



# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLII - n. 3 - 2001

# la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLII - n. 3 - 2001

## *sommario*

	pagina
Ai lettori .....	1
La nuova Amministrazione dell'Ospedale Maggiore - Il saluto del Commissario straordinario .....	2
Un saluto al nuovo Ministro ..... <i>Antonio Randazzo</i> .....	3
La medicina della complessità e l'invecchiamento della popolazione ..... <i>Carlo Vergani</i> .....	4
La protesi digitale negli adolescenti sordi preverbalmente ..... <i>Loredana Todini, Elena Faieta, Arturo Zaghis</i> .....	8
Asterisco .....	10
Sovrappeso, obesità: considerazioni di un cardiologo ..... <i>Carlo Belli</i> .....	11
Memoria e storia ..... <i>Giorgio Cosmacini</i> .....	14
Vivere e sopravvivere con l'ossigeno ..... <i>Italo Brambilla</i> .....	18
Misericordia relaxaverint - Le indulgenze per gli ospedali milanesi ..... <i>Paolo Galimberti</i> .....	20
Malattia di Alzheimer: è possibile un moderno approccio rieducativo con l'arte e la musica? ..... <i>Livio Bressan</i> .....	25
Asterisco .....	30
Una tela per la vita - La beneficenza all'Ospedale Maggiore ..... <i>Giorgio Cosmacini</i> .....	31
Considerazioni eterodosse sulla pittura contemporanea ..... <i>Antonio Randazzo</i> .....	33
Il complesso di Laio e la vita ospedaliera ..... <i>Ferdinando Cislaghi</i> .....	37
C'era una volta Milano a croci e colori ..... <i>Vincenzo Bevacqua</i> .....	39
Recensioni - Notizie .....	43
Cronache amministrative .....	46

### *La copertina*

Fregi e decorazioni del chiostro secentesco nel cortile grande dell'antico Ospedale Maggiore, ora sede dell'Università  
(fotografia di *Corrado Macchi*)

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Direzione, redazione, amministrazione: 20122 Milano, via F. Sforza, 28  
telefoni 02-5503.8311/02-5503.8376 - Fax 02-5503.8264

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

## ai lettori

*Il fascicolo si apre con la presentazione dei nuovi Amministratori dell'Ospedale Maggiore, il saluto del commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto e il voto augurale al nuovo ministro della salute prof. Girolamo Sirchia, espresso per noi dal prof. Antonio Randazzo.*

*Il “nostro” mondo della medicina nei contributi diversi, alcuni dei quali come risposta ai lettori:*

*“La medicina della complessità – scrive il prof Carlo Vergani- è tema di grande attualità a cui l'invecchiamento della popolazione fornisce ulteriori elementi di considerazione (...). Uno degli aspetti da non trascurare è quello relativo alla modalità con cui il soggetto percepisce il proprio stato di salute e la qualità della vita (...).”*

*L'attesa di molti “adolescenti sordi” è compensata fortemente dai progressi tecnologici ottenuti in campo protesico con gli apparecchi digitali: ce ne informa il prof. A. Zaghis con le collaboratrici logopediste L. Todini ed E. Faieta della Unità operativa di Audiologia (Dipartimento di scienze otorinolaringologiche del Policlinico).*

*Il prof. Carlo Belli si ferma sulla pericolosità del sovrappeso nel favorire anche precocemente l'insorgenza nell'individuo di gravi disturbi cardiovascolari.*

*Il prof. Italo Brambilla (già primary a Niguarda del servizio di fisiopatologia cardiorespiratoria, che nell'82 introdusse in Italia il sistema di ossigeno liquido portatile) illustra qui l'attività eccezionale dell'Associazione AMOR in aiuto alle persone ossigeno-dipendenti per metterle in condizione di riabilitarsi alla vita di relazione sociale.*

*Il malato di Alzheimer e l'équipe multidisciplinare: l'équipe che opera presso il Nucleo Alzheimer dell'Istituto Geriatrico Redaelli applica, al di fuori della terapia farmacologica tradizionale, metodiche innovative attraverso l'arte e la musica, per recuperare il malato sotto il profilo affettivo, sociale e cognitivo. Ne scrive per noi il dott. Livio Bressan.*

*Il prof. Cosmacini ci intrattiene sul significato esistenziale dei rapporti fra storia e memoria a partire dalla riflessione di Sant'Agostino: “Il nostro presente ha tre dimensioni: il presente del passato, il presente del presente, il presente del futuro”.*

*In altre pagine, il dono di opere pittoriche di docenti di Brera al nostro Centro trapianto fegato, ha offerto al prof. Cosmacini l'occasione per ricordare la tradizione secolare della beneficenza all'Ospedale Maggiore e gli immutati valori attuali della stessa.*

*Una sorprendente documentazione d'archivio sulle indulgenze al nostro Ospedale, al di là della celebrata festa del Perdono, aggiunge per la firma dell'archivista dott. Paolo Galimberti particolari interessantissimi dal secolo tredicesimo alla più nota storia della Ca' Granda.*

*Il prof. Randazzo con la sua penetrante osservazione di abitudini e costumi, di fatti culturali diversi, appoggiandosi a “considerazioni eterodosse sulla pittura contemporanea” ci induce all'attenta intelligente considerazione del nostro spesso sottovalutato “quotidiano”.*

*Una bella pagina di cultura e di vita milanese, ricostruita sul volume “Una milano sconosciuta” dal prof. Vincenzo Bevaqua con lo spirito partecipativo e indagatore che gli conosciamo, ha sempre il merito di farci “riconoscere”, “rivisitare” e “riamare” la nostra Città.*

*Un indimenticabile “corsivo” del prof. Ferdinando Cislighi (Ca' Granda 1977), asterischi di autori celebri, recensioni librerie e le consuete rubriche chiudono il fascicolo.*

# *La nuova Amministrazione dell'Ospedale Maggiore*

*Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia, in applicazione dell'art. 1, primo comma, del decreto-legge 19 giugno 1997, n. 171, convertito dalla legge 31 luglio 1997, n. 258, il 22 giugno 2001 ha nominato Commissario straordinario dell'"IRCCS Policlinico Ospedale Maggiore di Milano" il dott. Giuseppe Di Benedetto.*

*In data 27 giugno il Ministro ha quindi nominato due Vice Commissari straordinari nelle persone del dott. Clemente Luciano e del prof. Piergiorgio Sirtori. Nel mese di luglio hanno lasciato l'incarico, rispettivamente, di direttore scientifico e direttore sanitario il prof. Luciano Gattinoni e il dott. Marco Triulzi. Il commissario straordinario li ha sostituiti con il dott. Ferruccio Bonino e il dott. Ermenegildo Maltagliati. Il direttore amministrativo è la dott.ssa Franca Mosconi.*

## *Il saluto del Commissario straordinario*

Ho piacere di rivolgere un saluto cordiale ai dipendenti del nostro Policlinico e, quindi, ai lettori della Ca' Granda.

Torno in questo Ospedale che mi ha visto per anni impegnato nell'attività amministrativa e vi torno oggi con gravose responsabilità commissariali.

È stato scritto già in queste pagine che per definizione "il Commissario è persona incaricata di reggere la guida dell'Ente per un periodo indeterminato, fino a che non sia possibile ripristinare il normale funzionamento degli organi istituzionali". Questa considerazione non mi impedisce di vedere nell'incarico tutto il peso della responsabilità che comporta un complesso della portata e della storia dell'Ospedale Maggiore di Milano: il carico di competenze, di problemi, di domande, le inevitabili divergenze d'opinione che, poi, non sempre sono di danno e qualche volta stimolano al meglio; ancora: la consapevolezza di centenarie tradizioni, ma anche delle potenzialità alle quali l'intera città guarda.

Mi sento impegnato nelle attività di conoscenza, nella ricerca di ciò che può accomunare chi amministra e chi collabora a tutto vantaggio dell'Istituzione, della comunità sana e soprattutto di quella che soffre; che in vario modo ci è affidata e per la quale occorre dare il massimo.

Dobbiamo lavorare insieme con fiducia reciproca, serietà e determinazione, tenendo presente che il grande credito dell'Istituto può essere sostenuto e alimentato solo mediante l'impegno quotidiano di noi tutti.

*Giuseppe Di Benedetto*

# *Un saluto al nuovo Ministro*

ANTONIO RANDAZZO

Ho conosciuto il prof. Sirchia molti anni fa. Eravamo entrambi giovani medici, a cui venivano affidati i primi pazienti ricoverati in Ospedale. Esisteva allora una riconosciuta gerarchia di valori e di esperienza, per cui dovevamo rispondere delle nostre diagnosi e degli indirizzi terapeutici ai superiori. La cosa non ci dispiaceva assolutamente. Eravamo consci di essere inesperti e di possedere un bagaglio culturale ancora inadeguato. La prassi che prevedeva di sottoporre il nostro agire medico al parere di colleghi più anziani e più dotti ci appariva come una giusta garanzia per il malato e un motivo di arricchimento professionale per noi. Era ancora lontana dalle nostre menti la filosofia del medico “unico”, che un atteggiamento misto di presunzione e di suscettibilità avrebbe reso attuale qualche anno dopo. Ritenevamo che la nostra attività fosse diversa da quella di tanti altri lavoratori, perché riguardava la salute. Più che ad altri, il contatto continuo con la sofferenza ci faceva capire che questa salute era il bene più grande per l'uomo e che, perdendo la salute, il malato doveva trovare in noi non solo la tecnica necessaria a guarirlo, ma anche una amichevole solidarietà. Tutto questo ci avevano insegnato negli anni della Facoltà e tutto questo continuavano ad insegnarci negli anni della formazione postlaurea. Maturavamo la nostra esperienza nella ferma convinzione che quella del medico fosse una missione.

Poi, favorita dai profondi cambiamenti della società, è arrivata l'epoca della critica aprioristica di tutti i comportamenti e i costumi precedenti; l'epoca della supponenza e della insofferenza di ogni subordinazione gerarchica. Illuminati esponenti del mondo della cultura andavano sostenendo la necessità di assicurare all'individuo, in ogni campo, un'ampia libertà d'azione, allo scopo di favorire la capacità di critica e di evitare con ciò le eventuali tentazioni conformistiche.

La prassi sindacale, fondamentalmente ostile ai criteri meritocratici, proponeva per il lavoratore medico comportamenti non difforni da quelli di tutti gli altri lavoratori. Ne sono derivati per i medici vantaggi economici, maggiori garanzie per gli avanzamenti di carriera, per l'assicurazione contro le malattie e i rischi professionali, per il pensionamento a fine carriera. Purtroppo tutto questo ha avuto un prezzo: il medico ha finito veramente per credere di essere un lavoratore come tutti gli altri. Poiché, nell'odierna opinione corrente, qualsiasi lavoro deve essere remunerato, si è fatto strada il convincimento che lo studio, la lettura dei trattati e delle riviste scientifiche dovesse entrare a far parte dell'orario di lavoro, di volta in volta concordato con gli Enti erogatori di assistenza. Parlare di missione del medico e dei sacrifici che, così intesa, la professione poteva richiedere, significava esporsi all'ironia dell'interlocutore o, al massimo, alla sua benevola commiserazione.

Le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti. Assistiamo ad un vero trionfo del conformismo culturale; i costumi si sono involgariti: la medicina è stata pervasa da una grave involuzione burocratica.

Perciò, nel congratularmi con l'amico Sirchia per la sua nomina a Ministro della Repubblica; nel rallegrarmi per il fatto che un collega dell'Ospedale in cui abbiamo passato la nostra vita abbia raggiunto questo prestigioso traguardo, io non sottolineerò l'intelligenza dell'uomo, le sue capacità organizzative, ampiamente dimostrate nell'aver riunito in una Associazione ben 20.000 donatori di sangue per i fabbisogni del nostro e di tanti altri Ospedali e nell'aver diretto, per tanti anni, il Nord Italia Transplant e il Centro immunotrasfusionale. Non ricorderò il numero delle sue pubblicazioni scientifiche (che sono tante!), né i contrasti, le incomprensioni, i dispiaceri che pure fan parte della convivenza fra gli uomini e che tuttavia esigono, per essere superati, la determinazione di cui Sirchia ha dato prova.

Di lui voglio invece ricordare gli anni della nostra giovinezza, la nostra prima attività clinica al letto del malato. Voglio ricordarlo come tante volte l'ho visto, chino sul paziente, interessato alla sua storia personale, in atteggiamento di solidale partecipazione.

Per queste caratteristiche dell'uomo e del medico, io credo fermamente che Sirchia sarà un ottimo Ministro della Salute.

# La medicina della complessità e l'invecchiamento della popolazione

CARLO VERGANI

La medicina della complessità è un tema di grande attualità a cui l'invecchiamento della popolazione fornisce ulteriori elementi di considerazione. Come è noto, per valutare lo stato di salute di una popolazione viene oggi presa in considerazione non tanto l'attesa globale di vita alla nascita quanto l'attesa di vita attiva. Il Rapporto 2000 della WHO sulla salute del mondo<sup>18</sup> pone l'Italia al sesto posto per quanto riguarda il DALE (Disability Adjusted Life Expectancy), un parametro che consente di distinguere la vita attiva dalla vita non attiva. In Italia l'uomo ha davanti a sé un'attesa di vita alla nascita di 75 anni, la donna di 82 anni, ma di questi, mediamente, sei anni sono anni di vita non attiva. Ci si domanda quali sono i fattori che determinano la durata e la qualità della vita. Per il 99,9 per cento del tempo che l'uomo ha trascorso sulla terra, l'attesa di vita alla nascita è stata di 30-40 anni. Solo a partire dalla metà del secolo scorso la durata di vita è pressoché raddoppiata. Secondo Leonard Hayflick<sup>14</sup> l'invecchiamento è un artefatto sociale, è un manufatto e, in quanto tale, non è né univoco né predittibile. Ciò si può evincere anche dalle curve età-funzione che mostrano come, con l'invecchiamento, la funzionalità dei soggetti presenta valori sempre più dispersi: esiste l'invecchiamento "di successo" (*successful aging*)<sup>9, 27</sup> e l'invecchiamento meno prestigioso. Secondo la teoria del *disposable soma* di Thomas Kirkwood<sup>16</sup>, l'individuo è finalizzato non tanto alla perpetuazione di se stesso, quanto alla riproduzione della specie. Teoria che richiama sentenze della sapienza classica, se è vero che già Platone nel Simposio diceva che la generazione è ciò attraverso cui quel che muore dura. Ma oggi la biologia molecolare ci aiuta a comprendere. Fattori proapoptotici e antiapoptotici regolano, con una sorta di "social control"<sup>21</sup>, l'equilibrio fra vita e morte<sup>2, 25</sup>. Non esistono, pertanto, i "gerontogeni", i geni, cioè, che attivamente determinano l'invecchiamento. La lon-

gevità è regolata da geni che controllano i livelli di attività, permettendo, ad esempio, la riparazione del DNA e la modulazione delle difese antiossidanti<sup>16</sup>. Esistono, d'altro canto, i geni della fragilità, della predisposizione alla malattia. Tale è, per esempio, l'allele  $\epsilon 4$ , del gene dell'APOE sul cromosoma 19, che anticipa e facilita l'incidenza della malattia di Alzheimer di tipo sporadico. E' un allele non necessario né sufficiente per la genesi della malattia: l'*odd ratio*, ossia il rischio di malattia, è di 1,4; la sua presenza comporta, dunque, un aumento del 40 per cento del rischio nel portatore rispetto al non portatore<sup>24</sup>. Anche una mutazione nel gene HFE dell'emocromatosi anticipa la comparsa della sintomatologia nei pazienti con malattia di Alzheimer<sup>28</sup>. E' vero che esistono geni "causali" della malattia (geni della Presenilina 1, della Presenilina 2, della Amyloid Precursor Protein – APP), ma questi spiegano solo il 5 per cento dei casi di malattia di Alzheimer. Alla base della maggioranza delle malattie di cui si muore oggi sta l'interazione fra più geni e l'ambiente da cui deriva il fenotipo complesso<sup>1, 34</sup>. Il determinismo e il riduzionismo genetico sono, pertanto, i pericoli sottostanti alla lettura del genoma<sup>32</sup>. La combinazione assetto genico e percorso di vita conferisce la connotazione di unicità alla salute e alla malattia del soggetto<sup>10, 15, 29</sup>.

La medicina della complessità impone anche una ridefinizione del concetto di normalità. Esiste una grande variabilità fra gli individui e ciò ha il corrispettivo molecolare negli SNIPs (Single Nucleotide Polymorphisms)<sup>3</sup>. Due soggetti "normali" differiscono per un singolo nucleotide ogni mille-duemila nucleotidi nella sequenza del DNA. Poiché il numero di nucleotidi del genoma umano è di circa tre miliardi, si ritiene che due soggetti differiscano tra di loro per almeno uno-due milioni di basi<sup>11</sup>. Secondo David Baltimore<sup>3</sup> "si costruiscono diverse architetture con gli stessi mattoni". Si realizzano, in tal



*Esculapio visita gli infermi.*  
(dalle Civiche Raccolte Bertarelli)

modo, anche enormi salti di qualità. In biologia solo la complessità, a diversi livelli di integrazione, è in grado di spiegare la differenza che esiste fra lo scimpanzè e l'uomo le cui sequenze nucleotidiche differiscono solo dell'1,3 per cento<sup>19</sup>. Sono dati che possono comportare importanti implicazioni teoriche. Non dimentichiamo, ad esempio, quanto già Charles Darwin scriveva nei suoi Taccuini: "Colui che comprenderà il babbuino contribuirà alla metafisica più di Locke". Ma la medicina della complessità sta solo muovendo i primi passi e le varianti interpretative certo non mancano; di fatto esistono più di trenta modelli matematici che descrivono la complessità<sup>12</sup>.

Un ulteriore aspetto è quello relativo alla modalità con cui il soggetto percepisce il proprio stato di salute e la qualità della vita. Non ci sono parametri in grado di definire quest'ultima. È come voler catturare la bellezza di una rosa in base al profumo e al colore<sup>23</sup>. Secondo l'Istat il 40 per cento degli ultrasessantacinquenni dichiara uno stato di salute buono o molto buono pur in presenza di una compromissione fisica notevole. È il cosiddetto "paradosso della disabilità"<sup>15</sup>. Ciò significa che qualificano la vita elementi che sfuggono all'analisi fisica del soggetto. Anche questo ha a che fare con la medicina della complessità, con la ecologia della medicina. Recentemente sul *New England Journal of Medicine* è stato pubblicato un lavoro dal titolo "The Ecology of Medical Care"<sup>13</sup>. Sono stati presi in considerazione negli USA, per un mese, mille soggetti: ottocento di questi risentono di una sintomatologia clinica, il 33 per cento dichiara l'intenzione di rivolgersi a un medico, il 22 per cento si sottopone a visita medica<sup>13</sup>. Questo scarto tra il 33 e il 22 per cento può suggerire il ricorso alla medicina alternativa, ma sta anche a significare la percezione da parte del paziente che il medico non è in grado di avvertire la complessità del disagio. La cosiddetta *boutique medicine*<sup>4,5</sup>, che fornisce informazioni sul gene anomalo o sul farmaco che può creare reazioni avverse, è una medicina utile per il singolo, meno utile per la comunità. Oggi il medico non deve porsi di fronte al soggetto domandandosi con rigore "Qual è la diagnosi?" ("Tutto ciò che è rigoroso diventa insignificante", diceva René Thom), ma deve, piuttosto, chiedersi "Qual è il problema?".

Ci sono, infine, due considerazioni che tengono conto della complessità dello scenario in cui il medico si trova ad operare. Esiste il rischio che il sequenziamento del DNA depotenzi la stima dei determinanti sociali della salute. Un editoriale del *Lancet*<sup>11</sup> sottolinea come i politici siano indotti a suonare il peana per la ricerca sul genoma, sottraendosi in tal modo a responsabilità di carattere sociale. La disabilità è un portato negativo dell'invecchiamento della popolazione, ma essa non è una caratteristica del soggetto. Nasce, piuttosto, dallo scarto fra aspettativa ed esperienza, fra bisogno del soggetto e disponibilità dell'ambiente<sup>8</sup>. Per questo si parla di *upstream medicine*<sup>20</sup>, di una medicina che rimuova alla fonte la causa della malattia e che abbia più a che fare con la *public health*<sup>6, 7, 22, 30, 31</sup>. Accanto ad una crisi del fattore di rischio maggiore viene rivalutato il fattore di rischio subliminare diffuso. Vale il teorema di Rose<sup>26</sup> secondo cui il rischio diffuso genera più patologia del fattore di rischio maggiore che interessa poche persone. Un'ultima considerazione. Secondo Peter Whitehouse<sup>33</sup>, i gravi deficit cognitivi che si associano all'invecchiamento della popolazione debbono essere riconcettualizzati. La curva della mortalità, che esprime la cosiddetta "forza della mortalità" di Medwar, ha un andamento esponenziale con un tempo di raddoppio di 7 anni dopo i 40 anni. Parallela a questa curva della mortalità si pone la curva di prevalenza dei gravi deficit cognitivi che raddoppia ogni cinque anni dopo i 65 anni<sup>17</sup>. La demenza si manifesta nel 20 per cento degli ultrasessantacinquenni e nel 40 per cento degli ultraottantenni. Questo andamento "gomperziano" della curva della demenza sta ad indicare che il deficit cognitivo è parte del cosiddetto invecchiamento fisiologico. La demenza va, dunque, riconcettualizzata quale metafora della fragilità, della frattura del tempo e dello spazio, dell'incapacità di ordinamento che stiamo vivendo nell'epoca della postmodernità. In tal modo la malattia non è più malattia, perché non colpisce più il singolo né deriva dal gene mutato, ma entra a fare parte del vissuto personale.

