



la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 3 - 2004

la ca' granda

vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLV - n. 3 - 2004

sommario

	pagina
Ai lettori	1
Intervista - Verità rischiose e bugie pietose <i>Franca Chiappa ad Armando Massarenti</i>	2
La Fondazione e la valorizzazione del patrimonio dell'Ospedale Maggiore di Milano	<i>Giuseppe Di Benedetto</i> 5
La medicina è malata: dove si nasconde la salute?	<i>Gian Carlo Calza</i> 8
La dinamica storico-culturale della medicina nel Novecento	<i>Giorgio Cosmacini</i> 11
L'“Hospice” Cascina Brandezzata progetto per la città di Milano	<i>Bruno Andreoni, Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 16
Asterisco	23
La relazione del medico con il paziente e la sua famiglia: significato e valori	<i>Carlo Lorenzo Cazzullo</i> 24
Rispetto della dignità della persona e tutela della privacy, particolarmente in sanità	<i>Giancarlo Dal Sasso</i> 28
Prima indagine curiosa e sorprendente tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio tra Sei e Settecento	<i>Cristina Cenedella</i> 32
Il medagliere dell'archivio storico dell'Ospedale Maggiore	<i>Paolo M. Galimberti</i> 36
Il cardinale Ludovico Micara benefattore dell'Ospedale Maggiore	<i>Eva Fontana Castelli</i> 39
La Divina Commedia in dialetto milanese moderno	<i>f.c.</i> 41
Siamo viandanti: che cosa ci riserva il cammino?	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini</i> 43
Recensioni	<i>Elisabetta Zanarotti Tiranini, Mario Mantero, Anna Paladino</i> 46
Dal Passato: «Sentirsi un numero» - «... e la sorte cadde su Mattia»	<i>Ferdinando Cislighi</i> 50
Cronache amministrative	53

La copertina

Antichi rosoni di pietra d'Angera negli intradossi degli archi del grande cortile della Ca' Granda, ora sede dell'Università degli Studi (*foto V. Bienati*).

Direttore responsabile: FRANCA CHIAPPA. Ufficio Stampa, attività e programmi culturali 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

“Verità rischiose, bugie pietose”. Il titolo dell’intervista ad Armando Massarenti, che apre il terzo numero della Ca’ Granda 2004, equivale per me più esplicitamente al “dire la verità si paga”. Attorno a queste due espressioni, brevi domande cui corrispondono risposte allargate, profonde, richiami voluti e considerazioni che intrigano.

Abbiamo chiesto al commissario straordinario dott. Giuseppe Di Benedetto un intervento sui valori antichi e attuali del grande patrimonio dell’Ospedale Maggiore - richiamato non di rado sulla stampa e in occasioni diverse - e sulla sua importanza secolare: il Commissario alle pagine 5-7.

“La medicina è malata: dove si nasconde la salute?” Scrive il prof. Gian Carlo Calza nella presentazione e nel commento del volume “La cura della salute. Sapere, equilibrio, partecipazione” di Beppe Rocca: “... Medico e infermiere, sempre più separati dal paziente dalle nuove tecnologie e da protocolli prefabbricati di procedure curative, stanno perdendo sempre più il rapporto diretto col malato di cui questi ha invece estremo bisogno...”. Ancora “... Constatato che la malattia sta avendo il sopravvento non solo sul malato, ma anche sul medico così come la procedura sull’esperienza, - prosegue il prof. Calza - il volume, che è anche una profonda analisi scientifica storica e filosofica delle basi culturali e sociali e dei movimenti di pensiero...” che hanno condotto alle situazioni di cui sopra, propone misure drastiche a rimedio.

Pagina di particolare attualità quella di Giorgio Cosmacini sotto il titolo “La dinamica storico-culturale della medicina nel Novecento”. Lodate telematica e tecnologia, riconosciuti pregi e meriti della scienza, egli scrive: “(...) Oggi che lo sviluppo scientifico-tecnico nei suoi aspetti e poteri più avanzati (..) sembra farsi conflittuale nei confronti dell’umanesimo progressista (...) è giunto il tempo di dare alla tecnomedicina il suo ‘senso del limite’: un limite che non è uno stop o un divieto, ma una regola etica, una ragione filosofica”.

L’atteso “Hospice” Cascina Brandezzata, che arricchirà le strutture assistenziali umane e di cura del nostro Ospedale sia pure “fuori perimetro”, ma in una vecchia cascina di nostra proprietà e quindi con la collaborazione del Maggiore, è avviato alla sua realizzazione: ne scrive per noi il prof. Bruno Andreoni.

Il prof. Carlo Lorenzo Cazzullo con significative osservazioni e puntualizzazioni torna su un argomento che ci appassiona sempre: il medico, il paziente e la sua famiglia.

Sanità: sanità e privacy. Giancarlo Dal Sasso ha effettuato ricerche sulle problematiche inerenti e risponde con il rigore che gli conosciamo ad alcuni nostri lettori interessati a particolari di carattere deontologico.

Cristina Cenedella ha colto con evidente sorpresa, ma anche con gustoso interesse, in quadri di benefattori dell’Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio tra il Sei e il Settecento, atteggiamenti, costumi, ambientazioni molto simili fra loro, quando non uguali. Desiderio forse di proporsi come altri conosciuti donatori del tempo, o di esibire ai posteri la propria condizione sociale?

Due contributi dell’archivio storico: il medagliere dell’Ospedale Maggiore, ricco di 186 pezzi, nella presentazione del dott. Paolo Galimberti, il quale ricorda come solo per le dimensioni la medaglia può essere considerata fra le arti cosiddette minori. Esistono in realtà esemplari di particolare bellezza.

Il cardinale Micara prestigioso benefattore dell’Ospedale: benefattore recente per motivi e vicende che Eva Fontana Castelli illustra per noi e dai quali emerge l’austera personalità di questo alto prelato dell’Ordine dei Cappuccini.

Ancora una partecipazione della Ca’ Granda, fedele ai suoi “culturali cittadini interessi”, alla presentazione di un’opera che onora la nostra lingua dialettale: la traduzione integrale della Divina Commedia, autore Ambrogio Maria Antonini.

Siamo tutti viandanti e l’idea del cammino ferma il nostro pensiero sul lungo faticare di un tempo e sui “passi” divenuti quasi impossibili oggi, quindi sul perseverante “camminare dentro”. Elisabetta Zonarotti Tiranini dice cosa suggerisce a lei il “viandante”.

Seguono le recensioni e le cronache amministrative

*Ci fermiamo sulla rubrica **Dal passato** per ritrovare questa volta negli indimenticabili corsivi di Ferdinando Cislaghi i suoi “doni di allora”.*

Intervista

Nella *Ca' Granda* di gennaio-marzo annunciavamo un'apertura diversa per ogni fascicolo dell'annata 2004, con **l'Intervista**.

Dopo "l'Ospedale Maggiore e la sua Città", dopo "Bioetica e Diritto", qui:

Verità rischiose e bugie pietose

FRANCA CHIAPPA ad ARMANDO MASSERENTI

Alcuni mesi fa, precisamente sul Sole 24 Ore-Domenica del 25 gennaio, lei pubblicava un suo commento al volume "La virtù crudele. Filosofia e storia della sincerità" di Andrea Tagliapietra (edito da Einaudi) con il titolo "Dire la verità: rischioso e crudele". Partendo da una prospettiva filosofica, come possiamo rispondere alla domanda: che cos'è la verità?

Non è una domanda da poco. È precisamente quella che Ponzio Pilato rivolse a Gesù. Il quale, a quanto pare, assai saggiamente evitò di rispondere, anche se, a partire dal Medioevo a molti è piaciuto pensare che la sua risposta, implicita o esplicita, fosse stata: "La verità sono io".

Ma questo è solo uno dei possibili modi per rispondere alla domanda. Che ha comunque notevoli conseguenze. La verità, in questo caso, rimanda alla nozione di "autenticità", che possiamo riferire ai nostri modi di vita. È uno dei modi di rispondere in maniera complessiva alla questione, mettendo in secondo piano le singole verità o non verità che gli individui si possono raccontare. Infatti, facendo un salto di molti secoli, potremmo dire che, a partire dal Romanticismo, l'autenticità che riguarda le nostre vite, o le vite degli artisti e degli scrittori, o dei grandi uomini d'azione, non si misura sulla loro capacità di dire il vero. Al contrario. Si è fatta strada l'idea che gli uomini, soprattutto i "grandi uomini", costruiscono da sé il loro universo di valori. Il Romanticismo, spostando l'intero asse dei valori dalla presunta "oggettività" che aveva dominato nei secoli precedenti, verso la sfera della "creatività" dell'artista e dell'individuo ha distrutto da un lato l'estetica basata sull'armonia e la bellezza e dall'al-

tro le nozioni di verità e di validità in etica e in politica. La stessa conoscenza, per i romantici non ha niente di oggettivo. Tutto è dominato dalla "volontà" e dalla "forza creatrice". Nella morale contano di più le buone intenzioni delle conseguenze delle azioni. Ciò è completamente nuovo per l'umanità, e appare a cavallo tra Sette e Ottocento. Solo un secolo prima, nel Seicento, sarebbe stato impossibile, nel caso di un conflitto religioso, imbattersi in un ragionamento del tipo: "D'accordo, come protestante sei un odioso eretico, che conduce le anime alla perdizione, ma il fatto che tu sia sincero e che sia disposto a dare la vita per le fesserie in cui credi, ti rende moralmente ammirevole". E invece è proprio questo uno dei tratti più pervasivi e più duraturi del Romanticismo. E naturalmente anche più problematici. Nei casi peggiori finisce per giustificare, in nome della sincerità e dell'autenticità, anche i comportamenti più assurdi e fanatici. Nel contempo però quell'atteggiamento ha contribuito, in positivo - come ha affermato un grande storico delle idee come Isaiah Berlin - al diffondersi dell'idea, autenticamente pluralistica, secondo cui non esiste una soluzione unica, generale e definitiva a tutti i problemi morali, che diversi valori e diversi modi di vedere il mondo possono coesistere. Certo talvolta possono entrare in conflitto, e trasformarsi in tragedia. Ma allora ci verranno in soccorso proprio quei valori illuministici che i romantici mettevano in discussione: la razionalità, la tolleranza, la democrazia liberale, il pluralismo politico e morale, l'idea dello stato laico, il principio di separazione tra stato e chiesa, ecc. D'altro canto ci sono filosofi, come Heidegger, che hanno sviluppato, sulla scorta

di una visione della verità come “autenticità”, una idea nostalgica di una verità originaria che veicola un messaggio decisamente antimoderno.

D'accordo, ma che cosa spinge le persone a dire la verità? Perché quasi tutti sentono l'impulso a dirla?

Direi che la vera ragione per cui sentiamo l'impulso a dire la verità è che questo fa parte della nostra comune appartenenza alla sfera morale. Oggi spesso sentiamo dire che viviamo un momento di “crisi dei valori”. Ma se guardiamo alle indagini sociologiche che sono state svolte negli ultimi anni notiamo che, nei Paesi occidentali, la gente ha delle idee piuttosto chiare su quali sono le regole morali di fondo da seguire. Come ha osservato un grande sociologo, Raymond Boudon in “Declino della morale? Declino dei valori?” (pubblicato dal Mulino), in tutti i Paesi presi in considerazione dalle indagini sociologiche (Stati Uniti, Canada, Francia, Germania, Gran Bretagna e Svezia) si riscontra una stupefacente resistenza dei valori della famiglia e della fedeltà coniugale, mentre nel lavoro si affermano valori come l'assunzione di responsabilità e le possibilità di autorealizzazione, e in campo politico una difesa coerente della democrazia e una volontà di agire in prima persona nell'arena pubblica, ispirati però non da ideali rivoluzionari ma da una visione riformista accompagnata dal rigetto di ogni forma di estremismo. Sono valori che spingono verso una maggiore considerazione per l'autonomia dell'individuo. Ma “l'individualismo non è in alcun modo una forma di solipsismo - sottolinea Boudon -, non implica affatto che i comportamenti siano percepiti come eguali tra loro, e che ci si impedisca di giudicarli”. Così, per quanto riguarda la verità, si crede sempre meno nelle verità preconcepite, ma si crede comunque nell'esistenza della verità, così come si crede sempre meno che sia facile distinguere ciò che è bene da ciò che è male, ma si accetta l'idea che esista una distinzione tra il bene e il male. Insomma, sembra che la gente sappia evitare le derive del relativismo più estremo. E questo anche grazie a questo senso innato della moralità, del quale il “dire la verità” e il “non mentire” sono parte integrante. A conferma di ciò basta vedere l'atteggiamento che hanno gli americani nei confronti dei loro presidenti. Quando li mettono in discussione, la questione centrale riguarda sempre il sospetto che abbiano mentito alla nazione.

Nello stesso tempo però dire la verità, come diceva il titolo del suo articolo, può essere “rischioso e crudele”. Perché si accetti la verità, occorre che ci sia detta in una forma accettabile?

Certamente. Quanto ho appena finito di dire riguarda soprattutto la verità rispetto a questioni pubbliche di grande rilevanza. Nella realtà quotidiana in realtà non è auspicabile dire sempre la verità. La nostra vita diventerebbe impossibile. Non possiamo vivere bene con qualcuno che, per esempio, ci ricorda continuamente inesorabilmente quali sono i nostri difetti. Saper mentire è fondamentale. Naturalmente entro certi limiti. Che sono quelli della buona educazione, che ci trattiene dal dire verità non solo scomode ma anche inutili nelle diverse situazioni sociali. O che riguardano, per dirla in maniera meno benevola, la naturale ipocrisia che caratterizza la nostra vita sociale. Bisogna avere una grande sensibilità per stabilire quanta verità si può dire nelle diverse situazioni, soprattutto in casi difficili come quello di un medico che deve comunicare al proprio paziente l'insorgenza di una malattia mortale. Per questo la verità può essere crudele. Ma anche rischiosa, come sapevano bene i filosofi dell'antichità. Essenziale per la “parresìa” - così i greci chiamavano la pratica del “dire la verità” - è che la verità venga detta ai potenti e a partire da una situazione di svantaggio. Essa comporta dunque una forte dose di rischio, come quello che corse Diogene il cinico, durante il suo famoso colloquio con Alessandro Magno. La prima cosa che gli disse fu: “spostati dal sole, mi fai ombra”. Racconta Dione Crisostomo che “Alessandro fu allo stesso tempo positivamente colpito dalla sfacciataggine dell'uomo e dalla compostezza con cui non si mostrava intimidito dalla sua presenza. Infatti, è in qualche misura naturale che i coraggiosi amino i coraggiosi, mentre i vigliacchi guardano a essi con timore e li temono come nemici, e al contrario danno il benvenuto ai vili e li apprezzano. E così per i primi le cose più gradevoli del mondo sono la verità e la franchezza, per i secondi l'adulazione e l'inganno”. Tuttavia, durante l'incontro più volte Alessandro pose mano alla spada, irritato dalle verità di Diogene.

Un articolo uscito su Il Giornale critica Salvatore Natoli con un titolo che dice che la verità per lui è un gioco di parole. Non è terribile pensare all'inesistenza della verità?

Eviterei di drammatizzare. In realtà la verità è un concetto molto articolato, a anche piuttosto difficile da afferrare. Non credo che Natoli meriti la critica di voler ridurre la verità a un gioco di parole. Comunque va notato che di fatto tutte le morali conosciute condannano la menzogna. E questo dovrà pur dirci qualcosa. Potremmo però rovesciare anche questa affermazione dicendo che non c'è morale laddove in realtà non c'è menzogna o almeno capacità di mentire. Ci sono molti studi psicologici sul tema. Per esempio lo psicologo dell'età evolutiva Piaget ha sempre insistito sul fatto che la prima esperienza veramente importante del bambino nella formazione della morale, del senso di sé, è proprio la capacità di mentire, la scoperta della capacità di raccontare una bugia. Per mentire è infatti necessaria una grande capacità di astrazione, da un lato, e dall'altro la capacità di mettersi nei panni degli altri, cioè di coloro dal cui punto di vista la bugia. Dovrà essere creduta. Due elementi che sono fondamentali per l'esperienza morale.

Dunque la verità resta un problema importante. Ma come facciamo a riconoscerla?

È una questione tutto sommato di capacità individuale. La difficoltà nasce dal fatto che, come abbiamo visto, la verità, nei suoi aspetti pratici, mette in gioco diverse virtù: la franchezza e il coraggio, nel caso della "parresia"; oppure la gentilezza e la carità, nel caso delle bugie pietose che ci diciamo quotidianamente. Un'altra virtù riguarda l'idea di verità in sé. È quella della "coerenza". Attraverso di essa forse possiamo pensare a una immagine diversa della verità da quella che abbiamo evocato all'inizio di questa nostra conversazione. Me lo lasci dire con una storiella. Vera, si intende. I dorzé etiopici sono convinti che i leopardi siano animali cristiani, come lo sono loro, e che quindi - come prescrive la chiesa copta - rispettino il digiuno il mercoledì e il venerdì. Tuttavia, se si chiede ai dorzé perché montino la guardia anche in quei giorni, la risposta è: "Dobbiamo difendere il bestiame dai predatori. Soprattutto dai leopardi!". In questo atteggiamento non vedono nessuna contraddizione: un conto - dicono - sono le verità religiose, dettate dalla tradizione, e un conto è l'esperienza. Ai dorzé non manca l'idea di ciò che è vero o falso nelle diverse situazioni. Ciò che sembra

manca loro è invece un'idea complessiva della verità, che gli permetta di fare un confronto tra diversi tipi di verità (quelle della tradizione e quelle dell'esperienza, per esempio).

Avere un'idea articolata della verità è una buona cosa. La maggioranza delle persone colte è in grado di passare, nello stesso giorno, dalla lettura di un romanzo di fantascienza a quella di un libro di storia, da un manuale di chimica alla semplice esperienza quotidiana, sapendo che la verità-nel-romanzo è diversa da quella della scienza, della religione e da altre ancora. Però è anche in grado di confrontare i diversi ambiti e di stabilire - all'occorrenza - gerarchie e priorità (riconoscendo che una verità scientifica può valere più di una letteraria, anche se magari in un ambito diverso può avvenire il contrario). Una capacità che non pochi filosofi sembrano non apprezzare molto. Dando, di fatto, ragione ai nostri simpatici dorzé.

La Fondazione e la valorizzazione del patrimonio dell'Ospedale Maggiore di Milano

GIUSEPPE DI BENEDETTO

Nel corso dei secoli l'Ospedale Maggiore fu munito di una dotazione patrimoniale: fonte di reddito a cui attingere per le proprie attività assistenziali e garanzia di autonomia finanziaria. Tale sostanza si venne a creare grazie a lasciti e donazioni e fu sempre incrementata nel corso dei secoli.

Fin dall'origine si poté fare affidamento sulle proprietà delle istituzioni aggregate nell'unico *Hospitale Magnum*, come ad esempio il feudo di Bertinico concesso da Barnabò Visconti all'Ospedale del Brolo nel 1359.

A questa iniziale sostanza, si aggiunse la donazione di edifici e terreni fatta da Francesco Sforza nel 1456 per erigere l'edificio progettato dal Filarete. Nei secoli seguenti, rilevanti concessioni di beni vennero da diverse autorità che assegnarono all'Ospedale i possedimenti di sopresse abbazie: Sesto Calende, da parte di papa Paolo III Farnese nel 1534; Ganna e Morimondo, da parte di Pio IV Medici nel 1556 e 1561; Mirasole da parte di Napoleone Buonaparte nel 1797.

Altrettanto importante però, in ogni tempo, è stata la generosità dei milanesi, che aiutarono l'Ospedale concretamente con i propri beni. Questo radicamento nella città è sempre stato stimato fondamentale: nell'epigrafe celebrativa della istituzione si espresse chiaramente l'idea che l'Ospedale era stato fondato dallo Sforza, ma "una cum Mediolanensi populo".

È impossibile persino conteggiare le decine di migliaia di cittadini che hanno sostenuto economicamente l'Ospedale, ogni categoria della società milanese nei vari secoli è rappresentata. Si possono ricordare personaggi famosi come Bonvesin de la Riva e San Carlo Borromeo allo stesso modo di benefattori che chiesero di restare anonimi. I beni offerti variano dal piccolo obolo agli enormi patrimoni di Giovanni Pietro Carcano e di Giuseppe Macchi, che permisero il completamen-

to del progetto filateriano nei secoli XVII e XIX. Nel Novecento i singoli padiglioni del Policlinico ricordano nella propria intestazione i benefattori che ne hanno permesso l'edificazione.

Il patrimonio del Policlinico, come sopra ricordato, è stato quindi costituito nel tempo e ancora oggi viene incrementato, attraverso atti di generosità dei milanesi, motivati dall'intento di fornire al Policlinico i mezzi necessari per svolgere al meglio la sua funzione, originariamente nel campo dell'assistenza, oggi e sempre più significativamente anche in altri settori di attività (ricerca e formazione) che nel tempo hanno assunto grande rilevanza per lo sviluppo e la qualità dell'assistenza sanitaria.

In relazione a questo processo di formazione e di incremento del patrimonio del Policlinico, la trasformazione dell'Ente in Fondazione assume un valore fondamentale, non solo dal punto di vista emblematico, ma anche sul piano operativo.

È noto che il patrimonio costituisce elemento essenziale di una Fondazione, la quale non può esistere se non dispone di un patrimonio congruo rispetto alle finalità che intende perseguire.

Non solo, ma nella vita della Fondazione il patrimonio deve mantenere queste sue caratteristiche e deve rimanere vincolato allo scopo al quale è stato destinato dai fondatori-donatori.

Appare quindi evidente che la Fondazione si presenta come l'Ente il quale, per sua natura e in relazione alla disciplina giuridica, meglio garantisce la funzione del patrimonio così come individuata nel tempo dai soggetti che hanno concorso all'integrazione e all'incremento del medesimo.

Si potrebbe dire che, per effetto della trasformazione del Policlinico in Fondazione, il patrimonio di tale Ente assume una specifica connotazione sotto il profilo del rapporto di appartenenza, nel senso che, in quanto elemento essenziale della

Fondazione, non è assimilabile al complesso dei beni degli Enti facenti parte del Servizio Sanitario e come tale, quindi, è sottratto alle vicende che nel tempo possono caratterizzare i beni di tali Enti (sono noti i vari passaggi in capo a soggetti diversi che hanno interessato tali beni per effetto delle varie riforme sanitarie).

In altre parole, il patrimonio del Policlinico, a seguito della trasformazione di tale Ente in Fondazione, dovrà rimanere in capo alla stessa alla quale è riservata, attraverso lo Statuto, ogni decisione circa la sorte del patrimonio nella ipotesi in cui la Fondazione dovesse venire meno.

La Fondazione deve quindi farsi garante, verso tutti coloro che hanno concorso a integrare il patrimonio del Policlinico, della conservazione e valorizzazione del medesimo e del rispetto della volontà dei donatori, adottando strategie e modalità di gestione del patrimonio coerenti rispetto a tale volontà che, come detto, è quella di garantire l'esistenza e la migliore funzionalità dell'Istituto.

Con riferimento alla scelta delle strategie e modalità di gestione, va tenuto conto di come nel tempo, e per effetto delle trasformazioni economiche e sociali che si sono verificate, è cambiata la capacità dei beni facenti parte del patrimonio di produrre un reddito, quindi di concorrere alle esigenze connesse con la vita e la funzionalità dell'Ente.

In passato, i beni in questione erano di per sé idonei a produrre reddito (si pensi in particolare ai beni a destinazione agricola) e tale reddito contribuiva a integrare le risorse di cui l'Istituzione aveva bisogno per svolgere la sua attività, sicché la gestione del patrimonio si identificava essenzialmente, o comunque prevalentemente, nella conservazione del patrimonio e nella buona amministrazione dello stesso.

Oggi, oltre alla progressiva riduzione della capacità di produrre reddito, che, tra l'altro, interessa diverse categorie di beni (ad esempio, anche quelli a destinazione abitativa), vi sono altri fattori che rilevano ai fini della individuazione delle strategie e modalità di gestione del patrimonio, non ultime quelle connesse con la necessità di acquisire risorse per riqualificarlo – in particolare quello destinato all'assistenza – nonché con l'esigenza di acquisire complesse e costose tecnologie

sempre più necessarie per svolgere la ricerca e realizzare un'assistenza di qualità.

In altre parole, se in passato la gestione del patrimonio poteva identificarsi essenzialmente nella conservazione e buona amministrazione dello stesso, oggi sempre più frequentemente la "dismissione" di beni facenti parte del patrimonio diventa una condizione essenziale per valorizzarlo, riqualificarlo, riconvertirlo verso obiettivi di maggiore rilevanza per la vita stessa dell'Ente.

La gestione del patrimonio, quindi la garanzia della sua funzione, è diventata più complessa e richiede capacità tecniche, visione strategica e criteri di amministrazione improntati a rigore e trasparenza, implica una serie di valutazioni complesse – sia dal punto di vista tecnico che della buona amministrazione – e, in definitiva, impegna sempre di più la responsabilità in capo agli amministratori; ciò nella prospettiva della conservazione dei beni, ma anche e soprattutto quando si decidesse di alienarne alcuni.

Non è difficile comprendere quanto siano diverse le problematiche di gestione di un terreno agricolo, sempre meno idoneo a produrre reddito da attività agricola, ma sempre più suscettibile di valorizzazioni attraverso mutamenti di destinazione urbanistica, sia nell'ottica della conservazione (iniziative per favorire cambi di destinazione), sia nell'ottica di possibili alienazioni (scelta dei tempi, delle modalità, dei criteri di valutazione, ecc.).

