento dei compiti legati alle loro responsabilità istituzionali, la dott.ssa Franca Mosconi, il dott. Luigi Colonna e il dott. Walter Bergamaschi.

Nella pagina che segue la tabella indicativa degli ambulatori inaugurati.

Gli ambulatori del Poliambulatorio Lamarmora, distribuiti su quattro piani

Piano Terra	
Centro unico di prenotazione (C.U.P.) - Punto prelievi	
Primo Piano	
Oculistica	Oculistica - Ortottica e Tecniche oftalmologiche
O.R.L.	O.R.L. - Audiometria - Impedenzometria
Endocrinologia	Endocrinologia
Medicina Generale III	Endocrinologia - Diabetologia
Secondo Piano	
Chirurgia d'Urgenza	Malattie del colon - retto - ano - Gastroenterologia d'urgenza Chirurgia mininvasiva
Chirurgia Generale II	Malattie dell'esofago - Obesità patologica - Oncologia chirurgica - Angiologia Chirurgia e Gastroenterologia - Malattie del colon - retto - ano Malattie delle vene - Ambulatorio delle ernie della parete addominale Malattie della cute e degli annessi - Proctologia
Chirurgia Generale VI	Angiologia e Chirurgia vascolare - Chirurgia generale
Chirurgia Generale V	Chirurgia Endocrina: Tiroide, Paratiroide, Surrene - Chirurgia Generale Chirurgia Generale Pre ricovero - Chirurgia delle ernie in Day Surgery Chirurgia Gastroenterologica - Chirurgia delle vie biliari e del pancreas Chirurgia della parete addominale - laparoceli - ernie Chirurgia laparoscopica della colecisti - Chirurgia del colon - retto - ano Senologia e chirurgia della mammella - Chirurgia vascolare periferica Chirurgia delle malattie infiammatorie intestinali - Proctologia
C.T.F.P.	Centro Trapianto Fegato - Chirurgia Toracica
Neurochirurgia	Neurochirurgia - Neurochirurgia del sistema nervoso periferico
Cardiochirurgia	Visite pre operatorie - Visite post operatorie - Chirurgia dei grossi vasi
C.T.R.	Chirurgia del paziente uremico e trapiantato di rene
Terzo Piano	
Medicina Generale III	Patologie alcol correlate - Epatologia e Malattie metaboliche Medicina interna - Reumatologia - Dislipidemie
Medicina Generale IV	Gastroenterologia - Malattie dell'esofago - Dispepsia, Malattia Ulcerosa Celiachia - Malattie funzionali del colon - retto - ano Malattie infiammatorie intestinali - Epatologia
Medicina d'Urgenza	Medicina d'urgenza - Gastroenterologia - Cardiovascolare Pneumologia - Diabetologia
Medicina Generale I	Ipertensione arteriosa - Cardiologia 2
Cardiologia	Cardiologia 1
Neurologia	Neurologia
Pneumologia	Pneumologia

Michele Aramini: *La procreazione assistita*, Paoline Editoriale Libri, Milano, 1999, pagg. 270, lire 26.000

Un tema di grande attualità come quello della fecondazione assistita, è trattato con obiettività di indagine biologica, giuridica, ed etica dall' A., che ha il merito di chiarire, anche per i non addetti ai lavori, tutta la complessa problematica che l'argomento sottende.

Partendo dalla valutazione ontologica dell'embrione, l'A. si inoltra nella descrizione delle motivazioni che spingono la coppia al ricorso alla fecondazione assistita ed enuncia e descrive nei dettagli le numerose tecniche (oggi più di 20) cui si può ricorrere per affrontare il problema dall'inseminazione al transfert di gameti od embrioni.

Lo studio e l'uso di questi metodi hanno certamente accresciuto la conoscenza biologica, della riproduzione umana dal primo sviluppo dell'uovo fecondato, alla scissione blastomerica, alle modificazioni dell'ambiente di sviluppo, all'inizio del colloquio biologico con la madre, ai fenomeni relativi all'annidamento ed a tutti gli altri meccanismi all'impianto ed allo sviluppo dell'embrione.