## Bibliografia

- 1 - Aldhous P. *Beyond the book of life*. Nature 2000; 408: 894-6.
- 2 - Ameisen JC. *Al cuore della vita*. Feltrinelli Editore, Milano, 2001.
- 3 - Baltimore D. *Our genome unveiled*. Nature 2001; 409: 814-6.
- 4 - Bloom BJ. *The future of public health*. Nature 1999; 402S: 63-4.
- 5 - Bloom BR, Trach DD. *Genetics and developing countries*. Brit Med J 2001; 322: 1006-7.
- 6 - Breslow L. *From disease prevention to health promotion*. JAMA 1999; 281(11): 1030-3.
- 7 - Butler RN. *Population aging and health*. Brit Med J 1997; 315: 1082-4.
- 8 - Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. *Is quality of life determined by expectations or experience?* Brit Med J 2001; 322: 1240-3.
- 9 - Cassel CK. *Successful aging. How increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care*. Geriatrics 2001; 56(1): 35-40.
- 10 - Collins FS, McKusick VA. *Implications of the Human Genome Project for Medical Science*. JAMA 2001; 285: 540-4.
- 11 - Editorial. *The human genome, in proportion*. Lancet 2001; 357: 489.
- 12 - Gell-Mann M, Lloyd S. *Complexity*. 1996; 2, 44.
- 13 - Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. *The Ecology of Medical Care Revisited*. N Engl J Med 2001; 344(26): 2021-5.
- 14 - Hayflick L. *Commentary*. Nature 2000; 408: 267-9.
- 15 - Higginson IJ, Carr AJ. *Measuring quality of life. Using quality of life measures in the clinical setting*. Brit Med J 2001; 322: 1297-1300.
- 16 - Kirkwood TBL, Austad SN. *Why do we age?* Nature 2000; 408: 233-8.
- 17 - Mann A. *Epidemiology*. In: Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1996: 89-112.
- 18 - Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD. *Healthy life expectancy in 191 countries, 1999*. Lancet 2001; 357: 1685-91.
- 19 - Mauron A. *Is the Genome the Secular Equivalent of the Soul?* Science 2001; 291: 831-2.
- 20 - McKinlay J, Marceau L. *US public health and the 21st century*. Lancet 2000; 356: 757-61.
- 21 - Melino G. *The Siren's song*. Nature 2001; 412:23.
- 22 - Morris DB. *Illness and culture in the postmodern age*. JAMA 1999; 281:2050.
- 23 - Mount BM, Scott JF. *Whither hospice evaluation?* J Chronic Dis 1983; 36: 731-6.
24. National Institute on Aging/Alzheimer's Association Working Group. *Consensus statement. Apolipoprotein E genotyping in Alzheimer's disease*. Lancet 1996; 347:1091-5.
- 25 - Renehan AG, Booth C, Potten CS. *What is apoptosis, and why is it important?* Brit Med J 2001; 322:1536-8.
- 26 - Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 27 - Rowe JW, Kahn RL. *Successful aging*. New York: Pantheon Books, 1998.
- 28 - Sampietro M, Caputo L, Casatta A, Meregalli M, Pellagatti A, Tagliabue J, Annoni G, Vergani C. *The Hemochromatosis gene affects the age of onset of sporadic Alzheimer's disease*. Neurobiol Aging 2001; 22(4): 563-8.
- 29 - Sing CF, Haviland MV, Reilly SL. *Genetic architecture of common multifactorial diseases*. In: Chadwick D, Cardew G, eds. *Variation in the human genome*. Chichester: John Wiley and Sons, 1996: 211-32.
- 30 - Terris M. *The changing relationship of epidemiology and society*. J Public Health Pol 1985; 6: 15-36.
- 31 - Tonks A. *Medicine must change to serve an ageing society*. Brit Med J 1999; 319: 1450-1.
- 32 - Venter JC, Adams MD, Meyers EW, et al. *The Sequence of the Human Genome*. Science 2001; 291:1304-51.
- 33 - Whitehouse PJ. *Dementia: State-of-the-Art*. *American Geriatrics Society 2001 Annual Meeting*, 9-13 May 2001, Chicago, Illinois.
- 34 - Zimmern R, Emery J, Richards T. *Putting genetics in perspective*. Brit Med J 2001; 322: 1005-6.

# *La protesi digitale negli adolescenti sordi preverbali*

LOREDANA TODINI, ELENA FAIETA, ARTURO ZAGHIS

La protesi acustica tradizionale ha rappresentato per i bambini e per gli adolescenti con sordità grave insorta prima dell'apprendimento del linguaggio, l'unico ausilio uditivo in grado di amplificare i suoni e i rumori ambientali, privilegiando la quantità di informazioni sonore rispetto alla qualità di ascolto.

I progressi tecnologici ottenuti in campo protesico con gli apparecchi digitali, hanno invece permesso a questi soggetti di fruire d'una maggiore quantità di informazioni unite ad una migliore qualità di ascolto sia in ambienti tranquilli sia in ambienti particolarmente rumorosi. Oggi la richiesta da parte degli adolescenti sordi preverbali di protesi acustiche sempre meno visibili agli occhi dei loro coetanei normoudenti ci ha portato ad evidenziare i benefici ottenibili con questi nuovi ausili uditivi sperimentando negli stessi soggetti protesi digitali retroauricolari ed endoauricolari (cioè inserite nel condotto e quindi molto meno visibili).

## **Materiali e metodi**

Il materiale utilizzato per la valutazione oggettiva dei benefici uditivi ottenuti, è stato messo a punto dalla nostra unità operativa e comprendeva rispettivamente:

“Test della Percezione uditiva” e in particolare

- riconoscimento di parole bisillabiche
- riconoscimento di frasi semplici (con la sola modalità uditiva).

Le *parole bisillabiche* scelte sono state selezionate in base a:

parole di senso compiuto, di uso comune, di frequente ricorso nel linguaggio parlato, a ridotto livello di astrazione, sostantivi (non aggettivi, verbi, avverbi, numeri, preposizioni), singolari, comuni (non nomi propri), non suscettibili di inflessioni regionali, non tronchi.

Le *frasi semplici* selezionate sono :

parole di uso comune e di frequente ricorso nella lingua italiana. Nomi propri, proverbi, scioglilingua, espressioni regionali, non compaiono.

La ridondanza è elevata; il livello di astrazione è ridotto. Ogni frase presenta: soggetto, verbo, complemento. La lunghezza della frase è di 10 sillabe e in ogni lista sono presenti 50 parole. Nessuna parola supera le 3 sillabe, e la forma è dichiarativa. Il contenuto fonemico di ogni frase è equamente ripartito sulla gamma di frequenze della conversazione.

Alla valutazione oggettiva è stata inoltre affiancata una valutazione soggettiva mediante un questionario sulle difficoltà uditive, sempre realizzato dalla nostra clinica, nelle varie situazioni di vita quotidiana, sia per quanto concerne il riconoscimento di suoni e rumori ambientali, sia per quanto concerne la comprensione della parola nelle diverse condizioni di ascolto. Inoltre tutti i soggetti hanno effettuato, in fase di selezione, una visita audiologica, un esame audiometrico e un controllo sulla funzionalità della protesi che portavano. Il protocollo di valutazione è stato applicato all'inizio della sperimentazione con la protesi in uso, con la protesi digitale retroauricolare dopo un mese dal suo utilizzo e successivamente, quando il soggetto familiarizzava con la nuova protesi, con quella digitale endoauricolare. Inoltre tutti i pazienti, nei tre mesi relativi alla sperimentazione, sono stati sottoposti ad un training di stimolazione uditiva, al fine di migliorare la capacità di discriminazione fonetica e di ottenere una maggiore comprensione del messaggio verbale.

## **Casistica**

La sperimentazione è stata condotta su 10 adolescenti preverbali con sordità neurosensoriale,

bilaterale profonda, di età compresa tra 11 e 16 anni, portatori di protesi acustica tradizionale bilaterale, diagnosticati, protesizzati e rieducati presso la nostra clinica.

### **Risultati e discussione**

Tutti i soggetti, anche quelli che presentavano nelle valutazioni oggettive effettuate prima della sperimentazione, un riconoscimento di parole bisillabiche e frasi semplici inferiore al 50 per cento, raggiungono dopo un mese dall'utilizzo della protesi digitale retroauricolare un netto miglioramento soprattutto nel riconoscimento delle frasi semplici. La stimolazione uditiva effettuata durante la sperimentazione ha permesso a questi soggetti di migliorare la percezione acustica dei tratti del suono, di effettuare una migliore analisi fonetico-fonologica della parola immagazzinando le nuove informazioni sonore e consentendo una maggiore comprensione del messaggio verbale nelle diverse situazioni di ascolto (Fig.1).

I miglioramenti ottenuti nelle prove oggettive, effettuate con la protesi digitale retroauricolare, trovano riscontro nelle risposte date dai soggetti al questionario sulle difficoltà uditive (Fig.2): tutti i pazienti riferiscono una migliore comprensione della parola soprattutto negli ambienti rumorosi, e nelle conversazioni di gruppo dove il rumore di sottofondo amplificato con le protesi tradizionali impediva la percezione della parola e rendeva indispensabile l'ausilio della lettura labiale. Anche la conversazione al telefono, seppur in codici prestabiliti per alcuni soggetti, risulta soprattutto con i familiari più chiara. Diverso è invece il beneficio uditivo ottenuto dai soggetti con le protesi digitali endoauricolari; infatti le performances di tutti i pazienti risultano nettamente inferiori a quelle ottenute con la protesi digitale retroauricolare e simili a quelle evidenziate con la protesi tradizionale. I miglioramenti ottenuti precedentemente con il solo canale uditivo diminuiscono drasticamente riportando i soggetti ad una condizione di ascolto inadeguata e sempre più rivolta all'utilizzo della lettura labiale anche in condizioni di ascolto normali.

Anche le risposte al questionario sulle difficoltà

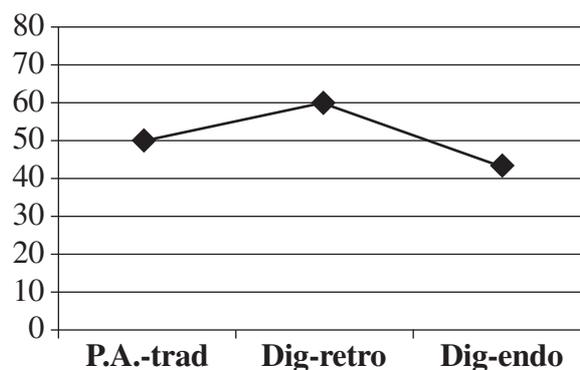


Fig.1 Percentuale media dei risultati ottenuti alle prove uditive dai 10 pazienti con la protesi acustica tradizionale, con la digitale retroauricolare e con la digitale endoauricolare

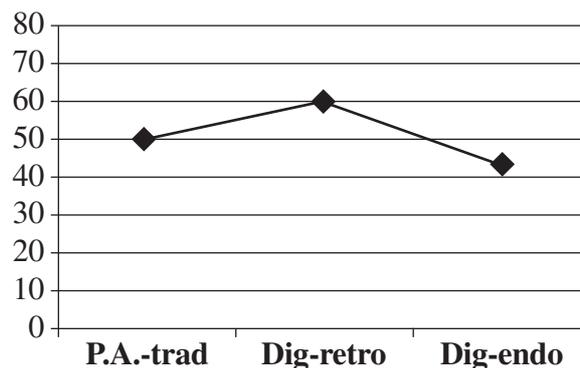


Fig.2 Percentuale media di risposte ottenute al questionario dagli stessi adolescenti con i tre tipi di protesi

uditivo, mostrano come gli stessi soggetti, che vedevano nella protesi endoauricolare la possibilità di diminuire seppur solo esteticamente il loro handicap senza rinunciare alla possibilità di ascolto, risultano uguali, e in alcuni casi superiori a quelle date per le protesi tradizionali utilizzate fino al momento della sperimentazione.

### **Conclusioni**

La sperimentazione condotta sulle protesi digitali negli adolescenti sordi preverbalmente, ci ha portato ad evidenziare come il miglioramento ottenuto da

tutti i soggetti, nelle prove di percezione uditiva con il solo canale uditivo trovano un evidente riscontro anche nelle risposte soggettive date al questionario sulle difficoltà uditive nella vita quotidiana. Tutti i soggetti infatti trovano nella protesi digitale retroauricolare un vantaggio non solo nella discriminazione in ambiente tranquillo, ma soprattutto negli ambienti rumorosi e nelle conversazioni di gruppo, dove la comprensione della parola risulta privilegiata rispetto al rumore di sottofondo e all'amplificazione di suoni circostanti. Pur preferendo la protesi digitale endoauricolare, soprattutto per la scarsa visibilità e per un migliore effetto estetico, otto dei dieci pazienti hanno deciso di passare alla protesi digitale retroauricolare, considerata da tutti i pazienti, migliore sia per la qualità del suono, sia per la potenza erogata. Due dei dieci soggetti invece, pur ottenendo con la protesi digitale retroauricolare delle performances nettamente superiori hanno deciso di ritornare alla protesi tradizionale utilizzata fino al momento della sperimentazione. Nessuno degli adolescenti considerati ha deciso di utilizzare quella digitale endoauricolare.

*Asterisco*

### **Dell'amore, del coraggio**

I "grandi" rapporti oscurano tanto facilmente i "piccoli". Ma senza l'umiltà e il calore che devi raggiungere nelle tue relazioni con coloro nella vita dei quali sei inserito, non puoi fare nulla per i molti. Senza queste due cose vivi in quel mondo di astrazioni dove il tuo solipsismo, la tua fame di potenza, il tuo istinto di distruzione mancano del loro unico avversario valido: l'amore. L'amore che è lo sbocco, privo di oggetto, di una forza resa libera nella sottomissione di sé ma che dovrebbe restare una forma sublime di auto-affermazione extra-umana, impotente verso quanto alberghi di negativo, quando non fosse sottoposta al giogo d'una vicinanza umana e riempita dell'autentica affettività di questa. È meglio fare di tutto cuore del bene a un essere umano che non "sacrificarsi per l'umanità". Per chi sia maturo questa non è neppure un'alternativa, sono due aspetti della realizzazione di sé che si sostengono reciprocamente, inclusi nella stessa decisione.

Coraggio? Sul piano in cui l'unica cosa che conta è la fedeltà d'un uomo a se stesso questa parola è priva di senso. "Era un uomo coraggioso? No, ma coerente".

Non guardarti indietro. Non sognare il futuro: esso non ti ridarà il passato né soddisferà altri sogni di felicità. Il tuo dovere e il tuo compenso - il tuo destino - è qui e ora.

Non hai fatto abbastanza, non hai fatto abbastanza finché resta la possibilità che qualcosa di te acquisti valore.

Questa è la risposta per quando gemi sotto il peso di quanto consideri un fardello e un rischio protratto ad infinitum.

DAG HAMMARSKJÖLD  
(da *Linea della vita*,  
Rizzoli Editore, Milano 1967)

# *Sovrappeso, obesità: considerazioni di un cardiologo*

CARLO BELLI

Sovrappeso e obesità sono attualmente un fenomeno a vasta diffusione in molti Paesi, dapprima evidenziato con valutazione soltanto o essenzialmente estetica, ora come fattore di maggiore predisposizione alle malattie o come limitazione ad avere una qualità di vita buona e favorevole per il futuro.

Negli Stati Uniti, in base alle ultime statistiche, pare vi sia il primato con circa il 30 per cento della popolazione affetta da peso di gran lunga superiore alla norma; in Europa nell'ultimo decennio si calcola che gli obesi maschi siano 1 su 7, superati dalle femmine, 1 su 6. Anche in Cina, dove fino a non molti anni fa si moriva di fame, i dati governativi segnalano che il 5 per cento degli abitanti è affetto da obesità. È un problema che ha ripercussioni sociali poiché se ne chiariscono sempre più le conseguenze patologiche e con queste l'importanza nei riguardi della salute pubblica. Alcune nazioni considerano che tale fenomeno porterà a un aumento globale della spesa sanitaria, secondo stime statunitensi anche l'8-10 per cento in più.

## ***Conseguenze del sovrappeso e dell'obesità sull'apparato cardiovascolare***

A livello individuale il sovrappeso e l'obesità, come è noto, determinano precoci alterazioni della funzione cardiovascolare: aumento dell'attività cardiaca, aumento della pressione arteriosa. Il cuore in particolare è sottoposto a un incremento del carico di lavoro; prematuramente più che nel normale si verifica una riduzione della sua contrattilità.

L'aumento della pressione, spesso in concomitanza con un aumento della massa sanguigna, produce alterazioni endoteliali oltre che a carico delle arterie che nutrono il cuore (arterie coronarie) anche di quelle che irrorano il cervello (arterie cerebrali) e il rene (arterie renali); tale fenomeno

è dapprima reversibile, poi diventa irreversibile, specie se si aggiungono complicanze quali: alterazioni del metabolismo dei grassi (dislipidemia), del glucosio (diabete), dell'acido urico (iperuricemia). Ne possono conseguire precocemente gravi patologie: coronariche, cerebrali, renali. Recentemente al congresso americano di cardiologia, svoltosi a New Orleans, un gruppo di studiosi finlandesi ha riferito che osservando circa 15.000 soggetti con un peso corporeo superiore di kg 10 alla media normale, ha calcolato per essi un aumento del rischio di ictus cerebrale di circa il 15-20 per cento. Pertanto, per chi è in sovrappeso occorre tenere conto di queste possibili e temibili complicanze, oltre alle difficoltà che comporta tale condizione per un espletamento agevole delle proprie funzioni fisiche elementari ed abituali, specie quando non si è più tanto giovani, come il vestirsi, fare certi piccoli movimenti, salire pochi gradini o una minima salita, sedersi in spazi angusti, ecc...

## ***Cause del sovrappeso e dell'obesità***

Sono a quasi tutti note: vi possono essere disturbi endocrini, spesso fattori genetici o predisposizione familiare; talvolta ci può giocare un ruolo importante uno stato ansioso, ma quasi sempre la causa maggiore è uno stile di vita sbagliato: le persone si nutrono troppo in rapporto al dispendio di calorie che la loro attività quotidiana comporta. In genere nei Paesi del benessere la maggioranza della popolazione, anche quella dei ceti più modesti economicamente, ha a disposizione molte varietà di cibi, spesso ipercalorici, e ne fa un uso eccessivo, favorito dalla pubblicità, da particolari confezioni di cui spesso s'ignora l'esatto contenuto, talora dal concetto tipico delle vecchie generazioni che il benessere e la salute individuale s'identificano con la possibilità di assumere cibo in

abbondanza. Inoltre, come prima accennato, vi contribuiscono un modo di vivere quotidiano alquanto carente di attività fisica, per cui il consumo calorico è spesso scarso o ridotto al minimo. Pensiamo alla moltitudine di persone che svolge un lavoro sedentario in ufficio o davanti a un computer; o al buon numero di quelle che svolgono magari una certa attività manuale, ma accanto a macchine automatiche o a robot.

La gente oggi non cammina più, si sposta in auto o in moto anche per piccoli tratti, usa sempre l'ascensore sia per salire, sia per scendere le scale, vive in case spesso superriscaldate in inverno. Sono in aumento gli anziani che, pur ancora validi fisicamente, fanno vita ritirata in casa, quasi sempre seduti, spesso solo per pigrizia o per ignoranza. D'altra parte la maggioranza delle persone, anche per motivi ambientali (stanchezza psichica, aria delle città inquinata) rifugge da attività fisica dopo il lavoro e preferisce passare il tempo davanti al televisore, l'abitudine al quale induce alla pigrizia e a scegliere un passatempo più comodo, almeno fisicamente. Succede così anche ai giovani che si adattano precocemente a uno stile di vita basato sulla sedentarietà e a un'alimentazione ipercalorica; molti riducono o non praticano più attività sportiva; il sovrappeso o l'obesità comincia a manifestarsi in epoca precoce, talora anche prima dei quarant'anni, periodi in cui specialmente l'uomo aumenta sensibilmente di peso. Un accenno solo ai bambini che quasi tutti, o per iperprotezionismo dei genitori o per una larga disponibilità di mezzi, hanno una superalimentazione, spesso di cibi ad alto contenuto calorico, forse mascherato da mancanza d'identificazione di sostanze sulle relative etichette o non sufficientemente valutate dai genitori.

La loro crescita avviene così, magari in perfetta salute fisica, secondo uno stile di vita a cui gradualmente si adatteranno, errato sia fisicamente che da un punto di vista psicologico.

Ecco dunque che sovrappeso e obesità stanno diventando un problema sociale, esteso a tutte le età, favorito da condizioni oggettive destinate ad incrementarsi con il modo di vivere della nostra società.

### ***Consigli pratici***

Cosa possiamo fare per limitare l'aumento del numero dei soggetti in sovrappeso o obesi? Vi

sono molti studi in proposito e il tema è argomento attualmente di numerosi dibattiti in campo medico, psicologico e sociale. Alcuni, come il prof. Brownell dell'Università di Yale, propongono campagne a livello nazionale, come quelle antifumo, per sensibilizzare le persone e attuare rimedi drastici, ad esempio mettere tasse speciali sui cibi ad alto contenuto di grassi. Noi riteniamo che un compito importante spetti specialmente ai medici e agli educatori nel senso d'influire sulle singole persone e in età precoce soprattutto, ma ciò anche a tutte le età, considerato il notevole prolungamento della vita media. Occorre perseguire l'intento di una autoeducazione individuale affinché le persone imparino a ridurre l'apporto di cibo quotidiano e a consumare più calorie possibili, compatibilmente con l'età, la propria costituzione e la vita che praticano volontariamente o involontariamente ogni giorno. Occorre essenzialmente che l'individuo fin dall'adolescenza venga educato a limitare l'introito di cibi in rapporto alle proprie necessità fisiche e a scegliere quelli meno calorici se già si manifestano i sintomi del sovrappeso; imparare a regolarsi nell'alimentazione in modo da mantenere il proprio peso attorno a valori normali in relazione all'età e all'altezza (esistono in proposito le relative tabelle); a discernere l'istinto che lo porta a ingerire alimenti, lo stimolo della fame e la reale necessità del proprio organismo per mantenersi in buone condizioni di forma e di crescita. In tal modo si esercita anche la volontà. Da adulto, il soggetto in sovrappeso dovrà mirare a un decremento ponderale progressivo, evitando il ricorso a misure drastiche, ma perseguendo con determinazione e costanza nel tempo i provvedimenti idonei (meglio se suggeriti dal medico) a non riprendere i chili superflui una volta ottenuto un risultato positivo.