Per far fronte a tale maggiore complessità della materia e alle accresciute responsabilità, gli amministratori dovranno improntare le loro scelte ad alcuni criteri sostanziali e attuarle attraverso le procedure previste dal nostro ordinamento; dovendo queste essere viste come strumenti utili a improntare le attività di gestione a rigore e trasparenza, quindi a meglio garantire la funzione del patrimonio.

Un esame dei criteri sostanziali e delle modalità procedurali da adottare nelle scelte di valorizzazione-dismissione di beni del patrimonio richiederebbe ben altro approfondimento e non è questa la sede per farlo.

È tuttavia utile qualche cenno ai momenti e agli adempimenti più rilevanti.

Innanzitutto l'individuazione dei beni, specie quando si tratta di deciderne la dismissione, assume una rilevanza fondamentale e la stessa deve essere operata sulla base di valutazioni che privilegino, rispetto a tutti gli altri interessi, ivi compreso quello dell'ottenimento delle migliori condizioni economiche, la considerazione dell'utilità presente e futura del bene rispetto alle finalità della Fondazione.

Va anche sottolineato come dalla funzione del patrimonio – che, come già detto, è destinato a integrare un elemento essenziale per la vita e per lo svolgimento dell'attività della Fondazione – derivi, quantomeno come dovere di buona amministrazione, la necessità di evitare di finalizzare gli atti di disposizione del patrimonio, anziché alla valorizzazione e reintegrazione dello stesso, per far fronte alla gestione corrente, specie quando questa possa derivare da inefficienze.

Altro profilo rilevante è la determinazione del valore del bene sulla cui base avviare le procedure di dismissione, determinazione che deve essere fatta con criteri oggettivi, in modo trasparente e con il supporto di valide e riconosciute professionalità.

Quanto, poi, alle procedure di vendita, delle stesse va riconosciuta la rilevanza, nel senso che esse non vanno viste come ostacoli o vincoli negativi alla attività di gestione, ma come momenti di verifica delle diverse offerte di acquisto oltre che - è il caso di sottolinearlo, anche come opportunità offerta al maggior numero di soggetti potenzialmente interessati - di acquisire un bene del patrimonio dell'Ente con la consapevolezza che il corrispettivo offerto, va sì a compensare il valore del bene, ma sarà destinato a reintegrare il patrimonio, quindi concorrerà alla vita e alla attività di un Ente che affonda le sue radici in secoli lontani, ma che continuano a proiettarsi in una città metropolitana che va avanti e che è foriera di insostituibili valori di socializzazione e partecipazione.



Dall'antica Ca' Granda, oggi sede dell'Università degli Studi, particolare del portico filaretiano.

La medicina è malata: dove si nasconde la salute?

GIAN CARLO CALZA

A una festa a Londra, durante la scorsa estate, la schiena preziosa dell'attrice Gwyneth Paltrow, allora in stato di avanzata gravidanza, causò un certo scalpore. Ma non, come si penserebbe, per la sua eburnea bellezza e la forma elegante, quanto piuttosto per l'essere costellata di antiestetici e sospetti marchi rossi che ne deturpavano la splendida pelle. È impossibile che questo genere di cose, soprattutto quando ostentate, possano resistere a lungo alla curiosità generale. E così emerse che la celebre attrice si stava sottoponendo a una cura di sanguisughe. Non è chiaro se l'immagine che ne scaturiva delle viscide e ripulsive bestiole sull'algida schiena della bella attrice avesse una funzione più pubblicitaria che curativa, ma, comunque sia, resta il fatto incontestabile che esse furono utilizzate. Questo fenomeno può essere assunto a evento simbolico di una situazione socialmente assai più complessa delle ultime tendenze mediche pre moderne ed eterodosse a cui degli individui tendono a sottoporsi, e soprattutto se di moda.

Mi riferisco al fenomeno di spostamento di una cospicua parte dei pazienti verso forme alternative alla nostra medicina classica. Esso sembra in parte dettato da esigenze di trovare, appunto, vie alternative all'attuale medicina occidentale, in parte a puri fenomeni di moda. Se si collega questa situazione alla profonda crisi di ripensamento che le nostre professioni della cura occidentale della salute stanno attraversando, forse non tanto legate alle conquiste della medicina in sé quanto al rapporto che con essa oggi ne hanno i suoi operatori, soprattutto medici e infermieri, ne viene fuori un quadro preoccupante ancorché ricco di possibili sviluppi.

Nella sua prefazione al libro di Beppe Rocca *La cura della salute. Sapere, equilibrio, partecipazione* (Edizioni Minerva Medica, Torino 2004,

Euro 22,50) Ferruccio Bonino denuncia chiaramente il disagio crescente, sia nei pazienti da un lato sia nei medici e gli infermieri dall'altro, causato dal rarefarsi del rapporto diretto fra questi tre grandi poli della cura fisica dell'umanità. Un rapporto fagocitato sempre più dallo sviluppo di un quarto, si può dire: intruso? rappresentato dalla scienza medica fine a se stessa, ma ancor più dalle sue applicazioni industriali e commerciali.

Il medico, come l'infermiere, sempre più separati dal paziente dalle nuove tecnologie e da protocolli prefabbricati di procedure curative, stanno perdendo sempre più il rapporto diretto col malato di cui questi ha invece estremo bisogno. E il fenomeno è ulteriormente accentuato dalle nuove vie della chirurgia che allontanano sempre più fisicamente fra loro i due poli di curante e curato. La conseguenza non è solo quella di alienare il senso di fiducia del malato e indirizzarlo verso luoghi con meno procedure, ma più contatto diretto e conforto personali, bensì la non meno grave di privare il curante, medico o infermiere che sia, del valore del proprio agire, dell'importanza diretta, fisica della propria persona e infine del proprio mestiere che viene sempre più fatto dipendere dall'aspetto produttivo e commerciale. La malattia sta avendo il sopravvento non solo sul malato, ma anche sul medico e la procedura sull'esperienza, sulla qualità di comprendere e intervenire, anche a rischio. Tutto questo fenomeno e le sue cause sono illustrati con grande lucidità nel già citato ottimo libro di Rocca. Esso è anche una profonda analisi scientifica, storica e filosofica delle basi culturali e sociali e dei movimenti di pensiero che hanno condotto lungo questi sviluppi. Al sorgere e al tramontare di vie a loro tempo duramente conquistate.

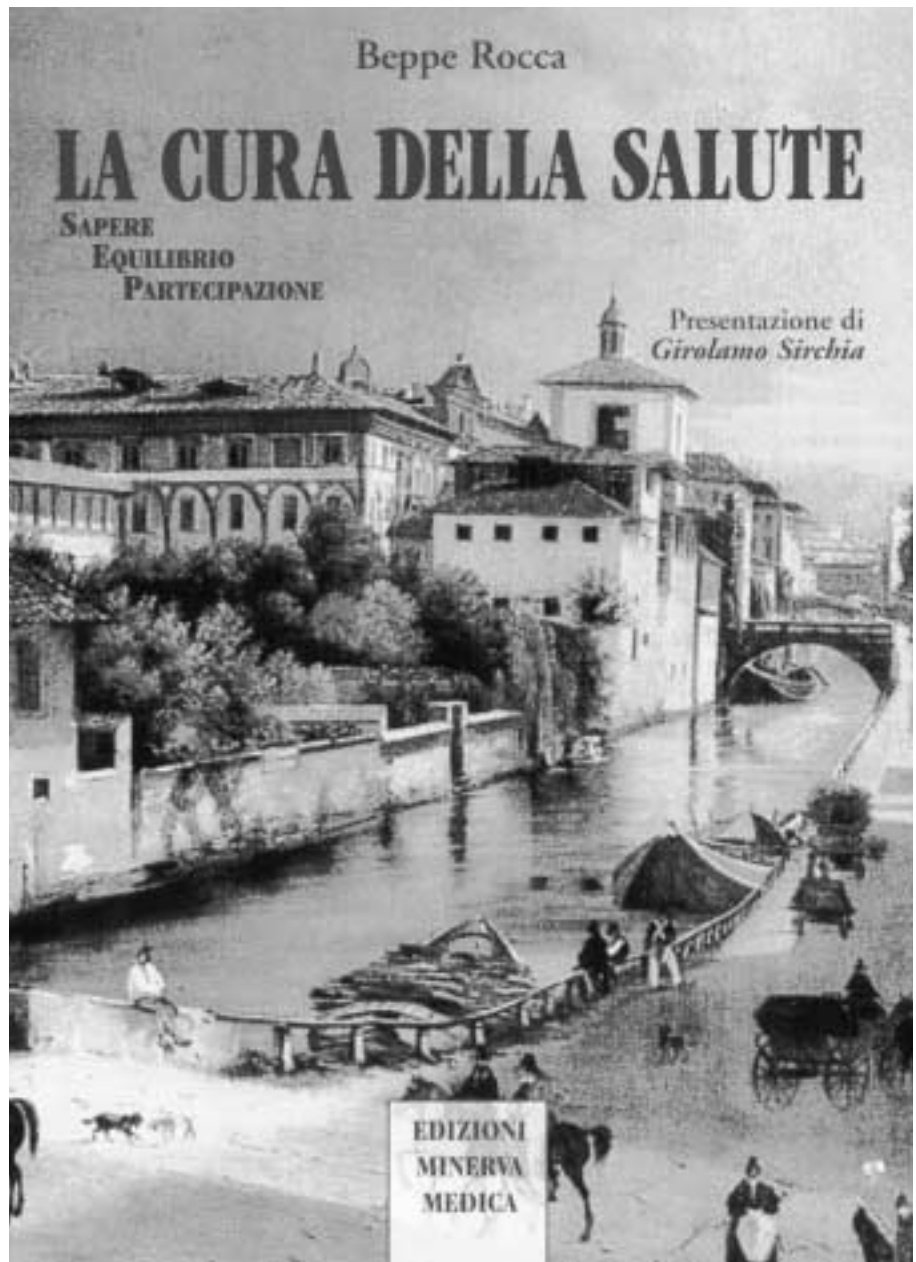
Nello scrivere queste cose, al che ho fatto non poco sforzo per convincermi, mi sono interrogato

Beppe Rocca

LA CURA DELLA SALUTE

SAPERE
EQUILIBRIO
PARTECIPAZIONE

Presentazione di
Girolamo Sirchia



EDIZIONI
MINERVA
MEDICA

su che diritto io ne abbia, incompetente di medicina come sono, al di là della stima personale e ammirazione per il lavoro e la dedizione di Beppe Rocca. In proposito devo ammettere che, quando fui contattato da Bonino e Rocca per partecipare a un loro convegno il 22 febbraio 2003, avevo già di queste resistenze. Anzi, in un primo momento, pensai addirittura a un errore di persona. Ma con la loro insistenza cortese, essi mi aprirono un inaspettato spiraglio sostenendo che il mio libro (*Stile Giappone*, Einaudi, 2002) conteneva degli spunti utili per la loro ricerca. Da questa loro vittoria sulle mie reticenze scaturì un rapporto estremamente interessante con loro e con me stesso. Così mi trovai a chiedermi: se facevo fatica ad accettare che un libro su una grande civiltà e le sue concezioni estetiche potesse portare un valido contributo a una metodologia scientifica e sociale, come potevo essere sicuro di non esser finito io stesso in una solida procedura che non contempla l'interazione fra diversi linguaggi umani, cui certamente appartengono che so, chirurgia italiana e teatro giapponese?

Mi coinvolsi perciò in questa avventura della conoscenza e con me diversi amici. Comprendevo quanto la cura del gesto, l'attenzione assoluta dell'atto creativo nella ripetizione infinita di certe calligrafie o di movimenti specifici nella cerimonia del tè, poteva aiutare, per esserne tanto simili, gli atti di un infermiere che prepara gli strumenti per una medicazione o di un chirurgo che compie la propria opera. Inoltre, come ogni via anche questa andava in due sensi e così l'esercizio mi ha portato, anche se non un sapere più ampio, una maggior sensibilità e attenzione. Mi è così venuto naturale di leggere e apprezzare più a fondo, ritengo, un libro straordinario. Un libro che si pone a cavallo fra la medicina tradizionale e quella alternativa. Anzi si pone al centro della via di conoscenza che dolore, malattia e morte indicano all'uomo.

Mi riferisco a *Un altro giro di giostra. Viaggio nel bene e nel male del nostro tempo* di Tiziano Terzani, che ci ha lasciati da qualche mese, il più grande giornalista dell'Asia del Novecento e, con questo libro, grandissimo ricercatore di se stesso e dell'uomo. Alla notizia di avere un cancro, Terza-

ni, pur affidandosi totalmente a un grande centro di ricerca di medicina classica, il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York si tuffò a esplorare anche vie alternative con il suo senso critico che non perdona e, gradatamente, le vie della conoscenza di sé attraverso la malattia: "la cosa divertente è che ci convivo da sette anni. E poi, io e quelli [*i suoi cancri*] siamo una cosa sola e sarebbe stupido pensare: loro ammazzano me, io ammazzo loro. Ce ne andiamo insieme perché siamo cresciuti insieme: e con questo trovo che per me il cancro è stato una benedizione, perché ero ricaduto nella routine della vita e questo cancro mi ha salvato. (...) Il cancro è divenuto una sorta di scudo, di divisione tra me e il mondo da cui volevo staccarmi".⁽¹⁾

Ecco credo che qui stia il punto, finché la medicina, invece di accompagnarci e sostenerci verso la malattia, non certo con l'accettazione passiva, ma con una vigile ricerca di noi come quella qui descritta, prevarrà nel separare il paziente che soffre e il tecnico che applica i suoi protocolli nell'illusione di uccidere la malattia, è improbabile che si possa creare una vera collaborazione per la crescita umana, con o senza un malanno. E questo è il pregio principale del libro di Rocca. Attraverso molte analisi di tipo storicistico, medico, sociale e psicologico egli ha chiaramente indicato che in ogni epoca, in ogni fase del progresso umano c'è stata la conquista di una maggior responsabilità personale invece che ricerca di protezione da questo o quel rischio. Il frutto non è la sicura vittoria sulla malattia e sulla morte, ma il governo di sé dentro il dolore come dentro la gioia. Il sostegno di una guida, attenta più alla nostra condizione che alle proprie teorie, può essere determinante per salvare se stessi. Sia quegli un familiare, un amico spirituale, un medico o un infermiere.

Nota:

1 - "*Una risata mi seppellirà. Colloquio con Tiziano Terzani*" di Marco Zanot in *L'Espresso*, 12 agosto 2004, pag. 112

*La dinamica storico-culturale della medicina nel Novecento**

GIORGIO COSMACINI

“Scienza e umanità”: non era questo un binomio di facciata, ma una vera e propria parola d’ordine che alle soglie del Novecento coinvolgeva la medicina nelle persone di molti suoi rappresentanti. In un clima culturale che, sulla scorta delle conquiste medico-scientifiche del tardo Ottocento (soprattutto nel campo della microbiologia), veniva sempre più celebrando la scienza e la tecnica, risaltavano figure di medici la cui identità professionale era fortemente connotata da valori integrativi di umanitarismo, di filantropia, di apostolato laico, di impegno etico-sociale.

Il nuovo secolo si apriva con la promessa di una igiene applicata alla sanità pubblica e di una tecnologia diagnostica e terapeutica destinate a risplendere *Excelsior!*, come vaticinava un famoso ballo che celebrava il trionfo della luce della scienza sulle forze buie dell’oscurantismo e che ripeteva nel titolo una poesia di Longfellow, voce genuina ottimistica degli Stati Uniti d’America, futuri protagonisti sulla scena mondiale anche nel campo medico-scientifico. Agli inizi del Novecento era comunque ancora il Vecchio Continente, in particolare la Mitteleuropa, a produrre i maggiori avanzamenti nei campi della diagnosi, della profilassi, della terapia: nel 1901 i primissimi premi Nobel toccavano a Wilhelm Conrad Röntgen, scopritore dei raggi X, e a Emil von Behring, inventore del siero antidifterico; e nel 1906 Paul Ehrlich sintetizzava gli arsenobenzoli, capostipiti dei chemioterapici.

Il nuovo secolo si apriva anche con la fiducia che la medicina, incorporando una sempre maggior dose di scienza – fisica, chimica, biologica, microbiologica – ,sarebbe stata in grado di raggiungere uno statuto di massima scientificità con

una messe sempre più cospicua di ricadute tecnopratiche a vantaggio dell’uomo. Un grande clinico rilevava che per la diagnosi di tubercolosi polmonare un esame microscopico dell’espettorato e una radiografia del torace valevano ormai più di una anamnesi dal lungo ascolto e di un esame obiettivo con una lunga auscultazione. Sembrava comunque definitivamente acquisita la figura ideale, qua e là realizzata, di un medico scientificamente preparato, tecnicamente agguerrito, umanamente partecipe, civilmente impegnato, schierato stabilmente a favore della vita nella sua pienezza, contro la morte, la malattia, la fame, la povertà, lo sfruttamento, il dominio incontrollato dell’uomo sull’uomo.

Le due guerre mondiali, l’una interrompendo un periodo di pace semisecolare, l’altra concludendo un ventennio di evoluzione a senso e controsenso, interferirono con questo modello di sviluppo integrato. Tuttavia, all’indomani del secondo conflitto, la *rivoluzione terapeutica* dovuta agli antibiotici (precorsi negli anni prebellici dai sulfamidici) sopraggiunse a debellare una gran parte delle malattie infettive responsabili di mortalità e morbilità elevate. In Italia le tre piaghe endemiche di antica data – sifilide, tubercolosi, malaria – , grazie ai nuovi farmaci antibatterici e antiparassitari (rispettivamente: penicillina, streptomina, DDT), furono cancellate dalla nera lavagna della patologia umana. Era la terapia farmacologica a risolvere i problemi epidemiologici, biologici, medici e, mediamente, sociali che avevano assillato il nostro paese per secoli. Era dunque legittimo confidare che in medicina il culto della scienza per la scienza avrebbe comunque risolto i problemi sanitari della società contemporanea.

Nella prima metà del secolo l’incontro della medicina con la scienza si era diversificato in vari filoni con svariati intrecci. In campo infettivologi-

* Relazione al Convegno A.M.C.I. “Domanda e offerta di salute nell’era della moderna medicina: scienza, modelli, comunicazione”, Parma 18 ottobre 2003.

co, al dogma ottocentesco “il microbo è tutto” era subentrato il relativismo che metteva in luce l’importanza dei fattori costituzionali, interni, di malattia. Il concetto di “predisposizione organica” era stato aggiornato nel concetto di “reazione immunitaria” tenendo a battesimo la neonata immunologia. Tra *biologia della psiche* e *neuroscienze* avevano trovato spazi peculiari la psicanalisi (Freud), la psicologia fisiologica dei “riflessi condizionati” (Pavlov), la neuroistologia (Golgi, premio Nobel nel 1906), la neurochimica (Sherrington). La *biochimica cellulare* aveva rivelato i segreti metabolici racchiusi nei meccanismi ossido-riduttivi (Warburg). La *genetica* aveva rivelato il ruolo svolto dai cromosomi nell’ereditarietà (Morgan). Agli inizi della seconda metà del secolo veniva enunciato il modello della “doppia elica” del DNA, materiale cromosomico vettore dell’informazione genetica (Watson e Crick): l’enunciato dava fondamento teorico-sperimentale alla genetica moderna, costituendo la base di lancio della *biologia molecolare*.

Nei decenni centrali del Novecento altri eventi si compiono. Nel diagramma della mortalità, la linea discendente delle malattie infettive incrocia la linea ascendente delle malattie metabolicodegenerative in un punto cruciale che segna una svolta: è la *svolta epidemiologica*. Le malattie dell’uomo cambiano volto: a quelle infettive, sradicate dagli antibiotici, subentrano quelle metabolicodegenerative: l’aterosclerosi con le sue complicanze (trombosi coronariche e cerebravascolari), i tumori con le loro molte varietà. Eponimi o prototipi delle malattie tumorali o cardiovascolari, “cancro” e “infarto” sono, nella realtà attuale, le “malattie del presente” subentrate alle “malattie del passato”. Il passaggio dalle une alle altre sottintende il passaggio dalla causalità monofattoriale di questo o quell’agente eziologico infettante (la spirocheta della sifilide, il bacillo di Koch, il plasmodio della malaria) alla causalità multifattoriale di più fattori di rischio, insieme convergenti nel determinare questa o quella affezione cardiovascolare o tumorale. I nuovi modelli di malattia fanno riferimento ai comportamenti, agli stili di vita, ai condizionamenti ambientali e socioeconomici non meno che ai fattori genetici, costituzionali, biologici, biomolecolari.

Negli anni Settanta due ulteriori eventi, entrambi di portata rivoluzionaria, sopraggiungono a mutare radicalmente il mondo della medicina e della sanità. L’uno è la *rivoluzione biotecnologica*. Le “biotecnologie”, nate e cresciute sul fertile terreno della biologia molecolare, consentono grandi acquisti in campo terapeutico: nuovi preziosi farmaci sono messi a disposizione, nuovissime terapie geniche sono proponibili con successo in pazienti affetti da malattie genetiche. Si progetta, si intraprende, si perfeziona la mappatura del genoma. Si ha coscienza tuttavia che tutte queste realtà presenti e prospettive future, inerenti all’area teorico-pratica delle “scienze della vita”, delineano problemi non solo conoscitivi, ma anche morali e comportamentali fatti oggetto di riflessione da parte della “bioetica”. Le “tecnologie biomediche”, dal canto loro, segnano l’ingresso in medicina dell’elettronica e dell’informatica. La “bionica” diventa il prolungamento naturale della biologia: suoi campi d’azione sono l’elaborazione di bioimmagini, la modellistica di sistemi biologici, lo studio di biomateriali per protesi e trapianti, la biomeccanica, la bioingegneria.

Nuova frontiera è l’ingegneria genetica.

L’altro evento rivoluzionario è la *rivoluzione anagrafica*, della quale è possibile rendersi conto con uno sguardo retrospettivo e prospettico. Fino al Medioevo la speranza di vita alla nascita (aspettativa media degli anni da vivere) era attestata stabilmente, con oscillazioni legate a carestie ed epidemie, tra i 20 e i 30 anni. Il bilancio era il risultato di un’alta natalità e di un’altrettanto elevata mortalità, specialmente infantile e materna. Stime successive al 1650 indicano da allora un costante aumento della popolazione mondiale, inizialmente dovuto a una forte spinta demografica della popolazione europea, favorita da condizioni di vita progressivamente migliori. Dati attendibili indicano una popolazione mondiale di un miliardo e 600 milioni nel 1900, di due miliardi e 400 milioni nel 1951, di quasi quattro miliardi nel 1975 e di oltre sei miliardi nell’anno 2000.

All’anzidetta trasformazione demografica si aggiunge, nei paesi nord-occidentali del globo, un raddoppio della speranza di vita alla nascita, passata dai poco più di 40 anni d’inizio 900 ai circa 80 anni di fine secolo.

Mentre in certi paesi del sud-est del pianeta, tuttora flagellati da penurie alimentari, da malattie infettive e da guerre tribali (il triplice flagello medioevale ammodernato), la speranza di vita alla nascita non è diversa da quella che caratterizzò nei “secoli bui” del Medioevo l’Europa, in seno a quest’ultima e al Nord-America, grazie a una maggior penetranza dei “fattori di salute” ivi compresi i grandi acquisti della tecnomedicina, la società è sempre più popolata di anziani e di longevi, di sopravvivenuti di tutte le età (dal bambino emopatico politrasfuso al giovane cerebroleso riabilitato, dall’adulto in emodialisi periodica all’anziano portatore di pace-maker o di by-pass aorto-coronarico).

La tecnomedicina contemporanea, con la sua capacità di bloccare il fattore selettivo della malattia – quello che opera nelle società animali selezionando il più forte e eliminando il più debole – sposta sempre più avanti la scadenza media della vita. Ma il tempo di vita in più non tutti lo vivono nella pienezza delle risorse psicofisiche; nella opulenta “società del benessere” molti lo vivono in una multiforme condizione di malessere, segnata da molte emergenze morbose. Si moltiplicano così le situazioni di bisogno, di disagio, di dipendenza e in pari tempo e misura si moltiplicano le necessità curative, assistenziali, socio-sanitarie, “umanitarie”.

L’ottimismo sanitario, di cui si è fatta interprete l’Organizzazione Mondiale della Sanità agli inizi degli anni Ottanta lanciando l’ambizioso progetto “Salute per tutti nell’anno Duemila”, subisce negli stessi anni un duro colpo d’arresto all’impatto con una malattia nuova, l’AIDS, *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*, “sindrome da immuno-deficienza acquisita”, dovuta a un virus, l’HIV, identificato nel 1983, due anni dopo l’esordio della malattia che esso provoca inducendo nell’organismo il tracollo dei poteri di difesa immunitaria e favorendo l’insorgenza di patologie inguaribili.

La malattia irrompe senza preavviso in un mondo supersviluppato, affetto da sicumera, ma tanto culturalmente impreparato quanto biologicamente indifeso. Ciò che sconcerta l’organizzazione della sanità, e non meno la scienza medica, è il fatto

che l’AIDS fa la sua comparsa proprio in una fase storica che si pensava inaugurasse l’era del definitivo trionfo medico-sanitario. La nuova malattia viene a sconvolgere un sistema che si credeva ordinato e consolidato: in quanto infettiva, la malattia appare anacronistica; in quanto impreveduta, appare elusiva della predittiva conoscenza scientifica; in quanto incontrollabile, nella perdurante attesa di un farmaco o di un vaccino con efficacia risolutiva, appare eversiva del sapere-potere della scienza medica; inoltre, in quanto malattia sessualmente trasmessa e preponderante in sottogruppi marginali e “diversi” (omosessuali e tossicodipendenti), appare “perversa” e in contrasto con i valori socialmente dominanti.