Proprio partendo dalla valutazione ontologica dell'embrione come essere umano fino dal momento del suo concepimento, e come tale portatore di diritti, anche se soggettivamente non in grado di essere espressi, l'A. si inoltra nella valutazione della sua figura in rapporto alla fecondazione assistita; considerando anche il rischio che, tra la scelta della coppia e la manipolazione cui viene sottoposto, il nascituro possa essere defraudato in parte o completamente dei suoi diritti. Tra questi: il diritto alla tutela della sua vita, della sua integrità, della sua salute; il diritto di conoscere le proprie origini, di avere entrambi i genitori, di avere una famiglia ed una sua propria relazionalità.

Tali diritti a volte, possono contrastare col discusso diritto della coppia ad avere un figlio ad ogni costo, specie quando tale esigenza comporti l'intervento di fecondazione eterologa.

E proprio su tali tematiche l'A. si sofferma a lungo con grande competenza nei capitoli riguardanti la dignità della persona umana, l'etica della tecnica riproduttiva, la posizione della bioetica sia laica che cattolica, il significato etico della fecondazione umana, lo statuto etico e morale dell'embrione.

Particolare attenzione merita, secondo l'A. la possibile deresponsabilizzazione della coppia che si rivolge al medico, al tecnico, per ottenere risposta a un problema che può essere anche non organico. La cura della sterilità di coppia comporta una certa discrezionalità del medico sulla procedura che egli ritiene più idonea per risolvere il singolo caso. Tale discrezionalità talvolta potrebbe essere male usata se basata sul presupposto che il medico si impossessi del potere di decidere ciò che serva al benessere della coppia e del nascituro, nonché, delle metodiche da usare. Sotto questo profilo è possibile rendersi conto della delicata funzione del potere che il medico viene ad esercitare in ogni intervento di fecondazione assistita, specie se l'informazione fornita alla coppia è insufficiente, di bassa qualità, o viziata da pre-giudizi. Dal punto di vista psicologico la presenza del medico nella relazione di coppia potrebbe implicare da un lato il rischio di enfatizzare il problema della sterilità e al limite, l'insorgenza di un sentimento di frustrazione del partner sterile, e dall'altra il rischio che la presunta onnipotenza da parte del medico dotato di strumenti e di conoscenza in grado di vincere la natura, possa generare con l'eventuale, possibile insuccesso, la frustrazione e la disillusione della coppia, ed in particolare nella donna, di vedere fallire ciò in cui si è fermamente creduto.

In tutta la trattazione emerge l'impegno di riflessione sul senso della generazione umana. Tale senso dovrà sempre accompagnare ogni coppia sterile che vorrà cimentarsi con metodo di fecondazione assistita per operare in modo che mai, con le proprie azioni, si violi la vita e l'identità di un altro essere umano, sia pure in via di sviluppo.

Alfonso Zampetti

* * *

Maria Antonietta Crippa, Ferdinando Zanzottera: *Le Porte di Milano*, Strenna dell'Istituto Gaetano Pini, Milano 1999, pagg. 204

Il libro si compone di tre parti. La prima parte *Confini e soglie di Milano, città figurale*, scritta da Maria Antonietta Crippa, tratta di simbologia. La porta non è solo varco praticato nello spessore di un muro, ma è anche *momento di fluidità dello spazio in connessione con la continuità del tempo necessario alla sua fruizione*. Funzione della porta è quella di permettere sia l'entrata che l'uscita della gente sia l'*osmosi* tra il di dentro e il di fuori. Di più. Citando il fenomenologo francese Bachelard, la Crippa ci fa sapere che *la porta è tutto un cosmo del socchiuso. È almeno una immagine princeps, l'origine stessa di una rêverie in cui si accumulano desideri e tentazioni di aprire l'essere nel suo intimo, il desiderio di conquistare tutti gli altri esseri reticenti*.

Abbattute senza lasciar traccia o sopravvissute abbandonate a se stesse, mura e porte di Milano hanno naturalmente perso ogni funzione e simbologia così che le case, un tempo protette dall'abbraccio murario con i suoi varchi, *come stormi di passerii* adesso si disperdono e si raggruppano liberamente nella circostante pianura lombarda.