Ottimale può essere il coinvolgimento del soggetto medesimo focalizzando la sua attenzione non tanto sul peso da perdere quanto su una migliore qualità di vita e sulla prospettiva di evitare possibili complicanze gravi per lo stato di salute fisica. L'individuo deve convincersi che è indispensabile cambiare abitudini alimentari e di vita se questa è fatta prevalentemente di sedentarietà.

Una dieta ipocalorica rigida seguita per un breve

periodo può portare a una riduzione di peso anche considerevole, ma se manca un convincimento psicologico, il soggetto desiste facilmente e riprende i chili persi con talora più o meno grande scoraggiamento psicologico che lo fa desistere da altri tentativi. Così pure deve esservi associata una modificazione della propria sedentarietà dando più spazio ad attività muscolari che possono pur contribuire a far perdere calorie.

### ***Trattamenti farmacologici***

Se una dieta ipocalorica e un'augmentata attività fisica non sortiscono effetti significativi può essere giustificato, d'accordo col proprio medico, il ricorso a farmaci, tenendo tuttavia presente che, salvo casi in cui vi siano importanti fattori disendocrini o altre disfunzioni patologiche, l'efficacia della farmacologia tradizionale è risultata spesso modesta.

I farmaci anoressizzanti (che dovrebbero ridurre il senso di appetito) talora possono dare una perdita

di peso a breve termine. Non sono tuttavia privi di effetti collaterali, dannosi per altri aspetti o non tollerati dal soggetto. Inoltre frequente è il fenomeno della tolleranza o perdita di efficacia a lungo termine. Questo fenomeno compare spesso nei farmaci anoressizzanti che agiscono sul metabolismo della serotonina sopprimendo o riducendo il senso di appetito, talora con ottimi effetti nei primi mesi di terapia.

Come alternativa a farmaci cosiddetti anoressizzanti oggi esistono sostanze che inibiscono l'assorbimento dei grassi a livello intestinale (inibitori di un enzima del pancreas, la lipasi); talora si verifica, in concomitanza a questo fenomeno, anche una perdita di peso. Se l'assunzione di grassi è eccessiva, una loro eliminazione abbondante può dare disturbi intestinali; ciò svolge un ruolo "sentinella" e consente di correggere l'iper-rapporto di grassi contribuendo ad educare indirettamente il soggetto e rendere noto il fenomeno al medico stesso che ha prescritto il farmaco e ne può verificare l'effetto.

*L'obeso.* (scultura etrusca ellenistica - sec. III-II a. C.)



# Memoria e storia

GIORGIO COSMACINI

Il 27 gennaio 2001 si è celebrato “Il giorno della memoria” per ricordare la Shoah, il volto crudele di Auschwitz con il suo bagaglio sanguinario di devastazioni e di morti. È stato celebrato anche perché – come è stato detto – “la memoria può sconfiggere il male” che tuttora si annida nella società in cui viviamo. Si evince da qui che la memoria, in quanto dotata della capacità di vincere quella malattia odierna che è l’indifferenza, ha un valore terapeutico. Essa reca in sé la capacità di rimuovere quei presupposti anticulturali e antimorali che hanno permesso che la Shoah venisse pensata, organizzata, perpetrata, e che ci fanno correre il rischio che altre, diverse Shoah possano perpetrarsi ancora. Ammonisce infatti il biblico *Ecclesiaste* (I, 9): “Quello che è accaduto è quello che accadrà, non vi è nulla di nuovo sotto il sole”. E oltre (III, 7): “C’è un tempo per tacere e un tempo per parlare”. La memoria può dunque aiutarci a ricordare in silenzio; ma la memoria deve anche spingerci a dare testimonianza dicendo ad alta voce la verità.

Un altro evento, recente, è stato quello del conferimento della laurea in filosofia *honoris causa*, da parte dell’Università di Pavia, a Jacques Le Goff, il massimo studioso e storico del Medioevo. Le Goff ha tenuto nell’occasione una lettura che ha un titolo simile a quello di questa mia conversazione: *Storia e memoria*. Io l’ho ascoltata e riporto tre concetti da lui espressi, che cito testualmente:

1. Storia e memoria esercitano la loro pressione sul nostro presente. Ha detto S. Agostino (*Confessioni* XI, 20,26) che “il nostro presente ha tre dimensioni: il presente del passato, il presente del presente, il presente del futuro”.

2. C’è una *memoria naturale*, che conserva il

passato e della quale i Greci avevano fatto una dea, Mnemosyne, madre delle nove Muse, identificandola dunque con la poesia; e c’è una *memoria artificiale* che oggi si incarna nell’informatica e che è stata definita “memoria in espansione” dilatata all’infinito.

3. La memoria e la storia ammettono entrambe un terzo termine, loro antagonista: l’oblio. Ma il vero terzo termine non è l’oblio, è il perdono, quello chiesto dagli Australiani agli aborigeni, dagli Americani agli Indiani, dalla Chiesa cattolica alle vittime innocenti delle crociate.

Il rapporto tra storia e memoria non è solo quello tra un’attività dello spirito e una funzione del cervello, in particolare tra la disciplina coltivata dagli storici e la facoltà cerebropsichica che consente agli uomini di ricordare. Il rapporto è ben più vario, articolato, complesso. Ad esempio, sul piano personale, la storia di un uomo può essere ricapitolata dalla sua memoria, ma la sua memoria può ricordare molte storie oltre alla sua; o, ancora, la storia di un malato può non essere scritta nella sua memoria, ma la memoria di un malato spesso ricostruisce la storia della propria vita come opera estrema, come ultima risorsa per la propria sopravvivenza.

La memoria, prima e più che un insieme di funzioni neurofisiologiche e psiconeurologiche, oggetto delle neuroscienze e della psicologia, è per il nostro senso comune un grande patrimonio, un bene prezioso. Lo è sia sul piano individuale che sul piano collettivo. Una delle peggiori disgrazie che possono toccare all’uomo è lo sprofondare della sua mente nell’oblio: un uomo senza memoria è un uomo fortemente diminuito nella propria personalità. Altrettanto può dirsi di una collettività che, senza memoria, è fortemente minorata nella propria identità culturale e storica.

Nel Medioevo, prima che l’arte della stampa fio-

Lettura al Seminario V.I.D.A.S., 19 febbraio 2001, Milano, Auditorium San Fedele.

risse, la memoria era anche un'arte. L'arte della memoria era un'arte per i dotti, praticata con prove ed esercizi atti a memorizzare la più gran parte dello scibile; ma era anche un'arte per tutti, coltivabile allo scopo di esorcizzare ed evitare la perdita di quel bene prezioso che assicurava l'uomo contro il pericolo di veder ridursi il proprio patrimonio di esperienze, contrarsi anzitempo il proprio vissuto, estinguersi finanche la propria identità personale.

La memoria infine, se soggettivamente intesa, è lo strumento dei ricordi, lo strumento che permette di riascoltare, quando uno vuole, la musica del proprio passato, un passato sempre più presente e pressante con il passare degli anni. Ed è, per altro verso, oggettivamente intesa, uno strumento fondamentale per fare storia, vuoi che a farla sia lo storico, vuoi che a farla sia il medico.

Il mestiere di medico si è sempre esercitato fra sintomi e storie. I due momenti fondamentali dell'atto ippocratico, del rapporto di cura inaugurato da Ippocrate, padre della medicina laica occidentale, erano l'*anamnesi*, la storia del passato remoto e prossimo del malato, detta da questi e ascoltata dal medico, e la *prognosi*, la storia del futuro del malato, detta a questi dal medico in risposta alla sua speranza o alla sua disperazione di vita. Quando tra i due momenti si è inserita la *diagnosi*, basata sull'ispezione del malato (che noi oggi chiamiamo "esame obiettivo"), il medico ha avuto ancora bisogno di "fare storia", collezionando una casistica di "storie cliniche" da cui ricavare una tipologia (che i medici chiamano oggi "nosologia") con cui confrontare la malattia del paziente.

Si può dire che il medico, estratta per così dire la storia del malato dalla sua memoria e formulata un'ipotesi circa la sua malattia, confrontava tale malattia con quelle a lui note attraverso lo studio dei libri, cioè dei testi autorevoli, e identificava tra queste quella più simile o sovrapponibile alla malattia emersa dalla storia del proprio malato. La diagnosi era fatta così, per similitudine, per analogia, per *analisi storica*, e questa conduceva alla *sintesi logica*, prodotta dal metodo clinico originario.

Proviamo ad aggiornare ulteriormente questo discorso sostituendo alla parola "storia" la parola

"informazione". Prendiamo in considerazione l'informazione che, duemila anni fa come oggi, viene *dal* paziente, derivando dai suoi sintomi e segni e dalla sua storia narrata: si tratta di una informazione primaria, prioritaria, fondamentale, che è nello stesso tempo intersoggettiva e oggettivante, legata per un verso a un vissuto elaborato nell'anamnesi e legata per altro verso a un linguaggio del corpo elaborato dall'approfondimento diagnostico sensoriale e strumentale.

Da questa prima fase che possiamo chiamare di "inferenza induttiva", nel senso che l'informazione nasce e cresce per apporto progressivo di elementi di conoscenza empiricamente dati e accumulati per induzione dal particolare al generale, si passa a una seconda fase che possiamo chiamare di "interpretazione deduttiva" e che muove dal generale al particolare, una fase in cui alla precedente informazione *dal* paziente fa seguito una successiva informazione *sul* paziente, acquisita confrontando i dati posseduti con un quadro di riferimento consegnato alla trattatistica e noto al medico attraverso lo studio e l'aggiornamento. In questo passaggio il paziente diventa un "caso clinico" e viene rapportato a un "tipo clinico", quasi per transizione da una sorta di empirismo aristotelico a una sorta di idealismo platonico. Quel che conta è che l'informazione, da patrimonio "duale" di medico e paziente, si trasforma in patrimonio "plurale" condivisibile con altri medici e disponibile per altri pazienti, nonché archiviabile in una *memoria* che può, a sua volta, essere trasferita, tramandata, comparata, controllata.

L'informazione, nata *dal* paziente e incrementata dai rilievi *sul* paziente, ritorna *al* paziente attraverso canali di comunicazione adeguati a garantirgli autoconoscenza, ad acquisirne il consenso, a rendere consapevole e responsabile la sua partecipazione al rapporto e al processo di cura. Appartengono a questa terza fase i momenti tipici della verità al malato, del consenso informato, dell'educazione allo stile di vita, dello stimolo all'autoeducazione sanitaria. L'informazione *al* paziente culmina qui nell'informazione *per* il paziente, cioè in un atto già per sé terapeutico, che potremmo vedere rispecchiato nell'antico

aforisma: “Il buon medico è la prima e la miglior medicina”.

In tutto questo lungo percorso, medico e storico, l’informazione risulta per così dire intrinseca all’esercizio del sapere e del potere da parte del medico, omogenea alle sue conoscenze e ai suoi modi di fare, congruente e integrata armonicamente alla sua professione, applicata a controllare l’osservanza o l’inosservanza di regole diagnostiche e terapeutiche, comportamentali e morali, codificate dalla comunità in forma scientifica, deontologica, bioetica.

La storia del “mestiere di medico” lo insegna con chiara evidenza: oggi come nel passato remoto e recente, oggi come sempre e anzi oggi sempre di più, l’informazione inerisce alla medicina come la storia, per intima appartenenza e per diretta influenza. La medicina, questa “arte lunga” che conta - da Ippocrate in poi - due millenni e mezzo di storia, ha con l’informazione, come con la storia, una relazione molto stretta, istituzionale, statutaria. È una relazione che il medico ippocratico, itinerante o stanziale nella sua bottega nell’*agorà* della *pòlis*, intratteneva in quanto esercente la *tèchne iatrikè*, “un’arte medica” praticata con la stessa umiltà e nobiltà con cui l’agricoltore esercitava la *tèchne gheorghikè* o “arte georgica” e con cui il nocchiero esercitava la *tèchne kibernetikè* o “arte cibernetica”. Come l’agricoltore curava le piante, ne amputava, se necessario, le parti malate e praticava, se necessario, nuovi innesti; come il timoniere governava la navigazione guidando il naviglio pericolante verso l’approdo nel porto sicuro; così il medico d’oggi - clinico, chirurgo, cibernetico - cura il proprio paziente cercando di guidarlo verso la guarigione, usando la mente e la mano, facendo tesoro dell’approccio anamnestico e storico e, da ultimo, utilizzando quella metamorfosi dell’informazione in medicina che è nata recentemente dall’irrompere della complessità nell’ambito delle conoscenze e delle pratiche mediche e che ha nome *informatica*.

Il medico medievale, che arricchiva il proprio sapere e autenticava il proprio fare sulla base dei testi autorevoli, esercitando “l’arte della memoria” per memorizzare e utilizzare quei testi e

trarne, caso per caso, gli insegnamenti magistrali più adatti; il medico rinascimentale, che dilatava a grandezza macrocosmica la propria intelligenza “naturale” grazie alla intelligenza “artificiale” assicurata dal nuovo mezzo d’informazione e comunicazione - la stampa - ; sono diventati, oggi, i medici ai quali la *rivoluzione informatica* mette a disposizione dati qualitativi, numeri, bioimmagini, opzioni telematiche. Abbiamo ancora negli occhi l’ospedale balcanico collegato a distanza con il centro ospedaliero italiano, in un legame molto stretto tra emergenza sanitaria, medicina scientifica, sofferenza umana, umana solidarietà.

Ecco, dalla storia del “mestiere di medico” e dalla dinamica storica dell’ “arte della memoria” emerge con assoluta chiarezza questa piccola o grande verità: la medicina non è solo *tèchne*, tecnologia, scienza applicata, scienza dell’informazione, informatica, telematica. La medicina è sì un esercizio pratico di tecniche basate su scienze, ma non è solo questo, è di più: essa è un’attività e, prima, un’attitudine umana intersoggettiva, che ha per oggetto un soggetto - l’uomo sano-malato - e che si esercita in un mondo di valori. Per questo suo peculiare carattere di pratica umana ad alta valenza etica, essa è prima di tutto una antropologia, un’*antropologia* bipolare tra un uomo, che nell’atto originario e primario del proprio mestiere fa ricorso alla maieutica della storia, e un altro uomo, che in un momento cruciale della propria esistenza fa ricorso alla maieutica della propria memoria.

La poesia della memoria ha avuto un grande interprete in un grande malato, Giacomo Leopardi, il poeta-filosofo delle “rimembranze”: “Silvia rimembri ancora...?”. “L’ufficio della memoria realizzato dalla sua poesia”, ha scritto recentemente Ugo Dotti, forse il maggior leopardista odierno (che insegna letteratura italiana a Perugia), “è quello di ancorare l’immaginazione, sollecitata dal presente, a un mondo sì vissuto, ma che, ormai perduto (come la salute), rimane vivo soltanto nell’interiorità, reliquia di ciò che è stato e che, in quanto tale, la memoria trasfigura”.

Non è quanto accade al malato, e che è accaduto a Leopardi forse proprio in quanto malato? Nei

suoi *Ricordi d'infanzia e di adolescenza* si legge il nome di Teresa Fattorini, la figlia del cocchiere, la Silvia della poesia, e si leggono i particolari della sua malattia e della sua morte. La poesia della memoria seleziona gli eventi accaduti, appuntandosi, soffermandosi su di essi, trasfigurandoli e presentandoli come la vera vita, la vita finalmente tratta dal profondo di sé, dalla memoria del malato.

La memoria del malato. Come alla memoria oggettivante e ufficiale, intesa come ricostruzione razionale degli eventi storici, si giustappone e talora si contrappone la memoria soggettiva, personale, emotiva di chi ha vissuto da partecipante o da testimone quegli stessi eventi, così alla memoria del paziente oggettivata dall'arte del medico si giustappone, embricandosi con essa o da essa discostandosi, la memoria soggettiva del malato-uomo, spinto da pulsione esistenziale a ricordare e rievocare. Quest'altra memoria, tutta interiore, intima, spesso irresistibile, tanto più nel corso di una malattia inguaribile, non si scolora affatto specialmente nel tempo breve o lungo del morire cosciente, anzi assume colori più vividi, edificanti o struggenti, misteriosi o segreti. Tale diversa memoria è fatta di ricordi talora ineffabili, talora comunicabili a pochi, qualche volta alla madre, o al padre, o alla moglie, o al marito, o al figlio, o al nipote, o all'amico, o qualche volta al curante, medico o infermiere o volontario che sia.

In questo estremo gioco della memoria, dove il tempo incalza e l'attimo fugge, ma dove il tempo soggettivo si dilata in "durata" - come ci ha insegnato Henri Bergson - per recuperare e includere la vita intera negli interminabili istanti della vita a termine, l'uomo è spesso solo, talora lasciato solo in un mondo di menzogne. "Il maggior tormento era la menzogna che lo voleva malato, ma non moribondo, una menzogna accettata da tutti". Queste parole a commento della *Morte di Ivan Il'ic*, raccontateci da Lev Tolstoj, si concludono quasi in una disperata richiesta di liberatorio abbandono: "Andatevene, andatevene lasciatemi solo". Ebbene, forse il migliore dei modi per riempire di significato e di calore il grande vuoto di quella che Norbert Elias ha chiamato *La*

*solitudine del morente* è quello di condividere le storie affioranti in extremis alla memoria dell'uomo che muore. Una sola memoria che contiene molte storie. L'interlocutore privilegiato può ben essere il volontario, l'infermiere, il medico curante, quando non lo sia il familiare che possa e sappia ricordare, con il proprio congiunto, un'esperienza in comune, un viaggio fatto insieme, una gioia o un dolore condiviso, un episodio nella stagione della giovinezza o dell'infanzia. Questo itinerario all'indietro, sul filo di una memoria ormai prossima a spezzarsi in chi muore, prelude talvolta a quell'estremo ed emblematico ricupero di memoria che fa affiorare sulle sue labbra per ultima, proprio la parola sillabata per prima quando era bambino. Veder morire di leucosi infantile e sentir dire "mamma" è una cosa che strazia; veder morire di cachessia senile e sentir dire "mamma" è una cosa che intenerisce.

# *Vivere e sopravvivere con l'ossigeno*

ITALO BRAMBILLA

Nel novembre 1984 – due anni dopo l'introduzione in Italia di una terapia complementare a quella tradizionale dell'enfisema polmonare grave – si rese necessaria la costituzione a Milano di un'associazione che tutelasse il diritto delle persone affette da questa malattia ad utilizzare una nuova possibilità di cura. Era indispensabile tutelare il malato in questo suo diritto perché la nuova terapia era applicabile soltanto utilizzando un'attrezzatura che il Servizio Sanitario Nazionale non era ancora in grado di mettere a disposizione dei malati, nonostante fossero trascorsi già due anni di sperimentazione. Mi riferisco specialmente agli apparecchi criogenici di ossigeno. Sono queste delle apparecchiature in grado di erogare un flusso di ossigeno personalizzato sia in casa che fuori, utilizzando rispettivamente un contenitore base ed uno portatile, ricaricabile dal primo.

Costituire in associazione un gruppo di persone ebbe lo scopo di sensibilizzare sia le Istituzioni ad adeguarsi al progresso medico, sia i pazienti ad accettare una terapia in grado di aumentare significativamente il vantaggio derivante dalla terapia tradizionale del cuore polmonare cronico da enfisema.

L'aspettativa non fu delusa. Infatti, dal Servizio di Fisiopatologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda, ove la nuova terapia mosse i primi passi, l'utilizzo della nuova attrezzatura si diffuse a tutta l'Italia, grazie anche a due decreti ministeriali che nel 1992, dieci anni dopo l'ingresso in Italia dell'ossigeno liquido, introdussero il farmaco ossigeno liquido nel prontuario nazionale dei farmaci, affidandone la distribuzione alle farmacie aperte al pubblico. Attualmente sono circa trentamila le persone che hanno accettato di continuare a vivere respirando (spesso per tutte le 24 ore, finché vivranno) quel preciso supplemento di ossigeno che in centri ospedalieri attrezzati era risultato idoneo a mantenere la pressione di ossigeno nel sangue arterioso ad un livello accettabile per lo svolgimento della vita di relazione sociale. I risultati della nuova terapia non si fecero attendere.

Primo fra essi fu l'aumento della sopravvivenza: da due a tre anni, nella media dei casi, dopo il primo episodio di insufficienza respiratoria grave, agli attuali sei-otto anni, con punte di dieci e persino di quindici anni. Il secondo risultato, apprezzabile anche dal punto di vista economico, fu la diminuzione della frequenza e della durata dei ricoveri ospedalieri.

Le due mete ora descritte sono state raggiunte anche grazie alla collaborazione di molte persone che l'AMOR ha il dovere di ringraziare. Mi è spontaneo ricordare ad esempio che le prime donazioni di apparecchiature criogeniche di ossigeno fatte dalla nostra Associazione all'amministrazione dell'Ospedale di Niguarda, rappresentarono il primo passo verso l'approvazione di una deliberazione con la quale questo benemerito Ente assunse nel proprio bilancio ordinario del 1987 il costo del comodato d'uso dei primi cento sistemi di ossigeno liquido messi a disposizione dei pazienti, affluenti al Niguarda in numero sempre crescente e non solo dalla Lombardia. Nel 1990 erano già 250 le persone poste in ossigenoterapia a lungo termine dall'Ospedale Niguarda.

