



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 3 - 2003

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 3 - 2003

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Editoriale - Sanità e farmaci <i>Gianni Tognoni</i>	2
La vita nelle mani <i>Giorgio Cosmacini</i>	5
Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore <i>Ermenegildo Maltagliati, Orazio Ceppatelli, Francesco della Croce, Antonello Rossetti</i>	7
La gestione della sicurezza in ospedale <i>Roberto Denaro</i>	11
Da dove viene la violenza? <i>Carlo Lorenzo Cazzullo</i>	15
Ricerca infermieristica: sfida di ieri, necessità di oggi <i>Marisa Cantarelli</i>	18
Un quarto di secolo in ospedale: riflessioni e ricordi <i>Francesco Fiorista</i>	28
Asterisco	30
Vita quotidiana in un ospizio nel secolo dei Lumi - Il Trivulzio a fine Settecento <i>Cristina Cenedella</i>	31
Nel ricordo del professor Carlo Belli <i>Italo Brambilla</i>	35
Milano e il volontariato ospedaliero <i>Edoardo Bressan</i>	36
Per una storia della Senavra <i>Anna Maria Salvadè</i>	39
Milano a sorpresa - VIII <i>Vincenzo Bevacqua</i>	42
Testimonianze: Biografia di una vita silenziosa <i>Marco Ferretti</i>	47
Alla fine del mio turno di guardia... <i>Francesco Fiorista</i>	47
Recensioni <i>Elisabetta Zonarotti Tiranini, Luisa Consales</i>	49-51
Cronache amministrative	53

La copertina

Antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi: il chiostro della farmacia, attribuito al Filarete (da *Lo Spedale di Poveri del Filarete* di Liliana Grassi).

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

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

ai lettori

Siamo al terzo editoriale del programma 2003 annunciato all'inizio dell'anno. Dopo "Sanità ed economia", dopo "Sanità e politica", qui "Sanità e farmaci" per la firma di Gianni Tognoni.

La chirurgia, "miracolistica" oggi: da "lavoro manuale, arte empirica e pratica" in tempi lontani e per secoli, nella presentazione storica di Giorgio Cosmacini.

Seguono da autori diversi notizie e informazioni sulla recente inaugurazione del Pronto Soccorso del Policlinico e sulla non facile elaborazione del vasto programma di interventi per l'immediato futuro.

Un tema ricorrente e dibattuto oggi nell'ambito socio-sanitario assistenziale è quello della sicurezza nelle strutture ospedaliere. Sull'evoluzione delle leggi, sui criteri di prevenzione in genere e in particolare sui servizi di protezione e prevenzione nel nostro Ospedale Maggiore, scrive per noi Roberto Denaro.

La violenza, la sua natura e, forse, la ... "moralità della violenza", le cause molteplici che la determinano, nelle rigorose considerazioni del prof. Carlo Lorenzo Cazzullo.

Marisa Cantarelli ha "tracciato" ripetutamente nella nostra rivista note di indirizzo fondamentale per la categoria infermieristica da lei vissuta e studiata a fondo. Qui sue considerazioni e disquisizioni sull'evoluzione storico-sociale della professione e sulla ricerca, sullo "stato" della ricerca infermieristica in Italia.

Ricordi di un ingresso a batticuore, ricordi di una "presa di servizio" a batticuore, nell'Ospedale San Carlo Borromeo nel quale ha compiuto ora un quarto di secolo di cardiologica attività. Il dott. Francesco Fiorista ci coinvolge con il suo autentico, appassionato vissuto di medico, di specialista in Ospedale ("la professione medica è bellissima!"), inserito però con la stessa consapevole partecipazione nell'intenso veloce svolgersi della vita sociale e non solo, attorno a noi.

Dai giorni nostri alla fine del Settecento insieme a Cristina Cenedella, che ci porta con la sua scrittura essenziale e felicemente cognitiva nella Milano dei poveri, del loro vivere elemosinando, prima e dopo l'istituzione provvidenziale del Pio Albergo Trivulzio. E del Trivulzio l'autrice racconta, partecipando, la storia di vita quotidiana nella "distribuzione delle ore da osservarsi dai poveri ivi dimoranti".

Un altro grande vuoto negli amici, nelle persone che contano, nella nostra comunità e per noi in particolare nella rivista, fra gli autori preziosi e generosi. Ci ha lasciato recentemente il prof. Carlo Belli, primario emerito dell'Ospedale Milano Niguarda, qui affidato al ricordo affettuoso del prof. Italo Brambilla.

La nostra Milano generosa e caritativa sempre: nell'età medioevale e moderna con le grandi istituzioni pubbliche ospedaliere ed elemosiniere; nel tempo con l'invito ecclesiastico alla riscoperta della carità evangelica, con il sorgere delle confraternite laiche, di congregazioni e associazioni a favore dei deboli e degli emarginati. Ancora con azioni volontarie di intere popolazioni che ... "scoprono" il malato, l'ospedale, la vita del malato in ospedale e il privilegio di potersene prendere cura. Edoardo Bressan ci avvicina a una Milano secolarmente generosa da scoprire.

La Senavra, palazzo celebre fuori Porta Tosa, nobile residenza dei Gonzaga nel secolo sedicesimo, quindi passato attraverso vicissitudini quanto meno sorprendenti a destinazioni diverse compresa l'aggregazione al nostro Ospedale Maggiore (1780) fino alla sua chiusura (1877), nella scrupolosa ricostruzione di Anna Maria Salvadè anche attingendo al sempre prezioso archivio storico ospedaliero.

Nelle pagine che seguono, la nostra Milano, le sue bellezze da scoprire e godere, gli straordinari creatori di ornamenti d'epoca sui palazzi cittadini, nella nota appassionata ricerca del prof. Vincenzo Bevacqua.

Due toccanti "testimonianze" per le firme di Marco Ferretti e Francesco Fiorista.

Accurate recensioni librarie di Elisabetta Zanarotti Tiranini e di Luisa Consales precedono le cronache del trimestre.

Editoriale

Avevamo annunciato nella “Ca’ Granda” di gennaio-marzo una novità di programmazione per ognuno dei quattro fascicoli 2003: l’editoriale di autorevole firma su problemi attinenti alla sanità e alla salute, nelle considerazioni di carattere economico, politico, medico ed educativo.

In questo terzo numero Gianni Tognoni.

Sanità e farmaci

GIANNI TOGNONI

Proporre una riflessione su questo tema da parte di chi lavora sul significato, il ruolo, l’impatto dei farmaci sulla cultura complessiva della medicina e sulla salute delle persone diventa sempre più difficile. I farmaci sono uno dei temi più cari alle cronache ed ai dibattiti di tutti i giorni, dentro e fuori l’ambito strettamente medico e sanitario, nelle riviste più specializzate e citate, come nei giornali a più alta diffusione. Le ragioni e gli argomenti sono tanti quante sono le variabili che si incrociano nei processi di valutazione e di prescrizione dei farmaci:

- l’importanza, la difficoltà, le frequenti contraddizioni della metodologia e della legislazione riguardante la sperimentazione dei “nuovi” farmaci;
- i costi crescenti, spesso assolutamente sproporzionati rispetto non solo alle risorse disponibili ma anche alle spese sostenute nel loro sviluppo;
- la periodica documentazione che persiste, in tempi di “evidence based medicine”, di una dissociazione profonda tra criteri di razionalità prescrittiva e pratiche quotidiane;
- le misure di contenimento - con ticket o tasse aggiuntive o formulari restrittivi - della spesa e dei consumi;
- i dibattiti sui farmaci generici; le controversie internazionali sulle leggi brevettuali e la non accessibilità dei farmaci per coloro che più ne hanno bisogno nei paesi con scarse o nulle risorse (vedi le grandi campagne per l’AIDS, i processi intentati dalle multinazionali farmaceutiche al Sud-Africa, le campagne di Médecins sans Frontières, ecc.);
- le ricorrenti polemiche tra il ruolo dei farmaci e delle medicine “alternative”;
- e si potrebbe continuare...

È normale una reazione di reticenza nell’aggiungere un altro contributo ad una vera e propria inflazione informativa. Uno dei modi che forse può diminuire il rischio di ripetitività e di noia è quello di:

- dare per acquisite le conoscenze generali, rimandando gli interessati alla ricchezza delle fonti informative disponibili, che includono sia pubblicazioni ormai molto buone e accessibili dedicate a questo tema anche in Italia (il Bollettino del MINSA, Informazione sui Farmaci delle FCR di Reggio Emilia, Dialogo sui Farmaci), che siti internet di ogni specie, fino ai best-seller della letteratura giallistica di John Le Carré e John Grisham;
- provare a immaginare-proporre un percorso di intelligenza possibile-e-praticabile per coloro che vivono e gestiscono la quotidianità (ospedaliera, principalmente) dell’assistenza, così da delineare una mappa concreta dei luoghi e delle attività che potrebbero fare del farmaco un indicatore-non-noioso né burocratico di qualità della cura e della responsabilità professionale dei tanti attori che sono implicati nel suo uso più o meno razionale.

Le *cinque linee di lavoro* che vengono qui di seguito brevemente ricordate non sono certo (né potrebbero essere) “nuove”. Sono tuttavia per lo più praticate in modo estremamente frammentato ed occasionale, tanto da avere scarsissima visibilità culturale ed operativa. La loro applicazione integrata, come parte di una vera politica di salute pubblica nel campo farmaci a livello delle singole aziende, sarebbe un evento effettivamente “nuovo”, perché trasferirebbe nella realtà le tappe, i criteri valutativi, gli indicatori di appropriatezza scientifica ed economica che sono stati sviluppati, spesso con grande

rigore, nel corso degli ultimi trent'anni a livello internazionale, e che negli ultimi dieci anni (dalla vera e propria "rivoluzione istituzionale" del 1993, con la CUF, e quindi con la nuova gestione della Direzione del Farmaco) hanno interessato in modo particolare l'Italia.

1 - Tra le novità più importanti divenute parte del quotidiano assistenziale, specie in realtà ad alta intensità di cure, è la legislazione sulla sperimentazione clinica, che ha comportato la ri-attivazione di Comitati Etici, e di attività di formazione-monitoraggio ormai consolidate nei loro aspetti operativi. Il "salto", culturale ed istituzionale, che è ancora tutto da compiere, è quello di fare effettivamente della valutazione - promozione - discussione della qualità e del significato complessivo delle sperimentazioni uno dei centri "culturali" delle "aziende". Il peso e l'ambiguità di quest'ultimo termine - che evoca produttività ed "efficienza" - rischiano fortemente di dare un'importanza senza senso agli aspetti economici, burocratici, aziendali della sperimentazione, fino a farne un capitolo del bilancio, ma non del profilo scientifico, dell' "azienda." Si sa quante convenzioni sono state firmate, ma non si ritrova da nessuna parte un bilancio sul tasso di innovatività introdotto nelle conoscenze e nella pratica assistenziale con le tante sperimentazioni. *Prima proposta*, molto pratica e facilmente verificabile: produrre ogni anno un rapporto "scientifico" sulle sperimentazioni, per farne una lettura critica, intelligente, attraverso le griglie "valutative" della letteratura metodologica, etica, clinica: questo rapporto potrebbe/dovrebbe essere proposto a tutti gli operatori sanitari, ma anche all'opinione pubblica, come esercizio "dovuto" di trasparenza, sugli aspetti positivi e su quelli (altrettanto importanti e inevitabili) negativi, delle sperimentazioni approvate, concluse, interrotte, pubblicate.

2 - Se un rapporto-osservatorio *qualitativo* sulla sperimentazione è l'indicatore della capacità di guardare in avanti di un'azienda, la *seconda proposta* è quella di un'attività che mira a garantire la tempestività e l'intelligenza nel "fare proprie" le novità già esistenti. Classicamente questa attività si esprime nei "vecchi" prontuari. L'evoluzione del mercato ha tuttavia cambiato molto gli scenari di scelta, introducendo elementi di giudizio e valuta-

zione che vengono normalmente riassunti nei termini di costo/efficacia. Il prontuario non è più una lista (più o meno dotata di note informative) di farmaci e di costi: la combinazione - flessibile, non burocratica - di linee-guida diagnostico-terapeutiche che deve portare alla definizione di percorsi essenziali di assistenza fortemente condivisi, e dove siano ben in evidenza i diversi livelli di accettabilità-praticabilità, nelle specifiche condizioni in cui si lavora. Un lavoro di questo tipo e la relativa documentazione, devono mettere in luce anche e soprattutto:

- le aree di ignoranza, di incertezza, di impraticabilità della "medicina delle evidenze e delle linee-guida", per identificare bisogni di sperimentazione e modalità concrete secondo cui l'incertezza viene gestita per rispettare i diritti dei pazienti;
- le motivazioni e i criteri espliciti di uso di farmaci "off-label".

3 - In stretta continuità e complementarietà con quanto proposto al punto precedente si deve prevedere l'incorporazione nelle pratiche "aziendali" nel settore farmaci-terapie di un'attività riconducibile alla metodologia dell'*outcome research*. Deve far parte della cultura dei prescrittori la documentazione esplicita del se e quanto le scelte fatte, di farmaci e percorsi diagnostico-terapeutici, producono gli stessi risultati ottenuti nelle sperimentazioni (queste infatti, è noto, non riguardano pazienti-popolazioni-contesti strettamente sovrapponibili). Non tutte le attività e le condizioni cliniche sono riconducibili a questa logica di monitoraggio-ricerca: molte, e spesso le più rilevanti, lo sono: dalle sindromi coronariche acute, allo stroke, alla terapia intensiva, a molti tumori, alle infezioni.... Ciò che conta è garantire di avere dei traccianti fortemente rappresentativi della realtà assistenziale - per la loro frequenza e/o per la loro rilevanza clinica - da farne una "risorsa" facilmente utilizzabile. Non si tratta di "raccogliere altri dati": è una questione di orientare l'uso dei dati correnti e del loro linkage, a ricostruire storie di pazienti-popolazioni e non solo a giustificare DRG o altri indicatori ragionieristico-gestionali.

È da sempre parte del profilo di un farmaco la valutazione della sua sicurezza in rapporto alla efficacia. Questo concetto, tanto ovvio, è, nella concre-

tezza delle pratiche assistenziali, tra i più disattesi: non nelle intenzioni e nelle decisioni dei singoli clinici, ma nella documentazione di ciò che succede. Ogni tanto compaiono - a livello della letteratura internazionale - rapporti, anche drammatici, sulle morti da farmaco, sulle conseguenze degli errori di prescrizione-somministrazione: ci sono picchi di allerta e di raccomandazioni con forti connotati di eticità e di medicina legale, ma poco succede poi nella cultura medico-assistenziale.

La “*farmacovigilanza*” (anch’essa fortemente rivitalizzata in Italia, sia per le risorse disponibili che per una legislazione più aperta e propositiva) trova qui il suo ruolo: non solo, né principalmente come esercizio occasionale e/o di buona volontà per le “segnalazioni spontanee” (sempre necessarie), ma per attività programmate ed attive (permanenti o periodiche, mirate per problemi e popolazioni più o meno a rischio) che possono utilizzare tutti i metodi e le strategie di sorveglianza che sono ormai disponibili.

Anche qui, senza “lavoro in più”: usando, intelligentemente, ciò che già si fa e si dovrebbe documentare se si vuol praticare una medicina di qualità.

5 - Questa quinta “linea di lavoro” non vuole aggiungere altre attività. Vorrei solo risottolineare e rinforzare due cose:

- che la tenuta e la novità di quanto è stato detto (in estrema sintesi) stanno nel considerare tutte le attività come una continuità operativa, metodologica: non sono, né possono essere capitoli separati se si vuole creare una cultura del farmaco e fare arrivare a chi più ne ha bisogno-diritto i suoi benefici;

- che per un lavoro culturale nelle direzioni indicate è necessario un coinvolgimento di tutti gli attori che entrano in scena: esattamente come si fa (e tutti sono d’accordo sulla necessità di questo) quando si partecipa ad una sperimentazione fatta per interesse clinico reale, e non solo per portare in cassa qualche soldo. Dalla farmacia agli infermieri ai medici ai pazienti ai comitati di verifica scientifica ed etica.

C’è spazio - oggi, nelle nostre realtà - per questa logica, così ovvia in una prospettiva di salute pubblica e di rispetto di una professionalità autonoma? La risposta è dovuta, con dati concreti e comprensibili, ai cittadini-pazienti.

*La tecnica chirurgica è oggi molto evoluta rispetto ai tempi passati; i suoi campi di applicazione sono enormemente più vasti e i suoi successi non si contano più. Ma situazione d'emergenza, affidamento della vita "nelle mani del chirurgo", intervento "eroico" al limite dell'azzardo, istanza appassionata di "fare tutto il possibile", lotta strenua contro il tempo e la morte sono eventi e categorie del passato oppure di ogni età? A questi ed altri quesiti dà risposte Giorgio Cosmacini nel libro **La vita nelle mani. Storia della chirurgia**, recentemente edito da Laterza, del quale riportiamo le pagine conclusive.*

La vita nelle mani

GIORGIO COSMACINI

Chirurgia, lavoro manuale, arte empirica e pratica, esercitata per secoli nel chiuso delle botteghe dei barbieri o a cielo aperto dagli stessi barbieri sui campi di battaglia, insegnata non con la parola, ma con l'esempio, dai maestri di bottega, dai maestri dell'arte, i chirurghi. Imparata non attraverso lo studio dei testi, ma per imitazione-ripetizione dei gesti tramite l'apprendistato e il tirocinio. Cresciuta nelle corsie d'ospedale, nelle sale chirurgiche dove la carriera del praticante si snodava attraverso i gradi di servente, sottobarbiere, barbiere, chirurgo minore (o di veste corta), chirurgo maggiore (o di veste lunga), protochirurgo. Perfezionata in altre sale, anatomiche, dove il medico dotto, ma manualmente inesperto, delegava il mestiere manuale al chirurgo, esperto, ma non dotto, facendogli aprire i corpi, beninteso dei morti, onde investigare la "fabbrica del corpo umano".

Chirurgia anatomica dunque, praticata da una manovalanza illetterata e socialmente bassolocata, fino a quando le trasformazioni culturali e sociali l'hanno innalzata in grado e in dignità. Il chirurgo è diventato anche dotto, il medico è diventato anche esperto di mano. La "santa alleanza" tra il mestiere dell'uno e la professione dell'altro è stata sancita, al di là di ogni contrapposizione ideologico-politica, durante e dopo la Rivoluzione francese.

Anatomia chirurgica, prima, e poi chirurgia su basi anatomo-patologiche, fisiopatologiche, spe-

rimentali, scientifiche. La tecnoprassi del coltello e del cauterio, operante *cum ferro et igne* fin dall'antichità, è evoluta nella tecnologia a strumentazione complessa dei grandi medici-chirurghi inglesi, francesi, mitteleuropei. Superati, dopo la metà dell'Ottocento, gli alti ostacoli millenari del dolore e dell'infezione, la chirurgia è decollata verso i cieli attuali. Il medico-chirurgo, crescendo via via in statura scientifica e tecnica, già nel primo Novecento è diventato una figura carismatica, aureolata di prestigio.

Quel che viene dopo è storia d'avant'ieri, di ieri, di oggi, del nostro presente di pazienti potenziali o reali, desiderosi di guarire. Anche se il sapere scientifico di base e le sue applicazioni tecniche alla prassi clinica sono venuti frazionandosi in una pluralità di conoscenze, di competenze, di specializzazioni, di superspecializzazioni, una categoria unificante può essere cercata e trovata nella peculiare finalità curativa della chirurgia. La medicina interna, prima del chinino, degli arsenobenzoli, degli sulfamidici, degli antibiotici, si è a lungo dibattuta impotente nei lacci di un sostanziale "nichilismo terapeutico", al punto che uno dei maggiori clinici dell'Ottocento teorizzò che il vero compito del medico, mosso dall'ambizione di diventare uno scienziato, fosse, con buona pace d'Ippocrate, quello di fare la diagnosi, lasciando la terapia, considerata cosa non scientifica, al buon senso del medico pratico. La chirurgia invece, forse perché non immemore

della propria tradizione eminentemente pratica, non è mai stata, per statuto, astensionista. È stata ed è anzi, per definizione, interventista, finalizzata a conoscere la malattia, ma soprattutto, ippocraticamente, a rimuovere il male.

Per crescere, però, la chirurgia ha dovuto in certo qual modo, “medicalizzarsi”, facendo delle scienze mediche di base il trampolino di lancio della propria scientificità, aggiungendo alle conquiste dell’anestesia e della disinfezione (antisepsi, asepsi, sterilizzazione) le risorse non meno importanti dell’emostasi, dell’emotrasfusione (entrata nella pratica chirurgica su larga scala dalla Seconda guerra mondiale in poi), della respirazione artificiale, dell’ipotermia controllata, della rianimazione, della circolazione extracorporea, dell’emodialisi, del controllo della reattività immunitaria. L’elenco non è arido, perché il campo è molto fertile, ricchissimo di vite un tempo perdute e oggi ricuperate. Il chirurgo è “l’uomo delle tre acca” degli americani: *head, heart, hand*, “mente, cuore, mano”. Senza queste doti, e senza la grande avanzata tecnologica più recente, la vita – la salute, la longevità, la validità – sarebbe oggi limitata o impossibile, per molti.

Dal canto suo la medicina, o per meglio dire la clinica medica, che già nel passato remoto è stata debitrice al riscontro anatomico del proprio decisivo salto di qualità, nel passato prossimo e nel presente tende a “chirurgizzarsi”. Parecchie sue branche hanno fatto o fanno propri numerosi metodi o mezzi tradizionalmente chirurgici, strumentali, invasivi, cruenti. All’inverso non pochi atti chirurgici sono diventati o diventano incruenti, avvalendosi di strumenti che sono stati o sono stimoli ad aprire nuove vie, a determinare una svolta in molti campi: dal bisturi elettrico, il cui effetto diatermico ha sommato l’“effetto taglio” con l’“effetto coagulazione”, al laser, il cui raggio di elevata e concentrata energia consente la sezione di tessuti biologici o viceversa la saldatura di loro minime lesioni.

Oggi è a disposizione perfino uno speciale robot radiochirurgico, *il cyberknife*, in grado di prendere di mira, attraverso un sofisticato sistema di “puntamento” basato su bioimmagini, piccoli tumori difficilmente accessibili, aggredendoli con

precisione senza danneggiare i tessuti sani circostanti. Si tratta di un decisivo progresso della radiochirurgia, per ora applicato al sistema nervoso, ma suscettibile di essere esteso anche al di fuori di esso.

L’elenco potrebbe continuare senza mai inaridirsi. L’alleanza bisecolare tra chirurgia e medicina si rinnova nel quotidiano esercizio del rapporto antropologico “duale” dell’uomo al servizio dell’uomo. Il duale, nella lingua della Grecia classica, era una forma nominale, aggettivale, verbale intermedia tra il singolare e il plurale e fatta apposta per indicare un rapporto d’amore, il rapporto d’amicizia, il rapporto medico-paziente. Fu nella Grecia classica che nacquero il *diàlogos* socratico, basato sulla comunicazione interpersonale, e la *techne iatrikè*, l’“arte della cura” ippocratica. Oggi non si tratta di ritornare a Ippocrate, proponendo ricorsi storici o antistorici ritorni. Si tratta piuttosto di pensare o ripensare, nel tempo della supertecnica, a una *techne* concepita come mezzo e non come fine a se stessa, finalizzata al dialogo, all’ascolto, alla cura partecipe, al consenso informato.

L’informazione data al malato dev’essere esaustiva, concernente il suo stato di salute, le offerte della scienza e della tecnica a suo vantaggio, il tasso d’incertezza che ogni decisione comporta e i benefici e rischi possibili, insiti nell’intervento chirurgico e nella rinuncia all’intervento.

Il consenso da parte del malato dev’essere dato e ottenuto dal chirurgo dopo l’assolvimento da parte di questi di un rapporto globale: non dev’essere dato e ottenuto in modo burocratico, tramite una frettolosa richiesta e un’altrettanto affrettata apposizione di una firma. Il consenso informato è un atto etico, finalizzato alla tutela dei bisogni e dei diritti del malato, non all’auto-tutela di una tendenza professionale corporativa, preoccupata soltanto dell’eventuale contenzioso giudiziario.

La chirurgia, oggi più che mai, è una pratica ad alto contenuto tecnologico esercitata nobilmente dall’uomo a vantaggio dell’uomo.