Non è la sola contraddizione dell’odierna società benestante, in cui la medicina e la sanità affrontano oggi una pluripatologia molto vasta dove, accanto a poche malattie relativamente frequenti con sempre ai primi posti l’aterosclerosi con le sue complicanze e i tumori con le loro varietà, sono molte le malattie relativamente rare, come alcune affezioni genetiche, e dove accanto a malattie non infettive, come quelle traumatiche e psichiche a incidenza crescente, sono emergenti infezioni come – oltre all’AIDS – l’epatite C, le polmoniti da virus, la malattia da virus Ebola, l’encefalite spongiforme o “malattia della mucca pazza”, senza contare la tubercolosi, riemergente dopo quasi quarant’anni di latenza.

Ma le contraddizioni del vivere quotidiano – tra opulenza e miseria, affollamento e solitudine, industrialismo e inquinamento, competizione ed emarginazione, disoccupazione e stress – comportano una ben maggiore numerosità di fattori di rischio responsabili di situazioni morbose che si chiamano incidenti del lavoro e del traffico, disadattamenti, intossicazioni, disabilità, alienazioni, malattie neuropsichiche. Questa molteplice situazione di *malessere* sanitario, unita alla salute residua dei molti longevi, paradossalmente prodotta dalla stessa società del *benessere*, emerge oggi come un grande iceberg davanti alla coscienza e alla responsabilità di tutti, ma – primi fra tutti – degli operatori sanitari e, in particolare, dei medici. Il problema concerne l’intera popolazione, ma soprattutto gli “addetti ai lavori”.

E allora chiediamoci: qual è stata la dinamica novecentesca degli “addetti ai lavori”, cioè l’evoluzione della professione medica, del “mestiere” di coloro che sono stati testimoni partecipi, e in certi casi e per certi aspetti protagonisti, delle grandi trasformazioni della medicina e della sanità nell’arco del XX secolo?

La dinamica innescata dai progressi scientifico-tecnici, se portava a molti benefici, comportava tuttavia qualche rischio. L’opinione vigente, corrente anche fra molti medici, era che l’avanzamento tecnologico fosse in grado di trasformare il mestiere di medico da pratica tecnico-artigianale con largo margine di approssimazione in attività tecnico-scientifica vicina all’esattezza. Ma l’apparato tecnologico, con la strumentazione che ne era la base e con l’ideologia che ne era la molla era destinato anche a trasformare in prospettiva la considerazione per il malato nella considerazione per la sua malattia, entità nosologica in certo qual senso astratta, astrante dalla concretezza del caso umano.

L’indirizzarsi alla malattia più che al malato faceva sì che il mestiere di medico perdesse gran parte del suo aspetto relazionale. Mentre il medico si *avvicinava* sempre più alla realtà fisiopatologica della malattia per mezzo dell’apparato tecnologico di cui disponeva, questo stesso apparato *allontanava* sempre più la realtà antropologica del malato dall’attenzione e considerazione del medico.

Tuttavia la nuova realtà scientifico-tecnica veniva a modellarsi sull’impronta del meritato prestigio accumulato dal mestiere. Il medico, che si trovava ad avere in mano un farmaco finalmente efficace contro un agente patogeno, per esempio il bacillo tubercolare, tendeva a vedere nel malato tubercolotico, a cui somministrava quel farmaco, un organismo governato dalle leggi della biologia e della patologia, non anche, non tanto, non più, un individuo implicato in situazioni di vita e di lavoro altrettanto, pur se diversamente, patogene.

Il medico “curante” diventava il “terapeuta” che applicava al malato con precisione scientifica e perizia tecnica il farmaco – o l’intervento chirurgico – risolutore. La farmacoterapia, o la chirurgia riparativa o rimozionale, diventava, per così dire, “totalitaria”: il farmaco – o il bisturi – tutto faceva e tutto poteva.

Con il rapporto con il paziente si trasformava il rapporto con la società. Il disimpegno dalla realtà socioambientale della malattia e della salute portava verso una diminuita o scarsa sensibilità per la patologia di comunità e d’ambiente, con esiti spesso inappropriati della medicina nel sociale (leggi burocratizzazione). D’altro lato, l’approccio prevalentemente o esclusivamente riservato alla realtà fisiopatologica – biologica, biochimica, biomolecolare – portava a privilegiare le componenti somatiche e chimico-fisiche dei processi morbosi a scapito delle componenti psicologiche e antropologiche. Ciò implicava, come s’è detto, l’ipertrofia degli aspetti tecnici sugli aspetti relazionali.

La tendenza affermatasi ha trovato il suo potenziamento nei decenni ulteriori. Il medico oggi, ancor più che in passato, è un utilizzatore al meglio dei presidi diagnostici e terapeutici messi a sua disposizione dalla tecnologia e dalla farmacologia più avanzate. Con riferimento al binomio “scienza e umanità” che costituiva la parola d’ordine del medico che si affacciava al Novecento (e con cui ho aperto questa relazione introduttiva), un grande clinico d’oltreoceano, William Osler, diceva che “per il proprio paziente si deve fare non tanto ciò che è umanamente possibile, quanto ciò che è scientificamente corretto”, il che dava per scontato che la medicina fosse una pratica ad alto tasso di “umanità” basata su di una implicita etica della “scienza”.

Oggi ciò significa immettere nella pratica medica soltanto quei trattamenti diagnostici e terapeutici che siano, con provata e chiara evidenza, sicuri ed efficaci. Oggi inoltre, nell’era dell’elettronica e dell’informatica, “l’informazione della salute” acquista un’importanza sempre maggiore sia nel campo della comunicazione, sia in quello dell’educazione (tanto più se, in carenza di un’adeguata formazione professionale del medico e di una promozionale educazione del paziente, essa è investita di una funzione vicariante).

La dialettica del progresso prolunga la *technè* ippocratica della vicinanza tra medico e paziente nella telematica che in medicina può oggi non aumentare ma ridurre la distanza tra i due. Abbiamo ancora negli occhi l’ospedale balcanico e l’o-

spedale mediorientale collegati a distanza con il centro ospedaliero italiano, in un legame molto stretto tra emergenza sanitaria, sofferenza umana e umana solidarietà: è un legame che può stringersi anche nei casi in cui si richieda una telemedicina “domestica”, portata “a domicilio” del paziente per rispondere a problemi e bisogni immediati. In una congiuntura storica in cui l’attualità e il futuro della società multimediale includono l’evento che, quanto a medicina, salute e benessere, la telematica cambia tutto, ma la persona no, si può ben dire: benvenuta tecnologia, sei indispensabile però ... dietro il computer ci dev’essere Ippocrate.

Due mila anni fa era la stagione del medico ippocratico. Ritornare a Ippocrate? Non si tratta di prevedere o proporre antistorici ricorsi, impossibili ritorni. Si tratta, piuttosto, di guardare al futuro indirizzando la scienza, e la medicina che su di essa è fondata, non solo ad accrescere i legami che la stringono alla tecnica, con sempre maggiori ricadute a vantaggio dell’uomo, ma anche ad allacciare i legami che la stringono alla filosofia, con sempre maggior comprensione dell’uomo stesso e del suo mondo.

Oggi che lo sviluppo scientifico-tecnico nei suoi aspetti e poteri più avanzati – come quelli di manipolazione della natura e di clonazione della vita – sembra farsi conflittuale nei confronti dell’umanesimo progressista, sotto il cui segno era nato e cresciuto con l’intento di dare all’uomo maggior benessere e maggior libertà, è giunto il tempo di dare alla tecnomedicina il suo “senso del limite”: un limite che non è uno stop o un divieto, ma una regola etica, una ragione filosofica.

La creazione di Hospice in una grande città è esigenza maturata e che matura di giorno in giorno perdurando purtroppo, nonostante i progressi della scienza e della ricerca, la frequenza dei malati, oncologici e non, in fase terminale.

Messa a disposizione dall'Ospedale Maggiore di Milano una cascina antica di sua proprietà, superati difficoltà e imprevisti di ogni genere e soprattutto ottemperate leggi statali e regionali nel "settore malattie avanzate non guaribili", tenuto conto dei relativi Piani Sanitari nazionali, l'Hospice Brandezzata è in via di realizzazione.

Il prof. Bruno Andreoni, presidente della Fondazione Luogo di Vita e di Incontro (Lu.V.I. Onlus) scrive per noi della difficile, possibile trasformazione di un'antica struttura agricola in un Hospice moderno e di qualità, più felicemente un "Hospice come casa". E ce ne illustra le attuazioni future in campo medico, assistenziale, umano, programmate d'intesa con l'Ospedale Maggiore.

Integrazione al testo di Elisabetta Zanarotti Tiranini.

L' "Hospice" Cascina Brandezzata progetto per la città di Milano

* BRUNO ANDREONI, ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

"Hospice", termine anglosassone ancora poco conosciuto, significa luogo di assistenza e di cure palliative destinato all'accoglienza di malati terminali per cause oncologiche o per altre patologie .

In questo argomento si inserisce il progetto denominato "Cascina Brandezzata".

È elaborato dalla Fondazione Luogo di Vita e di Incontro (Lu.V.I. Onlus) e inserito nel programma regionale per le cure dei pazienti in fase terminale, proponendosi di trasformare la "Cascina Brandezzata" di proprietà dell'I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore di Milano, in luogo di vita e di incontro della comunità con le seguenti diversificate finalità :

- Assistenza a 12 pazienti terminali non assistibili nel proprio domicilio (Hospice).*
- Formazione degli operatori socio-sanitari per tutte le attività previste nella rete assistenziale per le cure palliative (Master universitario interprofessionale).*
- Ricerca nel settore delle malattie avanzate non guaribili (Centro universitario di ricerca).*
- Informazione/educazione della cittadinanza a problemi della terminalità, cioè alle diverse e gravi sofferenze del paziente in fase terminale (Manifestazioni pubbliche).*

* Bruno Andreoni, presidente Fondazione Lu.V.I., docente Facoltà Medicina e direttore Chirurgia Generale I.E.O.

I Piani Sanitari nazionali 1998 - 2000 ("Patto di solidarietà per la salute") e 2002 - 2004 considerano l'assistenza ai pazienti terminali, oncologici e non, come obiettivo prioritario di un progetto di continuità assistenziale che copra tutte le fasi della storia naturale delle malattie: programma "Hospice".

Questo si svolge nel territorio con diversi livelli di intervento assistenziale (domicilio, ambulatorio, day-hospital, hospice), protagonisti dei quali, sono le ASL con i distretti socio-sanitari che devono garantire non soltanto i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria (L.E.A.), ma anche il medico della continuità assistenziale (ovvero il medico di medicina generale, M.M.G.).

La legislazione nazionale e regionale sull'argomento "Hospice" può essere così sinteticamente presentata:

- Decreto Giunta Regionale DGR 39990 (30/11/98) "Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative", con prestazioni remunerate fino a giornalieri circa Euro 252 per paziente;*
- Legge n° 39 (26/02/99) "Interventi urgenti in attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000" con decreti applicativi (circa Euro 159.000.000 per la realizzazione di strutture "Hospice" e circa Euro 77.000.000 per il potenziamento dell'assistenza domiciliare).*

- DGR 31/10/2000 “*Adempimenti conseguenti all’attuazione del Programma nazionale per la realizzazione degli Hospices*”.

Il programma regionale è stato approvato dal Ministero della Salute, insieme con 25 progetti di “*Hospices*”, fra i quali quello della “*Cascina Brandezzata*”; il Ministero ha anche assegnato la prima tranche di finanziamento.

Le illustrazioni (fig.1) mostrano le tappe più significative della ristrutturazione di alcuni locali (es.: stalle), e la loro trasformazione in luoghi e servizi indispensabili per realizzare un “*Hospice*” moderno e di qualità.

L’Ospedale Maggiore di Milano si è impegnato a trasferire alla Fondazione Lu.V.I. per 33 anni il diritto di superficie di parte della cascina e si è impegnato per il completamento dei lavori di ristrutturazione.

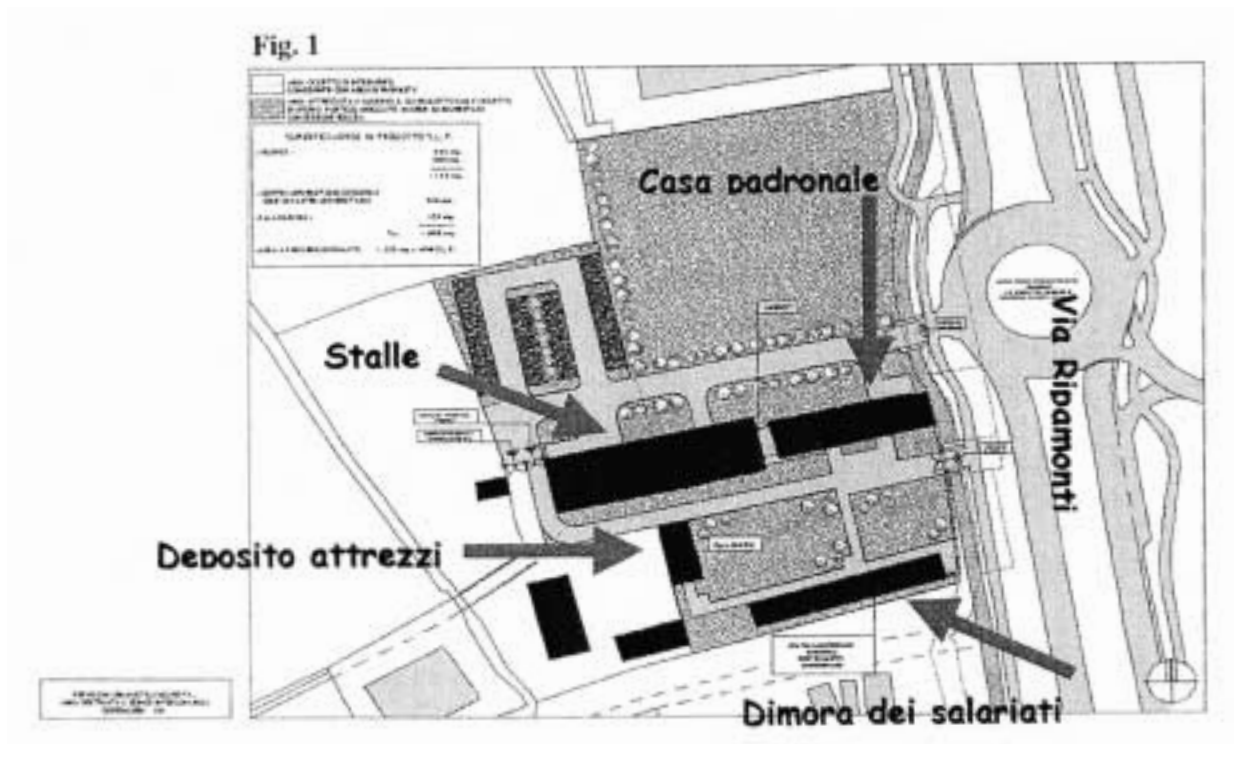
In ottemperanza alla convenzione stipulata tra le parti, la Fondazione Lu.V.I. ha manifestato la

disponibilità a collaborare in forme ulteriori e diverse con l’Ospedale nella gestione della struttura, ad esempio contribuendo alla ricerca (*Centro universitario di studi*) ed alla formazione di personale medico e infermieristico idoneo (*Master universitario interprofessionale*). Ad avvenuta ristrutturazione, l’Ospedale avrà la titolarità delle funzioni sanitarie svolte nell’ambito dell’“*Hospice*” che gestirà direttamente, secondo la normativa statale e regionale, vigente e sopravvenuta.

L’“*Hospice*” si integrerà nell’ambito dei servizi a rete per le cure palliative, programmati ed attuati dalla Regione Lombardia.

La “*Cascina Brandezzata*” nella sua struttura di cascinale lombardo del Trecento, è così costituita:

- casa padronale e stalle con sovrastanti fienili (alle quali è dedicato il progetto “*Hospice*”)
- dimora dei salariati
- deposito degli attrezzi agricoli
- casa colonica (quest’ultima non appartenente alla



Planimetria del complesso Cascina Brandezzata, oggetto di variante al Piano Regolatore, con la nuova viabilità progettata dal Comune di Milano sulla via Ripamonti.

struttura originaria della cascina ed attualmente utilizzata da contadini che coltivano i terreni circostanti).

È già stato elaborato un progetto di ristrutturazione della casa padronale e delle stalle (con sovrastanti fienili), per la realizzazione di un “*Hospice*” di complessivi 820 metri quadrati per 12 pazienti terminali (con relativi accompagnatori, quindi per un totale di 24 ospiti).

Il costo preventivo onnicomprensivo (opere edili e impiantistiche, arredi, varie) ammonta a circa Euro 2.428.000.

Realizzazione e attivazione dell’ “*Hospice Cascina Brandezzata*” hanno seguito rigorosamente iter e leggi, peraltro già citate, stabiliti dalle preposte rappresentanze istituzionali interessate (per esempio: Assessorato all’Urbanistica del Comune di Milano, Ufficio Parco Agricolo Sud della Provincia di Milano).

La Fondazione ha definito nei suoi particolari la ristrutturazione degli altri edifici appartenenti all’antica cascina (dimora dei salariati e deposito attrezzi agricoli) in “*Centro Studi e Formazione per le cure palliative di pazienti con malattie avanzate inguaribili e terminali*” alle cui attività potrebbero partecipare diversi soggetti pubblici e privati interessati: Aziende Ospedaliere (A.O.), ASL, Comune, Università, Fondazione Floriani, Fondazione Lu.V.I., Vidas, Società scientifiche, Ordini e Collegi professionali.

L’Università degli Studi di Milano ha istituito un “*Centro universitario di ricerca e di formazione per le cure palliative nella fase terminale della vita*” con possibilità di attivare corsi didattici di base e di specializzazione per studenti di medicina e di altre lauree sanitarie, medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti (formazione *prae-lauream*, *post-lauream* e formazione permanente) nonché per volontari.

Il progetto “*Hospice Cascina Brandezzata*” si riassume praticamente negli elementi che seguono:

- casa per pazienti terminali, per i quali non sia possibile una dignitosa assistenza domiciliare;
- inserimento nella rete sociosanitaria esistente sul territorio per l’assistenza ai pazienti terminali;
- occasione di formazione: Master universitario interprofessionale “Cure palliative al termine

della vita” con le specifiche già prima menzionate;

- opportunità di ricerca in campo medico universitario riferito soprattutto alle cure palliative.

In sintesi, il progetto attuativo di ristrutturazione edilizia “*Cascina Brandezzata*” è così articolato:

Casa padronale e stalle con sovrastanti fienili:

“*Hospice*” per 12 ospiti con accompagnatore secondo i requisiti indicati nella legislazione nazionale e regionale; ambulatori, palestra, cappella e servizi annessi per le esigenze assistenziali dell’ “*Hospice*” stesso (fig. 2).

Dimora dei salariati:

centro di formazione e ricerca per le cure palliative (fig. 3).

Deposito attrezzi:

sala riunioni (fig. 4).

Invece, la casa colonica con relativo cortile rimane all’Ospedale, e continuerà a mantenere la sua destinazione per l’attività agricola.

Cenni storici

La “*Cascina Brandezzata*” è situata in via Giuseppe Ripamonti, nel basso milanese, ed è attestata sul fontanile del Vigentino, confine naturale fra gli ex-Comuni di Quintosole e di Macconago, oggi Comune di Milano.

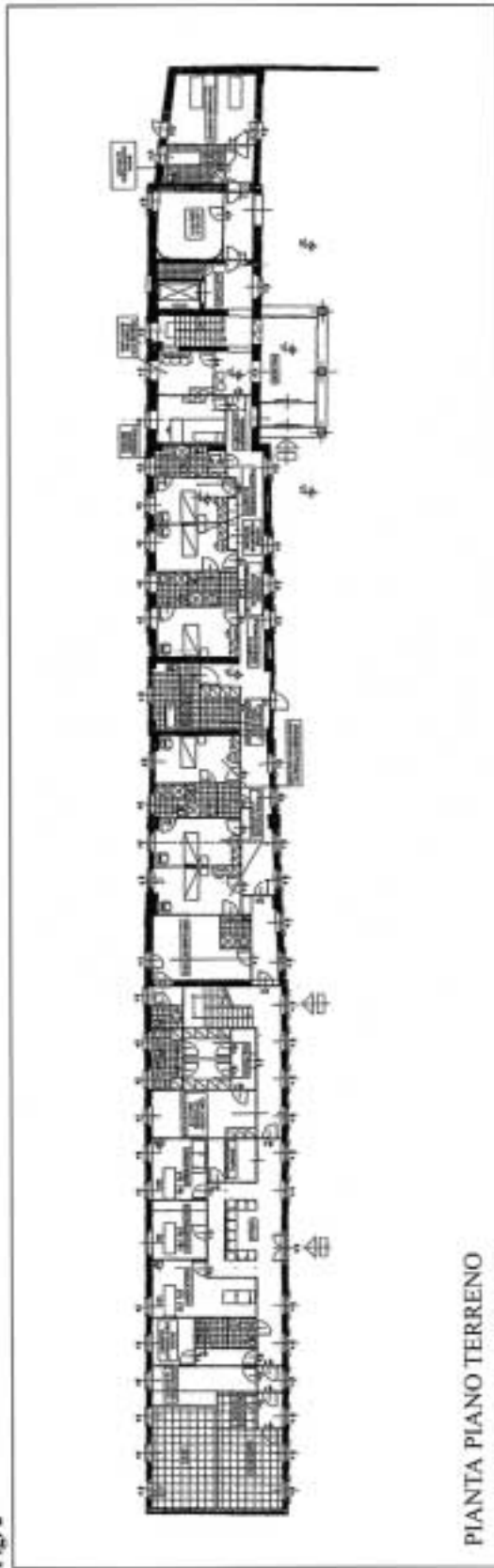
Le origini della cascina risalgono al XIV secolo e sono certificate da documenti depositati presso l’Archivio di Stato di Milano (marzo 1397 - febbraio 1404 - marzo 1414) che attestano l’esistenza di un edificio ospitante una locanda, “*La Taberna de la Brandezzata*”, di proprietà della Certosa di Pavia. Nel secolo successivo, la taverna (pur rimanendo in proprietà ai monaci certosini) si trasformò in cascina, “*La Cassina Brandezzata*” i cui confini delimitanti 414 pertiche milanesi (pari a circa 27 ettari) vengono delineati nella prima mappa del Comune di Quintosole nel 1510. Nello “*Status animorum*” del 1568 vi sono censite 5 famiglie per un totale di 28 persone e già si delinea l’evoluzione della cascina che nel 1774 disporrà di ben 745 pertiche milanesi (pari a circa 49 ettari) di terreno coltivato.