L'Associazione AMOR è grata anche a due presidenti di Corte d'Appello del tribunale di Milano, il prof. Piero Pajardi ed il dott. Francesco Falletti, primo presidente AMOR. Essi in molte occasioni si fecero portavoce dei pazienti presso le Istituzioni appunto per tutelare il loro diritto naturale a "respirare meglio". Essenziale fu l'intervento della signora Maria Teresa Zecchi Caruso, primo vice presidente AMOR e di suo marito, il prefetto dott. Carmelo Caruso, il quale nel 1991 ottenne che l'AMOR ritrovasse degna collocazione all'interno dell'Ospedale Niguarda.

Un grazie va rivolto poi ai Giuristi Cattolici Italiani nelle persone dell'avv. Benito Perrone e del prof. Gianfranco Garancini per l'impegno assunto nella difesa dei diritti del malato in alcune questioni legali verso le Istituzioni. Siamo riconoscenti infine ai Lions della Lombardia, in particolare al dott. Cle-

mente Caminaghi e agli altri Soci del Club Milano - Parco Nord. Essi da 15 anni sostengono la nostra Associazione sia con l'aiuto economico, sia soprattutto con un *service* di opinione che ha avuto un ruolo importante nella decisione dell'ASL Città di Milano di migliorare sostanzialmente il sistema distributivo dell'ossigeno liquido ai pazienti residenti in Milano.

### ***Non si vive di solo ossigeno***

Ora che il Servizio Sanitario Nazionale ha raggiunto circa la metà dei probabili fruitori italiani della nuova terapia e constatato che la loro sopravvivenza è significativamente aumentata, occorre che le Istituzioni operino in modo che al paziente sia consentito di mantenere o riprendere una, sia pure limitata, vita di relazione sociale. Per ottenere ciò sarebbe sufficiente che venissero rimossi alcuni ostacoli che contribuiscono a limitare le capacità riabilitative dell'ossigenoterapia a lungo termine. Pertanto l'obiettivo attuale della nostra Associazione è rivolto alla rimozione delle seguenti incongruenze.

1. *L'intermediazione del farmacista.* È mai possibile che più della metà dei fruitori italiani dell'ossigenoterapia a lungo termine sia ancora sottoposta al disagio di farsi prescrivere la ricetta di ossigeno liquido ogni dieci giorni circa, per consentire al farmacista di autorizzare la sostituzione del contenitore base di ossigeno liquido, in via di esaurimento? Perché non si interviene a togliere questo vincolo burocratico, pur permettendo un riconoscimento al farmacista, limitatamente ai casi in cui la sua intermediazione produca un effetto significativamente utile? Chiediamo al Ministro della salute l'abolizione della ricetta di ossigeno liquido per tutte le persone ossigeno-dipendenti.

2. *L'impossibilità di rabboccare il portatile fuori casa.* È mai concepibile che un paziente che ha ricevuto un contenitore portatile possa ricaricarlo solo dal contenitore base stoccato in casa e non anche fuori casa, ad esempio in farmacia o nell'ospedale prossimo a casa sua o in centri di rifornimento situati nei punti chiave della mobilità cittadina, regionale o nazionale? Chiediamo al Ministro della salute di intervenire presso le ASL e le Società di Servizio, affinché il rabbocco del portatile sia possibile anche fuori casa.

3. *La mancanza di un attacco universale.* È ancora giustificata la presenza sul mercato italiano di otto

tipi di connessione fra contenitore portatile e contenitore base, tra loro generalmente non compatibili? La presenza di contenitori criogenici di vario tipo aveva senso negli anni scorsi per indurre i benefici effetti della concorrenza, ma ormai sono stati superati i limiti del buon senso. Unificando il tipo di attacco per il rabbocco sarebbero superate le difficoltà descritte al punto 2. L'AMOR di fronte alla riluttanza delle varie ditte ad impegnarsi per raggiungere questo obiettivo si è rivolta alla Commissione Europea.

4. *La mancanza di omologazione del portatile di ossigeno liquido al trasporto sui vari mezzi di comunicazione.* Come si giustifica l'annoso ritardo nell'omologazione dei contenitori portatili al loro uso sui vari mezzi di trasporto? Alle persone ossigeno-dipendenti l'uso di un portatile, contenente solo 1 Kg di ossigeno liquido, dev'essere permesso in autovettura, in treno, sulle navi ed anche negli aeroporti, limitatamente alle fasi di *check in* e di *check out*! L'omologazione delle apparecchiature da parte del Ministro dei trasporti faciliterebbe l'eliminazione delle incongruenze sopra descritte ai punti 2 e 3.

5. *L'assenza del controllo di qualità del servizio domiciliare.* È commercialmente legale che il controllo di qualità, beninteso non del farmaco ossigeno liquido, bensì del servizio nel suo insieme, quindi di tutte le apparecchiature e degli accessori, sia affidato alle medesime Società che li forniscono in comodato d'uso?

Queste incongruenze verrebbero eliminate se venisse prontamente discussa ed approvata la proposta di legge n° 6732 che, preparata dall'AMOR giace in Parlamento, firmata dai senatori Stefano Bastianoni e Tiziano Treu.

### ***Occorre anche una maggiore generosità***

Mi sia consentito ora un appello alla generosità del lettore: per ottenere il riconoscimento nazionale della nostra associazione abbiamo bisogno di un significativo deposito bancario, che non riusciamo a raggiungere perché siamo impegnati nella continuazione di due iniziative molto gradite dalle persone ossigeno-dipendenti, ma costose: il soggiorno invernale assistito in località climatiche idonee alla riabilitazione respiratoria e la distribuzione del manuale "per vivere meglio in ossigeno" a tutte le persone in ossigeno che si rivolgono a noi.

Grazie!

# *Misericorditer relaxaverint*

## *Le indulgenze per gli ospedali milanesi*

PAOLO M. GALIMBERTI

Il Giubileo del 2000 appena trascorso e soprattutto la ricorrenza quest'anno della Festa del Perdono hanno richiamato l'attenzione su dei particolari benefici concessi dalla Chiesa: le indulgenze. L'indulgenza plenaria - detta appunto il Perdono - fu concessa all'Ospedale Maggiore di Milano da papa Pio II nel 1459 dicembre 5 con la bolla "Virgini gloriosae"; il provvedimento fu più volte rinnovato per un secolo dai pontefici successivi e infine reso perpetuo il 1° marzo 1560 da papa Pio IV (Giovanni Angelo de' Medici)<sup>1</sup>. Questo pontefice, benemerito per aver assegnato all'Ospedale Maggiore la commenda di Ganna nel 1556 e i beni del monastero di Morimondo nel 1561, va ricordato anche per il noto "Perdono" di Melegnano del 20 gennaio 1563.

La concessione di tale particolare privilegio però non era una novità per gli Ospedali milanesi anteriori alla aggregazione nell'*Hospitale Magno*.

Facciamo un passo indietro. Il *Codex Iuris Canonici* (can. 911) specifica che l'indulgenza è «la remissione davanti a Dio della pena temporale già dovuta per i peccati già rimessi quanto alla colpa...» ovvero già cancellati dal sacramento della confessione; vale a dire che la confessione perdona la colpa, ma resta da compiere la penitenza<sup>2</sup>. La mentalità medievale, dopo l'anno mille, tende a "tariffare" le colpe, per cui a ogni peccato corrisponde una pena per dare soddisfazione a Dio (con una trasposizione nel campo della fede del diritto germanico; così ad esempio il *guidrigildo*, ovvero il pagamento di un'ammenda, compensava la perdita causata da un'uccisione, o da un ferimento).

Dal secolo XI si diffondono dei penitenziali, sorta di "manuali per confessori", di cui il più famoso è il *Decretum* di Burcardo da Worms,

che riporta un'ampia casistica di mancanze e le relative penitenze (normalmente digiuno e astinenza) computate in giorni, settimane o mesi (frequentemente in "quaresime" di 40 giorni). La penitenza, assegnata dal confessore, può però essere commutata in un'altra (ad esempio un pellegrinaggio, la crociata, una qualche forma di mortificazione) o addirittura ridotta o annullata con un gesto di accondiscendenza (indulgenza) di un'autorità superiore. Ecco quindi il ricorrere a cariche via via maggiori: vescovi, arcivescovi, fino al papa. Per ottenere l'indulgenza sono previste confessione, comunione e opere di devozione (quali la visita a una chiesa) o caritative come l'elemosina.

Evidentemente il sistema di "quantificare" i peccati poteva portare a una "monetizzazione" dei medesimi, risolvendo tutto con il pagamento di denaro. La confusione nella mentalità corrente tra *perdono del peccato* - assicurato dalla confessione - e *penitenza* seguente (che ci pare non sia pienamente dissipata neppure oggi dopo il giubileo) e una certa ambiguità nella predicazione portarono nel XVI secolo addirittura alla vendita delle indulgenze; tale prassi per lo scandalo che suscitava fu duramente criticata da Lutero ed è una delle cause della riforma protestante.

L'indulgenza poteva essere un potente mezzo di promozione e di sostentamento di chiese, ordini religiosi e opere assistenziali (e sicuramente quello indulgenziale rappresenta uno degli aspetti fondamentali nella devozione degli aderenti a molti sodalizi confraternali); per converso poteva consentire ai vescovi concedenti di volta in volta affermazione di potere, manifestazione di interessi, dimostrazione di orientamenti pastorali etc.

Già all'inizio del XIII secolo si era verificato

però qualche eccesso di liberalità; il IV Concilio Laterano del 1215 aveva quindi stabilito che non fossero remissibili più di 40 giorni da parte di ogni singolo prelado. L'ambiguità della formulazione "quaranta giorni ognuno" lasciava però spazio a interpretazioni accomodanti; si diffuse così l'uso di ricorrere a più dignitari. L'uso, legittimo e che diventò generalizzato dal 1281, prevedeva il rilascio da parte di vescovi stranieri ratificato dalla conferma dell'ordinario del luogo. La somma dei giorni concessi da più vescovi permetteva di superare di gran lunga il limite ammesso. Nel documento che ci accingiamo a esaminare si può vedere come siano computati addirittura 770 giorni. L'importanza attribuita a questo tipo di privilegi giustificava il viaggio di un *impetrator* (ovvero una persona che si faceva carico di ottenere l'indulgenza) presso la curia romana e poi ad Avignone, dove era sempre possibile trovare riuniti numerosi vescovi.

Il più antico dei documenti che studiamo ora è proprio uno di questi interessantissimi diplomi collettivi, destinato all'Ospedale Nuovo di Santa Maria, fondato nel 1262 da madonna Bona poco lontano dall'arcivescovado.

Non possediamo più l'originale, dato che normalmente tali diplomi, spesso vistosamente miniati e appariscenti per i numerosi sigilli appesi, venivano esposti al pubblico per richiamare l'attenzione sulla chiesa o sull'altare; abbiamo però le ratifiche degli arcivescovi milanesi, che davano validità all'atto.

In tre diplomi<sup>3</sup>, due del 7 marzo e uno del 22 giugno 1280, Ottone Visconti ratifica e conferma l'indulgenza di 140 giorni concessa da Filippo Fontana, arcivescovo di Ravenna e legato apostolico (ragionevolmente in una data anteriore al 1275, anno della morte) e il condono assegnato da due arcivescovi e dieci vescovi di 40 giorni ciascuno<sup>4</sup>. Concedono l'indulgenza: Ottone Visconti medesimo; fra' Roberto<sup>5</sup> Kildwardby, arcivescovo di Canterbury e primate d'Inghilterra; Ottaviano Ubaldini, vescovo di Bologna; Filippo Fulgoso, vescovo di Piacenza; Adalgerio<sup>6</sup> de Villalta, vescovo e conte di Feltre e Belluno; Raimondo di Nimes, vescovo



Diploma di Ottone Visconti, 7 marzo 1280 (AOM, Diplomi n. 395)



Diploma di Ottone Visconti: particolare

di Marsiglia; Cacciaconte, *Laudensis episcopus*<sup>7</sup>; Guglielmo, vescovo di Ventimiglia; Filippo, vescovo di Fermo; Giovanni *Ferrariensis episcopus*<sup>8</sup>; fra' Rainaldo<sup>9</sup>, vescovo di Esculano; Sinibaldo, vescovo di Imola. Considerati gli anni in cui i diversi prelati hanno retto le rispettive diocesi, la data di concessione dovrebbe essere prossima o coincidente col 1279, il luogo potrebbe essere presumibilmente Roma.

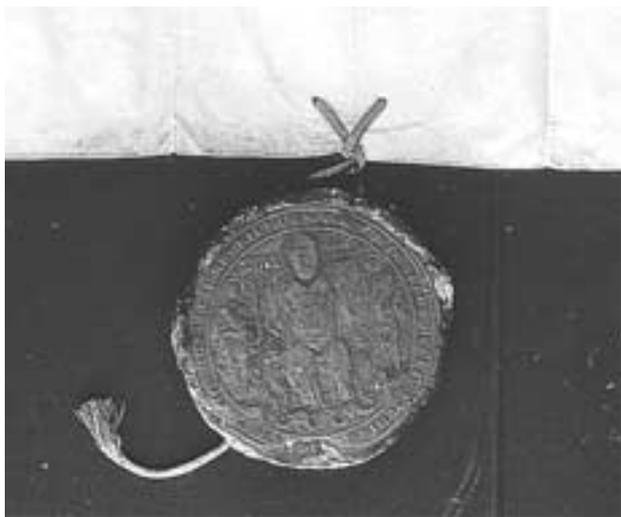
La grazia era diretta a quanti, pentiti e confessati, avessero elargito pie elemosine per il sostentamento di poveri, infermi, orfani e vedove, del-

l’Ospedale Nuovo di S. Maria di Milano. Come si vede il tipo di utenza assistita all’epoca negli “ospedali” era quanto di più eterogeneo si possa immaginare.

La conferma dell’indulgenza fu successivamente rinnovata il 10 dicembre 1302 da Francesco Fontana da Parma<sup>10</sup>. Pur reggendo la diocesi negli agitati tempi delle lotte tra Visconti e Torriani, questo arcivescovo seppe spiegare un’azione pastorale degna di rilievo, con l’erezione di nuove chiese e la concessione di benefici spirituali. Di Francesco Fontana si conoscono altri



Diploma di Giovanni Visconti, 23 agosto 1347 (AOM, Diplomi n. 421)



Diploma di Giovanni Visconti: particolare

diplomi di indulgenza. Si deve a lui la concessione, il 29 giugno 1305, di quaranta giorni alla confraternita dei raccomandati della Vergine Maria, che rappresenta il più antico documento relativo alla *Scuola* delle Quattro Marie<sup>11</sup>. Nel 1297 rimette quaranta giorni a chi avesse aiutato la fabbrica del convento dei frati Minori a Saronno<sup>12</sup>; il 23 maggio 1306, dando licenza alle monache del convento di Via Levata a Milano di costruire una chiesa e cimitero, concede un’indulgenza di quaranta giorni a chi ne avesse aiutato l’edificazione<sup>13</sup>. Un atto particolarmente interessante è rilasciato a favore dell’Ospedale della Colombetta di Milano il 25 febbraio 1303; in esso viene concessa l’indulgenza e vengono ratificate due precedenti lettere collettive di indulgenza del 1288 e del 1298, da Roma<sup>14</sup>.

Una ulteriore ratifica dell’indulgenza fu concessa da Cassone della Torre, il 4 giugno 1312. L’atto viene emesso addirittura da una località in diocesi di Carpentras, presso Avignone ove si trovava la curia pontificia. L’arcivescovo, infatti, era esule dalla città a causa delle lotte tra Visconti e Torriani: successivamente all’incoronazione imperiale di Enrico VII di Lussemburgo avvenuta l’epifania 1311, vi erano state rivolte in Milano e le case dei Torriani erano state distrutte per ordine imperiale (da cui il toponimo “Case Rotte”); Cassone nel luglio 1311 era stato quindi costretto alla fuga nel castello di Cassano d’Adda, dove fu anche assediato.

Nel 1347, il 23 agosto, non bastando le sostanze dell’Ospedale al sostentamento dei frati e dei poveri e bisognosi, l’arcivescovo Giovanni II Visconti invita a sovvenire con elemosine e sussidi, da versare ai frati latori del documento, concedendo ai fedeli pentiti e confessati, 40 giorni di indulgenza. Non si fa cenno alle concessioni precedenti. A garanzia della destinazione dei sussidi, si ordina di detenere chi invece si fosse presentato senza la patente vescovile: del documento si conservano due copie uguali (una in cattive condizioni di conservazione, come se fosse stata consunta dall’uso)<sup>16</sup>.

Una nuova concessione, dal testo assolutamente

uguale, fu infine rilasciata nel 1356 gennaio 27 da Roberto Visconti, che però non dimentica di ratificare le altre indulgenze e grazie in precedenza accordate all'Ospedale<sup>17</sup>.

Un altro ospedale a beneficiare di indulgenze è quello dei SS. Benedetto e Bernardo fondato nel 1346 dai Terziari dell'ordine degli Umiliati a porta Comasina, presso la parrocchia di S. Carpofo. Il 25 febbraio 1392 l'arcivescovo Antonio II da Saluzzo, verificate le lodabili opere di pietà esercitate dal maestro e dai frati mendicanti dell'Ospedale, finalizzate all'accoglienza e al sostentamento dei poveri e degli infermi, concede l'indulgenza di 40 giorni a quanti, pentiti e confessati, dispensino loro elemosine; gli ecclesiastici della diocesi sono invitati a incentivare il popolo a tal fine. L'atto viene emanato con la validità di un anno e viene successivamente riconfermato dallo stesso arcivescovo il 3 marzo 1394 e il 22 febbraio 1396<sup>18</sup>.

Il nome di questo arcivescovo (a capo della diocesi dal 1376 circa) è legato soprattutto all'edificazione del Duomo, che fu avviata nel 1386. Tra l'altro, il presule si adoperò per ottenere da Bonifacio IX le due bolle del 1° febbraio 1397 e 13 novembre 1399 che concedevano l'indulgenza da lucrarsi da parte di coloro che avessero aiutato con offerte la costruzione dell'enorme fabbrica.

L'ultimo documento che esaminiamo è destinato all'Ospedale di S. Caterina al ponte dei Fabbrì (da non confondere con S. Caterina alla ruota). Questo istituto, fondato nel 1335 per le volontà testamentarie di Maderno Caccialepre e grazie alla beneficenza di suo fratello, Martino, si trovava in via San Calocero.

Il 20 agosto 1417 l'arcivescovo Bartolomeo Capra accorda l'indulgenza di 40 giorni a chi aiuti con elemosine l'attività di sostentamento poveri e infermi e altre opere di pietà erogate dai frati del convento dell'ospedale<sup>19</sup>. Il testo della concessione, indirizzato al rettore fra Giovanni *de Bernadigio* è molto articolato e prevede l'autorizzazione a questuare nel territorio della diocesi e l'invito (anzi l'obbligo sotto minaccia di scomunica!) a tutte le autorità religiose ad accogliere benevolmente l'attività dei



Diploma di Antonio da Saluzzo, 25 febbraio 1392 (AOM, Diplomi n. 433). Il sigillo pendente si è perso.



Diploma di Bartolomeo Capra, 20 agosto 1417 (AOM, Diplomi n. 438)

frati e addirittura a darne ampia pubblicità. Si sancisce inoltre una sorta di diritto esclusivo di elemosina contro omonime chiese dedicate a S. Caterina: si dava mandato di catturare e detenere chi fosse stato sorpreso a elemosinare senza le necessarie lettere patenti vescovili. Il fatto che si conservino ancora ben tre esemplari dello stesso documento testimonia che gli incaricati del convento portavano con sé tali documenti.

Il provvedimento è emanato da Costanza, in Svizzera. Infatti Bartolomeo Capra, destinato fin dal 1414 alla sede di Milano, fu impossibilitato a

prendere possesso dell'arcidiocesi per l'opposizione di Giovanni Visconti (coadiuvato da Filippo Maria Visconti) che rivendicava per sé il dominio; per fare valere le proprie ragioni il Capra dovette pertanto recarsi al Concilio di Costanza che lo riconobbe legittimo arcivescovo di Milano nella sessione XIV del 4 luglio 1417 e dichiarò deposto l'illegittimo pretendente Giovanni Visconti. Questa indulgenza è quindi uno dei primissimi atti emanati dal nostro arcivescovo subito dopo la decisione del Concilio.

Concludiamo la nostra indagine, limitandoci ai secoli anteriori alla fondazione dell'Ospedale Maggiore. Non bisogna però pensare che la concessione di indulgenze si fermi all'età medievale. Altre indulgenze plenarie furono concesse all'Ospedale o alle chiese di sua pertinenza, ancora nel 1473, 1608, 1751, 1770, fino al 1784<sup>20</sup>.

Il ricchissimo fondo *Diplomi* dell'archivio storico dell'Ospedale infine conserva – tra la documentazione pervenuta con eredità o lasciti o acquisizioni – almeno dieci altre indulgenze dei secoli XVII-XVIII, destinate a chiese e oratori, famiglie e singoli fedeli.

#### Note

1 - Il “perdono” è giustamente famoso e ampiamente studiato: G. Castelli, *Il “Perdono” all'Ospedale Maggiore di Milano*, prefazione di G. Galbiati, Milano, Ed. Quaderni di poesia, 1935.

2 - Cfr. H. Delehaye, *Les lettres d'indulgences collectives*, in «*Analecta bollandiana*», 44 (1926), pp. 342-379; 45 (1927), pp. 97-123, 323-344; 46 (1928), pp. 149-157, 287-343, fondamentale studio storico e diplomatistico sulle lettere di indulgenza collettive.