Interventi di umanizzazione al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore

ERMENEGILDO MALTAGLIATI, ORAZIO CEPPATELLI, FRANCESCO DELLA CROCE, ANTONELLO ROSSETTI

L'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano non è, al pari di altri grandi ospedali, il frutto di un progetto globale, ma definisce gradualmente la propria struttura ed organizzazione in un periodo che va dal 1895 fino al 1930. Tale particolarità è data, anche, dal fatto che nel 1895 la Ca' Granda non possedeva ancora tutta l'area sulla quale oggi sorge. La storia del Policlinico milanese inizia nel 1895, con la costruzione di quell'unico e isolato padiglione per la cura delle malattie chirurgiche che, grazie al lascito della contessa Litta viene edificato al di là del Naviglio, a lato della via Commenda, nell'unico terreno che l'Ospedale era riuscito ad acquistare. La costruzione è certamente singolare e tale singolarità è dovuta a tre fatti: la non disponibilità iniziale dell'intera area, che l'Ospedale Maggiore acquisisce in tempi successivi nell'arco di più di trent'anni; la formula con cui vengono finanziate le costruzioni degli edifici: praticamente tutte donazioni o lasciti di privati cittadini; la difficoltà di demolire alcune antiche costruzioni presenti nell'area (i monasteri di Sant'Antonino e di Santa Caterina) che in quegli anni funzionano come ospedali/succursale dell'Ospedale Maggiore. Il Policlinico di Milano realizzato, dunque, in un periodo di tempo relativamente ampio, recepisce gradualmente le nuove concezioni di edilizia nosocomiale, la cui applicazione è ben visibile nei vari padiglioni che sorgono in epoche diverse.

Ed è proprio sull'area ove sorgeva il monastero di Santa Caterina alla Ruota che è stato edificato l'attuale padiglione Guardia Accettazione.

Le notizie storiche che abbiamo citato in introduzione ci permettono di "vedere" sotto un'angolazione diversa, sicuramente più consapevole

e meno superficiale, le vicende che hanno accompagnato la ristrutturazione generale del padiglione Guardia Accettazione. Infatti, la necessità di adeguamento e sistemazione di detto padiglione, ormai logorate dal tempo e prossime al collasso, ha reso ancora più impellente la necessità di intervenire con misure urgenti sulla qualità delle strutture e degli impianti.

Gli amministratori attuali e gli addetti ai lavori hanno dovuto superare numerose difficoltà legate, in parte, ai ritrovamenti archeologici ma anche e soprattutto, all'impossibilità di chiudere il padiglione sospendendo le attività sanitarie. La chiusura del più importante Pronto Soccorso del centro di Milano per tutta la durata dei lavori non era, infatti, ipotizzabile, sia per i disagi che avrebbe creato ai cittadini ivi residenti, sia per il "sovraccarico" che avrebbe causato sugli altri nosocomi situati nelle vicinanze.

Su incarico del Commissario straordinario dell'Ospedale il gruppo di lavoro, costituito dalla Direzione sanitaria e dall'U.O. Funzioni tecniche, ha elaborato una strategia per consentire l'esecuzione di lavori di manutenzione senza chiudere l'attività del Pronto Soccorso.

A questo proposito è necessario rivolgere un doveroso, sentito ringraziamento a tutto il personale del Pronto Soccorso, alle maestranze e alle ditte che hanno collaborato e contribuito alla buona riuscita delle operazioni, fra grandi difficoltà e nella necessità di contenimento dei tempi di realizzazione.

Lo svolgimento dei lavori ha preso avvio con lo spostamento delle attività, in una prima fase, nella zona est dell'edificio, per permettere l'esecuzione delle opere nella zona ovest (ex Pronto



Ospedale Policlinico. *Dall'alto:*
Il padiglione Guardia e Accettazione "Francesco Ponti".
L'ingresso al Pronto Soccorso.



Soccorso psichiatrico) mentre, in un secondo tempo, i lavori sono continuati con lo spostamento delle attività nella zona ovest, per permettere il completamento delle opere di adeguamento strutturale nella zona est e nella portineria.

Le due fasi sono state completate in circa 6/7 mesi, comprendendo anche i tempi occorrenti per gli spostamenti da una zona all'altra dell'edificio. L'intervento che si è limitato alla sistemazione ambientale ed impiantistica dei locali senza abbattimento di murature, è stato eseguito nell'ambito dei vari appalti di manutenzione già esistenti in ospedale.

I locali sono stati completamente rinnovati con il rifacimento di: pavimentazioni, rivestimenti, controsoffitti, serramenti, e con la dotazione di nuovi servizi igienici, nuovo impianto di raffrescamento; componenti per la sicurezza, quali porte tagliafuoco, rilevatori fumo etc, dotazione di nuove porte automatiche della portineria; nuovi impianti elettrici, idrosanitari e di gas medicali.

Le attività da inserire nei nuovi ambienti sono state ripensate tenendo conto dell'evoluzione delle tecniche di assistenza e d'intervento sanitario; le stesse, infatti, hanno determinato la necessità di adeguamento dei percorsi al fine di consentire una mobilità più agevole, efficiente ed in sintonia con le più moderne necessità ospedaliere.

È ancora mancante un percorso privilegiato con la radiologia-Tac che verrà realizzato nell'ambito delle opere di completamento del padiglione, già in avanzata fase di istruttoria.

Infatti, la ristrutturazione del Pronto Soccorso non si esaurisce con l'intervento inaugurato, ma dovrà completarsi con il rifacimento del piano sovrastante e sottostante e il riempimento delle zone già oggetto di scavo.

A fine realizzazione si sposterà il Laboratorio d'urgenza nei seminterrati del padiglione Guardia e Accettazione e si utilizzeranno gli spazi lasciati liberi, per una ridefinizione del punto di Pronto Soccorso psichiatrico e per la realizzazione di un nuovo *triage*.

In particolare si è stabilito di realizzare nel padiglione quanto segue:

Piano seminterrato

a - Un nuovo volume interrato all'esterno a riempimento dello scavo già esistente. In tale zona esterna saranno collocati: le centrali termiche, locali depositi, la nuova sottostazione di riscaldamento e la centrale di condizionamento del padiglione;

b - un nuovo volume a riempimento dello scavo già esistente nel cortile interno del padiglione, nel quale troveranno collocazione una zona didattica con aula da 40/60 posti, studi medici e locali tecnici;

c - la ristrutturazione del corpo di fabbrica esistente, nel quale troveranno spazio: i nuovi spogliatoi maschili e femminili del personale per circa 150 persone, la nuova endoscopia centralizzata composta da 7 sale endoscopiche, la nuova centrale di sterilizzazione, il laboratorio d'urgenza e spazi destinati a deposito per l'attività del padiglione.

Piano primo

Ristrutturazione del reparto operatorio anche con eventuale recupero di nuove volumetrie.

Interventi a carattere generale

Messa a norma di tutto il padiglione agli effetti della prevenzione incendi; ristrutturazione di tutti gli impianti generali del padiglione, non già revisionati; ottimizzazione dei collegamenti verticali del padiglione con inserimento di nuovi ascensori e/o montalettighe, adeguati alle necessità del padiglione e separati in base alle funzioni. In particolare andrà tenuta presente la duplice possibilità di accesso al primo piano per i visitatori, considerato che in tale padiglione saranno realizzate due unità operative, una ad est e una ad ovest. L'immobile dovrà, altresì, essere provvisto di ulteriori scale di sicurezza.

Il tutto senza abbassamento delle quote raggiunte per non incorrere ancora in vincoli archeologici.

L'intervento effettuato ha anche contribuito a dare un segnale immediato e positivo alla città, evitando quella sensazione di disagio che il malato percepiva in caso di ricovero al Pronto Soccorso, migliorando le qualità delle finiture e il comfort, specialmente con il raffrescamento



Ospedale Policlinico. All'ingresso del Pronto Soccorso è in fase di sperimentazione il *triage*, nuovo metodo che consente una rapida identificazione dei pazienti *urgenti* ai quali va data assistenza immediata.

dell'aria che nel recente periodo estivo, con un'estate così torrida, ha già dato i suoi frutti. E' da segnalare, altresì, che nel periodo corrispondente ai lavori legati all'adeguamento tecnico-igienico-impiantistico voluto dall'Amministrazione, iniziati nel luglio 2002 e terminati nel marzo 2003, vi è stata solo una modesta contrazione delle prestazioni (-3,50 per cento) rispetto all'anno precedente. Il numero delle prestazioni effettuate nel periodo considerato è comunque sovrapponibile a quello registrato nell'anno 2000. Si segnala, infine, che è in fase di sperimentazione il *triage* che viene effettuato in un'area sita all'ingresso del Pronto Soccorso. Si tratta di un meccanismo organizzativo che si propone sia

di prendere immediatamente in carico i pazienti che si presentano, sia di inquadrare rapidamente il tipo di problema manifestato caso per caso. Il paziente, immediatamente valutato all'atto dell'ingresso da una équipe di infermieri, riceve un "codice colore" (bianco, verde, giallo o rosso) in base alla gravità del caso. Il risultato più importante di questo nuovo metodo di gestione del servizio di emergenza è una rapida identificazione dei pazienti "*urgenti*", che richiedono un'assistenza immediata. Gli altri vengono inseriti in una lista di attesa poiché non necessitano di un intervento immediato.

ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	02/01 Differenza %
Accessi	39.612	42.450	44.286	45.629	47.844	46.238	-3,36
N° prestazioni	422.327	438.056	357.438	378.078	393.560	379.795	-3,50

La gestione della sicurezza in ospedale

ROBERTO DENARO

Secondo un vecchio adagio “ogni medaglia ha il suo rovescio” ovvero qualsiasi attività o iniziativa principalmente finalizzata al bene o al miglioramento di una condizione porta in sé anche una serie di poco graditi effetti collaterali e conseguenze negative. Tenuto conto di questa considerazione è fondamentale che a consuntivo il beneficio ottenuto sia superiore al danno che ne derivi.

Riferendoci alla sicurezza sul lavoro, va in primo luogo evidenziato che soltanto in assenza di attività si ha l'assoluta certezza di evitare conseguenze negative, e quindi di andare incontro a infortuni o malattie professionali.

Obiettivo principale della prevenzione è pertanto non un irraggiungibile “rischio zero” ma la sua riduzione a quel minimo ragionevolmente compatibile con le condizioni sociali ed economiche a contorno.

L'evoluzione della normativa: dalle leggi prescrittive alla sicurezza integrata

I principi di salvaguardia e tutela dell'integrità psicofisica dei lavoratori risultano già presenti nella Costituzione della Repubblica e nei Codici Civile e Penale e rappresentano quindi uno dei fondamenti del nostro Stato di diritto; tutta la legislazione prodotta nel periodo seguente si è conformata al dettato costituzionale.

Sul finire del secolo scorso, con il graduale processo di integrazione europea si è poi assistito ad un decisivo ed evidente salto di qualità concretizzati principalmente nell'emanazione della direttiva CEE n. 391 del 1989.

L'importante novità che caratterizza la norma comunitaria è il considerare la sicurezza perfettamente integrata nell'ordinaria attività lavorativa e quindi non più vista soltanto come una poco comprensibile imposizione dell'autorità, una serie di articoli di legge di obbligo e divieto cui

conformarsi acriticamente, ma come l'occasione per creare un sistema aziendale di prevenzione che cresca e si sviluppi in armonia con l'ordinaria attività: in altre parole inquadra la sicurezza come fattore culturale di crescita dell'attività lavorativa.

Nella norma particolare enfasi viene data alla progettazione, alla realizzazione o ristrutturazione dei luoghi di lavoro, all'acquisto di attrezzature e dispositivi, all'organizzazione dell'attività lavorativa, alla formazione e all'informazione degli operatori ed a come ciascuno dei suddetti processi deve tenere conto anche degli aspetti connessi alla sicurezza e all'igiene.

Uno dei principali strumenti in cui tale attività si evidenzia è un “documento di valutazione dei rischi” che il datore di lavoro deve elaborare e aggiornare costantemente riverificando con regolarità che nel condurre l'attività lavorativa ordinaria si palesi anche un progressivo miglioramento delle condizioni in cui il personale opera.

Condizione necessaria al raggiungimento del suddetto obiettivo è che il datore di lavoro organizzi un sistema di prevenzione aziendale integrato individuando una serie di figure tecniche e sanitarie, previste dalla norma, che, insieme ai dirigenti e a tutti gli altri operatori, lo coadiuvino nella complessa attuazione del dettato normativo. Come purtroppo accade spesso in casi analoghi, l'Italia è stata tra gli ultimi Paesi membri a recepire la direttiva 391/89; dopo ben cinque anni, solo parzialmente giustificabili con le radicali novità contenute nel testo, nel novembre del 1994 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il dlgs 626/94 che ha contemporaneamente recepito altre sette direttive comunitarie sempre in tema di sicurezza del lavoro.

Per dare un'idea sulle difficoltà italiane ad integrarsi alle norme europee si rileva che soltanto

pochi mesi fa, in aprile, la Corte di Giustizia Europea ha inflitto al nostro Paese la terza condanna per insufficiente recepimento delle direttive inserite nel dlgs 626/94.

Non deve pertanto destare particolare sorpresa il fatto che a nove anni dalla pubblicazione del decreto, il processo di integrazione della sicurezza nell'attività lavorativa, pur intrapreso, stenti ad andare a regime per resistenze che ovviamente non sono di carattere tecnologico ma rientrano piuttosto nella sfera socio-culturale. Dal punto di vista economico, non pretendendo di fare un'approfondita analisi, è significativo evidenziare che il puro costo del fenomeno infortunistico è di 28 miliardi per anno e pertanto di 500 euro circa procapite.

D'altra parte noi italiani siamo un po' strani: soltanto lo spauracchio dei punti sottratti dalla patente ci ha indotti a compiere il semplice gesto di allacciare le cinture in auto.

Recepire la direttiva comunitaria, non solo formalmente con l'emanazione di un decreto ma anche sostanzialmente, significa modificare un modus operandi tuttora ampiamente diffuso secondo il quale un infortunio è solo un fatto accidentale inevitabile, per il quale non si prende alcun provvedimento preventivo fino a quando questo non accade e per il quale perciò tutte le ini-

ziative per la sicurezza sono solo un inutile fardello alla normale attività lavorativa.

La realtà è ovviamente più complessa ed articolata della grossolana semplificazione; resta il fatto che tutta l'impostazione della legge si basa su una completa integrazione della sicurezza nelle scelte aziendali; non a caso i termini valutazione, formazione e informazione, e cioè presa di coscienza e partecipazione, sono più volte ricorrenti nel testo legislativo.

Prevenzione e sicurezza nelle strutture di assistenza e cura

Rispetto alla generalità degli ambiti lavorativi il settore sanitario ha una specificità tutta sua, estrinsecandosi non nella produzione di un bene ma nel prendersi cura di persone che hanno problemi di salute. Il fatto di trattare con "materiale umano" fa emergere un doppio obbligo: non solo la tutela dei propri addetti ma anche, e soprattutto, la salvaguardia dei degenti e dei visitatori.

Senza volere entrare in questa sede nella pratica medica, è opportuno rammentare che rientrano invece nel dlgs 626 specifici obblighi di tutela anche dei degenti relativamente a cadute, folgorazioni, o incendio. E' a prima vista paradossale ma è notorio che non di rado un degente che si rivolge ad una struttura per curarsi possa invece subire un nocimento alla propria salute e sicurezza; d'altra parte dati INAIL del 2002 mostrano, accanto ad una lieve diminuzione del numero totale di infortuni (-3,6%), un incremento di quelli occorsi nel settore sanitario (+7,9%).

Come già detto, obiettivo principale dell'organizzazione aziendale di prevenzione è minimizzare tale fenomeno. In molti casi la salvaguardia degli operatori ben si accompagna a quella dei degenti, anche se esistono diverse situazioni nelle quali le due finalità contrastano.

Per essere più concreti si riportano alcuni esempi. E' noto che, in caso d'incendio, una delle più diffuse istruzioni da impartire al personale è quella di sospendere immediatamente l'attività lavorativa e mettersi repentinamente in salvo. Un operatore sanitario non può permettersi di pensare soltanto alla propria incolumità ma deve occuparsi prioritariamente della salvaguardia e "messa in sicurezza" dei pazienti.



Segnale di avvertimento di "rischio biologico" istituito dal dlgs 626/94.



Armadi di sicurezza per sostanze infiammabili, dei quali sono dotati i laboratori dell'Istituto.

Inoltre esistono specifiche procedure per proteggere gli operatori da pazienti affetti da epatiti, tubercolosi, aids; ciò implica che se da una parte l'operatore deve curare il degente, dall'altra se ne deve difendere adottando una serie di misure precauzionali atte allo scopo.

Altro esempio è la sempre più diffusa terapia chemioterapica che se è spesso risolutiva per i pazienti, rappresenta di contro un rischio professionale per gli operatori sanitari che effettuano la preparazione e la somministrazione di questi farmaci. Infine considerazioni del tutto analoghe possono essere fatte in tema di radiazioni ionizzanti.

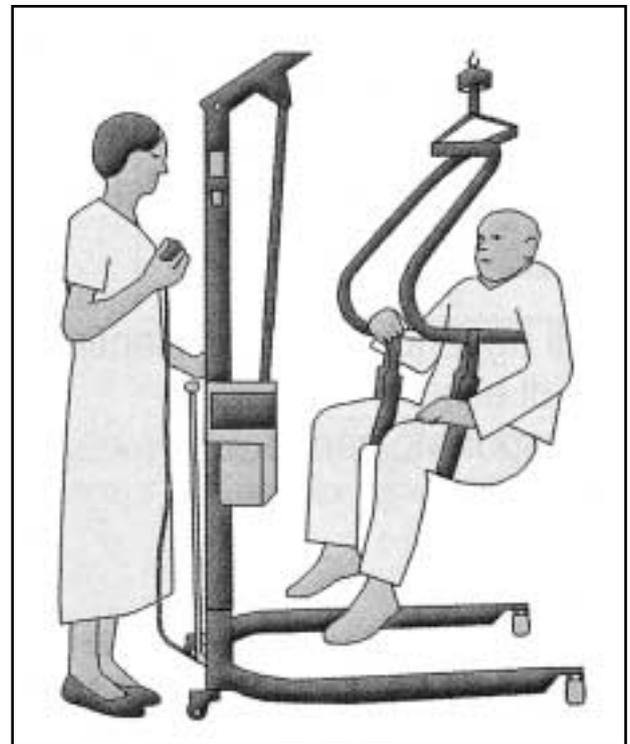
Il miglioramento dei livelli di sicurezza si ottiene operando in maniera organica e coordinata una serie di iniziative che, con un semplicistico parallelo informatico, è possibile dividere in due gruppi: il primo è relativo all'hardware e rappresenta pertanto adeguamento, rifacimento, o acquisizione di strutture, impianti attrezzature, dispositivi, sostanze mentre il secondo è paragonabile al software e cioè gestione dell'attività ordinaria, organizzazione del lavoro, formazione, aggiornamento e motivazione del personale.

Con riferimento alla situazione nazionale è noto quanto il nostro hardware, generalmente vetusto

e poco adeguato, stia soltanto ultimamente recuperando qualcosa; il tutto tra evidenti difficoltà, anche economiche, e tempi non brevi. In attesa che l'adeguamento strutturale impiantistico vada a regime, sul fronte delle prevenzioni è possibile comunque migliorare la situazione operando sul software e pertanto sulla formazione e sull'organizzazione del lavoro.

In altre parole, oltre al primo tipo di interventi che potremmo definire pesanti in termini di costi e di tempi, vale sicuramente la pena promuovere anche i secondi, sicuramente più leggeri e, se ben realizzati, anche particolarmente efficaci.

Un esempio per tutti è il rischio da movimentazione manuale dei carichi cui sono soggetti gli infermieri e che può essere significativamente ridotto da un'adeguata disponibilità degli spazi, disposizione dei letti, presenza di sollevatori, ma soprattutto da una mirata organizzazione dei turni e dei carichi di lavoro e da una puntuale e specifica formazione e addestramento del personale. A parte gli scontati obblighi di legge per la sicurezza



Il sollevapazienti, attrezzatura che riduce il rischio di lesioni dorso-lombari per gli operatori sanitari addetti agli spostamenti dei degenti.

za, è ben noto a chi opera nella medicina occupazionale quanto incida in campo sanitario la presenza di patologie all'apparato muscolo-scheletrico per il personale infermieristico e quali siano i costi correlati e le disfunzioni del sistema in presenza di operatori con "limitazioni funzionali". Ciò per evidenziare che una corretta gestione del rischio da movimentazione dei pazienti ha dei benefici non solo nei confronti del rispetto della norma, ma più in generale sui costi e sull'organizzazione del sistema sanitario.

Se si vuole mantenere o anzi migliorare il livello di qualità delle prestazioni è pertanto necessario investire sempre di più e sempre meglio in formazione; l'ormai inevitabile e sempre più diffuso processo di esternalizzazione dei servizi richiede come contraltare l'elaborazione e il conseguente rispetto di ben codificate procedure che regolino i rapporti tra più fasi di una linea "produttiva" e questo obiettivo lo si consegue innanzitutto con una buona formazione del personale.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ospedale Maggiore

Analogamente ad altre istituzioni sanitarie anche il nostro Ospedale Maggiore ha già intrapreso il percorso indicato dal dlgs 626/94; in particolare nel 1995 è stato istituito il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) attualmente localizzato al primo piano del padiglione III di via Pace.

Nell'organigramma dell'Istituto il Servizio è in staff al Commissario straordinario pur interagendo di fatto con le altre Unità Operative dell'Ospedale, principalmente con le direzioni amministrative e sanitaria, le UUOO Funzioni Tecniche e Provveditorato e il medico competente; il SPP è stato inoltre inserito nel primo gruppo di UO che hanno avviato e concluso il percorso di certificazione alla norma UNI EN ISO 9001:2000.

Il principale compito istituzionale del SPP è di verificare che l'ordinaria attività dell'Ospedale si svolga nel rispetto della normativa sulla sicurezza e di proporre i necessari provvedimenti per un miglioramento delle condizioni lavorative.

Oggi il Servizio si occupa del continuo aggiornamento del documento di valutazione dei rischi con sopralluoghi programmati e confronti con i responsabili e con gli stessi operatori.

Promuovendo una sempre più sistematica integrazione della sicurezza nei processi amministrativi, il Servizio fornisce, su richiesta, il proprio apporto su progettazione e ristrutturazione di aree lavorative, acquisto di attrezzature e dispositivi, formazione e informazione degli operatori.

Sulla questione della gestione dell'emergenza e della lotta antincendio si procede nell'attuazione del programma di addestramento continuo e di aggiornamento delle procedure di padiglione, in relazione alle continue riallocazioni e modifiche delle Unità operative, mentre fra le ultime iniziative in ordine di tempo va citato il foglio informativo sui rischi per le donne in gravidanza e il corso di addestramento antincendio pratico per i medici con crediti ECM (educazione continua in medicina) per il 2004.

Nel rammentare che la formazione è probabilmente l'elemento di maggior rilievo della nuova normativa, il SPP ha già promosso l'esecuzione di diversi corsi. Vista la recente istituzione dell'apposita commissione interna è stata inoltre proposta la messa a regime di un articolato programma di formazione continua per la sicurezza; inoltre per migliorare e facilitare i flussi informativi è stato istituito uno specifico link collegato al sito ufficiale dell'Ospedale Maggiore.

Il percorso di adeguamento è complesso e articolato anche perché non ha un ben definito traguardo; allora è fondamentale promuovere il processo e seguirlo sistematicamente; nella nostra realtà di un IRCCS in continua evoluzione il suddetto compito è ancora più arduo. Per facilitarlo occorre innanzitutto migliorare il livello di comunicazione, di scambio di informazioni e considerare nei processi decisionali anche le questioni relative alla sicurezza e alla prevenzione. In questa direzione ci si sta già muovendo grazie alla sensibilità di molti; occorre che ciò venga fatto sistematicamente e a tal fine serve una profonda convinzione, e quella buona dose di buon senso che non guasta mai.

In conclusione la faticosa trasformazione in atto del nostro Istituto non può non tenere conto degli aspetti connessi a sicurezza e prevenzione; è innegabile che ciò richieda un impegno supplementare, un'ulteriore tessera nel puzzle, ma tutto sommato ritengo che ne valga realmente la pena.

Da dove viene la violenza?

CARLO LORENZO CAZZULLO

La violenza è diffusa e le sue cause sono molteplici: genetiche, costituzionali, psicologiche, sociali.

“*Forse la violenza è dentro di noi, legata ad un antico istinto, quasi fosse un bisogno della nostra natura*”, scrive Armando Torno nel libro: *La moralità della violenza*.