Il 10 luglio 1845, l’Ospedale Maggiore di Milano acquista la cascina, che detiene ancora oggi, da privati che ne erano proprietari fin dall’inizio del

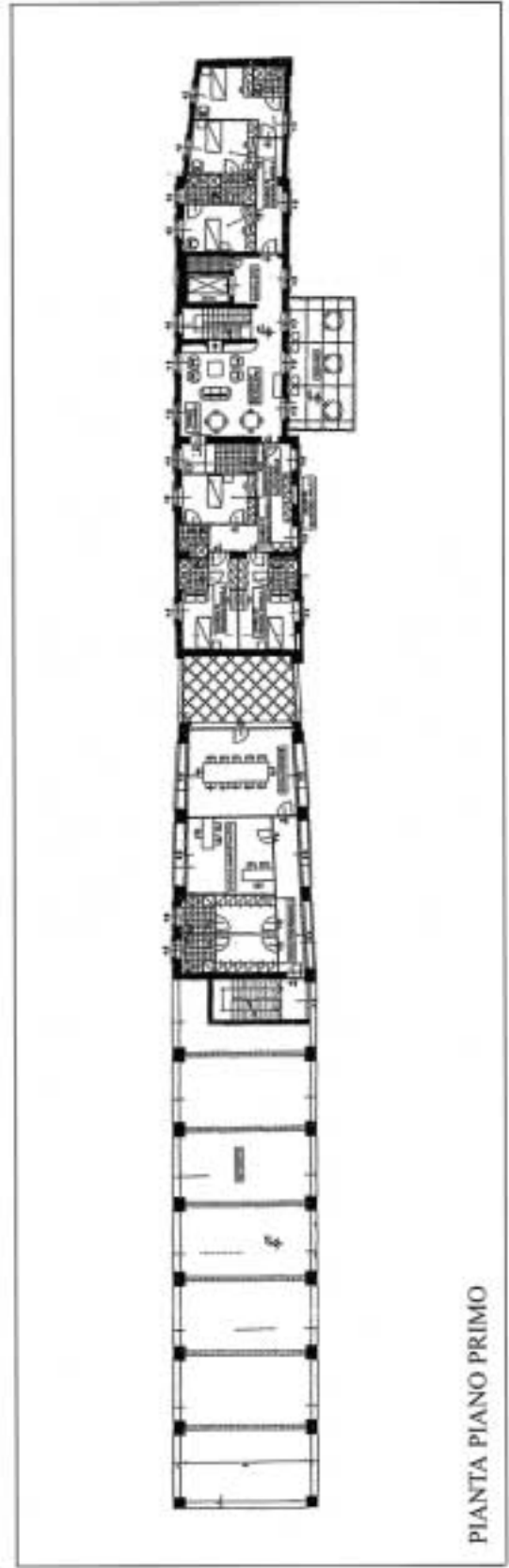
**PROGETTO DI RECUPERO DEGLI EDIFICI
"CASA PADRONALE" E "STALLE CON SOVRASTANTI FIENILI"**

HOSPICE STRUTTURA DI DEGENZA PER MALATI TERMINALI

Fig. 2



PIANTA PIANO TERRENO

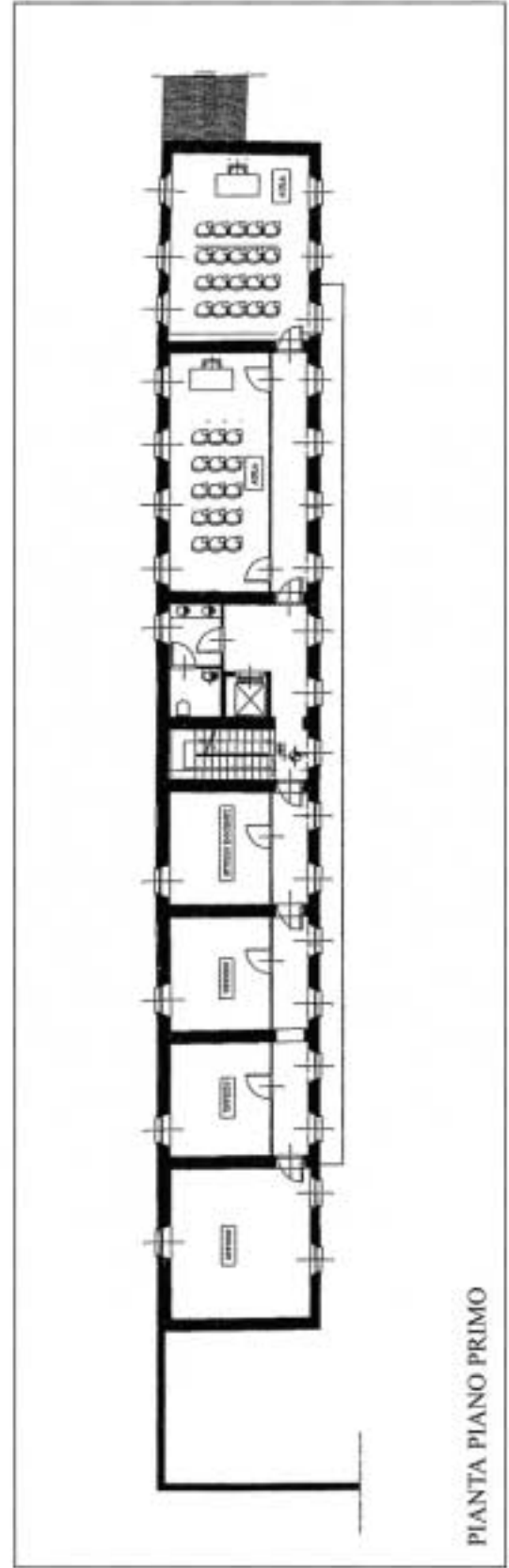
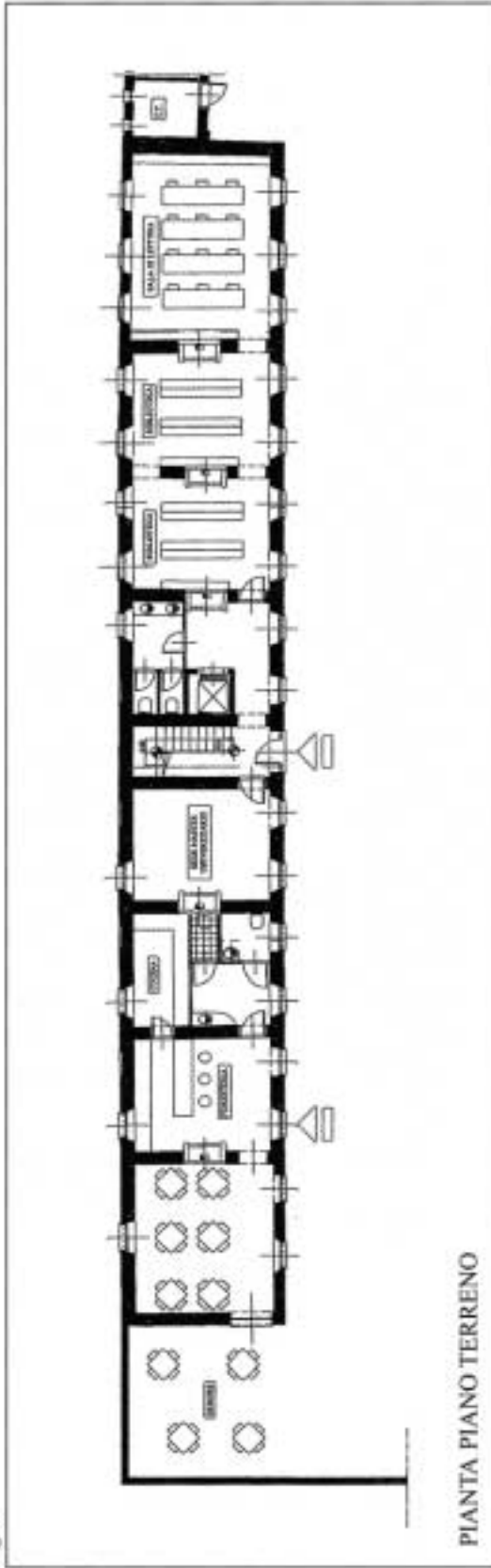


PIANTA PIANO PRIMO

EX DIMORA DEI SALARIATI

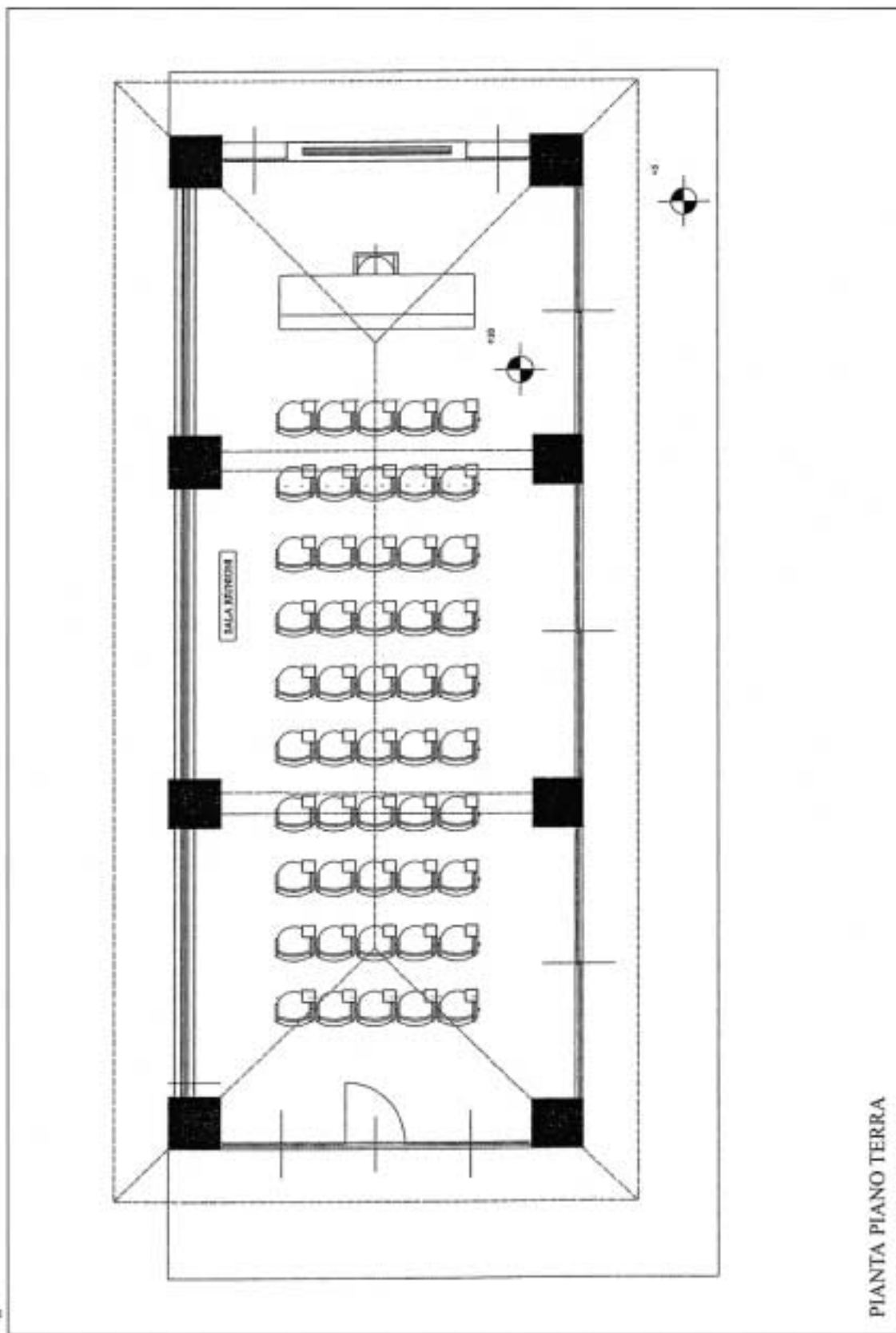
CENTRO UNIVERSITARIO DI RICERCA - SEDE DI MASTER UNIVERSITARIO

Fig. 3



SALA RIUNIONI - ORA DEPOSITO ATTREZZI AGRICOLI

Fig. 4



PIANTA PIANO TERRA

XIX secolo. La lettura della cartografia allegata al contratto di compravendita descrive una dimora a corte monoaziendale, corrispondente a un unico complesso agrario, gestito dalla proprietà coadiuvata dai dipendenti. La cascina risulta costituita dalla casa padronale, dalla dimora dei salariati, dalle stalle sovrastate dai fienili, e dal deposito degli attrezzi agricoli delimitanti l'aia e i due cortili.

Dal 1845 a oggi, la cascina è rimasta in proprietà all'Ospedale Maggiore di Milano che ne dà in affitto terreni ed edifici, ferma restando la destinazione d'uso ad azienda agricola.

Lo stato attuale

La “*Cascina Brandezzata*” ospita attualmente un'azienda agricola che, pur coltivando l'intera tenuta (745 pertiche milanesi), utilizza una parte limitata degli immobili.

La cascina richiede un restauro radicale: la casa padronale e lo stabile che ospitava l'abitazione dei salariati risultano essere in disuso da anni e le loro condizioni statiche o formali sono da risistemare completamente; altrettanto dicasi per le vecchie stalle con sovrastanti fienili, mentre la casa colonica, abitazione del conduttore del fondo, è attestata sulla campagna ed è l'unico edificio in discrete condizioni e di recente impianto.

Il progetto elaborato dalla Fondazione Lu.V.I. si è posto l'obiettivo di verificare la possibilità di ristrutturazione per finalità socio-sanitarie del patrimonio edilizio di uno spazio finora non utilizzato in modo adeguato. Nel caso specifico, è stata scelta e ritenuta idonea la “*Cascina Brandezzata*”, affinché sia trasformata in luogo di vita e di incontro della comunità. L'ipotesi progettuale è stata elaborata utilizzando il metodo della *progettazione partecipata*, attivando quindi una stretta collaborazione fra progettisti, medici, ed altri operatori socio-sanitari.

La stesura del progetto è stata preceduta da una verifica delle previsioni urbanistiche vigenti, allo scopo di accertare l'oggettiva fattibilità dell'intervento. Ha fatto seguito una fase di documentazione e di studio delle realtà esistenti, della bibliografia specifica e della legislazione vigente in materia. Dalle risultanze, ha preso avvio il momento

progettuale partecipato, che ha consentito di definire anche nei particolari l'ipotesi di riconversione ad “*Hospice*” della casa padronale, unitamente ad una proposta di redistribuzione funzionale delle aree esterne e degli edifici di pertinenza.

Gli studi preliminari e la conoscenza delle altre esperienze nazionali e internazionali, già operanti, hanno fatto emergere la scelta di immaginare l'“*Hospice*” non tanto come *ospedale umanizzato*, bensì come *abitazione*: “*Hospice come casa*” è diventato il tema progettuale.

Il modello organizzativo ha richiesto, pertanto, l'eliminazione di ogni tipologia distributiva di tipo ospedaliero, la realizzazione di ampi spazi comuni che ricordino l'abitazione, in cui il soggiorno e la sala da pranzo rappresentano gli elementi focali della casa e il luogo della socializzazione.

Ci si è posti l'obiettivo di valorizzare gli aspetti domestici della struttura fisica che ospiterà l'“*Hospice*” (capriate a vista, pavimentazioni in cotto, colori dalle tonalità naturali e riposanti, nonché arredi di tipo domestico): l'ambiente rurale contrapposto a quello urbano.

Alla luce del nostro progetto, è evidente come un “*Hospice*” possa trovare una sua ideale collocazione naturale in una struttura antica: la casa padronale della “*Cascina Brandezzata*”.

Per concludere, possiamo affermare che funzione precipua dell'“*Hospice*” è quella di collocarsi in una fascia intermedia fra la competenza tecnico-scientifica dell'ospedale e la fraterna accoglienza dell'ospizio medioevale verso i pellegrini, dedicando una particolare attenzione all'aspetto del dolore fisico, psicologico, spirituale non soltanto della persona malata grave, ma anche manifestando disponibilità e comprensione nei riguardi della famiglia.

Questo nuovo tipo di struttura si è reso necessario, perché i nosocomi sempre molto affollati e sempre più specialistici, spesso non sono in grado di ospitare anche degenti per i quali necessitano, oltre alle cure sintomatiche o palliative, una costante affettuosa presenza di parenti e amici in un ambiente più accogliente, efficiente e confortevole.

La scuola di Beslan

Io sono uno che non ha mai finito una scuola in vita sua
Uno che ha sempre pagato per le malefatte altrui
ma ora vengo a te, Beslan,
per imparare davanti alle rovine della scuola tua.

Beslan, lo so, sono un cattivo padre io,
ma davvero dovrò assistere
alla fine di tutti i cinque figli miei
sopravvivendo nella vecchiaia per castigo?

Lo so, non sono in una città straniera
mentre cerco il mio cuore tra i fiotti del dolore
inciso goffamente col coltello
in quell'ultimo banco bruciato della scuola.

Che cosa sarai mai in Russia tu, o poeta?
Paragonato al tritolo, sei un moscerino.
E non abbiamo oggi scusa alcuna
se sulla terra tutto questo accade.

Come ad un tratto lì a Beslan tutto si fonde ancora:
l'inafferrabilità, il caos, l'orrore
l'imperizia di saper salvare senza fare vittime
e al tempo stesso tutte quelle storie di coraggio.

E il passato, guardandoci, trema
e il futuro, promessa innocente,
tra i cespugli si sottrae al presente
che gli spara alla schiena.

Ma la mezza luna abbraccia la croce.
Tra i banchi bruciati e tra i cespugli
come fratelli vagano Maometto e Cristo
raccolgendo dei bambini i pezzi.

Oh Dio dai tanti nomi, abbracciaci tutti!
Che davvero dovremo seppellire senza gloria
accanto ai bambini di ogni credo
noi stessi nel cimitero di Beslan?

Quando andavano i convogli in Kazakistan,
stracolmi di ceceni ammassati l'un sull'altro,
il terrore futuro si stava generando là,
nel liquido amniotico di quei nascituri.

Laggiù, in quella prima culla sempre più cattivi,
si stringevano loro, felici di nascondersi così,
eppur sentivano attraverso il grembo della madre
il calcio dei fucili sulle teste.

E certo non pregavano Mosca
che li confinava nella steppa, dove tutto è piatto e spoglio,
come se per incanto sulla terra
Satana avesse cancellato i monti antichi.

Ma la lama ricurva della luna, lì
tra le fessure nei tetti delle case di terra
ricordava loro il segreto dell'Islam
tra gli slogan sovietici dell'inganno.

E l'arroganza plebea di Eltsin,
e la fanfaronata di Graciov su quella "guerra-lampo"
li spinsero poi verso i primi attentati,
e allora alla guerra non ci fu più scampo...

Le kamikaze cecene portano esplosioni sul petto,
alla vita, e al posto della collana al collo.
E come sempre, tanti più morti si lasciano alle spalle
tanto più basso è il prezzo della vita.

Com'è cambiato il volto del firmamento
la tenebra a Beslan esplose solo per i tank,
e ha sussultato al pensiero della fine
in quella scuola e in quel campo di basket laggiù
la mina innescata da Stalin.

Ma a niente serve la vendetta.
Salvaci, Dio dai molti nomi, dalla vendetta.
Finché ci sono ancora bimbi vivi,
non ci dimentichiamo la parola "insieme".

Nessuno di noi è eroe da solo,
ma dinnanzi alla nuda verità tutti noi siamo nudi.
Io sto insieme ai bambini bruciati.
Sono anch'io uno di loro... Uno della scuola di Beslan.

EVGENIJ EVTUSHENKO
Traduzione di Nadia Cicognini

(da: *La Repubblica*, g.c., 9 settembre 2004)

La relazione del medico con il paziente e la sua famiglia: significato e valori

CARLO LORENZO CAZZULLO

Che cosa è la Relazione medico-paziente?

Sembra un fatto ovvio e conosciuto da tutti, ma è proprio da tutti vissuto e praticato in modo valido e fruttuoso? In verità è l'elemento portante di tutta la Medicina, in tutte le sue specialità, in tutti gli ambienti: il più difficile là ove i rapporti di tempo e di spazio sono più ristretti o costrittivi (ad esempio l'Ospedale).

È un atto consensuale di avvicinamento, una realtà *contigua* e *comunicante* (perché avviene attraverso la comunicazione) che rende possibile l'evocazione delle cose, degli eventi. È una attività che trasferisce beni propri e altrui ad un interlocutore cooperante. È un fatto reale e secondo Balint produce un'evoluzione personale reciproca.

In effetti gli interlocutori sono "diversi" dopo la relazione: serve a riconoscere uno stato di disagio o di malattia, ossia giungere ad una diagnosi attraverso i segni e i sintomi.

I segni sono legati all'emotività, sono un indice di uno stato di ridotta disponibilità. I sintomi sono dati obiettivi legati al giudizio. Il *disagio* è più ricco di segni, la *malattia* di sintomi.

La Relazione medico-paziente facilita il riconoscimento che, secondo Hegel, è il fondamento dell'identità attraverso la comunicazione (parola) culla del reciproco conferimento di identità: favorisce l'alleanza terapeutica. È un antidoto alla caduta della "compliance".

La Relazione ha dei parametri noti che si identificano nella *presenza*, e *l'ascolto*, *la comunicazione*, *il silenzio*, *il corpo*, *il concetto di tempo*, *gli esami collaterali*. *Il codice tecnico* e *il codice relazionale*, *il rapporto con il farmaco*.

a. L'accettazione della *presenza* e dell'*ascolto* tolgono dalla solitudine, dalla *singleness*, ma chiedono sia l'accettazione dell'altro, sia il saper somministrarsi all'altro. Costituirsi cioè come una figura valida e cognita. Rendersi attendibili e disponibili.

b. La *comunicazione* avviene per via verbale attraverso le parole, i simboli, i segni, e per via extraverbale attraverso il *corpo*. La funzione della comunicazione consiste:

- nel far emergere un'esplicita accettazione del compito;
- nel far emergere le cose dall'altro (maieutica);
- nell'attivare la produzione di materiale ideofettivo;
- nel crescere attraverso la frustrazione, la perplessità;
- nell'utilizzare il sapere esperienziale più che il sapere dottrinale;
- prendere coscienza della complessità: non banalizzare alcun messaggio, anche il più breve o presentato "di traverso" o per mezzo di metafore, metonimie, analogie;
- decodificare i messaggi;
- accettare i nuovi messaggi, adeguarsi alle nuove locuzioni linguistiche spesso introdotte dal paziente per sfidare, stupire o saggiare il medico;
- cercare di attenuare la caduta della progettualità per non lasciare aree vuote.

c. Il *silenzio* del malato deve essere prioritariamente accettato e utilizzato con pazienza dal medico: è l'intermezzo fra il detto e il *non detto*, che spesso è significativo quanto il primo. Il silenzio può essere espressione di un rifiuto contingente, una diffidenza, una negazione, un'aggressività. *Rappresenta in ogni caso un movimento di un'attività interiore messa in azione dalla Relazione medico-paziente*. Più frequentemente costituisce l'espressione della difficoltà per il malato di accettare di "porre in mano altrui" la sua persona bisognosa di aiuto.

d. La *comunicazione extraverbale* ha un richiamo emotivo, è un linguaggio interculturale, interrazziale a differenza del *linguaggio verbale* che ha un richiamo intellettuale ed è culturalmente specifico. Il corpo è ricco di simbolismi, di gestualità, elo-

quenti come la parola. Il corpo ha le sue frontiere: la cute ne è l'esempio più palese. Parla con il rosso della eretofobia, con il pallore dell'aggressività. Alcuni dei rituali più dimostrativi passano per la cute, che, per dirla con i fenomenologi è la "porta aperta al mondo". La balbuzie, ad esempio, chiede tempo e mette spazio nella comunicazione, e la qualifica nel controllo dell'aggressività. La caduta dei capelli, come la iperdiaforesi sono un esempio di "allontanamento" del contatto e un regressivo meccanismo di difesa.

Ad esempio in *oncologia* il corpo gioca un ruolo sempre importante, ma sicuramente differenziato a seconda delle sedi del tumore.

È essenziale, infatti, per il vissuto del paziente, avere o non avere cognizione visibile dell'elemento nuovo che ha modificato, a sua insaputa, il proprio corpo. I tumori delle zone di superficie sono controllabili dal paziente nel loro aspetto esteriore e nella loro crescita. Sono quindi nemici temibili, offensivi, deturpanti, ma che hanno un rapporto più conosciuto con il malato che li osserva nelle loro modificazioni e può trarre da questa sorta di vigilanza sensazioni non sempre sgradevoli.

Invece i tumori delle parti interne sono nemici totalmente sconosciuti e incontrollabili. Il malato o cerca di ignorarli, il che consente pause di relativa incosciente tranquillità, o li vive, il più di frequente, come costante minaccia i cui movimenti gli sono sconosciuti. Da questa situazione si sviluppano modalità di difesa di cui il medico deve tenere conto.

e. *Il tempo*, parametro essenziale della nostra vita, accentua nella Relazione medico-paziente la sua duplice fisionomia di tempo cronologico e di tempo vissuto.

È la seconda caratteristica, il vissuto che domina il rapporto. Il paziente ha quasi sempre la sensazione che *tropo poco* sia il tempo che il medico gli dedica. Il tempo passa velocemente, ma non per il malato che vuole per sé il medico e non gli basta la quantità di tempo che gli viene dedicata. È superfluo ricordare d'altro canto le osservazioni magistrali di Balint per cui bastano 5-10 minuti di grande attenzione del medico per trasformare un incontro in una alleanza terapeutica.

Occorre quindi *offrire esplicitamente tempo* al malato e percorrere il tempo del malato, non quello del medico, camminare cioè con lui *nel suo tempo*.

f. *Gli esami collaterali*. Se il medico è convinto della loro necessità, è ovvia l'ammissione che per raggiungere piena conoscenza il sapere medico necessita del sapere tecnologico, peraltro oggi sempre più evoluto. Il *consenso* del malato è ovviamente indispensabile.

Le procedure

a. *Codice tecnico e codice relazionale*

Al riguardo sembra opportuno ricordare che la *prassi medica* deve avvalersi contemporaneamente di un *codice tecnico* e di un *codice relazionale*.

Il primo tipo di relazione è chiamato *relazione tecnica* o *di servizio* (P. B. Schneider, 1978) e si basa su reperti obiettivi, su strumenti, su documenti acquisiti sul paziente (radiografie, EEG, esami ematici, soprattutto farmaci).

Spesso il medico intrattiene una relazione prevalente con gli strumenti e gli oggetti utilizzati. *Il secondo tipo di relazione* è definita *relazione interpersonale* ed è orientata da un modello psicologico, è *centrata sulla persona del paziente* ed attiva nel medico una partecipazione ideo-emotiva più intensa.

b. *Il mantenimento della relazione*. Il rapporto non deve essere didattico, direttivo, impositivo, poiché facilmente il malato reagisce con reticenza o con resistenza al colloquio ulteriore.

Né il medico deve dare la sensazione che egli sia insensibile, quasi asettico e anedonico al racconto del paziente, o per converso egli appaia enfatico o narcisistico.

Il malato ha occhi per vedere e orecchie per sentire: egli osserva e sente ben presto la qualità della partecipazione del medico all'incontro. Pertanto è necessario mantenere sempre la porta aperta alle richieste del paziente soprattutto sulla verità della sua situazione. Il malato diffida, pur desiderandole, delle soluzioni troppo ottimistiche. Dire al paziente la verità è problema sempre incidente, specie in oncologia, come del resto per la schizofrenia perché non è una esercitazione dialettica. Un sostanziale accordo verte sulla opportunità di dire al paziente quella verità che le sue condizioni attuali gli consentono di

sopportare, avvalendosi se è il caso dell'istituto della confidenzialità verso i familiari, meno restrittivo di quello del segreto professionale.

Tuttavia il progetto di trattamento, cui si era già accennato, è quello che convince il paziente e mobilita la sua partecipazione attiva: la *presentazione* cioè di un *programma completo* che richiede la sua fedele attività.

c. *Un tertium comparationis* si inserisce nella Relazione medico-paziente con l'uso del farmaco come strumento transazionale.

La terapia farmacologica ne è forse la principale struttura portante. Mediante il farmaco il medico mantiene una forma di presenza quasi costante presso il malato e instaura un tipo di rapporto del tutto particolare in cui accanto a elementi verbalmente espressi viene lasciato ampio spazio a possibili ritualizzazioni, simbolizzazioni e fantasie.