3 - AOM, Diplomi 395-396-397; Ed. *Gli atti dell'arcivescovo e della curia arcivescovile di Milano nel sec. XIII: Ottone Visconti (1262-1295)*, a cura di M.F. Baroni, Milano, Università degli Studi, 2000 n. 15, p. 13, n. 136, pp. 109-110, n. 137, pp. 111-112; G.C. Bascapè, *Antichi diplomi degli arcivescovi di Milano e note di diplomazia episcopale*, Firenze, Olschki, 1937 (Fontes Ambrosiani, 18), n. 18, 19, pp. 90-91; le pergamene sono munite di sigilli pendenti, protetti da custodie di stoffa.

4 - Per l'individuazione dei prelati si rimanda a C. Eubel, *Hierarchia catholica medii aevi...*, Monaco, Libreria Regensbergiana, 1913<sup>2</sup> (1. ed. 1898). Nel diploma è riportato un computo totale di due anni e 40 giorni, ovvero 770 giorni (la copia del 22 giugno invece riporta 780 giorni); sommando però le singole grazie si arriva in realtà a 620 giorni.

5 - Nel testo *Ubertus*.

6 - Nel testo *Aldegandus*.

7 - In realtà Cacciaconte Cacciaconti fu vescovo di Cremona e non di Lodi.

8 - Con ogni probabilità un'errata trascrizione di *Feretransis* (Montefeltro).

9 - Nel testo *Raimundus*.

10 - AOM, Diplomi n. 404; Ed. Bascapè, Op. cit., n. 26, p. 101-102 (l'atto ci è giunto in copia autentica del 1302 dicembre 10 Milano). Francesco I Fontana fu arcivescovo dal 1296 al 1308.

11 ASMi, *Autografi, Arcivescovi* 16; A. Noto, *Gli amici dei poveri di Milano 1305-1964*, Milano, Giuffrè, 1966<sup>2</sup>, p. 1.

12 - G. Giulini, *Memorie spettanti alla storia, al governo ed alla descrizione della città e campagna di Milano*, IV, Milano, F. Colombo, 1855, p. 782.

13 - ASMi, *Autografi, Arcivescovi* 16.

14 - ASMi, *Arch. Diplomatico, Pergg. per fondi, Milano, Monastero S. Ambrogio*, 344; cit. A. Borghino, *Laici e beneficenza a Milano tra XIII e XIV secolo: il caso della Colombetta*, in «*Archivio Storico Lombardo*», a. 114, s. 9, v. 5 (1988), p. 71; Giulini, Op. cit., IV, p. 821; p. 727-728.

15 - AOM, Diplomi 405; cit. Bascapè, Op. cit., n. 27, p. 102 (solo menzione).

16 - AOM, Diplomi 421-422; Bascapè, Op. cit., n. 45, p. 116 (solo menzione); sigillo pendente, cordone di seta verde.

17 - AOM, Diplomi n. 428; Bascapè, Op. cit., n. 54, p. 127 (solo menzione).

18 - AOM, Diplomi n. 431, 432, 433; Bascapè, Op. cit., nn. 57-59, pp. 131-132.

19 - AOM, Diplomi n. 436, 437, 438; Edito Bascapè, Op. cit., nn. 62-64, pp. 132-134. Piccolo sigillo pendente di cera rossa con due teste di santi.

20 - AOM, Diplomi, nn. 81, 309, 340, 345, 345bis, 346.

# *Malattia di Alzheimer*

## *È possibile un moderno approccio rieducativo con l'arte e la musica?*

LIVIO BRESSAN

Se è fuor di dubbio che di fronte alle malattie acute occorre applicare competenza, capacità diagnostica, prontezza operativa, scelta della terapia medica e chirurgica più efficace con particolare attenzione agli effetti e alle complicanze, siamo convinti che nelle malattie croniche l'unico intervento possibile sia quello della "manutenzione". Se consideriamo, ad esempio, la demenza di Alzheimer - *malattia per la quale una terapia risolutiva ancora non esiste* - poco spetta alle competenze tecniche di colui che si prende cura del malato e quasi tutto il suo compito diviene di ordine *etico*. Egli, rispettando il principio di autonomia e dignità del paziente, dovrà fare tutto il possibile per conservargli il massimo di qualità di vita concesso in quelle condizioni, salvaguardarne il benessere fisico e ridurre, per quanto sia possibile, la velocità di deterioramento delle capacità intellettive, nonché facilitargli l'adattamento al sociale. In particolare oggi, che il crescente numero di patologie inguaribili ha messo in crisi l'abituale modello "*diagnosi-terapia-guarigione*" della medicina tradizionale, si percepisce la necessità di cercare nuove soluzioni in grado di *fronteggiare, comprendere ed alleviare la sofferenza*.

Pertanto, siamo convinti che preoccuparsi della qualità di vita del malato di Alzheimer significa prendersi cura attivamente di pazienti che non rispondono ai trattamenti "*riparativi*", proponendo loro degli interventi riabilitativi - *complementari e sinergici rispetto ai farmaci* - mirati ai vari aspetti *cognitivo, funzionale, comportamentale e affettivo*.

### ***Interventi riabilitativi e arti-terapie***

Riabilitare un malato di Alzheimer significa intervenire sui deficit cognitivi con programmi specifici (*reality orientation therapy, memory*

*training, reminiscenza*), sulle anomalie del comportamento (*terapia occupazionale, di rimotivazione, validation therapy*), sui deficit funzionali (*programmi di rieducazione all'alimentazione, alla continenza, all'igiene o anche a funzioni più complesse*) e sui deficit delle funzioni neuromotorie (*equilibrio, deambulazione*). In generale i programmi riabilitativi hanno lo scopo di conservare quelle funzioni ancora non del tutto perse, intervenendo sulle potenzialità residue. Nell'insieme, gli interventi riabilitativi si caratterizzano per il coinvolgimento attivo del malato di Alzheimer e si basano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue su cui fondare l'intervento. Rispetto alle terapie farmacologiche questi programmi richiedono una maggiore partecipazione di tutti i membri dell'équipe multidisciplinare per ottimizzare e pianificare i molteplici interventi.

Precisiamo che si tratta di programmi che, nella maggioranza dei casi, non hanno ancora trovato indicazioni rigorosamente fondate su studi clinici. Tuttavia, la loro ampia diffusione, la familiarità degli operatori con questi approcci ed i risultati soddisfacenti che vengono descritti in singoli casi ne supportano l'impiego.

Le "*arti-terapie*", altrimenti definite "*terapie espressive*" fanno leva sulla somma del bagaglio di tecnica e di espressione artistica che costituiscono l'impianto teorico e metodologico di una serie di discipline unite da un denominatore creativo. Da qui l'utilizzo del termine *terapie espressive* per indicare delle "*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 obiettivazione, della definizione, del contenimento logico delle emozioni*". Arte-terapia, musicoterapia e danzo-

terapia, sono le più note forme di intervento espressivo a prevalente estrinsecazione non verbale.

Pur riconoscendone l'indubbia validità, noi ci collochiamo, per *fondamenti teorici e metodologia*, in una posizione equidistante dagli interventi riabilitativi e dalle arti-terapie. In particolare, riteniamo che il grosso rischio dei tradizionali programmi riabilitativi nel campo delle demenze sia quello di banalizzare il contesto, prendendo in considerazione solo il *modesto recupero o la faticosa conservazione* di alcune *funzioni cognitive* che stanno per svanire. In tale ottica le *performances* del malato di Alzheimer vengono giudicate buone solo se *sufficientemente rapide e precise*. Noi siamo convinti, al contrario, che sia più utile combattere la depressione e l'isolamento del malato di Alzheimer cercando nuove vie di comunicazione. Più che stimolare i nostri malati a fornire "*prestazioni efficaci*" e "*spiegazioni logiche*" ci sforziamo di lasciarci andare in *una comunicazione empatica* con il nostro paziente.

D'altro canto, le *arti-terapie* pur indubbiamente utili, godono di una certa "*aspecificità*", poiché, per impostazione metodologica, tendono a valorizzare la creatività artistica con propositi curativi, sono fondate su di un rapporto tipo maestro-allievo, ed hanno come scopo, più che la *riabilitazione* o la *terapia* di specifici quadri psicopatologici, il *benessere psicologico dell'individuo*, sia esso affetto da malattia di Alzheimer, o da qualsiasi altro tipo di patologia. Ne consegue che nei trattati sulle demenze, le *arti-terapie* vengono collocate, assieme alla terapia occupazionale, nei paragrafi dedicati agli "*interventi di stimolazione aspecifica*".

### ***La creazione di una nuova via con l'arte e la musica***

Vogliamo premettere che il "*nostro metodo di rieducazione*" si prefigge l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del malato di Alzheimer tramite "*stimoli artistici mirati sui deficit del paziente*" al fine di permettere al malato portatore di demenza di conservare il più alto livello di autonomia compatibile con lo stadio di

malattia. Tale metodo si configura come un approccio multidimensionale che coinvolge più figure professionali. Pertanto, come i tradizionali percorsi riabilitativi, anche i nostri progetti rieducativi sono mirati ai vari aspetti cognitivo, funzionale, comportamentale e affettivo. Le sollecitazioni vengono sempre rapportate al grado di abilità residue del malato di Alzheimer e sono di solito di poco superiori al livello di domanda al quale il soggetto si è adattato. Le manifestazioni cliniche che sono oggetto di una particolare nostra attenzione riguardano i deficit cognitivi (*memoria, linguaggio, attenzione*), i deficit sensoriali, i deficit motori e la disabilità nelle attività della vita quotidiana. Un obiettivo importante è costituito dal controllo della depressione, poiché è risaputo che le condizioni affettive del paziente influenzano profondamente le prestazioni mnesiche e cognitive, nonché la capacità di mantenere contatti stimolanti con l'ambiente. Poiché i bisogni del paziente si modificano nel decorso della malattia, si è talora reso necessario modificare gli approcci rieducativi. Per concludere, abbiamo rilevato che il lavoro di rieducazione è più efficace se integrato in un piano di intervento che comprende, accanto ai farmaci, l'attività motoria, la sensibilizzazione ed il coinvolgimento dei familiari. Il nostro metodo rieducativo, pur condividendo le finalità della riabilitazione cognitiva e cognitivo-comportamentale, utilizza alcuni mezzi dalle straordinarie possibilità: gli stimoli *artistici e musicali*.

### ***Stimoli artistici***

La nostra volontà di adoperare le arti visive come "*stimolo rieducativo*" è legata oltre all'aspetto ludico tipico delle arti, al non meno importante aspetto operativo dell'arte - *che è al tempo stesso gioco, poesia e artigianato* - che può rivelarsi molto efficace nella creazione di un "*solido ponte comunicativo*" tra malato e operatore. Infatti, la produzione di un prodotto artistico si caratterizza per un importante aspetto artigianale. Va rilevato che i prodotti "artistici" non vengono sottoposti ad una valutazione tecnica né tantomeno estetica, poiché ciò che

importa è l'operazione dalla spiccata valenza manuale. Pertanto, pari dignità possiede ogni fase della produzione di un quadro che va dallo schizzo dei bozzetti alla costruzione del telaio, dalla preparazione della tela alla stesura del colore, dalla costruzione della cornice all'etichettatura e all'allestimento. Non solo, la creazione di "segni colorati" favorisce un positivo contatto con la realtà e trasmette un messaggio ai familiari che perdura nel corso degli anni. Nella creazione di un lavoro pittorico, il malato "incide" sulla carta parti significative della propria realtà psichica, ed il suo lavoro assume il carattere di "segno" di alto contenuto affettivo. Il foglio diviene uno spazio di proiezione in cui acquistano forma immagini che sono simboliche e metaforiche di eventi conflittuali.

Il nostro metodo prevede anche una originale "Terapia di reminiscenza" attraverso il *materiale fotografico*. L'operatore invita familiari a selezionare alcune foto significative del passato del loro caro, che vengono mostrate al malato nel corso delle varie sedute terapeutiche. Di solito il lavoro con le foto personali provoca forti emozioni, poiché l'immagine è in grado di fornire un forte stimolo alla estrinsecazione dei ricordi e dei vissuti personali. Le foto proposte in ordine logico nelle varie sedute forniscono di solito al malato un forte stimolo emotivo che potrà favorire la comunicazione attraverso reazioni verbali e pittoriche, considerato che il paziente viene invitato ad effettuare interventi grafici e di colore sulle immagini fotografiche precedentemente fotocopiate.

### *Stimoli musicali*

Autorevoli studiosi affermano che la musica può essere impiegata con varie finalità quali il rilassamento, la stimolazione cognitiva tramite la produzione di ritmi e/o suoni, e per il recupero della memoria remota attraverso l'ascolto di brani familiari ai pazienti. Affermano, inoltre, che la musica può essere impiegata come mezzo per veicolare informazioni non verbali, la cui comprensione è conservata anche nelle fasi più avanzate della malattia. Essa, inoltre, può essere utilizzata per segnalare momenti

particolari della giornata come ad esempio l'ora del pranzo, oppure alla sera per favorire l'addormentamento, ottenendo complessivamente risultati positivi anche nei pazienti più severamente compromessi, sia sul piano socio-relazionale che nell'attenuazione di disturbi comportamentali.

In particolare, il nostro gruppo di lavoro utilizza per i suoi scopi rieducativi, prevalentemente il *ritmo musicale*. Questo perché la nozione di ritmo non solo è in grado di estendersi al di fuori dell'ambito musicale (*ritmo delle stagioni, ritmo del battito cardiaco, etc*), ma è anche capace di godere di una particolare importanza in questo ambito, tanto che si ritiene comunemente che il ritmo non abbia a che fare con una delle componenti della musica, ma con la *musica intera*. Affermare, pertanto, che tutta la musica è ritmo significa che nel ritmo deve essere ricercato il *fondamento* della costruzione musicale.

Tramite una musica semplice e ritmata cerchiamo di indurre un movimento ritmico in una parte del corpo del nostro paziente. Cerchiamo quindi di variare poco alla volta la frequenza del movimento ottenendo una sua accelerazione o un suo rallentamento. In caso di esito positivo, si può sviluppare una prima forma di controllo motorio nel paziente ed un abbozzo di coordinazione senso-motoria. Ciò non è difficile in quanto la sincronizzazione corrisponde ad un impulso assai primitivo. I movimenti su cui solitamente ci si basa sono quelli più spontanei quali, ad esempio, la deambulazione e il battere le mani. Cerchiamo, pertanto, di ottenere partenze ed arresti in concomitanza con l'inizio o la fine di un inciso musicale. Per favorire un contatto del malato con l'ambiente, lo invitiamo a passare dal battere le mani, alla battuta sul tavolo o sulla sedia. Sedia e tavolo non costituiscono solo degli oggetti, ma permettono l'avvio di una azione di riconquista dello spazio. L'operatore, poi, cerca solitamente di diversificare il movimento corporeo del paziente tramite l'impiego di bacchette, di campanelli e altri strumenti a percussione, poiché ogni ritorno regolare di un battimento costituisce la base di una

nuova comunicazione. L'eccitamento e il movimento ritmico, pertanto, potranno costituire le basi per una rieducazione di tipo cognitivo. Il paziente può in maniera ritmica riappropriarsi di semplici movimenti come lavarsi, portare un bicchiere alla bocca o pulirsi i denti. E' necessario segnalare che l'educazione attraverso il ritmo viene sempre estesa alla voce, poiché la fonazione dipende da una attività motoria. Esercizi ritmici semplici che facciano intervenire differenze di intensità (forte, debole), di altezza (acuto, grave), di durata (breve, lungo), tra i suoni, sono resi più facili da una presentazione ripetitiva, dal momento che il ritmo offre un supporto all'analisi percettiva. L'interesse suscitato dagli esercizi ritmici, pertanto, è legato alla loro capacità di attrarre l'attenzione del paziente affetto da demenza, attenzione che viene continuamente ravvivata tramite continui piccoli cambiamenti nella continuità.

L'argomento non può concludersi senza che venga sottolineata l'importanza della *socializzazione delle condotte ritmiche*. Ogni volta che una condotta diviene collettiva, essa arricchisce le proprie motivazioni grazie al gioco di nuovi rinforzi. Chiedete ad un soggetto anziano di sincronizzare il battito della proprie mani con le battute di un metronomo e lo farà con sufficiente precisione. Richiedete la stessa cosa ad un gruppo di soggetti in una comunità e constaterete i mutamenti che questa condizione sociale apporta all'intensità delle battute di ciascuno e all'eccitazione di tutti. E' qui la differenza tra battere le mani da solo ed applaudire insieme in una sala gremita. L'esperienza ritmica possiede un carattere sociale in modo del tutto naturale. Le danze, le marce, il canto corale, sono fenomeni collettivi ed il ritmo vi trova una dimensione nuova. Questa dimensione sociale dell'esperienza ritmica ha grandissima importanza per i nostri obiettivi rieducativi, perché tutte le attività che favoriscono la socializzazione provocano una nuova eccitazione ed aumentano le ripercussioni affettive. Il ritmo occupa perciò una posizione privilegiata poiché consente al malato di Alzheimer di muoversi secondo delle sollecitazioni esterne e di sincronizzare, nel

contempo, le proprie attività con quelle degli altri in una vera e propria comunione.

### ***Alcune considerazioni derivate dalla nostra esperienza rieducativa***

Questa è la nostra posizione nuova e, per certi versi, controcorrente: ciò che l'operatore deve favorire è l'emergenza di nuovi fenomeni e di nuovi comportamenti nel malato di Alzheimer, proponendo degli stimoli aperti. E' risaputo, infatti, che una caratteristica peculiare e non eliminabile dell'arte è proprio quella di possedere molteplici significati che si possono prestare a diverse interpretazioni. E' proprio la sua capacità di penetrare a livelli diversi nella psiche di ogni individuo - *demente e non* - che può permettere ad ogni essere umano di provare il proprio piacere estetico e di cercare una propria originale via creativa nonostante la malattia. L'obiettivo è quello di superare il vincolo della situazione patologica e stimolare i malati a diventare creativi facendo emergere nuovi atteggiamenti e potenzialità silenti. L'operatore che adopera il materiale artistico non può e non deve essere un modesto "*riattivatore*" di funzioni perse. Egli dovrà diventare l'attore responsabile del cambiamento del proprio malato, ovvero, il perturbatore costruttivo di un nuovo sistema. Non si tratta di sollecitare lo sviluppo di comportamenti compensativi, ma di facilitare la produzione di nuovi comportamenti. Ovvero, si tratta di favorire un approccio creativo ad una nuova realtà più che ri-costruttivo della medesima. La rieducazione ottimale consiste, a nostro parere, nel lasciar creare i malati di Alzheimer in un contesto di ascolto e di accettazione delle capacità comunicative: attraverso un atteggiamento non intrusivo l'operatore deve permettere che il malato di Alzheimer si crei una nuova prospettiva di vita.

Utilizzando gli stimoli artistici con fini rieducativi abbiamo voluto ribaltare completamente la concezione che vuole la demenza come processo improduttivo. Se la malattia di Alzheimer è fonte di disagio esistenziale per il paziente e la famiglia, siamo convinti che la "*sconfitta terapeutica*" si realizzerà laddove c'è rinuncia ad

ogni tentativo di dare senso all'esistenza poiché, anche in un paziente gravemente demente, esiste qualcosa di straordinario che deve essere recuperato come un'importante risorsa per tutti gli altri malati. Poiché il diaframma che divide il malato dall'oscurità dell'isolamento più totale è sottilissimo, siamo convinti che il compito dell'arte e della musica sia quello di rendere più robusto questo diaframma, fornendo al paziente la possibilità di acquisire un controllo delle capacità residue, un arricchimento espressivo ed una nuova possibilità di comunicare con gli altri, qualità che solo le arti sanno donare.

L'atto creativo esprime il bisogno psichico di tradurre in manifestazioni esteriori dei contenuti interiori. La demenza, allora, non è più una condizione che limita la creatività. Essa, al contrario, può diventare importante nel processo creativo, poiché ogni esperienza *creativa veramente autentica* poggia su quel comune denominatore di spiritualità presente in ogni essere umano che ha conosciuto o sta provando la sofferenza.

### **Conclusioni**

L'approccio unicamente farmacologico al paziente demente ha scarse possibilità di riuscita, poiché di questo tipo di malato si deve principalmente tenere in considerazione la qualità di vita e bisogna preoccuparsi, oltre che dei problemi fisici, della sua sfera affettiva, cognitiva e relazionale. A questo scopo, riteniamo che si possano utilizzare gli stimoli *artistici e musicali*, poiché possiedono delle potenzialità inusuali essendo in grado di apportare un cambiamento nell'atteggiamento e nei vissuti del paziente sfruttandone le potenzialità creative ed emozionali. *L'arte* e la *musica*, infatti, possono offrire al paziente affetto da demenza una possibilità di socializzazione, di rilassamento, di stimolo della memoria e di conservazione delle capacità residue. Per concludere, gli stimoli artistici possono ben collocarsi nei principi e nel fare di una moderna pratica clinica attenta alla qualità di vita del malato e potranno in futuro integrarsi sempre più frequentemente con altre proposte riabilitative

### **Note**

- Il presente articolo espone in modo divulgativo alcune riflessioni nate durante una sperimentazione tuttora in corso, approvata dal direttore medico dottor Giorgio Casale e dal direttore d'Istituto dottor Adriano Benzoni dell'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano, finalizzata a valutare l'utilità degli *stimoli artistici e musicali* nella rieducazione *cognitivo-comportamentale* e motoria del malato di Alzheimer.