In effetti la violenza è legata alla *vis*, alla forza, all’energia e, come tale, può essere contenuta, tollerata e anche bene utilizzata.

Per tentare di capirne la natura è consigliabile riferirci allo studio di tre fattori fondamentali, presenti in ogni manifestazione umana: il soggetto, gli stimoli, l’ambiente.

Il soggetto

Ogni bambino ha un suo proprio stile che si conserva nelle fasi successive dello sviluppo, unendosi alla sua storia personale, familiare e scolastica, ai suoi fantasmi inconsci (desideri e difese).

Il *cardine* dello studio della violenza è la comprensione di come gli esseri umani sviluppano la percezione di se stessi e dell’altro con implicazioni relative alle *emozioni* e al *pensiero*. Per le prime è precoce e ubiquitaria l’ansietà (Heidegger), unita spesso ad un senso di superiorità personale, a carattere narcisistico, che modifica i rapporti con le varie componenti sociali.

Per il secondo è la distorsione dello sviluppo delle capacità di ideazione. Tra queste la mancanza di finalismo nella condotta, visibile nel mutare frequente e sempre senza motivo da un’occupazione ad un’altra. La mancanza di tolleranza, l’adesione a comportamenti violenti altrui, sono la causa di frequenti esplosioni di violenza secondo una recente ricerca di Mortensen in Gran Bretagna.

Cause biologiche e spesso genetiche frequenti sono oggi riferibili ai *disturbi di personalità* pre-

senti con valori del trenta per cento nella popolazione generale, espressi da relazioni instabili, disturbi della identità, impulsività, paura dell’abbandono, tendenza al suicidio.

Un’altra causa con possibile componente genetica è la *patologia delle psicosi* sino alla paranoia e all’ossessività rilevabili tuttavia precocemente proprio dai familiari.

L’eziologia è quindi complessa, ma in fondo il desiderio di imperio nasce anche prima dell’adolescenza e suscita ritorsione in cerca di affermazione anche impropria.

Gli stimoli

I più negativi sono quelli familiari, la *non risposta* degli adulti a richieste di delucidazioni dei giovani, il loro abbandono, l’incomprensione, la svalutazione.

Stimoli esterni sono in particolare l’alcool e le droghe, a cui ricorrono i giovani spesso per compensare il disinteresse familiare. La violenza dei messaggi, rapidi, apodittici, oggettualizzati e degli stimoli acustici, specie del traffico, l’insegnamento diretto della TV e dei giornali su fatti di cronaca con intensa descrizione dei protagonisti favoriscono l’espressione anche estemporanea di violenza.

L’ambiente

La struttura familiare scoesa è la situazione più grave, ancor più della perdita di un genitore. La mancanza o la ridotta interrelazione, la confusione dei ruoli per la costituzione di nuovi nuclei familiari, il deficit del dialogo favoriscono le spinte all’esterno specie dei membri più giovani. Inoltre, il disagio e la povertà hanno un peso rilevante.

Nell’ambito della scuola, le relazioni sono frequentemente distorte da associazioni estempora-

nee dei ragazzi per diversità di età e di condizione sociale con tendenza alla prevaricazione da un lato e dall'altro alla depressione.

Nell'ambito del lavoro si possono manifestare difficoltà di riconoscimento e di apprezzamento, relazioni instabili e situazioni di ingiustizia vera o presunta.

Nell'ambito sociale, generale, la società eccessivamente competitiva e impoverita di valori etici, il ritmo frenetico della vita inducono isolamento, ansietà, depressione, difficoltà di integrazione. La violenza sembra, ormai di frequente, organizzarsi nelle combinazioni più efferate verso parenti od estranei, nelle piazze, negli stadi.

Legato alla violenza è il tema della *sicurezza*, sia per la paura della minaccia, sia per quella diretta del crimine.

Particolarità della violenza sono i suoi stretti rapporti con la *vergogna*. Entrambe nascono dal narcisismo, che è in relazione con tutto ciò che riguarda l'autostima, la valutazione di sé, nonché il senso dei propri diritti e il desiderio di potere (Wursmer).

L'affermazione violenta di questi sentimenti può essere seguita da una vergogna cosiddetta attiva. Essa costituisce un campanello d'allarme che richiama a una meditazione, condizione che è indissolubile dalla vergogna con intendimenti riparativi spesso tardivi, sino al tentato suicidio o al suicidio, come leggiamo di frequente, con somiglianza al cosiddetto complesso di Aiace che, umiliato, si uccise.

In sintesi, secondo Delgado, l'aggressione e la violenza sono modalità di risposta correlate:

- agli effetti di *stimoli sensoriali*, drastici e improvvisi;
- a precedenti esperienze di *invidia, gelosia, colpa, paura*;
- in soggetti vulnerabili per *instabilità emotivo-cognitiva*.

Che fare?

Nessuna soluzione magica, ma anzitutto favorire sempre *l'ascolto, la comunicazione e la relazione interindividuale*, che hanno radici nella *comunità* che costituisce il fondamento del concetto di società secondo Aristotele.

Rifare con attenzione la storia della persona, specie nella fase dell'adolescenza.

Assistere maggiormente *la famiglia anche con un ufficio espressamente dedicato ad essa facilmente accessibile nelle strutture pubbliche*, con persone idonee, competenti, attente alla interrelazione, capaci di ascoltare e cogniti nell'uso dei farmaci; quando è necessario rivolgersi ai servizi di assistenza.

Non sottovalutare i segnali di allarme.

Con la comunicazione e l'ascolto si giunge a sapere o, per lo meno, a sospettare anomalie di pensiero e di comportamento dell'interlocutore.

Infine, un aforisma di Nietzsche (nella *Gaia Scienza*) si adatta a questa condizione:

“Che cosa ami negli altri? Le mie speranze”.

E anche le mie speranze sono ancora tante.



Dalla Grecia antica grandi scuole e grandi medici: qui Ippocrate in un affresco del XIII secolo (*Anagni, cripta del Duomo*)

Ricerca infermieristica: sfida di ieri, necessità di oggi

MARISA CANTARELLI

Perché parlare di ricerca infermieristica e perché ritenerla una necessità. Suddividerei queste mie riflessioni in due momenti:

- nel primo, la lettura del “passato” alla ricerca degli spazi che gli infermieri hanno o non hanno saputo trovare

- nel secondo momento, l’esposizione del concetto di necessità, visto come responsabilità professionale degli infermieri

Questa mia lettura è guidata da un documento elaborato dal Comitato Europeo per la Sanità del Consiglio d’Europa ⁽¹⁾ nell’aprile 1996. In quella sede vennero discusse “*le difficoltà di reperimento del personale in campo sanitario, particolarmente nel settore del nursing*”. Il decrescente numero di aspiranti alla professione infermieristica era un indice del declino dell’immagine sociale dell’infermiere.

Per migliorare il ruolo degli infermieri venne allora suggerito di considerare con attenzione *la ricerca nell’assistenza infermieristica*, partendo dal presupposto che “*una pratica basata sulla ricerca avrebbe migliorato la qualità dell’assistenza infermieristica e quindi lo status della professione*”.

Infatti nel documento si legge: “*La ricerca infermieristica intende sviluppare conoscenze che siano di guida e di sostegno a tutto il campo della pratica infermieristica ed alla sua disciplina*, il che presuppone la consapevolezza ed il riconoscimento delle funzioni e delle responsabilità dell’assistenza infermieristica entro il sistema sanitario di una società che sta cambiando e richiede la comprensione e la valutazione dei fenomeni che rivestono un interesse primario per l’assistenza infermieristica e per le persone cui sono rivolti i servizi.

L’assistenza infermieristica è diretta a promuovere la salute, il benessere e la qualità della vita

lungo tutto l’arco dell’esistenza di persone di qualsiasi età, in situazioni ed esperienze che abbracciano una dimensione di vita e di morte. Nell’ambito di questa ampia prospettiva, l’assistenza infermieristica è diretta ad individuare i gruppi che presentano una grande diversità di problemi di salute e di disabilità a livello sia acuto che cronico. Le funzioni infermieristiche, intese a promuovere la salute, prevenire la malattia, mantenere e ripristinare la salute ed alleviare la sofferenza, vengono svolte in strutture diverse comprendenti ospedali generali e specialistici, nonché al domicilio dei pazienti, quale parte di un servizio basato sulla comunità. A causa degli alti e sempre crescenti costi dei servizi ospedalieri, i pazienti possono essere dimessi mentre si trovano ancora in una situazione di dipendenza da una complessa assistenza infermieristica. L’uso di una avanzata tecnologia medica non è più limitata agli ospedali, ma deve anche essere adattata all’ambiente domiciliare del paziente....”

“Mentre in passato si è fatto un uso piuttosto libero del termine “*ricerca*” vi è stata anche la tendenza a considerarla come fine a stessa piuttosto che come *mezzo rivolto ad un fine*, e precisamente al miglioramento dell’assistenza fornita ai pazienti. Questo obiettivo richiederebbe studi che contribuiscano ad una conoscenza rilevante per l’assistenza e per il servizio infermieristico. Il miglioramento della qualità in questo complesso campo di pratica presuppone una chiara concezione della qualità nell’assistenza infermieristica, ed una ricerca diretta verso una base di conoscenza complessiva, coerente ed innovativa.”

“I cambiamenti verificatisi nello sviluppo sanitario e demografico, specialmente nei Paesi industrializzati dell’Europa, esigono dei fonda-

mentali mutamenti nell'assistenza infermieristica e negli altri servizi sanitari.

La ricerca e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica sono divenuti sempre più essenziali con l'insorgere di nuovi e più ampi problemi sanitari e sociali, che hanno avuto come origine:

- il continuo aumento del numero di persone anziane che presentano diversi problemi sanitari e di disabilità
- stili di vita che possono portare a malattie croniche
- l'aumento dei problemi ambientali che influiscono sulla salute
- l'aumento del numero di persone che soffrono per problemi derivanti da incidenti
- l'aumento delle malattie a carattere maligno, ivi comprese le immunodeficienze
- l'aumento dei problemi cardiovascolari nonché di malattie delle vie respiratorie e del metabolismo
- l'aumento delle tecnologie mediche, compresi gli aiuti meccanici alla vita, i trapianti d'organo e gli interventi di carattere genetico
- il cambiamento nella struttura familiare e nel ruolo delle donne come curanti
- le crescenti aspettative degli utenti di assistenza sanitaria.

Gli sviluppi tecnici della medicina che mantengono in vita le persone aumentano il numero di quanti hanno bisogno di assistenza infermieristica.

I costi, da un punto di vista umano, sociale ed economico, sono altissimi. Pertanto, i sistemi di assistenza sanitaria devono focalizzarsi non più sulla cura, bensì sulla prevenzione e sulla promozione della salute, campi nei quali l'assistenza infermieristica ha un ruolo di vitale importanza. Le strategie socio-politiche e le attività economicamente gestibili possono risultare efficaci soltanto se il contributo qualitativo e quantitativo della professione infermieristica è preso in esame sistematicamente e con una precisa metodologia, affinché le decisioni in ambito sanitario e socio politico possano fondarsi su fatti più che su presunzioni.

Per promuovere la ricerca e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica entro questa ampia prospettiva, occorrono sia una formazione che pre-

pari alla ricerca, sia adatte strategie e risorse, in modo da fornire agli infermieri l'opportunità di svolgere delle ricerche e di applicarne i risultati....”

In Italia, come si è sviluppata la ricerca infermieristica?

Per definire lo *sviluppo della ricerca infermieristica* nel nostro Paese è opportuno considerare le varie tappe del percorso storico-normativo della professione infermieristica, laddove *si evidenziano indirizzi e contenuti relativi alla ricerca infermieristica stessa*, al fine di conoscere e valutare gli ambiti, le possibilità e gli spazi normati.

Di seguito espongo le tappe normative più significative, che rendono l'idea del percorso nel quale si è sviluppata la ricerca infermieristica in Italia:

- con l'accordo di Strasburgo, recepito in Italia con la Legge 15.11.73 n. 795 “ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967”, si assiste ad una proposta di mutamento a livello formativo in tutti i paesi della Comunità Economica Europea, definendo e chiarendo la figura dell'infermiere come professionale, polivalente. Si dice infatti che l'infermiere professionale esercita, in conformità della legislazione nazionale, le seguenti funzioni essenziali:

- prodigare negli ospedali, a domicilio, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, ecc. un'assistenza infermieristica competente alle persone il cui stato di salute lo richieda, tenuto conto delle loro esigenze fisiche, affettive e spirituali;

- osservare le condizioni e gli stati fisici od emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario;

- formare e guidare il personale ausiliario necessario per rispondere alle esigenze del servizio di qualsiasi istituzione sanitaria”.

- Il D.P.R. 31.10.74 n. 878 “modificazioni allo Statuto dell'Università degli Studi di Milano”, istituisce dall'anno scolastico 1975/76, la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (S.U.D.I.) di durata biennale; è la terza scuola universitaria in Italia con un programma nuovo,

elaborato con la consulenza O.M.S.

Nel piano studi della scuola è previsto al II anno *un corso di ricerca infermieristica*.

- Il D.P.R. 20.12.79 n. 761 “stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”, all’articolo 45 tratta le attività didattiche, di ricerca e di aggiornamento tecnico-scientifico, riportando che “il personale appartenente ai profili professionali per i quali è richiesto il possesso di un diploma di laurea o di un titolo di abilitazione professionale può, a domanda, essere autorizzato ad assumere incarichi di insegnamento o di *ricerca scientifica* sempreché compatibili con i doveri del servizio e non configuranti un distinto rapporto di impiego...”

- A livello di normativa universitaria, il D.P.R. 11.7.1980 n. 382 “riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica”, introduce un nuovo assetto della docenza universitaria, istituendo il *ruolo dei Ricercatori universitari* che “contribuiscono allo sviluppo della ricerca scientifica universitaria ed assolvono a compiti didattici integrativi dei corsi di insegnamento ufficiali”. Si sottolinea inoltre che l’Università è sede primaria della ricerca scientifica.

Infatti, il contributo maggiore nel campo della ricerca, viene proprio fornito dalle università, sedi primarie, per definizione, di ricerca.

- La Legge regionale della Lombardia 31.8.1981 n. 53 “procedure relative all’attuazione delle ricerche nel settore sanitario”, ove si dice che la Regione ai fini della formazione e dell’attuazione del Piano Sanitario Regionale lombardo, promuove l’organizzazione e ad obiettivi diversi lo svolgimento *delle ricerche finalizzate*.

La Regione Lombardia ha quindi adottato un piano delle ricerche finalizzate di interesse regionale nel campo sanitario (aperto ad ASL, Enti culturali, sanitari e scientifici, gruppi di ricercatori o ricercatori singoli), non escludendo agli infermieri o a gruppi di infermieri, la possibilità di realizzare ricerche in ambito sanitario, di natura infermieristica, con le modalità ed i requisiti stabiliti dalla legge stessa.

Ogni Regione italiana probabilmente attraverso proprie leggi, dovrebbe aver regolato le procedure per l’attuazione delle ricerche in campo sanitario.

- La Legge 19.11.1990 n. 341 “riforma degli ordinamenti didattici universitari”, che chiarisce e riordina i corsi universitari esistenti, all’articolo 1, stabilisce che “le università rilasciano i seguenti titoli:

a) diploma universitario (DU)

b) diploma di laurea (DL)

c) diploma di specializzazione (DS)

d) *dottorato di ricerca* (DR)

I corsi di Dottorato di Ricerca sono regolati dal D.P.R. n. 382/80, già citato, che istituisce il dottorato di ricerca quale titolo accademico valutabile nell’ambito della ricerca scientifica. Esso si consegue in seguito allo svolgimento di attività di ricerca successiva al conseguimento della laurea.

Gli infermieri italiani hanno finalmente raggiunto il traguardo della laurea, che permetterà l’acquisizione a livelli più alti di questo titolo, avvicinandoli ad altri paesi nei quali il “dottorato di assistenza infermieristica” è una realtà raggiunta anche dagli infermieri che consente, anche nel campo dell’assistenza infermieristica, un impegno di questo genere.

- Con il Decreto MURST (Ministero Università Ricerca Scientifica Tecnologica) 2.12.1991 “modificazioni all’ordinamento didattico universitario relativo al corso di Diploma Universitario di Scienze Infermieristiche”, viene sancita la formazione di base infermieristica a livello universitario. Infatti all’articolo 1 si dice che “presso la facoltà di medicina e chirurgia può essere istituito il corso di diploma universitario in scienze infermieristiche, articolato nei seguenti indirizzi:

- assistenza generale

- assistenza generale pediatrica

- assistenza generale ostetrica

Il corso di diploma, di durata triennale, ha lo scopo di formare operatori con conoscenze scientifiche e tecniche necessarie a svolgere le funzioni di infermiere responsabile dell’assistenza generale, nonché pediatrica ed ostetrica.

Il corso si conclude con il rilascio del diploma universitario in scienze infermieristiche, con menzione dell'indirizzo seguito”.

Annessa al suddetto decreto, è allegata la tabella XXXIX ter relativa al D.U. in Scienze Infermieristiche, nella quale sono riportati, per ogni anno di corso e per ogni semestre, i corsi integrati, a cui la Legge 341/90 aveva fatto riferimento: infatti gli ordinamenti didattici universitari vengono organizzati in corsi integrati e raggruppati in settori scientifico-disciplinari”.

Nel corso integrato di medicina sociale E.7, del terzo anno, II semestre, si ritrova oltre ad altre materie, tra le quali la sociologia e la medicina del lavoro, *la metodologia della ricerca*, che in pratica, per la prima volta (dato che nei programmi della formazione infermieristica precedenti, risalenti all'ordinamento regionale, non era contemplata), viene compresa tra i programmi della formazione di base, così che tutti gli infermieri possano disporre di alcune conoscenze sul come e perché si fa ricerca e ricerca infermieristica, stimolando in essi l'utilizzo e la

realizzazione di ricerche in campo infermieristico.

- In quel periodo viene anche pubblicata la Delibera della Regione Lombardia 22.11.91 n. 14886/san “bando di invito a presentare *progetti di ricerca* finalizzata nell'area 1, servizi sanitari”, che rappresenta un ulteriore stimolo alla realizzazione, anche da parte degli infermieri, di ricerche finalizzate, espressione dell'esigenza sempre più presente di realizzare ricerche e poter utilizzare i risultati.

- Anche il D.M. del Ministero della Sanità 14.9.1994 n. 739 “regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”, che individua appunto il profilo dell'infermiere, definito forse impropriamente come “operatore sanitario”, dopo aver riportato le funzioni alle quali lo stesso è chiamato a partecipare, al punto 4 sancisce che “l'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale ed *alla ricerca*”.



Malati e infermieri in una antica stampa (Civiche Raccolte A. Bertarelli del Castello Sforzesco di Milano - g. c.).

Quindi, ancora una volta, da una disposizione normativa, si nota e si afferma come il campo della ricerca, ovviamente infermieristica, sia un qualcosa che ha a che fare con l'infermiere; lo stesso è chiamato a partecipare a livelli diversi, utilizzando ciò che la ricerca scopre e proponendo ciò che la ricerca potrebbe indagare o ancora, realizzando una ricerca, al fine di comprendere la natura del comportamento umano in situazione di salute e malattia e ad intensificare gli interventi ai quali possono ricorrere gli infermieri per attenuare e migliorare le relazioni dei pazienti (per esempio, auto-cure, trattamento del dolore..). Infatti *la ricerca infermieristica ricopre tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica e della professione infermieristica e, come per la pratica infermieristica, pone l'accento sulla persona cliente/paziente.*

- Il Decreto Ministeriale 24.7.1996 "approvazione della tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'articolo 9 della Legge 19.11.90 n. 341", modifica la precedente tabella XXXIX-ter. In essa non è più previsto l'insegnamento al terzo anno della metodologia della ricerca, ma all'art. 1 tra le finalità del corso di D.U. si afferma che "la formazione deve garantire, oltre ad una adeguata preparazione teorica, un congruo addestramento professionale tecnico-pratico, nella misura eventualmente stabilita dalla normativa dell'Unione Europea...Durante il corso lo studente deve conseguire gli obiettivi didattici teorici, pratici di tirocinio stabiliti nei singoli ordinamenti; deve altresì acquisire la capacità di aggiornarsi, di valutare i propri comportamenti e di *svolgere attività di ricerca.*"

- Il Decreto MURST 4.10.2000 "rideterminazione e aggiornamento dei settori scientifico disciplinari e definizione delle relative declaratorie, ai sensi dell'art. 2 del D.M. 23.12.99" ove troviamo nell'Area 6, tra le Scienze Mediche Med/45 "scienze infermieristiche, generali, cliniche e pediatriche" quale unico settore previsto per gli infermieri. Come si nota, in questa normativa non viene previsto l'insegnamento della ricerca infermieristica, ma per la prima volta la

sua applicazione ha permesso all'Università La Sapienza di Roma, di mettere a concorso un posto di professore di ruolo di II fascia nel settore disciplinare di scienze infermieristiche generali e cliniche.

- Anche il provvedimento normativo sulla formazione, il Decreto 2.4.2001 del MURST "determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie" laddove si esplicita la classe delle lauree nelle "professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica", riconferma per i laureati nell'ambito della professione sanitaria di infermiere, le attribuzioni già previste nel Decreto del Ministero della sanità n. 739/94 (già sopra ricordato); in particolare, gli infermieri laureati "contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale ed *alla ricerca.*"

Nel Decreto 2.4.2001 del MURST "determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie" nell'esposizione della classe delle lauree specialistiche nelle "scienze infermieristiche e ostetriche" tra gli obiettivi formativi qualificanti si recita "i laureati specialisti nella classe possiedono una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e *di ricerca* in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie ricomprese nella classe (infermiere, ostetrica/o, infermiere pediatrico).

I medesimi laureati specialisti che "hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche,..... e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e *della ricerca scientifica*..... sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo e preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi.....

Le conoscenze metodologiche acquisite consentono loro anche di intervenire nei processi formativi e *di ricerca peculiari* degli ambiti suddetti. Le competenze dei laureati specialisti nella classe comprendono, tra le altre: *utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca*, pertinenti alla figura pro-

fessionale, nelle aree clinico-assistenziali, nell'organizzazione e nella formazione..”.

Inoltre, i laureati specialisti nella classe acquisiscono la capacità di: “*applicare i risultati di ricerche pertinenti* per migliorare la qualità dell’assistenza, effettuare una ricerca bibliografica”.

Gli stessi sono in grado di: “*applicare i fondamenti metodologici della ricerca scientifica* all’assistenza, all’organizzazione dei servizi pertinenti e *alla ricerca*; approfondire i fondamenti teorici disciplinari al fine di analizzarli criticamente, produrre modelli interpretativi, *orientare la ricerca* e l’assistenza pertinente; progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati su *risultati di ricerca* per la prevenzione e gestione dei problemi prioritari di salute della comunità; verificare l’applicazione dei *risultati di ricerca* in funzione del continuo miglioramento di qualità dell’assistenza; *sviluppare la ricerca* e l’insegnamento riguardo a specifici ambiti della disciplina pertinente alla specifica figura professionale e dell’assistenza...”

Nell’ambito delle attività formative, contenute nel medesimo Decreto, non si riscontra però “la ricerca infermieristica” tra i settori scientifico-disciplinari.

Potremmo dire che la storia si ripete, vengono fissati obiettivi e poi si tolgono gli strumenti per raggiungerli. Studi fatti nel passato hanno dimostrato che quando la norma apriva spazi nella formazione (vedi programmi) altri spazi venivano tolti nell’esercizio (vedi mansionario). Ora vengono fatte notevoli dichiarazioni di principio ma lo spazio dato alla disciplina infermieristica nei curricula è ridotto e di conseguenza anche i settori disciplinari sono minimi. Lo si vede infatti raffrontando il numero di discipline previste nei cinque anni di formazione universitaria (laurea e laurea specialistica) con i corsi di disciplina infermieristica e il conseguente numero di docenti non infermieri con il numero di docenti infermieri.

Come possiamo leggere quella che è stata la sfida di ieri?

Come in tutti i Paesi occidentali, anche in Italia i primi passi della ricerca sono stati fatti in ambito universitario e gli elaborati di diploma

degli studenti (tesi) ci permettono di fare una prima analisi dell’evoluzione *dell’interesse infermieristico nei campi della ricerca*.

Posso di seguito approfondire questo aspetto grazie all’esperienza acquisita in insegnamento nel corso di Ricerca Infermieristica nell’ambito della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell’Università degli Studi di Milano.