Il farmaco diventa talvolta l'unico tramite tra medico e paziente, specialmente nelle forme di pratica medica burocratizzate o sbrigative.

Da quando la farmacologia clinica ha definito l'effetto placebo in ogni trattamento si evidenziano due aspetti: l'uno *farmacodinamico*, l'altro *psicodinamico* che si influenzano reciprocamente.

Senza comunicazione tra medico e paziente ogni farmacoterapia diventa un rapporto extraverbale manipolato, dove le "cose", i farmaci, rischiano di prescindere dai pensieri e dalle emozioni del malato che può sentirsi non riconosciuto come partecipe di una operazione che direttamente lo riguarda.

È comunque da ricordarsi la norma di H. Lehman che il farmaco va usato nella misura minore possibile, per il tempo idoneo al controllo dei sintomi, va indirizzato in modo quanto più possibile specifico e selettivo.

Il rapporto con i familiari

La famiglia è esposta al disagio e alla sofferenza per situazioni fisiche o psichiche dei suoi membri. Le seconde producono una turbativa molto più grave e profonda che amplifica la sofferenza e altera i meccanismi e le capacità di difesa.

Importanti malattie ad amplificazione sociale coinvolgono intensamente, accanto a coloro che ne sono affetti, anche congiunti e familiari e producono un vasto alone di dolore, di ansietà, di tristezza sino alla disperazione.

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

Questi fenomeni sono stati ben studiati dall'Università di Londra con cui l'Associazione Ricerche sulla Schizofrenia (ARS) e la "Fondazione Legrenzi-Cazzullo per l'Aiuto alla Famiglia" hanno stabilito un collegamento ottenendo per i loro membri attestati di specifica competenza.

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

In genere *l'alta EE* condiziona soprattutto *nella schizofrenia* le recidive con tassi di ricaduta che raggiungono anche il 90%, mentre sono più che dimezzate quando il calore affettivo o l'empatia nei confronti del paziente sono elevati.

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

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

La situazione psicologica precedente dei membri della famiglia gioca sempre il ruolo principale.

Un'alleanza positiva tra la famiglia e il terapeuta contribuisce all'accettazione e all'utilizzazione da parte del paziente sia del trattamento farmacologico sia di quello psicosociale (Hogarty, 1995). È accertato che pazienti maschi tendono ad avere una più bassa compliance in confronto alle femmine. I pazienti giovani sono i più resistenti, sia alle terapie

farmacologiche, sia a quelle psicosociali, sia alla loro associazione. Tuttavia, quando adeguati meccanismi di sostegno e di consenso sociale attraverso mezzi idonei di informazione e di educazione le vengano offerti, la famiglia può riassumere in modo convincente un ruolo forte e positivo.

In sintesi, *l'umanizzazione della medicina* riposa su elementi semplici, ma fondamentali:

- 1 - la *personalizzazione* del rapporto;
- 2 - la armonica e flessibile utilizzazione, da parte del medico e del gruppo operativo, sia di *un codice tecnico* per gli accertamenti somatici sia di *un codice di relazione interpersonale* centrato sulla *intera personalità del paziente* con attuazione di una partecipazione ideo-emotiva che mantenga attiva la fiducia nella collaborazione dell'alleanza terapeutica;
- 3 - la distribuzione della informazione in modo chiaro, aggiornato ed idoneo a quanto il paziente è capace di sopportare e recepire in quel determinato momento;
- 4 - e, da ultimo, nei casi estremi, la capacità di accompagnare il paziente nell'accettazione del mistero del dolore e della morte.

Bibliografia:

Cattorini P., Sala E.: "*Communication and consent in the psychiatric patient*". Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Science 1997, 2: 69-72.

Cazzullo C. L.: "*Il rapporto medico-paziente*". In: Trattato di Psichiatria, Vol. 1, 241-335, Micarelli, Roma, 1993.

Cazzullo C. L.: "*La cultura dello psichiatra e il paziente demente*". Quaderni di Psichiatria, Vol. XVII, n. 1, febbraio 1998, Masson, Milano.

Cazzullo C. L.: "*The autonomy and dignity of the sick person*". Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Science 1997, 2:63-68.

Schneider P. B.: "*Psicologia Medica*". Feltrinelli, Milano, 1978.

Nota:

È prossimo all'uscita un libro su "La relazione umana e il rapporto medico paziente e famiglia", di C. L. Cazzullo e F. Poterzio.



Medici, malati e infermieri in una antica stampa (civiche raccolte A. Bertarelli del Castello Sforzesco di Milano - g.c.)

Rispetto della dignità della persona e tutela della privacy, particolarmente in sanità

GIANCARLO DAL SASSO

Premessa

Il tema della protezione dei dati personali è diventato di attualità anche in sanità con l'introduzione ormai generalizzata del computer nella raccolta dei dati anagrafici e clinici degli utenti. Recentemente mi è capitato di accedere a un ospedale cittadino per una radiografia e ho constatato che sotto le mie generalità erano indicati visite ed esami da me fatti in precedenza, con una precisione anche cronologica superiore ai miei stessi ricordi.

Tale constatazione mi ha dato la sensazione che la nostra privacy o privatezza con i sistemi e i programmi informatici odierni è ormai diventata una cosa di dominio pubblico e quindi la tutela dei dati personali, anche quelli sanitari, nonostante la normativa vigente, diventa ogni giorno più problematica, con la messa in pericolo di ogni residua privatezza.

È pur vero che i segreti e i dati che essi coprono trovano nel nostro ordinamento una tutela penale, con la previsione rispettivamente del delitto di rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio ex art. 326 del codice penale (delitto contro la pubblica amministrazione), nonché del delitto di rivelazione di segreto professionale ex art. 622 c. p. (delitto contro la inviolabilità dei segreti), ma per la sussistenza di detti reati occorre che la rivelazione delle notizie segrete o, in generale, di un segreto professionale avvenga con abuso delle funzioni o senza giusta causa, elementi da accertare in sede processuale penale.

Tuttavia, tale tutela penale, pur importante, non assicurava e non assicura la dovuta tutela dei dati personali, con la opportuna e necessaria emanazione di un codice di protezione dei dati personali, entrato in vigore il 1° gennaio 2004, sul quale ampiamente ci soffermeremo.

Prima di illustrare i contenuti essenziali di detto

codice, specie in ordine al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, riteniamo doveroso indicare alcuni principi etici sulla dignità della persona, ripresi da alcune norme costituzionali in materia di dignità, di libertà e di rispetto della persona umana.

Dignità della persona umana

L'espressione "dignità umana" è un termine che si trova non solo nei grandi documenti politici e religiosi ma nel parlar comune. La Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo del 10 dicembre 1948 già nel preambolo afferma che "Il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti, uguali e inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo".

La Costituzione italiana stabilisce che: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale" (art. 3); "La libertà personale è inviolabile" (art. 13); "La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (art. 32). Il principio della dignità della persona umana è stato ripreso dal Consiglio d'Europa con la "Convenzione sulla protezione dei diritti umani e della dignità dell'essere umano con riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina" (la cosiddetta Convenzione sulla biomedicina, firmata a Oviedo - Spagna - il 4 aprile 1997 e ratificata dall'Italia con legge 28.3.2001, n. 145), che, nell'art. 1, definisce come propria finalità "la protezione della dignità e dell'identità di tutti gli esseri umani e il garantire a ciascun individuo, senza discriminazione il rispetto della sua integrità e dei suoi diritti e libertà fondamentali nei confronti della biologia e della medicina", mentre nell'art. 2 precisa "di considerare il bene dell'essere umano prevalente rispetto all'esclusivo interesse della società e della scienza".

Ma in che cosa consiste e su cosa si fonda la “dignità” della persona umana? A tale interrogativo ha risposto l'autorevole rivista dei gesuiti italiani “La Civiltà Cattolica” con un recente articolo di padre Giuseppe De Rosa dal titolo “La ‘dignità’ della persona umana”, quaderno n. 3701 del 4.09.04, al quale abbiamo attinto e al quale rinviamo per un eventuale approfondimento del tema.

La parola ‘dignità’ (dal latino dignitas) significa eccellenza, nobiltà, valore: perciò ‘degno’ è ciò che ha valore e quindi merita rispetto. “La ‘dignità’ della persona umana significa che questa, per la sua eccellenza, nobiltà e valore merita rispetto” (cfr. C. C., quaderno n. 3701, pag. 372).

La “persona”, secondo il filosofo Boezio (480-526), “è una sostanza individuale di natura razionale” e per il filosofo Tommaso d’Aquino (1221-1274) “la persona è un essere spirituale incarnato in un corpo, che in quanto in sé è autocoscienza e in quanto è per sé è fine a se stesso”.

Ma quali sono i caratteri della persona che ne costituiscono la dignità? Seguendo l’esposizione dello studioso De Rosa possiamo individuare i seguenti, cinque caratteri: 1 - *la razionalità*, cioè la capacità che la persona umana ha di conoscere ciò che è fuori di sé e, nello stesso tempo, di tornare su di sé e sul proprio atto di conoscenza; 2 - *l’individualità*: pur nella molteplicità dei suoi pensieri e dei suoi atti, la persona è unica e una novità; 3 - *l’essere in sé e per sé*, cioè l’essere è autonomo e un fine in se stesso; 4 - *la libertà*, cioè la capacità di determinarsi liberamente; 5 - *la responsabilità*, cioè la persona deve rispondere delle proprie scelte.

Va poi sottolineato un aspetto spesso trascurato e travisato, e cioè che la dignità della persona umana va rispettata anche quando le capacità intellettive e volitive della persona sono gravemente colpite nella loro funzionalità e il suo corpo non è capace di svolgere le sue funzioni essenziali.

Ne consegue che la persona e ogni persona va rispettata anche nell’apparente indegnità della sua vita sia sotto il profilo fisico che sotto quello morale, perché “la persona umana va rispettata anche nella sua indegnità” (cfr. C. C., quaderno n. 3701, pag 380).

Contenuti essenziali del Codice in materia di protezione dei dati personali

Con il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29.07.2003 è stato approvato il testo unico del Codice in materia di protezione dei dati personali (chiamato di seguito ‘codice’), entrato in vigore il 1° gennaio 2004 e composto da 186 articoli. Esso si suddivide in tre parti: I. Disposizioni generali; II. Disposizioni relative a specifici settori; III. Tutela dell’interessato e sanzioni.

In questa sede faremo del ‘codice’ un esame rigoroso anche se non specialistico indicandone i contenuti essenziali, per poi illustrare i principi del trattamento dei dati personali in ambito sanitario, con alcune brevi osservazioni conclusive.

Partendo dalla premessa che “chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano il ‘codice’ garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto della protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali è disciplinato assicurando un elevato livello di tutela dei diritti e delle libertà di cui sopra nel rispetto di semplificazione, armonizzazione ed efficacia delle modalità previste per il loro esercizio da parte degli interessati, nonché per l’adempimento degli obblighi da parte dei titolari del trattamento.

Ne consegue che i sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l’utilizzazione di dati personali e di dati identificativi, in modo da escluderne il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi, possono essere realizzate mediante, rispettivamente, dati anonimi od opportune modalità che permettano di identificare l’interessato solo in caso di necessità.

Per meglio comprendere i contenuti del ‘codice’ è opportuno dare alcune definizioni dei termini tecnici usati: ‘*trattamento*’ è qualunque operazione o complesso di operazioni, concernenti la raccolta, la registrazione, l’organizzazione, la conservazione, la consultazione, l’elaborazione, la modificazione, la selezione, l’estrazione, il raffronto, l’uti-

lizzo, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca dati; *'dato personale'* qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente o associazione; *'dati identificativi'*, i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato; *'dati sensibili'*, i dati personali idonei a rilevare l'origine etnica, le convinzioni religiose o di altro genere, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale; *'interessato'* la persona fisica, la persona giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali; *'titolare'* la persona fisica o giuridica cui compete stabilire le modalità di trattamento di dati personali; *'responsabile'* la persona fisica o giuridica preposta dal titolare al trattamento dei dati personali; *'comunicazione'*, il dare conoscenza di dati personali a soggetti diversi dall'interessato; *'garante'*, è l'organo collegiale, composto da quattro componenti, eletti due dalla Camera dei Deputati e due dal Senato della Repubblica, che opera in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e di valutazione, controllando se i trattamenti siano effettuati nel rispetto della disciplina in vigore, vietando anche d'ufficio il trattamento illecito e non corretto.

Ogni interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile e comunque ha diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante. Ha altresì diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati. Ha inoltre diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

L'interessato deve essere previamente informato oralmente o per iscritto circa: a - le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; b - la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati; c - le conseguenze di un even-

tuale rifiuto di rispondere; d - i soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi.

Vale la pena di sottolineare il principio fondamentale che i soggetti pubblici possono trattare i dati personali di un soggetto interessato soltanto per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, con l'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal 'codice'. I dati personali oggetto di trattamento sono: a - trattati in modo lecito e secondo correttezza; b - raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi, e utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini compatibili con tali scopi; c - esatti e, se necessario, aggiornati; d - pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati; e - conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti.

È altresì rilevante l'obbligo che i dati personali oggetto di trattamento siano custoditi e controllati, anche in base alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico, in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Il trattamento riguarda i seguenti *settori*: lavoro e previdenza sociale; sistema bancario, finanziario e assicurativo; servizi di comunicazione elettronica; ambito giudiziario; forze di polizia, difesa e sicurezza dello Stato; accesso a documenti amministrativi; registri pubblici e albi professionali; ambito sanitario; istruzione; scopi storici.

Ogni settore deve essere dotato di un *codice di deontologia di buona condotta*, sotto il controllo e la verifica del Garante.

La tutela dell'interessato può essere di carattere *amministrativo*, con *reclamo* davanti al Garante, che è una tutela alternativa a quella *giurisdizionale*, che opera con *ricorso* davanti all'autorità giudiziaria ordinaria.

Le violazioni *amministrative* sono punite con sanzione amministrativa pecuniaria, come, ad esempio, la mancata informazione dell'interessa-

to in ordine alle finalità o modalità della raccolta dei dati. Gli illeciti *penali* sono puniti con la pena detentiva della reclusione. Tale ipotesi si verifica, ad esempio, qualora un soggetto pubblico richieda dati personali non concernenti lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

Si precisa infine che chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento dei dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'art. 2050 del codice civile che prevede appunto la "responsabilità per l'esercizio di attività pericolose".

Trattamento dei dati personali in ambito sanitario

Dopo l'illustrazione dei contenuti del 'codice', riteniamo sia utile esporre i principi peculiari del trattamento dei dati personali in *ambito sanitario*, per la rilevanza che ha detto settore per la generalità dei cittadini e degli utenti del servizio sanitario nazionale.

In sintesi, detti principi sono quattro:

1 - *acquisizione del consenso*: gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici e privati devono trattare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute *con il consenso* dell'interessato, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato; *senza il consenso* dell'interessato e *previa autorizzazione* del Garante, se la finalità riguarda un terzo o la collettività;

2 - *misure di rispetto*: gli esercenti le professioni sanitarie, gli organismi sanitari pubblici e privati adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale, fermo restando quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti in modalità di trattamento dei dati e di misure minime di sicurezza;

3 - *rispetto della dignità* dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati;

4 - *formazione del personale*, con la messa in atto anche di procedure dirette a prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute.

Osservazioni conclusive

Dopo l'ampia e dettagliata esposizione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali trattati, ci sembra di poter trarre due conclusioni. La prima concerne la completezza e rigosità delle norme che, se osservate, consentono un'adeguata protezione dei dati con la conseguente tutela della libertà e della privacy del soggetto interessato. La seconda riguarda lo sviluppo crescente dei servizi di comunicazione elettronica che, nonostante le misure tecniche e organizzative adeguate al rischio esistente, per salvaguardare la sicurezza dei servizi, invade sempre più la privacy del cittadino e dell'utente, con il pericolo reale che la libertà e la dignità del soggetto, specie della persona fisica, siano di fatto violate, nonostante le garanzie formali e sostanziali esistenti.

Il progresso tecnologico deve quindi essere accompagnato da una sempre più diffusa cultura del rispetto della dignità della persona umana, di ogni persona umana, cultura da coltivarsi nella scuola, nelle comunità sociali (famiglia; ambiente di lavoro; centri sociali, culturali e sportivi, ecc), nei mezzi di comunicazione (radio; TV; pubblicità), nonché dall'osservanza delle fondamentali regole di deontologia, di buona educazione e di buona condotta, che tutelano la privacy personale dall'invasione dell'occhio sempre più indiscreto del "grande fratello" della tecnologia e dell'elettronica. In altri termini, lo strapotere del 'mezzo' elettronico, anche nel trattamento dei dati personali, può essere arginato non certo dal rifiuto di esso, ma della consapevolezza che il suo uso legittimo va sempre ancorato al rispetto della dignità e della libertà della persona.

Prima indagine curiosa e sorprendente tra i dipinti dell'Ospedale Maggiore e del Pio Albergo Trivulzio tra Sei e Settecento

CRISTINA CENEDELLA

Pittura e assistenza; arte e sanità. Potrebbero sembrare strani binomi. Invece non v'è tradizione più assodata e antica di quella che lega i benefattori degli enti assistenziali e ospedalieri con le migliaia di ritratti eseguiti in loro ricordo.

Ogni ente di antica memoria, che può annoverare insigni mecenati nella storia della propria esistenza, comprende anche una raccolta artistica, consistente, soprattutto, nell'insieme dei ritratti commissionati dallo stesso ente come concreto ringraziamento per l'attenzione ricevuta.

Sono centinaia in Italia, accanto a quelle più famose degli ospedali con una tradizione secolare, come l'Ospedale Maggiore di Milano o quello della Santissima Annunziata di Firenze, le raccolte artistiche sconosciute e nascoste che raccontano la storia di un ente ospedaliero, di un orfanotrofio, di un istituto di carità. E in queste raccolte sono migliaia i volti fermati per sempre sulle tele: uomini e donne, soprattutto anziani, ma anche giovani, ragazzi e addirittura bambini, che occhieggiano, si atteggiano, fanno capolino dalle cornici.

La tradizione è davvero molto antica: dai ritratti dei fondatori dei vari luoghi pii, in genere nobili, alti prelati o addirittura principi e sovrani, si passa, con il tempo, a far realizzare anche i ritratti di personaggi meno conosciuti ma altrettanto munifici. Con il trascorrere dei secoli viene addirittura affermandosi una sorta di diritto contrattuale: le tele vengono commissionate dagli enti solo per coloro che abbiano lasciato una somma di una certa importanza, dichiarata esplicitamente dai consigli di amministrazione a cominciare dall'Ottocento.

Così, lungo lo scorrere del tempo, man mano che le eredità aumentano, si accrescono anche le raccolte pittoriche; l'accrescimento è dovuto a due concomitanti cause, da un lato per effetto della realizzazione dei ritratti gratulatori, dall'altro per il fatto che a volte pervengono ai vari enti anche le raccolte artistiche di proprietà dei benefattori.

È questo, ad esempio, il caso del Pio Albergo Trivulzio, le cui raccolte artistiche hanno inizio proprio dal nucleo di quadri pervenuti con l'eredità del principe Antonio Tolomeo (il fondatore dell'ente), raffiguranti diversi personaggi dell'illustre famiglia.



Quadreria dell'Ospedale Maggiore
Francesco Prato, seconda metà del XVII secolo:
ritratto di *Giovanni Pietro Veggiezzi*.



Quadreria del Pio Albergo Trivulzio
Ignoto, seconda metà del XVII secolo: ritratto di *Ambrogio Casati*.

Il “ritratto gratulatorio” delle raccolte degli enti ospedalieri e assistenziali, offre gli studiosi e al pubblico una sorprendente quantità di livelli di lettura. Oltre all’esame squisitamente artistico, che attesta l’attività di un determinato pittore in un particolare momento, il ritratto offre la possibilità di una lettura realistica e quotidiana dell’ambiente rappresentato (che ha suggestivi risvolti, ad esempio, nella storia della moda), o psicologica per l’immagine del personaggio, con il suo carattere e le sue volontà (spesso concretamente rappresentate), o, infine, testimonia del particolare genere artistico, con i modi e gli schemi suoi propri.

Quest’ultimo punto è particolarmente interessante: il ritratto gratulatorio, infatti, si adegua a una iconografia consueta, che muta con il passare del tempo, ma che ogni pittore conosce e che, per questo, accomuna le tele conservate nelle quadrerie di ospedali ed enti di beneficenza.

Numerosi sono gli esempi di ritratti e iconografie fra loro molto simili, nelle quali le pose sono infatti assai

convenzionali. Solo per fare un esempio banale e certamente noto a tutti, nelle tele dei benefattori ricorre veramente spesso l’immagine del personaggio intento a leggere o a mostrare il proprio testamento: è la pittura di genere, con la quale spesso viene espressa non la veridicità, ma l’immagine che la persona ha di se stessa e della propria posizione sociale.

Scevro da intenti di ricerca stilistica scientifica e particolareggiata e senza altro interesse se non quello legato ad una dilettante curiosità, una iniziale indagine molto divertente, e sorprendente per le affinità che si possono riscontrare, è stata condotta sulle tele appartenenti alle raccolte di due istituti cittadini: l’Ospedale Maggiore e il Pio Albergo Trivulzio, benché le rispettive collezioni siano differenti per quantità e spesso per qualità.

Una delle maggiori quadrerie di enti ospedalieri è infatti quella dell’Ospedale Maggiore di Milano, che conserva la raccolta dei ritratti a cominciare dal XV secolo, subito dopo la sua fondazione, benché molti dei grandi benefattori del Quattrocento siano in realtà rimasti senza alcuna effigie.

La quadreria del Pio Albergo Trivulzio, invece, raccoglie dipinti a cominciare dalla fine del Settecento, con la sua fondazione, a cui occorre aggiungere, però, le raccolte degli altri due enti amministrati: l’orfanotrofio maschile dei Martinitt e quello femminile delle Stelline, risalenti al XVI secolo.

Essendo per il Cinquecento piuttosto esiguo il numero dei dipinti, è stato possibile curiosare tra i personaggi del XVII e XVIII secolo, rimandando a più seria e approfondita indagine l’esame delle tele dei secoli successivi.

Il risultato è sorprendente: se i dipinti potessero presentarsi da loro stessi scorrendo velocemente su una passerella davanti agli occhi dello spettatore, essi sembrerebbero davvero molto simili gli uni agli altri, addirittura stereotipati nei modi, nelle pose, negli oggetti rappresentati, negli sfondi, nei panneggi. Un susseguirsi di impostazioni iconografiche studiate e ripetute, ben conosciute nelle varie botteghe e molto di moda tra i committenti.

Si prenda, ad esempio, il ritratto di Giovanni Andrea Caravaggio del Pio Albergo: quadro di modesta fattura, derivato forse da un analogo ritratto conservato proprio all’Ospedale Maggiore e opera di Bernardo Ferrari tra il 1643 e il 1649. Nella tela trivulziana il testatore è ritratto con un foglio, presumibilmente il proprio testamento, nella mano sinistra, a mezzo busto, con un tendaggio

sullo sfondo. L'abito è quello della moda dell'epoca: dal mantello largo e coprente, con una lunga fila di bottoni, esce l'ampio colletto bianco. Di impostazione molto simile il ritratto di Giovanni Ambrogio Rosate, di Francesco Pagano, della quadreria dell'Ospedale Maggiore. Nonostante la notevole diversità di fattura, l'iconografia è identica: la presenza del tendaggio a sinistra in alto, da cui proviene la luce, la torsione del busto del personaggio, il foglio in mano, gli abiti precisi.

Ancor più sorprendente la somiglianza dei ritratti di Ambrogio Casati e di Tommaso Binago, entrambi di autore ignoto e appartenenti alla collezione del Pio Albergo, con il ritratto di Giovanni Pietro Veggiezzi, del pittore Francesco Prato, facente parte della quadreria del Maggiore. Le tre tele sembrano esercitazioni pittoriche uscite dalla medesima bottega: i personaggi si appoggiano con il braccio destro ad un tavolo, collocato sulla sinistra del dipinto e da cui proviene la luce; vasti panneggi scendono sul lato destro, mentre si vedono colonne ed elementi architettonici sullo sfondo. I vestiti, secondo la moda di metà Seicento, sono identici, così come le pettinature e l'accomodamento di baffi e pizzetto (rigorosamente portati da tutti e tre i personaggi). Il



Quadreria del Pio Albergo Trivulzio. Ignoto, metà del XVII secolo: ritratto di *Giovanni Andrea Caravaggio*.



Quadreria dell'Ospedale Maggiore. Francesco Pagano, metà del XVII secolo: ritratto di *Giovanni Ambrogio Rosate*.

braccio sinistro, leggermente piegato, esce dall'ampio mantello e la mano stringe un oggetto (carta, guanti). In genere lo sguardo è fisso verso lo spettatore.

L'iconografia della ritrattistica è piuttosto rigida non solo per il Seicento, ma anche nel secolo successivo. La volontà di essere ritratti in determinati atteggiamenti, secondo l'immagine che la persona ha di se stessa e della propria posizione sociale, espressa seguendo la moda imperante, si coglie molto bene, ad esempio, nei due ritratti di Giovanni Antonio Parravicini, entrambi di autore ignoto del primo terzo del XVIII secolo, uno appartenente alla quadreria del Trivulzio, l'altro alla raccolta dell'Ospedale.