Autrice di questa prima parte, Maria Antonietta Crippa è un valente architetto che, già allievo di Liliana Grassi, responsabile della meticolosa ricostruzione postbellica del nostro Ospedale Maggiore, insegna al Politecnico di Milano. Nel presente libro, insieme alla simbologia della porta, traccia il quadro architettonico-urbanistico di *Milano murata* analizzandone l'unità organica circoscritta e conclusa, durata più o meno una ventina di secoli.

La seconda parte del libro, *Le Porte di Milano; storia, arte e tradizione* scritta da Ferdinando Zanzottera, traccia la storia particolareggiata delle mura e delle sue porte. Al tempo degli Insubri, Milano era città aperta. Al tempo dei Romani, era città fortificata e murata con cinque porte grandi e tre porte piccole (pusterle). Negli anni Mille Milano aveva mura turrette con ben quindici varchi tra grandi e piccoli. Rase al suolo dal Barbarossa, città e mura sono poi risorte. Nel Trecento infatti, Milano aveva mura che si collegavano al Castello. Merlate e turrette, contavano sei porte e dieci pusterle. Le porte si chiamavano Nuova Orientale Romana Ticinese Vercellina Comacina. In epoca moderna, Vercellina e Comacina avrebbero cambiato il nome in Magenta e Garibaldi. Nel Cinquecento, al tempo del dominio spagnolo, Milano aveva doppia cinta muraria: quella interna medievale-viscontea, lungo i Navigli; quella esterna di Ferrante Gonzaga, formata dai bastioni a loro volta lambiti da un altro corso d'acqua. La cinta muraria esterna riportava più o meno le stesse porte e pusterle della cinta interna ormai insufficiente a contenere l'espansione della città che straripava da tutte le parti. Nell'Ottocento Milano abbatteva anche le mura spagnole spostando demolendo o riqualificando quanto rimaneva degli antichi varchi e ricostruendone di nuovi ormai con funzione prevalentemente ornamentale e celebrativa.

Con le dovute eccezioni, generalmente si chiamava porta il varco costituito da due fornici e due torri; pusterla il varco costituito da un solo fornice con una sola torre. A custodia di ogni porta c'erano fior di armigeri, ma le chiavi per aprirla o chiuderla erano in mano a un cittadino altolocato. Di solito, lo stesso cittadino altolocato aveva in consegna anche le chiavi della pusterla vicina, comunque pianonata da altri armigeri in assetto di guerra. Da questi custodi di chiavi cittadine la probabile origine di molti cognomi milanesi ancora esistenti, quali per esempio: Porta Portari Portelli Portesani Portilla Portoni e Pusterla.

Interessante anche il nome e l'ubicazione di due porte scomparse senza lasciar traccia: Porta Giovia e Pusterla delle Azze.

Porta Giovia – in onore del padre degli dei secondo qualcuno; in onore dell'imperatore Diocleziano Giovio secondo altri – fino al 1058 si trovava dalle parti di via San Giovanni sul Muro. È stata demolita nel 1162 dal Barbarossa, poi ricostruita e ancora demolita nel 1358 da Galeazzo Visconti in occasione della costruzione del Castello. Nonostante la qualifica di porta aveva un solo fornice e una sola torre.

La Pusterla delle Azze preesisteva a Galeazzo Visconti, ma sarebbe stata anche lei abbattuta a causa del vicino Castello. Il nome derivava verosimilmente dalla presenza di diverse botteghe di azzaioli fabbricanti di *acce* (asce) o *azze* (lame). In qualità di pusterla, questa delle Azze avrebbe dovuto avere un solo fornice e una sola torre.

Nel Medioevo alcune torri annesse alle porte erano adibite a scopi non solo militari ma anche civili. A scopi civili erano per esempio adibite le torri della Porta o meglio Pusterla Sant'Ambrogio (oggi sede di un

museo degli orrori) e quelle di Porta Nuova (agli archi di Via Manzoni) dove venivano rinchiusi e seviziati i peggiori criminali dell'epoca. Fra questi, ospiti delle torri di Porta Nuova, Bernarda figlia naturale di Barnabò Visconti e Andreola già Venerabile Madre Badessa del Monastero Maggiore, colte in *flagrante peccato d'amore*. Chissà la faccia sconvolta e inorridita di chi le aveva colte prima e poi denunciate.