Le tesi costituiscono infatti, il primo passo in Italia, realizzato in ambito universitario, che apre la strada alla ricerca in genere. Infatti, il piano di studi afferma che “l’esame di diploma consiste in una discussione di una tesi scritta, su un argomento riguardante l’insegnamento della scuola scelto dagli studenti ed approvato sia dal direttore della scuola che dal docente di “nursing”. Sin dal primissimo anno di istituzione della scuola, o meglio dall’anno 1976/77, quando si sono svolti i primi esami di diploma, le tesi scritte ed elaborate dagli studenti della scuola sono state *tesi di ricerca infermieristica*, che a seconda dell’interesse della scuola e dello studente, oltre che della situazione, del periodo nel quale sono state trattate, riguardavano i *tre campi di indagine della ricerca infermieristica: assistenza infermieristica, formazione infermieristica ed organizzazione o management infermieristico*, anche se in quegli anni ancora non si parlava e si intendeva il management infermieristico, con l’accezione che oggi viene invece ad esso attribuita.

I dati, emersi da una ricerca del 1997, relativi ai primi 20 anni della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche -SUDI- (1976-1996) ⁽²⁾ confermano che sono state elaborate 270 tesi.

Dall’analisi delle suddette tesi è emerso che, di queste 258 riguardano la sfera infermieristica di cui 207 la professione infermieristica, in particolare l’evoluzione storico-sociale della professione e 51 ineriscono l’assistenza infermieristica, in sintonia con le scelte e gli obiettivi espressi dalla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche che da sempre si sono riferiti alla

- centralità della disciplina infermieristica
- consolidamento della identità professionale
- capacità di esprimere la propria identità di infermiere docente e dirigente.

ANNI ACCADEMICI	Totale	Sfera infermier.	Sfera non infermier.	Professione infermier.	Assistenza infermier.	Relatori infermieri	Relatori non infermieri
1976-1980	21	20	1	18	2	9	12
1980-1984	38	36	2	31	5	23	15
1984-1988	56	52	4	49	3	42	14
1988-1992	84	81	3	69	12	66	18
1992-1996	71	69	2	40	29	68	3
Totale	270	258	12	207	51	208	62

La discussione delle tesi di diploma ha conosciuto un trend positivo, toccando il massimo negli anni 88/92 con la presentazione di 84 tesi di diploma. Va sottolineato inoltre che, dall'analisi dei dati relativi alle tesi, emerge come dagli anni 80/84 il numero dei docenti infermieri relatori è andato progressivamente aumentando, a ulteriore conferma dello spazio sempre più ampio che la disciplina infermieristica ha fatto proprio all'interno della Scuola Universitaria.

La tabella relativa all'indagine riporta, suddivise per quadriennio, il numero delle tesi di diploma distribuite nei tre campi indagati: 70 tesi, corrispondenti al 26%, sono di management infermieristico, 118; il 44% riguardano la formazione infermieristica e 82, il 30% ineriscono all'assistenza infermieristica.

La lettura dei grafici ci porta a fare due conside-

razioni:

- la prima legata all'evoluzione degli interessi che maturavano all'interno della professione. In Italia, come in tutti i Paesi occidentali, *la ricerca infermieristica è legata alla professione*: vedi la ricerca del proprio ruolo nel management e nella formazione (d'altronde la SUDI è una scuola per dirigenti). *In un secondo momento l'interesse si rivolge all'assistenza infermieristica*

- il secondo aspetto che possiamo rilevare è l'entità della produzione legata al maggior riconoscimento della figura infermieristica all'interno della scuola (vedi dirigenza infermieristica e maggior numero di infermieri docenti). *Questa è una dimostrazione del rapporto fra status e ricerca.*

Se vogliamo guardare oltre l'ambito ristretto della SUDI di Milano, sul piano nazionale pos-

Grafico 1

TESI PER AMBITI DI RICERCA

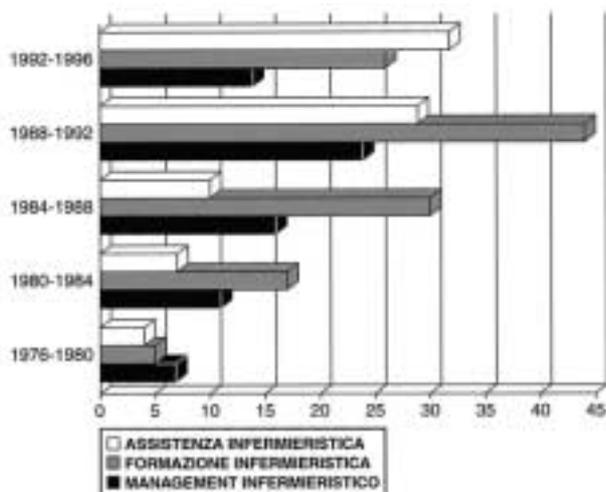


Grafico 2

TESI PER AMBITI DI RICERCA 1976 - 1996



siamo valutare l'evoluzione della ricerca infermieristica attraverso le pubblicazioni di volumi che ho trovato tramite il sistema SBN. Non vengono presi volutamente in considerazione gli abstract e gli articoli di riviste.

Di seguito si riportano le ricerche pubblicate:

- nel 1963 la Consociazione Nazionale Associazione Infermiere/i - Direttore Scientifico Quin S. (I.C.N.) realizza e pubblica la ricerca "le condizioni sociali ed economiche delle I.P. e A.S.V. italiane"

- nel 1968 l'Università la Sapienza di Roma - Direttore Scientifico Mino Vianello (professore della Facoltà di Scienze Statistiche demografiche ed attuariali) realizza la ricerca "la struttura sociale dei servizi infermieristici negli ospedali generali" edita da Bulzoni

- nel 1981 il Ministero della Sanità - Direttore Scientifico Lombardo S. (Sago) realizza la ricerca "l'assistenza infermieristica per piccole équipes", edita da F. Angeli

- nel 1989 l'Università degli Studi di Milano - Direttore Scientifico Cantarelli M. (SUDI), realizza e pubblica la ricerca "individuazione di un modello infermieristico e sua applicazione allo studio di diverse realtà", Quaderno n. 3

- nel 1989 l'IREF - Direttore Scientifico Lombardo S. (Sago), realizza la ricerca "lavoro infermieristico e qualità dell'assistenza", edita da F. Angeli

- nel 1991 la Federazione Nazionale Collegio IPASVI - Direttore Scientifico Lombardo S. (Sago) realizza la ricerca "il personale infermieristico nel servizio sanitario", edita da Rosini

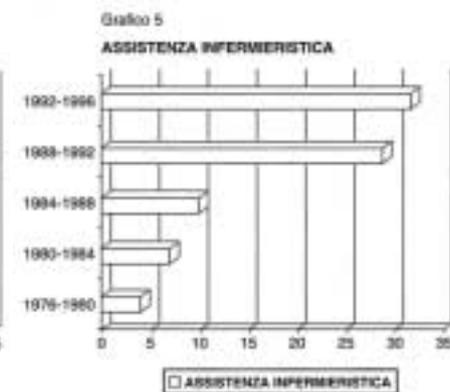
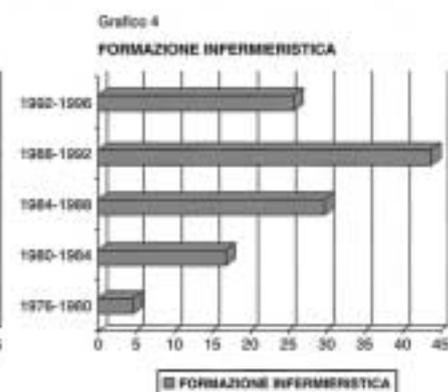
- nel 1995 il Collegio IPASVI di Belluno - Direttore Scientifico Cantarelli M. (C.F. Abbicci), realizza e pubblica "l'assistenza infermieristica nei carichi di lavoro"

- nel 1996 la Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Direttore Scientifico Gazzelloni S. (Censis), realizza la ricerca "una professione allo specchio", edita da F. Angeli

- nel 1997 l'Università degli Studi di Milano - Direttore Scientifico Cantarelli M. (SUDI) realizza e pubblica la ricerca "individuazione di un modello professionale per la valorizzazione della figura infermieristica", Quaderno n. 10.

Da questo elenco, possiamo rilevare il numero esiguo di lavori pubblicati. Emerge anche un'altra caratteristica: le ricerche sono state commissionate a Istituti di Ricerca e solo quattro su nove hanno come Direttore Scientifico delle infermiere.

Il percorso storico-normativo e l'analisi di alcuni esempi di primo approccio alla ricerca ci hanno permesso di dare una lettura "all'ieri" della ricerca infermieristica. Passiamo ora ad analizzare per quale motivo la ricerca infermieristica è oggi "considerata una necessità".



Secondo il Consiglio d'Europa: "Le infermiere, essendo il gruppo più numeroso di operatori sanitari, assorbono la quota maggiore di salario nel bilancio dei servizi sanitari e forniscono in modo altamente significativo un'assistenza continuativa agli utenti. I membri della professione infermieristica sono quindi una componente chiave ed una parte vitale di tutti i servizi sanitari. Mentre è chiaro che il contributo degli infermieri all'erogazione dell'assistenza è della massima importanza, ne consegue che gli infermieri e le ostetriche hanno un interesse professionale ed una responsabilità nell'assicurare che i servizi da loro erogati si basino sui risultati della ricerca.

Come la ricerca sulla pratica infermieristica è parte integrante della ricerca sui servizi sanitari, così gli infermieri sono una componente integrante e vitale del sistema di erogazione di assistenza sanitaria. Il costo della ricerca infermieristica ed il ritorno che si ha da quanto in essa investito devono essere visibili nell'erogazione dei servizi.

E' noto che, malgrado l'importanza della ricerca e dello sviluppo dei servizi infermieristici, la ricerca infermieristica di base è scarsamente sviluppata e che nella professione sono pochi gli esperti in materia. E' quindi necessario promuovere iniziative che contribuiscano a porre rimedio a tale insufficienza. *Le questioni di responsabilità professionale e di affidabilità forniscono la base su cui la professione può esaminare i propri bisogni di ricerca e di sviluppo.*

Coloro che gestiscono e finanziano i servizi sanitari hanno bisogno di informazioni basate sulla ricerca per dimostrare l'efficacia ed il positivo rapporto costo/beneficio di tali servizi. Analogamente, i formatori hanno bisogno di informazioni per assicurarsi che gli studenti di questa nuova disciplina siano educati nel modo appropriato a renderli professionisti responsabili. Infine, gli utenti dei servizi sanitari devono essere certi che chi eroga assistenza conosca appieno le pratiche appropriate ed attuali.

Tutti questi fattori costituiscono un'unica e significativa opportunità per sviluppare il ruolo degli infermieri nella ricerca e nello sviluppo dei servizi sanitari".

Non può essere dimenticata, a livello infermieristico, un'altra autorevole fonte: il Consiglio Internazionale delle Infermiere (I.C.N.)⁽³⁻⁴⁾ che, nel suo rapporto del 1986, ha dato delle indicazioni tuttora valide, in parte riprese dal documento europeo, nelle quali si puntualizzava che:

"la ricerca è una necessità attuale, poiché consente la realizzazione e la valutazione della pratica favorendo quindi il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale e di comunità, sia essa preventiva, curativa, palliativa o volta alla riabilitazione.

La ricerca infermieristica permette di definire e di validare le conoscenze, in modo da poterle diffondere e consente di migliorare la formazione pratica iniziale e quella in corso di servizio.

In ultima analisi essa favorisce il miglioramento della professione. *La ricerca infermieristica si occuperà principalmente dell'assistenza infermieristica e della sua valutazione, della pianificazione ed organizzazione dell'assistenza sanitaria, della professione e della sua storia.*

Gli infermieri dovranno essere in grado di collaborare all'individuazione di strategie ed alla determinazione delle priorità, tramite la ricerca su obiettivi e la valutazione.

La ricerca infermieristica aiuta anche ad estendere la collaborazione a settori scientifici ed a far conoscere a teams multiprofessionali e multidisciplinari i problemi dell'assistenza infermieristica".

La professione si deve porre i seguenti obiettivi:

- promuovere un ulteriore sviluppo della ricerca infermieristica
- promuovere lo sviluppo di proposte di ricerche che mettano gli infermieri in grado di basare la loro pratica su conoscenze scientifiche
- rafforzare e promuovere la ricerca infermieristica sulle implicazioni che le politiche sanitarie hanno per lo sviluppo del personale infermieristico, tenendo nella dovuta considerazione le gestione del servizio, i bisogni clinici e la formazione. Anche l'uso di attrezzature per un'avanzata tecnologia deve essere oggetto di attenzione
- sviluppare la rete di centri di ricerca già esistenti e promuovere legami con la rete attuale, centro di consulenza per le istituzioni che determinano la politica.

Il concetto di “necessità” può essere letto come responsabilità professionale.

Vorrei ora proporre alcune riflessioni sulla responsabilità professionale nei tre campi della disciplina: nella formazione, nell’organizzazione e nell’assistenza infermieristica e quale *contributo può dare la ricerca agli stessi campi* nella nostra realtà:

- nella formazione l’analisi della normativa ha indicato il passaggio della formazione infermieristica delle scuole professionali all’Università; i programmi al primo livello, quello di laurea, non favoriscono la formazione di un infermiere: siamo tornati al “mini-medico”; ma gli infermieri docenti sanno trovare all’interno del curriculum gli spazi che aiutano lo studente ad identificarsi nella professione? Si preparano figure professionali autonome, responsabili o operatori dipendenti da altre figure?

La ricerca infermieristica può inserirsi in questa problematica e contribuire a risolvere questa difficoltà, elaborando i contenuti dei corsi infermieristici. I docenti infermieri devono essere preparati e non dipendenti dalle strutture sanitarie, ove i tirocini si svolgono; questo darà più libertà nella gestione del programma sia teorico che pratico. Raggiungere questi obiettivi è una responsabilità professionale del singolo docente e della professione.

- la normativa ha riconosciuto la dirigenza infermieristica, ma questa deve essere “riempita” di contenuti. Devono essere gli infermieri a valutare i carichi di lavoro degli infermieri, la qualità dell’assistenza, i livelli di responsabilità del personale dipendente e i costi dell’assistenza infermieristica. Questi sono solo alcuni esempi dei temi di studio della ricerca infermieristica nell’organizzazione, che diviene valido supporto nella funzione dirigenziale infermieristica. Raggiungere questi obiettivi è responsabilità della professione.

- nell’assistenza infermieristica non è più possibile procrastinare l’introduzione di un’assistenza legata ai bisogni di assistenza infermieristica delle persone, ovunque si trovino. Non vi sono più vincoli che non lo permettano: anche il mansionario, ultimo ostacolo, è stato abolito. *In questo campo esistono molte ricerche italiane e straniere.*

La formazione deve porsi questo obiettivo, l’organizzazione deve favorire il cambiamento e l’infer-

miere deve essere preparato ad assistere la persona che ha un bisogno di assistenza infermieristica.

L’assistenza quale risposta ai bisogni di assistenza infermieristica alla persona è una necessità ed attuarla è responsabilità del singolo infermiere e della professione.

Per prima cosa, devono essere gli infermieri stessi a credere nella ricerca infermieristica, a “riscoprir-la” ed operare per rendere concreta questa attività, con la determinazione che ci contraddistingue e che ha permesso in tutti questi anni di vincere grosse battaglie a beneficio della professione e di raggiungere mete che in passato potevano sembrare utopie. C’è ancora molto da fare per la ricerca infermieristica. Infatti, quanto detto dal Comitato Europeo per la Sanità nel 1996 a Strasburgo e ricordato proprio all’inizio di questo articolo, è tuttora valido. Sono passati sette anni ma la problematica pare la stessa, tant’è che oggi si discute ancora delle difficoltà di “reperimento del personale in campo sanitario ed in particolare nel settore del nursing” e tra le cause vi è ancora un’immagine sociale dell’infermiere bisognosa di miglioramento e di riscatto. Così, l’antidoto a questo può essere il rilancio della “ricerca infermieristica” partendo dallo stesso presupposto di sette anni fa: *“una pratica basata sulla ricerca migliora la qualità dell’assistenza e quindi lo status della professione”.*

La ricerca infermieristica era la sfida di ieri ed è veramente una necessità di oggi; inevitabile ed irrinunciabile per completare l’evoluzione della professione infermieristica in Italia.

Bibliografia

1- Consiglio di Europa - European Health Committee (CDSP) Strasburgo 29.4.1996 *“Ricerca infermieristica: rapporto e raccomandazioni”*

2 - Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche - Corso di Ricerca Infermieristica anno accademico 1996/97, docente M. Cantarelli - lavoro di gruppo, studenti II anno (Raimondi, Zappini) sullo *“sviluppo della ricerca infermieristica in Italia”*

3 - Consiglio Internazionale delle Infermiere (ICN) 1996 *“Migliorare la salute delle persone attraverso la ricerca infermieristica”*

4 - Consociazione Nazionale Associazione Infermieri -Atti del Convegno Nazionale Roma 18-19-20- Ottobre 2001 *“Ricerca Infermieristica”.*

Un quarto di secolo in Ospedale: riflessioni e ricordi

FRANCESCO FIORISTA

Nel novembre 1978 prendevo servizio con un po' di batticuore, pur dopo un anno e mezzo di lavoro in un ospedale di provincia, nella neonata Divisione di Cardiologia dell'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano: Ospedale che, nato poco più di una dozzina d'anni prima in quella, a quei tempi, sperduta area oltre lo stadio di San Siro, da poco era divenuto autonomo amministrativamente, dopo lo scorporo dell'Ospedale Maggiore nei quattro nosocomi quali Niguarda, Policlinico, Sesto San Giovanni e, appunto, San Carlo.

Un quarto di secolo è tanto per tutto: per la vita di ogni singolo individuo, per la società in cui una persona vive, per il mondo nel suo complesso. Allora, alla fine del 1978, il mondo era ancora diviso nei due blocchi contrapposti: Est e Ovest, comunismo sovietico con muro di Berlino e cortina di ferro da una parte e democrazie occidentali dall'altra.

In Italia fresco presidente della Repubblica era Sandro Pertini. Quindici anni prima di Tangentopoli, mentre il PSI di un giovane e ambizioso Bettino Craxi iniziava la scalata al governo, DC e PCI si dividevano la maggior parte dell'elettorato, giunti quasi alla realizzazione del cosiddetto "compromesso storico", con un governo di unità nazionale atto a fronteggiare "la notte della Repubblica": se infatti il terrorismo islamico era ancora lontano, il nostro Paese conosceva il momento più cupo del terrorismo delle Brigate Rosse, con il sequestro e l'uccisione di Aldo Moro e degli uomini della sua scorta.

Dalla storia alla cronaca: il duo Battisti-Mogol era ancora indiviso, Sara Simeoni e Pietro Mennea portavano la nostra atletica leggera ad assoluti livelli di eccellenza mondiale, Paolo Rossi era appena divenuto il "Pablito" dei mondiali di calcio in Argentina, paese in cui, all'insaputa del

...Appartengo a una generazione disgraziata a cavallo tra i vecchi tempi ed i nuovi, e che si trova a disagio in tutti e due...

Giuseppe Tomasi di Lampedusa, Il Gattopardo

mondo, migliaia e migliaia di dissidenti alla dittatura militare venivano torturati e uccisi. Uscivano *Ecce Bombo* di un venticinquenne sconosciuto Nanni Moretti e *Il cacciatore* di Michael Cimino. Gli extracomunitari erano mosche bianche (si trattava dei primi rarissimi "vu' cumprà"), e il termine "badante" non esisteva ancora nella lingua italiana. Il personal computer non aveva rivoluzionato la vita di tutti i giorni: la macchina da scrivere (Olivetti o la tristemente famosa IBM a testina rotante, quella con cui i brigatisti scrivevano i loro deliranti comunicati) la faceva ancora da incontrastata padrona.

E la Medicina? Era ancora, in parte, la Medicina dei segni fisici, in quanto le tecniche di imaging muovevano i primi passi. Nella disciplina cardiologica, ad esempio, la fonocardiografia e la poligrafia, ovvero la registrazione grafica dei toni cardiaci e dei soffi, erano ancora in auge; di lì a poco sarebbero state letteralmente spazzate via dall'ecocardiografia monodimensionale e bidimensionale. Nelle tecniche radiologiche, non esistevano ancora TAC e RMN, e nella diagnostica delle cardiopatie si utilizzavano ancora le proiezioni oblique con esofago baritato.

Sempre rimanendo nella mia disciplina specialistica, le valvulopatie reumatiche erano ancora frequenti, anche se già la cardiopatia ischemica diveniva la patologia prevalente; per essa il by-pass aorto coronarico era l'unica tecnica di rivascolarizzazione miocardica, in quanto ancora non era diffusa la rivascolarizzazione percutanea con palloncino (PTCA).

In era pretrombolitica, il trattamento dell'infarto miocardico acuto in Unità Coronarica era per lo più di vigile ma impotente attesa: le estese aree di necrosi miocardica rendevano ragione del fatto

non solo che allora la mortalità fosse elevata, ma anche di complicanze meccaniche (shock cardiogeno, rottura di setto, rottura di muscolo papillare) oggi rarissime. La degenza media dell'infarto miocardico acuto non complicato si aggirava almeno sulle due settimane. Pochissimi, in Lombardia, i reparti di riabilitazione cardiologica. Le Cardiocirurgie si contavano su poche dita di una mano, con umilianti liste di attesa anche di anni: le Cardiologie e le Cardiocirurgie "convenzionate" con il SSN erano per lo più di là da venire.

Per la cardioversione farmacologica della fibrillazione atriale, era ancora in auge il carico orale di chinidina solfato, con somministrazione di 200 mg di preparato ogni due ore. In campo internistico, un esempio per tutti: l'ulcera gastro-duodenale era ancora una patologia prevalentemente chirurgica, in quanto gli inibitori dei recettori H2 muovevano i primi passi; non esistevano né statine per l'abbassamento del colesterolo né ACE inibitori per il controllo dell'ipertensione arteriosa. Le patologie croniche e invalidanti dell'anziano non avevano la frequenza epidemica attuale, dato che la vita media era nettamente inferiore: operare un settantenne era, di per sé, già considerato un intervento ad alto rischio.

Nel bene e nel male, con le luci e le ombre, l'ospedale era ancora tale: esistevano sì i "baroni", inamovibili, ma quasi sempre di grande cultura medica e non solo. E, soprattutto, liberi. Il medico non era dirigente, e c'era ancora il verticismo primario, aiuto, assistente. Esisteva poi, non codificata, ma reale, la figura dell'"assistente anziano": quell'assistente sui quarant'anni circa, visto dai giovani medici con grande rispetto, al quale proprio per rispetto e deferenza i giovani assistenti cardiologi abbuonavano qualche turno di lettura ECG se non persino qualche turno di guardia.

Frequenti, nelle corsie, le caposala suore: vivevano praticamente in reparto, avevano il polso dei malati come nessun altro, instauravano con il personale infermieristico una disciplina ferrea, tenevano le corsie splendidi di ordine e pulizia.

Sia ben chiaro, queste riflessioni non vogliono essere i nostalgici pensieri di un amante del passato: tutta la società italiana è cambiata, e sarebbe assurdo pensare che non sia cambiata la realtà

ospedaliera, che altro non è se non un piccolo specchio della realtà italiana di tutti i giorni. Adesso non ci sono più gli Ospedali ma le Aziende Ospedaliere, le suore sono scomparse e il giro visita è interrotto dalle musicchette dei telefonini; i medici sono dirigenti e devono fare i punti, i primari sono manager e RUO (Responsabili Unità Operative, teoricamente, "a termine"), i nuovi assunti sono i "cococo", e tutto ruota intorno ai famosi "DRG", ovvero al contenimento delle spese (attenzione, peraltro, di per sé più che giusta). Passano gli anni, cambia il mondo e con esso cambia la Medicina: questa è l'epoca della *new-business-medicine*, dove dalla cura degli ammalati si è passati alla soddisfazione dei bisogni dei clienti-utenti ovvero alla *customer satisfaction*. Fortunatamente i cardiopatici non corrono più il rischio di morire nell'attesa che si accorci la lista d'attesa: per la cardiologia interventistica il rischio, se mai, è l'opposto.