Da un punto di vista stilistico il ritratto del Pio Albergo, con figura a tre quarti, sembra derivare da quello del Maggiore, a figura intera. In entrambi i casi il Parravicini-

ni è rappresentato con la spada e in abito di gala, secondo la moda del periodo, con tessuti pregiati e sete ricamate, foulard da collo, volants alle maniche, lunghissima abbottonatura, ampie maniche con larghi risvolti. La lunga parrucca a boccoli ricade in parte davanti, sino a metà braccio; in entrambi i casi il Parravicini addita sullo sfondo l'istituto beneficiato; alle spalle una colonna come sfondo e un cartiglio con i dati del personaggio. I due ritratti sono curiosamente speculari, quasi riflessi. In uno il Parravicini è voltato verso destra, nell'altro a sinistra; lo sfondo architettonico nell'uno è collocato a sinistra, nell'altro a destra; speculari anche le braccia in primo piano, piegate, e quelle che additano i due istituti; anche i due cartigli, infine, sono doppiamente speculari, in alto a destra in un caso, in basso a sinistra nell'altro. La curiosità divertente potrebbe essere nutrita con numerosi altri esempi, tra Sei e Settecento, anche per i personaggi femminili, nei quali identiche scollature, identici

monili, collane e orecchini di perla adornano i busti di nobildonne più o meno attempate. E sono davvero numerosissimi i casi di somiglianza nell'impostazione iconografica e addirittura di dipendenza stilistica delle tele dei due istituti presi in esame, dovuti, in primo luogo, alle tendenze delle scuole pittoriche e alle mode imperanti anche nelle realizzazioni artistiche e fortemente influenzate dalla committenza.

Ed è solo con la seconda metà del XIX secolo che la rappresentazione della figura umana si distacca dal conformismo di maniera e sembra dar voce ad un progressivo realismo, senza mai discostarsi, tuttavia, da un'impostazione tradizionale, ma cercando, ciò non di meno, di dar vita al mondo interiore del personaggio e dando voce all'elemento narrativo intrinseco nella vita e nella storia di ogni benefattore ritratto.

Ma questo è un discorso più serio, meritevole di altro tipo di indagine.



Quadreria dell'Ospedale Maggiore. Ignoto, prima metà del XVIII secolo: ritratto di *Giovanni Antonio Parravicini*.



Quadreria del Pio Albergo Trivulzio. Ignoto, prima metà del XVIII secolo: ritratto di *Giovanni Antonio Parravicini*.

Il medagliere dell'archivio storico dell'Ospedale Maggiore

PAOLO M. GALIMBERTI

Tra le collezioni meno note e tuttavia curiose e preziose che l'Ospedale custodisce oltre alla prestigiosa galleria di ritratti dei benefattori, si vuole far conoscere il medagliere, ricco di 186 pezzi, conservato presso l'Archivio storico e da poco oggetto di un paziente lavoro di schedatura.⁽¹⁾

La medaglia è comunemente avvertita come un genere artistico minore, ma bisogna ricordare che minori sono solo le dimensioni di questi oggetti: infatti, fin dall'affermarsi di questa tipologia di opere, nel Rinascimento, frequentemente gli autori sono maestri affermati nel campo della scultura o dell'incisione.

Nella nostra raccolta, tra gli artisti si possono menzionare importanti scultori come Francesco Puttinati (1775-1848), Lodovico Pogliaghi (1857-1950, autore del portale maggiore del Duomo di Milano), Giannino Castiglioni (1887-1972, autore tra l'altro dei busti in bronzo di Mario Donati e di Camillo Rapetti, di proprietà dell'Ospedale), Otello Montaguti (1921). La data più remota riportata esplicitamente è il 1802, ma alcuni pezzi risalgono certamente al XVIII secolo; la medaglia più recente è invece del 1963.

Nella collezione si possono individuare tre



principali tipologie: medaglie o targhe commemorative, onorificenze e premi, medaglie devozionali.

All'interno delle medaglie commemorative i soggetti maggiormente rappresentati sono celebri sanitari quali: Giovan Battista Palletta, Giovanni Rasori, Luigi Sacco, Luigi Devoto, Marcello Malpighi, Giovan Battista Morgagni. Le medaglie furono coniate, oltre che per ricordare medici famosi, anche in occasione di congressi, o di anniversari di istituzioni ospedaliere.

Le onorificenze vere e proprie sono quasi tutte pervenute grazie ai lasciti ereditari dei benefattori; ricordiamo ad esempio le decorazioni militari di Giovanni Ballerio (medico dell'Ospedale, caduto eroicamente nella Grande Guerra) e di suo padre Enrico; notevoli anche la medaglia di benemerita della Croce Rossa e le insegne di commendatore della Corona d'Italia appartenute a Enrico Zonda (grazie al quale fu edificato il padiglione omonimo).

Una serie particolarmente significativa per la storia dell'assistenza ospedaliera è infine costituita dalle medagliette devozionali dell'ordine dei Fatebenefratelli; esse raffigurano sul diritto San Giovanni di Dio con un ammalato e sul rovescio quasi sempre la Madonna. ⁽²⁾

Certamente i pezzi più interessanti sono quelli riconducibili direttamente all'attività dell'Ospedale Maggiore, come ad esempio le medaglie commissionate espressamente per premiare il personale dipendente o per ricordare eventi quali l'inaugurazione dell'Ospedale di Niguarda o il cinquecentesimo anniversario della fondazione. Onorificenze furono concesse all'Ospedale per particolari benemerite, ad esempio per i soccorsi forniti in occasione del terremoto del 1908 in Sicilia e Calabria; l'Ospedale fu premiato anche per la partecipazione alle Esposizioni nazionali di Milano del 1881 e di Torino del 1884. Un premio particolare che vale la pena di menzionare è quello consegnato nel

1851 all'avvocato Vincenzo San Pietro, come amministratore dell'Ospedale Maggiore, da parte dell'Imperial Regio Istituto lombardo di scienze lettere ed arti: una medaglia d'argento per il dissodamento di terreni incolti in Vanzaghello.

I documenti d'archivio ci permettono di ricostruire le vicende che hanno portato alla creazione di questa raccolta e le provenienze delle opere.

Tra gli imponenti lavori di riordino e inventariazione dei documenti e delle pergamene avviati da Pio Pecchiai, direttore dell'archivio ospedaliero all'inizio del Novecento, si devono ricordare anche interventi su altri materiali di interesse culturale. Nel 1912, accertata l'esistenza di medaglie, antichi sigilli e clichés, sparsi in tutti gli uffici, si volle raccogliergli e conservarli presso l'archivio, analogamente a quanto allora appena fatto per le lastre fotografiche. L'archivista, in seguito a sopralluoghi e indagini, riuscì a individuare presso il cassiere dell'Ente otto medaglie, mentre nell'ufficio Economato si trovavano quattro pezzi provenienti dalla eredità del benefattore Achille Nebuloni (1838-1910) e sei punzoni. Al Protocollo furono ritrovati, dopo lunghe ricerche, i due esemplari in bronzo della medaglia di Vittorio Emanuele I, inviati nel 1907 dal direttore del Gabinetto Numismatico di Brera, per incarico del Ministro dell'Interno, affinché fossero conservate in archivio. Non molto dopo, una nuova donazione venne a incrementare la raccolta: nel 1921 Annibale Brambilla, "inserviente espurgatore" presso l'Ospedale, donò tre grandi medaglie raffiguranti i medici Giovan Battista Palletta e Giuseppe Ferrario e il pittore Pelagio Palagi, oltre a un oggetto decorativo in bronzo.

La creazione di un vero e proprio medagliere però si deve far risalire agli anni Trenta, quando si stava progettando e realizzando un museo ospedaliero che valorizzasse le raccolte artistiche e di strumentazione antica. Da una nota del 1937, risulta costituita una collezione che "oltre alle decorazioni dei benefattori e alle medaglie conferite a questa Amministrazione raccoglie una serie di medaglie di medici illustri ed una

Sulla pagina accanto, il medagliere dell'archivio storico.

Da sinistra:

- Giovanni Rasori (1766-1837).

- Luigi Sacco (1769-1836).

- Medaglia d'oro conferita all'Ospedale Maggiore per la partecipazione all'Esposizione nazionale di Milano del 1881.

serie di medaglie di patrioti”. Nel 1938, il nuovo direttore d’archivio, Giacomo C. Bascapè, ne approntò un elenco che enumera più di cinquanta pezzi e, dove possibile, ne indica la provenienza. Si volle anche incrementare tale patrimonio, interpellando diverse ditte: rispose positivamente lo stabilimento Stefano Johnson offrendo cinque medaglie celebrative di medici illustri, coniate tra 1925 e 1936. Anche i privati dimostrarono la propria generosità: appena prima era pervenuta in dono, da parte di Piero Locatelli, una targa di bronzo commemorativa del benefattore dell’ospedale Emilio Pagani. Nel 1940 il direttore dell’Ospedale “Alessandro Mussolini” in via San Luca 6, professor Giovanni Aperlo, offrì 6 medaglie in bronzo commemorative di medici o congressi medici datate agli anni compresi tra il 1844 e il 1873, da lui collezionate e studiate.⁽³⁾

Bisognò aspettare il 1941 perché le medaglie identificate da Pecchiai presso il provveditore, nel frattempo diventate 13, fossero trasferite all’archivio con l’aggiunta di due scatole contenenti vari pesi antichi, monete, gettoni e distintivi diversi.

L’incremento della raccolta ebbe nuovamente impulso nel 1965 quando l’antiquario Riccardo Borgato, avendo appreso dal Bascapè dell’esistenza del medagliere dell’Ospedale, effettuava due donazioni: una prima serie di quindici

medaglie di medici illustri e di congressi sanitari, una seconda di diciotto medaglie, tra le quali dieci dell’ordine ospedaliero dei Fatebenefratelli. Negli stessi mesi Eugenia Ricci offrì in dono quattro medaglie e il prezioso volume “Medaglie commemorative degli XI congressi degli scienziati italiani” del 1914, in memoria di Serafino Ricci (1867-1943) illustre numismatico milanese. Proprio a partire da questi anni la ricca produzione pubblicistica del Bascapè si rivolgeva agli studi di medaglistica⁽⁴⁾, che proseguirà fino agli anni Ottanta su importanti riviste di settore, quali “Italia Numismatica”, “Rivista Italiana di Numismatica”, “Medaglia”, “La Numismatica”. Successivamente al 1965 non è più documentato un ampliamento della raccolta (anche se la consistenza attuale è certamente superiore a quella di allora) né alcuna opera di sistemazione o descrizione.



Medaglia d’argento conferita nel 1908 per meriti all’Ospedale Maggiore.

Bibliografia:

1 - Rivolghiamo un doveroso ringraziamento a Silvia Riva per l’impegno profuso nell’ambito di uno stage formativo.

2 - G.C. Bascapè, *Medaglie di San Giovanni di Dio*, in “Fatebenefratelli”, n.s., a. 31, n. 9-10 (1966), p.426-429; Idem, *La medaglia delle Suore di Maria Bambina con l’immagine di San Giovanni di Dio*, in “Fatebenefratelli”, n.s., a. 31, n. 11-12 (1966), p.465.

3 - G. Aperlo, *Medaglie coniate in onore di anatomici, medici, chirurghi, specialisti italiani dei secoli XVII, XIX e XX* (Contributo alla storia icono-biografica della medicina), in “Rivista di Storia delle Scienze Mediche e Naturali” 4 serie, a. 23 (1932).

4 - G.C. Bascapè, *Il medagliere dell’Ospedale Maggiore*, in “La Ca’ Granda”, (luglio-agosto 1965), p. 9; (novembre-dicembre 1965), p. 22; (maggio-giugno 1966), p. 24.

Il cardinale Ludovico Micara benefattore dell'Ospedale Maggiore

EVA FONTANA CASTELLI

Tra i “recenti” benefattori dell'Ospedale Maggiore si può annoverare il cardinale Ludovico Micara, ministro generale dell'Ordine dei Cappuccini dal 1824 al 1830. Infatti, in seguito all'estinzione dell'IPAB “Orfanotrofio femminile Micara” di Frascati, avvenuta nel 2001, i beni mobili ed immobili appartenenti al patrimonio di quell'Ente sono stati devoluti all'Ospedale Maggiore. La successione è avvenuta secondo quanto sancito dallo Statuto dell'Opera Pia, eretta nel 1875, nel rispetto delle ultime volontà di Ludovico Micara. Lo *Statuto dell'orfanotrofio femminile Micara in Frascati*, approvato con regio decreto 4 marzo 1875, prevedeva all'articolo 97 che: “Quando per qualunque causa o motivo venisse a mancare il fine di questo Pio Istituto, od al suo fine più non corrispondessero le disposizioni di questo Statuto, l'Amministrazione e la Direzione dell'opera, o venissero portate modificazioni alle medesime i beni tanto mobili che immobili ad esso spettanti, andranno a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano”.

Il cardinale, nel testamento “nuncupativo”⁽¹⁾ risalente al 1847, in effetti aveva disposto che gli eredi fiduciari erigessero “Opere Pie, e Opere di pubblica Beneficenza” e che, qualora “per qualsiasi opposizione che ci si facesse non ci fosse dato di impiantare le suddette Opere Pie... con le norme, modi disposizioni, che indicheremo, come se dopo erette ed impiantate si provocasse, o si facesse qualsiasi alterazione, modificazione, innovazione, o deroga sia su quanto avremo noi rispetto ad esse disposto, sia sulle norme...[il testatore] ha nominato suo Erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano...”. Nel testamento non è specificata la motivazione di questa disposizione, che sembra voler “punire” i suoi concittadini, qualora non si mostrassero “degni” di queste Opere, beneficiando un ente, anche se rinomato, tanto “lontano”. Anche le note biografiche raccolte, riguardanti il cardinale Mica-

ra, non permettono di fare luce sul “legame” che lo univa all'Ospedale Maggiore. Infatti i padri Cappuccini iniziarono a prestare la loro opera presso l'Ospedale solo il 24 settembre 1849, successivamente quindi alla scomparsa del Micara. Dopo complesse vicende burocratiche riguardanti la giurisdizione parrocchiale della Ca' Granda, nel 1854, si era stabilito che i padri Cappuccini sarebbero stati soggetti alla giurisdizione dell'arcivescovo: parroco dell'Ospedale sarebbe stato lo stesso arcivescovo, mentre il superiore dei Cappuccini addetti al nosocomio era rappresentante dell'Ordinario con facoltà vicaria delegata. L'opera di assistenza dei Cappuccini presso l'Ospedale fu particolarmente sollecitata in occasione delle epidemie di colera che colpirono la città nel 1854 e nel 1856, e continuò fino al 1860, quando al clero regolare si preferì sostituire il clero secolare.⁽²⁾

Possiamo però lumeggiare l'austera personalità di questo prestigioso benefattore⁽³⁾. Ludovico Micara nacque a Frascati il 12 ottobre 1775, la sua famiglia apparteneva al *ceto civile*, compì i primi studi presso gli Scolopi, successivamente frequentò da esterno il seminario Tuscolano, entrò nell'Ordine dei padri Cappuccini e indossò il saio il 25 ottobre 1794, prendendo il nome di Ludovico da Frascati. Successivamente alla proclamazione della Repubblica giacobina romana, nel 1798 si rifugiò a Napoli dove fu ordinato sacerdote. Ritornato a Frascati nel 1810, esercitò per un breve periodo le funzioni di arciprete della cattedrale, ma il suo rifiuto di cantare il *Te Deum* in onore di Napoleone, lo costrinse a cercare rifugio nelle campagne circostanti per sfuggire all'arresto da parte delle autorità francesi, che successivamente lo arrestarono e lo imprigionarono prima a Civitavecchia e poi a Corneto (oggi Tarquinia).

Fu nel periodo della Restaurazione che Ludovico Micara iniziò la sua ascesa all'interno della Curia

romana e la sua lunga carriera attraversa tutto questo periodo storico: fu dapprima nominato lettore presso il convento cappuccino di Albano, poi, nel 1817, entrò al servizio della Curia in qualità di consultore della congregazione delle Indulgenze, e divenne postulatore delle cause dei santi per l'Ordine dei Cappuccini e padre provinciale a Roma dell'Ordine nel 1819. Nel 1820 fu promosso da Pio VII predicatore apostolico. Fu nominato cardinale *in pectore* da Leone XII, durante il concistoro del 20 dicembre 1824. Il pontefice, che ne apprezzava le doti spirituali e le capacità oratorie, lo nominò anche ministro generale dell'Ordine cappuccino, carica che mantenne per un *sessennio* insieme a quella di predicatore apostolico, anche quando fu elevato al Sacro Collegio, con il titolo della diaconia dei SS. Quattro Coronati. Molteplici furono le cariche ricoperte da Ludovico Micara in diverse importanti congregazioni: Leone XII lo aggregò alle congregazioni dell'Indice, della Disciplina dei Regolari, degli Affari ecclesiastici straordinari e a quella dei Vescovi e Regolari. Pio VIII lo nominò protettore del collegio dei Neofiti, Gregorio XVI lo nominò prefetto della congregazione dei Riti e decano del sacro Collegio. Nella sua lunga vita prese parte ai tre conclavi, che portarono all'elezione di Pio VIII, Gregorio XVI e Pio IX.

L'austerità della personalità del cardinale è testimoniata da varie fonti che, oltre a descriverne l'aspetto solenne e la lunga barba, sottolineano come l'elevazione al cardinalato non avesse comportato alcun cambiamento nelle sue abitudini di vita, conformate rigorosamente alle regole del suo Ordine: continuò ad alloggiare presso il convento dei Cappuccini a Roma, in piazza Barberini, e chiese ed ottenne dal pontefice Leone XII di vestire l'abito cardinalizio di colore marrone, proprio del suo ordine, anziché rosso porpora.

Anche se si tratta di un aneddoto, è tuttavia di qualche interesse ricordare che il poeta Giuseppe Gioachino Belli, quando si trovava in difficoltà finanziarie, nel 1813, trovò ospitalità presso il convento dei padri Cappuccini di Roma, dove svolse per un periodo l'attività di copista, proprio grazie alla protezione del futuro cardinale Micara.

Nel 1837, durante il pontificato di Gregorio XVI, fu nominato cardinale vescovo della diocesi di Frasca-

ti: a consacrarlo, nella cattedrale di Frascati, fu uno dei protagonisti della Restaurazione nello Stato pontificio: il cardinale Bartolomeo Pacca, che era stato vescovo di Frascati dal 1818 al 1821.

Ludovico Micara fu particolarmente attivo e presente nella vita dei suoi figli spirituali. Infatti, oltre ad effettuare opere di ristrutturazione della cattedrale, ripristinò il Monte di Pietà, fondò l'“Accademia Tuscolana”⁽⁴⁾, si fece promotore di opere a favore della vita della comunità, come costruire un mulino e un ospedale, migliorare le condizioni delle strade, erigere un ricovero per fanciulle povere, e per questo sembra che sia entrato in alcune occasioni in conflitto con l'amministrazione cittadina, che forse mal tollerava queste ingerenze.

Ludovico da Frascati morì a Roma il 24 maggio 1847, fu sepolto nella chiesa dei Cappuccini di Roma intitolata a S. Maria della Concezione, e per sua volontà sulla sua tomba fu posto questo epitaffio: *Hic jacet pulvis et cinis, orate pro eo*.

Tra i beni ora pervenuti all'Ospedale Maggiore di Milano si trova anche il ritratto del benefattore. Il dipinto risale al primo quarto del XX secolo ed è forse copia di un originale ottocentesco: raffigura a mezzo busto il Micara con folta barba, in abiti di cappuccino, con zucchetto cardinalizio e croce pettorale; un cartiglio tenuto tra le mani riporta la scritta: “*A Sua Emza / Rema il Sig.e / Cardinal Ludovico / Micara*”.

Nota:

1 - Forma testamentaria desueta: si tratta infatti di un testamento orale in presenza di testimoni, non valido nel codice civile attuale.
2 - M.E. Tosi, *L'arcivescovo di Milano “parroco” della Ca' Granda per antica tradizione*, in “La Ca' Granda”, 2/3 (1996), pp. 15-16.

3 - G. Moroni, *Dizionario di erudizione ecclesiastica*, Venezia, 1847, XLV, p. 185; *Dictionnaire des cardinaux*, publié par M. l'abbé Migne, Paris, 1857, p. 1241; *Porpore fulgenti*, in “l'Osservatore Romano” (7 novembre 1940), p. 2; *Lexicon Capuccinum. Promptuarium historico-bibliographicum Ordinis Fratrum Minorum Capuccinorum (1525-1950)*, Roma, 1951, *ad vocem*; Ph. Boutry, *Souverain et pontife, recherches prosopographiques sur la curie romaine à l'Age de la Restauration (1814-1846)*, Ecole française de Rome, 2002, pp. 429-430;

4. *Il fondatore dell'Accademia Tuscolana*, in “Italia francescana”, 1 (1926), pp. 79-80.

La Divina Commedia in dialetto milanese moderno

f. c.

Ancora un'importante iniziativa nell'ambito della nostra lingua dialettale cittadina: la traduzione integrale della Divina Commedia, autore Ambrogio Maria Antonini, Viennepierre edizioni, titolarità del progetto Associazione Famiglia Meneghina.

La Ca'Granda, per suoi culturali interessi, ha dedicato pagine nel fascicolo di giugno e in altri nel corso degli anni, a personaggi e avvenimenti legati al nostro idioma dialettale.

Qui doveroso ricordare che l'Autore della "lunguissima tremenda impresa dantesca", noto umanista, musicista, letterato ripetutamente insignito di premi prestigiosi nell'ambito di "poesia e prosa in vernacolo milanese", non ha potuto purtroppo vedere la pubblicazione della sua opera, in quanto prematuramente scomparso (1987).

La cura e la revisione dell'opera, durate oltre due anni, sono state affidate da Maria Maddalena Antonini, figlia dell'Autore, a Pier Luigi Amietta e Pier Gildo Bianchi (noti saggisti, scrittori, cultori di poesia milanese). La prefazione è di Giovanni Roberto Sarolli, ordinario di filologia e critica dantesca all'Università di Bari. Le illustrazioni originali sono del pittore milanese Alberto Schiavi.

Dei curatori ricordiamo qui alcune essenziali, se pure frammentarie, indicazioni:

"... Poiché Dante aveva scelto di comporre la sua opera immortale in dialetto toscano, cioè in una lingua non erudita, affinché fosse subito compresa e amata dai contemporanei; ricordato che la traduzione della Commedia in vernacolo milanese era stata ripetutamente tentata almeno per l'Inferno da Carlo Porta, ma mai condotta a termine, nel rispetto e nell'ammirazione affettuosa dell'Autore con l'amore per il nostro idioma e con la collaborazione dell'editore, si è dato avvio al grande impegno..."

"... Si tratta di una traduzione in endecasillabi in terza rima, che seguono quasi letteralmente l'originale dantesco affiancato alla traduzione milanese, nei tre volumi in formato cm 15x21, per complessive 902 pagine, rilegati in tela con sovrimpressioni in oro, 48 tavole a colori, in elegante cofanetto.

Una curiosità: sui tre lati del cofanetto è riprodotta una tavola a colori che raffigura Dante sulla soglia del Convento di Santa Croce a Bocca di Magra, mentre – secondo una leggendaria tradizione – consegna a Padre Ilario il manoscritto de l'Inferno. Lo stesso Antonini, nella sua introduzione, sembra dar credito a questa tradizione e ne argomenta la possibile legittimità (...)."

"... Per la scomparsa dell'Antonini la traduzione completa delle tre cantiche dantesche non poté essere del tutto perfezionata, come certo egli avrebbe ambito, grazie alle sue limature, alle necessarie correzioni, ai suoi continui miglioramenti di cui pure rimane traccia negli originali pervenuti ai curatori di questa edizione e sui quali hanno potuto lavorare (...)."

"... Pur con grande rispetto dei testi in esame, doveroso è sembrato tener fede a una unità grafica nei diminutivi e negli accrescitivi, nei plurali e negli infiniti verbali, nelle doppie e nelle accentazioni, laddove si è riscontrata, nel lungo itinerario poetico, qualche diversità nella grafia usata per un medesimo termine. È emersa talora l'esigenza di ricostruire alcuni brani mancanti (nei riassunti in prosa, introduttivi a ciascun canto), o semplicemente alcuni versi rimasti incompleti per cancellature o ipotesi di correzione; il tutto condotto sempre secondo uno stretto parallelismo coi criteri usualmente adottati dal Traduttore nei confronti del testo dantesco, per rispettare o reintegrare i riferimenti al volgare originario (...)."

“... Le illustrazioni originali sono di Alberto Schiavi, che ha trasferito nel suo linguaggio pittorico moderno alcune delle più suggestive tavole di Gustave Doré, come omaggio all’artista francese. Il suo colorismo esalta le atmosfere dantesche, accendendosi di vampe corrusche nell’Inferno, stemperandosi a tratti nel Purgatorio e sciogliendosi in velature sognanti, rarefatte e disincarnate nel Paradiso (...)”

In appendice oltre a un ricco glossario dei termini milanesi più desueti, si trova un originale saggio di Pier Luigi Amietta nel quale l’Autore segnala quanto della lingua di Dante sia ancora stabilmente e talora insospettatamente incluso nel nostro parlare quotidiano.

“... Ambrogio Maria Antonini, traducendo con endecasillabi e in terza rima (stesso numero di canti, di terzine, di versi) il poema dantesco, ne ha dato una versione viva e aderente al puro linguaggio vernacolo moderno, senza nulla concedere a distorsioni linguistiche che avrebbero potuto costituire facile tentazione.