- Il gruppo di lavoro, costituito presso il *Nucleo Alzheimer dell'Istituto Redaelli*, è formato dal dottor Franco Scapellato, *geriatra e medico di reparto*, dall'*operatore artistico* Daniela Nicolini, dall'*operatore musicale* Eleonora Ravazzani, dall'*assistente* alle sedute Irene Mazzacane e dall'*animatrice* Elena Facchi.

- Lo scrivente, dottor Livio Bressan, neurologo ospedaliero con esperienza in neurofisiologia dell'arte e della musica, ha ideato il progetto e ne ha seguito le varie fasi di realizzazione.

### **Della saggezza e del suo uso**

... Avevo cominciato col dire che queste possono essere due cose distinte, ma entrambe beni, come ammetterai che siano la saggezza e il saggio. Nulla impedisce che siano beni sia la saggezza sia chi la possiede; così saranno ugualmente beni tanto la saggezza quanto avere la saggezza, cioè esser saggi. Io voglio la saggezza, per esser saggio. Non è essa un bene senza il quale neppure l'altra cosa è un bene? Voi affermate che non meriterebbe acquistare la saggezza se non fosse consentito farne uso. Ma qual è l'uso della saggezza? L'esser saggi. Questo è il suo massimo pregio; altrimenti essa sarebbe inutile. Se la tortura è un male, è un male l'esser torturati tanto che essa non sarebbe più un male se si potessero eliminarne le conseguenze.

La saggezza è lo stato durevole dell'anima perfetta; l'esser saggi è l'uso di questa perfezione. Come potrebbe non essere un bene l'uso di tale perfezione, se essa non è più un bene senza l'uso? Ti chiedo se è desiderabile la saggezza: rispondi di sì. Ti chiedo se è desiderabile anche l'uso: rispondi ancora di sì. E, infatti, non acquisteresti la saggezza, se non te ne fosse consentito l'uso.

Ciò che è desiderabile è un bene. L'essere saggi è l'uso della saggezza; come il parlare è l'uso della parola e il vedere è l'uso degli occhi. Concludendo: l'essere saggi è l'uso della saggezza; l'uso della saggezza è desiderabile; dunque l'essere saggi è desiderabile; e, se è desiderabile, è un bene.

Ma con queste argomentazioni mi condanno da me, poiché imito quelli che accuso e spreco parole per chiarire ciò che è già chiaro. Nessuno dubita che, se il caldo è un male, è un male anche sentir caldo; se il freddo è un male, lo è anche sentir freddo; se la vita è un bene, lo è anche il vivere.

Quanto si è già detto si aggira intorno alla saggezza, ma non ne penetra l'intima essenza, mentre è nostro compito fermarci in essa. Se proprio ci piace ampliare i nostri orizzonti spirituali, la saggezza può offrire immensi spazi alle nostre evasioni.

Rivolgiamo la nostra indagine sulla natura degli dèi, su ciò che alimenta gli astri, sull'infinita varietà delle orbite delle stelle; ricerchiamo se le cose di quaggiù si conformino ai movimenti di quelle; se di là ricevano influsso i corpi e le anime di noi tutti, se anche i cosiddetti fatti accidentali siano vincolati a norme prefissate e perciò nessun evento di questo mondo sia occasionale e indipendente dall'ordine che regola l'universo.

Questi argomenti sono estranei ai problemi morali, ma sollevano lo spirito e lo rendono partecipe dei grandi soggetti; mentre le questioncelle già esposte lo sminuiscono e lo deprimono...

Che vantaggio avrò del sapere che la saggezza e l'esser saggio sono cose distinte? Che l'una è un bene e l'altro non lo è? Voglio essere temerario ed affrontare il rischio di questo desiderio: tocchi a te la saggezza e a me l'esser saggio: saremo pari...

LUCIO ANNEO SENECA  
(da *Lettere a Lucilio*)

## *Una tela per la vita*

*Il 5 giugno, nell'aula magna dell'Università degli Studi g.c., una cerimonia particolare ha richiamato l'attenzione del mondo medico – scientifico e culturale sul binomio “arte e scienza”.*

*L'occasione è stata offerta dalla generosa donazione di moderne opere pittoriche da parte di docenti dell'Accademia di Belle Arti di Brera al Centro Trapianto Fegato dell'Ospedale Maggiore Policlinico, quale sentita espressione di gratitudine per il riuscito trapianto di fegato eseguito circa dieci anni fa dall'équipe chirurgica a un professore di Brera che gode tuttora di ottima salute.*

*La donazione vuole anche premiare l'ultraventennale straordinaria attività di studio, ricerca e clinica del Centro, alla quale la Città guarda con viva ammirazione e gratitudine.*

*Presenti alla cerimonia il Rettore dell'Università degli Studi, il Preside della Facoltà di medicina e chirurgia, il Commissario straordinario dell'Ospedale Maggiore, Sabina Capraro ha illustrato gli scopi della manifestazione. Sono seguiti gli interventi di: Giorgio Cosmacini “La beneficenza all'Ospedale Maggiore”; Dinangelo Galmarini “Il trapianto di fegato al Policlinico di Milano”; Luigi Rainero Fassati “Prospettive future del trapianto di fegato al Policlinico”.*

*Ha concluso l'incontro l'arch. Gjlla Giani.*

*Un ringraziamento particolare agli artisti: Rodolfo Aricò, Mario Benedetti, Fabrizio Breschi, Sabina Capraro, Franco Cheli, Tiberio Colantuoni, Marcello Colusso, Diego Esposito, Bruno Gandola, Enrico Mulazzani, Romano Perusini, Graziella Sarno, Paolo Scirpa, Saverio Terruso, Alberto Venditti, Luca Vernizzi, docenti di Brera ed esecutori delle opere donate.*

*Pubblichiamo qui di seguito la breve introduzione di Giorgio Cosmacini al tema della beneficenza, che mette in luce l'affinità del dono d'oggi in opere pittoriche con la ritrattistica secolare fiorita dalla carità, a formare la famosa Quadreria dei benefattori della Ca' Granda.*

## *La beneficenza all'Ospedale Maggiore*

GIORGIO COSMACINI

Beneficenza, da *bonum facere*, fare del bene. “Prestazione gratuita di beni o servizi”, così recita il Dizionario etimologico della lingua italiana edito dall'Istituto dell'Enciclopedia Treccani: prestazione “che ha per scopo di recare aiuto e assistenza a persone bisognose, erogata da enti pubblici o persone private con atti di liberalità e rivolta alla generalità dei destinatari”.

Senza rimontare troppo in addietro, cioè all'etica caritativa del Medioevo cristiano, fu il Cinquecento il secolo che vide un cospicuo dilatarsi della beneficenza, attivato dagli impulsi della preriforma e Riforma cattolica, riaffermanti la necessità per la salvezza sia della fede che delle buone opere. Per le finanze dell'Ospedale Maggiore di Milano i “buoni operatori” non mancarono: ben “1419 furono nel

secolo XVI i benefattori dell'Ospedale Maggiore e di quelli aggregati". Una bella cifra, anche se ridicibile a 947 dopo un attento controllo dei registri ospedalieri.

Nel novero di queste dieci "centinara" di persone benefiche, mosse a carità da rinnovate spinte all'*imitatio Christi*, oppure da crisi di coscienza del loro vivere mondano, oppure da speranzosa *captatio* di riscatto e perdono, figurano, con donazioni non sempre proporzionate ai ruoli occupati nella scala sociale, papi e sovrani, principi e vescovi, patrizi e plebei, alti dignitari e piccoli funzionari, arcipreti e preticelli, causidici e notai, farmacisti e medici, bottegai e mercanti, artigiani e fittabili, servitori e garzoni, uomini e donne del popolo.

Su tutti, uno: papa Pio IV, il milanese Giovan Angelo de' Medici di Melegnano, figlio del marchese Bernardino e di donna Cecilia Serbelloni, fratello del capitano di ventura Gian Giacomo detto "il Medichino" e di Margherita, sposa del conte d'Arona Giberto Borromeo e madre di Carlo, l'arcivescovo di Milano (dal 1561 al 1584) poi beatificato e fatto santo.

Ha scritto nel 1880 Pietro Canetta, archivista a quel tempo dell'Ospedale Maggiore: "Questo pontefice (Pio IV) era così animato dal sentimento di beneficiare l'Ospedale che con bolla del 15 ottobre 1561 gli aggregava i grandi possedimenti di Fallavecchia già spettanti all'abbazia di Morimondo. E con bolla del 1° marzo 1560 accordava l'indulgenza plenaria, o *Perdono*, come volgarmente si chiama, da lucrarsi ogni anno dispari nell'occasione che nella chiesa dell'Ospedale si celebra la Festa titolare dell'Annunciazione di Maria Vergine".

Tale bolla papale - *Pastoris aeterni* - rendeva perpetuo il beneficio accordato cento anni prima da papa Pio II, Enea Silvio Piccolomini, il pontefice umanista che con bolla del 5 dicembre 1459 - *Virgini gloriosae* - aveva istituito il privilegio di celebrare annualmente un giubileo a Milano, con il perdono dei peccati concesso a chi, dopo essersi debitamente confessato, avesse visitato nel giorno dell'Annunciata la chiesa dell'Ospedale, dov'era posta una cassa per le elemosine, provvista di due chiavi, l'una in mano alla Camera Apostolica, l'altra in mano al Venerabile Capitolo dei deputati ospedalieri. La prima "Festa del Perdono" - così subito detta

dalla *vox populi* a significare il trionfo della beneficenza - era stata celebrata il 25 marzo 1460 e aveva fruttato un introito di 8.656 lire imperiali, per metà devolute dalla Camera Apostolica "all'esercito de' Cristiani contro i Turchi", conquistatori tre anni prima di Costantinopoli, e per metà devolute dal Capitolo ospedaliero "all'edificazione dell'Hospitale Grande (de la Anunciata)".

Con papa Pio IV e con il di lui nipote Carlo Borromeo, anch'egli grande benefattore, merita menzione il marchese Marc'Antonio Rezzonico, che chiamò suo erede l'Ospedale Maggiore, di cui fu deputato, nel testamento redatto il 20 luglio 1584. Merita menzione soprattutto perché l'eredità, stimata in 320.000 lire, comprendeva anche un quadro effigiante il benefattore, che inaugurò la lunga serie dei ritratti oggi raccolta nella quadreria dell'Ospedale.

Mi piace qui sottolineare questo stretto rapporto tra beneficenza e ritrattistica, tra attitudine e attività caritativa e quello che possiamo definire l'immaginario della carità. Le immagini della pittura d'autore sono il "video", non effimero ma durevole, di una vocazione perdurante, di una tradizione non caduca.

La tradizione caritativa e benefica dell'Ospedale Maggiore è, anche in questo, maestra di vita.

# *Considerazioni eterodosse sulla pittura contemporanea*

ANTONIO RANDAZZO

Qualche anno fa possedevo un samoiedo. Per chi non lo sapesse, i samoiedi sono una razza di cani, di media taglia, con il muso aguzzo, il pelo tutto bianco, una gran coda che portano arrotolata sul fondo schiena. Prendono il nome da una popolazione lappone che tuttora li impiega per il traino delle slitte.

Come i lupi selvatici, i samoiedi sono un prodotto di madre Natura e non degli infiniti incroci operati dall'uomo per creare razze differenziate da adibire alle attività più varie.

Del lupo selvaggio i samoiedi hanno ereditato il senso del branco, che si traduce in attaccamento e fedeltà al padrone. Una fedeltà tuttavia che non è sottomissione, una fedeltà dignitosa, starei per dire alla pari.

Due volte al giorno, mattino e sera, toccava a me portare in giro il cane. Data l'ubicazione della mia casa, questo giro si svolgeva intorno al Castello Sforzesco.

Una mattina di molti anni fa, durante una di queste passeggiate, osservai degli operai che praticavano dei fori nell'asfalto dei viali che circondano il fossato del Castello. L'indomani, su questi fori, notai che erano stati inseriti dei paletti. Il terzo giorno sui paletti cominciava a comparire una tettoia. A questo punto la cosa mi incuriosì, spingendomi a domandare a cosa dovesse servire quella tettoia. Mi risposero che era in preparazione una mostra leonardesca nei locali del Castello. In vista di possibili lunghe code di cittadini italiani e stranieri desiderosi di visitare la mostra e in previsione dei possibili disagi provocati dal sole o dai temporali, la tettoia era destinata a proteggere le code.

Mi parve una giusta misura precauzionale – oltretutto mi dicevo, la struttura servirà ad incolonnare i visitatori e ad impedire che i soliti furbi cerchino di portarsi avanti, a scapito di chi è paziente-

mente in coda.

La mostra ebbe inizio, adeguatamente segnalata dai mezzi di informazione. Io continuai a girare col mio cane, senza notare mai neppure l'ombra di una coda. Mi sembrava strano che il richiamo di Leonardo fosse così modesto e pensai, in un primo tempo, che l'assenza di code fosse dovuta al fatto che il mio giro era troppo precoce al mattino e troppo tardivo la sera. Perciò volli constatare se, in altre ore del giorno, vi fosse coda. Mai!! Non vidi mai code, né lunghe, né brevi.

Al termine della mostra la tettoia venne smantellata. Rimasero per molto tempo i buchi nell'asfalto.

Cercai di darmi una spiegazione di questo strano evento. Pensai che l'altissimo livello culturale della nostra popolazione, la domestichezza con i grandi della pittura (da Giotto allo stesso Leonardo, da Michelangelo a Tintoretto), la profonda conoscenza delle peculiarità di ognuno di essi (dal modo di disporre le prospettive all'accostamento di colori, dalla pertinenza dei rilievi anatomici alla appropriatezza degli atteggiamenti e delle espressioni) spiegassero a sufficienza il mancato richiamo di massa esercitato da Leonardo. Per la verità, qualche solitario visitatore si vedeva. Dai capelli biondi, gli occhi chiari, la statura elevata, il discutibile gusto dell'abbigliamento si poteva spesso capire che si trattava di stranieri.

Di tipi sicuramente mediterranei neanche l'ombra! Mi dicevo che non c'era di che meravigliarsi. Le popolazioni germaniche avevano ricevuto la definitiva sistemazione del loro alfabeto gotico da un monaco, di nome Ufila, desideroso di far conoscere ai suoi connazionali la Bibbia. Ciò avveniva nel 1300. Dunque, qualche millennio dopo la presenza terrena di Platone e di Aristotele, di Pindaro e di Catullo, di Tucidide e di



Edouard Manet: *Flori in un vaso di cristallo*, 1882  
(The National Gallery of Art, Washington)



Edgar Degas: *Donna che stira*, 1882  
(The National Gallery of Art, Washington)

Tacito. Come stupirsi se gli eredi di questi grandi, cioè gli italiani, non fossero sconvolti per una semplice mostra leonardesca!

Chiusa la mostra, passato circa un decennio, si è aperta, sotto casa mia, una galleria dedicata alla pittura. La gestione è intelligente e accorta. La galleria espone la produzione di grandi maestri dell'impressionismo e del postimpressionismo.

Devo confessare subito che il mio incondizionato apprezzamento si ferma agli impressionisti, ai loro paesaggi all'aperto, in gran luce, alla loro pittura abbreviata. L'intento di non ritrarre la realtà come tale, ma di trasmettere, attraverso la pittura, le emozioni dell'artista, mi sembra perfettamente realizzato da personaggi come Monet, Renoir, Degas, Manet. Dopo di loro, per quanto mi riguarda, la trasmissione non è più filata via liscia. È possibile che la mia sensibilità sia troppo grossolana per vibrare all'unisono con le più ardite espressioni della pittura odierna.

Arrossisco nel confessare che qualche volta, visitando le mostre di pittori contemporanei, mi sono chiesto cosa mai mi volesse comunicare l'artista e ho sospettato che non volesse comunicarmi proprio nulla e si trattasse di un vero soliloquio o, quanto meno, di una comunicazione effettuata con un linguaggio lappone, a malapena comprensibile dal mio samoiedo, giustappunto per le sue origini nordiche.

La confessione di questa mia insensibilità è di per sé abbastanza mortificante. Tuttavia lo è diventata ancora di più da quando la galleria sotto casa mia ha inaugurato una serie di fortunate esposizioni (Man Ray, Andy Warhol, Gustav Klimt, Egon Schiele) che hanno richiamato un foltissimo pubblico. Le code, all'ingresso della galleria, sono state spesso lunghe decine di metri, tanto da ostacolare l'entrata e l'uscita dal mio portone. Mi sono chiesto com'era possibile che la mostra leonardesca fosse andata deserta e quella di Egon Schiele richiamasse tanta gente. Escludo (proprio per il numero dei visitatori) che si trattasse di cultori della pittura o di iniziati ai suoi linguaggi esoterici. Moltissimi i giovani, spesso con il chewing-gum in bocca, la cui masticazione, a mio parere, spegne dopo pochi istanti, qualsiasi



Gustav Klimt: *Giuditta (Salomè)*, 1901  
(Österreichische Galerie, Vienna)

espressione di intelligenza sul volto di chi mastica, avvicinandone straordinariamente i tratti a quelli di un vero ruminante. Tuttavia il massimo del disorientamento me lo ha dato l'arrivo in massa delle scolaresche. Intendiamoci: non di pensosi liceali, ma di ragazzetti delle elementari o delle medie, ancora impuberi a giudicare dall'aspetto e dalla tonalità della voce, i quali in attesa di entrare nella galleria (e a testimonianza della loro ancora spensierata età) urlano a squarciagola, si inseguono, si spingono, fanno le capriole sulle "forcine" sistemate sul marciapiede per impedire alle automobili di posteggiare.

L'arrivo di questi ragazzini mi ha precipitato nell'avvilimento. Mi sono detto che, se essi venivano portati in visita alla Galleria, non era certo per occupare in qualche modo il tempo, fuori dagli angusti spazi scolastici; né tantomeno per dar loro la possibilità di sgranchire i muscoli. I ragazzini, com'è noto, hanno energie da vendere. Tutti noi, padri e madri, siamo stati

costretti spesso ad intervenire affinché, dopo ore ed ore, smettessero di giocare, prima di cadere a terra sfiniti dalla fatica e privi di conoscenza. Perciò la visita alla Galleria come espediente per uno sfogo muscolare mi appariva un espediente quantomeno ingenuo. Non restava dunque che una ipotesi interpretativa e cioè che la maestra, i presidi, il provveditorato agli studi e gli stessi genitori ritenessero che i bambini, lungi dall'annoarsi o addirittura dall'imbastialirsi, potessero ricevere dalla visita alla mostra emozioni indimenticabili, capaci di arricchirne la sensibilità. In altri termini, un accorgimento per avere domani cittadini più civili. Questa interpretazione poteva essere estesa anche agli



Egon Schiele: *Contadinella*, 1912  
(Galleria Albertina, Vienna)

adulti, persino ai masticatori di chewing-gum. La massiccia affluenza poteva cioè rispondere al giusto desiderio di incrementare il proprio tasso di civiltà e non necessariamente ad una overdose di conformismo culturale, come in un primo tempo avevo malignamente sospettato.

Il conformismo culturale, com'è noto, è funzionale al chiacchierio salottiero su ciò che avviene oggi o che è avvenuto ieri. Non richiede particolari (e spesso faticosi) approfondimenti. Al contrario, consente talvolta una conoscenza di Dante Alighieri tanto approssimativa da non capire bene per quale motivo, in tutta Italia, gli abbiano intestato tante strade.

Io, per il timore di essere sospettato di conformismo culturale e per le lacune di cui mi sono prima confessato, non ho visitato nessuna di queste mostre. Tuttavia, avendo avuto l'ingenuità di esternare in pubblico questo mio comportamento, ho capito di essermi irrimediabilmente collocato nel novero degli incivili. Invano ho cercato di rimediare alla gaffe facendo presente che la mostra di Leonardo l'avevo attentamente visitata. Non c'è stato nulla da fare! Alla fine, per evitare che amici fedeli mi togliessero per sempre il saluto, ho dovuto impegnarmi, appena se ne presenterà l'occasione, a visitare tutti i giorni, per venti giorni, la prossima mostra in Italia di Egon Schiele.

La nostra Ca' Granda ha superato i quarant'anni di vita: chi scrive qui e l'ha costruita mese per mese dagli inizi del '60 insieme con personalità della cultura e della scienza, con amici e collaboratori, è tentata di scorrere pagine e sommari alla ricerca delle "attualità di ieri" e nel ricordo di autori che ci sono stati cari.  
È la volta oggi di uno degli indimenticabili **corsivi** di Ferdinando Cislaghi, anno 1977.