Sulla mutata realtà ospedaliera due banali esempi per tutto: il crollo verticale delle richieste di autopsie da parte dei medici dei Reparti di degenza (*Mortui vivos docent*, ovvero *I morti insegnano ai vivi*, si diceva una volta), dal momento che il costo viene "addebitato" al Reparto che quell'autopsia ha richiesto. E i cartelloni pubblicitari in atri, corridoi, sale di attesa: pubblicità di supermercati, centri di articoli sportivi, finanziarie, ecc. Se, come scritto da Cosmacini nel libro *Il mestiere di medico*, ogni epoca storica ha avuto una ben specifica figura di medico (medico arabo, medico ebreo, medico monaco, quello dei poveri, quello dei lavoratori, quello politico e sociale, ecc.), ora siamo al medico economo, al medico "bocconiano", al medico "creditizio".

Eppure, nella convinzione che l'intima essenza della professione medica trascende il tempo e la tecnologia, ritengo che soprattutto oggi sia salutare andare a rileggere una pagina di Augusto Murri, clinico medico all'Università di Bologna un secolo fa, per sottolineare e ribadire anche di questi tempi la tensione etica e morale della professione medica, professione bellissima alla quale un tempo i più si avvicinavano con profondo rispetto e quasi per laicale "vocazione". Nel lasciare la pagina alle sue parole, credo che l'eco

delle sue riflessioni resti attualissima, e possa ancora, oggi più di ieri, essere di riferimento e di aiuto ai medici e agli studenti di medicina.

Consapevole di insegnare un'arte aspra, Murri ricordava agli studenti che *"... c'è non poca gente che arricchisce senza lauree, mentre voi, che siete qui a studiare per parecchi anni, potete esser sicuri che troverete più critiche che denari. Se voi volete consacrarvi all'esercizio della Medicina non potete avere soltanto in mira un magro compenso materiale, che per altre vie molto più presto e più facilmente potreste ottenere. Sarebbe dunque da dissennati lo studiar medicina con mire commerciali, perché i ciarlatani commerciano meglio dei medici. Voi aspirate di certo anche a qualche altra cosa: ebbene, sappiate che qui senza studio indefesso non conseguirete mai quel diletto che viene dal comprendere un fenomeno naturale, e che voi consacrate modestamente a sollievo degli altri tutto ciò che la nostra specie ha di più elevato e di più potente, l'intelletto e il volere. "La nostra gloria è nella testimonianza della nostra coscienza" potrebbero dire, come diceva San Paolo, i medici veri. Noi sappiamo soltanto d'adempiere una funzione sociale di cui non ci sarà mai la più alta, finché la vita e la salute saranno il fondamento indispensabile d'ogni altro bene.*

... L'obbietto dei nostri studi e dell'opera nostra è del pari l'uomo: noi lo consideriamo, è vero, nelle sue miserie, ma non troviamo sulla terra niente che lo eguagli in grandezza, in nobiltà, in valore; noi lo reputiamo l'argomento più degno del nostro pensiero, della nostra sollecitudine, del nostro entusiasmo, e ci sdegniamo vedendolo offeso nei suoi poteri fisici, morali e intellettuali. Medico vero non può essere chi non sente imperioso nel cuore l'amore per gli uomini..."

Bibliografia

G. Cosmacini, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000
A. Gnudi, A. Vedrani: *Pensieri e precetti di Augusto Murri*, Zanichelli, Bologna, 1924

L'etica

...È un dovere per la nostra cultura, se vuole mantenere la stima di se stessa, combattere contro le abitudini disumane e i modi di reagire che sono diffusi anche nella nostra epoca.

L'esigenza della compassione nei confronti di tutti gli esseri viventi dà dunque alla moralità la sua massima perfezione.

Un altro grande cambiamento nella situazione dell'etica è il seguente: oggi non è più possibile fondare e giustificare un'etica in base a una determinata visione del mondo.

In tutti i tempi le sue esigenze hanno trovato risposta – in base alle varie convinzioni – semplicemente in quel comportamento che corrispondeva alla conoscenza della vera natura di una volontà universale che si manifesta nel creato.

L'etica imprime alla volontà universale delle caratteristiche e delle intenzioni che sono conformi al proprio modo di sentire e di giudicare...

Il progresso della scienza consiste in una spiegazione sempre più precisa degli avvenimenti naturali, che ci consente di mettere al nostro servizio le energie che reggono il modo intero; ma, nello stesso tempo, ci costringe a rinunciare sempre di più a comprendere il significato della vita.

Ai suoi inizi l'etica aveva bisogno di appoggiarsi a una visione del mondo che le fosse appropriata. Ora, giunta alla conoscenza che il suo principio fondamentale è il sacrificio, raggiunge una totale autoconsapevolezza e diventa veramente autonoma.

Siamo in grado di comprendere i suoi principi e le sue motivazioni riflettendo sul mondo e su noi stessi.

Non ci è data una conoscenza del mondo completa e soddisfacente. Dobbiamo limitarci alla semplice constatazione che ogni forma di vita è simile a noi e che la vita, nel suo insieme, è un mistero.

ALBERT SCHWEITZER
(da *Rispetto per la vita, Claudiana*, Torino 1994)

Vita quotidiana in un ospizio nel secolo dei Lumi

Il Trivulzio a fine Settecento

CRISTINA CENEDELLA

Quando nel primo Settecento l'Austria prese possesso del milanese, trovò un territorio prostrato, la cui capitale era zeppa di individui colpiti dalla più diffusa delle malattie: la povertà. Il popolo moriva di inedia. Le terapie più richieste erano semplicemente vitto e alloggio.

Per secoli, infatti, la misura correttiva che i poveri, veri o falsi che fossero, usavano per sopravvivere era semplice e antica: l'elemosina. Le strade e le città si riempivano di questuanti, che all'occasione potevano trasformarsi in malfattori. Di pari passo crescevano e si moltiplicavano gli istituti pii, che elargivano denaro, distribuivano viveri e beni di prima necessità. Erano le cosiddette confraternite, ovvero i consorzi, le società, più tardi chiamati genericamente *pia loca*, spesso con limitate capacità di accoglienza e sovrappontendosi gli uni agli altri per competenze.

Talune di queste fondazioni offrivano anche ospitalità e ricetto, i ben noti *hospitalia*. Essi erano degli ospizi polivalenti, assai diversi dai moderni ospedali; davano cioè ricetto ai poveri, ai bambini orfani, ai malati, ai vecchi.

Negli anni venti del Settecento, quindi, venne ordinato un censimento della popolazione bisognosa della città di Milano e il senatore Trotti si incaricò di un nuovo progetto per "una ben ordinata carità", ossia per disciplinare l'assistenza cittadina. La sua proposta consistette nella chiusura dei vecchi ospizi e nella creazione di nuovi istituti, fra cui un "albergo" dove potessero trovare collocazione tutti coloro che non potevano avere un sostentamento economico perché handicappati, malati o troppo anziani per lavorare.

L'ospizio che incarnò i suggerimenti del Trotti fu il Pio Albergo Trivulzio, sorto grazie all'immensa eredità lasciata dal principe Antonio Tolomeo Trivulzio, morto senza eredi nel 1767. Il Pio

Albergo veniva aperto nel 1771, con l'ammissione di cento poveri di entrambi i sessi.

E' molto interessante entrare all'interno della storia di questo istituto perché, grazie alla documentazione d'archivio, si è in grado di riproporre spaccati di vita quotidiana di oltre due secoli fa.

Una domanda si pone anzitutto: chi erano i poveri che trovavano ricovero al Pio Albergo?

Nell'archivio dell'ente sono conservati gli elen-



Due momenti d'una giornata di fine '700 nel Trivulzio: l'attesa della colazione e il gioco delle carte.





Le "antiche" ospiti nel *Lavorerio* del Trivulzio.

chi dei primi ricoverati. Sono documenti significativi e toccanti: una plebe ammalata, mendicante e vecchia si affaccia da questi documenti e suggerisce l'immagine di una società in cui gli strati bassi della popolazione erano sempre in bilico tra sussistenza e miseria. Tra costoro, soprattutto, si contavano gli anziani, che si trovavano nella situazione di dover dipendere da altri perché avevano cessato il lavoro attivo e non erano in grado di sostentarsi. La rilevanza del lavoro nel Settecento era fondamentale: "...che non possano mai riceversi i poveri validi e robusti, ma bensì soltanto gli impotenti per età, per difetto corporale ed infermità..." aveva stabilito con volontà testamentaria il principe Trivulzio.

Trascorsi vent'anni dall'apertura, nel 1791, si mantenevano al Pio Albergo 460 poveri. Nello stesso anno gli amministratori approvavano il primo regolamento di gestione del luogo pio, basato sulla concreta esperienza del ventennio precedente: è questo il documento più importante per calarsi nella vita quotidiana dell'ospizio.

Delle norme dedicate ai ricoverati, colpiscono soprattutto quelle relative all'organizzazione della giornata, scandita meticolosamente dagli impegni cui essi erano tenuti. Innanzitutto la totale separazione tra uomini e donne, non solo, naturalmente, per quanto riguarda dormitori e bagni, ma anche per i locali del "lavorerio" o per il tempo dedicato alle distrazioni.

Le pratiche religiose assumevano una rilevanza

particolare e segnavano con precisione il trascorrere del tempo: dopo essersi alzati, lavati e aver rifatto il proprio letto, i poveri si recavano in oratorio per la messa mattutina e solo in un secondo momento potevano far colazione; nell'andare e nel tornare dalla mensa erano tenuti a recitare il *de profundis* e alla sera il rosario; nelle festività venivano loro impartite lezioni di catechismo e spiegazioni delle Sacre Scritture.

Anche il lavoro rivestiva un'importanza del tutto particolare: "Il far stringhe, bindello, incannar filo ed ogni altro lavoro semplice e facile ad eseguirsi sarà il trattenimento per gli uomini. La filatura di lino, il far calze, merletti e simili manifatture formeranno l'utile occupazione delle donne, (...) acciò non abbiano a rimaner oziosi...".

Nelle rimanenti disposizioni che regolamentavano la vita interna del luogo pio i ricoverati osservavano un comportamento quasi claustrale: eliminati gli abiti personali, dovevano indossare la divisa in ogni occasione, evitando l'uso suppletivo di "scarpe colorate, manichette, fiori, abbigliamenti di seta ed altre cose contrarie alla modestia e alla povertà"; rispettosi nei confronti dei superiori, potevano uscire nei giorni festivi, di giovedì e in un altro giorno della settimana.

I locali forse più riservati erano i dormitori, ma lo spazio personale era limitato, costretto alla promiscuità nelle ampie camerate, dove ogni letto era contrassegnato da un numero.

Così scorreva la vita: tra preghiere, lavoro, orari di pranzo e cena e qualche momento di svago.

"Sarà cura di ciascun povero subito alzato dal letto in ogni mattina lavarsi, pettinarsi li capelli, pulirsi le scarpe e gli abiti, ed a quest'oggetto avrà ciascun povero un asciugatoio, e vi sarà in consegna de' decani una bastante quantità di pettini e spazzole per gli usi suddetti.

Una volta la settimana si cambieranno le camisce, fazzoletti, calze di filo, asciugatoi (...). Qualora poi alcuno de' poveri per qualche imperfezione fosse in necessità di essere mutato più spesso, sarà parimente cura del decano il fare che ciò sia eseguito.

Ne' letti de' dormitori e delle infermerie ogni mese si faranno cambiare i lenzuoli e le fodrette ed anche più frequentemente a seconda dei parti-

colari bisogni. (...)

Una volta la settimana a spese del luogo pio si farà agli uomini radere la barba. Trovandosi alcuno de' poveri infetto di qualche immondezza, anche nel letto, ne renderà inteso il decano o la persona a ciò destinata, perché sia particolarmente spurgato, anche col cambio del letto, e degli abiti se occorrerà (...)

I momenti del pranzo e della cena non erano improntati a una convivialità allegra, dal momento che, terminata la benedizione, ognuno doveva mangiare in silenzio, ma il vitto era sufficiente e vario, diversificato per i sani e per coloro che erano ricoverati nelle infermerie.

Quattro erano le diverse diete per gli ammalati: quella ristretta (una tazza di brodo al mattino e pancotto a pranzo e cena), la mezza dieta (pancotto al mattino, minestra di riso e carne a pranzo e minestra con uovo a cena), la mezza dieta con aggiunta di vino e pane, infine la dieta per i convalescenti, costituita dalle stesse porzioni distribuite nella mensa, fatte salve le indicazioni del medico circa la convenienza di distribuzione di alimenti quali latte, polenta e verdure.

Per il resto, il regolamento generale del 1791 era molto esplicito circa il vitto dei vecchi ricoverati: "A ciascun povero sarà distribuita a pranzo una discreta porzione di minestra mischiata frequentemente con verdura o legumi, il pane bisognevole, once 14 di vino, nei giorni di grasso 2 once di carne cotta, qualche volta, secondo le stagioni, mischiata con verdura o altra cosa, e nei giorni di magro verdura, ova e simili; a cena poi avranno minestra di verdura, o pasta, o panatela, alternando con insalata due o tre volte la settimana, od altra cosa, che venga stimata più a proposito per la loro salubrità, ed once 7 di vino, oltre poi once 6 in fette di pane per colazione, ed altre once 4 al dopopranzo per la merenda. Nelle principali solennità (...) avranno una pietanza ed once 7 di più dell'ordinario vitto".

La quantità e la qualità delle razioni distribuite avevano già sollevato i dubbi del conte di Firmian vent'anni prima, il quale, su sollecito dello stesso principe di Kaunitz, così si era espresso in una missiva del 1772: "L'oggetto di questo salutare stabilimento è di soccorrere chi manca del

necessario e chi è nell'assoluta fisica impotenza di procurarselo. I soccorsi dunque devono puramente avere i limiti del necessario". Si contestava il fatto che venissero distribuiti vino e carne a coloro che erano probabilmente contenti nella loro vita di mangiare pane e minestra. Gli amministratori, però, ribadivano fortemente l'impossibilità di attuare simili decisioni, nel rispetto soprattutto della salute dei ricoverati, nei riguardi dei quali già si era proceduto ad evitare la somministrazione di lardo, grasso, salsicciotti, sangue e burro in eccesso.

Le vivide immagini che ci restituiscono i documenti, mostrandoci spaccati di vita quotidiana del tardo Settecento, devono sicuramente indurci a considerare i notevoli cambiamenti introdotti nel corso del tempo, sino alla connotazione odierna del Pio Albergo come di un moderno ospedale geriatrico, nel quale la semplice assistenza per i bisogni primari ha lasciato il posto a una moderna struttura omnicomprensiva, attenta alle esigenze umane nel loro complesso, da quelle mediche a quelle psicologiche.

I cambiamenti succedutisi nel corso del tempo, tuttavia, non avvennero quasi mai in modo radicale, bensì attraverso piccoli cambiamenti, accorgimenti quotidiani, innovazioni proposte da qualche amministratore più sollecito di altri: la riorganizzazione dei letti e delle camerate, ad esempio, con la sostituzione dei pagliericci con letti di metallo, l'introduzione del riscaldamento con i termosifoni e l'abolizione delle caldane, il rifacimento dei servizi igienici, solo per citarne alcuni.

I grandi interventi radicali vennero soltanto con il Novecento, prima fra tutti la costruzione di una nuova struttura, quella tutt'ora esistente ed utilizzata, e l'accoglienza di un numero di ricoverati molto più ampio. Quindi il passaggio dell'istituto, attraverso il susseguirsi di una normativa statuale, da semplice luogo di ricetto e di ricovero a struttura medico-assistenziale.

Eppure, nel trascorrere di oltre due secoli di storia, rimangono vive le immagini care anche ai cittadini di Milano, nelle quali Vecchioni e Vecchione del Pio Albergo sono da tutti riconosciuti per la loro divisa e sono parte integrante della storia della città.

DISTRIBUZIONE DELLE ORE

DA OSSERVARSI DAI POVERI DIMORANTI
NEL PIO ALBERGO TRIVULZI.

IL segno per alzarsi dal Letto sarà in tutto il corso dell'anno l'Ave Maria del giorno.

Il terzo segno della Santa Messa si darà un'ora, e mezzo dopo quello della levata, nel qual tempo dovranno essere rassettati i Letti, ripuliti i Dormitorj, e decentemente vestiti i Poveri per portarsi alla Cappella.

Finita la Santa Messa dovranno tutti andare nel loro Lavorerio, e fatta la collezione trattenersi in qualche lavoro sino all'ora del pranzo.

Il segno del pranzo sarà in tutto l'anno al mezzo giorno.

Dopo il pranzo dal primo Aprile al 30 Settembre si darà il segno del Lavorerio alle ore 3 dopo il mezzo giorno, e dal primo Ottobre al 31 Marzo alle ore 2 ed in tal tempo sarà permesso il riposo, e passeggio ne' rispettivi Dormitorj, e Lavorerio.

Dal primo Aprile al 30 Settembre si darà fine al Lavorerio due ore prima dell'Ave Maria della sera, e sarà permesso il passeggio sotto i Portici, e nel Giardino.

Il segno di portarsi alla Cappella per recitare la terza parte del Rosario, sarà in tutto l'anno mezz'ora prima dell'Ave Maria.

Il segno della cena si darà

Dal giorno 10 Marzo alli 9 Aprile all'Ave Maria.

Dalli 10 Aprile alla fine alle ore 6 $\frac{1}{2}$.

Dal primo Maggio al 19 alle ore 7.

Dal 20 Maggio alli 19 Luglio alle ore 7 $\frac{1}{2}$.

Dal 20 Luglio alli 9 Agosto alle ore 7.

Dal 10 Agosto alla fine alle ore 6 $\frac{1}{2}$.

Dal primo Settembre alla fine all'Ave Maria.

Dal primo Ottobre al 9 Marzo alle due ore dopo l'Ave Maria.

Dal giorno primo Gennajo al 9 Marzo, e dal primo Ottobre al 31 Dicembre vi sarà Lavorerio alla sera, incominciando dopo avere recitato la terza parte del Rosario sino all'ora della cena.

Il pranzo, e la cena per le infermerie sarà in tutto l'anno un'ora prima delle ore di sopra prescritte per il Refettorio.

Dopo la cena in tempo d'Inverno, e dopo la recita della terza parte del Rosario in tempo d'Estate dovrà ogni Povero ritirarsi nel proprio Dormitorio, e mezz'ora dopo osservare rigoroso silenzio.

Ciaschedun Povero dovrà mezz'ora prima del pranzo, come altresì della cena in tempo d'Estate, e della recita della terza parte del Rosario in tempo d'Inverno ritrovarsi nel Pio Albergo.

Nel ricordo del professor Carlo Belli

ITALO BRAMBILLA

Non poteva che diventare un bravo medico il prof. Carlo Belli, sia per la naturale bontà della sua indole, sia per la completa formazione che aveva ricevuto alla scuola di un così grande maestro come il compianto Aldo Selvini!

Ci conoscemmo ad un concorso per aiuto medico all'Ospedale Niguarda Ca' Granda e fummo destinati a divisioni mediche differenti. Dopo pochi anni ci trovammo a collaborare in un unico reparto, entrambi con l'incarico di primario. Questa singolarità avvenne in applicazione delle disposizioni dell'Amministrazione del nostro Ospedale, che decise lo scorporo del Servizio di Fisiopatologia cardio-respiratoria – del quale ero primario incaricato – in due sezioni: la Diagnostica cardiologica, che venne affidata a Carlo Belli e la Fisiopatologia respiratoria, che rimase a me.

In seguito, la Diagnostica cardiologica venne incorporata nella II divisione cardiologica dell'Ospedale, diretta dal prof. Aldo Selvini.

Fu appunto a fianco del prof. Selvini, la cui scienza e signorilità di tratto sono note a tutti, che emersero alcune peculiari qualità di Carlo Belli: la pazienza e la cortesia in particolare verso i pazienti, l'affiatamento con i colleghi, la capo sala, gli infermieri, ogni altro personale e infine le capacità diagnostiche, sia al letto del malato che davanti ai primi ecografi cardiaci.

E quando gli toccò di prender in mano le redini della divisione cardiologica seppe conservare l'impronta data al reparto. Naturalmente volse particolare attenzione al monitoraggio del paziente e alla terapia, specie in Unità coronarica. Le persone ivi degenti respiravano un senso di fiduciosa serenità, pur nelle condizioni critiche in cui alcune di esse si trovavano. Questo senso di fiducia traeva senza dubbio origine dal carattere familiare che Carlo Belli aveva introdotto in tutta la sua divisione, ma non si può ignorare che tale risultato sia derivato anche dall'esempio da lui dato nel processo terapeutico di una sua patologia coronarica.

Il destino che ci aveva affiancati nella singolare collaborazione primariale, ci avvicinò ancora, presso la Ca' Granda, dove la dott.ssa Franca Chiappa ci chiamò per darle un aiuto nella redazione della rivista scientifica "l'Ospedale Maggiore".

In questa sede la collaborazione di Carlo Belli si estese alla seconda rivista dell'Ospedale "la Ca' Granda". Mantenne questo impegno anche negli ultimi anni, fino alla fine di un'esistenza dedicata alla famiglia, ai pazienti e a chiunque gli fosse "prossimo".

Milano e il volontariato ospedaliero

EDOARDO BRESSAN

Nella Milano dell'età medioevale e moderna, l'attività caritativa rappresenta uno dei momenti più importanti della vita cittadina, in senso non soltanto materiale. Ad essa fanno naturalmente da sfondo le grandi istituzioni pubbliche, di natura ospedaliera ed elemosiniera, che si erano consolidate fin dal Medioevo e che nel periodo sforzesco avevano trovato il loro assetto amministrativo, a iniziare dall'Ospedale Maggiore, la *Ca' Granda* dei milanesi. Come ha ricordato Giorgio Rumi in occasione dell'ultima Festa del Perdono, in campo sanitario e in genere assistenziale la città raggiunge un indiscutibile primato sul piano nazionale e per certi aspetti anche europeo, che si traduce in un'elevata capacità d'integrazione della vecchia e nuova povertà urbana.

Nel medesimo tempo si sviluppa un'opera sociale molto intensa da parte della Chiesa ambrosiana, costantemente sollecitata dagli arcivescovi – soprattutto da Carlo Borromeo – a una riscoperta della carità evangelica, che vede protagoniste le confraternite laiche che si muovono nell'orbita delle parrocchie e dei maggiori ordini religiosi. In tal modo, fra le *provvidenze civili*, per usare l'espressione di Carlo Emilio Gadda, che sono il risultato di un atteggiamento largamente condiviso e da sempre vivo nella cultura milanese, di cui si avverte tutto il rilievo anche in un'epoca non facile come quella posttridentina, s'intensifica da parte di molti – nobili, cittadini, semplici popolani – un'azione volontaria in favore delle persone e delle famiglie più deboli ed emarginate. La *visita ai poveri e ai malati*, e per quanto si vuole qui sottolineare la *visita ospedaliera*, diventa la prima tappa di un percorso che conduce a prendersi cura dell'altro.

Diverse sono le esperienze in proposito nella Milano del Sei e Settecento, legate appunto – come ha sottolineato la storiografia più recente,

da Danilo Zardin a Paola Vismara – a un'esigenza di approfondimento spirituale attraverso la pratica caritativa. Dal 1644 è attiva, presso la chiesa dei Gesuiti di San Fedele, la Congregazione della Penitenza, con oltre duecento iscritti nel 1770, secondo la relazione del funzionario incaricato dell'ispezione governativa alle opere pie. Il *metodo* seguito da questa confraternita è quello di recarsi in visita ogni domenica agli infermi dell'Ospedale Maggiore in qualità di *serventi spontanei*, adoperandosi per ogni bisogno morale e materiale. Anche le altre congregazioni gesuitiche esistenti a San Fedele e a Brera si dedicano, almeno in parte, a questa attività.

Una caratteristica del tutto analoga ha la Confraternita della Concezione operante presso la chiesa dei Teatini di Sant'Antonio abate, composta non solo di *cavalieri* ma anche di *dame*, mentre uno scopo prevalentemente religioso è quello della Congregazione dell'Opera di Carità per il catechismo agli infermi nel venerando Ospital Maggiore di Milano; la Pia Adunanza di San Giovanni di Dio, sorta nella seconda metà del Settecento presso la chiesa di Santa Maria Fulcorina, ha dal canto suo per scopo quello di andare “caritatevolmente” a “riassettare i letti a' poveri infermi”. E un compito importante, in un clima religioso che sembra non risentire dell'incipiente riformismo asburgico, viene svolto da quei gruppi di devoti che dalla chiesa parrocchiale di San Nazaro accompagnano il Santissimo Sacramento all'Ospedale o che di sera seguono le processioni funebri ai *nuovi sepolcri* della Rotonda, a ridosso delle mura spagnole.