La sua fatica non è stata inutile, né inopportuna e va salutata come un’ulteriore conferma di quanto scrisse Giuseppe Parini, uno dei nostri maggiori poeti lombardi, a metà del secolo diciottesimo: “Ciascuna lingua è abbastanza perfetta qualora non manchino ad essa quelle voci che si richieggono a poter spiegare ciascuna idea di colui che parla”.

Nella propria traduzione della Divina Commedia, Ambrogio Maria Antonini ha saputo darcene la più efficace dimostrazione ...”.

Siamo viandanti: che cosa ci riserva il cammino?

ELISABETTA ZANAROTTI TIRANINI

“*Tiempo para el destino*” è la dizione in lingua spagnola, che appare come avvertenza luminosa negli aeromobili durante i voli per il Sud-America. Il significato iniziale quantifica il tempo rimanente per giungere a destinazione, però in un ambito ben più ampio, direi infinito, può avere l’accezione del periodo che ci prepara o ci separa dal destino.⁽¹⁾

Se tutto è strettamente connesso con l’evoluzione storica, la medesima è l’espressione tangibile di un viaggio-cammino, la cui datazione di inizio risale a milioni di anni fa, persa nel baratro più oscuro della notte dei tempi.

La psiche dell’uomo, per quanto aperta, eclettica e acuta, presenta limiti fisiologici connaturati alla sua fisicità intrinseca. Quindi, pur sorgendo spontanea l’annosa questione circa i nostri punti di origine, di percorso e di conclusione, non si trova mai la sintesi esaustiva.

E’ costante il rapporto fra anima e mondo a segnare la distanza del viaggio.

Forse, anche per chi è credente, riesce complicato concepire l’esistenza di un Dio avulso da origine, fine, anzi non creato; perché l’eternità, come sinonimo di viaggio perenne, sgomenta la concretezza umana.

Paragonando gli esseri umani a dei viandanti, ognuno con il proprio segreto custodito nell’intimo e generato dai miliardi di neuroni che costituiscono l’“*humus*” dei pensieri, si osserva che fra assoni e sinapsi, tutto si muove a velocità così intensa da non avere confronti con altri apparati del corpo umano, quest’ultimo considerato già nel XVI secolo, come una fabbrica⁽²⁾. Era coeva l’asserzione da parte di alcuni filosofi rinascimentali, seguaci del naturalismo e propugnatori del panpsichismo⁽³⁾, secondo i quali, anche esseri da noi considerati non viventi, avessero percezioni. In realtà, si trattava da sempre e si tratta tuttora, di continue trasformazioni chimiche e fisiche della materia, dovute alle gigan-

tesche e inopponibili forze della natura.

Microcosmo e macrocosmo, in mezzo: l’uomo. Non soltanto per una forma di antropocentrismo, ma perché “*in medio stat virtus*”. Una posizione di equilibrio che ci consente di osservare l’infinitamente piccolo e l’infinitamente grande, tutto sempre in movimento come spinto da un moto perpetuo.

Ognuno di noi è il risultato di un cammino fatto di tappe: dapprima, l’incontro fra due gameti che però, per orizzontarsi sulla posizione adeguata dell’apuntamento, sono stati costretti a superare una gara di velocità ad ostacoli. Successivamente, la creatura formata dalla loro unione, per venire alla luce ha dovuto compiere il percorso più breve e più rischioso della propria vita. Un saluto, al nuovo mondo, contrassegnato dal primo pianto.

Da questo istante, ci si trova nella condizione di viandanti per tutta l’esistenza; breve o lunga, di solito ignota nella sua durata. L’uomo, malgrado sia dotato di un’intelligenza nettamente superiore a quella di tutti gli altri esseri viventi, è la creatura più vulnerabile che necessita di maggiori cure parentali e per più lungo tempo. I suoi primi passi sono insegnati ed accuditi da altri, ormai abbastanza esperti, poi dovrà destreggiarsi da solo.

Un cammino sempre in salita, ripida, tra mille insidie, ostacoli, illusioni, delusioni, pericoli ed incertezze; quale migliore esempio di quello offerto e descritto da Dante Alighieri nella prime terzine della *Divina Commedia*?

Usufruendo anche noi del modello allegorico, rileviamo quanto siano rare le “piazze” per riprendere respiro, riposare o per ammirare un lussureggiante paesaggio. Non osiamo parlare di felicità ma, più limitatamente, di serenità: una situazione formata da istanti anche bellissimi, e altrettanto precari. Sprazzi luminosi e fantasmagorici come fuochi d’artificio che ci catturano e ci affasciano, ma svaniscono in un battere di ciglia. Riflettendo su questo

percorso così accidentato, si nota che le difficoltà e le incomprensioni, spesso, vengono create dagli stessi uomini contro i loro simili, in una sorta di girone dantesco dove la solidarietà si esprime più facilmente solo a parole anziché con fatti pragmatici. E' una forma di autolesionismo o di sadomasochismo nel quale molti, purtroppo follemente, si compiacciono, prosperano e dominano. Storia e cronaca sono dense di esempi incontrovertibili.

Il nostro cammino è il mondo e nel mondo. Mondo che pensiamo malato. In realtà non è mai stato sano, perché come affermava il filosofo Giambattista Vico (1668 - 1744), rompendo la mediocrità con la sua geniale dottrina, spiegava l'atteggiamento umano di ritorno allo stato di ferinità con l'avvicinarsi dei famosi corsi e ricorsi storici.

Qualcuno collegherà questi concetti ad una natura pessimistica, (o matrigna secondo Giacomo Leopardi), invece si tratta di essere realisti per trovare la forza, soprattutto in se stessi, affrontando con coraggio e determinazione le situazioni, tentando di risolverle positivamente e celermente, se possibile.

Ogni "viandante" custodisce nel suo intimo una mentalità ed un bagaglio di esperienze, cioè un patrimonio assai prezioso, tale da forgiare il carattere. Può apparire impietoso parlare di "selezione naturale" di stile lamarckiano e darwiniano riferendoci ad alcune persone che non ce la fanno a sopportare il mondo. Spontaneamente, decidono di uscirne per sempre, travolti dagli eventi o dalla convinzione di non essere più in grado di fronteggiarli con dignità.

Questo è un momento di tristezza infinita, di sconfitta non solo per la persona in causa che decide di arrendersi, ma per noi tutti, un banco di prova per la nostra sensibilità.

Quando il cammino si fa ripetutamente duro e faticoso, ci si ferma, assaliti da dubbi e inquietudine; risorsa della mente umana è la razionalità che deve e può cercare di bilanciare sentimenti e sensazioni a seconda delle circostanze, degli interlocutori, del momento.

Non riuscire a sopportare il mondo sta a significare che la solitudine e la conseguente depressione (mali non soltanto della nostra epoca, peraltro sempre esistenti, a suo tempo forse solo meno documentabili), hanno raggiunto il fondo dell'abisso o superato la

soglia di tolleranza riferita a quel particolare individuo in questione.

Un significato patologico è la variazione da uno stato di "stress" a uno di "distress"; esso si nota quando si verifica uno stato psicobiologico in cui il meccanismo dello "stress" mostra la sua insufficienza a ripristinare l'equilibrio. Precisiamo che gli studi e gli esperimenti compiuti da neurofisiologi, sono stati determinanti nello scoprire il substrato anatomico e biochimico dell'emozione e della correlazione psicosomatica.

Principale esponente e pioniere è stato il fisiologo statunitense Walter-Bradford Cannon (1871 - 1945) professore all'Università di Harvard dal 1906 al 1942, che già dal 1932 descrisse la reazione di allarme e le famose risposte di "attacco-fuga". Egli dimostrò quanto la percezione, da parte dell'organismo di una situazione di pericolo, sia in grado di attivare la stimolazione del sistema neurovegetativo simpatico, sia potenziando l'attività delle terminazioni nervose simpatiche, sia incrementando la secrezione di adrenalina prodotta dalla midollare del surrene, affinché l'organismo abbia a disposizione maggiore energia per fronteggiare l'emergenza. Queste reazioni permettono all'organismo un adattamento alle richieste della situazione ambientale.⁽⁴⁾

Saggio è colui che sa tendere la mano al momento opportuno, afferrando al volo chi ha deciso di rifiutare il mondo e se stesso ponendosi in un epilogo senza ritorno; e veramente generoso è chi sa rispondere con abnegazione e in maniera sollecita ad una richiesta di aiuto. La vicinanza, la comprensione e un abbraccio sincero fanno parte materiale di quelle "piazzole" di sosta o di serenità, utili a conferire slancio per proseguire.

Quando si è giovani, dotati di energia psico-fisica e entusiasmo, si ha davanti la prospettiva di un lungo percorso affiancati dalla convinzione di poter cambiare l'assetto del mondo.

Volendo essere profondi, dando spazio all'intellettualità, ci imbattiamo e dibattiamo fra molteplici teorie filosofiche, tutte valide, ma difficilmente realizzabili, come dimostrano gli stessi autori. Per esempio, l'inglese Thomas More (1480 - 1535) nella sua *Utopia* (1516), proponeva una società ideale, contestando le inadeguatezze e le discriminazioni socio-economiche della sua patria. Alcuni

secoli più tardi, Benedetto Croce (1866 - 1952) asseriva che l'unico modo di mutare il mondo era quello di cambiare gli uomini a uno a uno, invocando quelli di buona volontà, mettendosi al loro fianco per ottenere il meglio, perché altro non si sarebbe potuto fare. Cammino, destino, fato per gli antichi. Su questo argomento sono nate le discussioni più accese, approvando o contestando la teoria del libero arbitrio: si può affermare tutto e il contrario di tutto. Indubbiamente, alcuni avvenimenti sono preordinati, dipendenti dalle condizioni in cui siamo nati e viviamo, ma in buona parte il destino è opera di noi stessi, subordinato alla nostra volontà e alle nostre decisioni. Prenderle, richiede forte concentrazione, abilità di analisi e lungimiranza, umiltà, esperienza. Il percorso del viandante è un dipanarsi, senza soluzione di continuità, di scelte talvolta definitive che segnano per sempre il resto del viaggio. D'altra parte, la nostra intera esistenza è un mosaico le cui tessere sono costituite da opzioni. Il momento favorevole è la prima di tutte le cose e quindi l'occasione è l'anima dell'azione, ma bisogna riconoscerla, scevri da condizionamenti. La migliore qualità ambita da ogni essere, è la libertà in senso lato, purché non sia lesiva di quella altrui, cioè deve rivelarsi reciprocamente rispettosa. Noi tutti, desiderando essere protagonisti del nostro avvenire, siamo consapevoli quanto sia importante fare poi un bilancio delle nostre aspettative costruite giorno per giorno e con immane fatica in questo percorso. Il raggiungimento di un obiettivo è una pietra miliare che segna il nostro successo, il quale dipende anche dalla fortuna, questa "dea bendata" che sembra prediligere gli audaci. Ecco, dunque, l'importanza di saper cogliere le circostanze, valutando con buon intuito psicologico ogni possibilità che si presenti lungo il tragitto. Ognuno possiede il proprio, e le esperienze è risaputo che si debbano fare quasi sempre a proprie spese; comunque, osservare il cammino di coloro che ci hanno preceduto, è un fenomeno o una soluzione da non scartare mai a priori. Da sempre, la vita sappiamo essere una lotta, ma è anche un contenitore di infiniti messaggi che, volontariamente o inconsapevolmente, vengono lanciati ininterrottamente, perché il dialogo e la comunicazione, sotto aspetti, seppure assai differenti, costituiscono gran parte dell'essenzialità del mondo.

La loro ricezione, lettura e decifrazione sono spunti di riflessione che non andrebbero trascurati, anzi talvolta potrebbero costituire una compagnia e una guida didattica per noi viandanti senza sosta alla ricerca del meglio, mentre tutto scorre.⁽⁵⁾

Bibliografia:

- 1 - Marcello Veneziani, *Il segreto del viandante*, Mondadori, Milano 2003, cap. VII, pag. 139
- 2 - Andreas Vesal, Vesalius o Vesalio (1514 - 1564) medico fiammingo, esperto anatomista, scrisse *De humani corporis fabrica, libri septem* (1543), un'opera monumentale che scalzò dalle basi l'anatomia di Claudio Galeno (130 - 200 d.C. circa) massimo esponente della medicina greco-romana .
- 3 - Panpsichismo, (dal greco ant. *pan* = tutto + *psychè* = anima: tutto è anima) è una dottrina che attribuisce a tutte le cose un'anima, una coscienza simile a quella dell'uomo, fornita di pensieri, di sentimenti, di volizioni. Riconosce in tutte le cose un'unica forza animatrice e si caratterizza, perciò, come orientamento panteistico. Tra gli esponenti più celebri: Bernardino Telesio, Giordano Bruno, Tommaso Campanella
- 4 - Diego De-Caro, *La psichiatria attraverso i secoli*, Casa Editrice Idelson, Napoli 1997
- Alberto e Anna Oliveiro, *Nei labirinti della mente*, Editori Laterza, Bari 1989
- 5 - La famosa citazione in greco antico, "*panta rei*" (tutto scorre), fu enunciata dal filosofo Eraclito di Efeso (550 a. C. - 480 a. C. circa), della cui opera rimangono più di 100 frammenti, oltre a numerose testimonianze indirette (echi, imitazioni o polemiche). È considerato il filosofo del divenire e l'interpretazione del suo pensiero è tra le più contrastate.

Recensioni

Gianni Astrei, Antonella Bevere, Pierluigi Diano, *La mamma e il suo bambino. Agendario del primo anno di vita*, Paoline Editoriale Libri, Milano 2004, pp. 461, Euro 22,00.

La nascita di un bambino è sempre un evento così emozionante e meraviglioso che si commenta da solo.

Ma l'arrivo della nuova creatura, solitamente, pur portando grande gioia, comporta per i genitori tutta una serie di problematiche e di preoccupazioni, fenomeni naturali che vengono analizzati e, in buona parte risolti, dai medici autori di questo libro.

Il volume era uscito in edizioni precedenti già dal 1990; quella attuale presentata è riveduta, completata in tutte le sue varie parti, arricchita di nuovi capitoli e aggiornata negli indirizzi. L'esperienza di medici pediatri è integrata dall'essere anche genitori di più figli: un ideale connubio fra teoria, pratica e tecnica, considerando che gli autori hanno pubblicato altri saggi su argomenti molto simili.

A pag. 7, si legge: «Genitori non si nasce, ma si diventa. Come? Con umiltà, sapendo che si può sbagliare e tentando di guardare la realtà con gli "occhi del bambino", entrando nel suo mondo fatto di fantasia, di gioco, d'immaginazione, di sogni, di desideri, di paure. Non

dobbiamo, come genitori, imporre le nostre convinzioni, sicuri di ciò che è giusto e ciò che è sbagliato. Dobbiamo creare invece le condizioni ambientali - serenità, gioia, affetto, comprensione, regole - all'interno delle quali il bambino può svilupparsi armonicamente. E così sarà felice, pronto ad affrontare la vita apportatrice di gioie e di dolori, portando però con sé, indelebilmente, il nostro esempio di genitori responsabili».

Lo sviluppo del bambino deve progredire non soltanto fisicamente o psichicamente, ma anche nella sua personalità, creatività, carattere, tutto in armonia ed equilibrio; il suo volto, la sua espressione, lo sguardo dei suoi occhi rivelano lo stato d'animo che deve manifestare serenità e fiducia.

Il libro, malgrado strutturato come un'agenda, inizia non con il 1° di gennaio, bensì con il giorno della nascita.

La parte superiore della pagina contiene la data in bianco, il numero progressivo del giorno di età del bimbo, la situazione meteorologica e ovviamente uno spazio per prendere appunti; quella inferiore è dedicata alle informazioni pratiche e ai consigli, come una guida ad "ampio spettro" relativa a tutto ciò che concerne le numerose quanto varie esigenze del bambino, le aspettative e le modalità dei genitori per ottemperare

al nuovo impegnativo ruolo. Si raccomanda quanto sia indispensabile mostrarsi generosi e costanti nelle manifestazioni di affetto, con coccole e carezze verso una creatura così tenera e sensibile. Talvolta, il pianto del "cucciolo" è il modo per comunicare il suo desiderio di contatto fisico con i genitori o con un altro essere, la voglia di essere tenuto in braccio, epidermide contro epidermide. Tatto, olfatto e udito, inizialmente nel neonato sono sensi sviluppati più della vista; costituiscono i suoi mezzi di riconoscimento di cose e persone. Massaggiargli delicatamente il corpicino dalla pelle di una morbidezza quasi impalpabile, gli infonderà tranquillità e soddisfazione, e questo non soltanto durante il momento del bagnetto, ma potrà essere occasione nei frequenti cambi del pannolino.

Assai utile e chiara, si rivela la guida indicante la periodicità delle vaccinazioni e la descrizione delle relative patologie dalle quali proteggerlo; come pure è assai rilevante il discorso sull'alimentazione anche della puerpera che allatta al seno, nonché su quella del bambino nella progressione dall'assunzione del latte materno oppure artificiale, alla differenziazione dietetica fra liofilizzati, omogeneizzati, prodotti freschi, pappe, biscotti, bevande e così via. La distinzione fra qualità

nutrizionali degli alimenti è facilitata dalle ricette fornite per preparare cibi semplici, ma di sicura esecuzione e digeribilità. Il linguaggio si sviluppa lentamente: nelle bambine, spesso, si verifica maggiore precocità; dapprima è costituito da suoni vocalici, poi monosillabici e poco per volta si instaura un “dialogo”, per cui si deve prestare molta attenzione all’udito del bambino: è ovvia la connessione fra una buona percezione dei suoni e lo sviluppo della voce. Ma il comportamento, oltre che vocale, è affiancato da quello gestuale, per il quale gli autori danno una decodificazione allo scopo di interpretare meglio gli atteggiamenti del bambino.

La locomozione è l’altro aspetto a cui dedicare molta attenzione. Sarà il pediatra a controllare che gli arti non presentino lussazioni o torsioni, in modo da poter intervenire tempestivamente in caso di irregolarità, anche prima della deambulazione. Poiché tutto ciò che compiamo dipende dall’attività neurocerebrale, avremo una conferma che questo apparato sia sano. Il camminare, bene o male, è sicuramente una spia altamente significativa e quindi mai da sottovalutare. La diagnosi precoce è essenziale per una rieducazione ed un recupero “ad integrum”. Purtroppo, le malattie del sistema nervoso sono numerose, talvolta silenti e dunque insidiose. Per verificare l’integrità di tale sistema, e quindi a questo proposito, gli autori fanno una raccomanda-

zione: durante ogni visita medica, a qualsiasi età del bambino, anche appena nato, è opportuno sottoporlo ad un approfondito esame neurologico.

Come accennato all’inizio, esiste una cospicua quantità di consigli sui più differenti argomenti: dai giocattoli ai giochi, dal tipo di lettino al seggiolino per l’automobile, dai rapporti con i nonni alle vacanze, dalle malattie esantematiche ai traumi, e molto altro ancora.

L’ultimo giorno è dedicato alla festa del primo compleanno; ma l’agenda prosegue con diverse pagine intitolate “Gli approfondimenti per saperne di più”. Si tratta di una parte interessante che ridimensiona miti e idee popolari, facendo luce e ordine. Inoltre, vengono citati alcuni articoli di legge per la tutela della maternità e della paternità. Un capitolo è dedicato alle filastrocche con carattere pedagogico-didattico.

Il libro si conclude con utili elenchi di indirizzi di centri specialistici e con un indice prima analitico e poi generale.

Molto gradevole e curata la veste editoriale per questo testo ricco di suggerimenti, un valido e prezioso aiuto per genitori che, se lo desiderano, possono leggerlo in anteprima tutto di seguito e poi giorno per giorno come un amico fedele, sicuro per sé e per il proprio bambino. Un’opera di pregio per chiarezza, competenza e praticità, che dovrebbe essere presente al momento del “lieto evento” e potrebbe costituire anche un’idea-regalo assai gradita.

Pietro Vigorelli (a cura di), *La conversazione possibile con il malato Alzheimer*, Franco Angeli Editore, Milano 2004, pagg. 382, Euro 26,50.

In questo testo, frutto del contributo di diversi Autori (medici, psicologi e operatori di istituzioni geriatriche) e curato da Pietro Vigorelli, viene proposto un approccio innovativo alla terapia del malato di Alzheimer, che viene considerata come una malattia della parola. È l’approccio del “Conversazionalismo” che viene preso in considerazione non solo come specifico metodo terapeutico che medico e psicologo possono utilizzare con il paziente, ma anche come strumento operativo utilizzabile da parte degli operatori professionali non terapeuti (counselors, assistenti sociali, infermieri, terapisti occupazionali, etc.), oltre che come strumento utilizzabile a scopo non professionale da parte del “caregiver” nella vita di tutti i giorni.

La terapia conversazionale dei malati di Alzheimer è un nuovo modo di parlare con i pazienti, un modo in cui sono le parole a costituire la terapia. Con il Conversazionalismo si cerca di tenere viva nel paziente la capacità di utilizzare la parola, riducendo il “deterioramento aggiuntivo”, ossia quel deterioramento che non dipende direttamente dalla malattia, ma che è conseguenza reversibile dell’in-

terazione tra paziente e ambiente. Il testo illustra l'approccio conversazionale, sul piano sia teorico che pratico, sottolineando sia l'applicabilità di questo strumento in ambito terapeutico sia la sua estensibilità a contesti più naturali e di vita di tutti i giorni.

A rendere più chiaro e pratico l'aspetto ecologico e di applicabilità alla vita sia nei centri diurni per malati di Alzheimer, nei reparti ospedalieri che in contesti domestici/familiari, contribuisce in modo dinamico e affascinante la trascrizione di numerosi stralci/testi di conversazioni intercorse tra pazienti affetti da Alzheimer e familiari/operatori/infermieri.

Il testo è suddiviso in quattro parti. Nella prima parte ci si inoltra in un'esauriente trattazione del Conversazionalismo, considerato nella sua evoluzione e nella sua strutturazione teorica oltre che tecnica, con continui riferimenti alla malattia di Alzheimer; viene affrontata in dettaglio l'applicabilità dell'approccio, con una serie di esemplificazioni che risultano didattiche e nel contempo chiarificatrici. La seconda parte è incentrata in maniera preponderante sulle metodiche volte alla valutazione dei risultati della tecnica conversazionale, mettendo in luce il suo potere di facilitatore della conversazione e di possibilità di intervento. La terza parte fa calare il lettore nelle situazioni di vita reale e si addentra più nello specifico negli interventi formativi volti al terapeuta e al "caregiver". Il Conversazionalismo viene applicato dunque allo studio e

alla terapia dei malati di Alzheimer, sia come forma di "conversazione terapeutica" sia come punto di partenza per formare i "caregiver". È uno strumento che, facilitando il dialogo e lo scambio emotivo/affettivo, permette in molte situazioni un miglioramento della qualità di vita sia del paziente sia del familiare, riducendo lo stress e la frustrazione che spesso si instaurano come conseguenza di un mancato scambio tra persone che non riescono a capire e farsi capire. Questo testo, di facile lettura, è volto agli operatori e a tutti coloro che per motivi di lavoro, volontariato o per ragioni circostanziali si trovano ad interagire con pazienti che hanno perso parte delle facoltà relazionali, ma con cui è ancora possibile, auspicabile e meritevole tentare di proporre la più semplice forma di approccio terapeutico.

La malattia di Alzheimer dal punto di vista conversazionale

Negli ultimi decenni sono stati condotti numerosi studi e scoperte sulla malattia di Alzheimer che sembra acquisire dimensioni sempre più ampie nella popolazione. È oggi molto meno misconosciuta rispetto a qualche decennio fa. Gran parte degli studi rivolti alla ricerca delle cause (caratteristiche cliniche, basi anatomiche, neurotrasmettitori cerebrali coinvolti e caratteristiche genetiche) e quindi di proposte terapeutiche avevano fatto ipotizzare negli anni passati una cura della malattia in tempi brevi. Questo ottimismo è stato in parte smentito dalla realtà clinica, per

cui attualmente da un lato si cercano nuove e più efficaci prospettive terapeutiche, dall'altro il mondo sanitario e socio-assistenziale si trova a far fronte ad un numero elevato di pazienti affetti da malattia di Alzheimer (la prevalenza va dal 9% nella popolazione di 65 anni e aumenta progressivamente con l'età fino agli 85 anni; fra gli 85 e 89 anni arriva al 40%).

La malattia di Alzheimer esordisce spesso con un disturbo del linguaggio verbale: i familiari o il paziente stesso si accorgono che gli mancano le parole. Con il tempo i deficit di memoria e di linguaggio tendono a svuotare le parole del paziente della loro funzione comunicativa (contenuto semantico e di riferimento alla realtà).

La conversazione diventa via via difficile e deludente tanto per il paziente quanto per l'interlocutore, al punto che il paziente parla sempre meno e l'interlocutore gli rivolge sempre meno la parola. Tutto questo comporta un progressivo ed ulteriore decadimento e conseguente isolamento del paziente rispetto al proprio ambiente.

Le funzioni cognitive del malato di Alzheimer decadono progressivamente e colui che assiste il paziente (caregiver) assiste impotente a tale decadimento. Il rapporto interpersonale tra paziente e caregiver tende a diventare fonte di frustrazione e sofferenza. La progressiva riduzione della capacità di comunicare porta ad un progressivo isolamento del paziente, rendendo più grave il danno derivante dalla malattia e

più penoso il senso di impotenza del caregiver. Anche la capacità di conversare tende a decadere, anche se più lentamente. In taluni casi si può osservare che la funzione comunicativa è del tutto compromessa mentre è ancora possibile la conversazione col paziente. Gianpaolo Lai ha introdotto il concetto di “conversazione senza comunicazione”: esso permette di “dare un senso alle parole del malato di Alzheimer anche quando queste sembrano mortalmente ferite, le illumina e aiuta a tenerle in vita”.