## *Il complesso di Laio e la vita ospedaliera*

FERDINANDO CISLAGHI

*È ben nota l'affermazione di Gramsci: «Una generazione che deprime la generazione precedente, che non riesce a vederne le grandezze e il significato necessario, non può che essere meschina e senza fiducia in se stessa, anche se assume pose gladiatorie e smania per la grandezza». A questo giudizio ho pensato più volte negli ultimi tempi leggendo gli addebiti che alcuni critici fanno alla generazione passata, attribuendole tutti i mali della presente. E forse lo stesso filosofo politico avrebbe perplessità nell'estendere la sua affermazione al tempo presente. Ma non di questo vorrei parlare, perché è evidente che il giudizio gramsciano deve essere riportato al clima storico nel quale esso è stato dettato; piuttosto mi par lecito sottolineare che, letta in chiave psicanalitica, l'affermazione del Gramsci esclude che il pensatore fosse condizionato dal complesso di Edipo. Da diversi decenni giudichiamo il comportamento dei figli secondo la dottrina freudiana. È ben noto a tutti che nella formulazione classica della psicanalisi Edipo, il figlio, viene considerato come colui che vuol commettere l'incesto con la madre ed uccidere il padre. Da qui l'opposizione, talora violenta e crudele, che il figlio dimostra verso il padre: generalizzando, se è lecito, il contrasto fra la nuova generazione e la precedente. A cambiare questo modo di interpretare le relazioni tra padri (e madri) e figli, ci invita Tilde Giani Gallino con il suo studio sui rapporti familiari nei disegni dei ragazzi: «Il complesso di Laio» (G. Einaudi Ed. 1977). L'Autrice avanza l'ipotesi di un complesso di Laio in contrapposizione al complesso di Edipo. «Ipotizzare un complesso di Laio significa invece domandarsi se nella struttura della personalità paterna (e materna) non esistano desideri contrastanti, amorosi e ostili, nei confronti dei figli. Senza rendersene conto, i genitori metterebbero in atto difese spropositate contro i loro bambini, poiché fin dalla nascita li percepiscono nell'inconscio come possibili sopraffattori». Non è mia intenzione - e la natura stessa di questi «corsivi» non mi obbliga ma mi limita - di fare un esame approfondito del libro della Giani Gallino, che giudico veramente notevole e degno di discussione per gli apporti che può dare nella visione dei rapporti genitori-figli. Pertanto lo segnalo a tutti perché la lettura di esso darà senz'altro lo spunto a rivedere il nostro e l'altrui comportamento nei riflessi dei figli. E non solo dei figli di sangue ma anche - mi sia lecita l'estensione - di quelli che nella vita ospedaliera per consuetudine - e per convinzione - chiamiamo allievi, anche se non ci arroghiamo il diritto di chiamarci maestri. È veramente strano che Freud, acuto analizzatore dei miti greci, non abbia pienamente interpretato il mito di Laio-Edipo. Certamente alle origini del complesso di Edipo, nella rielaborazione in chiave psicanalitica del mito sofocleo compiuta da Freud, sono presenti molti elementi personali. Infatti egli parla per la prima volta del «mito di Edipo» in una lettera all'amico Wilhelm Fliess, del 15-10-1897, alcuni mesi dopo la morte del padre, avvenuta nell'estate del 1897. (Si veda nel libro della Giani Gallino il ben documentato capitolo dedicato all'argomento). La stessa tragedia di Sofocle propone Edipo come colpevole; anche*

*nella riedizione televisiva di Gassman l'orrore delle sue colpe è vissuto intensamente dall'interprete e ci fa dimenticare Laio. Ma, a dire il vero, è proprio esente da colpe il padre Laio? Questo re di Tebe, che avendo sentito dire da un indovino che suo figlio Edipo, appena nato, lo avrebbe ucciso da grande, non commette il crimine di abbandonarlo con i piedi bucati e legati sul monte Citerone? In fondo - dico io - Laio era credente (se tale si può dire) a metà; se credeva nella profezia, quale vantaggio aveva di abbandonare il bambino nudo sul Citerone? Di certo il figlio sarebbe un giorno ritornato non a compiere la sua vendetta, ma bensì per espletare il compito al quale gli dei, in collera con il re di Tebe, lo avevano predestinato. Se poi accettiamo l'interpretazione del bassorilievo del sarcofago del museo lateranense di Roma, Edipo si sarebbe autocastrato nel rimuovere i piedini bucati e legati con una sottile cordicella ai testicoli. Così non avrebbe mai commesso l'incesto con la madre Giocasta e i figli di questa non sarebbero stati suoi! Quanti problemi ci propone la nuova ipotesi sul complesso di Edipo-Laio. Saggiamente la Giani Gallino, nelle note conclusive della sua indagine, dice: «Nella nostra qualità di adulti, e come padri e madri, possiamo preferire l'una o l'altra versione e, a scelta, ritenere colpevole Edipo o Laio. Teniamo però presente che abbiamo certe difese inconsce da superare dentro di noi». «Mitizzare i figli attribuendo tutte le colpe ai genitori non sarebbe più vantaggioso del procedimento fin qui seguito di mitizzare i genitori a scapito dei figli». Effettivamente diventa sempre più difficile il compito di «guidare» i figli; per timore di essere autoritari, si può indulgere a concedere tutto perché è più facile concedere che negare. Ma, sottolinea acutamente la Giani Gallino: «Se rinunciamo alla funzione di guida - non autoritaria ma amica - non dobbiamo illuderci di aver creato degli individui liberi di scegliere e di agire. Con la rinuncia dei genitori a guidare i figli si creeranno soltanto dei vuoti di potere che saranno subito colmati da altre persone; primi i compagni più vecchi e autoritari, poi i piccoli leader dei quartieri alti (o popolari) con i quali si scopriranno certe affinità; l'interesse per la politica estremista, le tendenze aggressive comuni a tutti i frustrati, l'attrattiva per le imprese vagamente pericolose o temerarie. Con la nostra rinuncia, o credendo di rendere il figlio libero, lo avremo reso succubo di altri. Anche questo è un reato di abbandono e di incuria verso i figli e non importa se il reato è stato consumato sommando regali e doni. Anche i regali sono serviti per crearsi un alibi contro l'accusa di non sapere amare i figli. Educare i figli significa imparare ad educarci noi adulti ogni giorno, proprio stando a contatto con i nostri figli».*

*Leggendo il libro dedicato al complesso di Laio, quante volte ho pensato all'esperienza della nostra vita ospedaliera. Quanti Laio abbiamo conosciuto nei tempi passati, quanti «padri» abbiamo visto mettere in atto, forse senza rendersene conto, difese sproporzionate (e alla fine inutili!), timorosi che un giorno i «figli» divenissero sopraffattori, dimentichi che «fortunato quel maestro il cui allievo lo supera!».*

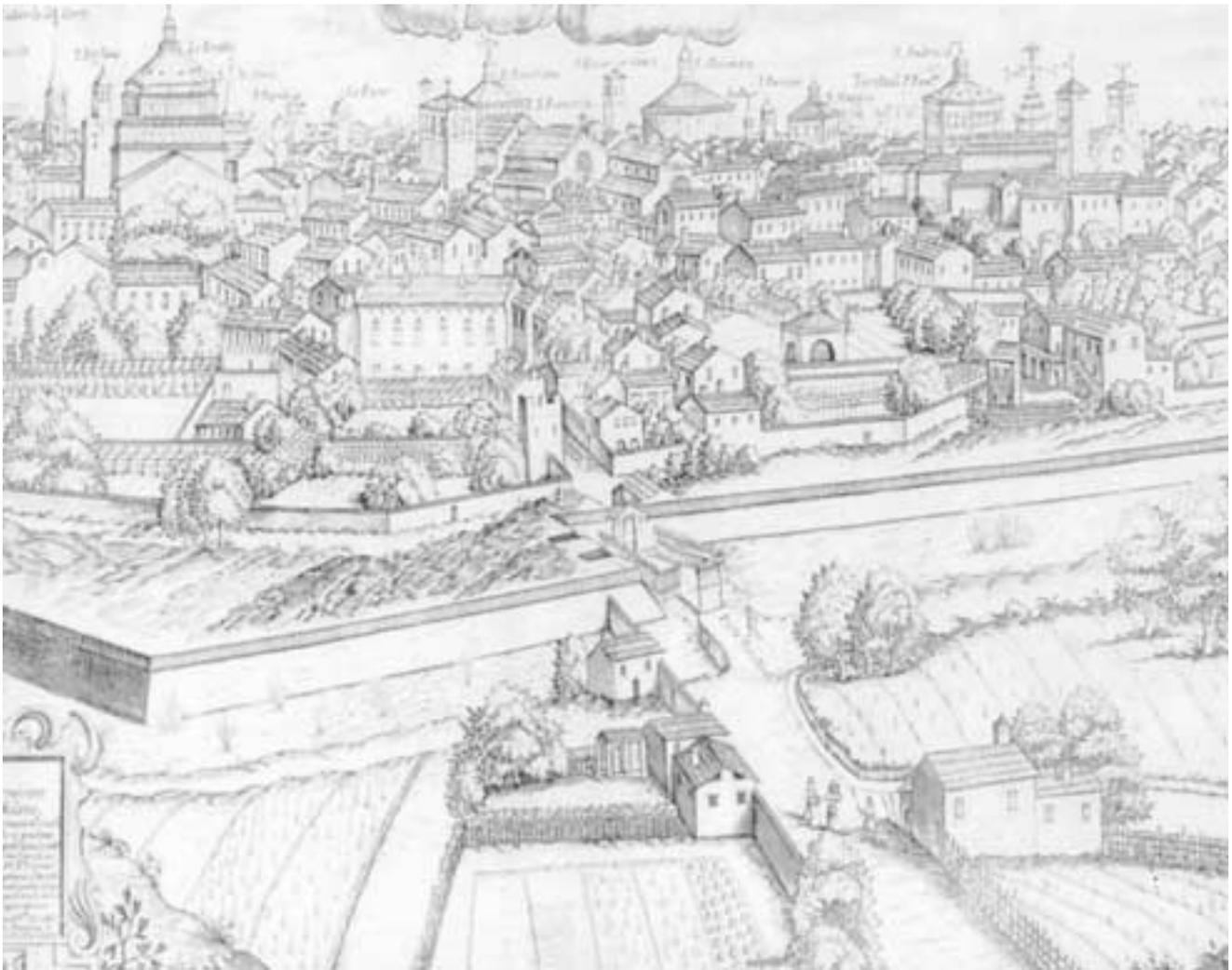
*E, come Laio, non escludo di aver anch'io le mie colpe. Ma mi assolvo pensando di aver fatto sforzo di inventiva e di immaginazione nei riguardi dei giovani a me affidati e di aver tentato, non so fino a qual punto, di non applicare vecchi schemi e modelli in modo acritico, stereotipo, senza alcun aggiornamento, come è avvenuto invece per il lavoro e la vita di società. E pertanto mi sento di far mia questa affermazione della Giani Gallino, che vorrei tutti meditassero: «Si scambia la permissività guidata con l'assenza assoluta di consiglio e di assistenza ai figli; si permette che si rompano le dighe, che non vi sia più alcuna linea o norma di condotta e si rimane indifferenti a guardare lo sfasciame di ogni tentativo di educazione, senza accorgersi che gli effetti negativi sui giovani sono stati provocati dagli atteggiamenti dei genitori, dalla loro incuria e dal lasciar correre, senza rendersi conto che i ragazzi hanno bisogno di assistenza e di consigli e non vogliono essere abbandonati a se stessi ma guardati in modo amichevole, da un adulto che dia fiducia e credibilità».*

# *C'era una volta Milano a croci e colori*

VINCENZO BEVACQUA

Dal Cinquecento ai primi dell'Ottocento, praticamente dai tempi di San Carlo a quelli della Repubblica Cisalpina di Napoleone, Milano aveva strade seminate di croci tabernacoli e immagini sacre come se fosse una grande chiesa con tante cappelle dedicate a tutti i Santi del Paradiso. La moda di croci tabernacoli e affreschi per strada

era cominciata al tempo di San Carlo e di una pestilenza (1576-1577) poi chiamata col nome del Santo. Allora la peste era considerata castigo di Dio, del tutto meritato sia dall'eresia luterana che serpeggiava nei conventi sia dalla depravazione generale che, come la peste, colpiva ricchi poveri eretici fedeli laici ed ecclesiastici. Per vincere



Veduta prospettica di Milano, di G.F. Lampugnani (particolare dalla copertina del volume "Una Milano sconosciuta")



... la Crocetta del Redentore al Verziere, oggi Largo Augusto, al tempo del Cardinale Federico



Particolare dell'edicola di via Francesco Sforza

peste eresia e depravazione, a San Carlo non restava che ricatechizzare la diocesi risvegliandone religiosità e devozione. Così per merito suo nasceva quel sacro fervore che dalle chiese sarebbe straripato nelle strade e da qui, superando porte e pusterle cittadine, si sarebbe assestato sui rilievi prealpini con i *Sacri Monti*.

Nel territorio metropolitano il fervore devozionale si sarebbe materializzato in croci tabernacoli affreschi terrecotte e maioliche. Le croci, dai milanesi chiamate crocette, consistevano in un basamento di pietra a forma di altare sul quale si innalzava la croce. Ai piedi della croce il prete o frate poteva celebrare gli uffici religiosi: dalla messa alla benedizione eucaristica; dalla recita del rosario a quella delle litanie, dell'*Angelus* o altro. Innalzate all'incrocio delle strade, le crocette permettevano alla gente di seguire le cerimonie sacre all'aperto o alla finestra di casa propria, specialmente se a casa propria doveva restare, in tempo di pestilenza, per ordine tassativo del Commissario di Sanità.

Le crocette non erano però invenzione di San Carlo. Ce n'era già qualcuna durante la pestilenza del 1373. Allora a Milano governava quel misto genio-sregolatezza di Bernabò Visconti che, per circoscrivere i focolai pestiferi, demoliva o incendiava le case infette insieme ai loro abitanti. Fossero appestati sospetti o sani.

Nel Seicento e più tardi, le crocette si moltiplicavano. Da diciannove che erano al tempo di San Carlo, diventavano trentanove al tempo di Federico Borromeo e cinquantasette al tempo di Maria Teresa d'Austria anche se in epoca teresiana le pestilenze non si fossero più verificate.

Nel Cinquecento, una delle prime crocette sarebbe stata quella del Cordusio. Dopo la morte di San Carlo, la croce veniva sostituita dalla statua del Santo e poi collocata in piazza Borromeo dove ancor oggi si può ammirare e venerare.

Nel Seicento, al tempo del cardinal Federico Borromeo, oltre a moltiplicarsi le crocette subivano varianti. Le croci infatti si allontanavano dal basamento per posarsi su una colonna o per essere impugnate da una statua a sua volta in cima alla colonna. Esempio del primo tipo era la crocetta di San Glicerio al Bottonuto, la stessa che con una

sfera al posto della croce oggi si trova ai Boschetti. Esempio del secondo tipo è la crocetta del Redentore al Verziere e oggi in largo Augusto. Croce su basamento come in origine, croce su colonna o croce su statua, ogni crocetta era dedicata a un santo vescovo della primitiva Chiesa Ambrosiana.

Prima però delle crocette a colonna, a Milano c'erano su basamento altre colonne di vario significato. Una di queste era per esempio la *Colonna del Diavolo* di fianco alla Basilica di Sant' Ambrogio. Nella colonna rimane ancora il segno di una memorabile incornata del Maligno.

Attorno a ogni crocetta era sorta una confraternita. Quella con più associati era la Confraternita della SS. Croce o dei Crocesegnati che, oltre alla gestione della crocetta, provvedevano alla lotta contro l'eresia collaborando con il Tribunale del Santo Uffizio e assistendo eretici e streghe ospitati nelle carceri inquisitoriali.

Di venerdì, insieme al popolo milanese grandi e piccole confraternite partecipavano alla processione metropolitana. Il corteo raggiungeva il Duomo percorrendo un tragitto prestabilito che comprendeva tutte le strade cittadine sostando a tutte le crocette indicate come altrettante stazioni di *Via Crucis*. La già citata crocetta del Bottonuto, per esempio, rappresentava la stazione dove si contemplava la *Passione di Gesù nelle beffe di Erode*.

Raggiunto il Duomo, popolo milanese e confraternite veneravano il Santo Chiodo, con timore e tremore ascoltavano omelie penitenziali e poi tornavano a casa. Così di venerdì, tra andare e tornare dal Duomo, i milanesi trasformavano le loro contrade in placidi fiumi in piena pulsanti di fervore religioso.

Ma se di venerdì le contrade pulsavano, per tutta la settimana le contrade richiamavano devozione con i loro dipinti murali, raffiguranti prevalentemente Gesù Crocifisso, la Madonna col Bambino e San Rocco protettore degli appestati. Perciò per l'intera settimana Milano era devota sì, ma a tutto colore. *Nella miriade di simboli religiosi costellanti le contrade, le molteplici immagini affrescate, e in parte anche quelle scolpite, contribuivano a formare una città dipinta, teatro ideale della*



... la Crocetta di San Glicerio al Bottonuto, con una sfera al posto della croce, oggi ai Boschetti



... qui la Colonna del Diavolo, di fianco alla Basilica di Sant' Ambrogio

*vita scandita dalla liturgia.* Anche se generalmente di poca pretesa artistica, i dipinti avevano grande presa sui fedeli. Faceva eccezione la *Madonna col Bambino* in contrada Chiaravalle perché, dipinta da Ercole Procaccini (1515-1595), suscitava ammirazione e devozione in parti eguali trattandosi di tenerissima immagine, eseguita magistralmente e per di più miracolosa.

Di queste immagini sacre sui muri delle case, nel Seicento se ne contavano più di settecento e nel Settecento se ne contavano ancora di più perché si erano aggiunte le immagini sacre di terracotta o di maiolica. Purtroppo col tempo, questa Milano a croci e colori si laicizzava e sbiadiva per colpa dei governi, della trascuratezza dei cittadini e delle impietose vicende belliche.

Già alla fine del Settecento il governo austriaco toglieva di mezzo le crocette perché erano *di mole elevata da riuscire di grave incomodo e pericolo al popolo, nel trapasso delle carrozze cresciute di molto* in quell'epoca. Quanto alle immagini sacre sui muri, il governo *responsabile di introdurre nel popolo il vero spirito di pietà, e di devozione*, interveniva col togliere di mezzo *certe vane, superstiziose apparenze le quali in realtà costituivano pregiudizio al vero culto di Dio...e gran torto alla santità della Religione*.

Negli ultimi anni del Settecento e ai primi dell'Ottocento, peggio del governo austriaco si comportava il governo francese che sulla rincorsa della recente rivoluzione bandiva dalle strade milanesi ogni segno devozionale. Ai misfatti dei governi infine, si aggiungeva la servile collaborazione di alcuni cittadini che poi, insieme alle distruzioni dell'ultima guerra mondiale, riducevano al due per cento il milanese e secolare patrimonio religioso su strada.

**Le notizie fin qui riportate e molte altre ancora si trovano nel libro di 133 pagine, scritto da Maria Antonietta Crippa e da Ferdinando Zanzottera, pubblicato dall'Istituto Gaetano Pini come strenna del 2000.**

Dopo averlo letto per bene, si conclude che più di *Una Milano sconosciuta* col sottotitolo *La geografia dei segni sacri da Carlo Borromeo a Maria Teresa d'Austria*, gli Autori hanno descritto una Milano *scomparsa* che ha lasciato il rimpianto di una intimità religiosa illustrata e cancellata per sempre. Il testo accattivante anche nelle virgole, è in ogni pagina annotato da documentazione bibliografica che sottintende una sapiente ricerca non solo in biblioteca, ma anche in archivio. Non è da meno della bibliografia la documentazione iconografica, il più delle volte costituita da stampe d'epoca come quella, per esempio, della crocetta del Bottonuto o quella della colonna infame in contrada della Vetra de' Cittadini. Senza contare la superba panoramica di Milano in copertina, dove la città è spiattellata da San Gottardo a Sant'Eustorgio con tanto di Naviglio in basso e San Carlo in cielo.

Completa il libro l'*Elenco dei segni sacri esistenti nelle strade urbane di Milano, censiti dal Gover-*



La Basilica di San Marco in una tela di Giovanni Migliara



La Crocetta nella piazza di Santo Stefano

*no Francese per eseguirne la demolizione*. L'elenco è raccolto in diverse tavole dove ogni *segno sacro* è catalogato per rione, via e numero civico, soggetto raffigurato, tecnica di esecuzione e pertinenza. Pur mancando i segni sacri di un rione, quelli elencati sono circa cinquecentocinquanta. Ecco per esempio come risulta catalogata la crocetta di San Calimero. *Rione*: 6; *Via*: dazio di Porta Romana; *Numero civico*: non indicato; *Soggetto raffigurato*: San Calimero; *Tecnica di esecuzione*: statua di sasso collocata su colonna al centro della via; *Pertinenza*: non indicata.

Il libro della Crippa e dello Zanzottera in conclusione, ha un elevato contenuto storico d'arte popolare milanese, espressione di un passato interessante finora sconosciuto e sorprendente anche per chi da anni si diverte a *ravanare* nella storia di Milano.

## Recensioni - Notizie

Elena Amigoni Del Bo (a cura di) : *L'orecchio da non dimenticare. Appunti sempre attuali di Massimo Del Bo*, editato da Mario Steiner, Milano e dall'ABFA di Bergamo, 2001.

Il 5 aprile 2001 presso il Circolo della Stampa di Milano è stato presentato "*L'orecchio da non dimenticare, appunti sempre attuali di Massimo Del Bo*", una raccolta di scritti che spazia sui 40 anni di attività scientifica e divulgativa del fondatore dell'Audiologia italiana, riuniti con passione dalla dott.ssa Elena Amigoni, moglie e prima entusiasta collaboratrice.

Il titolo suggerisce due considerazioni: l'attualità della visione clinica nell'approccio organico ed autonomo alle problematiche inerenti la sordità, in un momento in cui il sistema sanitario ha dimenticato questi principi, e l'autonomia di una scienza che studi e curi l'orecchio, essenziale organo di senso e principale canale di conoscenza del mondo.

Massimo Del Bo, nato a Pavia il 18 aprile 1925, si laurea in medicina e chirurgia nel 1949 con una brillante tesi sulla morfologia della fissula ante fenestram nella capsula labirintica umana; già allora il suo interesse era polarizzato dall'orecchio.

Assistente presso la clinica ORL dell'Università di Pavia, dal 1960 seguì il suo maestro, prof. Carnevale Ricci, quando assunse la direzione della Clinica ORL presso l'Università di Milano.

Il prof. Del Bo era un eccellente chirurgo della testa e del collo ma ad



Il professor Massimo Del Bo

un certo punto decise di affrontare, praticandola poi a tempo pieno, la neonata chirurgia otologica; con entusiasmo e capacità effettuò i primi interventi di timpanoplastica e la chirurgia della sordità da otosclerosi praticando prima la fenestrazione del canale semicircolare laterale, poi la stapedectomia ed infine la platinotomia.