Le successive soppressioni, con Maria Teresa e soprattutto con Giuseppe II, colpiscono duramente questa rete di solidarietà, dapprima le congregazioni gesuitiche e poi l'intera articolazione confraternale, come pure naturalmente molti ordini

religiosi, mentre gli ospedali e gli istituti di beneficenza amministrati dal patriziato cittadino vengono posti sotto il controllo dello Stato. In ogni parrocchia, in maniera strettamente sorvegliata, una Confraternita della Carità cristiana avrebbe dovuto assumere i compiti svolti dal precedente associazionismo, ma il tentativo si rivela subito fallimentare. Il sistema imposto dal governo, troppo distante dalla tradizione borromaica, trasforma la parrocchia in una sorta di succursale delle nuove strutture assistenziali, che hanno tra le loro finalità anche quella di collaborare al mantenimento dell'ordine pubblico con una più restrittiva assegnazione delle elemosine e l'organizzazione, con caratteri almeno in parte di polizia, delle case di lavoro.

La crisi aperta dalle soppressioni giuseppine e poco dopo, in modo ancor più radicale, da quelle napoleoniche sembra interrompere una lunga e nobile tradizione. Ma in realtà proprio le motivazioni religiose che erano sempre state alla base di questo *volontariato* milanese lo rendono capace di riproporsi in forme diverse, secondo una dinamica associativa e solidaristica che avrebbe condizionato l'intero Ottocento. Si tratta, in una società che va inevitabilmente verso un approdo individualistico e in cui il ruolo dello Stato è destinato a crescere ulteriormente, di adottare un modello libero e volontario di associazione, da una parte non soggetto a proibizioni legislative e dall'altra per sua natura più attento ai mutamenti economici e sociali.

Il caso più emblematico è rappresentato per Milano dalla Pia Unione di Carità e Beneficenza sorta nel 1801 presso i Barnabiti di Sant' Alessandro, sotto la guida di padre Felice De Vecchi e intorno all'opera di alcune nobili laiche, soprattutto Teresa Trotti Arconati e la sorella Carolina Trotti Durini, che ne avrebbe assunto la direzione dopo la morte di Teresa, mentre ben presto si costituisce un ramo maschile. Se la Pia Unione si richiama all'esperienza veronese dell'Evangelica Fraternanza dei preti e laici spedalieri, fondata nel 1796 e in cui era coinvolta Maddalena di Canossa, essa non di meno vuole esplicitamente riprendere la tradizione delle confraternite ospedaliere operanti alla *Ca' Granda* con un approccio più

moderno e immediato. Ed è l'approccio che avrebbe sollecitato l'ironia di Carlo Porta a proposito delle *dame del biscottino*, proprio in riferimento ai generi di conforto che le responsabili di ogni crociera dell'Ospedale s'incaricavano di distribuire.

Vi è comunque, in maniera assai viva, un'attenta sensibilità sociale che s'innesta sul motivo religioso, su quell'aspirazione alla salvezza della propria anima – attraverso la carità e secondo le possibilità offerte dalla propria condizione sociale – che era stata così fortemente sottolineata dall'insegnamento di san Carlo Borromeo e di san Francesco di Sales, grande maestro di spiritualità dell'Europa moderna e proposta con insistenza nell'ambiente barnabítico. Certo, secondo il *Ragguaglio della Pia Unione di Carità per l'Ospitale Maggiore di Milano* pubblicato nel 1990 da Giuseppe Casiraghi, la preoccupazione per il “bene spirituale” dei malati resta in primo piano, ma al tempo stesso è importante non dimenticarne “i bisogni corporali, *prestandosi da chi si sente coraggio anche i più umili servigi*, e tutti facendo con buona maniera – e con qualche riconoscenza a tempo prefisso – che dalle persone di servizio siano meglio assistiti i malati nelle loro occorrenze, e somministrando loro ancora nei casi di maggior necessità quel sussidio che ciascheduno si trova in caso di poter dare, e provvedendosi pure alla sussistenza di quelle femmine che, nell'Ospitale convertite a miglior vita, uscendo sarebbero, senza ricovero o senza vitto, esposte a nuovi pericoli”.

La preoccupazione delle *dame* e dei *cavalieri* della Pia Unione – della quale entrano a far parte, in maniera crescente, persone di condizione civile e talora modesta – si estende dunque all'intera esistenza dei malati, nel quadro di un'accresciuta precarietà di vita della popolazione urbana più debole e marginale. L'impegno in favore delle giovani dimesse dall'Ospedale ne è una riprova eloquente e dal loro collocamento in dimore private si passa ben presto a un'accoglienza in strutture stabili. A una prima casa in Porta Tosa se ne aggiunge subito un'altra in via Brisa, mentre si sviluppa un ampio programma educativo con una decina di *scuole di carità* feriali e festive, all'interno delle quali si colloca per la prima volta

un'istruzione professionale femminile. Queste scuole avrebbero rappresentato, pochi anni dopo, la base di partenza per la vasta attività educativa svolta in città dalle Canossiane, la cui fondatrice è appunto coinvolta nella Pia Unione. Al tempo stesso molti aderenti all'associazione risultano impegnati nell'opera degli *oratori*, che si aprono ai ragazzi del popolo.

Dopo aver ottenuto quell'autorizzazione legale che il governo in casi del genere non giungeva a negare, la Pia Unione affianca dunque a un'intensa vita religiosa un'azione pubblica, mirante a inserirsi in un sistema assistenziale ormai posto sotto il controllo dello Stato, secondo una prospettiva che la Restaurazione asburgica non avrebbe modificato, pur nel confessionarismo ufficiale. Dopo il riconoscimento come ente morale, nel 1836, l'associazione avrebbe da una parte continuato a perseguire il suo scopo originario – *la visita* dei malati poveri della *Ca' Granda* e al tempo stesso l'aiuto alle famiglie e ai minori con cui entrava in contatto – e dall'altra dato vita a uno dei più importanti istituti di educazione femminile operanti a Milano fra Otto e Novecento, l'*Istituto Beata Vergine Addolorata*, rivolto anche ai casi più difficili e in continuità con le realizzazioni dei primi anni del secolo.

Le linee di fondo restano quelle indicate da padre Felice De Vecchi nelle *Regole* scritte per le scuole di carità nel 1810, in cui si delinea un modello di santità accessibile a tutti, in ogni situazione personale e sociale. All'interno dell'associazione è non a caso determinante il ruolo dei laici e soprattutto delle donne, immediatamente colto dalle molte biografie femminili di quegli anni e dallo stesso Manzoni, con il commosso elogio di Teresa Trotti Arconati che compare nelle *Osservazioni sulla morale cattolica*. Quello della Pia Unione è ormai un associazionismo di tipo nuovo, senza obblighi parrocchiali e condizionamenti devozionali, con diverse e ugualmente libere forme di partecipazione, dagli *ascritti* a pieno titolo ai semplici sostenitori dell'opera, come documentano puntualmente i periodici *Ragguagli del bene*. E tale passaggio è reso possibile da quel fine di carità che trova riscontro e ispirazione fra le crociere della *Ca' Granda*,

aprendo la strada anche ad esperienze successive, dalla *Commissione visitatrice*, nata nel 1887, alle moderne associazioni di volontariato. Si tratta di una continuità preziosa, che unisce l'età medioevale agli inizi del terzo millennio.

Per una storia della Senavra

ANNA MARIA SALVADÈ

*Qui dove cruda signoria me tiene
odan le genti de' miei sensi il danno.
morbosa l'aria alle narici viene,
e il polmon l'assorbe con affanno.
Uomini e donne che in catene stanno
vede l'occhio atterrito, e in pianto sviene;
m'assordan quelli che in poter non hanno
dell'intelletto l'infinito bene.
Qui l'ira fremo, umanità si duole;
là vuote voci la pazzia compone
con frastuono di grida e di parole.
Questa direi d'inferno è la magione,
se il raggio suo non vi mettesse il sole,
s'io non vi stessi con la mia ragione.*

Questo sonetto, apparso sul «Corriere delle Dame» il 2 settembre 1809, descrive con efficacia, pur nella sua modestia, lo squallido ambiente della Senavra, il grande ospedale suburbano milanese adibito al ricovero dei malati psichiatrici fin dal 1780. Dichiarazioni e memoriali di reclusi che si reputano savi o vittime di macchinazioni affollano la cronaca di tutte le epoche; ma l'autore di questo componimento era veramente ed a tutti gli effetti pazzo? In realtà colui che si professa “savio” dalle pagine del giornale – il settimanale che, fra le notizie di frivola mondanità, inseriva informazioni politiche e militari non sempre gradite al governo napoleonico – è il romano Giuseppe Lattanzi (Nemi 1762-Firenze 1822), oratore, giornalista e poeta, nonché proprietario del «Corriere delle Dame», che per ben due volte fu rinchiuso fra i pazzi della Senavra. La prima volta fu nel 1805, quando, dopo l'acclamazione di Napoleone a imperatore dei Francesi, il Lattanzi pronosticò che il nuovo sovrano avrebbe ben presto unito le due coro-

ne, proclamandosi anche re d'Italia. L'articolo del giornalista, con il suo presagio tanto incauto quanto fondato, non piacque alla dirigenza milanese, che rimediò all'onta con un pronto ed esemplare castigo. Purtroppo non è possibile rintracciare con esattezza i nomi dei reclusi all'ospedale milanese dei pazzi; ma tra gli elenchi dei ricoverati presenti alla Senavra tra il 1801 ed il 1809, e conservati presso l'archivio storico dell'Ospedale Maggiore, sotto le date del 18 e 21 settembre 1805 risultano due annotazioni anonime che si riferiscono probabilmente ai coniugi Lattanzi: “incognito” e “incognita proveniente dalla polizia”⁽¹⁾.

Un secondo internamento fra i malati psichiatrici fu determinato dalle note militari e di politica insinuate dal recidivo Lattanzi fra le ricette di cosmetici e le immagini dei cappellini alla moda del suo «Giornale»: in occasione dell'arrivo a Milano della regina d'Etruria scrisse, fra l'altro, che i destini della Toscana erano vicini a compiersi a pro della Francia. Il responsabile venne quindi nuovamente rinchiuso per alcuni mesi ed il giornale, prima censurato, fu poi sospeso.

Alla carcerazione del Lattanzi alla Senavra allude, in maniera non chiarissima, il Monti nel IV canto della *Mascheroniana* (vv. 133-135):

*Quei chiede un Robespier che il sangue ausonio
sparga; e le funi e la Senavra impetra
con questi che biscazza il patrimonio.*

L'anonimo curatore dell'*editio princeps* della *Mascheroniana* (apparsa postuma nel 1831) in relazione a questa terzina parla del personaggio acerbamente perseguitato dal Monti come del «povero Lattanzio»⁽²⁾. In tempi recenti si è tuttavia ipotizzato che, per ragioni cronologiche e per più precisi riferimenti testuali⁽³⁾, si debba

piuttosto pensare al vercellese Giovanni Antonio Ranza (1741-1801), uno dei più accesi rappresentanti del “cristianesimo giacobino”, il quale durante il triennio repubblicano esercitò un’intensa attività giornalistica e agitatoria⁽⁴⁾. L’inimicizia tra il Monti ed il Lattanzi era comunque reale e gli strali del poeta bollano con assai maggior certezza il rivale in un altro passo della *Mascheroniana* (canto I, vv. 199-201):

*Vile! E tal altro, del rubar maestro,
a Caton si pareggia, e monta i rostri
scappato al remo e al Tiberin capestro.*

Qui il Monti ha in animo di esporre a pubblico ludibrio il Lattanzi, legandolo così per sempre all’infamante peccato giovanile; ovvero al tentativo di truffa ordito a Roma nel 1785, quando poté scappare alla forca (al «Tiberin capestro») solo grazie all’intercessione papale e, commutatagli la pena in un periodo di detenzione, riuscì ad evadere dal penitenziario («scappato al remo»). In realtà questi versi mirano a vendicare il Monti della legge del 1798, sostenuta appunto dal Lattanzi una volta eletto membro del Gran Consiglio della Cisalpina («monta i rostri»), e peraltro mai effettivamente applicata, contro qualunque funzionario pubblico, che «dall’anno primo della libertà avesse composti e pubblicati libri diretti ad ispirare odio verso la democrazia, e predilezione al governo dei re, dei teocratici e degli oligarchi»⁽⁵⁾.

Non erano tuttavia necessarie le accuse di un letterato illustre come il Monti o le dichiarazioni di un medico per ritrovarsi tra gli ospiti della Senavra; costituivano prove sufficienti il certificato di un parroco o la semplice richiesta di un parente che intendeva allontanare un co-erede “scomodo”. Oltretutto all’epoca, e fino alle soglie del Novecento, la categoria dei cosiddetti “alienati” raccoglieva al suo interno gruppi di persone assai eterogenei, come gli epilettici, i nevrotici, gli ipocondriaci o, semplicemente, gli individui considerati “agitati”; addirittura si prevedeva che questi ultimi venissero messi in catene, relegati in locali insalubri o sotterranei e, in alcuni casi, chiusi in gabbie speciali, delle quali esistevano anche delle versioni portatili

concesse a noleggio ai privati. Col procedere degli anni, tuttavia, il Capitolo dell’Ospedale Maggiore venne a poco a poco instaurando un graduale controllo nella gestione dell’istituto, innanzitutto subordinando i ricoveri alla visita medica e facendo riportare sui registri le prescrizioni sanitarie e le diete.

Ma quale la storia della Senavra, e quale la sua funzione prima di divenire un luogo comune nel gergo popolare milanese (per cui, secondo il Cherubini, l’espressione «Andà a la Senavra» valeva come dire «diventar matto»)?

Nel XVI secolo il palazzo della Senavra, fuori da Porta Tosa, costituiva la residenza signorile di Ferrante Gonzaga, dopo la sua nomina a governatore di Milano nel 1546, benché la campagna circostante non godesse certo fama di salubrità, caratterizzata com’era da acque stagnanti. Alla fine del Seicento l’edificio passò ai Gesuiti, allo scopo di istituirvi una pia sede di ritiro spirituale. Al nome stesso del luogo, Senavra (vale a dire la corruzione del nome latino della senape, *sinapius alba*) i religiosi attribuirono un valore simbolico, richiamandosi ad un luogo evangelico: «È simile il Regno dei Cieli a



L’antica Senavra di Milano, aggregata nel 1780 da Maria Teresa d’Austria all’Ospedale Maggiore.

un grano di senape, la quale è bensì la più minuta di tutte le sementi, ma cresciuta che sia è maggiore di tutti gli erbaggi e diventa un albero» (Matteo 13, 31-32). Il fatto che, in seguito all'abolizione delle Missioni e Congregazioni gesuitiche, un luogo di ritiro religioso e di edificazione morale sia stato destinato alla cura dei malati di mente, se non fosse terribile e forse emblematico, si potrebbe definire quanto meno curioso. Fu così che, all'epoca delle riforme austriache, l'imperatrice Maria Teresa con un decreto del 5 settembre 1780 fondò questa nuova Istituzione, stabilendo che il neonato organismo venisse amministrato, insieme con l'Ospedale di Santa Caterina alla Ruota, dalla Ca' Granda, con assicurazione della stessa sovrana che l'Ospedale Maggiore non avrebbe dovuto sostenere alcun onere finanziario aggiuntivo per il funzionamento dei due ricoveri.

In seguito al trasferimento dei malati psichiatrici alla Senavra, nel 1781 chiuse i battenti anche l'Ospedale di San Vincenzo. Quest'ultimo Ente, attestato fin dal XII secolo ed aggregato all'Ospedale Maggiore dal XV, nel 1777 ospitava, come risulta da un documento a stampa, 305 pazienti e 79 persone di assistenza e di servizio.

Con il progressivo incremento della popolazione della provincia, la situazione divenne insostenibile; a tal punto che nel 1860 venne preso in affitto il fondo antistante la Senavra, insieme con le sue cascine, per collocarvi alcune infermerie sussidiarie. Tuttavia il progetto, già approntato dal governo austriaco, di fare della Senavra il nuovo grande manicomio della provincia di Milano, sul modello dei migliori analoghi istituti europei, venne abbandonato, e dall'agosto 1865 si decise di destinare ai ricoverati la villa Crivelli di Mombello che, da succursale, divenne, una volta ampliata, l'Ospedale psichiatrico generale della provincia dal 18 settembre 1872.

La Senavra venne definitivamente chiusa cinque anni dopo, ma continuerà a vivere nella memoria letteraria anche grazie alla fortuna del romanzo di Giuseppe Rovani *Cento anni* (uscito dapprima a puntate a partire dal 1857, e dieci

anni dopo in volume), che narra le vicende di un secolo di vita milanese e cita più volte la Senavra come una delle istituzioni storiche della città ⁽⁶⁾.

Note

1 - AOM, Senavra, Pazzi in osservazione, in genere (cfr. anche G. Gerosa Bricchetto, *La Senavra. I gesuiti e l'ospedale dei pazzi*, Milano, Boniardi, 1966, p. 137).

2 - A p. 104 della *princeps* di Capolago, Tipografia Elvetica, 1831, il Lattanzi è detto «letterato d'ingegno mediocre», ma qui viene difeso con una certa umana simpatia in quanto perseguitato dal Monti e probabile vittima di un raggio politico tale da procurargli l'internamento alla Senavra.

3 - Si noti che a Robespierre (cfr. il cenno nei vv.133-134: «Quei chiede un Robespierre che il sangue ausonio / sparga») il Ranza aveva indirizzato una lettera aperta il 3 giugno 1793 dalle colonne del suo «Monitore italiano politico e letterario».

4 - L'ipotesi è avanzata da Luca Frassinetti (cfr. Monti, *Poesie (1797-1803)*, a cura di L. Frassinetti, prefazione di G. Barbarisi, Ravenna, Longo, 1998, p. 371). Il Ranza, costretto all'esilio fin dal 1792 per la propria propaganda rivoluzionaria, si stabilì quindi a Nizza e diede vita ad uno dei primi giornali politici italiani, il «Monitore italiano politico e letterario»; fu poi fondatore dell'effimera Repubblica di Alba (aprile 1796) e durante il Triennio sviluppò il suo radicale programma con fogli volanti, orazioni nei circoli patriottici, articoli e satire, tanto che Giuseppe Compagnoni affermava: «Il vercellese Ranza, che, con somma modestia, chiamavasi l'amico del popolo [...] fu mandato in Castello più volte per molta imprudenza, e a buone ragioni si sarebbe potuto mandare alla Senavra [...] per le strane e scandalose dottrine che sciorinava» (M. Sevini, *Un abate "libertino". Le "Memorie autobiografiche" e altri scritti di Giuseppe Compagnoni*, Longo, Banca del Monte, 1988, p. 285).

5 - «Monitore italiano» n. 17 (21 febbraio 1798).

6 - Cfr. Giuseppe Rovani, *Cento anni*, 16,5.43; 17,3.1; 17,4.19; 19,24.10; 19,26.10.

Milano a sorpresa - VIII*

VINCENZO BEVACQUA

Da piazza del Duomo bastano pochi passi per imboccare via Torino. È un'importante arteria commerciale risultante da *rimaneggiamenti edilizi ottocenteschi per la riunione e il raddrizzamento di una serie di vecchie contrade: dei Mercanti d'oro, dei Pennacchiari, della Lupa e di San Giorgio al Palazzo. Le prime due prendevano il nome dall'arte che vi si esercitava; la terza da un'antica scultura, rappresentante la testa di una lupa infissa in una casa di via San Sebastiano* ⁽¹⁾.

Fin dappprincipio via Torino era colorata da botteghe di ogni specie, trafficata da veicoli di ogni sorta e animata da pedoni d'ogni genere. Delio Tessa (1886-1939) che per quasi quarant'anni aveva abitato poco distante tra via Fieno e via Olmetto, nella poesia *Primavera* sembrava sospirare:

*...mi son chi in via Turin
che voo a spass.*

Ma nell'altra poesia *El caval de bara*, sempre in via Torino smoccolava:

*Andà a torna per Milan
a cert or, l'è un testament!
Carr, vicciur, on rabadan
de tramvaj, gent sora gent
rebuttonen, pesten caj,
"aj, ch'el guarda in dove el va!"
Se te gh'ee de traversà
no te disi, poeu; l'è on guaj.*

Se rassegnato e adattato al *rabadan* e magari dopo aver fatto testamento, dall'inizio di via Torino qualcuno si avventura fino alla prima traversa, si trova in via Spadari.

*Oltre alla signora Anna Maria Carloni, straordinaria fotografa di quello che vedo e come lo vedo, devo ringraziare la signora Vanna Marangoni, bibliotecaria dell'Università Cattolica, per avermi scovato il superbo volume di Rossana Bossaglia con illustrazioni di Arno Hammacher (v. Bibliografia).

Secondo un documento conservato a Sant'Amrogio, via Spadari esisteva dall'anno 1066 e, insieme alle contemporanee o successive vie Armorari Speronari e Mulino delle Armi, comprovava la passata esistenza di contrade con botteghe e officine di armaioli che a Milano erano numerosi e rinomati.

Nel 1288 ne scriveva anche Bonvesin de la Riva ⁽²⁾:

Nella nostra città e nel contado vi è abbondanza di armaioli, quali ogni giorno fabbricano armature d'ogni tipo, che poi i mercanti vanno a vendere in grandi quantità nelle città vicine e anche in quelle lontane. I fabbricanti di corazze - in particolare - sono più di cento... e... ciascuno di essi fa lavorare presso di sé moltissimi operai.

Naturalmente oltre alle corazze, gli armaioli milanesi producevano ⁽³⁾: loriche celate elmi elmetti collari guanti femorali gambali ginocchiere lance aste spade pugnali clave e scudi. A tutta questa ferramenta per uomo c'era da aggiungere quella per cavallo in modo che in battaglia lo spiegamento di fanteria e cavalleria doveva sembrare un corrusco e tintinnante blocco di ferro *terso e polito* da far rizzare il pelo al nemico.

Nel Trecento e soprattutto nel Quattrocento la produzione milanese di armi era così febbrile che in pochi giorni due soli armaioli avrebbero potuto armare quattromila cavalieri e duemila fanti, come del resto sarebbe avvenuto nel 1427 dopo la disastrosa (per Milano) battaglia di Maclodio ⁽⁴⁾.

È comunque certo che fra il 1390 e il 1630 *nell'intero campo della civiltà occidentale* Milano era il centro di produzione d'armi *più importante per tecnica inventiva genialità esecuzione e versatilità* ⁽⁵⁾. E se nel 1530, per la comparsa di altre fabbriche d'armi ad Augusta Innsbruck Landshut e Greenwich, Milano non era più sola, i suoi

armaioli si distinguevano lo stesso per i loro pezzi di lusso, lavorati a cesello e a sbalzo come se fossero pezzi di oreficeria⁽⁶⁾. E anche quando la scoperta e l'impiego della polvere da sparo riducevano l'importanza delle armature da campo, rimanevano quelle da parata con le quali per molto tempo ancora regnanti nobili e cavalieri si sarebbero pavoneggiati in occasione di sfilate giostre e tornei cavallereschi⁽⁷⁾.

Ma anche col declino delle armature Milano non demorderà. A tutto vapore infatti intraprenderà con successo la produzione di bombarde dal nomignolo assassino e accattivante: Corona Bissona Liona Ferlina Galeazza. Grazie a queste armi per niente di parata, Milano avrebbe ancora goduto un *peso notevole nel gioco delle forze politiche e militari gravitanti nella o attorno alla Penisola italiana*⁽⁸⁾.

Nel pieno fulgore però, la produzione siderurgica milanese non era solo guerresca, ma anche domestica. Milano infatti forniva a tutta Europa chiavi serrature lanterne caldaie secchi secchielli bacili piatti bicchieri tazze coltelli e soprattutto



Armatura da cavaliere di Antonio Missaglia, con la collaborazione di Pier Innocenzo da Ferno (da *Armature milanesi* a cura di Miriam Bondioli).

aghi. Sugli aghi, veramente, Milano deteneva dal tempo antico il primato del commercio internazionale. Vendeva aghi di varia misura, ben confezionati, debitamente firmati e curiosamente chiamati Agustino Angelo Giaco Iacobino Zacho Passafino⁽⁹⁾. Gli aghi di Ambrogio Pagani detto de Raffinis, si distinguevano anche per un *signum signandi agugias*, cioè un marchio rappresentato da un agnello con orifiamma sventolante da una croce (*agnus cum bandirola una cum cruce*)⁽¹⁰⁾. Pur essendo numerosi e famosi, tuttavia, i milanesi fabbricanti d'aghi non lasciavano traccia di una *contrada Agugiari*.