Questa seconda parte del libro è illustrata da una raffinata iconografia riunita sotto il titolo *Repertorio tra storia simboli e immaginario*. In massima parte fornito dalla inesauribile Civica Raccolta Stampe Bertarelli e in minima parte piluccata dalla Biblioteca Ambrosiana, dalla *Storia di Milano* di Bernardino Corio, dalla *Descrizione di Milano* di Seviliano Latuada e dall'Archivio Fotografico del Castello Sforzesco, il *repertorio* offre una versione retrospettiva di com'erano combinati i varchi dell'osmosi tra Milano e circondario.

La terza parte del libro, *Un racconto cartografico* scritto da Graziella Sibra, definisce dapprima il significato di cartografia, disciplina consistente nel disegno di una data località, vedendola in una estensione superiore a quella dello sguardo umano e pertanto comprensiva di altre località più o meno lontane, secondo l'intento dello stesso autore cartografico. Esaminando le cartografie di varie epoche, l'autrice traccia il racconto di Milano da quando sulla carta era segnata come abitato compatto monocentrico chiuso in un contenitore murario; via via fino alla segnalazione di Milano come abitato sconfinato invasivo e irreversibilmente metastatizzato. Documenta la crescita di Milano un prezioso materiale cartografico proveniente dalla Facoltà di Architettura del Politecnico di Milano.

Comune a tutte le parti del libro è una puntuale bibliografia, indice inequivocabile di serietà scientifica nonché profonda e coscienziosa padronanza della materia.

Chiude l'opera una splendida cartografia di Leone Zucchi (1844) nella quale si ammira la pianta di Milano con i suoi palazzi i suoi confini e le sue porte, immersa nella popolosa pianura padana circondata dalle Alpi dagli Appennini e dal mare.

Le *Porte di Milano* dell'Istituto Gaetano Pini sarà pure una strenna, ma che strenna. Una di quelle che non si accontentano di essere sfogliate standosene in poltrona; ma che devono essere lette attentamente a tavolino, con matita a portata di mano per sottolineare e annotare quanto di interessante e gustoso viene propinato a ogni piè sospinto.

Vincenzo Bevacqua

* * *

A. Mascheroni: *La bella Bolognina*, Greco & Greco Ed., Milano 2000, pagg. 237, lire 22.000.

Arriva in redazione *La bella Bolognina* di Achille Mascheroni che in poco più di 200 pagine condensa vita e miracoli della duchessa Eugenia Litta Visconti Arese, nata Bolognini Attendolo Sforza e da tutti chiamata *Bolognina*.

Nel libro si dice che oltre a bellissima affascinante raffinata e dominatrice dell'alta società internazionale regnanti compresi, la duchessa fosse una solenne peccatrice. Ma come capita tra le Maddalene e tra i Casanova, anche lei era molto generosa, tanto da regalare all'Ospedale Maggiore il padiglione Litta in memoria del figlio Alfonso, morto di tubercolosi nel 1891 a soli 21 anni.

Senza saperlo, con la costruzione del padiglione Litta *la Bolognina* dava il

via all'inarrestabile espansione dell'Ospedale Maggiore sull'altra riva del Naviglio dove, in pochi decenni, sarebbero sorti altri padiglioni poi diventati sede di istituti universitari di medicina e chirurgia.

Fortunatamente il tempo spazza via tutto risparmiando le opere buone. Infatti, di un personaggio come *la Bolognina*, oltre al ricordo sempre più vago di una nobildonna un po' vivace, oggi rimane un tempio per curare le sofferenze dell'umanità. E non è poco.