A Milano presso l'Università Statale, è stato cattedratico di Audiologia dal 1969 e direttore dell'Istituto di Audiologia che ha fondato e guidato con passione fino alla sua morte avvenuta l'8 settembre 1997.

L'Audiologia italiana deve a Massimo Del Bo la sua nascita. I problemi dell'orecchio e le conseguenze della sordità tramite il suo appassionato ingegno e la sua onestà intellettuale hanno avuto una loro dovuta dignità scindendosi dalla disciplina madre, l'Otorinolaringoiatria.

Molta strada è stata percorsa, vicissitudini alterne hanno visto prima l'affermarsi di questa nuova disciplina e successivamente la tendenza ad essere riassorbita dalla disciplina madre e ciò soprattutto a causa della logica di politica sanitaria affermata negli ultimi anni che privilegia la quantità alla qualità delle prestazioni, trasformando le strutture sanitarie in "aziende".

Negli ultimi anni presso alcune sedi universitarie si è assistito purtroppo ad un ridimensionamento dell'Audiologia; in controtendenza invece alcune sedi ospedaliere, ove qualche manager illuminato ha percepito l'enorme attualità dei temi trattati dall'audiologia, ne hanno incentivato lo sviluppo con la creazione di strutture dedicate in particolar modo all'audiologia infantile e all'applicazione dell'impianto cocleare.

L'applicazione di queste moderne tecnologie ha avuto infatti grande enfasi sui media nazionali, ma non si deve dimenticare che tali metodiche vennero per prime sperimentate a Milano dall'équipe del prof. Massimo Del Bo al quale va riconosciuto il merito di una visione moderna ed illuminata tramite la quale ha imposto all'attenzione della Comunità Scientifica e dei pazienti le problematiche inerenti la diagnosi e la riabilitazione della sordità infantile, la sordità dell'anziano, la terapia audioprotesico-riabilitativa e, negli ultimi anni, l'impianto cocleare e i dispositivi impiantabili nell'orecchio medio.

Un ulteriore importantissimo capitolo di cui si occupa l'Audiologia è costi-

tuito dalla diagnosi e terapia delle turbe dell'equilibrio, che ha avuto enorme sviluppo negli ultimi 15 anni anche qui con metodiche concepite e messe a punto dall'équipe del prof. Massimo Del Bo. Tutte queste attività costituiscono altrettanti filoni di ricerca, che avrebbero dovuto essere affrontati, nella sua visione, da strutture ospedaliere autonome ed indipendenti dall'Otorinolaringoiatria. Ciò non è avvenuto, creando gravi difficoltà per i pazienti che spesso sono costretti ad effettuare percorsi difficili e onerosi "viaggi della speranza".

Nei 28 anni in cui l'Istituto di Audiologia dell'Università di Milano era sito nei seminterrati del padiglione Moneta, angusti ma trasformati in una fucina di ricerca, il suo direttore seppe polarizzare l'entusiasmo di molti giovani che erano affascinati dalla sua sincera umanità e dalla possibilità di studiare con nuove metodiche l'orecchio.

In lui, uomo semplice schietto e a volte burbero i suoi allievi avevano sempre un punto di riferimento; ogni nuova proposta di ricerca, se ben documentata, era con entusiasmo accettata, l'autonomia decisionale era ben vista!

Ricordo con gran piacere e nostalgia l'incontro per il saluto mattutino nel suo studio sempre aperto, ove medici strutturati, specializzandi e frequentatori si scambiavano con entusiasmo impressioni, osservazioni, idee prima di iniziare una mattina di lavoro molto impegnativo, ma entusiasmante.

Specchio del modo di intendere la vita e l'attività accademica sono due libri di ricordi "Vita da barone" del 1982 e "Università in folle" del 1988 in cui Massimo Del Bo, "*non barone universitario*" ripercorre la sua carriera universitaria e descrive il degrado dell'Università in cui ideologie e lobby hanno condizionato questo motore della società.

La misera condizione del sordo con-

genito votato all'isolamento sociale e comunicazionale è stata ribaltata dall'opera scientifica e sociale del prof. Del Bo. Per merito del suo intervento lo Stato ha disposto la fornitura gratuita delle protesi acustiche e ha provveduto a inserire i sordi nel mondo della scuola normale.

La precocità della diagnosi e della protesizzazione acustica con l'intervento riabilitativo multidisciplinare ha permesso il completo recupero di moltissimi sordi che attualmente rivestono posti di responsabilità.

Per sua ispirazione e sotto la sua guida sono state create in Italia, ancora negli anni settanta, le prime scuole di formazione universitaria per tecnici logopedisti, audiometristi ed audioprotesisti poi divenute diplomi universitari ed ora lauree brevi. Venne anche avviata la scuola di specializzazione in audiologia per laureati in medicina e chirurgia.

Solo con specialisti e tecnici ben preparati, soleva ricordare il prof. Del Bo, è possibile affrontare seriamente ed efficacemente i problemi inerenti alla patologia uditiva !

Numerosi corsi di aggiornamento su argomenti innovativi furono ideati da lui: diagnosi della sordità infantile, protesizzazione acustica, presbiacusia, utilizzo dell'informatica in audiologia; di particolare importanza per il contenuto innovativo furono quelli sulla chirurgia della sordità del 1973 e quello sull'impianto cocleare del 1994.

La lettura di questi scritti "attualissimi" dovrebbe essere consigliata agli amministratori della sanità "azienda" che privilegiano il numero delle prestazioni sanitarie alla qualità.

*Umberto Ambrosetti*

#### *Nota*

Il volume è stato realizzato con il generoso sostegno di Mario Steiner ed è disponibile presso l'Associazione "Ascolta e vivi", via Bandello 2, 20123 Milano, tel. 02/43.98.24.99.

## **Un quadro dell'Ospedale, un restauro di importanza storica**

Nella tarda primavera, a seguito delle celebrazioni della Festa del Perdono, una manifestazione culturale svoltasi fra la sede dell'Archivio storico dell'Ospedale e il cortile richininano dell'Università ha visto al centro la presentazione del grande quadro storico "Festa del Perdono e vita ospedaliera", restaurato a cura dell'AIDDA (Associazione Imprenditrici e Donne Dirigenti d'Azienda). Alla giornata hanno partecipato autorità, personalità della cultura cittadina e, in particolare, il rettore dell'Università degli Studi prof. Paolo Mantegazza, il commissario straordinario dell'Ospedale Maggiore prof. ssa Daniela Mazzuconi, la presidente dell'AIDDA dott. ssa Franca Ghizzoni, la realizzatrice del restauro dott. ssa Paola Zanolini del Centro di Restauro Zanolini - Ravenna. La Ca' Granda nel prossimo fascicolo darà rilievo alla manifestazione e alle suggestive fasi del restauro.

\*\*\*\*\*

## **A Mirasole il primo Corso di bioetica**

Nell'ambito delle attività culturali previste a Mirasole si è tenuto settimanalmente dal 17 marzo al 9 giugno il Corso di bioetica sotto il titolo *Bioetica e famiglia*, Corso di formazione per operatori dei consultori familiari.

Patrocinato dalla Regione Lombardia, organizzato dall'Associazione per l'Abbazia, con la collaborazione dell'Ospedale Maggiore e della Fe.L.Ce.A.F., si è articolato in lezioni teoriche al mattino e in sessioni pomeridiane per la discussione di casi tratti dall'esperienza dei consultori.

Argomenti diversi: "Il matrimonio secondo il progetto cristiano, La persona umana, L'esperienza della nascita, La procreazione assistita, L'adolescenza, L'eutanasia e l'accu-

nimento terapeutico, L'età anziana, La malattia, I diritti dei malati" sono stati trattati da illustri docenti universitari e da esperti in campo nazionale.

Numerosi e molto interessati gli iscritti e i partecipanti.

\*\*\*\*\*

## Mirasole

Mirasole da dove irraggia  
l'umiltà della pietra  
del silenzio claustrale  
della natura rustica  
addomesticata dalle mani  
dei poveri e degli oranti.

Le mani del sapere  
e del linguaggio operoso  
che traducono le penombre  
in solchi vigilati dalla  
calma discreta del sole  
fra gli alberi amici

Chiosstro, abside, affreschi  
corali e angelici invitano  
alla pace dell'anima  
e al mistero intimo  
del sentire e comunicare.

Lontano dal tumulto  
della città che ci assedia  
e ci trascolora.

*Gisella Passarelli*

\*\*\*\*\*

## L'estate domenicale a Mirasole

Molto richieste e attese anche quest'anno le visite guidate a Mirasole, aperte al pubblico.

I visitatori seguono in genere con molta attenzione la storia dell'Abbazia e soprattutto le destinazioni future del complesso monumentale, che hanno motivato negli anni '70 - '80 la fondazione dell'Associazione per l'Abbazia di Mirasole, in accordo dall'inizio con l'Ospedale Maggiore che ne è il proprietario: vale a dire continuare e portare a termine con l'aiuto di tutti, in tempi possibilmen-

te brevi, il recupero degli antichi spazi che ospiteranno definitivamente la grande Quadreria dei benefattori e daranno vita a un moderno Centro culturale volto al richiamo sul mondo della sofferenza, sul volontariato culturale, sulla ricerca biomedica attenta ai valori etici.

Le visite guidate sono a cura dell'Associazione: le conclude la Messa vespertina in chiesa con accompagnamento d'organo.

\*\*\*\*\*

## Riunione del Consiglio dell'Associazione Commissione Visitatori e Visitatrici

Presieduto dal prof. Antonio Randazzo, partecipe sempre la presidente emerita marchesa Amalia Litta Modignani, il 15 maggio si è riunito il Consiglio direttivo dell'Associazione Commissione Visitatori e Visitatrici dell'Ospedale Maggiore di Milano - del Niguarda Ca' Granda, del San Carlo Borromeo e di Sesto San Giovanni - per l'approvazione del rendiconto economico dell'anno 2000. Sono stati evidenziati i contributi di maggior rilievo che hanno consentito alla Commissione di erogare, in aiuto alle necessità dei malati, la somma di oltre 180 milioni. Il rendiconto economico è stato approvato all'unanimità.

Sono state discusse alcune proposte mirate al reperimento di fondi, reperimento che si è fatto più difficile in questi ultimi anni.

Un altro argomento discusso ha riguardato la necessità di reclutare nuovi aderenti per accrescere la presenza dell'Associazione nei quattro Ospedali Maggiore Policlinico, Niguarda Ca' Granda, San Carlo Borromeo e Sesto San Giovanni.

Infine la Commissione ha autorizzato una spesa di 30 milioni per l'ampliamento del Centro di riabilitazione equestre Di Capua dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda.

## Premi ai migliori studenti figli di dipendenti ospedalieri

Il 9 settembre nell'Auditorium Don Bosco di via Melchiorre Gioia sono stati premiati dalla Cooperativa Dipendenti Ospedalieri Coo.D.O. (promotrice e organizzatrice dell'iniziativa, giunta felicemente al quindicesimo incontro) 236 studenti, figli di soci e dipendenti degli Ospedali Maggiore Policlinico, Niguarda Ca' Granda, San Carlo Borromeo e di Sesto San Giovanni, che hanno concluso meritevolmente i relativi corsi di studio (diploma di laurea, corsi universitari, maturità classica, scientifica e tecnica, corsi professionali, III media, V elementare).

Presenti autorità cittadine e rappresentanze ospedaliere, gli amministratori e i revisori dei conti della Coo.D.O. hanno premiato laureati e diplomati e, a titolo di incoraggiamento, hanno donato zainetti con strumentazioni scolastiche a 85 piccolissimi avviati alla I elementare, felici d'essere al centro della manifestazione.

Alla riuscita dell'incontro ha contribuito la Banca Regionale Europea.

\*\*\*\*\*

## Riconoscimenti

Il 14 settembre l'Università degli Studi di Cagliari ha conferito la laurea honoris causa al prof. *Carlo Lorenzo Cazzullo*, decano della psichiatria italiana, professore emerito di psichiatria e neurologia dell'Università di Milano - Ospedale Maggiore -, personalità "illustre del mondo medico-scientifico internazionale".

# *Cronache amministrative*

terzo trimestre 2001

*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***

- nomina del coordinatore per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione dei lavori ai sensi del D.Lgs. 494/96 per la realizzazione della cabina elettrica Granelli/convitto infermiere;
- appalto dei lavori di realizzazione della nuova cabina elettrica di trasformazione MT/bt nell'edificio esistente adiacente al pad. Granelli: approvazione del progetto esecutivo ed indizione di licitazione privata;
- trattativa privata per la sostituzione della guardiola custodi del parcheggio donatori: fornitura e posa in opera di un prefabbricato: aggiudicazione;
- trattativa privata ed aggiudicazione per la manutenzione preventiva e conservativa anno 2001 delle apparecchiature di condizionamento e condizionatori a finestra;
- individuazione dell'Ospedale Maggiore di Milano IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico, contenuta nel decreto interministeriale 1.3.2001, quale soggetto partecipante all'Ente non commerciale Centro Nazionale Adroterapia Oncologica (CNAO) dotato di personalità giuridica di diritto privato previsto dall'articolo 92, comma 1, della legge 23.12.2000, n 388: deliberazione di adesione.

## ***b - direzione amministrativa***

- concessione del patrocinio dell'Ospedale Maggiore alla Scuola di specializzazione di ematologia I –

- seminario “STI571 e patologie oncoematologiche: presente e futuro” e alla Società Italiana di diagnostica vascolare: corsi teorico-pratici di eco-color Doppler;
- XXIII Congresso internazionale dell'European Hernia Society (Milano – 21-23/6/2001): concessione del patrocinio dell'Ospedale;
- presa d'atto della concessione da parte della Regione Lombardia di un contributo di lire 15 milioni per il museo; stanziamento di lire 28.772.000 quale quota a carico dell'Ente;
- valutazione del patrimonio artistico dell'Ente: contributo di lire 150 milioni della Fondazione Banca del Monte di Lombardia;
- restauro di un crocifisso in legno situato in via Pace e relativa doppiatura;
- affidamento all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano della realizzazione del programma di interventi di recupero e di valorizzazione del patrimonio storico dell'Ospedale Maggiore;
- insediamento del Commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto nominato con decreto del Ministro della Sanità 22.6.2001;
- conferimento dell'incarico di direttore scientifico;
- concessione del patrocinio dell'Ente alla Conferenza nazionale sulle Stroke Units (Milano 16-17 novembre 2001).

## ***c - ricerca scientifica***

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore di Milano alla ricerca finalizzata 2000: “Funzioni cognitive e psichiche nella distrofia miotonica di Steinert: correlazione con i dati genetici e di neuroimmagini” assegnata dal Ministero della Sanità all'IRCCS “E.

Medea - Associazione La Nostra Famiglia”;

- assegnazione di sei premi di operosità scientifica per giovani neo-laureati in medicina e chirurgia istituiti con deliberazione n. 1869 del 13.10.2000 (importo complessivo lire 6 milioni);
- assegnazione di finanziamenti per il complessivo importo di un miliardo e 600 milioni per i progetti a concorso 2002: istituzione di 35 borse di ricerca.

#### ***d - servizio personale***

- nomina dei direttori di dipartimento;
- istituzione della struttura semplice, a valenza dipartimentale, di oncologia medica;
- progetto di riorganizzazione degli ambulatori;
- istituzione di un'unità operativa di chirurgia toracica;
- nomina del direttore sanitario;
- indizione di pubblica selezione per soli titoli per la copertura temporanea per un periodo massimo di 8 mesi di 20 posti di operatore professionale sanitario-infermiere a tempo pieno;
- concorso pubblico per titoli ed esami per la copertura di dieci posti di operatore professionale sanitario infermiere a tempo pieno: ammissione dei candidati;
- indizione di pubblica selezione per soli titoli per l'assunzione a tempo determinato per la durata massima di otto mesi di dieci operatori professionali sanitari, infermieri a tempo pieno: formalizzazione dell'ordinanza commissariale d'urgenza;
- pagamento del contributo spese agli allievi del I° anno di corso di diploma universitario infermieristico (anno accademico 2000/2001).

#### ***e - servizio provveditorato***

- licitazione privata per l'acquisto di un sistema di videoendoscopia per il servizio di endoscopia della chirurgia d'urgenza, pad. Guardia: approvazione dei verbali di gara e aggiudicazione;
- acquisto di un apparecchio PCR Express thermal Cycler – Hybaid per il Centro trasfusionale e Laboratorio di radioimmunologia pad. Marangoni: aggiudicazione;
- 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: aggiudicazione definitiva;

- 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: aggiudicazione definitiva;
- appalto-concorso per la fornitura ed installazione di un tomografo a risonanza magnetica e di un tomografo assiale computerizzato volumetrico da installare presso il pad. Beretta-neuro: aggiornamento del tomografo a risonanza magnetica (RM);
- convenzione con il Centro regionale emoderivati (C.R.E.) della Regione Lombardia per la costituzione di una “banca di emocomponenti congelati appartenenti a donatori di gruppi rari o non frequenti” presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti;
- acquisto di una sonda lineare vascolare per ecocolordoppler originale Aloka per la divisione di nefrologia e dialisi pad. Croff con utilizzo di fondi derivanti dalle sperimentazioni cliniche di farmaci: aggiudicazione;
- acquisto di apparecchiature diverse per endoscopia per la IV divisione di medicina generale, servizio endoscopia, pad. Granelli: aggiudicazione;
- trattativa privata ed aggiudicazione della fornitura di : materiale per il servizio di emodinamica della divisione di cardiologia; tubi per il drenaggio percutaneo, originali Hospital service per l'ambulatorio di ecotomografia della chirurgia d'urgenza; materiale per la clinica oculistica (reparto degenti, day hospital, ortottica, ambulatorio);
- trattativa privata per la fornitura triennale di materiale per sterilizzazione, aggiudicazione rotoli, buste, fogli di carta per imballaggio sterilizzazione, nastri spia per sterilizzazione a vapore;
- trattativa privata per la fornitura di containers per la sterilizzazione a vapore e relativi accessori: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di impianti cocleari retroauricolari, a carattere di unicità, per la divisione di otorinolaringoiatria: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di materiale

diverso per la clinica neurochirurgica e per il servizio di anestesia e rianimazione, pad. Beretta ovest: aggiudicazione;

- licitazione privata per la fornitura di fili per sutura, per tre anni: approvazione del verbale di gara e aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura triennale di dispositivi medici per il trattamento delle fratture della mano e per osteosintesi (chiodo bloccato): aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di materiali diversi per la clinica otorinolaringoiatrica (camera operatoria, ambulatorio e degenza): aggiudicazione;

- acquisto di un fibroscopio pediatrico per il blocco operatorio pad. Monteggia: aggiudicazione;

- indicazione di trattativa privata per la fornitura di clips in titanio per emostasi e relativi applicatori per tre anni;

- utilizzo delle convenzioni stipulate da Consip spa per l'acquisto di beni e servizi da parte dell'Ospedale Maggiore;

- trattativa per la fornitura di filtri per siringa e complessi filtranti: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di materiale per il Centro trapianto fegato e polmone: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di strumentario chirurgico per un anno: aggiudicazione;

- indicazione di trattative private per la fornitura di presidi diversi per il Centro trasfusionale; materiale per il servizio di neuroradiologia;

- trattativa privata per la fornitura biennale di guaine per copertura sonde ecografiche: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di: un sistema chiuso per il trasporto e la conservazione dei campioni di urina per l'esecuzione di urinocoltura; tappeti decontaminanti ad azione battericida; specialità medicinali o equivalenti, medicinali a denominazione generica, per tre anni: aggiudicazione; materiale per la divisione di cardiologia;

- acquisto di tre lavaferri per le camere operatorie dei pad. Zonda e Beretta neuro e per la prima divisione di dermatologia correttiva di via Pace: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura dell'arredamento per l'archiviazione delle cartelle cliniche allocato nel seminterrato del convitto suore, approvazione dei verbali di gara e aggiudicazione;

- trattativa privata per il servizio di vigilanza notturna presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti e servizio di vigilanza ispettiva presso i diversi padiglioni della sede di via F. Sforza, 35 per un anno: aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di coperte per riscaldamento paziente e relative apparecchiature in uso gratuito, aggiudicazione;

- noleggio autovetture per quattro anni a far tempo dall'1.10.2001: utilizzo di convenzione.

#### **f - servizio ragioneria**

- approvazione del Bilancio d'esercizio 1999.

#### **g - servizio informatica**

- appalto concorso per la fornitura del sistema informatico amministrativo dell'Ospedale.

#### **h - contributi e beneficenza**

Attrezzature e apparecchiature varie sono state donate dalla Fondazione "Il sangue"; l'Associazione Amici dell'Ospedale Policlinico Donatori di sangue ha offerto un contributo; sono stati donati: strumenti informatici dall'Associazione S.T.E.M.; attrezzature informatiche e varie dalla A.G.E.R.; un personal computer dalla Roche Spa; apparecchiature varie dall'Associazione italiana contro le leucemie; sei impianti di pesatura dall'Associazione Laura Coviello; un fax e una stampante dal signor Walter Bruno; attrezzature varie dalla Glaxo Wellcome Spa; un'apparecchiatura "modulo EU 9078 Kinetic Imaging" per l'ecocardiografo color doppler da parte della ditta Aloka per la divisione di cardiologia pad. Sacco; un personal computer con stampante da parte della AIPA (Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati); due microscopi dalla Ortho-clinical diagnostics Spa; cento volumi per l'infanzia dalla Glaxo Wellcome Spa; apparecchio radiologico portatile mibileto plus dalla Siemens Spa; due Phmetri micro H2 dalla Janssen-Cilag Spa; attrezzature scientifiche dalla Wyeth Lederle Spa; comodato d'uso di un personal computer da parte del dott. Francesco Tarantini per il servizio infermieristico presso la direzione sanitaria.

---

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





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

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