Nel Quattrocento, in contrada Spadari c'erano gli armaioli Negroni, più tardi chiamati Missaglia⁽¹¹⁾. Occupavano una casa che serviva da abitazione bottega e officina. Resistita fino al 1902 con i numeri civici 10 e 12, a suo tempo la casa doveva essere infernale per lo sfrigolio del ferro rovente immerso nell'acqua, il frastuono di ferraglia, il clangore delle incudini, lo strepito dei lavoratori, il bagliore dei bracieri, il fumo lacrimogeno, l'aria asfissiante. Ci fosse stato Vincenzo Monti, l'avrebbe chiamata *del dio Vulcano l'atra fucina*. Essendoci i contradaioi, la chiamavano *cà d'inferno*⁽¹²⁾.

Se poi a Milano capitava qualche personaggio illustre allora tutta la città si addobbava e, come gli altri armaioli, la *cà d'inferno* rovesciava per strada la sua mercanzia. Così percorrendo contrada Spadari in quelle occasioni, i milanesi potevano passar in rivista un'armata inoffensiva, tirata a lucido e tutta da ammirare come se si trattasse di giocattoli⁽¹³⁾.

Finché è durata, la *cà d'inferno* restava uno degli esemplari più notevoli dell'architettura milanese di transizione dal gusto gotico del Rinascimento. V'erano nel cortile, annerite dal fumo delle fucine, tre arcate a sesto acuto su pilastri ottagonali, recanti nel capitello la sigla MY dei Missaglia. Al primo piano, sopra una sottile fascia divisoriale in cotto, ricche finestre a cornici di terracotta; il primo piano era diviso dal secondo da una larga fascia decorativa sempre di cotto, plasmata con molto gusto, sopra la quale si appoggiavano finestre più piccole. L'intonaco era graffito e dipinto a vasi, candelabri, stelle, motivi

araldici nei modi rinascimentali. In cima alla casa, la grondaia era sostenuta da mensoloni di legno. Col tempo, graffiti, antichi soffitti, stipiti di finestre, decorazioni policrome si deterioravano e, con la demolizione dell'isolato compreso tra via Orefici e via Spadari, andavano distrutti. Fortunatamente qualche avanzo trovava ospitalità al Castello Sforzesco⁽¹⁴⁾.

I Negroni, proprietari della cà d'inferno, venivano da Ello, provincia di Como⁽¹⁵⁾. Capostipite del ramo milanese sarebbe stato Pietro, forse anche lui ferraiolo, morto prima del 1429. Gli succedeva il figlio Tomaso, di cognome non più Negroni ma Missaglia e, da lui, Missaglia si sarebbero chiamati i suoi tredici figli e discendenti. Il primogenito dei tredici si chiamava Antonio e, morto Tomaso prima del 1452, sarebbe diventato erede dell'impero siderurgico fondato dal padre.

La fortuna dei Missaglia spettava però non solo a Tomaso e Antonio, ma anche allo squadrone di fratelli che direttamente o indirettamente lavoravano sodo per aumentare al massimo il prestigio e il patrimonio di famiglia.

*Tomaso spediva merce dovunque, specialmente in Catalogna Aragona e Navarra, e serviva Francesco Sforza che lo avrebbe scelto *ad fabricandum arma pro persona sua*. Morto Tomaso, Antonio avrebbe continuato l'impresa paterna ampliandone il mercato. Con gli Sforza, in cambio di armi o di denaro in prestito, avrebbe ottenuto: miniere di ferro; mulini con relativi corsi d'acqua; esenzione da tasse; riconoscimento di *fornitore ducale* e diritto a fregiare il marchio di fabbrica con la corona del duca⁽¹⁶⁾; forse titolo nobiliare. Conte *Antonio Negroni da Ello* infatti, si era qualificato nel 1495 in occasione di una vertenza giudiziaria con Gaspare Trivulzio.*

*Chi aveva conosciuto Antonio Missaglia ne parlava o scriveva in termini elogiativi. Così nel 1489 Jacopo Trotti, ambasciatore estense, lo descriveva uomo piacevole e intelligente *che quunque el tene in palma di mano*; e nel 1492 Giorgio Contarini e Paolo Pisi ambasciatori veneziani riferivano di lui: *uomo ricco che teneva presso di sé con grandi spese molte persone affinché fabbricassero armature. Nella sua casa c'eran armature di ogni genere per molte**

migliaia di ducati; forniva quasi ogni specie di armi. Non più semplice artigiano - conclude Ortwin Gamber, storico specialista di armature e armaioli - Antonio Missaglia era un grande imprenditore dal comportamento distinto, disinvolto di gran signore⁽¹⁷⁾.



Le ricche elaborate "siderocreazioni" del grande Mazzucotelli nei balconi di "casa Ferrario".

Che fosse gran signore lo proverebbe anche una generosa donazione a nome degli armaioli milanesi, offerta nel 1488 per la costruzione dell'allora erigendo Ospedale Maggiore⁽¹⁸⁾. Purtroppo, ancor oggi negli archivi dell'Ospedale non si trova riscontro di questa generosa donazione.

Antonio Missaglia moriva nel 1496. Dopo di lui, fratelli e figli avrebbero poco alla volta abbandonato l'atavica arte lasciando che l'autorevole marchio di fabbrica svanisse sommerso da quello di una trentina d'altri armaioli più o meno di nuova leva⁽¹⁹⁾.

Se nei secoli passati in contrada Spadari i Missaglia esponevano su strada i loro capolavori solo occasionalmente, nel secolo scorso proprio in via Spadari, Alessandro Mazzucotelli esponeva su strada i suoi capolavori una volta per sempre.

Alessandro Mazzucotelli⁽²⁰⁾ poeta del ferro battuto, era nato a Lodi il 30 settembre 1865 da famiglia bergamasca commerciante in ferro. Dovendo interrompere gli studi, da ragazzo Alessandro andava a bottega presso Defendente Oriani, fabbro ferraio a Milano in via Aldo Manuzio.

La sua fortuna nasceva nel 1891 quando, rilevata la bottega dell'Oriani, si affermava *fabbro ornamentista*. Il riconoscimento del suo valore arrivava con l'Esposizione di Torino nel 1902 dove, in uno *stand* allestito dell'ebanista-decoratore Carlo Bugatti, esponeva con successo le sue siderocreazioni. Nel 1908 si trasferiva da via Manuzio a via Ponchielli in un edificio progettato dall'architetto Prevosti. Da lì passerà poi alla Bicocca dove concluderà la sua carriera artistica.

Dopo aver insegnato all'Umanitaria, diretto la Scuola d'Arte Applicata a Monza, collaborato con la Gioielleria Calderoni e con la Tessitura di Brembate; dopo aver viaggiato per l'Europa e l'America; e dopo aver decorato col ferro battuto abitazioni ville palazzi e chiese⁽²¹⁾, Alessandro Mazzucotelli moriva settantenne a Milano il 29 gennaio 1935.

In ogni sua opera, Mazzucotelli partiva dalla riduzione del ferro in lamine nastri e cordoni di varie dimensioni. Poi li ripiegava intrecciava arrotolava scavava ritagliava ispessiva assottigliava per ottenere esilità volume fragilità morbidezza tensione dinamismo. Così dalle sue mani

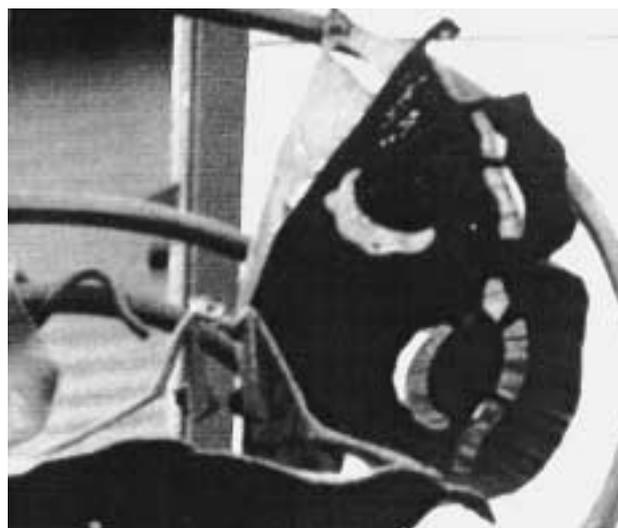
uscivano nastri pampini rami foglie fiori frutti formiche api chiocciole passerotti cani leoni e draghi che finivano in lampade lampadari lampioni cancelli cancelletti inferriate ringhiere parapetti grondaie mensole e pensiline.

Dal Settecento – scriveva Ugo Ojetti⁽²²⁾ – *non s'era veduta in Italia tanta grazia nella rappresentazione del vero con il ferro battuto*. Noi potremmo aggiungere che finora mai dall'inerzia del ferro era stata tratta tanta vitalità. E qui ai numeri 3-5 di via Spadari, Mazzucotelli la espone inaspettatamente sulla facciata di una casa che, data la materia prima in questa sede protagonista dal 1066, non poteva chiamarsi che Ferrario.

Quando infatti si abbandona il bailamme di via Torino e si svolta in via Spadari, la vitalità di casa Ferrario appare improvvisamente sulla sinistra, fa trattenere il respiro e annulla il resto della strada.

Di casa Ferrario si è subito costretti ad ammirare il ferro battuto che dal tetto e senza interruzione arriva fin quasi sul marciapiede. Mentre però altrove Mazzucotelli ha modellato il metallo su disegni o indicazioni altrui, qui ha avuto mano libera e ha così lasciato esplodere la fantasia proponendo un campionario di tutto il suo repertorio.

Nastri e rami accostati annodati e intrecciati scendono dall'alto in basso formando un elemento che unifica la balconata dei tre piani e si



Ancora Mazzucotelli in un particolare della "casa Ferrario".

espande su ognuna di loro. Fra rami e nastri, si trovano foglie e frutti e cespi di campanule che sembrano ondeggiare. Al primo piano la flora si arricchisce di fauna perché a fianco di ogni colonnina abbaia – poco in vista all’ultimo piano – la testa di un alano e, nella parte sinistra della balconata, palpitano le ali di una farfalla, ritagliate con tanta bravura da risultare addirittura variopinte.

Sotto la balconata del primo piano, con funzione di mensole, acquattati come *cani in ferma*, si trovano draghi mostruosi dalla coda pustolosa arrotolata, le ali membranacee tese, le zampe scheletriche contratte e la testa grifagna protesa con il becco spalancato. Sembrano animali apocalittici pronti a scattare e a ghermire la preda in una tempesta di lampi fulmini e odor di zolfo.

Forse proprio ricordando che in via Spadari c’era una volta la *cà d’inferno*, Mazzucotelli ha voluto lasciare queste mostruosità come se fossero uscite da quella officina e perciò infernali, ma vive e scattanti.

Per riprendersi subito da eventuali incubi e rassenerarsi, basta spostare lo sguardo ai lati della balconata al primo piano. D’ambo i lati c’è infatti una porta-finestra con grazioso balconcino. Il parapetto del balconcino è un intreccio di nastri foglie e frutti che compenetrano il cemento a disegni floreali. Anche questo è un esempio di materiale di per sé inerte che trasmette vita a un materiale di per sé altrettanto inerte.

Quando ci si ferma ad ammirare casa Ferrario, si perde la nozione del tempo. Ma trascorsi pochi minuti o un’eternità di ammirazione, non si può fare a meno di concludere: Spadari Missaglia Ferrario Mazzucotelli. Quartetto di ferro. Anzi, una ferriera.

Bibliografia

- 1 - Mezzanotte P., Bascapè G.C.: *Milano nell’arte e nella storia*. Bestetti Ed. d’Arte, Milano-Roma 1968, pag. 80-81.
- 2 - Bonvesin de la Riva: *Grandezze di Milano* a cura di A. Paredi. Pizzi Ed., Milano 1967, pag. 112.
- 3 - Bonvesin de la Riva: *op. cit.*
- 4 - Gamber O.: *L’arte milanese dell’armatura* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. XI, pag. 714. *Armature milanesi* a cura di M. Bondioli. Vismara Terapeutici Ed., Casatenovo 1956, pag. 3-5.

5 - Gamber O.: *op. cit.*, pag. 700 e seg.

6 - Gamber O.: *op. cit.*

7 - Gamber O.: *op. cit.*

8 - Cipolla C.: *Economia milanese nella metà del secolo XIV* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. VIII, pag. 341 e pag. 382.

9 - Franceschini G.: *Aspetti della vita milanese nel Rinascimento* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. VII, pag. 888 e seg. Cipolla C.: *op. cit.*

10 - Franceschini G.: *op. cit.*

11 - Altri importanti armaioli dell’epoca erano (Cipolla C.: *op. cit.*): Bizzozzero Cantoni Capelli Cattani Cusano; da Cantano, da Carnago, de Merate, de Seregno; Negroli e Seroni.

12 - Rosa G.: *Le arti minori nella seconda metà del secolo XV* in *Storia di Milano*. Fondaz. Treccani degli Alfieri, vol. VII, pag. 868 e seg. Cipolla C.: *op. cit.* *Armature milanesi: op. cit.*

13 - Mezzanotte P., Bascapè G.C.: *op. cit.*, pag. 80 e seg.

14 - Mezzanotte P., Bascapè G.C.: *op. cit.*

15 - Gamber O.: *op. cit.*, pag. 724 e seg.

16 - Sigle o marchi di fabbrica dei Negroni-Missaglia erano tre (Gamber O.: *op. cit.*) MY con la corona ducale come impresso su un capitello della casa in contrada Spadari (v. figura in Cipolla C., *op. cit.*); M sotto una specie di V rovesciato con in cima la croce; An sotto un tratto orizzontale, segno convenzionale di abbreviazione. Quest’ultima sigla si trovava sulla facciata dell’abitazione e si considera personale di Antonio Missaglia.

17 - Gamber O.: *op. cit.*

18 - Gamber O.: *op. cit.* *Armature Milanesi: op. cit.*

19 - Gamber O.: *op. cit.*, pag. 735 e seg.

20 - Bossaglia R., Hammacher A.: *Mazzucotelli. L’artista italiano del ferro battuto*. Polifilo Ed. Milano 1971.

21 - Per avere cognizione dell’attività artistica del Mazzucotelli, è sufficiente elencare in ordine cronologico le località milanesi nelle quali è rimasta una sua opera (da Bossaglia R. e Hammacher A.: *op. cit.*): via Spadari 3-5, casa Ferrario; corso Magenta 96, casa Langier; piazza Paolo Ferrari, teatro Filodrammatici; corso Venezia 46, casa Castiglioni; via Pisacane 22, casa d’abitazione; via Ausonio 3, casa Moneta; piazza Cordusio 1, palazzo della Nuova Borsa ora palazzo delle Poste; via Buonarroti 48, villa Romeo ora casa di cura Columbus; via Mascheroni 18, casa Carugati Felisari; via Vivaio 4, casa Tensi; Cimitero Monumentale, edicola Verga; via dell’Orso 11, fabbricato della Tessitura di Tommaso Cusini; via Barozzi 2, casa Morganti; via Cappuccini 8, palazzo Berri Meregalli; via Tamburini 7, villino Maria Luisa; via San Tomaso 10, agenzia Banca Commerciale Italiana; Galleria Vittorio Emanuele, Bar Zucca; via Bellotti 10, chiesa Istituto Madri Benedettine; piazza Duomo, lampioni.

22 - Ogetti U.: riportato da Bossaglia R., Hammacher A.: *op. cit.*

Testimonianze

Biografia di una vita silenziosa

Franca F. nacque a Reggio Emilia nel febbraio del 1926, insieme con una gemella. In famiglia, papà commerciante e mamma infermiera, c'era già un fratellino; tutti quanti furono allevati nella semplicità, secondo lo stile lento e austero di allora. Lo sbocciare della giovinezza sorprese Franca mentre giungevano i tempi della guerra: sospinta un po' presto sul palcoscenico della vita, si trovò subitamente innamorata di Giulio M., capitano pilota della caccia, veterano di tanti scontri in cieli lontani, un uomo di dieci anni più maturo. Non sappiamo né come né perché anche lui si lasciò rapire: possiamo forse immaginare la dolcezza delle promesse, e quali forti speranze per il futuro potessero avere nei loro cuori, e quante oscure trepidazioni per le vicende quotidiane. Dopo un gaio e rapido fidanzamento si sposarono nel giugno del 1943, lei candida nell'abito nuziale, lui spavaldo in alta uniforme. Di quei lontani avvenimenti restano alcune fotografie, che fissano la vitalità spensierata della coppia, e un delicato anello con zaffiro donato da lui. Non ci sono altre notizie del loro matri-

monio perché poche settimane più tardi Giulio morì in un combattimento aereo, l'intera squadriglia abbattuta e dispersa nel mare. Divenuta vedova ancor prima d'essere adulta, Franca rimase ostinatamente incredula per lunghi mesi, finché si imposero la rassegnazione e il lutto. Da allora non cercò più nessun altro amore e rimase per sempre quieta, legata a poche innocenti abitudini. Visse riservata, aiutando i genitori sino alla fine della loro vecchiaia senza mai lamenti o risentimenti; col suo riserbo affettuoso seguì i nipoti mentre diventavano grandi; vide morire di malattia entrambi i fratelli; rimasta poi sola, riuscì a dedicare un po' del suo tempo ai bambini bisognosi. A sua volta, negli ultimi anni, ha conosciuto le avvisaglie del declino fisico e le ha pacificamente accettate nel suo invecchiamento tranquillo.

Oggi, però, tutti i sentimenti e le emozioni e i segreti nati da questi fatti stanno per svanire, diluiti e dissolti nel gorgo della demenza. Da questa estate, sessant'anni dopo la perdita del marito, Franca si ritrova imbellè, priva di vitalità consapevole, la coscienza spezzata in mille frantumi skoordinati,

con rari barlumi sempre più flebili. Ottenuta in Ospedale una diagnosi tecnologicamente aggiornata, restiamo poi inermi nel fronteggiare un decadimento globale tanto devastante, un po' come se assistessimo all'affondamento di una nave coi suoi carichi, oppure all'incendio di una foresta o di una biblioteca colma di libri. Franca, e come lei ogni altra persona vittima della demenza, scivola via silenziosamente col suo tesoro di ricordi ed esperienze cumulate nell'arco di una vita. A noi spetta il compito vitale di non perderne la memoria.

Marco Ferretti

Alla fine del mio turno di guardia...

*... Se dalla carne mia già corrosa /
Dove il mio cuore ha battuto il tempo /
Dovesse nascere un giorno una rosa /
La do alla donna che mi offrì il suo piano...*

Fabrizio De André, *Il testamento*

Sabato 23 agosto 2003, ore 8 circa. Ho quasi finito il mio turno di guardia notturna in Cardiologia e Unità Coronarica, ancora mezz'ora e arriverà il

sospirato cambio, tra neanche un'ora sarò a casa. Già penso, nell'ordine, a doccia, colazione, lettura del giornale, letto, telefono staccato, un po' di musica, assoluto non far niente. Ha ragione quel mio collega che dice che le notti di guardia in Ospedale hanno questo di bello, che finiscono; o come quell'altro che, pur certamente esagerando, rende però l'idea quando dice che la notte di guardia è come la guerra, può capirla solo chi l'ha fatta.

Quante ne avrò fatte da quando lavoro? Ad occhio e croce circa novecento, ad un calcolo approssimativo: quasi tre anni di notti. Avranno anche il loro fascino, si vedranno dai piani alti del San Carlo le più belle albe e tramonti di Milano, con la Grigna e il Monte Rosa all'orizzonte, ma adesso, dopo il secondo caffè doppio della mattina, non vedo l'ora di andare a casa, dove so già che, dopo tutto quanto elencato sopra, striscerò ciondolante come uno zombi fino a sera per poi andare a dormire con le galline, senza neanche essermi fatto la barba. Le sopporto sempre meno, le notti..., credo che sia fisiologico per chi, purtroppo, non vede ormai più così lontano il momento di attaccare il fonendo al chiodo.

Suona il cicalino, sarà il solito ECG da leggere per i chirurghi, speriamo che non sia un ricovero in Unità Coronarica, proprio adesso che avevo quasi finito!

"...Il cardiologo? Urgente al IV A, c'è stato un arresto!"". Lascio ad altri momenti le mie riflessioni filosofiche sulle notti, neanche un minuto e sono al reparto di

Medicina Riabilitativa: purtroppo chi mi trovo di fronte non è un paziente in arresto ma un cadavere. "...*Si era svegliato normalmente, era andato in bagno, mi è andato in arresto proprio davanti...*" sento dire da qualcuno del personale. Indi la solita trafila burocratica, il medico di reparto che redige le "carte da morto", chi chiama i parenti, qualcun altro il portantino della camera mortuaria, forse anche il prete. Io mi limito a scrivere in cartella: "*Si constatata exitus*" con sottostante firma, e con fare soft accenno al collega di valutare l'eventuale richiesta di autopsia. Intanto il mio pensiero è già shiftato sul mio cambio che nel frattempo deve essere arrivato. Esco dalla sala infermieri, e mentre cammino lungo il corridoio per uscire dal reparto vedo due giovani infermiere che piangono, ma piangono piangono sul serio, mentre mettono a posto la stanza dove giace nel letto quel morto. Mi fermo, le guardo, resto incredulo: mai visto, in oltre venticinque anni di vita ospedaliera, nulla di simile. Cerco di dire loro qualcosa, forse ad una faccio una carezza di incoraggiamento sulla guancia, ma loro piangono piangono piangono...

Scendo al mio reparto, il mio cambio è arrivato, ma adesso non ci penso neanche più. Torno a casa, ma non è come le altre volte del dopo notte, alla fine del turno; c'è qualcosa di strano. Resto stranito tutto il giorno. Non so perché, per quale mai associazione di idee, mi viene in mente un ricordo del ginnasio, la novella di Pirandello *Ciàula scopre la luna*.

Ricordate? Quel mezzo ebete siciliano che da quando era un giovane caruso lavorava di notte nelle solfatore, come una bestia da soma; ci aveva lavorato per anni e anni, ma solo una volta, uscendo dalle viscere della terra al chiarore lunare, scoprì che c'era la luna.

Francesco Fiorista

Recensioni

Giorgio Cosmacini e Roberto Satolli: *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*. Editori Laterza, Bari 2003, Euro 15,00 .

Il titolo è stato scelto abilmente, ma non deve fuorviare qualora sembri diretto soltanto al prototipo del giovane medico, spinto da sincera passione e, al contempo, esitante e costellato di dilemmi.

In realtà il testo, secondo gli autori, due medici ricchi di esperienza e di sensibilità, si rivolge al pubblico quale utente e paziente.

Notevole è anche la funzione pedagogico-didattica che si esprime in ogni “box”, così è appellato in gergo tipografico, ognuno di quei riquadri in colore grigio sfumato e scritto con caratteri più minuti, dove vengono esplicate notizie di tipo storico, una straordinaria peculiarità di Giorgio Cosmacini autore di molti libri in tal senso; e quelle di tipo giornalistico, specialità di Roberto Satolli. Particolare risalto è dato all’analisi di questi temi fondamentali, secondo gli aspetti storici, filosofici, scientifici, sociali ed economici:

- che cosa domandano i pazienti ;
- a che cosa serve la medicina ;
- dove porta l’industria della salute;

- come si può fare bene il mestiere di medico.

Oggi, non è possibile accettare le teorie della concezione meccanicistica (uomo macchina) nonché quelle della moderna micromeccanicistica propugnata da William Schwartz professore di medicina alla University della Southern California, accreditata dalla vulgata biomolecolare, odierna filiazione di quello stesso meccanicismo che spingeva René Descartes alla convinzione di poter un giorno liberare l’umanità dalle malattie. Infatti, a pag. 23 si legge: “E’ un approccio che ignora il punto di vista darwiniano, secondo il quale le presunte imperfezioni del corpo sono in realtà compromessi selezionati dall’evoluzione nel corso di una lunga storia di interazione tra l’umanità e il suo ambiente.

E’ difficile pretendere di migliorare la giustezza di tali adattamenti, mentre è più a portata di mano una intelligente modificazione dei fattori esterni, al fine di ottenere il miglior equilibrio possibile”.

Per rispondere al primo quesito, sappiamo che i pazienti chiedono di capire, di sapere ; sono necessarie: comunicazione, informazione, educazione, auto-educazione e formazione della coscienza sanita-

ria. Allora, se certi pazienti vogliono non sapere, significa che non li abbiamo educati con pazienza e coscienza, mentre tutti i pazienti hanno attese, corrispondenti ai bisogni e hanno pretese, corrispondenti ai diritti.