Vincenzo Bevacqua

Cronache amministrative

terzo trimestre 2000

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - affari generali e legale

- approvazione dell'accordo di programma per il nuovo Policlinico finalizzato alla riorganizzazione funzionale e conseguente assetto urbanistico dell'IRCCS Ospedale Maggiore e dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento;
- aggiudicazione degli appalti delle opere da verniciatore e tinteggiatore e dei lavori di manutenzione degli impianti elettrici dell'Ospedale;
- appalto per la manutenzione degli impianti ascensori per il periodo 1.10.2000 – 30.9.2001
- appalto dei lavori di restauro dell'Abbazia di Mirasole in Comune di Opera: completamento funzionale dell'edificio con porticato e stalle ad uso della Quadreria e delle case coloniche corpo sud-est, primo lotto: aggiudicazione;
- appalto dei lavori di manutenzione delle opere murarie dell'Ospedale Maggiore: aggiudicazione;
- trattativa privata per l'acquisizione e installazione di un sistema di evacuazione gas anestetici e medicali centralizzato per i locali di radiologia interventistica del pad. C. Riva.
- progetto sperimentale di servizio asilo nido per i dipendenti dell'Ospedale ai sensi della Legge Regionale n.23/1999.
- legge 675/96: "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e D. P. R. 318/99 – regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali – adozione di un protocollo per l'applicazione della normativa".

b - segreteria generale

- piano di riorganizzazione dell'IRCCS Ospedale Maggiore;
- presa d'atto del provvedimento regionale di accreditamento dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico e conse-

guente iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate al n. 259;

- progetti di adozione del sistema di qualità aziendale di cui alla DGR n. VI/46582 del 26.11.99;
- designazione dei responsabili del trattamento dei dati e specificazione dei rispettivi compiti in relazione alla legge 675/96 e al DPR 318/99;
- dipartimenti dell'IRCCS Ospedale Maggiore: schema tipo di regolamento, revoca deliberazione n. 1187/2000: approvazione nuovo schema tipo;
- dipartimento d'emergenza – urgenza e accettazione di alta specialità (EAS);
- legge 11/2/1994, art. 14: Decreto del Ministero dei lavori pubblici 21.6.2000, programma triennale 2001/2003 ed elenco annuale 2001 dei lavori;
- Centro per le malattie a trasmissione sessuale (MTS): acquisizione ed adeguamento di attrezzature: progetto esecutivo;
- Decreto legislativo 26.5.1997, n. 155: attuazione delle direttive 93/43 CEE e 96/3/CE concernenti l'igiene dei prodotti alimentari, adozione del manuale aziendale di autocontrollo dell'igiene;
- piano di emergenza: nomina addetti all'emergenza.

c - ricerca scientifica

- Ministero della Sanità: finanziamento della ricerca finalizzata 1999 (lire un miliardo 150 milioni);
- "Le patologie da allergia: sviluppo di strumenti diagnostici e terapeutici e valutazione della loro appropriatezza ai fini di una corretta gestione del paziente allergico": convenzione n.98/JS/T2 dell'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento complessivo lire 25 milioni);
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 1998: "Indagini patogenetiche e correlazioni genotipo-fenotipo nelle miopatie dei cingoli" assegnata dal Ministero della Sanità all'Istituto Giannina Gaslini di Genova (lire 17 milioni);

- convenzione tra l'Ospedale Maggiore e gli ospedali "Hermanos Ameijeiras" di La Habana e "Saturnino Lora" di Santiago de Cuba per la ricerca e collaborazione congiunta su "L'ablazione della fibrillazione atriale con radiofrequenza durante intervento cardiocirurgico di sostituzione valvolare mitralica";
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 1998: "Genetica della resistenza insulinica" assegnata dal Ministero della Sanità all'Istituto Casa Sollievo della sofferenza - San Giovanni Rotondo (FG) (lire 36 milioni);
- programma nazionale di ricerca sull'Aids 1999: accordo di collaborazione scientifica n. 40C45 dell'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento complessivo lire 60 milioni);
- ricerca finalizzata 1999: "Valutazione dei bisogni assistenziali e del consumo di risorse in pazienti affetti da sclerosi sistemica: profili costi-benefici di diversi modelli assistenziali", convenzione di collaborazione congiunta tra l'Ospedale Maggiore e la II Università di Napoli, divisione di reumatologia (finanziamento di lire 72 milioni);
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 1999: "Protocollo multidisciplinare per il paziente affetto da malattia del motoneurone - sclerosi laterale amiotrofica: studio della cinematica respiratoria, intervento riabilitativo precoce e messa a punto di nuove strategie rivolte a migliorare la qualità della vita" assegnata dal Ministero della Sanità alla Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus Centro IRCCS "S. Maria Nascente" di Milano (lire 40 milioni);
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 1999: "Esplorazione fisiopatologica e validazione clinica di nuovi percorsi diagnostici e terapeutici dello scompenso cardiaco e nell'ictus ischemico acuto" assegnata dal Ministero della Sanità all'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia (lire 25 milioni);
- ricerca finalizzata 1999: "Progetto sepsi: sviluppo di una rete ospedaliera per la sorveglianza, la validazione di indicatori prognostici e la definizione di modelli assistenziali delle infezioni severe", convenzione di collaborazione congiunta tra l'Ospedale Maggiore e la Regione Lombardia (finanziamento lire 40 milioni); Ospedale Maggiore e Istituto Mario Negri (lire 60 milioni);
- ricerca finalizzata 1999: "I topi transgenici come modelli sperimentali delle neuropatie ereditarie dell'uomo", convenzione di collaborazione congiunta tra L'Ospedale Maggiore e la Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor (finanziamento lire 80 milioni);
- ricerca finalizzata 1999: "Validazione dei bisogni assistenziali e del consumo di risorse in pazienti affetti da sclerosi sistemica: profili costi-benefici di diversi modelli assistenziali, convenzione di collaborazione congiunta tra l'Ospeda-