Se si riesce a mantenere una certa capacità di conversare con il paziente, questi riesce ad utilizzare al meglio le sue facoltà residue, la relazione si può mantenere viva anche quando la capacità di comunicare diminuisce e il decadimento complessivo risulta meno rapido. La terapia conversazionale con il malato di Alzheimer ha lo scopo di favorire la “conversazione possibile”, quando la conversazione stessa sembra diventare impossibile e tende a spegnersi, quando il paziente perde la capacità di comunicare, ma mantiene ancora la capacità di conversare. Col proseguire della malattia la “conversazione possibile” diventa sempre meno comunicativa, più difficoltosa e meno comprensibile.

Il Conversazionalismo è nato in campo psicoterapeutico nei primi anni Ottanta. Lai lo definisce “... un dispositivo, concettuale e pratico, che parte dal testo, in particolare da microframmenti di conversazioni professionali registrate e trascritte, e che al testo ritorna”. Il Conversazionalismo dà un'im-

portanza del tutto particolare alle parole della conversazione. Secondo un'ottica conversazionale noi ci occupiamo delle parole come esclusivi abitanti della scena psicoterapica. Da un'iniziale conversazione materiale (scambio verbale che avviene in un preciso spazio, in un tempo e in un luogo determinato) si passa ad una conversazione immateriale (il testo viene audioregistrato e trascritto). Una volta terminata la conversazione, vengono calcolati una serie di indicatori testuali: la ricerca dell'io, verbi con tempi e modi grammaticali, indici di riferimento. Un'altra caratteristica del Conversazionalismo è costituita dalla coerenza e dalla coesione: il testo del malato di Alzheimer è un testo incoerente pur essendo coeso, ossia conserva adeguati legami formali, mentre presenta lacune sul piano del significato.

In considerazione di tutto questo si inserisce e si comprende il senso della terapia conversazionale.

Mario Mantero, Anna Paladino

Libri ricevuti

Gian Carlo Calza: *Stile Giappone*, Einaudi Editore, Torino 2002, pp.207, Euro 25,00.

Maurizio De Filippis: *L'Ospedale “Luigi Sacco” nella Milano del Novecento*, collana Scienze e Salute/Ricerche, Franco Angeli Editore, Milano 2003, pp.112.

Antonio Tripodoro: *Giuseppe Moscati. Il medico dei poveri*, Paoline Editoriale Libri, Milano 2004, pp. 163, Euro 9,00.

Daniel Pennac: *Grazie*, Feltrinelli Editore, Milano 2004, pp. 68, Euro 6,50.

Dal Passato: la nuova rubrica, recentemente aggiunta, allinea davanti a noi argomenti, pagine richiamate dagli indici lontani, titoli, personalità e momenti improvvisamente vivi e «cari» alla memoria.

In questo fascicolo due corsivi: dai «corsivi» indimenticabili del prof. **Ferdinando Cislaghi**.

«Sentirsi un numero»

Nella stampa quotidiana o periodica, nei dibattiti televisivi, nei discorsi che talvolta si odono in assemblee, in libri più o meno famosi di esperienze di ammalati, riecheggia spesso, a proposito dello stato d'animo dell'ammalato accolto in ospedale, la frase: «ci si sente un numero». In questo clima sempre più difficile di vita ospedaliera ove tutto, praticamente proprio «tutto» congiura a rendere grama la vita dell'ammalato, vorrei dire due paroline sull'argomento. Non è detto che io sia nel vero; la mia è un'opinione, per giunta personale, derivata dall'esperienza di medico e, perché no?, di ammalato: soprattutto di uomo comune che ha dovuto vivere esperienze simili a quelle sofferte da migliaia di altri cittadini. Dico subito che nessuna situazione è tale che faccia sentire a un «uomo» di essere un numero. Per quasi due anni «sono stato» un numero: K.G. 56337. Non mi è stato impresso nella carne, come ad altri più sfortunati compagni, ma il numero l'ho portato appeso al collo, su un piastrino doppio; una metà veniva inviata al comando quando si moriva. (A proposito del campo di concentramento, talvolta i fatti attuali mi fanno ricordare, con un sorriso amaro, la frase di un povero compagno di prigionia che, moribondo, ebbe la forza di «consolare» chi restava dicendo: «chi muore mo' fa un affare!»). Ebbene, dichiaro che se pur «sono stato» un numero, mai mi «sono sentito» un numero. Ho sempre ritenuto, in base alla mia esperienza di medico, che sentirsi un numero non sia che una delle tante manifestazioni della nevrosi che in ognuno di noi cova sorniona. Questa insofferenza del numero traspare in molte circostanze della vita; c'è persino chi, forse angosciato perché porta un numero sulla sua automobile, si vuol distinguere e scrive il nome sulla portiera o soltanto le iniziali o mette qualcosuccia che lo differenzi dagli altri, un ninnolo interno, una decalcomania sui cristalli, non ricordando che di veramente personale non vi può essere che il suo stile

di guida, espressione soprattutto della sua educazione civica. Qualcosa talvolta succede persino in campo sportivo, ove portare un numero sulla schiena è diventata una abitudine, derivata dalle necessità di spettacolo. C'è qualcuno che fa le bizze per portare un numero diverso, non accettando la decisione dell'allenatore, ben lontano dal pensare che il cambiamento sia dovuto al suo rendimento che giustifica la nuova posizione.

Lasciando le divagazioni e ritornando al problema ospedaliero, dicevamo che molte, troppe persone indulgono alla «moda» corrente di dichiarare di «sentirsi un numero» quando sono ricoverati in ospedale, ben inteso in corsia. La malattia è una triste, per alcuni terribile esperienza. Tutti i rancori, le rimozioni, le frustrazioni della vita trovano nell'evento doloroso uno sbocco per esplodere. Non dico che la vita ospedaliera sia piacevole; la stessa organizzazione dell'ospedale lascia molte volte a desiderare. Ma quel che succede in ospedale, succede talvolta persino in casa di cura di lusso. L'io prepotente compresso dalla costrizione mal si adatta. La verità è che oramai la maggior parte degli uomini non possiede più lo spirito di umiltà e di rassegnazione, due modi di sentire tanto utili per affrontare le difficoltà della vita. Ben inteso né l'umiltà né la rassegnazione significano l'abdicazione della dignità dell'uomo, né equivalgono ad essere succubi o sfiduciati. Sono espressione della forza d'animo di un individuo che consentono l'adattamento a tutte le prove dolorose del nostro vivere quotidiano. Adattamento che non è abitudine: espressione attiva e non passiva della personalità. Ho conosciuto persone, non molte, lo debbo riconoscere, dotate di questi doni; le ho conosciute nella vita, nelle corsie di ospedali, nei campi di concentramento. Le ho viste superare con un sorriso situazioni che per altri erano pretesto per disperazione. Le ho viste «dominare» ove

altri fallivano. So che molti non condivideranno questa opinione; forse perché ritengono che al rassegnato sia negata la speranza, all'umile la forza. Altri mi diranno che l'uomo ha un destino ulissiano di mai piegarsi al destino. A costoro vorrei ricordare che anche Ulisse dà prova di rassegnazione, quando esclama: «Cuore mio sopporta, ben altro hai sopportato più cane». Non mi si dica che altro è la sopportazione e altro la rassegnazione; entrambe sono «accettazioni» di un evento, forma attiva di affrontare il destino.

L'esperienza ospedaliera, dolorosa necessità dovuta alla malattia, è un banco di prova per la persona umana. Il trauma psicologico della malattia viene esasperato dal ricovero in ospedale. Ammettiamo che la vita ospedaliera presenti degli inconvenienti dovuti alle necessità di una vita collettivizzata; ma non facciamo di alcune regole ospedaliere una fonte

di drammi. Esser svegliato, per esempio, al mattino presto può essere «terribile» per chi è abituato a dormire fin tardi; per un lavoratore, per un pendolare, questo può essere il minore dei mali, una abitudine al ritmo dei giorni di lavoro. Quanto al rapporto fra medico e ammalato, non saremo proprio noi a «burocratizzarlo»; ma non mi sembra che l'indirizzo riformistico sia avviato a riportare questo rapporto su un piano diremo così «umano», personalizzato. D'altra parte il posto in ospedale è garantito, ora, in corsia; ma il posto in corsia, purtroppo, non è obbligatorio per tutti. Perché se lo fosse vedremmo finalmente cambiare molte cose. E non mi si dica che meriterei la sorte di George Dandin; io, in ospedale, in corsia, ci sono stato: in guerra e non in guerra. L'«esser stato» un numero, senza «essermi mai sentito un numero», è uno dei grandi insegnamenti che la vita nel campo di concentramento mi ha donato.

«... e la sorte cadde su Mattia»

Prossimo, oramai, alla fine della mia carriera ospedaliera, mi indugio talvolta a meditare sui cambiamenti della vita dei quali sono stato protagonista o spettatore. A dire il vero sono stato, per temperamento, quasi sempre proiettato verso il futuro. E alla meditazione ho concesso sempre troppo poco. Sono forse stato il più delle volte trattenuto nel considerare il passato, dal timore che anche per me fosse valida l'imposizione fatta ad Orfeo al ritorno dagli Inferi: di non guardare indietro, pena la «cristallizzazione» della sua compagna; come infatti fu. Gli avvenimenti ai quali si assiste hanno sempre un'evoluzione dinamica; la meditazione espone al rischio di trasformarli in statici. D'altra parte la meditazione, fatta a breve distanza, manca della conoscenza del futuro, mentre l'analisi storica a distanza permette di esaminare gli avvenimenti con il soccorso per il giudizio, dell'ulteriore svolgimento dei fatti. Mi diceva poco tempo fa un caro amico medico all'annuncio della mia prossima quiescenza, che mi invidiava l'e-

sperienza accumulata da me in più di quarant'anni di vita universitaria-ospedaliera, perché essa mi avrebbe permesso di meditare a lungo sul passato traendo benefici spirituali. Comunque sia, meditare non è mai un fatto deplorabile, anche quando si traggono conclusioni non sempre convalidate dalla sicurezza del giudizio. E forse portare a conoscenza di altri queste conclusioni non è poi del tutto opera vana, anche se esse sembrano contrastare paradossalmente con le opinioni altrui.

Pochi giorni or sono ritornando in sede da una seduta per un concorso presso un ospedale della regione, concorso privilegiato con un concorrente unico che pertanto non aveva determinato né problemi né discussioni, ma aveva permesso invece un piacevole dialogo con gli altri commissari sulla superiorità o meno delle norme di concorso attuali rispetto a quelle passate, mi sono abbandonato a una calma meditazione sulla possibilità di garantire nei concorsi la giustizia e evitare soprattutto le ingiustizie. Non è

questo il luogo per muovere critiche alle attuali disposizioni di legge. Esse, in fondo, sono state fatte per tentare di salvaguardare i diritti dei concorrenti, ma mettono qualche volta l'ospedale nell'impossibilità di garantirsi contro l'assunzione di persone non completamente idonee al posto. Non basta avere un certo numero di anni di carriera, non basta dimostrare in rapidi e incompleti esami una «certa» preparazione scientifica. Nelle more di concorso non può rifulgere in alcun modo né l'attitudine a organizzare il servizio ospedaliero, né l'arte di stabilire con gli ammalati un proficuo colloquio: cioè non si possono valutare le «doti morali» che fanno di un medico ospedaliero una persona veramente idonea soprattutto a un posto direttivo. Ripensavo a certi concorsi che pur fatti nel rispetto della «burocratica giustizia» potevano alla fine essere giudicati non favorevoli per lo scopo per cui erano stati banditi: cioè la selezione del «migliore» in senso assoluto. Ricordavo invece alcuni colleghi, vincitori di concorsi giudicati superficialmente dal di fuori «non del tutto onesti», che invece avevano dato delle bellissime dimostrazioni della loro capacità e, quindi, della idoneità a ricoprire il posto. «Credi a me» mi aveva poco tempo prima detto un collega «in fondo la “chiamata” potrebbe essere la migliore soluzione per salvaguardare l'ospedale dalle avventure». Opinione questa discutibile: d'accordo, ma non priva di verità. Nella meditazione fui tentato di concludere che anche l'estrazione a sorte fra i sicuramente idonei, potrebbe essere una soluzione. In fondo molte cose sono in rapporto con la sorte: con «il destino» secondo il linguaggio corrente. Non è il caso di scandalizzarsi. Non mi si tacci di irriverenza se ricordo che gli Apostoli furono scelti per chiamata: «... fattosi giorno chiamò i suoi discepoli e ne scelse dodici, ai quali dette il nome di Apostoli» (Luca 6.13). Purtroppo fra questi sortì anche il traditore; ma questo era scritto. Il posto di chi prevaricò rimase vacante fin dopo la Risurrezione. Alla fine Pietro disse: «Sta scritto nel Libro dei Salmi: “... il suo ufficio l'occupi un altro”» (Atti degli Apostoli 1.20) e dettò i «criteri di idoneità» a ricoprire il prestigioso posto di dodicesimo Apostolo (Ib. 1.21-22). Fra quelli che erano stati in loro compagnia «ne presentarono due: Giuseppe, chiamato Barsàlba, il quale era soprannominato Giusto, e Mattia; poi rivolsero

(a Dio) questa preghiera: “Signore, tu che conosci i cuori di tutti, mostra quale di questi due hai scelto, per assumere l'ufficio di questo ministero e di questo apostolato, dal quale prevaricò Giuda, per andare al posto suo”. Poi tirarono a sorte, e la sorte cadde su Mattia, che fu aggregato agli undici Apostoli» (Atti degli Apostoli 1.23-26).

Che ve ne pare? Non potremmo anche noi operare così? Ristretta a una terna gli idonei al posto, lascerei alla sorte la scelta del candidato. Non è detto che il risultato sarà peggiore di quelli attuali; e neppure immorale. Forse toglieremo al vincitore la convinzione di essere «il migliore»: non sarebbe poi del tutto un male. A meno che non finisse anche lui per spacciarsi come eletto «per grazia di Dio». Nel qual caso sciuperebbe l'umiltà di colui che si sente soltanto fortunato.

Cronache amministrative

terzo trimestre 2004

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 scientifica

- collaborazione dell'Ospedale Maggiore al progetto di ricerca finalizzata 2002 dal titolo "Strategie innovative per il trapianto di fegato (SITF): espansione del pool di organi adulti e pediatrici da donatore cadavere" proposto ed elaborato dall'Azienda ospedaliera San Martino di Genova e cliniche universitarie convenzionate e presentato dalla Regione Liguria al Ministero della Salute;
- organizzazione della presentazione alla stampa del volume "La cura della salute" di Beppe Rocca;
- ricerca corrente 2004, borse di ricerca bandite con deliberazioni nn. 1303/2004, 1549/2004, 1628/2004: approvazione del verbale di concorso e conseguente assegnazione di nn. 11 borse di ricerca.

b - direzione sanitaria

- corso di qualificazione di mille ore per ausiliari specializzati in operatori socio sanitari.

c - unità operativa progetti speciali e processi amministrativi

- aggiudicazione di gara mediante trattativa privata per la realizzazione di due corsi di formazione per operatore socio sanitario di mille ore, riservati agli ausiliari dell'Ente;
- convenzione con l'Università degli studi di Udine, sede di Pordenone, per lo svolgimento di tirocinii osservazionali relativi al master universitario di 1° livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento, anno accademico 2003/2004;
- concessione di patrocinio per: corso di aggiornamento sulle moderne tecniche e applicazioni cliniche della TC e della RNM all'apparato vascolare (Milano 1 e 2 ottobre 2004); convegno dal titolo

"La ricerca clinica sul farmaco in Italia: valore e prospettive (Milano, 1 ottobre 2004);

- corso di perfezionamento in "Urgenze in medicina interna" anno accademico 2004/2005: autorizzazione allo svolgimento di attività cliniche, diagnostiche e strumentali dei partecipanti;
- adesione dell'Ospedale Maggiore di Milano all'Associazione "Alleanza degli Ospedali italiani nel mondo";
- 8° corso di perfezionamento in citometria a flusso: autorizzazione allo svolgimento di esercitazioni pratiche di laboratorio da parte degli allievi;
- convenzione di tirocinio, di formazione e di orientamento con l'Università di Roma "La Sapienza".

d - unità operativa approvvigionamenti

- trattativa privata per la fornitura di: dispositivi medici per l'U.O. Centro trapianti fegato; sistemi di riscaldamento di sangue e fluidi con acquisizione "in service" delle relative apparecchiature; sacche per drenaggio urinario (biennale): aggiudicazione;
- pubblico incanto per la fornitura "in service" di un sistema integrato per emocromo-citometria, comprendente due apparecchiature in uso; unitamente agli accessori, da installarsi a cura della ditta aggiudicataria, i relativi reagenti (compresi i reagenti ausiliari) calibratori e materiali di controllo, materiali di consumo necessari, nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso, per tre anni: aggiudicazione definitiva;
- indizione di trattativa privata triennale per la fornitura di clips in titanio per emostasi e relativi applicatori;
- trattative private dirette per la fornitura di: medicazione specialistica con carattere di unicità e preparati antisettici disinfettanti: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di: materiale per fisiopatologia digestiva; siringhe monouso sterili da 2,5 - 5 e 10 cc con apertura peel-open per camere

operatorie; coperture sterili per apparecchiature varie (annuale): aggiudicazione;

- pubblico incanto per l'acquisto di stampanti laser a secco e di computer radiography e per la fornitura di pellicole radiografiche di diverso formato per tre anni: aggiudicazione;
- 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. di epatologia medica di via Pace: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura triennale di piastre monouso per elettrobisturi;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di dispositivi medici per radiologia interventistica epatobiliare;
- indizione di trattativa privata biennale per la fornitura di materiale di medicazione specialistica;
- indizione di trattativa privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per la determinazione della presenza di helicobacter pylori (breath test) comprendente l'apparecchiatura in uso unitamente agli accessori, il relativo diagnostico e i materiali di consumo complementari nonché il servizio di assistenza tecnica atto a garantire la funzionalità del sistema stesso per tre anni;
- acquisto di un ecocardiografo portatile originale Acuson per l'U.O. cardiologia con UCC, pad. Sacco: aggiudicazione;
- licitazione privata per la fornitura "in service" di un sistema diagnostico per coagulazione - UOS 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: aggiudicazione definitiva;
- trattativa privata triennale per l'acquisto di coperte termiche e fornitura "in service" delle relative apparecchiature scaldapaziente: aggiudicazione;
- trattativa privata triennale per la fornitura di: cateteri venosi centrali, spremisacche, materiale per sterilizzazione: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura di filtri per emodialisi e plasmaferesi prodotti unici (per un anno): aggiudicazione;
- fornitura di presidi diversi per laparo/toracosopia e laparo/toracotomia, monouso: rinnovo contrattuale per 24 mesi;

- indizione di trattativa privata diretta per la fornitura di sistemi/sacche per dialisi peritoneale continua (CAPD), prodotti unici, per un anno, e aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di dispositivi per ileo-urocolostomia per un anno;
- trattativa privata per la fornitura annuale di protesi vascolari: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di materiale diverso per l'U.O. neuroradiologia, cerotti e materiale di medicazione vario (tradizionale e invasivo chirurgico);
- trattativa privata biennale per la fornitura di dispositivi medici per anestesia e rianimazione: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata triennale per la fornitura di reti nei diversi tipi e formati, per la ricostruzione della parete addominale, laparocoele e riparazione ernia inguinale, per le diverse camere operatorie;
- trattativa privata per la fornitura di consumabili in plastica per colture cellulari, sierologia, batteriologia, ecc (da laboratorio): aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura annuale di strumentario chirurgico per l'U.O. oculistica: aggiudicazione;
- trattativa privata per la fornitura di materiale per i diversi servizi di endoscopia: aggiudicazione;
- indizione di trattativa privata biennale per la fornitura di kit radioimmunologici per il dosaggio degli ormoni gastrointestinali;
- trattativa privata diretta per la fornitura di defibrillatori impiantabili automatici (AICD) e stimolatori biventricolari a carattere di unicità: aggiudicazione;
- trattativa privata diretta per la fornitura annuale di: dispositivi medici per CPAP, casco per CPAP e spazzolini per l'igiene orale dei pazienti in rianimazione e linee arterovenose per emodialisi, prodotti unici: aggiudicazione;
- indizione di trattative private per l'acquisizione di apparecchiature diverse per l'U.O. broncopneumologia del pad. Sacco;
- indizione di trattativa privata per la fornitura di: arredi e attrezzature diverse da destinare al nuovo reparto di broncopneumologia pad. Sacco II piano e per il nuovo reparto di terapia sub-intensiva post-chirurgica pad. Zonda piano rialzato;
- trattativa privata per la fornitura di scaffalature

diverse per la realizzazione dei magazzini unificati del pad. Zonda (degenze e day hospital 1°, 2°, 3° piano, blocco operatorio e terapia sub intensiva piano terra): aggiudicazione.

- indizione di trattativa privata per la realizzazione di un volume storico illustrato sul Policlinico.

e - ufficio marketing sanitario

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza ematologica, nefrologica e fisiologica a favore di pazienti degenti presso l'Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta per il periodo 1.6.04 - 31.5.05;

- convenzione per l'esecuzione di biopsie neuromuscolari a favore di pazienti degenti presso l'Ospedale civile di Vimercate, l'Azienda ospedaliera di Melegnano (rinnovo), l'Azienda USL di Rimini e l'Ospedale regionale di Lugano (CH);

- convenzione per l'esecuzione di consulenza radiologica a favore di pazienti dell'Asl di Valle Camonica - Sebino (rinnovo) e dell'Azienda ospedaliera Ospedale Treviglio Caravaggio anno 2004 (rettifica);

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

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurochirurgica a favore di pazienti dell'Azienda ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini (rinnovo);

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

- convenzione per il servizio di medicina trasfusionale con l'Istituto europeo di oncologia srl-IRCCS (rinnovo 1.2.04-31.1.07);

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza dermatologica ed ematologica a favore di pazienti degenti presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori (rinnovo);

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento per l'esecuzione di screening emoglobinico su unità di sangue placentare;

- convenzione con l'Azienda ospedaliera Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano per l'esecuzione di prestazioni di consulenza neurologica (rinnovo);

- convenzione per l'esecuzione di prestazioni di consulenza di cardiodiagnostica e cardiologica a favore di pazienti dell'Istituto Auxologico italiano IRCCS di Milano, rinnovo;

- stipula di convenzione tra l'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano e l'Azienda ospedaliera San Paolo per attività di collaborazione e di supporto in materia di lavori pubblici;

- stipula di convenzione tra l'Ospedale Maggiore e l'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda per consulenza cardiocirurgica presso l'unità operativa chirurgia toracica;

- stipula di convenzione per l'esecuzione di indagini angiografiche a favore di pazienti ricoverati presso l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento.

- convenzione con l'Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta per l'esecuzione di indagini di biologia molecolare su sangue e/o plasma e liquor (rinnovo 1.7.04-31.12.04);

- convenzione tra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento e l'IRCCS Ospedale Maggiore di Milano per il funzionamento del Centro interregionale di riferimento per le attività di individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto di organi e innesti corneali ai sensi della L. 91/99, rinnovo;

- convenzione per prestazioni di consulenza di chirurgia generale e d'urgenza, chirurgia toracica, nefrologia, psichiatria con formazione psicosomatica, fisiologia e oculistica da effettuarsi a favore di pazienti degenti dell'Istituto ortopedico Gaetano Pini (rinnovo);

- rinnovo della convenzione con l'Istituto ortopedico Gaetano Pini per l'esecuzione di esami ematochimici urgenti;

- convenzione per l'effettuazione di prestazioni di consulenza nel settore delle telecomunicazioni dell'Unità operativa Gestione sistema informatico a favore dell'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di perfezionamento.

f - unità operativa patrimonio

- rinnovo del contratto del servizio di consulenza e di brokeraggio assicurativo;

- indizione di gara pubblica per la copertura assicurativa dell'Ente per il periodo 2005/2007.

g - unità operativa funzioni tecniche

- approvazione del progetto definitivo per la "tra-

sformazione dell'attuale Biblioteca della direzione scientifica in Centro culturale e di formazione" e modifica della struttura del quadro economico generale dell'intervento.

h - servizio beni culturali

- restauro di dieci dipinti di Federico Buzzi raffiguranti *Stazioni di via Crucis*, proprietà dell'Ospedale Maggiore.

i - unità operativa sistemi informativi e informatici

- indizione di pubblico incanto per l'acquisizione di personal computer, stampanti, software e servizi di installazione per l'Ospedale Maggiore (fabbisogno 2004-2005);
- aggiudicazione di fornitura di licenze software antivirus per l'Ospedale Maggiore;
- aggiudicazione della trattativa privata per l'acquisto e noleggio di materiale informatico;
- indizione di pubblico incanto per la fornitura di hardware, software e servizi di installazione.

l - contributi e beneficenza

Sono pervenute le seguenti donazioni:

- comodato d'uso di una centrifuga refrigerata da bagno Sigma 1-15 k dalla Fondazione A.S.M.E. all'U.O. di ematologia I, Centro Giovanni Marcora;
- attrezzature varie dall'Associazione "Laura Coviello" per l'U.O. Centro trapianto del midollo;
- dalla Commissione Visitatori e Visitatrici un sistema microfonico per conferenze e registrazione per la sala di Consiglio;
- due pulsantiere a cinque tasti dalla Boston Scientific Spa all'U.O. Neuroradiologia (Beretta ovest);
- un personal computer dalla ditta Novartis Farma Spa per la divisione di chirurgia vascolare e trapianti di rene.

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