C’è chi cerca il medico e c’è chi lo fugge; c’è chi vuole essere riconosciuto malato e chi invece rifiuta di accettare la propria fragilità; qualcuno è esigente, pretenzioso, mentre a questo si contrappone un altro che si fa scrupolo. Il variegato universo dei pazienti è quello dove domina il bisogno più profondo: la richiesta più impellente è quella di non essere mai lasciato solo nel momento più cruciale e di essere aiutato con competenza, assiduità, gentilezza.

Hermann Boerhaave, docente di clinica all’Università di Leida tra il XVII e XVIII secolo, affermava: “Habeat scientiam, exerceat medicinam iucundam”.

Per competenza, si intende il conoscere le possibilità della medicina; la qualità delle cure affidabili (medicina tecnico-scientifica) ; il tenere conto delle idee e delle emozioni dei malati (medicina antropologica); la comprensione reciproca tra medico e paziente (comprensione antropologica).

I rischi dell'incomprensione sfociano nella difficoltà di far capire la differenza fra: criterio di probabilità e incertezza della medicina; esibizione di sicurezza e sicumera da parte del medico.

Poco sopra, citando assiduità e gentilezza, si faceva riferimento alla disponibilità da parte del medico il quale, oltre alla somministrazione di farmaci e alla prescrizione di esami, deve innanzi tutto somministrare se stesso, dedicando al paziente tempo e attenzione, deve saper instaurare un clima di fiducia reciproca, con l'ascolto, il dialogo e la considerazione.

E' proprio il malato colui che può fornire la migliore descrizione dei propri sintomi per un'anamnesi accurata facilitando la scelta terapeutica. "Il buon medico è colui che sa distinguere ciò che è possibile da ciò che è impossibile", recita l'antica e quanto mai lungimirante definizione che compare in un frammento di Eròfilo di Calcedonia, medico e anatomista della scuola di Alessandria d'Egitto (IV sec. a. C.). Insomma, il buon medico è la prima medicina e l'effetto "placebo" è comunque positivo. Il miglior rapporto medico-paziente è più frequente trovarlo nelle medicine "alternative" che, per correttezza, andrebbero definite "integrative", dove viene curato il malato più che la malattia, (per es. omeopatia antropologica).

E' più semplice ottenere il consenso informato, ciò significa che l'informazione deve essere finalizzata affinché il consenso del malato sia consapevole. Bisogna essere esaustivi, usando termini semplici per spiegare lo stato di salute, illu-

strandolo le offerte e i limiti della scienza, i benefici e i rischi possibili insiti nel trattamento e nella rinuncia ad esso. Il medico non deve essere un burocrate; ma deve atteggiarsi ad amico e competente, non a saccente o a maestro di vita, non a consulente esistenziale a tutto campo.

A cosa serve la medicina? La domanda da parte di un medico è legittimata dalla sua insoddisfazione (crisi della professione), dovuta a vari fattori tra cui:

- *la sindrome del criceto*, cioè la sensazione di dover correre sempre più in fretta per rimanere fermi, mentre tutto cambia troppo rapidamente (rapporti sociali, organizzazione, burocrazia, conoscenze, tecniche, ecc.);

- la coscienza della necessità di un *contratto sociale* nuovo, con la consapevolezza che malattia, dolore e morte sono parte della vita; limitazione e limitatezza del potere della medicina e della sapienza dei medici, i quali devono avere l'onestà nell'ammettere i propri limiti; questa consapevolezza è la "condicio sine qua non" contro il pregiudizio di onnipotenza. Esistono tre fili conduttori della tensione morale: la giustizia o equità, l'operare bene per rispondere ai bisogni, e infine il rispetto dell'autonomia, intendendo con ciò il primato della volontà dell'interessato, seppur con qualche eccezione, peraltro prevista dalla deontologia professionale nonché dalla legge morale e civile.

Se il camice bianco conferisce autorità e autorevolezza, rispetto ad altre professioni che assegnano anche esse un ruolo dominante,

quella medica necessita di una motivazione etica in più, perché il coinvolgimento negli eventi cruciali del contatto fisico con la carne senziente e dolente è assai intenso. Ma il battesimo di fuoco o rito di iniziazione avviene, per il futuro medico, già in sala anatomica o anatomo-patologica tramite l'impatto con una realtà nuda e cruda.

L'altra realtà, abbastanza prosaica, è quella dell'industria della salute che comprende le case farmaceutiche (aziende produttrici di beni di consumo sanitari), le aziende ospedaliere e le compagnie di assicurazione. Tutti questi organismi, hanno come condizione irrinunciabile per la sopravvivenza di qualsiasi sistema industriale, l'espansione continua del proprio mercato.

Già quasi un secolo fa, Paolo Pini clinico molto famoso per la cura delle malattie mentali e per la sua assistenza ai malati poveri, nel 1909 affermava: "Il medico che esce dall'Università con l'illusione di una missione da compiere, di un sacerdozio da esercitare, cade presto in un grave sconforto. Noi siamo per una scienza medica che non treschi con l'affarismo, per una terapia che non sia schiava di qualsiasi fabbricatore di medicinali o di apparecchi più o meno costosi, per un'arte medica che sappia far scaturire dalle sue stesse insuperabili difficoltà, dalle sue stesse tormentose incertezze, un grande spirito di tolleranza e di compassione ..."

Per non cadere in un vortice rovinoso è necessario evitare alcune condizioni: l'enfasi della predizione clinica (differente dalla

prevenzione vera), l'abbassamento della soglia di malattia (inclusione di casi "borderline" o di confine), la medicalizzazione delle condizioni naturali di esistenza, l'assillo dei mezzi di informazione, la ricerca di nuovi "clienti". Il vero medico è il punto di forza come punto di resistenza; è il custode dell'etica, anzi è l'angelo custode; è l'ordinatore di spesa, interprete-protagonista della ragione scientifico-tecnica e della ragione etico-economica.

E infine, come si può far bene il mestiere di medico? Ogni essere umano, di qualsiasi credo, colore, nazionalità, stato sociale, ha bisogno di questa figura talvolta carismatica. Malgrado tutti i progressi e il miglioramento dello stato di salute misurato in termini oggettivi, sembra parallelamente diminuire la percezione soggettiva di benessere avvertita dai singoli individui. Quindi si intensificano le visite dal medico e gli esami clinici, si nota un incremento della somatizzazione di disturbi che una volta o non c'erano o non li si notava. Questo fenomeno, apparentemente paradossale, è il *fallimento del successo*.

La questione del rapporto tra la necessità di inviare molti medici e farmaci nel Terzo Mondo e quella di assistere i pazienti in quello occidentale sarà sempre dibattuta; certo, sta ai Paesi più evoluti la coscienza e la programmazione di assistere e soprattutto di *educare* (proprio secondo l'etimologia latina), in modo adeguato e concreto coloro che, per clima o per altre gravi diversificate motivazioni, vivono o sopravvivono precariamente in condizioni quasi costanti

di indigenza e disagio. Ricordiamo che alcune organizzazioni come *Médecins sans frontières e Emergency*, da anni inviano professionisti volontari i quali mettono anche a repentaglio la propria vita per curare o almeno soccorrere le popolazioni dei Paesi più poveri e arretrati.

Per riprendere il metodo di Hermann Boerhaave, il buon medico deve essere "doctus et expertus". Come è già stato espresso, la competenza e la disponibilità sono le qualità peculiari e assolute della professionalità, e nel 2002 è stata pubblicata una *Carta della professionalità medica nel nuovo millennio*, accolta come un nuovo giuramento di Ippocrate, i cui principi sono, nell'essenza, sostanza e forma, tre: fare bene, rispetto dell'autonomia, desiderio di giustizia. Concludendo, è molto importante quello che dicono gli autori a pagina 130:

"Quello del medico è un bellissimo mestiere e va vissuto sempre come un privilegio". Con molta saggezza o modestia, citando un passo del celebre film *Il posto delle fragole* del regista Ingmar Bergman, dove il protagonista è un anziano medico, scrivono che "Il primo dovere di un medico è chiedere perdono". Perdono per il privilegio di nutrirsi della ricchezza dei pazienti, entrando nelle loro vite attraverso la porta della sofferenza. E' un ingresso che si attraversa con l'onestà (nell'ammissione di propri limiti), con l'umiltà (contro ogni pregiudizio di onniscienza, onnipotenza e supponenza), con l'equità (nell'assolvimento di un ruolo centrale nella tutela della salute individuale e della

sanità collettiva) e ricordando che un vero medico, bravo e appassionato, sarà tale nel suo animo per tutta la vita.

E' un saggio di non molte pagine, ma talmente denso di razionalità, di sentimenti, di esempi pratici, e di scienza espressa con chiarezza, che non può assolutamente mancare nella nostra biblioteca di casa.

Elisabetta Zanarotti Tiranini

Livia Crozzoli Aite (a cura di): *Assenza, più acuta presenza – Il percorso umano di fronte all'esperienza della perdita e del lutto*. Paoline Editoriale Libri, Milano 2003, pagg. 396, Euro 18,00

"*Assenza più acuta presenza*" così inizia una poesia di Attilio Bertolucci e questo è anche il titolo che Livia Crozzoli Aite, analista junghiana, sceglie per il libro che ha curato per le Edizioni Paoline.

"Un percorso umano di fronte all'esperienza della perdita e del lutto" che si dipana attraverso racconti di storie di morte e di vita.

Gli autori delle testimonianze sono psicologi, psicoterapeuti, analisti, medici, un gruppo di persone che nel lavoro e nella vita, partendo da esperienze e approcci teorici diversi, cercano di trovare e condividere risposte al dolore della perdita e di attribuirvi un senso.

Questo scambio è il tentativo di rielaborare, recuperare e confrontarsi con un evento esistenzialmente critico come la morte.

Nella società attuale non esiste una cultura della fine della vita. La morte è un “evento” comune, ma viene emarginata e sempre più negata sia a livello individuale che collettivo. La spinta della nostra società verso l’efficienza, la velocità e la produttività impedisce di ritagliarsi lo spazio e il tempo necessari per il dolore e per la morte. Pensiamo alla morte solo nel momento in cui ci tocca da vicino. Ci accorgiamo così di essere inadeguati e soli nel gestire la complessità che questo evento reca in sé.

Secondo la curatrice questa impreparazione è aggravata in particolare della trasformazione dell’evento della morte in un *fatto*, in un accadimento biologico, la cui elaborazione viene vissuta esclusivamente come una difficile esperienza interiore. Infatti la sempre maggiore ospedalizzazione della morte ha contribuito al suo isolamento e alla dispersione della sua dimensione sociale.

Nella società attuale il tempo e le ritualità dedicate alla morte ci sembrano sempre meno possibili, spesso connotate negativamente e sempre meno condivise. Manca oggi una modalità elaborativa comune che ci aiuti a contenere la paura e a trovare un senso a questi eventi così radicali.

Ciò non ci rende però immuni dallo smarrimento interiore che produce il confronto con la perdita e con la sofferenza, né dalla necessità di riorientare il nostro essere al mondo.

Sempre e comunque la morte è un evento che ci sollecita a rivedere la nostra vita e a valutarne

l’autenticità, è un momento di riflessione personale e di crescita interiore, affrontato con modalità distinte e insostituibili; da qui il valore dei racconti che compongono il volume, racconti di vita, di persone che con la morte e si confrontano, come uomini e come professionisti, che si pongono delle domande e che tentano mettendo in comune le esperienze, le storie dei casi clinici, di trovare una nuova modalità interpretativa. Il testo è rivolto alle persone che stanno vivendo l’esperienza della separazione della vita e a coloro che, in un modo o nell’altro, condividono con gli altri questa esperienza e che si troveranno ad elaborarla emozionalmente ed esistenzialmente; è un libro in cui entrare lentamente per permettersi di parlare con se stessi, in qualche modo guidati dalle storie di vita raccolte.

La struttura si raggruppa in tre filoni tematici: l’accompagnamento alla morte, il confronto con il dolore e con l’assenza, e le implicazioni di coloro che per professione vivono queste situazioni dolorose nel sostenere la sofferenza psicologica degli altri e allo stesso tempo interrogarsi sul significato del proprio operare trovando una rinnovata energia per andare avanti.

Nel dramma delle storie, tutte autenticamente personali, emergono, diversi fra loro, strumenti di cura squisitamente umani come l’ascolto, la presenza, il tatto, la narrazione, lo scandirsi del prima e del dopo. Come in uno sfondo gli autori “aiutano la comunicazione ai confini della

vita”. I loro racconti ci offrono “una testimonianza del passaggio dalla cultura del silenzio e della negazione a una cultura più umana di condivisione e di confronto su tematiche come quelle della morte e del lutto spesso taciute ed estromesse dalla coscienza”. Questo l’auspicio e questa l’occasione.

Luisa Consales

Cronache amministrative

terzo trimestre 2003

a cura del Commissario straordinario dell'IRCCS Ospedale Maggiore

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

a - direzione amministrativa

- accettazione di un comodato d'uso di un sistema terapeutico Roto-Pronet proposto dalla ditta K.C.I. Medical per l'Unità operativa anestesia e rianimazione;
- presa d'atto dell'attività svolta all'interno dell'Ospedale da parte dell'Associazione "per il Policlinico – onlus".

b - ricerca scientifica

- borse e collaborazioni di ricerca: approvazione del regolamento con precisazioni e/o integrazioni del testo;
- missione aziendale della formazione per il triennio 2003/2006 dell'Ospedale Maggiore;
- convenzione n. 3AG/F2 per lo svolgimento del programma di ricerca: "Epidemiologia molecolare e genetica" nell'ambito del progetto dal titolo "Analisi del rischio alimentare da contaminazioni ambientali (aracna)" stipulata con l'I.S.S. con deliberazione n. 1632 del 9.7.03: borse di ricerca bandite con deliberazione n. 2070 del 27.8.2003: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione;
- finanziamento ricerca corrente 2002 assegnato dal Ministero della Salute a norma del D.P.R. n. 213/2001, progetto "Alleanza cerebrolesioni": borse di ricerca bandite con deliberazione n. 1517 del 26.6.03: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di quattordici borse di ricerca;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 2002: "Studio multicentrico sui determinanti genetici e non genetici" assegnata

- dal Ministero della Salute all'IRCCS Istituto nazionale di riposo e cura per anziani di Ancona;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 2002: "Strategie innovative per l'utilizzo di linfociti T e NK nei trapianti allogeneici di cellule staminali ematopoietiche" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Fondazione Centro S. Raffaele del Monte Tabor;
- collaborazione dell'Ospedale Maggiore alla ricerca finalizzata 2002: "Modelli innovativi e sperimentali di terapia cellulare antitumorale dopo trapianto" assegnata dal Ministero della Salute all'IRCCS Policlinico San Matteo;
- convenzione n. 3AG/F2 per lo svolgimento del programma di ricerca: "Epidemiologia molecolare e genetica" nell'ambito del progetto dal titolo: "Analisi del rischio alimentare da contaminazione ambientale (aracna)", proposta dall'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento euro 19.600,00);
- convenzione n. 3AL/F2 per lo svolgimento del programma di ricerca: "Rischio di trasmissione dell'epatite B da donatori di organo anti HBC positivi" nell'ambito del progetto dal titolo: "Prevenzione ed epidemiologia clinica delle epatiti croniche virali", proposta dall'Istituto Superiore di Sanità (finanziamento euro 18.000,00);
- progetto città: 2^a Mostra dell'architettura, dell'urbanistica, delle tecnologie e dei servizi per lo sviluppo del territorio – Milano 19-22/2/03: partecipazione dell'Ospedale Maggiore all'iniziativa.

c - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- indizione gara mediante pubblico incanto per l'affidamento dei servizi di progettazione, preliminare, definitiva, esecutiva, attività tecnico-amministrative connesse alla progettazione, coordinamento per la sicurezza in fase di progettazio-

ne e in fase di esecuzione, direzione lavori, assistenza di collaudo e contabilizzazione per la ristrutturazione del padiglione Guardia e Accettazione dell'Ospedale Maggiore di Milano e approvazione del quadro economico generale presunto dell'intervento;

- aggiudicazione della gara mediante pubblico incanto per l'affidamento dei servizi di progettazione preliminare, definitiva, esecutiva, attività tecnico – amministrative connesse alla progettazione, coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione e in fase di esecuzione, direzione lavori, assistenza al collaudo e contabilizzazione per la ristrutturazione del padiglione Monteggia;

- approvazione dell'adesione alla convenzione Consip per la fornitura del "Servizio energia";

- costituzione del consorzio "IRCCS MI/CO" (IRCCS Milanesi consorziati);

- indizione di gara d'appalto mediante pubblico incanto per le opere da idraulico occorrenti per la manutenzione dell'Ospedale Maggiore per tre anni;

- convenzione con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca per lo svolgimento di tirocinii di formazione e orientamento;

- autorizzazione al corso di perfezionamento in dermatologia plastica;

- concessione di patrocinio al convegno "Screening CT and other volumetric imaging applications" Milano, 26-27/9/03;

- approvazione della convenzione tra l'Ospedale Maggiore e l'Accademia di comunicazione;

- approvazione del regolamento di accesso agli atti amministrativi;

- approvazione della convenzione tra l'Ospedale Maggiore e l'ATM per la sponsorizzazione reciproca in occasione della mostra fotografica "Polinclinico di Milano. Volti e luoghi della ricerca e della cura";

- aggiudicazione a trattativa privata degli allacciamenti alla cabina elettrica del padiglione Granelli ed altre prestazioni complementari;

- aggiudicazione della gara d'appalto mediante pubblico incanto per l'appalto della durata di due anni relativo a "opere e provviste occorrenti per la manutenzione degli immobili e relativi impianti del patrimonio disponibile dell'Ospedale Maggiore";

- aggiudicazione della gara d'appalto mediante pubblico incanto relativa a "interventi di manutenzione straordinaria su vari immobili dell'Ospedale Maggiore".

d - unità operativa approvvigionamenti

- licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per chimica clinica-metaboliti, enzimi, elettroliti, marcatori cardiaci e monitoraggio farmaci – per l'unità operativa semplice (U.O.S.) laboratorio di urgenza comprendente le apparecchiature in uso, unitamente agli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: indizione di nuova gara;

- indizione di pubblico incanto per la fornitura "in service" di: un sistema diagnostico per chimica clinica (substrati, enzimi, elettroliti e proteine specifiche) comprendente apparecchiatura in uso ed accessori: relativi reagenti (compresi reagenti ausiliari), calibratore/i, diluenti; materiale di controllo, materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni ed un sistema integrato per emocromocitometria, comprendente apparecchiature in uso (due), unitamente agli accessori, da installarsi a cura della ditta aggiudicataria, i relativi reagenti (compresi agli ausiliari) calibratore/i, materiali di controllo, materiale di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni;

- indizione di licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per coagulazione per l'U.O.S. laboratorio di urgenza, comprendente gli analizzatori, gli accessori, i relativi reagenti e materiali di consumo necessari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni;

- trattativa privata per la fornitura annuale di dispositivi medici per il dipartimento di ematologia oncologica: aggiudicazione;

- aggiudicazione di licitazione privata per la fornitura di preparati antisettici e disinfettanti per tre anni;

- trattativa privata diretta per la fornitura di materiale di consumo "capsule" monouso ingeribili

Given per il sistema diagnostico per immagini Given Imaging installato presso l'U.O. gastroenterologia ed endoscopia digestiva di via Pace: aggiudicazione;

- licitazione privata per la fornitura di elettrocateri da pacemakers per stimolazione cardiaca endocardica definitiva per tre anni: approvazione verbale di gara e aggiudicazione;

- trattativa privata per la fornitura di dispositivi di protezione individuale (DPI) per operatori addetti alla manipolazione di farmaci antitumorali: aggiudicazione;

- trattativa privata diretta per la fornitura di materiale, a carattere di unicità per procedure di posizionamento di endoprotesi aortica, presso la sezione radiologica del padiglione Zonda: aggiudicazione;

- trattativa privata per l'acquisizione di un ecografo originale Acuson Sequoia per l'U.O. medicina d'urgenza padiglione Pasini: aggiudicazione;

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

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

- integrazione della fornitura di siringhe per emogasanalisi: indizione di trattativa privata;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di strisce di rinforzo e patch di diversi formati, in pericardio bovino, rispettivamente per l'U.O. trapianti e l'U.O. trapianti di rene, per un anno;

- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di materiale per endoprotesi d'anca;

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

- indizione di pubblico incanto per la fornitura di prodotti diversi monouso in tessuto non tessuto (TNT) per tre anni;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di presidi diversi per l'U.O. Centro Trasfusionale e di immunologia dei trapianti per un anno;

- indizione di pubblico incanto per la fornitura di strisce reattive per la determinazione rapida della glicemia su sangue capillare compresa la contestuale fornitura, in uso gratuito, dei relativi gluco-

metri, per tre anni;

- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di linee artero-venose, prodotti unici, per un anno;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di dispositivi di protezione individuale (DPI) per operatori addetti alla manipolazione di farmaci antitumorali;

- trattativa privata per l'affidamento del servizio di riparazione dello strumentario chirurgico: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per il noleggio di cinque dosimetri personali per l'U.O. fisica sanitaria;

- licitazione privata per l'affidamento del servizio infermieristico presso le unità operative di degenza per due anni: aggiudicazione.

e - unità operativa amministrazione e finanza

- convenzione per: esecuzione di indagini Tac e effettuazione di prestazioni di consulenza urologica e dermatologica a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento;

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

- convenzione tra la Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità e l'Ospedale Maggiore per il funzionamento del Centro regionale di riferimento per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti: rinnovo 28.6.02/27.6.04;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale San Paolo per l'esecuzione di consulenze neurologiche nel trattamento chirurgico della malattia di Parkinson;

- convenzione con la Regione Veneto per il funzionamento del Centro interregionale di riferimento per le attività di prelievo e trapianto d'organi e tessuti ai sensi della L. 91/99: rinnovo 1.1.2003/31.12.05;

- convenzione per il trasporto sanitario di midollo osseo e materiali biologici con l'unità operativa di protezione civile, associazione di volontariato;

- convenzione con la Congregazione suore infer-

miere dell'Addolorata Ospedale generale "Valduce" di Como per il trasferimento presso il presidio di recupero e rieducazione funzionale "Villa Beretta" di Costa Masnaga di pazienti degenti presso l'Ospedale Policlinico: rinnovo;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Ospedale di Melegnano P.O. "Vizzolo Predabissi": rinnovo;

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

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neuroradiologica diagnostica ed interventistica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Maggiore della Carità di Novara;

- convenzione con l'Ospedale Luigi Sacco per l'esecuzione di autopsie su salme infette: rinnovo;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento per: determinazione dei valori di alluminemia nei dializzati, esecuzione di prestazioni di consulenza di chirurgia vascolare a favore di pazienti afferenti al pronto soccorso e degenti del Policlinico; prestazioni di consulenza di ostetricia e ginecologia; di chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica ricostruttiva ed altre branche specialistiche non presenti presso questo istituto da effettuarsi a favore di pazienti degenti presso l'Ospedale Policlinico: rinnovo;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera "Ospedale San Paolo" per l'esecuzione di prestazioni di citopatologia e di anatomia patologica;

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neuroradiologica diagnostica ed interventistica a favore di pazienti dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova.

f - unità operativa patrimonio

- copertura assicurativa dell'Ente 2004/2005, indizione di gara pubblica: lotto 1) polizza RCT/0; lotto 2) Polizza RC Patrimoniale; lotto 3) Polizza Beni culturali;

- regolamentazione dell'assegnazione di alloggi a favore del personale infermieristico dipendente.

g - ufficio relazioni col pubblico

- approvazione del progetto di applicazione della

DGR 7/8504 del 22.3.2002 sulla qualità percepita dei servizi sanitari e sui metodi e strumenti per la rilevazione del grado di soddisfazione dei pazienti degenti e ambulatoriali per l'anno 2003.

h - servizio beni culturali

- restauro del quadro di Leonardo Dudreville: ritratto di Davide Campari, 1937, di proprietà dell'Ospedale;

- donazione di un dipinto da parte del dott. Sergio Reborà all'Ospedale Maggiore.

i - unità operativa sistemi informativi e informatici

- trattativa privata per la fornitura di hardware;

- trattativa privata per il noleggio di materiale informatico su fondi di ricerca: aggiudicazione;

- trattativa privata per l'acquisizione di un sistema di acquisizione ed elaborazione di immagini dinamiche e statiche di tipo digitale da installare presso l'U.O. otorinolaringoiatria: aggiudicazione;

- indizione di trattativa privata per la fornitura di due sistemi per la gestione del protocollo informatico e per la gestione elettronica dei documenti per l'Ospedale Maggiore di Milano e per l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori.

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