le Maggiore e l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Ranica (Bg) (lire 52 milioni).

d - servizio personale

- affidamento degli incarichi dirigenziali al personale medico universitario convenzionato;
- qualificazione professionale del personale appartenente alla posizione funzionale di dirigente medico I livello: ricognizione dei colleghi tecnici;
- servizio per l'erogazione, la gestione e lo sviluppo della assistenza infermieristica e ausiliaria socio-sanitaria (servizio infermieristico);
- accordo attuativo tra l'Università degli Studi di Milano e l'Ospedale Maggiore di Milano, in applicazione del protocollo d'intesa 19.11.1998 tra Regione e Università per l'espletamento dei corsi di diploma universitario di: ortottista - assistente oftalmologia; infermiere; logopedista; tecnico sanitario di radiologia medica; tecnico audiometrista;
- contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area relativa alla dirigenza medica del servizio sanitario nazionale sottoscritto in data 8.6.2000;
- contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area relativa alla dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del servizio sanitario nazionale sottoscritto in data 8.6.2000.

e - servizio provveditorato

- acquisto di: strumentario chirurgico, preparati antisettici disinfettanti, impianto di comunicazione radio per l'emergenza, sessanta pompe per infusione a siringa per diversi reparti;
- acquisto di: tre sollevatori trasportatori per ammalati per il blocco operatorio del pad. Monteggia; quaranta sfigmomanometri da tavolo, quaranta sfigmomanometri su piantana, dieci oscillometri e dieci laringoscopi per diversi reparti, materiale per dosimetria personale;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di terreni di coltura pronti all'uso in piastra e in provetta per tre anni;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale di medicazione invasivo chirurgico per due anni;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di strumentario chirurgico pluriuso per videolaparoscopia per i diversi blocchi operatori per l'anno 2000;
- indizione di trattativa privata per la fornitura in "service" di sistemi diagnostici per microbiologia, comprendenti le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità dei sistemi stessi, per due anni;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di presidi diversi per laparo-toroscopia, monouso, sterili per l'anno 2000;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di gas terapeutici e di laboratorio in bombole/tanks per due anni;

- indizione di licitazioni private per la fornitura triennale di gas medicali e azoto liquido con relativi impianti fissi (serbatoi/evaporatori): approvazione della documentazione di rito;
- indizione di licitazione privata per la fornitura biennale di pace makers: approvazione della documentazione di rito;
- acquisto di attrezzature antincendio e presidi diversi in tessuto non tessuto (TNT);
- fornitura biennale di sacche per l'alimentazione parenterale;
- trattativa privata per la fornitura di: pompe monouso e ports per infusione di farmaci chemioterapici; cerotti di diverso tipo per due anni; provette in plastica e materiale da laboratorio; biennale di dispositivi monouso per servo assistenza respiratoria – anni 2001-2002; dispositivi medici per radiologia interventistica epato-biliare; dispositivi per anestesia e rianimazione, ed aggiudicazione;
- acquisto di: presidi diversi per il Centro trasfusionale; presidi diversi per laparo/toracosopia e laparo/toracotomia, monouso, sterili; due rx portatili per l'esecuzione di radiografie al letto del paziente per la radiologia di via Pace; presidi in tessuto non tessuto (TNT); due letti per camera operatoria pad. Beretta est; carta assorbente plastificata da un lato e non plastificata per i laboratori per un anno;
- acquisto di: trenta carrelli per emergenza necessari nei vari reparti; strumenti, piccoli apparecchi, tre riuniti per oculistica e cinque lampade scialitiche per il Poliambulatorio Lamarmora; tredici letti bilancia a lettura analogica per la divisione di nefrologia e dialisi; un incubatore per colture cellulari per la divisione di ematologia padiglione Granelli; materiale di consumo per apparecchiature sanitarie; immunoglobuline endovenose aspecifiche (7S);
- indizione di trattativa privata per la fornitura biennale di elettrocatereteri per stimolazione definitiva per gli anni 2000-2001-2002;
- fornitura di materiali di consumo per diagnostica di chimica clinica, unitamente ai relativi sistemi mediante "service" per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di dispositivi medici per il trattamento delle fratture della mano e per osteosintesi (chiodo bloccato) per gli anni 2001-2002-2003;
- fornitura di terreni di coltura pronti all'uso, in piastra e in provetta, per tre anni; aggiudicazione provvisoria;
- indizione di trattativa privata per la fornitura biennale di connettori a "T" con tappo per sondini per gli anni 2001-2002;
- acquisto di: nastri per suture cutanee e telini chirurgici per incisione, sterili; divise per personale diverso per il 2000; divise per portieri e commessi per il 2000; calcolatrici con convertitore Euro per l'anno 2000; sacchetti di plastica di varie dimensioni ed usi diversi per un anno;

- acquisto di: tamponi nasali in schiuma di acetato in polivinile; drenaggi chirurgici; elettrodi per monitoraggio cardiaco, cateteri a fibre ottiche; suturatrici cutanee ed estrattori per punti metallici, monouso; serie di test ortottici per il Poliambulatorio pad. Lamarmora (aggiudicazione); materiale di consumo per apparecchiature di laboratorio; lenti intraoculari da camera posteriore per fuchici miopi elevati;
- acquisto per il fabbisogno dell'anno 2000 di: sondini per broncoaspirazione, sondini per ossigeno, cannule e maschere diverse; aspiramuco/sets per aspirazione tracheale; sonde naso-gastriche per nutrizione enterale; tubi collegamento manometria; presidi sanitari diversi; cateteri vescicali diversi; tappi kits per cateterismo vescicale e sonde nasogastriche;
- indizione di trattativa privata per la fornitura biennale (2001/2002) di: dispositivi per drenaggio toracico; dispositivi per urologia; presidi sanitari diversi; tubi collegamento manometria e raccordi misure e forme diverse; dispositivi per chirurgia e gastroenterologia; dispositivi per ossigeno-aerosolterapia;
- trattativa privata per la fornitura di materiale di medicazione invasivo chirurgico per due anni: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di cerotti per medicazione di diverso tipo per due anni;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: defibrillatori impiantabili automatici e pacemaker per impieghi speciali, a carattere di unicità; palloni rianimatori e accessori vari per detti (biennale); dispositivi medici per la radiologia interventistica epato-biliare; preparati per la nutrizione enterale e deflussori per due anni;
- trattativa privata per l'acquisto di dispositivi vari per elettroencefalografia (EEG); elettromiografia (EMG) e potenziali evocati (EP): aggiudicazione;
- fornitura biennale di deflussori per nutrizione parenterale e relative pompe;
- fornitura di reti, nei diversi tipi e formati, per la ricostruzione della parete addominale o riparazione ernia inguinale per tre anni;
- indizione di trattativa privata per la fornitura in "service" di un sistema diagnostico per la determinazione della presenza di Helicobacter Pylori (Breath tests) comprendente l'apparecchiatura in uso unitamente agli accessori, il relativo diagnostico e materiali di consumo complementari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni;
- fornitura in "service" di un sistema diagnostico per coagulazione, comprendente le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: aggiudicazione definitiva;

- indizione di trattativa privata per la fornitura in “service” di un sistema diagnostico per allergologia “in vitro”, comprendente le apparecchiature in uso unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per due anni;
- trattativa privata per la fornitura di gas terapeutici e di laboratorio in bombole/tanks per due anni: aggiudicazione;
- fornitura di strumentario chirurgico pluriuso per videolaparoscopia per i diversi blocchi operatori per l’anno 2000;
- fornitura di: impianti cocleari; pellicole radiografiche e materiali per radiografia (rinnovo contrattuale per due anni);
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale di medicazione specialistica per due anni;
- trattativa privata per l’acquisto di occhiali protettivi per apparecchiature laser: aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura di sacche sangue, sterili, quaduple da 450 ml con CPD e SAGM per il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti: approvazione dei verbali di gara ed aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura di guanti ad uso sanitario: approvazione verbale di gara ed aggiudicazione lotti nn. 2, 3, 4, 5, 6 e 8.

f - servizio patrimoniale

- ristrutturazione ad hospice della Cascina Brandezzata: prime determinazioni;
- locazione di unità immobiliari, ad uso diverso di abitazione, di proprietà dell’Ente, presa d’atto dell’esito della gara pubblica e aggiudicazione;
- case in Milano; affidamento della conduzione impianti di riscaldamento stagione invernale 2000/2001.

g - servizio ospedaliero

- dirigenti medici ospedalieri: esclusività del rapporto di lavoro;
- dirigenti medici universitari art. 5 D. Lgs 517/99;
- riduzione liste di attesa prestazioni di ecografia e mammografia, ricorso all’area a pagamento;
- commissione paritetica di promozione e verifica attività libero-professionale intramoenia.

h - servizio informatica

- servizi di assistenza tecnica, manutenzione, attività specialistica sul software applicativo del laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche (lire 76.582.080 Iva inclusa);
- servizi di assistenza specialistica ed aggiornamenti dei programmi esistenti presso la direzione scientifica ed il servizio anestesia e rianimazione pad. Guardia e accettazione (lire 135.072.000 Iva inclusa);

- assistenza tecnica e manutenzione per l’anno 2000 del sistema informatico del laboratorio di ematologia (lire 17.760.000 Iva inclusa);
- assistenza tecnica e manutenzione per l’anno 2000 dei sistemi hardware (lire 53.517.600 Iva inclusa) installati presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti e assistenza software e sistemistica (lire 359.040.000 Iva inclusa);
- rinnovo per l’anno 2000 del contratto di collegamento alla rete Internet dell’Ospedale Maggiore e potenziamento del collegamento stesso (lire 64.992.000 Iva inclusa);
- assistenza tecnica e manutenzione per l’anno 2000 dei terminali di timbratura e del software di rilevazione presenze;
- assistenza tecnica e manutenzione per l’anno 2000 delle apparecchiature in dotazione al CED;
- realizzazione del sistema informatico del poliambulatorio Lamarmora;
- indizione di trattativa privata per l’acquisto di sistemi server per il poliambulatorio Lamarmora;
- indizione di trattativa privata per l’acquisto di personal computer e stampanti, fabbisogno per l’anno 2000;
- acquisizioni di licenze d’uso di software di office automation e antivirus;
- acquisizione software per il monitoraggio ed il controllo dei sistemi server, dei personal computer e della rete per il poliambulatorio Lamarmora;
- indizione di trattativa privata per la realizzazione della fonia-dati del poliambulatorio Lamarmora;
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura di software per il monitoraggio e il controllo dei sistemi server, dei personal computer e della rete per il poliambulatorio Lamarmora (lire 75.798.000 Iva inclusa);
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura di modulo software “triage” per il Pronto Soccorso (lire 68.160.000 Iva inclusa); stampanti, fabbisogno 2000 (lire 288.016.560 Iva inclusa); personal computer, fabbisogno 2000 (lire 405.555.000 Iva inclusa);
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura di stampanti ad aghi (lire 17.260.800 Iva inclusa);
- aggiudicazione a trattativa privata per la fornitura di un software per la gestione delle cellule staminali del Centro trasfusionale dell’Ospedale Maggiore (lire 38.400.000 Iva inclusa).

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 5503.8311/5503.8376

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